



# Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica

CURE J.H., MD., SCC.

**Palabras clave:** CPRE, Ampolla de Vater, Coledocolitiasis, Ictericia obstructiva, Precorte, Esfinterotomía endoscópica.

*Se presenta un estudio analítico prospectivo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), realizada a 112 pacientes, entre julio de 1998 y marzo de 2000, cuya principal indicación fue el diagnóstico de la patología del confluente bilio- pancreático. En él se resume nuestra experiencia personal.*

## INTRODUCCIÓN

Desde que Mc Cune en 1968 (1) describió la canulación endoscópica de la ampolla de Vater, este procedimiento ha ido aumentando su importancia en el diagnóstico de las enfermedades biliopancreáticas, constituyéndose en un examen de rutina. A pesar del aumento de métodos no- invasores como la ecografía, tomografía computarizada, ultrasonografía endoscópica, colangiopancreatografía por TAC y por resonancia magnética (2,3) la CPRE ha mantenido su lugar entre los métodos diagnósticos de la patología biliopancreática, que hoy se usa en todo el mundo; más aún, el dominio de la CPRE es la base para realizar los procedimientos endoscópicos terapéuticos, especialmente la esfinterotomía endoscópica (4).

## MATERIAL Y MÉTODO

Desde julio de 1998 a marzo de 2000, se revisaron los protocolos de los pacientes que son remitidos para realizar la CPRE; se practicaron 112 procedimientos de los cuales el 69.6% (78 pacientes) son del sexo femenino y el 30.3% (34 pacientes), del masculino; un rango de edad de 17-93 años y con un promedio de 51.5 años de edad.

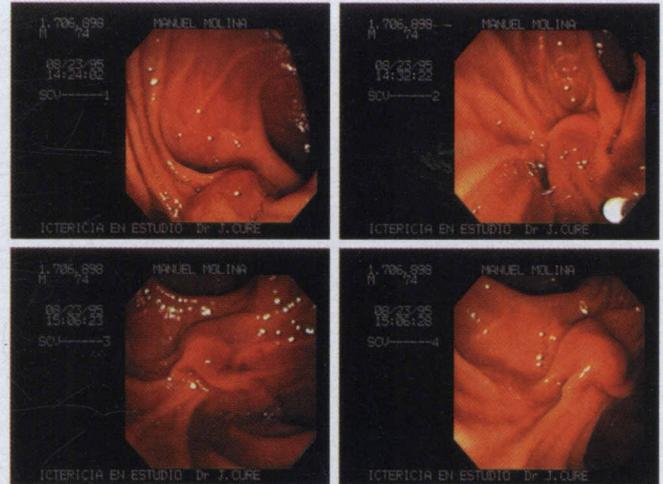
La gran mayoría de los pacientes fueron premedicados con Midazolán en dosis máxima de 5 mg, y Butilbromuro de hioscina, dosis máxima de 80 mg, empezando con 40 mg; anestésico tópico con Lidocaína *spray*, lubricación del duodenoscopio con Lidocaína jalea; en solo 6 procedimientos se realizó manejo de la sedación por anestesiólogo. La profilaxis antibiótica se realizó en forma selectiva y no de

Doctor: **Jesús Habib Cure Michailith**, Prof. Universidad Metropolitana; Ciruj. de la Unidad de Videolaparoscopia de la Clínica Bautista y de la Organización Clínica del Norte, y Endoscopista de la Clínica La Asunción, Barranquilla, Colombia.

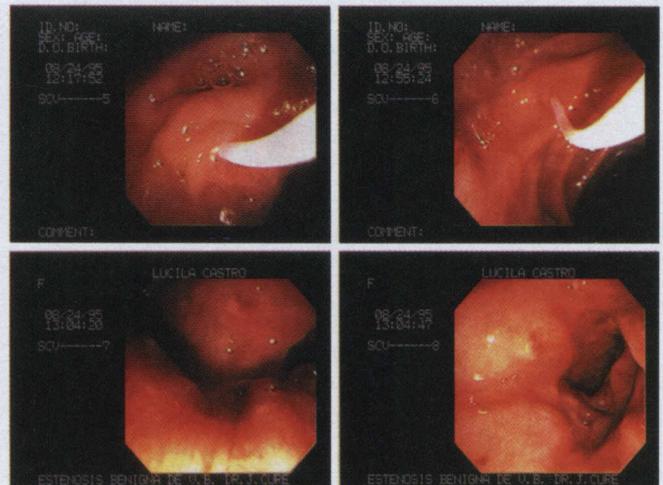
rutina; para el procedimiento se usó duodenoscopio de visión lateral JF1T30 Olympus; la rectificación del instrumento para ubicación de la papila se realizó bajo visión endoscópica (Figuras 1 y 2).

