

Tumores epiteliales duodenales y ampulomas

Ángel Andrés Reyes-Dorantes*

Hospital San Ángel Inn Chapultepec, Ciudad de México, México

Resumen

La resección endoscópica (ER) es un tratamiento alternativo a la cirugía para los adenomas duodenales, que preserva órganos y mantiene la calidad de vida postoperatoria de los pacientes. Hay dos tipos de ER: la resección endoscópica de la mucosa (EMR) y la disección endoscópica de la submucosa (ESD). Para los tumores del ámpula de Vater, la ampulectomía endoscópica alcanza resección completa en 91.3% (CI 86.7-94.45%) con complicaciones como pancreatitis postprocedimiento 12.3% (CI 10.7-14.1%), hemorragia 10.7% (8.1-14.1%) y perforación en 3.2% (2.3-4.3%). Se requieren múltiples tratamientos endoscópicos en el 11.9% y en 74.1% el procedimiento es curativo. En los tumores carcinoides duodenales, el manejo de las lesiones Tipo I y II es la resección endoscópica para lesiones < 2 cm y la resección quirúrgica en lesiones de mayor tamaño o múltiples (más de cinco), con seguimiento por endoscopia cada 6-12 meses. Las lesiones tipo III deben resecarse quirúrgicamente con disección de ganglios linfáticos.

Palabras clave: Tratamiento endoscópico. Resección endoscópica (ER). Disección endoscópica.

Adenomas duodenales

Las neoplasias epiteliales duodenales (SDET) se consideraban una enfermedad rara, con una prevalencia estimada entre 0.02% a 0.5%, reportada en series de autopsias, sin embargo, su detección se está incrementando con los avances en la tecnología endoscópica¹.

La pancreatoduodenectomía (PD) es el tratamiento estándar para el cáncer duodenal, sin embargo, se asocia a una morbilidad significativa con rangos de 30-40% y una mortalidad del 1-4%, y se considera demasiado invasiva para el tratamiento de las SDET². La resección endoscópica (ER) es un tratamiento alternativo que preserva órganos y así mantiene la calidad de vida postoperatoria de los pacientes. Hay dos tipos de ER: la resección endoscópica de la mucosa (EMR) y la disección endoscópica de la submucosa (ESD). Aunque la EMR es un procedimiento simple, con ella se dificulta el diagnóstico patológico preciso y se ha asociado a

recurrencia local del 20 al 30%. Alternativamente, la ESD se acepta como un procedimiento de terapia mínimamente invasiva de las neoplasias del tracto gastrointestinal porque logra resecciones en bloque de forma más frecuente que la EMR, aunque se asocia a una mayor tasa de efectos adversos como la perforación y la hemorragia³.

En la serie retrospectiva más grande publicada a la fecha, Yahagi y colaboradores reportan 320 casos tratados (146 EMR y 174 ESD) en un periodo de 7 años, logrando la resección en bloque con EMR en más del 95% y en el 100% con ESD, independientemente del tamaño de la lesión. La hemorragia se presentó en el 8.8% y la perforación en el 3.4%, manejándose con tratamiento conservador exitoso en la mayor parte de los casos. En 70 pacientes (22%) se encontró un cáncer, pero solo cuatro de ellos tenían invasión submucosa y fueron sometidos a PD. La mortalidad asociada

Correspondencia:

*Ángel Andrés Reyes-Dorantes
E-mail: angelreyesd@hotmail.com

DOI: 10.24875/END.M19000034

Endoscopia. 2019;31(Supl 1):57-59
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

fue del 0% y los pacientes permanecieron hospitalizados un promedio de 8.5 días (rango 4-52), observándose que aquellos pacientes con lesiones de la pared medial tuvieron significativamente una estancia hospitalaria más prolongada, concluyendo que la ER en manos expertas es factible, efectiva y segura⁴.

