

LA UTILIDAD DE LA COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPÁTICA EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS

Toda vez que el médico debe enfrentar a un paciente presunto portador de una afección pancreática, se ve acicateado por la necesidad de descartar en el diagnóstico la existencia de un carcinoma de la glándula.

En aquellos casos en que aún no presenta el síntoma ictericia como expresión de la participación de la cabeza del páncreas, el médico tiene a su alcance una amplia gama de elementos que pueden orientarlo. Así, el estudio por medio del sondeo duodenal con sonda de Sarles o similar para determinar el volumen secretado por la glándula, el dosaje de lactoferrina en la secreción obtenida ya en el test basal o posterior al estímulo con secretina-CCK, permiten orientar el diagnóstico de sospecha. El cateterismo retrógrado permite demostrar la existencia de lesiones tumorales en el cuerpo o la cola pancreática y facilita a la vez la canulación del Wirsung para la obtención directa de la secreción pancreática, con idéntica modalidad que mediante el sondeo duodenal.

La radiología simple es cuestionable, aunque por ella puede verse la presencia de calcificaciones en la glándula. En tanto la contrastada de estómago y duodeno pueden permitir la observación de alteraciones en la curvatura mayor del estómago, así como en el borde interno del marco duodenal.

Existe, por otra parte, la combinación de métodos: neumoperitoneo juntamente con retroneumoperitoneo; neumoperitoneo con estratigrafía axial transversa.

La realización de la arteriografía selectiva y superselectiva llega, según los distintos autores, a la demostración de lesiones entre un 53 y un 70 %.

La centellografía pancreática ya fue abandonada por resultar inoperante en el diagnóstico de la patología pancreática.

Ultimamente con la utilización de la ecografía se han obtenido éxitos en la canulación del Wirsung mediante aguja de Chiba.

Por el contrario cuando el síntoma que presenta el paciente es una ictericia, la metodología de análisis por parte del médico resulta más fácil de esquematizar en base al aporte que ha significado la existencia de nuevos métodos diagnósticos.

Podemos decir que hoy día se habla de una estrategia en el diagnóstico de una ictericia colostática, basándose en el esquema 1.

Como puede observarse en el esquema 1, nos hallamos actualmente ante la existencia de métodos que genéricamente se denominan *invasivos* y *no invasivos*.

MÉTODOS NO INVASIVOS

a) Ecotomografía

Ventajas: fácil realización; bajo costo; posibilidad de realizar exámenes repetidos.

Limitaciones: imposibilidades técnicas (gases, cicatrices, parrilla costal); dependencia por parte del clínico para interpretación; experiencia del ecotomografista; características del aparato con el cual se trabaja.

b) Tomografía computada

Ventajas: técnica de gran valor; imágenes de interpretación relativamente fácil.

Limitaciones: elevado costo.

Ambas técnicas carecen de morbilidad y/o mortalidad.

MÉTODOS INVASIVOS

a) Cateterismo retrógrado (CPRE)

Ventajas: elevado porcentaje de éxitos; corto tiempo de realización; posibilidades de sumar la acción terapéutica.

Limitaciones: instrumental frágil y costoso; entrenamiento previo imprescindible; necesidad de contar con radiología con TV.

b) Colangiografía transcutánea (CTPH)

Ventajas: instrumental reducido al mínimo; facilidad en la realización; bajo costo.

