

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGIA**

**ANÁLISIS DE CASO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA**

**TEMA:  
CASO CLINICO CARCINOMA VESICULAR**

**AUTORA:  
QUIROZ ZAMORA JESSENIA NARCISA**

**TUTOR:  
LCDO. SANTOS BRAVO LOOR**

**MANTA-MANABÍ-ECUADOR  
2017-2018**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutor del Trabajo de Titulación sobre el tema “**CARCINOMA VESICULAR**”, presentado por **QUIROZ ZAMORA JESSENIA NARCISA** de la Licenciatura en Ciencias de la Salud, Mención Radiología e Imagenología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior designe.

**Manta, 21 de Septiembre 2017**

**TUTOR**

---

**Lcdo. Santos Bravo Loor**

**C.I: 130473053-2**

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema “**CARCINOMA VESICULAR**” de **QUIROZ ZAMORA JESSENIA NARCISA**, para la Licenciatura en Ciencias de la Salud, mención Radiología e Imagenología.

**Manta, 21 de Septiembre 2017**

**EL TRIBUNAL**

---

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

**VOCAL 1**

---

**VOCAL 2**

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Yo, **QUIROZ ZAMORA JESSENIA NARCISA** portadora de la cédula de identidad No. **131005462-0**, declaro que los resultados obtenidos en el trabajo de investigación **“CARCINOMA VESICULAR”** que presento previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN RADIOLOGÍA E IMAGENOLOGÍA** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola, exclusiva responsabilidad legal y académica.

**Manta, 21 de Septiembre 2017**

**AUTORA**

---

**QUIROZ ZAMORA JESSENIA NARCISA**

**C.I: 131005462-0**

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro en primer lugar a mi creador Dios por ser mi fortaleza en este largo caminar.

A mis padres Francisco y Narcisa quienes con su apoyo incondicional pusieron toda su confianza en mí y así poder llegar hasta donde ahora estoy.

A los protagonistas de mi vida Fernando, Sayira y en especial a ti mi princesa Anita que ahora me cuidas desde el cielo, este logro también es de ustedes mis tesoros, quienes con su amor me motivaron día a día para que su mamita cumpliera uno de sus sueños.

A mí querido esposo Ronald Muñiz por su comprensión, paciencia y sobre todo por su amor incondicional ya que ha sido un pilar fundamental en momentos muy difíciles que se me presentaron durante este tiempo de estudios.

A toda mi familia y amistades que de alguna manera participaron con un granito de arena para poder lograr esta meta.

Autora

JESSENIA NARCISA QUIROZ ZAMORA

## **AGRADECIMIENTO**

Eternamente agradecida con Dios por darme la oportunidad de haber retomado mis estudios y bajo sus bendiciones darme salud y la sabiduría necesaria para poder concluir mi carrera universitaria.

A mis queridos padres por sus sabios consejos para hacer de mí una buena persona, a mis amados y bellos hijos quienes fueron motivo de inspiración para lograr esta meta, a mi querido esposo por su amor y confianza, por apoyarme en todos mis proyectos y así poder realizarme profesionalmente.

Muy agradecida con mi querido Dr. Carlos Delgado Delgado quien depositó su confianza en mí y me animara a estudiar.

A cada uno del personal docente de esta facultad ya que tuvieron la paciencia necesaria para enseñarnos sus conocimientos.

Autora

JESSENIA NARCISA QUIROZ ZAMORA

## INDICE GENERAL

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR</b>	<b>II</b>
<b>APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR</b>	<b>III</b>
<b>DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>VI</b>
<b>INDICE GENERAL</b>	<b>VII</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>X</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. Informe del caso</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Definición del caso</b>	<b>5</b>
<b>2.1.1. Presentación de caso</b>	<b>5</b>
<b>2.1.2. Ámbitos de estudio</b>	<b>7</b>
<b>2.1.3. Actores implicados</b>	<b>7</b>
<b>2.1.4. Identificación del problema</b>	<b>7</b>
<b>2.2. METODOLOGIA</b>	<b>7</b>
<b>2.2.1. Lista de preguntas</b>	<b>8</b>
<b>2.2.2. Fuentes de información</b>	<b>8</b>
<b>2.2.3. Técnicas de recolección de información.</b>	<b>8</b>
<b>2.3. DIAGNÓSTICO</b>	<b>9</b>
<b>4. Resonancia nuclear magnética (RNM) en CVB</b>	<b>11</b>
<b>Histología</b>	<b>11</b>
<b>DEFINICIONES</b>	<b>11</b>
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>14</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>15</b>
<b>3. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>16</b>
<b>4. ANEXOS</b>	<b>19</b>

<b>Figura 1. Vesícula biliar llena de cálculos (colelitiasis biliar) y barro biliar</b>	<b>19</b>
<b>Figura 2. Corte axial de tomografía de abdomen contrastado</b>	<b>19</b>
<b>Figura 3. Corte axial de TAC de Abdomen contrastada</b>	<b>19</b>
<b>Figura 4. Corte axial de Tac de abdomen contrastado</b>	<b>20</b>
<b>Figura 5. Realización de CPRE. Colocación de bridas.</b>	<b>20</b>
<b>Figura 6. Arco en C. Equipo para realización de CPRE</b>	<b>20</b>
<b>Figura 7. Historia clínica.</b>	<b>21</b>
<b>Figura 8. Informe radiológico de Tomografía simple y contrastada de Abdomen.</b>	<b>24</b>
<b>Figura 9. Consentimiento informado</b>	<b>25</b>
<b>Figura 10. Documentos de autorización</b>	<b>26</b>
<b>Figura 10. Paciente realizándose la CPRE</b>	<b>27</b>
<b>Figura 11. Paciente realizándose Tomografía de Abdomen.</b>	<b>27</b>

## RESUMEN

El cáncer de la vesícula biliar es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la vesícula biliar, es un problema de salud pública en la población, su alta mortalidad refleja el momento tardío en el cual se diagnostica. Sin embargo, a través del estudio dirigido al diagnóstico de esta enfermedad, se ha demostrado una alta frecuencia de cánceres que son diagnosticados en forma incidental en etapas precoces de la enfermedad y cuyo tratamiento mediante la colecistectomía simple, la mayor parte de las veces, representa la curación. Al igual que otras neoplasias del tubo digestivo el nivel de infiltración tumoral de la pared del órgano, es uno de los mejores elementos en la etapificación y pronóstico de la enfermedad. Ser mujer aumenta el riesgo de presentar cáncer de vesícula biliar. Los signos y síntomas de cáncer de vesícula biliar son ictericia, fiebre y dolor. El paciente de 51 años a quien se refiere el presente caso clínico es de sexo masculino, presentó los síntomas ya descritos y se usaron estudios de imagen como la Tomografía computarizada y la Colangiopancreografía retrograda endoscópica, como objetivo principal es la descripción de los estudios imagenológicos en el diagnóstico precoz de carcinoma vesicular. La mortalidad del cáncer de la vesícula biliar en la mayor parte de las series nacionales y extranjeras, sólo incluye formas avanzadas, por lo que la visión sobre esta neoplasia es asociada a incurabilidad. Considerando la alta frecuencia del cáncer de la vesícula biliar en nuestro medio y la escasa información tanto clínica como radiológica que existe de las formas incipientes de esta neoplasia es necesario mostrar estudios imagenológicos que describen signos que podrían descubrir precozmente la patología descrita.

**Palabras clave:** cáncer, vesícula biliar, células malignas, mortalidad, diagnóstico, colecistectomía, etapificación, pronóstico, ictericia, neoplasia.

## ABSTRACT

Cancer of the gallbladder is a disease that forms malignant (cancerous) cells in the tissues of the gallbladder. It is a public health problem in the population. Its high mortality reflects the late moment in which it is diagnosed. However, through the study aimed at the diagnosis of this disease, a high frequency of cancers that are incidentally diagnosed in the early stages of the disease has been demonstrated and whose treatment for simple cholecystectomy, most of the time, represents the cicatrization. Like other neoplasms of the digestive tract, the level of tumoral infiltration of the organ wall is one of the best elements in the stage and prognosis of the disease. Being a woman increases the risk of developing gallbladder cancer. The signs and symptoms of gallbladder cancer are jaundice, fever, and pain. The 51-year-old patient, referred to in the present case, is a man, presented the symptoms described above and used imaging studies such as computed tomography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The main objective is to describe imaging studies in the early diagnosis of vesicular carcinoma. The mortality of gallbladder cancer in most national and foreign series only includes advanced forms, so the view about this neoplasm is associated with incurability. Taking into account the high frequency of gallbladder cancer in our country and the scarce clinical and radiological information that exists in the incipient forms of this neoplasm, it is necessary to show imaging studies that describe signs that could discover the pathology described previously.

**Key words:** cancer, gallbladder, malignant cells, mortality, diagnosis, cholecystectomy, staging, prognosis, jaundice, neoplasia.

