

Guayaquil, 28 de agosto del 2017

Doctor.

Guillermo Campuzano.

Director de Escuela de Graduados

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de Guayaquil

Ciudad.-

*Lucía / 10000
de Stebén
D.
21/8/17*

De mi consideración:

Por medio de la presente le comunico que luego de revisar y corregir el Proyecto Final del Trabajo de Investigación, para la obtención del Título de Especialista en Gastroenterología de la Dra. Lucía Alexandra Hernández Ludeña con CC: 1103376958, siendo el tema: Efectividad del uso de endoprótesis de vía biliar en el tratamiento paliativo de tumores biliopancreáticos", se autoriza a la Dra. Hernández para la presentación del mismo.

Angel

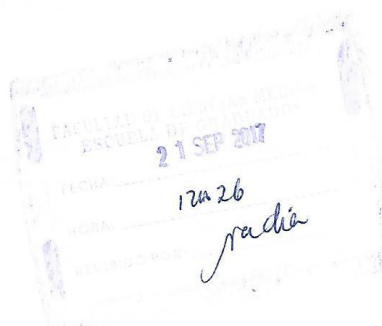
Atentamente

Dr. Ángel Ortiz Arauz

Revisor Asignado

Universidad de Guayaquil

En Archivo//



Dr. Angel Ortiz Arauz
PATOLOGO CLINICO
A.S.P. LIBRO VI FOLIO 1457 N°. 4188
GENESCYT: 10068-07-737



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
DIRECCION



Of. EG-172-ANTEP.

Octubre 18 de 2016

Doctora
Lucia Alexandra Hernández Ludeña
RESIDENTE ESPECIALIDAD GASTROENTEROLOGIA
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL SOLCA
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Unidad Curricular de Titulación vigente en esta Escuela su Anteproyecto de Investigación con el tema:

"EFECTIVIDAD DEL USO DE ENDOPROTESIS DE VIA BILIAR EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE TUMORES BILIOPANCREATICOS".

Tutor: Dr. Iván Nieto Orellana

Ha sido revisado y aprobado por la Subdirección de Escuela de Graduados el día 13 de octubre del 2016, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Proyecto final de titulación.

Revisor asignado: Dr. Ángel Ortiz Arauz

Atentamente,

Dr. Guillermo Campuzano Castro
DIRECTOR

C. archivo

Revisado por/Revisado	Dr. Guillermo Campuzano Castro
Revisado	Néstor Guevara



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día: 18 Mes: 09 Año: 2017

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
GASTROENTEROLOGIA

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
HOSPITAL DEL ION - SOLCA

Fecha Inicio Programa:
Día: 01 Mes: 12 Año: 2013

Fecha Culminación Programa:
Día: 30 Mes: 11 Año: 2016

DATOS DEL POSGRADISTA			
NOMBRES:	LUCÍA ALEXANDRA	APELLIDOS:	HERNÁNDEZ LUDEÑA
Cédula No:	1103376958	Dirección:	Urb. Castilla Km 12,5 Vía Samborondón
E-mail Institucional:	gastro@solca.med.ec	E-mail personal:	lucyaleher@hotmail.com
Teléfono convencional:		Teléfono móvil:	0996296210

TRABAJO DE TITULACIÓN
"EFECTIVIDAD DEL USO DE ENDOPRÓTESIS DE VÍA BILIAR EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE TUMORES BILIOPANCREÁTICOS"

MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:
1. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (X) 2. EXAMEN COMPLEXIVO () 3. ARTICULO CIENTIFICO ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	CUARTA LÍNEA: SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE
SUBLÍNEA:	CUARTA SUBLÍNEA: METODOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS, BIOLÓGICAS, BIOQUÍMICAS Y MOLECULARES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	CUARTA LÍNEA: NEOPLASIAS / DIGESTIVO SUBLÍNEA: NUEVAS TECNOLOGÍAS
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL	
SUBLÍNEA	INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PALABRAS CLAVE: TUMORES BILIOPANCREÁTICOS, PRÓTESIS, VÍA BILIAR, CALIDAD DE VIDA
--

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:
RETROPROSPECTIVO, ANALITICO

