

Manejo endoscópico de lesiones adenomatosas de duodeno

Antonio Rivera de la Vega,* Eduardo Torices Escalante,** Leticia Domínguez Camacho,*** Enrique Núñez González,*** Rubicelia Espinal Brito,*** Vicente Rosas Barrientos****

RESUMEN

Se comunican los casos de tres pacientes (con edades de 34, 68 y 76 años) con lesiones adenomatosas en el duodeno y su respectivo tratamiento endoscópico en el servicio de Endoscopia del Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE. Se trata de un paciente con pólipo duodenal y de dos con adenoma vellosos, con diagnóstico previo por biopsia. En todas las lesiones se realizó infiltración submucosa con adrenalina 1:10,000, para elevar dichas lesiones de la submucosa y de la muscular propia y ayudar a determinar la resecabilidad. Se realizó polipectomía, mucosectomía y papilectomía, sin complicaciones, con seguimiento endoscópico a las seis semanas del primer tratamiento, con toma de biopsias y sin reporte de recurrencia hasta el momento. Aunque una selección cuidadosa de los pacientes es prerequisite para que en lesiones adenomatosas se logre un tratamiento endoscópico exitoso, las indicaciones para estas lesiones no están aún completamente establecidas; existe poca bibliografía en nuestro medio que haga referencia a este tipo de lesiones.

Palabras claves: lesiones adenomatosas, adenoma vellosos, polipectomía, mucosectomía, papilectomía.

ABSTRACT

This paper reports the case of three patients (all male with age of 34, 68 and 76 years) with duodenum adenomas with their respective endoscopic management. One patient with duodenal polyp, another with adenoma of the major duodenal papilla and the last one with an adenoma 2 cm far away from major papilla. A submucosal 1:10,000 epinephrine injection was performed to elevate the injuries from the submucosa and muscularis propria and to aid in determining resectability. Polypectomy, mucosectomy and papillectomy were performed, without complications; there was an endoscopic follow up six weeks later of the endoscopic treatment without recurrence until now. Although careful selection of patients is prerequisite for successful endoscopic treatment in duodenum adenomas, indications for them are not yet fully established, there is few literature in our environment that refers to this type of injuries.

Key words: duodenum adenomas, papillectomy, polypectomy, mucosectomy.

* Médico especialista en Cirugía General y residente del servicio de Endoscopia Gastrointestinal.

** Jefe del servicio de Endoscopia Gastrointestinal.

*** Médico especialista en Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal.

**** Unidad de Investigación Clínica.

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dr. Antonio Rivera de la Vega. Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE. Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, colonia Magdalena de las Salinas, CP 06760, México, DF. Correo electrónico: antonriv@hotmail.com

Recibido: enero, 2010. Aceptado: septiembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Rivera-De la Vega A, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L, Núñez-González E y col. Manejo endoscópico de lesiones adenomatosas de duodeno. Rev Esp Med Quir 2010;15(4):252-256.

Los tumores originados en la papila duodenal mayor representan 5% de las neoplasias del tubo gastrointestinal;¹ se están identificado con más frecuencia porque se ha incrementado el uso de la endoscopia digestiva superior, colangiografía endoscópica o resonancia magnética. Entre una amplia variedad de tumores papilares benignos, el adenoma es el más común y tiene un reconocido potencial maligno.¹ Aunque la resección de los adenomas papilares es una práctica estándar, las opiniones difieren sobre cuál es el método óptimo de remoción. El adenoma de la papila duodenal mayor puede ser removido en forma quirúrgica o endoscópica. Las lesiones adenomatosas que no involucran el ámpula de Vater pueden

ocurrir esporádicamente o en el contexto de síndromes genéticos, como poliposis adenomatosa familiar o síndrome de Peutz-Jeghers, y tienen el potencial de volverse malignas, de ahí que la endoscopia comience a tener una importante participación en la detección temprana de este tipo de lesiones; asimismo, que exista la probabilidad de que este tipo de lesiones se manejen en forma endoscópica para evitar el tratamiento quirúrgico. La primera resección endoscópica de un adenoma duodenal se realizó en los primeros años de la década de 1970.

Los métodos de tratamiento endoscópico consisten en hacer la remoción endoscópica y la termoablación.^{2,3} La resección quirúrgica ha sido el método por excelencia para la remoción de adenomas de la papila duodenal mayor. La papilectomía endoscópica puede ser usada como una terapia alternativa de primera línea,⁴ porque la ampulla de Vater se localiza estratégicamente en la confluencia del conducto pancreático y de la vía biliar común; la remoción endoscópica de las neoplasias papilares puede ser técnicamente diferente de la resección endoscópica mucosa de otras partes del tubo gastrointestinal. Asimismo, la polipectomía con asa de pólipos en el duodeno está ampliamente descrita, así como la mucosectomía de lesiones menores de 6 mm de diámetro.