En una conferencia presentada en la DDW 2019⁵, de carácter muy práctico, Buscaglia recomendó para el manejo de adenomas duodenales no ampulares: tomar biopsias de los bordes para confirmar adenoma, evaluar la lesión con un endoscopio de visión lateral; el ultrasonido endoscópico (EUS), aunque su papel no ha sido totalmente definido, puede ser útil para identificar invasión a la pared o al conducto biliar y/o pancreático en lesiones próximas al ámpula y normalmente no se requiere en lesiones <2 cm. Las lesiones de tamaño menor a un centímetro, normalmente son relativamente fáciles de resear con la técnica habitual para pólipos; tienden a sangrar un poco más que en otros sitios, por lo que el uso de clips hemostáticos es más frecuente. Para las lesiones mayores a dos o tres cm, la EMR en fragmentos (piecemeal EMR) es el método preferido; se sugiere emplear un capuchón si se usa un endoscopio de visión frontal. En países occidentales, la ESD se emplea menos por el espacio reducido de la luz duodenal y lo delgado de la pared. Para la inyección submucosa se sugiere agregar azul de metileno o índigo carmín y 1-2 ml de solución de epinefrina 1:10,000. Usar asas relativamente rígidas de 15 o 20 mm. Tratar los vasos visibles en la base del sitio de EMR con pinzas de biopsia calientes o, mejor aún, con Coagrasper. El éxito técnico reportado varía del 55-100% con índices de recurrencia de 0-37%. El tamaño importa: la resección completa con EMR de lesiones que involucran < 25% de la luz es de 94.7% pero disminuye a 45.5% en lesiones que abarcan de > 25% de la luz. La complicación más frecuente es la hemorragia: 9% intraprocedimiento, 12% posprocedimiento (dentro de 24-72 horas) pero se incrementa a 26% en lesiones >3 cm. La perforación ocurre en <1%.

Ampulomas

Para los tumores que involucran el ámpula de Vater, se sigue recomendando la cirugía en casos de gran tamaño, cuando hay displasia en las biopsias tomadas con pinzas, en casos de extensión intraductal, circunferencial o a un divertículo periámpula⁶. La ampulectomía endoscópica (EA) es una alternativa viable con morbilidad aceptable comparada con la cirugía. Fugazza y colaboradores reportaron en DDW 2019 una

revisión sistemática de 29 estudios que comprendía 1751 pacientes con tamaños de la lesión entre 8.7 y 20.3 mm, con colocación de prótesis en la vía biliar en 33.3% (20.2-49.5%) y prótesis pancreática en 75.2% (63.6-84%). La resección completa se alcanzó en 91.3% (CI 86.7-94.45%). La pancreatitis postprocedimiento ocurrió en 12.3% (CI 10.7-14.1%), la hemorragia en 10.7% (8.1-14.1%) y la perforación en 3.2% (2.3-4.3%). Se requirieron múltiples tratamientos endoscópicos en el 11.9%, en 74.1% el procedimiento fue curativo y el seguimiento tuvo un rango entre 9.6 y 84.5 meses⁷. Además, la EA no impidió el tratamiento quirúrgico posterior cuando fue necesario, por lo que también puede considerarse un procedimiento de estadaje.

En la serie retrospectiva de 16 años del M.D. Anderson Cancer Center de manejo de las lesiones ampulares, se reportaron 208 procedimientos en 188 pacientes. De 137 pacientes con adenomas ampulares, 95 solo tuvieron seguimiento de observación, a 29 se les realizó ampulectomía endoscópica, a tres se les realizó ampulectomía quirúrgica y 25 fueron directamente a PD. 51 pacientes fueron diagnosticados con adenocarcinoma en la endoscopia índice y cinco lo desarrollaron durante el seguimiento. Todos ellos fueron sometidos a PD. En el grupo de ampulectomía endoscópica el tamaño promedio del tumor fue de 23mm. Se presentaron complicaciones en 3 pacientes (10.2%) (una pancreatitis, una perforación y una colangitis). Tuvieron enfermedad residual o recurrente 15 pacientes, y ocho de ellos requirieron eventual PD, concluyendo que los adenomas ampulares pueden ser manejados con ampulectomía endoscópica, pero ellos presentan una tasa alta de recurrencia por lo que el reconocimiento temprano de esta es esencial. Los adenomas ampulares avanzados y los adenocarcinomas deben ser tratados de forma ideal con PD, pero este manejo está limitado por el estado del paciente para la cirugía y el alto índice de complicaciones⁸.

Cuando la resección endoscópica no es posible, las alternativas quirúrgicas incluyen la ampulectomía transdudenal (TDA), la duodenectomía preservadora del páncreas (PSD) y la pancreaticoduodenectomía convencional (PD). Comparada con PD y la PSD, la TDA es una técnica menos invasiva. Fayazzadeh y colaboradores reportan su experiencia en 29 pacientes sometidos a este procedimiento en un periodo de once años. El tiempo operativo medio fue de 240 minutos y una estancia hospitalaria de 6 días. El 17% de los pacientes presentaron complicaciones moderadas y no hubo mortalidad a los 30 días. El reporte histopatológico demostró: 76% (n=22) adenoma tubulovelloso,

10% (n=3) tumor neuroendócrino, adenocarcinoma 7% (n=2) y solo inflamación en 3% (n=1). Solo un caso tuvo recurrencia confirmada por endoscopia en un seguimiento promedio de 22.4 meses⁹.

