

**AMPULOMA
MALIGNO DE TIPO
ADENOCARCINOMA -
REPORTE DE CASO**

Mateo Esteban Zea Cabrera

Poleth Estefanía Sempértegui Alvarado

All content in this magazine is licensed under a Creative Commons Attribution License. Attribution-Non-Commercial-Non-Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



Resumen: El ampuloma de tipo adenocarcinoma es un tumor maligno poco frecuente que afecta a la ampolla de Váter, cuya clínica tiene especial relevancia, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico precoz, una estadificación apropiada y un tratamiento correcto. Reporte de un caso clínico de un paciente masculino de 71 años que presenta hace 4 meses cuadro de astenia, dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso de 8kg. Se solicitan exámenes de laboratorio que evidencian elevación de enzimas hepáticas con patrón obstructivo y marcadores tumorales con significativo aumento de la alfa-feto proteína. Se realiza ecografía abdominal en donde se observa vías biliares intrahepáticas dilatadas, colédoco de 32mm a nivel retropancreático y vesícula distendida sin presencia de cálculos; además se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) + Biopsia, que visualiza tumoración a nivel de la ampolla de Váter de aproximadamente 2cm que invade al tejido pancreático. El diagnóstico mediante el examen anatómico-patológico confirma un ampuloma maligno de tipo adenocarcinoma, por lo que se decide la intervención quirúrgica inmediata. El procedimiento se llevó a cabo mediante pancreatoduodenectomía por técnica de Whipple con resección óptima de la tumoración y no se presentaron complicaciones postquirúrgicas. El paciente comenzó sesiones de quimioterapia y su evolución fue favorable.

Palabras Claves: Ampolla de Váter, Ictericia, Ampuloma, Adenocarcinoma, Pancreatoduodenectomía.

INTRODUCCIÓN

La ampolla de Váter es la porción del duodeno donde confluyen y desembocan el conducto biliar común o colédoco y el conducto pancreático principal, fue descrita inicialmente por Abraham Vater en 1720 (1).

Su función principal es regular el flujo de bilis y jugo pancreático por medio del esfínter de Oddi. Los tumores localizados en la ampolla se denominan ampulomas, representan el 2% de todos los tumores presentes en el aparato digestivo y se pueden originar sobre cualquiera de los tres epitelios (duodenal, pancreático y biliar) que componen la ampolla (2). Estos tumores poseen una especial relevancia clínica, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico oportuno, una estadificación apropiada y un tratamiento correcto. Los ampulomas presentan mejor pronóstico y mayor tasa de resecabilidad, en comparación con otras neoplasias peripapilares, debido a que los síntomas aparecen más temprano y son mejor diferenciados desde el punto de vista histológico (3).

Los tumores de la ampolla de Váter se presentan con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 50-70 años, además se pueden clasificar en benignos y malignos (4). Entre los tumores benignos, los adenomas son los más frecuentes, aunque son raros en esta localización y su riesgo de transformación maligna es de hasta un 30%; motivo por el que son lesiones premalignas considerables, ya que su progresión a adenoma veloso y adenocarcinoma es rápida a corto plazo (5). La incidencia de tumores malignos de la ampolla de Váter ha sido reportada en 0.5/100,000 casos, siendo el adenocarcinoma el más frecuente, con presencia en el 99% de los mismos (6).

La sintomatología clínica de estos tumores puede ser inespecífica y no siempre evidente. Cuando se encuentra presente, lo característico es que refleje la obstrucción de los conductos biliar o pancreático. De acuerdo con su frecuencia, el primer síntoma suele ser la ictericia en un 50% de los casos, seguido por el dolor abdominal de intensidad variable; manifestado en una tercera parte de las personas. Los pacientes con tumores

malignos por lo general presentan un síndrome constitucional con astenia, anorexia y pérdida de peso. Además, alrededor de un 15-30% de estos casos tienen asociada una coledocolitiasis secundaria a la colestasis. Otras alteraciones clínicas menos frecuentes son la colangitis y la hemorragia digestiva; situaciones que indican patología maligna con estadio avanzado (7).

