

TRACTAMENT PERCUTANI DE LA PATOLOGIA BILIAR: PATOLOGIA BENIGNA I MALIGNA

Dra. Patricia Bermúdez Bencerrey
UDIAT - Consorci Sanitari del Parc Taulí

El paper de la Radiologia intervencionista en el maneig de la patologia biliar és molt variable, depenent del centre, ja que l'abordatge de la via biliar pot ser divers i dependrà bastant, com hem dit, dels recursos i disponibilitats de l'hospital on ens trobem.

Dividirem la patologia biliar en funció de:

Localització de la lesió:

-Vesícula biliar

*Colecistitis aguda: Pacients amb sepsis i contraindicació quirúrgica → Colecistostomia percutània: Tècnica de trócar 14F guiat per ecografia (Altres opcions: Seldinger, transhepàtic.)



Esquema tècnica colecistostomia

*Neoplàsia de vesícula biliar: pot ser necessari (tractament paliatiu) drenatge biliar per icterícia obstructiva secundària a la compressió de la vesícula.

-Via biliar

Podem dividir la patologia en:

Benigna: Inflamatòria/ infecciosa

Post-cirurgia

Maligna: Primària

Secundària

El tractament percutani d'aquest tipus de patologia tindrà un abordatge comú:

Colangiografia transparietohepàtica (CTPH)

-Tècnica invasiva per visualitzar via biliar intra i extrahepàtica

-Punció amb agulla fina (20-23 G) i injecció de contrast iodat*

Actualment és aconsellable utilitzar guia ecogràfica amb sistema de micropunció, però existeix la tècnica clàssica guiada per fluoroscòpia a través de punció a línia axil.lar mitja-posterior, espai intercostal, paral.lel a la taula, evitant diafragma.

-Possibilitat de diagnòstic AP (biòpsia amb fòrceps), CITOLOGIA

Imprescindible:

Normalitzar l'hemostàsia (Temps de protrombina: 50%, 50000 plaquetes)

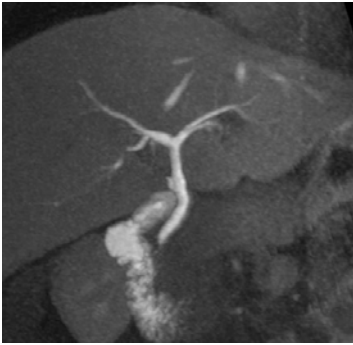
- Profilaxi antibiòtica (Cefalosporina)

- Anestesista (sedació conscient)

Consideracions tècniques:

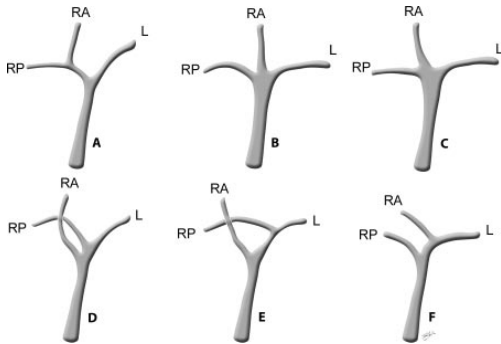
-Punció perifèrica (si no és possible es pot realitzar la punció central per fer la CTPH + punció perifèrica pel drenatge)

-Angle d'entrada al radical favorable (superior a 90%)



-Tenir en compte la presència de variants anatòmiques

Via biliar: variant més freqüent
(Confluent dret + esquerra que drenen a hepàtic comú)



Variants anatòmiques de la via biliar

La tècnica de CTPH és actualment només pas previ a tractament ja que el diagnòstic de la patologia biliar es realitza bàsicament per ecografia,+/- Colangio ressonància

Així doncs les **Indicacions de CTPH:**

- Drenatge de la via biliar
- Accés per tractaments

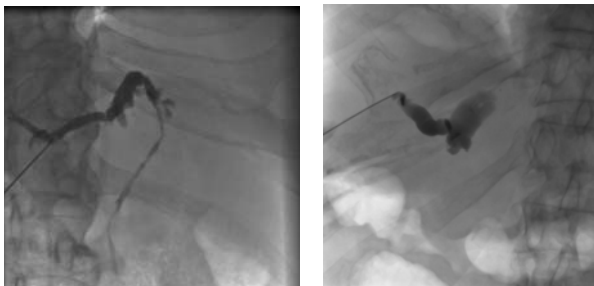
Contraindicacions:

