

Ampulectomía endoscópica

Sánchez V, Luque R, Valls M, Lopez, JA.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Recibido en octubre de 2016; aceptado en febrero de 2017. Disponible en internet desde octubre de 2017.

Resumen

Introducción. Los ampulomas son lesiones premalignas (adenomas) o malignas (adenocarcinoma), que aparecen en la papila de Váter. La ampulectomía endoscópica consiste en la resección de la papila de Váter para el tratamiento de estas lesiones con fines diagnósticos y terapéuticos. **Presentación del caso y endoscopia.** Paciente de 70 años ingresado en la unidad de digestivo que presentó ictericia y dolor abdominal. Acudió a nuestra unidad para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), tras diagnóstico de ampuloma mediante ecoendoscopia. Durante la CPRE se localizó la papila engrosada, prominente y de aspecto adenomatoso, con un tamaño aproximado de 20 milímetros. Se realizó ampulectomía con asa de diatermia en una sola pieza para estudio anatomopatológico. Posteriormente se canalizó vía biliar y vía pancreática dejando colocadas una prótesis plástica biliar y otra pancreática. Presentó sangrado babeante en varios puntos sobre la escara. Se fulguró con argón y se realizó lavado tópico con adrenalina diluida en suero fisiológico, con control parcial del sangrado, por lo que finalmente se aplicó Hemospray® sobre la escara con cese del sangrado. La anatomía patológica correspondía a adenoma con displasia de bajo grado. **Plan de cuidados.** Vigilancia inmediata en nuestra unidad de recuperación, valorando alta de la misma según criterios de Aldrete. Administración de diclofenaco rectal profiláctico durante la intervención. Vigilar signos de sangrado y dolor (perforación). Ayunas 24 horas. Administración tratamiento antibiótico. Retirada de las prótesis en un mes. **Resultados.** A los 6 meses el paciente no presentó síntomas pero en revisión endoscópica se identificó, a nivel de la papila, mucosa de aspecto adenomatoso que impresionó de recidiva por lo que se tomaron biopsias. Confirmándose la presencia de adenoma. Por lo que es tratado nuevamente con esta técnica.

Palabras clave: Adenoma, Adenocarcinoma, Ampulectomía, Endoscopia, Enfermería.

Endoscopic ampulectomy

Abstract

Introduction. The ampulomas are premalignant (adenomas) or malignant (adenocarcinoma) lesions, which appear in the Váter papilla. Endoscopic ampulectomy consists of resection of the Váter papilla for the treatment of these lesions for diagnostic and therapeutic purposes. *Case weighting and endoscopy.* 70-year-old patient admitted to the digestive unit who presented with jaundice and abdominal pain. He came to our unit for endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), after diagnosis of ampuloma by echoendoscopy. During ERCP, the papilla was thickened, prominent and adenomatous, with a size of approximately 20 millimeters. An ampulectomy with a diathermy handle was performed in one piece for anatomopathological study. Later it was channeled biliary and pancreatic route leaving a biliary and pancreatic plastic prosthesis placed. He presented drooling bleeding at several points on the eschar. It was flashed with argon and topical washing with adrenaline diluted in physiological saline, with partial bleeding control, so that Hemospray® was finally applied on the eschar with cessation of bleeding. The pathological anatomy corresponded to adenoma with low-grade dysplasia. *Plan of care.* Immediate vigilance in our

*Autor para correspondencia: raluag@hotmail.com

2341-3476 - © AEEED 2014. Todos los derechos reservados.

recovery unit, valuing it high according to Aldrete criteria. Administration of prophylactic rectal diclofenac during the intervention. Watch for signs of bleeding and pain (perforation). Fast 24 hours. Administration antibiotic treatment. Removal of the prostheses in one month. Results. At 6 months, the patient did not present any symptoms, but in an endoscopic examination, an adenomatous mucosa was identified at the level of the papilla, which impressed the patient with recurrence and biopsies were taken. Confirming the presence of adenoma. So it is treated again with this technique.

Key words: Adenoma, Adenocarcinoma, Ampulectomy, Endoscopy, Nursing.

Introducción

Los adenocarcinomas de la ampolla de Váter (Ampulomas), representan el 2% de todos los carcinomas y el 5% de todos los tumores del aparato digestivo y aparecen en una edad promedio de 54 años.

Existen cuatro formas macroscópicas. Vegetantes: con aspecto de pólipo. Ulcerados: con obstrucción de formas vecinas, las que al infiltrar obstruye. Pseudopapilitis: identificadas en estudio microscópico, sobre todo si se acompaña de litiasis. Nodular: que se puede confundir con un cáncer de la cabeza de páncreas.

Producen obstrucción biliar total o parcial, la primera se manifiesta por dilatación de vías biliares con las paredes finas; en la segunda el colédoco se encuentra dilatado pero con paredes engrosadas donde se suelen agregar infecciones.