COMUNICACIÓN DE LOS CASOS

Se exponen los casos de tres pacientes con lesiones adenomatosas en el duodeno, tratadas endoscópicamente en el servicio de Endoscopia del Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, uno con pólipo duodenal y dos con adenoma vellosa, con diagnóstico previo por biopsia; de estas últimas lesiones, una se encontraba en el ampulla de Vater, y la otra, a 2 cm de dicha ampulla. En todas las lesiones se realizó infiltración y levantamiento de la lesión con adrenalina 1:10,000 para elevar dichas lesiones de la submucosa y de la muscular propia y ayudar a determinar la resecabilidad. En la lesión tipo pólipo se realizó una polipectomía con asa, en la que se infiltró el pedículo con adrenalina, se introdujo el asa de polipectomía, se tomó por completo el pólipo y se usó un electrobisturí con corriente entre 40 y 50 watts. Se revisó nuevamente el lecho del pedículo y no hubo evidencia de sangrado (Figuras 1, 2, 3 y 4). En la lesión (menor de 6 mm) que estaba a 2 cm del ampulla de Vater

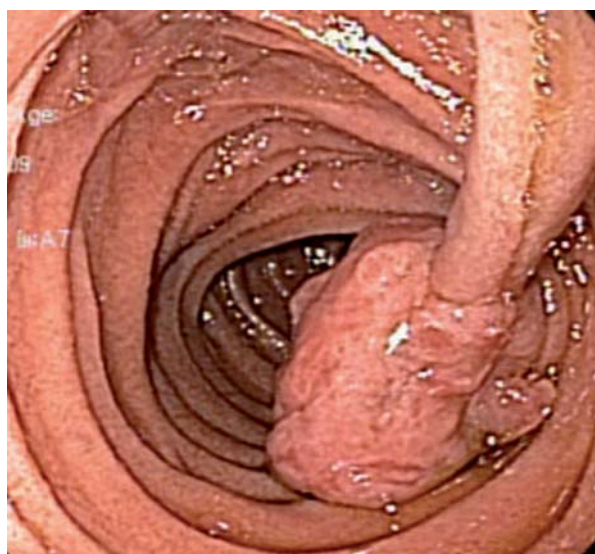


Figura 1. Pólipo pediculado en duodeno.



Figura 2. Infiltración de la lesión, con adrenalina en la base del pólipo.

se realizó una mucosectomía, y la periferia de dicha lesión se tiñó con azul de metileno; posteriormente, se infiltró la base de la lesión con adrenalina, se levantó la mucosa y se procedió a realizar –en forma satisfactoria y en dos tiempos– la mucosectomía, con asa y con electrobisturí; luego se procedió a verificar la hemostasia y a revisar el sitio de la mucosectomía, que se observó sin



Figura 3. Asa de polipectomía en la base de la lesión.



Figura 4. Polipectomía finalizada, en la que se observa la base del pólipo.

datos de sangrado. Por último, en la lesión del ámpula se realizó una papilectomía, la cual se llevó a cabo con un asa de polipectomía trenzada, con electrobisturí con corriente entre 40 y 50 watts, con previa infiltración y con levantamiento de la lesión con adrenalina.

En adenomas de la papila duodenal mayor el área de reseccabilidad endoscópica se limita a la mucosa y

submucosa de las paredes duodenales, y a la resección de esta área se le da el nombre de *papilectomía endoscópica*. Parte del tejido que está alrededor de los orificios de la vía biliar y pancreática —que se localizan en la papila duodenal mayor— casi siempre es removido con el tumor. Con la papilectomía endoscópica es muy difícil remover el tejido tumoral que invade el interior de la vía biliar común o el conducto pancreático mayor; principalmente, si el tejido es superior a 1 cm. En nuestro reporte la lesión que se encontró en el ámpula de Vater medía aproximadamente 5 a 6 mm de diámetro y no hubo antecedentes previos de ictericia, pérdida de peso o dolor abdominal.

RESULTADOS

Se atendió a tres pacientes masculinos con lesiones adenomatosas en el duodeno, con edades de 34, 68 y 76 años. Los casos anteriores sin antecedentes de pérdida de peso, ictericia o dolor abdominal y con hallazgo incidental por panendoscopia, indicada previamente por cuadro clínico de pirosis e ingestión crónica de antiinflamatorios no esteroides. Así pues, en forma habitual se realizó una polipectomía con asa en un paciente masculino de 34 años de edad, con diagnóstico previo de pólipo duodenal de aproximadamente 2 cm de diámetro, pediculado, exofítico con biopsia previa con reporte de adenoma tubular y con reporte histopatológico definitivo de pieza quirúrgica de adenoma tubular con abundante infiltrado inflamatorio y cambios por autólisis. Además, en este paciente se realizó una colonoscopia (que resultó negativa) para descartar pólipos en el colon.

