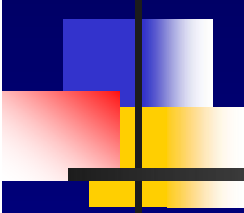


Dreaje Biliar Percutáneo y Nutrición Enteral. Una Vía no Habitual.

Presentación de un Caso



Viola M, Crivelli A, La Motta G, de Barrio S, Caniggia M, Villaverde A, Bernedo A, Chopita N, Jmelnitzky A, Gómez JC.

Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Servicio de Gastroenterología.
Hospital General de Agudos General San Martín. La Plata.
Argentina



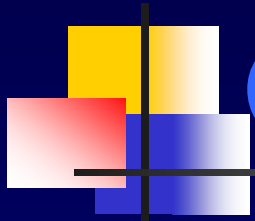
Introducción

- La obstrucción simultánea del ducto biliar e intestinal puede observarse con relativa frecuencia en neoplasias intraabdominales con y sin metástasis.
- Aproximadamente el 15 % de las neoplasias de cabeza de páncreas se acompañan de infiltración mucosa a nivel de la segunda porción duodenal.
- Estos cuadros obstructivos intestinales altos pueden acompañarse de imposibilidad de utilización de esta vía para alimentación, hidratación y medicación por vía oral.
- El compromiso de la ampolla de Vater puede provocar un cuadro de colestasis.



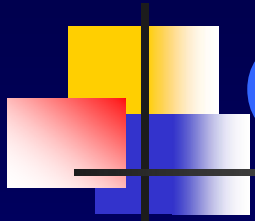
Objetivos

El objetivo de esta exposición es presentar una vía alternativa de Nutrición Enteral (NE).



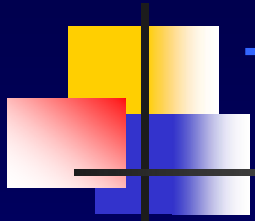
Caso clínico

- Paciente de 79 años de edad que consultó por ictericia, vómitos y pérdida de peso.
 - Porcentaje pérdida de peso 27.6 %
 - BMI: 16.41 Kg/m²
- Ecografía abdominal que mostró: Vía biliar intra y extra hepática dilatada. Formación tumoral en cabeza de páncreas.
- Al intentar realizarse colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), se observó lesión infranqueable en segunda porción duodenal compatible con extensión de lesión primaria. No pudo realizarse descompresión de la vía biliar por este método.



Caso clínico

- Se decidió realizar descompresión de la vía biliar a través de drenaje biliar transhepático interno – externo.
- Dada la característica del cuadro obstructivo también a nivel intestinal, no era posible realizar NE por sonda nasointestinal.
- Como alternativa a la yeyunostomía quirúrgica o inicio de nutrición parenteral total (NPT) se decidió colocar una sonda siliconada siguiendo el trayecto del drenaje biliar para NE.