TUTOR:	DR. IVAN NIETO ORELLANA
REVISOR METODOLÓGICO:	
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	DR. IVAN NIETO ORELLANA

No. DE REGISTRO:	No. CLASIFICACIÓN:
------------------	--------------------

VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DIRECTOR / COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.		
F)	F)	F)



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO
PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GASTROENTEROLOGÍA**

TEMA

“EFECTIVIDAD DEL USO DE ENDOPRÓTESIS DE VÍA BILIAR EN EL
TRATAMIENTO PALIATIVO DE TUMORES BILIOPANCREÁTICOS”

ION SOLCA DR. JUAN TANCA MARENGO 2010-2016

AUTORA

DRA. LUCÍA ALEXANDRA HERNÁNDEZ LUDEÑA

TUTOR:

DR. IVÁN NIETO ORELLANA

AÑO:

2017

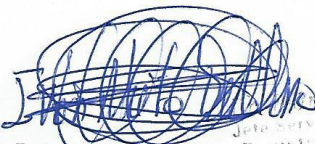
GUAYAQUIL ECUADOR

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de la tesis **“Efectividad del uso de endoprótesis de vía biliar en el tratamiento paliativo de tumores biliopancreaticos”** **ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010-2016**, para optar por el título de Especialista en gastroenterología, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO que: he dirigido y revisado el proyecto de tesis de grado.

Autorizo a la **Dra. Lucía Alexandra Hernández Ludeña**, CC. 1103376958 la presentación del proyecto.


Dr. Iván Nieto Orellana
Jefe Serv. Gastroenterología
Registro Sanitario 6392
Libro II Folio 1733 N° 5025
SOLCA

Tutor

Guayaquil, septiembre 2017

DIRECTOR DEL POST GRADO DE GASTROENTEROLOGÍA

CERTIFICACIÓN

En calidad de Director del Post grado de Gastroenterología de la Escuela de Post Grado de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, he revisado el proyecto de la Tesis, **"Efectividad del uso de endoprótesis de vía biliar en el tratamiento paliativo de tumores biliopancreaticos"** ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010-2016,

Autorizo a la **Dra. Lucía Alexandra Hernández Ludeña**, CC. 1103376958 la presentación del proyecto.

Dr. Iván Nieto Orellana

DIRECTOR DEL POST GRADO

Dr. Iván Nieto Orellana
Dra. Lucía Alexandra Hernández Ludeña
Registro Profesional 6392
Lubio 11 Año 1731 N° 5025
SOLCA

Guayaquil, septiembre 2017

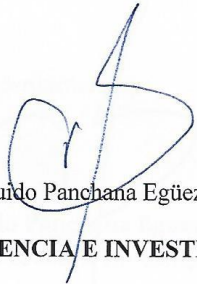


DIRECTOR DE DOCENCIA

CERTIFICACIÓN

En mi calidad de Jefe de Docencia he revisado el proyecto de Tesis **“Efectividad del uso de endoprótesis de vía biliar en el tratamiento paliativo de tumores biliopancreaticos”** ION **SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010-2016** correspondiente al postgrado de Gastroenterología de la Escuela de Postgrado de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

Autorizo a la **Dra. Lucía Alexandra Hernández Ludeña**, CC. 1103376958 la presentación del proyecto.


Dr. Guido Panchana Egúez

JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Guayaquil, septiembre 2017



**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR
MATRIZ GUAYAQUIL**

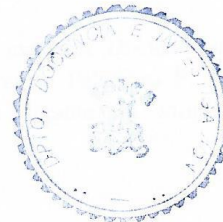
CERTIFICADO

El suscrito Dr. Guido Panchana Eguez, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación de SOLCA, certifica que:

Se ha revisado la base de datos de las historias clínicas para la realización del proyecto de Tesis: es "Efectividad del Uso de Endoprótesis de Vía Biliar en el Tratamiento Paliativo de Tumores Biliopancreáticos"; cuyo autor es Dra. Lucía Hernández Ludeña, previa la obtención del Título de especialista en Gastroenterología; son del Sistema Médico Informático de SOLCA Guayaquil.

Atentamente,

Dr. Guido Panchana Eguez
Jefe Dpto. Docencia e Investigación



Guayaquil, 14 de agosto del 2017

c.c.: Archivo

AGRADECIMIENTO

A Dios infinitamente gracias.

