



**ONCO 2021**  
**CIENFUEGOS**



## **Intervencionismo no vascular ecoguiado de las lesiones hepato-biliares**

**Dr.C. Jorge L. Hernández Castro.**  
**Prof. Titular e Inv. Auxiliar.**

**Dra. Claudia Hdez. Ariosa.**  
**Especialista de 1er. Grado en M.G.I.**  
**Residente de 1er. Año de oncología clínica.**



# Introducción



Los procedimientos percutáneos pueden realizarse utilizando como guía cualquiera de los métodos de imagen.

# Introducción

## Ventajas

- No emplea Rx.
- Más barata que la TC.
- Está ampliamente distribuida.
- Se ejecuta en TR, lo que permite monitorear el avance de la aguja.
- Los equipos se pueden trasladar a la cama del enfermo.
- El tiempo del proceder es inferior al de otras técnicas.
- Alta tolerancia por el enfermo y el operador.
- Muy versátil, ya que permite usar varias vías de abordaje a la lesión.



# Justificación

- Presencia de gran número de lesiones focales que son ecográficamente abordables.
- La Ecografía es un método inocuo y de relativo fácil manejo.
- El empleo ecográfico reduce, de forma importante, el tiempo para el diagnóstico.
- Los métodos tradicionales de abordajes de la mayoría de las lesiones son cruentos (laparoscopia, videotoracoscopias, etc).
- La conducta terapéutica actual depende, en gran medida, de una identificación pre-quirúrgica de estas lesiones.

# Objetivos

- Presentar nuestra experiencia en el abordaje ecodirigido de las lesiones focales hepato-biliares.
- Describir la técnica en cada caso.
- Analizar las principales indicaciones y contraindicaciones.
- Mostrar las principales ventajas y desventajas.

# **LESIONES FOCALES HEPÁTICAS**

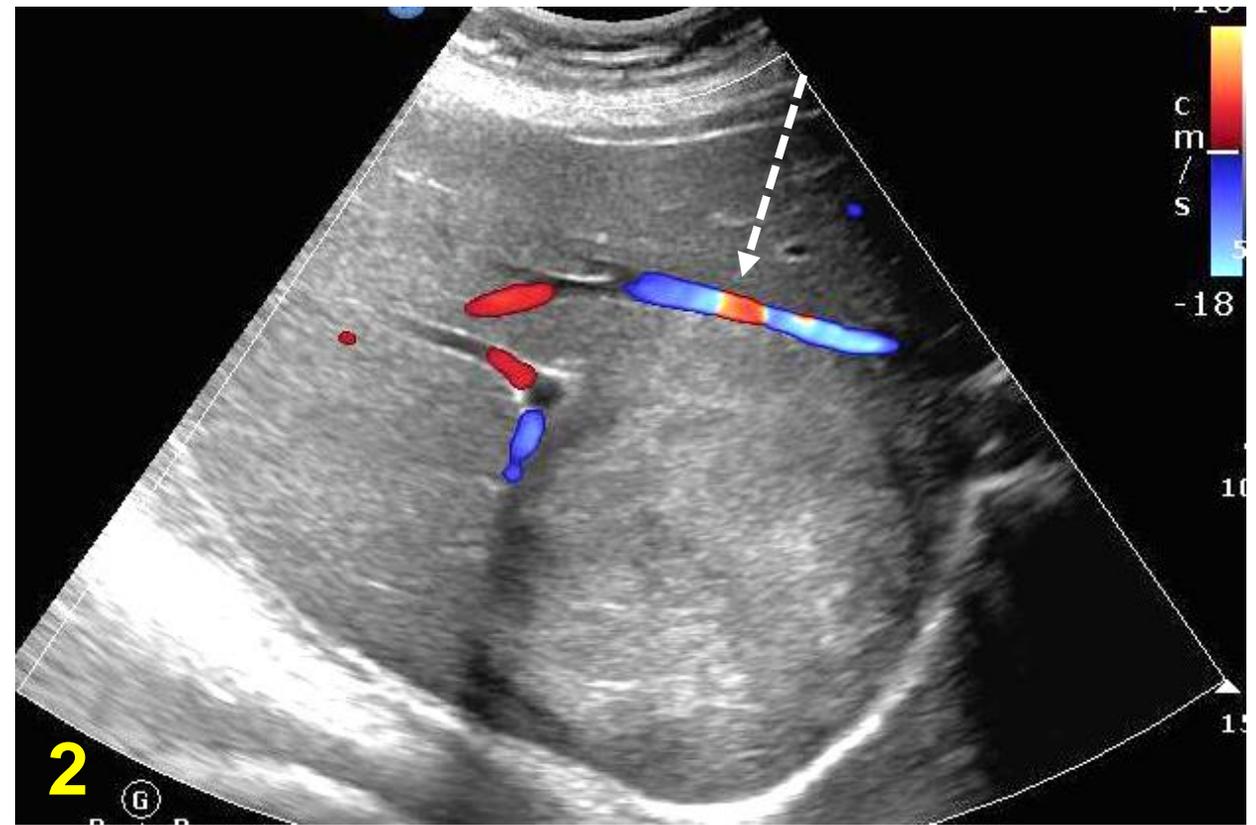
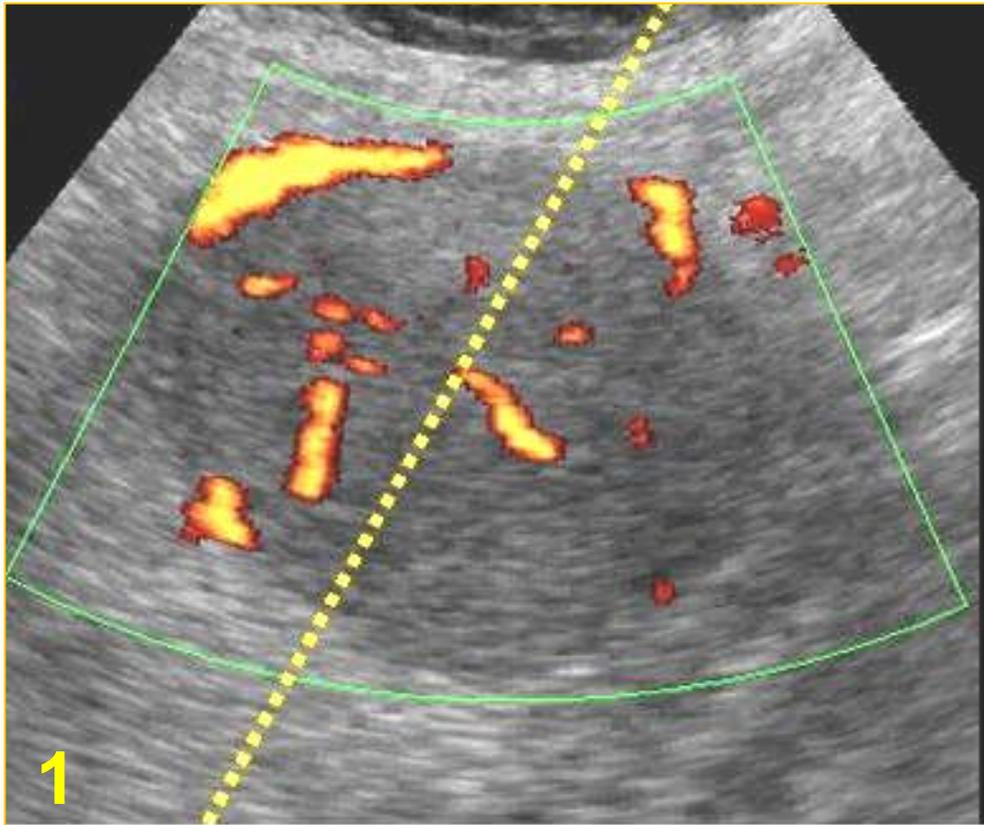
# Algunas consideraciones

