

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”
MORÓN**

Adenocarcinoma de la papila duodenal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Adernocarcinoma of duodenal papila. A case presentation and literature review

Armando Rivero León (1), Margis Núñez Calatayud (2), Oilet Gutierrez Domingo(3).

REUMEN

Se presenta un paciente masculino, blanco de 57 años de edad con un Adenocarcinoma bien diferenciado de la papila duodenal, patología muy poco frecuente en nuestro medio. Se muestran el estudio clínico y los exámenes complementarios realizados los que incluyeron, Humorales, Radiografías de Estómago y Duodeno, Endoscopia, Ecografía Abdominal y la Laparotomía. Describimos la Técnica Quirúrgica empleada y el resultado histopatológico de la pieza extraída. Al quinto día del postoperatorio fue dado de alta con una evolución satisfactoria. El resultado anatomopatológico fue: Adenocarcinoma bien diferenciado de la Papila Duodenal. Cumplió tratamiento coadyugante, mostrando una evolución Clínica, Humoral y Endoscópica excelente. Se realiza una revisión de la literatura y se exponen los criterios de mayor interés.

Palabras Clave: Adenocarcinoma, Papila Duodenal, Ampuloma.

1. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Vice-Director Quirúrgico.
2. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Profesora Instructora.
3. Estudiante de Quinto Año de Medicina. Alumno Instructor no Graduado de Cirugía General.

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas son menos frecuentes en la región periampular que en el Páncreas. Sin embargo, a pesar de una incidencia baja, son importantes debido a que son mucho más curables que los carcinomas del Páncreas. Los tumores de esta zona pueden provenir del tercio terminal del Colédoco, del epitelio de revestimiento de la mucosa epitelial, de la ampolla misma, en circunstancias extremadamente raras de las glándulas de Brunner(1)

Los adenocarcinoma de la ampolla y de la mucosa duodenal con frecuencia aparecen sobre la base de una lesión papilar sésil, la que es equivalente, morfológicamente al Adenoma vellosos del intestino grueso. Con el incremento de la utilización de los métodos endoscópicos para la detección temprana de estos tumores ha mejorado el manejo de los mismos y su diagnóstico precoz. Los tumores que tienen este origen se presentan como masas papilares de consistencia blanda, ubicados en la luz duodenal, la cual, debido a esta consistencia puede no ser palpada a través de un dedo en un duodeno que no está abierto. Se necesita una duodenotomía con biopsia por congelación para hacer el diagnóstico. La biopsia no debe ser demasiado superficial. De otra manera puede pasarse por alto la porción maligna más profunda (1,2)

REPORTE DEL CASO

Se presenta un paciente de 57 años de edad del sexo masculino y de color de la piel blanco que acude a nuestra consulta por marcado deterioro del estado general, pérdida de peso importante e ictericia, se ingresa en nuestro servicio y se le realiza estudio, constituido por exámenes humorales, imagenológicos, endoscópicos e histológicos.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Examen clínico: Ictericia cutáneo mucosa, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, hepa-tomegalia de aproximadamente 4 cm.

Exámenes humorales: Hemoglobina 131 g/l, TGP 33.5UI, glicemia 5.7 mmol/l, VDRL no reactiva, eritrosedimentación 100 mm, bilirrubina total 24.4 mg/dl, bilirrubina directa 16 mg/dl, amilasa sérica 142 unidades smogy, proteína total 68 g/l.

Exámenes imagenológicos: Ecografía abdominal dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, colédoco de 18mm, vesícula biliar dilatada de 112 x 64 mm sin litiasis, hígado que rebasa 48 mm el reborde costal, no se visualiza tumor pancreático ni del área peripancreática. Rx de Esófago – Estomago - Duodeno discreto defecto de lleno de la segunda porción del duodeno, vaciamiento gástrico acelerado.

Exámenes endoscópicos: Esófago de caracteres normales, Estómago gastritis superficial ligera, duodeno, se aprecia estrechamiento parcial de la luz en segunda porción con excrescencia de tejido a través de la papila, se toma muestra para biopsia.

Otros exámenes: Estudios anatomopatológicos con muestra muy diminuta constituida por infiltrado inflamatorio agudo y mucus, no útil para diagnóstico.