A todos mis familiares, especialmente a mis queridos padres y hermanos por su constante e incondicional apoyo a lo largo de mi carrera profesional.

Al ION SOLCA Guayaquil, Institución que me ha acogido a lo largo de mis estudios de Postgrado;

A todos quienes conforman el Servicio de Gastroenterología.

Y en especial a mis maestros Doctor Iván Nieto Orellana y Doctor Ernesto Paladines P, tutores y pilares fundamentales durante mi formación de especialidad.

Lucía

DEDICATORIA

A Gerardo y Lolita, de quienes aprendí que los objetivos se alcanzan con esfuerzo, dedicación y trabajo constante.

A Martín y Sofi, quienes siguen cada uno de mis pasos, y me impulsan diariamente a ser mejor ser humano y mejor profesional.

Lucía

ÍNDICE

	Pág.
Portada	ii
Carátula	iii
Certificado de aprobación del Tutor	iv
Certificado del Director de Post Grado	v
Certificado del Departamento de Docencia	vi
Agradecimiento	vii
Dedicatoria	viii
Índice	ix
Resumen	x
Summary	xi
Introducción	1
Cap. I Planteamiento del problema	
1.1 El problema	4
1.2 Determinación del problema	4
1.3 Preguntas de investigación	5
1.4 Justificación	5
1.5 Viabilidad de la investigación	7
Cap. II Objetivos e hipótesis	
2.1 Objetivos	8

2.2	Hipótesis	8
Cap. III	Marco teórico	
3.1	Antecedentes del estudio	9
3.2	Fundamentación teórica	11
Cap. IV	Material y métodos	
4.1	Materiales	29
4.2	Variables de investigación	30
4.3	Método	32
4.4	Procedimientos de investigación	32
		Pág.
4.5	Fundamentación legal	33
4.6	Aspectos éticos y legales	35
Cap. V	Resultados y discusión	
5.1	Resultados	36
5.2	Discusión	43
Cap. VI	Conclusiones y recomendaciones	
	6.1 Conclusiones	45
	6.2 Recomendaciones	47
	Referencias bibliográficas	48
	Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	Título	Pág.
1	Comportamiento de la bilirrubina total antes y después de la endoprótesis de vía biliar del cáncer biliopancreático	37
2	Complicaciones posteriores a la colocación de la endoprótesis de vías biliares en pacientes de bilio- pancreatitis	38
3	Valoración con la Escala Funcional ECOG/OMS al inicio del procedimientos a los 3 y 6 meses posteriores a la endoprótesis de vía biliar en los pacientes de cáncer biliopancreático	39
4	Tiempo de sobrevida en días de los pacientes de cáncer biliopancreático posterior a la endoprótesis de vía biliar	41
5	Mortalidad de los pacientes de cáncer biliopancreático posterior a la endoprótesis de vía biliar	42

RESUMEN

Fundamento: Los tumores biliopancreaticos malignos representan el 3% de las neoplasias gastrointestinales y su diagnóstico suele ser tardío y de mal pronóstico, la colocación de stent por vía endoscópica es una opción terapéutica en estadios avanzados. Objetivo: Analizar la efectividad del uso de prótesis endoscópicas para drenaje biliar como tratamiento paliativo en tumores biliopancreaticos. Metodología: El universo representado por pacientes con diagnóstico de tumor maligno de vías biliares y/ o páncreas, la muestra constituida por 55 casos a los que se realizó el procedimiento de colocación de endoprótesis de vía biliar. Resultados: relación hombres / mujeres 1/1,29. Los diagnósticos más frecuente fueron el colangiocarcinoma, seguido de cáncer de páncreas y ampuloma. El éxito clínico se definió al descenso de la bilirrubina posterior a la colocación de la endoprótesis: BT anterior al procedimiento media 10,06 mg/Dl $\pm$ 10,42 y BT post stent media fue de 2,34 mg/Dl $\pm$ 6,69, el éxito técnico fue del 100% (posicionamiento de la prótesis en el sitio de la obstrucción). La sobrevida promedio en los pacientes posterior al tratamiento fue de 182,56 días, y La evaluación sobre la calidad de vida fue aceptable en la mayoría de los pacientes evaluados (ECOG-0-2).

