

Tumor vellososo de la papila de Vater A propósito de un caso tratado mediante una pancreatoduodenectomía cefálica

Dres. Alberto Estefan¹, Roberto Grezzi¹,
Gonzalo Fernández², Horacio Scigliano³

Resumen

Los autores, a propósito de la comunicación de un caso de tumor vellososo de la papila de Vater, realizan una revisión de la literatura.

Se presenta el primer caso de tumor vellososo de duodeno localizado en la papila de Vater comunicado en nuestro medio y tratado mediante una pancreatoduodenectomía cefálica con sobrevida alejada (3 años) ilustrándose los hallazgos anatomopatológicos.

Se revisa la presentación clínica de estos tumores, el valor de los procedimientos diagnósticos y la indicación del método terapéutico curativo (resección endoscópica, duodenopapilectomía, resección duodenal segmentaria o pancreatoduodenectomía cefálica) o paliativo (derivación) de acuerdo al algoritmo de Golondiuk.

Palabras clave: Papila de Vater
Duodeno
Pancreatectomía
Neoplasmas

Summary

The authors make a bibliographical revision as regards a case of villous tumor of Vater's papilla. They present the first case of villous tumor of the duodenum localized in Vater's papilla communicated in our country and treated by means of cephalic pancreatoduodenectomy with long term survival (3 years) and illustrate anatomopathological findings. They also revise these tumor's clinical presentation, the values of diagnostic procedures and indications for curative treatment (endoscopic resection, duodenopapillectomy, segmentary duodenal resection and cephalic pancreatoduodenectomy) or palliative one (derivation) according to Golondiuk's algorithm.

1. Prof. Agdo. de Clínica Quirúrgica.

2. Residente de Cirugía.

3. Especialista en extracción incruenta de cálculos biliares residuales y patólogo.

Trabajo conjunto de las Clínicas Quirúrgicas "3" (Dir. Prof. R. Praderi), "B" (Dir. Prof. B. Delgado) y el Dpto. de Cirugía de la Asociación Española 1era. de Socorros Mutuos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 21 de agosto de 1981.

Correspondencia: Dr. A. Estefan. J. H. Figueira 2302. Montevideo.

Introducción

Los tumores vellosos del duodeno (TVD) constituyen una entidad nosológica infrecuente. En efecto, los TVD representan 0,3%⁽¹⁾ de los tumores gastrointestinales y tan solo 1% de las neoplasias originadas en el duodeno. En el duodeno, la mayoría de los tumores vellosos se localiza en la segunda porción y en especial en las adyacencias de la ampolla de Vater⁽²⁻⁴⁾. La razón de este hecho es desconocida.

La finalidad de esta comunicación es presentar el primer caso comunicado en nuestro medio de TVD localizado en la ampolla de Vater, resecado mediante una pancreatoduodenectomía cefálica (PDC) con sobrevida alejada.

Observación clínica

A.S.M. 58 años. Sexo femenino.

Episodios de colangitis aguda simple a repetición desde hace 5 años; último episodio hace 5 meses. Actualmente asintomática.

Ecografía: litiasis vesicular múltiple; vía biliar principal (VBP) de 20 mm de diámetro y varias imágenes de litiasis en su interior.

Primera operación (3 de agosto de 1988): colecistectomía, coledocolitotomía, coledocostomía sobre tubo de Kehr.

Colangiografía posoperatoria (21 de agosto de 1988): Litiasis residual múltiple de colédoco. Se decide, por el cirujano actuante, proceder al intento de extracción incruenta por el procedimiento de Mazariello.

Procedimiento de extracción incruenta (Dr. H. Méndez)

a) Extracción de los cálculos residuales.



Figura 1. Corte topográfico (4x) de ampolla de Vater donde asienta un carcinoma superficial (con invasión de submucosa). Se aprecia la capa muscular indemne. M: mucosa; mm: muscularis mucosae; SM: submucosa; MP: muscular propia.



