

PRESENTACIÓN DE CASO

Operación de Whipple en un ampuloma

Whipple operation in an ampulloma

José Javier Díaz Gallardo¹, Naydalis Martínez Navarrete², Claudia German Otero², Juan Carlos Delgado Fernández³

¹Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Cirugía General. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. Cuba.
noemyh@princesa.pri.sld.cu

²Estudiante de cuarto año de Medicina. Alumno ayudante de Cirugía General. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. Cuba.

³Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el ampuloma es un tumor que se origina en la papila de Vater. En un procedimiento de Whipple estándar, el cirujano extirpa la cabeza del páncreas, la vesícula biliar, parte del duodeno, una pequeña parte del estómago y los ganglios linfáticos cercanos a la cabeza del páncreas.

Presentación del caso: paciente masculino de 68 años de edad, de color de piel blanca, que acude a cuerpo de guardia por presentar desde hace alrededor de 3 meses dolor abdominal, este acompañado de vómitos. Se realiza esofagogastroduodenoscopia mostrando en la porción del duodeno que la mucosa a nivel de ampolla de Vater presentó una lesión vegetante, friable, irregular, se toma muestra para biopsia la cual mostró una infiltración de la pared duodenal de adenocarcinoma. Se interviene quirúrgicamente, mediante la técnica de Whipple. No se presentaron complicaciones de interés, la estadía posoperatoria fue de 10 días.

Conclusiones: a pesar de tratarse de una patología infrecuente, el ampuloma deben estar presentes en la mente y en el ejercicio diario del cirujano general ante patología biliar o digestiva, como probabilidad diagnóstica sugerida por una evolución tórpida o un curso agresivo de la enfermedad obstructiva en ausencia de litiasis en la vía biliar.

DeCS: pancreaticoduodenectomía; neoplasmas pancreáticos; carcinoma periampular; técnicas quirúrgicas

ABSTRACT

Introduction: ampulloma is a tumor originated in the papilla of Vater. In a standard Whipple procedure, the surgeon removes the head from the pancreas, gallbladder, part of the duodenum, a small part of the stomach and the lymph nodes near the head of the pancreas.

Case report: a 68-year-old, male, white race patient came to the doctor on duty presenting abdominal pain for 3 months, accompanied by vomiting. Esophagogastroduodenoscopy was performed showing in the duodenum that the mucosa at the level of the ampoule of Vater presented a vegetative, friable, irregular lesion. A sample was taken for biopsy, which showed infiltration of the duodenal wall of adenocarcinoma. The patient underwent surgery using the Whipple technique. There were no complications of interest and it took ten days of postoperative stay.

Conclusion: although it is an uncommon pathology, the ampulloma must be suspected in the daily practice of the general surgeon in relation to a biliary or digestive pathology, as a diagnostic probability suggested by a torpid evolution or an aggressive course of an obstructive disease in absence of lithiasis in the biliary duct.

DeCS: pancreaticoduodenectomy, pancreatic neoplasms, periampular carcinoma, surgical techniques

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias periampulares corresponden a un grupo heterogéneo de tumores que se ubican en la región anatómica que les da su nombre. De acuerdo a su origen éstos pueden ser tumores de la cabeza del páncreas, de la vía biliar distal, de la ampolla de Váter o tumores duodenales. El cáncer de páncreas es el más frecuente¹.

Esta neoplasia comparte ciertas características clínicas en cuanto a su forma de presentación con otras de órganos vecinos, pero presentan diferencias en cuanto a su comportamiento biológico, factores de riesgo, distribución geográfica, frecuencia relativa y pronóstico^{1,2}.

Para los tumores de vía biliar la presencia de cálculos y la ingestión de alimentos contaminados con aflatoxinas, así como enfermedades como la colitis ulcerosa idiopática y colangitis esclerosante, incrementan su frecuencia^{1,4}. Los adenomas de la ampolla de Vater se presentan en casi todos los pacientes con síndrome de Gardner y la frecuencia de carcinoma de ampolla y duodeno en pacientes con poliposis familiar es 250 veces mayor a la población general y representa una importante causa de muerte, después de la colectomía, en estos pacientes. A pesar de estas diferencias, comparten algunas características como su mayor frecuencia con la edad y en el sexo masculino².

