



O-021 - NUESTRA EXPERIENCIA EN AMPULECTOMÍAS QUIRÚRGICAS. SERIE DE CASOS

Ortega Ruiz, Sofía; Lorenzo Liñán, Miguel; López Ordoño, Gabriel; Vargas Fernández, Miguel; Rico Morales, María del Mar; Torres Melero, Juan; Rosado Covián, Rafael

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: Los tumores ampulares representan el 2% de todos los tumores del tracto digestivo. Entre un 10-30% de los ampulomas son de naturaleza benigna. Tienen una especial relevancia clínica, porque presentan una mayor tasa de reseccabilidad y un mejor pronóstico que otros tumores periampulares. El tratamiento indicado es la resección con márgenes libres de lesión. El enfoque terapéutico puede ser endoscópico o quirúrgico, bien resección limitada, la ampulectomía quirúrgica transduodenal (ATD), bien radical, la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). La ampulectomía quirúrgica transduodenal es una técnica compleja usada en la resección de tumores ampulares. Parece que su papel ha quedado relegado con la aparición de la endoscopia, pero en nuestra opinión sigue teniendo un importante papel en el tratamiento de estas lesiones, siendo una técnica con mejores resultados que las técnicas endoscópicas.

Objetivos: Presentar una serie de 10 ampulectomías quirúrgicas transduodenales realizadas en nuestro centro.

Métodos: Presentamos una serie de 10 pacientes a los que se le practicó una ATD por ampuloma diagnosticado mediante pruebas de imagen y estudio histológico preoperatorio.

Resultados: Desde 2007 hasta 2015 se han intervenido un total de 10 pacientes con diagnóstico de ampuloma a los que se les ha realizado una ampulectomía quirúrgica. En cuanto al diagnóstico definitivo, nos encontramos con un caso de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado/adenocarcinoma in situ, dos lesiones benignas (hamartoma y paraganglioma) y 7 casos de adenomas, 5 esporádicos y 2 de ellos en el contexto de una poliposis adenomatosa familiar. En el caso de adenocarcinoma, detectado intraoperatoriamente, se descartó la práctica de DPC por comorbilidades del paciente, detectándose recidiva mediante endoscopia a los 12 meses de la ATD, falleciendo el paciente a los 20 meses por sus comorbilidades, no por la enfermedad. No se han producido recidivas durante el seguimiento en ninguno de los 9 casos restantes. Se produjeron 2 morbilidades (fístulas) en los casos 2º y 3º de la serie, no apreciándose ninguna morbilidad en ninguno de los 7 últimos casos de la serie. La estancia hospitalaria media fue de 20 días.

Conclusiones: La ATD es una técnica quirúrgica compleja con una morbi-mortalidad aceptable, y con escaso porcentaje de recidivas. Es útil para la resección de tumores ampulares benignos, premalignos y aquellos malignos en estadios no avanzados, así como tratamiento paliativo en caso

de lesiones malignas. La ATD debería considerarse no como una opción terapéutica per se sino como el último eslabón de la cadena de medios diagnósticos, con la ventaja de ser terapéutica.

en algunos casos.