Figura 2. Corte de tumor de ampolla de Vater (400x) apreciándose a derecha un adenocarcinoma bien diferenciado de la capa mucosa, que destruye la muscularis mucosae e invade la submucosa hacia la izquierda. Muc: mucosa; mm: muscularis mucosae; submuc: submucosa.

b) Imagen "anormal" en el colédoco distal que se biopsia.

Anatomía patológica: tumor veloso sin elementos de malignidad.

Se efectúa la consulta a uno de nosotros (AE), y se decide efectuar una biopsia por vía endoscópica previa papilotomía. Se realiza dicho procedimiento el que confirma el diagnóstico de tumor veloso del colédoco distal.

Segunda operación (5 de setiembre de 1988). Incisión transversa del hipocondrio derecho. Duodenotomía longitudinal: Tumor polipoideo localizado en la vertiente izquierda de la ampolla de Vater. La exploración no demostró ningún elemento de diseminación neoplásica abdominal. Papilectomía incluyendo el tumor polipoideo. Biopsia extemporánea (Dr. Scigliano): Formación de estructura foleada vellosa de origen epitelial que se informó como carcinoma túbulopapilar, infiltrante hasta la submucosa. La resección biópsica pasaba fuera del tumor.

Procedimiento. Pancreatoduodenectomía cefálica.

Evolución

Fístula pancreática que se instala al séptimo día y se agota al vigésimo día. Alta en buenas condiciones vigesimoquinto día.

Ultimo control: 7 de agosto de 1991: Asintomática. Sin elementos de actividad neoplásica.

Anatomía patológica (Dr. Scigliano) (figuras 1 y 2).

A) Estudio diferido del material de la biopsia extem-

poránea. Confirma el diagnóstico precedente: adenocarcinoma túbulopapilar infiltrante hasta la submucosa, que asienta sobre una estructura adenomatosa previa, tipo adenoma papilar, de la que supera 80%.

B) Estudio diferido de la pieza de pancreatoduodenectomía. No se halló tumor residual en la pieza.

Discusión

Del caso clínico

La causa de los episodios de colangitis aguda simple debe ser atribuida a la litiasis coledociana y no al TV de papila. En efecto, luego de efectuar la extracción incruenta de los cálculos coledocianos residuales la enferma permaneció asintomática.

El diagnóstico fue establecido primariamente por la biopsia de una imagen "atípica" en la colangiografía en el transcurso de la extracción de los cálculos residuales por el procedimiento de Mazzariello. El diagnóstico primario fue de tumor veloso de colédoco distal.

La endoscopia previa papilotomía y biopsia confirmó el diagnóstico anterior. Sin embargo, la exploración operatoria demostró que se trataba de un tumor veloso de papila con transformación maligna del sector tubular con infiltración de la submucosa. Frente a este hallazgo anatómo-patológico se consideró a la pancreatoduodenectomía cefálica como el único procedimiento con "intención curativa".

A los tres años de la PDC la paciente se encuen-

tra asintomática y sin elementos de actividad oncológica.

De los tumores vellosos duodenales (TVD)

La presentación clínica y la baja frecuencia de los TVD hacen que el diagnóstico nosológico no pueda nunca ser clínico sino que, por el contrario, se haga siempre por los exámenes complementarios o en el intraoperatorio. Los síntomas de presentación clínica de las series más extensas incluyen^(1-3,5): dolor epigástrico y vómitos, sangrado digestivo e ictericia como manifestaciones más frecuentes. Son menos frecuentes la dispepsia vaga o atípica, pancreatitis o colangitis, o ambas. La presentación clínica con ictericia parece aumentar en los casos en que la lesión es maligna⁽³⁾.

El estudio contrastado gastroduodenal sugiere el diagnóstico en más de 50% de los casos. Su sensibilidad varía en las diferentes series entre 3%⁽²⁾ y 28%⁽⁴⁾.

La duodenografía hipotónica también es de ayuda diagnóstica pudiendo mostrar lesiones no aparentes en el gastroduodeno, por el mejor contraste de la lesión que se consigue con esta técnica.

La fibroesofagogastroduodenoscopia suele objetivar la lesión en un muy alto porcentaje de casos, teniendo la ventaja adicional de permitir la toma de biopsias dirigidas. Sin duda es el recurso diagnóstico de mayor utilidad aunque la toma biopsica puede no ser representativa de la lesión.