Laparotomía exploradora: Se realiza incisión transrectal supraumbilical derecha, se profundiza por planos hasta llegar a la cavidad abdominal, constatando hígado de aspecto colestásico y marcada dilatación de la vía biliar extra-hepática, se realiza palpación manual del duodeno y el páncreas hallando tumor de aproximada-mente 3cm en la segunda porción del duodeno con limitado grado de movilidad, realizamos colangio por punción del colédoco que muestra estrecho en desfiladero en el tercio distal. Procedemos a realizar duodenotomía transversal y exploración del área periampular encontramos el tumor en íntima relación con la papila, se realiza apertura de la mucosa con disección transmural de los conductos pancreáticos y biliares quedando margen de seguridad en relación con el tumor, Biopsia por congelación que informa evidencias de malignidad, posible adenocarcinoma, ganglios revisados negativos de malignidad. Se reimplantan las estructuras biliares y pancreáticas, y realizamos coledocoduodenostomía externa descompresiva. Cierre del duodeno en un solo plano seromuscular continuo extramucoso.

Estudio histopatológico:

Examen macroscópico: Se recibe masa de tejido que mide 4cm, dilatada, serosa deslustrada, de consistencia dura que al corte muestra un área nodular bien circunscrita de color blanquecino y aspecto gredoso. (Figuras 1 y 2).

Examen microscópico: Adenocarcinoma bien diferenciado de la papila duodenal. (Figuras 3 y 4). No metástasis en los ganglios revisados y estudiados.

DISCUSIÓN

Bajo la designación de carcinoma de los conductos biliares se incluye la afección de cualquiera de los conductos biliares extrahepáticos, así como el segmento intraduodenal. Esta última forma se distingue generalmente como Carcinoma de la Ampolla de Vater. En conjunto la afección carcinomatosa de estos conductos es algo más rara que el carcinoma de la Vesícula Biliar. Sin embargo, estos tumores malignos superan con mucha más frecuencia las otras lesiones benignas (Papi-lomas y adenomas) que afectan estas estructuras(1).

Aparecen a la misma edad que el carcinoma de la Vesícula Biliar, pero así como esta última neoplasia es más frecuente en mujeres, los carcinomas de los conductos biliares son ligeramente más frecuentes en varones(2).

Las localizaciones de estos tumores en orden de frecuencia son: la región periampular; el colédoco, especialmente en su extremo inferior; la unión del conducto cístico con los hepáticos comunes (algunas veces denominado tumor de Klatskin); los conductos hepáticos, y el conducto cístico. La mayoría de las neoplasias, cuando son descubiertas clínicamente, son pequeñas, ya que originan síntomas obstructivos precoces (2).

Las neoplasias toman una de estas tres formas: 1) Papilar fungiformes, 2) Nódulos intraductales y 3) Lesiones infiltrativas difusas de la pared de los conductos. En la región de la papila generalmente toman la forma de pequeñas masas hemisféricas que estrechan el orificio y hacen protrusión en la luz duodenal, raramente exceden los 2-3 cm de diámetro y 1cm de longitud, en la mayoría de los casos la mucosa duodenal subyacente está intacta (2).

Figura 1.

Cuando aparecen síntomas en estas neoplasias suelen estar en relación con el componente obstructivo ductal (85-100% de los casos), ictericia obstructiva acompañada de prurito y pérdida de peso. Se reporta también la anemia crónica y la suboclusión intestinal como forma de presentación de un tumor polipoideo de la ampolla de Vater (3).

Pestana, R. A; en su trabajo Tumor carcinoide de la papila presentó 2 casos diagnosticados e intervenidos en la ESE- Hospital Universitario de Cartagena, ambos de sexo femenino, de 53 y 37 años de edad. La primera paciente consultó por dolor abdominal, fiebre ocasional, escalofríos, vómitos e ictericia de aparición reciente. En ambas pacientes los hallazgos fueron, lesión circunscrita a la ampolla de Vater, sin encontrar adenopatías mesentéricas ni metástasis hepáticas, por lo que a las dos se les practicó ampulectomía. El diagnóstico anatomopatológico fue de tumor carcinoide clásico insular de la ampolla de Vater, (4) lo que denota la variabilidad histológica a pesar de lo infrecuente de este tipo de lesiones.

De la Torre Bravo, en su estudio, Diagnóstico endoscópico de los tumores del ámpula de Vater consideró que el diagnóstico de los tumores del ámpula de Vater reviste complejidad por la vecindad de otras estructuras anatómicas, sitio de origen de tumores con historia natural, tratamiento y pronóstico diferentes. La ictericia fue el síntoma principal en 92 por ciento (5).