Los resultados del tratamiento quirúrgico en este tipo de tumores han venido mejorando durante la última década, debido a distintos factores, como el diagnóstico preoperatorio correcto, el adecuado soporte perioperatorio y anestésico, el uso de nutrición parenteral postoperatoria, la quimioterapia y radioterapia adyuvantes, y el mantenimiento de estos pacientes en unidades quirúrgicas especializadas (8). El estadio tumoral y la presencia de invasión linfática son los principales factores pronósticos del tratamiento quirúrgico. El pronóstico de los ampulomas malignos es superior al de los adenocarcinomas pancreáticos, con un balance de supervivencia a los 5 años del 35-67%, mientras que para los segundos las tasas son menores del 20%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 71 años con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento continuo, refiere que desde hace aproximadamente 4 meses presenta dolor abdominal continuo de tipo cólico y de leve intensidad en hipocondrio derecho, el cual aumenta tras la ingesta de comida copiosa, para lo cual se administraba analgésicos que calmaban el dolor. El cuadro se exacerba y el paciente presenta ictericia cutánea y conjuntival, malestar general y pérdida de peso de aproximadamente 8 kg. Hace aproximadamente 48 horas el dolor abdominal aumenta en intensidad y se suma un episodio de náusea que lleva al vómito en una ocasión

de tipo alimenticio; razón por la cual es llevado a centro hospitalario, en donde se decide su ingreso. Paciente es valorado por especialista quien solicita exámenes de laboratorio generales con orientación hepatobiliar, en donde se observan: leucocitos: 5,7 x mm³; hemoglobina: 10,8 gr/dl; hematocrito: 33 %; plaquetas: 216.000 x mm³; PCR: 0,36; urea: 34mg/dl; creatinina: 0,79mg/dl; glucosa: 87mg/dl; TGO: 51 UI/l, TGP: 64 UI/l, GGT: 310 UI/l, bilirrubina total: 5,93 mg/dl, bilirrubina directa: 5,2 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,73 mg/dl, fosfatasa alcalina: 470 UI/l; lo que evidencia la presencia de hiperbilirrubinemia con patrón obstructivo. Además, se solicitan marcadores tumorales con elevación significativa de la Alfa-fetoproteína: 1,62. Se realiza ecografía abdominal en donde se visualiza: hígado normal, vías biliares intrahepáticas dilatadas, colédoco de 32mm a nivel retropancreático y vesícula distendida sin presencia de cálculos. El cuadro clínico del paciente es evaluado y se decide realizar una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) + Biopsia, examen que reporta tumoración a nivel de la ampolla de Váter de aproximadamente 2cm, ligeramente ulcerado y de superficie irregular que invade al tejido pancreático. Posteriormente, a través del examen anatómico-patológico, se confirma la presencia de un Adenocarcinoma de patrón papilar moderadamente ulcerado e infiltrante. Ante la presencia de patología neoplásica, se solicita tomografía abdominal en donde no se observan metástasis ni ganglios linfáticos afectados. Por último, se define como diagnóstico final un Ampuloma maligno de tipo adenocarcinoma con Estadio T3N0M0; razón por la que se solicita valoración por departamento de cirugía, quienes deciden tratamiento quirúrgico inmediato. El procedimiento se llevó a cabo mediante una pancreatoduodenectomía por técnica de Whipple con resección óptima

de la tumoración y no se presentaron complicaciones postquirúrgicas. Al término de la intervención quirúrgica el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en donde permanece estable sin uso de fármacos vasoactivos, con drenes abdominales en débito mínimo, y dieta enteral por sonda nasogástrica con buena tolerancia. Paciente permanece por 48 horas en UCI, luego de lo cual es trasladado a sala general con buen estado hemodinámico, motivo por el que se procede al retiro de drenes y sonda, para posterior administración de dieta líquida progresiva sin dificultades. El paciente fue dado de alta después de 7 días tras su estabilización y comenzó sesiones de quimioterapia con evolución favorable.

DISCUSIÓN

Los adenocarcinomas de la ampolla de Váter son tumores malignos que se presentan con muy poca frecuencia en comparación con las neoplasias originadas en las estructuras que conforman la región periampular (cabeza del páncreas, tercio distal del conducto biliar común, conducto pancreático y mucosa duodenal adyacente), las cuales pueden presentarse con similares manifestaciones clínicas (9). El término carcinoma ampular no sólo hace referencia a una ubicación topográfica, sino también a la composición histológica que deriva de la mucosa intestinal que cubre dicha región.

