

MEDICINA AL DIA

CARCINOMA DE AMPOLLA DE VATER

* Dr. Barón Bienvenido Perez Natera

* Dr. Jaime T. Batista A.

** Dr. Nelson Augusto Aybar Ferrando

*** Dra. Carmen Julia Rodriguez Taveras

* Cirujanos generales y laparoscópicos, Hospital Militar Dr. Ramón de Lara , Fuerza Aerea Dominicana (FAD), San Isidro, Distrito Nacional, Republica Dominicana

** Medico ayudante de cirugía general, Hospital Dr. Toribio Bencosme, Moca, Republica Dominicana

*** Medico General

El carcinoma de la ampolla de Vater es muy difícil de distinguir del carcinoma de la cabeza del páncreas y otros cánceres de la región periampular (carcinoma del duodeno y de las vías biliares), por lo que pueden ser considerados como un grupo.¹⁻³

La edad promedio de los pacientes afectados de carcinoma de ampolla de Vater varía, según diferentes autores entre 48.5 y 59.4 años¹, aunque hay un caso reportado en un paciente de 22 años de edad.⁴

El sexo con mayor incidencia es para unos autores el masculino y para otros el femenino. Se desconoce su etiología.

Hispatológicamente el adenocarcinoma es la lesión predominante, aunque pueden aparecer

citadenocarcinomas, sarcomas y tumores carcinoideos.

Las manifestaciones clínicas mas frecuentes son:

Pérdida de peso, dolor abdominal que es más frecuente tipo cólico, ictericia generalmente intermitente, escalofríos y fiebre.

Los estudios de laboratorio más importantes son las pruebas para la ictericia obstructiva. No es significativa la relación entre las fracciones directas e indirectas de la bilirrubina.

Las concentraciones séricas de bilirrubina casi nunca aumentan a más de 30-34 mg/100 m., en tanto que en la necrosis hepática aguda se asocia a concentraciones mucho más altas. La fosfatasa alcalina casi siempre está aumentada, a

veces incluso antes que se presente la ictericia. La transaminasa sérica es útil para descartar hepatitis, ya que en esta enfermedad sus valores suelen elevarse a más de 1,000 Ud. En caso de obstrucción mecánica, casi siempre se descubren cifras menores de 500Ud.

El diagnóstico se sospecha por las manifestaciones clínicas y las pruebas para la ictericia obstructiva. Un 50 a 60% de los pacientes con cáncer pancreático duodenal tienen alguna anomalía radiográfica, como distorsión considerable del duodeno, desplazamiento anterior del estómago y un signo de "3" invertido o ensanchamiento del asa duodenal.¹ No obstante, por lo general, es imposible el diagnóstico radiográfico definitivo con base en la serie gastroduodenal.

Las técnicas de ultrasonido y el advenimiento de la Tomografía Axial Computarizada han revolucionado el diagnóstico. Otros medios diagnósticos son la duodenoscopia y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la colangiopancreatografía transhepática percutánea (CTP) con aguja fina, esta última cuando hay ictericia obstructiva, debido a que permite definir mejor el sitio donde están comprimidas las vías biliares.²

El carcinoma produce una obstrucción de bordes lisos con reducción gradual de la luz, pero los cálculos ocasionan una deformidad convexa típica, puesto que pueden ocurrir hemorragia y peritonitis biliar, la CTP sólo debe realizarse cuando se prepara exhaustivamente al paciente para la operación.³

La angiografía selectiva es útil en casos selectos, más para confirmar si son operables.

La hepatitis por lo general se excluye por su tendencia a afectar a personas de menor edad, el período prodrómico de una a dos semanas que se caracteriza por malestar general, anorexia y fiebre que preceden al inicio de la ictericia y el dolor hepático difuso a la palpación con un notable aumento de las concentraciones séricas de transaminasas. La pérdida de peso intensa en un paciente icterico casi siempre significa carcinoma.

La ictericia colestática debida a hepatitis viral o a medicamentos, es difícil de distinguir de una obstrucción ocasionada por tumores; en estos casos se realiza biopsia hepática por punción.¹⁻³

Una vez establecido el diagnóstico se recomienda la operación temprana. La operación está indicada en casi todos los pacientes para la descompresión biliar o la derivación gástrica, o los

dos procedimientos a la vez.

El drenaje biliar trans-hepático preliminar durante siete a diez días es útil para mejorar la función hepática en pacientes con ictericia intensa, aunque existe el riesgo de mayor frecuencia de infección. Se debe corregir el estado nutricional, la anemia y el desequilibrio hidromineral y valorar la función renal.¹⁻³

El único tratamiento definitivo y potencialmente curativo del carcinoma pancreático duodenal es la resección pancreático duodenal como la efectuó Whipple satisfactoriamente en el 1935. Esta debe realizarse en casos de carcinomas localizado de la ampolla de Vater, del duodeno, o del colédoco en pacientes con bajo riesgo, si la lesión está relativamente circunscrita y no hay datos de diseminación al hígado.

