REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2019 · VOLUMEN 111
Suplemento 2· Págs.: 1-78

Factor de Impacto (2018):
JCR: 1,858 (Q4) / SJR: 0,52 (Q2)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)

Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

41 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Alicante, 14-16 de noviembre de 2019

ARÁN Ediciones, S.L.

code: READBN
ISSN: 1130-0108

CO-39. ¿ES ÚTIL EL USO DEL *PIGTAIL* EN EL DRENAJE BILIAR DE PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA MALIGNA IRRESECABLE CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL?

Albert García-Sumalla, Carlos Guarner-Argente, Carme Loras, Julio Velásquez-Rodríguez, Francesc Bas-Cutrina, Juli Busquets, Berta Laquente, Joan B. Gornals

Introducción: Existen dudas si el uso de prótesis plásticas doble *pigtail* (PDP) es beneficioso en el drenaje biliar transmural guiado por USE mediante prótesis de aposición luminal (PAL).

Objetivo: Determinar si el uso de PDP dentro de PAL aporta mayor seguridad en el drenaje biliar de patología biliopancreática maligna paliativa.

Materiales y métodos: Cohorte con inclusión prospectiva y consecutiva, análisis descriptivo retrospectivo en 3 centros universitarios. Mayo 2015-julio 2019 (51 meses). Evaluación comparativa de 2 estrategias: PAL biliar con/sin PDP. Inclusión: patología maligna irresecable/inoperable con CPRE fallida. Exclusión: patología benigna, cáncer *borderline*. Éxito clínico: descenso bilirrubina 30% al séptimo día.

Resultados: Veintidós casos, ver datos clínicos/técnicos en la tabla 1. Indicación: ictericia (n-18), colangitis (n-4). Colédoco: media 16,7 mm. Éxito técnico: 95%. Técnica *free hand* (n-7) y resto con punción-aguja 19 G. Éxito clínico 17/22 (77%). PAL sola (59,9%, n-13), PAL + PDP coaxial (40,1%, n-9). Seguridad: Eventos adversos (EA) globales 5/22 (22,7%). EA inmediatos (> 24 h): perforación duodenal n-1, hemorragia n-1). EA posteriores: peritonitis polimicrobiana (n-1), migración (n-1), colecistitis (n-1). Necesidad de intervención por obstrucción biliar en 3 casos, tiempo latencia medio, 63 días. No diferencias en EA según técnica (*free hand* vs. guía). No diferencias entre grupos (PAL + PDP vs. PAL) en términos de supervivencia, EA, descenso bilirrubina ni necesidad reintervención. Menor duración del procedimiento sin colocación PDP (Tabla 2).

Conclusiones: Añadir una PDP coaxial a PAL en USE-coledocoduodenostomía no parece ofrecer más seguridad y alarga la exploración.

Tabla 1.

Edad	73,7 ± 13,2
Sexo (H/M),%	36,4/63,6
Etiología, %	ADK páncreas-86,2 / metástasis periampulares-13,8
CPRE fallida, n	Imposibilidad canular-14 Obstrucción duodenal-8
Modelo HotAXIOS	6x6 mm (63,6%), 8x8 mm (36,4%)
Modelo PDP	10Fr x 5 cm (13,6%), 7Fr x 5 cm (27,2%)
Otras prótesis	SEMS enteral, n-2 SEMS esofágica, n-1

Tabla 2.

N-22		PAL + <i>pigtail</i> (n-9)	PAL (n-13)	<i>p value</i>
Procedimiento (min)		91,33	57,28	0,03
EA inmediatos	2/22 (9%)	1	1	ns
EA tardíos	3/20 (15%)	1	2	ns
Obstrucción con reintervención	3/22 (13,6%)	1	2	ns
Éxito clínico	17/22 (77%)	8	9	ns