



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“ADENOCARCINOMA DE COLON”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Moreno Proaño, Verónica Katherine

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre el tema:

“ADENOCARCINOMA DE COLON” de Moreno Proaño Verónica Katherine, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico “**ADENOCARCINOMA DE COLON**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Moreno Proaño, Verónica Katherine

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Moreno Proaño, Verónica Katherine

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema “**ADENOCARCINOMA DE COLON**” de Moreno Proaño Verónica Katherine, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

A 1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a mi familia, en especial a mis padres que con su amor incondicional fueron soporte durante este largo caminar y no dejaron que nunca abandone mis sueños.

A mis hermanas que más que eso son amigas, consejeras y compañeros en el caminar de la vida siempre dispuestos a dar una palabra de ánimo y energía.

Por último, a mis amigas quienes han pasado a formar parte de mi vida he incluso ser mi nueva familia con quienes hemos compartido experiencias, risas, lágrimas y triunfos.

Moreno Proaño, Verónica Katherine

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente al ser superior por quien realizo todas mis actividades y a quien pongo en sus manos mi vida entera.

A mis padres y hermanas, por ser ese ejemplo de amor, constancia, perseverancia pilar fundamental para seguir en el duro caminar de la medicina, quienes con su cariño me enseñaron a luchar por lo que se quiere y no rendirse jamás.

A mis docentes a todos y cada uno de ellos que fueron parte de este largo aprendizaje, por compartir sus conocimientos y experiencias, mil gracias. A mis amigos con quienes he pasado momentos de adversidad y alegría.

A la Universidad Técnica de Ambato, a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y permitirme en cada una de sus aulas adquirir el conocimiento necesario para ser un profesional.

Al Hospital Provincial Docente Ambato, ya que es ahí donde inicie mis primeros pasos en el arte de la práctica médica, donde realice mi internado rotativo, a cada uno de los servicios y personal que forman parte de esta prestigiosa institución mil gracias.

Mi efusivo saludo de estima y consideración a los miembros del Tribunal.

A mi Tutor Dr. Fabián Yépez, por su ayuda en el desarrollo de este caso clínico, sus conocimientos y su amistad incondicional.

Moreno Proaño, Verónica Katherine.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
RESUMEN:	x
SUMMARY:	xi
I. INTRODUCCIÓN:	1
II. OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL:	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:	4
IV. DESARROLLO	5
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	5
4.1.1 DATOS DE FILIACIÓN:	5
4.1.2 HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA.	5
4.1.3 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:	5
4.2 Descripción de los factores de riesgo:	25
4.3 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud	25

4.3.1 Oportunidades en la solicitud de la consulta médica	25
4.3.2 Acceso a la atención médica	26
4.3.3 Características de la atención	26
4.3.4 Oportunidades en la Remisión	26
4.3.5 Trámites administrativos.	27
4.4 Identificación de los puntos críticos	27
4.6 Propuesta de tratamiento alternativo:	28
V. CONCLUSIONES:	30
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	31
VII. ANEXOS	34

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“ADENOCARCINOMA DE COLON”

Autor: Moreno Proaño, Verónica Katherine.

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Fecha: Septiembre 2016

RESUMEN:

En este trabajo se analiza el caso de un paciente masculino de 46 años que acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA), por presentar cuadro de abdomen agudo, se realiza exámenes complementarios entre ellos una colonoscopia donde indica Cáncer de colon derecho, por lo que es intervenido quirúrgicamente realizándose una laparotomía exploratoria con hallazgo transoperatorio de una masa en colon ascendente adherida a retroperitoneo, y nódulos hepáticos e hígado macronodular la cual es sometida a un análisis anatomopatológico, llegando al diagnóstico de Adenocarcinoma de Colon. El diagnóstico precoz de esta patología está directamente relacionado con la expectativa de vida, por lo que es fundamental su conocimiento y adecuado manejo.

El caso clínico es presentado de manera interactiva para lograr una mayor comprensión e interés. Se analiza de manera exhaustiva la historia clínica y el examen físico realizados durante la hospitalización del paciente. Posteriormente se revisa de manera general la presentación clínica del caso, en base al diagnóstico inicial del paciente de Abdomen Agudo. Se realiza un diagnóstico diferencial en base a la historia clínica y examen físico, exámenes de laboratorio, imagen y manejo del paciente. Finalmente se realiza una revisión completa sobre Adenocarcinoma de Colon.

PALABRAS CLAVES: ADENOCARCINOMA, LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, METÁSTASIS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

" COLON ADENOCARCINOMA "

Author: Moreno Proaño, Verónica Katherine

Tutor: Fabián Eduardo, Yépez Yerovi.

Date: September 2016

SUMMARY.

In this case of a male patient of 46 years is admitted emergency to present acute abdomen is analyzed. It is operated on performing a laparotomy diagnosed with intraoperative finding of a mass of about ascending colon, hard attached to retroperitoneo, and liver nodules and macronodular liver which is subjected to histopathological analysis, reaching the diagnosis of colon adenocarcinoma. The early diagnosis of this disease is directly related to life expectancy, which is essential knowledge and proper handling.

The clinical case is presented interactively to achieve greater understanding and interest. Exhaustively analyzed medical history and physical examination performed during hospitalization. Subsequently reviewed generally the clinical presentation of the case, based on the initial diagnosis of acute abdomen patient. a differential diagnosis is based on clinical history and physical examination, laboratory tests, image and patient management. Finally a complete review of Colon Adenocarcinoma is performed.

KEYWORDS: ADENOCARCINOMA, LAPAROTOMY, METASTATIC

I. INTRODUCCIÓN:

El Cáncer de Colon, es una enfermedad heterogénea, especialmente con respecto a la localización anatómica del tumor, las diferencias genéticas, raciales y las interacciones del estilo de vida que influyen en su desarrollo por lo que es importante el análisis de este caso clínico ya que implica un problema social que requiere un diagnóstico oportuno. Es importante la identificación de factores de riesgo, signos y síntomas para establecer protocolos y guías de manejo al paciente, para evitar mayores complicaciones y aumento de las cifras de morbilidad. (1)

Este tumor aparece con mayor frecuencia entre la quinta y la séptima décadas de la vida. Más del 95% son adenocarcinomas.

El carcinoma de colon constituye aproximadamente el 9 al 10% de todos los nuevos cánceres diagnosticados en el mundo, siendo el cuarto cáncer más frecuente en hombres (después del de pulmón, próstata y estómago) y el tercero en la población femenina; solo precedido por el cáncer de seno y cuello uterino, (2) con una incidencia de 1.2 millones de nuevos casos y 608,700 muertes anuales según la World Health Organization (WHO). (3).

Esta situación constituye un problema de salud pública no solo en los países de medianos y bajos ingresos sino también en los países del primer mundo. En la década de los ochenta, se registró una tendencia hacia el incremento de la incidencia en los países orientales como Japón, China, Filipinas y Singapur. En los años noventa se registró una disminución en la incidencia de esta patología en Japón, Estados Unidos y Nueva Zelanda, que ha hecho necesaria la promoción de las políticas de salud orientadas a la prevención y la detección temprana, estrategias que impactan directamente en los servicios oncológicos. Se estima que en los Estados Unidos de América los gastos anuales por cáncer colorrectal oscilan entre 5.300 a 6.500 millones de dólares y a nivel mundial alcanzan los 14.000 a 22.000 millones de dólares/año. (2)

En el año 2012 murieron 603 personas en el Ecuador por cáncer colorrectal. El cáncer colorrectal pasó a ocupar el cuarto lugar en hombres (luego del de próstata, estómago, linfoma) y el sexto entre las mujeres (luego de la mama, tiroides, cuello uterino, estómago y linfoma).

Comparativamente con otras regiones del país la tasa de Quito y la de Loja son las más altas, siendo un problema grave de salud pública con un alto costo social y económico para el país.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el manejo clínico quirúrgico del paciente, en relación a la capacidad resolutoria del HPDA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los métodos de diagnóstico y procedimientos aplicados en el paciente.
- Analizar los factores que influyen en el tratamiento de adenocarcinoma de colon.
- Relacionar condición del paciente con entorno socioeconómico y su influencia en la evolución de la enfermedad.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

Las principales fuentes de información para el análisis de este caso clínico fueron obtenidas mediante la entrevista realizada al paciente en la cual se recabo toda la información posible acerca su forma de presentación del cuadro clínico, hábitos, antecedentes patológicos personales y familiares, condición socioeconómica.