El estudio preoperatorio es suficiente, en la mayoría de los casos, para diferenciarlos entre sí y de otras patologías que se confunden con los tumores periampulares. Sin embargo, hay un porcentaje de pacientes en los cuales la diferenciación se logra sólo al momento de la

exploración quirúrgica³. En un pequeño grupo de pacientes es el patólogo quien deberá informarnos sobre el origen del tumor y la naturaleza de éste, siendo incluso en algunos de estos casos imposible de precisar. Por otra parte cabe destacar que en muchos pacientes la irresecabilidad se establece durante la laparotomía, a pesar del estudio previo. Es importante destacar las limitaciones de los estudios preoperatorios para definir la resecabilidad⁴.

El ampuloma es un tumor que se origina en la papila de Vater. Su tratamiento requiere la realización de una duodeno-pancreatectomía. El pronóstico en este tipo de tumor es mejor que en el carcinoma de páncreas con una mayor tasa de curación. Los tumores neuroendocrinos son los que tienen mejor pronóstico, si bien también se consideran malignos y su tratamiento es la extirpación quirúrgica^{4,5}.

Otro tipo de tumores de páncreas son los conocidos tumores quísticos. Algunos tienen un comportamiento benigno (neoplasia quística serosa, quistes simples), pero otros tienen riesgo de transformación en un tumor maligno (neoplasia quística mucinosa, neoplasia mucinosa papilar intraductal). En caso de diagnosticarse un tumor quístico del páncreas, es muy importante realizar un correcto diagnóstico de qué tipo de tumor es puesto que el tratamiento puede ser desde no hacer nada hasta realizar una extirpación del páncreas⁵.

El factor común que mantiene significación en el análisis es la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos. Cuando se considera solamente a los pacientes con ganglios negativos, la duodenopancreatectomía se asocia con una cura potencial en el 80 % de los casos. Esto se correlaciona con datos recientes de Japón, en los que se examinan los patrones de fracaso en el cáncer ampular, los que señalan un tiempo promedio de recidiva de 13 meses, con un rango entre 0,7 y 33 meses⁶.

La cirugía con la técnica de Whipple, o duodenopancreatectomía, es la cirugía que se realiza con mayor frecuencia para el cáncer de páncreas. La complicación más frecuente es el retardo de la evacuación gástrica. Por lo general, después de 7 a 10 días, el estómago comienza a funcionar de forma apropiada. La afección, por lo general, dura de otros 7 a 10 días, aunque puede ser un problema durante algunas semanas. La complicación más grave es la infección abdominal debido a la filtración en la zona donde se conecta el páncreas al intestino. Esto ocurre en aproximadamente un 10% de los pacientes. Los pacientes que se han sujeto al procedimiento de Whipple pueden sufrir efectos a largo plazo, incluidos problemas digestivos.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 68 años de edad, de color de piel blanca, con antecedentes patológicos personales de gastritis crónica, sin antecedentes patológicos familiares de interés a señalar. Hábitos tóxicos negativos, no presenta operaciones anteriores, ni transfusiones. Acude al Cuerpo de Guardia de Cirugía en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado por presentar desde hace alrededor de 3 meses dolor abdominal en región epigástrica e hipocondrio derecho, de mediana intensidad, sin irradiación, que no se modifica con los cambios posturales ni está relacionado con la ingestión de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos líquidos de escasa a moderada cuantía que se tornaban más repetitivos y además

presentaba deposiciones oscuras "como borra de café". Refiere además decaimiento y pérdida del apetito.