Los medios diagnósticos más utilizados son la Radiografías contrastadas de Estómago y duodeno, Gastroduodenoscopia, ultrasonido (US), Tomografía axial Computarizada (TAC) , Colangio-pancreatografía Retrograda Endoscopica (CPRE), laparotomía y biopsia(5-7). En nuestro trabajo prescindimos de algunos de estos exámenes por aparición del diagnóstico con mayor facilidad. El Ultrasonido puede demostrar una vía biliar intrahepática dilatada, a consecuencia de la obstrucción distal(8). La TAC de abdomen, ha sido empleada por otros autores y pudiera ayudar al diagnóstico de estos tumores, evidenciando una lesión circunscrita al área pancreatoduodenal, de baja densidad con dilatación de la vía biliar extra e intrahepática. La supervivencia a largo plazo sigue siendo baja (9). La CPRE puede sugerir un colangiocarcinoma (10). La Colangiorresonancia magnética de la vía biliar ha demostrado gran efectividad en el diagnóstico de pacientes con ictericia obstructiva pero resulta extremadamente costosa (11-13).

En 34 de 65 pacientes en los cuales se hizo US o TAC, en casi la mitad se demostró sólo dilatación de las vías biliares, en seis hubo sospecha de tumor ampular, en seis hubo sospecha de tumores pancreáticos, el cual fue descartado, y en siete los hallazgos fueron inespecíficos. La imagen endoscópica descubrió el tumor en todos los casos, pero sólo en 84.6 por ciento la biopsia fue diagnóstica: se descubrieron 48 carcinomas, seis adenomas y un linfoma(5).

La pieza quirúrgica descubrió dos carcinoides con diagnóstico endoscópico de carcinoma. Se concluye que la endoscopia es un buen método diagnóstico y permite paliación, pero requiere

perfeccionamiento como la ultrasonografía endoluminal sobre todo si, considerando la elevada morbimortalidad de la pancreato-duodenectomía, se pretenden tratamientos conservadores. La apariencia histológica es variable, los tumores benignos de la ampolla son extremadamente raros dentro de las que se incluyen adenomas, adenomiomas y pólipos inflamatorios, en relación con las lesiones malignas se describen casos con tipos histológicos de adenocarcinoma en su mayor proporción, tumor carcinoide, linfoma y melanoma. (4,14). En algunos casos el diagnóstico histopatológico tiene dificultad(15-17).

Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los tumores de la papila son conocidas internacionalmente y oscilan entre la ampulectomía, las pancreato-duodenectomías cefálicas y las pancreatoduodenectomías más radicales, mostrando estas últimas un elevado índice de mortalidad, estas se ejecutarán en dependencia del tamaño del tumor, tipo histológico, grado de diferenciación y toma ganglionar regional. Las disecciones más radicales siguen mostrando una supervivencia a largo plazo baja(18-21).

En nuestro caso la técnica utilizada fue la ampulectomía con reimplante de las estructuras pancreatobiliares en la mucosa duodenal, practicamos colédocoduodenotomía (modalidad Florcken) externa derivativa profiláctica y disección de las cadenas linfáticas regionales para estudio anatomopatológico. El paciente fue egresado de nuestro hospital al quinto día del postoperatorio con excelente evolución clínica, cumpliendo tratamiento neoadyugante a su egreso.

CONCLUSIONES Adenocarcinoma bien diferenciado de la Papila duodenal.

ABSTRACT

A white male patient, 57 years old, presented with an adenocarcinoma well differentiated of the duodenal papilla; pathology very unfrequent in our center. The clinical studies and complementary exams that included humoral, stomach and duodenum Rx, endoscopy, abdominal ecography and laparotomy are shown. The surgical technique used was described and the histopathological result of the piece excised. On the fifth day of surgery was discharge. With a satisfactory evolution. The anatomopathological result was adenocarcinoma well differentiated of the duodenal papilla. He accomplished auxiliary treatment showing an excellent clinical, humoral and endoscopic evaluation. A revision of the literature is done and criteria of greater interests are explained.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patología estructural y funcional. 3 ed. Mexico: Interamericana; 1988.
2. Rosai J. Páncreas y región periampular. En: Patología quirúrgica. T. 2. La Habana: Instituto del Libro;1983.
3. Bujanda L, López P, Beguiristain A. Anemia crónica y sub-oclusión intestinal como forma de presentación de un pólipo hamartomatoso de la ampolla de Vater. Rev Esp Enferm Dig 1997; 89(8):644-6.
4. Pestana RA, Ariza GJ, Martínez AM. Tumor canceroso en la ampolla de Vater Rev Colomb Cir 1998; 13(3):185-195.
5. De la Torre Bravo AG. Diagnóstico endoscópico de los tumores del ampulla de Vater 2001; 137(1): 9-14.
6. Luna Ortiz, K. Adenoma veloso con adenocarcinoma oculto del ampulla de Vater: reporte de un caso. Rev Inst Nac Cancerol 2000; 46(3): 79-182.
7. Menack MJ, Spitz JD, Arregui ME. Staging of pancreatic and ampullary cancers for resectability using laparoscopy with laparoscopic ultrasound. Surg Endosc 2001; 15(10):1129-34.

