

PAPILOTOMIA DE VATER POR VIA ENDOSCOPICA

PRESENTACION DE UN CASO

J. CAMPOS, S. FASSLER, A. ESGUERRA

Se describe el método por el cual se practica la papilotomía endoscópica de la ampolla de Vater, así como el equipo utilizado.

Se presenta un caso clínico con Odditis y litiasis del colédoco en quien su mal estado general contraindica una cirugía a cielo abierto por lo cual es practicada la papilotomía endoscópica. Se mencionan las indicaciones, precauciones y contraindicaciones y se discuten los principales riesgos y complicaciones.

INTRODUCCION

La endoscopia digestiva se ha constituido en nuestro país en un procedimiento rutinario debido a las grandes aplicaciones y a los buenos resultados obtenidos con fi-

nes diagnósticos. Su utilización, combinada con la radiología, para estudio de las vías biliares y pancreáticas ha sido objeto de múltiples comunicaciones nacionales a partir de 1974 y de varias publicaciones (1,2). La utilización terapéutica de la endoscopia se ha ido generalizando y gracias al perfeccionamiento de los instrumentos se está aplicando en forma rutinaria en otros países y se están efectuando con gran margen de seguridad exéresis de pólipos de la casi totalidad del tubo digestivo, coagulación y esclerosis de lesiones sangrantes (3-6) y finalmente, electrosección de la Ampolla de Vater (7-9) en estenosis benignas, con la posibilidad concomitante de la introducción de instrumentos en la vía biliar principal, que permiten ya sea su visualización (10), o su dilatación (11).

El propósito de la presente comunicación es el de informar la técnica correspondiente a la incisión eléctrica de la papila de Vater por intermedio de la duodenoscopia en base a un caso clínico.

MATERIAL Y METODOS

1. Equipo Radiológico. El equipo radiológico empleado consiste en un generador

Dr. Jaime Campos: Profesor Asociado, Medicina Interna y Gastroenterología, Universidad Nacional y Jefe del Servicio de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología; Dr. Sidney Fassler: Profesor Asociado, Medicina Interna, Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Universidad del Rosario y Dr. Alfonso Esguerra: Profesor Asistente clínico de Radiología, Universidad de Yale y Departamento de Radiología Clínica de Marly.

Solicitud de separatas al Dr. Campos.

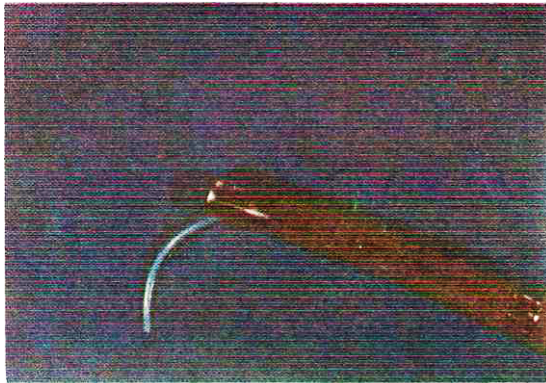


Figura 1 - Duodenoscopio con el papilótomo de Classen y Demling.

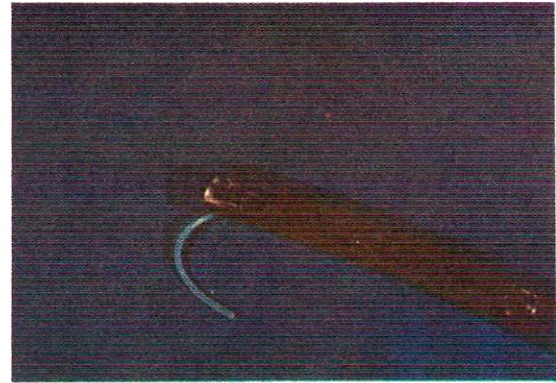


Figura 2 - Duodenoscopio con el papilótomo accionado.

Siemens TR3 de 1000 miliamperios, una mesa telecomandada Siemens Siregraph E, intensificador de imagen y televisión.

2. Equipo Endoscópico. El utilizado es un fibroscopio Olympus tipo JF B2 de visión lateral, fuente de luz y cámara fotográfica correspondientes.

3. Equipo de Papilotomía. Consta esencialmente de una fuente de alta frecuencia y de un asa diatérmica.

El asa diatérmica o papilótomo, está constituido por un hilo metálico colocado dentro de un cáter de teflón que se exterioriza en su extremidad distal en una longitud aproximada de 3 cm. Existen fundamentalmente dos modelos: el de Soma, en el cual el hilo metálico se incurva al accionarlo (12) y el de Classen y Demling (13) el cual al accionarlo lo que se incurva es el cáter y el hilo metálico permanece tenso (Figuras 1 y 2).