Así también, gracias a la historia clínica disponible en el Hospital Provincial Docente Ambato, donde se complementó gran parte de datos, los cuales se detallan de manera cronológica, informes de anamnesis donde se recogen datos epidemiológicos, factores de riesgo, así como los registros del seguimiento extrahospitalario como intrahospitalaria y todos los eventos que ocurrieron en la estancia en dicho establecimiento, medianas hojas de evolución, interconsultas, prescripciones médicas y exámenes complementarios tanto de laboratorio como de imagen.

Guías de práctica clínica, artículos de revisión actualizados que resumen y evalúan todas las evidencias encontradas con el fin de ayudar a elegir la mejor estrategia de manejo posible para el tratamiento médico individual además de protocolos estandarizados y con normas internacionales para las mejores medidas terapéuticas.

Discusión directa con profesionales y tutor del trabajo de investigación, quienes son guía con su experiencia en diferentes campos de la medicina.

IV. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

ANAMNESIS:

4.1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente NN de 46 años de edad, sexo masculino, mestizo, soltero, nacido y residente en Ambato, instrucción secundaria incompleta, religión católico, ocupación pintor, lateralidad diestro, grupo sanguíneo: O Rh+.

4.1.2 HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA.

HÁBITOS:

Alimentación: 3 veces al día

Micción: 4-5 veces al día

Defecatorio: 1 vez al día

Tabaco. - 1-2 semana.

Alcohol. - 2 veces al mes hasta llegar a estado de embriaguez

Drogas. - Negativo.

Medicamentos: Ninguno

4.1.3 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

Antecedentes clínicos: No refiere.

Antecedentes quirúrgicos: No refiere.

Alergias: No Refiere.

4.1.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Madre patología cardiaca no especificada.

INGRESO A EMERGENCIA DEL HPDA (Hoja 008)

16/12/2015

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor abdominal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere que hace 24 horas presenta dolor abdominal, localizado en epigastrio de gran intensidad teniendo como causa aparente ingesta de comida grasa, además manifiesta que se acompaña, de distensión abdominal y deposiciones con sangre rutilante, por 2 ocasiones, motivo por el que acude al servicio de emergencia del HPDA, donde es valorado y se decide su ingreso al servicio de cirugía.

REVISIÓN ACTUAL DE SISTEMAS:

Pérdida de peso de aproximadamente 3 kilogramos en dos meses.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA:

Paciente refiere que vive solo en casa arrendada, cuenta con todos los servicios básicos, agua, luz.

Nota: Información directa.

EXAMEN FÍSICO:

Medidas antropométricas y signos vitales:

Peso: 68 kg

Talla: 1,63 cm

IMC: 25,5 kg/m²

Tensión Arterial: 100/70 mmHg

Frecuencia Cardíaca: 100 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Temperatura: 36.1 grados centígrados.

Saturación de Oxígeno: 91%

APARIENCIA GENERAL:

Paciente, consciente, vigil, orientado en tiempo, espacio y persona, álgico.

BOCA: Mucosas orales: Secas, piezas dentales en regular estado

PULMONES: Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos sobreañadidos

CORAZÓN: Ruidos cardíacos rítmicos, no hay presencia de soplos.

ABDOMEN: tenso, poco depresible, doloroso a la palpación a nivel de marco colónico, Ruidos hidroaéreos: Disminuidos.

DIAGNÓSTICO:

1. Abdomen agudo
2. Pancreatitis
3. Abdomen obstructivo

TRATAMIENTO:

1. Lactato Ringer 1000 cc IV c/8h.
2. Metoclopramida 10mg IV STAT
3. Tramadol 100 mg IV STAT
4. Omeprazol 40 mg IV STAT.

5. Biometría hemática
6. Química sanguínea.
7. Electrolitos.
8. Radiografía de tórax.

Reporte de los exámenes de laboratorio (16/12/2015):

Tabla 1. BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	23.760 UI	4.000 – 10000
Neutrófilos	90.9 %	50 -70
Linfocitos	5.7%	20 – 40
Hemoglobina	13.9 g/dl	11 -16
Hematocrito	43.8%	37 - 54
VCM	86.9 Fl	80 - 100
CHCM	31,7 g/dl	32 -36
Plaquetas	730.000 UI	150.000 – 450.000

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios -HPDA

Tabla 2.- QUÍMICA SANGUÍNEA.

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glucosa	130,7 mg/dl	74 -106
Urea	37.9 mg/dl	16,6 – 48,5
BUN	18	6 - 20
Bilirrubina total	0,9 mg/dl	0.0 – 1,4
Bilirrubina directa	0,35 mg/dl	0,0 – 0,3
TGO	27,7 U/L	0 – 40
TGP	40,1 U/L	0 – 41
Amilasa	82 U/L	28 – 100
Lipasa	30,7 U/L	13 -60

PCR	160.35 mg/l	0,0 – 5,0
------------	-------------	-----------

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 3.- ELECTROLITOS

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Sodio	134,9 mmol/L	125 - 145
Potasio	4,35 mmol/L	3,5 – 5
Cloro	93,92 mmol/L	98 - 107

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Luego de recibir exámenes de laboratorio se indica ingreso al servicio de cirugía con el diagnóstico de Abdomen Obstructivo.

INGRESO AL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HPDA

(16/12/2016 19:00)

Al examen físico: tensión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto. Paciente consciente, orientado, afebril, deshidratado, álgico. Abdomen globoso, duro, distendido, doloroso a la palpación en mesogastrio, ruidos hidroaéreos disminuidos.

DIAGNÓSTICO:

Abdomen inflamatorio en estudio.

TRATAMIENTO:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales.
3. Lactato Ringer 1000cc IV c/8h
4. Tramadol 100mg IV c/12h

5. Metoclopramida 10mg IV c/12h
6. Omeprazol 40mg IV QD
7. N-butilescolamina 20mg
8. Ampicilina + Sulbatam 1.5 gr IV c/6h

18/12/15 14:00

Paciente hospitalizado por tres días, tratamiento con antibióticoterapia por abdomen agudo inflamatorio, evoluciona favorablemente por lo que es dado de alta para control y seguimiento por consulta externa.

Tratamiento:

1. Paracetamol 500mg VO c/8h
2. Amoxicilina + ácido clavulánico 500mg VO c/8h.
3. Omeprazol 20mg VO c/12h.
4. Control por consulta externa con exámenes de laboratorio (Biometría hemática y química sanguínea).

13/01/2016 11:30

Paciente es visto en consulta externa refiere que presenta deposiciones blandas de color “negro” mal olor acude con exámenes de laboratorio:

Tabla 4.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	8.550 UI	4.000 – 10000
Hemoglobina	9,6 g/dl	11 -16
Hematocrito	31,7%,	37 - 54
VCM	83.3 Fl	80 - 100
CHCM	30,3 g/dl	32 -36

Plaquetas	350.000	150.000 – 450.000
------------------	---------	-------------------

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Una vez valorado la sintomatología más los resultados de los exámenes llega al diagnóstico presuntivo de úlcera duodenal y anemia normocítica hipocrómica e indica:

1. Endoscopia digestiva alta.
2. Omeprazol 20 mg VO c/12h.

19/01/2016 11:07

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

- Gastropatía atrófica.
- Gastropatía crónica antral con áreas sugestivas de atrofia.

29/01/2016

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO:

- Gastritis crónica no atrófica moderada.
- Helicobacter pylori: +/+++.

20/01/2016

Paciente ingresa nuevamente al servicio de cirugía, refiere que hace 1 semana presenta deposiciones diarreicas por 4 ocasiones de color negras mal olor. Al examen físico: Paciente consciente orientado. Abdomen: suave depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, Ruidos hidroaéreos: aumentados

Diagnóstico:

- Sangrado digestivo

- Anemia Normocítica Hipocrómica.

Tratamiento:

1. Dieta blanda más líquidos.
2. Control de signos vitales.
3. Ambulatorio.
4. Omeprazol 20mg VO QD
5. Paracetamol 1g. VO PRN
6. Sangre oculta en heces.
7. Colonoscopia
8. TAC simple y contrastada de Abdomen y Pelvis.

20/01/2016

COPROLÓGICO:

- Sangre oculta positivo.
- Flora bacteriana aumentada

21/01/2016

Paciente presenta leve dolor abdominal localizado en mesogastrio, continúa realizando deposiciones rojo rutilante y melenas durante 2 ocasiones, por lo que se solicita: biometría hemática y química sanguínea urgente.

21/01/2016

Tabla 5.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	9.180 uL	4.000 – 10000
Neutrófilos	65,9%	50 -70

Hemoglobina	9,3 g/dl	11 -16
Hematocrito	30,9%	37 - 54
VCM	81,2 fL	80 - 100
CHCM	30,5 g/dl	32 -36
Plaquetas	709.000 U1	150.000 – 450.000

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 6.- QUÍMICA SANGUÍNEA.

