

DUODENOSCOPIA E COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) NO DIAGNÓSTICO DA PATOLOGIA BILIAR E PANCREÁTICA

EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 150 EXAMES. *

A. Ginestal-Cruz, A. Gargaté, Nuno Grima, Anabela Cardoso e J. Pmtó Correia

Serviço de Medicina 2 do Hospital de Santa Maria. Serviço de Radiologia do Hospital de Santa Maria; Centro de Gastreenterologia do I. N. I. C., Lisboa.

RESUMO

Relata-se a experiência das primeiras 150 duodenoscopias consecutivas para colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Descreve-se o material e metodologia utilizados, incluindo a pesquisa sistemática do *follow-up* dos doentes examinados. A duodenoscopia foi diagnóstica em 19 casos. A canulação da papila de Vater, com visualização das vias biliares e/ou pancreáticas foi conseguida em 106 de 131 tentativas (81 % de êxitos técnicos): CPRE em 55, CRE em 22 e PRE em 29. Esta percentagem elevou-se para 88 % nos últimos 50 exames. Predominaram as indicações clínicas por suspeita de patologia biliar (colestase em 72, colangite recorrente em 22 e síndrome dolorosa pós-colecistectomia em 9). No grupo da colestase, o diagnóstico etiológico foi obtido em 51 casos — 70 % do total — (80 % dos 30 mais recentes), sendo em 12 endoscópico e em 39 colangiográfico. Na colangite recorrente obteve-se diagnóstico etiológico em 63 %. A CPRE foi particularmente útil nos casos com hidatidose hepatobiliar ou pós-colecistectomia. O exame foi diagnóstico em 7 dos 9 doentes colecistectomizados com quadro doloroso, com avaliação endoscópica útil nos casos com coledocoduodenostomia. Nas restantes indicações (pancreatite recorrente em 16, dor abdominal não esclarecida em 18 e miscelânea em 13) registou-se também elevada percentagem de exames diagnósticos ou parcialmente informativos. Em 8 de 16 casos de pancreatite recorrente, a CPRE definiu uma indicação cirúrgica. É estabelecido o confronto dos nossos resultados com os da literatura, tanto nos aspectos técnicos como na capacidade diagnóstica demonstrada nos diferentes grupos de indicações: *biliares*, *pancreáticas* ou outras.

A duodenoscopia pós-bulbar, tornada possível pelo rápido desenvolvimento das técnicas de endoscopia digestiva alta, e a canulação trans-endoscópica da papila de Vater com injeção canalicular de meios de contraste radiológico, vieram trazer um progresso decisivo ao diagnóstico das doenças das vias biliares e pancreáticas.

Depois das primeiras tentativas nos E.U.A. (McCune et al 1968) é com os trabalhos pioneiros de Oi e Takagi (1970), posteriormente alargados a numerosos centros europeus e norte-americanos que a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) adquire estatuto de exame de rotina com um largo campo de indicações clínicas.

A relativa complexidade da técnica, simultaneamente endoscópica e radiológica, e os meios técnicos e instalações exigidas, circunscrevem a sua utilização a serviços hospitalares diferenciados.

Recebido para publicação: 19 Dezembro 1978

(*) Em parte, tema de Comunicação à II Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia — Lisboa, Maio 1978.

No nosso país, a experiência de CPRE tem estado limitada a dois centros, o Hospital de Santa Maria em Lisboa (Ginestal-Cruz e Gargaté 1976, Ginestal-Cruz 1978) e os Hospitais da Universidade de Coimbra (Diniz Freitas et al 1973 e 1978).

A publicação da nossa experiência actual tem como objectivos fundamentais, o confronto com outras séries e a demonstração das potencialidades e utilidade da CPRE num campo de diagnóstico difícil.

DOENTES E MÉTODOS

A experiência agora apresentada de duodenoscopias para CPRE inclui os primeiros 150 exames consecutivos, realizados de Outubro de 1974 a Maio de 1978. Setenta e nove dos doentes eram do sexo masculino e 71 de sexo feminino, com idades compreendidas entre 17 e 83 anos (idade média, 54 anos).

Houve um aumento significativo no ritmo de execução de exames, com 65 nos últimos dez meses de 1977, e 47 nos primeiros cinco meses de 1978, o que traduz o recurso cada vez mais frequente a este meio de diagnóstico.

Utilizámos em todos os exames o duodenoscópio de visão lateral Olympus JF-B 2 e, sucessivamente, as cânulas de polietileno do tipo Erlangen — com oliva metálica — e do tipo standard da Olympus.

Os exames foram realizados em mesas de radiologia com controlo radioscópico e amplificador de imagem. A pré-medicação consistiu na administração de antibiótico

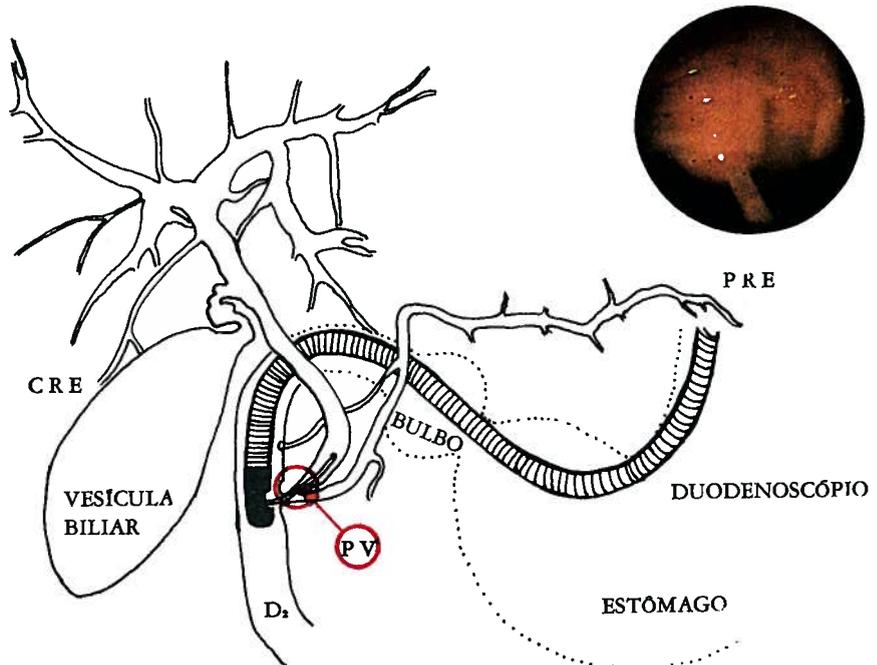


Fig. 1 — Diagrama da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE); D₂ — 2.ª porção do duodeno; PV — papila de Vater canulada (em cima e à direita, visão endoscópica da canulação); CRE — colangiografia (vias biliares extra e intrabepáticas); PRE — pancreatografia (Wirsung e Santorini)

oral e de dimetilpolisiloxano, jejum de 6 horas e, imediatamente antes do exame, anestesia da orofaringe com spray de xilocaína e administração de diazepam 5-10 mg i. v./i. m. Durante a duodenoscopia pós-bulbar, a aperistalse duodenal foi obtida com butil-hioscina ou glucagon i. v.