- Transtorns greus de la coagulació
- Alergia al contrast: Es possible realitzar CTPH + drenatge amb gadolini o amb aire

*La NO dilatació de la via biliar NO es una contraindicació per a la realització de CTPH.
IMPORTANT: Si es manipula la via biliar es drenatge és MANDATORI

Tipus d'abordatge:

L'abordatge a la via biliar pot ser: Dret/ Esquerra, uni/ bilateral
Es parla de drenatge "suficient" amb 30% de via intrahepàtica drenada



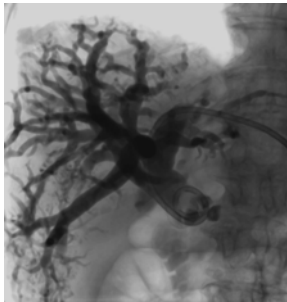
Abordatge esquerra i dret

Opcions de drenatge percutani:

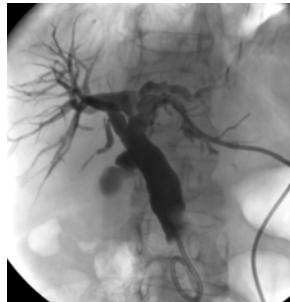
- .-No pas de la estenosi.....drenatge extern (10F)
- .-Pas de la estenosi.....Drenatge intern-extern (8F)
- .-Col.locació endopròtesi

- Drenatge Extern: En grans dilatacions de la via biliar és millor no distendre massa la mateixa (pel risc de bacterièmia) , col.locar un drenatge extern i en un segon temps passar la estenosi
- Drenatge intern-extern: Habitualment com a tractament de la sepsis biliar o pas previ a col.locació endopròtesi

Drenatge extern



Drenatge intern-extern



Endopròtesi:

Actualment S'utilitzen sobretot pròtesis de tipus autoexpandibles i en la via bilair metàl.liques més que plàstiques (presenten millors resultats) i quasi sempre no recobertes



Complicacions de la CTPH:

Poc freqüents i poc greus

- Complicacions hemorràgiques: les més freqüents(2%). Les més greus: origen arterial, es podran abordar per arteriografia +/- embolització arterial
- Colangitis, sepsis, coleperitoni, biloma
- Obstrucció de la pròtesi
- Clàssicament: esquerra>dret, menys dilatació,..

Actualment en estudis recents s'ha vist que estan sobretot en relació amb la realització de varis abordatges i amb el gruix de l'agulla fina de punció.

TIPUS DE PATOLOGIA BILIAR

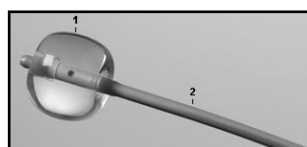
Inflamatori/infeccions (coledocolitiasi)

Post-cirurgia:

- Estenosi benigna del coledoc
- Anastomosis bilio-entèriques
- * Complicacions post-trasplantament hepàtic

Tractament de la coledocolitiasi:

- Drenatge biliar percutani si colangitis
 - Papiloplàstia amb baló (10-12mm)
 - Baló d'oclusió per expulsió litiasi
- Es una tècnica alternativa a la CPRE



Baló d'oclusió



Baló d'angioplàstia

Patologia biliar benigna post-cirurgia

-Incidència de lesions majors de la via biliar durant colecistectomia: 0.125% oberta i 0.40% laparoscòpica
-Quan és possible...sutura coledoco-coledocal en T. En aquesta cirurgia.....Estenosi conducte hepàtic comú...50%

-Hepato-jejunistomies anastomosi en Y de Roux → Estenosi 10-30%

-Risc de reestenosi augmenta amb cada cirurgia

Estenosi biliar repetitives.....colostasi amb risc de colangitis, que requerirà drenatges i/o anastomosis bilio-entèriques podent-se produir amb el temps una Cirrosi Biliar Secundària

Tractament percutani:

-CTPH + dilatació amb baló de l'estenosi (10-12mm)

-Drenatge extern (altres grups intern-extern) x 1 mes

-Control clínic, analític i colangio per catèter en 1 mes.