Infiltra estructuras vecinas pero en forma lenta, por lo que su pronóstico es bueno dentro de los tumores digestivos, pero por la tardía aparición de síntomas y el tratamiento también tardío, ensombrecen el pronóstico.

Los síntomas del ampuloma son similares a una obstrucción biliar de origen litíásico, siendo el principal diagnóstico diferencial. Es constante la aparición de ictericia de tipo intermitente, adelgazamiento, anorexia, hemorragia digestiva identificada como melenas o sangre oculta en heces. En el examen físico existe hepatomegalia en el 80% de los casos debido a estasis biliar y la vesícula biliar palpable puede no estar presente en caso de obstrucción intermitente. La bioquímica sanguínea es similar al síndrome coledociano. Los exámenes complementarios a indicar son la colangiopancreatografía retrógrada, la colangiografía transparietohepática siendo el primero de elección.

Pasamos a describir la definición de ampulectomía, la cual consiste en reseca la papila duodenal

afecta de una tumoración (ampuloma), o bien de un pólipo con posibilidades de malignización, o que produzca síntomas, fundamentalmente ictericia en el paciente.

Existen varias formas de realizarla, y básicamente la técnica es muy similar a una polipeptomía estándar, contando con las peculiaridades que tiene hacerla con un endoscopio de visión lateral. Los riesgos más importantes de esta técnica son el sangrado y la pancreatitis aguda. La técnica se puede realizar reseca la lesión en bloque, que es lo ideal, o bien de forma fragmentada si la lesión es muy grande.

Presentación del caso

Paciente de 70 años ingresado en la unidad de digestivo, que presenta ictericia, heces blandas y dolor abdominal. Acude a nuestra unidad para colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), tras diagnóstico de ampuloma mediante ecoendoscopia.

Técnica

Primera intervención

Resultando el diagnóstico médico de ampuloma tras ecoendoscopia, se cita al paciente para primera CPRE. “En nuestra unidad, enfermería lleva a cabo las preguntas previas a la exploración endoscópica del paciente y su preparación. Se corroboran ayunas, la medicación actual del paciente, si el paciente viene o no acompañado, que en este caso no es necesario, ya que el paciente queda ingresado tras el procedimiento. Si es portador algún tipo de prótesis metálica o marcapasos, prótesis dental (para su extracción

previo el procedimiento), y si es alérgico a algún componente medicamentoso o alimentario. Comprobar acceso venoso periférico y su buen funcionamiento. Se monitoriza al paciente y tras

ello se coloca aporte de oxígeno para la sedación, mediante gafas nasales". Al comenzar la exploración, lo primero es localizar la papila en segunda porción duodenal, esta se encuentra engrosada, prominente y tiene aspecto adenomatoso con un tamaño aproximado de 20mm. Se realiza ampulectomía con asa de diatermia en una sola pieza y se recupera para anatomía patológica (AP) con cesta de Roth. Se canaliza selectivamente vía biliar y posteriormente vía pancreática, dejando colocadas prótesis biliar y pancreática de plástico sin incidencias. "La enfermera debe mantener un manejo óptimo de la guía para canalización de vía biliar y pancreática, con movimientos suaves, cortos y seguros. Debe conocer el tamaño de las prótesis y su correcta preparación, conducción y posición al dársela al endoscopista", Se visualiza sangrado babeante en varios puntos sobre la escara, realizándose fulguración con argón (APC) a 40 W y lavado abundante con adrenalina diluida tópica, con control únicamente parcial del sangrado, por lo que finalmente se aplica Hemospray® sobre la escara. "La ayuda y conocimiento del uso del Hemospray® por parte de enfermería, ayuda a desarrollar la técnica de forma rápida y efectiva, ya que resulta muy fácil la obstrucción del catéter. Realizamos varias insuflaciones con aire a través del catéter mientras el endoscopista lo introduce por el canal de trabajo. Cuando conectamos la pistola de Hemospray®, desconectamos inmediatamente la aspiración para evitar que el catéter se llene de líquido y se obstruya".

Tras la intervención, el paciente pasa a la unidad de recuperación donde despierta y es atendido por enfermería.

Se realiza revisión el día siguiente mediante endoscopia con duodenoscopia. Se visualiza área papilar en segunda porción, cubierta de fibrina sin presencia de restos hemáticos. Se visualizan prótesis biliar y pancreática normoposicionadas.

Al mes se vuelve a citar al paciente para retirada de prótesis pancreática. No se visualiza prótesis biliar. Se visualiza papila cubierta de fibrina. Se realiza Rx de abdomen para descartar migración proximal de prótesis biliar. El paciente se encuentra asintomático.

A los seis meses de la intervención el paciente vuelve a presentar síntomas, molestias

abdominales y vómitos, por lo que se sospecha, recidiva de ampuloma.

