



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA

“ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR”.

TRABAJO DE TITULACIÓN
TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de
MÉDICO GENERAL

AUTOR: ARELI JASHIEL MEDINA ESPINOZA
TUTOR: DR. MOISÉS GUERRERO GANÁN

Riobamba – Ecuador
2017

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los juicios expuestos en el trabajo de investigación “ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR”, como también contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Riobamba, Enero del 2018

LA AUTORA

.....

Medina Espinoza Areli Jashiel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un instrumento disponible para lectura, consulta e investigación.

Concedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de esparcimiento público; además ratifico la reproducción de este Análisis de caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando no suponga una ganancia económica y se ejecute respetando mis derechos de autor.

Riobamba, Enero del 2018

LA AUTORA

.....

Medina Espinoza Areli Jashiel

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mi familia. A Dios por ser esa fuerza espiritual y pilar en mi vida, por haberme cuidado y nunca abandonado cuando más lo necesitaba, por guiarme por el camino del bien, apartando cualquier juicio mal intencionado, su amor infinito hoy se refleja en el eterno agradecimiento así como también el valorar más mi vida.

A mi madre, Mariana Espinoza, por darme la vida, por ser mi pilar fundamental a lo largo de mi carrera, por estar a mi lado incondicionalmente creyendo fielmente que algún día culminaría mi sueño, por las risas y el llanto que ha derramado al ser mi única fuente de regocijo, por su amor infinito y su ejemplo de lucha.

Medina Espinoza Areli Jashiel

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por ser mi padre celestial, quien me ha guiado, protegido y me ha permitido estar junto a mis seres amados.

A mi madre Mariana Espinoza, por ser mi apoyo incondicional, por sus consejos, por guiarme y creer en mí, por la paciencia y dedicación que ha tenido desde mi primer día de vida, a mi hermana Amareliz Medina por estar a mi lado en los días difíciles, por su amor y cuidado, a mi madre María Suquilanda, por haberme cuidado desde pequeña, y enseñarme el valor del trabajo duro, a mis tíos Juana Espinoza y José Espinoza por estar siempre pendiente de mí en toda mi carrera.

A mis profesores que me impartieron todos sus conocimientos cada día para poder ser una excelente profesional, a mi tutor, el Dr. Moisés Guerrero por guiarme correctamente en la realización de este trabajo.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por ser mi lugar de formación y brindarme la oportunidad de estudiar en sus prestigiosas aulas.

Medina Espinoza Areli Jashiel

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
PALABRAS CLAVE	1
ABSTRACT.....	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. PRESENTACIÓN DEL CASO	4
Datos de filiación y antecedentes.....	4
Antecedentes patológicos personales:	4
Antecedentes patológicos familiares:	4
Motivo de consulta: Dolor abdominal	5
Examen físico:	5
Exámenes de laboratorio 02/10/2017	5
Exámenes de imagen	6
Seguimiento durante la hospitalización en cirugía	10
Reporte de anatomía patológica.....	10
Informe de inmunohistoquímica:.....	10
Seguimiento posterior a alta médica de cirugía.	11
III. DISCUSIÓN	15
Conjunto de problemas actuales	15
Conjunto de problemas antecedentes y factores de riesgo.....	15
Análisis de los hallazgos clínicos	17
Análisis de los hallazgos de laboratorio	17
Análisis de los estudios de imagen	18
Análisis de los antecedentes	18
Análisis del diagnóstico definitivo	19
IV. CONCLUSIONES	21
V. PERSPECTIVA DEL PACIENTE	22
VI. LISTA DE ABREVIACIONES	

VII. REFERENCIAS Y RECURSOS

VIII. ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-2: Biometría hemática de ingreso 02/10/2017.....	6
Tabla 2-2: Química sanguínea 02/10/2017	6
Tabla 3-2: Biometría Hemática 23/11/2017	9
Tabla 4-2: Química Sanguínea 23/11/2017	9
Tabla 5.2: Electrolitos 23/11/2017.....	9
Tabla 6-2: Química Sanguínea 26/11/2017	10

RESUMEN

El adenocarcinoma es una neoplasia que se origina en las células del epitelio que recubre las glándulas exócrinas. El adenocarcinoma de vesícula biliar tiene una incidencia del 3% de los tumores malignos y ocupa el quinto lugar de las neoplasias del tracto digestivo. La edad de presentación oscila entre los 65-75 años y se estima que el 90% de los pacientes son mayores a 50 años. Es más frecuente en el sexo femenino con una relación de 1,5 - 11:1, esto se justifica con la mayor incidencia de colelitiasis en las mujeres. Sin embargo, su baja incidencia y comportamiento silencioso impiden un diagnóstico y tratamiento oportuno. El objetivo de este caso clínico es recalcar la importancia de una derivación oportuna para un adecuado tratamiento especializado en pacientes con adenocarcinoma de vesícula. Se trata de una paciente femenina de 59 años de edad, mestiza, hipertensa y con antecedentes familiares de cáncer gástrico y cirrosis, acudió al servicio de emergencia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba por dolor abdominal en hipocondrio derecho de gran intensidad que se irradia a región escapular de un mes de evolución que se acompaña de náusea que no llega al vómito. La ecografía abdominal reportó presencia de litos en vesícula con engrosamiento de paredes, compatible con colecistitis aguda litiásica, por lo que se decidió realizar a la paciente una colecistectomía laparoscópica con buena evolución postquirúrgica. Un mes después, acude nuevamente a emergencia por dolor intenso en hipocondrio derecho que no cede analgésicos más ictericia y picos febriles. Se realizó una tomografía axial computarizada de abdomen que reportó colección subhepática. El reporte histológico de vesícula biliar determinó un adenocarcinoma, concordante con la presencia de marcadores tumorales elevados más factores de riesgo. La paciente fue derivada para el manejo por oncología pero fallece poco tiempo después del alta.

Palabras clave: <ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA>, <NEOPLASIA>, <COLELITIASIS>, <COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA>, <MARCADORES TUMORALES>, <FACTORES DE RIESGO>.

I. INTRODUCCIÓN

La vesícula biliar es un órgano piriforme el cual está localizado en la cara inferior del hígado, entre los lóbulos derechos y cuadrado; generalmente es extrahepática, pero algunas están empotradas o son intraparenquimatosas. Mide de 7 a 10 cm de largo por 3 cm de diámetro (1). Presenta una pared fina (<3mm) histológicamente está compuesta por cuatro capas: mucosa, lámina propia, capa muscular, tejido conectivo perimuscular y serosa. La capa perimuscular propia es fina y discontinua y sin distinción con las distintas capas como la muscular de la mucosa o la subserosa y la serosa está ausente en el área donde la vesícula está en contacto directo con el hígado. Por lo tanto, la invasión del cáncer de vesícula a través de la primera capa muscular ubica al tumor fuera del órgano, provocando metástasis al hígado. (2,5)

El cáncer de vesícula es un tumor maligno, poco frecuente y de mal pronóstico. Entre los tipos de cáncer, la mayor parte corresponde a adenocarcinomas con el 90% y el 10% restante son epidermoides. (2,5) Ocupa el quinto lugar del cáncer más común del aparato digestivo y se considera el más frecuente del árbol biliar. (6)

Su diagnóstico es tardío comprobado debido a su comportamiento clínico silencioso o inespecífico y su extensa invasión a zonas locales de difícil acceso quirúrgico como el hilio hepático y la zona pancreático-duodenal, por lo que, generalmente se encuentra como un hallazgo fortuito durante la cirugía para extracción de cálculos biliares. (7,9, 12)

El 80% de los pacientes con cáncer de vesícula tienen Colelitiasis, lo cual sugiere una relación etiológica estrecha entre la presencia de cálculos y la posterior degeneración maligna del epitelio vesicular. Entre los factores de riesgo que se han determinado se encuentran: la edad mayor a 65 años, sexo femenino, obesidad, colelitiasis, quistes coledocianos, químicos, pólipos, infecciones y no se descarta la posibilidad de factores genéticos y alimentarios. (10,13,15)

El diagnóstico puede ser sospechado, es decir identificar una masa vesicular en los exámenes preoperatorios o con mayor frecuencia de carácter incidental que se establece con el examen histopatológico posterior a colecistectomía. El diagnóstico principalmente es mediante exámenes de imagen como la ultrasonografía, tomografía y resonancia magnética así como también ciertos marcadores tumorales especialmente los niveles séricos de antígeno carcinoembrionario (CEA) y CA19-9. (4,8,15)

En la actualidad la extracción quirúrgica radical con intención curativa se ha convertido en el único medio de obtener tasas de supervivencia en los pacientes con esta patología. (7)

La supervivencia a 5 años en los pacientes a quienes se realizó cirugía radical dependiendo el estadio se sitúa entre el 14-20%. (11)

A continuación se presenta el caso de una paciente adulta con un caso de colecistitis aguda litiásica con evolución atípica post-colecistectomía con diagnóstico incidental de adenocarcinoma de vesícula.

II. PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos de filiación y antecedentes

Paciente sexo femenino, cincuenta y nueve años de edad, nacida y residente en Riobamba, mestiza, católica, instrucción secundaria incompleta, ocupación quehaceres domésticos, casada, grupo sanguíneo ORH +, lateralidad diestra.

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial hace 5 años en tratamiento con losartán 100 mg cada día más clortalidona 50 mg cada día.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarquia: 14 años ciclos: regulares G: 8 P: 7 C:0 A: 1 HV: 7 HM: 0, menopausia: 40 años, Papanicolaou: no refiere, mamografías: no refiere. IVS: 17 años PS: 1

Antecedentes quirúrgicos:

- Excéresis de pterigión de ojo derecho hace 3 años
- Ooforectomía izquierda hace 10 años.

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre fallecida de cáncer gástrico.
- Hermano con cirrosis hepática de etiología no especificada

Hábitos: alimentación 3 veces al día, micción 5 veces al día, defecatorio 1 vez al día. Alcohol: negativo, tabaco: negativo, drogas: negativo.

Factores socioeconómicos: paciente vive con su esposo e hijos, en una casa arrendada, cuenta con todos los servicios básicos, sustento económico depende del esposo, buenas relaciones interpersonales, con animales intradomiciliarios.