Exploraciones complementarias para confirmar el diagnóstico presuntivo:

Hb: 14g/l

Hto: 0.38 g/l

Eritro: 120 mm/h

Creatinina: 104 mol/l

TGT y TGO: negativas

Grupo y factor: A+

Serología y VIH: negativos

Leucograma: Ltos: 9x10⁹/l, Mo: 0.00, L: 0.20, Po: 0.77, Eo: 0.03

Coagulograma completo: TP C:14 segundos P: 14 segundos

TPT C: 30 segundos P: 36 segundos CP: 300 x10⁹/l

Proteínas totales: 64.5 g/l

Albumina: 39.3 g/l

Glucemia: 5.4 mmol/l

Rayos X de tórax: negativo

USG abdominal: no derrame pleural, hígado con aumento de la ecorrefrigencia peri-vascular. No visceromegalia, riñones normales, vesículas de tamaños y paredes normales, páncreas visible solo cuerpo y parte de la cola por interposición de gases, imposibles visualización de cabeza. Vejiga y próstata normal; no líquido libre.

Tomografía Axial Computarizada (sin contraste): se visualiza imagen hipodensa de 7-14oa en relación con hidrocele a tensión.

Endoscopia: Esofagogastroduodenoscopia:

Esófago: mucosa de color rosado pálido, lumen esofágico y peristalsispropulsiva conservada UEG a 36 cm ADS

Estómago: píloro central y contráctil con eritema puntiforme de toda la mucosa y engrosamiento de los pliegues de fundus. Abundante secreción gástrica.

Bulbo: mucosa de aspecto normal.

Duodeno: mucosa a nivel de ampolla de vatre con lesión vegetante, friable, irregular q se extiende por pliegue duodenal y protruye hacia la luz, se toma muestra para biopsia.

Biopsia de porción duodenal:

Diagnóstico: infiltración de la pared duodenal de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con trombos tumorales

Conclusiones sobre exámenes complementarios:

- Pagastritis eritematosa moderada.
- Tumoración de la segunda porción del duodeno
- Ampuloma

Informe operatorio:

Paciente que llega al salón con el diagnóstico de Ampuloma (Figura 1), se realiza la laparotomía exploradora confirmándose el diagnostico. Se localiza tumoración a nivel de la segunda porción del duodeno (Figura 2), se hace maniobra de *Kocher amplia* realizando pancreatoduodenectomía parcial proximal (Whipple) con anastomosis T_ L de pancreatoyeyuno, hepatoyeyuno y estomagoyeyuno con conservación del píloroI (Figura 3). Se lava cavidad, se deja drenaje y se cierra el abdomen por plano. Paciente valorado de grave por la envergadura de la operación, por lo que se decide su traslado a la UCI.



Figura 1. Pieza quirúrgica luego de la resección de porción del duodeno y parte del páncreas



Figura 2. Pieza quirúrgica donde se muestra el tumor extirpado



Figura 3. Anastomosis gastroduodena

Datos de la anestesia del transoperatoria y postoperatorio:

- Método anestésico empleado: GET
- Sangramiento operatorio: adecuado
- Total de compresas: 16
- Transfusión: no
- Accidentes operatorio: no
- Complicaciones transoperatoria: no
- Diuresis: 500ml
- Tiempo quirúrgico: 5 horas
- Post operatorio inmediato: hidratación parenteral, antibioticoterapia
- Post operatorio mediato:
 - hidratación parenteral
 - metronidazol: 500mg 1fco EV c/8 horas
 - fraxiheparina: 1g.10.3/día
 - ceftriaxona: 1g 1bbo EV c/12horas
 - dextrans: 400mg al día
 - vitaminoterapia: (Vit B1, B6, B12, 1cc EV/día, VitC)

Resultados de los complementarios del post operatorio:

Hb: 10 g/l

Hto: 0.33L/L

Ltos: $9.3 \times 10^9/l$

Sto: 0.02 TPC: 14 segundos P: 16 segundos

Po: 0.82 TKC: 30 segundos P: 31 segundos

Eo: 0.00 CP: $360 \times 10^9/L$

Mo: 0.00 Creatinina: 93.5 $\mu\text{mol/L}$

Lo: 0.16 Glucemia: 5.33 mmol/L

Proteínas totales: 52.3 g/L ALAT: 70.8 U/L

Albúmina: 31.4 g/L ASAT: 32.4 U/L

Urea: 4.72 mmol/L FA: 488U/L

Bilirribina total: 6.7 $\mu\text{mol/L}$

Bilirrubina directa: 3.7 $\mu\text{mol/L}$

Bilirubina indirecta: 3.0 $\mu\text{mol/L}$

Rx de tórax: sin alteraciones

Ionograma: Sin alteraciones significativas

Paciente intervenido quirúrgicamente con diagnóstico de ampuloma, se traslada en el post operatorio inmediato a la UCI por la gran magnitud de la intervención quirúrgica, donde se mantuvo con ventilación espontánea sin O_2 suplementario, hemodinámicamente estable, sin signos de hipoperfusión periférica, afebril. Presentó una evolución de la herida quirúrgica y abdomen favorable, por lo que al quinto día el grupo básico de trabajo de esta entidad decidió trasladarlo al servicio de cirugía. Donde se mantuvo 5 días más con igual evolución, completando el ciclo antibiótico se decide su egreso.

Complicaciones: No **Estadía post operatoria:** 10 días

DISCUSIÓN

El ampuloma, así como otros tumores que se localizan en el área periampular (carcinoma de cabeza de páncreas y colangiocarcinoma intrapancreático), poseen una forma de presentación clínica muy análoga, con ictericia sin dolor y dilatación de la vía biliar intrahepática, extrahepática y de la vesícula biliar^{1,2}, mientras que otras investigaciones han arrojado que es frecuente la forma clínica con presencia de ictericia con fiebre y dolor de característica

intermitente, lo cual se explica, porque los tumores en ésta ubicación sufren constantemente necrosis con períodos de mejoría sintomática. Los medios de exploración más utilizados para el diagnóstico de esta patología son principalmente la colangiografía retrógrada endoscópica y la Tomografía Axial Computarizada abdominal multicortes, ya que nos permiten estudiar el lugar exacto de la obstrucción, la presencia de tumor, adenopatías peri pancreáticas, así como la posibilidad de metástasis hepáticas.^{1,3,6}

Es condición indispensable para la intervención quirúrgica de un paciente con esta patología, la realización previa de una biopsia que garantice un diagnóstico de certeza. La intervención estándar es la duodenopancreatectomía cefálica. Estudios prospectivos, retrospectivos y aleatorios han sido incapaces de mostrar diferencias entre la preservación pilórica y el Whipple clásico^{1,4}. La intervención quirúrgica de un ampuloma suele estar en manos de la experiencia del cirujano, por la periodicidad de las complicaciones, sobre todo en el postoperatorio inmediato, con importantes trastornos hemodinámicos, de la homeostasia y la alta mortalidad por la complejidad de la técnica quirúrgica, así como la radicalidad de la misma^{6,8}.

La mejor forma para garantizar el pronóstico y las perspectivas futuras así como el tratamiento de éstas neoplasias, residen en la posibilidad de descubrir lesiones en etapas tempranas, fundamentalmente en la población de riesgo^{2, 4, 8}.

En el ampuloma, el tratamiento se basa en el tamaño de la lesión: endoscópico cuando las lesiones son menores a 1 cm; mientras que la escisión transduodenal se emplea en lesiones de entre 1 y 2 cm. Para lesiones mayores a 2 cm está justificado realizar una pancreatoduodenectomía o resecciones segmentarias, aunque los pacientes con lesiones de este tamaño desarrollan tumores recurrentes.^{8,9}

La resección en bloque está indicada en caso de invasión a órganos vecinos (estómago, colon, bazo). En pacientes con resección curativa la supervivencia puede llegar al 72% en 5 años; sin embargo, en aquellos en los que no se puede realizar la resección completa la supervivencia disminuye a un 38%.