- Selección previa de la ventana de abordaje a utilizar .
- Tener en cuenta la naturaleza de la lesión o lesiones a puncionar.
- Evitar atravesar la porción libre de estructuras vulnerables (la pared vesicular, las vías biliares estructuras vasculares vecinas, etc).
- La instilación del anestésico nos puede servir de referencia.
- Evitar áreas de necrosis.
- Enviar datos de interés al patólogo, relacionados con el proceder.
- **Tener en cuenta los exámenes humorales.**

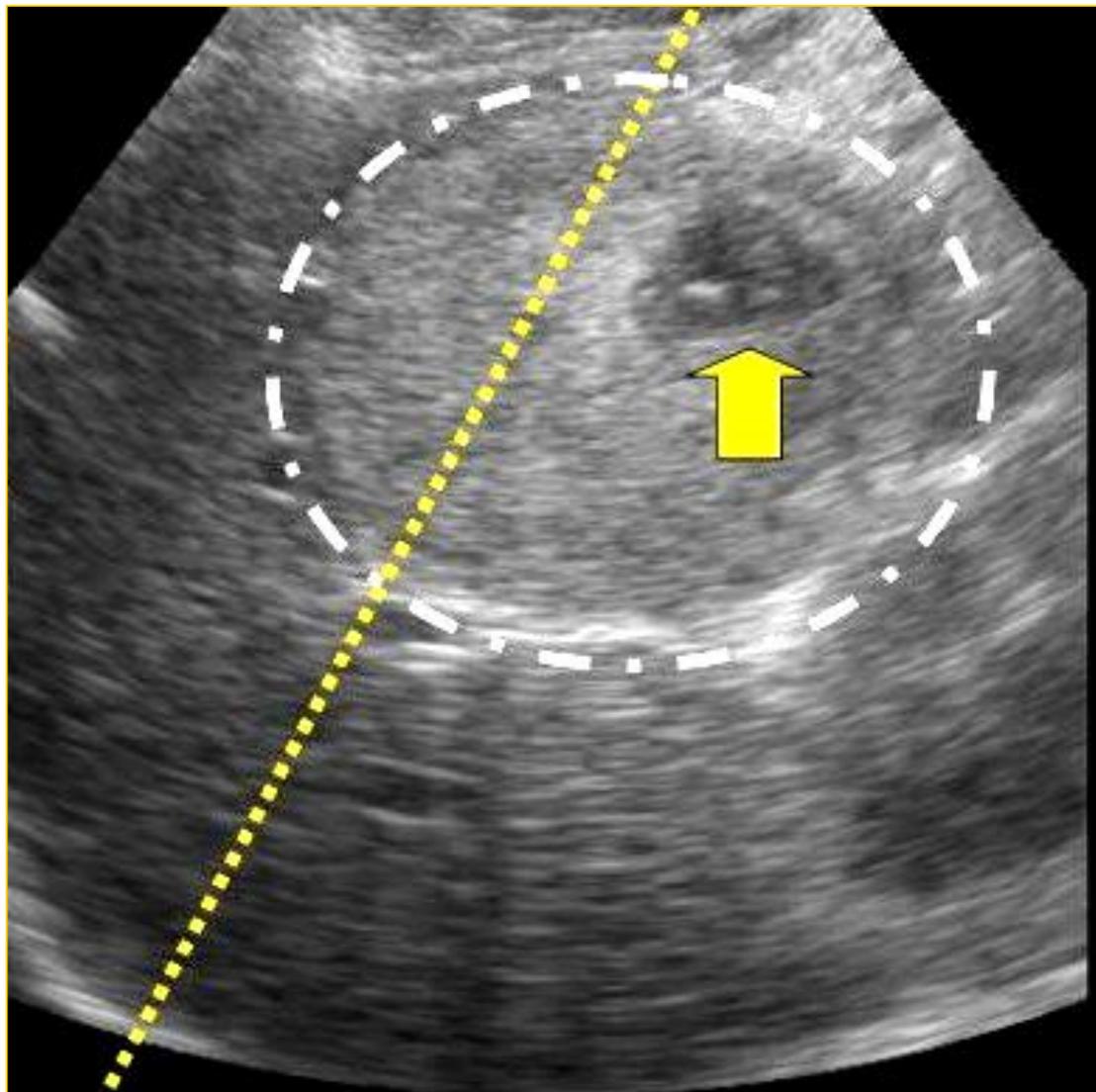
# Selección del sitio de abordaje



**Evitar atravesar estructuras vulnerables (la pared vesicular, las vías biliares estructuras vasculares vecinas, entre otras).**