Inicio del cuadro (02 de Octubre del 2017)

Motivo de consulta: Dolor abdominal

Enfermedad actual: Paciente acude al servicio de emergencia del hospital del IESS de Riobamba refiriendo cuadro de un mes de evolución de dolor abdominal de gran intensidad, tipo cólico localizado en hipocondrio derecho con irradiación a región escapular del mismo lado, sin causa aparente, sin relación con la micción, deposición o decúbitos. El cuadro se acompaña de náusea que no llega al vómito y anorexia.

Examen físico:

- Signos Vitales: temperatura axilar 36.5 °C, saturación de oxígeno 95% con FiO₂ del 21%, frecuencia cardíaca 60 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, presión arterial 110/70 mmHg. Peso: 71,5 kilogramos. Talla: 155 cm. IMC: 29,7
- Inspección: Paciente consciente, orientado, afebril, álgica.
- Cabeza: normal.
- Cardiopulmonar: normal.
- Abdomen: inspección: color de piel acorde al resto del cuerpo; auscultación: ruidos hidroaéreos presentes. Palpación: suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, Murphy positivo
- Extremidades: normales.

Exámenes de laboratorio 02/10/2017

Tabla 1-2: Biometría hemática de ingreso 02/10/2017

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	4,8 x 10 ³ u/L	4.5 -10 x 10 ³ u/L
Neutrófilos	47,3 %	40-65 %
Hemoglobina	16,6 gr/dL	12-16 gr/dL
Hematocrito	51,1 %	37-47 %
Plaquetas	271 x 10 ³ u/L	130 - 400 x 10 ³ u/L

Fuente: Exámenes de Laboratorio

Elaborado por: Medina Espinoza, Areli Jashiel (2018)

Tabla 2-2: Química sanguínea 02/10/2017

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	104 mg/dL	70-100 mg/dL
Urea	59 mg/dL	10 - 50 mg/dL
Creatinina	1.2 mg/dL	0.50 – 0.90 mg/dL
Ácido Úrico	3.6 mg/dL	2.4 – 5.7 mg/dL
Bilirrubina total	0.33 mg/dL	0 – 1.2 mg/dL
Bilirrubina directa	0.16 mg/dL	0 – 0.3 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.17 mg/dL	0.21-0.8
Lipasa	47.2 UI/L	0 – 160 UI/L
Amilasa	77 UI/L	23 – 85 UI/L
Fosfatasa alcalina	134 UI/L	35 – 104 UI/L
Aspartato aminotransferasa	20 UI/L	0 – 35 UI/L
Alanina aminotransferasa	23 UI/L	0 – 33 UI/L
Gamma glutamil transpeptidasa	62 UI/L	5– 36 UI/L
LDH	415	100 a 200 UI/L
Albumina	4	3.9 - 4.9
Proteínas totales	7	6.6 - 8.7

Fuente: Exámenes de Laboratorio

Elaborado por: Medina Espinoza, Areli Jashiel (2018)

Exámenes de imagen

Ecografía abdominal: se observa vías biliares intra y extra hepáticas dilatadas, colédoco mide 13 mm, vesícula mide 7.3 x3, 4x 4,2 de tamaño y morfología normal, pared engrosada de 4mm con imagen de cálculo en su interior de 17 mm. Conclusión:

- Colecistitis crónica agudizada
- Colelitiasis
- Dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas

TAC abdominal: imagen de aspecto infeccioso a nivel hepático perivesicular, vesícula de paredes engrosadas sin contenido anómalo. Quiste hepático en segmento 6 de 14mm.

Conclusión: Colelitiasis.

Diagnóstico:

Colecistitis Aguda Litiásica

Evaluación con especialista (06 de octubre del 2017)

Por consulta externa Especialista decide resolución quirúrgica previo ingreso de paciente con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica.

Parte operatorio (24 de octubre del 2017)

- Diagnóstico de ingreso: Colecistitis aguda litiásica
- Diagnóstico de egreso: Colecistitis aguda litiásica + fístula colovesicular + hernia umbilical
- Operación proyectada: COLELAP
- Realizada: COLELAP + herniorrafia umbilical
- Dren: si (mixto)
- Histopatológico: si (vesícula biliar)
- Complicaciones: no
- Sangrado: moderado

Exposición y hallazgos:

- Defecto aponeurótico umbilical de más o menos 1 cm de diámetro
- Saco herniario umbilical de contenido epiploico de 4cm de diámetro
- Plastrón vesicular formado por epiplón, colon transverso y duodeno, firmemente adheridos hacia pared abdominal anterior, con más o menos 20 ml de líquido purulento.
- Vesícula biliar de 12 cm de diámetro, suspendida firmemente y adherida a pared abdominal anterior, con pared de más o menos 1.5cm de diámetro, fibrosa en toda su extensión, intrahepática con bilis purulenta en su interior y abundantes cálculos de pequeño tamaño.
- Conducto cístico de 2x1cm
- Calot tipo II

Paciente permanece en hospitalización por 24 horas con buena tolerancia oral por lo que se decide alta médica con control por consulta externa y retiro de puntos en 7 días.

Primer control postquirúrgico (30 de octubre del 2017)

Paciente consciente, orientado en tiempo espacio y persona, afebril, hidratado, signos vitales dentro de parámetros normales, refiere estreñimiento desde hace dos días. Abdomen suave, depresible leve dolor a la palpación superficial en epigastrio y flanco derecho con presencia de dren mixto con producción de 40 cc en 24 horas de líquido serohemático. Heridas en proceso de cicatrización, sin signos de infección, se realiza curación.

Segundo control postquirúrgico (16 de noviembre del 2017)

Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, afebril, hidratado, signos vitales dentro de parámetros normales, refiere dolor en región lumbar e hipocondrio derecho de moderada intensidad. Abdomen suave, depresible doloroso a la palpación superficial en flanco derecho.

Reingreso a emergencia (23 de noviembre del 2017)

Paciente refiere dolor abdominal de gran intensidad de 48 horas de evolución, tipo cólico localizado en hipocondrio derecho con irradiación a región lumbar, se exacerba con la deambulación y cede con el reposo, acompañado de náusea que llega al vómito de contenido alimenticio por tres ocasiones y alza térmica no cuantificada, acude por varias ocasiones a distintos profesionales quienes han administrado antiinflamatorio no esteroideo sin que el dolor mejore, por lo que acude con hoja de referencia al IESS de Riobamba con reporte de TAC simple y contratada realizada en SOLCA que da un diagnóstico de colección hepática, a descartar absceso amebiano, derrame pleural derecho, diagnóstico presuntivo de cáncer de cabeza de Páncreas.

Examen físico:

- Signos Vitales: temperatura axilar 36.7 °C, saturación de oxígeno 87% con FiO₂ del 21%, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, presión arterial 125/80 mmHg.
- Inspección: Paciente consciente, orientada, diaforética, icterica y algica.
- Cabeza: ojos: escleras ictericas +/- mucosas orales: húmedas
- Cardiopulmonar: leve estertor en campo pulmonar derecho.
- Abdomen: inspección: color de piel icterico presencia de cicatrices quirúrgicas demás o menos 3 cm debido a COLELAP; auscultación: ruidos hidroaéreos presentes. palpación: suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy positivo.
- Extremidades: normales.

Tratamiento inicial de ingreso al servicio de Cirugía

Se mantiene a la paciente en NPO, con hidratación parenteral, inician esquema antibiótico empírico con ceftriaxona y metronidazol, para el manejo del dolor administran tramadol.

Exámenes de laboratorio (23/11/2017)

Tabla 3-2: Biometría Hemática 23/11/2017

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	8,2 x 10 ³ u/L	4.5 -10 x 10 ³ u/L
Neutrófilos	6,50 x 10 ³ u/L	2.2 - 4.8 x 10 ³ u/L
Linfocitos	1,12 x 10 ³ u/L	1,1 – 3,2 x 10 ³ u/L
Monocitos	0,23 x 10 ³ u/L	0,3 – 0,8 x 10 ³ u/L
Eosinófilos	0,35 x 10 ³ u/L	0,1 – 0,4 x 10 ³ u/L
Basófilos	0,01 x 10 ³ u/L	0,01 – 0,03 x 10 ³ u/L
Hemoglobina	15,6 gr/dL	12-16 gr/dL
Hematocrito	39,7 %	37-47 %
VCM	72	81 – 99 fL
Plaquetas	207 x 10 ³ u/L	130 - 400 x 10 ³ u/L

Fuente: Exámenes de Laboratorio

Elaborado por: Medina Espinoza, Areli Jashiel (2018)

Tabla 4-2: Química Sanguínea 23/11/2017

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Glucosa Basal	120 mg/dL	70-100 mg/dL
Urea	47 mg/dL	10 - 50 mg/dL
Creatinina	0.8 mg/dL	0.50 – 0.90 mg/dL
Ácido Úrico	3.6 mg/dL	2.4 – 5.7 mg/dL
Bilirrubina total	2.5 mg/dL	0 – 1.2 mg/dL
Bilirrubina directa	1,68 mg/dL	0 – 0.3 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.82 mg/dL	0.21-0.8
Lipasa	47.2 UI/L	0 – 160 UI/L
Amilasa	77 UI/L	23 – 85 UI/L
Fosfatasa alcalina	1184 UI/L	35 – 104 UI/L
Proteínas totales	5. 1 g/dL	6.6 - 8.7 g/Dl

Fuente: Exámenes de Laboratorio

Elaborado por: Medina Espinoza, Areli Jashiel (2018)

Tabla 5.2: Electrolitos 23/11/2017

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Na	132 mEq/L	135 – 155 mEq/L
Cl	97 mEq/L	98 – 106 mEq/L
K	4,20	3,5 – 5 mEq/L

Fuente: Exámenes de Laboratorio

Elaborado por: Medina Espinoza, Areli Jashiel (2018)

Elemental y microscópico de orina más tinción de gram negativos para sospecha de infección urinaria: negativo

Exámenes de laboratorio (26/11/2017)

Tabla 6-2: Química Sanguínea 26/11/2017

Parámetro	Resultados	Valores de referencia
Aspartato aminotransferasa	223 UI/L	0 – 35 UI/L
Alanina aminotransferasa	253 UI/L	0 – 33 UI/L
Gamma glutamil transpeptidasa	1129 UI/L	5– 36 UI/L
Fosfatasa alcalina	1222	35 – 104 UI/L
Bilirrubina total	8.7 mg/dL	0 – 1.2 mg/dL
Bilirrubina directa	5.88 mg/dL	0 – 0.3 mg/dL
Bilirrubina indirecta	2.82 mg/dL	0.21-0.8
Procalcitonina	0.468	

Fuente: Exámenes de Laboratorio

Elaborado por: Medina Espinoza, Areli Jashiel (2018)

Seguimiento durante la hospitalización en cirugía

La paciente permaneció en hospitalización por 6 días, durante su estancia en cirugía la paciente permaneció hemodinámicamente estable, con picos febriles pese a medicación, su ictericia se intensificó, con persistencia del dolor abdominal en hipocondrio derecho. Además presentó elevaciones de la tensión arterial por lo cual se interconsulta con Medicina Interna y deciden retirar clortalidona e indicar amlodipino 5 mg VO cada día. Culminó 7 días de antibióticoterapia con ceftriaxona y metronidazol y la analgesia fue manejada con tramadol 100 mg IV c/12h. Se solicitan marcadores tumorales CA 19-9 antígeno carcinomaembrionario, LDH alfafetoproteína y una TAC simple y contrastada de abdomen que quedan pendientes debido a alta.

