



Ampulectomía transduodenal por adenoma velloso

Enrique M. del Campo-Mena y César E. Pedraza-Falcón*

Departamento de Oncocirugía, Centro de Cancerología Estatal Dr. Miguel Dorantes Mesa, Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, Xalapa, Ver., México

Resumen

Descripción por primera vez por William Halsted en 1899, la ampulectomía transduodenal ha sido relevada por la cirugía estándar para tumores ampulares, el procedimiento de Whipple. Las nuevas tecnologías de mínima invasión han colocado a la ampulectomía endoscópica como una opción de tratamiento tal y como lo marcan guías internacionales. Presentamos el caso de un paciente de 67 años con adenoma velloso confirmado por patología, quien fue sometido a ampulectomía transduodenal, obteniendo resultados favorables. Es preciso continuar con estudios sistemáticos en nuestro país que permitan dictar las pautas a las alternativas quirúrgicas y endoscópicas.

Palabras clave: Ampulectomía. Ampuloma. Cáncer biliar.

Transduodenal ampullectomy for villous adenoma

Abstract

First described by William Halsted in 1899, transduodenal surgical ampullectomy has been superseded by the standard surgery for ampillary tumors, the Whipple procedure. New minimally invasive technologies have placed endoscopic ampullectomy as a treatment option as established by international guidelines. We present the case of a 67-year-old male with villous adenoma confirmed by pathology, who underwent transduodenal ampullectomy, with favorable results. It is necessary to continue with systematic studies in our country that allow dictating guidelines for surgical and endoscopic alternatives.

Keywords: Ampullectomía. Ampulloma. Biliary cancer.

*Correspondencia:

César E. Pedraza-Falcón

E-mail: cesar.pedraza.falcon@gmail.com

2565-005X/© 2022 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 08-11-2022

Fecha de aceptación: 23-12-2022

DOI: 10.24875/j.gamo.22000136

Disponible en internet: 19-07-2023

Gac Mex Oncol. 2023;22(Supl):105-108

www.gamo-smeo.com

Introducción

La resolución de los tumores ampulares ha cambiado a lo largo de los años, hoy día el discernimiento de su malignidad yace en la endoscopia. Fue William Stewart Halsted quien mencionó por primera vez en diciembre de 1899, en el *Boston Medical and Surgical Journal*¹, la ampulectomía transduodenal como adecuado tratamiento en tumores periamplulares. Con el transcurrir de los años, la elevada tasa de recurrencia en estos pacientes, aunado a la descripción de la pancreatoduodenectomía por Allen Oldfather Whipple en el siglo pasado², puso en desventaja a la ampulectomía y fue catalogada como un procedimiento con pobres resultados.

El avance de las nuevas tecnologías impulsó el papel terapéutico de la endoscopia, siendo esta una opción recomendable por guías internacionales, como la de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal³, siempre y cuando se cuente con resultado negativo a malignidad y sin extensión intraductal.

Presentación del caso

Se trata de un paciente de 62 años. Sin antecedentes heredofamiliares oncológicos. Sin ningún antecedente quirúrgico, infectocontagioso, ni crónico-degenerativo.

Inició en 2019 con cuadros de ictericia intermitentes. Valorado por facultativo, quien después de corroborar el diagnóstico de colangitis, y sin encontrar etiología en ultrasonido, solicitó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en diciembre de 2021. Como hallazgo de esta se reporta ampuloma bien diferenciado, se realiza resección endoscópica y colocación de endoprótesis biliar.

Un segundo cuadro de colangitis se presenta en marzo de 2022, efectuándose una nueva colangiopancreatografía retrógrada endoscópica el 8 de marzo de 2022 (Figs. 1 y 2), hallando ámpula de Vater aumentada de tamaño de aproximadamente 2 x 2 cm, con mucosa irregular friable, vascularizada, con presencia de endoprótesis biliar, retirando y colocando nueva prótesis de 10 Fr x 2 cm, con extremo proximal abocado a la confluencia de los hepáticos.

El estudio de patología evocó un adenoma veloso con displasia de bajo grado, identificando cortes histológicos conformados por glándulas vellosas, con núcleos hiperchromáticos, de bordes irregulares con polaridad conservada en relación con la membrana basal.



