



Colelitíase está presente em cerca de 10-20 % da população americana, sendo que 10-15 % destes pacientes irão cursar com coledocolitíase (1).

Mais de 90% dos cálculos de colédoco são extraídos apenas com papilotomia e varredura. Porém 10 % das coledocolitíases são representadas por cálculos gigantes (> 15 mm), que geralmente necessitam de procedimentos adicionais à papilotomia para sua extração.

Vários trabalhos na literatura comprovam que a dilatação da papila com balão após papilotomia é uma técnica simples, segura e eficaz no tratamento dos cálculos gigantes de colédoco, substituindo na maioria dos casos a tradicional litotripsia mecânica. Acrescenta-se que é uma técnica mais rápida, fato que diminui a quantidade de radiação a qual o paciente é exposto durante o procedimento(2,3).

Indicações:

Presença de cálculos de colédoco gigantes ou não, quando a papilotomia não foi suficiente para permitir a retirada do cálculo.

Contraindicação:

A principal contraindicação deste procedimento é a presença de desproporção acentuada entre o cálculo e o colédoco distal, seja pela presença de estenose ou não.

Técnica

A técnica consiste na realização da papilotomia seguido da passagem do balão dilatador transpapilar, mantendo-o 80% da sua extensão dentro do colédoco, e 20% na luz duodenal.

A escolha do diâmetro do balão depende do tamanho do cálculo e da via biliar distal:

- Cálculo/ colédoco distal 12-14 mm: balão 12-15 mm
- Cálculo/ colédoco distal 15-17 mm: balão 15-18 mm
- Cálculo/ colédoco distal 18-20 mm: balão 18-20 mm

O balão é preenchido com contraste para avaliação da cintura radiológica e insuflado até o diâmetro desejado de acordo com a pressão indicada no balão. O desaparecimento da cintura indica a ruptura do esfíncter, sendo fundamental para permitir a passagem do cálculo.

O tempo de permanência do balão insuflado não está padronizado na literatura, podendo ficar entre 30 seg a 3 minutos. A intenção de não desinsuflar o balão precocemente é somente por fins hemostáticos, visto que após o rompimento da "cintura", ou seja, das fibras musculares do esfíncter, não há necessidade de manter o balão insuflado; não é isso que fará a dilatação mais efetiva, ao contrário do que muitos colegas ainda acreditam !

Após a dilatação da papila retira-se o balão e realiza-se a varredura com balão extrator ou basket.

Importante ressaltar que a dilatação deve ser precedida pela papilotomia, pois diversos estudos mostram que apenas a dilatação, sem uma esfínterectomia prévia, aumenta muito o índice de pancreatite.

Comentário

Pessoal, apesar do post ser sobre dilatação balonada da papila maior, vou me permitir comentar uma situação que vejo ocorrer com frequência mesmo com colegas experientes. É sobre a impactação do basket (cesto de Dormia) na papila.

Eu NÃO uso basket, a não ser que tenha um litotriptor de emergência disponível durante o procedimento ou que o basket seja do tipo Trapezoid RX, o qual permite a destruição dos cálculos através do acoplamento a uma pistola de pressão.

Já vi diversos colegas em situações difíceis quando o basket fica preso na papila e não é possível nem empurrá-lo e nem tracioná-lo, fazendo com que na maioria das vezes a resolução do caso seja através de uma cirurgia (já vi colegas conseguirem passar um balão dilatador em paralelo ao basket impactado e resolver a situação, mas isso não é o habitual). Nesses casos, quando a cirurgia não pode ser realizada de imediato, o paciente por vezes recebe alta com um fio de aço exteriorizado por uma das narinas ou o

protegem com um acessório de silicone e o mesmo permanece no estômago até que a cirurgia possa ser realizada. Em casos de cálculos grande o risco dessa complicação é ainda maior ! Minha conduta nessas situações é a passagem de uma prótese plástica e agendamento de uma segunda abordagem em 6 semanas. Diversas vezes me surpreendi com a grande diminuição do tamanho do cálculo causado pelo atrito com a prótese após esse período, o que tornou a extração muito mais fácil e segura.

Recentemente com a introdução em nossa prática diária do SpyGlass, o qual possibilita a fragmentação e remoção desses cálculos sem maiores problemas, não vejo o porquê correr o risco de uma impactação com o uso do basket. De qualquer forma, essas situações citadas anteriormente são exceções, e taxa de sucesso na remoção dos cálculos gigantes através de uma esfínterectomia associada à dilatação atinge cifras de 95% com índice de complicações não superiores a pacientes que realizam apenas a esfínterectomia (4).

Referências

1. Everhart JE, Khare M, Hill M, Maurer KR. [Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States](#). 1999 Sep;117(3):632-9.
2. Itoi T, Itokawa F, Sofuni A *et al*. Endoscopic sphincterotomy combined with large balloon dilation can reduce the procedure time and fluoroscopy time for removal of large bile duct stones. *Am J Gastroenterol* 2009;104:560–5.
3. [Stefanidis G](#), [Viazis N](#), [Pleskow D](#), [Manolakopoulos S](#), [Theocharis L](#), [Christodoulou C](#), et al. Large balloon dilation vs. mechanical lithotripsy for the management of large bile duct stones: a prospective randomized study. *Am J Gastroenterol*. 2011 Feb;106(2):278-85.
4. Shim C, Kim JW, Lee TY, Cheon YK .Is Endoscopic Papillary Large Balloon Dilation Safe for Treating Large CBD Stones? *Saudi Gastroenterol* 2016;22(4):251-9