# 1. JUSTIFICACIÓN

Las neoplasias de la vía biliar son infrecuentes y se asocian a una alta mortalidad y mal pronóstico. El Carcinoma vesicular representa el 3% de los tumores malignos, y ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia dentro de las neoplasias malignas del aparato digestivo, después de estómago, colon, recto y esófago, (Potente, et al. 1994), (Wanebo, 1993). El cáncer de la vesícula biliar es difícil de diagnosticar. Se encuentra generalmente como un hallazgo inesperado durante la cirugía para quitar los cálculos biliares. La incidencia de carcinoma vesicular es extremadamente variable según las regiones geográficas y los grupos étnicoraciales, con un margen de incidencia anual que oscila entre 2-13/100.000 habitantes, (Diehl, 1990).

Las tasas más altas de incidencia se registran en Chile, habitantes del noreste de Europa, Israel, indios americanos y americanos de origen mexicano; recientemente se ha comunicado que el CVB es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de Chile (Roa I, 1993). Las tasas más bajas se han observado en habitantes de raza negra de Zimbawe y América y en países como España e India.

La edad de presentación más común se encuentra entre los 65-75 años, estimándose que aproximadamente el 90% de los pacientes tienen más de 50 años, (Marijuán, et al. 1992). Es más frecuente en el sexo femenino, con proporciones variables que oscilan entre 1,5 y 11:1 (Gers, 1961) esta preponderancia se ha justificado en la mayor incidencia de coledoclitiasis en la población femenina, factor que se asocia con mucha frecuencia al carcinoma vesicular.

Los métodos de diagnóstico por imagen empieza por la ecografía abdominal es el método de imagen diagnóstica inicial, Asimismo, la ecografía es muy sensible para detectar dilatación de la vía biliar intra y/o extrahepática y la presencia de lesiones metastásicas hepáticas o infiltración directa del parénquima de los segmentos IVb y V. La ecografía Doppler color es una exploración no invasiva que permite estudiar los flujos arteriales y portales de los elementos del hilio hepático; a medida que se adquiere experiencia va desplazando a la arteriografía en la identificación de pacientes no resecables por invasión tumoral de estas estructuras.

En combinación con la ecografía convencional puede llegar a detectar la invasión portal en hasta el 83- 86% de los casos. La tomografía axial computarizada (TAC) es el método más sensible y rentable para estudiar los casos en los que se sospecha carcinoma vesicular.

Permite además, valorar la profundidad de la infiltración del parénquima hepático en los cánceres avanzados de localización fúndica, así como la presencia de lesiones metastásicas intrahepáticas y su localización; en caso de Carcinoma vesicular infundibular que infiltra la vía biliar principal, detecta con muy alta sensibilidad la dilatación del sistema biliar intrahepático y el nivel topográfico de bloqueo del mismo. La TAC también es de gran utilidad en el diagnóstico preoperatorio de las metástasis ganglionares de carcinoma vesicular, circunstancia que puede contraindicar la cirugía o alterar la táctica quirúrgica.

Un ganglio invadido se define en la TAC como una masa de partes blandas con diámetro antero-posterior de al menos 1 cm que muestra anillo de captación o bien realce heterogéneo. (Ramírez, et al.2002). De forma global, sólo un 38-40% de los ganglios histológicamente afectados serán identificados por la TAC. (Ohtani, et al. 1993). Antes del uso rutinario de la ecografía y la TAC, las tasas de diagnóstico preoperatorio de CVB estaban en torno al 8%, y sólo eran de utilidad los estudios radiológicos simples y la colecistografía oral o intravenosa. Con la introducción en los años 80 de ambas pruebas de imagen, el porcentaje ha aumentado hasta el 75-88%; sin embargo, no parece que este marcado aumento se haya acompañado de una mejora en los resultados terapéuticos y tasas de supervivencia para el CVB diagnosticado de forma preoperatoria. (Chijiwa, et al. 1991)

En el Ecuador la incidencia del cáncer de vesícula biliar se hizo un muestreo en el hospital “Luis Vernaza” observándose también los factores de riesgos más frecuentes entre los años 1998-2002, se realizó el estudio se hicieron 10.902 intervenciones sobre la vesícula biliar; de éstas, se obtuvieron 36 muestras positivas para cáncer vesicular, representando el 0,33% y la edad de mayor frecuencia es entre los 61 a 80 años con un 75%. Y el sexo femenino es más vulnerable en un 27,7 %. Todos los pacientes tuvieron antecedentes de cólico biliar en algún momento de su vida; 30 casos habían presentado ictericia anteriormente, y 19 presentaron litiasis asintomáticas que fueron hallazgos ecográficos.

Es importante conocer que todo paciente tiene derecho a la salud y ser atendido con los recursos posibles en las entidades de salud incluso los pacientes con enfermedades catastróficas, los artículos 358 al 366 en la Constitución de la República sobre la salud, pues aquí se proclama el derecho a la protección de la salud y se establecen los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto, o sea que, hoy lo que se exige de los poderes públicos y privados es que presten un mejor servicio en esta materia, en atención fundamentalmente al respeto de la dignidad del ser humano. Recordemos que el Art. 32 de la Constitución de la República, trata sobre el derecho a la salud, al manifestar lo siguiente:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Es menester señalar que la Conferencia Internacional sobre la atención primaria de salud, patrocinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para el Cáncer, en la reunión celebrada en Alma-Ata (URSS), del 06 al 12 de septiembre de 1978, manifestó que la atención primaria de salud, en resumen es:

1. Un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Si bien es cierto existen las normativas para la buena atención lastimosamente para el carcinoma vesicular los diagnósticos son muy tardíos, por lo cual los objetivos que se plantean son los siguientes:

- Describir los estudios radiográficos en el diagnóstico precoz de carcinoma vesicular.
- Analizar la efectividad de la ecografía abdominal en el diagnóstico de carcinoma vesicular.

- Analizar la eficacia de RM y TAC en el diagnóstico comparativo del carcinoma vesicular.
- Reconocer otros estudios que detallen signos y síntomas del cáncer vesicular.

Además propongo charlas educativas para brindar información a la comunidad sobre los síntomas, signos clínicos y radiológicos de esta patología que cobra un sinnúmero de vidas al año.

## **2. Informe del caso**

### **2.1. Definición del caso**

Carcinoma vesicular seguimiento radiológico.

#### **2.1.1. Presentación de caso**

Paciente de 51 años, masculino, en unión libre, instrucción primaria completa, procedente de Sucúa, antecedentes patológico personales refiere accidente de tránsito hace 30 años con secuela de disminución de agudeza visual izquierda, antecedentes patológico familiares no refiere, no alérgico.

Refiere hace 3 semanas sin causa aparente dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho que se exacerba progresivamente por lo que acude a casa de salud del ministerio de salud pública (MSP) el 05/04/2017 en donde realizan exámenes de laboratorio y administran tratamiento que no especifica sin encontrar mejoría, posteriormente a este cuadro se suma ictericia por lo que se realiza examen de imagen en donde se encuentra cálculos a nivel de vía biliar, vuelve acudir a MSP, tras valoración deciden hacer referencia a Clínica Latino donde se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y tratamiento integral.

Resultados físicos apariencia general regular, cabeza normocefálica, ojos isocoria, normoreactividad, escleras ictericas, oídos y conducto auditivo externo sin alteración, cuello simétrico, tórax simétrico campos pulmonares ventilados, corazón tono e intensidad normales, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes aumentados, extremidades simétricas, función motora y sensitiva sin alteración, paciente vigil orientado en tiempo, espacio y persona. Al realizarse la CPRE con extracción de barro biliar, colocación de Stent metálico y extracción de abundante material purulento se dio diagnóstico post quirúrgico carcinoma vesicular y colangitis. Paciente luego de 4 horas post CPRE permanece tranquilo, refiere dolor de leve intensidad en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza interconsulta con medicina interna.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 10.8 , Hematocrito: 33.0% , Eritrocitos: 4.52 mill/microlitro ,Leucocitos: 4300 microlitro , Creatinina: 0.9, Urea: 55.5

El día 06/04/2017 se realiza una tomografía simple y contrastada de abdomen, dando los siguientes resultados. Bases pulmonares con bandas atelectásicas bilaterales, hígado de tamaño y densidad habitual, con presencia a nivel de segmento 5 y 8 de una masa hipodensa de contornos poco definidos, que mide: 5 x 6 cms; la misma que a la administración de medio de contraste demuestra realce periférico en fase arterial. Demostrándose con hipoatenuación central persistente en fases tardías, sugiere lesión tipo mets. Véase figura # 2, 3 y 4.

Vesícula de aspecto tomográfico heterogéneo por la presencia de engrosamiento mural difuso más calcificación de sus paredes y ocupación endoluminal por masa de aspecto sólido. A la administración de medio de contraste se evidencia realce mal definido en parches. Hallazgo en relación a neoformación primaria a este nivel. Vías biliares intrahepáticas dilatadas con diámetro de hasta 8mm, en fase simple se evidencia vestigios de medio de contraste post CPRE.