Conclusiones: Los tumores que obstruyen con mayor frecuencia la vía biliar son los colangiocarcinomas, tumores de páncreas y tumores de la ampolla de vater. La colocación de prótesis de vía biliar constituye el tratamiento de drenaje recomendado en pacientes con obstrucción ductal por tumores biliopancreaticos avanzados, al ser un procedimiento con favorable éxito técnico y clínico, asociado a escasas complicaciones.

Palabras clave: **TUMORES BILIOPANCREATICOS, PRÓTESIS, VÍA BILIAR, CALIDAD DE VIDA.**

SUMMARY

Background: Malignant biliopancreatic tumors account for 3% of gastrointestinal neoplasms and their diagnosis is late, poor prognosis, endoscopic stent placement is a therapeutic option in advanced stages. Objective: To analyze the effectiveness of the use of endoscopic stent for biliary drainage as a palliative treatment in biliopancreatic tumors. Methods: The universe represented by patients with diagnosed malignant bile duct tumor and the sample constituted by 55 cases to which the procedure of placement of bile duct stent was performed. Results: male / female ratio 1 / 1.29. The most frequent diagnoses were cholangiocarcinoma, followed by pancreas cancer and ampuloma. Clinical success was defined as the decrease of bilirubin following the placement of the stent BT anterior to the mean procedure $10.06 \text{ mg / Dl} \pm 10.42$ and BT post stent mean was $2.34 \text{ mg / Dl} \pm 6.69$, the technical success could be solved with the positioning of the stent in the site 100% obstruction, and the evaluation on quality of life was acceptable in the majority of patients evaluated.

Conclusions: The tumors that most frequently obstruct the bile duct are cholangiocarcinomas, pancreatic tumors, and ampuloma. The placement of bile duct stents is the recommended drainage treatment in patients with ductal obstruction due to advanced biliopancreatic tumors, being a procedure with favorable technical and clinical success, associated with few complications.

Key words: **BILIOPANCREATIC TUMORS, BILIARY STENT, BILIARY DUCT, QUALITY OF LIFE**

INTRODUCCIÓN

Los tumores biliopancreáticos malignos representan aproximadamente el 3% de las neoplasias gastrointestinales, asociados a mal pronóstico, con una sobrevida global que alcanza entre 6 y 12 meses después del diagnóstico. El 90% de los pacientes supera la edad media con un pico entre 70 y 75 años.

El cáncer de vesícula, colangiocarcinoma, cáncer de páncreas y carcinoma ampular son las causas más comunes de obstrucción del árbol biliar. La cirugía es el tratamiento de elección en estos pacientes, pero desafortunadamente sólo el 20% de los casos son resecables en el momento del diagnóstico (García Sánchez, M.V. et al. 2002). Los pacientes con tumores no resecables tienen un pronóstico sombrío en términos tanto de supervivencia como de calidad de vida.

La primera manifestación clínica generalmente es la ictericia. La obstrucción biliar ocasiona prurito intenso, malabsorción, colangitis y falla hepática progresiva, siendo estas dos últimas las principales causas de mortalidad, por esta razón es imprescindible plantear un tratamiento paliativo adecuado.

Hasta mediados de 1980, los pacientes eran sometidos a una intervención quirúrgica para intentar una resección y en la mayoría de los casos, realizar un drenaje biliar quirúrgico paliativo. A partir de la década de los noventa, comenzó a utilizarse el drenaje percutáneo, pero la morbilidad asociada a esta técnica, ocasionó que fuera relegada y preferida la vía endoscópica (Kozarek R, 2007) (Chahal P, Baron TH. 2006).

La descompresión no quirúrgica mediante inserción de prótesis por vía endoscópica tiene un rol importante en la paliación sintomática y en el mantenimiento de la calidad de vida de este grupo de pacientes.

Diversos estudios han demostrado mejoría de síntomas como el prurito y la ictericia entre 80

y 90% de los casos, adicionalmente alivio de anorexia, náuseas y vómitos con repercusión favorable del estado nutricional, aumento del tiempo asintomático de la enfermedad, entre su diagnóstico y el fallecimiento.