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glucosa	88,6 mg/dl	74 -106
Úrea	14,9 mg/dl	16,6 – 48,5
Creatinina	0,71 mg/dl	0,7 – 1,2
Ácido úrico	4,8 mg/dl	3,4 - 7

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Se indica interconsulta a hematología.

22/01/2016 10:45

VALORACIÓN POR HEMATOLOGÍA:

Paciente con antecedente de pérdida sanguínea (melenas) actualmente pálido hipotenso taquicárdico, cursa con Anemia Moderada normocítica/hipocrómica secuela de sangrado digestivo a descartar una anemia aguda, solicita:

1. Biometría hemática
2. Reticulocitos
3. Perfil de hierro
4. Vitamina B12
5. Ácido Fólico.
6. Comunicar resultados

23/01/2016

Tabla. – 7

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Ferritina	115,1 ng/ml	13 – 400
Hierro	0,24 umol/L	5,83 – 34,5
Transferrina	19,9 umol/L	1,26 – 65,5

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. Fuente Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 8.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	11,630UI	4.000 – 10000
Hemoglobina	9,1g/dl	11 -16
Hematocrito	30,1%	37 - 54
VCM	81,7fL	80 - 100
CHCM	30,3 g/dl	32 -36
Plaquetas	723.000UL	150.000 – 450.000
Reticulocitos	3,6%	

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. Fuente Exámenes complementarios-HPDA

25/01/2016

Tabla 9.

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Ácido fólico:	13,4ng/ml	3,0 - 17
Vitamina B12	1000pg/ml	174 - 874

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. Fuente Exámenes complementarios-HPDA

26/01/2016

COLONOSCOPIA:

Se progresa hasta el fondo del ciego encontrando cerca del mismo una lesión tumoral, mamelonada friable, que ocluye el 70% de la luz, pero permite el paso del equipo se toman biopsias, en el colon transverso se aprecian 2 elevaciones que son extraídas con una pinza caliente, procedimiento sin complicaciones en el transverso distal se aprecia otra formación polipoidea que se extrae. Se aprecian paquetes hemorroidales G III-IV,

Diagnóstico:

1. Cáncer de colon derecho.
2. Pólipos en el colon transverso polipectomías.

29/01/2016

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO:

1. Compatible con adenocarcinoma papilar bien diferenciado del colon.
2. Adenoma tubular del colon.

26/ 01/2016

Exámenes de laboratorio:

Tabla 10.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	10.340Ul	4.000 – 10000
Hemoglobina	8,4g/dl	11 -16
Hematocrito	27,8%	37 - 54
VCM	81,3 fL	80 - 100
CHCM	30,2 g/dl	32 -36

Plaquetas	671.000UL	150.000 – 450.000
------------------	-----------	-------------------

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. Fuente Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 11.- QUÍMICA SANGUÍNEA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Proteínas totales	6,49 g/dl	6,6 – 8,7
Albumina	2,46 g/dl	3,97 – 4,94

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. Fuente Exámenes complementarios-HPDA

27/01/2016 6:00

Paciente continua con dolor abdominal localizado en mesogastrio y deposiciones hemáticas. Al examen físico: pálido, tensión arterial: 90/60mmHg, frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto FR: 24 respiraciones por minuto,

DIAGNÓSTICO:

1. Sangrado digestivo.
2. Anemia normocítica hipocrómica
3. Hemorroides internas GIII
4. Cáncer de colon derecho

TRATAMIENTO:

1. Dieta blanda hiperproteica
2. Control de signos vitales.
3. Ambulatorio.
4. DICH
5. Paracetamol 1 G. VO PRN
6. Pasar 1 concentrado de glóbulos rojos.
7. Pendiente realizar TAC de abdomen.

28/01/2016

Tabla 12.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	11.080 UI	4.000 – 10000
Hemoglobina	10,6 g/dl	11 -16
Hematocrito	34,8 %	37 - 54
VCM	82,3 fL	80 - 100
CHCM	30,4 g/dl	32 -36

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

28/01/2016

Se indica pasar 2 concentrado de glóbulos rojos.

1/02/2016

Paciente refiere realizar deposiciones líquidas de contenido hemático por 7 ocasiones, además presenta dolor abdominal, de moderada intensidad, localizado en flanco derecho. Por lo que se indica: Paracetamol 1g. VO c/8h y pasar 2 concentrado de glóbulos rojos c/12h.

Tabla 13.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	12,560 UI	4.000 – 10000
Hemoglobina	13,8 g/dl	11 -16
Hematocrito	34,8 %	37 - 54
VCM	82,4 fL	80 - 100
CHCM	31,4 g/dl	32 -36

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

2/02/2016

Paciente refiere que continúa realizando deposiciones hemáticas acompañada de dolor abdominal de leve intensidad. Al examen físico: Paciente consciente, orientado, taquicárdico, palidez generalizada, abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en flanco derecho. Paciente con necesidad de NPT, se coloca vía central yugular, procedimiento sin complicaciones, se realiza Rx de control donde se evidencia vía en aurícula derecha.

INDICACIONES:

1. NPT:

Dextrosa en agua al 50% en 50ml + lipofundin 20% 350ml + Aminoplasma 500ml + Oligoelementos 1 frasco pasar IV en 24 horas

2. Control de signos vitales
3. Gluconato de Calcio 10ml IV QD
4. Sulfato de Magnesio 10ml IV QD
5. Ácido Ascórbico 1g. IV QD
6. Complejo B 3ml IV QD
7. Paracetamol 1g. VO c/8h
8. Metoclopramida 10mg IV PRN

04/02/2016

VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA

Chequeo Prequirúrgico:

Riesgo quirúrgico ASA I GOLDMAN I, e indica complementar exámenes de laboratorio HIV, VDRL, y preparar 2 paquetes globulares.

Tabla 14.- SEROLÓGICO

Parámetros	Resultados
VDRL	No reactivo
HIV	No reactivo

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

NOTA POSQUIRÚRGICA:

5/02/2016

Idg. Prequirúrgica: Ca de colon derecho

Idg. Postquirúrgica: Ca de colon derecho + Metástasis hepática

Cirugía: laparotomía exploratoria + resección tumoral + hemicolectomía derecha + Omentectomía total + resección ganglionar regional + dren.

HALLAZGOS:

1. Masa de aproximadamente de 15cm x 10cm x 8cm en colon ascendente de bordes irregulares, dura adherida a retroperitoneo.
2. Líquido ascítico aproximadamente 1000cc
3. Nódulos hepáticos e hígado macronodular.
4. Epiplón acartonado

COMPLICACIONES:

Sangrado aproximadamente 2000cc.

INDICACIONES:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales.
3. Control de ingesta y excretas
4. Monitorización continua
5. Lactato Ringer 1000cc IV QD

6. NPT:

Lipofundin 20% 350ml + Dx 50% 500cc + Aminoplasma 15% 500ml +
Oligoelementos 1 fco IV en 24 horas

7. Gluconato de calcio 1 amp IV c/12h.

8. Sulfato de magnesio 1 amp. IV QD

9. Vitamina C 1gr IV QD

10. Complejo B 3cc IV QD

11. Tramadol 100mg lento y diluido c/8h

12. Metoclopramida 10mg IV c/8h

13. Ceftriaxona 1gr IV c/12h

14. Metronidazol 500mg IV c/8h

15. Omeprazol 40mg IV QD

16. Pasar 2 plasma fresco congelado

17. Pasar 2 concentrados de glóbulos rojos y luego pasar Furosemida 40mg de IV.

VALORACIÓN POR UCI

6/02/2016 07:00

Paciente con antecedente de cáncer de colon, al examen físico con tensión arterial de 90/70mmHg, frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto T: 36 grados centígrados, mantiene autonomía respiratoria, ictericia generalizada. A la auscultación pulmonar murmullo vesicular disminuido a nivel de base derecha. Corazón: taquicárdico, no soplos. Cuello: catéter yugular. Abdomen: herida cubierta por apósitos secos, ruidos hidroaéreos (+), distendido, doloroso a la palpación, drenaje en flanco derecho con liquido serohemático de moderada cantidad. Región inguinogenital: sonda con diuresis colúrica.

Por lo que añade al tratamiento:

1. Agente gelatina 500 cc IV STAT

2. Furosemida 20 mg IV

3. Ceftriaxona 2 gr IV c/12h

4. N- acetilcisteína 300 mg IV c/6h

5. GSA, biometría hemática, Glucosa, Urea, Creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina Total y Directa, TP TTP, PCR. Y Rx estándar de Tórax.