Se realiza panendoscopia y a nivel de la papila se identifica mucosa de aspecto mamelonado, adenomatosa, que impresiona de la lesión tratada previamente, de unos 6-7 mm. Se toman biopsias y se remiten para estudio en AP. En este momento se valora una nueva sesión de ampulectomía endoscópica.

Segunda intervención

Se realiza ampulectomía y se coloca prótesis pancreática. Papila en segunda porción duodenal, ligeramente engrosada, prominente, de aspecto adenomatoso con un tamaño de 8mm. Se realiza ampulectomía con asa de diatermia, se recupera en una pieza. Se realiza fulguración con argón de bordes papilares sin evidenciar restos adenomatosos. Se canaliza vía pancreática dejando colocada una prótesis de plástico, la cual se retirara en tres semanas.

Se realiza revisión y retirada de prótesis pancreática el día 29/09/2016 sin complicaciones. El paciente se encuentra sin sintomatología clínica hasta el momento.

Por tanto, el material utilizado es el siguiente:

- Duodenoscopia
- Asa de polipectomía.
- Fuente de diatermia
- Placa neutra adhesiva para bisturí eléctrico
- Cesta de Roth
- Pinza de biopsia
- Prótesis biliar plástica
- Prótesis pancreática plástica
- Fuente de argón
- Sonda frontal y lateral para argón
- Catéter irrigador para lavar (solución compuesta de adrenalina y suero fisiológico)
- Hemospray®

Plan de cuidados

Realizamos un plan de cuidados durante la intervención, vigilancia inmediata en nuestra unidad de recuperación, valorando alta de la misma según criterios de Aldrete. Administración de diclofenaco rectal profiláctico durante la intervención. Vigilar signos de sangrado. Ayunas 24 horas. Administración tratamiento antibiótico.

Plan de cuidados			
	Diagnóstico (NANDA)	Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)
<p>Vigilancia inmediata en nuestra unidad de recuperación, valorando alta de la misma según criterios de Aldrete. Administración de diclofenaco rectal profiláctico durante la intervención. Vigilar signos de sangrado y dolor (perforación). Ayunas 24 horas. Administración tratamiento antibiótico. Retirada de las prótesis en un mes.</p>	Déficit de conocimiento r/c falta de información.	(1609) Conducta terapéutica. El paciente recibirá información sobre la prueba, el paciente mejorará su nivel de conocimiento	(5618) Enseñanza sobre el procedimiento y tratamiento. Entablar diálogo empático con el paciente de forma sencilla y clara.
	(00132) Dolor agudo R/C prueba	(1605) Control de dolor	(1400) Manejo del dolor (2315) Administración de medicación: rectal (DICLOFENACO)
	(00004) Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	(0703) Estado de infección. - Disminuir el riesgo de infección - Detectará precozmente signos de infección	(6540) Control de infecciones. • Mantener ambiente aséptico.

Plan de cuidados			
	Diagnóstico (NANDA)	Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)
<p>Vigilancia inmediata en nuestra unidad de recuperación, valorando alta de la misma según criterios de Aldrete. Administración de diclofenaco rectal profiláctico durante la intervención. Vigilar signos de sangrado y dolor (perforación). Ayunas 24 horas. Administración tratamiento antibiótico. Retirada de las prótesis en un mes.</p>	(00206) Riesgo de hemorragia R/C el procedimiento	(0413) Severidad de la pérdida de sangre	(4160) Control de hemorragias
	(00002) Desequilibrio nutricional por defecto.		(1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación: - Ayuno durante 24 horas.

Discusión

En este caso nuestro objetivo era realizar una técnica correcta basada en una ampulectomía endoscópica para evitar que el paciente fuese sometido a una intervención quirúrgica. Obteniendo un resultado satisfactorio a pesar de que fueron necesarias dos intervenciones como CPRE para ello y varias exploraciones endoscópicas para la revisión.

Conclusión

La ampulectomía es una técnica válida para la resección de lesiones premalignas y malignas precoces. Pero requiere revisiones estrechas para descartar recidivas como en el caso presentado. La intervención enfermera en el buen manejo de

instrumental es muy importante para el buen resultado de esta durante el procedimiento.

Bibliografía

- 1.Seifert W, Schulte F, Stolte M. Adenoma and carcinoma of the duodenum and papila of Vater: a clinicopathologic study. Am J Gastroenterol 1992; 87: 37-41.
- 2.Sharp KW, Brandes JL. Local resection of tumors of the ampulla of Vater. Am Surg 1990;56:214-7.
- 3.Rodríguez C, Borda F, Elizalde I, Jiménez FJ, CarralD. ¿Hasta que punto es seguro el diagnóstico preoperatorio de la biopsia endoscópica en el tumor ampular? Rev Esp Enferm Dig 2002;94(10):585-8.