

DRENAJE BILIAR PERCUTANEO TRANSHEPATICO

¿Qué es un drenaje biliar percutáneo?

Es una descompresión paliativa de la vía biliar que se realiza cuando la vía biliar extrahepática (conducto hepático o colédoco) se obstruye, secundariamente se produce un aumento en las cifras de bilirrubina que provocan un cuadro clínico de ictericia (pigmentación amarilla difusa en piel), y picores de piel secundarios.

Se realiza desde la piel atravesando la pared torácica o abdominal hasta entrar en la vía biliar, es por esto que se llama percutánea.

¿En qué casos se produce obstrucción de la vía biliar?

Habitualmente la causa más frecuente es la enfermedad maligna: colangiocarcinoma, cáncer de páncreas y metástasis, también tumores benignos como el ampuloma, todos estos tumores envuelven o comprimen el colédoco o los conductos hepáticos y provocan la obstrucción de los mismos.

En ocasiones hay que drenar de una forma urgente cuando se produce una colangitis (infección dentro de la vía biliar) secundaria a obstrucción.

También se puede provocar obstrucción de la vía biliar en patología benigna como en el caso de estenosis benignas de la vía biliar, pueden ser posquirúrgicas, en anastomosis, en zonas de isquemia biliar o residual por colangitis.

Los cálculos en el colédoco también provocan obstrucción de la vía biliar y puede ser necesario colocar un drenaje biliar percutáneo, tanto para solucionar la ictericia, como para la propia extracción del cálculo con técnicas intervencionistas.

En ocasiones se realiza un drenaje previo a la cirugía, quimioterapia o a la radioterapia de la vía biliar.

¿Qué tipos de drenaje percutáneo existen?

Drenaje Externo: Colocación de un catéter con su extremo en la vía biliar, se trata de un drenaje que vaciara la bilis siempre hacia el exterior. Este tipo de drenaje se realiza cuando no se ha podido salvar la obstrucción de la vía biliar. Requiere vigilancia del equilibrio hidroelectrolítico por la pérdida de sales biliares.

Drenaje Interno externo: se trata de un catéter agujereado, se posiciona su extremo distal en el duodeno, el catéter tiene agujeros tanto en su trayecto intestinal como en el trayecto en que atraviesa la vía biliar. El drenaje puede tenerse en dos posiciones, con la llave abierta al exterior con lo cual actuara de drenaje externo, o con la llave cerrada en cuyo caso actuara como drenaje interno y la bilis pasara desde los agujeros de la vía biliar hasta los dístales hacia en duodeno.

Endoprótesis Metálica (Stent). Se trata de un drenaje definitivo, se coloca una endoprotesis metálica habitualmente auto expansible cubriendo toda la tumoración

Con la parte proximal y distal cubriendo territorio sano. La bilis drenara de forma permanente hacia el duodeno, tiene la ventaja de que al no existir un tubo que atravesase por la piel no habrá irritación, picor ni infecciones de la misma, siendo más cómodo y fisiológico. En caso de disfunción se revisara mediante nuevo procedimiento percutáneo.

¿Qué riesgos tiene?

Como se utiliza medio de contraste para opacificar los conductos y a veces se atraviesan pequeños vasos sanguíneos pueden existir riesgos de reacciones alérgicas al contraste yodado.

Riesgos de sangrado, neumotórax, pancreatitis, fístula biliopleural, peritonitis biliar, sepsis, etc.

Las complicaciones mas graves son poco frecuentes alrededor del 5% de los casos.

¿Cómo se realiza un drenaje biliar percutáneo? (técnica de implantación).

Se selecciona el punto de acceso en la piel, se elegirá un punto situado en la línea media axilar a la altura de la superficie hepática y por debajo del seno costofrénico, y coincidente con un espacio intercostal.

Se anestesiara localmente la piel, el tejido celular subcutáneo, el plano muscular de la pared torácica y la capsula hepática.