Tabla 15.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	23.50 uL	4.000 – 10000
Neutrófilos	91.5 %	50 -70
Hemoglobina	15.5 g/dl	11 -16
Hematocrito	48.1%	37 - 54
VCM	86.9 fL	80 - 100
CHCM	32,2 g/dl	32 -36
Plaquetas	275.000 UI	150.000 – 450.000

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 16.- QUÍMICA SANGUÍNEA.

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glucosa	146 mg/dl	74 -106
Urea	73,9 mg/dl	16,6 – 48,5
BUN	35	6 – 20
Creatinina	1,23 mg/dl	0,70 – 1,20
Bilirrubina total	34,15 mg/dl	0.0 – 1,4
Bilirrubina directa	25,7 mg/dl	0,0 – 0,3
TGO	792,5 U/L	0 – 40
TGP	244,1 U/L	0 – 41
Amilasa	51 U/L	28 – 100
Lipasa	23,3 U/L	13 -60
Fosfatasa alcalina	707 U/L	40 – 130
GAMA GT	632 U/L	10 – 71
Proteínas totales	4,53 g/dl	6,6 – 8,7
Albumina	2,08 g/dl	3,97 – 4,94

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 17.- GASOMETRÍA ARTERIAL

Parámetros	Resultados
pH	7,34
PO2	46,4 mmHg
PCO2	30,9 mmHg
HCO3	16,5 mmol/L
BE	-7,9 mmol/L
SO2	78,3%

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

6/02/2016

Paciente con náusea que llega a vómito por 2 ocasiones de contenido bilioso, asociado a periodos de angustia, paciente al momento con ictericia generalizada en condiciones de cuidado con cuadro hemodinámico y clínico inestable. Por lo que médico tratante indica:

1. Descarta Ácido Ascórbico y el Gluconato de Calcio
2. Pasar 2 Paquetes de Plasma fresco congelado.
3. Ecografía de hígado y vías biliares.

7/02/2016

Paciente en regular estado general somnoliento, presenta ictericia marcada generalizada, dificultad respiratoria saturación de oxígeno: 80% a 3lts por cánula nasal, taquicárdico 126 lpm, herida quirúrgica con apósitos manchado de sangre y producto del drenaje +/-60ml.

Tabla 18.- BIOMETRÍA HEMÁTICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	22.28 uL	4.000 – 10000

Neutrófilos	88.8 %	50 - 70
Hemoglobina	14 g/dl	11 - 16
Hematocrito	43.3%	37 - 54

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

Tabla 19.- QUÍMICA SANGUÍNEA.

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glucosa	131,7 mg/dl	74 - 106
Urea	99,1 mg/dl	16,6 – 48,5
BUN	46	6 – 20
Creatinina	2,04 mg/dl	0,70 – 1,20
Bilirrubina total	27,7 mg/dl	0.0 – 1,4
Bilirrubina directa	22,0 mg/dl	0,0 – 0,3
TGO	569,1 U/L	0 – 40
TGP	212,6 U/L	0 – 41
Fosfatasa alcalina	517 U/L	40 – 130
GAMA GT	405 U/L	10 – 71

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

11/02/2016

Paciente con deterioro del nivel de conciencia, somnoliento con soporte de oxígeno por mascarilla a 5 litros por minuto, saturando 88% al momento con dificultad respiratoria realiza apneas, cuello presencia de vía central permeable, corazón: arrítmico 120 lpm, Abdomen: distendido con presencia de herida quirúrgica de +/- 15cm de longitud con apósitos manchados de sangre, en flanco derecho presencia de drenaje permeable con producción de líquido serohemático. Extremidades tono y fuerza disminuida, miembros inferiores presencia de edema pretibial bilateral.

Paciente en mal estado general. Por lo solicita interconsulta a UCI y a Nefrología

VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA (NEFROLOGÍA)

11/02/2016 9:30

Se valora paciente postoperatorio de hemicolectomía derecha que durante el transoperatorio presentó evento de hipotensión arterial importante debido a pérdidas hemáticas; con función renal previa normal, que durante su ingreso viene presentando elevación de valores de creatinina y disminución de diuresis

Se examina paciente que presenta edema en anasarca, dificultad respiratoria con tiraje intercostal con estupor superficial con diuresis en 24 horas de 150 cc e hipotensión arterial.

Paciente que durante el acto quirúrgico presenta noxa renal debido a hipertensión renal, por lo que debe presentar necrosis tubular Aguda establecida, Además de compromiso de función hepática, pulmonar por lo que se pensaría en daño múltiple de órganos.

Por lo que añade al tratamiento:

1. Restricción hídrica para mejorar hemodinamia y conseguir presión arterial media >70 mmHg, una vez conseguida presión arterial media >70 mmHg, administrar furosemida 500mg/24 horas.
2. Ajuste de la dosis según función renal Ceftriaxona 1gr/día
3. Solicita GSA. y electrolitos

Tabla 20.- GASOMETRÍA ARTERIAL

Parámetros	Resultados
pH	7,01
PO2	43,8 mmHg
PCO2	44,9 mmHg
HCO3	11,2 mmol/L
BE	-19,6 mmol/L
SO2	49,7%

Elaborado por: Moreno Proaño Verónica Katherine. **Fuente** Exámenes complementarios-HPDA

11/02/2016 11:00

Paciente al momento en mal estado general con desaturaciones más apneas Se comunica familiares sobre encefalopatía hepática Sat O2: 87% con 3 lts de oxígeno FR: 18 rpm FC: 126 lpm TA: 90/60mmHg. No hay respuesta a estímulos dolorosos.

Se comunica a familiares sobre encefalopatía hepática y que de procederse paro cardiorespiratorio no realizar reanimación cardiopulmonar.

12/02/2016 2:30

Paciente realiza para cardiorespiratorio, no se procede a realizar reanimación, paciente facelle.

4.2 Descripción de los factores de riesgo:

Dentro de los factores de riesgo que presenta nuestro paciente, es la edad, ya que la incidencia de presentarse esta enfermedad aumenta con la edad, especialmente en pacientes mayores de 40 años. Además, el sobrepeso (IMC 25,6 kg/m²) y el estilo de vida como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sedentarismo se han asociado a un mayor riesgo de cáncer de colon.

Factores Dietéticos:

El paciente tiene una dieta rica en carbohidratos y grasas animales, la mayor parte de días de la semana, según la literatura podemos ver que el consumo de carbohidratos y grasas animales constituyen un factor de riesgo muy importante para desencadenar esta patología.

4.3 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

4.3.1 Oportunidades en la solicitud de la consulta médica

El paciente acude al Centro de Salud más cercano a su residencia, por una ocasión, en donde es atendido y enviado a casa con medicación, posterior a lo que presenta cuadro clínico similar, por lo que paciente decide acudir al Hospital Provincial Docente Ambato donde es atendido en servicio de Emergencia.

4.3.2 Acceso a la atención médica

Paciente vive en el centro de la ciudad, en el sector urbano, debido a su condición socioeconómica, depende de los servicios gratuitos que ofrece el estado, en este caso dispone de una Unidad de Salud Primaria cerca de su lugar de residencia, no se evidencia dificultades geográficas ya que existen vías de primer orden desde su residencia hasta la Unidad Primaria de Salud, consta con todos los servicios básicos brindan atención medica todos los días, pero paciente refiere que tienen que sacar turno para ser atendido y no disponía de tiempo además que ya había asistido y la sintomatología persistía.

4.3.3 Características de la atención

La captación del paciente en los centros de primer nivel resulta crucial para la promoción y prevención de patologías, así como el tratamiento adecuado y oportuno ante la existencia ya de una enfermedad. El trabajo del personal de la salud en la atención primaria está dirigido a garantizar una óptima atención del individuo, familia y comunidad y así cambiar el estilo de vida, entorno ecológico biológico y social. Todo esto se lleva a cabo con una correcta relación médico-paciente en la comunidad, así como el conocimiento e integración de la comunidad para con las actividades del médico comunitario.

4.3.4 Oportunidades en la Remisión

Evaluar si es necesario la remisión de este tipo de pacientes para que reciban un manejo integral de acuerdo a sus requerimientos con respecto a su patología.

4.3.5 Trámites administrativos.

Los trámites administrativos que se realizaron fueron atendidos oportunamente y sin costo alguno en conjunto con trabajo social, la dirección del hospital y la colaboración del personal administrativo.