Os detalhes técnicos da duodenoscopia pós-bulbar, referência da papila de Vater e manobras de canulação (Fig. 1) encontram-se exaustivamente referidos na literatura (Heully et al 1971, Jeanpierre et al 1971, Cotton 1972).

O meio de contraste utilizado para a visualização canalicular foi a Uro-Angiografina a 65 %, a que se juntou gentamicina (4 mg/ml de contraste).

Na maioria dos doentes o exame foi realizado em regime de internamento hospitalar, com controlo laboratorial (amilasémia e leucograma) pré e pós-CPRE. Nos doentes ambulatoriais, recorreu-se ao internamento por 24 horas, como medida de segurança, somente nos casos de risco provável.

A duração útil do exame tem vindo a reduzir-se na nossa experiência, e é actualmente de 15 a 30', com um tempo médio de ocupação da sala de 45'. A redução adicional destes tempos, só possível com a experiência e melhoria do apoio técnico (Conn et al 1976), conduzirá à minimização dos inconvenientes e custos da CPRE que justificaram dúvidas iniciais quanto à sua rentabilidade (Morrissey 1972).

Em todos os casos, procedeu-se ao *follow-up* clínico individual, nomeadamente no que respeita à eventual ocorrência de complicações e ao esclarecimento dos diagnósticos definitivos.

RESULTADOS

Em 19 dos 150 exames realizados, a duodenoscopia forneceu o diagnóstico etiológico (9 ampulomas, 2 neoplasias invasivas do duodeno, 4 úlceras duodenais pós-bulbares, 1 estenose pós-bulbar e 3 papilites estenosantes). A lesão observada tornou desnecessária a tentativa de canulação ou foi impeditiva do acesso à região da papila de Vater.

Nos restantes 131 casos foi tentada a canulação da papila, conseguida em 106, (81 %) (Quadro I).

Obteve-se visualização conjunta das vias biliares e pancreáticas em 55, e isolada das vias biliares em 22 e das vias pancreáticas em 29.

A nossa percentagem de canulações eficazes elevou-se de 62 % nos primeiros 30 exames (Ginestal-Cruz e Gargaté 1976) para 88 % nos últimos 50.

Na nossa experiência, tivemos uma baixa incidência de complicações que serão objecto de análise detalhada em outro artigo (Ginestal-Cruz 1979).

As indicações para a execução da CPRE foram postas na maioria dos casos (103 de 150) por suspeita ou evidência de patologia das vias biliares e abrangeram uma vasta gama de situações clínicas: Colestase 72; Colangite recorrente 22; Síndrome dolorosa

QUADRO I

Análise global dos resultados

Duodenoscopias para CPRE	150	
Duodenoscopias Diagnósticas	19	
Tentativas de CPRE	131	
Canulação da papila de Vater		
Com visualização canalicular	106	(81 % de 131)
Colangiopancreatografia (CPRE)	55	
Colangiografia (CRE)	22	
Pancreatografia (PRE)	29	

pós-colecistectomia 9; pancreatite recorrente 16; quadro doloroso abdominal não esclarecido 18; miscelânea 13.

Analisaremos separadamente a informação diagnóstica obtida em cada grupo de indicações.

COLESTASE

Neste grupo de 72 doentes, que constituiu quase metade das indicações para CPRE, procurou-se excluir ou afirmar obstrução extrahepática, com as correspondentes implicações terapêuticas, assim como determinar o nível e a causa da obstrução.

Obteve-se o diagnóstico pela duodenoscopia em 12 casos (9 ampulomas, 2 neoplasias invasivas da 2.^a porção do duodeno e 1 papilite estenosante). Conseguiu-se a canulação da papila em 52 das 61 tentativas (85 %) e obteve-se colangiografia diagnóstica em 39. No total, obteve-se o esclarecimento etiológico em 51 dos 72 doentes deste grupo (70 %) (Quadro II). Nos 30 casos mais recentes, esta percentagem elevou-se para 80 %.

QUADRO II

Informação Diagnóstica na Colestase (72 casos)

DAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	51 (70 % de 72)
Litíase vesícula/colédoco	8
Estenose colédoco terminal e/ou Wirsung cefálico	11
Obstrução/Compressão Hepáticos	8
Hidátides do colédoco	1
Fístula bilioquística	1
Ampuloma	9
Neo invasiva 2. ^a porção duodeno	2
Papilite estenosante	1
Colangite esclerosante	2
Colestase intrahepática	8

Os diagnósticos definitivos que foi possível obter pelo *follow-up*, confirmaram em todos os casos os dados endoscópicos ou colangiográficos.

A análise discriminativa das causas de colestase extrahepática revelou o predomínio de: litíase em 8 casos (Fig. 2), estenose do colédoco (Fig. 3) e/ou Wirsung cefálico em 11, na maioria com padrão de malignidade, obstrução ou compressão dos hepáticos junto à bifurcação em 8 e tumor da ampola de Vater em 9 (Fig. 4). Em 2 casos, o diagnóstico foi de neoplasia invasiva da 2.^a porção do duodeno, com coágulo aderente num deles (Fig. 5).

Por outro lado, em 10 casos a CPRE demonstrou obstrução intrahepática (Fig. 6), padrão de colangite esclerosante intrahepática ou vias biliares normais.

Como implicações terapêuticas imediatas a CPRE permitiu afirmar o diagnóstico de colestase *cirúrgica* em 80 % dos casos e de colestase *médica* nos restantes 20 %.

