



## **Seminario: ¿Como vencer una Canulación Biliar Difícil?**

**Autor: Ferrán González-Huix**

En el contexto de una papila intacta, la canulación biliar es un paso imprescindible para la realización exitosa de la ColangioPancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE). La Canulación Biliar Difícil (CBD) se ha asociado con mayor probabilidad de fallo del procedimiento y un mayor riesgo de complicaciones, sobre todo de pancreatitis post-CPRE. Se define CBD, en base a lo propuesto por la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE), como aquellas canulaciones en las que se cumpla al menos uno de los siguientes criterios: 1) más de 5 intentos de canulación, reconociendo un intento como el momento en que se prueba el paso a través de la papila, tras conseguir el encaje de la punta del papilotomo en el orificio papilar; 2) intentar la canulación durante más de 5 minutos; y 3) que la guía vaya en más de 2 ocasiones al conducto pancreático. Además de estos criterios “5-5-2”, la infusión de contraste en el Wirsung en más de 1 ocasión se incluye también como criterio añadido de CBD, ya que se ha asociado a mayor riesgo de complicaciones.

Las recomendaciones que deben considerarse en la canulación biliar durante la CPRE incluyen dos aspectos en relación con la CBD: en primer lugar, detectar los factores de riesgo que puedan predecir una CBD, y en segundo lugar, conocer y ser capaz de aplicar las técnicas alternativas o de rescate en caso de que el endoscopista se enfrente a una CBD. Con respecto al primer punto la inspección cuidadosa de la anatomía papilar y la optimización de la accesibilidad a la segunda porción duodenal y la confrontación con la papila consiguiendo una posición adecuada es fundamental. Los factores que se han asociado a una mayor probabilidad de CBD dependen de la anatomía, siendo la papila protusiva y larga, con dos o más pliegues suprapapilares, la de mayor dificultad de canulación. Además, la papila infiltrada por un tumor y la que está situada alrededor de un divertículo son situaciones que añaden especial dificultad



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

y se asocian a CBD. Aspectos como la sedación del paciente o la posición (decúbito prono o supino) del mismo influyen también en la CBD. Finalmente, la competencia del endoscopista sería otro factor determinante, en este caso dependiente del operador, de tal forma que los endoscopistas con mayor experiencia confrontan con mayor éxito una CBD, tanto en cuanto a la eficacia en la canulación, como en la capacidad de conseguirla con un menor número de complicaciones.

Las opciones disponibles ante un fallo de canulación convencional son dos: Primero, la repetición de la exploración después de 2-6 días o la remisión del paciente a un centro más experto. Ello comporta la prolongación del ingreso hospitalario o bien el reingreso y la realización de una segunda CPRE sin tener la garantía de que, un segundo intento pueda ser más exitoso. En segundo lugar, los endoscopistas más expertos prefieren, ante el fallo de la canulación convencional, la aplicación de una técnica alternativa de rescate en el mismo procedimiento. Con ello se consiguen tasas muy altas de canulación con un incremento discreto y asumible de complicaciones que se reducen cuanto mayor es la experiencia del operador.

Los sistemas alternativos de rescate, ante una CBD, dependen de si la guía ha entrado en Wirsung o no. Cuando la guía entra en Wirsung tras dos intentos se puede optar por dos sistemas: 1º) el método de la Doble Guía (DG), consistente en canular el colédoco con una segunda guía, sobre la guía que inicialmente está localizada en el páncreas; y 2º) la papilotomía Transpancreática (pTp) que consiste en realizar una sección del septo que separa la entrada del colédoco con la punta del papilotomo situada al inicio del conducto pancreático, tras lo cual se puede intentar la canulación de colédoco. Cuando la guía inicial no entra en ningún conducto, después de 5 intentos, o bien durante 5 minutos se plantea la realización de un PreCorte puntiforme (PCp) con papilotomo de aguja.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

El sistema de DG es una técnica que requiere un corto periodo de aprendizaje, pero no se ha demostrado que incremente la tasa de canulación biliar cuando se compara con los reintentos de canulación retirando la guía de páncreas. Así mismo la tasa de pancreatitis no se reduce a no ser que se coloque un stent pancreático preventivo. La opción alternativa cuando la guía ha entrado inicialmente en el conducto de Wirsung y que es preferida en la actualidad es la realización de papilotomía transpancreática (pTp). Esta técnica consiste en realizar un corte (con corte puro) en dirección a las 11 y poca tensión del hilo de corte para escindir el septo intrapapilar que separa la entrada del colédoco de la del Wirsung. Esta especialmente indicada en papilas planas o en las que el endoscopio está inestable en duodeno lo que hace que el PCp sea más difícil. La tasa de canulación con esta técnica es mayor que con la DG. Tiene un mayor riesgo de pancreatitis a no ser que se coloque un stent pancreático preventivo. La colocación de este stent inicialmente, antes de intentar la canulación del colédoco, ofrece diversas ventajas: primero la retirada de la guía del páncreas tras colocar el stent permite liberar la punta del duodendoscopio confiriendo una mayor movilidad del endoscopio en los intentos de canulación biliar, en segundo lugar una mayor ocupación del conducto de Wirsung por el stent (siempre de mayor diámetro que el de una guía) permitiendo con ello una mayor facilidad de que la guía “navegue” hacia el colédoco; y en tercer lugar se consigue una prevención de la pancreatitis desde el inicio de la canulación, puesto que lo primero que hacemos, tras el corte del septo entre el Wirsung y el colédoco, es colocar el stent y posteriormente se intenta la canulación del colédoco. De esta forma el efecto preventivo de la pancreatitis con un stent se consigue desde el inicio tras la pTp.

