


Derivación colédoco-duodenal guiada por técnica de rendezvous combinada (percutánea – endoscópica): a propósito de un caso

Autores Jorge Landaeta¹, Carolina Manzo¹, Virginia Armas², Laura Peña¹, Carla Dias³ 

Afiliación 1 Policlínica Metropolitana. Caracas, Venezuela.
2 Policlínica Metropolitana - GastroExpress. Caracas, Venezuela.
3 Clínica Santa Paula. Caracas, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Dra. Carla Dias. Correo: carladiasgastro@gmail.com ORCID: [0000-0003-3359-3132](https://orcid.org/0000-0003-3359-3132)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2022; 76(2): 61-64.
© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.
Fecha de recepción: 01/12/2021 **Fecha de revisión:** 25/02/2022

Fecha de Aprobación: 15/03/2022

Resumen

El procedimiento de RendezVous (RV) es una técnica de rescate después del fracaso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En algunas circunstancias, se prefiere el RV combinado endoscópico percutáneo (PE-RV). Se presenta caso clínico de una mujer de 67ª con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento inmunosupresor, con metástasis retroperitoneal, y antecedente de toma de biopsia por laparoscopia de la lesión retroperitoneal, durante el procedimiento por sangrado es aplicada coagulación para controlar el mismo; luego debido a la injuria térmica se complica con fuga biliar la cual fue resuelta quirúrgicamente. Posteriormente la paciente presenta ictericia, dolor abdominal e hipertermia no medida, por lo que es ingresada, evidenciando alteración del perfil hematológico (elevación glóbulos blancos con neutrofilia y perfil hepático de colestasis) diagnosticándose colangitis. Se realiza colangiografía donde se evidencia dilatación leve de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda y del hepático común con estenosis severa del tercio proximal-medio del colédoco. Se realiza procedimiento combinado cateterizando la vía biliar con éxito a través de acceso colédoco-duodenal, logrando drenaje exitoso de la vía biliar posterior a la colocación de prótesis metálica autoexpansible. El drenaje biliar combinado PE-RV utiliza una tecnología única y a pesar del avance tecnológico todavía puede ser considerada una técnica de rescate útil para el tratamiento de la obstrucción biliar después de la falla de la CPRE.

Palabras clave: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, rendezvous, colangitis, estenosis colédoco.

CHOLEDOCHODUODENAL BYPASS GUIDED BY COMBINED RENDEZVOUS

TECHNIQUE (PERCUTANEOUS - ENDOSCOPIC): A CASE REPORT

Summary

The Rendezvous (RV) procedure is a rescue technique after the failure of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). In some circumstances, the combined RV endoscopic percutaneous (PE-RV) is preferred. We present a clinical case of a 67 yo woman with a diagnosis of breast cancer in immunosuppressive treatment, with retroperitoneal metastasis. A biopsy sample was taken through laparoscopy of the retroperitoneal injury, during the procedure bleeding occurred and coagulation was applied to control it; Due to thermal injury a biliary leak happened as a complication, which was resolved surgically. Subsequently, the patient had jaundice, abdominal pain and non-measured hyperthermia. She was admitted, showing alteration of the hematological profile (white blood count elevation with neutrophilia and hepatic profile of cholestasis) diagnosing cholangitis. Cholangiography was performed showing mild dilation of the right and left intrahepatic biliary and common liver ducts with severe stenosis of the proximal-medium third of the bile duct. Combined procedure is performed cateterizing the biliary duct successfully through choledochal -duodenal access, achieving successful drainage of the biliary track after the placement of self-expanding metallic stent. The combined biliary drainage PE-RV uses a unique technology and despite technological advance can still be considered a useful rescue technique for the treatment of biliary obstruction after ERCP failure.

Key words: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, rendezvous, cholangitis, bile duct stenosis.