Analisámos separadamente os casos de colestase pós-colecistectomia e os casos com hidatidose hepática, por ser tratar de dois tipos de situações clinicamente diferenciadas.

Em 4 dos 5 doentes colestectomizados foi possível obter o diagnóstico etiológico. Num caso, a duodenoscopia demonstrou um tumor da ampola de Vater (Fig. 7), em doente colestectomizado 17 anos antes por litíase, noutro caso a CPRE revelou litíase gigante do colédoco 2 anos após a colecistectomia (Fig. 8) e noutros 2, estenose benigna do colédoco terminal.

Em 7 dos 8 doentes com hidatidose hepática, a CPRE demonstrou, igualmente, a causa de colestase, sendo somente em 5 relacionável com a doença hidática: obstrução dos hepáticos em 3, fístula bilioquística (Fig. 9) e hidátides do colédoco (Fig. 10). Nos restantes 2 casos, tratava-se de litíase múltipla num caso e estenose do colédoco noutro.

COLANGITE RECORRENTE

Neste grupo a canulação foi conseguida em 16 dos 22 casos (73 %) com colangiografia em 13. Obteve-se o diagnóstico etiológico em 14 casos (63 %) (Quadro III). Em 13 dos 14 casos foi posta indicação cirúrgica, incluindo um caso de parasitose das vias biliares confirmada na cirurgia (Fig. 11).

Tal como no grupo da Colestase, também aqui a CPRE permitiu o esclarecimento dos 2 casos com hidatidose hepática associada: obstrução na bifurcação dos hepáticos num caso e colangite intrahepática difusa noutro — (Fig. 12); e de 4 dos 6 casos de colangite pós-colecistectomia: litíase em 2, hemobilia e pancreatite crónica num caso (Fig. 13) e reestenose de esfincterotomia noutro.

QUADRO III

Informação Diagnóstica na Colangite Recorrente (22 casos)

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	14 (64 %)
Litíase vesícula/colédoco	9
Parasitose vias biliares	1
Obstrução bifurc. hepático (q. hidático)	1
«Hemobilia» + Pancreatite crónica	1
Colangite esclerosante	2

SÍNDROME DOLOROSA PÓS-COLECISTECTOMIA

Foi conseguida canulação nos 9 casos deste grupo e visualização das vias biliares em 7.

O período de tempo que mediou entre a cirurgia (colecistectomia por litíase, associada em 2 casos a coledocoduodenostomia) e o exame foi de 6 meses a 28 anos, com uma média de 10 anos.

Foram diagnósticos 7 dos exames: litíase do colédoco terminal em 3 (Fig. 14), estenose do colédoco terminal com coledocoduodenostomia funcionante e canulável em 2 (Fig. 15) e ausência de lesões noutros 2 doentes.

PANCREATITE RECORRENTE

O exame foi informativo em 13 (81 %) dos 16 doentes deste grupo.

A contribuição diagnóstica da CPRE nestes 13 casos foi analisada e interpretada face ao contexto clínico, procurando estabelecer a causa provável do quadro e definir eventuais implicações terapêuticas.

Havia patologia das vias biliares ou da papila de Vater, com possibilidade de correcção cirúrgica, em 8 casos; obteve-se imagem pancreatográfica (Fig. 16) confirmativa do quadro clínico de pancreatite crónica em 2 casos; num caso verificou-se a etiologia extra-pancretática — úlcera duodenal pós-bulbar — do quadro; e finalmente nos outros 2 casos as vias biliares e a papila eram normais com alterações pancreatográficas mínimas (Fig. 17).

QUADRO DOLOROSO ABDOMINAL NÃO ESCLARECIDO

Nos 18 doentes em que os meios de diagnóstico clínico, laboratorial, radiológico e, por vezes, endoscópico, não tinham permitido estabelecer um diagnóstico etiológico, foram utilizadas todas as potencialidades diagnósticas da técnica (gastroscoopia, bulboscopia, duodenoscopia e CPRE) com vista a obter informação diagnóstica ou de orientação terapêutica.

O exame revelou-se informativo nos 18 casos, sendo de salientar os 10 diagnósticos endoscópicos: 3 com patologia gástrica (2 úlceras e 1 carcinoma da mucosa) e 7 duodenal: 3 úlceras e 1 estenose pós-bulbares e 3 divertículos, sendo 1 intraluminal, da 2.^a porção do duodeno; e os 4 diagnósticos colangiográficos de patologia das vias biliares (2 litíases; 1 neoplasia da vesícula e 1 obstrução do hepático direito) (Fig. 18). Nos restantes 4 doentes o exame permitiu excluir patologia gastroduodenal e das vias biliares e/ou pancreáticas.

MISCELÂNEA

Este grupo incluiu 13 doentes em que a duodenoscopia e CPRE foram utilizados para controlo pós-cirurgia biliar em 4 e para esclarecimento de suspeita de patologia biliopancreática ou duodenal em 9.

O exame forneceu informações úteis, em 11 dos 13 casos, sendo o objectivo diagnóstico essencial atingido em 9 casos (70 % do total).



Fig. 2 — Litíase múltipla do hepatocolédoco (Σ) e vesícula (>) — caso n.º 23

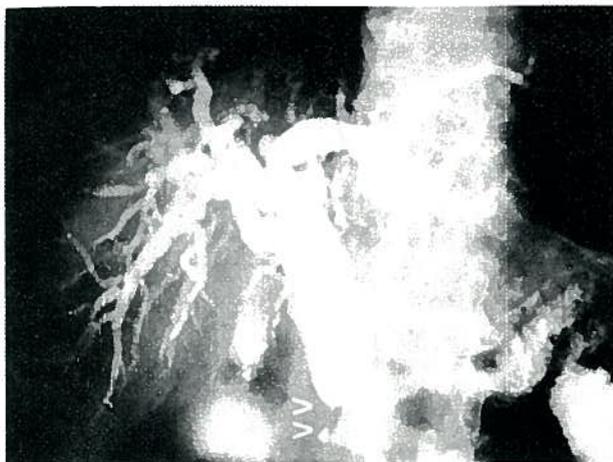


Fig. 3 — Estenose do colédoco terminal (\blacktriangleright) com padrão de malignidade de dilatação das vias biliares intrahepáticas — caso n.º 123

