

## CARTAS AL DIRECTOR


**COLANGITIS Y METÁSTASIS PULMONARES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN AMPULOMA**

**Sr. Director:** El carcinoma de la ampolla de Vater (CAV) es un tumor poco frecuente que supone el 6-36% de los tumores periampulares<sup>1-3</sup>. Clínicamente se presenta como la tríada clásica de ictericia intermitente, pérdida de peso y dolor abdominal<sup>4</sup>. Se presenta el caso de un paciente con un CAV que se inició con un episodio de colangitis y un patrón radiológico de nódulos pulmonares múltiples.

Se trata de un varón de 66 años, con antecedentes de tabaquismo y enolismo moderados, que consultó por coluria de 10 días de evolución y en las últimas 48 h ictericia progresiva, dolor en el hipocondrio derecho y fiebre. En la exploración física destacaba, además de la ictericia y fiebre de 39,4 °C, dolor en el hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo y dudosa palpación de la vesícula biliar distendida (signo de Courvoisier-Terrier). En la ecografía abdominal se visualizaba la vesícula distendida y alitiásica, junto con dilatación de la vía biliar con un colédoco de 10 mm, sin que se objetivaran masas en el área ampular ni lesiones hepáticas. La radiografía de tórax revelaba un patrón de nódulos pulmonares múltiples con afección intersticial bilateral. La TAC toracoadominal no aportó más datos a los ya conocidos, por lo que se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que puso de manifiesto una tumорación en la ampolla de Vater de aspecto vellosa, sugestiva de neoplasia, además de la dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. La biopsia del ampuloma corroboró la impresión endoscópica, arrojando el diagnóstico de carcinoma de la ampolla de Vater. Ante la sospecha de un cuadro metastásico pulmonar de origen en el CAV, se realizó una biopsia mediante punción con aguja fina de uno de los nódulos pulmonares, que fue informada como metástasis de carcinoma. Ante la extrema rareza de que el proceso pulmonar fuese la diseminación metastásica de un CAV, se inició estudio diagnóstico en busca de otra neoplasia oculta realizándose, entre otras exploraciones complementarias, gastroscopia, colonoscopia y broncoscopia, que fueron normales, atribuyendo por tanto las metástasis pulmonares al CAV por coincidencia del tipo histológico y ausencia de otra neoplasia que las justificara. El paciente fue tratado con antibioterapia empírica y se colocó endoprótesis biliar con fines descompresivos de la vía biliar, resolviéndose el cuadro de colangitis por el que ingresó. Tras 2 meses de seguimiento el paciente está en tratamiento paliativo, sin nuevas complicaciones derivadas de la afección de la vía biliar y habiendo progresado la afección pulmonar.

Los tumores de la ampolla de Vater son infrecuentes, siendo malignos aproximadamente un 2% de los mismos<sup>4</sup>. Aparecen predominantemente a partir de la sexta década de la vida<sup>1-3</sup> sin claro predominio de sexo. La manifestación clínica habitual deriva de la obstrucción de la vía biliar, habitualmente asintomática y que se acompaña de síndrome constitucional<sup>1,2,4</sup>, siendo menos frecuente su inicio como colangitis<sup>2</sup>, como ocurre en el caso aportado. La prueba diagnóstica de elección es la CPRE<sup>1,2,5</sup>, que proporciona el diagnóstico correcto en casi la totalidad de los casos<sup>1,2</sup>. En el momento del diagnóstico, hasta un 20% de los pacientes presentan diseminación metastásica<sup>4</sup>, que es sobre todo por afección hepática, ganglionar y ósea<sup>4,6</sup>. La existencia de metástasis pulmonares asociadas a un CAV sólo había sido comunicada con anterioridad por Germouth et al<sup>7</sup> en 1976, siendo el presente caso el segundo en que ocurre esta excepcional diseminación. Probablemente ésta sea debida a que el tumor utiliza una vía de diseminación o territorios de drenaje distintos a los habitualmente descritos<sup>6</sup>, que por el momento nos son desconocidos y que debido al escaso número de casos descritos posiblemente serán objeto del campo de las hipótesis por mucho tiempo. El tratamiento de elección del CAV es la duodenopancreatectomía céfálica, con una supervivencia variable según las series del 10-60%<sup>2,6</sup>. La afección linfática ganglionar, el tamaño tumoral, la escasa diferenciación histológica y la afección de los márgenes quirúrgicos se invocan como importantes indicadores pronósticos en la evolución de los pacientes que son operados con intención curativa<sup>1,3,6</sup>. Cuando esto no es posible, se utilizan medidas paliativas quirúrgicas<sup>1</sup> o, como en el caso aportado, la colocación de una prótesis en la vía biliar para evitar la obstrucción de la misma, res-

ponsables de las manifestaciones clínicas más importantes del CAV. En resumen, los tumores del área ampular son infrecuentes, y aún lo es más la metástatización pulmonar de los mismos, pero esta posibilidad debe ser tenida en cuenta a la hora de decidir someter al paciente a más exploraciones complementarias, buscando otro tumor primario, que es probable que sean infructuosas y no modifiquen finalmente la actitud terapéutica y el pronóstico de estos pacientes.

F.J. POLO ROMERO, J.C. SEGURA LUQUE Y J.L. BEATO PÉREZ  
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Hellín.  
Albacete. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Iglesias S, Sendra León P, Mir Pallardo J, López Andújar R, Moya Herráz A, Orbis Castellanos F, et al. Tumores malignos de la ampolla de Vater. Presentación de 28 casos y revisión de la literatura. Rev Clin Esp 1994;194:9-12.
2. Benito Ruiz J, Del Pino Porres J, Herrero Bernabéu C. Tumores de la ampolla de Vater. Revisión de 25 casos. Rev Esp Enferm Apar Dig 1989;76:144-50.
3. Howe JR, Klimstra DS, Moccia RD, Conlon KC, Brennan MF. Factors predictive of survival in ampullary carcinoma. Ann Surg 1998;228:87-94.
4. Camarasa García F, Macian Cervera MJ, Torralba Saura M, Gálvez Hernández G. Adenopatía supraclavicular izquierda como manifestación inicial de adenocarcinoma de la ampolla de Vater. An Med Interna 1997;14:540.
5. Moreira VF, Arocena C, Redondo C, Hernández-Ranz F, Gisbert JP. Adenoma de la ampolla de Vater sin expresión clínica ni analítica. Rev Clin Esp 1996;196:343-4.
6. Kayahara M, Nagakawa T, Ohta T, Kitagawa H, Miyazaki I. Surgical strategy for carcinoma of the papilla of Vater on the basis of lymphatic spread and mode of recurrence. Surgery 1997; 121:611-7.
7. Germouth J, Bonnaud F, Gay G. Les métastases pulmonaires des ampullomes vateriens. Sem Hop 1976;52:357-61.