La identificación de estos tumores en etapas iniciales requiere una adecuada sospecha clínica y una correcta evaluación de los pacientes que presentan alteraciones hepatobiliares, recordando que uno de los principales síntomas es la ictericia. La ecografía abdominal es el primer examen exploratorio que se debe realizar, ya que permite verificar la dilatación extrahepática de la vía biliar, la dilatación del conducto pancreático, y localiza el lugar de la obstrucción. Asimismo,

la tomografía abdominal desempeña un papel importante en el estudio preoperatorio, ya que es capaz de detectar tumores con tamaño superior a 2cm; sin embargo, al igual que la ecografía corren con la desventaja que no permiten diagnosticar ampulomas con un tamaño inferior a 2cm (10).

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la duodenoscopia con un endoscopio de visión lateral son los principales procedimientos diagnósticos para estos tumores, y son de elección para determinar la presencia de ampulomas de pequeño tamaño, obtener muestras de biopsia para estudios anatómo-patológicos, solventar la obstrucción biliar o pancreática, y cuantificar el grado de extensión intraductal. La CPRE posee una sensibilidad del 69% para detectar patología maligna, la misma que se incrementa al 77% si las biopsias endoscópicas se realizan tras la esfínterotomía (11).

Con respecto al tratamiento, si bien son discutidas las intervenciones quirúrgicas radicales en comparación a otras cirugías conservadoras, la pancreatoduodenectomía con técnica de Whipple es el tratamiento de elección para las neoplasias invasivas de la ampolla de Váter y en los tumores con crecimiento intraductal amplio, por lo que no se recomienda en los pacientes con tumores benignos (12). Su gran ventaja recae en que el procedimiento presenta una menor tasa de recurrencias y no necesita vigilancia endoscópica (13).

REFERENCIAS

1. Vater A. **Disertatio anatomica qua novum bilis diverticulum circa orificium ductus choledochi, at et valvulosum colli vesical fellae constructionem ad disceperdum proponit.** Lit Gerdesianis, 1720.
2. Seifert E, Schulte F, Stolte M. **Adenoma y carcinoma de duodeno y papila de Vater: un estudio clinicopatológico.** Gastroenterol. 1992; 87: 37-41.
3. Tarazi R, Herman R, Vogt D, *et al.* **Results of surgical treatment of peripapillary tumors: a thirty-five-year experience.** Surgery. 1986; 100: 716-723.
4. Lorenzo V, Moreno V, Doménech E, Boix J. **Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater.** Gastroenterol Hepatol. 2009; 32(2): 101-08.
5. Irani S, Arai A, Ayub K, Biehl T, Brandabur J, Dorer R, *et al.* **Papilectomía por neoplasia ampular: resultados de un solo centro de referencia durante un período de 10 años.** Gastrointestinal Endosc. 2009; 70(5): 923-32.
6. Heinrich H, Weber A, Bauerfeind P. **Eliminación exitosa de un adenoma papilar mediante el uso de la técnica cap.** Gastrointest Endosc oc. 2010; 72(1): 220-1.
7. Ponchon T, Berger F, Chavaillon A, *et al.* **Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater.** Cancer. 1989; 64: 161-167.
8. Balsells J, Olsina J, Bilbao I, *et al.* **Tratamiento quirúrgico de la neoplasia de páncreas y región periampular en una unidad especializada: una década después.** Gastroenterol Hepatol. 2006; 29(2): 66-70.
9. Wise L, Pizzimbono C, Dehner LP. **Periampullary cancer. A clinicopathologic study of sixty-two patients.** 1976; 131(2): 141-8.
10. Cannon M, Carpenter S, Elta G, Nostrant T, *et al.* **EUS en comparación con CT, resonancia magnética y angiografía y la influencia de la colocación de stents biliares en la precisión de la estadificación de las neoplasias ampulares.** Gastrointestinal Endosc. 1999; 50(1): 27-33.
11. Sauvanet A, Chapuis O, Hammel P, Fléjou J, *et al.* **¿Los procedimientos endoscópicos son capaces de predecir la benignidad de los tumores ampulares? .** 1997; 174 (3): 355-358.
12. Whipple A, Parsons W, Mullins C. **Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater.** 1935; 102(4): 763-79.
13. Allema J, Reinders M, Van Gulik T, Van Leeuwen D, *et al.* **Results of pancreaticoduodenectomy for ampullary carcinoma and analysis of prognostic factors for survival.** Surgery. 1995; 117(3): 247-53.