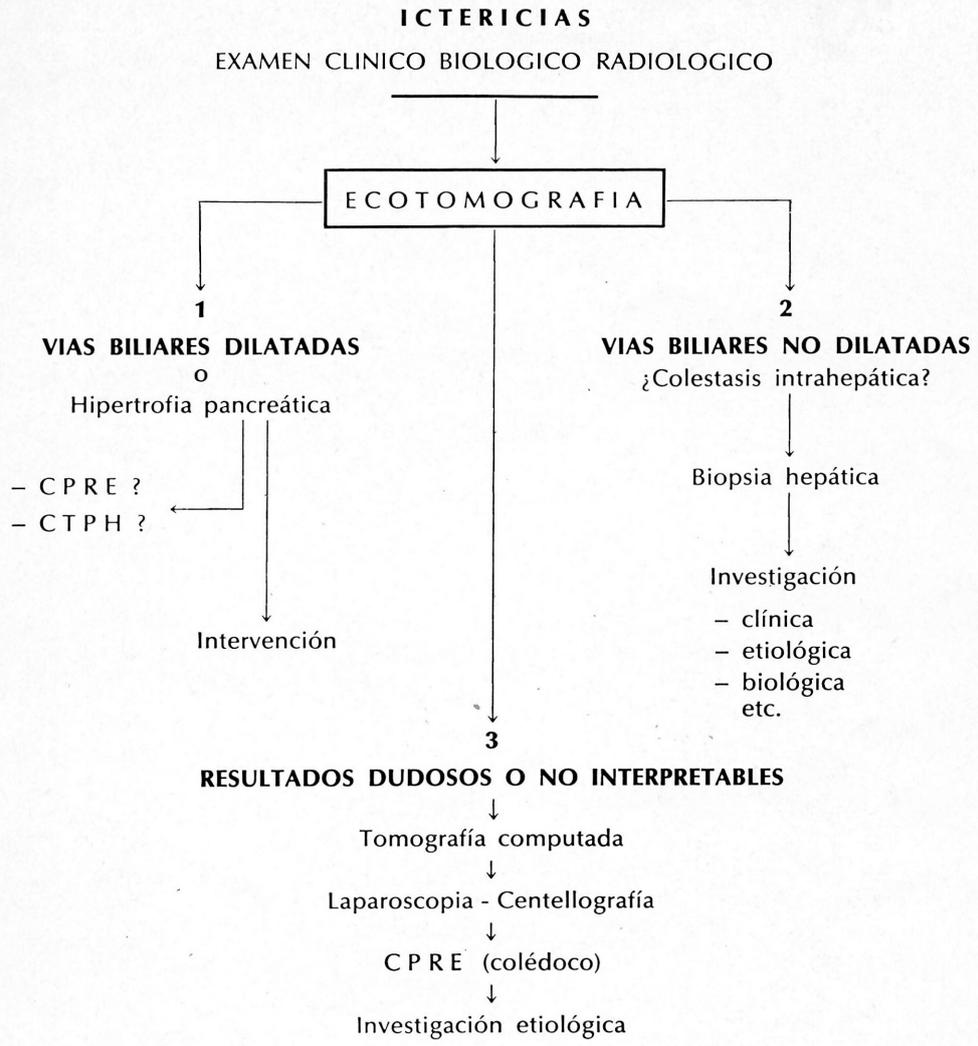
Limitaciones: existencia de radiología con TV; éxitos elevados en colestasis extrahepáticas; menores éxitos en colestasis intrahepáticas.

Por otra parte es necesario destacar que ambos métodos presentan una morbilidad caracterizada por hemorragias, coleperitoneo, infección, pancreatitis o perforación de víscera hueca.

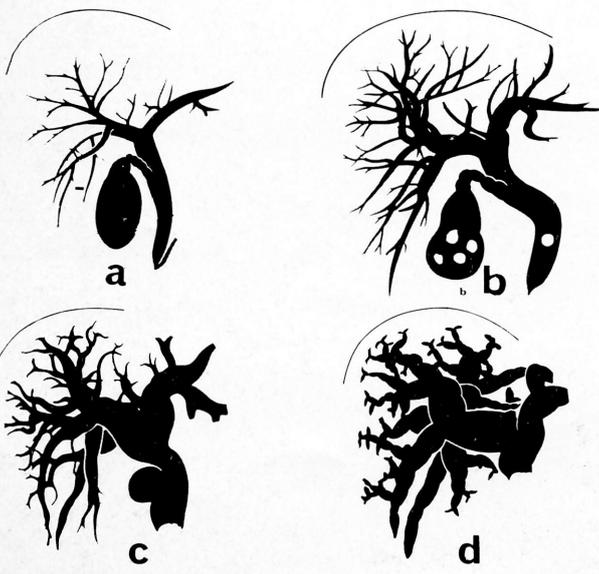
La experiencia que hemos recogido mediante la utilización de la CTPH en el diagnóstico del cáncer de cabeza de páncreas se concreta en 18 pacientes sobre 124 estudios realizados.

Mediante la colangiografía TPH hemos observado, ratificando lo expresado por Ohto y Tsuchiya, la existencia de 4 grados de dilatación de los vías biliares como puede observarse en la figura 1.

* Profesor adjunto interino de la Cátedra de Medicina Interna "D" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata



Esquema 1



- a) Ligera dilatación de conductores intrahepáticos. El conducto principal se visualiza claramente y se visualizan mejor los conductos intrahepáticos, aumentados en número a la vez.
- b) Dilatación moderada. Los conductos intrahepáticos periféricos, cercanos al conducto principal se hallan dilatados.
- c) Dilatación severa. Los conductos intrahepáticos se visualizan tortuosos.
- d) Dilatación severa. Los conductos intrahepáticos dilatados muestran una configuración arrosariada.