Introducción

El abordaje endoscópico de la papila, la canulación selectiva de la vía biliar y el paso de la guía hidrofílica a través de la vía biliar son requisitos previos esenciales para la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes con enfermedades de las vías biliares de diversa etiología. La canulación difícil, se presenta en cerca del 10% de los casos⁽¹⁾, es en sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones post CPRE. Sin embargo, muchos factores pueden afectar los pasos técnicos anteriormente mencionados y conducir al fracaso terapéutico de la CPRE; algunos de los factores asociados a la falla en la canulación, son las alteraciones anatómicas primarias o postquirúrgicas, la presencia de papila yuxta o intradiverticular, los cálculos enclavados en la papila y estenosis biliares⁽²⁾. El abordaje de la vía biliar ha evolucionado, enormemente, desde el momento en que la cirugía abierta era la única opción, pasando por el desarrollo del drenaje biliar percutáneo, la exploración biliar laparoscópica y el gran avance que implicó la CPRE con su arsenal terapéutico asociado, así como la ultrasonografía endoscópica; con todas estas herramientas la visión y el enfoque clínico de la obstrucción biliar han cambiado en forma importante.

La combinación de abordajes para acceder a la vía biliar ha venido ganando popularidad^(3,4). Estos abordajes combinados en los que se logra avanzar una guía en algún punto de la vía biliar hasta su terminación en el duodeno y que es posteriormente recuperada por vía endoscópica, han sido llamados con la expresión francesa Rendezvous, que alude a un “encuentro o cita”⁽⁵⁾.

En la mayoría de los casos la técnica de Rendezvous tiene lugar una vez que un primer intento de manejo de la vía biliar ha fallado; sea este abordaje inicial, la CPRE⁽⁶⁾ o la cirugía. Además, esta técnica ofrece una alternativa cada vez más atractiva que puede llegar a convertirse en la primera opción de manejo para ciertas obstrucciones biliares⁽⁷⁾. La mayoría de los reportes que hemos encontrado en la literatura se refieren al Rendezvous quirúrgicoendoscópico y con frecuencia para manejo de patología biliar litiasica⁽⁸⁾. En la actualidad el procedimiento Rendezvous (RV) guiado por ultrasonido endoscópico (USE-RV) se ha realizado como una técnica de rescate después de la CPRE fallida, con su viabilidad técnica y seguridad demostrada en varios estudios. En contraste, el procedimiento RV combinado percutáneo-endoscópico (PE-RV) ha sido relativamente menos utilizado e investigado, en parte debido a la rápida expansión de los procedimientos guiado por USE. Se presenta un caso clínico, de obstrucción biliar, donde se realiza procedimiento combinado PE-RV cateterizando la vía biliar con éxito a través de un acceso colédoco-duodenal, logrando el drenaje exitoso de la vía biliar posterior a la colocación de prótesis metálica autoexpansible.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente femenino de 67 años con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento inmunosupresor, con metástasis retroperitoneal, y antecedente de toma de biopsia por laparoscopia de la lesión retroperitoneal, durante el procedimiento ocurre sangrado por lo que es aplicada coagulación para controlar el sangrado; luego debido a la injuria térmica se complica con fuga biliar la cual fue resuelta quirúrgicamente. Posteriormente la paciente presenta ictericia, dolor abdominal e hipertermia no medida, por lo que es ingresada, evidenciando alteración del perfil hematológico (elevación glóbulos blancos con neutrofilia y perfil hepático de colestasis) diagnosticándose colangitis. Se realiza colangiografía donde se evidencia dilatación leve de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda y del hepático común con estenosis severa del tercio proximal-medio del colédoco.

