



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA  
CENTRO MÉDICO NACIONAL  
"MANUEL ÁVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

**TUMORES MALIGNOS DEL  
ÁMPULA DE VATER**

**TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:  
CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTA:**

*Dr. Francisco Román Aquino Gijón*

**RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL  
MATRÍCULA: 10181172**

**ASESOR:**

**DR. FELIPE LARA CHACÓN  
GASTROCIRUJANO  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA  
MATRÍCULA: 1302639**

**PUEBLA, PUE. DICIEMBRE DE 1996**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



112097  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
"MANUEL AVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

**TUMORES MALIGNOS DEL  
AMPULA DE VATER**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:  
**CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**

**DR. FRANCISCO ROMAN AQUINO GIJON**



**IMSS**

**PUEBLA, PUE. DICIEMBRE DE**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1997

## DEDICATORIAS

**A MIS PADRES:  
ESTEBAN AQUINO LÓPEZ  
BERTHA GUJÓN ORTÍZ**

**QUIENES HAN REALIZADO MUCHOS SACRIFICIOS Y  
QUIENES ME HAN BRINDADO SU APOYO  
INCONDICIONAL PARA ALCANZAR MIS METAS  
" DIOS LOS BENDIGA "**

**A MI ESPOSA:  
NORMA GALICIA GONZÁLEZ**

**POR TODO SU AMOR, APOYO, COMPRESIÓN Y  
FELICIDAD QUE ME BRINDA SIEMPRE.  
" TE AMO "**

**A MI HIJO:  
FRANCISCO JAVIER AQUINO GALICIA**

**POR DARME LA MÁS GRANDE ALEGRÍA A SU  
LLEGADA Y SER EL MOTIVO DE MI SUPERACIÓN.  
" TE QUIERO "**

**A MIS HERMANOS:  
JUAN MARIO, ESTEBAN FIDEL Y NUVIA SOLEDAD**

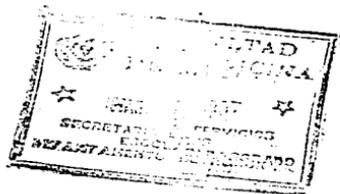
**POR FORMAR UNA FAMILIA MUY UNIDA Y ESTAR  
CONMIGO EN TODO MOMENTO.  
" CON MUCHO APRECIO "**

~~DR. ARTURO GARCIA VILLASINOR~~  
~~SECRETARIA DE EDUCACION, MEDICINA E INVESTIGACION~~  
~~CENTRO DE ESPECIALIDADES~~  
~~CENTRO MEDICO "AVILA CAMACHO"~~  
~~PUEBLA~~

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
C.M.N. "MAC" PUEBLA.



JEFATURA DE EDUCACION  
MEDICA E INVESTIGACION



**A MI ASESOR:**

**DR. FELIPE LARA CHACÓN**

**CON UN SINCERO AGRADECIMIENTO POR EL  
APOYO QUE ME BRINDÓ PARA LA  
ELABORACIÓN DE LA PRESENTE TESIS.**

**" MIL GRACIAS "**

**A TODOS MIS MAESTROS:**

**POR TRANSMITIRME SUS CONOCIMIENTOS,  
EXPERIENCIAS PROFESIONALES SIN  
EGOÍSMO Y POR SU AMISTAD SINCERA.**

**" MUY AGRADECIDO "**

**A TODOS MIS COMPAÑEROS:**

**POR COMPARTIR MOMENTOS DE ALEGRÍA,  
ESTRÉS Y TRISTEZA DURANTE TODA LA  
RESIDENCIA.**

## ÍNDICE

	PÁGINA
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
OBJETIVOS .....	15
HIPÓTESIS .....	16
MATERIAL Y MÉTODOS .....	17
RESULTADOS .....	19
CONCLUSIONES .....	36
BIBLIOGRAFÍA .....	37

*U N A M*  
1996

## **ANTECEDENTES CIENTÍFICOS**

En el presente trabajo hablaremos sobre las neoplasias del ámpula de Vater, como primera instancia trataremos sobre la embriología y anatomía del mismo.

En el embrión de 3 a 4 mm de longitud se origina el divertículo hepático como una pequeña yema en el intestino primitivo anterior, en el lado opuesto se forma el esbozo pancreático dorsal, el esbozo pancreático ventral se origina en el divertículo hepático próximo al saco vitelino, después en el divertículo hepático comienza la diferenciación del conducto colédoco, vesícula biliar, del conducto hepático, este último formará posteriormente el conducto hepático derecho, conducto hepático izquierdo y los conductos intrahepáticos (1).

Debido a que el duodeno presenta un crecimiento más rápido, el esbozo pancreático ventral junto con el colédoco en desarrollo giran por detrás del duodeno quedando por detrás y abajo del páncreas dorsal, se fusionan ambas yemas pancreáticas quedando unido a la pared abdominal posterior (retroperitoneal). La vesícula biliar se desarrolla a partir del divertículo hepático, más tarde todos los conductos sufren reabsorción de células para formar la luz, de la misma forma se desarrolla el ámpula de Vater, más tarde se desarrolla el esfínter (1), como se demuestra en las Figuras N° 1, 2, 3 y 4.

En lo referente a la anatomía propia del ámpula de Vater se menciona que la unión coledocoduodenal se encuentra en la segunda porción del duodeno a nivel de la carúncula mayor y el pliegue longitudinal, la cual es atravesado por el conducto

#### **Tumores Malignos Del Ámpula De Vater**

colédoco y el conducto pancreático por medio de una cámara común que es el ámpula de Vater (2). En un 70 a 80% de los casos el conducto de Wirsung corre paralelo al colédoco aproximadamente 2 cm y se unen dentro del segmento esfinteriano, en un 10 a 13% entre el duodeno en forma independiente, en un 2% está reemplazado por el conducto de Santorini (3). El ámpula de Vater es la parte dilatada de la porción común terminal de los conductos colédoco y pancreático, según los estudios de Boyden el ámpula y el esfínter de Oddi poseen esfínteres que atraviesan la pared duodenal, su arquitectura consta de las siguientes partes (2) (Figura N° 5).