Figura 1. Diagrama demostrando intensidades de dilatación de vías biliares:

En general, el grado 4, equivalente a una vía biliar intrahepática de forma arrosariada, correspondió a la coexistencia de un cáncer de cabeza de páncreas. Como este tipo de dilatación se obtiene luego de una obstrucción prolongada, podemos concluir en que aún se tarda en pensar en la etiología de la obstrucción. De los 18 pacientes con cáncer de cabeza, 14 presentaron dicha configuración. Debemos destacar que idéntica imagen puede presentarse en la pancreatitis crónica recidivante de la cabeza. Dada la escasa incidencia de dicha patología, para nuestro medio la

imagen descrita deberá corresponder siempre a un cáncer de cabeza de páncreas.

Pero si bien resulta importante destacar la intensidad de la dilatación de las vías biliares, no menos importante resulta la observación de la porción distal de la vía biliar extrahepática. Así como puede observarse en las figuras 2 y 3, la

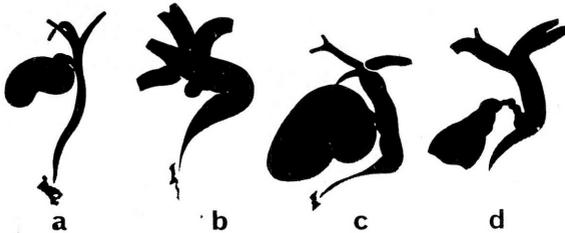


Figura 2. Diagrama demostrando la compresión de la vía biliar en pacientes con enfermedad de la cabeza del páncreas.

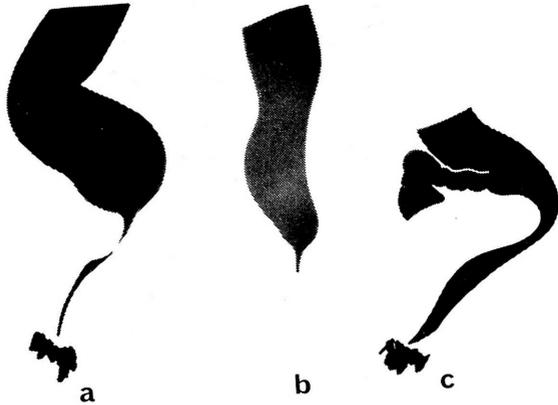


Figura 3. Diagrama demostrando la constricción del colédoco en pacientes con carcinoma de la cabeza del páncreas. Formas completa e incompleta de obstrucción. La forma simétrica corresponde a proceso de la cabeza pancreática.

compresión por parte de la vesícula, el desplazamiento de la porción suprapancreática, la horizontalización de la misma en los casos de neoplasias que hacen participar a la cabeza y el cuerpo pancreáticos; la forma simétrica de constricción en que los casos de cáncer de la cabeza con una terminación en forma de "punta de lápiz" o con una amputación, se convierten, sin lugar a dudas, en elementos importantes en el diagnóstico de la patología orgánica del páncreas.

Por último, la observación del curso de la misma vía biliar extrahepática resulta de importancia, ya que puede hacernos sospechar la existencia de una obstrucción cuya causa no sea precisamente una neoplasia de la cabeza pancreática. Su esquematización puede observarse en la figura 4.

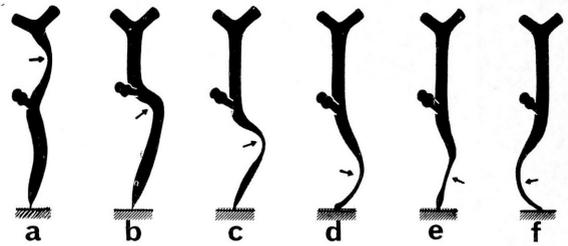
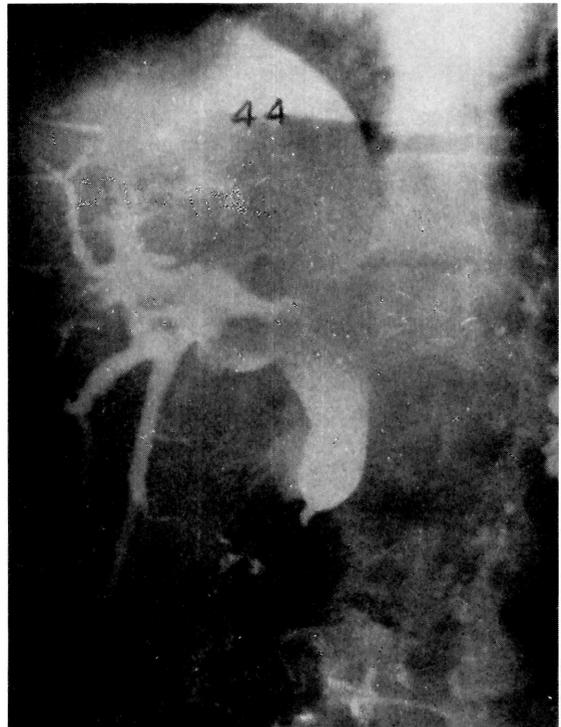


Figura 4. Curso anormal de la vía biliar.