La mayor parte de los autores, así como nosotros, preferimos este último modelo debido al mayor índice de seguridad que ofrece.

PREPARACION DEL PACIENTE

Con un ayuno de 12 horas el paciente es sometido a una premedicación sencilla

consistente en 10 mg. de Diazepam y 0.5, mg. de Atropina por vía intramuscular. Se coloca en decúbito ventral o lateral izquierdo en la mesa de radiología y se introduce el duodenoscopio por vía oral hasta situarlo frente a la papila. Acto seguido se introduce el papilótomo a través del orificio papilar, se verifica su posición correcta en la vía biliar mediante la inyección del medio de contraste bajo control fluoroscópico con intensificador de imagen y televisión y se toma una radiografía como documento comprobatorio.

En estas condiciones es accionado el papilótomo conectado a la corriente de sección haciendo pasar breves descargas eléctricas y aumentando progresivamente su intensidad se extrae simultáneamente de acuerdo con el resultado obtenido. El corte no debe sobrepasar una extensión de 15 mm. de longitud para evitar perforaciones y en caso de hemorragia puede utilizarse la corriente de coagulación. La evolución posterior planteará la posibilidad o necesidad de un segundo procedimiento.

Una vez seccionada la papila se obtiene enseguida, la salida de bilis, barro biliar y pequeños cálculos y en los días siguientes generalmente la salida espontánea de cálculos mayores.

Eventualmente el método puede completarse con la introducción de una canas-

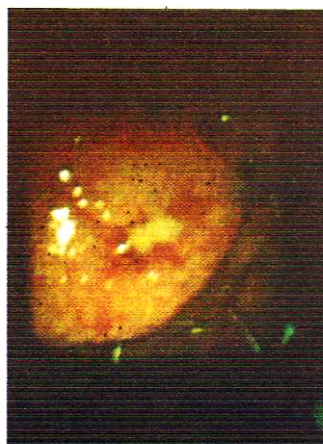


Figura 3- Congestión severa de la papila de Vater.

tilla extractora de tipo Dormia dentro del colédoco, para lograr la extracción de cálculos de mayor tamaño.

El método no es doloroso, habitualmente es bien tolerado, pero el paciente debe permanecer hospitalizado al menos durante 24 horas bajo control clínico y de laboratorio debido a los riesgos inherentes al procedimiento.

PRESENTACION DEL CASO

Hombre de 77 años, a quien se le practicó colecistectomía y exploración de vías biliares hace 18 meses por colecistocolédocolitiasis. Once meses después de la cirugía presenta un primer cuadro de colangitis que cede con tratamiento médico y que se repite 7 meses después en forma más severa.

En esta ocasión el paciente hace un cuadro de sepsis complicado con la aparición de una fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca con edema pulmonar.

En vista del alto riesgo quirúrgico, se opta por la papilotomía endoscópica, apreciándose durante el procedimiento una papila muy congestiva la cual ofrece resistencia a la introducción del papilótomo. Una vez cateterizada se logró inmediatamente

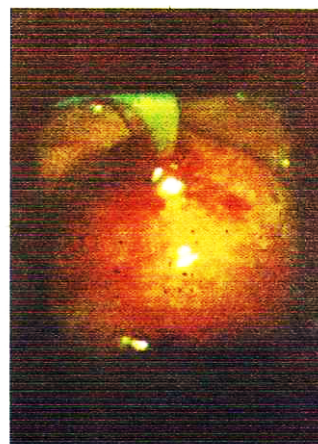


Figura 4 - Asa diatérmica dentro de la papila.

después de su sección la salida de barro biliar y pequeños cálculos (Figuras 3,4 y 5).

El laboratorio anterior y posterior al procedimiento, se puede apreciar en la Tabla 1.

Como documentos radiológicos se practicaron, uno inmediatamente antes de la papilotomía que mostró una imagen de Odditis y de barro biliar con microcálculos en el colédoco con gran dilatación del mismo y otro un mes después del procedimiento mediante la colangiografía I.V. convencional,

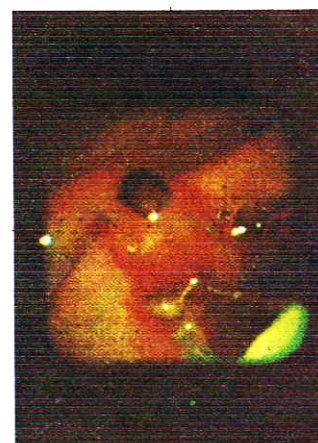


Figura5 - Sección de la papila y salida de barro biliar y pequeños cálculos.

