

Adenoma vellosos con adenocarcinoma oculto del ampulla de Vater. Reporte de un caso

Kuauhyama Luna Ortiz,* Gustavo Escobar Alfaro,* Antonio Alfeiran Ruiz*

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente masculino de 65 años con diagnóstico endoscópico e histopatológico de adenoma vellosos del ampulla de Vater. Se le realiza en forma inicial ampulectomía con estudio histopatológico transoperatorio. El estudio de histopatología evidenció adenoma vellosos con áreas de adenocarcinoma invasor. Se decide realizar pancreatoduodenectomía con el fin de dar mayor control local de la enfermedad. El paciente permaneció con un periodo libre de enfermedad por cinco años y seis meses. Posteriormente presentó metástasis pulmonares; se realiza resección de metástasis por toracotomía. Cuatro meses después presenta metástasis cerebrales y finalmente el paciente muere. En conclusión, la ampulectomía como procedimiento inicial en lesiones benignas ha sido ya bien establecido; sin embargo, cuando existe un reporte histopatológico de malignidad transoperatorio, la pancreatoduodenectomía continúa siendo el tratamiento de elección como fue este caso.

Palabras clave: Adenoma vellosos, ampulla de Vater, ampulectomía.

Los tumores de duodeno son raros y aún más aquellos que se originan en el ampulla de Vater ya que tienen una incidencia de 0.04-0.012%.^{1,2} El adenocarcinoma es la variedad histológica más frecuente. Sin embargo, el adenoma vellosos del ampulla de Vater tiene una incidencia incluso más baja y se reportan menos de 50 casos en la literatura en inglés.³

La ictericia intermitente o constante es el signo clínico cardinal en esta patología, presente hasta en un 75% de los casos.² Sin embargo, dolor abdominal, sangrado de tubo digestivo o pancreatitis pueden acompañar al cuadro clínico. El objetivo es discutir el diagnóstico, manejo quirúrgico, técnica quirúrgica y seguimiento a largo plazo, en un caso de adenoma vellosos asociado a adenocarcinoma oculto con diagnóstico transoperatorio.

ABSTRACT

We report one case of a male patient of 65 years old with endoscopic and histopathology diagnosis of villous tumor of the papilla of Vater. In which we performed ampulectomy with transoperator histopathological. Report showed villous adenoma with some areas of invasive adenocarcinoma. We decided to perform a pancreatoduodenectomy to obtain a better local control. Patient was free period of disease 5.6 years. After this period, two lung metastasis were present and thoracotomy was performed for lung metastasis resection. Four months later, the patient developed cerebral metastasis and finally died. In conclusion, ampulectomy as an initial procedure in benign lesions has been well establish, however when there is a histological report of malignancy during surgery, the pancreatoduodenectomy continues to be the treatment of choice as it was in this case.

Key words: Villous adenoma, papilla of Vater, ampulectomy.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 65 años, inicia su padecimiento en diciembre de 1988, con ictericia, coluria y acolia. En enero de 1989 se le diagnostica hepatitis viral. Evoluciona tórpidamente y es visto en nuestra unidad oncológica. Clínicamente se corroboró la ictericia además de contar con elevación de las cifras de bilirrubinas totales de 16.6 mg/dL, bilirrubina directa 9.1 mg/dL y fosfatasa alcalina 210 U/I. Se realizó estudio endoscópico con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) encontrando neoplasia de un cm de diámetro a nivel del ampulla de Vater y dilatación del colédoco mayor de 2 cm. Se realiza biopsia de la neoplasia con diagnóstico histopatológico de adenoma vellosos del ampulla de Vater. Se inicia alimentación parenteral y 14 días después se realiza cirugía. Se efectuó una ampulectomía con estudio transoperatorio. El estudio de histopatología reveló adenoma vellosos con áreas de adenocarcinoma inva-

* Grupo de Oncología Integral del Hospital Ángeles del Pedregal.