Páncreas de contornos irregulares, engrosado en todos sus segmentos. Cabeza se demuestra mal definida, no se identifica adecuada interfase con vesícula adyacente, considerar invasión a estructuras adyacentes que incluye también a vía biliar externa. Suprarrenales y bazo sin alteraciones. Riñones sin lesiones focales ni difusas. Realce homogéneo en fase nefrográfica y adecuada eliminación en fase excretoria. Se identifican varias adenomegalias retroperitoneales de ubicación paraórtica bilateral de aproximadamente 2,4 cms, las mismas demuestran tendencia a la conglomeración. Cámara gástrica distendida de paredes delgadas. Patrón intestinal con adecuada distensión, no se evidencian procesos obstructivos. Vejiga parcialmente distendida, de paredes finas, sin procesos ocupativos. Estructuras pélvicas sin alteraciones. Se identifica líquido libre perihepático y periesplénico. Partes blandas y estructuras óseas sin alteraciones. Obsérvese figura # 8

Hallazgos sugestivos de carcinoma vesicular con diseminación hepática, invasión a estructuras adyacentes y linfadenopatía retroperitoneal. En la clínica el paciente en los días de hospitalización mantuvo su hematocrito en 33% por debajo de los límites normales además presentó picos febriles que fueron tratados con medicamento y ofrecieron alivio al mismo. Paciente es transferido a Solca para tratamiento al momento recibe radioterapia paliativa.

### **2.1.2 Ámbitos de estudio**

De acuerdo a la información obtenida en la investigación a través del diagnóstico, los ámbitos de estudios al intervenir al paciente son: en la consulta, el examen físico, la anamnesis, la historia clínica; en el departamento de Imagenología los estudios en tomografía computarizada de abdomen, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la unidad quirúrgica.

### **2.1.3. Actores implicados**

Los actores implicados fueron el equipo multidisciplinario que atendió al paciente al ingreso, doctores especialistas, médicos intensivistas, cirujanos que realizaron el seguimiento clínico y quirúrgico, equipo de Imagenología que aportaron mediante estudios para dar un diagnóstico definitivo.

### **2.1.4. Identificación del problema**

Paciente masculino de 51 años que acude a casa de salud refiriendo dolor abdominal hace tres semanas que se exacerba progresivamente y además tiene ictericia se realiza TAC y CPRE con un diagnóstico de carcinoma vesicular más colangitis.

## **2.2. METODOLOGIA**

El presente estudio de caso se realizó aplicando métodos observacionales y científicos por lo cual Fernández- Ballesteros, 1980 describe que el observar supone una conducta deliberada del observador, cuyos objetivos van en la línea de recoger datos en base a los cuales poder formular o verificar una hipótesis. Los instrumentos tales como la historia clínica y las imágenes diagnosticas aportan de manera valiosa y dan el camino a seguir y convertir a la Imagenología como los ojos de la medicina.

### **2.2.1 Lista de preguntas**

Para dar a conocer la importancia de los estudios imagenológicos para el diagnóstico oportuno se realizaron las siguientes preguntas.

1. ¿Qué estudios radiográficos son útiles para el diagnóstico precoz de carcinoma vesicular?
2. ¿Cuál es la efectividad de la ecografía abdominal en el diagnóstico del carcinoma vesicular?
3. ¿Cuál es el aporte de la Resonancia Magnética Nuclear y TAC para determinar un diagnóstico comparativo en el cáncer de vesícula biliar?
4. ¿Qué otros estudios imagenológicos detallan signos y síntomas del carcinoma vesicular?

### **2.2.2 Fuentes de información**

Gracias a la ayuda de los médicos tratantes se pudo autorizar el acceso a su historial clínico siendo esta una fuente sólida para la recolección de información.

La anamnesis al paciente y su esposa que amablemente ofrecieron información relevante para la investigación y así mismo la autorización para la observación de los diferentes procesos que pasó el paciente.

### **2.2.3. Técnicas de recolección de información.**

Las técnicas de investigación aplicadas para la recolección de información en el siguiente trabajo son la observación científica que permitió visualizar el proceso de la tomografía y registrar silenciosamente datos esenciales; La anamnesis mediante la cual se logró recabar datos médicos y personales para el estudio.

### **2.2.4. Instrumento**

Previo consentimiento firmado por el paciente véase figura # 9 el instrumento inicial de la valoración de carcinoma vesicular fue la Historia clínica del paciente figura # 7 y la realización de una TAC y una CPRE con lo cual se pudo detectar las estructuras anatómicas afectadas y proceder a brindar un tratamiento al paciente.

## **2.3. DIAGNÓSTICO**

El cáncer de vesícula biliar (CVB) corresponde a una patología altamente prevalente en nuestro país, alcanzando incluso la más alta de incidencia del mundo. Lamentablemente es una enfermedad que sólo presenta síntomas cuando ya se encuentra en estados avanzados. Dentro de los factores de riesgo, la colelitiasis, la obesidad, la edad, el género, infecciones bacterianas y algunos factores genéticos ocupan una posición relevante en su etiopatogenia. El diagnóstico se realiza principalmente por imágenes como la Ultrasonografía (US) y la Tomografía Computada (TC), sin embargo el uso de otros métodos como la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) son de gran utilidad y estudios complementarios como la CPRE y la CTP brindan mayores posibilidades de abordaje en los estudios de imagen intervencionista. Dentro del diagnóstico se utilizan también algunos marcadores tumorales que pueden servir de ayuda en el seguimiento y el pronóstico en algunos casos. La cirugía es el tratamiento de elección sobre todo en etapas iniciales, ya que muchas veces esta enfermedad se pesquisa como hallazgo de colecistectomías de rutina por colelitiasis.

### **Incidencia y mortalidad**

Se ha calculado que del número de casos nuevos y defunciones por cáncer de vesícula biliar (y otros cánceres biliares) en 2011

- Nuevos casos: 9.250.
- Defunciones: 3.300.

Representa el 2 al 4% de las tumoraciones malignas digestivos. Es dos a tres veces más común en mujeres y la incidencia máxima ocurre en la séptima década de vida.

### **Factores de riesgo.**

Los principales factores de riesgo de cáncer de vesícula biliar son cálculos biliares, el sexo femenino y edad avanzada. La colangitis esclerosante primaria, la exposición de nitrosaminas, los quistes de colédoco, *Clonorchis sinensis* y *Opisthorchis viverrini* representan importantes factores de riesgo para la colàngiocarcinoma, a pesar de un factor de riesgo no pueden ser identificados en muchos pacientes. Si bien ambos tipos

de cáncer afectan principalmente a los individuos en la sexta década o más, el colangiocarcinoma tiene un predominio del sexo masculino y el cáncer de vesícula biliar una marcada predilección por mujeres.

### **Signos clínicos.**

Los más comunes son dolor en cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos. Los síntomas menos comunes son ictericia, pérdida de peso, anorexia, ascitis y masa abdominal.

Los hallazgos de laboratorio no son diagnósticos, pero cuando son anormales suelen ser consistentes con obstrucción biliar. En el estudio de la enfermedad, los marcadores tumorales se asocian con transformación y proliferación de células neoplásicas.

### **Métodos diagnósticos.**

En cuanto al estudio por imágenes, éste incluye, fundamentalmente, los siguientes métodos:

#### 1. Rayos X:

No tienen mucha utilidad. Sólo un 15% de los cálculos biliares contiene suficiente calcio para darles radiopacidad. Sirven para hacer diagnóstico diferencial. Véase figura #1. Signo vesícula de porcelana

#### 2. Ultrasonografía (US):

Es la técnica más utilizada en el estudio preoperatorio por el rol diagnóstico en pacientes con dolor en hipocondrio derecho. Los signos primarios de CVB son una masa que ocupe la vesícula o su lecho, una lesión hipo o isoecogénica con respecto al hígado o irregularidad en el contorno principalmente secundario a la infiltración del tumor en el parénquima. Presenta una baja sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del CVB incluso avanzado (S:85% al no poder diferenciarla de una colecistitis crónica y presentar limitaciones en la identificación de linfonodos patológicos o de diseminación peritoneal.

#### 3. Tomografía computada (TC):

Presenta una mayor sensibilidad y especificidad, aunque ambas técnicas son limitadas en el diagnóstico de lesiones de pequeño tamaño. Se determinan como lesiones sospechosas de CVB, las que muestran pólipos de más de 10mm, vesícula en

porcelana, engrosamiento difuso de la pared vesicular o lesiones con efecto de masa o de sustitución. Véase figura # 11.

#### 4. Resonancia nuclear magnética (RNM) en CVB

Resonancia Nuclear Magnética (RNM): Ha sido utilizada en el diagnóstico de múltiples enfermedades de la vesícula biliar y de las vías biliares. Sin embargo, la introducción de técnicas dinámicas de administración de contrasta paramagnético ha mejorado considerablemente las secuencias de colangiopancreatografía por RNM (CRNM). El CVB aparece en la RNM como una masa hipo o isointensa o como un engrosamiento en T1 en relación con el hígado y usualmente hipertensa y pobremente definida en secuencias T2.