4.4 Identificación de los puntos críticos

En este caso clínico se identificaron varios puntos críticos los cuales son:

- El descuido del paciente al no acudir al Centro de Salud a consulta médica oportunamente para realizar un diagnóstico precoz.
- Poca atención a los síntomas clínicos que presentó el paciente al acudir al Centro de Salud para descartar patologías colónicas.
- Falta de recolección de datos en la historia clínica para llegar a un diagnóstico oportuno.
- Incongruencia al momento del diagnóstico de la patología por parte del personal de salud en el primer nivel de atención.
- Referencia a un nivel de atención que cuente con los servicios de oncología para su manejo.
- No tenemos información actualizada y mucho menos relacionadas a nuestra provincia en cuanto al Cáncer de Colon.
-

4.5 Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Enfatizar la prevención y promoción en unidades de atención primaria de salud	Establecer visitas domiciliarias y trabajo extramural que apoyen a programas en prevención primaria (factores de riesgo).
Adecuada realización de la historia clínica.	Capacitación a internos rotativos en el manejo y llenado apropiado de la historia clínica
Incongruencia al momento del diagnóstico de la patología por parte del personal de salud.	Capacitaciones continuas sobre Cáncer de Colon al personal de salud. Establecer guías diagnósticas aplicadas a los niveles primarios de salud con el objeto de mejorar la atención a los pacientes.
Integración de los niveles de atención	Manejo rápido y oportuno de referencias Establecer normativas de atención de acuerdo al diagnóstico y pronóstico del paciente, según el nivel de atención que amerite
Estadísticas de Cáncer de Colon	Coordinar entre con el Ministerio de salud pública, y las instituciones de la red de salud un adecuado registro de este tipo de patologías a nivel de nacional y por provincias.

4.6 Propuesta de tratamiento alternativo:

La quimioterapia paliativa para la enfermedad metastásica permite mejorar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y, ocasionalmente, el rescate quirúrgico de

pacientes previamente irreseccables. La supervivencia en estos pacientes se ha incrementado desde los 12 meses con la pauta monoterapia con 5-fluorouracilo hasta los 2 años con la adición de oxaliplatino, irinotecan y terapias biológicas dirigidas.

Los incrementos de supervivencia en estos pacientes no parecen depender de la secuencia de fármacos utilizados en el momento del diagnóstico sino de la exposición a todos los fármacos activos. El principal avance en el manejo del cáncer de colon metastásico en los últimos 5 años se debe a la adición a los tratamientos convencionales de los tratamientos biológicos dirigidos: cetuximab (anticuerpo monoclonal contra el receptor del factor de crecimiento endotelial) bevacizumab (anticuerpo monoclonal contra el factor de crecimiento vascular endotelial) y panitumumab (anticuerpo monoclonal humanizado contra).

V. CONCLUSIONES:

- Generalmente se considera que el manejo quirúrgico es la mejor opción, variando la técnica dependiendo de la estadificación y expansión de la lesión tumoral, así como también el estado general del paciente. Sin embargo, en el caso de este paciente con metástasis hepática, se debía haber considerado la referencia a un nivel de mayor complejidad donde cuente con servicios oncológicos.
- Los métodos de diagnóstico empleados en el paciente fueron los adecuados, pero lamentablemente el estadio en el que se encontraba el paciente no fue el adecuado para una cirugía, sino más bien para un tratamiento paliativo.
- Los factores que influyen en el tratamiento es la falta de conocimiento en el personal de salud, especialmente en el primer nivel de atención, es por esto que contar con un plan prevención tanto primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria para evitar la adquisición de la enfermedad mediante la disminución de los factores de riesgos modificables. La prevención secundaria que se base en detectar la enfermedad en estadios precoces para evitar complicaciones. Finalmente, la prevención terciaria dirigida al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para evitar su progresión y el agravamiento, para establecer un esquema para manejo y tratamiento adecuado, de acuerdo a su nivel de complejidad mediante la oportuna referencia.
- El bajo nivel socioeconómico y cultural, influye en la falta de información acerca de los factores de riesgo y signos de alarma frente a una patología impidiendo la detección precoz, sin embargo, este paciente recibió una atención gratuita

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Abad Esteve A. Lo que hay que saber sobre el cáncer de colon y recto. Primera ed. books Mm, editor. Valencia: Marge; 2013. (2)
2. Adrouny R. Entendiendo el Cáncer de Colon. Segunda ed. Mississippi Uo, editor. Mississippi: University of Mississippi; 2013. (8)
3. Bandrés F. La prevención de cáncer colorrectal. Primera ed. Ademas , editor. Madrdi: Ademas; 2014. (5)
4. García Sancho L. Cancer Colorrectal Hereditario. Primera ed. Medicina RANd, editor. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2015. (10)
5. Macarulla T. Comprender el cáncer de colon y recto. Segunda ed. Profit , editor. Sevilla: AMAT; 2013.(1)
6. Martin Lagos F. Evolución de la Cirugía de Cancer de Colon. Segunda ed. Estados , editor. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2014. (3)
7. Parrila Paricio P. Cirugía AEC. Segunda ed. Alcocer A, editor. España: Medica Panamericana; 2015. (4)
8. Roncali E. Todo sobre el Cancer. Primera ed. Saud Idl, editor. Colombia: Instituto de la Saud; 2013. (11)
9. Rubio García ED. Avances en el tratamiento Quimioterápico del Cancer Colorrectal Metastásico. Primera ed. Medicina ANd, editor. Madrid: Instituto de España; 2014.
10. Saura Manich C. Cáncer colorrectal. Primera ed. Arán , editor. Barcelona: Arán; 2016.
11. Zapata Boluda RM. Jornadas Internacionales de Investigación y Salud. Segunda ed. Soriano Ayala E, editor. Almería: Universidad de Almería; 2015.
- 12 Sabiston, Tratado de Cirugía, Fundamentos Biológicos de la Practica Quirúrgica Moderna, (2013), Barcelona-España, Decimo novena Edición.
- 13 Brunicardi, C., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Pollock, R., (2007). Schwartz Manual de Cirugía, Octava edición, Mexico. (2)

LINKOGRAFÍA:

14. Alfredo Ernesto Romero Rojas. Cáncer de colón y dieta. Rev Colomb Cancerol (Internet). 2015(citado Nov 2015);19(4):191---192. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v19n4/v19n4a01.pdf>. (12)

15. Bosman F, Carneiro F, Hruban R, Theise N. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. 4 th Edition. Lyon, France: IARC; 2010. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=70&codcch=4003>.

16. Bonjer H., Deijen C., Abis G., Cuesta, M., Martijn M., Lacy A. A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. The New England Journal of Medicine. 2015 (Citado el 09 de septiembre del 2015); 372 (14): 1325-1330. Disponible en: www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414882.

17. Charúa L., De la Torre A., Raña R., López E., Madrid J., Ávila C. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto. Tratamiento del Cáncer de Colon y Recto. Rev. Gastroenterol. Mex. 2008 (Citado el 12 Agosto del 2015); 73 (2):2-5. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/guias-clinicas-diagnosticotratamiento-del/articulo/13132127>.

18. Townsend C., Beauchamp D., Evers M., Mattox, K. Sabiston textbook of surgery:the biological basis of modern surgical practice. 19na ed. Canada: Elsevier; 2012 (Citado el 24 de Septiembre del 2015); 1356-1372

19. Villafaña O., Piñeiro M. Morbilidad por Cáncer de Colon y Recto. Rev. Méd. de Cuba. 2001 (Citado el 06 de Agosto del 2015); 8(2):53-60. Disponible en: www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/3279/1563

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

20. EBSCO: Joann S. O, Martin M, Richardson L, Kim Y, Pisu M. Gender Differences in Colon Cancer Treatment. *Journal of Women's Health* Volume 22, Number 4, 2013 (16).
21. Disponible: www.a.ebscohost.com/ehost/pdf
22. EBSCO: Pérez-Cabrera, Beatriz. Palomeque-Jiménez, Antonio. NavarroSánchez, Patricia. González-Ramírez, Amanda Rocío. Navarro-Freire, Francisco. Metástasis Hepáticas de Origen Colorrectal sincrónicas: ¿Intervención Simultánea O Secuencial?. *Revista Chilena de Cirugía* , Vol. 67 Issue 2, p158-166. 9p. Abril 2015 (8)
23. Disponible: <http://www.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid.pdf>
24. PROQUEST. La amenaza del cáncer de colon, 19 May 2001. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/310622133/4FDC21FD1E984FC1PQ/1?accountid=36765>. (8) -ProQuest. Desarrollan técnica para extraer pólipos del recto sin causar daños, 17 Marzo 2015, Mexico.
25. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1664141385/9B9DFD7CC2E24465PQ/7?accountid=36765#> (13).
26. PROQUEST. La tecnología va abriendo el camino al manejo de Pólipos complejos del Colon. 20 Mazo 2015, Mezquita. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1680675506/9B9DFD7CC2E24465PQ/9?accountid=36765> (14)
27. SCOPUS: Porpiglia A.S, Sigurdson E.R. Surgical Options in The Treatment of Lower Gastrointestinal Tract Cancers. Volume 16, Issue 9, Article Number 46, 13p, .2015. (15) Disponible: www.scopus.com/record/display.url ~ 37 ~ V