El tamaño de la lesión suele ser sumamente variable (0,9 a 9 cm), pero todas las series revisadas indican que la incidencia de carcinoma en un tumor veloso es especialmente elevada en aquellos mayores de 4 cm de diámetro^(1,2). El hallazgo de un carcinoma invasivo es más común cuanto más distalmente en el duodeno asienta la lesión.

La naturaleza y la extensión lesional tienen una importancia decisiva en la directiva terapéutica, la que también es influida por las condiciones biológicas generales de cada paciente en particular.

El tratamiento de estas lesiones incluye una gama de posibilidades. La resección endoscópica mediante sección con asa o con láser, es una de ellas, especialmente para lesiones pedunculadas. Estas técnicas conllevan el riesgo de sangrado, perforación o pancreatitis, o ambas, cuando el tumor está próximo a la papila. Por otra parte, estas neoplasias son habitualmente sésiles.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos, frente a tumores benignos próximos a la ampolla puede recurrirse duodenopapilectomía; esta técnica expone al riesgo de la recurrencia, aunque es capaz, de acuerdo al grado, de curar la lesión y tiene mucho menos morbimortalidad que la pancreatoduodenec-

tomía. Cuando la lesión benigna es pequeña y no es próxima a la ampolla puede realizarse una resección duodenal segmentaria.

Ambos procedimientos son también aplicables frente al carcinoma in situ. Cuando en el tumor veloso existe un carcinoma invasivo sin evidencia de metástasis el tratamiento de elección es la PDC. Sus resultados son similares que frente a cualquier otro tumor duodenal o periampollar no pancreático, es decir, 30% de supervivencia a los 5 años.

En aquellos pacientes que por la extensión lesional o por el mal estado general no sea posible una resección radical curativa (PDC), deberá recurrirse a procedimientos paliativos como derivación digestiva (gastroeyunostomía) y biliar (coledocoyunostomía o coledocoduodenostomía). La selección del procedimiento terapéutico depende de la naturaleza lesional. Siguiendo el esquema algorítmico de Galandiuk⁽¹⁾: Si la lesión es maligna y reseccable se recurrirá a la PDC, mientras que si no lo es podrá usarse la doble derivación digestiva y biliar. Si la lesión fue diagnosticada por la FGDC y pudo ser reseccada íntegramente por la misma se considerará suficiente y controlará al paciente con FGDC cada 6 meses. Si por el contrario, la resección endoscópica fue imposible por lo extenso de la lesión la alternativa es la laparotomía exploradora: duodenotomía, resección submucosa y biopsia extemporánea. Si esta última muestra adenocarcinoma invasivo se recurrirá a la duodenopancreatometomía; si se trata de un CIS se hará una resección duodenal segmentaria o una duodenopapilectomía y finalmente si la lesión es benigna será suficiente la resección submucosa.

En la táctica quirúrgica debe tenerse en cuenta el alto porcentaje de cánceres hallados en los TVD que en algunas series asciende al 25–50%⁽³⁾ y frecuentemente no es demostrado en la(s) biopsia(s) endoscópica(s). Debe considerarse como maligno a todo TVD, hasta prueba de lo contrario⁽¹⁾. Los resultados de los procedimientos terapéuticos son disímiles. La recurrencia es más frecuente luego de resección local y de resección endoscópica. Sin embargo, es inhabitual luego de PDC cefálica.

Bibliografía

1. Galandiuk S, Herman R, Fazio V, et al. Tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1988; 207: 235.
2. Kutim N, Ramsom J, Gouge T, Localio A. Villous Tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1975; 181: 164.
3. Ryan D, Schapiro RH, Warsham AL. Villous Tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1986; 100: 71.
4. Alwmark A, Anderson A, Lason A. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Surg* 1980; 191: 13.
5. Tarazi R, Hermann R, Vogt P, et al. Results of surgical treatment of periampullary tumors: A thirty five year experience. *Surgery* 1986; 100: 716.