En pacientes con ictericia, el estudio debe ser completado con una Colangiografía para evaluar la extensión tumoral hepática y de la vía biliar. Esta de preferencia debe ser realizada por métodos no invasivos como la CRNM (colangiopancreatografía por RNM) antes de la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) o la Colangiografía Percutánea Transhepática (CPT). El alivio de la ictericia y el consiguiente prurito, constituyen un objetivo clave del tratamiento paliativo, lo que se logra, en la mayoría de los casos posicionado una prótesis biliar a través de una CPRE. Obsérvese figura # 5 y 6.

### **Histología**

Algunos tipos histológicos de cáncer de la vesícula biliar tienen mejor pronóstico que otros; los carcinomas papilares tienen el mejor pronóstico. Entre los tipos histológicos de cáncer de la vesícula biliar están los siguientes:

- Carcinoma in situ, Adenocarcinoma, no especificado de otra forma (NOS), Carcinoma papilar, Adenocarcinoma, tipo intestinal, Carcinoma mucinoso, Adenocarcinoma de células claras, Carcinoma de células en anillo de sello, Carcinoma adenoescamoso, Carcinoma de células escamosas, Carcinoma de células pequeñas (células en avena), Carcinoma no diferenciado, Carcinoma, NOS, Carcinosarcoma. Grado 4 por definición. Blanco, C. U., & Pérez, A. Z. (2012).

### **DEFINICIONES**

#### **Tumor primario (T)**

- TX. No puede evaluarse el tumor primario

- T0. No hay pruebas de tumor primario
- Tis. Carcinoma in situ
- T1. El tumor invade la lámina propia o capa muscular.
  - T1a. El tumor invade la lámina propia
  - T1b. El tumor invade la capa muscular
  - T2. El tumor invade el tejido conjuntivo perimuscular; no hay extensión más allá de la serosa ni adentro del hígado
  - T3. El tumor perfora la serosa (peritoneo visceral) o invade directamente el hígado u otro órgano adyacente, o alguna estructura como el estómago, duodeno, colon o páncreas, omento o conductos biliares extrahepáticos
  - T4. El tumor invade el portal venoso principal o la arteria hepática o invade múltiples órganos extrahepáticos o estructuras

#### **Ganglios linfáticos regionales (N)**

- NX. No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales
- N0. No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales
- N1. Metástasis de ganglio linfático regional

#### **•Metástasis a distancia (M)**

- MX. No puede evaluarse la metástasis a distancia
- M0. No hay metástasis a distancia
- M1. Metástasis a distancia

### **TRATAMIENTO**

Localizado (Estadio I): Este tipo de pacientes tienen cáncer limitado a la pared vesicular que puede researse completamente. Representan una minoría de los casos de cáncer de la vesícula biliar. La tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer confinado a la mucosa es de casi 100%. Los pacientes con invasión al músculo o más allá, tienen una supervivencia inferior al 15%.

El sistema linfático regional y los ganglios linfáticos deben extirparse junto con la vesícula biliar en estos últimos pacientes. Blanco, C. U., & Pérez, A. Z. (2012).

Iresecable (Estadio II–IV): El cáncer de algunos pacientes no puede resecarse completamente, a excepción del tipo de pacientes con enfermedad en estadio focal IIA. Estos representan la mayoría de los casos de cáncer de la vesícula biliar. A menudo el cáncer invade directamente los ganglios linfáticos hepáticos o biliares adyacentes o se disemina por toda la cavidad peritoneal. La propagación a partes distantes del cuerpo no es poco común. En este estadio, la terapia estándar se orienta hacia la paliación. Como es tan poco común, no hay ensayos clínicos específicos para este tipo de cáncer, pero estos pacientes pueden participar en ensayos orientados a mejorar el control local combinando la radioterapia con fármacos radiosensibilizadores.

La quimioterapia sistémica resulta apropiada en determinados pacientes que cuentan con estado de rendimiento adecuado y sus funciones orgánicas están intactas. Se ha informado que las fluoropirimidinas, gemcitabina, sustancias con base en el platino y docetaxel producen remisiones transitorias, parciales en una minoría de pacientes.

## CONCLUSIÓN

Ocupando el quinto lugar dentro de las neoplasias malignas del aparato digestivo, el Carcinoma Vesicular sigue representando un gran desafío para el cirujano, tanto en el diagnóstico como para su tratamiento en estadios avanzados, ya que es una patología que se la descubre incidentalmente en pacientes que son sometidos a una colecistectomía.

En cuanto a las tasas de incidencias más altas se las registran en Chile siendo esta la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres a partir de los 50 años, teniendo como su principal factor de riesgo los cálculos biliares.

Pese al gran desarrollo y aportación que nos brindan los estudios imagenológicos la detección temprano de esta neoplasia continua siendo difícil de diagnosticar. A pesar que la ecografía abdominal es el primer método de estudio, este es muy sensible para detectar esta neoplasia. La TAC y la RNM son los métodos de imágenes más idóneos y rentables cuando hay una sospecha de Carcinoma Vesicular ya que nos permite valorar la profundidad de la infiltración del parénquima hepático y las lesiones metastásicas intrahepáticas, estos estudios son también de gran utilidad en el diagnóstico preoperatorio permitiéndonos visualizar su estadificación y a que órganos se ha diseminado.

En los pacientes que presenten ictericia se les debe complementar estudios no invasivos como Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (CRNM) antes de someterse a una colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) o a una Colangiografiapercutánea transhepática (CPT) que son estudios invasivos.

## **RECOMENDACIONES**

- Dar un mejor plan educacional a los pacientes con carcinoma vesicular para que asistan a los controles posoperatorios.
- Ofrecer a los pacientes con problemas de litiasis vesicular someterse a estudios complementarios como la TAC-CPRE-CPRM.
- Instruir al paciente en cuanto a los estudios complementarios invasivos y no invasivos
- Proponer charlas educativas a los pacientes sobre los síntomas, signos clínicos de esta patología.
- Dar a conocer al usuario la importancia de realizarse estudios de imágenes a tiempo.

### 3. BIBLIOGRAFÍA

- Cortés, A., Botero, M. P., Carrascal, E., & Bustamante, F. (2004). *Carcinoma insospechado de la vesícula biliar*. *Colombia Médica*, 35(1), 18-21.
- Roa E, Iván, de Aretxabala U, Xabier, Araya O, Juan C, Villaseca H, Miguel, Roa S, Juan, & Guzmán G, Pablo. (2001). *Carcinoma incipiente de la vesícula biliar: Estudio clínico-patológico y pronóstico de 196 casos*. *Revista médica de Chile*, 129(10), 1113-1120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001001000002>
- Gers PH. *Primary carcinoma of the gallbladder: a thirty years summary*. *Ann Surg*. 1961; 153:369-72.
- Chijiwa K, et al. *Impact of recent advances in hepatobiliary imaging techniques on the preoperative diagnosis of carcinoma of the gallbladder*. *World J Surg*. 1991; 15: 322.7
- Potente F. et al. *Il carcinoma della colecisti. La nostra esperienza*. *Minerva Chir*. 1994; 49:787-90. 23.
- Ramírez, et al. *Actualizaciones del diagnóstico y tratamiento del Cáncer de vesícula biliar* *Cir Esp*. 2002; 71(2):102-11.
- Medina, Y. M. C., & Reyes, I. B. (2008). *Cáncer de vesícula biliar*. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 65(583), 147-152.
- Ohtani T, et al. *Carcinoma of the gallbladder: CT evaluation of lymphatic spread*. *Radiology*. 1993; 189:875-80
- Cabezas, J. E. V., & Gavilánez, J. L. C. (2006). *Incidencia del cáncer de vesícula biliar en hospital "Luis Vernaza" y factores de riesgos más frecuentes 1998-2002*. *Revista Medicina*, 11(1), 37-40.

