



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
“ADENOCARCINOMA AMPULAR”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Arias Coba, Mayra Maribel

Tutor: Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

Ambato- Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ADENOCARCINOMA AMPULAR” de Mayra Maribel Arias Coba estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

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

Ambato, Octubre del 2015

LA AUTORA

.....
Arias Coba, Mayra Maribel

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Octubre del 2015

LA AUTORA

.....
Arias Coba, Mayra Maribel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema, “**ADENOCARCINOMA AMPULAR**” de Arias Coba Mayra Maribel estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Al Señor Jesús por ser el motor de mi vida por la gracia, misericordia, salud y fuerza que derrama en mi caminar día a día, porque me ha permitido seguir confiando en su palabra sabiendo que en Él todo es posible

A mis padres Luis Mary y Patricia quienes nunca dejaron de confiar en mí, por su apoyo incondicional con el único objetivo de cuidarme. Sin su ayuda no hubiese sido posible llegar a la meta.

A mis hermanos Donovan y Erick por enseñarme que hay motivos para vivir y ser feliz, los amo.

A mi tía Anita por el apoyo incondicional por sus palabras en el momento preciso y su estímulo constante.

A mis amigos Jacky y Sebitas que sabían desde el principio que lo lograría y llegaría lejos, nunca los defraudaré y seguiré adelante. Gracias.

Arias Coba, Mayra Maribel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y permitirme cumplir mis sueños y anhelos, por cada una de sus bendiciones.

A mis padres por su entrega en el día a día porque no ha habido un día en el que no estén conmigo dándome ánimo para seguir.

A mi Universidad Técnica de Ambato, a sus docentes por cada conocimiento que me han impartido en las aulas, esas que nunca olvidaré.

Agradezco de manera muy especial a mi Tutor Dr. Fausto Rodas por el tiempo y la dedicación que me ha brindado en la realización de este trabajo, gracias por su apoyo.

A mi paciente preferida Lupita Moreno por la información brindada en el presente trabajo, porque más que una paciente se convirtió en una amiga

Gracias a mis queridos compañeros que se han vuelto como hermanos que bendición conocerlos: Naty, Dany, Panchito, Fausto y Galito.

Arias Coba, Mayra Maribel

ÍNDICE GENERAL

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 GENERAL	viii
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	4
DESARROLLO	5
PRESENTACIÓN DEL CASO.....	5
ANÁLISIS DEL CASO	9
FACTORES DE RIESGO	10
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	11
Acceso a la atención médica.....	11
Características de atención.....	11
Oportunidades de remisión	12
ANÁLISIS DE PUNTOS CRÍTICOS	12
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	22
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	22
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	26

LINKOGRAFÍA	26
CITAS BIBLIOGRAFICAS - BASE DE DATOS UTA	28
ANEXOS	30

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“ADENOCARCINOMA AMPULAR”

Autor: Arias Coba, Mayra Maribel

Tutor: Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

Fecha: Ambato, Octubre 2015

RESUMEN

Se trata de una paciente femenina de 66 años de edad, casada, hipertensa controlada, diabética descompensada. Tiene antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, histerectomía y colecistectomizada. Niega Alergias.

Paciente llega al Servicio de Emergencias por cuadro de ictericia de 3 días de evolución acompañada de vómito, al cuadro se le suma coluria y malestar general.

Al examen físico se evidencia piel icterica la paciente afebril, deshidratada, abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, no se evidencian megalias.

En sus exámenes destaca la presencia de hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina directa por lo que se investiga etiología de la ictericia.

Al realizarle una ecografía inicial indica dilatación de las vías biliares por lo que luego realizan CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada) y da un diagnóstico de probable ampuloma, se coloca prótesis y se toma biopsia con resultado negativo para malignidad. Después de varios meses reingresa por cuadro de colangitis ya que la prótesis había

migrado distalmente. Al final por la inseguridad de la paciente se decide la transferencia hacia la ciudad de Quito para resolución quirúrgica pero la paciente decide operarse en la ciudad de Ambato.

La cirugía planteada fue tumorectomía vs resección de Whipple. Se le realizó un procedimiento Whipple en modo Y de Roux con telescopaje pancreático con los siguientes hallazgos: tumor de ampulla de Váter de 4 cm de diámetro. En su postquirúrgico tuvo complicaciones postoperatorias como una fistula pancreática, derrame pleural e infección de la herida quirúrgica que se resolvió y tras 44 días de hospitalización El resultado histopatológico dio un diagnóstico de adenocarcinoma ampular moderadamente diferenciado que presenta infiltración a la submucosa y muscular propia, serosa libre de tumor, páncreas, estómago y duodeno distal libre de tumor

Al momento la paciente se encuentra cursando su novena sesión de doce sesiones de quimioterapia con buena tolerancia a la misma.

PALABRAS CLAVES: ICTERICIA, AMPULOMA, ADENOCARCINOMA AMPULAR, CIRUGIA__ WHIPPLE

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF SCIENCES OF THE HEALTH
MEDICAL CAREER

"AMPULAR ADENOCARCINOMA"

Author: Arias Coba, Mayra Maribel

Tutor: Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

Date: Ambato, October 2015

SUMMARY

She is a female patient 66 years old, married, decompensated diabetic hypertensive. It has surgical history of appendectomy, hysterectomy and cholecystectomy. Allergies denies.

Patient comes to the emergency by jaundice three days of nausea and vomiting, it is added coluria and malaise. Physical examination evidenced jaundiced skin the patient afebrile, dehydrated soft abdomen, pitting, painless to palpation, no organ enlargement are evident.

In their tests he highlighted the presence of hyperbilirubinemia at the expense of direct bilirubin so decide their ingress for investigate jaundice

In ecography dilation of the bile ducts so then performed ERCP (retrograde and gives a diagnosis of probably Ampulloma prosthesis is placed and biopsy is taken it is negative for malignance It is given follow up by outpatient however after several months readmitted for cholangitis as the prosthesis distal

Finally the insecurity patient is decided the transfer to Quito for surgical resolution but the patient decides operated in the city of Ambato

Surgery raised was lumpectomy vs Whipple resection underwent a Whipple Roux-Y pancreatic telescoping with the following findings: tumor ampulla of 4 cm in diameter at its postoperative complications had postoperative pancreatic fistula, pleural effusion and surgical wound infection that resolved and after 44 days of hospitalization

Histopathological diagnosis result gave moderately differentiated adenocarcinoma ampullary measuring cm has the submucosa and infiltration muscle itself, free serous tumor, pancreas , gastric and distal duodenal without tumor

When the patient is pursuing its ninth session twelve sessions of chemotherapy with good tolerance to it.

**KEYWORDS: JAUNDICE, AMPULLOMA, AMPULLARY
ADENOCARCINOMA, WHIPPLE_SURGERY**

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe un caso clínico de una paciente femenina adulta mayor, hipertensa, diabética descompensada, que debuta con cuadro de ictericia obstructiva cuya etiología es un adenocarcinoma ampular el mismo que es resuelto de forma quirúrgica con una pancreatoduodenectomía o conocida como cirugía de Whipple.

Los ampulomas son tumores a nivel de la ampolla de Váter, estos tumores tienen una especial relevancia clínica, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico precoz, una estadificación apropiada y un tratamiento correcto. La sintomatología clínica de estos tumores es inespecífica. En la actualidad no disponemos de estudios controlados, por lo que debemos individualizar la decisión en función de las características del tumor y del paciente. ¹

A nivel mundial el adenocarcinoma es el tumor más frecuente en la papila de Váter. Su incidencia es de 2,9 casos por millón de habitantes. Se origina en las células de la capa mucosa y sigue una progresión adenoma carcinoma idéntica a la del cáncer colorrectal.

