

Resección endoscópica de adenoma del ámpula de Vater

Lozoya-González D,¹ Farca-Belsaguy A,¹ Peláez-Luna M,^{1,2} Vázquez-Ballesteros E,¹ González-Galeote E,¹ Salceda-Otero JC.¹

¹ Unidad de Endoscopia Avanzada, Centro Médico ABC, México, D F.

² Unidad de Medicina Experimental, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Correspondencia: Dr. Diego Lozoya González. Unidad de Endoscopia Avanzada, Centro Médico ABC Observatorio. Sur 136, No. 116, Col. Las Américas. México, D. F. Teléfono y fax: (55) 5272 4919. Correo electrónico: dr.lozoya@gmail.com

Resumen

Los adenomas ampulares aparecen de manera esporádica o en el contexto del síndrome de poliposis adenomatosa familiar; por lo general son asintomáticos. El consenso terapéutico actual es la resección completa quirúrgica o endoscópica según la profundidad de invasión y/o afectación de la vía biliar, que se establecen mediante ultrasonido endoscópico o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. La resección quirúrgica tiene alta morbilidad (25% a 65%) y mortalidad (10%) comparada con la terapia endoscópica (12% y 1%, respectivamente). Las complicaciones de la terapia endoscópica ocurren en 7% a 10% de los casos. La tasa de recurrencia de las lesiones adenomatosas es hasta de 30%. Debe realizarse seguimiento endoscópico periódico. Se presenta el caso de un paciente con un adenoma ampular resecado por medios endoscópicos de manera exitosa, previa valoración de la lesión por ultrasonido endoscópico.

Palabras clave: adenomas ampulares, adenomas del ámpula de Vater, ultrasonido endoscópico, resección endoscópica, México.

Abstract

Ampullary adenomas can occur sporadically or as part of familial adenomatous polyposis syndrome. Most of them are asymptomatic. Current standard of management is complete surgical or endoscopic resection, depending on depth of invasion and/or biliary tract involvement. The last can be established by endoscopic ultrasound or endoscopic retrograde colangiopancreatography. Surgical resection has high morbidity (25% to 65%) and mortality (10%) in unexperienced hands compared to endoscopic therapy (12% and 1%, respectively). Complications of endoscopic therapy ranges from 7% to 10%. Recurrence of adenomatous lesions treated endoscopically is 30%. Endoscopic surveillance after resection is mandatory. We present the case of a patient with an ampulla of Vater's adenoma successfully resected endoscopically previous assessment of the lesion by endoscopic ultrasound.

Key words: ampullary adenomas, ampulla of Vater adenomas, endoscopic ultrasound, endoscopic resection, Mexico.

Figura 1.

Vista endoscópica de un adenoma del ampulla de Vater.



Figura 2.

Vista endosonográfica desde la segunda porción del duodeno de una lesión periampular que muestra invasión hasta la submucosa y muscular propia intacta.



Introducción

Los adenomas del ampulla de Vater se diagnostican mediante endoscopia de manera incidental y su significado clínico es cuestionable. Aunque no existen datos para predecir la frecuencia de progresión de dichas lesiones hacia la malignidad ni guías establecidas para su vigilancia,¹ siguen la secuencia adenoma-carcinoma. Tampoco existe consenso en cuanto a la valoración por ultrasonido endoscópico antes de su resección. Se ha descrito que alrededor de un tercio de biopsias endoscópicas de adenomas de ampulla de Vater informa resultados erróneos,² es decir, algunas lesiones resecaadas por completo tienen algún grado de displasia mayor o aun cambios neoplásicos tempranos que no se detectaron con las biopsias realizadas al momento del diagnóstico y que llevaron a determinar su resección. En la actualidad, la escisión completa de las lesiones adenomatosas del ampulla de Vater es la recomendación más aceptada. La decisión de practicar resección endoscópica o quirúrgica depende sobre todo de la profundidad de invasión o del compromiso de la vía biliar establecidos por ultrasonido endoscópico o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, o por ambos métodos.^{2,3}

Se describe el caso de una resección endoscópica de un adenoma del ampulla de Vater.

