

^bUnidad de Cuidados Críticos, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^cServicio de Oncología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

doi:10.1016/j.ciresp.2009.02.020

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bustamj@hotmail.com (J. Bustamante).

Ampulectomía transduodenal como tratamiento del adenoma de ampolla de Vater

Transduodenal ampullectomy as treatment of ampulla of Vater adenoma

La ampulectomía transduodenal (AT) como tratamiento de los tumores ampulares fue descrita por Halsted en 1899¹⁻⁷. La elevada morbilidad, la alta tasa de recidiva y la irrupción de la duodenopancreatectomía (DPC) disminuyeron drásticamente el número de AT realizadas. La introducción de la ampulectomía endoscópica⁸ redujo aún más las teóricas indicaciones de AT, por lo que actualmente es una intervención muy infrecuente⁵. Presentamos a un paciente con adenoma vellosa de la ampolla de Vater (AV) tratado mediante AT, y debatimos sus indicaciones.

Varón de 75 años, diagnosticado de cáncer de próstata (Gleason 6) en tratamiento con hormonoterapia. En la tomografía computarizada de control por la neoplasia prostática, se observa dilatación de la vía biliar. El paciente está totalmente asintomático. Las analíticas realizadas (hematimetría, perfil hepático, coagulación, CEA y CA 19.9) son normales. En la colangiografía por resonancia magnética se

observa dilatación de la vía biliar intrahepática y dilatación marcada del colédoco, con un calibre máximo de 15 mm hasta su extremo distal, donde finaliza con una morfología en pico sin dilatación del conducto de Wirsung. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en que se aprecia, en la papila de Vater, una lesión polipoidea y friable de 3 cm, cuya biopsia muestra un pólipo adenomatoso tubulovelloso con displasia moderada. Se realiza ecoendoscopia que confirma un gran adenoma sobre la papila, sin afectación submucosa ni muscular. No se aprecian adenopatías periduodenales. En la colonoscopia no se encontraron pólipos. Se intervino mediante colecistectomía y cateterización de la vía biliar para localizar la papila. Tras ello, duodenotomía (fig. 1) y canalización del conducto de Wirsung. Se inyectó adrenalina (1/100.000) en la mucosa duodenal circunferencialmente a la lesión y se realizó AT. Tras ello, se reimplantó el colédoco terminal y el Wirsung con anastomosis al duodeno (fig. 2). Se comprobaron los márgenes intraoperatoriamente y finalizamos la intervención cerrando la duodenotomía y colocando un tubo de Kehr en la vía biliar. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El estudio histológico mostró un adenoma tubulovelloso en la ampolla de Vater con displasia leve. A los 6 meses, el control endoscópico no muestra signos de recidiva local.

Los adenomas de la AV son tumores infrecuentes, con una incidencia del 0,04 al 0,12% en la población^{2,9}. El 70% de estos adenomas son adenomas vellosos³, y aparecen ocasionalmente o en el contexto de síndromes genéticos (poliposis)^{5,8}. Estas lesiones pueden causar ictericia, sangrado, colangitis, pancreatitis o, en un 10% de los pacientes, no causar síntoma alguno, como en nuestro caso^{5,7}.

Su principal problema es que se considera que son lesiones premalignas^{1,3,5,8,9}, y en una proporción variable (20-47%) de los adenomas vellosos aparecen focos de carcinoma in situ o infiltrante^{1,3,5,7}. Además, ninguna prueba de imagen ni la biopsia preoperatoria permiten descartar cambios neoplásicos, ya que su sensibilidad ronda el 40%⁶. Por lo tanto, todo adenoma de AV debe ser considerado potencialmente maligno y debe ser resecado^{1,5,7,9}.

En los adenomas con cáncer invasivo y con un riesgo quirúrgico adecuado, o en los que no hay posibilidad técnica

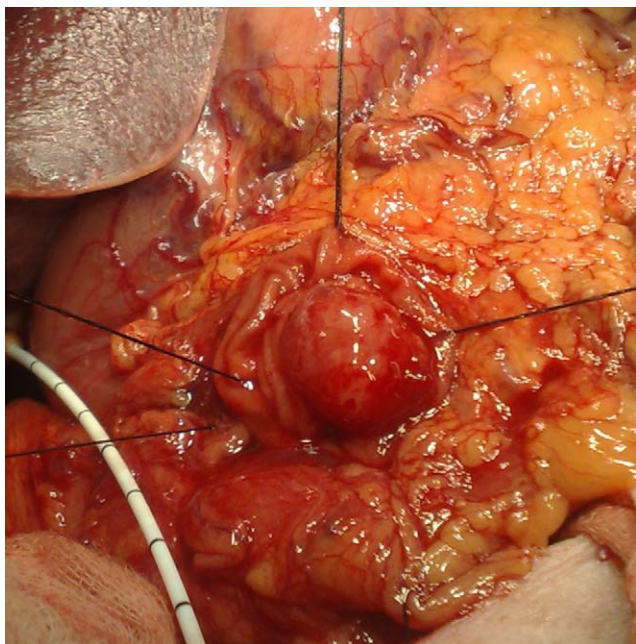


Figura 1 – Adenoma de la ampolla de Vater.