Tan sólo un 5% de los ampulomas son adenomas puros. El resto son carcinomas o presentan focos de degeneración. ²

En estudios realizados a nivel de América Latina se halla una baja incidencia de esta patología sin embargo en un estudio realizado por Loria, D. ³ que analiza la tendencia de la mortalidad por cáncer en Argentina, Cuba y Uruguay en un período de 15 años entre ellos destaca la presencia de una tasa de mortalidad estandarizada por tumores malignos de las vías biliares de 2,09 para Argentina, 0,70 para Cuba y 2,46 para Uruguay. ³

En Ecuador se encuentra información según el Instituto Oncológico SOLCA ⁴ desde el 2006 hasta el 2010 se muestran las tasas por cada 100 000 habitantes, según la

localización del cáncer en mujeres y hombres indica que el porcentaje de cáncer de vías biliares en mujeres de 4,6 y en hombres 4, 3. Anexo N° 1

Así mismo en la ciudad de Guayaquil se recogen según reportes de SOLCA ⁵ el número de muertes por tipo de cáncer según grupo de edad desde el año 2009 al 2012 destacando los tumores de vías biliares con un total de 27 muertes y el grupo de edad predominante es de 75 años en adelante. Anexo N° 2

SOLCA ⁵ indica en una tabla de porcentaje de muertes por tipo de cáncer según sexo en personas residentes en la ciudad de Guayaquil para el año 2012 en cuanto a tumores de vías biliares de 5 hombres que equivale a un 38.5% y 8 mujeres que equivales al 68.5% del total de casos. Anexo N° 3

Por tal motivo considero relevante la descripción de este caso clínico ya que existen innumerables avances científicos en la medicina que cada vez nos acerca a un futuro en el que se podrá diagnosticar específicamente cada patología y estudiarla con mayor detalle para un manejo oportuno y exitoso.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno del ADENOCARCINOMA AMPULAR que permita un eficiente y eficaz manejo de esta patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores de riesgo de la patología estudiada así como establecer parámetros de la alta sospecha clínica que orienten al personal de salud para un diagnóstico temprano.
- Analizar el manejo que se le dio a la paciente en el segundo nivel de atención en salud.
- Reconocer los signos clínicos que permiten sospechar la presencia de un tumor en las vías biliares.
- Establecer la estrategia más idónea para confirmar el diagnóstico y establecer protocolos de manejo.

RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

Para poder llevar a cabo dicho caso clínico se recopiló información de múltiples fuentes tratando de detallar dentro de lo posible, de la manera más adecuada y precisa, entre dichas fuentes constan:

- Historia clínica del paciente, la misma que se revisó en el sistema AS400 con el que cuenta en Hospital IESS Ambato. Se recopiló información su manejo, tratamiento y seguimiento así como los exámenes de laboratorio

IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

- La entrevista a la paciente la misma que de manera cronológica supo relatarnos la evolución de su enfermedad reflejando siempre su colaboración. Además respondió a cada una de las incógnitas planteadas, y nos proporcionó los exámenes complementarios realizados de forma particular.
- Entrevista activa y directa con el médico tratante el mismo que nos supo manifestar cierta información que no se contaba en el sistema, de mucha ayuda para la realización de este caso clínico.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 66 años de edad, nacida y residente en Ambato, casada, ama de casa, de religión católica, con tipo de sangre AB positivo, con antecedente de hipertensión arterial desde hace 14 años en tratamiento con Losartán 100 mg vía oral 1 tableta diaria y diabetes mellitus tipo 2 desde hace 12 años en tratamiento con insulina Glargina 16 UI subcutánea una vez al día. Tiene antecedentes quirúrgicos de apendicectomía hace 60 años, histerectomía hace 24 años por neoplasia de útero que desconoce el tipo y colecistectomía hace 6 años.

Dentro de sus antecedentes familiares destaca su madre con hipertensión arterial. Niega alergias.

Paciente llega al Servicio de Emergencias del Hospital IESS Ambato el 11 de agosto del 2014 por cuadro de ictericia de 3 días de evolución acompañada de náusea que llega al vómito por una ocasión, al cuadro se le suma coluria y malestar general.

Al examen físico se evidencia piel ictérica la paciente afebril, deshidratada, cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, no se evidencian megalias.

En exámenes se encuentra: glucosa de 209 mg/dl, urea 70 mg/dl, creatinina 2,2 mg/dl, bilirrubina total: 4,64 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,22 bilirrubina directa de 4,43 mg/dl, AST 192 y ALT 233 por lo que al ser valorada se decide su ingreso al Servicio de Medicina Interna de esa casa de salud con diagnóstico presuntivo de Ictericia en estudio.

Durante su hospitalización se la cataloga como un cuadro de diabetes mellitus descompensada, insuficiencia renal aguda prerrenal, hipertensión arterial controlada e ictericia en estudio. Se logra compensar tanto la diabetes como la insuficiencia renal con hidratación con solución salina a 120 cc/hora además corrigen glicemias con hipoglucemiante oral Metformina 850 mg cada 8 horas y se le aumenta la dosis de Insulina a 30 UI diarias. Al realizarle una ecografía de vías biliares se reporta una

dilatación de las vías biliares intrahepáticas principalmente en la rama izquierda y extrahepática a nivel de la vía biliar principal la cual mide de 13 a 16 mm. Paciente colecistectomizada.

Se planifica CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada) la misma que se realiza el 18 de agosto del 2014 y da un diagnóstico de probable ampuloma, se coloca prótesis biliar y se toma biopsia con resultado histopatológico negativo para malignidad. Al día siguiente se le realiza tomografía axial computarizada de abdomen el cual reporta: signos tomográficos sugestivos de esteatosis hepática difusa Grado II, Colédoco dilatado 19 mm y no se logra identificar la causa obstructiva.

Con diagnóstico de ampuloma es dada de alta y se le da seguimiento por consulta externa de gastroenterología además el resultado de la primera biopsia no indica signos de malignidad reporta: biopsia de ampuloma proceso inflamatorio crónico con microabscesos compatible con crecimiento bacteriano.

El 14 de diciembre del 2014 la paciente ingresa nuevamente al servicio de medicina interna por cuadro de alzas térmicas e ictericia, se plantea la realización de una nueva CPRE, para revisión de prótesis colocada; sin embargo al realizarle no se pudo realizar colangiografía a través de prótesis debido a que esta se encontró migrada distalmente, se intenta recolocar prótesis biliar con polipéctomo, pero no es posible. Se siente dificultad del ingreso de esta a proximal. Se decide colocar nueva prótesis pero es difícil canular la vía biliar debido la compresión de la lesión además se observa la salida de bilis en poca cantidad y al retirar la prótesis, existe salida de líquido purulento en poca cantidad por lo que se le diagnostica como colangitis, ampuloma y prótesis migrada a distal. Después de esto se toma biopsia y nuevamente el resultado histopatológico es negativo para malignidad entonces se decide transferencia para resolución quirúrgica porque la paciente no tenía seguridad de que la cirugía la realicen en Ambato se la transfiere al HCAM (Hospital Carlos Andrade Marín) donde colocan nuevamente stent hasta resolución quirúrgica.

Paciente reingresa el 1 de febrero al Hospital IESS Ambato para resolución quirúrgica ingresa una semana antes de intervención para apoyo nutricional parenteral. La cirugía planteada fue tumorectomía vs resección de Whipple se le realizó cirugía a modo Whipple Y de Roux con telescopaje pancreático la misma

que tuvo una duración de siete horas con los siguientes hallazgos: múltiples adherencias de epiplón a pared abdominal y a nivel hepático en lecho vesicular, tumor de ampulla de Váter de 4 cm de diámetro, friable de bordes irregulares que invade la pared del duodeno por lo que no se realiza resección local, ganglios en número de 2, de 1,5 cm de diámetro sobre la vía biliar principal dependientes de la arteria hepática común ganglio retropancreático de 1,5 cm a nivel del arco pancreatoduodenal , hígado colestásico, sin evidencia de metástasis y peritoneo parietal normal, presencia de stent en vía biliar

El protocolo quirúrgico se describe a continuación:

1. Medidas de asepsia y antisepsia
2. Colocación de campos quirúrgicos
3. Incisión supra y transumbilical
4. Adhesiolisis de epiplón a pared abdominal e hígado
5. Apertura del ligamento hepatoduodenal y maniobra de Kocher ampliada
6. Identificación de duodeno, segunda porción más estadificación tumoral, donde se evidencia tumor de ampolla de Váter no disecable por su invasión a pared duodenal previa a apertura longitudinal de la segunda porción del duodeno
7. Identificación de ganglio retropancreático de 1,5 cm
8. Disección de vía biliar a nivel de colédoco supraduodenal en donde se evidencian tres ganglios de 1,5 cm de apariencia no maligna
9. Disección de cara posterior de páncreas mediante maniobra de Kocher, individualizándola de vena cava inferior
10. Disección de tercera y cuarta porción de duodeno hasta el ángulo de Treitz
11. Apertura de epiplón menor y disección de curvatura menor de estómago hasta el hilio hepático
12. Apertura de transcavidad de los epiplones e individualización de la cabeza del páncreas mediante disección roma de la cara posterior de estómago
13. Disección de cara posterior de páncreas lográndose separar por completo de vasos mesentéricos superiores
14. Antrectomía mediante TA 90 mm
15. Disección de vía biliar

