

# Papilectomía endoscópica de lesión ampular benigna: Reporte de un caso y revisión de la literatura

## Endoscopic papillectomy of benign ampular lesion: Report of a case and review of the literature

Juan Alberto Torreblanca-Nava<sup>1,a</sup>; Jorge Manuel Ferrándiz-Quiroz<sup>1,a</sup>; Emma Margot Calderón-Yerén<sup>1,a</sup>; Daniel Andrei Vargas-Blácido<sup>1,a</sup>; Renato Garrido Acedo<sup>1,a</sup>; Walter Rubén Malpartida-Canchiz<sup>1,a</sup>; Italo Landeo-Aliaga<sup>1,a</sup>; Flor De María Rojas-Chihuan<sup>1,a</sup>; José Luis Arenas-Gamio<sup>3,b</sup>; Fiorella Siduith Sayajo-Mendoza<sup>2,5,c</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** Las lesiones de la ampolla de Vater representan alrededor del 0,5 % de las neoplasias gastrointestinales. **Reporte del caso:** el cuadro clínico es inespecífico por lo que su diagnóstico es incidental. La biopsia de la ampolla de Vater tiene un falso - negativo del 60 % para adenocarcinoma, por lo que todos los adenomas diagnosticados deben ser resecados, por el alto riesgo de malignización; teniendo una supervivencia del 67 % a los cinco años. **Conclusión:** se reporta el caso de una paciente con adenoma de la ampolla de Vater a quien se realizó papilectomía endoscópica.

**Palabras clave:** adenoma de papila; papilectomía endoscópica; ampulectomía (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction:** The lesions of the ampulla of Vater represents around 0,5 % of gastrointestinal neoplasms. **Case report:** Symptoms are not specific, so its diagnostic is incidental. The biopsy of the ampulla of Vater has a false - negative of 60 % for adenocarcinoma, for that reason all adenomas ones the diagnosed must be resected, because of the high risk of malignancy; having a survival of 67 % at five years. **Conclusion:** We report the case of a patient with an adenoma in the ampulla of Vater who underwent endoscopic papillectomy.

**Keywords:** papillary adenoma; endoscopic papillectomy; ampulectomy (Source: DeCS-BIREME).

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones de la ampolla de Vater representan el 0,5 % de las neoplasias gastrointestinales, y el 10 % de las neoplasias periampulares<sup>(4)</sup>. Siendo un diagnóstico incidental por presentar un cuadro clínico

inespecífico<sup>(4)</sup>. La biopsia tiene una sensibilidad del 45 al 80%<sup>(7)</sup> y falso negativo del 16 al 60% para adenocarcinoma<sup>(2)</sup>, con una concordancia diagnóstica entre la biopsia pre papilectomía endoscópica y papilectomía endoscópica del 64%<sup>(1)</sup>; además que un 26 a 65% de los adenomas de la ampolla de Vater pueden malignizarse. La conducta terapéutica inicial es la resección completa con intención curativa<sup>(4)</sup>, teniendo la ampulectomía endoscópica la menor tasa de morbimortalidad; con una supervivencia a los 5 años de 35 a 67%<sup>(7)</sup>.

### REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 77 años, natural y procedente de Lima. Sin antecedentes patológicos, con un tiempo de enfermedad de 2 años caracterizado por dolor abdominal en epigastrio, tipo opresivo, intermitente, de leve intensidad, no irradiado que cede con analgesia. Niega pérdida de peso, hiporexia e ictericia. Por persistencia de cuadro clínico es evaluada en consultorio de Gastroenterología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se le realiza una endoscopia digestiva alta hallándose papila de aspecto adenomatosa por lo que se biopsia. El resultado de anatomía patológica fue adenoma de papila con displasia de bajo grado. Por lo que es hospitalizada en el servicio de Gastroenterología para completar estudio y tratamiento. Al ingreso el examen físico y los exámenes de laboratorio fueron normales. Se realizó

1. Médico Gastroenterólogo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú.
  2. Unidad de Vías Biliares y Páncreas, Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.
  3. Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.
  4. Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú.
  5. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- a. Médico Gastroenterólogo.  
b. Médico patólogo.  
c. Médico Residente.

una duodenoscopia que ratifica los hallazgos encontrados en la endoscopia digestiva alta, tomándose nuevas biopsias. El resultado de anatomía patológica confirma el diagnóstico de adenoma de papila. La resonancia magnética no mostró hallazgos significativos. La ecoendoscopia (figura N°1) concluye: Compromiso hasta la mucosa de la papila.