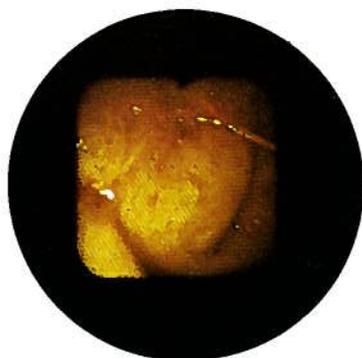


Fig. 4 — Tumor ulcerado da ampola de Vater (biópsia: adenocarcinoma) — caso n.º 28

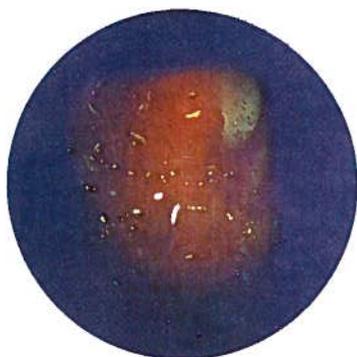


Fig. 5 — Neoplasia invasiva da 2.ª porção do duodeno, com grande coágulo aderente — caso n.º 110

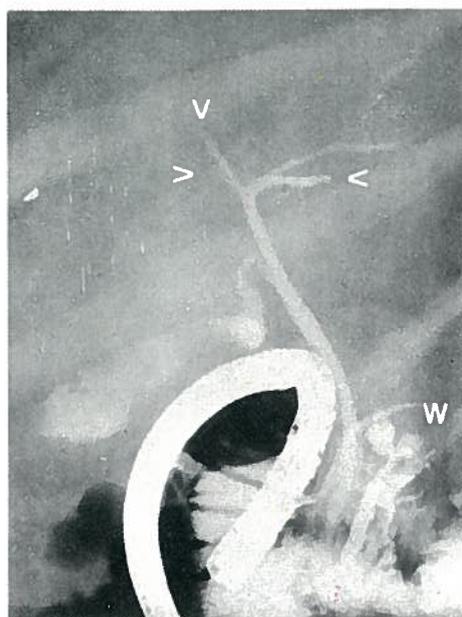


Fig. 6 — Obstrução intrabepática (<) por metástases de neoplasia da cabeça do pâncreas (W), com via biliar principal normal — caso n.º 95



Fig. 7 — Tumor da ampola de Vater, em doente colecistectomizada, canulado com pancreatografia: obstrução cefálica do Wirsung — caso n.º 151

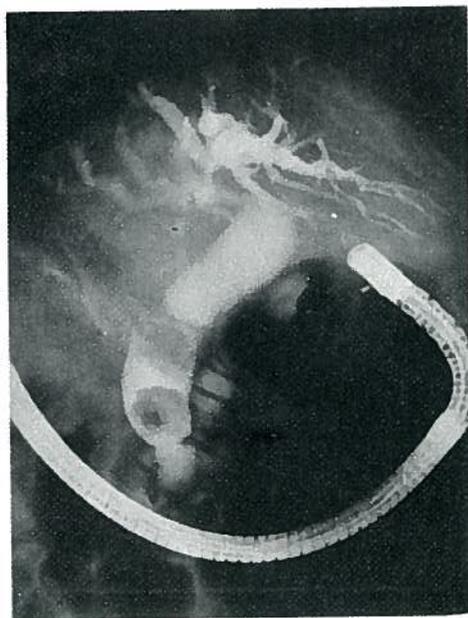


Fig. 8 — Litíase múltipla do colédoco pós-colecistectomia — caso n.º 74



Fig. 9 — *Fístula bilioquística (F), com quisto hidático volumoso, parcialmente calcificado (<) e sem obstrução da via biliar principal — caso n.º 54*

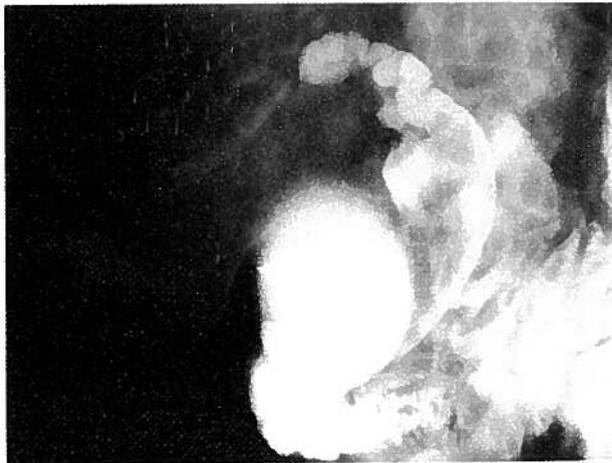


Fig. 10 — *Hidátides obstruindo o colédoco, com cístico visualizado e vesícula excluída — caso n.º 131*



Fig. 11 -- *Imagens lacunares múltiplas do hepatocolédoco e cístico, por parasitose das vias biliares — caso n.º 29*

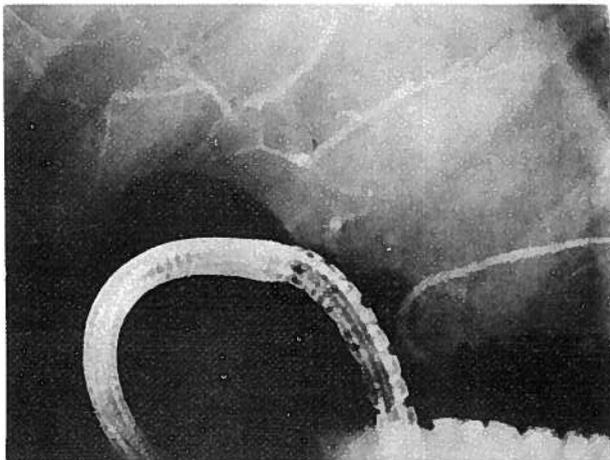


Fig. 12 -- *Padrão de «colangite esclerosante» difusa, em doente operado por hidatidose hepática — caso n.º 117*