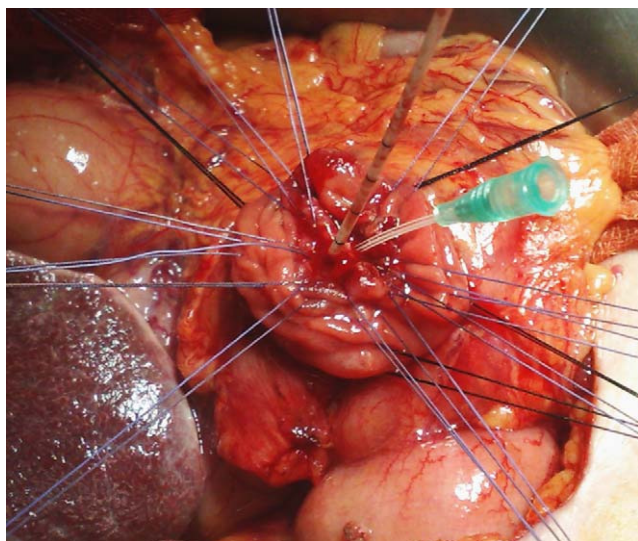


Figura 2 – Coledocoduodenostomía y wirsungoduodenostomía.

de obtener márgenes libres, la DPC es la técnica más aceptada^{1,2,7,9}. Pero para los pacientes con adenomas vellosos teóricamente benignos, como nuestro paciente, o en aquellos con displasia grave o focos de carcinoma in situ hay varias opciones terapéuticas (AT, DPC o ampulectomía endoscópica)^{1,3,5,7,9}.

La AT presenta una baja mortalidad (0-3%) y una morbilidad del 0-45%, pero con complicaciones menos graves que tras una DPC^{1-3,5,7,9}, es oncológicamente válida, no tiene los efectos secundarios nutricionales de la DPC y presenta un porcentaje de recidiva bajo (15%) si el margen es adecuado, aunque mayor, lógicamente, que la DPC^{3,5,7}. El problema principal de la AT es obtener el margen suficiente, que puede ser difícil en tumores mayores de 3 cm o si el adenoma se extiende hacia la vía biliar o el conducto pancreático.

Por el contrario, la DPC permite siempre el margen correcto, con una tasa inferior de recidiva, es una cirugía que se realiza con más frecuencia y, en ocasiones, menos demandante técnicamente que la AT. La DPC, además, es la técnica de elección ante una recidiva tras AT o cuando el margen histológico diferido de la AT sea positivo⁶. Lo cual implica una segunda cirugía que se habría evitado si de entrada se hubiera realizado una DPC. Por ello, ciertos autores, apoyándose en estas ideas y los excelentes resultados que se obtienen actualmente con la DPC, propugnan su realización casi sistemática en todas las lesiones ampulares, idea que no compartimos, ya que la DPC tiene una morbilidad alta y no creemos que esté justificada sistemáticamente en lesiones benignas⁵.

La AT endoscópica no permite un buen margen pancreático, por lo que la incidencia de recidiva es mayor, y sólo debe

realizarse en tumores muy pequeños o de forma paliativa en pacientes de alto riesgo quirúrgico^{1,2,8,9}.

Como conclusión, la AT es un tratamiento óptimo para los adenomas vellosos y otras lesiones benignas de papila, y más discutible en carcinoma in situ sobre adenoma o en T₁N₀M₀ (G1-G2). Siempre debe conseguirse la exéresis completa y un margen adecuado, de lo contrario la DPC será la técnica correcta¹⁻³. Aunque menos valorada que la DPC, la AT es una cirugía compleja, infrecuentemente realizada, solo hay 50 ampulectomías publicadas por cirujanos españoles^{2,3,9}, y no exenta de complicaciones graves^{5,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beger HG, Treitschke F, Gansauge F, Harada N, Hiki N, Mattfeldt T. Tumor of the ampulla of Vater. *Arch Surg*. 1999;134:526-32.
2. Gómez R, Chamorro AG, Castellón C, Abradelo M, Ochando F, López A, et al. La ampulectomía en el tratamiento de tumores ampulares. *Cir Esp*. 1996;60:518-21.
3. Fragueta JA. Ampulectomía transduodenal en el tratamiento de los adenomas vellosos y adenocarcinomas de la ampolla de Vater. *Rev Esp Enf Dig*. 2004;96:829-34.
4. Jaeck D, Boudjema K, Bachellier P, Weber JC, Asensio T, Wolf P. Exérese des tumeurs periampullaires. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales—Appareil digestif*, 40-880-C, 1998. p. 6.
5. Grobmyer SR, Stasik CN, Draganov P, Hemming AW, Dixon LR, Vogel SB, et al. Contemporary results with ampulectomy for 29 "benign" neoplasms of the ampulla. *J Am Coll Surg*. 2008;206:466-71.
6. Bucher P, Chassot G, Durmishi Y, Ris F, Morel P. Long term results of surgical treatment of Vater's ampulla neoplasms. *Hepatogastroenterology*. 2007;54:1239-42.
7. Roggin KK, Yeh JJ, Ferrone CR, Riedel E, Gerdes H, Klimstra DS, et al. Limitations of ampulectomy in the treatment of nonfamilial ampullary neoplasms. *Ann Surg Oncol*. 2005;12:971-80.
8. Guidelines ASGE. The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas. *Gastroint Endosc*. 2006;64:849-54.
9. Hoyuela C, Cugat E, Veloso E, Marco C. Treatment options for villous adenoma of the ampulla of Vater. *HPB Surg*. 2000;11:325-31.

José Manuel Ramia Ángel*, José E. Quiñones Sampedro, Pilar Veguillas Redondo, Cristina Sabater Maroto y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia Ángel).