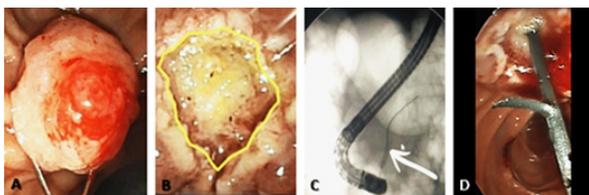


**Figura N°1**

Ecoendoscopia: Lesión sobre papila mayor que forma la primera y segunda ecocapa, de aproximadamente 9mm de diámetro.

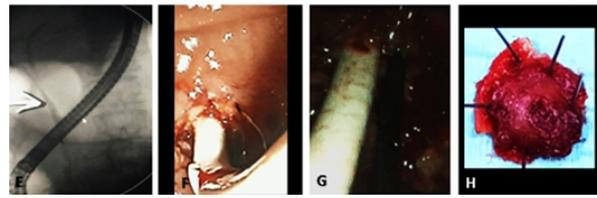
En la reunión clínica del Servicio se decide realizar ampulectomía endoscópica. Los procedimientos se realizaron con un duodenoscopio FUJINON ED-530XT fuente de luz XL-4450 en la Unidad de Vías biliares Y Páncreas del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se encontró la papila mayor protruida, con mucosa de aspecto adenomatoso de 20 mm (Figura N° 2.A). Durante la fase radiológica, se identificó el conducto de wirsung de calibre y recorrido normal.

Se realiza la resección de la papila mayor en un solo bloque con asa de alambre de polipectomía: simétrica, multifilamento de 30 x 55 mm (Figura N° 2.A y 2.B). Se utilizó la unidad electroquirúrgica ERBE VIO 200 D ENDOCUT Q efecto 2 UpMáx. 770 Vp. Se identifica el conducto de wirsung y se coloca un stent pancreático 5Fr x 3cm de largo (Figura N°2.C y 2.D). Se observa vía biliar intrahepática y extrahepática de calibre normal, colocándose un stent plástico de 10 Fr x 12 cm de largo (Figura 2.E y 2.F). Se verifica la colocación adecuada de ambos stents (Figura N° 2.G). Y se recupera pieza (Figura N° 2.H).



**Figura N°2.**

A. Identificación de la papila mayor y colocación de asa de alambre. B. Lecho de papilectomía endoscópica. C. Identificación del Wirsung. D. Colocación del stent pancreático 5 Fr.



**Figura N°2.**

E. Identificación de la vía biliar principal. F. Colocación del stent biliar 10 Fr. G. stent pancreático y stent biliar. H. Pieza anatómica papilar mayor.

Se revisa zona de papilectomía, observándose discreto sangrado que se cohibe con corriente de coagulación (Figura N° 3.A). Al revisar el lecho se observa pequeña perforación, por lo que se colocan dos clips metálicos rotables (diámetro de 2,6 mm y longitud de 230 cm) (Figura N° 3.B y 3.C).

La duodenoscopia de control se realizó al quinto día, retirándose el stent pancreático. (Figura N° 4.A y 4.B).

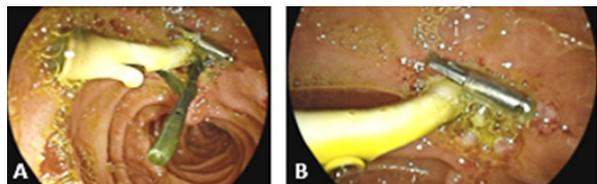


**Figura N°3.**

Complicaciones: A. Sangrado con lecho de papilectomía, cohibido con electrocoagulación. B. Perforación en lecho de papilectomía. C. Colocación de dos clips en zona de perforación.

