

ANTECEDENTES, ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

Paciente de **72 años** que acude por un **cuadro de ictericia** franca autopercibida esta. Afirma **coluria de una semana** de evolución. Niega acolia o prurito. En las dos últimas semanas ha presentado 3-5 deposiciones esteatorreicas diarias. **No presenta dolor abdominal, ni náuseas o vómitos** y tampoco cortejo bacteriémico. Refiere **pérdida de peso de unos 8-10 kg** en los últimos 6 meses y pérdida de apetito.

La paciente tiene **antecedentes de HTA, úlcera duodenal, bronquitis y carcinoma ductal infiltrante** de ningún tipo especial grado 2 pT1cN0, tratado con tumorectomía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Actualmente solo con **hormonoterapia**.

Además, está siendo tratada con loxifan, hidroclorotiazida y omeprazol.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ante cualquier paciente con ictericia y un cuadro constitucional debemos pensar en una posible neoplasia, y realizar pruebas para confirmar/rechazar el diagnóstico inicial.

En los análisis de la paciente lo más destacable y que más nos llama la atención es la presencia de unos valores de bilirrubina total (20 mg/dL; valor normal de 0.1-1.2 mg/dL) y directa (14,91 mg/dL; normal <0.3 mg/dL) notablemente elevados.

Otro aspecto importante es la presencia de niveles muy elevados de transaminasas y gamma glutaril transferasa, lo que nos orienta hacia una posible colestasis.

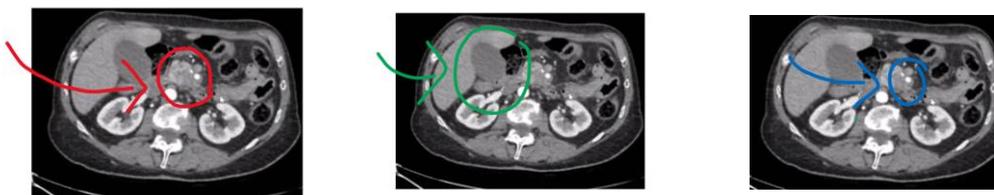
También tiene niveles elevados de fosfatasa alcalina, 390 UI/L (lo normal es de 44 a 147 UI/L).

DIAGNÓSTICO

Hallazgos compatibles con una **neoplasia pancreática** que produce una **obstrucción de la vía biliar** y del conducto pancreático, con **atrapamiento de la arteria mesentérica superior** (lo que nos indica que es una **neoplasia no operable** también denominada **neoplasia irresecable**). Posible metástasis adrenal derecha.

Al ser esta una patología **no abordable quirúrgicamente** por sus características, se aplicarán técnicas para aliviar la sintomatología de la paciente (**tratamiento paliativo**).

En **Rojo** podemos observar dicha neoplasia y en **Verde** la vesícula biliar repleta de bilis o hidrópica .



En **Azul** podemos ver como la neoplasia está rodeando a la arteria mesentérica superior, lo que nos indica que está infiltrada y por tanto, **no podemos abordarla** quirúrgicamente.

Con todo ello **se concluye** la presencia de un **tumor pancreático irresecable** que obstruye la vía biliar y compromete el conducto pancreático.

OBSTRUCCIÓN BILIAR MALIGNA.

Se observa una **dilatación de la vía biliar intra y extrahepática**, y de la **vesícula biliar**. El colédoco alcanza un calibre de **20 cm (siendo 8 mm lo normal)**. Esta dilatación es interrumpida de forma brusca en su porción intrapancreática proximal, donde se observa un tumor sólido hipodenso de contornos mal delimitados, infiltrante y con un tamaño de 2,5x2 cm. Esta **masa obstruye el conducto de Wirsung**, por lo que este se encuentra dilatado y se produce una atrofia secundaria del cuerpo y cola pancreáticos.

