

Características y manejo endoscópico de los adenomas duodenales no ampulares

Drs. Carlos Harz B ⁽¹⁾, Hugo Richter R ⁽¹⁾, Eduardo Vega P ⁽¹⁾, Luis Goldin G ⁽¹⁾, Carmen Franco S ⁽²⁾, Isidora Harz F ⁽³⁾.

1. Servicio de Cirugía Endoscópica, Clínica Santa María.

2. Anatomía Patológica, Clínica Santa María.

3. Interna Cirugía Universidad de Los Andes.

charz@mi.cl

Abstract

We present five cases of non ampullary sporadic duodenal adenoma treated with various endoscopic techniques. Therapeutic alternatives are described on the basis of endoscopic features, performance and developments.

Keywords: Endoscopic techniques, Endoscopic therapy, Non ampullary sporadic duodenal adenoma.

Resumen

Se presentan cinco casos de adenomas no ampulares esporádicos del duodeno tratados con distintas técnicas endoscópicas. Se describen diferentes alternativas terapéuticas en base a las características endoscópicas, sus resultados y su evolución.

Palabras clave: Adenoma esporádico duodenal, Técnicas endoscópicas, Terapias endoscópicas.

Introducción

Los adenomas esporádicos del duodeno, son extremadamente infrecuentes, pero con la amplia difusión de la endoscopia en el estudio de la sintomatología digestiva alta, su diagnóstico debería ir en aumento⁽¹⁾.

Al igual que los adenomas descritos en el colon y recto, son lesiones pre-malignas. Los pacientes con síndromes polipósicos como la poliposis adenomatosa familiar (FAP) o el Peutz-Jeghers, tienen una mayor incidencia de adenomas vellosos duodenales, principalmente ampulares o periampulares, cuyo manejo se encuentra bien estandarizado a diferencia de las lesiones esporádicas^(2,3).

En la mayoría de las publicaciones se describe la experiencia con técnicas quirúrgicas⁽⁴⁻⁶⁾. El objetivo de la presente revisión, es dar a conocer en base a nuestros pacientes e imágenes, las distintas alternativas terapéuticas endoscópicas, de los adenomas no ampulares esporádicos del duodeno.

Pacientes

Entre julio de 2004 y julio de 2011, se efectuaron 30.180 endoscopías digestivas altas en los Servicios

de Endoscopia y Cirugía Endoscópica de Clínica Santa María.

Durante este período se diagnosticaron y trataron endoscópicamente y en forma consecutiva, 5 pacientes con adenomas no ampulares del duodeno. Esta cifra confirma lo infrecuente que son estas lesiones. Cuatro hombres y una mujer. Con edades que fluctuaron entre los 35 y 90 años, con un promedio de 62 años.

La sintomatología que generó el estudio endoscópico fue inespecífica. En el paciente de 90 años se demostró y trató la lesión, en el mismo procedimiento en el que se practicó una gastrostomía percutánea endoscópica por alteración de la deglución.

Las lesiones desde un punto de vista endoscópico fueron subpediculadas en 2 pacientes, sésiles extendidas en otros dos y una pediculada como se aprecia en la figura 1. Se ubicaron exclusivamente en la segunda porción del duodeno, en cuatro pacientes en la porción distal y en un caso entre la 1ª y 2ª porción.

De acuerdo a publicaciones recientes los pacientes con adenomas duodenales tienen un riesgo mayor de desarrollar neoplasias colo-rectales^(1,7). Por este motivo se realizó una colonoscopia completa en 4 de nuestros pacientes. El mayor, de 90 años de edad fue excluido de este screening, por encontrarse asintomático, sin otros factores de riesgo.

Intervenciones endoscópicas

Las técnicas endoscópicas para la resección de lesiones duodenales no están claramente estandarizadas. La aproximación general es similar a la de las lesiones colorectales⁽⁸⁾.

Es así, como en las lesiones pediculadas se efectuará una polipectomía endoscópica clásica como se aprecia en la figura 2. Se trata de un paciente de 90 años de edad sometido a una gastrostomía percutánea por alteración de la deglución, en el que se demostró una lesión polipoídea, pediculada, del duodeno de 14 mm de diámetro y que se resecó durante el mismo procedimiento, evolucionando sin contratiempos.