Reporte de anatomía patológica

Muestra: vesícula biliar

Los cortes muestran neoplasia maligna de estirpe epitelial constituido por nidos, glándulas irregulares y túbulos, revestidos por células con marcado pleomorfismo e hiperchromasia nuclear, cromatina densa, citoplasma acidófilo, rodeados por estroma desmoplásico. No se observa invasión linfovascular en esta muestra.

Informe de inmunohistoquímica:

- Ck7: positivo citoplasmático intenso en células tumorales

- Ck20: positivo citoplasmático focal en células tumorales
- Hep-Par-1: negativo en células tumorales
- Cea-Policlonal: positivo citoplasmático difuso en células tumorales.

Diagnóstico: producto de colecistectomía:

- Positivo para adenocarcinoma
- La positividad intensa de ck7 y focal de ck20 sugiere el origen probable de vía biliar.

Se decide dar el alta a la paciente por parte el servicio de cirugía para su manejo por Medicina Interna y Oncología.

Seguimiento posterior a alta médica de cirugía.

30/11/2017

Paciente que ingresa a medicina interna y en consenso con cirugía general y oncológica se decide realizar una colangiografía para evaluar estado postoperatorio de la vía biliar y determinar posibilidad de derivación percutánea y de acuerdo a esto poder buscar tratamiento oncoespecífico, además se decide interconsulta a psicología y nutrición para manejo en conjunto.

Hoy, primer día de hospitalización paciente con signos vitales dentro de parámetros normales, en decúbito dorsal, álgica, lábil emocionalmente, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, refiere dolor intenso escala EVA 9/10 por lo que se indica Oxycodona 20 mg vía oral cada 12 horas hasta espera de realización de exámenes de imagen.

Rp.

- Dieta blanda hiposódica e hipograsa de 1500 kcal con puré y pollo molido (no colorantes).
- Dieta fraccionada 5 tomas al día.
- Fracción 10am y 15pm (espumilla).
- Control de tensión arterial cada 4 horas.
- Control de ingesta y excreta estricto.
- Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9% 1500 ml a 60 ml/h.
- Metoclopramida 10 mg IV cada 12 horas.
- Ondasentrón 4 mg IV cada 8 horas.
- Losartán 100 mg VO 8 am.
- Amlodipino 5 mg VO QD 4 pm.
- Oxycodona 20 mg VO cada 12 horas.

- Lactulosa 30 cc VO cada 8 horas.

02/12/2017

Paciente tercer día de hospitalización en Medicina Interna que ha permanecido con dolor moderado en hipocondrio derecho, ictericia generalizada se realiza colangioresonancia en clínica particular que reporta:

Informe colangioresonancia 02/12/2017: hígado de tamaño normal, con bordes lisos. Estructura interna sin alteraciones de señal sin evidencia de procesos ocupativos, colección subcapsular hepática de aproximadamente 50ml de volumen, imagen con contenido líquido y pared probablemente en relación con vesícula residual.

Vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas dilatadas el colédoco proximal mide: 9 mm de diámetro en porción distal se observa proceso ocupativo probablemente de tipo tumoral, ganglios peri pancreáticos múltiples.

Conclusiones:

- Obstrucción de colédoco distal probablemente por proceso tumoral
- Imagen sugestiva de vesícula residual
- Colección subcapsular hepática
- Derrame pleural derecho

04/12/2017

Paciente en su quinto día de hospitalización que ha permanecido con signos vitales dentro de parámetros normales, dolor moderado, ictericia, dependiente de oxígeno parcialmente, que se realiza TAC simple y contrastada de tórax, abdomen y pelvis que reporta:

TAC 04/12/2017: se evidencia parénquima pulmonar con coeficiente de atenuación normal vascularización pulmonar de distribución y calibre adecuado derrame pleural bilateral con predominio derecho hígado aumentado de volumen 18 cm, parénquima de densidad heterogénea se observa imagen mixta, con área hipodensa de aproximada de 8 cm bordes irregulares en el segmento III, con área sólida, capta contrasta sugestiva de malignidad, presencia de imágenes hipodensas de aproximadas 1cm, 2 cm y 5 cm en el segmento VIII y vena porta y hepáticas de calibre normal, se observa dilatación de las vías biliares intrahepáticas a nivel del lóbulo izquierdo, ausencia quirúrgica de vesícula biliar.

Con los resultados de imagen que reportan lesiones metastásicas y proceso ocupativo tumoral se

logra estadificar a adenocarcinoma que en este momento se encuentra en estadio IV B, lo que le hace candidata a recibir cuidados paliativos donde se incluye la derivación percutánea, que solo se realiza en hospitales de tercer nivel.

Nota: familiares y paciente deciden no someterla a dicho tratamiento, y solicitan alta a petición pero, al no disponer de oxígeno se le niega, psicología interviene pero no se logra ningún acuerdo.

08/12/2017

Paciente cursando noveno día de hospitalización, signos vitales estables, el día de ayer presenta cuadro emético posterior a toma de medicación por lo que se sugiere ajustar dosis, paciente en evolución desfavorable, cuadro icterico generalizado y dolor moderado, familiares niegan procedimiento paliativo. Se solicitan exámenes de control.

10 /12/2017

Paciente undécimo día de hospitalización signos vitales TA: 130/70 MMHG FC:60X' FR:17 X' T: 37.3 C SATO2: 80 % AA . Paciente consiente, orientada en tiempo espacio y persona, con ictericia generalizada +++/+++ . Afebril, hidratada., dependiente parcial de oxígeno. Paciente con evolución desfavorable, con reincidencia de náuseas pese a medicación por lo que se decide añadir dimenhidrato 50 mg VO cada ocho horas.

Al examen físico llama la atención extremidades inferiores con edema que deja fóvea ++ /+++ , resto de examen físico igual.

Se reciben exámenes de control de biometría hemática y química sanguínea tomados el día 09/12/2017 dentro de parámetros normales.

12/12/2017

Paciente que cursa su día 13 de hospitalización en iguales condiciones, se interconsulta a nutrición quienes añaden formula de nutrición enteral tres veces al día.

Psicología ha intentado por reiteradas ocasiones insistir en tratamiento paliativo pero debido a negativa de familiares y paciente abandona seguimiento.

15/12/2017

Paciente que en tres últimos días se logra control del dolor con oxicodona 20 mg cada 8 horas,

con mejores condiciones generales sin irnos del pronóstico de su patología de base, la cual está en estadio muy avanzado y por lo tanto con muy mal pronóstico, paciente puede fallecer en cualquier momento. Por su etapa clínica solo es tributaria de cuidados paliativos con compromiso respiratorio secundario a su proceso primario por lo que se mantiene con oxígeno, el personal de salud habla reiteradamente con todos los familiares explicándole el diagnóstico y la conducta en estos casos así como su mal pronóstico, los familiares están conscientes de todo y deciden el ALTA A PETICIÓN, posterior a interconsulta con Nutrición, y manejo por consulta externa en dos semanas.

21/12/2017

Se realiza visita domiciliaria, paciente refiere persistencia de náusea que no logran contrarrestar con medicación y dolor de moderada intensidad en hipocondrio derecho. Además refiere pérdida de apetito.

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, anímica, llanto fácil, ictericia generalizada, dependiente de oxígeno.

Examen físico:

Piel: icterica +++/+++, abdomen suave, depresible, doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Pulmones: murmullo vesicular disminuido en bases. Extremidades: simétricas, edema que deja fovea +++/+++.

Nota: paciente con evidente desmejoría clínica y turno con Medicina Interna el 04/01/2018

29 /12/2017

Familiares comunican fallecimiento de la paciente.

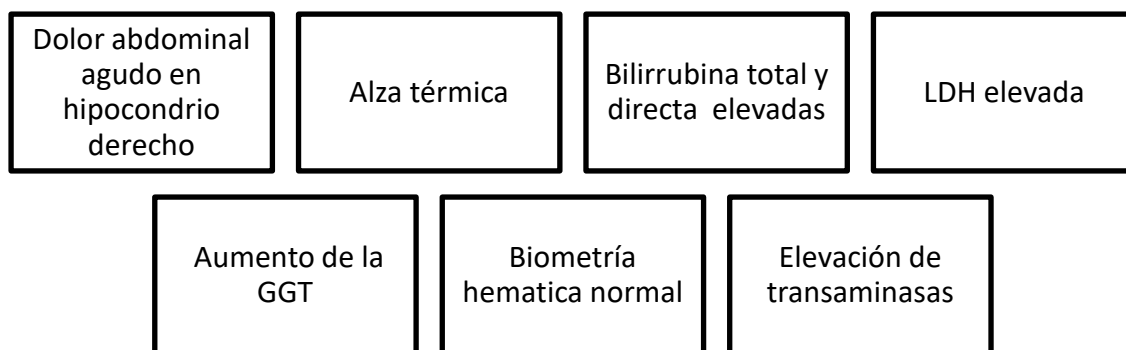
III. DISCUSIÓN

Se trata de una paciente adulta, con antecedentes personales de hipertensión y familiares de cáncer gástrico y cirrosis hepática. Presenta cuadro de dolor abdominal de 1 mes de evolución cuyas características clínicas corresponde a Colecistitis Aguda Litiásica, confirmada por ecografía y que tuvo una resolución quirúrgica con evolución favorable.