1. **El esfínter del colédoco:** El cual lo rodea desde la entrada de la pared duodenal hasta la unión con el conducto pancreático, regulando el flujo de bilis y el llenado de la vesícula biliar en sentido retrógrado.
2. **El esfínter pancreático:** Rodea la porción intraduodenal del conducto pancreático, presente en número variable.
3. **La ampolla esfinteriana:** Es un músculo anular que se extiende desde la unión de los conductos hasta el vértice de la carúncula es el músculo del canal común, tiene un desarrollo variable.
4. **Haces musculares longitudinales:** Se extienden desde la entrada de los conductos en la pared duodenal hasta el vértice de la carúncula y los conecta entre sí, su función es retraer o levantar la carúncula.

FIGURA N° 1

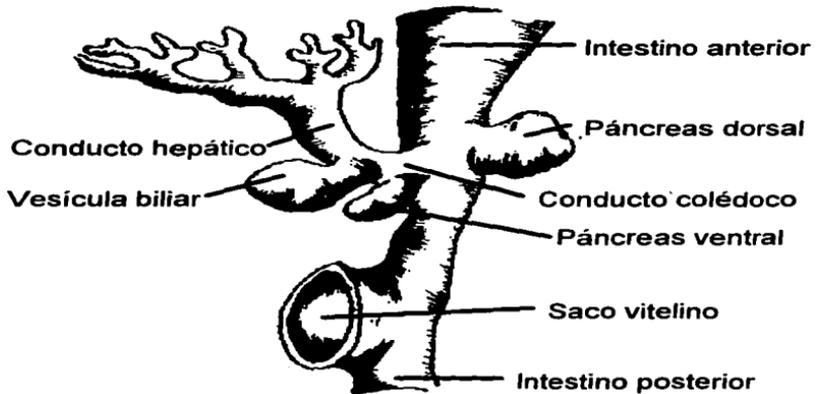


FIGURA N° 2

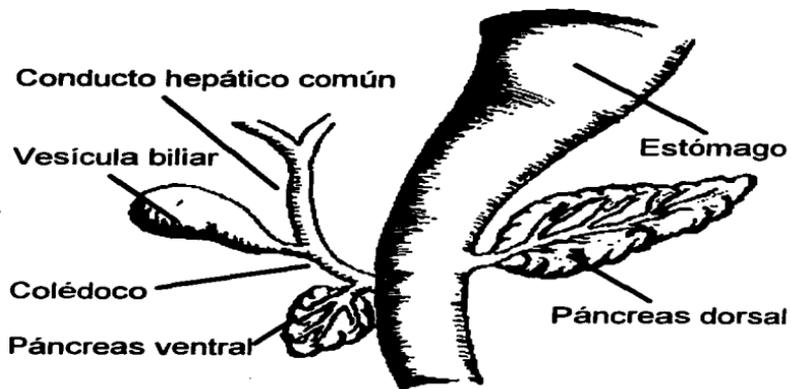
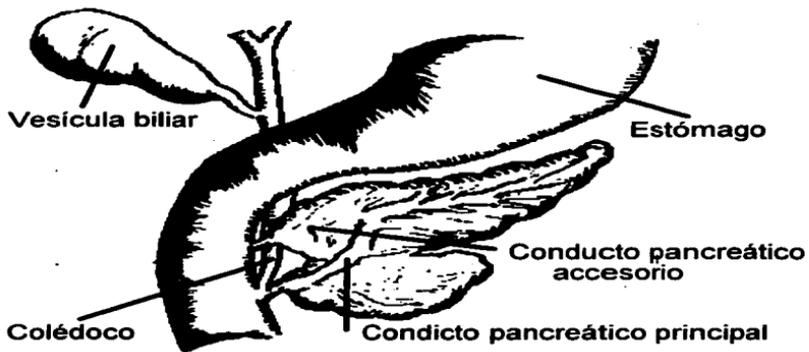


FIGURA N° 3



**FIGURA N° 4**

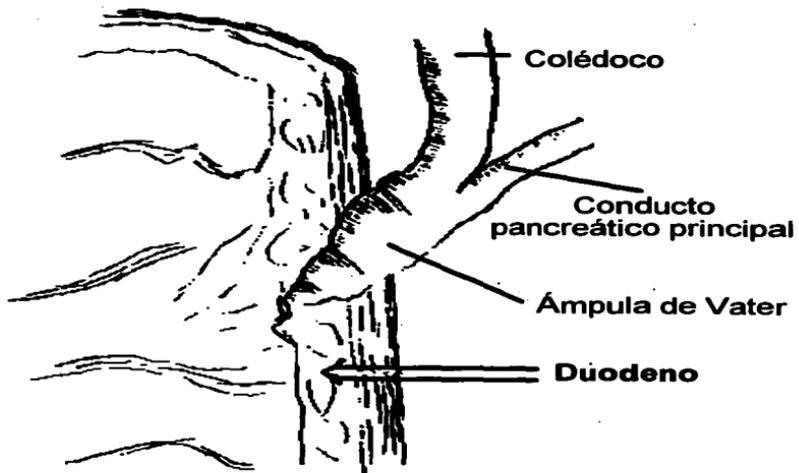
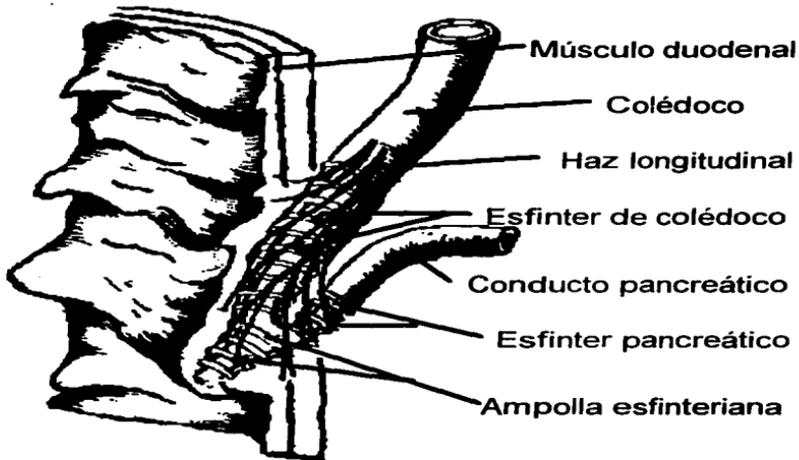


