



## O-032 - AMPULECTOMÍA QUIRÚRGICA TRANSDUODENAL. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 20 CASOS

López Ordoño, Gabriel José<sup>1</sup>; López del Pino, María del Pilar<sup>2</sup>; Vargas Fernández, José Miguel<sup>1</sup>; Rico Morales, María del Mar<sup>1</sup>; Reina Duarte, Angel Jesús<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>2</sup>Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores ampulares representan el 2% de todos los tumores del tracto digestivo. Entre un 10% -30% de los ampulomas son de naturaleza benigna. Tienen una especial relevancia clínica, porque presentan una mayor tasa de resecabilidad y un mejor pronóstico que otros tumores periampulares. El tratamiento indicado es la resección con márgenes libres de lesión. El enfoque terapéutico puede ser endoscópico o quirúrgico, bien resección limitada, la ampulectomía quirúrgica transduodenal (ATD), bien radical, la duodenopancreatetectomía cefálica (DPC). La ATD es una técnica compleja usada en la resección de tumores ampulares. Su papel parece haber quedado relegado por la aparición de la endoscopia pero, en nuestra opinión, sigue teniendo un importante papel en el tratamiento de estas lesiones, siendo una técnica con mejores resultados que las técnicas endoscópicas.

**Objetivos:** Presentar los resultados de la revisión de una serie de 20 ATDs realizadas en nuestro centro, en un período de los últimos 15 años.

**Métodos:** Presentamos una serie de 20 pacientes a los que se le practicó una ATD por ampuloma diagnosticado mediante pruebas de imagen y estudio histológico preoperatorio.

**Resultados:** Desde 2007 hasta 2023 se han intervenido un total de 20 pacientes con diagnóstico de ampuloma a los que se les ha realizado una ATD. 11 casos fueron varones. La edad media fue de 61'85 años, con diferencias significativas entre sexos (67 vs. 55,5). La estancia hospitalaria media fue de 22,65 días (10-79). La media de seguimiento fue de 92 meses. En cuanto al diagnóstico patológico definitivo, nos encontramos con 4 adenocarcinomas Invasivos, 1 carcinoma neuroendocrino, 4 lesiones benignas (2 hamartomas, 1 paraganglioma, 1 pólipos inflamatorio) y 11 casos de adenomas, 7 esporádicos y 4 de ellos en el contexto de una poliposis adenomatosa familiar. La biopsia intraoperatoria rindió 1 falso negativo, con diagnóstico a posteriori de Adenocarcinoma con resección R0, rechazando el paciente la práctica de DPC diferida, y sin detección de recidiva a los 14 meses. En otros 2 ampulomas malignos, con resección R1, detectados intraoperatoriamente, se descartó la práctica de DPC por comorbilidades de los pacientes, falleciendo a los 8 y 24 meses. Otros 2 casos de diagnóstico intraoperatorio de ADC se reconvirtieron a DPC. Se produjeron 3 fistulas en los casos 2º, 3º y 16º, no apreciándose en ninguno de los 17 otros casos de la serie. No hubo mortalidad posoperatoria. No se han detectado recidivas durante el seguimiento en ninguno de los casos de ampulomas benignos.

**Conclusiones:** La ATD es una técnica quirúrgica compleja con una morbilidad escasa y aceptable, y sin recidivas en los ampulomas benignos. Está indicada para la resección de tumores ampulares benignos, premalignos y para aquellos casos malignos en estadios no avanzados con resección R0, así como tratamiento paliativo en el caso de lesiones malignas en pacientes pluripatológicos. La ATD debería considerarse no como una opción terapéutica *per se* sino como el último eslabón de la cadena de medios diagnósticos, con la ventaja de ser terapéutica en determinados casos.