16. Sección de vía biliar supraduodenal
17. Sección de duodeno a nivel del ángulo de Treitz
18. Disección de cara posterior de páncreas
19. Resección de antro, duodeno y páncreas
20. Revisión de hemostasia
21. Desinserción de ángulo de Treitz
22. Paso de yeyuno transmesocólico
23. Telescopaje de páncreas termino terminal con asa de yeyuno en dos planos previa tutorización de conducto de Wirsung con sonda nasogástrica 8 y exteriorización por cara lateral de asa de intestino tipo Witzel
24. Anastomosis termino lateral colédoco-yeyunal en un plano con puntos sueltos
25. Sección de intestino delgado a 40 cm del ángulo de Treitz
26. Gastro-entero anastomosis latero lateral mediante sutura lineal de 60 mm más reforzamiento con vycril 3/0 con asa antecólica
27. Anastomosis yeyuno yeyunal termino lateral en dos planos mucoso mucoso y seroso seroso
28. Cierre de brechas mesentéricas de mesocolon
29. Verificación de hemostasia
30. Colocación de drenaje tubular subhepático
31. Colocación de drenaje (hemovac) en transcavidad de los epiplones
32. Secado de cavidad abdominal
33. Contaje de material blanco el cual se reporta como completo
34. Fijación de drenes

La paciente evoluciona favorablemente permanece 5 días en NPO. Se le realiza las curaciones respectivas de los drenajes colocados y recibe antibiótico. A los cinco días se empieza a probar tolerancia oral y se presenta un derrame pleural izquierdo que se resuelve con colocación de tubo torácico e incentivometría. Además como complicación al décimo séptimo día postquirúrgico se presentó infección de la herida con un cultivo positivo para *Proteus Vulgaris* sensible a Meropenem por lo que recibe carvapanémico disponible en el hospital (Imipenem). Con el pasar de los días disminuye notablemente el exudado de la herida quirúrgica, además se presenta una fistula pancreática de alto gasto porque inicialmente producía más de 500 cc que con

el pasar de los días fue disminuyendo. Tras 44 días de hospitalización se decide egreso hospitalario con buen estado general de la paciente, sin ictericia ni trastornos metabólicos, con drenaje izquierdo con fistula pancreática de bajo gasto y alimentándose por vía oral, con seguimiento por consulta externa y remisión ulterior a Oncología.

El resultado del histopatológico dio un diagnóstico de adenocarcinoma ampular moderadamente diferenciado mide 3,5 x 2 x 2 cm presenta infiltración a la submucosa y muscular propia, serosa libre de tumor, páncreas libre de tumor, bordes quirúrgicos proximal (gástrico) y distal (duodenal) libres de tumor.

Borde quirúrgico profundo (serosa duodenal y páncreas contiguo), libres de tumor. No se observa necrosis. Angioinvasión presente, mitosis menor a 2 por 10 campos de gran aumento Al momento la paciente se encuentra cursando su novena sesión de doce sesiones de quimioterapia (Platino y gemzitabina) con buena tolerancia a la misma.

Después de cada sesión de quimioterapia recibe Omeprazol, Metoclopramida y analgesia (paracetamol) además al momento su diabetes está controlada con medicina vía oral Vidagliptina /metformina (galvus met 50 mg/500 mg.)

ANÁLISIS DEL CASO

Analizamos el caso de una paciente que debuta con ictericia de origen obstructivo a causa de un adenocarcinoma ampular. A continuación se describe más sobre esta patología

Según Jordán A. ⁹ los tumores del área periamпуляр (carcinoma de cabeza de páncreas, ampuloma y colangiocarcinoma intrapancreático), tienen una presentación clínica muy similar con ictericia sin dolor y dilatación de la vía biliar intrahepática, extrahepática y de la vesícula biliar, la misma clínica que se presentó en la paciente citada. ⁹ Whipple observó que los tumores ampulares fueron “usualmente del tipo adenomatoso, con invasión más lenta de los vasos linfáticos y sanguíneos” y señaló que la ictericia aparecía más temprano y que las células neoplásicas estaban mejor diferenciadas que en el caso de los cánceres pancreáticos. Aunque se han notado

diferencias importantes en el grado, estadio y expresión marcadora del tumor para cada tipo de cáncer periampular, las comparaciones detalladas han sido desfavorecidas por el pequeño tamaño de la mayoría de las series.⁶

Los autores especularon en que la sobrevida intermedia que tipifica a los cánceres ampulares resecaados podría provenir en parte de su origen heterogéneo. Tal vez los cánceres ampulares de tipo intestinal se comportan más como los cánceres duodenales y se asocian con mejor sobrevida y los cánceres ampulares de tipo pancreatobiliar son más agresivos. Los autores exploraron esta idea en una revisión de la experiencia de 17 años con tumores ampulares para identificar los predictores de la sobrevida global, enfatizando la patología del tumor.⁶

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión según la OMS.

Dentro de los factores de riesgo que se cita es la edad de la paciente ya que en general constituyen 1 a 2% de los tumores del tracto digestivo y su mayor frecuencia se ubica entre la 5° y 7° décadas de la vida.¹⁶

Otro factor de riesgo que es importante enunciarlo es el tipo de sangre que posee la paciente que es AB ya que según estudios realizados se describe que existe una relación entre el grupo sanguíneo y la predisposición de padecer cáncer según Palomino M.¹⁴ indica que “ Es probado que los grupos sanguíneos A y AB tienen un porcentaje más alto de cáncer y tienen un porcentaje más bajo de supervivientes que los grupos sanguíneos 0 y B además casi todos carcinomas afectan preferentemente a la gente del grupo sanguíneo A o AB”

La historia clínica y el examen físico detallado permiten determinar los factores de riesgo en la mayoría de los casos, nuestra paciente tiene comorbilidades como la Hipertensión Arterial, la diabetes mellitus y el sobrepeso que constituyen factores de riesgo importantes. Finalmente la bibliografía indica que existe un factor de riesgo

importante en aquellos pacientes que han tenido colelitiasis como es el caso de la paciente que ya fue colecistectomizada anteriormente.²²

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Acceso a la atención médica

La paciente al tener el servicio del Seguro Social tiene acceso a la atención médica, por el cual opta la paciente y acude para ser atendida en el Servicio de Emergencias del Hospital IESS Ambato. Al ser diagnosticada de ampuloma se considera que su patología debe ser tratada en un centro de tercer nivel por lo que se intentó transferir a la ciudad de Quito ya que es el centro de referencia para la realización de esta cirugía además por la inseguridad y falta de confianza de la paciente, sin embargo después de la valoración en la ciudad de Quito la paciente solicita que se le realice la cirugía en el hospital IESS Ambato la misma que se la realizó con éxito. Rescatamos que a pesar de ser un centro hospitalario de segundo nivel se realizó la cirugía exitosamente gracias al personal médico capacitado.

Características de atención

En nuestra paciente evidenciamos la demora y el mal manejo de su patología ya que al llegar a un diagnóstico en el Hospital IESS Ambato su resolución quirúrgica era urgente pero como dicho hospital no es de tercer nivel se decide transferir al Hospital Carlos Andrade Marín.

En donde nuevamente se demora la confirmación al solicitar nuevos exámenes por lo que la paciente regresa nuevamente a la ciudad de Ambato y en el Hospital del IESS se la trata a pesar de no contar con el nivel de atención en Salud que se requiera para esta cirugía compleja.