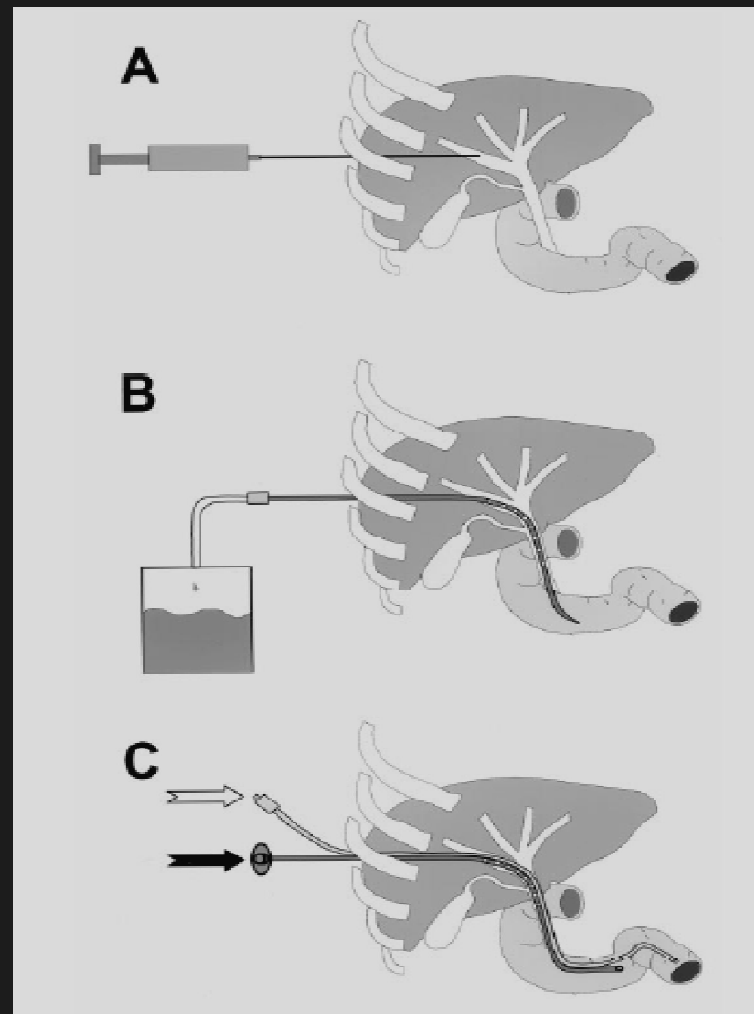
Técnica

- Previa dilatación con bujías, se progresó un alambre guía paralelo al drenaje biliar ubicándolo distalmente a la obstrucción y a través de éste se introdujo una sonda K 108 con su extremo distal por debajo del ángulo de Treitz.
- Se realizó control radiológico de la ubicación de la misma y se indicó NE con fórmula polimérica con buena tolerancia.

Palliative Transhepatic Biliary Drainage and Enteral Nutrition

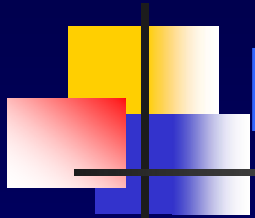
Markus M. Lerch, M.D., Cornelius Moser, M.D., Andreas Stallmach, M.D., Gerhard von Blohn, M.D., and Martin Zeitz, M.D.

Central Endoscopy Unit and Department of Medicine II, University Hospital of the Saarland, Homburg/Saar, Germany