En el trabajo Tumores malignos biliopancreáticos: diagnóstico y terapéutica mediante colangiopancreatografía retrógrada, la patología que predominó fueron tumores de páncreas, el grupo más afectado de 70-79 años, sexo masculino y presencia de ictericia en el 90,6%. Concluyeron que la inserción de stent constituyó el principal tratamiento paliativo de esta patología. (Montes de Oca E, et al 2013).

En la investigación “Experiencia en la colocación de prótesis endoscópica en patología biliopancreática” concluyen que la colocación de prótesis endoscópicas en patologías biliopancreáticas es un procedimiento seguro, con un bajo porcentaje de complicaciones y mortalidad. (Landaeta J. et al 2008)

Datos reportados en el trabajo: Colocación de stent de vía biliar en el periodo de enero del 2010 a abril 2013, concluyen que en tumores avanzados que obstruyen la vía biliar, la colocación de prótesis presentan menos complicaciones y mejor calidad de vida, observando una sobrevida que supera el año en algunos pacientes. (Giustina, RA; et al 2013)

Este trabajo se realizó en el ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo en una serie de pacientes atendidos entre diciembre del 2010 a junio del 2016, investigación retrospectiva, longitudinal no experimental y sus resultados más sobresalientes fueron: la serie estuvo conformada por 55 procedimientos endoscópicos en pacientes con neoplasias biliopancreáticas en estadios avanzados. La relación hombres: mujeres 1:1,29. Los tipos de tumores más frecuentes fueron colangiocarcinoma, seguido de cáncer de páncreas y ampuloma. La localización más frecuente de obstrucción fue el tercio distal y confluencia de hepáticos. Las complicaciones tempranas fueron pancreatitis y sangrado de la papilotomía y la tardía obstrucción de la prótesis. El éxito clínico se definió al descenso de la bilirrubina posterior a la colocación de la endoprótesis: BT anterior al procedimiento media 10,06 mg/Dl $\pm$ 10,42 y BT post stent media fue de 2,34 mg/Dl $\pm$ 6,69, el éxito

técnico en relación al adecuado posicionamiento de la prótesis en el sitio la obstrucción fue del 100%, la sobrevida de los pacientes posterior al tratamiento fue en promedio de 182 días. La evaluación sobre la calidad de vida fue aceptable en la mayoría de los pacientes evaluados (ECOG-0-2).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 El problema.

Con los adelantos de la ciencia y el progreso de la tecnología mejora la expectativa de vida de pacientes con enfermedades neoplásicas las cuales también se han beneficiado de algunos procedimientos que permiten la contención de la enfermedad en la etapa final de la vida y se ha constituido en una parte importante de la práctica médica. Doyle y col. afirman que "... la medicina paliativa se ocupa de tres cosas: calidad de vida, valor de la vida y significado de la vida" visto desde esta perspectiva, el centro del cuidado paliativo es la existencia, no la muerte. (Gimenez ME. 2007)

De Simone, considera que la calidad de vida es el espacio que permite el desarrollo de todas las aspiraciones racionales de un individuo, y se entiende como la satisfacción subjetiva de una persona con su propia vida. (Gimenez ME. 2007). El reto conceptual y psicológico para los gastroenterólogos que incorporan a su ejercicio profesional el aprendizaje y aplicación de procedimientos endoscópicos-intervencionistas paliativos es un proceso positivo y encaminado al alivio del sufrimiento.

Según el registro de tumores de SOLCA – Guayaquil para el año 2010 la tasa estandarizada para tumores malignos de hígado y las vías biliares intra-hepáticas presenta una incidencia alta para hombres y mujeres mayores de 55 años, y la tasas de mortalidad para enfermedades estas dos patologías en el 2012 fue de 6,6%. Los casos de colangiocarcinoma y cáncer de páncreas se encuentran en aumento. La mayoría de pacientes afectados por estas patologías presentan ictericia obstructiva al momento del diagnóstico y el drenaje biliar endoscópico es una alternativa terapéutica que ofrece mejoría sintomática, impacto en la morbilidad y calidad de vida de los pacientes.