Las indicaciones para el procedimiento fueron:

- Ictericia obstructiva
- Coledocolitiasis
- Antecedentes de colecistectomía más ictericia



**Figura 1.** Se observa papila con mucosa evertida y abombada, sugestiva de cálculo enclavado.



**Figura 2.** Papila canulada observándose fístula colédocoduodenal, secundaria a exploración de la vía biliar.

- Síndrome poscolecistectomía
- Precolecistectomía
- Colelitiasis más fosfatasa alcalina elevada
- Pancreatitis
- Colangitis
- Áscaris
- Fístula biliar
- Dilatación ecográfica de la vía biliar
- Coledococele
- Pseudoquiste del páncreas

## RESULTADO

Se realizó CPRE diagnóstica en el 62.5% (70 pacientes) y terapéutica en el 37.5% (42 pacientes) logrando una tasa de éxito del 93% y falla de 7%; se realizó precorte en el 13.2% (14 pacientes); sólo en 1 paciente en el que se utilizó precorte no se pudo contrastar la vía biliar. En el 6.25% (7 pacientes) se encontró la papila en relación con divertículo duodenal sin causar dificultad para la canulación (Figura 3).



**Figura 3.** Paciente con papila intra diverticular en la cual se uso guía para canular, y se utilizó papilótomo de doble lumen para realizar esfinterotomía.

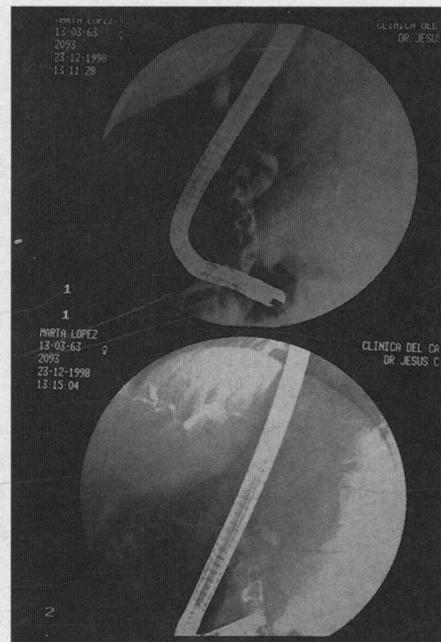
Los porcentajes de los hallazgos diagnósticos y de las complicaciones con la CPRE, se observan en las Tablas 1 y 2, respectivamente.

## DISCUSIÓN

La CPRE en nuestro medio ha sido el método de elección para el diagnóstico de la patología biliopancreática con un éxito en 93% en la canulación de la ampolla de Vater y falla del 7%; el éxito depende de la experiencia del endoscopista y los recursos técnicos y humanos con los que se cuenta; la tasa de éxito varía de 90 a un 95% (5,6) la presencia en el 6.25% de divertículo duodenal en relación con la papila, no fue un factor significativo para la no canulación; se considera

**Tabla 1.** Hallazgos diagnósticos de la CPRE.

| Hallazgos                       | %    |
|---------------------------------|------|
| Coledocolitiasis                | 38.3 |
| Normal                          | 21.4 |
| Ictericia maligna               | 14.2 |
| Ca de la vía biliar             |      |
| Ca de la papila                 |      |
| Ca del páncreas                 |      |
| Vía biliar dilatada sin cálculo | 11.6 |
| Estenosis postoperatoria        | 4.5  |
| Otros                           | 9.8  |
| Oditis                          |      |
| Pseudoquiste pancreático        |      |
| Áscaris                         |      |
| Coledococele, etc.              |      |



**Figura 4.** Se observa la vía biliar dilatada con múltiples cálculos en su interior, cístico dilatado que permite el paso del cálculo de la vesícula a la vía biliar.

que el precorte usado a tiempo mejora la canulación; en la serie fue usado en el 13.2%; sólo en 1 paciente con el uso del precorte no se pudo realizar el procedimiento.

La tasa de morbilidad fue del 6.3% pero se considera que el factor más significativo de morbilidad es un endoscopista no experimentado. En la serie no hubo mortalidad.

El procedimiento fue diagnóstico en el 62.5% y terapéutico en 37.5% (Tabla 3). La principal indicación fue la ictericia obstructiva seguida de la coledocolitiasis; esta última, la vía



**Figura 5.** Se observa un cístico de implantación baja el cual pasa por detrás de la vía biliar.

**Tabla 2.** Porcentajes de las complicaciones en la CPRE.

| Complicación                               | %          |
|--|------------|
| Pancreatitis                               | 1.8        |
| Inyección submucosa del medio de contraste | 1.8        |
| Colangitis                                 | 1.8        |
| Hemorragia                                 | 0.9        |
| <b>Total</b>                               | <b>6.3</b> |

No se presentó ningún caso de mortalidad.

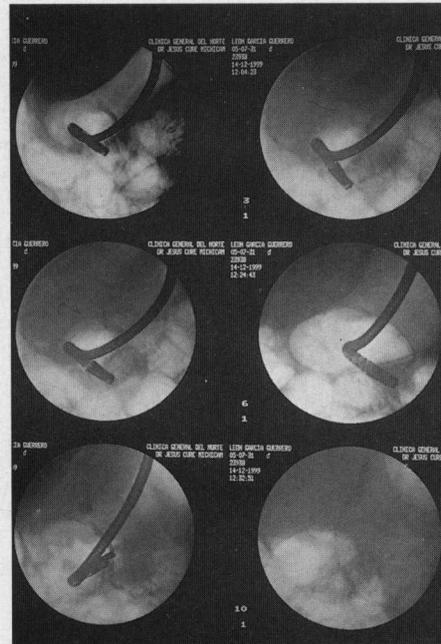
biliar normal y la ictericia maligna, fueron los diagnósticos más frecuentes.