FIGURA N° 5



**5. Fibras de refuerzo; Se extienden desde los músculos duodenales hasta las fibras longitudinales.**

En lo referente a la fisiología; el complejo esfinteriano permanece cerrado durante el ayuno, desviando el flujo biliar hacia la vesícula, después de una comida el esfínter se relaja y la bilis fluye desde el colédoco al duodeno impulsado por la presión de la vesícula. Estudios cineradiográficos del esfínter en humanos muestra contracciones rítmicas que impulsan el medio de contraste hacia duodeno y por estudios manométricos existen cambios en la presión y se ha notado contracciones físicas superpuestas a una presión basal de 3 mmHg, por encima de la presión del colédoco y conducto pancreático con una frecuencia media de 4 por minuto, la propagación de las contracciones se orientan en un sentido anterógrado (60%) y retrógrado en el 15%. Las contracciones físicas del esfínter impulsa la bilis hacia el duodeno o impide el reflujo de contenido duodenal, la colecistoquinina inhibe las contracciones físicas produciendo una caída de la presión basal permitiendo el movimiento pasivo de la bilis por el colédoco al duodeno y posiblemente esté mediado por neuronas no adrenérgicas (4).

En lo referente a las neoplasias del ámpula de Vater en la literatura se le suele agrupar con las del duodeno periampular y las de cabeza de páncreas, debido a sus características similares como: tipo celular común, aspectos clínicos, semejanza en los procedimientos de resección o paliativos como Bypass o intubación, en otros textos se aborda sólo el cáncer del ámpula de Vater.

Las lesiones que involucran al ámpula de Vater pueden originarse del conducto biliar o del epitelio duodenal, aparecer

#### Tumores Malignos Del Ampula De Vater

como crecimiento polipoide, úlcera, engrosamiento firme de la papila y más raramente como lesión que se extiende alrededor del duodeno o directamente con invasión al páncreas, dependiendo directamente del tamaño del tumor (5). La gran mayoría de los tumores malignos que se originan en el área periampular son: adenocarcinomas, los cuales varían en su grado de diferenciación, tienen potencia para originar metástasis a ganglios linfáticos retroperitoneales (coledociano, gastroduodenal, celiaco y periaórtico) por vía portal al hígado y a pulmones, por líquido peritoneal al peritoneo visceral y parietal, por conducto torácico al área supraclavicular izquierda. En menos del 5% se observan otros tipos celulares como: adenosarcoma, leiomiomas, carcinoides, cistoadenocarcinomas, sarcomas y tumor de células de los islotes (5).

La neoplasia del ampula de Vater también ha sido observada en el adenocarcinoma del colon en una incidencia que varía de 0.5 al 22%, en el síndrome de poliposis familiar y síndrome de Gardner la incidencia estimada es de un 3 al 12% (6).

El diagnóstico de cáncer de ampula de Vater en los primeros estadios es difícil, ya que clínicamente presenta una insidiosa pérdida de peso, vagos síntomas gastrointestinales, ictericia la cual puede ser intermitente o con franca instalación, hemorragia digestiva leve, dolor en hipocondrio derecho, raramente colangitis y pancreatitis. El examen físico valorará la intensidad de la ictericia, la linfadenopatía, presencia de vesícula distensible, hepatomegalia o masa abdominal palpable, se solicitarán exámenes de laboratorio como: pruebas de funcionamiento hepático el cual mostrará patrón obstructivo, homógama completo pudiendo haber anemia, pruebas de la

#### **Tumores Malignos Del Ampulla De Vater**

coagulación. Recientemente se investigan algunos marcadores inmunoreactivos como el nm23-H1 pero que resulta más específico para el cáncer de la vesícula biliar que para el cáncer de ampulla de Vater (7), el colorante inmunohistoquímico antígeno de proliferación nucleocelular (PCNA) según su tasa de positividad proporciona un índice pronóstico para el cáncer del ampulla de Vater (8).

En cuanto a gabinete se refiere se cuenta con: ultrasonido, tomografía computada, colangiografía transhepática percutánea, centellografía hepatobiliar arteriografía, endoscopia para colangiografía y toma de biopsia, todo esto es útil para determinar el tipo de neoplasia, la extensión del tumor, la presencia de metástasis y así valorar el tipo de intervención; actualmente se están realizando ultrasonido endoscópico el cual proporciona resultados más exactos que la tomografía computada para la detección de ganglios metastásicos y con resultados similares en la detección de la invasión arterial (9).

Una vez terminado el estudio del paciente se valorará el procedimiento más adecuado, entre los cuales están: La resección curativa, de Bypass, la intubación percutánea o endoscópica. Con la resección radical se llega a tener una tasa de sobrevida a los 5 y 10 años de 58% y del 37% respectivamente, siendo curativo en casos seleccionados (10).

La pancreatoduodenectomía clásica también se le conoce como procedimiento de Whipple y se realiza para este tipo de patología y cuyos resultados han sido: mortalidad operatoria del 4%, una morbilidad del 46% las cuales consisten en: retardo en el vaciamiento gástrico del 23%, fístula pancreática 17%, fístula biliar 9%, hemorragia del tubo digestivo alto 5%, hemorragia intraabdominal 3%, infección de la herida

#### **Tumores Malignos Del Ampula De Vater**

7%, abscesos intraabdominales 10%, las reintervenciones por complicaciones se efectuaron en el 9% (11). El reporte de otra serie fue de: una mortalidad operatoria del 6%, una morbilidad del 65%, presencia de márgenes libres de tumor en la pieza quirúrgica del 75%, la sobrevida global a 5 años fue del 50%, los pacientes con infiltración de los márgenes son candidatos para terapia adyuvante (12).

El procedimiento de Whipple se le realizó una modificación que consistió en preservar el píloro y cuyos resultados son similares a la cirugía convencional, con una tasa de sobrevida a 5 años del 45.5%, es defendido como procedimiento de primera elección para la enfermedad maligna resecable localmente de la región periampular proporcionando el margen duodenal viable y libre del tumor (13).

Cuando en el cáncer del ámpula de Vater hay diseminación ganglionar local tienen una sobrevida a los 5 años del 80% y cuando hay penetración al músculo propio duodenal la sobrevida fue del 28% a 5 años, ya que se disemina localmente causando recurrencias (14).