# Evitar áreas de necrosis

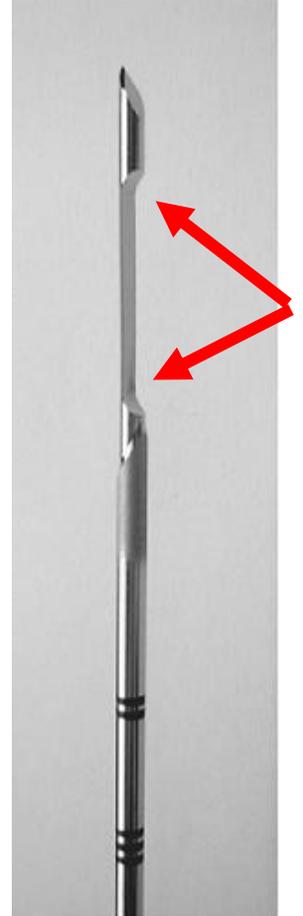
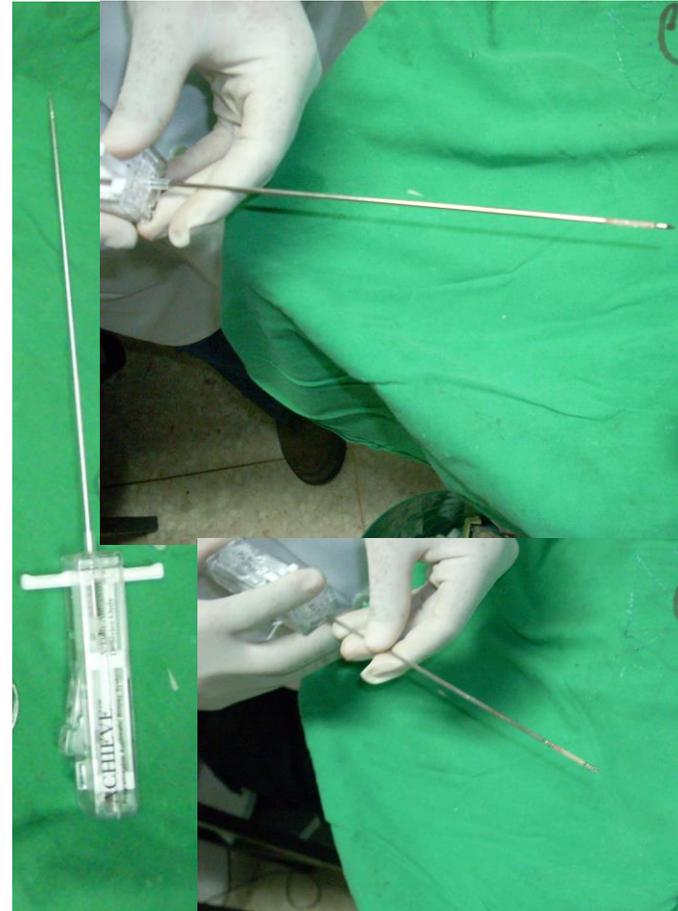


# **Descripción de la técnica**

# Trócar



Menghini semi-automático, de **corte frontal**  
(no posee cámara)



Pistola automática tipo **tru-cut**  
(posee cámara)