VII. ANEXOS

IMAGEN 1 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

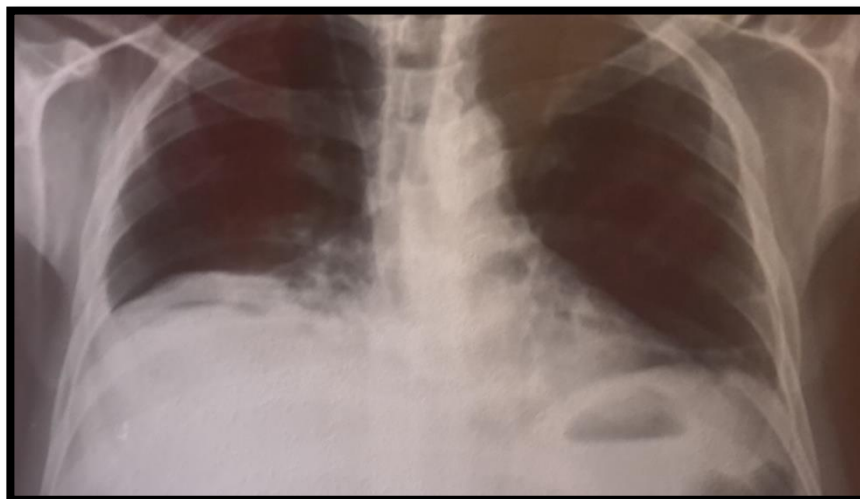


IMAGEN 2: ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

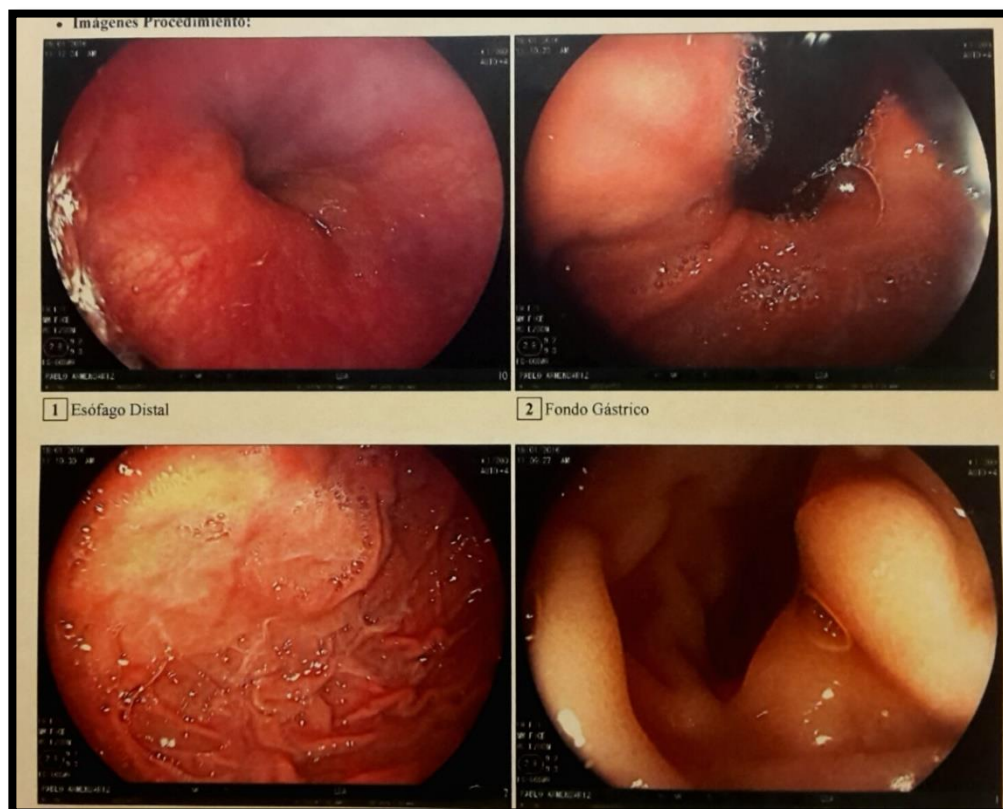


IMAGEN 3 INFORME

[1] Esófago Distal:CAMBIO MUCOSO CONCUERDA CON EL CARDIAS
[2] Fondo Gástrico:ZONAS SUGESTIVAS DE ATROFIA
[4] Antro Gástrico:PARCHES DE MUCOSA PLAIDA INTERPUESTOS ENTRE MUCOA CONGESTIVA, AREAS SUGESTIVAS DE ATROFIA PILORO CENTRICO Y PERMABLE
[5] Región Post Bulbar:BULBO Y SEFGUNDA DUODENAL NORMAL
• Diagnóstico de la Endoscopia: GASTROPATIA ATROFICA GASTROPATIA CRONICA ANTRAL CON AREAS SUGESTIVAS DE ATROFIA

IMAGEN 4. INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO		
FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	Nº INFORME
19/01/2016	29/01/2016	210-16
DESCRIPCION MACROSCOPICA:		
Se recibe 3 fragmentos de tejido blando, que miden 0.3 cm. SPTM (1C).		
DESCRIPCION MICROSCOPICA:		
En los cortes histológicos se observan fragmentos de mucosa gástrica que muestran vellosidades y criptas normales. Las glándulas sin signos de metaplasia ni atipicidad celular, con un moderado infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario en la lámina propia. No hay signos de atrofia. Helicobacter Pylori: +/+++.		
DIAGNÓSTICO:		
* GASTRITIS CRONICA NO ATROFICA MODERADA.		
* OLGA I		
* HELICOBACTER PYLORI: +/+++.		
* NO HAY SIGNOS DE ATROFIA.		

IMAGEN 4. COLONOSCOPIA

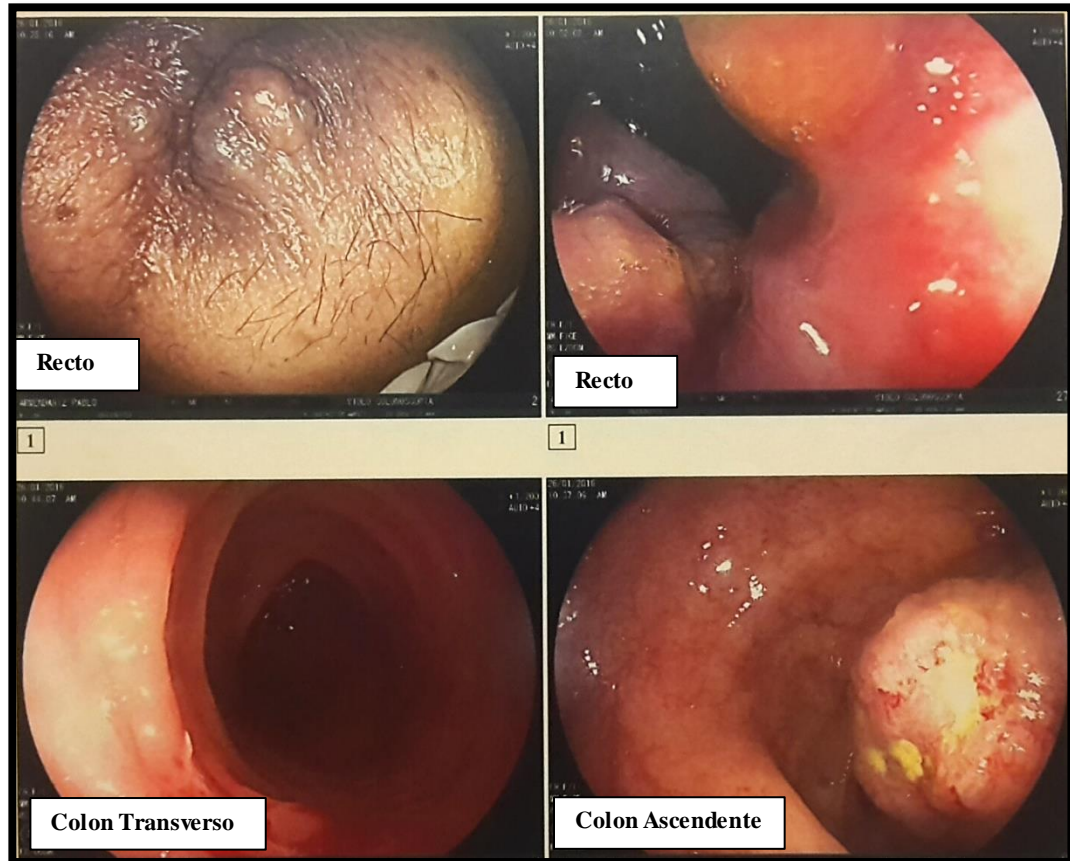


IMAGEN 5 INFORME DE LA COLONOSCOPIA

- **Diagnóstico de la Endoscopia:**
ca. colon derecho polipos en transverso polipectomias
- **Hallazgos:**
inspeccion se aprecian paquetes hemorroidales g iii-iv previa insuflacion se progresa hasta fondo de ciego encontrando cerca del mismo una lesion tumoral, mamelonada friable, que ocluye el 70% de la luz pero permite el paso del equipo se toman biopsias en transverso se aprecian 2 elevaciones polipoideas tipo YAMADA II que se las extrae con la pinza caliente, procedimiento sin complicaciones en transverso distal se aprecia otra formacion polipoidea que se la extra con la pinza caliente sigmoides normal recto normal retrovision se aprecian paquetes hemorroidales g IV