Para los procedimientos de Bypass la sobrevida promedio fue de 345 días y para la intubación de 385 días, utilizados sólo como procedimientos paliativos, la sobrevida en la resección del cáncer del ámpula de Vater depende del estadio del tumor, así para el grado I - II fue del 21% a 5 años, para el estadio III menos del 10% y para el estadio IV del 0% (15).

A los pacientes con metástasis local o recurrencia maligna de la región periampular con un tratamiento previo de neoplasia no radical deben ser considerados candidatos para la pancreatoduodenectomía (16).

**Tumores Malignos Del Ampulla De Vater**

Existe una clasificación para estos tumores que fue propuesta por Yamaguchi (Tabla N° 1), y otra clasificación que las divide de acuerdo a su aspecto macroscópico propuesto por Tasaka (Tabla N° 2) (17).

**TABLA N° 1**  
**CLASIFICACIÓN PARA TUMORES MALIGNOS DE LA ÁMPULA DE**  
**VATER PROPUESTA POR YAMAGUCHI**

Estadio I	Tumor restringido al interior del ámpula de Vater, sobre la línea del esfínter de Oddi.
Estadio II	Tumor que invade la mucosa del duodeno periampular sin mayor extensión.
Estadio III	Tumor que invade la mucosa propia del duodeno.
Estadio IV	Tumor que invade el páncreas.

**TABLA N° 2**  
**CLASIFICACIÓN PARA TUMORES MALIGNOS DE LA ÁMPULA DE**  
**VATER PROPUESTA POR TASAKA**

1	Tumor protruido intramural
2	Tumor protruido expuesto
3	Tumor ulcerado

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el tipo histológico más frecuente del cáncer de ampula de Vater registrado en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho" en los últimos tres años?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer los tipos histológicos de cáncer en el ámpula de Vater que se presentaron durante los últimos tres años en la unidad.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

- Determinar qué tipo histológico es más común de las neoplasia malignas del ámpula de Vater en esta unidad.

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS NULA:

- El adenocarcinoma no es el tipo histológico más común en las neoplasias malignas del ampulla de Vater.

### HIPÓTESIS ALTERNA:

- El adenocarcinoma es el tipo histológico más común en las neoplasias malignas del ampulla de Vater.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente estudio se realizó con los siguientes materiales y métodos.

- **UNIVERSO DE TRABAJO:** Expedientes de los pacientes que cuenten con reporte histopatológico de tumor maligno del ampulla de Vater, en el tiempo comprendido de agosto de 1993 hasta el mes de agosto de 1996, en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho".
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Patología maligna del ampulla de Vater demostrado por biopsia endoscópica o por estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Pacientes con reporte histopatológico de otros hospitales sin corroboración en la unidad de patología del Hospital de Especialidades.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Expedientes incompletos.
- **VARIABLES:** No habrá límites de edad ni de sexo.

### **METODOLOGÍA:**

En el presente trabajo se efectuó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo de los

**Tumores Malignos Del Ampulla De Vater**

pacientes que cuenten con reporte de tumor maligno del ampulla de Vater de los archivos de histopatología del Hospital de Especialidades del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla del 1° de agosto de 1993 al 1° de agosto de 1996.

Se incluyeron a todos los pacientes que contaron con reporte histopatológico de tumor maligno del ampulla de Vater de todas las edades, ambos sexos, se excluyeron a los pacientes tratados en otras unidades o con reporte histopatológico no corroborado en el hospital, o con expedientes extraviados.

Se revisan las formas 4-3-27 del archivo de quirófano, así como en el archivo del Departamento de Histopatología para recabar los nombres de los pacientes y su afiliación que tuvieran reporte de tumor de ampulla de Vater o diagnóstico pre y postoperatorio de cáncer de ampulla de Vater, posteriormente se acudió al archivo clínico y se concentra la información en un formato cuestionario.

A la información obtenida se le realizó un análisis estadístico utilizando regla de tres para obtener los porcentajes, los resultados obtenidos se gratificarán.

## **RESULTADOS**

Del periodo comprendido de agosto de 1993 al mes de agosto de 1996 se encontraron 9 pacientes con diagnóstico de tumor maligno de ampulla de Vater corroborado en forma histopatológica en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho" de los cuales 6 (66%) fueron masculinos y 3 (33%) fueron femeninos (Gráfica N° 1); con un rango de edad para los masculinos de 38 a 73 años con un promedio de 54.5 años (Gráfica N° 2); para los femeninos un rango de 45 a 51 años con un promedio de 49.5 años (Gráfica N° 3); el promedio general de la edad fue de 52 años (Gráfica N° 4).

Los antecedentes clínicos de importancia que presentaron los pacientes fueron: ictericia en 7 pacientes (77%), pérdida de peso en 5 (55%), dolor abdominal en 4 (44%), ataque al estado general en 3 (33%), prurito 1 (11%) y caquexia en 1 paciente (11%). (Gráfica N° 5).

En lo referente al tiempo de evolución de su cuadro clínico hasta su tratamiento quirúrgico hubo un rango de 3 a 6 meses, con un promedio de 3.7 meses de evolución (Gráfica N° 6).

Los estudios realizados a los pacientes fueron: hemograma completo así como pruebas de coagulación y pruebas de funcionamiento hepático a todos los pacientes (100%), ultrasonografía a los 9 pacientes (99%), tomografía

**Tumores Malignos Del Ampulla De Vater**

axial computada y endoscopia con colangiografía y toma de biopsia a 8 pacientes (88%) y el antígeno carcinoembrionario a uno (11%) (Gráfica N° 7).

El tratamiento utilizado fue: procedimiento de Whipple a 6 (66%), pancreatoduodenectomía con preservación del píloro a uno (11%), pancreatoduodenectomía total a uno (11%), derivación billiodigestiva a uno (11%) (Gráfica N° 8).

Recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia 3 pacientes (33%) (Gráfica N° 9).

En la estancia hospitalaria postoperatoria hubo un rango de 12 a 45 días con promedio de 28.3 días (Gráfica N° 10).

En lo referente a las complicaciones postoperatorias fueron: hematoma subdiafragmático en uno (11%), estenosis gastroyeyunal en uno (11%), fistula biliar en un paciente (11%), obstrucción intestinal por carcinomatosis en uno (11%), las reintervenciones sólo se efectuaron en dos pacientes (22%), el que presentó obstrucción intestinal y al que presentó estenosis gastroyeyunal (Gráfica N° 11).

