

Ampuloma asociado a coledocolitiasis como causa de ictericia: un recuento para su diagnóstico

Israel Juárez-Guzmán,⁽¹⁾ Cristóbal Aguilar-Sibilla,⁽¹⁾ Carlos A. Mejía-Picasso.⁽¹⁾

95isjugu@gmail.com

RESUMEN

El adenocarcinoma del ampulla de Váter es una patología poco frecuente y hablando de los tumores del ampulla de Váter, los adenocarcinomas son el 99%, dado que todos los tumores del ampulla se deben resear, es importante saber el tiempo ideal y el tratamiento quirúrgico que a este se le dar. Carece de clínica específica por lo que sus diagnósticos diferenciales por el área en la que se encuentra pueden confundirse con otras patologías de la encrucijada bilio pancreática.

Palabras claves: Adenocarcinoma, ampulla de váter, derivación bilio digestiva.

SUMMARY

Adenocarcinoma of the ampulla of Váter is a rare pathology and speaking of tumors of the ampulla of Váter, adenocarcinomas are 99%, given that all tumors of the ampulla must be resected, it is important to know the ideal time and surgical treatment that to this one it will be given. It lacks specific symptoms, so its differential diagnoses due to the area in which it is located can be confused with other pathologies of the bile-pancreatic junction.

Keywords: Adenocarcinoma, toilet ampulla, bile-digestive diversion.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la literatura mexicana no se cuenta con una incidencia real para los Ampuloma¹ ya que, al ser una patología inespecífica, muchas veces no se llega al diagnóstico correcto, sin embargo, es bien conocido que el 99% de ellos, será de estirpe adenocarcinoma.² Las manifestaciones clínicas pueden ir desde un síndrome icterico hasta el establecimiento de una colangitis y en ocasiones simplemente ser asintomáticas³ y detectarse de

manera incidental al realizar estudios complementarios de imagen por otras patologías.⁴ Sin embargo, llama la atención el síndrome icterico intermitente asociado a coledocolitiasis y colangitis ya que debemos diferenciar entre únicamente el proceso de coledocolitiasis y su temprano diagnóstico,⁵ por lo que en este ensayo damos a conocer la clínica típica y atípica así como los métodos diagnósticos que se emplearon para llegar al diagnóstico.

Es importante saber que de acuerdo a su localización anatómica ya que se considera que el cáncer ampular tiene un mejor pronóstico que los cánceres de las vías biliares distales y el páncreas⁶

La raza, el estado civil en el momento del diagnóstico, la resección de ganglios linfáticos regionales, el grado histológico del tumor, el estadio general, el estadio TNM, fueron factores importantes que afectaron la supervivencia a 5 años posterior al diagnóstico.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de 62 años, con antecedente de diabetes mellitus 2, 10 años de evolución con manejo con insulina glargina, hipertensión arterial, 3 meses de evolución en tratamiento con losartan, coledocolitiasis desde hace 3 años, último cuadro de cólico biliar hace 3 meses. Antecedente quirúrgico: histerectomía más ooforectomía bilateral hace 30 años, drenaje de absceso mamario hace 16 años y plastia inguinal hace 17 años. Niega alergias, toxicomanías y transfusiones. Ingresa a la unidad refiriendo dolor abdominal intermitente de un mes y medio de evolución que inicio en epigastrio, con irradiación hacia cuadrante superior derecho, de características cambiantes desde cólico hasta pulsátil de manera intermitente, leve a moderada intensidad e incrementaba con la ingesta de alimentos, así como ictericia intermitente.

Se solicita ultrasonido de hígado y vías biliares que reporta colédoco de 16 mm, con disminución del calibre de 3 mm

⁽¹⁾ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México.