IMAGEN 6. INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO		
FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	Nº INFORME
26/01/2016	29/01/2016	299-16

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Nº1 POLIPO.- Se recibe 4 fragmentos de tejido blando de 0.4 cm SPTM (1C).
Nº2 LESION TUMORAL.- Se recibe varios fragmentos de tejido blando de 0.4 cm SPTM (1C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Nº1 En los cortes histológicos se observan varios fragmentos de tejido minúsculos, unos corresponden a gleras y un fragmento mayor que muestra formación de aspecto tumoral con formación de glándulas irregulares, de diversos tamaños revestidas por epitelio con células que muestran atributos de anaplasia, además estructuras papilares. Uno de los fragmentos solo muestra un infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario moderado en la lámina propia.

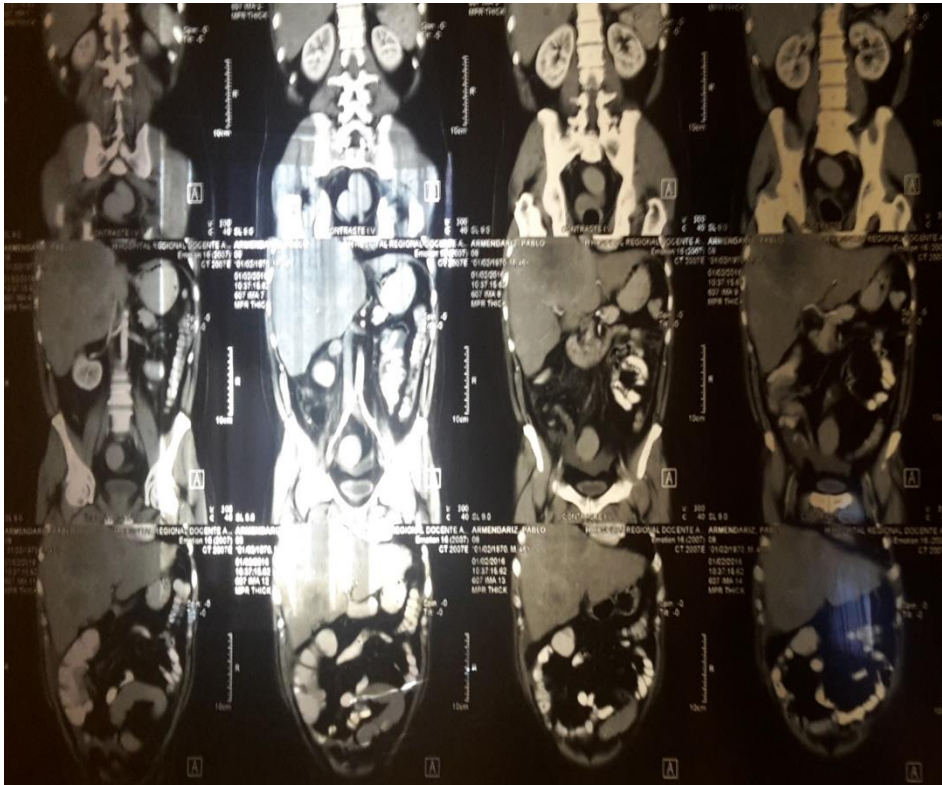
Nº2 Se observa formación polipoidea revestida por epitelio cilíndrico normal y en su interior glándulas tubulares revestidas por epitelio sin signos de atipicidad.

DIAGNOSTICO:

**Nº1 COMPATIBLE CON ADENOCARCINOMA PAPILAR BIEN DIFERENCIADO DEL COLON.
NO ES POSIBLE DETERMINAR INFILTRACION O NO POR LO PEQUEÑA Y SUPERFICIAL DE LA MUESTRA.**

Nº2 ADENOMA TUBULAR DEL COLON

IMAGEN 7. TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN Y PELVIS



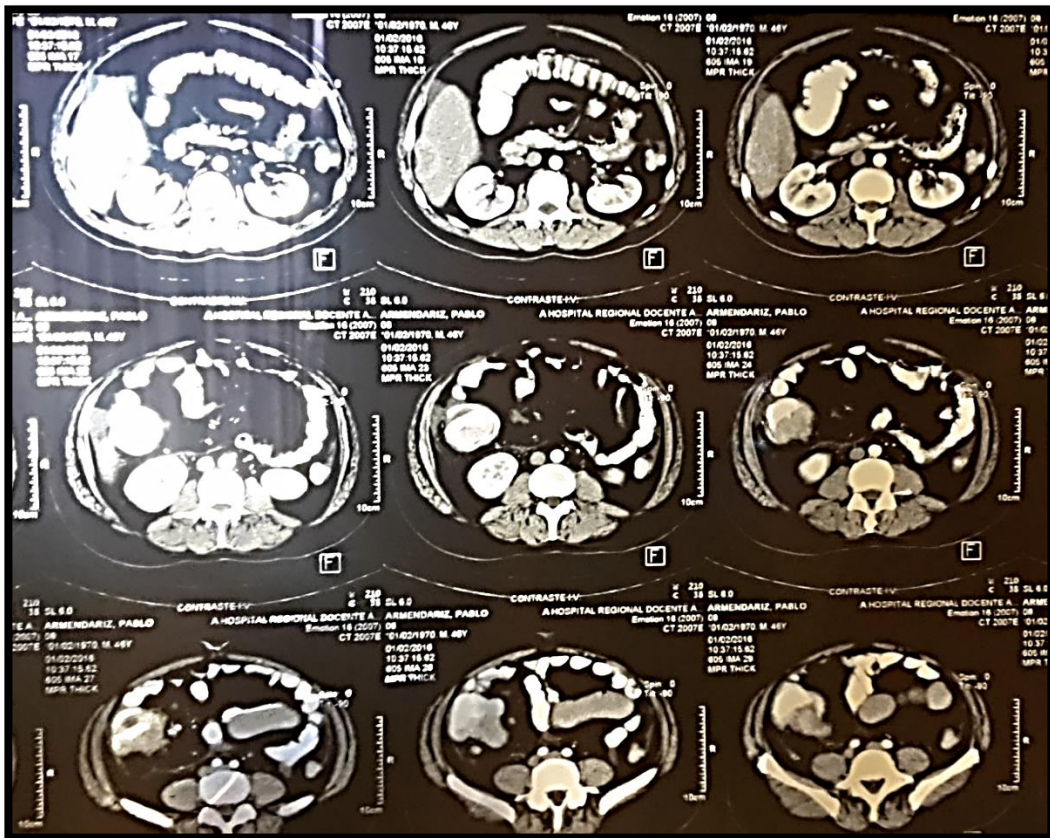
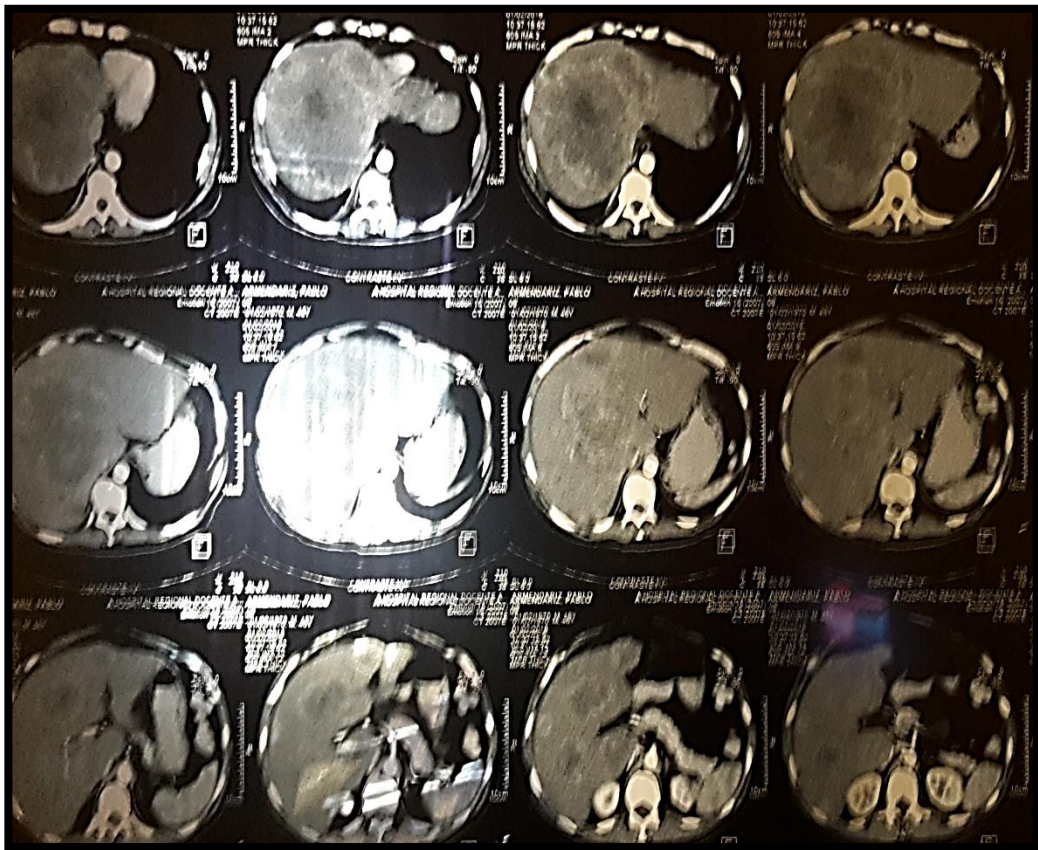