Se practicó una mucosectomía en el paciente masculino de 68 años de edad, con reporte histopatológico de adenoma vellosos con displasia focal leve a moderada. Paciente masculino de 76 años de edad, con diagnóstico de adenoma vellosos por biopsia previa en ámpula de Vater; se le realizó una papilectomía, con resultado histopatológico de adenoma vellosos con displasia leve a moderada. Los tres procedimientos realizados no ocasionaron complicaciones inmediatas o mediatas y el control endoscópico se realizó a las seis semanas del primer procedimiento terapéutico, con toma de biopsias, sin reporte —hasta el momento— de lesión residual y con evolución satisfactoria.

Cuadro 1. Características de los pacientes

<i>Edad (años)</i>	<i>Sexo</i>	<i>Diagnóstico endoscópico</i>	<i>Tratamiento endoscópico</i>	<i>Diagnóstico histopatológico previo al tratamiento endoscópico</i>	<i>Diagnóstico histopatológico posterior al tratamiento endoscópico</i>
34	M	Pólipo duodenal	Polipectomía con asa	Adenoma tubular	Adenoma tubular con abundante infiltrado inflamatorio y cambios por autólisis
68	M	Lesión adenomatosa, a 2 cm de la ampula de Vater	Mucosectomía	Adenoma vellosa	Adenoma vellosa con displasia focal leve a moderada
76	M	Lesión adenomatosa en ampula de Vater	Papilectomía	Adenoma vellosa	Adenoma vellosa con displasia leve a moderada

CONCLUSIONES

Aunque una selección cuidadosa de los pacientes es prerequisite para que en lesiones adenomatosas se logre una papilectomía endoscópica exitosa, las indicaciones para estas lesiones no están aún completamente establecidas. Los criterios para la selección de los pacientes que se beneficiarían de la papilectomía endoscópica varían de un estudio a otro. De acuerdo con el estudio de Binmoeller y col., los adenomas de la papila duodenal mayor que cumplieron los siguientes criterios fueron seleccionados para la papilectomía endoscópica: 1) tamaño menor de 4 cm, 2) sin evidencia de malignidad con base en la apariencia endoscópica (márgenes regulares y sin ulceración) y en la consistencia blanda, y 3) hallazgos histológicos benignos por biopsia con fórceps (mínimo seis biopsias).⁵

En otro estudio,⁶ sólo fueron incluidos los adenomas, comprobados histológicamente, en los que una resección en bloque era posible. Para adenomas de límites amplios y enormes tumores abultados mayores de 5 cm de diámetro y con sospecha de infiltración local dentro de las capas submucosas más profundas, se prefirió la cirugía. Desilets y col.⁷ consideraron que los siguientes criterios indicaban resecabilidad por papilectomía endoscópica: 1) tumores blandos que no estuvieran indurados o ulcerados, 2) posibilidad de elevar el tumor mediante inyección submucosa, 3) ausencia de extensión dentro de la vía pancreática o biliar, y 4) un tamaño no mayor que la mitad de la circunferencia del duodeno, la cual en su diámetro mayor mide casi 4 cm.

Las indicaciones para realizar una papilectomía endoscópica son una agrupación de características, que pueden predecir una completa remoción de los adenomas, mientras se minimiza la morbilidad relacionada con el procedimiento. Con la experiencia acumulada en papilectomías endoscópicas, con el mejoramiento de la técnica endoscópica y con las nuevas modalidades diagnósticas que aparecen, las indicaciones para realizar una papilectomía endoscópica deberán aumentar. El cambio más notable es la indicación en la que el tamaño del tumor resecado se ha incrementado. La aplicación de resecciones fragmentarias, cuando sean apropiadas, ha contribuido en mucho para esto. Por ejemplo, tumores hasta de 7 cm de diámetro se han resecado exitosamente en varios fragmentos.⁸ Con el incremento en el uso del ultrasonido endoscópico y del ultrasonido intraductal se ha contribuido a una mayor exactitud en la estadificación temprana de cáncer de ampula de Vater, ubicado dentro del músculo de Oddi.

Técnicas de papilectomía endoscópica. Mientras algunos autores aconsejan usar la inyección endoscópica de solución salina con o sin adrenalina diluida, otros no la aconsejan. Tampoco se ha establecido si la solución que debe ser usada es la solución salina fisiológica o la adrenalina diluida. La inyección submucosa —ya sea de adrenalina diluida o de solución salina— es útil para evitar resecciones inapropiadas, por fracaso al querer elevar el tumor en la capa muscular propia del duodeno, lo que puede indicar invasión más profunda y mayor predicción de malignidad.