Figura 1. Colocación de endoprótesis. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.



Figura 2. Ampuloma visto por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

La tomografía abdominopélvica simple y contrastada de abril de 2022 reportó vía biliar intrahepática con presencia de gas en su interior de manera generalizada, colédoco con diámetro de 12 mm, prótesis que se extiende hasta conducto pancreatico y segunda porción de duodeno, en la porción final se delimitaba engrosamiento focal de 15 mm, vesícula sin litos en su interior, con neumobilia (Figs. 3 y 4).

El paciente fue entonces referido al Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa con diagnóstico de adenoma veloso recidivante. En consulta externa es programado para ampulectomía transduodenal.

A su ingreso, cuenta con los siguientes estudios de laboratorio: hemoglobina 9.2 g/dl, hematocrito 24.4%, plaquetas 513,000/ul, leucocitos 9.40 x10³/ul, neutrófilos 79.5%, sodio 130 mml/l, potasio 3.5, cloro 102

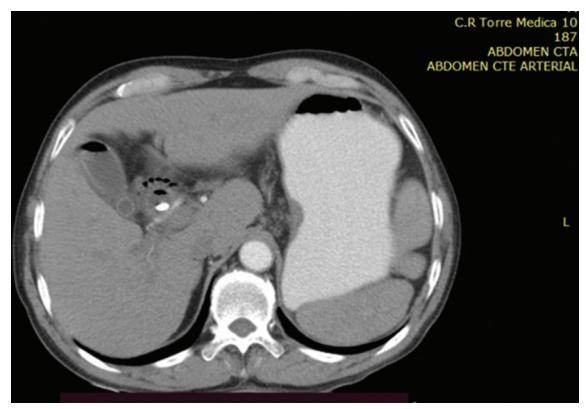


Figura 3. Tomografía computarizada abdominal que muestra ampuloma y neumobilia.



Figura 5. Ampuloma, vista transoperatoria.

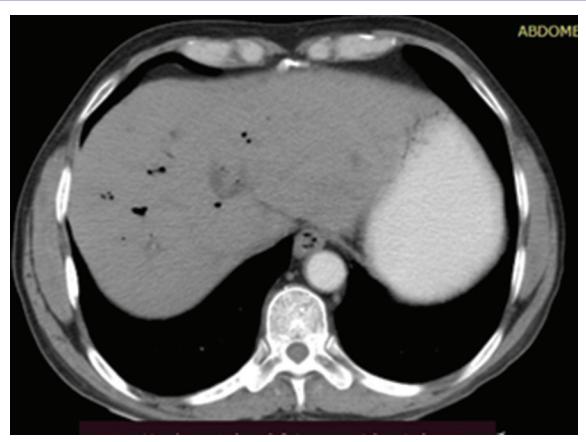


Figura 4. Neumobilia en vía biliar intrahepática.

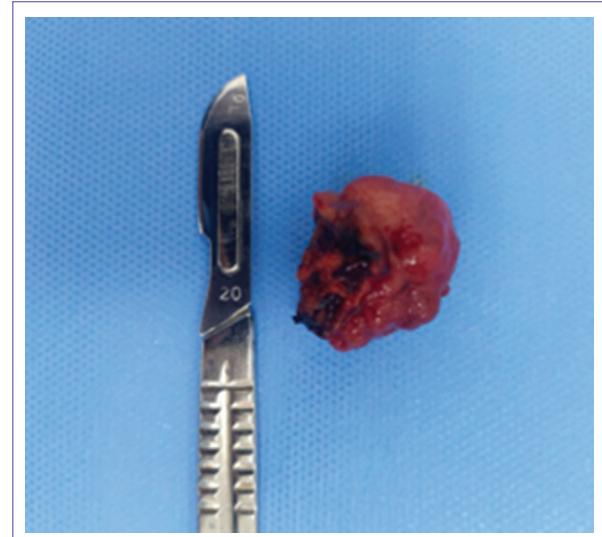


Figura 6. Ampuloma, panorámica.

mmol/l, calcio 12 mg/dl, glucosa 109.10, creatinina sérica 1.31 mg/dl, nitrógeno ureico en sangre 17 mg/dl, tiempo de protrombina 15.3 s, ratio internacional normalizado 1.18, tiempo de tromboplastina parcial 30.3 s.