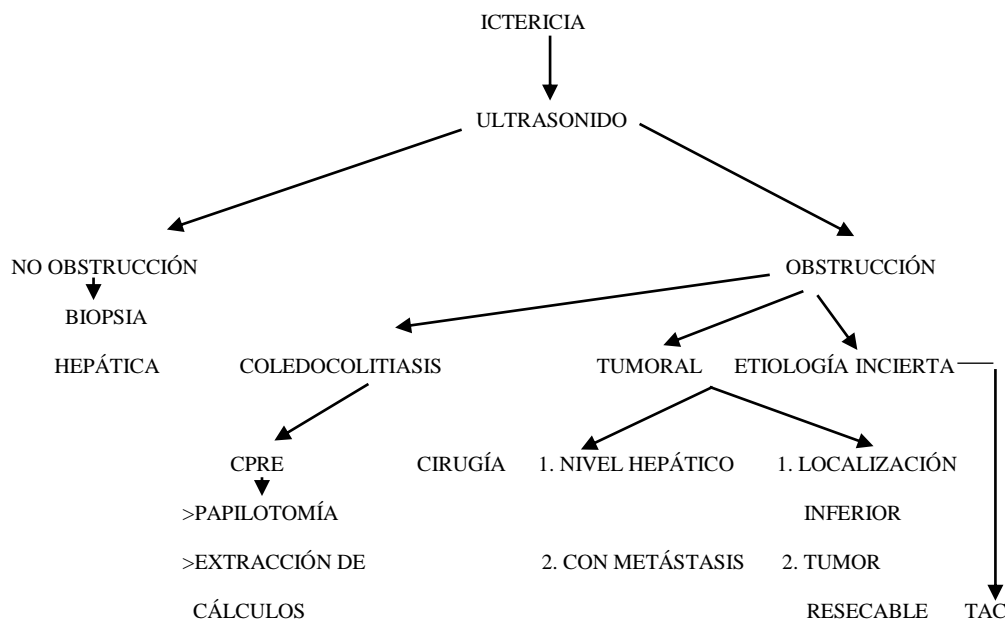
Oportunidades de remisión

La paciente fue atendida en un hospital de segundo nivel para su manejo quirúrgico y luego se transfiere a Centro Oncológico Solca donde continúan hasta el día de hoy con el seguimiento del estado de salud de la paciente. Se realizaron varias interconsultas al servicio de medicina interna para control de co-morbilidades que no muestran datos relevantes.

ANÁLISIS DE PUNTOS CRÍTICOS

- El primer punto crítico es el manejo inicial de la ictericia que el personal de salud que recibe inicialmente a la paciente debe conocer.

La ictericia es la pigmentación amarilla de la piel, escleras, membranas mucosas y plasma que resulta de la acumulación en los tejidos de bilirrubina, un pigmento producto del metabolismo de la hemoglobina. La hiperbilirrubinemia puede deberse a anomalías en la formación, transporte, metabolismo y excreción de la bilirrubina. El rango normal de la bilirrubina en el suero es de 0,5 a 1,2 mg/dl. En un adulto sano la producción diaria de bilirrubina es alrededor de 4 mg/kg. (200 a 300 mg.). El 80-90% proviene del catabolismo de la hemoglobina de glóbulos rojos viejos o dañados que sufren la acción fagocítica mononuclear en el sistema retículo endotelial localizado en el bazo, hígado y médula ósea. El 10-20% restante, proviene de otras fuentes como eritropoyesis inefectiva (destrucción prematura de precursores de eritrocitos en la médula ósea) y de hemoproteínas tales como mioglobina, citocromo P-450, catalasas, peroxidasas y triptófano pirolasas.¹⁰ Es sumamente importante determinar la etiología de la ictericia. Se recoge a continuación una tabla con recomendaciones acerca de lo esencial en cuanto al manejo de la ictericia.



Guía de Manejo de Ictericia Obstructiva

TABLA DE RECOMENDACIONES PRELIMINARES

Nº	RECOMENDACIONES	Fuerza de la recomendación
1	Ante un cuadro de ictericia con manifestación clínica y laboratorio compatible con obstrucción, el primer método por imagen deberá ser una ecografía hepatobiliopancreática	A
2	En pacientes con cuadro clínico laboratorio y ecografía sugestiva de patología neoplásica se deberá realizar TAC dinámica con triple fase arterial venosa y parenquimatosa para una correcta caracterización diagnóstica	A
3	En pacientes con parámetros clínicos y bioquímicos de colestasis, sin evidencia de causa obstructiva biliar evidente pero sospechada con o sin vesícula biliar se debe realizar Colangiopancreatografía retrógrada con fines terapéuticos ya sea temporizador o paliativo	A
4	En pacientes con patología obstructiva baja evidenciado por otro método diagnóstico sin importar la etiología, con signos clínicos y bioquímicos de colestasis (bilirrubina > 10 mg/dl) con colangitis o con disfunción hepática tiene indicación formal de CPRE con fines terapéuticos ya sea temporizador, paliativo o definitivo	A
5	En pacientes con patología obstructiva ya evidenciado por otro método diagnóstico sin importar la etiología, con signos clínicos y bioquímicos de colestasis (bilirrubina > 10 mg/dl) con colangitis o con disfunción hepática tiene indicación de drenaje biliar percutáneo con fines terapéuticos ya sea temporizador, paliativo o definitivo	B

Fuente: Manejo de ictericia obstructiva en el adulto¹⁰

- Otro punto crítico es llegar a un diagnóstico adecuado y precoz. Al respecto la bibliografía menciona los signos y síntomas del carcinoma ampular que incluyen: anorexia, náuseas, vómitos, ictericia, prurito, pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea, el signo de Courvoisier la vesícula biliar (es decir, una vesícula biliar distendida, palpable en un paciente con ictericia), fiebre, y antecedentes de colelitiasis. ¹⁹

Otras veces aparecen signos de colangitis por obstrucción completa de la vía biliar principal en su extremo distal con fiebre, escalofríos y disminución de la diuresis, resalta además la anemia, la pérdida de peso, la ausencia de cólico biliar y la aparición tardía de la ictericia con relación al dolor así como la presencia de prurito que no se ve en la litiasis. ²⁰

La obstrucción biliar puede causar cuadros de colangitis y daño hepático progresivo. ²⁶

Con respecto a los exámenes de laboratorio, inicialmente se debe pedir una biometría hemática ya que puede verse anemia microcítica hipocrómica en la química sanguínea la albúmina desciende por la desnutrición, las pruebas hepáticas están alteradas TGO y TGP levemente, pero sobre todo la bilirrubina puede aumentar hasta a 20 mg/dl a expensas de la directa. La fosfatasa alcalina aumenta a más de 10 veces lo normal, lo que nunca pasa en la litiasis que es al doble la GGT también se encuentra elevada. El tiempo de protrombina es bajo como consecuencia de la obstrucción. La azoemia y la creatinemia están elevadas cuando hay colangitis con insuficiencia renal. ²⁰

Dentro de los marcadores tumorales se determina que no hay marcadores tumorales específicos para el cáncer ampular, lo que podría determinar la presencia del cáncer. Sin embargo, el antígeno carbohidrato 19-9 (CA 19-9) puede estar elevado en el cáncer ampular y los niveles de antígeno carcinoembrionario (CEA) aumentan; sin embargo, es elevada en otros cánceres del tracto digestivo.¹³

Diagnóstico por imágenes

En la evaluación diagnóstica de los pacientes con ictericia con sospecha de obstrucción biliar maligna, tumores benignos, enfermedades inflamatorias y cálculos biliares deben ser excluidos. A continuación, la extensión de la invasión tumoral y la diseminación tiene que ser establecida. Durante el estudio diagnóstico, otra cuestión es diferenciar el carcinoma ampular primario de los tumores periampulares más comunes, incluyendo páncreas, duodeno y carcinoma de las vías biliares. En la mayoría de los casos, la distinción no es esencial desde el punto de vista quirúrgico, ya que, si una lesión maligna se sospecha en esa zona, los pacientes serán sometidos a la misma operación (pancreatoduodenectomía). Sin embargo tumores ampulares y periampulares tienen sustancialmente diferentes implicaciones oncológicas y pronóstico.¹⁵

En la evaluación de pacientes con ictericia ecografía abdominal debe ser el primer estudio de imagen, ya que puede identificar dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, una vesícula biliar distendida y los cálculos biliares; sin embargo, el tumor ampular no puede ser visualizado.¹⁵

La ecografía tiene una sensibilidad de casi el 100%, se trata de un método de bajo costo y disponible en todos los centros, la ecografía puede mostrar el sitio o altura de la obstrucción en un 75%, es decir que el colédoco está dilatado en su porción inferior, incluso puede mostrar la dilatación del Wirsung, pero por la presencia del aire duodenal es difícil que muestre la lesión tumoral.²⁰

La Tomografía abdominal es más sensible que la ecografía para la evaluación de la región periampular, ya que no está limitado por la presencia de gas intestinal o la obesidad y es menos dependiente del operador. Por otro lado, su precisión diagnóstica no es muy alto para las pequeñas masas ampulares, especialmente si se encuentran dentro de la pared duodenal o en el lumen.¹⁵

La endoscopia es particularmente útil para establecer el diagnóstico. En cerca de dos tercios de los casos, ampular y neoplasia duodenal son visibles endoscópicamente como masas exofíticas o ulceradas.¹⁵