8. Quirk DM, Rattner DW, Fernandez-del Castillo C, Warshaw AL, Brugge WR. The use of endoscopic ultrasonography to reduce the cost of treating ampullary tumors. *Gastrointest Endosc* 1997; 46(4): 334-7.
9. Bumeister Lorenzen R, Perales Carlos, Benavides C, García C. Cáncer de la ampolla de Vater: resultados post-operatorios y sobrevida. *Rev Chil Cir* 2000; 52(3):235-42.
10. Aretxabala Urquizar X. Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada: análisis de sus complicaciones. *Rev Chil Cir* 2000; 52(5): 453-8.
11. Simonetto RC, Mon JC, Valle M del, Afonso A. Colangiorresonancia magnética: experiencia inicial. *Rev Argent Radiol.* 2000; 64(1):37-44.
12. Pekolj Juan, Pietrani M, Mazza O. Aplicación de la colangiografía por resonancia nuclear magnética en el manejo de la patología biliopancreática *Rev Argent Cir* 1999; 77(6):218-28.
13. Schwartz LH, Coakley FV, Sun Y. Neoplastic pancreaticobiliary duct obstruction: evaluation with breath-hold MR cholangiopancreatography. *Am J Roentgenol* 1998; 170(6):1491-5.
14. Hittélet AB, Yeaton P. Decaestecker C. Discrimination between dysplastic and malignant epithelium of the ampulla of vater based on quantitative image cytometric data. *Anal Quant Cytol Histol* 2000; 22(2): 98-106.
15. González Quintin H. *Rev Gastroenterol Méx* 2001; 66(3):150-152.
16. Moran A, Collins S, Evans DG, Davies R. Risk of subsequent primary cancers in patients with carcinoma of the Ampulla of Vater. *Br J Cancer* 1997; 76(9):1232-3.
17. Gómez Iglesias S, Sendra León P, Mir Pallardo J. Tumores malignos de la ampolla de Vater. Presentación de 28 casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp* 1994; 194(1):9-12.
18. Savío López AM. Pancreatoduodenectomía cefálica en los tumores periampulares: experiencia en nuestro centro y revisión del tema. *Rev Cubana Cir* 2001; 40(4):284-290.
19. Samaniego C, Flores J, Caballero Pezoa G, Ayala Bonzi JA. Tumores periampulares: resultados del tratamiento quirúrgico en una serie paraguaya. *Rev Chil Cir* 2000; 52(5):459-64.
20. Mosca F, Giulianotti PC, Balestracci T. La duodenocefalopancreasectomia con conservazione del piloro (PPPD) nel carcinoma pancreatico e periampollare. *Chir Ital* 1994; 46(2): 59-67.
21. Duca S, Popa EL, Kovacs T, Acaloschi I. Duodenopancreatectomia cefálica cu conservarea pilorului în tratamentul ampulomului vaterian malign. *Chirurgia (Bucur)* 1991; 40(1): 28-39.

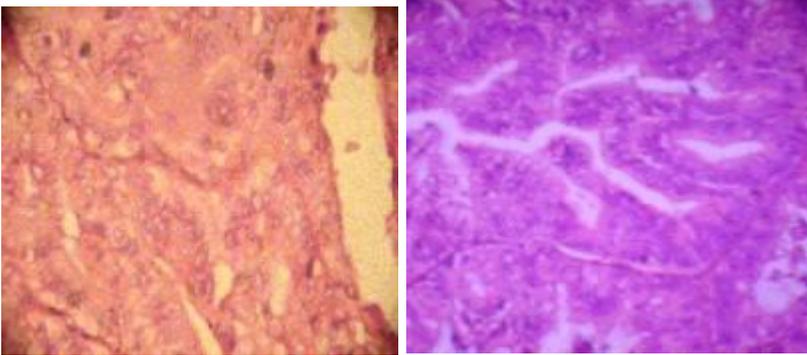
ANEXOS



Figura. 1: Orificio papilar externo, corte transversal.



Figura. 2: Aspecto nodular en Papila duodenal cubierta de mucosa.



Figuras. 3 y 4: Características anatomopatológicas.