

AMPULECTOMÍA ENDOSCÓPICA. HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ

ENDOSCOPIC AMPULECTOMY. NATIONAL HOSPITAL OF ITAUGUÁ

Carlos Adorno¹, Ramón Rodríguez², Rodrigo Pérez², Ruth Cabrera³

RESUMEN

Los tumores ampulares corresponden a aquellos ubicados en la unión de los segmentos terminales del conducto pancreático y colédoco. Constituyen entre un 1 a 2% de los tumores del tracto digestivo, se caracterizan por su lento crecimiento y por corresponder a los tumores periampulares de mejor pronóstico. Existen varias opciones terapéuticas, una de ellas es, la resección endoscópica. Presentamos el caso clínico de un hombre de 70 años, que consulta por cuadro de ictericia progresiva, coluria, acolia y dolor abdominal. La TC de abdomen es sugerente de neoplasia periampular. En la colangiografía retrógrada endoscópica se constató una lesión proliferativa irregular y friable ubicado en la ampolla de Vater, sugerente de ampuloma. Se realiza papilotomía, instalación de endoprótesis biliar y biopsia de papila. La biopsia informa adenocarcinoma de la ampolla de Vater. El tratamiento propuesto fue ampulectomía endoscópica. La anatomía patológica de la pieza resecada concluye adenoma vellosos con focos de displasia de alto grado y carcinoma intramucoso sin evidencia de invasión de la submucosa.

Palabras clave: tumores periampulares, ampulectomía endoscópica.

ABSTRACT

The ampullary tumors correspond to those located at the junction of the terminal segments of the pancreatic and common bile duct. They constitute between 1 and 2% of the tumors of the digestive tract, are characterized by their slow growth and correspond to the periampullary tumors with the best prognosis. There are several therapeutic options, one of them is endoscopic resection. We present the clinical case of a 70-year-old man who consulted due to progressive jaundice, choloria, acolia and abdominal pain. Abdominal CT is suggestive of periampullary neoplasia. Endoscopic retrograde cholangiography showed an irregular and friable proliferative lesion located in the ampulla of Vater, suggestive of ampuloma. Papillotomy, biliary stenting, and papilla biopsy are performed. Biopsy reports adenocarcinoma of the ampulla of Vater. The proposed treatment was endoscopic ampulectomy. The pathological anatomy of the resected specimen concludes villous adenoma with foci of high grade dysplasia and intramucosal carcinoma without evidence of invasion of the submucosa.

Keywords: periampullary tumors; endoscopic ampulectomy.

INTRODUCCIÓN

La ampolla de Vater es la parte del duodeno donde confluyen y desembocan los conductos biliar y pancreático, y fue descrita inicialmente por Abraham Vater en 1720⁽¹⁾. La ampolla se abre en el duodeno a través de una pequeña elevación mucosa que conocemos como papila de Vater. Los tumores de la ampolla de Vater se denominan ampuloma, representan el 2% de todos los tumores del tracto digestivo⁽²⁾ y se pueden originar sobre cualquiera de los tres epitelios (duodenal, pancreático y biliar) que conforman la papila.

La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 50 y 70 años de vida. Se pueden clasificar en benignos y malignos⁽³⁾.

Entre los tumores benignos, los adenomas son los más frecuentes, aunque son raros en esta localización (0.04%-0.12%) el riesgo de transformación maligna es de hasta un 30%⁽⁴⁾, por lo que son considerados lesiones premalignas, ya que su progresión a adenoma vellosos y adenocarcinoma está admitida en el mismo sentido que la secuencia adenoma-carcinoma de los pólipos colónicos; ejemplificando esto, se han observado porciones de adenomas en el 35 a 95% de los carcinomas detectados⁽⁵⁾.

La incidencia de tumores malignos de la papila de Vater ha sido reportada en 0.5/100,000, de los tumores malignos el adenocarcinoma es el más frecuente, correspondiendo al 99% de estos⁽⁶⁾.

La presentación clínica del adenoma de la ampolla de Vater es asintomática y su diagnóstico es incidental en la endoscopia de vías digestivas altas.

