



► 22 Junio, 2015

DM

DIARIO MEDICO

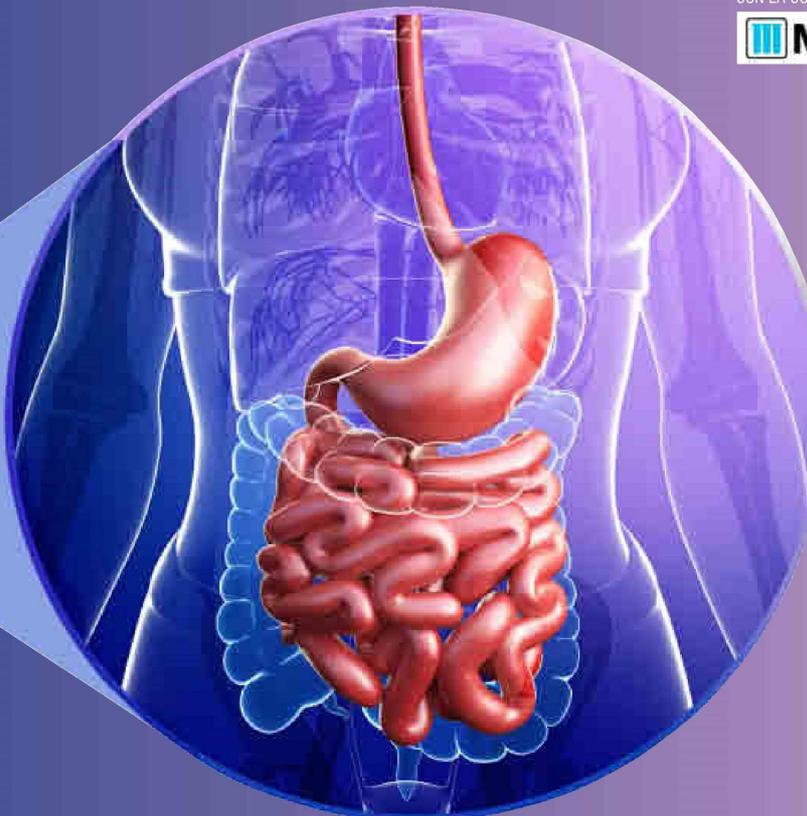
DEL 22 AL 28 DE JUNIO DE 2015



E S P E C I A L

74 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

CON LA COLABORACIÓN DE



HACIA UNA ECOENDOSCOPIA 'MIXTA'

El desarrollo de la ecoendoscopia terapéutica de la vía biliar lleva a practicar cada vez más técnicas mixtas ecoendoscopia/CPRE, según se ha puesto de manifiesto en el congreso anual de la SEPD

CARMEN CÁCERES
 dmredaccion@diariomedico.com

El precorte y el drenaje biliar por ecoendoscopia se pueden considerar procedimientos complementarios tras el fracaso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) convencional. El desarrollo de la ecoendoscopia terapéutica de la vía biliar lleva a la realización cada vez más frecuente de técnicas mixtas ecoendoscopia/CPRE.

Así se ha expuesto en el Congreso Anual de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), celebrado en Sevilla en el marco de la Semana de las Enfermedades Digestivas (SED), con más de mil expertos, y donde ha tenido lugar el curso práctico de Avances en Endoscopia,

organizado por la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) y la Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED).

"Después de una canulación fallida de la papila de Vater por CPRE convencional, hay que intentar el acceso por medio de precorte, y sólo en el caso de que éste no sea exitoso se pueden plantear técnicas de acceso biliar asistido por ecoendoscopia", ha indicado Carlos de la Serna Higuera, del Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid). Por tanto, hay que realizar primero un máximo de diez intentos con la técnica convencional (se puede valorar el cambio de esfinterotomo o guía) y si no se logra acceso a vía biliar, precorte.

Si el precorte es fallido y

no se cuenta con experiencia en drenaje biliar por ecoendoscopia se tendrá que valorar la posibilidad de realizar un segundo intento de CPRE tras 48-72 horas o bien derivar al paciente a un centro de referencia para CPRE, mientras que si el precorte es fallido y se tiene experiencia en drenaje biliar por ecoendoscopia, se pueden realizar la técnicas de *rendez-vous* por ecoendoscopia.

Según De la Serna, "el acceso transpapilar a la vía biliar se puede lograr en más del 95 por ciento de los casos mediante CPRE convencional y técnicas avanzadas como el precorte. Sin embargo, en los casos en que la CPRE resulta finalmente fallida o cuando la papila no es ac-



Carlos de la Serna, José Carlos Subtil y Alejandro Repiso.

cesible por obstrucción maligna o cambios posquirúrgicos, el drenaje biliar asistido por ecoendoscopia constituye una alternativa eficaz y segura, si se realiza por manos expertas".

Para efectuar una biopsia con punción por aspiración con aguja fina

(PAAF) la mejor opción es disponer de uno o más patólogos experimentados que puedan acudir a demanda, lo que no es posible en muchos hospitales. "Nosotros casi no tenemos experiencia de trabajar sin patólogo", ha afirmado José Carlos Subtil Iñigo, de la Clínica Universidad de

Navarra. En su opinión, disponer de un patólogo aporta un *feedback* que, con el paso de los años, ha ayudado a desvelar las acciones que se relacionan con un buen rendimiento de la punción y las que no.

Cuando se trabaja sin patólogo, hay que esperar los resultados de la PAAF, entre ellos, el estudio molecular para indicar la terapia oncológica "a la carta" (un 40 por ciento de las indicaciones actuales).

El patólogo ayuda mucho en el periodo de aprendizaje, mientras que trabajar sin él supone más formación e infraestructura. "Sin patólogo se puede hacer televaloración, pero es un sistema complejo, que exige gran entendimiento entre el que muestra y el que mira", explicó Subtil.