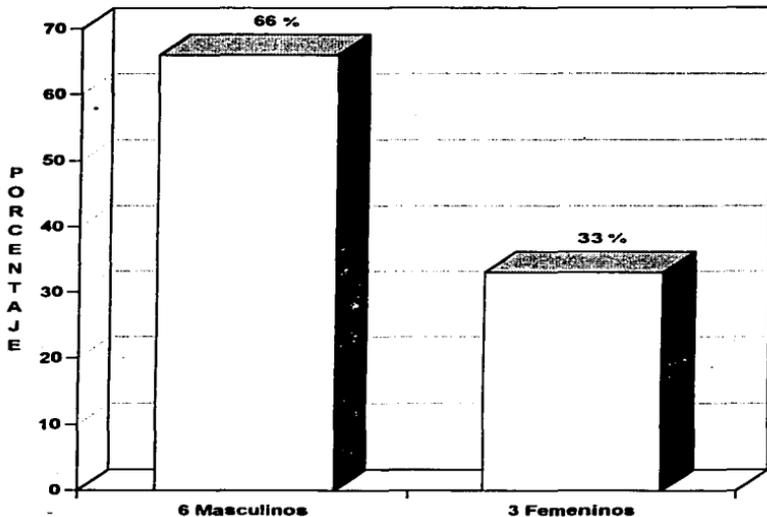
La sobrevida para estos pacientes estudiados con tumor maligno del ampulla de Vater tienen un rango de 3 meses a 18 meses, con un promedio de 10.1 meses, de los pacientes sólo ha muerto uno (11%), los 8 restantes (88%) están vivos y estables, de los cuales a 3 se les continúa con quimioterapia (Gráfica N° 12).

La mortalidad operatoria a 30 días ha sido del 0% (Gráfica N° 13).

**Tumores Malignos Del Ampulla De Vater**

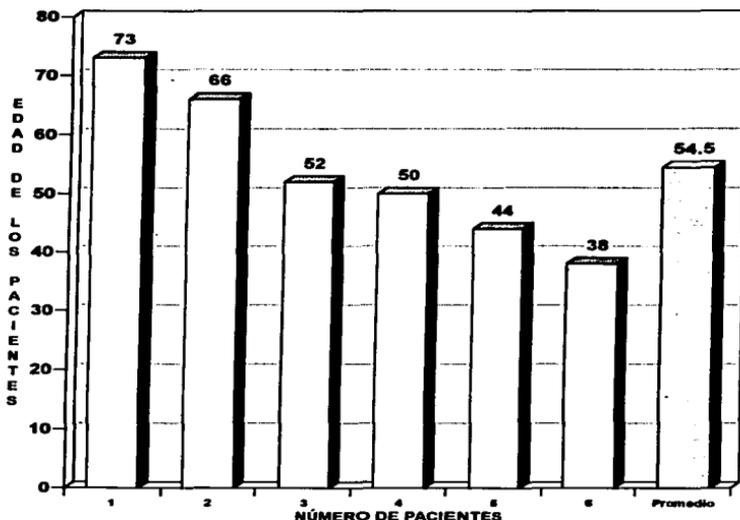
A todos los pacientes se le efectuó estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, de los cuales los resultados fueron los siguientes: adenocarcinoma poco diferenciado en 2 (22%) y adenocarcinoma bien diferenciado en 7 pacientes (77%) (Gráfica N° 14).

### GRÁFICA N° 1 TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO



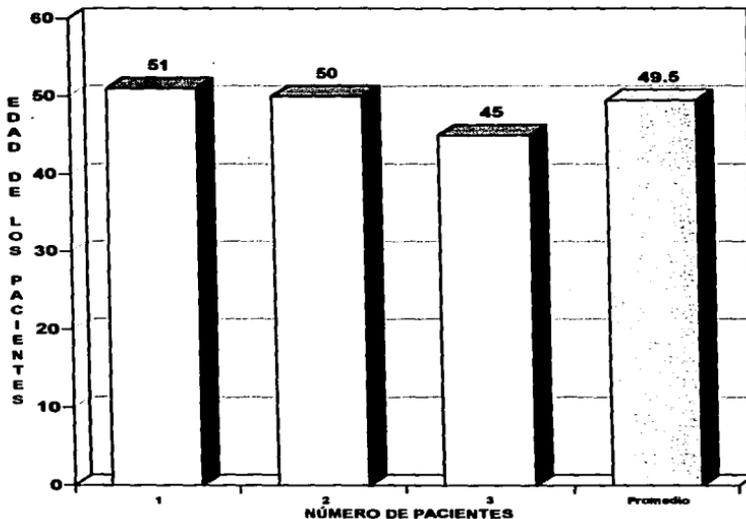
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 2**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES MASCULINOS**



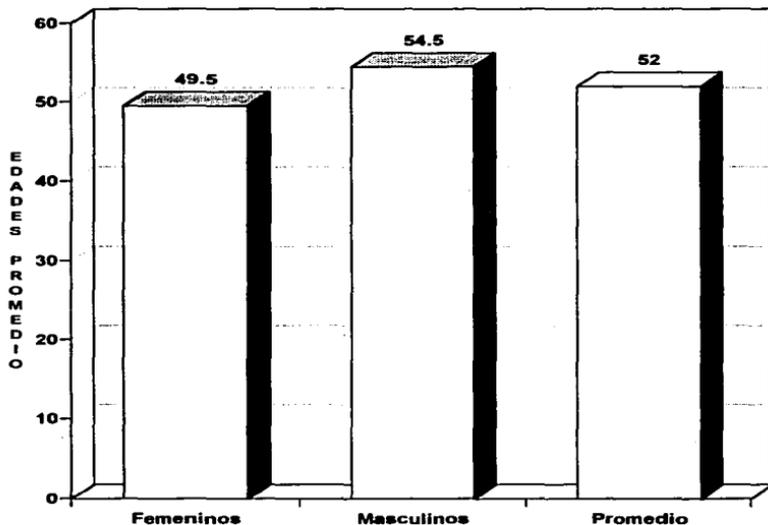
**FUENTE:** Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 3**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES FEMENINOS**