- Roa, I., de Aretxabala, X., Araya, J. C., Villaseca, M., Roa, J., & Guzmán, P. (2001). *Clinical and pathological features of early gallbladder carcinoma. REVISTA MEDICA DE CHILE, 129(10), 1113-1120.*
- Blanco, C. U., & Pérez, A. Z. (2012). *Cáncer de vesícula biliar. Rev Méd de Costa Rica y Centroamérica, 69(603), 391-396.*
- Chao TC, Greager JA: *Primary carcinoma of the gallbladder. J Surg Oncol 46 (4): 215-21, 1991.*
- American Cancer Society.: Cancer Facts and Figures 2011. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2011. Also available online. Last accessed December 1, 2011.*
- F. Charles Brunicaudi, Principios de cirugía, Schwartz, Octava Edición*
- Gallbladder. In: American Joint Committee on Cancer.: AJCC Cancer Staging Manual. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002, pp 139-44.*
- Shirai Y, Yoshida K, Tsukada K, et al.: Inapparent carcinoma of the gallbladder. An appraisal of a radical second operation after simple cholecystectomy. Ann Surg 215 (4): 326-31, 1992.*
- Villaverde, R. M., Martínez, B. M. A., Expósito, F. N., & Soto, M. Á. M. (2013). *Cáncer de hígado y vía biliar. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(25), 1532-1537.*
- de Dios Vega, J. F., López, A. R., & Alguacil, M. V. (2010). Ecografía de la vesícula y vías biliares: Tratado de Ultrasonografía abdominal. Ediciones Díaz de Santos.*
- Norero, Enrique, Norero, Blanca, Huete, Alvaro, Pimentel, Fernando, Cruz, Francisco, Ibáñez, Luis, Martínez, Jorge, & Jarufe, Nicolás. (2008). Rendimiento de la colangiografía por resonancia magnética en el diagnóstico de coledocolitiasis. Revista médica de Chile, 136(5), 600-605. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000500008>*

*De Aretxabala X., Roa I., Burgos L., Losada H., Roa J.C., Mora J., et al. Gallbladder Cancer: An Analysis of a Series of 139 Patients with Invasion Restricted to the Subserosal Layer J Gastrointest Surg, 10 (2006), pp. 186-192 Box J.C., Edge S.B.*

*Laparoscopic Cholecystectomy and Unsuspected Gallbladder Carcinoma Semin Surg Oncol, 16 (1999), pp. 327-331 Rodríguez-Fernández A., Gómez-Río M., Medina-Benítez A., Moral J.V., Ramos-Font C., Ramia-Angel J.M., et al. Application of modern imaging methods in diagnosis of gallbladder cancer J Surg Oncol, 93 (2006), pp. 650-664*

*Benson A.B., Abrams T.A., Ben-Josef E., Bloomston P.M., Botha J.F., Clary B.M., et al. NCCN Clinical practice guidelines in oncology: hepatobiliary cancers J Natl Compr Canc Netw, 7 (2009), pp. 350-391*

*Artico M., Bronzetti E., Alicino V., Ionta B., Bosco S., Grande C., et al. Human Gallbladder Carcinoma: Role of Neurotrophins, MIB-1, CD34 and CA15-3 Eur J Histochem, 54 (2010), pp. 1-10*

#### 4. ANEXOS

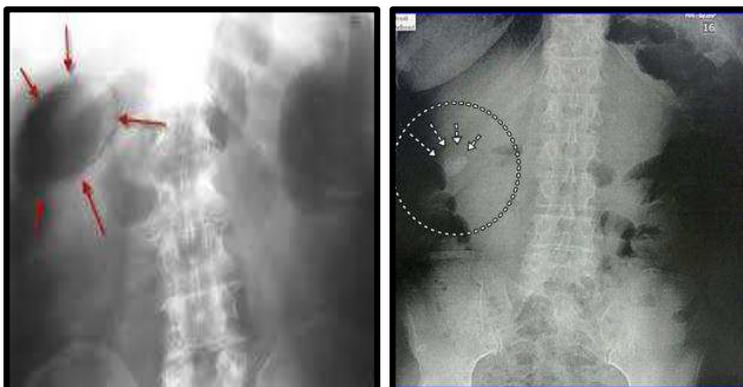


Figura 1. Vesícula biliar llena de cálculos (colecistitis biliar) y barro biliar signos radiológico en radiografía de abdomen simple en bipedestación.

Figura 2. Corte axial de tomografía de abdomen contrastado donde se observa vesicular biliar de aspecto tomográfico heterogéneo por la presencia de engrosamiento mural difuso más calcificación de sus paredes y ocupación endoluminal por masa de aspecto sólido.



Figura 3. Corte axial de TAC de Abdomen contrastada se observa varias adenomegalias retroperitoneales de ubicación paraórtica bilateral de aproximadamente 2,4 cms, las mismas demuestran tendencia a la conglomeración.

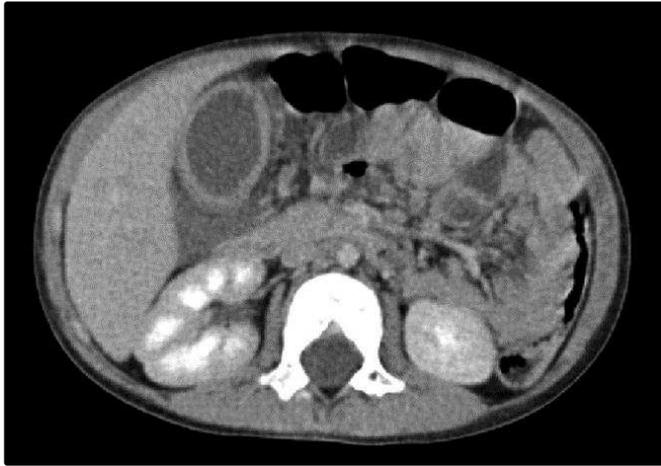


Figura 4. Corte axial de Tac de abdomen contrastado se observa vesicular biliar de aspecto tomográfico heterogéneo por la presencia de engrosamiento mural difuso.

Figura 5. Realización de CPRE. Colocación de bridas.

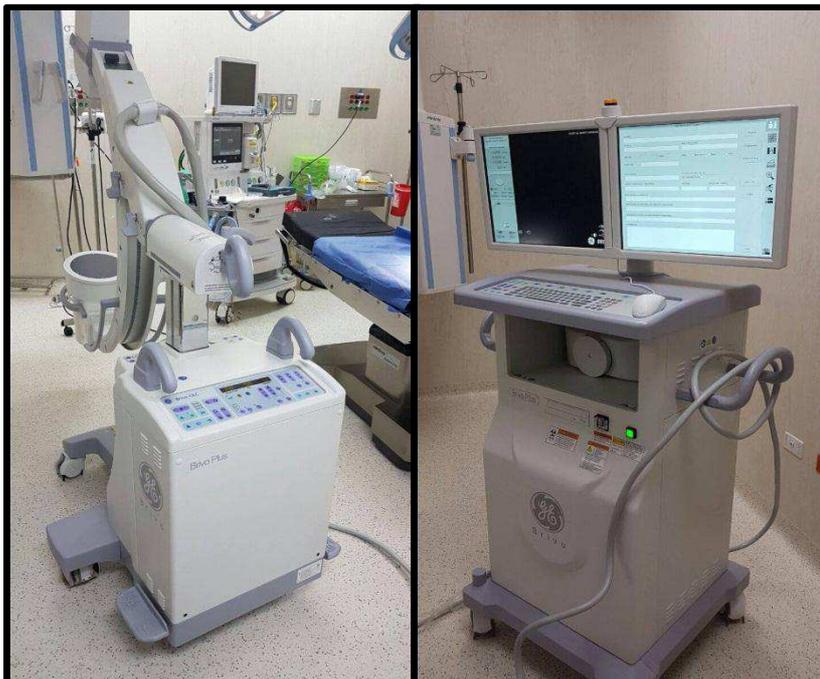
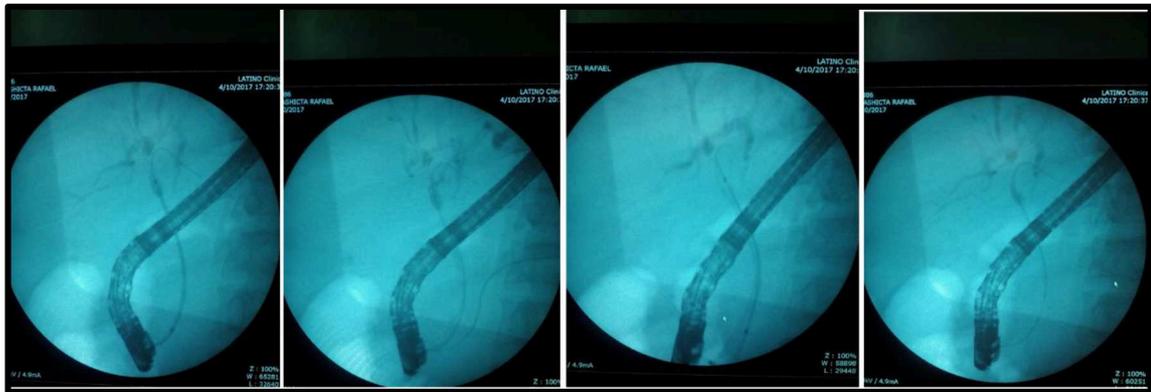


Figura 6. Arco en C. Equipo para realización de CPRE

Figura 7. Historia clínica.

