

# Colangioscopia con gastroscopio terapéutico e infantil tras dilatación de la papila con balón de gran diámetro

J. Espinel y E. Pinedo<sup>1</sup>

*Servicios de Aparato Digestivo y <sup>1</sup>Radiodiagnóstico. Hospital de León*

## CASO CLÍNICO

Paciente de 98 años con antecedentes de colecistectomía 12 años antes, gastrectomía parcial por neoplasia hace 10 años, marcapasos y síndrome coronario agudo, que ingresó por dolor cólico en hipocondrio derecho y leve alteración colestásica (GOT: 37 UI/l, GPT: 25 UI/l, FA: 164 UI/l, GGT: 65 UI/l, Bt 0,7 mg/100). La ecografía abdominal evidenció una dilatación de la vía biliar con cálculo intracoledociano. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) iniciándose la exploración con un gastroscopio terapéutico. El paciente tenía un Billroth-II y la vía biliar presentaba una dilatación del conducto hepatocolédoco con varios cálculos en su interior. El mayor medía 25-30 mm y estaba formado por un conglomerado de 2-3 cálculos adheridos entre sí y al conducto, inmóviles ante las maniobras de extracción. Se realizó, sin esfinterotomía previa, una dilatación de la papila con balón de 16,5 mm (Fig. 1) y se introdujo el gastroscopio terapéutico en el colédoco distal (colangioscopia con gastroscopio terapéutico) con vistas a definir mejor las características de los cálculos e intentar movilizarlos. Las imágenes conseguidas fueron muy nítidas (Fig. 2). A pesar de ello, y con ayuda de cestas de Dormia y balón de Fogarty, no se consiguió movilizar ni extraer el conglomerado de cálculos mayores del hepatocolédoco. Después de dichas maniobras en las que el gastroscopio terapéutico se dejó alojado en el colédoco distal, se advirtió cómo poco a poco la porción distal del colédoco iba perdiendo su apariencia normal y se visualizaban las fibras musculares de la pared coledociana cada vez más desentrelazadas, próximas a la ruptura (Fig. 3). Se hizo entonces un intercambio del gastroscopio terapéutico por un gastroscopio infantil para tratar de acceder al conglomerado litiasico ejerciendo menos fuerza en el colédoco distal. Las imágenes obtenidas con el endoscopio infantil fueron menos nítidas (coledoscopia con gastroscopio infantil), y continuó siendo infructuosa la movilización y extracción de los cálculos adheridos. La exploración fue larga y al final de la prueba se advirtió un retroneumoperitoneo por lo que se terminó la exploración colocándose una prótesis biliar de polietileno (10F/9 cm) que asegurara el drenaje biliar. La paciente fue tratada de forma conservadora y dada de alta unos días más tarde.

## DISCUSIÓN

El tratamiento de la coledocolitiasis de difícil extracción mediante la dilatación de la papila con balón hidrostático de gran diámetro (DBGD) (12-20 mm), es un procedimiento eficaz y seguro, recientemente instaurado en nuestro país (1). Los pacientes con Billroth-II y coledocolitiasis constituyen un grupo que pueden beneficiarse de esta técnica de extracción (2). Con la DBGD se consigue ampliar de forma notoria tanto la papila como el segmento distal del colédoco para facilitar la extracción de grandes cálculos sin, prácticamente, necesidad de realizar litotricia. Los resultados con esta técnica son muy buenos, con tasas de extracción total cercanas al 100% y escasas complicaciones (3,4). Una vez resuelta la ampliación de la papila y del colédoco distal, queda pendiente cómo acceder a aquellos cálculos que forman un conglomerado adherido al colédoco y que imposibilitan su captura con cestas de litotricia, comportándose como un síndrome de Mirizzi. La colangioscopia es una técnica que puede ayudar a resolver este tipo de extracciones difíciles en las que existe imposibilidad de captura de los cálculos (5). La colangioscopia realizada en este paciente con un gastroscopio terapéutico y otro infantil, pone de manifiesto la posibilidad de acceder con endoscopios al colédoco distal, tras la dilatación de la papila, obteniéndose imágenes nítidas y permitiendo trabajar dentro del colédoco con un aparato cuyo canal de trabajo es holgado. Sin embargo, pueden surgir algunos problemas: por su longitud, no es posible avanzar más allá de colédoco distal y, además, su fuerza y calibre puede causar en el colédoco un trauma progresivo a lo largo de la exploración que culmine en una perforación. Actualmente disponemos de algunos sistemas que permiten realizar colangioscopias con intención diagnóstica. Queda aún pendiente perfeccionar un sistema que resulte sencillo (manejado por un único endoscopista), barato y con canal suficiente para introducir un litotriptor electrohidráulico que permita acceder a los cálculos fijados al colédoco, y mediante visión directa, realizar su fragmentación y extracción.