En vista de estos hallazgos se realiza CPRE utilizando videoduodenoscopia TjF-Q180V marca OLYMPUS, observando, bajo visión fluoroscópica, posterior a inyección de contraste amputación proximal de la vía biliar principal. Se procede en conjunto con radiología intervencionista a realizar procedimiento Rendezvous con técnica combinada (percutánea – endoscópica), bajo visión ultrasonográfica utilizando set de Neff, se cateteriza uno de los ductos izquierdos discretamente dilatados, se realiza colangiografía transparietohepática que demuestra dilatación leve de ductos biliares derechos e izquierdos y del hepático común que termina en fondo de saco, sin paso de contraste a través de la estenosis del tercio proximal-medio del colédoco, y con opacificación filiforme del trayecto fistuloso residual que comunica el hepático común con el duodeno, el contraste pasa hasta yeyuno, vesícula y conducto cístico se opacifican. Se procede a colocar introductor 5 Fr, se avanza catéter cobra y guías hidrofílicas 0.035” y 0.014”, sin posibilidad de trasponer la estenosis coledociana, se decide y logra cateterizar el trayecto fistuloso bilio-entérico con guía hidrofílica 0.014”, se dilata con balón de 2.5 mm x 4 cm, a continuación se recambia la guía a Betson 260 cm, se introduce de nuevo videoduodenoscopia y a través de la guía se cánula selectivamente conducto hepático común, y se procede a colocación de prótesis metálica autoexpansible parcialmente cubierta de 8 mm x 10 cm, observando vaciamiento completo del contraste hacia duodeno, se retira endoscopio e introductor percutáneo, se realiza cura local (figura 1). La paciente toleró el procedimiento sin complicaciones, es trasladada al área de recuperación durante 2 horas y posteriormente a habitación para tratamiento médico. Se realizan controles de laboratorio a las 24 y 48 horas, observando mejoría, clínica y paraclínica, por lo que es dada de alta. Se realiza controles de laboratorio mensuales y a 12 meses del procedimiento la paciente no ha presentado nuevos episodios de colangitis ni alteración del perfil hepático (Tabla 1).

Tabla 1. Control de laboratorio.

Perfil laboratorio (Hematológico/Hepático)	Ingreso	24 horas post procedimiento	3 meses post - procedimiento
Leucocitos	10.300	4.600	5.100
Neutrófilos (%)	81,9	50,2	61,9
Linfocitos (%)	10,5	35,4	23,8
Monocitos (%)	6,9	10,1	10,2
Eosinófilos (%)	0,4	3,8	3,8
Hemoglobina	11,7	10,8	12,3
Hematocrito	34,5	33,5	36,8
Plaquetas	352000	247000	299000
Bilirrubina total	1,96	0,98	0,89
Bilirrubina directa	0,57	0,15	0,23
Bilirrubina indirecta	1,39	0,83	0,66
AST	222	101	28
ALT	233	185	20
Fosfatasa alcalina	342	341	115
GGT	810	640	54