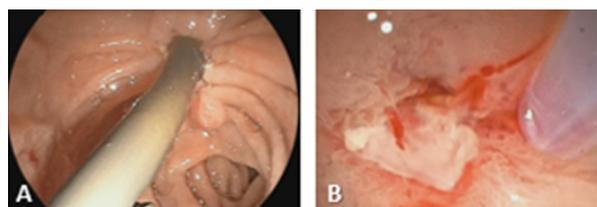
Siete días después de la papilectomía se retira stent biliar (Figura N° 5.A y 5.B).

La anatomía patológica fue informada como adenoma tubular con displasia y márgenes libres (Figura N° 6). La paciente es dada de alta en buenas condiciones clínicas.



**Figura N°4.**

A. Stent pancreático y biliar in situ. B. Retiro de stent pancreático.



**Figura N°5:**

A. Stent biliar in situ. B. Retiro de stent biliar.

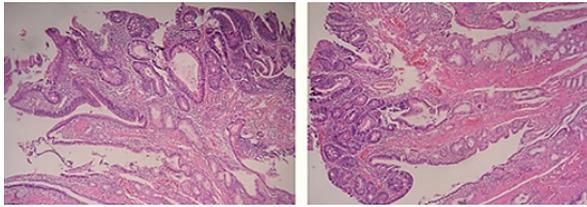


Figura N°6.

Histología post - papilectomía endoscópica compatible con adenoma tubular con displasia.

## DISCUSIÓN:

Los tumores periampulares de acuerdo a las características histopatológicas, se clasifican en benignos y malignos; dentro de los cuales se incluyen adenomas, hamartomas, leiomiomas y adenocarcinomas<sup>(6)</sup>. El tipo histológico más frecuente es el adenoma, con un porcentaje de 0,04 a 0,12 % de la población general, siendo considerada una lesión pre maligna<sup>(2,5)</sup>.

Las neoplasias ampulares son raras y representan el 0,5% de los tumores gastrointestinales y menos del 10% de las neoplasias periampulares<sup>(4)</sup>. Con una incidencia estimada de transformación maligna de adenoma a carcinoma del 26 al 65%<sup>(4)</sup>.

El diagnóstico se realiza generalmente de manera incidental, ya que la mayoría no presenta cuadro clínico específico<sup>(7)</sup>.

La biopsia endoscópica ha demostrado limitaciones para descartar la presencia de adenocarcinoma, ya que un 15 a 50 % se llegan a encontrar focos de adenocarcinoma en el espécimen resecado<sup>(7)</sup>; con una concordancia diagnóstica entre la biopsia pre papilectomía endoscópica y la papilectomía endoscópica del 64%<sup>(1)</sup>; con falsos negativos en el 25 al 60%<sup>(2)</sup> de los pacientes con adenocarcinoma, siendo la tasa de fiabilidad de la biopsia de 45 al 80 %<sup>(7)</sup>, por lo que la ausencia de adenocarcinoma en una biopsia de adenoma de papila no excluye la presencia de cáncer<sup>(7)</sup>; en consecuencia todo adenoma diagnosticado en la ampolla de Vater debe ser resecado<sup>(6,7)</sup>.

Existen tres opciones terapéuticas: pancreatoduodenectomía, escisión local quirúrgica y papilectomía endoscópica<sup>1,4</sup>. Las cuales difieren en mortalidad 12,9 %, 0,03 % y 0,04 % respectivamente; morbilidad 25 al 65 %, 27,5 % y 12 % respectivamente; y recurrencia 0 %, 25,8 %, 12 %, respectivamente<sup>(7)</sup>.

La papilectomía endoscópica actualmente es aceptada como terapia alternativa a la cirugía en adenoma ampular, siendo la mejor opción<sup>3</sup> y mostrando tasas de curación a largo plazo de aproximadamente el 80 %, y bajas tasas de morbilidad y mortalidad (9,7 a 20 % y 0,09 a 0,3 %, respectivamente)<sup>(2)</sup>.

La papilectomía o ampulectomía endoscópica significa la resección de la mucosa y submucosa de la ampolla de Vater (T0 o T in situ, y T1 sin invasión linfática), incluyendo el tejido alrededor de los orificios del conducto biliar y del conducto pancreático<sup>(3)</sup>.