# Técnica



Biopsia hepática ecoguiada  
con guía de punción asistida



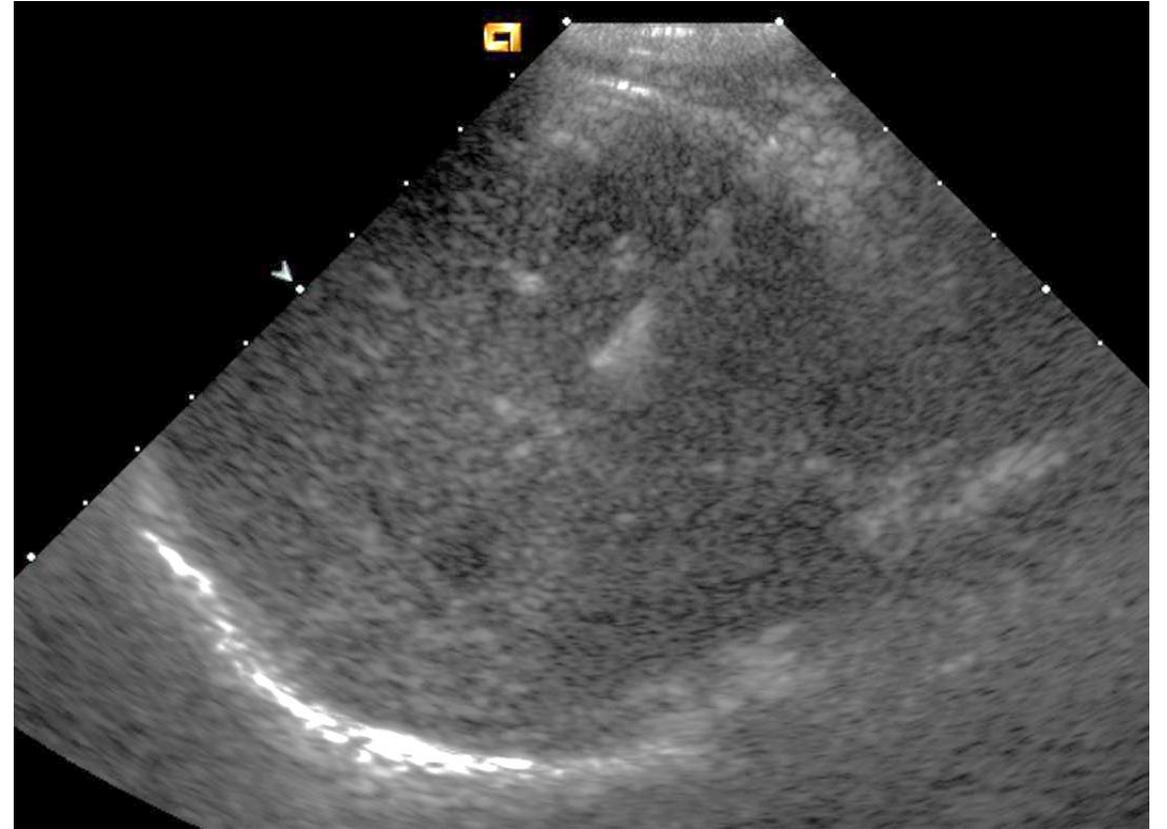
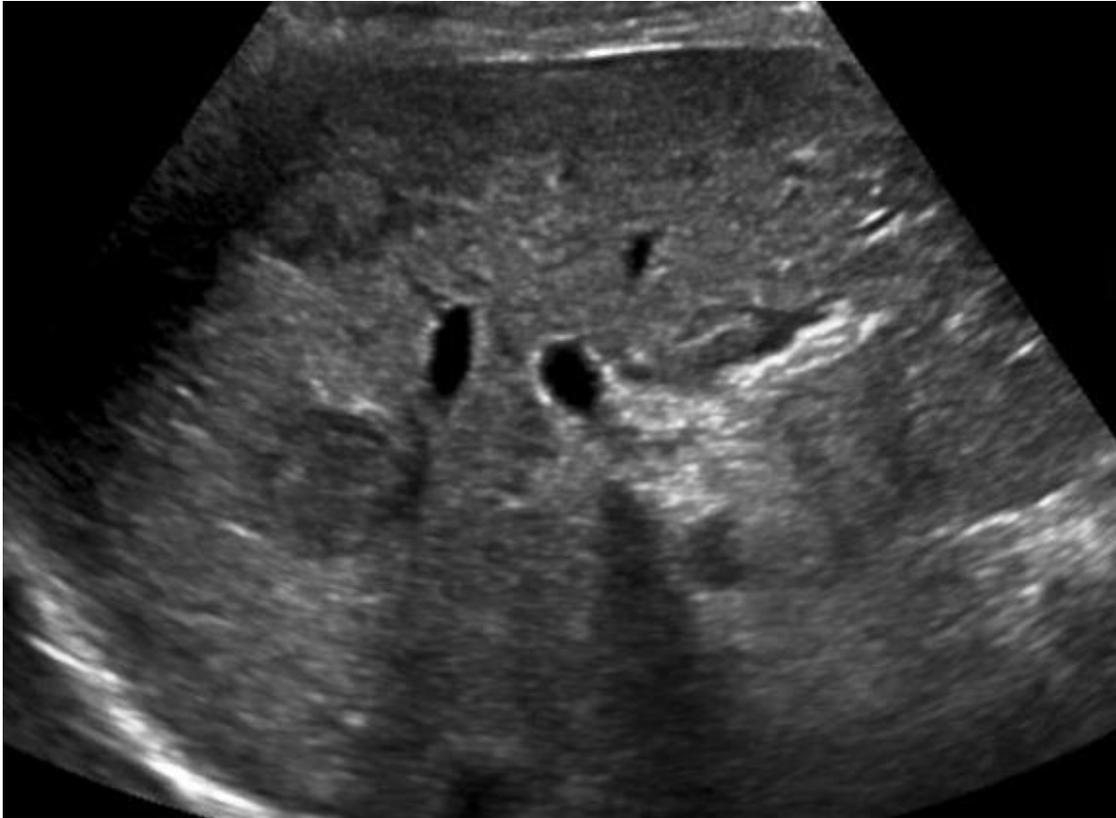
Biopsia hepática ecoguiada  
a manos libres

# Técnica



En **b** se demuestra con el medio de contraste que el centro es necrótico

# Técnica; identificación de la lesión y su entorno



\* En las lesiones mayores de 4 cms, evitar puncionar el centro de la lesión.

# Técnica; identificación de la lesión y su entorno



# Calibre del trócar (algunos metaanálisis)

**Tabella 1.1.** Accuratezza delle procedure diagnostiche percutanee ecoguidate: casistica fino al 1992 (revisione della Letteratura)

Casistica fino al 1992	Numerosità	Calibro	Accuratezza diagnostica
[1] Bret PM et al (1988)	159	>18G	92%
[2] Montali G et al (1982)	126	>18G	94%
[3] Edoute Y et al (1992)	123	>18G	89,4%
[4] Caldironi MW et al (1991)	260	>18G	87,7%
[5] Bell DA et al (1986)	197	>18G	85%
[6] Servoll E. et al (1988)	153	>18G	87,5%
[7] Fornari F. et al (1988)	63	>18G	84,1%

**- rentabilidad Dx**

**Tabella 1.2.** Accuratezza delle procedure diagnostiche percutanee ecoguidate: casistica dal 1992 al 2007 (revisione della Letteratura)