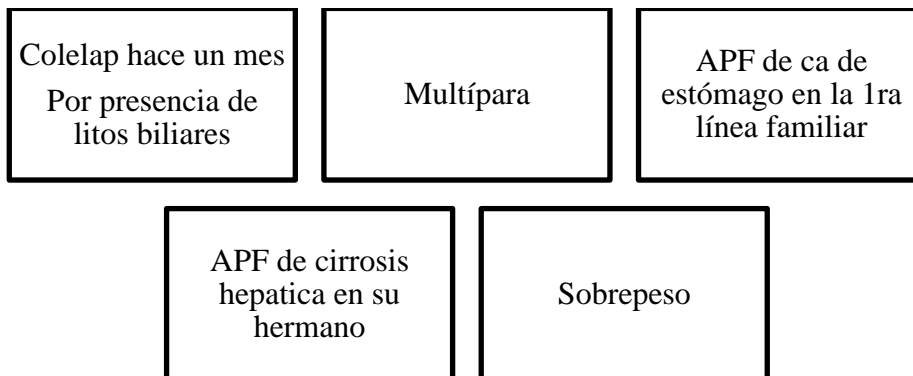
Un mes después de la intervención quirúrgica la paciente debuta con dolor abdominal, de las mismas características previas a la colecistectomía practicada, por lo que la paciente ingresa nuevamente al servicio de cirugía.

A continuación se presenta el resumen de los problemas encontrados en este caso:

Conjunto de problemas actuales



Conjunto de problemas antecedentes y factores de riesgo



Dolor abdominal agudo se define a aquel dolor de inicio súbito o paulatino, con causa desconocida en el momento de la evaluación médica. Se considera un reto para los profesionales de la salud por las dificultades para establecer un correcto diagnóstico. Se registra que solo el 60% de los casos son diagnosticados correctamente, de aquí la correcta evaluación y realización de historia clínica. (17)

Es un síndrome clínico caracterizado por su complejidad y la causante del 10% de consultas a los servicios de Urgencia. Su rápida evolución y con gran potencialidad de muerte requieren un diagnóstico temprano y con frecuencia de resolución quirúrgica, aunque no sea siempre necesario. (18)

Dentro de su clasificación es importante destacar 4 síndromes:

- Inflamatorio: que puede ser visceral en el caso de apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis; o perforativo en el caso de perforaciones de órgano como úlceras, cuerpos extraños, divertículos perforados etc. Clínicamente su sintomatología se caracteriza por dolor abdominal con defensa y contracción abdominal y vómito. (17)
- Síndrome Obstructivo Mecánico: Su principal afectación radica en la parada del tránsito intestinal que inicia secundaria a causas mecánicas y las cuales pueden estar ubicadas en el espacio intraluminal como íleo biliar, invaginaciones, parásitos etc. Extraluminales como bridas, adherencias y hernias; y parietales como son las inflamaciones de pared intestinal. Clínicamente el síntoma inicial es el dolor abdominal más distensión e interrupción de gases y heces y, posteriormente vomito por rebosamiento. (18)
- Síndrome vascular: hemorrágico que se produce por pérdida sanguínea hacia la cavidad abdominal o isquémica que ocurre por necrosis intestinal aguda. (19)
- Traumático.

En la primera consulta de la paciente y después de corroborar con la literatura nos encontramos ante un abdomen agudo inflamatorio localizado en hipocondrio derecho el cual es diagnosticado de colecistitis aguda litiásica con complicación de plastrón apendicular sin embargo, es importante recalcar la ausencia de síntomas sistémicos propios de dicha enfermedad, igualmente llama la atención la leucopenia que registra el laboratorio, la ausencia de cuadros febriles, el reporte de ecografía en la que determinan la dilatación de vía biliar intra y extrahepática junto con elevación de enzimas hepáticas (GGT, FA, LDH) y los factores de riesgo que esta reúne llevan a pensar en un proceso obstructivo y la convierten en una paciente candidata a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para verificar el estado de la vía biliar, e ingreso para estudios complementarios, sin embargo dicho proceso no fue realizado y es dada de alta con una cirugía programada para tres semanas. Probablemente si se hubiera puesto atención en el

primer cuadro de dolor se pudo haber tenido una mejor visión del caso, quizás con mejor pronóstico.

Hay que considerar que tras un mes de la cirugía era poco probable un trastorno infeccioso del lecho quirúrgico, por lo que la antibiòticoterapia no estaba justificada, sin embargo se decide su uso por informe de TAC. No había signos de respuesta inflamatoria sistémica. La sospecha se orientaba más a un problema de la vía biliar o del hígado de nuevo origen o crónico.

Análisis de los hallazgos clínicos

Dolor abdominal: Localizado por lo general en el cuadrante superior derecho de la pared abdominal o hipocondrio derecho, que se asemeja al dolor conocido como cólico hepático, biliar o vesicular, provocado por el enclavamiento de un cálculo en los conductos biliares. (12)

Náuseas y vómitos: Suele concordar su presentación con la obstrucción del colédoco por el tumor que crece. (14)

Ictericia: Como consecuencia del bloqueo de las vías biliares por el tumor, la bilis se acumula en la sangre (hiperbilirrubinemia) y tiñe de color amarillento la piel y los ojos (ictericia), mientras que la orina se vuelve muy oscura. Esto ocurre en el 50% de los casos. (5)

Dentro de la clínica de la paciente su hospitalización fue debido al dolor en hipocondrio derecho que asemejaba a un cólico biliar, a esto se añadía náusea, un marcado tinte icterico y picos febriles que como nombra la literatura es característico de esta patología, sobre todo en etapa avanzada.

Análisis de los hallazgos de laboratorio

Los exámenes analíticos no van a presentar alteraciones específicas que puedan orientar el diagnóstico en los casos de cáncer de vesícula biliar. La presencia de perfil hepático de colestasis sólo acompaña a los pacientes con tumores avanzados localmente que presentan ictericia secundaria a infiltración de la vía biliar principal. Una discreta tendencia a presentar anemia y leucocitosis también se ha identificado como indicador de enfermedad neoplásica avanzada. (1,2)

En el caso de la paciente los exámenes de laboratorio evidencian elevación de bilirrubina total a expensas de la directa, que conforme avanzan los días se incrementan y se hace evidente en su ictericia, así como también un síndrome colestásico es decir GGT elevada, asociado con daño de la vía biliar y este concepto se confirma al encontrarse fosfatasa alcalina aumentada y elevación de transaminasas que nos hacen pensar en algo obstructivo, tal cual sugiere la bibliografía. . Otro dato importante es hallar LDH aumentada que si bien vale relacionarla con daño en la vía biliar además se utiliza como índice de proliferación una vez diagnosticada la neoplasia, y su elevación sugiere metástasis tumoral.

Análisis de los estudios de imagen

Ultrasonografía (US): es la técnica que más se utiliza en el diagnóstico preoperatorio. Los signos principales son la presencia de una masa localizado en la vesícula o su lecho, una pared mayor a 3mm focal o difusa que tenga aumento de vascularización, lesión hipo o isoecogénica o irregularidades en el contorno, deben alertar al especialista. Su sensibilidad y especificidad es baja (40%) debido a la dificultad de distinguirla de otras patologías como colecistitis crónica, linfonodos o diseminación peritoneal, pólipos, etc. (0,0,0)

Tomografía Computada (TC): tiene mayor sensibilidad y especificidad, aunque ambas son limitadas para el diagnóstico de lesiones pequeñas. Se determina sospechoso de Ca vesicular pólipos mayores a 10mm, vesícula de porcelana, engrosamiento de paredes y lesiones con forma de masa. (0,0,0)

Una vez que es dada de alta por cirugía, Medicina Interna solicita TAC simple y contrastada y una colangiografía las cuales son esenciales para visualizar la vía biliar y descartar cualquier proceso obstructivo.

En primera instancia la US del primer ingreso indica dilatación de vía biliar intra y extrahepática, una pared engrosada y presencia de un lito biliar, que no concuerda con la clínica aguda que sugiere la paciente, más bien indica un proceso obstructivo en vía biliar baja que ha ocasionado esta dilatación. La colangiografía indica una tumoración en colédoco, ganglios peripancreáticos múltiples y la TAC diseminación hepática que permiten ubicar al tumor en un estadio IV B.

Análisis de los antecedentes

Con la historia clínica se puede analizarlos distintos factores de riesgo como su edad, 59 años, que, según la literatura el mayor existe mayor frecuencia de neoplasias malignas de la vesícula y vías biliares a partir 50 años. Además, en este caso se puede observar que la paciente presenta antecedentes patológicos familiares, como el Ca de estómago de su madre y cirrosis del hermano que nos lleva a pensar que presenta un patrón genético asociado al mismo. Ser de sexo femenino y haber sido sometida a una colecistectomía hace un mes aumenta el riesgo de cáncer.

Haber estado en gestación por ocho ocasiones la convierten en una paciente inmunodeprimida más una dieta poco balanceada nos obligan a pensar que paciente estaba asociada a múltiples factores de riesgo

El IMC elevado, particularmente el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de desarrollar cálculos de la vía biliar y nuestra paciente tenía un índice que la ubicaba en sobrepeso al momento de su ingreso.

Análisis del diagnóstico definitivo

En base al reporte de histopatología especialistas concluyen que se trata de adenocarcinoma de vesícula biliar, con metástasis a hígado, estadio IVB tributario de tratamiento paliativo.