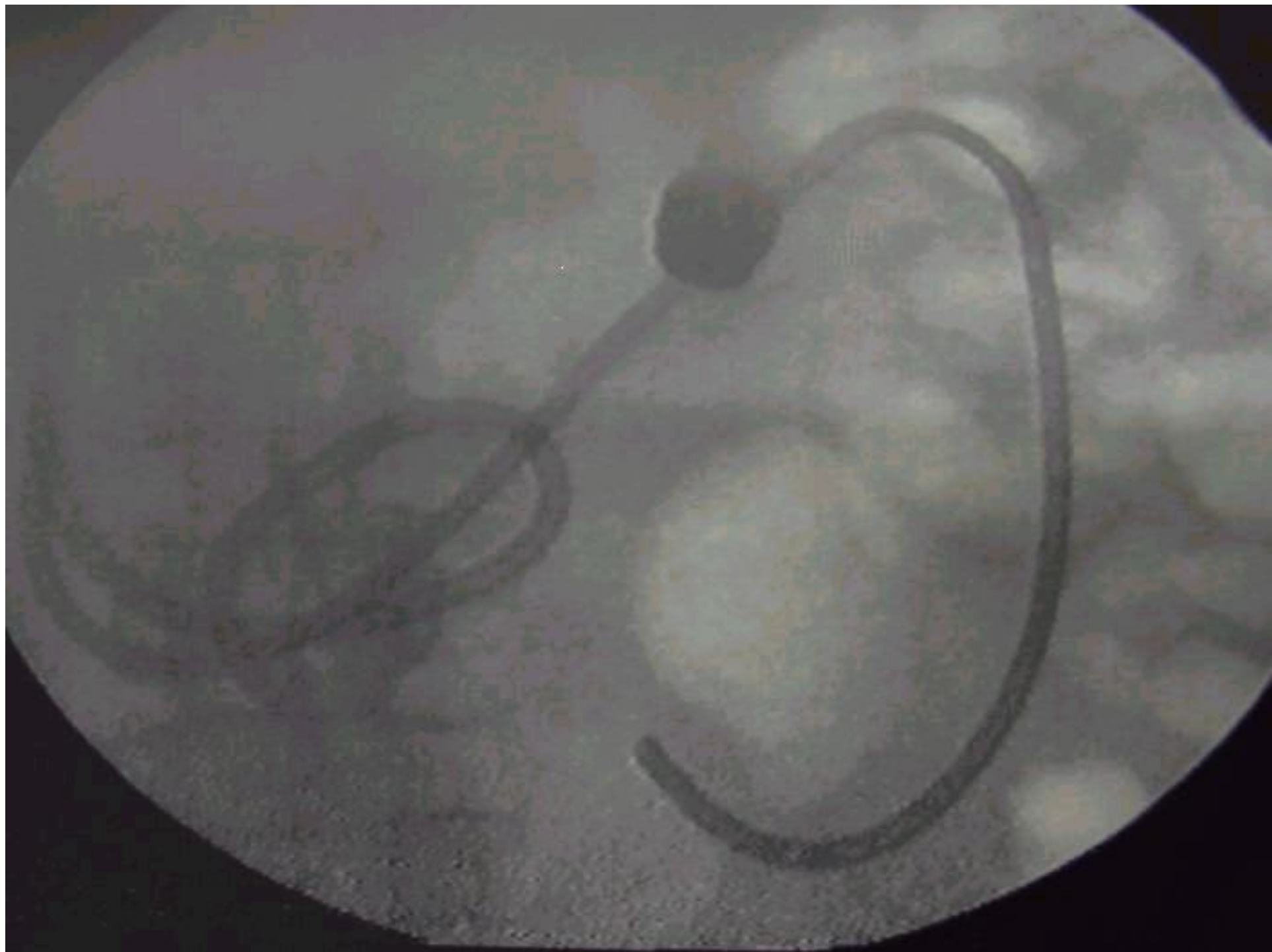
The American Journal of Gastroenterology 1999

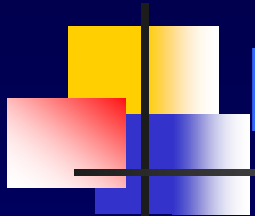




Evolución

- Luego de 30 días de NE por sonda transhepática – entérica, previa dilatación con balón de la obstrucción duodenal, se colocaron magnetos para la realización de una gastroenteroanastomosis endoscópica.
- A la semana, se retiraron los magnetos, se constató la fístula de la gastroenteroanastomosis y se colocó una prótesis autoexpandible.





Evolución

- A las 24 hs. la paciente comenzó con dieta oral continuando con NE.
- A los 14 días se decidió retirar la sonda de alimentación transhepática – entérica y se colocó una prótesis biliar por vía percutánea para resolver la obstrucción y así retirar el drenaje interno externo.
- La paciente evolucionó favorablemente sin ictericia, con ganancia de peso y tolerando dieta general por vía oral.
- Debido a la historia natural de la enfermedad de base la paciente falleció a los 10 meses



Conclusiones

- Esta vía inusual de NE puede ser utilizada en:
 - Aquellos pacientes que presentan simultáneamente obstrucción duodenal y biliar.
 - Cuando no es posible realizar tratamientos endoscópicos de inicio.
 - En quienes se decide colocar un drenaje biliar transhepático.
- Un drenaje biliar conjuntamente con una sonda de alimentación es un procedimiento útil en aquellos pacientes con cáncer inoperable cuya ubicación impide tanto el flujo biliar como la utilización enteral de alimentación.
- Se destaca en esta paciente el éxito de la técnica de magnetos que permitió la reinstauración de la ingesta oral.