Casistica dal 1992 al 2007	Numerosità	Calibro	Accuratezza diagnostica
[33] Franca AV et al (2003)	68	>18G	93%
[8] Fornari F. et al (1994)	385	>18G	90,1%
[34] Ljubic N. et al (1992)	74	>18G	92%
[35] Duysburgh I et al (1997)	77	>18G	91%
[36] Fornari F et al (1990)	481	>18G	95%
[37] Caturelli E. et al (2004)	114	>18G	95,6%
[38] Ch Yu S et al (1997)	129	→ ≤18G	90,6
[39] Huang GT et al (1996)	420	→ ≤18G	86%
[40] Tsou MH et al (1998)	322	>18G	99,3%
[41] Wang P et al (2007)	2528	→ ≤18G	92,4%
[42] Changchien CS et al (2007)	228	>18G	96,9%
[9] Ceyhan K et al (2006)	167	>18G	94,5%
[16] Guo Z et al (2002)	118	→ ≤18G	96,4%

**+ rentabilidad Dx**

**Tabella 1.3.** Percentuali di complicanze nelle procedure diagnostiche percutanee: revisione della Letteratura

Complicanze	Numerosità	Calibro	Complicanze maggiori
[51] Sbolli G et al (1990)	138	>18G	0,7%
[52] Herszenyi L et al (1995)	244	>18G	0,8%
[38] Ch Yu S et al (1997)	129	≤18G	1,6%
[1] Bret PM et al (1988)	159	>18G	0,4%
[41] Wang P et al (2007)	2528	≤18G	0,6%
[39] Huang GT et al (1996)	420	≤18G	1,1%

# Absceso; punción evacuadora y drenaje

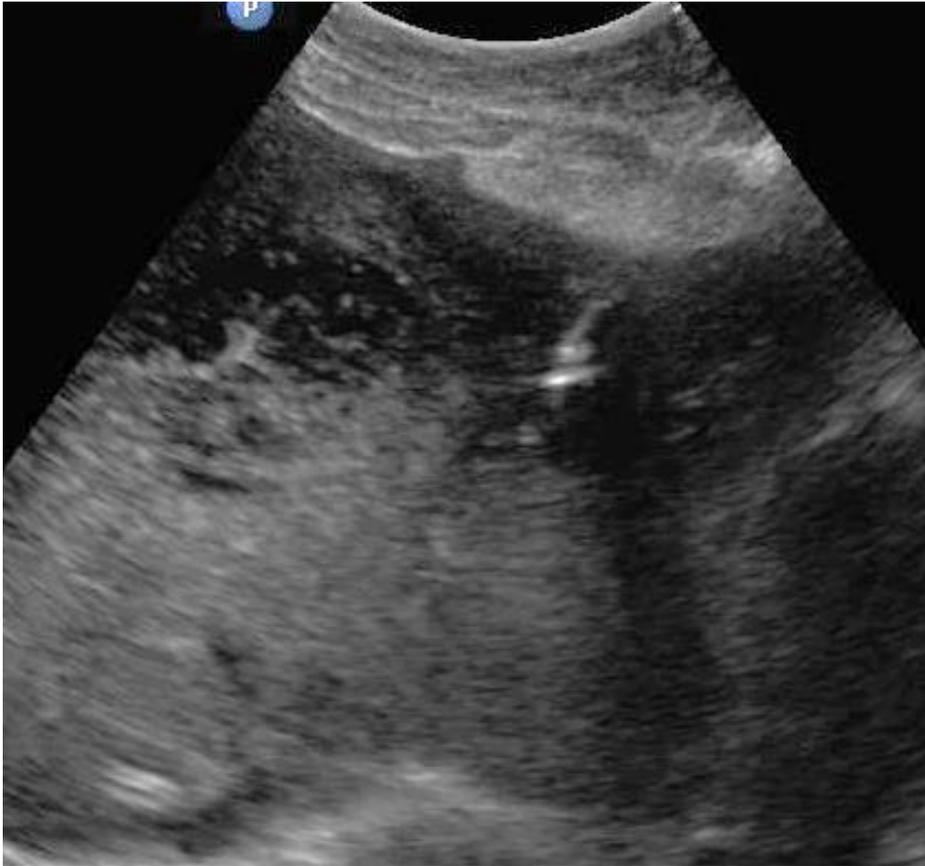


# Absceso; punción evacuadora y drenaje

## Indicación

- Presencia de colección única o hasta tres, de localización cercana entre sí.
- Presencia de signos y síntomas clínicos.
- Ausencia de coagulopatías.