Sin embargo, es importante recalcar el informe de histopatología en el que inmunistoquímica (Ck7 y Ck20) son positivos, lo que nos lleva a pensar que el proceso tumoral más bien proviene de la vía biliar, que hizo metástasis a hígado y también a vesícula, cuya clínica es exactamente similar a un adenocarcinoma de vesícula.

Por lo tanto, probablemente su diagnóstico corresponde a un Adenocarcinoma de vía biliar con metástasis a hígado, en estadio IVB que hubiera sido comprobable mediante una autopsia, proceso que no se hace en el Ecuador.

El manejo si la obstrucción era en vía biliar alta como se diagnosticó justificaba drenaje percutáneo, pero, si la obstrucción provenía de la vía biliar extrahepática, el manejo más apropiado según la bibliografía es la colocación de endoprótesis.

Finalmente, el adenocarcinoma en esta paciente fue un hallazgo fortuito e incidental, que pudo ser diagnosticado de manera precoz, pero paciente nunca se realizó chequeos rutinarios a pesar

de dolor crónico, y como la mayoría de adenocarcinomas suelen diagnosticarse posterior a examen histopatológico.

IV. CONCLUSIONES

- Las neoplasias malignas de la vesícula biliar ocupan el quinto lugar dentro de las neoplasias del tracto digestivo.
- Es más frecuente en mujeres mayores de 50 años, obesas, usuarias de anticonceptivos orales combinados.
- La colelitiasis constituye por sí sola el principal factor de riesgo, especialmente cuando se encuentran litos > 2 cm.
- La única neoplasia vesicular con pronóstico favorable es el adenocarcinoma papilar y los de peor pronóstico los carcinomas oat cell y los escamosos.
- El hallazgo del adenocarcinoma vesicular fue incidental en la paciente
- Los niveles séricos de antígeno carcinoembrionario y CA19-9 son marcadores sensibles de neoplasias malignas de la vía biliar pero no específicas
- Se determina sospechoso de cáncer cuando la vesícula presenta pólipos mayores a 10mm, engrosamiento de paredes > CUATRO mm, lesiones con forma de masa o es una vesícula en porcelana.
- La ultrasonografía y la TAC son de utilidad pero su sensibilidad disminuye con lesiones incipientes.
- Hay que sospechar siempre ante cuadros de dolor abdominal de neoplasias del tracto digestivo.
- La paciente presentaba varios factores de riesgo que la predispusieron a esta patología.
- La obesidad es considerada actualmente como el factor de riesgo más importante de cualquier neoplasia maligna.
- La cercanía de la vesícula al hígado favorece a que este sea el órgano donde más probablemente se encuentren metástasis.

V. PERSPECTIVA DEL PACIENTE

La paciente comentaba que en reiteradas ocasiones presentó cuadro clínico, sin embargo, debido a que es afiliada y normalmente los turnos se obtienen dentro de cuatro o más meses, no le dio importancia.

No decidió buscar ayuda médica, pero debido a que el dolor se intensificó, acudió a emergencia donde le realizan un examen de imagen con el cual le diagnostican de cálculos biliares. Hasta eso el dolor ya había cedido gracias a la medicación administrada y le programan una cita para una colecistectomía.

Comentaba que le enviaron a casa con medicación para el dolor y ella notó cierta mejoría, en el hospital le habían explicado que sus síntomas terminarían una vez realizada la cirugía por lo tanto, decidió esperar.

Una vez realizada la cirugía ella se sintió bien por alrededor de siete días, pero posterior a esto empezó una ligera molestia en el mismo sitio del abdomen, acudió a control con el especialista y le comentó de la molestia a lo que él le envió analgésicos inyectables y le dijo que debían esperar el resultado de histopatología. Sin embargo con el pasar de los días notó que el dolor se intensificaba, además esto se acompañaba de un tinte amarillento general y náuseas por lo que nuevamente recurrió a esta casa de salud.

Explicaba que empezó a tener alza térmica las cuales los especialistas no lograban comprender, hasta que llegó el informe histopatológico donde le daban el desgarrador diagnóstico.

Posterior a esto, se realizó dos exámenes de imagen: una TAC y una colangiografía con la esperanza de poder tener un tratamiento, una vez que llegaron los exámenes le informaron que su enfermedad estaba en estadio IV B, es decir que ya no era curable.

Los días pasaron y su salud se deterioró por lo que la medicación fue ajustada en dosis y añadieron otras, comenta que los síntomas se hicieron más evidentes a tal punto de necesitar oxígeno. Los médicos le dijeron que aún podía intentar drenar la vesícula biliar y que con esto el dolor sería leve o en su mayor suerte desaparecería. Pero ella se negó y decidió pedir el alta a voluntad ya que piensa que no habría ayudado puesto que sabe lo fulminante de su enfermedad. Deseó pasar los últimos días en su hogar con su familia.

VI. LISTA DE ABREVIACIONES

TAC: Tomografía axial computarizada

Ca: Cáncer

AFP: Alfa feto proteína

Mg/dL: Miligramos por decilitro

DL: Decilitro

FL: Femtolitro

UI/L: unidades internacionales por litro

mEq/L: miliequivalentes por litro

GGT: Gama Glutamil Transpeptidasa

FA: Fosfatasa Alcalina

LDH: Deshidrogenasa láctica

IV: Intravenoso

VO: Vía oral

CVB: Cáncer de vesícula biliar

QD: Cada día

AA: Aire ambiente

Mm Hg : Milímetros de mercurio

MM: Milímetros

Bh: Biometría Hemática

TGO: Transaminasa Glutámico Oxalacética

TGP: Transaminasa Glutámico Pirúvica

K: potasio

Kcal: kilocalorías

VII. REFERENCIAS Y RECURSOS

- Granados M., Arrieta O., Cantú D. (2013). *Oncología y cirugía. Bases y principios*. México: Editorial El Manual Moderno pp. 413- 421.
- Rivas A. (2015). *Conceptos generales de oncología quirúrgica*. México: Alberto Masferrer. pp. 11-16.
- Ramírez A. (2016). *Cáncer de la vesícula biliar. Experiencia de 10 años del Instituto Nacional del Cáncer*. Disponible en: Scielo Sitio web: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiUgcHvtNjXAhXi1IMKHXqdAEkQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fscielo.iics.una.py%2Fpdf%2Fsopaci%2Fv40n2%2F2307-0420-sopaci-40-02-00008.pdf&usg=AOvVaw30DKsmMaRkAYMc5bD_Xh6t
- Aretxabala J., Benavides C. & Roa I. (2016). *Cáncer de la vesícula biliar. Análisis preliminar del programa GES para prevención de esta enfermedad*. [Acceso Noviembre 29, 2017] Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0379389316301442/1-s2.0-S0379389316301442-main.pdf?_tid=c3386a0c-d2bd-11e7-8d61-00000aab0f02&acdnat=1511709992_64ba35c7e7c88c8ec9865b52a9df3460
- Cueva P. & Yépez J. (2010). *Epidemiología del cáncer en Quito de Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA Núcleo de Quito* Disponible en: https://issuu.com/solcaquito/docs/epidemiologia_de_cancer_en_quito_20
- Uribe M., Heine C., Brito F., & Bravo D. (2013). *Actualización de cáncer de vesícula biliar..* Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864013702025-S300>
- Pellisé M., & Castells A. (2013). *Tumores de la vesícula y vías biliares*. Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiRzM2x-bHXAhVM54MKHVkBDykQFgggMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.aegastro.es%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Farchivos%2Fayudas-practicass%2F47_Tumores_de_la_vesicula_y_vias_biliares.pdf&usg=AOvVaw0N1pgZuROwEH3t8SIw_b2H

- Lendoire J., & Gil L. (2015). CANCER DE LA VESÍCULA BILIAR. [Acceso Noviembre 4, 2017] de Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva. Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjRpYb9-rHXAhWT14MKHSjDDjkQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sacd.org.ar%2Fccuatrosesentaytres.pdf&usg=AOvVaw1OSnq-sAy_SaPDRjDCFS0k
- Noriega V, Álvarez M, Hernández R., Rodríguez R., Olivia E. Bieletto T & Rodríguez J. (2016). Carcinoma de vesícula biliar incidental después de colecistectomía. Análisis de los hallazgos patológicos a cinco años. [Acceso Noviembre 24, 2017] de medigraphic. Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMpZmvtNjXAhVC3IMKHXCPAQMqFggguMAI&url=http%3A%2F%2Fnew.medigraphic.com%2Fcgi-bin%2Fresumen.cgi%3FIDARTICULO%3D69001&usg=AOvVaw21k9mvmQQL81ESsaJZBDif>
- Vilatobá M. (2010). Cáncer de vesícula y vías biliares. [Acceso Noviembre 26, 2017] de Elsevier Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzjLigtjXAhXK7oMKHUpNCPQQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-radiologia-119-pdf-S0033833814001726-S300&usg=AOvVaw2PNsclHfpkwN5bMq6fkRmX>
- Romaguera D., Kénol S., Lizardo W., Rodríguez Z., & Lozada G. (2015). Caracterización de pacientes con neoplasias primarias del segmento hepatobiliopancreático. [Acceso Diciembre 12, 2017] de Scielo Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8oqTvuJvYAhWJ24MKHesNBelQFggglMAA&url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1029-30192015000200003&usg=AOvVaw31urgxncHtFpBDopXf7nXu
- Castillo J., Csendes K., Carlos J., Sauré A., Guajardo M. & Lembach H. (2014). CÁNCER TEMPRANO DE LA VESÍCULA BILIAR. TRATAMIENTO Y SOBREVIDA A LARGO PLAZO. [Acceso Noviembre 28, 2017] de Scielo Disponible en: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixrYGA3dzXAhXsx4MKHRf1BDIQFggkMAA&url=htt>

p%3A%2F%2Fwww.scielo.cl%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0718-40262014000500004&usg=AOvVaw0SO6kQ0dhWJFri0bNaxOzq

Castillo J., Romo C., Ruiz J., Escrivá J., Córdova V. P. (2010). Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal. [Acceso Noviembre 29, 2017] de Medigraphic Disponible en:

<https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjT8s7k49zXAhUN24MKHR0FAo0QFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Factmed%2Fam-2010%2Fam103c.pdf&usg=AOvVaw2qj23JbwKntAAhRqZJo7C>

Romaguera D., Kénol S., Lizardo W., Rodríguez Z., & Lozada G. (2015). Algunas Especificidades en torno a las Neoplasias Primarias del Segmento Hepatobiliopancreático. [Acceso Diciembre 02, 2017] de Scielo. Disponible en:

https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiIm9Ldt5vYAhWhz4MKHYVvB8IQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1029-30192015001100012&usg=AOvVaw1Vn2eAjJoICm2rAz4gfw5_

Aldean R. & Cuastumal R. (2010). Incidencia del Cáncer de Vesícula Biliar en los Pacientes Colecistectomizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Isidro Ayora y su Relación con la Edad, Sexo, Ocupación en el Periodo Comprendido de Febrero 2006 A Febrero 2009". [Acceso Noviembre 28, 2017] de Repositorio de Universidad de Loja. Disponible en:

https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj3wtW14dzXAhWi7YMKHW_jCe8QFggrMAE&url=http%3A%2F%2Fdspace.unl.edu.ec%2Fjspui%2Fbitstream%2F123456789%2F6503%2F1%2FJorge%2520Ramiro%2520Alde%25C3%25A1n%2520Riofr%25C3%25ADo%2520%2526%2520%2520Roberth%2520Alexander%2520Cuastumal%2520Inguilan.pdf&usg=AOvVaw38lDlJX5Q-gzx8n1ewRdgT

Campos Y., & Brenes I. (2013). Cáncer de vesícula biliar (Revisión bibliográfica). [Acceso Noviembre 11, 2017] de Medigraphic. Disponible en:

https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6_72T_LHXAhUg3YMKHU05A8oQFggkMAA&url=h

http://www.medigraphic.com/pdf/revmedcoscen/2008/2008m.pdf&usg=AOvVaw1W7g9yVTb2IMrs-mKLLxvR

Fatechi M., Leiva C., Roa C & Smith G. (2013). Cáncer de vía biliar. [Acceso Noviembre 24, 2017] de Revista de Posgrado del 12 a VI a Cátedra de Medicina. Disponible en: https://www.google.com/ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj0kbHusdjXAhWF2YMKHcpWB0YQFggpMAE&url=http://med.unne.edu.ar/revista/revista186/2013_186.pdf&usg=AOvVaw1F0khu7uhVeW8fVMov8u5h

Montoro M, Casamayor M. (2013). Dolor abdominal agudo. [Acceso Noviembre 27, 2017] de Asociación Española de Gastroenterología. Disponible en: https://www.google.com/ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiCwbLMt9jXAhUG54MKHZLoANsQFggzMAI&url=http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/Fayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf&usg=AOvVaw0_K0GHR7jxC3nq2vowYmRp

Mayo M., Pacheco J & Vázquez J. (2016). Abdomen agudo. [Acceso Noviembre 27, 2017] de Revista de la educación superior. Disponible en: https://www.google.com/ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzqonBuNjXAhUH6YMKHdjmA3sQFggkMAA&url=http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf&usg=AOvVaw29FJYxXNAfXkoZi-CusuOc

PEÑA L. (2016). Dolor abdominal agudo. [Acceso Noviembre 29, 2017] de Colegio Médico del Perú Disponible en: <https://www.google.com/ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjni-yZ29zXAhXj6IMKHaBnD4YQFgggnMAE&url=http://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/FCMP/38/1/FLIBRO%20FINAL%20DOLOR%20ABDOMINAL.pdf&usg=AOvVaw0nx8H8IMwsVKqhJaXaliwP>

Hernández R. & Madero M. (2013). Hiponatremia. [Acceso Noviembre 28, 2017] de Medigraphic Disponible en:

<https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj304KI9tnXAhXh4IMKHd1mDwoQFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fnew.medigraphic.com%2Fcgibin%2Fresumen.cgi%3FIDARTI%3FCULO%3D42461&usg=AOvVaw0sLYzczRhWDI2g08J2NK2H>

Guzmán P., Pávez J, Consini N, Navarro S, Handorf L. Patología de la vesícula biliar en la V región. Rev Chile Cir. 2000;52:465-70.

Ramírez C., Suárez A., Santoyo J., Fernández J., Jiménez M., Pérez J., Bondía J. & de la Fuente A. (2001). Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. [Acceso Noviembre 11, 2017] de Elsevier Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjSpry__7HXAhWS0YMKHR8uARkQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-cirugia-espanola-36-articulo-actualizacion-del-diagnostico-el-tratamiento-S0009739X02719404&usg=AOvVaw1yhBfQkR3rgwIvRQVA_f56

Delgado F., Vizuete J., Benítez G., Ripollés T. & Martínez J. (2014). Tumores de la vía biliar. [Acceso Noviembre 11, 2017] de Elsevier Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-pdf-S0033833814001726-S300>

Ruiz A. (2011). Diagnóstico y tratamiento del cáncer de vías biliares. [Acceso Noviembre 11, 2017] Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-426-11/RR.pdf>

López E. & Quijano Y. (2011). Cáncer de vías biliares. [Acceso Noviembre 15, 2017] Disponible en: http://www.cirugiasanchinarro.com/sites/default/files/cancer_via_biliar.pdf

Macarulla T. (2017). Cáncer de vía biliar. [Acceso Noviembre 16, 2017] de Sociedad Española de Oncología Médica. Disponible en: <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/via-biliar?showall=1>

Vinocour G. & Bolaños M. (2013). Carcinoma del tracto biliar. [Acceso Noviembre 11, 2017] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v28n3/art9.pdf>

Sola J. & Panizo A. (2010). Caracterización inmunohistoquímica de los tumores hepáticos. Una aproximación práctica al diagnóstico del hepatocarcinoma. [Acceso Noviembre 16, 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155010700073-S300>

Gomes V. & Ribeiro J. (2006). Anatomía y fisiología hepática. [Acceso Noviembre 26, 2017]. Disponible en: <https://espanol.free-ebooks.net/ebook/Anatomia-y-Fisiologia-Hepatica>

VIII. ANEXOS:

ANEXO A: . Historia clínica

<p>2017/10/24 Hora: 5:42 +++++INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL+++++</p> <p>HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA HISTORIA CLINICA</p> <p>1. DATOS DE FILIACION NOMBRES Y APELLIDOS: GONZALEZ GUANGA INES PIEDAD EDAD: 59 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADA ETNIA: MESTIZA RELIGION: CATOLICA LUGAR DE NACIMIENTO: RIOBAMBA LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL: RIOBAMBA LUGAR DE RESIDENCIA OCASIONAL: NINGUNA DIRECCION: PLAZA DE LAS HIERBAS INSTRUCCION: SECUNDARIA INCOMPLETA OCUPACION: QUEHACERES DOMESTICOS TIPO DE SANGRE: DESCONOCE LATERALIDAD: DUESTRA FECHA DE INGRESO: 2017/10/23</p> <p>2. ANAMNESIS ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - ARTRISIS ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES - MADRE: CA ESTOMAGO - HERMANO: CIRROSIS ANTECEDENTES QUIRURGICOS - QUISTE DE OVARIO ALERGIAS</p>	<p>- NO REFIERE ANTECEDENTES GINECOBSTERICOS G:3 P:7 C:0 A:1 HV:7 HM:0 MENARQUIA: 14: REGULARES (4 DIAS) MENOPAUSIA: 40 AÑOS PAPANICOLAO: NO REFIERE MAMOGRAFIAS: NO REFIERE</p> <p>HABITOS - HABITOS ALIMENTARIO: 3 VECES AL DIA - MICCIONAL: 5 VECES AL DIA 3 EN LA NOCHE - DEFECCATORIO: 1 VEZ AL DIA - ALCOHOL: NO - TABACO: NO - DROGAS: NO - TOXICOS: NO MOTIVO DE CONSULTA - DOLOR ABDOMINAL</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE REFIERE QUE DESDE APROXIMADAMENTE 1 MES PRESENTA DOLOR ABDOMINAL EN IPOCONDRIO DERECHO QUE SE IRRADIA A EPIGASTRIO DE TIPO COLICO DE GRAN INTENSIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS QUE O LLEGA AL VOMITO POR LO QUE ACUDE POR EMERGENCIA Y ES VALORADA POR MEDICO DE TURNO Y LE DAN ANALGESIA DONDE EL OLOR CEDE POR LO CUAL LE DAN UNA CITA PARA UNA CONSULTA EXTERNA EN LO CUAL ES PROGRAMADA PARA</p>
--	---

ANEXO B: . Historia clínica

<p>CIRUGIA CONDICIONES SOCIOECONOMICAS: PACIENTE VIVE CON SU ESPOSO E HIJOS, EN UNA CASA ARENDADA, CUENTA CON TODOS</p> <p>LOS SERVICIOS BASICOS, SUSTENTO ECONOMICO DEPENDE DEL ESPOSO, TIENE BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, TIENE ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS.</p> <p>1. K80 COLELITIASIS COLELITIASIS</p> <p>*****EXAMEN FISICO*****</p> <p>3. EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES TENSION ARTERIAL: 110/70 MMHG TEMPERATURA: 36.5 °C FRECUENCIA CARDIACA: 60X FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18X SATURACION DE OXIGENO 95% AA EXAMEN FISICO GENERAL: PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.</p> <p>AFEBRIL, HIDRATADA ESCALA COMA DE GLASGOW 15/15, NO LATERALIDAD NI FOCALIDAD NEUROLOGICA FUNCION SENSITIVA Y MOTORA CONSERVADA. EXAMEN FISICO REGIONAL: PIEL: SUAVE, NORMOTERMICA, TURGENCIA Y ELASTICIDAD</p>	<p>CONSERVADA, NO SE EVIDENCIAN LESIONES. CABEZA: NORMOCEFALICA CABELLO: DE IMPLANTACION NORMAL, DE ACUERDO AL SEXO UÑAS: LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS. PARPADOS: MOVILIDAD CONSERVADA, NO EDEMAS OJOS: PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS NO ICTERICAS. OIDOS: PABELLON AURICULAR FORMA, TAMAÑO E IMPLANTACION NORMAL, CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE. NARIZ: TABIQUE NASAL DE IMPLANTACION NORMAL, FOSAS NAALES PERMEABLES. BOCA: MUCOSAS ORALES HUMEDAS, PIEZAS DENTARIAS COMPLETAS CON PRESENCIA DE CARIES OROFARINGE: NO ERITEMATOSA, NO CONGESTIVA CUELLO: SIMETRICO, MOVIMIENTOS DE FLEXION, EXTENSION CONSERVADOS NO SE PALPAN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR. TIROIDES OB TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBILIDAD CONSERVADA. CORAZON: INSPECCION: APEX NO VISIBLE. PALPACION: APEX NO PALPABLE AUSCULTACION: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SINCRONICOS CON EL PULSO, NO SE AUSCULTAN SOPLOS. PULMONES:</p>
--	--

ANEXO C.: Ecografía institucional 02 de octubre del 2017



FECHA : 02 de Octubre del 2017

PACIENTE: González Guanga Inés Piedad

EDAD : 59 años

ECOGRAFIA ABDOMINAL

Hígado: De tamaño normal, ecogenicidad conservada, parénquima homogéneo, bordes regulares, no lesiones focales. Lóbulo derecho mide 116 mm.