sor, por lo que se decidió realizar una pancreatoduodenectomía. El posoperatorio inmediato al séptimo día cursa con sangrado de tubo digestivo alto, fístula pancreática y fiebre de 39° C; se inicia tratamiento con bloqueadores H₂ y continúa con nutrición parenteral más nutrición enteral; la fístula se resuelve a los siete días siguientes a su presentación. Continúa con fiebre y se realiza una tomografía computada, encontrando un área sospechosa de absceso en la región subhepática por lo que se decide realizar nuevamente una laparotomía exploradora, no corroborando la presencia de absceso. Durante el transoperatorio se observó el hígado de aspecto colestásico, por lo que se tomó una biopsia hepática; el diagnóstico fue de pericolangitis grave con colestasis y fibrosis severa. El paciente fue egresado a los 28 días de estancia hospitalaria y continúa en control por consulta externa. A los cinco años y seis meses, el paciente presenta metástasis pulmonares en hemitórax izquierdo en número de dos, por lo que se decide realizar toracotomía con resección de ambas lesiones, el diagnóstico histopatológico fue de adenocarcinoma metastásico. Cuatro meses después el paciente presenta convulsiones, por lo que se realiza tomografía computada de cráneo, encontrando metástasis cerebrales y finalmente el paciente muere.

DISCUSIÓN

El adenoma veloso representa el 1% de las neoplasias del duodeno, su incidencia es en la quinta y la séptima décadas de la vida para las neoplasias del ámpula de Vater.² Los signos y síntomas dependen de la localización y del tamaño tumoral. A partir de 1973 y de que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se utiliza en forma más amplia, los adenomas del ámpula de Vater se han detectado en forma más frecuente.⁴

El adenoma veloso se asocia a carcinoma⁵ el cual puede estar presente en un 30 a 50%. El diagnóstico histopatológico de la región superficial del tumor puede ser benigna, mientras la región profunda puede tener adenocarcinoma. Por tanto, un diagnóstico histológico sin evidencia de carcinoma con biopsia por vía endoscópica debe ser tomado con precaución, ya que falla en la detección de focos de malignidad en 17 a 40%; en la serie de Witteman⁶ y colaboradores, la cual incluyó 49 pacientes con adenocarcinoma no diagnosticado, las áreas de cambios de malignidad estaban presentes en el 29% de los casos; en la excisión endoscópica completa se reporta malignidad al diagnóstico definitivo de un 25 al 50% de los adenomas velosos duodenales, esta cifra se incrementa

cuando el ámpula esta involucrada.⁷⁻⁹ Por lo anterior, desde el punto de vista oncológico, es difícil tomar la decisión preoperatoria.

Los tumores velosos⁶ en el duodeno tienen un porcentaje de malignización de hasta un 36%. Debido a su alto porcentaje de transformación maligna, el adenoma veloso de localización duodenal debe ser siempre resecado. En la actualidad existe controversia en relación de la presencia de malignidad en base al tamaño del adenoma veloso. Muchos autores han encontrado una correlación positiva entre el tamaño del adenoma veloso y la presencia de malignidad.¹⁰⁻¹² Sin embargo, Moore¹³ y colaboradores en 42 pacientes y Witteman⁶ y asociados en 82 pacientes no han encontrado ninguna relación.

A pesar de la alta incidencia de carcinoma en el adenoma veloso, aún es controvertido su tratamiento quirúrgico. Para lo que diversos métodos para su tratamiento han sido propuestos. La endoscopia, la cual puede estar asociada a excisión con láser, podría ser el tratamiento más atractivo, ya que por medio de ésta se realiza el diagnóstico. Sin embargo, varias desventajas se asocian a este procedimiento, así como también múltiples complicaciones (por ejemplo, perforación temprana o tardía) y altos índices de recurrencia² debido a que son resecciones que no brindan márgenes quirúrgicos considerados oncológicamente aceptados para aquellos casos asociados a carcinoma. Posiblemente la principal indicación para el tratamiento endoscópico es en casos realmente seleccionados, como lo es el caso de pacientes con riesgo quirúrgico elevado para una cirugía extensa, así como el de enfermos que rechazan la cirugía o en ocasiones como tratamiento paliativo.