No. HISTORIA CLINICA 29838 Inscripción: 05-ABR-2017 CDL: 1400280812			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
GUASHICTA	YAMAINCHE	RAFAEL	ANTONIO
Fecha Nacimiento	13-MAR-1966	Sexo	M Estado Civil Casado
Número Afiliación Ies	Ocupación Instrucción		
Provincia	Cantón	Parroquia	
MORONA SANTIAGO	SUCUA	SUCUA, CABECERA CANTONAL.	
Dirección Domicilio CERCA DE LA DISCOTECA RUBIOS			
Teléfono			
En caso necesario avisar a:			
Nombre	GUAMBAÑA MARIA	Relación	ESPOSA
Provincia	Cantón	Parroquia	
MORONA SANTIAGO	SUCUA	SUCUA, CABECERA CANTONAL.	
Dirección Domicilio CERCA DE LA DISCOTECA RUBIO			
Teléfono			

CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LATINOAMERICANA C  
Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 05/04/2017 10:35 AM Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Fecha: 05/04/2017 21:29  
Habitación: 105A Médico: CLERQUE ROSILLO KARIN  
Médico: ALEXANDRA Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

Atm: Habitación Doble

5 Descripción: Control paciente  
EVOLUCION NOCTURNA  
PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SUS HORAS 4 HORAS POSTCEPRE CON DIAGNOSTICO DE COLEDODOLITIASIS

10 S. AL MOMENTO TRANQUILO, REFIERE DOLOR DE LEVE INTENSIDAD EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO  
SE REALIZO IC CON MED. INTERNA.

15 Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA. 140/50 FC. 98 FR. 22 T. 36°C SATO2:96%  
PIEL: ICTERICIA  
CABEZA: NORMOCEFALICA  
BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS  
20 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS.  
OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES  
CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. MURMULLO VESICULAR. RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
30 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS.  
EXTREMIDADES: SIMETRICAS  
ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E.Y.P.  
R. / TP: 12 SEG TPT 34 SEG INR: 1

P. MAÑANA TAC SIMPLE Y CONTRASTADA

Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 05/04/2017 09:12 Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Atm: Habitación Doble

Fecha: 05/04/2017 09:12  
Habitación: 105A Médico: CLERQUE ROSILLO KARIN  
Médico: ALEXANDRA Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

5 Descripción: Control paciente  
NOTA DE INGRESO:  
EDAD: 51 AÑOS  
SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE  
10 INSTRUCCION: PRIMARIA COMPLETA  
RELIGION: CATOLICA  
OCCUPACION: ANCLITURA  
PROCEDENCIA: SUCUA  
RESIDENCIA: SUCUA  
MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL, ICTERICIA

15 ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE REFIERE QUE HACE 3 SEMANAS, SIN CAUSA APARENTE, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE EXACERBA PROGRESIVAMENTE POR LO QUE ACUDE A MSP EN DONDE REALIZAN EXAMENES DE LABORATORIO Y ADMINISTRAN TTO QUE NO ESPECIFICA SIN ENCONTRAR MEJORIA.

20 POSTERIORMENTE A ESTE CUADRO SE SUMA ICTERICIA POR LO QUE SE REALIZA EXAMEN DE IMAGEN EN DONDE SE ENCUENTRA CALCULOS A NIVEL DE VIA BILIAR. REACUDE A MSP, TRAS VALORACION, SE DECIDE REFERENCIA A ESTA CASA DE SALUD PARA REALIZA CPRE Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

25 REAS: DEMAS SISTEMAS EN APARENTE BUEN ESTADO.  
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 30 AÑOS CON SECUELA DE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL IZQUIERDA.  
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE.  
ALERGIAS: NO REFIERE.  
FUENTE: DIRECTA

30 Resultado Ex. Fisic: APARIENCIA GENERAL: REGULAR  
FASCIES: ALGICA  
PIEL: ELASTICIDAD Y TURGENCIA CONSERVADAS, TINTE ICTERICO.  
CABEZA: NORMOCEFALICA, CABELLO DE IMPLANTACION NORMAL  
OIDOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVIDAD, ESCLERAS ICTERICAS  
OIDOS Y CAE: SIN ALTERACION  
NARIZ Y FOSAS NASALES: SIN ALTERACION  
CUELLO: SIMETRICO  
TORAX: SIMETRICO, CP VENTILADOS. CORAZON: R1 Y R2 DE TONO E INTENSIDAD NORMALES  
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA, RHA PRESENTES AUMENTADOS.  
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, FUNCION MOTORA Y SENSITIVA SIN ALTERACION  
ENE: PACIENTE VIGIL, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.

IMP DX. COLEDODOLITIASIS

Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 05/04/2017 09:13 Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Atm: Habitación Doble

Fecha: 05/04/2017 09:13  
Habitación: 105A Médico: CLERQUE ROSILLO KARIN  
Médico: ALEXANDRA Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

5 Descripción: Control paciente  
HISTORIA CLINICA  
ANAMNESIS  
EDAD: 51 AÑOS  
SEXO: MASCULINO  
10 ESTADO CIVIL: UNION LIBRE  
INSTRUCCION: PRIMARIA COMPLETA  
RELIGION: CATOLICA  
OCCUPACION: ANCLITURA  
PROCEDENCIA: SUCUA  
RESIDENCIA: SUCUA  
MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL, ICTERICIA

15 ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE REFIERE QUE HACE 3 SEMANAS, SIN CAUSA APARENTE, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE EXACERBA PROGRESIVAMENTE POR LO QUE ACUDE A MSP EN DONDE REALIZAN EXAMENES DE LABORATORIO Y ADMINISTRAN TTO QUE NO ESPECIFICA SIN ENCONTRAR MEJORIA.

20 POSTERIORMENTE A ESTE CUADRO SE SUMA ICTERICIA POR LO QUE SE REALIZA EXAMEN DE IMAGEN EN DONDE SE ENCUENTRA CALCULOS A NIVEL DE VIA BILIAR. REACUDE A MSP, TRAS VALORACION, SE DECIDE REFERENCIA A ESTA CASA DE SALUD PARA REALIZA CPRE Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

25 REAS: DEMAS SISTEMAS EN APARENTE BUEN ESTADO.  
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 30 AÑOS CON SECUELA DE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL IZQUIERDA.  
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE.  
ALERGIAS: NO REFIERE.  
FUENTE: DIRECTA

30 Resultado Ex. Fisic: APARIENCIA GENERAL: REGULAR  
FASCIES: ALGICA  
PIEL: ELASTICIDAD Y TURGENCIA CONSERVADAS, TINTE ICTERICO.  
CABEZA: NORMOCEFALICA, CABELLO DE IMPLANTACION NORMAL  
OIDOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVIDAD, ESCLERAS ICTERICAS  
OIDOS Y CAE: SIN ALTERACION  
NARIZ Y FOSAS NASALES: SIN ALTERACION  
CUELLO: SIMETRICO  
TORAX: SIMETRICO, CP VENTILADOS. CORAZON: R1 Y R2 DE TONO E INTENSIDAD NORMALES  
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA, RHA PRESENTES AUMENTADOS.  
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, FUNCION MOTORA Y SENSITIVA SIN ALTERACION  
ENE: PACIENTE VIGIL, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.

IMP DX. COLEDODOLITIASIS

Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 06/04/2017 10:35 AM Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Fecha: 06/04/2017 05:43 Área Habitación Doble  
 Habitación: 105A Médico: CLERQUE ROSILLO KARIN Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN  
 Motivo: Control paciente ANDRES  
 Descripción: EVOLUCION DIURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SUS HORAS 12 HORAS POSTCEPRE CON DIAGNOSTICO DE COLEDODOLITIASIS.

S. AL MOMENTO TRANQUILO, REFIERE QUE SE MANTIENE CON DOLOR DE LEVE INTENSIDAD EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO. AYER SE REALIZO IC CON MED. INTERNA.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 140/80 FC: 95 FR: 21 T: 36.2°C SATO2:97%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. MURMULLO VESICULAR. RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS.  
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E. Y P.  
 R// TP: 12 SEG TPT: 34 SEG INR: 1  
 CIE: I.1150 E: 800 BH: +350 CIE: 0.85 (12H, 78KG)

P. HOY TAC SIMPLE Y CONTRASTADA

Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 06/04/2017 10:36 AM Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Fecha: 06/04/2017 23:49 Área Habitación Doble  
 Habitación: 105A Médico: PAUTA CASTO PAOLA ELIZABETH Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN  
 Motivo: Control paciente ANDRES  
 Descripción: EVOLUCION NOCTURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU PRIMER DIA POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR.

S// PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO TIPO COLICO QUE SE IRRADIA EN HEMICINTURON DE INTENSIDAD 9/10 EN ESCALA DE EVA. ADEMÁS PACIENTE REFIERE NO REALIZAR LA DEPOSICION EN 7 DIAS POR LO QUE SE ADMINISTRA ENEMA LUEGO DE LO CUAL REALIZA LA DEPOSICION POR DOS OCASIONES EN ABUNDANTE CANTIDAD. SE REALIZA TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN. HALLAZGOS SUGESTIVOS DE CARCINOMA VESICULAR CON DISEMINACION HEPATICA. INVASION A ESTRUCTURAS ADYACENTES Y LINFADENOPATIA RETROPERITONEAL.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 120/80 FC: 90 FR: 21 T: 35.6°C SATO2:91%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS, CONJUNTIVAS PALIDAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. MURMULLO VESICULAR. RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL. MURPHY + EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E. Y P.