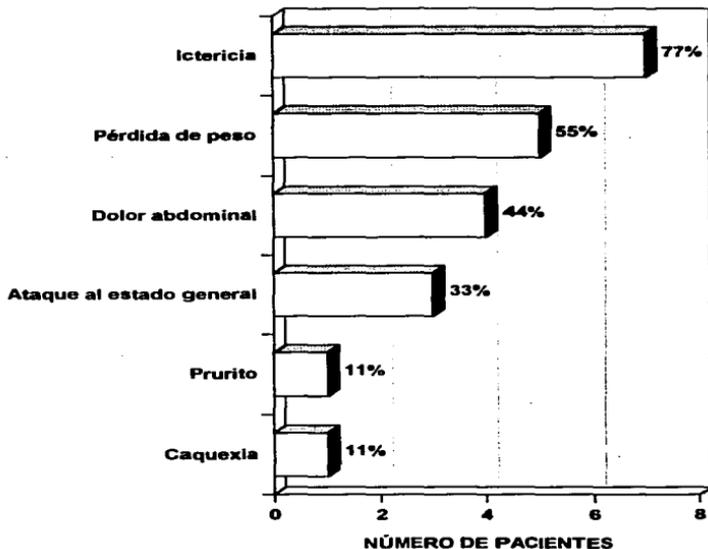
**FUENTE:** Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 4**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROMEDIO DE EDAD EN CUANTO AL SEXO**



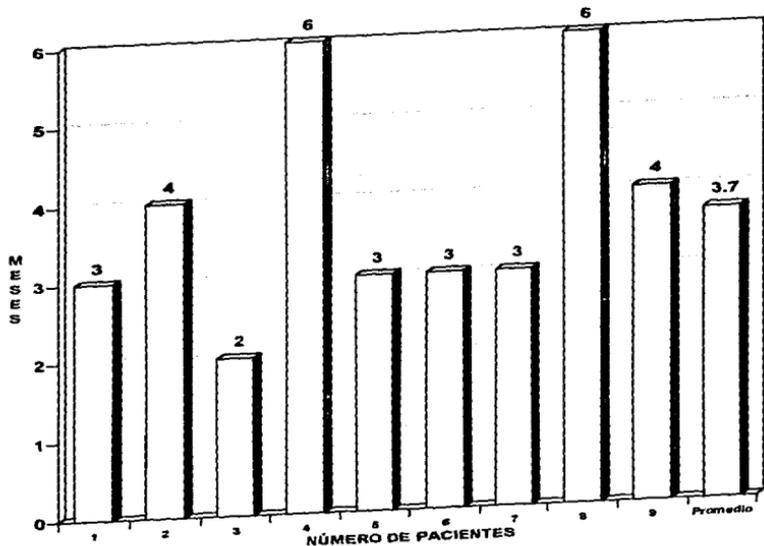
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 5**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES CLÍNICOS**



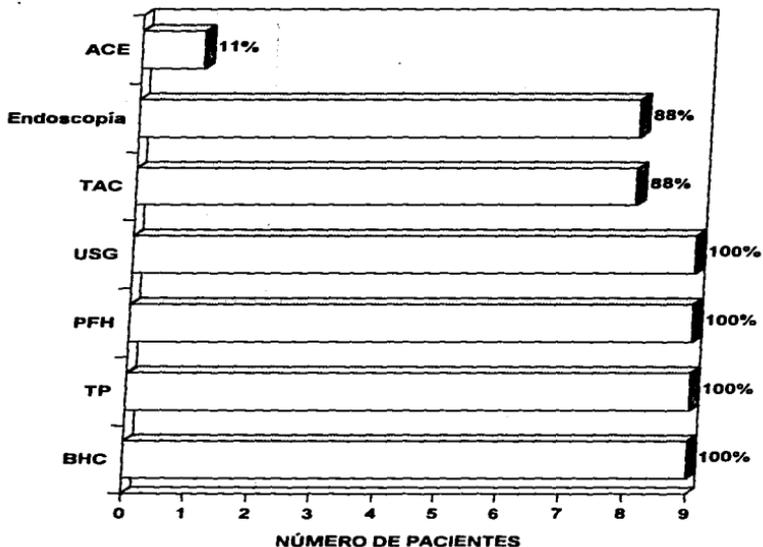
**FUENTE:** Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 6**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN**



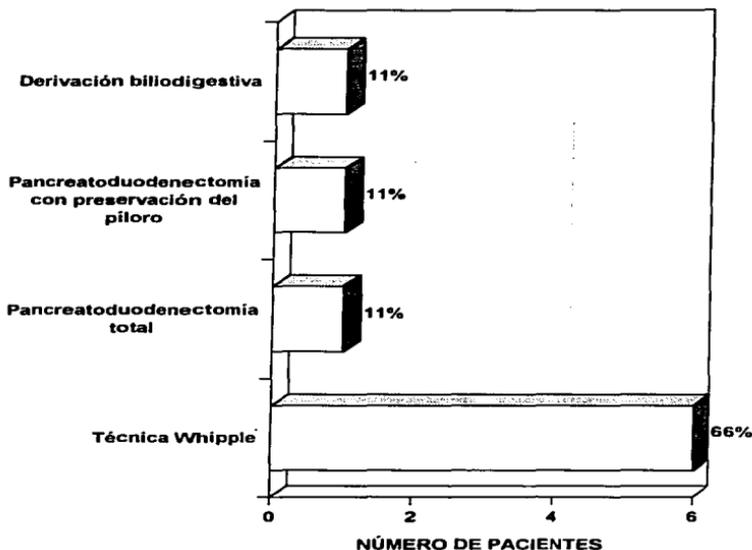
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

### GRÁFICA N° 7 TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTUDIOS EFECTUADOS



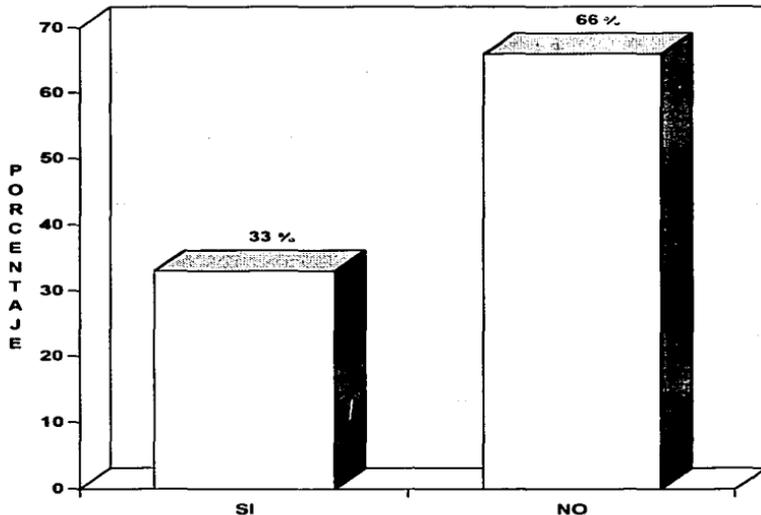
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 8**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CIRUGÍA EFECTUADA**