Otras razones para la resección es la incapacidad del cirujano para distinguir entre una lesión primaria de la cabeza del páncreas y un tumor de la ampolla o del extremo interior del colédoco, así como para una sobrevida más prolongada y cómoda. Aunque la tasa de resecabilidad del carcinoma de la ampolla y del duodeno es entre 65 y 75%, sólo 10-15% de los pacientes con carcinoma del páncreas tienen lesiones resecables. Por tano, la intervención del cirujano en la paliación es importante, aunque la sobrevida promedio después del diagnóstico en caso de obstrucciones neoplásicas y resecables de la vía biliar sea alrededor de seis meses.

Raras veces estos pacientes viven más de un año, aunque la tasa de sobrevida es de cinco años en el carcinoma de la ampolla de Vater y del duodeno y es por lo menos el doble que en el carcinoma del páncreas.

No obstante, el alivio de la ictericia, el prurito concomitante y de la obstrucción proporcionará una paliación significativa.

Es fácil de realizar una coledocoyunostomía.

La coledocoyunostomía es necesaria cuando la vesícula biliar o el cístico, están obstruidos por el tumor.

La coledocoduodenostomía no es conveniente cuando es probable la obstrucción duodenal.

La invasión del duodeno y del estómago produce obstrucción gastrointestinal en 20% de los pacientes con carcinoma del páncreas y por esta razón es recomendable la gastroenterostomía.

En el enfermo débil y anciano con alto riesgo quirúrgico, el drenaje interno por vía trans-hepática

percutánea y radioerapia en combinación con la quimioterapia prolonga la sobrevida y es útil en los sometidos a resecciones potencialmente curativas.

En casos seleccionados de carcinoma de ampolla de Vater puede realizarse ampulectomía o excisión extendida de la ampolla de Vater (Gadzijev).

Como paliación puede realizarse palotomía endoscópica o utilizarse prótesis.⁵

Henne⁶ reporta una disminución de la sobrevida con la realización de la linfadenectomía radical.

Esta actualización en el estado de esta entidad quirúrgica se debe a la oportunidad que tuvimos de manejar un caso, del cual ofrecemos a seguidas un resumen de su historial clínico.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 47 años de edad, quien se presenta con dolor abdominal e ictericia intermitente, con pruebas hepáticas alteradas.

Tratado con analgésicos y hepatoprotectores, con ligera mejoría.

Acude a los dos meses de iniciado los síntomas al Hospital Padre Billini con ictericia ligera y bilirrubina total en 3 mg/100 ml. Se realiza duodenoscopia observandose el bulbo duodenal eritematoso y en la segunda porción del duodeno una elevación de la superficie irregular (granular), friable, que ocupa toda la ampolla de Vater de donde se toma biopsia.

Diagnóstico Histopatológico:

Adenocarcinoma bien diferenciado de ampolla de Vater (Ampuloma). Estadio III (T. 2, N1, MO), aunque sólo uno de doce ganglios estaba invadido.

Se lleva a la sala de cirugía donde se realiza pancreatoduodenectomía parcial (operación de Whipple) con disección ganglionar regional.

Se envía al oncólogo clínico, recibiendo quimioterapia con buena evolución en dos años de seguimiento.

Como vemos, en este caso la patología se presentó en el sexto masculino dentro de la edad promedio reportada, haciéndose el diagnóstico mediante duodenoscopia con toma de biopsia.

REFERENCIAS

- 1.- Rubio Robles F J, Bernal Shagun F, Valdés Lias R, Jesurum J, Brinagarrementería R, et al. Carcinoma de ampolla de Vater. Experiencia en nuestro servicio de gastroenterología. Rev Med Hosp Gen Mex oct-dic 1998;51(4): 213-17,
- 2.- Benno H. Tumores primarios de intestino delgado y de papila: Estudio anatómico-clínico de 35 casos. Rev AMRIGS jan-mar 1986; 30(1):73-9
- 3.- Wohnrath D R, Pinto Salvio F C, Possik R A, Abrao A. Carcinoma de papila de Vater. Análise de 19 casos. Acta Oncol Bras jan-abr 1988; 8(1): 13-8
- 4.- Coelho J C U, Pisani J C, Buffara Jr V A, Artigas G V. Adenocarcinoma da ampolla de Vater em um paciente de 22 años de idade. Rev Med Paraná jun-dez 1985; 43:82-84
- 5.- Asbun J J, Rossi R L, Muson J L. Local resection for ampullary tumours; is there a place for it?. Arch Surg 1993 may 1993; (5)128: 515-20.
- 6.- Henne B D, Kremer B, Meyer P U, Vogel Y, Schroder S. Partial duodenopancreatectomy with radical lymphadenectomy in patients with pancreatic and periampullary carcinomas: Initial results. Hepatogastroenterology Apr 1993 ; 40(2): 145-49.