R// TC ABDOMEN SIMPLE Y CONTRASTADO: HALLAZGOS SUGESTIVOS DE CARCINOMA VESICULAR CON DISEMINACION HEPATICA. INVASION A ESTRUCTURAS ADYACENTES Y LINFADENOPATIA RETROPERITONEAL.

CIE: I.950 E: 828 BH: +25 CIE: 0.99 (12H, 78KG)

P.  
 NPO

Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 07/04/2017 10:36 AM Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Fecha: 07/04/2017 07:11 Área Habitación Doble  
 Habitación: 105A Médico: PAUTA CASTO PAOLA ELIZABETH Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN  
 Motivo: Control paciente ANDRES  
 Descripción: EVOLUCION DIURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 2 DIA DE HOSPITALIZACION, PRIMER DIA POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR.

S// PACIENTE REFIERE QUE NO PUDO CONCILIAR EL SUEÑO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO TIPO COLICO QUE SE IRRADIA EN HEMICINTURON DE INTENSIDAD 9/10 EN ESCALA DE EVA, ADEMÁS DE DISTENSION ABDOMINAL POR RETENCION DE GASES Y DISURIAS.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 120/60 FC: 90 FR: 22 T: 35.6°C SATO2:91%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS, CONJUNTIVAS PALIDAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. MURMULLO VESICULAR. RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL, MURPHY + EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E. Y P.

CIE: I.2050 E: 1225 BH: +825 CIE: 0.65 (24H, 78KG)

P.  
 NPO  
 CIE  
 VALORAR FUNCIONAL INTESTINAL.

Reporte de Notas de Evolución

Fecha: 08/04/2017 19:25 Pgs. 1/1

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL HC No.: 29838

Fecha: 08/04/2017 19:25 Área Habitación Doble  
 Habitación: 105A Médico: CLERQUE ROSILLO KARIN Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN  
 Motivo: Control paciente ANDRES  
 Descripción: EVOLUCION NOCTURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 3 DIA DE HOSPITALIZACION, DIA 2 POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR.

S// PACIENTE DURANTE EL DIA PRESENTA EPITAXIOS EN MODERADA CANTIDAD, POR LO QUE SE COLOCA MECHA NASAL. SE ADMINISTRA 4 PFC. Y PRESENTA ALZA TERMICA DE 38.5° C. POR LO QUE SE PRESCRIBE PARACETAMOL IV ADEMÁS DE MEDIOS FISICOS. AL MOMENTO TRANQUILO, ASINTOMATICO.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 120/80 FC: 110 FR: 22 T: 36.5°C SATO2:90%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA ESCLERAS ICTERICAS  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PRESENCIA DE MECHAS NASAL MANCHADA CON LIQUIDO HEMATICO EN POCA CANTIDAD.  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. MURMULLO VESICULAR. RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL  
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E. Y P.

CIE: I.3252 E: 800 BH: 2452 CIE: 0.85 (12H, 78KG)

P.  
 NPO, CIE  
 VALORAR FUNCIONAL INTESTINAL.

Reporte de Notas de Evolución Pgs. 1 / 1  
 Lunes Julio 10 2017 10:37 AM HC No.: 29838

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL

Fecha: 08/04/2017 07:11  
 Habitación: 105A Médico: LONDA SIMBAÑA DARWIN ANDRES  
 Área: Habitación Doble Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

Motivo: Control paciente

Descripción: EVOLUCION DIURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 3 DIA DE HOSPITALIZACIÓN, DIA 2 POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR.

S/ PACIENTE REFIERE QUE NO PURDO CONCILIAR EL SUEÑO POR DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO 8/10 EN ESCALA DE EVA, ADEMAS DE DISTENSION ABDOMINAL POR RETENCION DE GASES Y DISURIAS.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 120/70 FC: 87 FR. 20 T. 36.7 C SATO2: 93%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR, RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL  
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E Y P.

CIE: I-2700 E: 1000 BH: +1100 CIE: 0.53 (24H, 78KG)

P.  
 NPO, CIE  
 VALORAR FUNCIONAL INTESTINAL

Reporte de Notas de Evolución Pgs. 1 / 1  
 Lunes Julio 10 2017 10:38 AM HC No.: 29838

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL

Fecha: 09/04/2017 06:21  
 Habitación: 105A Médico: CLERQUE ROSILLO KARIN ALEXANDRA  
 Área: Habitación Doble Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

Motivo: Control paciente

Descripción: EVOLUCION DIURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 4 DIA DE HOSPITALIZACIÓN, DIA 3 POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR.

S/ PACIENTE AL MOMENTO TRANQUILO, ASINTOMATICO.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 130/60 FC: 108 FR. 22 T. 35.9 C SATO2: 85%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA, ESCLERAS ICTERICAS  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PRESENCIA DE MECHAS NASAL MANCHADA CON LIQUIDO HEMATICO EN POCA CANTIDAD  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR, RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL  
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E Y P.

CIE: I-4252 E: 2000 BH: 2252 CIE: 1.06 (24H, 78KG)

P.  
 NPO, CIE  
 VALORAR FUNCIONAL INTESTINAL  
 TRAMITAR REFERENCIA A SOLCA

Reporte de Notas de Evolución Pgs. 1 / 1  
 Lunes Julio 10 2017 10:38 AM HC No.: 29838

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL

Fecha: 09/04/2017 22:22  
 Habitación: 105A Médico: PAUTA CASTO PAOLA ELIZABETH ANDRES  
 Área: Habitación Doble Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

Motivo: Control paciente

Descripción: EVOLUCION NOCTURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 4 DIA DE HOSPITALIZACIÓN, DIA 3 POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR.

S/ PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE GRAN INTENSIDAD, 2 PICOS FERRILES, ARCADAS QUE MEJORAN CON LA ADMINISTRACION DE PARACETAMOL Y ONDASETRON 4MG, ADEMAS DE 4 DEPOSICIONES MELENICAS, AL MOMENTO PRESENTA ESCALOFRIOS Y TOS SECA DE MODERADA INTENSIDAD.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 140/100 FC: 128 FR. 22 T. 39.1 C SATO2: 77%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA, ESCLERAS ICTERICAS  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV CONSERVADO, FREMITO DISMINUIDO Y CREPITANTE FINOS EN BASE IZQUIERDA, RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL, ONDA ASCITICA +  
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E Y P.

CIE: I-4252 E: 2000 BH: +2252 CIE: 2.13 (12H, 78KG)

P.  
 DIETA LIQUIDA AMPLIA  
 CSV CIE  
 TRAMITAR REFERENCIA A SOLCA  
 SE AGREGA PARACETAMOL 1 GR IV, VITAMINA K AMP IV

Reporte de Notas de Evolución Pgs. 1 / 1  
 Lunes Julio 10 2017 10:39 AM HC No.: 29838

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL

Fecha: 10/04/2017 23:04  
 Habitación: 105A Médico: LONDA SIMBAÑA DARWIN ANDRES  
 Área: Habitación Doble Tratante: ASTUDILLO CORDOVA JUAN ANDRES

Motivo: Control paciente

Descripción: EVOLUCION NOCTURNA  
 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 5 DIA DE HOSPITALIZACIÓN EN SUS PRIMERAS 4 HORAS POS CEPR CON EXTRACCION DE BARRIO BILIAR + COLOCACION DE STENT METALICO + EXTRACCION DE ABUNDANTE MATERIAL PURULENTO  
 DIAGNOSTICO POST QUIRURGICO: CARCINOMA VESICULAR + COLANGITIS

S/ PACIENTE REFIERE DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN EPIGASTRIO QUE CEDE CON LA MEDICACION, ADEMAS REFIERE SENSACION DE ALZA TERMICA.

Resultado Ex. Fisic: O. SV. TA: 118/70 FC: 84 FR. 18 C T: 38.3 SATO2: 91%

PIEL: ICTERICIA  
 CABEZA: NORMOCEFALICA  
 BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO  
 OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS  
 OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE  
 NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLE, PRESENCIA DE PUNTAS NASALES PARA SAT +90%  
 CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV CONSERVADO, FREMITO DISMINUIDO Y CREPITANTE FINOS EN BASE IZQUIERDA, RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO  
 ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL, ONDA ASCITICA +  
 EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA  
 ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E Y P.