En los pacientes con lesiones de base ancha, subpediculadas, se efectuó una mucosectomía endoscópica, previa inyección sub-mucosa de

adrenalina 1: 40.000.

En el caso de la lesión mayor, de 25x20 mm de diámetro, se cerró el defecto post resección, con clips de afrontamiento, como se aprecia en la figura 3.

Finalmente las lesiones sésiles extendidas en alfombra fueron resecadas mediante el uso de un CAP (capuchón endoscópico) adosado al extremo distal del instrumento que permite, luego de solevar la lesión mediante la inyección sub-mucosa de adrenalina diluida, succionarla dentro del CAP precargado con un asa de polipectomía para luego seccionarla con el asa⁽⁹⁾.

Esta técnica se denomina EMRc (de las siglas en inglés Endoscopic Mucosal Resection with cap).

Las muestras fueron enviadas al patólogo, extendidas sobre una superficie rígida o señalando el pedículo.

Histopatología

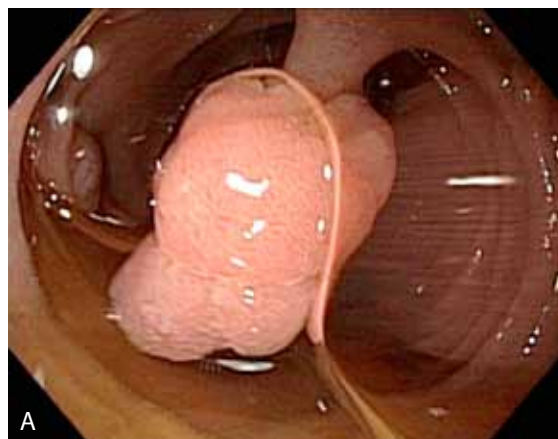
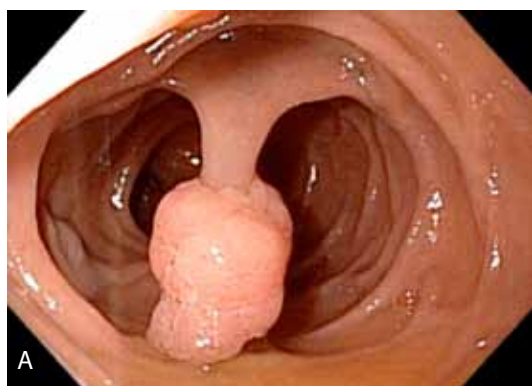


Figura 2. Polipectomía clásica de una lesión tipo Yamada IV. A) Pólipo pediculado. B) Polipectomía con asa previa inyección del pedículo con adrenalina 1:40.000. C) Recuperando la pieza post resección.

Figura 1. Características morfológicas desde el punto de vista endoscópico. A) Lesión pediculada. B) Lesión sub-pediculada. C) Lesión plana extendida.

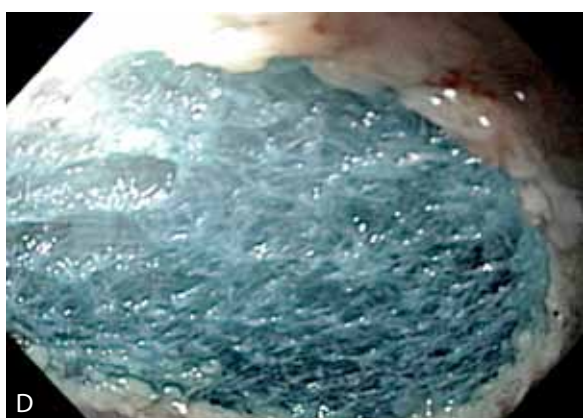
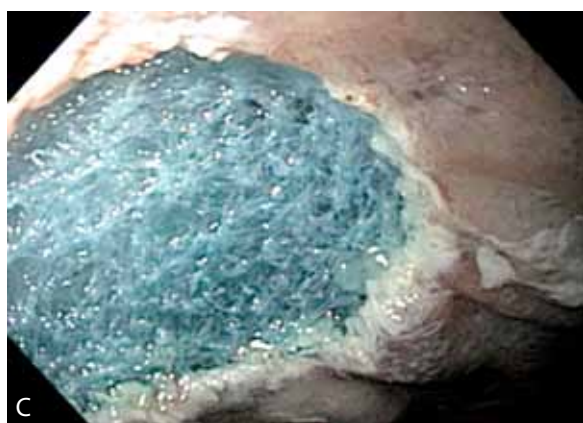


