

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

=====

(CONFERENCIA)

Dr. Francisco Cruz O.

NOTA DEL EDITOR

El objetivo de esta presentación, en su forma original, fue fundamentalmente mostrar imágenes y discutir el diagnóstico diferencial en la ictericia obstructiva. Por las limitaciones propias de la edición, esta parte ha sido suprimida en el texto. Se han transcrito los contenidos referentes a aspectos técnicos del método y a criterios que se recomiendan para su ejecución, por considerarlos de utilidad para el clínico.

La colangiografía transparietohepática es un método de diagnóstico de alto rendimiento en el estudio de las ictericias, especialmente en la ictericia obstructiva. Desde su introducción, hace aproximadamente 40 años, éste ha experimentado algunas variaciones. Hoy día se lo practica con la aguja de Chiba. Las características de la aguja son el tener un diámetro muy fino, con un estilete, el que al ser removido permite inyectar medio de contraste. La otra característica es su flexibilidad, por lo que al puncionar el hígado, prácticamente no se produce daño de la cápsula de Glisson con los movimientos respiratorios, permiti-

tiendo además la canulación de conductillos biliares muy finos. La cánula convencional es más gruesa y poco flexible, pero permite introducir un catéter de teflón. Por su grosor no permite la canulación de conductillos finos.

INDICACIONES

La primera gran indicación es la diferenciación del catéter obstructivo o no obstructivo de una ictericia. Este es un problema de todos los días en cualquier hospital, que no siempre es posible aclarar con los métodos clínicos y de laboratorio.

Cuando la bilirrubinemia es inferior a 3 mg % debe intentarse la colangiografía endovenosa. Cuando la bilirrubinemia es superior a 3 mg % debe tratarse de establecer si existe dilatación de la vía biliar intrahepática, lo que habitualmente hacemos mediante la ecografía. Si la vía biliar está dilatada, se procede con la colangiografía transparietohepática, salvo que existan contraindicaciones. Si la vía biliar no está dilatada debe preferirse la colangiografía endoscópica.

Cuando el diagnóstico de ictericia obstructiva es categórico, la colangiografía transparietohepática permite determinar el nivel de la obstrucción y probablemente la etiología.

Otro alcance del método es el desarrollo de la técnica de descompresión percutánea de la vía biliar, en especial en pacientes con obstrucción tumoral.

Por último, permite hacer el diagnóstico de anomalías congénitas.

CONTRAINDICACIONES

El radiólogo debe tener muy presente las contraindicaciones, para no efectuar el procedimiento en pacientes con riesgo de complicaciones.

Las contraindicaciones más importantes son la coagulopatía y el quiste hidatídico. Tumores vasculares hepáticos, alergia, ascitis, malas condiciones generales, ictericia extrema, fiebre alta y dolor abdominal constituyen contraindicaciones relativas y la ejecución del examen dependerá de las condiciones del lugar donde se lo quiera practicar.

CRITERIOS Y ASPECTOS TECNICOS

Algunos de los requisitos exigidos por el radiólogo para realizar el examen son los siguientes :

- Indicación adecuada. Esto requiere ser discutido personalmente con el médico que solicita el examen.
- Protrombina sobre 60 %.
- Hematocrito sobre 30 %.
- Clasificación de grupo sanguíneo.
- Ecografía abdominal previa. Este examen permite el diagnóstico de lesiones expansivas del hígado, como el quiste hidatídico, lo que contraindica el procedimiento. Por otra parte permite tener la certeza

- de que la vía biliar intrahepática está dilatada como lo está el colédoco. Esto hace que la colangio -
grafía transparietohepática efectuada en estas con-
diciones tenga un 100 % de rendimiento.
- El paciente debe estar hospitalizado ; nunca debe hacerse el examen en pacientes ambulatorios.
 - Debe concurrir al examen en ayunas.
 - Debe tener una vena permeable en el brazo izquierdo, ya que por realizarse una punción en la zona axilar derecha, el miembro superior derecho debe mantenerse en abducción durante el examen.
 - Premedicación. Se recomienda el Valium 5 mg. endove-
noso al iniciar el examen.
 - Profilaxis antibiótica. Se recomienda ocasionalmen-
te. En el paciente febril su empleo es perentorio ,
ya que en la gran mayoría de los casos se produce
paso de bilis a la sangre durante el examen. Se pre-
fiere los antibióticos de amplio espectro.
 - Calidad de los equipos de Rayos X. No se puede ha-
cer la colangiografía con fluoroscopia convencional.
La sala de examen debe disponer de un circuito de te
levisión con amplificador de imagen.
 - Punción con aguja de Chiba.
 - Abordaje. Recomendamos el abordaje por la pared cos
tal lateral a nivel de la línea axilar media, entre
los espacios intercostales 8° y 9° derechos.
 - Inyección del medio de contraste. Para contrastar
el canículo biliar debe inyectarse el medio de con-

traste ; no debe aspirarse bilis. Tanto la punción como la inyección deben hacerse con monitorización radioscópica.

- Número de intentos. Lo recomendable es un número de 6 intentos. Antes de disponer de la ecografía, se practicaban hasta 15 intentos en pacientes con vía biliar no dilatada.
- Control estricto post-examen. Esta es la parte más importante del procedimiento. Aunque el radiólogo no maneje personalmente pacientes, debe preocuparse activamente del control post-examen, especialmente del control de presión arterial.

RENDIMIENTO

En prácticamente todos los centros que han publicado sus resultados, el rendimiento es de 95 a 100 % cuando existe dilatación de la vía biliar, y de 60 a 85 % cuando no la hay, dependiendo de la experiencia de quien practica el examen. En la experiencia de la Universidad Católica el rendimiento en una serie de 140 exámenes ha sido del 95 % con dilatación de la vía biliar y 76 % en los casos sin dilatación.

RIESGOS

El riesgo de complicaciones es bajo. La aparición de fiebre, calofríos e hipotensión después del examen es la traducción clínica de una bacteremia por paso de bilis al sinusoides al inyectar a presión. Esta complicación, que es la de más alta frecuencia, ocurre en pacientes que tienen vía biliar dilatada y que serán sometidos a tratamiento quirúrgico o a des-

compresión percutánea. Habitualmente están protegidos por antibióticos en el período en que se realiza el examen y durante y después de la cirugía. La mayoría de estos síntomas regresan con el tratamiento médico y la descompresión biliar, no constituyendo un problema clínico de importancia.

El resto de las complicaciones son muy raras hoy día : neumotórax, hemoperitoneo o hemobilia. Se presentan en los primeros pacientes de cada serie, pero en la medida que se domina el método se hacen más raras : 5 - 10 %.

En la experiencia con 140 pacientes de nuestro Hospital se ha adoptado la política de practicar el examen en el pre-operatorio inmediato, de modo que las complicaciones no tienen oportunidad de producirse. En sólo un paciente, en que se difirió la operación por 48 horas, se comprobó un hemoperitoneo de 800 cm³. La mayoría de los autores no condiciona la ejecución del examen al pre-operatorio inmediato.

En resumen, creemos que las principales ventajas del método son : su elevado rendimiento, la facilidad de realización, la relativa rapidez del procedimiento, el bajo riesgo de complicaciones y su costo relativamente bajo, que hace posible que la técnica pueda desarrollarse en la mayoría de los hospitales del país.