Tumores carcinoides duodenales

En aproximadamente el 1% de las endoscopias del tubo digestivo proximal se encuentran, de manera incidental, lesiones subepiteliales de las cuales aproximadamente 13% son malignas al momento del diagnóstico y la mayoría son benignas pero con potencial maligno. Usualmente CT/MRI/US no son lo suficientemente sensibles para detectar y caracterizar estas lesiones subepiteliales. El ultrasonido endoscópico (EUS) es capaz de diferenciar compresión extramural de crecimiento intramural, determinar la capa de origen, medir adecuadamente el tamaño, evaluar los ganglios regionales, obtener tejido y ayudar a definir el manejo apropiado. Los tumores carcinoides son la neoplasia más frecuente del intestino delgado, tienen una ligera predominancia en el sexo femenino (M: F 1:1.6), se originan en la capa muscular y penetran profundamente. Existen tres tipos: Tipo I asociado a gastritis atrófica, anemia perniciosa e hipergastrinemia, con bajo potencial maligno. Tipo II asociado a hipergastrinemia y síndrome de Zollinger-Ellison con potencial maligno intermedio. Tipo III forma esporádica con niveles normales de gastrina, con alto potencial maligno y de metástasis a ganglios linfáticos. El manejo de las lesiones Tipo I y II es la resección endoscópica de lesiones <2cm y la resección quirúrgica de lesiones de mayor tamaño o múltiples (más de cinco), con seguimiento por endoscopia cada 6-12 meses. Las lesiones tipo III deben researse quirúrgicamente con disección de ganglios linfáticos⁵.

Kumar y colaboradores reportaron la resección quirúrgica de tumores carcinoides duodenales en 18

pacientes (8 con Whipple, 8 resecciones dirigidas y dos con gastrectomía con reconstrucción tipo Billroth) y los compararon con 28 pacientes sometidos a resección endoscópica (ER). No hubo diferencias en la diferenciación tumoral, el grado, los datos demográficos de los pacientes ni en la supervivencia. Hubo más márgenes positivos en la ER (69 vs 0% en cirugía) y mayor recurrencia local confirmada 3/28 (11%), sin embargo, en el análisis retrospectivo, ambas modalidades tuvieron adecuados márgenes de resección y supervivencia. Los pacientes con tumores más grandes parecen ser mejor manejados con cirugía. Observaron en su institución una tendencia en el tiempo hacia un mayor empleo de la ER¹⁰.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés. Sin patrocinio de la industria.

Bibliografía

1. Lim CH, Cho YS. Nonampullary duodenal adenoma: current understanding of its diagnosis, pathogenesis and clinical management. *World J Gastroenterol* 2016; 22:853-61.
2. Asbun HJ. Management of duodenal polyps in the era of maximal interventional endoscopy and minimally invasive surgery: a surgical perspective. *Gastrointest Endosc* 2016; 84:697-9.
3. Bartel MJ, Puri R, Brahmabhatt B, et al. Endoscopic and surgical management of nonampullary duodenal neoplasms. *Surg Endosc* 2018; 32:2859-69.
4. Yahagi N, Kato M, Ochiai Y, et al. Outcomes of endoscopic resection for superficial duodenal epithelial neoplasia. *Gastrointest Endosc* 2018; 88:676-82.
5. Buscaglia J. Duodenal adenomas and carcinoids – what to do? *DDW 2019 #5060 What's up and coming in upper GI neoplasia: Detection, surveillance and treatment.*
6. Howell D. Is ampullectomy the answer? *DDW 2019 #3510 Expanding the limits of ERCP: Novel therapeutic advancements.*
7. Fugazza A, et al. Endoscopic ampullectomy for neoplastic lesions of the ampulla of Vater: a systematic review with pooled analysis. *DDW 2019 Sa1335.*
8. Anguswatcharakon Ph. et al. Management of ampullary lesions: 16 years of experience from a tertiary cancer center. *DDW 2019 Su1384.*
9. Fayazadeh H, et al. Transduodenal ampullectomy for ampullary neoplasms: initial results from a high-volume Center. *DDW 2019 1044.*
10. Kumar S et al. Operative resection of duodenal carcinoid tumors: a single center experience. *DDW 2019 Sa 1702.*