CASO CLÍNICO

en porción intrahepática, dilatación de la vía intra biliar, intrahepática de 6 mm, acodamiento de cuello vesicular paredes de 4 mm dimensiones de 150x39x45mm, por lo que se diagnostica coledocoectasia/ colecistitis Tokio 1,

Hemoglobina: 10.4, Neutrófilos: 71, leucocitos 13, Plaquetas: 410 Bilirrubina total: 24, Indirecta: 8.7, directa: 15.9, durante su estancia presenta elevación de las mismas con patrón obstructivo, Fosfatasa alcalina: 2101, Aspartato aminotransferasa: 671, Alanina transferasa: 399, Proteína C reactiva: 4.7, Examen general de orina: positivo para infección de vías urinarias, Tiempo de protombina: 28, Tiempo parcial de tromboplastina:55, INR:2.39.

Tomografía de tórax reporta atelectasias laminares y bandas parenquimatosas de ambos lóbulos inferiores, probable coledocolitiasis que condiciona colecoectasia y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, espondilosis deformante.

Se realiza Ca19-9 siendo de 25168.9, se realiza protocolo quirúrgico para colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) sin embargo se posterga durante 10 días por presentar covid, se encuentra un Ampuloma (figura 1) y se realiza esfinterotomía amplia (figura 2), se intenta extraer lito sin éxito, se da por terminado el procedimiento y se reprograma para colocación de cánula tipo Ámsterdam, inicia con datos francos de colangitis, para lo cual se maneja con antibioticoterapia. En segunda CPRE con extracción de lito de 18mm, colocación cánula y toma de biopsia de ampula de Váter, con reporte de patología de adenocarcinoma del ampula de Váter (figura 3). Se realiza referencia a centro estatal de cancerología al estado de Tlaxcala donde se realiza derivación bilio digestiva en Y de roux, sin complicaciones egrsa al noveno día post operatorio.

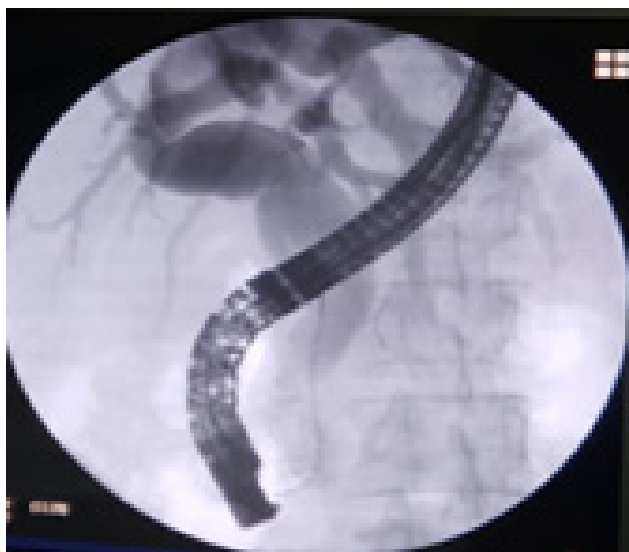


Figura 1. Fluoroscopia durante CPRE donde se observa dilatación de la vía biliar.



Figura 2. Ampuloma observado durante CPRE.

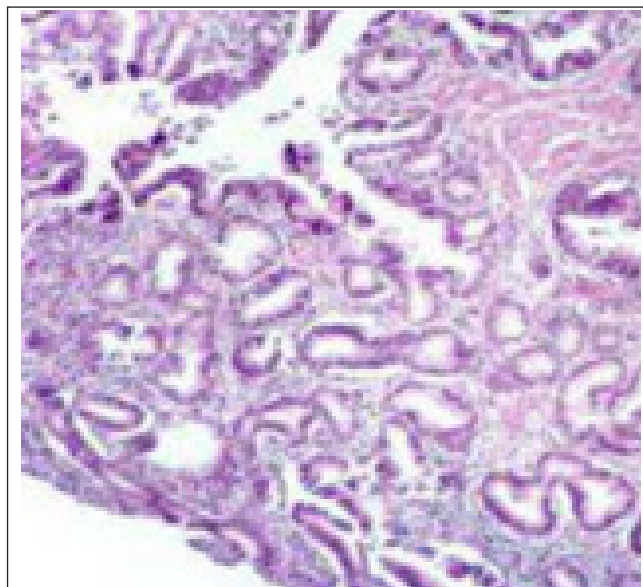


Figura 3. Muestra de histología en donde se observan hiperplasia glandular que reporta adenocarcinoma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los tumores de la región periampular corresponden al 2% de los tumores del aparato digestivo,² al tener una clínica inespecífica es necesario el conocimiento de los estudios de gabinete que pudiese ser empleado para llegar al diagnóstico correcto. Con la finalidad de llegar al diagnóstico precoz puesto que recordemos que la secuencia adenoma-carcinoma