Resección con asa de polipectomía. Muchos estudios no mencionan ni el tamaño del asa ni la dirección de la

misma, cefálica o caudal a la ampulla.^{9,10} Los endoscopistas usan el asa de polipectomía en varios diámetros, desde 11 hasta 27 mm, según el tamaño del tumor. El tumor, junto con la papila, es capturado y escindido. En algunos casos una incisión circunferencial, alrededor de la lesión, se hace con un esfinterótomo de aguja para facilitar la captura por asa. Dos estudios aconsejaron utilizar el asa, para capturar el tumor, desde el lado cefálico hacia el caudal (la punta del asa fue colocada en el margen superior de la ampulla) para que la captura de toda la papila fuera más fácil.

Las complicaciones de la papilectomía endoscópica pueden ser clasificadas como tempranas (pancreatitis, sangrado, perforación y colangitis) y tardías (estenosis papilar).¹¹ La tasa de morbilidad es de 23% (rango de 10-58%) y la de mortalidad global es de 0.4% (rango de 0-7%). Las complicaciones más comunes son: sangrado y pancreatitis pospolipectomía. Muchos sangrados pueden ser controlados con manejos conservadores y hemostasia endoscópica. La papilectomía endoscópica es una terapia relativamente segura y efectiva, de ahí que deba ser establecida como terapia de primera línea para adenomas de la papila duodenal mayor. Con el mejoramiento de la técnica y de las herramientas usadas, las indicaciones para la papilectomía endoscópica se han expandido y seguirán expandiéndose aún más. Lo anterior también aplica para la polipectomía con asa y para la mucosectomía. En lesiones tipo pólipo se recomienda realizar una colonoscopia para verificar o descartar la existencia de poliposis adenomatosa familiar.

Todavía no se ha alcanzado un consenso sobre el intervalo y el método de vigilancia, después de escindir en forma completa los adenomas de la papila duodenal mayor. Por consiguiente, los intervalos y los métodos varían de un estudio a otro y son ampliamente dependientes de la preferencia individual del endoscopista. Una resección completa de adenoma ampular generalmente se define así: la existencia endoscópica invisible de residuos de adenoma, la cual fue probada histológicamente durante un seguimiento de tres a seis meses.¹² Ahora bien, en los

tres procedimientos descritos el seguimiento endoscópico y la biopsia fueron más comúnmente establecidos, después de la papilectomía endoscópica, en intervalos de tres a seis meses durante un año y en intervalos anuales cuando no hubo recurrencia.

REFERENCIAS

1. Scarpa A, Capelli P, Zamboni G, Oda K, et al. Neoplasia of the ampulla of Vater. Ki-ras and p53 mutations. *Am J Pathol* 1993;142:1163-1172.
2. Shemesh E, Nass S, Czerniak A. Endoscopic sphincterotomy and endoscopic fulguration in the management of adenoma of the papilla of Vater. *Surg Gynecol Obstet* 1989;169:445-448.
3. Catalano MF, Linder JD, Chak A, Sivak MV, et al. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2004;59:225-232.
4. Cheng CL, Sherman S, Fogel EL, McHenry L, et al. Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae. *Gastrointest Endosc* 2004;60:757-764.
5. Binmoeller KF, Boaventura S, Ramsperger K, Soehendra N. Endoscopic snare excision of benign adenomas of the papilla of Vater. *Gastrointest Endosc* 1993;39:127-131.
6. Beger HG, Staib L, Schoenberg MH. Ampullectomy for adenoma of the papilla and ampulla of Vater. *Langenbecks Arch Surg* 1998;383:190-193.
7. Desilets DJ, Dy RM, Ku PM, Hanson BL, et al. Endoscopic management of tumors of the major duodenal papilla: refined techniques to improve outcome and avoid complications. *Gastrointest Endosc* 2001;54:202-208.
8. Zadorova Z, Dvofak M, Hajer J. Endoscopic therapy of benign tumors of the papilla of Vater: a clinicopathologic study. *Am J Gastroenterol* 1992;87:37-42.
9. Vogt M, Jakobs R, Benz C, Arnold JC, et al. Endoscopic therapy of adenomas of the papilla of Vater. A retrospective analysis with long-term follow-up. *Dig Liver Dis* 2000;32:339-345.
10. Fukushima T, Fogel EL, Devereaux BM, Phillips S, et al. Use of ERCP and papillectomy in management of ampullary tumors: seven-year review of 75 cases at Indiana University Medical Center [abstract]. *Gastrointest Endosc* 2001;53:AB88.
11. Kahaleh M, Shami VM, Brock A, Conaway MR, et al. Factors predictive of malignancy and endoscopic resectability in ampullary neoplasia. *Am J Gastroenterol* 2004;99:2235-2239.
12. Yasuda K, Uno K, Tanaka K, Nakajima M. Endoscopic resection of tumor of papilla Vater: our experiences. *Dig Endosc* 2003;15(Suppl):S31-S32.