Halstead¹⁴ en 1899 describió la ampulectomía como método de tratamiento para tumores benignos y en pacientes seleccionados con carcinoma. Han sido bien establecidos los criterios para la ampulectomía por Sand¹⁵ y colaboradores, estando indicada para aquellas neoplasias menores de 3 cm y para aquellos tumores que no infiltran el conducto pancreático o colédoco más de 1.5 cm. Sin embargo, para los pacientes que no cumplan estas premisas o un diagnóstico histológico de malignidad transoperatorio, la resección de pancreatoduodenectomía continúa siendo el estándar de oro para el manejo quirúrgico en estas neoplasias.

Nosotros utilizamos la técnica descrita por Halstead, modificando la ferulización de la vía biliar la que realizamos introduciendo un catéter biliar de Fogarty® a través del ámpula de Vater, y una vez insuflado el globo se tracciona en dirección caudal con

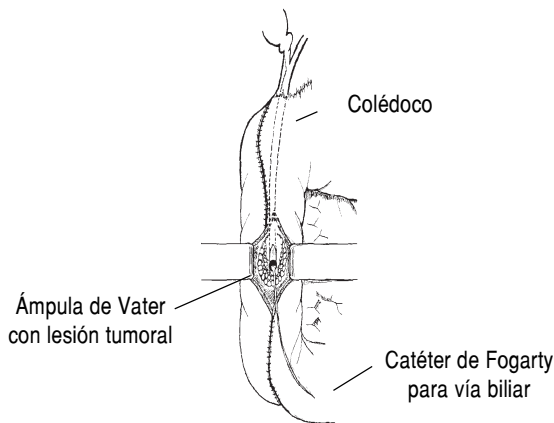


Figura 1A.

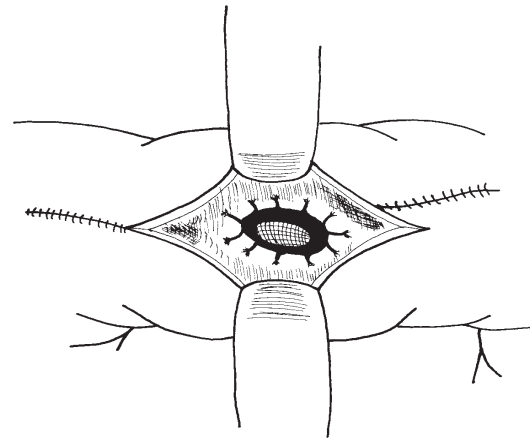


Figura 1B.

Figura 1. A) Posterior a una maniobra amplia de Kocher y palpación transmural con el fin de seleccionar el sitio apropiado de la duodenotomía: se localiza en sitio de la lesión y se inserta un catéter biliar de balón de Fogarty® a través de ampulla de Vater se insufla el balón y se realiza una excisión circunferencial de la lesión. B) Reconstrucción de la unión pancreático bilioduodenal, con puntos separados.

lo que se logró una excisión más nítida (*Figuras 1A y B*), sin necesidad de ferulizarlo desde el colédoco como lo refieren en otros reportes.^{15,16} Sin embargo, consideramos que la ampulectomía debe realizarse únicamente para lesiones benignas. Por tal motivo en este caso fue útil como diagnóstico.

Durante el transoperatorio, los cortes histológicos por congelación no orientan para la toma de decisión para la realización de una cirugía más amplia. Sin embargo, en nuestro caso fue lo que permitió el tomar la decisión de realizar una pancreatoduodenectomía con el fin de brindar mejor control local a nuestro paciente.^{17,18}

La tasa de supervivencia actuarial a tres y cinco años es, respectivamente, de 45 y 33% en reportes Europeos.¹⁹ En México, en una serie reportada por Suárez-Moreno²⁰ y colaboradores ningún enfermo sobrevivió cinco años. En este caso, el paciente vivió cinco años y 10 meses, muriendo de enfermedad metastásica, con control local de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El adenoma vellosito con adenocarcinoma oculto continúa siendo una entidad rara. Su tratamiento debe ser radical cuando está asociado a carcinoma. La ampulectomía continúa siendo una buena opción para neoplasias benignas. El control local de la enfermedad continúa siendo el objetivo en estas neoplasias. Si la histología de la lesión del adenoma vellosito del ampulla de Vater es dudosa, la pancreatoduodenectomía con preservación de píloro está justificada

en pacientes con bajo riesgo perioperatorio, y si este procedimiento extenso puede ser realizado en forma segura por un cirujano experimentado.

