



0 - PATOLOGÍA BILIAR Y UROLÓGICA. Drenaje biliar percutáneo. Principios actuales, *stents*, nuevas tecnologías

J.J. Ciampi Dopazo y C. Lanciego Pérez

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Objetivos docentes: Puntualizar indicaciones y técnica correcta de la colangiografía-transhepática (CTH)-drenaje biliar percutáneo (DBP). Aprender a minimizar complicaciones derivadas del DBP y cómo resolverlas. Aprender cuando indicar y tipo de *stent* a emplear en patología biliar benigna y maligna. (prótesis-biliares-metálicas, prótesis-cubiertas, prótesis-bioabsorbibles, "biliary-drug-eluting stent").

Discusión: La indicación del DBP incluye el tratamiento de la obstrucción biliar, con descompresión de la vía biliar y posterior estudio de anomalías y localización de estas, como puente al tratamiento definitivo. La indicación del DBP está condicionada por la sospecha clínica y de técnicas de imagen (TC, colangiografía RM), que recomiendan la necesidad de abordar la vía biliar. El DBP, es superior a la colangiopancreatografía retrograda endoscópica, cuando la obstrucción afecta al hilio biliar. La preparación del paciente incluye hemograma y perfil de coagulación, para valorar y corregir anomalías previo al DBP. Si existen signos de infección, se administrará antibioticoterapia y en caso de ascitis importante drenaje previo de esta. La elección del sitio inicial de punción, dependerá del segmento o lóbulo que requiere ser drenado. En nuestro centro, la mayor parte de los accesos se realizan a través del LHD. Se emplea aguja tipo-Chiba (21-22G) para acceso periférico por segmento elegido, previa CTH. Si el acceso es correcto, se introduce sistema co-axial (vaina-dilatador-cáñula), para facilitar la colocación final del catéter de DBP. En pacientes con obstrucción biliar maligna, no candidatos a cirugía, la prótesis biliar metálica es considerada una excelente opción paliativa que puede ser introducida por tractos inferiores a 9 F. Las prótesis biliares cubiertas ofrecen discreto aumento de permeabilidad con respecto a las no cubiertas y sobre todo pueden ser retiradas, si el status clínico del paciente permite la cirugía. Recientemente, los "biliary-drug-eluting-stents", parecen retardar el crecimiento tumoral. En la patología biliar benigna, las prótesis biliares-cubiertas como bioabsorbibles han supuesto una opción efectiva de tratamiento, cuando el manejo estándar (bilioplastia) fracasa.

Referencias bibliográficas

Saad W, Wallace M, Wojak J, et al. Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage, and Percutaneous Cholecystostomy. J Vasc Interv Radiol. 2010;21:789-95.

García-García L. Manual: Radiología Intervencionista en Patología Biliar: ¿Qué hacer, Cómo y Cuándo hacerlo? Elsevier Doyma 2007.

Almadi M, Barkun A, Martel M. No Benefit of Covered vs Uncovered Self-Expandable Metal Stents in Patients with Malignant Distal Biliary Obstruction: A Meta-analysis. Clinical Gastroenterology and

Hepatology. 2013;11:27-37.

Mauri G, Michelozzi C, Melchiorre F, et al. Biodegradable biliary stent implantation in the treatment of benign bilioplastic-refractory biliary strictures: preliminary experience. Eur Radiol. 2013.