



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 de 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.

Aqui vai minha opinião. 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. 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 a resolução do caso seja uma cirurgia imediata (!). Ainda mais em casos de cálculos gigantes! Minha conduta nessas situações é a passagem de prótese 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, tornando a extração muito mais fácil e segura.

A taxa de sucesso na remoção dos cálculos gigantes por esta técnica (esfínterectomia + 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