- a) Compresión mediana en el hepático común, como resultado de un carcinoma de vesícula o de colelitiasis que envuelve al conducto.
- b) Curso en forma de gancho en la porción de unión del cístico con el colédoco, resultante de una colelitiasis; ocasionalmente producida por cáncer de cabeza o cuerpo de páncreas.
- c) Desvío del curso en la porción alta del colédoco, como consecuencia de neoplasia del cuerpo o cola de páncreas; ocasionalmente consecuencia de cáncer de cabeza pancreática.
- d) y e) Imagen de "c" invertida y corrección del curso del colédoco, resultante de una pancreatitis crónica.
- f) Compresión lateral del colédoco, consecuencia de un carcinoma, litiasis o quiste de la cabeza pancreática.

La certificación de lo expresado en forma esquemática puede observarse en los casos que a continuación se detallan:

Caso 1. Paciente de 57 años con ictericia indolora. El laboratorio y la laparoscopia mostraron colestasis extrahepática.



Radiografía Nº 1

La CTPH mostró una gran dilatación de las vías biliares con un colédoco desplazado y terminado en "punta de lápiz".

Caso 2. Paciente de 72 años con ictericia, prurito, acolia, coluria. Vesícula palpable. Laboratorio de colestasis.

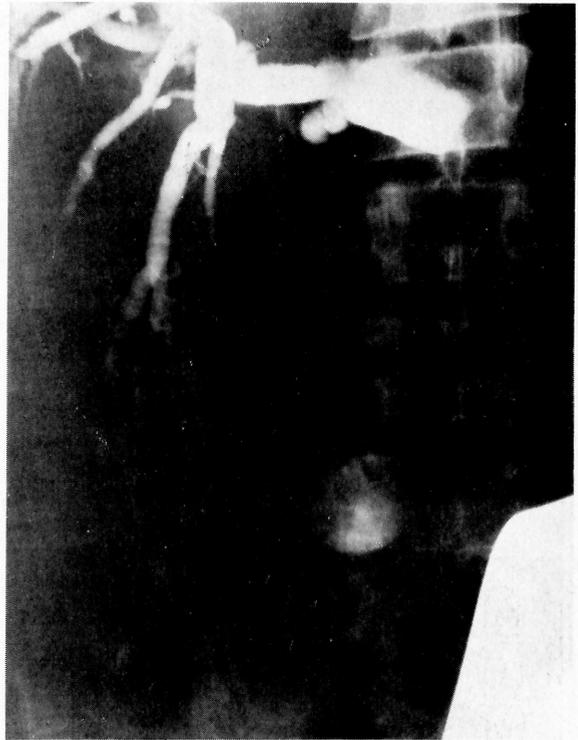
La CTPH muestra gran dilatación de colédoco, con horizontalización del mismo y su terminación en "punta de lápiz".



Radiografía N° 2

Caso 3. Paciente de 51 años. Comienza con cuadro de astenia, anorexia. Posteriormente presenta ictericia indolora. El laboratorio mostró una imagen de colestasis extrahepática. La gammagrafía mostró zonas lacunares de baja captación.

La CTPH muestra dilatación arrosariada de la vía biliar intrahepática, colédoco dilatado, horizontalizado y terminación en forma de amputación.



Radiografía N° 3

Como conclusión podemos decir que la colangiografía transparietohepática no ha resuelto el diagnóstico oportuno en el cáncer de cabeza de páncreas, pero sí ha venido a aportar un elemento de suma importancia en la localización de la altura de la obstrucción, facilitar la interpretación de la etiología de la obstrucción y permitir en última instancia planificar la táctica al cirujano.

Nota. Las figuras números 1, 2, 3 y 4 fueron tomadas del libro "Cholangiography and Pancreatography", de M. Ohto, T. Ono, Y. Tsuchiya y H. Saisho. Ediciones Igaku-Shoin, Tokio-Nueva York. 1ª edición, 1978.