IMAGEN 8. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

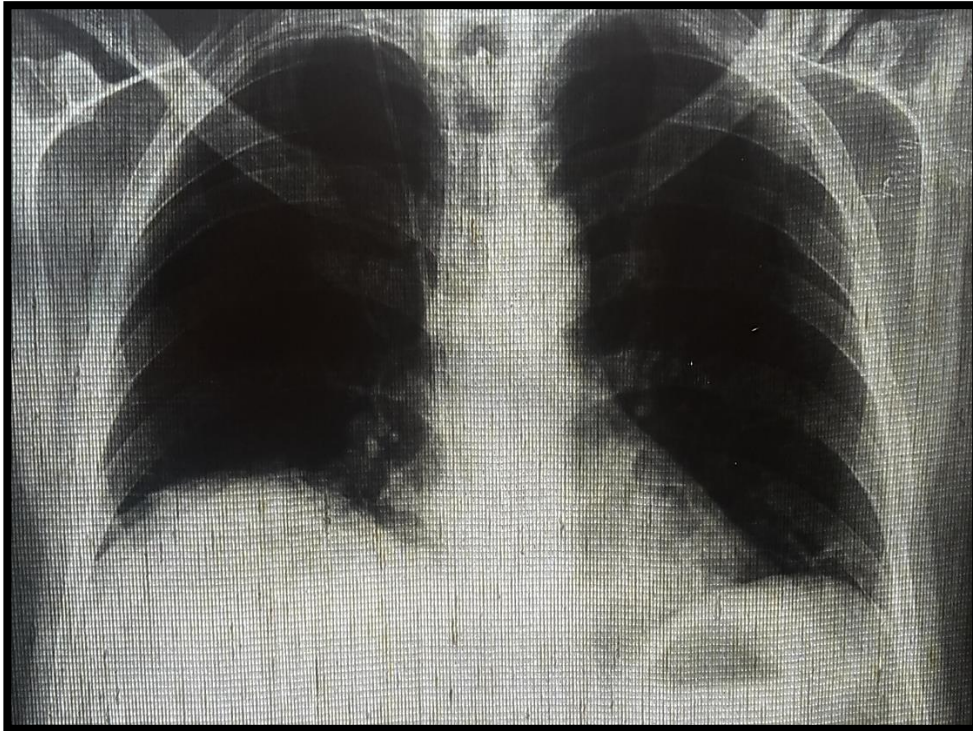
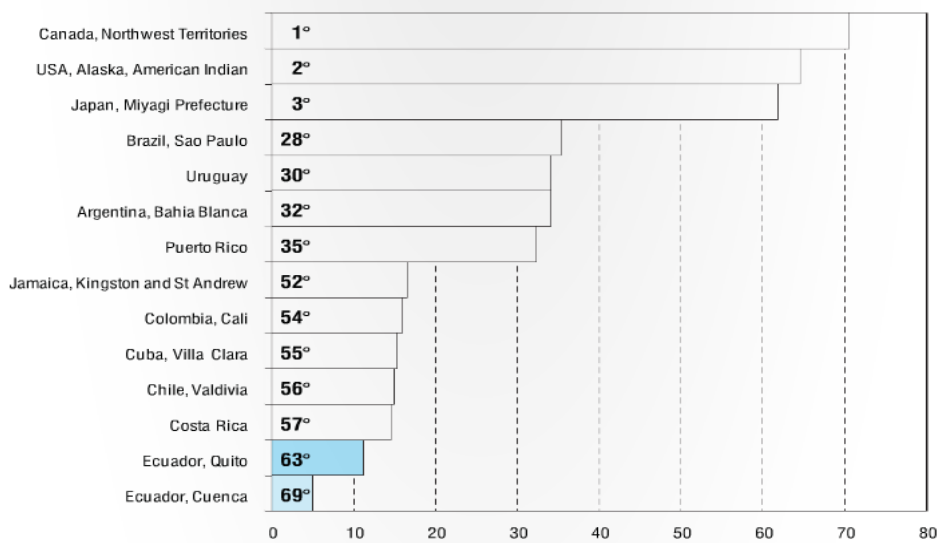


IMAGEN 9. INCIDENCIA EN EL MUNDO: HOMBRES

COLON-RECTO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. HOMBRES COLON-RECTUM. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. MALES



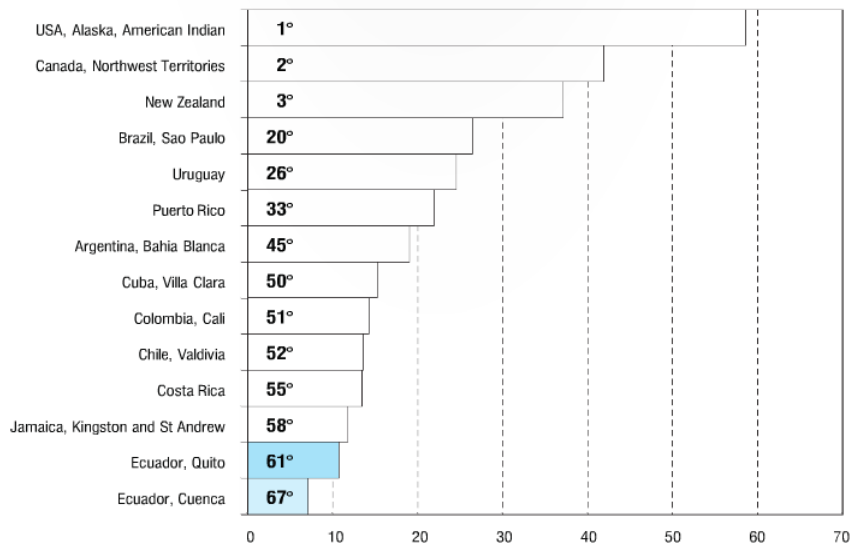
FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CISC. Vol. X (2013)

NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

IMAGEN 10. INCIDENCIA EN EL MUNDO: MUJERES

GRÁFICO / FIGURE 22

COLON Y RECTO. INCIDENCIAS MÁS ALTAS EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA. MUJERES COLON RECTO. HIGHEST INCIDENCE RATES IN THE WORLD AND LATINAMERICA. FEMALES



FUENTE/SOURCE: IARC/IACR CISC. Vol. X (2013)
 NOTA: Si un país tiene varios registros, sólo se toma en cuenta la incidencia más alta. (70 países)
 NOTE: If a country has many cancer registries we select only highest incidence

IMAGEN 11. TASA DE INCIDENCIA DE CÁNCER EN ECUADOR

COLON-RECTO TASAS DE INCIDENCIA ESTANDARIZADA EN REGISTROS DE CÁNCER DEL ECUADOR COLON-RECTUM. STANDARIZED INCIDENCE RATE IN ECUADOR CANCER REGISTRIES