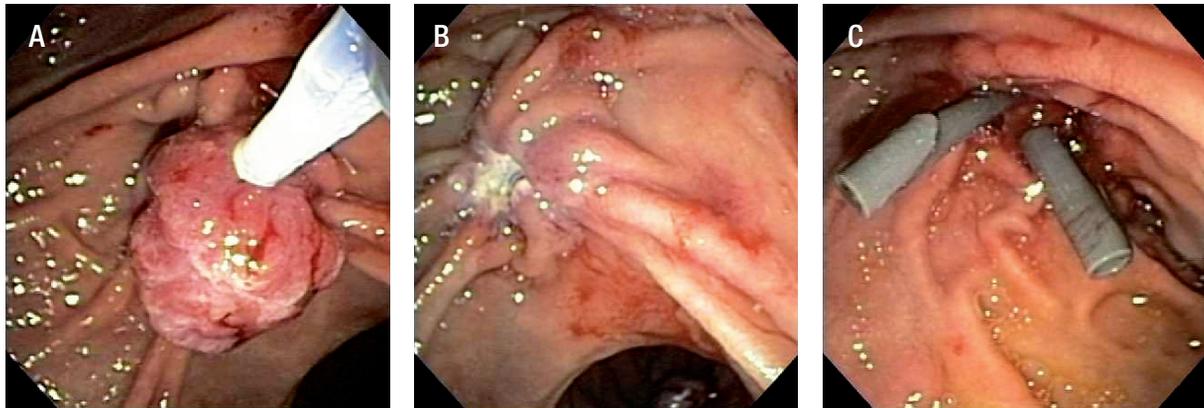
Informe del caso

Varón de 63 años de edad con antecedente de esófago de Barrett sin displasia. Durante el estudio endoscópico de seguimiento se identificó una lesión polipoide, ovalada, de alrededor de 20 x 15 mm, sésil y de aspecto digitiforme en la segunda porción del duodeno originada en el ampulla de Vater. Se tomaron múltiples muestras para biopsia de esta lesión (**Figura 1**). El estudio patológico informó adenoma tubulovelloso negativo para enfermedad maligna. Se realizó ultrasonido endoscópico (Olympus GFUCT140, Aloka alfa 5), que mostró una lesión con ecogenicidad mixta, de predominio hiperecogénico, de cerca de 30 mm, que sólo afectaba mucosa y submucosa (**Figura 2**). No se observó invasión al colédoco ni el conducto pancreático y tampoco se identificaron adenopatías.

Se decidió practicar su resección endoscópica con asa de polipectomía (**Figura 3A**). Previa elevación de la lesión con solución salina y epinefrina con aguja de escleroterapia, se introdujo el asa de polipectomía, con la que se rodeó la lesión por

Figura 3.

A) Resección endoscópica de una lesión en el ampulla de Vater con asa de polipectomía. B) Vista endoscópica después de la resección. C) Endoprótesis biliar (10Fr) y pancreática (7Fr) en posición adecuada.



completo; mediante corte y coagulación, la lesión se extirpó en su totalidad sin eventualidades (**Figura 3B**). Se recuperó el tejido con una red y de inmediato se extendió con agujas en tablillas y se introdujo en formol. Una vez terminada la recuperación de las piezas quirúrgicas se efectuó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y se colocaron dos endoprótesis plásticas, de 10 cm y 10Fr en el conducto biliar y de 4 cm y 7Fr en el conducto pancreático principal (**Figura 3C**). El informe definitivo de la pieza reseçada fue adenoma tubulovelloso, con bordes libres de lesión y sin focos de malignidad. Se siguió en forma estrecha al paciente; las endoprótesis biliar y pancreática se retiraron seis meses después de su colocación. A causa de la asociación de adenomas ampulares con lesiones de igual naturaleza en el colon, el paciente fue sometido a colonoscopia, sin que se encontraran pólipos. A nueve meses del procedimiento, el paciente se encuentra asintomático y en buenas condiciones generales.

