



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-15 - RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES ADENOMATOSAS AMPULARES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Aline Cuba¹, Luz María Castro^{1,2}, Jorge Guevara^{1,2}, Jordi Armengol^{1,2}, César Jiménez^{1,2}, Marc Pigrau^{1,2}, Maíta Dolores Castillo^{1,2}, Anna Benages^{1,2}, Miquel Masachs^{1,2}, Monder Abu-Suboh^{1,2} y Joan Dot^{1,2}

¹Área de enfermedades digestivas, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Servicio de Endoscopias, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: El adenoma ampular es una lesión premaligna poco frecuente. Su detección ha crecido de manera significativa en los últimos años debido al incremento de procedimientos endoscópicos. Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, las manifestaciones clínicas pueden incluir ictericia, dolor en hipocondrio derecho, colangitis o pancreatitis aguda secundaria a obstrucción biliar. El tratamiento estándar históricamente ha sido la resección quirúrgica. No obstante, evidencia emergente sugiere que la resección endoscópica puede ser igualmente efectiva, ofreciendo ventajas como menor morbilidad y tasas de recurrencia más bajas en pacientes seleccionados adecuadamente.

Objetivos: Describir y evaluar la experiencia en la resección de papilectomías endoscópicas para el tratamiento de adenomas ampulares y los resultados a largo plazo.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes sometidos a papilectomía en un hospital de tercer nivel entre 2014-2023. Se analizaron las características basales de los pacientes, los aspectos técnicos del procedimiento endoscópico, los resultados histológicos finales y las tasas de recurrencia. Las definiciones de los desenlaces fueron las siguientes: (1) resección curativa: resección endoscópica completa sin recurrencia; (2) éxito endoscópico: ausencia de necesidad de intervención quirúrgica; (3) recurrencia temprana: adenoma reconfirmado en el primer control endoscópico; y (4) recurrencia tardía: adenoma reconfirmado después del primer control endoscópico.

Resultados: Un total de 31 pacientes fueron sometidos a papilectomía endoscópica (edad media $63,2 \pm 17$ años; 51,6% mujeres). El tamaño medio de la lesión fue de 18,8 mm. La resección se realizó en bloque en el 61,3% de los pacientes y en fragmentos (piecemeal) en el 38,7%. El diagnóstico histológico final fue adenoma en el 74,19% de los casos (67,7% con displasia de bajo grado y 19,4% con displasia de alto grado) y adenocarcinoma en el 12,9%. Las complicaciones tempranas ocurrieron en el 19,35% de los pacientes, incluyendo pancreatitis aguda ($n = 2$), sangrado ($n = 2$) y perforación duodenal ($n = 2$). El manejo clínico fue conservador en todos los casos, excepto en un paciente con perforación que requirió intervención quirúrgica. El periodo medio de seguimiento fue de $38,3 \pm 30$ meses. La tasa de éxito endoscópico fue del 87,19%. La recurrencia temprana ocurrió en el 10% de los pacientes, mientras que la recurrencia tardía se observó en el 23,33%. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de recurrencia entre la resección piecemeal y en bloque (45,45% frente al 20%, respectivamente; $p = 0,21$). La tasa de resección curativa fue del 56,66%.

Conclusiones: La papilectomía endoscópica es un procedimiento seguro y eficaz en manos de endoscopistas expertos. La tasa de complicaciones es baja y la mayoría de los efectos adversos pueden tratarse de forma conservadora.