Tabla 1 — *Exámenes de laboratorio.*

PARAMETRO	ANTES	DESPUES
Bilirrubina total	11 mg.‰	2 mg.‰
Bilirrubina directa	8 mg.‰	1.2 mg.‰
Fosfatasa Alcalina	72 U. I.	55 U. I.
S.G.O.T.	200 U.	44 U.
S.G.P.T.	100 U.	28 U.
Amilasas Séricas	—	120 U.
Rec. Leucocitos	18.500	9.000
Nitrógeno ureico	46 mg.‰	13 mg.‰

en el cual se apreciaba un llenamiento muy rápido del duodeno sin que se alcance a visualizar por esta razón el colédoco. Dos meses después del procedimiento el paciente está anictérico y en condiciones generales satisfactorias.

DISCUSION

A manera de comentarios nos parece útil hacer un recuento de las indicaciones, precauciones y contraindicaciones del procedimiento, las cuales de por sí expresan la intención de los autores al presentar esta comunicación.

El procedimiento no es anodino; diversos autores (7) han descrito complicaciones tales como pancreatitis aguda, hemorragia, perforación, angiocolitis, con una mortalidad que alcanza el 1%. Estos hechos deben poner en guardia al endoscopista para plantear las indicaciones de la esfinterotomía por vía endoscópica con mucha precisión. Ellas corresponden esencialmente a las mismas de la esfinteroplastia quirúrgica, pero con la condición de que se haya practicado previamente colecistectomía en pacientes cuyas condiciones generales o cardiovasculares no permitan una nueva intervención mayor sobre la vía biliar. Además deben emplearse las mejores condiciones de asepsia.

Las contraindicaciones son relativamente pocas y son las mismas de la endos-

copia digestiva en general ya descritas en múltiples publicaciones.

SUMMARY

The method by which the endoscopic papillotomy of the Vater ampulla is practiced as well as the equipment used is described.

A clinical case is presented with Odditis and lithiasis of the common bile duct in bad general state that contra-indicated open surgery for which reason the endoscopic papillotomy has been practiced. Indications, precautions and contra-indications are mentioned and the main risks and complications are discussed.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros agradecimientos al Sr. Marco A. Caro cuyos conocimientos técnicos radiológicos contribuyeron substancialmente al éxito del procedimiento practicado en el Departamento de Radiología de la Clínica Marly en Bogotá.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Campos, J., Esguerra, A. y Esguerra, G.: Pancreatocolangiografía por cateterismo endoscópico de la papila de Vater. Trib. Med. LIII: 621, 1976.
- 2.- Peñaloza, A., Fassler, S. y Castañeda, L.: Colangio-pancreatografía retrógrada. Trib. Med. LVI: 657, 1977.
- 3.- Dean, A.C.B.: Problems with colonoscopic polypectomy. Endoscopy 5: 121, 1973.
- 4.- Monath, C., Weill, P. et al.: Les injections sclérosantes sous controle fibroscopique dans le traitement des varices oesophagiennes. Endoscopie Digestive I: 129, 1976.
- 5.- Fruhmorgen, P. et al.: Long term observations in endoscopic Laser coagulation in the G.I. tract. Endoscopy 7: 189-196, 1975.
- 6.- Ridembach, H.D.: The plastic ligh guide in endoscopic Laser photocoagulation. Endoscopy 7: 197-200, 1975.

- 7.- Ligoury, Cl., Coffin, J.Ch. et Girault, T.: Sphinctérotomie endoscopique de la voie biliaire principale. *Endoscopie Digestive* 1: 137, 1976.
- 8.- Laurent, J.X., Floquet, J. Watrin, B. et Jeanpierre, R.E.: La Papillotomie par duodenoscopie: son intérêt dans les oddites. Ses Dangers. *Acta Endoscopica et Radiocinematographica* 3: 215, 1976.
- 9.- Kawai, K., Nakajima, M. et al.: Endoscopic Sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Endoscopy* 7: 30, 1975.
- 10.- Fujita, R. and Solima, S.: Clinical application of peroral Cholangioscopy. I Symposium International d' Endoscopie Digestive. Paris, Octobre, 1976.
- 11.- Lee, T.G. et al.: Endoscopic Retrograde Cholangiodilatation; a preliminary report. *Gastrointestinal Endoscopy* 23: 171, 1977.
- 12.- Fruhmorgen, P. et al.: New Aspects of therapeutic in Coloscopy. *Endoscopy* 7: 59- 63, 1975.
- 13.- Classen, M. and Koch, H.: Endoscopic Papillotomy. *Endoscopy* 7: 89 - 93, 1975.