Los criterios aceptados para la papilectomía endoscópica incluyen un tamaño de hasta 5 cm, sin evidencia de malignidad en los hallazgos endoscópicos<sup>(3)</sup> (márgenes definidos, ausencia de ulceración, consistencia blanda)<sup>(7)</sup>, histología benigna (displasia de alto o bajo grado<sup>2</sup>) y sin evidencia de crecimiento intraductal<sup>(3)</sup>. Otros reportes, como Seewald, et al. incluyen crecimiento intraductal menor de 1 cm<sup>(5)</sup>. La presencia de crecimiento intraductal amplio (>1 cm)<sup>(7)</sup> tiene posibilidad de resección endoscópica completa incierta.

En el presente caso, la biopsia de la lesión ampular fue benigna. Procediéndose a realizar un examen de ultrasonido endoscópico y resonancia magnética, determinándose que reunía criterios de resección endoscópica<sup>(3)</sup>.

La ultrasonografía endoscópica no es necesaria para lesiones pequeñas (<20mm), recomendándose para lesiones  $\geq$  20mm o en aquellas sospechosas de cáncer<sup>(2,7)</sup>.

Algunos expertos proponen que las lesiones > 10 mm sí requieren ultrasonografía endoscópica<sup>(7)</sup> para poder determinar si hay una contraindicación para un tratamiento endoscópico con intención curativa (tumores que invaden la pared abdominal o el tejido pancreático y presencia de crecimiento intraductal amplio)<sup>(7)</sup>. La ultrasonografía endoscópica es la prueba más sensible para determinar el estadio tumoral<sup>(7)</sup>, ya que en series numerosas se ha constatado una sensibilidad del 70 a 90 %, sin embargo, su fiabilidad se ve reducida para establecer el grado de afectación ganglionar<sup>(7)</sup>.

La colangiografía nos permite también evaluar el estadio tumoral (sensibilidad 53,8 %) y compromiso linfático (sensibilidad 76,9 %)<sup>(2)</sup>, y la literatura sugiere que se debe solicitar ante la sospecha de obstrucción de la vía biliar, antes de realizar pruebas invasivas<sup>(7)</sup>.

Antes de proceder a la papilectomía endoscópica, algunos autores sugieren realizar la inyección submucosa con solución salina para valorar el signo de la elevación de la papila<sup>(9)</sup>, cuya ausencia puede ser indicio de neoplasia maligna<sup>(5)</sup>. Sin embargo, otros autores, como Chini, et al., reportan que esto puede distorsionar la anatomía de la ampolla, dificultando la resección en bloque<sup>(3)</sup>. Por lo cual, en nuestro paciente, se decidió no elevar la lesión. La resección de la papila mayor, se realizó en un solo bloque con asa de alambre, permitiendo con ello márgenes libres, como se evidencia en la pieza anatómica y anatomía patológica,

reduciendo con ello la recurrencia<sup>(5)</sup>.

Dentro de las complicaciones de la papilectomía endoscópica, la literatura reporta: pancreatitis (10,3%), sangrado (8,9%), perforación (1,7%), estenosis (1,5%) y colangitis (1%)<sup>(1)</sup>. En el presente caso, se presentaron dos complicaciones durante el procedimiento. El sangrado del lecho de la papilectomía, que fue controlado con electrocoagulación y la perforación, identificada y controlada con la colocación de dos clips metálicos. Aunque la pancreatitis es una de las complicaciones más comunes y potencialmente graves, pocos estudios se han centrado en su prevención<sup>(1)</sup>. Se usan como medidas preventivas de pancreatitis post papilectomía: la hidratación pre y post procedimiento; la indometacina 100 mg transrectal inmediatamente post procedimiento; y la colocación del stent pancreático de diámetro 3 - 5Fr7, 60 - 80 mm de longitud<sup>(7)</sup>. En la paciente se colocó un stent pancreático post papilectomía, que fue retirado al quinto día sin mayor interurrencia. Además, se colocó un stent biliar para evitar obstrucción ante hemobilia post procedimiento<sup>(5)</sup>, el cual fue retirado a los 7 días luego de papilectomía.