La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), es útil para distinguir verdaderos tumores malignos ampulares de los tumores de páncreas y el conducto biliar gracias a la visualización del sitio y la extensión de la estenosis. Además la CPRE permite al operador realizar una biopsia de la papila y del segmento ampular del conducto biliar común o conducto pancreático y la colocación de un stent para la descompresión biliar si es necesario y técnicamente factible. Sin embargo, hay que subrayar que un

stent biliar se debe colocar sólo, una vez que se logra el diagnóstico, ya que puede interferir con todos los exámenes radiológicos (TC, RM, US) y crear una reacción inflamatoria en el conducto biliar.¹⁵

La CPRE es ideal para delinear la anatomía del árbol biliar para evaluar la presencia y severidad de ciertas estructuras tumorales.²³

La ECO-Endoscopia permite visualizar con una alta definición el páncreas, la vía biliar, la ampolla de Váter y las estructuras vasculares peripancreáticas. Actualmente se considera el procedimiento más efectivo para la estadificación tumoral en ampulomas y carcinomas.⁸ La eco-endoscopia es precisa en la investigación de los conductos biliares extra hepáticos y puede detectar cambios sugestivos de transformaciones neoplásicas²⁴

La biopsia de la lesión es obligatoria, pero, ya que las tasas de falsos negativos de la biopsia endoscópica puede ser tan alta como 50%, un resultado negativo no es suficiente para descartar la presencia de un tumor maligno en una lesión ampular ya que la exactitud de las biopsias van desde 47% a 95% como en el caso de nuestra paciente, que a pesar de tener una biopsia negativa para malignidad, el resultado del histopatológico final nos dio otro resultado.

- El siguiente punto trata sobre la demora en el manejo quirúrgico en primera instancia por la inseguridad de la paciente luego por el sistema de salud que no consta con las áreas específicas como es una Unidad de Oncología. Según Murillo R.¹⁷ Director general del equipo de Control del Cáncer en Colombia enuncia que la detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una

mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer. Se toma esta referencia porque la población colombiana se asemeja mucho a la nuestra y es una población vecina que comparte características similares. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La tamización a su vez, se puede realizar a través de programas de base poblacional en donde se pretende alcanzar a toda la población objeto o mediante programas de base institucional en donde se vincula al programa únicamente personas que entran en contacto con los servicios de salud de forma espontánea.¹²

Si bien es cierto es un logro tal vez, inalcanzable debido a que se necesitan recursos sin embargo esperamos que en un futuro no muy lejano se logre mejorar el nivel de Salud en nuestro país, y esta detección oportuna sea posible en la mayoría de la población.

- Las complicaciones postoperatorias también constituyen puntos críticos en nuestra paciente en ella principalmente la fistula pancreática, un derrame pleural y la infección del sitio de la herida. En un estudio de 7 años de revisión del año 2015 Amir Saraee^{1, 3} indica que la complicación más común después de la cirugía es el retraso en el vaciamiento gástrico en un 32,9%, dehiscencias gastrointestinales estas relacionadas con la insuficiencia de la anastomosis gastroyeyunal, y fístula biliar era secundaria a la anastomosis coledocoyeyunal. Además las principales morbilidades de estos pacientes consistía en complicaciones cardiacas principalmente por ser una paciente

diabética son arritmias cardíacas (21,4%), neumonía (10%), hemorragia (7,1%), fistula biliar (2,9%) e insuficiencia renal (5,7%). Las complicaciones menores fueron infección de la herida (17,1%).³

Según otro estudio refiere que el retraso del vaciamiento gástrico y fístula pancreática son las complicaciones más comunes después de la pancreatoduodenectomía

El vaciamiento gástrico retardado es una complicación frecuente que aparece tras la pancreatoduodenectomía y que altera el normal curso postoperatorio fundamentalmente a expensas de prolongar la estancia y aumentar los costes. Además el fracaso de la anastomosis pancreática produce una salida de líquido después de una pancreaticoenterostomía (fístula), con frecuencia contiene enzimas pancreáticas activadas con capacidad de digerir los tejidos adyacentes y provocar una lesión vascular y hemorragia grave.⁷

Las complicaciones más frecuentes de la fístula son la aparición de colecciones intraabdominales y una sepsis local más o menos extensa publicaron los criterios que definen una fístula pancreática a partir de los trabajos de un grupo internacional de cirujanos un volumen de líquido recogido en un drenaje intraabdominal el día 3 del postoperatorio o a partir de ese día con un contenido de amilasa 3 veces superior al valor de la normalidad de la amilasa en suero. El fracaso de la anastomosis pancreática puede deberse a condiciones generales del paciente, como edad avanzada, diabetes, obesidad, etc., a condiciones intraoperatorias tales como intervenciones de larga duración, a la necesidad de transfusión sanguínea perioperatoria, pero frecuentemente, también a condiciones locales del

remanente pancreático: exceso de grasa peripancreática, conducto de Wirsung de diámetro inferior a 3 mm y textura blanda. No obstante la técnica quirúrgica (telescopaje pancreático) y la experiencia del cirujano son las variables de mayor importancia en la aparición de esta complicación.⁷

Otra complicación es la hemorragia postoperatoria postpancreatectomía. La hemorragia postoperatoria postpancreatectomía aparece con una frecuencia de entre el 5 y el 16%⁷ y es una de las complicaciones más graves después de la cirugía pancreática, con una mortalidad, que varía entre el 14 y el 54%, Únicamente se la cita sin embargo esta no se presentó en nuestra paciente.⁷

- Finalmente se mencionara el pronóstico y sobrevida de la paciente con el manejo al cual fue sometida. Dentro de la literatura Ahn. D. Et Al¹ refiere que la mayoría de los pacientes con carcinomas ampulares resecaos eventualmente morirán de la enfermedad recurrente. Múltiples estudios sugieren un posible beneficio en la supervivencia de la administración de la quimioterapia adyuvante, con menos apoyo para el uso de la radiación. La quimioterapia sistémica sigue siendo el pilar en el tratamiento de pacientes con enfermedad no resecaable y metastásico localmente avanzado. Dada la rareza de esta enfermedad, nuestra confianza está en los conjuntos de datos publicados limitados incluyendo una variedad de ensayos.²

Agentes que han sido examinados en esta enfermedad incluyen antimetabolitos (fluoropirimidina y/o gemcitabina) con o sin la adición de un compuesto de platino (por lo general cisplatino u oxaliplatino). Trabajos

publicados sugieren variabilidad en las tasas de respuesta que van desde 10% a 40% e informó una media de supervivencia global de hasta 20 meses. En otro estudio, ABC-02, que representa el ensayo controlado aleatorio más grande de cánceres de las vías biliares, investigó el uso de cisplatino con gemcitabina frente a gemcitabina sola en 410 pacientes con cáncer de las vías biliares avanzado o metastásico. Los beneficios en la supervivencia global (11,7 frente a 8,1 meses) y la supervivencia libre de progresión (8 vs 5 meses) se observaron en los pacientes tratados con la terapia de combinación en comparación con gemcitabina sola. Y en conjunto se analizó a los pacientes con cánceres ampulares, aproximadamente el 5% de la población de estudio, sugirió un beneficio de supervivencia similar con la combinación en comparación con el resto de la población de estudio.²