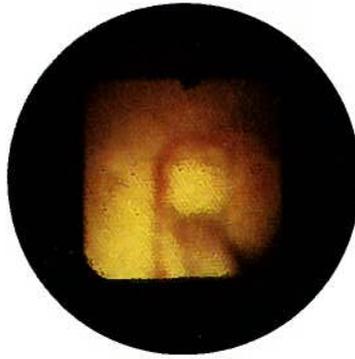


Fig. 13 — Hemorragia trans-papilar (hemobilia), pós-cirurgia das vias biliares — caso n.º 75

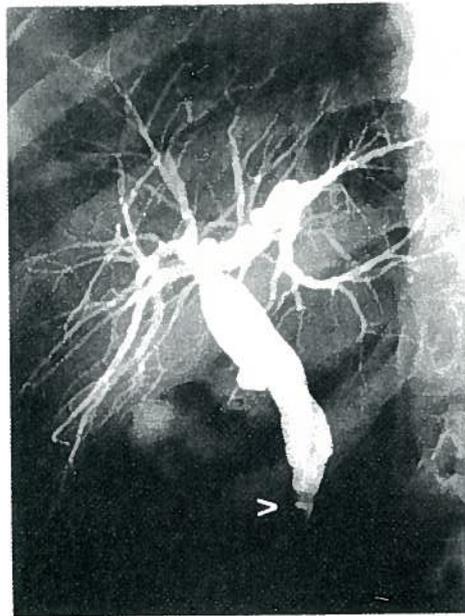


Fig. 14 — Litiase do colédoco terminal (>) pós-colecistectomia com dilatação discreta das vias biliares — caso n.º 121



Fig. 15 — *Coledocoduodenostomia larga, canulada para colangiografia — caso n.º 114*

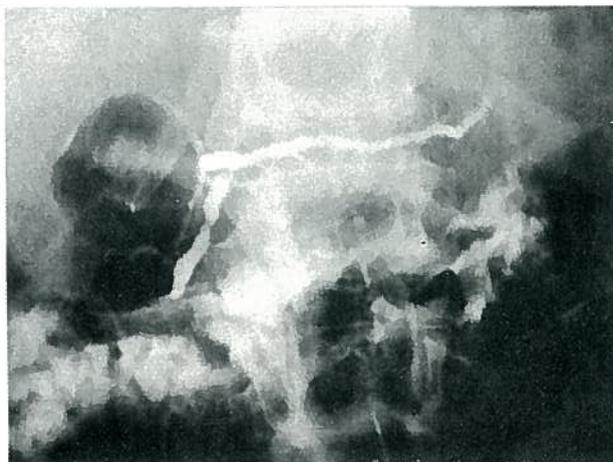


Fig. 16 — *Padrão de pancreatite crônica, com estenose cefálica e calibre irregular do Wirsung — caso n.º 113*

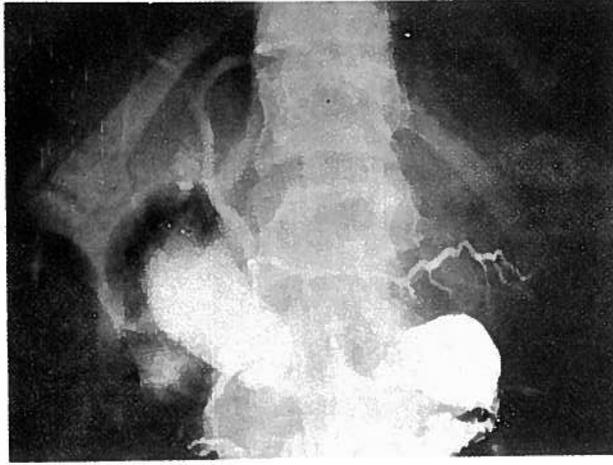
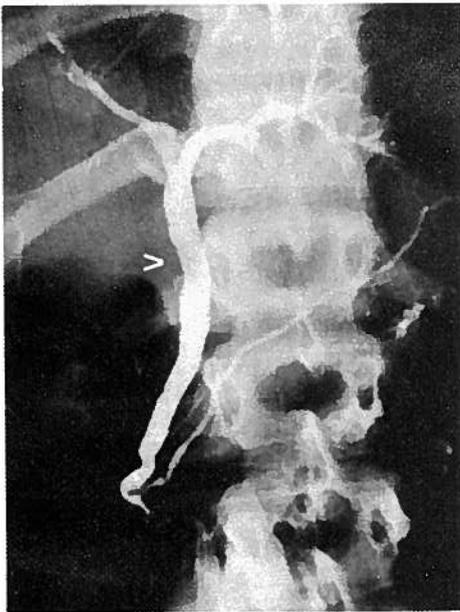
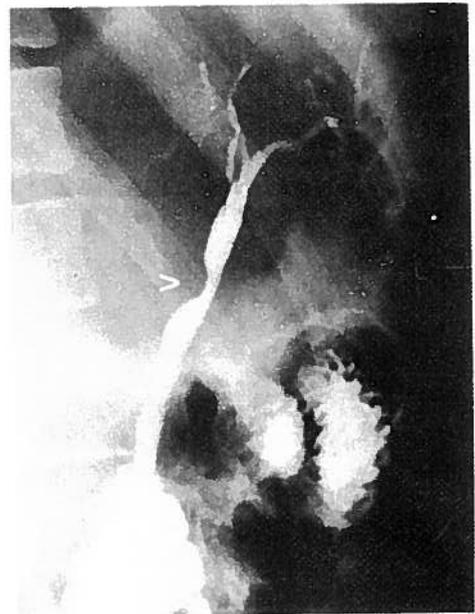


Fig. 17 — Vias biliares normais com vesícula biloculada, sem litíase, e ligeiras irregularidades de calibre de Wirsung — caso n.º 79



a



b

Fig. 18 — Vesícula excluída com: (a) imagem de subtração (>) ao nível do cístico por cálculo/edema, (b) confirmada no perfil

DISCUSSÃO

A eficácia diagnóstica da CPRE depende em grande parte de dois factores que variam significativamente no decurso de qualquer experiência inicial: o domínio da técnica de canulação da papila de Vater e o treino de interpretação e valorização clínica das imagens colangiográficas (Silvis 1978, Lasser 1978) e pancreatográficas (Classen et al 1973, Cotton 1974). A diversidade de critérios de inclusão dos exames iniciais nas séries publicadas torna difícil a comparação de percentagens de êxitos técnicos (Cotton 1972).