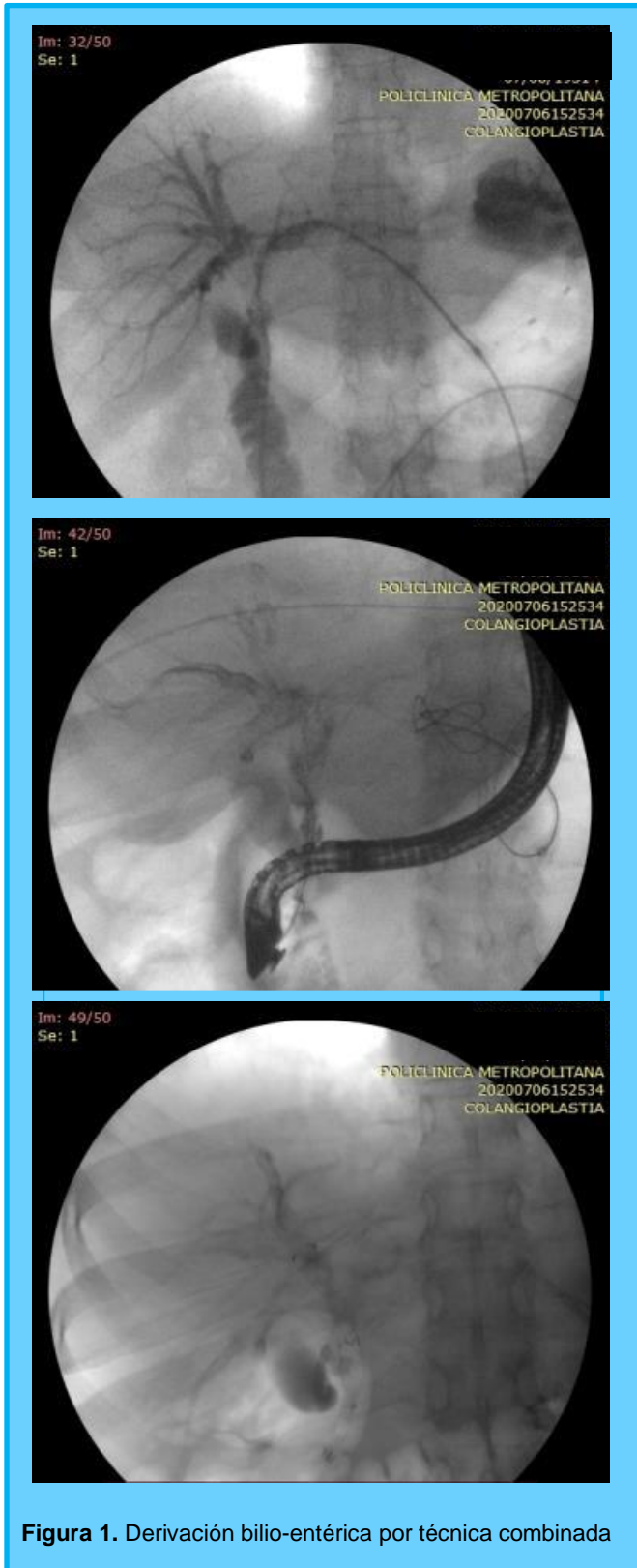


Figura 1. Derivación bilio-entérica por técnica combinada

Discusión

El paso clave y fundamental de éxito en la CPRE es lograr acceso rápido a la vía biliar principal sin traumatizar el conducto pancreático. Cuando esto no se logra fácilmente o no es posible, se habla de canulación difícil. La definición de canulación se refiere a la situación en que el endoscopista utilizando su técnica habitual, falla en canular la vía biliar, en un cierto límite de tiempo o número de intentos⁽¹⁾. Se han descrito diversas técnicas para mejorar el éxito en la maniobra inicial y también como alternativas en los casos difíciles. La canulación difícil, que se presenta en cerca del 10% de los casos⁽¹⁾, es en sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones post CPRE. Algunos factores asociados con la falla en la canulación, son las alteraciones anatómicas primarias o postquirúrgicas, la presencia de papila yuxta o intradiverticular, los cálculos enclavados en la papila y estenosis biliares⁽²⁾.

El caso corresponde a una obstrucción del colédoco proximal-medio de origen postquirúrgico, que requirió de derivación bilio-entérica por técnica combinada (PE-RV) de la vía biliar dados los efectos de la compresión. Al respecto se han documentado casos semejantes en los que por el carácter compresivo de patologías malignas no es posible canular la vía biliar, pero lo mismo también se presenta en obstrucciones de origen benigno⁽³⁻⁶⁾. En este sentido, en el último consenso multinstitucional se definió que la derivación bilio-entérica guiada por USE es la técnica de elección para pacientes con una obstrucción maligna de la vía biliar y que no fue posible derivarlos con la realización de CPRE.⁽⁹⁾

Pero en los casos que no contar con USE, la derivación bilio-entérica guiada por técnica combinada PE-RV demostró, en

nuestro caso, que es un procedimiento con éxito terapéutico seguro y efectivo para el manejo de la obstrucción biliar.