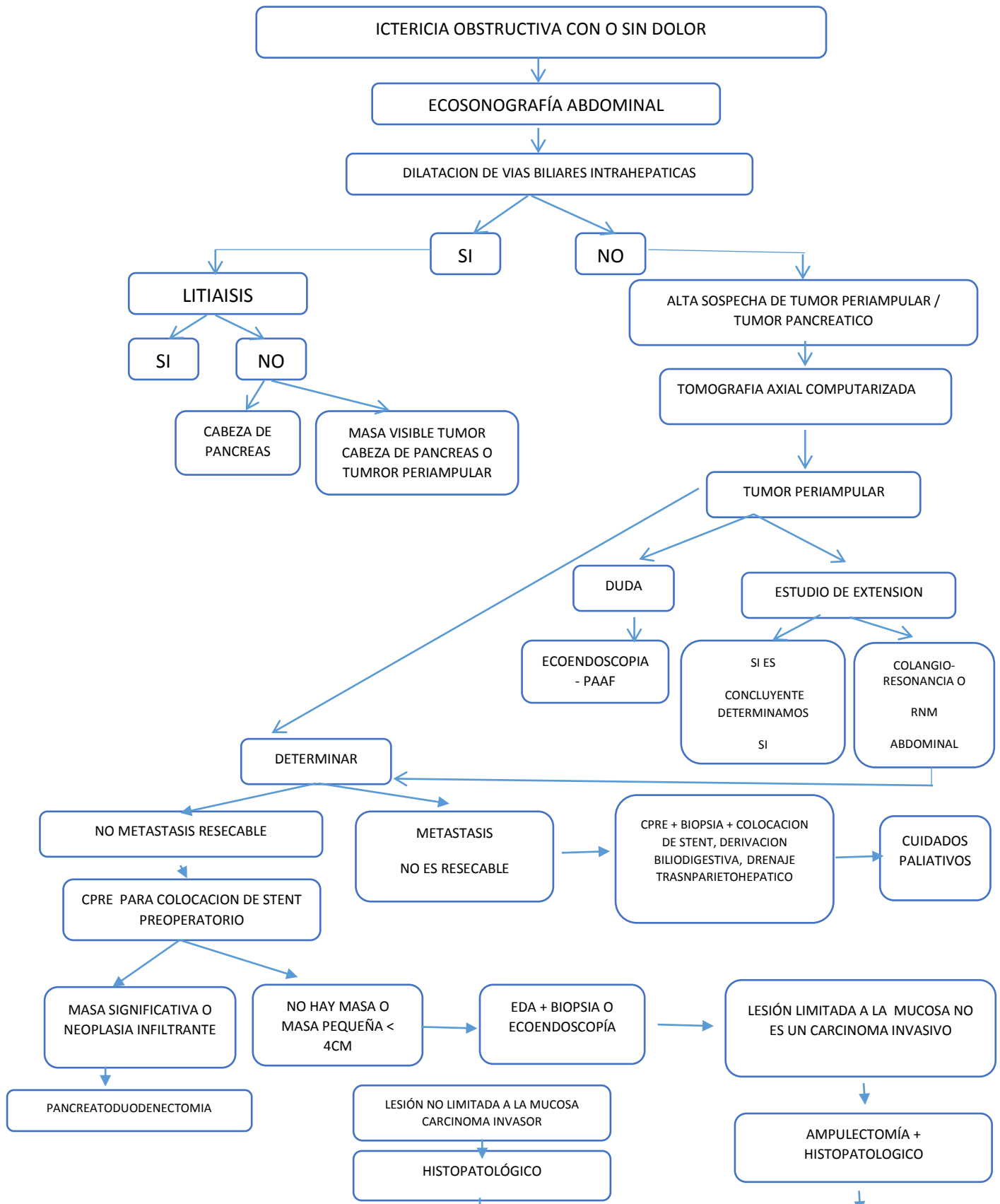
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
<ul style="list-style-type: none"> • Demora en el tiempo de manejo desde el primer momento que ingresa la paciente para que no se le dé el alta sino de la manera más oportuna se resuelva quirúrgicamente en patologías que se complicarían si se posterga la cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar mayor personal médico (en este caso cirujanos) dotados de la experiencia necesaria para realizar cirugías de esta complejidad • Dar un manejo adecuado basado en protocolos que deberían establecerse en cada servicio del Hospital IESS Ambato
<ul style="list-style-type: none"> • La inseguridad de la paciente ya que inicialmente ella no quería que su cirugía se lleve a cabo en el hospital de Ambato sin embargo después depositó su confianza en el personal de esta casa de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el material quirúrgico necesario para la realización de cirugías que no son frecuentes como la de la paciente citada para que así los pacientes conozcan la efectividad de las mismas y puedan depositar su confianza sin reservas. • Manejo por parte de Psicología con aportes de terapias de soporte para la paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo prolongado en la realización de los resultados histopatológicos para que en casos oncológicos se dé un manejo oportuno y rápido 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor personal para la realización de estudios histopatológicos • Dotar de equipos de última tecnología que permitan un resultado veraz de cada análisis histopatológico
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo Oncológico de los pacientes para que no se los tenga que transferir a otras unidades de convenio 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un servicio de Oncología equipado para que los pacientes reciban un tratamiento adecuado y conforme a su patología en la misma Unidad de Salud

PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

En este acápite se establecerá un protocolo de manejo y tratamiento en pacientes que debutan con cuadro sugestivo de patología biliar y como llegar al diagnóstico

adecuado con las diferentes ayudas diagnósticas que tenemos en las diferentes Unidades de Salud



En esta patología es importante llegar a un diagnóstico adecuado y de manera oportuna. Es por eso que se resume en este cuadro el manejo desde el inicio. Se detallará un poco más a continuación acerca de las últimas tendencias en cuanto al tratamiento adyuvante, que es la quimioterapia ya que a pesar de numerosos avances en el tratamiento del cáncer y la investigación, los esfuerzos en neoplasias raras como el cáncer ampular siguen siendo muy desafiante con una clara ausencia de una norma basada en la evidencia del paradigma de tratamiento de cuidado.

En este momento, están disponibles para nosotros los datos de una multitud de estudios retrospectivos y análisis de subgrupo de estudios más amplios sugieren que para la enfermedad loco-regional, la resección quirúrgica seguida de la administración de quimioterapia adyuvante (preferiblemente gemcitabina) representa el pilar de tratamiento preferido. El papel de la radiación es menos clara. Para la enfermedad no resecable y metastásico, la terapia sistémica con un antimetabolito (fluoropirimidina y/o gemcitabina) en combinación con un compuesto de platino, (por lo general cisplatino u oxaliplatino) debe ser considerado.²

Dada la rareza de la enfermedad, es muy poco probable que un buen desempeño impulsado por ensayos clínicos controlados aleatorios para comprender mejor el papel de las diversas modalidades o establecer el papel de las nuevas terapias. Tal vez, como nuestra comprensión de los orígenes moleculares y genéticas de este tipo

de cáncer va a mejorar. Las estrategias terapéuticas más específicas nos ayudarán a lograr un mejor resultado para los pacientes con cáncer ampular. Además de la histología, los estudios recientes que examinan las secuencias genómicas en cánceres ampulares han identificado muchas aberraciones relevantes, incluyendo deleciones de KRAS, SMAD4 y PTEN. Los resultados sugieren un oncogénesis distinta, que puede ser importante en el contexto terapéutico para el desarrollo de terapias dirigidas, incluyendo la inhibición del PI3K. ²

CONCLUSIONES

- Se estableció cual hubiese sido el diagnóstico y tratamiento oportuno del ADENOCARCINOMA AMPULAR en el caso de nuestra paciente, con un manejo desde el primer síntoma que se manifestó que fue la ictericia de ahí que se establece una manejo inicial en caso de ictericia obstructiva
- Se determinó las causas principales y factores de riesgo de la patología estudiada ya que esto proporciona una información completa para llegar a un diagnóstico preciso y que se maneje de forma adecuada.
- Analizamos el manejo que se le dio a la paciente en el segundo nivel de atención en salud, encontrando las falencias y los aciertos desde su manejo en el servicio de emergencias hasta su manejo actual.
- Se reconoció los signos clínicos que permiten sospechar la presencia de un tumor en las vías biliares para inicialmente poder tomar una conducta adecuada y dar el correcto manejo que todos los pacientes se merecen

- Establecimos la estrategia más idónea para confirmar el diagnóstico y el manejo postquirúrgico que se le dio a la paciente estudiada, según los últimos estudios basados en evidencia médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Shackelford, Zuidema G, Yeo C, Cirugía del Aparato Digestivo. Quinta Edición. Volumen III. Editorial Médica Panamericana. Marzo 2005

LINKOGRAFÍA

2. Ahn. D. Et al .Ampullary Cancer: An Overview. Asco University. (2014).
Disponibile en: <http://meetinglibrary.asco.org/content/114000112-144>
3. Amir Saraee. Whipple procedure: a review of a 7-year clinical experience in a referral center for hepatobiliary and pancreas diseases. World Journal of Surgical Oncology. 13:98 (2015) Disponible en: <http://www.wjso.com/content/pdf/s12957-015-0523-8.pdf>
4. Antoni M. Tumores de la vesícula y vías biliares. Capítulo 47. (2010)
Obtenido de:http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/47_Tumores_de_la-vesicula_y_vias_biliares.pdf
5. **Calmet F. Síndrome Ictérico. Capítulo 34. (2010). Disponible en:** http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap34_Sindrome_ictérico.pdf
6. Carter D. Tumores ampulares. Revista Intramed. (2008). Disponible en <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=55460>