Cuando en los intentos de canulación la guía no entra en ningún conducto, la técnica alternativa a aplicar es el PreCortepuntiforme (PCp). Cuando se dispone de un endoscopista con experiencia se recomienda la aplicación precoz de esta técnica (tras los 5 intentos o 5 minutos de tiempo de canulación sin conseguir la canulación de



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

ningún conducto), puesto que, en manos expertas, consigue una alta tasa de canulación sin un incremento excesivo en la número de complicaciones. Se puede realizar desde el orificio pancreático o desde el infundíbulo papilar (infundibulotomía), siendo esta última la opción la preferida porque se aleja del orificio pancreático y se acompaña de menor número de casos de pancreatitis. El PCp desde infundíbulo esta especialmente indicado en papilas protusivas o en la que haya un cálculo impactado. Cualquiera que sea el tipo de PCp utilizado se recomienda también, cuando es posible, insertar un stent pancreático si en algún momento la guía entra en conducto de Wirsung. Ello esta especialmente recomendado en caso aquellos PCp iniciados desde el orificio papilar puesto que en este caso la lesión térmica sobre la desembocadura del Wirsung es más probable.

En los pocos casos en los que no se consiga la canulación con estas técnicas alternativas la canulación anterógrada puede ser una opción. El drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (ColangioPancreaticoEndoSonografía o CPES) seguido por “rendezvous”(CPES + rendezvous) se esta utilizando cada vez más como una alternativa al drenaje biliar transhepático percutáneo radiológico (CTPH). La primera permite un drenaje interno desde el primer momento y evita segundos procedimientos, como los recomendados tras una CTPH para reconvertir el drenaje externo en interno. Además la CPES+rendezvous, cuando se realiza desde el colédoco no requiere que haya dilatación de la vía biliar intrahepática (cuando esta no está dilatada el porcentaje de fallos de la CTPH es mayor). En general el drenaje guiado por ecoendoscopia tiene mayor tasa de éxito clínico, menos efectos adversos y es mas costo/efectivo. La CPES, en manos de endoscopistas muy experimentados puede, incluso, ofrecer ventajas sobre el PCp como técnica de rescate cuando la guía no entra en ningún conducto ya que se ha asociado a un menor riesgo de pancreatitis. No obstante, la tasa de complicaciones global es mayor así que, actualmente no se debe



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

considerar como una técnica alternativa al PCp excepto en manos de endoscopistas especialmente hábiles y expertos en endosonografía terapéutica.

En resumen, ante una CBD, múltiples factores influyen en la decisión de aplicar una técnica de rescate u otra. Depende de las circunstancias específicas de cada centro, preferencias del endoscopistas y características del paciente incluyendo la anatomía papilar y la patología de base. Ante una CBD se propone un esquema secuencial dependiendo de si la guía ha entrado o no en el conducto pancreático. Cuando la guía va a páncreas la primera opción recomendable sería la realización de una pTp, de unos 4-5 milímetros, seguida de la colocación inmediata de un stent en conducto pancreático. Tras liberar el stent y retirar la guía del páncreas realizar intentos de canulación de la vía biliar sobre el stent pancreático. En esta situación solo cuando no sea posible la canulación, en el mismo procedimiento se puede ampliar la papilotomía con un bisturí puntiforme. En la situación en que la guía no entra en ningún conducto, la opción preferida es el PCp iniciado desde el infundíbulo papilar. Cuando tras cualquiera de estas técnicas, no se ha conseguido canular el colédoco debemos escoger una de estas tres opciones: 1) repetir el procedimiento después de 2-6 días, en caso de no disponer de endosonografistas terapéuticos experimentados; 2) remitir al paciente para una CTPH vía percutánea realizada por el radiólogo (sobre todo si hay dilatación de la vía biliar intrahepática), o bien 3) cuando se dispone de experiencia con la endosonografía endoscópica terapéutica, intentar en el procedimiento inicial, una CPES+rendezvous con punción del colédoco desde duodeno, o de la vía biliar intrahepática desde el estómago, para el “rendezvous” o colocación de un stent en colédoco (coledocoduodenostomía), en vesícula (colecistogastro o duodenostomía) o en vía biliar intrahepática (hapatogastroscofia) en caso de tratarse de una estenosis maligna, consiguiendo un drenaje interno desde el primer momento. El consenso para la realización de estas técnicas de acceso y drenaje de la vía biliar mas complejas e



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO  
**GASTROENTEROLOGÍA**  
Y HEPATOLOGÍA

invasivas requiere una decisión multidisciplinaria que implicaría a digestólogos endoscopistas, oncólogos, radiólogos y cirujanos