Discusión

Los adenomas ampulares se presentan de modo esporádico o en el contexto del síndrome de poliposis adenomatosa familiar y casi siempre son asintomáticos. El consenso de manejo actual de las lesiones adenomatosas en el ampulla de Vater es la resección completa porque las biopsias endoscópicas no son del todo confiables.^{2,3} Algunas

lesiones reseçadas por completo presentan un grado de displasia mayor o aun cambios neoplásicos tempranos que no se detectaron en las biopsias efectuadas al momento del diagnóstico y que llevaron a determinar su resección, lo que conlleva un riesgo incrementado de desarrollar cáncer.⁴ Antes de la resección, es recomendable valorar las vías biliar y pancreática por algún método de imagen como el ultrasonido endoscópico o la colangiografía retrógrada endoscópica, o por ambas técnicas, ya que la resección quirúrgica es imperativa si la lesión afecta alguna de estas estructuras. El procedimiento quirúrgico tiene alta morbilidad (25% a 65%) y mortalidad (10%) en comparación con la terapia endoscópica, cuya morbilidad y mortalidad son más bajas (12% y 1% respectivamente) según informes de centros especializados.⁴ Las complicaciones de la terapia endoscópica pueden ser hemorragia, perforación o pancreatitis (7% a 10%).⁵ La frecuencia de dichas complicaciones puede disminuirse por medio de una esfinterotomía previa a la resección, con colocación de endoprótesis plásticas en los conductos colédoco y pancreático, elevación de la lesión adenomatosa con inyección de soluciones y epinefrina o su resección en partes.⁵⁻⁷ Puesto que algunos estudios mencionan que la tasa de recurrencia de las lesiones adenomatosas es hasta de 30%,⁶ debe realizarse seguimiento endoscópico periódico. Sin embargo, la periodicidad o la frecuencia de vigilancia aún no están claramente

determinadas. Aunque en general la resección endoscópica se realiza en lesiones que miden 20 a 30 mm, se han descrito resecciones exitosas de adenomas ampulares mayores de 30 mm.⁸

Los autores concluyen que los adenomas ampulares son lesiones raras y por lo generalmente asintomáticas que pueden ocurrir de manera aislada o en el contexto de poliposis adenomatosa familiar. La conducta terapéutica actual de estas lesiones es la resección completa. La terapia endoscópica ofrece mejores resultados en cuanto a morbilidad y mortalidad que la resección quirúrgica. Puesto que la tasa de recurrencia de las lesiones adenomatosas reseçadas por medios endoscópicos puede alcanzar 30%, el seguimiento endoscópico es obligatorio. Las complicaciones relacionadas con la resección endoscópica pueden presentarse en 7% a 10% de

los casos. La valoración tanto de la lesión adenomatosa como del probable compromiso de las vías biliar y pancreática por ultrasonido endoscópico o colangiopancreatografía retrógrada forma parte del tratamiento actual de estas lesiones.

Referencias

1. Baillie J. Endoscopic ampullectomy. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2379-81.
2. Rattner DW, Fernandez del Castillo C, Brugge WL, *et al.* Defining the criteria for local resection of ampullary neoplasms. *Arch Surg* 1996;131:366-71.
3. Dittrick GW, Mallat DB, Lamont JP. Management of ampullary lesions. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9:371-6.
4. Martin JA, Haber GB. Ampullary adenoma: Clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2003;13:649-69.
5. Katsinelos P, Paroutoglou G, *et al.* Safety and long-term follow-up of endoscopic snare excision of ampullary adenomas. *Surg Endosc* 2006;20:608-13.
6. Cheng CL, Sherman S, *et al.* Endoscopic snare papillectomy for tumours of the duodenal papillae. *Gastrointest Endosc* 2004;60:757-64.
7. Desilets DJ, Dy RM, *et al.* Endoscopic management of tumours of the major duodenal papillae: Refined techniques to improve outcome and avoid complications. *Gastrointest Endosc* 2001;54:202-8.
8. Eswaran SL, Sanders M, *et al.* Success and complications of endoscopic removal of giant duodenal and ampullary polyps: a comparative series. *Gastrointest Endosc* 2006;64:925-32.