Na nossa série incluímos todos os exames da fase inicial. Por outro lado, excluímos das tentativas de canulação os casos em que o diagnóstico etiológico foi obtido no tempo endoscópico, tornando supérflua a canulação e a visualização canalicular. Posto isto, a nossa percentagem global (81 %) de canulações eficazes (88 % nos últimos 50 exames), é idêntica às das séries revistas por Cotton (1972), que oscilam entre 74 % e 88 % (87 % a 96 % nas experiências mais recentes) para números de exames entre 80 e 541.

As razões de insucesso de canulação na nossa série, ultrapassada a aprendizagem inicial, foram quase sempre de ordem anatómica: deformação ou compressão extrínseca da 2.^a porção do duodeno (D 2), gastrojejunostomia prévia, anomalias de localização e forma da papila e pregas circundantes e divertículos justapapilares.

Os divertículos da região da papila são relativamente frequentes (10 % — 15/150 — na nossa série) não tendo constituído, contudo, razão decisiva de insucesso, pois conseguimos a canulação em 8 casos, 6 dos quais com localização intra-diverticular da papila.

A gastrojejunostomia prévia tipo Bilroth II, pelo contrário, inviabiliza em regra o acesso a D 2, como aconteceu nos 4 casos da nossa série, embora variações da técnica cirúrgica possam não o impedir e até facilitar a canulação (Sáfrány 1972, Classen 1977)

O problema prático seguinte é o da canulação selectiva biliar e/ou pancreática, conforme a informação diagnóstica requerida em cada doente.

A colangiografia selectiva constituiu a dificuldade técnica mais frequente na nossa e em todas as séries publicadas (Cotton 1977). Assim, a colangiografia foi obtida num 2.^o tempo por canulação dirigida após pancreatografia inicial, em 2/3 dos nossos 55 casos com visualização conjunta biliopancreática. Por outro lado, a maioria das colangiografias sem pancreatografia só foi obtida na nossa experiência mais recente, através de treino de orientação selectiva da cânula.

No conjunto dos 77 casos com suspeita de patologia biliar em que se canulou a papila, a nossa percentagem de colangiografias selectivas (76,6 %) é idêntica às de outras séries (Cotton 1972, Elias 1976).

Analisados os aspectos técnicos da CPRE, discutiremos seguidamente a sua capacidade diagnóstica.

Colestase, colangite recorrente, síndrome dolorosa pós-colecistectomia. Na nossa série, como em outras publicadas (Elias 1976) predominam as indicações por patologia biliar.

A introdução da CPRE no estudo destes doentes, por si só ou em conjunto com outras técnicas, veio contribuir para uma mudança radical na metodologia diagnóstica e nos critérios de decisão terapêutica (Elias 1976).

Na nossa série, a CPRE permitiu um diagnóstico etiológico preciso numa elevada percentagem de casos de colestase — 70 % do total de 72 casos (80 % nos 30 casos mais recentes). Nas séries publicadas registaram-se resultados semelhantes (Cotton et al 1972, Blumgart et al 1972, Dickinson et al 1973, Ogoshi et al 1973, Katon et al 1974, Silvis et al 1976, Elias et al 1976, Diniz Freitas et al 1978).

A contribuição diagnóstica da CPRE na colestase apresenta particularidades que merecem referência.

A informação endoscópica, eventualmente com biópsia dirigida, e a possibilidade de pancreatografia conferem-lhe potencialidades diagnósticas alargadas em relação a todas as outras técnicas colangiográficas.

Na nossa série o diagnóstico etiológico foi feito no tempo endoscópico em 12 casos, sendo 9 (12,5 % dos casos de colestase) neoplasias da ampola de Vater, com confirmação histológica por biópsia em 4.

Nos doentes com cirurgia biliar prévia (esfincterotomia, esfínteroplastia ou coledoduodenostomia), a CPRE pode também fornecer informação endoscópica, para além da visualização das vias biliares e pancreáticas, habitualmente facilitada pela possibilidade alternativa de canulação da anastomose. Nos quadros pós-colecistectomia, sem obstrução da via biliar principal, a visualização pela CPRE é muitas vezes decisiva para a interpretação de imagens duvidosas de litíase na colangiografia i. v., como aconteceu em 4 dos nossos doentes.

Outro aspecto, que ressalta da nossa experiência, é o da eficácia diagnóstica da CPRE nos quadros de colestase ou colangite recorrente associados a hidatidose hepática. Técnicas cruentas, como a colangiografia percutânea ou transjugular, estão formalmente contraindicadas, e daí o lugar da CPRE como exame de eleição no esclarecimento da difícil abordagem cirúrgica deste grupo de patologia, cuja incidência é particularmente significativa em Portugal. A CPRE é também o exame de primeira escolha nos quadros de colestase ou colangite associados a cirrose biliar primária (Summerfield et al 1976), colite ulcerosa (Elias et al 1974; Blackstone e Nemchausky 1978) ou a pancreatite crónica (Scott et al 1977).

A CPRE integra-se num conjunto de técnicas de diagnóstico da patologia hepatobiliar (Elias 1976), algumas recentes (colangiografia percutânea transhepática com a agulha da Chiba (CPT), colangiografia transjugular, ultrassonografia, tomografia axial computadorizada), e outras, vindas do arsenal diagnóstico clássico (biópsia hepática, laparoscopia). O confronto da CPRE com estas técnicas deve pois colocar-se em termos de complementaridade e uso sequencial ou alternativo e não de exclusão e competitividade diagnóstica (Elias et al 1976, Conn et al 1976).

No Hospital de Santa Maria a experiência com a CPRE e a já adquirida com a CPT (Pinto Correia et al 1977) e a ultrasonografia hepatobiliar (Carrilho Ribeiro e Lacerda 1978) veio permitir este tipo de abordagem combinada do diagnóstico da colestase, segundo um protocolo prospectivo actualmente em curso (Ginestal-Cruz et al 1978).

Pancreatite recorrente. No diagnóstico da patologia pancreática, também a CPRE pode trazer contribuições apreciáveis, e elementos decisivos para a terapêutica cirúrgica (Cotton e Beales 1973). Uma limitação significativa neste campo consiste nas dificuldades encontradas na interpretação e valorização clínica das imagens wirsungográficas.