es aplicada en este tipo de tumores.⁶

Si nos encontramos ante un paciente con cuadro de ictericia obstructiva y hablando de Ampuloma, esta se va a deber a la compresión del conducto biliar distal por la tumoración. El primer paso es solicitar un ultrasonido abdominal, aunque generalmente no lo detectara, si nos va a realizar diagnóstico diferencial. La siguiente prueba es la tomografía helicoidal para la visualización del páncreas, sin embargo, al igual que el ultrasonido no detectara tumoraciones menores de 2 centímetros, pero si es el Gold standard para excluir sitios de metástasis.³

La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) continúa siendo el estudio más útil para llegar al diagnóstico, pues no solo se puede realizar diagnóstico si no que se puede emplear como terapéutica y puede permitir la toma de biopsias. Ante un paciente con sospecha de obstrucción maligna de las vías biliares, este será el estudio endoscópico inicial.

Ya teniendo el diagnóstico y empleando un abordaje quirúrgico según su clasificación es necesario el seguimiento de este, si bien se puede hacer mediante visualización directa con una CPRE o bien con valores de antígeno de carbohidratos 19-9.

En conclusión, podemos decir que ante un cuadro de ictericia en un paciente de la tercera edad es indispensable descartar tumores de la región ampular puesto que su diagnóstico precoz es esencial para escisión endoscópica la cual es menos invasiva a un procedimiento que conlleve una morbi mortalidad mayor.

En general hablar sobre tumores del ampulla de vater a decir de ellos raros tanto en la literatura como en la clínica nos conlleva a concluir que faltan ensayos prospectivos que respalden las decisiones de tratamiento.⁸

REFERENCIAS

1. Jaramillo-Martínez C, Pantoja-Millán JP. Tumores neuroendocrinos del páncreas. *Clin Gastro Mex* 2008; 1: 155-78.
2. Lorenzo-Zúñiga V, Moreno De Vega V, Domènech E, Boix J. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater. *Gastroenterología Hepatología*. 2019 ;32(2):101–8.
3. Jordán Alonso A, Cruz Méndez D, Bello Delgado R, Concepción OA, Alonso Domínguez N, Alfonso Moya O. Adenocarcinoma de la ampolla de Vater. A propósito de un caso. *Rev Méd Electrón*.
4. Kim R, Chabot J, Saif MW. Adjuvant treatment for ampullary cancer. Highlights from the “2011 ASCO Annual Meeting”. Chicago, IL, USA; June 3-7, 2011. *JOP*. 2011 Jul 8;12(4):362-3.
5. Descriptive study of gallbladder, extrahepatic bile duct, and ampullary cancers in the United States, 1997 2002 *Cancer Causes Control*, 18 2007 pp 415 422 Catalano MF, Linder JD, Chak A, Sivak MV, Rajiman I, Geenen JE, et al Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla *Gastrointest Endosc* 2004 59 225 32.
6. Kim WS, Choi DW, Choi SH, Heo JS, You DD, Lee HG. Clinical significance of pathologic subtype in curatively resected ampulla of vater cancer. *J Surg Oncol*. 2012 Mar;105(3):266-72.
7. Huang T, Huang L, Yang R, Li S, He N, Feng A, Li L, Lyu J. Machine learning models for predicting survival in patients with ampullary adenocarcinoma. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2022 Sep 5;9(12):100141.
8. Patel M, Uboha NV. Treatment Approach to Adenocarcinoma of the Ampulla of Vater. *Curr Treat Options Oncol*. 2021 Sep 29;22(11):103.