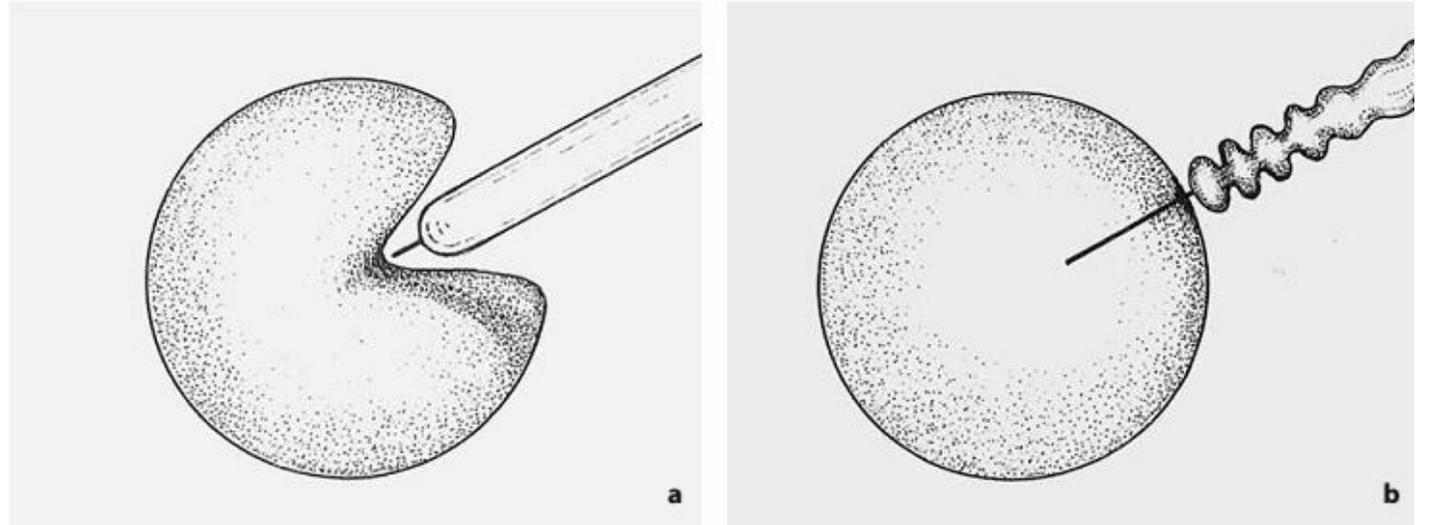
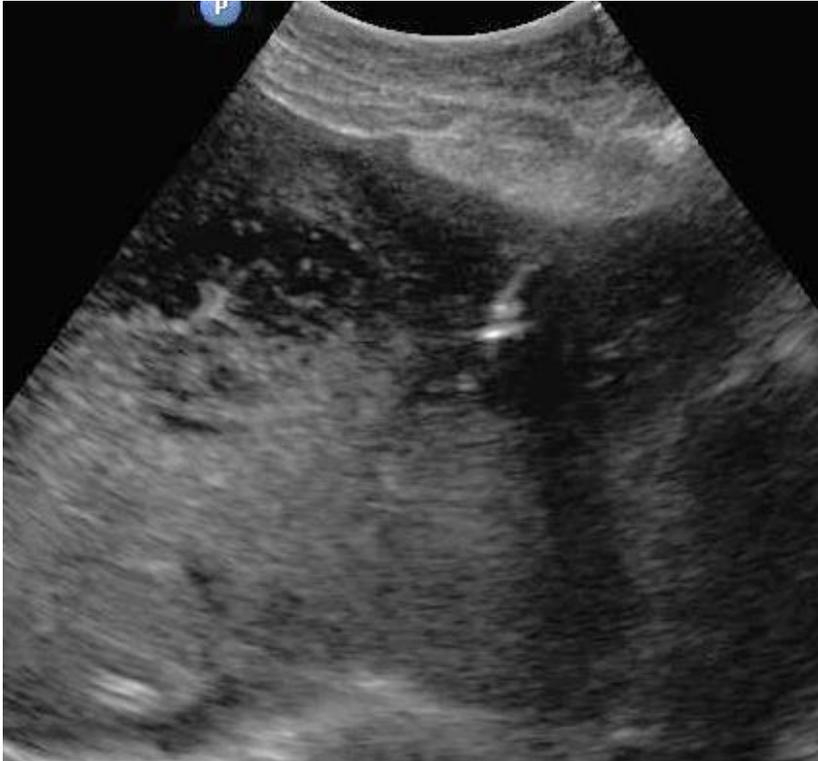
# Absceso; punción evacuadora y drenaje



## Procedimiento

- Localización y punción
- Evacuación del contenido
- Lavado con solución salina hasta el aclaramiento del contenido extraído
- Lavado con sol. Salina y antibiótico (Metronidazol) dilución 1/1

# Colocación de sonda de drenaje



Fallas en la penetración y colocación del drenaje:

- a depresión sin perforación de la pared.
- b perforación de la pared, sin penetración de la sonda derivativa