7. Cruz L. Et Al. Complicaciones después de una pancreaticoduodenectomía. Revista Elsevier. Cirugía. España. (2012). Disponible en: http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2012/Abril2_2012.pdf
8. **Ferraro A. Et Al. Tumores Periampulares. Capitulo IV 482. 2013. Disponible en:** <http://www.sacd.org.ar/cochentaydos.pdf>
9. Jordán A. Adenocarcinoma de la ampolla de Váter. A propósito de un caso. Revista Scielo. (2010). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v32n5/spu11510.pdf>
10. **Lamot J. Guía de práctica clínica. Manejo de ictericia obstructiva en el adulto. (2009). Disponible en: http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2014/06/ictericia_obstructiva_2009.pdf**
11. Loria D. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Argentina, Cuba y Uruguay en un período de 15 años. Trabajo de Investigación Aprobado: 25 de enero de 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_02_10/spu04210.htm
12. Murillo J. Et Al. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Ministerio de Salud Disponible en: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
13. Paknikar S. Ampullary Cancer / Cancer of the Ampulla of Vater Revista MediindiaNet. (2014). Disponible en: <http://www.medindia.net/patients/patientinfo/ampullary-cancer.htm>
14. Palomino M. Cáncer según tipos de sangre. (2009) Disponible en: <http://www.med-etc.com/med/heilung-o-medi/DrDAdamo/krebs-cancer-segun-grupo-sanguineo-ESP.html>

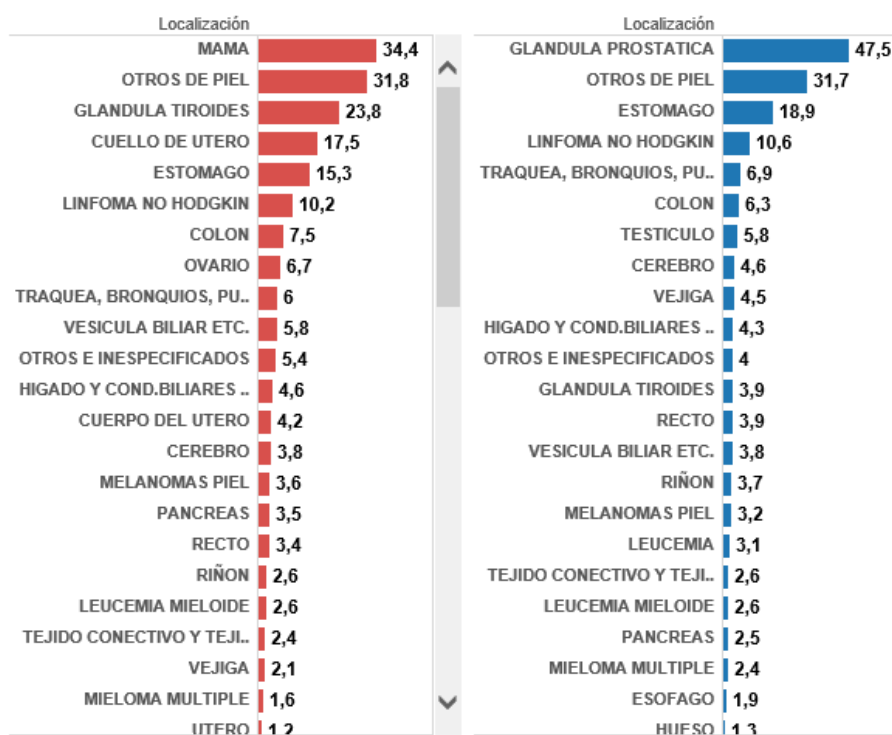
15. Pancery F. Management of ampullary neoplasms: A tailored approach between endoscopy and surgery. *World Journal Gastroenterology*. 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499340/>
16. Pereira J. Resección endoscópica de adenoma gigante de la ampolla de Váter con crecimiento intraductal: a propósito de un caso. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*. (2012) Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/gen/v66n1/art11.pdf>
17. Solca . Los tipos de cáncer que más crecen en Quito en 25 años. Página Web de El Comercio. (2010) Disponible en: [:http://www.elcomercio.com/datos/crecimiento-tipos-cancer-quito-solca.html](http://www.elcomercio.com/datos/crecimiento-tipos-cancer-quito-solca.html)
18. Solca . Porcentaje y Número de muertes por tipo de cáncer según sexo de residentes en Guayaquil para el año 2012. Disponible en: www.solca.med.ec
19. **Vivek K Mehta. Revista Emedicine. Carcinoma Ampular. Publicado 2015 Disponible en:** <http://emedicine.medscape.com/article/276413-overview#a6>
20. Wasmons J. Cáncer de Ampolla de Váter. *Revista Tendencias en Medicina*. 2009. Disponible en: www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes04p/art_05.pdf
21. Zúñiga V. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Váter. *Revista Elsevier Volumen 32 Número 02*. Publicación de 2009. Obtenido de: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-diagnostico-tratamiento-los-tumores-papila-13133201>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

22. PROQUEST: Handy, Catherine M; Site-Specific Cancer Series : Pancreatic and Hepatobiliary Cancer;Editorial Oncology Nursing Society. February 2013; Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=11078057&p00=whipple+Surge>
 ry
23. PROQUEST: Adler, Douglas ;Curbside Consultation in GI Cancer for the Gastroenterologist: 49 Clinical Questions; **EDITORIAL.** SLACK Incorporated. April 2011 Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10801911>
24. PROQUEST: Deutsch, Jhon C; Mattew R. Editorial. Jhon wiley & sons; Gastrointestinal Endoscopy in the cancer patient (2nd edition) February 2013
 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?Docid=10662578>
25. PROQUEST: Kelsen, David P, Daly, Jhon M, Kern, Scott; gastrointestinal Oncology: Principles and Practices. Editorial LWW (PE) November 2011.
 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?Docid=10865319>
26. PROQUEST: Thomas, Charles, Clifton, David Fuller, Biliary Tract and Gallblader Cancer: Diagnosis and Therapy. January 2009. Editorial demos medical publishing. Disponible en:
<http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docid=10314004&p00=ampullary+adenocarcinoma>

ANEXOS

TABLA N°1 Incidencia de cáncer en Quito



Fuente SOLCA



NÚMERO DE MUERTES POR TIPO DE CÁNCER SEGÚN GRUPO DE EDAD RESIDENTES EN GUAYAQUIL. Todos 2009 & 2012

CIE-10	TIPO DE CÁNCER	GRUPO EDAD												TOT.			
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59		60-64	65-69	70-74
C01	Tumor maligno de la base de la lengua													1			1
C02	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua						1			1	1	1	1	2	1		7
C03	Tumor maligno de la encma																1
C05	Tumor maligno del paladar												1				1
C06	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca														1		1
C07	Tumor maligno de la glándula parótida											1			1		2
C09	Tumor maligno de la amígdala										1		1		2		4
C11	Tumor maligno de la nasofaringe												1				2
C13	Tumor maligno de la hipofaringe										1						1
C14	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos del labio, de la cavidad b..										1				1	1	4
C15	Tumor maligno del esófago										1	1	2	3	7	3	10
C16	Tumor maligno del estómago				1	2	5	10	14	5	23	22	36	52	41	56	171
C17	Tumor maligno del intestino delgado							1		2	1	1	1		4		11
C18	Tumor maligno del colon					2	1	3	2	6	5	13	20	12	19	26	96
C19	Tumor maligno de la unión rectosigmoidea										1		1		2	1	6
C20	Tumor maligno del recto			1	1			1	2	3	2	4	5	6	3	5	15
C21	Tumor maligno del ano y del conducto anal														1		1
C22	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas				2	1			1	6	12	14	16	23	25	23	94
C23	Tumor maligno de la vesícula biliar												3	4	2	2	19
C24	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares									2			3	3	5	1	27
C25	Tumor maligno del páncreas					1	1	1	1	3	5	7	11	13	16	16	47
C26	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos										2	1		1		1	3