1.2 Determinación del problema

Desde hace 7 años, en SOLCA –Guayaquil como una opción terapéutica paliativa en obstrucción maligna de vías biliares se realiza la colocación de prótesis de vía biliar, lo que lleva a la siguiente pregunta ¿Los resultados obtenidos con este procedimiento endoscópico ofrecen mejoría clínica, aumentan la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes?

1.3 Preguntas de investigación

¿Qué grupo de edad y sexo es el más afectado con tumores biliopancreaticos?

¿Dónde se localizan anatómicamente los tumores biliopancreaticos?

¿Con la colocación de la prótesis biliar, bajan los niveles de bilirrubina?

¿Cuáles son las complicaciones tempranas y tardías que presentan los pacientes después de la colocación de endoprótesis, de acuerdo al tipo de estas?

¿La colocación de endoprótesis como tratamiento paliativo en tumores biliopancreaticos mejora la calidad de vida y supervivencia de los pacientes con ictericia obstructiva?

¿Mejora la valoración del performance status en los pacientes posterior colocación de endoprótesis?

1.4 Justificación

Gastroenterología y endoscopia digestiva, es una especialidad sometida a nuevos y mayores desafíos científicos, tratando de explicar y aplicar los descubrimientos en la aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas con el menor riesgo para el paciente y como especialidad es una trascendental herramienta en la evaluación de los protocolos aplicados, por lo que se justifica la especialización en ramas específicas del conocimiento.

El Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” de Guayaquil, presta servicios especializados para la detección y manejo de enfermedades neoplásicas, la implementación de métodos terapéuticos mínimamente invasivos que mejoran la calidad de vida en pacientes con

estadios avanzados de las enfermedades oncológicas agresivas como son los tumores biliopancreaticos es importante y brindan beneficio con bajo riesgo en relación a otras técnicas.

El reporte de esta serie, es conveniente al dar a conocer la incidencia de neoplasias pancreatobiliares en la población referida a SOLCA de la región costa. Un elevado porcentaje de estos pacientes fueron identificados en etapas tardías y su tratamiento en la mayoría de los casos fue realizar la descompresión de las vías biliares a través del abordaje endoscópico, considerado actualmente como la mejor opción por ser una técnica con menor riesgo de complicaciones y menor estancia hospitalaria. (Sejpal D. 2012) y relevante porque permitió establecer el uso de la endoprótesis de vías biliares de acuerdo a protocolos establecidos, para mejorar la calidad de vida de los pacientes, la que afecta en forma directa a la familia y la comunidad.

Implicaciones prácticas, porque se optimiza la utilización de técnicas endoscópicas, para lograr un mejoramiento continuo en la efectividad y seguridad en este tipo de procedimientos, en las instituciones de salud donde prestan su contingente los médicos especialistas en gastroenterología y endoscopía intervencionista.

Valor teórico porque se desarrolló la capacidad de descripción y la generación de nuevos conocimientos y utilidad metodológica, porque se estableció el proceso de aplicación del método científico, la obtención de información importante y fidedigna para entender, verificar, corregir y aplicar el conocimiento sobre un problema específico como son los tumores biliopancreaticos y el uso de la técnica endoscópica para la colocación de prótesis en la vía biliar.

Este trabajo es un aporte al documentar los beneficios de la colocación de la endoprótesis de vía biliar en lo relativo a parámetros clínicos y de la calidad de vida, para los pacientes con tumores biliopancreaticos atendidos en SOLCA.

1.5 Viabilidad de la investigación

Las neoplasias de vías biliares y pancreáticas han sido objeto de investigación por muchos años, con el fin de mejorar el diagnóstico y tratamiento para el paciente, y disminuir el impacto en los familiares y la comunidad, especialmente en pacientes con enfermedad avanzada, en los cuales el uso de la endoprótesis constituye una buena opción paliativa.

Esta investigación tiene el apoyo de la Jefatura del Servicio Gastroenterología y del Departamento de Docencia del ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo. Se cuenta con el conocimiento, el tiempo, el empeño y deseo de la investigadora en realizar este trabajo.

No se pone en riesgo la vida o identidad de los pacientes, existen los implementos necesarios para desarrollar este trabajo y no representa costos adicionales a la institución, ni a la autora.