*Test de manomètric de perfusió biliar (mesura de la estenosi residual)

Retirada del drenatge:

-Resolució clínica-analítica

-Control imatge +/- satisfactori

Col.locació endopròtesi:

Permeabilitat baixa a llarg plaç (primària a 3 anys.....40-50%)

(assistida.....88%)

Utilització restringida a:

Fracàs cirurgia

Fracàs colangioplàstia

*No s'hauria de col.locar en pacients amb supervivència estimada superior a 2anys

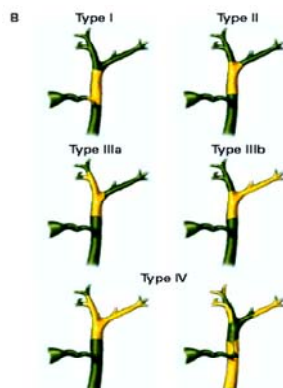
Patologia biliar maligna

-Estadiatge avançat en el moment del diagnòstic

-Pobre pronòstic. El tractament curatiu (ressecció quirúrgica) en pocs casos

-La majoria de pacients opten només a tractament paliatiu per a resolució/ milloria dels símptomes: dolor, icterícia, prurit, prevenció/tractament colangitis

Classificació de Bismuth (valoració i planificació de la ressecabilitat/planificació del drenatge)



-Obstrucció distal: N. Pàncrees, colangiocarcinoma distal, ampuloma -

-Obstrucció proximal: Colangiocarcinoma hiliar (T. De Klatskin), Neoplàsia bufeta, Neoplàsia gàstrica avançada, Compressió adenopàtica o per M1 hepàtiques

Tractament paliatiu → Drenatge de la via biliar

Modalitats de tractament:

Drenatge i col.locació d'endopròtesi per via endoscòpica

-Drenatge i col.locació d'endopròtesi per via percutànea

-Derivacions quirúrgiques

Drenatge i col.locació d'endopròtesi per via percutànea

-CTPH. Confirmació diagnòstica i localització de la obstrucció. *Possibilitat de biòpsia amb fòrceps*



FÒRCEPS PER A LA VIA BILIAR

-Opcions de drenatge percutani:

-No pas de la estenosi → drenatge extern (10F)

-Pas de la estenosi → drenatge intern-extern (8F)

-Col.locació endopròtesi

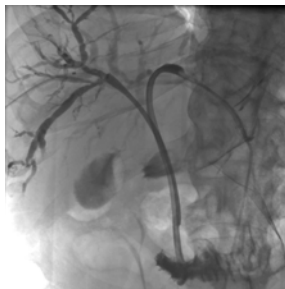
Endopròtesi:

-Transpapil.lar (marges estenosi)

-Localització de la lesió distal.....Pròtesi Unilateral proximal.

Afectació bilateral: Doble endopròtesi: En Y (si doble abordatge bilateral)

En T (abordatge únic)



PRÒTESI EN Y



PRÒTESI EN T

Èxit tècnic.....90%

Complicacions.....La majoria tractament conservador

Mortalitat referida al procediment..... <2%

RESUM

-Colecistitis aguda.....variant de drenatge de col.leccions

-Coledocolitiasi.....drenatge percutani + papiloplastia alternativa a CPRE

-Complicacions cirurgia (colostasi amb risc de colangitis...Cirrosi Biliar

Secundària).....drenatge + dilatació baló

-Patologia biliar meligne....Tractament paliatiu: Drenatge percutani + col.locació endopròtesi.

-Baixa taxa de complicacions.....les més greus: hemorràgiques d'origen arterial. Embolització arterial

* *Tractament el.lecció dependrà de la disponibilitat en cada centre*