Fuente: SOLCA



PORCENTAJE Y NÚMERO DE MUERTES POR TIPO DE CÁNCER SEGÚN SEXO RESIDENTES EN GUAYAQUIL. 2012

CIE-10	TIPO DE CÁNCER	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%
C01	Tumor maligno de la base de la lengua			1	100,0%	1	100,0%
C02	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%
C05	Tumor maligno del paladar	1	100,0%			1	100,0%
C06	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca	1	100,0%			1	100,0%
C07	Tumor maligno de la glándula parótida	3	100,0%			3	100,0%
C11	Tumor maligno de la nasofaringe			2	100,0%	2	100,0%
C13	Tumor maligno de la hipofaringe			1	100,0%	1	100,0%
C15	Tumor maligno del esófago	5	45,5%	6	54,5%	11	100,0%
C16	Tumor maligno del estómago	136	56,2%	106	43,8%	242	100,0%
C17	Tumor maligno del intestino delgado	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
C18	Tumor maligno del colon	54	45,0%	66	55,0%	120	100,0%
C19	Tumor maligno de la unión rectosigmoidea	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
C20	Tumor maligno del recto	12	42,9%	16	57,1%	28	100,0%
C21	Tumor maligno del ano y del conducto anal			1	100,0%	1	100,0%
C22	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	62	51,2%	59	48,8%	121	100,0%
C23	Tumor maligno de la vesícula biliar	3	37,5%	5	62,5%	8	100,0%
C24	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	5	38,5%	8	61,5%	13	100,0%
C25	Tumor maligno del páncreas	40	49,4%	41	50,6%	81	100,0%
C26	Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%
C30	Tumor maligno de las fosas nasales y del oído medio	1	100,0%			1	100,0%
C32	Tumor maligno de la laringe	10	71,4%	4	28,6%	14	100,0%

Fuente: SOLCA

EXAMENES DE LA PACIENTE

EXAMENES PRIMER INGRESO 11/AGOSTO/2014	BIOMETRIA HEMATICA	LEUCOCITOS: 6480 HB: 12,1 HCTO: 37,6 NEUTROFILOS:48,2% LINFOCITOS: 37,8% MONOCITOS: 11,3% EOSINOFILOS: 2,5% BASOFILOS: 0,2% PLAQUETAS: 277000
11/AGOSTO/2014	QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA: 209, 7 mg/dl UREA: 70 mg/dl CREATININA: 2,2 mg/dl BILIRRUBINA TOTAL: 4.64 mg/dl BILIRRUBINA DIRECTA: 4,43 mg/dl BILIRRUBINA INDIRECTA: 0,22 mg/dl AST: 192 U/I ALT: 233 U/I AMILASA: 78 U/I
12/AGOSTO/2014	ELECTROLITOS	NA: 139 meq/L K: 4,5 meq/L Ca: 1,21 meq/L
12/AGOSTO/2014	QUIMICA SANGUINEA	FOSFATASA ALCALINA: 625 U/I GAMA GT: 1159 U/I PROTEINAS TOTALES: 6.6 g/dl ALBUMINA: 3,5 g/dl ANTI HAV /IGM : 0,21 ANTI HBS NO DISPONIBLE EL RESULTADO T4 TOTAL: 1,36 ng/dl TSH: 2,30 T3 LIBRE: 0,211 ng/dl INSULINA: 41,57 µUI/ml PEPTIDO C : 8,57 ng/ml GLUCOSA: 215,1 mg/dl TRIGLICERIDOS: 162 mg/dl COLESTEROL: 294 mg/dl HEPATITIS C: 0,064
12/AGOSTO/2014	ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA	REPORTE: SE OBSERVA AL HÍGADO DE TAMAÑO ADECUADO, ECO ESTRUCTURA CONSERVADA, ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA, NO SE OBSERVAN MASAS SÓLIDAS QUÍSTICAS. SE OBSERVA DILATACIÓN DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPATICAS PRINCIPALMENTE EN LA RAMA IZQUIERDA Y EXTRA HEPÁTICA A NIVEL DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL LA CUAL MIDE 1,3 A 1,6CM. COLECISTECTOMIZADA. RIÑONES DE TAMAÑO Y ECO ESTRUCTURA ADECUADA, RELACIÓN CORTICO MEDULAR Y ESPESOR CORTICAL NORMAL. BAZO SIN ALTERACIONES. PANCREAS,AORTA Y RETROPERITONEO SIN PATOLOGÍA. NO VALORADO POR INTERPOSICION GASEOSA INTESTINAL POR FALTA DE AYUNO. I.D. VIAS BILIARES INTRA Y EXTRAHEPATICAS DILATADAS. SE SUGIERE UNA VALORACION DE ACUERDO A LA CLINICA DE LA PACIENTE A DETERMINAR LA NECESIDAD DE COLANGIORESONANCIA.
12/AGOSTO/2014	EMO	DENSIDAD: 1,015 PH:5 GLUCOSA NORMAL CETONAS: NEGATIVO BILIRRUBINAS NEGATIVO EUCOCITOS NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO HB NEGATIVO UROBILINOGENO NORMAL PIOCITOS: 2,20

		HEMATIES: 0,58 BACTERIAS + CELULAS EPITELIALES: 1,75
19/AGOSTO/2015	CPRE	CPRE: INVESTIGAR AMPULOMA, COLOCACION DE PROTESIS
20/AGOSTO/2015	TAC ABDOMINOPELVICA	SIGNOS TOMOGRAFICO SUGESTIVOS DE ESTEATOSIS HEPATICA DIFUSA GRADO II, COLEDOCO DILATADO DE 19 MM, NO SE LOGRA IDENTIFICAR LA CAUSA OBSTRUCTIVA EN EL PRESENTE EXAMEN
14/DICIEMBRE/2014	ENDOSCOPIA ALTA + BIOPSIA	ESOFAGO SIN PATOLOGIA ESTOMAO MUCOSA DE ANTRO Y CUERPO CON ERITEMA PARCELAR MODERADO, NO SE TOMA BIOPSIAS, DISTENSIBILIDAD CONSERVADA DUODENO SE OBSERVA EL AMPULA PROMINENTE CON MUCOSA CONGESTIVA HIPERTROFICA, LIGERAMENTE IRREGULAR, MIDE APROXIMADAMENTE 40 MM Y TIENE UNA PROTESIS BILIAR PARCIALMENTE LOCALIZADA, YA QUE GRAN PARTE DE SU LONGITUD ESTA PROYECTADA AL DUODENO SE TOMA BIOPSIAS IDG: GASTROPATIA ERITEMATOSA MODERADA DE ANTRO Y CUERPO AMPULOMA
14/DICIEMBRE/2014	BIOPSIA	MACROSCOPIA SE RECIBE FIJADO 10 FRAGMENTOS DE TEJIDO BLANDO BLANQUECINO DE 0,2 CM 8 PLACAS MICROSCOPIA LOS CORTES MUESTRAN MUCOSA DUODENAL CON VELLOSIDADES INTESTINALES ALTAS, ENGROSADAS Y EDEMATOSAS, CON AREA DE PERDIDA DE BORDE EN CEPILLO, PRESENCIA DE LINFOCITOS INTRAEPITELIALES EN LAS VELLOSIDADES DE 50 A 55 POR CADA 100 ENTEROCITOS LAMINAL PROPIA EDEMATOSA CONGESTION VASCULAR Y MODERADO INFILTRADO INFLAMATORIO LINFOPLASMOCTARIO Y SEVERO INFILTRADO POLIMORFONUCLEAR QUE FORMA MICROABSCESOS EVENTUAL CRECIMIENTO BACTERIANO DG: BIOPSIA DE AMPULA PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO CON MICROABSCESOS COMPATIBLE CON SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO

FUENTE: AS400

IMÁGENES DE EDA + TOMA DE BIOPSIA



FIG 1 AMPULOMA

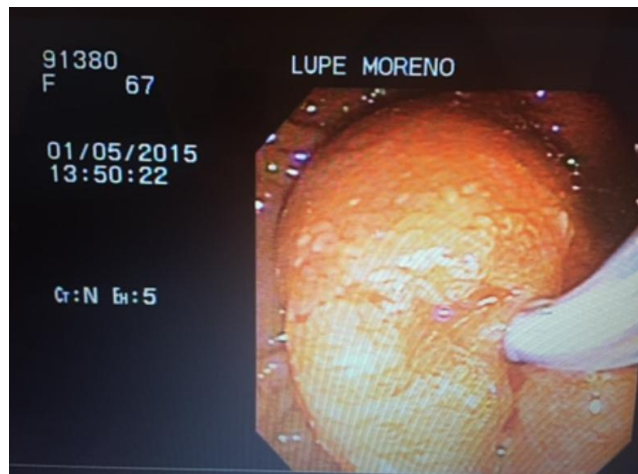


FIG 2 AMPULOMA Y TOMA DE BIOPSIA