En primer lugar intentamos hacer una CPRE, la cual acabó **siendo imposible de realizar.**

- **La CPRE o COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA** , consiste en introducir **un endoscopio con una cámara de visión lateral en 90 grados**, llegar hasta la papila y ascender por el esfínter de Oddi con un catéter que lleva en el centro una vía que penetra en la vía biliar. Así, introducimos contraste en la zona problema para su estudio.
- El **objetivo de la CPRE** es **desobstruir la vía biliar**, utilizando un endoscopio que lleva incorporado una cámara (visión de 90 grados) y un canal de intervención (para mover el catéter).
 - Estamos hablando de una **endoscopia intervencionista, de alta complejidad** que requiere de **anestesista** y de un **arco radioquirúrgico**

Pero, ¿qué pasó con la paciente del cáncer de páncreas?

Fue insatisfactorio porque **no se pudo acceder a la vía biliar** debido a que la neoplasia estaba ubicada en la cabeza del páncreas obstruyendo completamente la vía biliar e impidiendo el acceso.

Ante esta situación debemos buscar una alternativa para nuestra paciente:



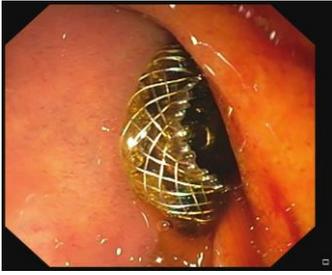
Ecoendoscopia: es una técnica que utilizamos para hacer una ecografía dentro del propio aparato digestivo (un endoscopio que nos permite ver finalmente una imagen ecográfica) . En nuestro caso, observamos **el bulbo duodenal, la vía biliar y la vena porta.**

Una vez localizada esta región, introducimos una guía a través de la pared del duodeno y llegamos al árbol biliar intrahepático. Con ella se intentará implantar una prótesis que una el colédoco con el duodeno para poder drenar la bilis estancada.



Esta técnica se conoce como **coledocoduodenostomía endoscópica.**

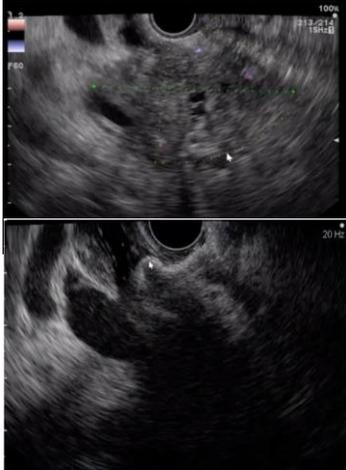
Con estas dos imágenes radiológicas podemos ver cómo la inserción de la prótesis ha sido un éxito y se encuentra en la ubicación deseada.



En imagen endoscópica esta prótesis se ve de la siguiente forma:

Podemos observar que al atravesar la pared veremos que la bilis que drenamos es de un color muy oscuro, porque está muy retenida.

Este tratamiento es definitivo y paliativo, permite que a la paciente se le pueda dar quimioterapia por ejemplo. A la paciente se le realizó también una citología. A continuación vamos a ver el tumor gracias a una ecografía: Y si nos dirigimos hacia la papila podremos observar esto:



- **El óvalo negro** que vemos a la izquierda es la **arteria mesentérica superior**.
- **Lo señalado con el puntero** es el tumor.

¿En qué consiste la prótesis Hot axios stent?

Es una prótesis de aposición luminal que está completamente recubierta por teflón. Cada una de estas dos copas tiran de cada una de las paredes de las estructuras anatómicas que queremos unir: en nuestro caso el colédoco y el bulbo duodenal. A la hora de colocar la prótesis esta se encuentra montada y plegada como se observa en la segunda imagen.

Podemos ver como la prótesis sale del catéter y se expande tomando su forma original. En la primera figura vemos como el catéter en la punta tiene un bisturí con el que quema la pared duodenal y la pared del colédoco, por una corriente muy fuerte.

Una vez dentro del colédoco se introduce la punta del catéter (segunda figura) liberándose la copa interna en el colédoco y la externa en el duodeno, de forma que tenemos colédoco y duodeno unidos mediante la prótesis.

Además, sobre la obstrucción se ha generado una fístula, una unión entre dos asas intestinales.

En conclusión, la paciente con cáncer de páncreas irresecable tenía dos opciones:

1. Operar para hacer una derivación, es decir, someter a una cirugía a una persona sin mucha esperanza.
2. Hacer una CTPH (colangiografía transparietohepática percutánea), que consiste en introducir una aguja larga y fina por el lado derecho del hígado, se aplica contraste y se estudian las vías biliares y mediante un drenaje o stent ayudar al organismo a eliminar la bilis.