La sintomatología clínica de estos tumores es inespecífica, y no siempre es evidente. Cuando está presente, refleja la obstrucción del conducto biliar o pancreático. Según su frecuencia, el primer síntoma clínico es la ictericia (en un 50% de los casos), seguida por el dolor abdominal más o menos intenso, presente en una tercera parte de los pacientes. Otros síntomas clínicos

Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay

1. Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva

2. Residentes de Endoscopia Digestiva

3. Residente de Cirugía General

Recibido 20 febrero de 2019 - Aceptado 15 marzo de 2019

Autor correspondiente: Responsable: Dra. Ruth Cabrera. Email: ruth9.cabrera@gmail.com

menos frecuentes son: pancreatitis aguda, anemia ferropénica, hemorragia digestiva, y colangitis. La ictericia fluctuante, secundaria a necrosis tumoral, asociada a hemorragia digestiva es la manifestación clínica que evoca el diagnóstico de ampuloma. Los pacientes con tumores malignos suelen presentar un síndrome constitucional con astenia, anorexia y pérdida de peso. Por otra parte, un 15–30% de estos pacientes tienen asociada una coledocolitiasis secundaria a la colestasis⁽⁷⁾.

A lo largo de la historia, el manejo de los tumores periampulares, malignos o benignos, ha sido la cirugía radical. Se inició con Alessandro Codivilla en 1898, quien describió la técnica quirúrgica de la pancreatoduodenectomía; posteriormente, en 1899, William Halsted practicó la primera ampulectomía transduodenal y, en 1909, Walther Kausch llevó a cabo la primera resección de un tumor periampular empleando la técnica de la pancreatoduodenectomía, la cual fue perfeccionada por Allen Whipple en 1935. Sin embargo, la gran complejidad del procedimiento, sus complicaciones y su alto índice de mortalidad impulsaron el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, indicadas en la enfermedad localizada, como la ampulectomía endoscópica^(8,9).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de masculino de 70 años de edad, conocido hipertenso y diabético, en tratamiento, acude remitido de otro servicio en donde había consultado por cuadro de 15 días de evolución de dolor de inicio insidioso, localizado en hipocondrio derecho, de moderada intensidad, tipo cólico, irradia a epigastrio, no cede con analgésicos comunes y se acompaña de ictericia, coluria, acolia y sensación febril.

Queda internado en el centro Hospitalario en donde realizan estudios laboratoriales. Se realiza Ecografía Abdominal que informa: Dilatación de las Vías Biliares Intra y Extra Hepáticas, vesícula biliar de contenido homogéneo.

Se le realiza Tomografía computarizada de Abdomen y pelvis: Dilatación de vías Biliares Intra y Extrahepáticas, colédoco de 16 mm de diámetro, Wirsung Dilatado: 3 mm de diámetro. Vesícula Biliar de contenido Homogéneo. Se le Solicita Colangiografía Magnética: Moderada Dilatación de la Vía Biliar Intra y Extra Hepática (Colédoco de 15 mm). Se observa Litiasis de 16 x 13 mm en colédoco distal.

Posteriormente se realiza Colangiografía Retrógrada Endos-

cópica en la que se observa a nivel de la papila una lesión proliferativa irregular friable, se realiza canulación de la vía biliar principal, contratación: Colédoco de 18 mm de diámetro, sin imágenes de defecto de relleno en su interior, stop de contraste a nivel del colédoco distal, vías biliares intrahepáticas dilatadas; se realiza papilotomía, colocación de endoprotesis plástica y toma de biopsias de la papila (**Figura 1**).

Retorno de Anatomía Patológica: Fragmentos de Mucosa Duodenal Superficial, con cambios de Adenoma Velloso con Displasia de Alto Grado

Técnica: Anestesia: Sedación

Paciente en Decubito Ventral, introducción del Duodenoscopio (Endoscopio de Visión Lateral), avance hasta la segunda porción del duodeno en donde se observa la ampolla de Vater aumentada de tamaño (3 cm de diámetro), recubierta por mucosa de aspecto adenomatoso; se procede a la realización de Ampulectomía con asa de Diatermia, sin complicaciones y con buen control de la hemostasia. Se realiza cateterización selectiva del Wirsung, colocación de Stent Pancreático de 6 Fr x 8 cm (Wirsung 6 mm de diámetro).

Posteriormente se realiza la cateterización vía biliar, contratación, se observa el colédoco de 12 mm de diámetro, sin imagen de defecto de relleno; se coloca prótesis biliar de 10 Fr x 10 cm con buen drenaje de contraste y bilis oscura (**Figura 2**).

Evolución:

- A las 8 hs del procedimiento, el paciente presenta episodio de melena y lipotimia, descenso de Hb de 11 a 8 mg/dL; por lo que se realiza duodenoscopia de urgencia en donde se constata sangrado en napa a nivel del lecho quirúrgico, se consigue control de la hemostasia con infiltración de adrenalina 1:10.000 y cauterización con asa de diatermia.
- A las 72 hs se realiza nueva Endoscopia Digestiva de control y Duodenoscopia, se observa el lecho quirúrgico sin sangrado, recubierto por fibrina.
- Alta al quinto día Posterior al tratamiento Endoscópico.