Apesar disso, foi-nos possível obter informações diagnósticas precisas em 9 de 16 casos de pancreatite recorrente havendo em 8 patologia biliar ou da papila, com responsabilidade provável no quadro, e susceptíveis de correcção cirúrgica. Noutro caso, a duodenoscopia demonstrou úlcera duodenal pós-bulbar, que cirurgia posterior demonstrou ser penetrante ao pâncreas e responsável pela sintomatologia.

Nos quadros clínicos de pancreatite crónica, onde a nossa experiência é ainda reduzida, existem dificuldades de interpretação e de diferenciação do normal-patológico e de diagnóstico diferencial pancreatite crónica-neoplasia, apontadas frequentemente na literatura (Cotton 1974, Stadelman et al 1974, Tanaka et al 1974). Também nestes casos a pancreatografia endoscópica deve ser um dado complementar numa abordagem diagnóstica combinada (Dimagno et al 1977, Cotton et al 1978).

Quadro doloroso abdominal não esclarecido. O recurso à CPRE surge habitualmente nestes casos, após um prolongado e exaustivo estudo com meios convencionais de diagnóstico. Na nossa série, por exclusão ou afirmação, o exame revelou-se sempre útil, sendo diagnóstico numa percentagem significativa de casos. A multipotencialidade diagnóstica do exame-panendoscopia e CPRE, e a possibilidade de encurtar tempos de estudo destes quadros, com vantagem para o doente, médico e hospital, levou a ensaiá-lo como meio de diagnóstico de primeira linha, com elevada percentagem de resultados positivos e riscos mínimos (Zimmon et al 1975). Em casos seleccionados com grande intensidade de queixas e necessidade de diagnóstico urgente para fundamentar uma actuação terapêutica, pensamos poder justificar-se o recurso a este tipo de abordagem.

Agradecimentos

— Aos Técnicos Albertino Guedes, Cristina Santos, Maria Antónia Escobar e Daniel Covas e às Enfermeiras Teresa, Judite e Jesus, do Serviço de Radiologia do H.S.M., pela colaboração prestada, indispensável à execução deste trabalho.

— Aos responsáveis do Serviço de Pneumotisiologia do H.S.M., por nos terem facultado as respectivas instalações de radiologia, quando delas necessitámos.

— A todos os Colegas que procuraram a nossa colaboração para estudo dos seus doentes.

SUMMARY

Our experience with the first 150 consecutive duodenoscopies for ERCP is reported. An endoscopic diagnosis was made in 19 cases. Cannulation of Vater's papilla was tried in 131 and effected in 106 (81 %): ERCP in 55, ERC alone in 22 and ERP alone in 29. Success rate reached 88 % in the last 50 examinations. Biliary indications predominate: cholestasis in 72, recurrent cholangitis in 22 and post-cholecistectomy pain in 9. In patients with cholestasis, an ethiological diagnosis was made in 51/72 — 70 % (80 % in the last 30 cases), 12 by endoscopy and 39 by cholangiography. In our series, ERCP was particularly helpful in cases with hydatid disease or cholecistectomy. In recurrent cholangitis, a positive diagnosis was made in 63 %, with relevance to cases with hydatidosis or post-cholecistectomy, and in 7 out of 9 cholecistectomy patients with recurrent pain and no jaundice. A high rate of diagnostic or informative examinations was also obtained in 16 patients with relapsing pancreatitis (in 8 a surgical indication was defined), in 18 with pain of unknown cause in the upper abdomen and in 13 with miscellaneous indications. Our results are matched with reported data in other series, both concerning technical aspects and diagnostic effectiveness in the biliary, pancreatic and other groups of patients.

BIBLIOGRAFIA

- BLACKSTONE MO, NEMCHAUSKY BA: Cholangiographic Abnormalities in Ulcerative Colitis Associated Pericholangitis which Resemble Sclerosing Cholangitis *Am J Dig Dis* 23: 579, 1978.
- BLUMGART LH, SALMON P, COTTON PB, DAVIES GT, BURWOOD R, BEALES JSM, LAURIE B, SKIRVING A: Endoscopy and Retrograde Cholechoopancreatography in the Diagnosis of the Jaundiced Patient. *Lancet* 2: 1269, 1972.
- CARRILHO RIBEIRO J, LACERDA A: Comunicação pessoal, 1978.