CAPITULO II

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Demostrar la efectividad de la colocación de endoprótesis como tratamiento paliativo en pacientes con ictericia obstructiva por tumores biliopancreáticos atendidos en el Servicio de Gastroenterología del ION SOLCA, y su impacto en la calidad de vida de los mismos.

2.1.2 Objetivos específicos

1. Demostrar la efectividad de la colocación de endoprótesis en pacientes con ictericia obstructiva por tumores de vía biliar y páncreas, mediante la determinación del comportamiento de los niveles de bilirrubina posterior a la descompresión biliar endoscópica.
2. Conocer las complicaciones tempranas y tardías que presentan los pacientes después de la colocación de endoprótesis, de acuerdo al tipo de estas.
3. Establecer la repercusión en la calidad de vida a través del performance status posterior a la descompresión biliar con endoprótesis
4. Conocer el tiempo de sobrevida de los pacientes posterior a la colocación de la endoprótesis

2.2 Hipótesis

El tratamiento paliativo con uso de endoprótesis de vía biliar en pacientes con ictericia obstructiva por tumores biliopancreáticos, mejora la calidad de vida de los pacientes, con una efectividad superior al 50% y la evolución clínica posterior a la colocación de la prótesis esta en relación con el éxito técnico en la colocación de las mismas y el adecuado drenaje biliar.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes del estudio

En el estudio “Colocación de stent de vía biliar en el periodo de enero del 2010 a abril 2013”, refieren que la patología obstructiva más frecuente es el cáncer de páncreas (82%), con predominio leve del sexo femenino, edad promedio 67 años. En un 70% la obstrucción maligna se presentó en colédoco distal. El stent más usado fue el metálico auto-expandible. Las complicaciones tardías fueron: obstrucción del stent por infiltración del tumor 12% y migración 3%. Concluyeron que la colocación de stent presenta menos complicaciones y mejor calidad de vida, y una sobrevida superior a 12 meses en algunos pacientes. (Giustina, RA., et al. 2013).

Gimenez ME, Andreacchio A, et al, entre enero del 2002 a diciembre del 2005 efectuaron 712 procedimientos paliativos en 568 pacientes con neoplasias biliopancreáticas irresecables. La edad fluctuó entre 31 y 98 años con una media de 69,5 años y 324 pacientes fueron del sexo masculino. En 461 enfermos se realizó la correcta paliación con aceptable calidad de vida. El seguimiento se efectuó desde la primera consulta hasta el fallecimiento del 64.8% de los casos. La evaluación sobre el apoyo al enfermo y la familia por parte del grupo ejecutante, dio como resultado una contención buena o muy buena en el 88,1% y regular o mala en el 11,9% restante.

Boumitri, Chr. Gaidhane, M, Kahaleh,M, 2015 en el trabajo “Antireflux metallic biliary stents: ¿Where do we stand?” el ERCP con stent biliar se considera el tratamiento estándar para la obstrucción biliar maligna. La descompresión se consigue colocando un stent de plástico de mayor diámetro (10F) o un stent metálico cubierto auto-expandible (SEMS). La causa y la localización de la estenosis juegan un papel importante en la decisión del endoscopista de colocar un stent plástico o metálico. Aunque los stents plásticos son medios bien establecidos de drenaje para estenosis benignas y obstrucción maligna proximal o perihilar, estudios recientes muestran que la colocación de stents metálicos para estas indicaciones es segura, factible y logra paliación a largo plazo.

Baron, T, Grimm S. 2015, de la Universidad de Carolina del Norte en el trabajo “¿Relief of obstructive jaundice from pancreatic cancer: the end of the plastic stent era?”, refieren que los stents plásticos con técnica endoscópica han sido utilizados para el alivio de la obstrucción biliar maligna. La relativa facilidad de colocación y extracción de los stents de plástico, así como su bajo costo, los han convertido en una opción atractiva durante los últimos 35 años. Sin embargo, durante las últimas décadas se ha evidenciado que los stents metálicos auto-expandibles (SEMS) ofrecen un drenaje biliar más duradero que los stents de plástico.