Conclusión

La derivación biliodigestiva guiada por técnica combinada PE-RV puede ser considerada una técnica emergente y convertirse en una muy buena alternativa en aquellos casos en los que la CPRE como procedimiento inicial resulte fallida. El procedimiento es práctico, efectivo, eficaz y eficiente, con un adecuado margen de seguridad y respuesta clínica. Al ser una técnica emergente, se requieren de mayores estudios que permitan consolidar las ventajas referidas.

Consideramos que el concepto básico del Rendezvous y sus diferentes opciones, constituyen una herramienta de gran utilidad en el manejo diario de la patología biliar.

Referencias

1. Udd M, Kylänpää L, Halttunen J. Management of difficult bile duct cannulation in ERCP. *World J Gastrointest Endosc.* 2010;2(3):97-103.
2. Spicak J, Hucl T. Perfect or failed ERCP: what makes the difference? *EMJ Gastroenterol.* 2015;4(1):108-13.
3. Morino M, Baracchi F, Miglietta C, Furlan N, Ragona R, Garbarini A. Preoperative endoscopic sphincterotomy versus laparoscopic Rendezvous in patients with gallbladder and bile duct stones. *Ann Surg.* 2006;244(6):889-96.
4. Swahn F, Nilsson M, Arnelo U, Matthias L, Persson G, Enochsson L. Rendezvous cannulation technique reduces post-ERCP pancreatitis: a prospective nation wide study of 12,718 ERCP procedures. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(4):552-9.
5. Diccionario Espasa Grand: Español-Francés Français-Espagnol. Madrid: Espasa-Calpe S.A.; 2000.
6. V, Bhandari S, Bapat M, Maydeo A. Comparison of EUS-guided rendezvous and precut papillotomy techniques for biliary access (with videos). *Gastrointest Endosc.* 2012;75(2):354-9.
7. Facundo H, Hernández G, Ceballos J, Ponce de León E, Garzón M, Varón A, et al. Rendezvous radiológico-endoscópico para manejo de obstrucción biliar. Reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Peru.* 2018;38(2):204-8
8. Pereira-Graterol F, Venales-Barrios Y, Bousquet-Suárez J, Cáceres-Cauro A, Romero-Bravo C, Moreno-Rodríguez J, et al. Maniobra de "rendez-vous" como una opción técnica de acceso a la vía biliar: reporte de casos. *Rev GastroenterolMex.* 2012;77(4):224-8.
9. Giovannini M, Bories E, Napoleon B, Barthet M, Caillol F, Pesenti C. Multicenter randomized phase II study: Percutaneous biliary drainage vs. EUS guided biliary drainage: Results of intermediate analysis. *Gastrointest Endosc* 2015;81(5 Suppl):AB174.
10. Du L, D'Souza P, Thieses A, Girgis S, Owen R, McNally D, Sarlieve P, Sandha G. Percutaneous transhepatic cholangioscopy for indeterminate biliary strictures using the SpyGlass system: a case series. *Endoscopy.* 2015;47(11):1054-6.
11. Franzini T, Cardarelli-Leite L, Figueira ERR, Morita F, Domingos FUG, Carnevale FC, de Moura EGH. SpyGlass percutaneous transhepatic cholangioscopy-guided lithotripsy of a large intrahepatic stone. *Endoscopy.* 2017;49(12):E292-E293. <https://doi.org/10.1055/s-0043-117943>
12. Mendonça EQ, de Oliveira JF, Baba ER, Dias AR, Maluf-Filho F. Percutaneous transhepatic cholangioscopy for the diagnosis of biliary obstruction in a patient with Roux-en-Y partial gastrectomy. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(1):255-256.
13. María Manrique, Wilmar Martín-M. Derivación biliodigestiva guiada por ultrasonografía endoscópica en el paciente con adenocarcinoma de páncreas y obstrucción de la vía biliar estadio IV: reporte de caso *Rev Colomb Gastroenterol.* 2021;36(1):120-125.