BIBLIOGRAFÍA

- Galandiuk S, Hermann RE, Jagelman DG, Fazio VW, Sivak MV. Villous tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1988; 207: 234-239.
- Rosenberg J, Welch JP, Pytek LJ, Walker M, Trowbrige P. Benign villous adenomas of the ampulla of Vater. *Cancer* 1986; 58: 1563-68.
- Gibbs ER, Walton GF, Kent III RB, Laws HL. Villous tumors of the ampulla of Vater. *Ann Surg* 1997; 63: 467-471.
- Sivak MV. Clinical and endoscopic aspects of tumors of the ampulla of Vater. *Endoscopy* 1988; 20: 211-217.
- Cahen DL, Fockens P, de Wit LT, Offerhaus GJ, Obertop H, Gouma DJ. Local resection or pancreaticoduodenectomy for villous adenoma of ampulla of Vater diagnosed before operation. *Br J Surg* 1997; 84: 948-951.
- Wittelman BJM, Janssens AR, Griffioen, Lamers CBHW. Villous tumors of the duodenum. An analysis of the literature with emphasis on malignant transformation. *Nethrs J Med* 1993; 42: 5-11.
- Classen M. Endoscopic approach to papillary stenosis. *Endoscopy* 1981; 13: 154-156.
- Perzin KH, Bridge MF. Adenomas of the small intestine: A clinicopathological review of 51 cases and a study of their relationship to carcinoma. *Cancer* 1981; 1981: 799-819.
- Cattell RB, Pyrtok LJ. Premalignant lesions of the ampulla of Vater. *Surg Gynecol Obstet* 1949; 90: 21-30.
- Miller JH, Gisvold JJ, Weiland LH, McIlrath DC. Upper gastrointestinal tract: villous tumors. *Am J Roentgenol* 1980; 134: 933-936.
- Perzin KH, Bridge MF. Adenomas of the small intestine: a clinicopathologic review of 51 cases and a study of their relationship to carcinoma. *Cancer* 1981; 48: 799-819.
- Fuller JW, Cruse CW, Williams JW, Sherman RT. Primary surgical lesions of the duodenum. *Rev Surg* 1976; 284-288.

13. Moore EL, Potts DW. Villous tumors of the duodenum (also case report). *Okla State Med Assoc* 1977; 70: 481-488.
14. Halstead WS. Contributions to the surgery of the bile passages, especially of the common bile duct. *Boston Med Surg J* 1899; 141: 645-654.
15. Sand JA, Nordback IH. Transduodenal excision of the benign adenoma of the papilla of Vater. *Fur J Surg* 1995; 161: 269-272.
16. Sakorafas GH, Sarr MG. Local excision of periampullary villous tumours of the duodenum. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25: 90-93.
17. Ryan D, Schapiro R, Warshaw A. Villous Tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1986; 203: 301-306.
18. Asbun HJ, Rossi RL, Munson L. Local resection for ampullary tumors. Is there a place for it? *Arch Surg* 1993; 128: 515-520.
19. Rotman N, Pezet D, Fagniez PL, Cherqui D, Celicout B, Lo-intier P. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing survival. *Br J Surg* 1994; 81: 83-85.
20. Suárez-Moreno R, Sigler-Morales L, Blanco-Benavides R, Sánchez-Fernández P, Robledo-Ogazon F, Castillo-González A, Mier y Díaz J. Neoplasias malignas periampulares. Experiencia con 20 pacientes, *Cir Ciruj* 1997; 65: 44-48.

Dirección para correspondencia:

Dr. Kuauhyama Luna Ortiz

Camino a Sta. Teresa 1055 Cons. 855

Col. Héroes de Padierna

México, D.F. 10700

Tel: 5568 5903

Fax: 5568 5894

E-mail: kuauhyama@usa.net

Fecha de recepción: 09/05/98.

Fecha de aceptación: 21/06/00.

Fe de erratas

Al vol. 46 No. 2 Abril-Junio 2000

Página 85 renglón 4

Dice: Kuahyama Luna Ortiz

Debe decir: Kuauhyama Luna Ortiz