CIE: I-1120 E: 750 BH: +370 DH: 0.80 (12H, 78KG)

R/O: TPT: 48" HB: 10.8 HTO: 33.0

P.  
 DIETA BLANDA, CSV CIE  
 O2 PARA SATURAR MAS DE 90%  
 TRAMITAR REFERENCIA A SOLCA

Informe de Tomografía Simple y Contrastada de Abdomen

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL IC No.: 29838

Fecha: 11/04/2017 05:53 Habilitación: 105A Médico: LONDA SIMBAÑA DARWIN ANDRES Tratante: ASTUBIELLO CORDOVA JUAN ANDRES

5 **Historia Clínica** Control paciente EVOLUCION DIURNA

10 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 6 DIA DE HOSPITALIZACIÓN EN SUS PRIMERAS 12 HORAS PUS CUPIR, CON EXTRACCIÓN DE BARBO BILLIAR + COLOCACION DE STENT METALICO - EXTRACCIÓN DE ABUNDANTE MATERIAL PURULENTO. DIAGNOSTICO POST QUIRURGICO CARCINOMA VESICULAR + COLANGITIS

15 SI PACIENTE REFIERE DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN EPIGASTRIO, ADEMAS REFIERE SENSACION DE ALZA TERMICA, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO

20 **Resultado Ex. Físic.** O. S.V. TA. 100/70 FC: 84 FR: 21 C. TP: 37 SATO2: 95% PIEL: ICTERICIA

25 CABEZA: NORMOCEFALICA BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLE, PRESENCIA DE PUNTAS NASALES PARA SAT +90% CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV CONSERVADO, FREMITO DISMINUIDO Y CREPITANTE FINOS EN BASE IZQUIERDA, RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL, ONDA ASCITICA + EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EDEMA ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E.Y.P.

CIE: I.2120 E:1350 BH: +770 DH: 0.82 (21H, 78KG)

R/: TPT: 48' HB: 10.8 HTO: 33.0

P. DIETA BLANDA, CSV CIE Q2 PARA SATURAR MAS DE 90% TRAMITAR REFERENCIA A SOLCA

Informe de Tomografía Simple y Contrastada de Abdomen

NOTAS DE EVOLUCION DE GUASHICTA YAMAINCHE RAFAEL IC No.: 29838

Fecha: 10/04/2017 05:35 Habilitación: 105A Médico: PAUTA CASTO PAOLA ELIZABETH Tratante: ASTUBIELLO CORDOVA JUAN ANDRES

5 **Historia Clínica** Control paciente EVOLUCION DIURNA

10 PACIENTE DE 51 AÑOS, SEXO MASCULINO, EN SU 5 DIA DE HOSPITALIZACIÓN, DIA 4 POSTCEPRE + CARCINOMA VESICULAR

15 SI PACIENTE REFIERE ESCALOFRIOS, 1 PICO FEBRIL POR LO QUE SE ADMINISTRA IBUPROFENO 600 MG VO MEJORANDO NOTABILMENTE EL CUADRO. AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA

20 **Resultado Ex. Físic.** O. S.V. TA. 110/70 FC: 102 FR: 22 C. SATO2: 95% PIEL: ICTERICIA CABEZA: NORMOCEFALICA ESCLERAS ICTERICAS BOCA: MUCOSAS ORALES SECAS, PALADAR DURO CON TINTE ICTERICO OJOS: ISOCORIA, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ICTERICAS OIDOS: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLE, PRESENCIA DE PUNTAS NASALES PARA SAT +90% CUELLO: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS TORAX: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MV CONSERVADO, FREMITO DISMINUIDO Y CREPITANTE FINOS EN BASE IZQUIERDA, RUIDOS CARDIACOS NORMALES EN TONO E INTENSIDAD, SINCRONICOS CON EL PULSO ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO, RHA CONSERVADOS, TIMPANISMO DIFUSO EN CAVIDAD ABDOMINAL, ONDA ASCITICA + EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ADENOPATIAS PALPABLES NI VISIBLES ENE: VIGIL, ORIENTADO EN T.E.Y.P.

CIE: I.3280 E:940 BH: +2340 DH: 0.50 (24H, 78KG)

P. DIETA LIQUIDA AMPLIA CSV CIE SE AGREGA PARACETAMOL 1 GR IV, VITAMINA K AMP IV SE TRAMITA CONTRAREFERENCIA A SOLCA

Figura 8. Informe radiológico de Tomografía simple y contrastada de Abdomen.

Fecha: 10-JUL-2017 10:41:50 Página 1 de 2

EXAMEN: 45383 HISTORIA CLINICA: 29838 Cédula: 1400280812

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
GUASHICTA	YAMAINCHE	RAFAEL	ANTONIO

Fecha Nacimiento: 13-MAR-66 Edad: 51 años Sexo: Masculino Fecha Resultados: 06-ABR-17

Médico Solicitante: CLERQUE ROSILLO KARIN ALEXANDRA

Fecha de Solicitud: 06-ABR-17 Dpto. Solicitante: ENFERMERIA 1

Promoción: MSP

**INFORME MEDICO**

**ABDOMEN SIMPLE + CONTRASTE IV**

Bases pulmonares con bandas atelectásicas bilaterales.

Hígado de tamaño y densidad habitual, con presencia a nivel de segmento 5 y 8 de una masa hipodensa de contornos poco definidos, que mide 5 x 6 cms, la misma que a la administración de medio de contraste demuestra realce periférico en fase arterial, demostrándose con hipodensificación central persistente en fases tardías, sugiere lesión tipo mets.

Vesícula de aspecto tomográfico heterogéneo por la presencia de engrosamiento mural difuso más calcificación de sus paredes y ocupación endoluminal por masa de aspecto sólido. A la administración de medio de contraste se evidencia realce mal definido en parches. Hallazgo en relación a neoformación primaria a este nivel.

Vías biliares intrahepáticas dilatadas con diámetro de hasta 8 mm, en fase simple se evidencia vestigios de medio de contraste post CPRE.

Páncreas de contornos irregulares, engrosado en todos sus segmentos. Cabeza se demuestra mal definida, no se identifica adecuada interfase con vesícula adyacente, considerar invasión a estructuras adyacentes que incluye también a vía biliar externa.

Suprarrenales y bazo sin alteraciones

Riñones sin lesiones focales ni difusas. Realce homogéneo en fase nefrográfica y adecuada eliminación en fase excretoria.

Se identifican varias adenomegalias retroperitoneales de ubicación paraórtica bilateral de aproximadamente 2,4 cms, las mismas demuestran tendencia a la conglomeración.

Cámara gástrica distendida de paredes delgadas

Patrón intestinal con adecuada distensión, no se evidencian procesos obstructivos.

Vejiga parcialmente distendida, de paredes finas, sin procesos ocupativos.

Estructuras pélvicas sin alteraciones.

Se identifica líquido libre perihéptico y periesplénico

Partes blandas y estructuras óseas sin alteraciones

==> Hallazgos sugestivos de carcinoma vesicular con diseminación hepática, invasión a estructuras adyacentes y linfadenopatía retroperitoneal.

Atentamente

AV TRES DE NOVIEMBRE 3-50 Y UNIDAD NACIONAL Telfs.: (593-7) 2844548 www.clinicalatino.com  
CUENCA - ECUADOR

Figura 9. Consentimiento informado

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del Trabajo de investigación: **“CASO CLINICO CARCINOMA VESICULAR “**

Estimado paciente, por medio del presente se le solicita amablemente participar en este estudio de caso clínico: el cual trata el tema; Carcinoma vesicular una patología muy rara y agresiva que muestra ligeros signos en estadio precoz, pero mediante estudios de imagen se demuestra que existen signos imagenológicos precisos que detectan los estadios tempranos de esta enfermedad que cada año tiene victimas mortales por falta de diagnóstico oportuno, por lo que le rogamos que nos apoye con su colaboración, garantizándole que los datos se manejaran de forma totalmente anónima. Se requiere que nos aporte alguno de sus datos generales solo con el fin de organizar la información. Los datos obtenidos serán confidenciales; solamente se darán a conocer los resultados generales y no las respuestas concretas de la investigación. No está obligado a responder a todas las preguntas y puede Ud. negarse a participar en el mismo de forma voluntaria.

Esta investigación responde al trabajo de terminación de la Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Para cualquier pregunta puede consultar al autor: **QUIROZ ZAMORA JESSENIA NARCISA**, en la FCM- ULEAM o a la siguiente dirección de correo electrónico: [jenaqui1980@hotmail.com](mailto:jenaqui1980@hotmail.com).

Figura 10. Documentos de autorización

### **ASPECTOS ÉTICOS:**

Este estudio seguirá las recomendaciones de la Comisión de Bioética de la FCM-ULEAM. La cual establece que:

En este estudio solo se revisará la historia clínica correspondiente y se manejarán datos de índole clínica y radiológica del paciente objeto de análisis; no realizándose ningún proceder invasivo con el analizado.

Al paciente se le explicará correctamente: Que formará parte de un estudio de caso clínico, que tiene como título: “**CARCINOMA VESICULAR**”; así como el carácter absolutamente privado del estudio y los resultados obtenidos; que no se revelará su identidad, ni ninguna otra información que pueda poner en evidencia su persona y que deberá de otorgar su Consentimiento Informado para participar en el mismo.

El protocolo de estudio respetará en todo momento la Declaración de Helsinki para la realización de investigaciones médicas con seres humanos.

Figura 10. Paciente realizándose la CPRE



Figura 11. Paciente realizándose Tomografía de Abdomen.