# **Colecistostomía**

# Colecistostomía

---

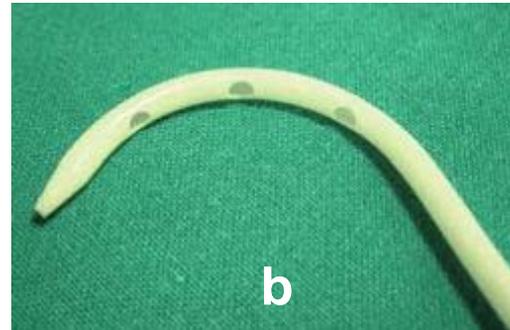
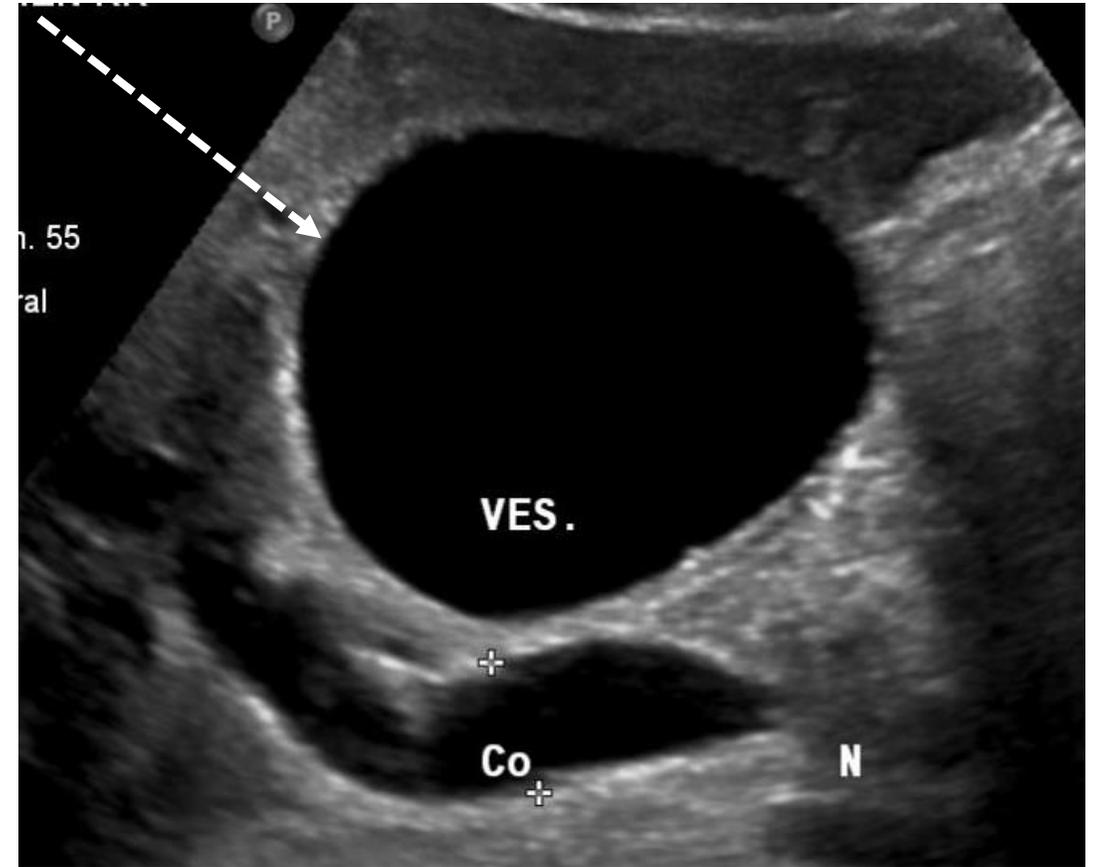
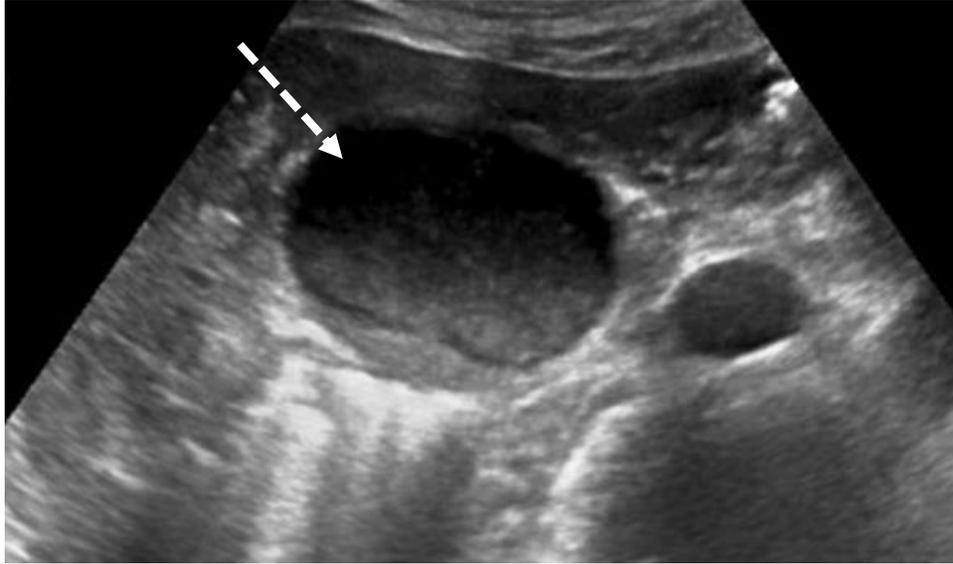
## Indicaciones

- **Paciente en ayunas.**
- **Colecistitis litiásica o alcohólica, en pacientes con alto riesgo quirúrgico y en pacientes con bloqueo distal de la V.B.P.**
- **Dilatación vesicular mayor de 5 cms de diámetro.**
- **Pared vesicular con grosor superior a 3 mm.**
- **Murphy sonográfico positivo.**

## Consideraciones técnicas

- **Utilizar trayecto transhepático.**
- **Utilizar técnica trócar o Seldinger.**
- **Verificación ecográfica de la posición de la sonda.**
- **Aspiración inmediata del contenido vesicular.**
- **Seguimiento ecográfico en las próximas 24-48 hrs.**

# Colecistostomía



# **Derivación percutánea ecoguiada de vías bilíares intrahepática**

# Derivación percutánea ecoguiada de vías biliares intrahepática

## Indicaciones

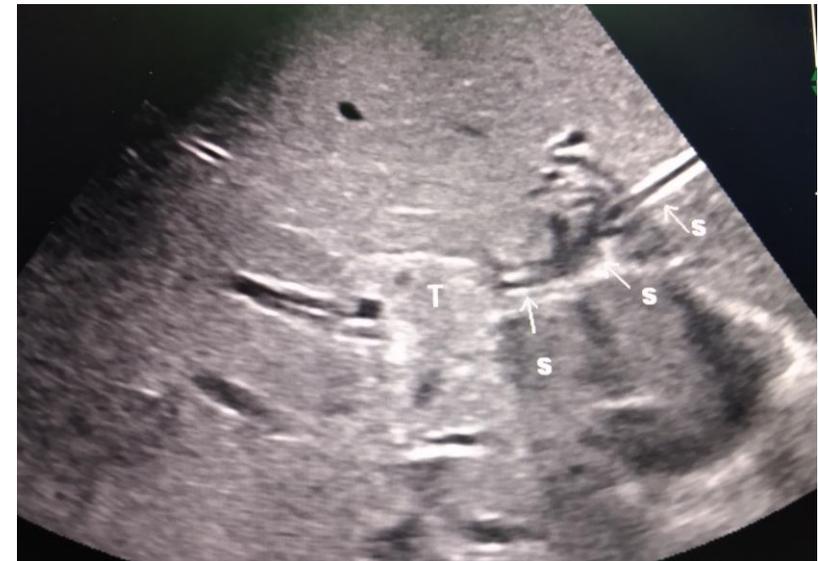
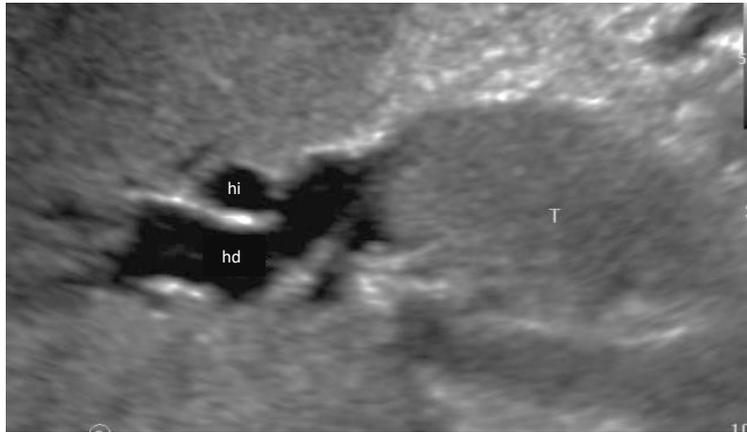
- **Dilatación moderada o severa de la vía biliar, que no sea técnicamente posible derivar por CEPRE.**
- **Tratamiento paliativo o previo a adyuvancia oncológica por enfermedad tumoral no quirúrgica.**
- **Previo a tratamiento quirúrgico.**