Figura 3. A) Lesión sub-pediculada de base ancha. B) Asa *in situ*, nótese la inyección submucosa con índigo carmín. C y D) Base de resección amplia. E) Iniciando el cierre con clips de afrontamiento y F) El defecto cerrado.

Todas las piezas resecadas fueron recuperadas y analizadas histológicamente. El estudio demostró un adenoma túbulo vellosos con displasia leve en un paciente, displasia moderada en dos y de alto grado en otras dos piezas resecadas. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos tanto en profundidad como en el perímetro.

Complicaciones y seguimiento

En esta serie no hubo ninguna complicación post procedimiento. Sólo un paciente fue hospitalizado por el potencial riesgo de sangramiento posterior a la resección de una extensa lesión ubicada en la parte proximal de la segunda porción duodenal. El resto de los pacientes fue manejado en forma ambulatoria. Todos ellos recibieron inhibidores de la bomba de protones a dosis alta.

En el control, a los 6 meses, se demostró en uno de los pacientes una recurrencia local, la que se resecó, asociándose el uso de coagulación con argón plasma (APC) que se ha demostrado, suele disminuir el

riesgo de recurrencia local^(9,10). Este paciente, seguido a tres años, no ha presentado nueva recidiva local. En el seguimiento endoscópico tardío, entre 3 y 7 años, realizado en los pacientes iniciales, no se ha demostrado recurrencia local. En las colonoscopías efectuadas no se evidenciaron pólipos.

Comentario

Actualmente la tendencia terapéutica es la resección endoscópica de las lesiones, mediante mucosectomía con EMRc. En aquellas más extensas, el tratamiento mediante la disección endoscópica sub-mucosa (ESD), es la alternativa quirúrgica mínimamente invasiva más oncológica.

En relación al seguimiento de estos pacientes los datos disponibles en la literatura son limitados, de tal modo que hay que proceder de acuerdo con los márgenes quirúrgicos demostrados histológicamente, el grado de displasia de la lesión y la comorbilidad del paciente⁽²⁾.

Bibliografía

1. Murray MA, Zimmerman MJ, Ee HC. Sporadic duodenal adenoma is associated with colorectal neoplasia. *Gut* 2004; 53: 261-265.
2. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 570-580.
3. Adler DG, Qureshi W, Davila R, et al. ASGE Guideline: The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas *Gastrointest Endosc* 2006; 64: 849-854.
4. Michael EC. McFarlane Villous tumor of the duodenum: report of a case and review of the literature. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2001; 8: 107-109.
5. Galandiuk S, Hermann R, Jagelman D, Fazio V, Sivak M. Villous Tumors of the Duodenum. *Ann Surg* 1988; 207: 234-239.
6. George H, Sakorafas H, Friess H, Dervenis CG. Villous Tumors of the Duodenum: Biologic Characters and Clinical Implications. *Scand J Gastroenterol* 2000; 4: 337-344.
7. Apel D, Jakobs R, Weickert U, et al. High frequency of colorectal adenoma in patients with duodenal adenoma but without familial adenomatous polyposis. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 397-399.
8. Waye JD, Barkun A, Goh KL, et al. Approach to benign duodenal polyps. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 962-966.
9. Alexander S, Bourke MJ, Williams SJ, et al. EMR of large, sessile, sporadic non-ampullary duodenal adenomas: technical aspects and long-term outcome. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 66-73.
10. Brooker JC, Saunders BP, Shah SG, et al. Treatment with argon plasma coagulation reduces recurrence after piecemeal resection of large sessile colonic polyps: a randomized trial and recommendations. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 371-375.