El 6.25% de los pacientes presentaba fosfatasa alcalina elevada y diagnóstico ecográfico de coledocolitiasis con vía biliar normal; sólo en el 1.78% se encontró coledocolitiasis; se considera que la fosfatasa alcalina elevada con dilatación ecográfica de la vía biliar son factores predictivos de la presencia de coledocolitiasis (7); por eso, a todo paciente con vía biliar dilatada y antecedente de ictericia se le practicó esfinterotomía endoscópica. El tratamiento de elección de la coledocolitiasis es la esfinterotomía endoscópica y la extracción del cálculo (8-10), aunque en el 21% de los casos se puede presentar la migración espontánea del cálculo (11).

**Tabla 3.** Porcentajes comparativos entre la CPRE diagnóstica y terapéutica.

| Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. |        |
|---|--------|
| Diagnóstico                                     | 62.5 % |
| Terapéutico                                     | 37.5 % |
| Éxito   | 93 %   |
| Falla   | 7 %    |

En los pacientes con ictericia maligna el tratamiento paliativo de elección es la colocación de una prótesis por vía endoscópica (Figura 6) (12); otra de las indicaciones para el manejo endoscópico es la colangitis aguda supurativa (13,14).



**Figura 6.** Paciente con tumor del hepático común; se observa la secuencia de la colocación de la prótesis al hepático derecho.

## CONCLUSIÓN

La CPRE es el procedimiento comúnmente usado para el diagnóstico de la patología biliopancreática, por medio del cual se logran imágenes endoscópicas de la ampolla de Vater e imágenes radiológicas de la vía biliar y el páncreas, pero otros métodos no invasores como la colangiopancreatografía por resonancia magnética, permiten obtener buenas imágenes de la vía biliar y el conducto pancreático transformando a la CPRE en una técnica predominantemente terapéutica.

## ABSTRACT

*We present a prospective analytical study of ERCP performed on 112 patients in the time span July 1998 to march 2000. Principal indication was the diagnostic investigation of the biliopancreatic confluent. We discuss our personal experience.*

## REFERENCIAS

1. MC Cune. WS, Sharb PE. Moscovitz H: Endoscopic Cannulation of the Ampolla de Vater: a preliminary Report. Ann Surg 1968;167- 752
2. Mejía M, Sefair C, Cortés L.A: Calangiografía por Resonancia Magnética. Rev Colomb Cir 1998 Enero- Marzo;13 (1); 53-6
3. Lomato D, Paven P, Laghi A, et al: Magnetic Resonance Cholangiopancreatography in the Diagnosis of biliary pancreatic diseases. Am J Surg 1997;174: 33- 7
4. Solano J, Ortiz C: Esfinterotomía Biliar Endoscópica. Rev Colomb Cir 1992 Julio 7 Esp; 11:37- 41
5. Rosch W: Endoskopische Retrograde Gallen wigsdiagnostik (E.R.C) Kankenhausarzt 1985;58: 27- 34
6. Siegel Jh, Wright G, Snady H. Yarro RP: Catheter and wire manipulation of papilla of Vater. A New method to selectively cannulate the bile duct. Gastrointestinal Endoscopy 1985; 138: 158
7. Barr L. L., Frame BC, Coulajon A: Surg Endosc 1999;13: 778-81
8. Silvis S: Current Status of Endoscopic Sphincterotomy. Am J Gastroenterol 1984; 9: 731- 33
9. Lambert ME, Betts CD: Endoscopic Sphincterotomy. The Whole truth. Br J Surg 1991; 78: 473-6
10. Álvarez L.F, Navarrete C: Esfinterotomía Endoscópica. Rev Colomb Cir 1994 Oct-Dic; 9(3): 251- 8
11. Frossard J. A.L, Handenguen A, Amoyal G, Choury A, et al: Choledocholithiasis: a Prospective study of spontaneous common bile duct stone migration. Gastrointest Endosc 2000; 51(2):175-9
12. Speer AG, Cotton PB, Mac Rae KD: Endoscopic Management of malignant biliary obstruction stents of 10 French are preferable to stents of 8 French gauge. Gastrointest Endosc 1988; 34: 412- 7
13. Lai EC, Mok FP, et al: Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. N Engl J Med 1992; 326: 1582- 6
14. Navarrete C, Ríos E, Palacio R, et al: Colangitis Aguda Supurativa: Patología de Tratamiento Endoscópico. Gastroenterol Latinoam 1990;1(1): 45- 50.

*Correspondencia:*

*Doctor. Jesús Cure Michailith. Carrera 49C N. 80- 125 Cons.407. Email: clinbau@metrotel.net.co*



**FELAC**  
**Federación Latinoamericana de Cirugía**

Home Page y Boletín Trimestral en Internet  
[www.fepafem.org/felac](http://www.fepafem.org/felac)