# Derivación percutánea ecoguiada de vías biliares intrahepática

## Técnica

- **Paciente en ayunas.**
- **Selección de sitio de la puntura, generalmente la izquierda.**
- **Calibre de la VB mayor a 11 mm.**
- **Empleo de técnica de Seldinger, con sonda calibre según diámetro de la vía biliar (8G-14G).**
- **Catéter pig tail o simple J multifenestrado.**

# Derivación percutánea ecoguiada de vías biliares intrahepática



# Derivación percutánea ecoguiada de quiste hepático

## Indicaciones

- **Presencia de quiste clínicamente sintomático.**
- **Quiste complicado.**
- **Quiste que provoca conflicto de espacio**

# Derivación percutánea ecoguiada de quiste hepático

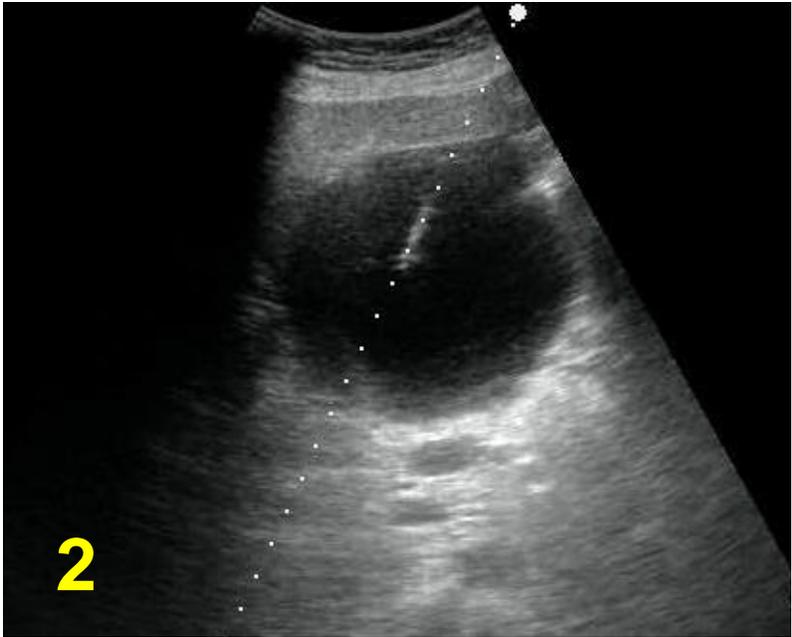
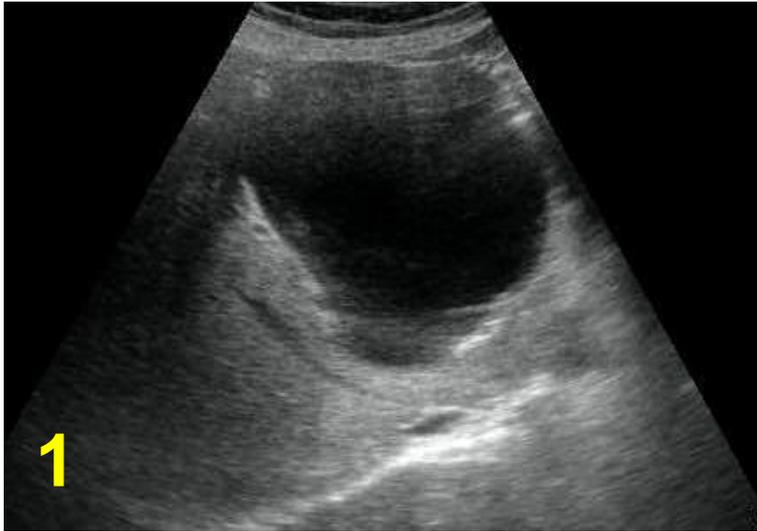
## Técnica

- **Paciente en ayunas.**
- **Selección de sitio de la puntura, mayor área parenquimatosa perilesional.**
- **Empleo de técnica trócar o Seldinger.**
- **Vigilancia ecográfica del trayecto de la sonda y su adecuada colocación intralesional.**
- **Evacuación del contenido.**
- **Valorar esclerosis de la lesión.**

# Derivación percutánea ecoguiada de quiste hepático



# Drenaje percutánea y ecoguiada de quiste hepático



# Conclusiones

- Se mostró brevemente nuestra experiencia en el abordaje ecoguiado de lesiones focales hepato-biliares.
- En cada caso se insistió en la técnica y las principales indicaciones de cada una. También se mostraron las contraindicaciones.
- Se mostraron las principales ventajas y desventajas.

Sociedad Cubana



de Imagenología

Fin