- CLASSEN M, HELLWIG H, ROSCH W: Anatomy of the Pancreatic Duct. A Duodenoscopic-Radiological Study. *Endoscopy* 5: 14, 1973.
- CONN HO, REDEKER AE, ZIMMON DS: (Editorial) PTC versus ERC — An Editor's Dream. *Gastroenterology* 71: 520, 1976.
- COTTON PB, SALMON PR, BLUMGART LH, BURWOOD RJ, DAVIES GT, LAWRIE BW, PIRCE JW, READ AE: Canulation of Papilla of Vater Via Fiber-Duodenoscope. Assessment of Retrograde Cholangiopancreatography in 60 Patients. *Lancet* 1: 53, 1972.
- COTTON PB: Progress Report: Canulation of the Papilla of Vater by Endoscopy and Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). *GUT* 13: 1014, 1972.
- COTTON PB, BEALES JSM: Endoscopic Pancreatography in Management of Relapsing Acute Pancreatitis. *Br Med J* 1: 608, 1974.
- COTTON PB: The Normal Endoscopic Pancreatogram. *Endoscopy* 6: 65, 1974.
- COTTON PB: Progress report. ERCP. *GUT* 18: 316, 1977.
- COTTON PB, DENYER ME, KREEL L, HUSBAND J, MEIRE HB, LEES W: Comparative Clinical Impact of Endoscopic Pancreatography, Grey-Sale Ultrasonography and Computed Tomography (EMI Scanning) in Pancreatic Disease: Preliminary Report. *GUT* 19: 679, 1978.
- DICKINSON PB, BELSITO AA, CRAMER GG: Diagnostic Calue of Endoscopic Cholangiopancreatography. *JAMA* 225: 944, 1973.
- DIMAGNO EP, MALAGEADA JR, TAYLOR WF, GO VI: A prospective Comparison of Current Diagnostic Tests for Pancreatic Cancer. *N Engl J Med* 297: 734, 1977.
- DINIZ FREITAS, RAMOS HV, GARCIA JC, GOULÃO MH: Duodenofibroscofia, Pancreatografia e Colangiografia Retrógrada. Primeiras Observações. *Coimbra Médica* 20: 477, 1973.
- DINIZ FREITAS, GOULÃO MH, RAMOS HV: Valor Clínico da Pancreatocolangiografia Endoscópica. *O Médico* 87: 186, 1978.
- ELIAS E, SUMMERFIELD JA, DICK R, SHERLOCK S: ERCP in the Diagnosis of Jaundice Associated with Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 67: 907, 1974.
- ELIAS E, HAMLIN AN, JAIN S, LONG RG, SUMMERFIELD JA, DICK R, SHERLOCK S: A Randomized trial of PTC versus ERCP for Bile Duct Visualization in Jaundice. *Gastroenterology* 71: 439, 1976.
- ELIAS E: Progress Report. Cholangiography in the Jaundiced Patient. *GUT* 17: 801, 1976.
- GINESTAL-CRUZ A, GARGATÉ A: Duodenoscopia e Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica. Análise da Experiência Inicial de 30 Exames. Comunicação à Reunião da S.P.G.E., Coimbra, 1976.
- GINESTAL-CRUZ A: Endoscopia Alta do Aparelho Digestivo. Valor diagnóstico na prática hospitalar. *O Médico* 86: 331, 1978.
- GINESTAL-CRUZ A, PINTO CORREIA J, CAMILO ME, GARGATÉ A, BATISTA A, GRIMA N, CARDOSO A, LACERDA A, CARRILHO RIBEIRO J: ERCP, PTC, Ultrasonography and liver biopsy in the Differential Diagnosis of Cholestasis. Abstract 25. Meeting of the International Association for the Study of the Liver (IASL) Malaga, 1978.
- GINESTAL-CRUZ A: Riscos e Complicações da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). Experiência pessoal e Revisão da Literatura. *Acta Méd Port* (em publicação) 1979.
- HEULLY F, GAUCHER P, LAURENT J, VICARI F, FAYS J, BICARD MA, JEANPIERRE R: La duodénoscopie et le cathétérisme des voies biliaires et pancréatiques. *Nouv Presse Med* 1: 19, 1971.
- JEANPIERRE R, LAURENT J, BAS M, FAYS J, DORNIER R, BIGARD M, VICARI F, GAUCHER P, HEULLY F: Cathétérisme de l'Ampoule de Vater au Cours des Exames Duodénoscopiques. Techniques et Résultats. *Arch Fr Mal App Dig* 60: 525, 1971.
- KATON RM, LEE TG, PARENT JA, BILBAO MK, SMITH FW: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). *Am J Dig Dis* 19: 295, 1974.

- LASSER RB, SILVIS SE, VENNES JA: The Normal Cholangiogram. *Am J Dig Dis* 23: 586, 1978.
- McCUNE WS, SHORB PE, MOSCOVITZ H: Endoscopic Canulation of the Ampulla of Vater: A Preliminary Report. *Ann Surg* 167: 752, 1968.
- MORRISSEY JF (Editorial): To cannulate or not to cannulate. *Gastroenterology* 63: 351, 1972.
- NAKAMO S, HORIGUCHI Y, TAKEDA T, SUZUKI T e NAKAJIMAS: Comparative diagnostic value of endoscopic pancreatography and pancreatic function tests. *Scand J Gastroenterol* 9: 383, 1974.
- OGOSHI K, NIWA M, HARA Y, NEBEL OT: Endoscopic pancreatocholangiography in the evaluation of pancreatic and biliary disease. *Gastroenterology* 64: 210, 1973.
- OI I, KOBAYASHI B, KONDO T: Endoscopic pancreatocholangiography. *Endoscopy* 2: 103, 1970.
- PINTO CORREIA J, ASSIS CAMILO ME, GARGATÉ AFONSO A: Colangiografia percutânea transhepática, seu uso diagnóstico em icterícias colestáticas. *O Médico* 1333: 435, 1977.
- SAFRANY L: Endoscopy and retrograde cholangiopancreatography after Bilroth II operation. *Endoscopy* 4: 198, 1972.
- SCOTT J, SUMMERFIELD JA, ELIAS E, DICK R, SHERLOCK S: Chronic pancreatitis: a Cause of cholestasis. *GUT* 18: 196, 1977.
- SILVIS SE, ROHRMANN CA, VENNES JA: Diagnostic Accuracy of ERCP in hepatic biliary and pancreatic malignancy. *Am Int Med* 84: 438, 1976.
- SILVIS SE (Editorial): A reevaluation of cholangiography. *Am J Dig Dis* 23: 577, 1978.
- STADELMANN O, SAFRANY L, LOFFLER A, BARNA L, MIEDERER SE, PAPP J, KAUFER E, DOBBE A: ERCP in the diagnosis of pancreatic cancer. Experience with 54 cases. *Endoscopy* 6: 84, 1974.
- SUMMERFIELD JA, ELIAS E, HUNGERFORD GD, NIKAPOTA VLB, DICK R, SHERLOCK S: The biliary skstem in primark biliark cirrhosis. A study by ERCP. *Gastroenterology* 70: 240, 1976.
- TAKAGI K, IKEDA S, NAKAGAWA Y, KUMAKURA K, MAKUYAMA M, SOMEYA N, TAKADA T, TAKEKOSHI T, KIN T: Endoscopic canulation of the ampulla of Vater. *Endoscopy* 2: 107, 1970.
- TAKAGI K, IKEDA S, NAKAGAWA Y, SAKAGUCHI N, TAKAHASHI T, KUMAKURA K, MAKUYAMA M, SOMEYA N, NAKANO H, TAKADA T, TAKEKOSHI T, KIN T: Retrograde pancreatography and cholangiography by fiberduodenoscope. *Gastroenterology* 59: 445, 1970.
- TANAKA H, JSHIHARA K, SAKAMOTO K, KURIHAKA T: Results on pancreatographic Findings in Chronic Pancreatitis. International Workshop on Endoscopy, 61, Erlangen Ed. *Georg Thieme* 1973.
- ZIMMON DS, BRESLAW J, KESSLER RE: Endoscopy with endoscopic cholangiopancreatography. The combination as a primary diagnostic procedure. *JAMA* 233: 447, 1975.

Pedido de separatas: A. Ginestal-Cruz

Serviço de Medicina 2
Hospital de Santa Maria
Lisboa - Portugal