La paciente cursa asintomática, antes, durante y post procedimiento. Siendo dada de alta, con controles ambulatorios. Se recomienda el seguimiento cada 3 a 6 meses durante los primeros 2 años; de no existir recurrencia, el seguimiento se da anualmente<sup>(1)</sup>. Este debe extenderse al menos de 18 a 24 meses por la posibilidad de recurrencia tardía; siendo la recidiva post papilectomía de un 85% en los primeros 6 meses<sup>(1)</sup>.

A los 6 meses del procedimiento a la paciente se le realizó control endoscópico con toma de biopsias. En la duodenoscopia (Figura N°7.A) se observó completa reepitelización de la zona de papilectomía y ausencia de recidiva, que fue confirmada por la biopsia, siendo informada como compatible para fibrosis e inflamación crónica, sin evidencia histológica de recidiva. (Figura N°7.B).

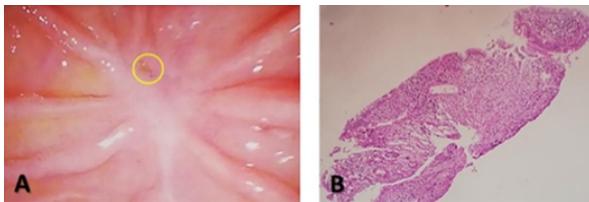


Figura N°7.

Control a los 6 meses: **A.** Lecho post ampulectomía endoscópica, con círculo se señala la salida biliar. **B.** Histología de los bordes del lecho.

Los adenomas de papila son raros, pero con alto potencial de progresión a cáncer, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico precoz, una estratificación apropiada y un tratamiento oportuno.

En lesiones ampulares pre malignas (adenomas), la papilectomía o ampulectomía endoscópica es un procedimiento seguro y eficaz, con menores tasas de mortalidad y morbilidad comparado con el tratamiento quirúrgico (ampulectomía quirúrgica y pancreatoduodenectomía). Ésta debe realizarse en centros de referencia con gastroenterólogos expertos.

La técnica óptima para la papilectomía endoscópica depende del tamaño de la lesión (resección en bloque o resección en fragmentos), pero es importante mencionar que la resección en bloque reduce el tiempo del procedimiento, y al obtener un espécimen completo permite evaluar los bordes de resección en el estudio histopatológico. El hecho de obtener bordes libres permite continuar con el seguimiento endoscópico en periodos cortos. En caso existir compromiso en los bordes de resección, se debe plantear otras opciones de tratamiento.

Habiéndose revisado la literatura creemos que el presente es el primer caso de papilectomía endoscópica reportado en el país.

**Conflictos de interés:** Los autores del presente estudio declaran su absoluta independencia con las empresas distribuidoras de los materiales utilizados.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Attila et al. Endoscopic papillectomy of benign ampullary lesions. *Turk J Gastroenterology* 2018; 29: 325-34.
2. Jennis Kandler. How to Approach a Patient With Ampullary Lesion. *Gastroenterology* 2018;155:1670-1676
3. Nader Roushan. Serie de casos de papilectomía por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Med J Islam Repub Iran.* 2018;32-43.
4. Margaux Dubois. Endoscopic and surgical ampullectomy for non-invasive ampullary tumors: Short-term outcomes. *BioScience Trends* 2016, 1-5.
5. Jaime Solano. Manejo actual del adenoma de la ampolla de Vater. *Rev Colomb Cir.* 2016;31:212-8
6. Laleman. Endoscopic resection of ampullary lesions: A single-center 8-year retrospective cohort study of 91 patients with long-term follow-up. *Surg Endosc.* 2013; 27 (10): 3865- 3876.
7. Vicente Lorenzo-Zuñiga. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32(2):101-108.

## Correspondencia

Nombre: Juan Torreblanca Nava  
Dirección: Cabo Blanco 325 Dpto. 301 San Isidro - Lima 27.  
Teléfono: (+51)998788609  
Correo: [jtorreblanca@speedy.com.pe](mailto:jtorreblanca@speedy.com.pe)

## Revisión de pares

Recibido: 28/11/2019  
Aceptado: 18/12/2019