Con un bisturí se hace una pequeña incisión sobre la zona elegida que preferentemente se acercara mas al borde superior de la costilla para evitar los vasos intercostales.

Con una aguja Chivas 22G atravesaremos la pared costal y entraremos en la superficie hepática, con dirección hacia la bifurcación de los conductos hepáticos. Avanzamos la aguja al mismo tiempo que aspiramos para detectar bilis como indicativo de estar situados en un radical hepático, también podemos introducir una pequeñas cantidades de contraste diluido con el fin de detectar el momento en que la aguja está situada en un radical biliar.

Una situados en el radical biliar, introducimos una guía de 0,018 F con punta blanda (Floppy), avanzándola hacia el interior de la vía biliar.

A través de la guía 0.018 F introducimos un set coaxial compuesto de una vaina metálica rígida, un dilatador y sobre este un catéter del 7F con una luz amplia que da paso a guías de 0,35 y 0,38 y catéteres del 4F.

Introducimos este set hasta comprobar que estamos dentro de la vía biliar, sacamos la guía, la vaina metálica y el dilatador e introducimos medio de contraste para dibujar la vía biliar y localizar la obstrucción.

Introducimos por el catéter situado otro catéter coaxial 4F tipo Berestein o multipropósito y con una guía hidrofílica de 0.35F, negociamos el paso de la estenosis u obstrucción hasta que podemos pasar el catéter al duodeno.

Con el catéter en duodeno pasamos una guía rígida tipo Amplaz que nos dará soporte.

A través de la guía estamos ya en disposición de introducir un catéter de drenaje interno-externo, o una prótesis metálica habitualmente auto expansibles si se trata de un paciente inoperable.

Posteriormente dejamos un catéter de 7F de seguridad hasta el duodeno que nos servirá de tutor para realizar la revisión del buen funcionamiento del drenaje pasados unos días.

Si no se logra pasar la obstrucción se podrá colocar un drenaje externo.

¿Quién lo realiza?

La intervención percutánea para drenaje de la vía biliar es realizada por un radiólogo vascular intervencionista especialmente entrenado en estos procedimientos.

Se realizan en salas especialmente diseñadas con equipos radiológicos sofisticados con altas prestaciones de imagen.

¿Qué alternativas existen?

La alternativa es la intervención realizada por vía endoscópica por especialistas de aparato digestivo.

Esta alternativa tiene algunas limitaciones, nunca pueden colocar un drenaje externo, y el porcentaje de recanalizaciones es menor que con la técnica percutánea.

La indicación de una vía u otra va a depender en gran medida de la disponibilidad de los profesionales según el medio hospitalario en que nos encontramos, no todos los hospitales tienen radiología intervencionista. Hay que tener en cuenta también las listas de espera de ambos especialistas.

¿Qué complicaciones existen de un drenaje biliar a largo plazo?

A largo plazo los catéteres de drenaje permanente pueden originar colecciones peri catéter, recurrencia de la ictericia por obstrucción o desplazamiento de los mismos, pudiendo aparecer colangitis.

También a largo plazo puede aparecer la ictericia por crecimiento del tumor en otras zonas de la vía biliar, incluso invadiendo las endoprótesis que hayamos colocado.

La irritación de la piel en el sitio de entrada es una complicación esperada.

La infección importante de los tejidos blandos peri catéter es infrecuente.

A veces pueden ocurrir hemorragia tardía o infección de biloma (colección de bilis).

¿Qué beneficios obtiene el paciente?

Desaparece la pigmentación amarilla de la piel (ictericia), y en consecuencia los picores.

En los drenajes internos con catéter o con endoprótesis la bilis pasa de manera fisiológica al duodeno y en consecuencia se produce una correcta digestión de los alimentos, con un mejor estado de nutrición del paciente.

El paciente mejora psicológicamente con respecto a su enfermedad.

Se obtiene un estado más favorable si el paciente ha de ser intervenido quirúrgicamente.

Evitamos riesgos de sepsis biliar y de cirrosis biliar secundaria.