Existen más complicaciones y una larga estancia hospitalaria.



Se recomienda su recambio cada año cuando la patología que aqueja al paciente es crónica y benigna.

Uno de los problemas que puede ocasionar es lo que se denomina '**efecto pared**' que consiste en la adhesión del stent a la pared del colédoco, impidiendo que la bilis salga.

Gracias a esta técnica se evita:

- Realizar una intervención quirúrgica que podría ser innecesaria.
- Implantar una prótesis duodenal, más ineficaz y compleja.

Ahora **podemos concluir que**:

A nivel general no suelen dar ningún problema, por lo que es recomendable su implantación cuando sea posible.

En el caso de nuestra paciente, la ictericia que padece ya no supondrá ningún problema.

Este es un tratamiento paliativo que se puede realizar por medio de técnicas endoscópicas avanzadas y que mejoran la calidad de los pacientes. Con 20 de bilirrubina, la paciente tiene dos semanas de vida, y con este tratamiento se le puede alargar la vida unos 6 meses.

El cáncer de páncreas de por sí ya es una patología con un índice de supervivencia escaso si no se detecta en estadios tempranos. Si a esta característica le sumamos otras comorbilidades que nos impidan aplicar los tratamientos antitumorales (como son la ictericia o la infiltración arterial), el futuro de nuestra paciente se vuelve cada vez más tenue y efímero. Es por ello, que con técnicas como la aquí presentada no solo podemos aliviar en parte el sufrimiento de la paciente, sino que le brindamos un preciado tiempo extra para disfrutar de más momentos con la familia y amigos e incluso, de la llegada de un nuevo tratamiento que dé luz a su aciago destino.

ACTA DE TRABAJO

En primer lugar, se realizó una conferencia con el Doctor Eduardo Redondo Cerezo, tutor del caso clínico, en la que se nos expone los detalles del mismo. Además, se nos proporcionó el material necesario como la historia clínica de la paciente, pruebas complementarias e incluso vídeos de intervenciones.

A continuación, los componentes del grupo nos dividimos en tres subgrupos: uno que realizó el word en el que se explica brevemente el caso, el acta y los conocimientos aprendidos, otro para el diseño del póster y por último un tercer grupo para la confección del vídeo.

Tras ello, el primer subgrupo resume y simplifica la información proporcionada. Una vez terminado, le proporcionamos dicha información al grupo del póster para que pudiera trabajar.

El grupo encargado del póster, basándose en el modelo que se proporcionó se divide a su vez en pequeños grupos para repartirse los distintos ítems que forman el póster basándonos en la historia clínica y en la información proporcionada por el primer subgrupo.

Por último, para la realización del video se utilizó la plataforma “Zoom” para grabar las distintas partes de la exposición. Tras ello se editó y montó el cortometraje final usando el programa “VideoPad Video Editor”.

CONOCIMIENTOS OBTENIDOS

Hemos aprendido a interpretar pruebas de imagen a nivel de vías biliares tales como la ecografía, la endoscopia y radiografía.

Es interesante comentar cómo, gracias a los avances actuales dentro de las técnicas paliativas, nos han permitido pasar de una etapa donde los enfermos terminales eran “abandonados” hasta el final de sus días a una era en la que se vela por la salud y el bienestar del paciente hasta su último aliento, asegurándonos de que su sufrimiento sea el mínimo posible.

Así mismo, hemos sido partícipes de esta novedosa intervención, la coledocoduodenostomía endoscópica, para el tratamiento de la obstrucción biliar maligna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Littlefield A, Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and management. J Midwifery Womens Health. 2019;64(3):289–97.
2. Burk KS, Knipp D, Sahani DV. Cystic pancreatic tumors. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2018;26(3):405–20.
3. Kasper. Harrison’s Manual of Medicine. 16a ed. Londres, Inglaterra: McGraw-Hill Education (ISE Editions); 2005.
4. Stent Hot AXIOS TM Sistema de entrega mejorado por cauterización eléctrica y stent [Internet]. Bostonscientific.com. [citado el 25 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.bostonscientific.com/es-CL/productos/stents-gastrointestinal/stent-hot-axios.html>