Vesícula biliar: Mide 7,3 x 3,4 x 4,2 de tamaño y morfología normal, pared engrosada de 4mm con imagen de cálculo en su interior de 17 mm y que no cambia de posición al movimiento.

Vías biliares: Intra y Extra hepáticas dilatadas, Colédoco mide 13 mm.

Páncreas: de características normales

Bazo: tamaño dentro de límites normales mide

Riñones: simétricos de forma y tamaño y situación normal, parénquima homogéneo, bordes regulares, buena relación corticomedular, no dilatación del sistema pielocalicial. No litiasis en su interior.

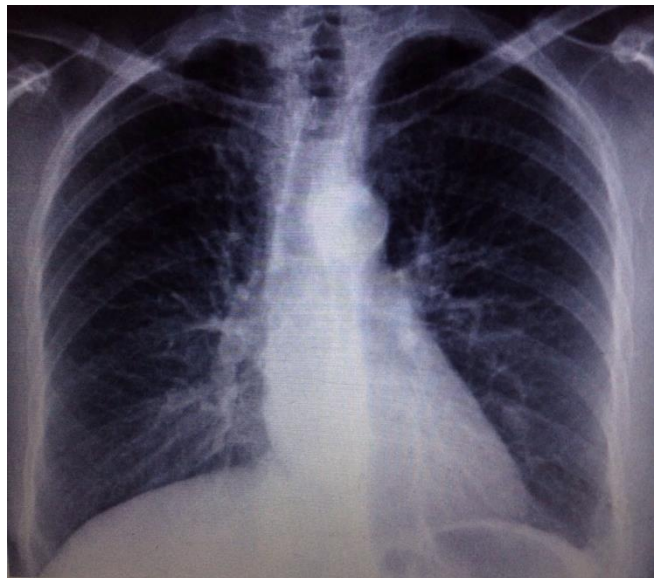
Imágenes sugestivas de:

- Colelitiasis
- Colecistitis crónica agudizada
- Dilatación de las vías intra y extrahepáticas

ANEXO E: Informe de electrocardiograma de reposo 2017/10/06

BRADICARDIA SINUSAL
LEVE CRECIMIENTO DE AURICULA IZQUIERDA, PRESENCIA DE U

ANEXO F: RX de tórax 2017/10/06

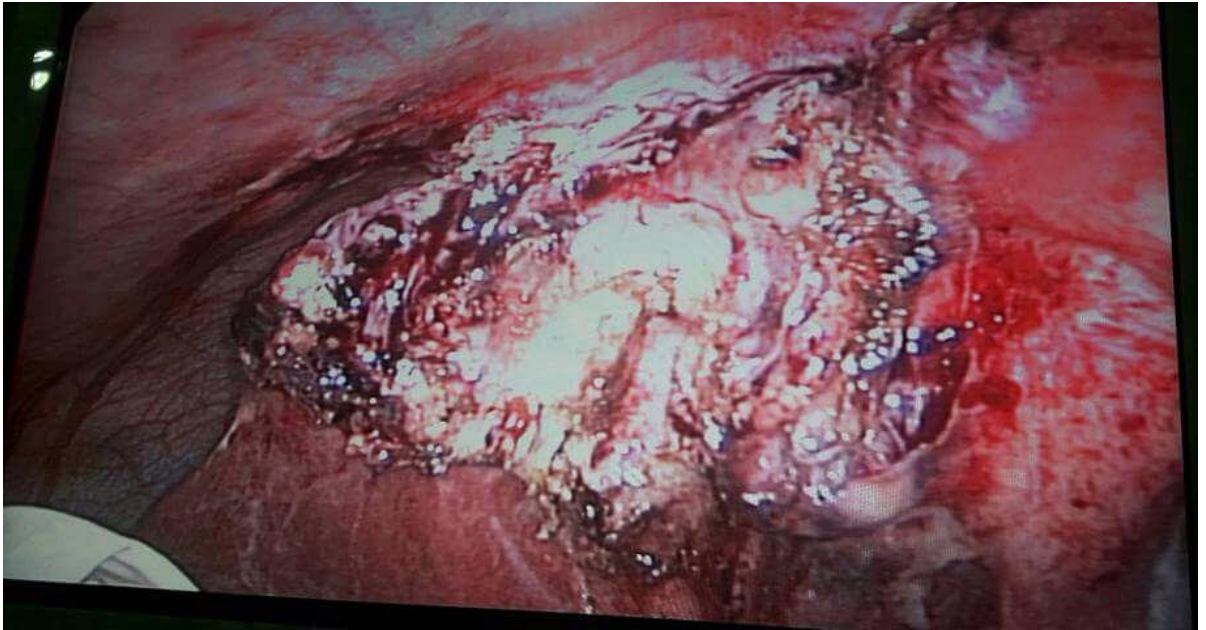


ANEXO G: Informe de RX

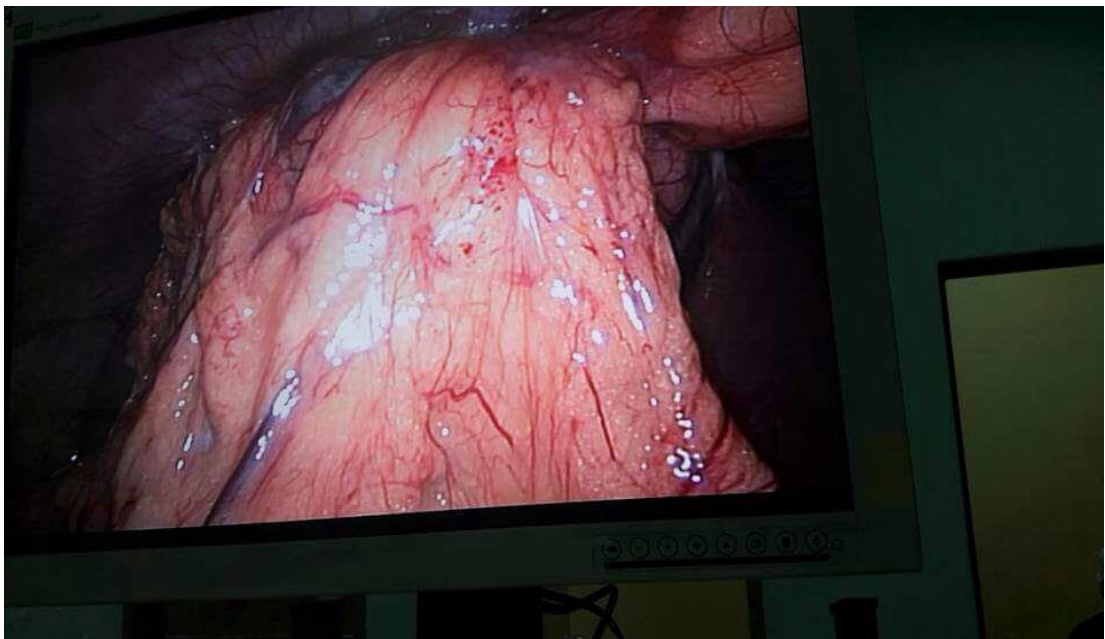
Área cardíaca	Silueta cardiaca dentro de límites normales, botón aórtico prominente
Pulmones	No se observan lesiones pleuroparenquimatosas, no se observa derrame pleural tráquea permeable y conservada.
Ángulos cardio y costofrénicos	Libres
Conclusión	Placa normal

.
. .
.

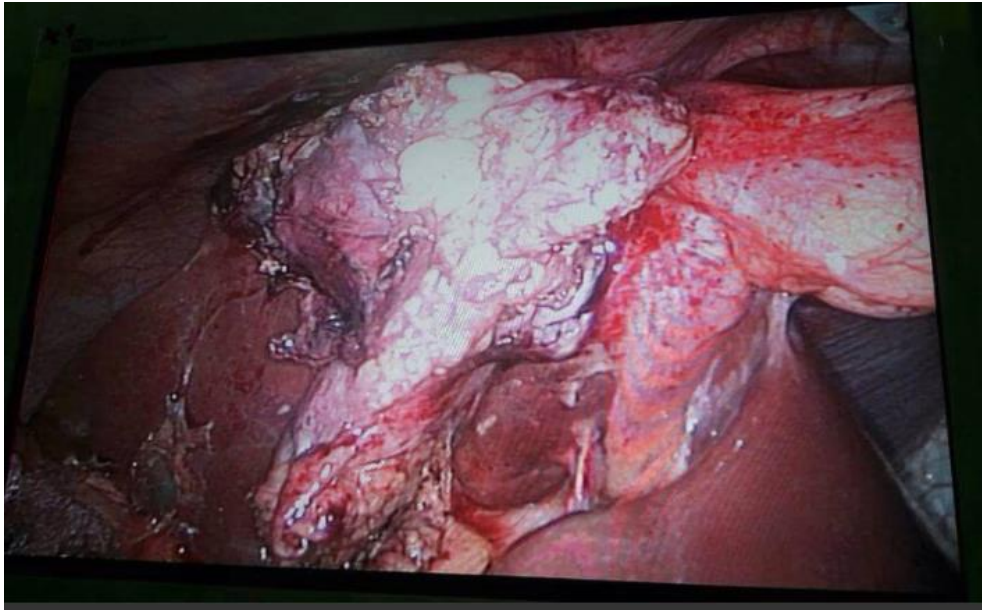
ANEXO H: Abordaje laparoscópico 2017/10/24



