

CASO CLÍNICO

CPRE realizada con un duodenoscopio de un solo uso

CASO MUY POCO FRECUENTE DE ESTENOSIS FUNCIONAL DEL CONDUCTO BILIAR EXTRAHEPÁTICO



Prof. Dr. Mark Ellrichmann, MaHM

Hospital Universitario Schleswig-Holstein, Campus de Kiel, Alemania

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Un hombre de 71 años acudió a nuestro servicio de urgencias con dolor abdominal recurrente en el cuadrante superior derecho, acompañado de ictericia y heces acólicas. La prueba de laboratorio reveló un aumento significativo de los parámetros de colestasis, con un aumento de la proteína C reactiva y los leucocitos.

Una ecografía abdominal mostró un conducto biliar común (CBC) dilatado en el tercio extrahepático proximal cercano al hilio hepático, con conductos biliares intrahepáticos prominentes; los dos tercios distales mostraron una extrema delgadez o incluso colapso, con una deformación en forma de S. Sorprendentemente, se observó un mayor acodamiento del CBC tras una inspiración profunda, con una estenosis funcional como posible causa de la colestasis. No se observaron tumores extraductales ni adherencias.

Una tomografía computarizada confirmó los resultados de la ecografía; de nuevo, no se pudo confirmar ninguna patología extraductal.

Como diagnóstico secundario, los hemocultivos y los hisopos cutáneos dieron un resultado positivo para enterobacterias resistentes a la vancomicina (ERV). Basándose en los resultados de laboratorio y la morfología observada en la ecografía, se diagnosticó una estenosis funcional del CBC con colangitis aguda.

PROCEDIMIENTO

La CPRE se realizó con el Ambu® aScope™ Duodeno, un duodenoscopio de un solo uso. Gracias a la excelente maniobrabilidad del aScope Duodeno, se pudo acceder fácilmente a la parte descendente del duodeno, lo que permitió mantener una posición corta óptima delante de la papila (Imagen 1).

El orificio de la papila se pudo delimitar claramente. Después de la intubación de la parte distal del CBC, se inyectó medio de contraste para visualizar la contorsión en forma de S de aproximadamente el tercio medio del CBC, que se agravaba significativamente al inspirar. Cabe señalar que, debido a la transparencia de la punta distal del duodenoscopio, se pudo seguir todo el recorrido del CBC sin ajustar el aparato de rayos X ni la posición del paciente. En la espiración, momento en el que se procedió al estiramiento del CBC, se pasó una guía por la estenosis funcional hasta el conducto hepático izquierdo. A continuación, se insertó un stent de plástico de 10 Fr y 12 cm en el CBC hasta el hilio hepático para abarcar la estenosis funcional y asegurar el drenaje.

RESULTADO

El seguimiento clínico del paciente se realizó sin complicaciones. Parámetros de infección normalizados bajo tratamiento antibiótico; los parámetros de colestasis disminuyeron inmediatamente después de la CPRE con un drenaje adecuado. El paciente recibió el alta siete días después del ingreso. Se programa otra CPRE con cambio de stent y, potencialmente, la inserción de un stent metálico totalmente recubierto diez semanas después de la primera CPRE.

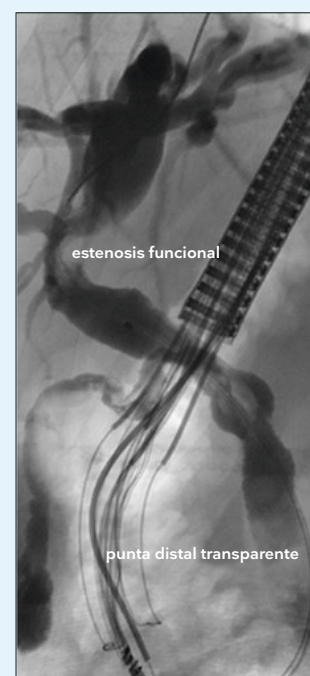


Imagen 1: CPRE con duodenoscopio de un solo uso en posición corta delante de la papila.

CASO CLÍNICO

CPRE realizada con un duodenoscopio de un solo uso

CONCLUSIÓN

Tomando como base el caso presentado y la bibliografía actual (véase el anexo), los duodenoscopios de un solo uso se pueden utilizar en la mayoría de los casos de CPRE de todos los grados de complejidad ASGE, con una baja tasa de conversión a duodenoscopios reutilizables. En nuestro centro, los duodenoscopios de un solo uso se utilizan en pacientes inmunodeprimidos (Tras Tx hepático, medicación inmunosupresora, infección por VIH, etc.) o en pacientes contaminados con organismos resistentes a varios fármacos. Esta última situación fue la indicación para el uso de un duodenoscopio de un solo uso en el caso presentado.

Para el uso de endoscopios de un solo uso en general, se deben tratar varios temas desde un punto de vista clínico:

- (i) Funcionalidad de los endoscopios en comparación con los endoscopios reutilizables
- (ii) Estratificación de los pacientes: ¿En qué pacientes se debería utilizar un endoscopio de un solo uso?
- (iii) Costes y reembolso

ANEXO

Las infecciones clínicamente relevantes provocadas por el uso de endoscopios flexibles se han convertido en el foco de interés clínico y científico de la literatura. Las infecciones asociadas a la endoscopia pueden clasificarse en dos grupos:

1. Infecciones endógenas;
2. Infecciones exógenas.

Las infecciones endógenas se desencadenan debido a la propagación de la flora local del propio paciente y suponen principalmente la presencia de *Escherichia coli*, especies de *Klebsiella*, especies de *Enterobacter* y enterococos. Las infecciones endógenas resultantes son, por ejemplo, una neumonía debida a la aspiración de secreciones en pacientes sedados o a la propagación de gérmenes de la flora de la cavidad bucal durante las broncoscopias flexibles. Además, se ha informado de casos de colangitis y bacteremia en pacientes con obstrucción biliar después de una CPRE.

Para reducir de forma fiable la tasa de contaminación y, por lo tanto, las infecciones exógenas, se dio una alta prioridad al uso de duodenoscopios de un solo uso. En una advertencia de seguridad actualizada con fecha del 24 de julio de 2020 (<https://FDA.gov/medical-devices/safety-communications/FDA-recommending-transition-duodenoscopes-innovative-designs-enhance-safety-FDA-safety-communication>), la FDA (Federal Drug Administration, EE.UU.) recomendó el uso de los duodenoscopios de un solo uso.

Ambu

Firma Ambu S.L.
Calle Alcalá, 261 - 265 Edif 4-4º izq.
28027, Madrid
T +34 91 411 6830
www.ambu.es
ayuda@ambu.com