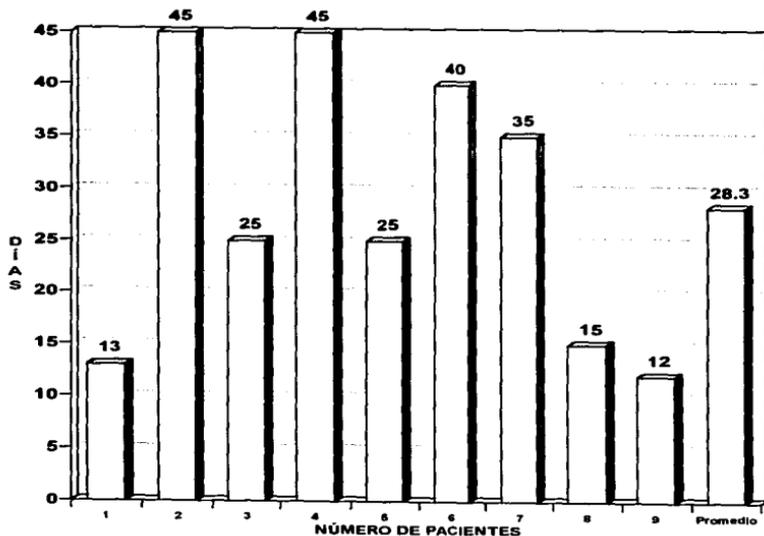
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho". IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 9**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TERAPIA ADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA**



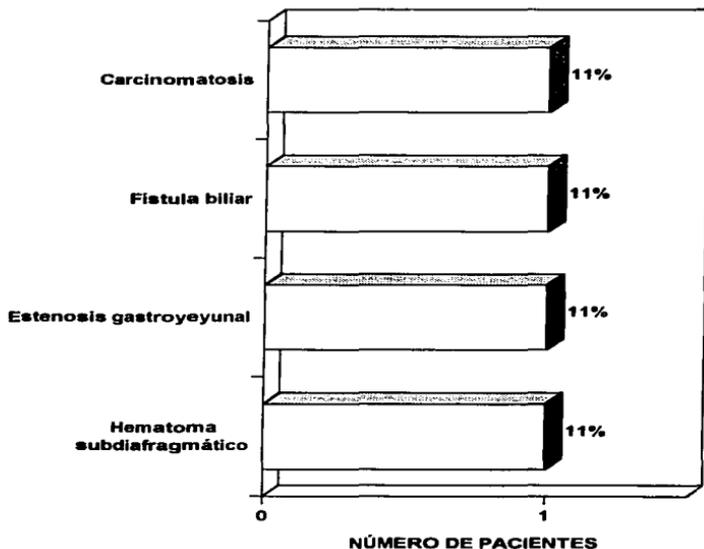
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

### GRÁFICA N° 10 TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA



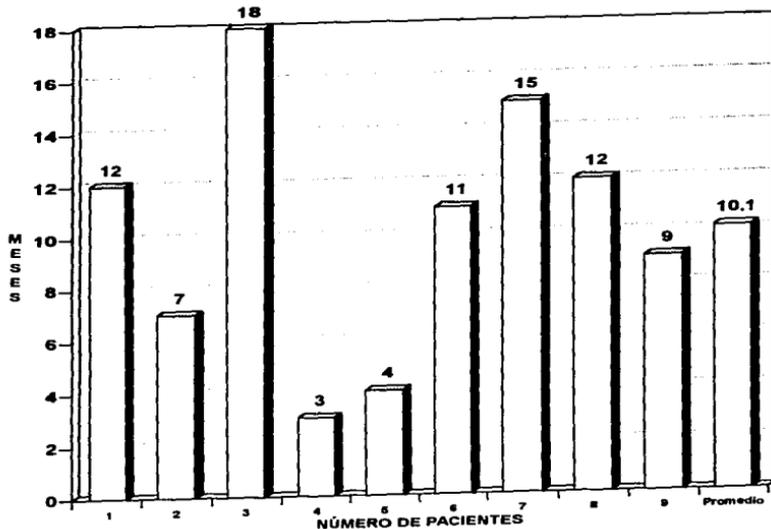
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 11  
TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES**



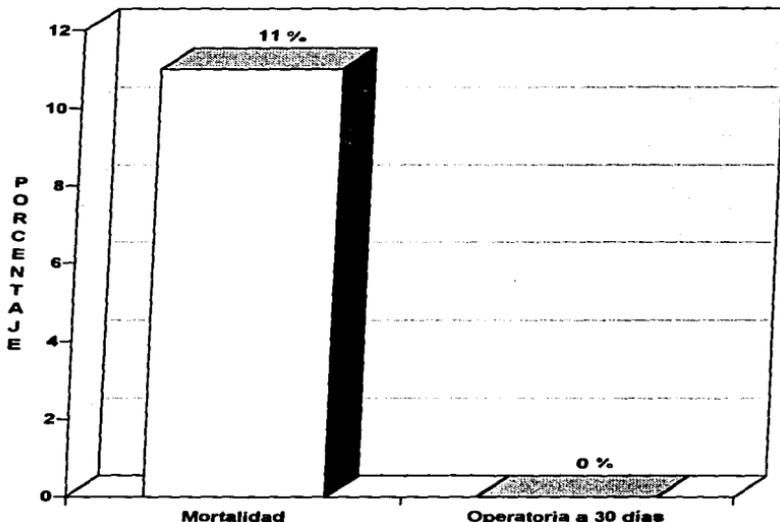
**FUENTE:** Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