Anatomía Patológica: Adenoma Velloso con focos de displasia de alto grado (Severa) y de carcinoma intramucoso (Invasión Focal hasta la capa muscular de la mucosa, sin atravesar la misma). No hay evidencia de Invasión Franca de la submucosa. Margen quirúrgico –cauterizado– sin evidencias de Displasia.

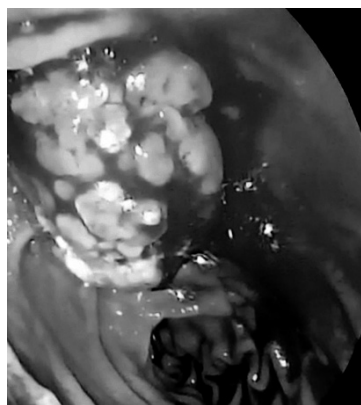


Fig. 1.

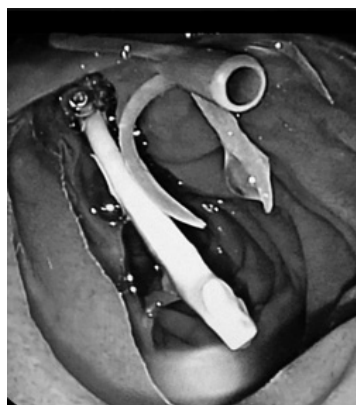


Fig. 2.

DISCUSIÓN

Los Adenomas de la papila de Vater presentan un alto potencial de malignización, por lo que al realizarse el diagnóstico debe de indicarse el tratamiento resectivo.

Históricamente, el tratamiento estándar para el manejo de los adenomas ampulares era la duodenopancreatectomía o la escisión quirúrgica local. Sin embargo está asociada con alta mortalidad (por encima del 10%) y morbilidad (80%)⁹ en comparación con la terapia endoscópica (1% y 12% respectivamente).⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

Con el desarrollo de nuevas técnicas y herramientas endoscópicas, la seguridad y la eficacia de los procedimientos endoscópicos ha mejorado y las indicaciones de ampulectomía endoscópica en la actualidad se ha expandido¹⁵. No obstante las indicaciones para la realización de esta no están completamente establecidas y los criterios de selección de los pacientes que se beneficiarían de la misma varían de un estudio a otro⁽¹¹⁾.

El éxito del tratamiento endoscópico en adenomas papilares pequeños ha sido bien descrito; sin embargo muchos autores recomiendan la resección quirúrgica de lesiones mayores a 3 cm y los de gran extensión extrapapilar⁽¹⁶⁾, pero la mayoría apunta que las lesiones de 4 a 5 cm no deben ser tratadas endoscópicamente. Si bien existen reportes de casos de tratamientos endoscópicos con resolución, incluso en adenomas de 6 cm⁽¹⁷⁾.

No obstante, no hay directrices definitivas en cuanto al tamaño por encima del cual el manejo endoscópico de los adenomas ampulares no deba ser intentado⁽¹⁵⁾. La aplicación de resecciones fragmentarias ha contribuido al manejo endoscópico de tumores de mayor tamaño, por ejemplo; tumores de hasta 7 cm de diámetro han sido exitosamente resecados en varios fragmentos⁽¹¹⁾. En un estudio realizado en Australia por Hopperno

hubo diferencia significativa en las tasas de recurrencias y complicaciones en las resecciones de adenomas pequeños (menores de 3 cm) y los tumores gigantes de papila con diseminación lateral, en donde incluyeron adenomas entre 3 y 8 cm con resección de la mucosa endoscópica⁽¹⁶⁾. Desilets practicó resección en fragmentos en todos los casos y no reportó recurrencias en 13 adenomas después de la papilectomía endoscópica⁽¹²⁾.

En nuestro caso, la pieza quirúrgica endoscópica fue de 2.8 x 2 cm de diámetro con un espesor de 1.5 cm, sin pedículo.

Es importante destacar la gran utilidad de la Ultrasonografía Endoscópica, aunque limitada aún en nuestro medio, debe considerarse para la diferenciación entre adenoma vs adenocarcinoma, estadificación local y determinación de la invasión intraductal de la tumoración.