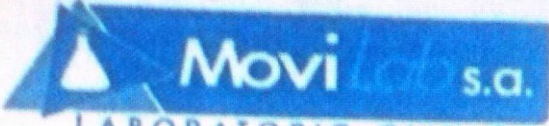
ANEXO I: Abordaje laparoscópico 2017/10/24



ANEXO J. Abordaje laparoscópico 2017/10/24



ANEXO K: Informe histopatológico 2017/10/24


LABORATORIO CLINICO
DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO

Informe Histopatológico No. 001894-15
CODIGO 24039

PACIENTE: [REDACTED]

Piedad

EDAD : 59 años

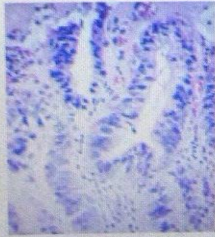
FECHA DE TOMA DE MUESTRA : 24 de Octubre del 2017

DRA: Tania Lluma

Macroscópico:

Se recibe vesícula biliar en varios fragmentos el mayor de 6x3cm y el menor de 1x0.5cm, *serosa violácea*, mucosa aplanada trabecular, espesor de la pared hasta 0.3cm de aspecto fibroso. No se identifica conducto ni ganglio cístico. En el mismo recipiente se observa 2 pequeños fragmentos de cálculos. Los cortes muestran neoplasia maligna de estirpe epitelial constituido por nidos, glándulas irregulares y túbulos, *revestidos por células con marcado pleomorfismo e hiper cromasia nuclear, cromatina densa, citoplasma acidófilo, rodeados por estroma desmoplásico*. No se observa invasión linfovascular en esta muestra.

Microscópico:



Conclusión:

a) Vesícula: positivo para adenocarcinoma

ANEXO L: Informe tac simple y contrastada de tórax, abdomen y pelvis 04/12/2017

Pulmones	Vascularización pulmonar de distribución y calibre adecuado .Derrame pleural bilateral con predominio derecho
Hígado	Hígado aumentado de volumen 18 cm, parénquima de densidad heterogénea, se observa imagen mixta, con área hipodensa de aproximada de 8 cm, bordes irregulares en el segmento III, con área sólida, capta contrasta sugestiva de malignidad, presencia de imágenes hipodensas de aproximadas 1cm, 2 cm y 5 cm en el segmento VIII y vena porta y hepáticas de calibre normal, se observa dilatación de las vías biliares intrahepáticas a nivel del lóbulo Izquierdo.
Vesícula	Ausencia quirúrgica de vesícula biliar.
Páncreas	Aspecto y tamaño normal.
Riñones	Forma, tamaño y situación normal, relación cortico medular conservada. No se observan signos de ectasia ni litiasis.
Intraperitoneal	Sin datos patológicos
Vejiga	Paredes regulares delgadas contenido homogéneo.
Estructuras intestinales	Visibles, sin datos patológicos.



Fecha: 02 de Diciembre 2017

Paciente: [REDACTED]

Edad: 59 años

INFORME COLANGIORESONANCIA

Hígado: de tamaño normal, con bordes lisos. Estructura interna sin alteraciones de señal sin evidencia de procesos ocupativos, colección subcapsular hepática de aproximadamente 50ml de volumen, imagen con contenido líquido y pared probablemente en relación con vesícula residual.

Vías biliares: intrahepáticas y extrahepáticas dilatadas el colédoco proximal mide: 9 mm de diámetro en porción distal se observa proceso ocupativo probablemente de tipo tumoral, ganglios peri pancreáticos múltiples.

Bazo: de tamaño normal, con contorno exterior liso y estructuras interna homogénea.

Páncreas: con señal de intensidad normal, conducto pancreático dilatado a nivel de peritoneo sin crecimiento ganglionar.

Conclusiones:

- Obstrucción de colédoco distal probablemente por proceso tumoral
- Imagen sugestiva de vesícula residual
- Colección subcapsular hepática
- Derrame pleural derecho

ANEXO N.: Epidemiología de cáncer en el Ecuador

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN site	HOMBRES / MALES		MUJERES / FEMALES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
C00	LABIO / lip	1	-	1	-	2	0,0
C01-C02	LENGUA / tongue	37	0,2	44	0,2	81	0,2
C03-C06	BOCA / mouth	37	0,2	46	0,3	83	0,3
C07-C08	GLANDULAS SALIVALES / salivary glands	54	0,3	51	0,3	105	0,3
C09	AMIGDALA / tonsil	18	0,1	8	-	26	0,1
C10	OROFARINGE / oropharynx	2	-	-	-	2	0,0
C11	NASOFARINGE / nasopharynx	7	0,1	6	-	13	0,0
C12-C13	HIPOFARINGE / hypopharynx	1	-	1	-	2	0,0
C14	OTR. Y MAL DEF. LABIO. BOCA. FARINGE / other. ill def. in lip.mouth.pharynx	6	-	6	-	12	0,0
C15	ESOFAGO / oesophagus	175	1,3	55	0,3	230	0,7
C16	ESTOMAGO / stomach	1555	11,2	1134	6,7	2689	8,7
C17	INTESTINO DELGADO / small intestine	54	0,4	71	0,4	125	0,4
C18	COLON / colon	406	2,9	527	3,1	933	3,0
C19-C20	RECTO / rectum	274	1,9	281	1,7	555	1,8
C21	ANO Y CONDUCTO ANAL / anus and anal canal	13	0,1	77	0,5	90	0,3
C22	HIGADO Y COND.BILIARES INTRAHEP. / liver & intrahepatic bile ducts	276	2,0	278	1,6	554	1,8
C23-C24	VESICULA BILIAR ETC. / gallbladder etc.	230	1,6	414	2,5	644	2,1
C25	PANCREAS / pancreas	144	1,0	194	1,1	338	1,1
C30-C31	NARIZ Y SENOS PARANASALES / nose, sinuses etc.	45	0,3	51	0,3	96	0,3
C32	LARINGE / larynx	107	0,8	16	0,1	123	0,4
C33-C34	TRACQUEA, BRONQUIOS, PULMONES / trachea, bronchi, lungs	118	0,8	188	0,9	306	0,9

CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN site	CIE-10 ICD-10	LOCALIZACIÓN site	HOMBRES / MALES		MUJERES / FEMALES		TOTAL	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
C23	VESICULA BILIAR (gallbladder)	800	NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	52	0,3	15	0,1	67	18,8
		801-804	NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	15	0,1	7	0,1	22	6,2
		805-808	NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	9	0,1	3	0,0	12	3,4
		812-813	PAPILOMA Y CARCINOMAS DE CELULAS TRANSICIONALES (transitional cell papillomas and carcinomas)	0	0,0	1	0,0	1	0,3
		814-838	ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	184	1,1	60	0,4	244	68,5
		844-849	NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	3	0,0	2	0,0	5	1,4
		856-857	NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	3	0,0	2	0,0	5	1,4
		Total			266	1,6	90	0,6	356
C24	OTRAS Y NO ESPECIF DEL TRACTO BILIAR (other & unspecified of biliary tract)	800	NEOPLASIAS SAI (neoplasms nos)	63	0,4	63	0,5	126	42,9
		801-804	NEOPLASIAS EPITELIALES SAI (epithelial neoplasms nos)	9	0,1	6	0,0	15	5,1
		805-808	NEOPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS (squamous cell neoplasms)	1	0,0	0	0,0	1	0,3
		814-838	ADENOMAS Y ADENOCARCINOMAS (adenomas and adenocarcinomas)	76	0,4	72	0,5	148	50,3
		844-849	NEOPLASIAS QUISTICAS MUCINOSAS Y SEROSAS (cystic mucinous and serous neoplasms)	1	0,0	2	0,0	3	1,0
		856-857	NEOPLASIAS EPITELIALES COMPLEJAS (complex epithelial neoplasms)	1	0,0	0	0,0	1	0,3
		Total			151	0,9	143	1,0	294

ANEXO Ñ: Estadificación del cáncer

TUMOR PRIMARIO (T) Tis T1a T1b T2 T3 T4	DEFINICION Carcinoma in situ Tumor invade mucosa (Lámina propia) Tumor invade capa muscular sin extensión más allá de la serosa ó el hígado Tumor perfora la serosa (peritoneo visceral) y o invade el hígado y o estructuras de órganos adyacentes (ej.: estómago, duodeno, colon, páncreas, omentos o conductos biliares extrahepáticos) Tumor invade vena portal o arteria hepática o invade 2 o más estructuras de órganos extrahepáticos
GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES (N) N0 N1 N2	No hay ganglios metastásicos Ganglios metastásicos en el conducto cístico, conducto hepático común, arteria hepática y vena porta Ganglios metastásicos periaorticos, pericava, arteria mesentérica superior y celiacos
METASTASIS A DISTANCIA (M) M0 M1	Sin metastásis a distancia Metástasis distantes

Fuente: American Joint Committee of Cancer

0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III A	T3	N0	M0
III B	T1-3	N1	M0
IV A	T4	N0-1	M0
IV B	Cualquier T	N2	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: American Joint Committee of Cancer

ANEXO O: Consentimiento de paciente

Formulario de consentimiento informado

Yo José Pedro González Góngora [Nombre] doy mi consentimiento para información sobre mí / mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según el caso) que se publicará en

Escuela Superior Politécnica del Chimborazo por la Sr. Sorita Aveli Medina con el Tutor Dr. Moisés Góncalo S. Cirujano y Docente y en la Escuela de Medicina
[ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicará sin mí / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre José González

Fecha 2-10-2017

Firmado [Firma]

Nombre del autor Am. Moisés

Fecha 22-10-2017

Firma [Firma]