A diferencia de lo que antiguamente se creía, la resección quirúrgica de las metástasis hepáticas ofrece ventajas para la supervivencia, y aunque la resección hepática cura menos del 10% de los pacientes afectados que experimentarán una recidiva en los 2 años siguientes a la resección, está indicada en pacientes con metástasis unilobulares que ocupen menos del 75% del parénquima hepático. En caso de una extensión mayor al 75%, el pronóstico es considerado desfavorable y es preferible evitar la cirugía. La resección paliativa está indicada por dolor no controlado cuando pueda extirparse más del 90% del tumor de manera segura.³

CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de una patología infrecuente, el ampuloma deben estar presentes en la mente y en el ejercicio diario del cirujano general ante patología biliar o digestiva, como probabilidad diagnóstica sugerida por una evolución tórpida o un curso agresivo de la enfermedad obstructiva en ausencia de litiasis en la vía biliar (pancreatitis/colangitis de repetición), sustentado con el estudio del equipo de trabajo adecuado. Mediante la presente

investigación se logró describir la experiencia de nuestro equipo de trabajo en la realización de la técnica quirúrgica Whipple para el tratamiento del ampuloma en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado.

Además de esto también es válido señalar que existen varias formas de presentación clínica para esta patología, siendo por ello necesario la preparación optima del personal de salud para disminuir en la mayor cantidad posible los errores, por lo que es importante estar familiarizado con su abordaje diagnóstico y tratamiento actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jordán Alonso A, Cruz Méndez D, Bello Delgado R, Alejo Concepción O, Alonso Domínguez N, Alfonso Moya O. Adenocarcinoma de la ampolla de Vater. A propósito de un caso. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2016 Mar 08]; 32(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000500011&lng=es
2. Jarufe C N, Fernández F JI, Boza W C, Navarrete C F, Escalona P A, Funke H R et al. Pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica: Técnica quirúrgica y experiencia inicial. RevChilCir [Internet]. 2009 Feb [citado 2016 Mar 09]; 61(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000100006&lng=es
3. Andrade-Bucio JA, Andrade-Bucio AF, Hernández-Velázquez EU, Beltrán-Estrada A, Rodríguez-Ortega F, Morales-Padilla A et al. Tumores neuroendocrinos de páncreas debutando como ampuloma: reporte de un caso y revisión del abordaje diagnóstico actual. Cir. gen [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 08]; 34(4): 286-294. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000400012&lng=es
4. Savío López AM, Copo Jorge JA, Martínez Blanco CA, Soliva Domínguez R. Pancreatoduodenectomía cefálica en los tumores periampulares: experiencia en nuestro centro y revisión del tema. Rev Cubana Cir. 2001 [citado 12 Dic 2005]; 40(3): 284-90. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol40_4_01/cir08401.htm.
5. Cameron JL. Pancreaticoduodenectomy: The John Hopkins experience. Seminars in Surgical Oncology. 1995 March-Apr [citado 22 Ago 2006]; 11(2): 114-16). Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112770041/abstract>
6. Lambert MA, Linehan IP, Russell RCG. Duodenum-preserving total pancreatectomy for end stage chronic pancreatitis. Br J Surg. 1987 Jan [citado 26 Ago 2006]; 74(1): 35-9. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112200814/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
7. Ávila S R, Stelt A GV, Navia T A, Altamirano M A, Guerra C JF, Martínez C J et al. Arteria hepática izquierda de arteria gastroduodenal: Un desafío técnico durante cirugía de Whipple. Caso clínico. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Mayo [citado 2016 Mar 09]; 143(5): 673-676. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500017&lng=es

8. Batista Guevara X, Jiménez Carrazana A, Leyva Moreira R. Pancreatoduodenectomía en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la región periampollar. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2001 Sep [citado 2016 Mar 08]; 40(3): 196-200. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000300006&lng=es
9. Norero M E, Báez V S, Viñuela F E, Martínez B C, Reyes R J, Kusanovic B R et al . Resultados perioperatorios y sobrevida alejada de la pancreatoduodenectomía con resección vascular. RevChilCir [Internet]. 2009 Dic [citado 2016 Mar 09]; 61(6): 519-525. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600005&lng=es