En cuanto a las complicaciones, si bien están presentes, son menos graves comparadas a las complicaciones posteriores a las cirugías. Entre las más frecuentes son el sangrado y la pancreatitis que se controlan en el primer caso con un buen control de la hemostasia (A través de diversas técnicas, en nuestro caso infiltración de adrenalina y cauterización) y en el segundo con la colocación de stents pancreáticos.

CONCLUSIÓN

Los adenomas de la ampolla de Vater, si bien son infrecuentes, una vez diagnosticados deben resecarse. La ampulectomía endoscópica es un procedimiento que debe considerarse de primera elección en adenomas no mayores a 3 cm. En adenomas de mayor tamaño, es discutido el tratamiento endoscópico, debiendo de considerarse la resolución quirúrgica, teniendo en cuenta cada paciente en particular así como las comorbilidades de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Vater A. Disertatio anatomica qua novum bilis diverticulum circa orificium ductus choledochi, at et valvulosum colli vesicalis fellae constructionem ad disceperendum proponit. Lit Gerdesianis, 1720.
- 2- Seifert E, Schulte F, Stolte M. Adenoma and carcinoma of the duodenum and papilla of Vater: a clinicopathologic study. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 37-41.
- 3- Lorenzo Zuniagas V, Moreno V, Doménech E, Boix J. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater. *Gastroenterol Hepatol* 2009;32(2):101-08.
- 4- Irani S, Arai A, Ayub K, Biehl T, Brandabur JJ, Dorer R, et al. Papillectomy for ampullary neoplasm: results of a single referral center over a 10-year period. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(5): 923-32.
- 5- Will U, Müller AK, Fuedner F, Wanzar I, Meyer F. Endoscopic papillectomy: data of *Gastroenterol*. 2013; 19 (27): 4316-24.
- 6- Heinrich HS, Weber A, Bauerfeind P. Successful removal of a papillary adenoma by using the cap technique. *Gastrointest Endosc* 2010; 72(1): 220-1.
- 7- Ponchon T, Bergerb F. Annick chavaillon, md, roger bory, md, and rene lambert, md. Contribution of Endoscopy to Diagnosis and Treatment of Tumors of the Ampulla of Vater 1989; 64: 161-7.
- 8- Will U, Muller A, Fuedner F, Wanzar I, Meyer F. Endoscopic papillectomy: Data of a prospective observational study. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 4316-24.
- 9- Ponchon T, Berger F, Chavaillon A, Bory R, Lambert R. Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater. *Cancer*. 1989; 64: 161-7.
- 10- Lozoya-González D, Farca-Belsaguy A, Peláez-Luna M, Vázquez-Balasteros E, González-Galeote E, Salceda-Otero J. Resección endoscópica de adenoma de la ampulla de Vater. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75(1): 89-92.
- 11- Castaño Llano R, Ruíz Velez M, Sanin Fonnegra E, Erebríe Granados F, García Rendón L, Núñez Cabarcas E. Local experience in endoscopy ampullectomy. *Rev Col Gastroenterol*, July/ Sept 2007; 22(3):173-89.
- 12- Nguyen-NJ N, Shanh-K Binmoeller. Outcomes of endoscopic papillectomy in elderly patients with ampullary adenoma or early carcinoma. *Rev Endoscopy* 2010; 42: 975-7.
- 13- Kim JH, Moon JH, Choi HJ, Lee HS, Kim HK, Cheon YK, et al. Endoscopic snare papillectomy by using a balloon catheter for an unexposed ampullary adenoma with intraductal extension. *Gastrointest Endosc* 2009; 69(7):1404-6.
- 14- Yoon SM, Kim MH, Kim MJ, Jang SJ, Lee TY, Kwon S, et al. Focal early stage cancer in ampullary adenoma: surgery or endoscopic papillectomy. *Gastrointest Endosc* 2007; 66(4):701-7.
- 15- Fukushima H, Yamamoto H, Nakano H, Nakazawa K, Sunada K, Wada S, et al. Complete en bloc resection of a large ampullary adenoma with a focal adenocarcinoma by using endoscopic submucosal Dissection. *Gastrointest Endosc* 2009; 70(3): 592-5.
- 16- Hopper AD, Bourke MJ, Williams SJ, Swan MP. Giant laterally spreading tumors of the papilla: endoscopic features, resection technique, and outcome. *Gastrointest Endosc* 2010; 71(6): 967-75.
- 17- Pereira J, Vera G, De Faria A, Villasmil L. Resección endoscópica de adenoma gigante de la ampolla de Vater con crecimiento intraductal: a propósito de un caso. *Revista Gen* 2012; 66(1): 45-48.