

Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline



Authors

Pier Alberto Testoni¹, Alberto Mariani¹, Lars Aabakken², Marianna Arvanitakis³, Erwan Bories⁴, Guido Costamagna⁵, Jacques Devière², Mario Dinis-Ribeiro⁶, Jean-Marc Dumonceau⁷, Marc Giovannini⁴, Tibor Gyokeres⁸, Michael Hafner³, Jorma Halttunen¹⁰, Cesare Hassan¹¹, Luis Lopes¹², Ioannis S. Papanikolaou¹³, Tony C. Tham¹⁴, Andrea Tringali⁵, Jeanin van Hooft¹⁵, Earl J. Williams¹⁶

Foi publicado em junho de 2016 pela "European Society of Gastrointestinal Endoscopy" (ESGE) um guideline com conteúdo prático sobre técnicas de CPRE em esfínterectomia e canulação da papila com base na literatura atual. Entre as principais recomendações:

1. A ESGE sugere que canulação biliar difícil seja definida pela presença de um ou mais dos seguintes: mais de 5 contatos com a papila durante a tentativa de canulação; mais de 5 minutos despendidos em tentativa de canulação após visualização da papila; mais do que uma canulação ou opacificação não intencional do ducto pancreático (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca).
2. A ESGE recomenda a técnica de canulação biliar primária com uso de fio guia, pois isso reduz o risco de pancreatite pós CPRE (moderada qualidade de evidência, recomendação forte).
3. A ESGE recomenda o uso de canulação biliar assistida por fio guia pancreático (PGW) em pacientes com canulação biliar difícil e em que ocorra acesso biliar não intencional repetido ao ducto pancreático principal (moderada qualidade de evidência, recomendação forte). A ESGE recomenda a tentativa de implantação de stent pancreático profilático em todos os pacientes com canulação biliar assistida por fio guia pancreático (moderada qualidade de evidência, recomendação forte).
4. A ESGE recomenda a fistulotomia com needle-knife como a técnica preferida para a realização de pré-corte (moderada qualidade de evidência, recomendação forte). A ESGE sugere que o pré-corte deva ser usada somente por endoscopistas que alcancem a canulação biliar seletiva em mais de 80% dos casos utilizando-se das técnicas padronizadas (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca). Quando o acesso ao ducto pancreático é facilmente obtido, a ESGE sugere a colocação de um stent pancreático previamente a realização de pré-corte (moderada qualidade de evidência, recomendação fraca).
5. A ESGE recomenda que em pacientes com papila pequena e de difícil canulação, a esfínterectomia biliar transpancreática deva ser considerada se ocorrer a inserção não intencional do fio guia no ducto pancreático (moderada qualidade de evidência, recomendação forte). Em pacientes que foram submetidos a esfínterectomia transpancreática, a ESGE sugere a implantação de stent pancreático profilático (moderada qualidade de evidência, recomendação forte).
6. A ESGE recomenda a utilização de corrente mista para realização da esfínterectomia, ao invés do uso da corrente de corte puro, devido a redução leve no risco de sangramento com a corrente mista (moderada qualidade de evidência, recomendação forte).
7. A ESGE sugere a dilatação balonada endoscópica da papila (EPBD) como um alternativa a

esfínterectomia endoscópica (EST) para a extração de cálculos biliares < 8 mm em pacientes sem contraindicações anatômicas ou clínicas, especialmente na presença de coagulopatia ou anatomia alterada (moderada qualidade de evidência, recomendação forte).

8. A ESGE não recomenda a esfínterectomia biliar rotineira para a pacientes submetidos a esfínterectomia pancreática, e sugere que seja reservada para pacientes onde exista evidência de obstrução biliar coexistente ou disfunção biliar do esfínter de Oddi (moderada qualidade de evidência, recomendação fraca).
9. Em paciente com divertículo periampular e dificuldade de canulação, a ESGE sugere como opções técnicas: colocação de um stent de ducto pancreático seguido por esfínterectomia tipo pré-corte ou fistulotomia com uso de needle-knife (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca). A ESGE sugere que a esfínterectomia endoscópica é segura em paciente com divertículo periampular. Nos casos em que a esfínterectomia é difícil tecnicamente de ser realizada devido a presença de um divertículo periampular, a remoção de um cálculo grande pode ser facilitada pela técnica de pequena esfínterectomia combinada com EPBD ou uso de EPBD isoladamente (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca).
10. Para a canulação da papila menor, a ESGE sugere o uso de canulação com auxílio de fio guia, com ou sem uso de contraste, e esfínterectomia com um esfínterectomo convencional ou com uso de needle-knife sobre um stent plástico (baixa qualidade e evidência, recomendação fraca). Quando a canulação da papila menor é difícil, a ESGE sugere o uso de secretina, que pode ser precedida pela instilação de azul de metileno no duodeno (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca).
11. Em paciente com coledocolítias que são submetidos a colecistectomia eletiva, a ESGE sugere CPRE intraoperatória com *rendezvous* laparoendoscópico (moderada qualidade de evidência, recomendação fraca). A ESGE sugere que quando a canulação biliar obtém insucesso com a abordagem retrógrada padrão, a inserção de fio guia anterogrado percutâneo ou guiado por ecoendoscopia pode ser usado para alcançar o acesso biliar (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca).
12. A ESGE sugere que em pacientes com gastrectomia Billroth II a CPRE deve ser realizada em centros de referência com um endoscópio de visão lateral como primeira escolha; endoscópios com visão fronta são a segunda escolha em casos de falha com o uso de visão lateral (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca). Um cateter padrão de CPRE ou um esfínterectomo invertido, com ou sem fio guia, é recomendado pela ESGE para a canulação bileopancreática em pacientes que foram submetidos a gastrectomia a Billroth II (baixa qualidade de evidência, recomendação forte). EPBD é sugerida como uma alternativa a esfínterectomia nos pacientes com gastrectomia a Billroth II (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca). Em pacientes com anatomia pós cirúrgica complexa, a ESGE sugere referenciamento a um centro onde enteroscopia assistida por dispositivos é disponível (baixa qualidade de evidência, recomendação fraca).

[**Acesse o guideline completo**](#)