Después de la firma de los consentimientos informados quirúrgicos y de anestesiología, así como ayuno de 8 horas, se procede a cirugía.

Bajo anestesia general balanceada, se realiza incisión Chevron, diéresis por planos hasta cavidad abdominal, se procede a maniobra de Kocher con disección romana. A la palpación se encuentra tumor en segunda porción duodenal, de aproximadamente 2 x 3 cm, se continúa con duodenotomía longitudinal a dicho nivel encontrando ampuloma de medidas ya mencionadas (Figs. 5 y 6). Se extrae por medio de disección con

diatermia. La duodenorrafia se realiza con técnica de Mikulicz. Se procede a colecistectomía anterógrada, colocación de sonda en T y confección de yeyunostomía de Witzel. Se coloca Penrose abocado a sitio de duodenorrafia.

El reporte de patología confirma un ampuloma veloso de bajo grado. El paciente continúa vigilancia en piso, donde tolera dieta enteral a través de yeyunostomía y posteriormente vía oral. Evoluciona con fistula biliar de bajo gasto. Es sometido a un segundo evento quirúrgico por absceso biliar confinado a pared, se realiza drenaje de este y lavado de cavidad.

Posterior a comprobación de ausencia de fuga duodenal, es egresado con sonda en T para seguimiento en consulta externa.

El reporte final de estudio histopatológico de la pieza quirúrgica indica ampuloma tipo veloso con displasia leve, tallo sin lesión, pedículo de base sin lesión.

Discusión

La incidencia de tumoraciones en la ampolla de Vater es menor al 0.1% en la población general⁴. Se presentan con mayor frecuencia como una patología benigna, siendo el representante el adenoma veloso. Causan cuadros de colangitis⁵, como en el caso de nuestro paciente, y son considerados como lesiones premalignas, por la posibilidad de alojar neoplasias *in situ*⁶. He ahí la importancia de su resección.

Consideramos la ampulectomía como una opción viable en pacientes en los que se ha demostrado por patología el diagnóstico con ausencia de malignidad, así como tomografía sin datos sospechosos de infiltración y/o metástasis.

Es factible considerar el procedimiento de Whipple como el ideal, no obstante la ampulectomía disminuye la morbilidad y mortalidad significativamente⁷. Es imperativo llevar a cabo estudios sistemáticos en nuestro país para consolidar criterios patológicos y por imagen, que marquen la pauta a seguir en el tratamiento.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Bibliografía

1. Contribution to the surgery of the bile passages, especially of the common bile-duct. *Bost Med Surg J.* 1899;141:645-54.
2. Whipple AO, Parsons WB, Mullins CR. Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater. *Ann Surg.* 1935;102(4):763-79.
3. Vanbiervliet G, Strijker M, Arvanitakis M, Aelvoet A, Arnelo U, Beyna T. Endoscopic management of ampullary tumors: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2021;53(04):429-48.
4. Membrillo-Romero A, de la Fuente-Lira M, Carvallo-Guevara P, Rendón-Macías ME, Riojas-Garza A. Tumores primarios de ampolla de Vater: estadificación prequirúrgica por ultrasonido endoscópico. Estudio de prueba diagnóstica. *Cir Cir.* 2019;87(3):278-84.
5. García Sánchez MV, López Vallejos P, Pérez de Luque D, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina A, González Galilea A, et al. Tumores biliopancreáticos: supervivencia y calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento paliativo. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96(5):305-14.
6. Ramírez Ángel JM, Quiñones Sampredo JE, Véguillas Redondo P, Sabater Maroto C, García-Parreño Jofré J. Ampulectomía transduodenal como tratamiento del adenoma de ampolla de vater. *Cirugía Española.* 2010;87(3):184-5.
7. Moreno Corona AR, López Espinoza G. Ampulectomía transduodenal, alternativa en tratamiento de un caso de adenoma en ampolla de Vater. *Cir Gen.* 2018;40(4):282-5.