### GRÁFICA N° 12 TUMOR MALIGNO DE AMPULLA DE VATER DISTRIBUCIÓN SEGÚN SOBREVIDA



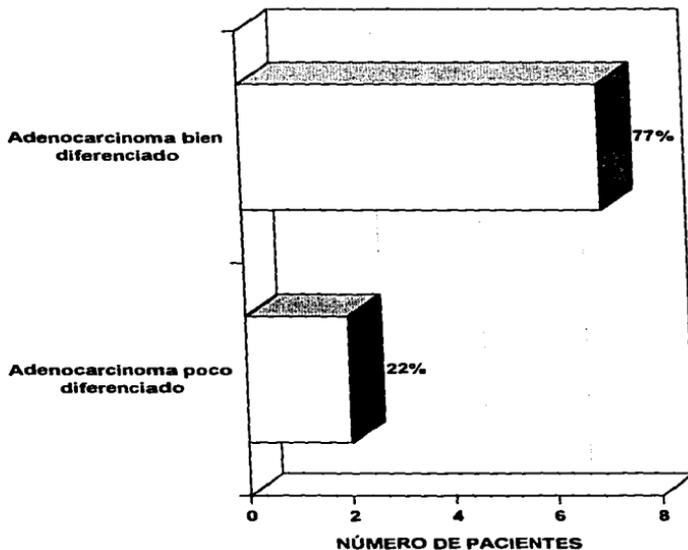
FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

**GRÁFICA N° 13**  
**TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN MORTALIDAD**



FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

### GRÁFICA N° 14 TUMOR MALIGNO DE ÁMPULA DE VATER DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE TUMOR



FUENTE: Expedientes con reporte histopatológico del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", IMSS, Puebla, del 1° de Agosto de 1993 al 1° de Agosto de 1996.

## **CONCLUSIONES**

En el periodo comprendido de agosto de 1993 al mes de agosto de 1996, se encontraron a 9 pacientes con tumor maligno del ampulla de Vater, corroborado por estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas o por toma de biopsia, con predominio del sexo masculino 66% Vs 33%, la edad en promedio fue de 52 años. Los antecedentes clínicos de importancia fue: ictericia, pérdida de peso, dolor abdominal, ataque al estado general, prurito y caquexia; se les efectuó exámenes de laboratorio, básicos, pruebas de funcionamiento hepático y de coagulación, ultrasonografía, tomografía axial computada, endoscopia con colangiografía y biopsia, a uno se le realizó determinación de antígeno carcinoembrionario.

Se efectuó como tratamiento; procedimiento de Whipple, pancreatoduodenectomía con preservación del píloro, o total y derivación biliodigestiva, algunos recibieron terapia adyuvante con quimioterapia. La estancia promedio hospitalaria postoperatoria fue de 28.3 días, con mortalidad operatoria del 0%, y una morbilidad total del 33% reintervenciones en dos casos por las complicaciones (22%). La sobrevida promedio fue de 10.1 meses, la mortalidad total hasta el término del estudio fue del 11% con sobrevida de 4 meses postoperatorio.

Los resultados de histopatología concluyeron: Que todos los tumores malignos del ampulla de Vater fueron adenocarcinomas, de los cuales los bien diferenciados fueron 7 (77%) y los poco diferenciados fueron 2 (22%).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- Keith L. Moore. Embriología Clínica. 4a. edi. México : Editorial Interamericana : 247-252.
- 2.- Frank H. Netter. Colección CIBA de ilustraciones médicas. Sistema digestivo : Hígado, vías biliares y páncreas. Tomo III/3 : Editorial Salvat : 24-25.
- 3.- L.H. Blumgart. Cirugía del hígado y de las vías biliares : Editorial médica Panamericana 1990 : 19.
- 4.- L.H. Blumgart. Cirugía del hígado y de las vías biliares : Editorial médica Panamericana 1990 : 120
- 5.- phorbjarnarson B. Carcinoma of the bile ducts. Cancer 1994, 12 : 224-235
- 6.- Yamaguchi K, Enjonji M. Carcinoma of the ampulla of Vater : A clinicopathologic study and pathologic staging of 140 cases of carcinoma and 5 cases of adenoma. Cancer 1987, 59 : 506-515.
- 7.- Lee C, Pirdas Z. Nm23-H1 protein immunoreactivity in cancer of the gallbladre, extrahepatic bile ducts and ampulla of vater. Pathology 1994, 26 (4) 448-452.
- 8.- Okajima K y col. Thy significance of proliferating cell nuclear antigen (PCNA) expresión in cancer of the ampulla of vater in terms of pronosis. Surg-Today. 1994, 24(6). 494-499.
- 9.- Marty O. y Col. Prospective comparison of ultrasound endoscopy and computed tomography in the assessment of locoregional invasiveness of malignant ampullar and pancreatc tumors verified surgivally. Gastroenterol Clin Biol. 1995 feb, 19 (2) 197-203.
- 10.- Sperti C. y Col. Radical resection for ampullary carcinoma long-term results. Br J Sur. 1994 May, 81 (5) : 668-671.

- 11.- Brent W. Y col. Complications following opancreatoduodenectomy. Arch Surg 1992, 127 : 945-950.
- 12.- Hein A. y col. Results of pancreatoduodenectomy for ampullary carcinoma and analysis of pronostic factors for survival. Surgery 1995 March, 117 (3) : 247-252.
- 13.- Tsao J. Y col. Pylorus- preserving pancreatoduodenectomy. Is it an adequate cancer operation ?. arch-Surg. 1994 Apr, 129 (4) : 405-412.
- 14.- Shirai Y. Y col. Carcinoma of the ampulla of Vater histopathologic analysis of tumor epread in Whipple pancreatoduodenectomy specimens. World J Surg. 1995 Jan-Feb, 19 (1) 102-106.
- 15.- Ghazzawy AG. Y col. Recent experience with cancer of the ampulla of Vater in a national hospital group. Am. Surg. 1995, Jul, 61 (7) : 607-611.
- 16.- Nakeed A. y col. The role of pancreatoduodenectomy for locally recurrent or metastatic carcinoma to the periampullary for locally recurrent or metastatic carcinoma to the periampullary region. J Am Coll Surg. 1995 feb, 160 (2) : 188-192.
- 17.- Jury R y col. Cirugía endoscopica en neoplasia de ampula de Vater Acta Gastroent. Latinoamer. 1992, 22 : 227-231.