Según los autores mencionados, la recomendación es preferir los stents metálicos por obtener mejores resultados, disminución de eventos adversos y de re-intervenciones. A estas ventajas, de seleccionar un metálico sobre un stent plástico para la paliación de la obstrucción se añade la disminución de la estancia hospitalaria, que parece compensar el alto costo de dichos stents, incluso en pacientes cuya expectativa de vida proyectada es limitada, en pacientes con cáncer pancreático resecable borderline que están en tratamiento neoadyuvante, estos datos aún son controversiales.

Leong, Quan Wai, et al 2016 en el trabajo “A prospective, randomized study of the patency period of the plastic antireflux biliary stent: an interim analysis” consideran que aún no existe un diseño ideal de un stent biliar plástico con un período de permeabilidad más largo. El estudio se realizó en dos centros terciarios en dos países distintos. Se reclutó a pacientes con obstrucción biliar distal inoperable. Para las intervenciones se utilizaron dos tipos de stents plásticos en un total de dieciséis casos para el estudio; a siete se les asignó al grupo A (stent Tannenbaum ordinario) y nueve al grupo B (stent biliar antirreflujo). Los datos mostraron un período de permeabilidad del stent significativamente más corto en el grupo B en comparación con el grupo A ($p < 0,003$). Una limitación de este trabajo fue el tamaño pequeño de la muestra. Los autores concluyeron que el uso rutinario de stents biliares de plástico antirreflujo en el manejo paliativo de las obstrucciones biliares malignas no debe recomendarse en la actualidad.

En la investigación “Stent metálico versus plástico en la obstrucción biliar maligna distal 2002 -2008” Se evaluaron 48 (60%) hombres y 32 mujeres (promedio 66 ± 6 años) con obstrucción

maligna biliar distal inoperable. El éxito clínico fue igual para ambos procedimientos (92%). Los stents metálicos y plásticos son efectivos para el tratamiento de la obstrucción maligna distal inoperable, pero los stents metálicos presentan una mayor permeabilidad, menor estancia hospitalaria y menor número de reintervenciones por complicaciones, pero la supervivencia para ambos subgrupos es igual (Castaño, R, et al.2008)

3.2 Fundamentación teórica

Cáncer de vías biliares

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. En términos globales, el cáncer es la segunda causa de muerte en Ecuador, los tumores malignos ocasionaron 8191 defunciones registradas. (INEC – 2013). Según estadísticas de mortalidad del Registro de Tumores de SOLCA – Guayaquil, el cáncer de hígado y vías biliares ocupa el cuarto lugar y el cáncer de páncreas el octavo, datos similares a la estadística a nivel mundial (Globocan 2012).

Tumores malignos de la vesícula biliar

El cáncer de la vesícula biliar constituye el quinto cáncer más común del tracto digestivo se caracteriza por ser un tumor de mal pronóstico y diagnóstico tardío, encontrándose un estadio avanzado al momento de presentación sintomática. (Eslick GD. 2010) Suele presentarse entre la sexta y séptima década de vida y es cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres (Randi G. F.2006)

En el 80% de los casos se trata de un adenocarcinoma, siendo menos comunes el carcinoma escamoso, cistoadenocarcinoma, carcinoma de células pequeñas, adenoacantomas, raramente se ha reportado tumores carcinoides, sarcomas, melanomas y linfomas en esta localización. El carcinoma de vesícula puede presentarse como un hallazgo incidental durante una colecistectomía por causas presuntamente benignas, o hallazgo incidental en la anatomopatología de la pieza

quirúrgica de una colecistectomía simple (encontrado en 0,01 al 2% de las piezas de colecistectomías). (Ministerio de Salud de Chile. 2014).

Existe una fuerte asociación entre el cáncer de vesícula y cálculos. Esta relación podría explicarse por el efecto de cuerpo extraño del lito promoviendo cambios degenerativos. Los pacientes con calcificación de la vesícula (vesícula biliar en porcelana) tendrían un riesgo 14 veces superior de desarrollar una neoplasia vesicular. (Stephen AE, Berger DL.2001)

Los pólipos de vesícula son también factores de riesgo. Existe consenso de que un pólipo de un tamaño mayor de 10 mm, tiene indicación quirúrgica dada su mayor posibilidad de que represente una neoplasia. (Choi W-B, Lee S-K. 2000).Otros factores son la infección crónica por salmonella, quistes biliares y anomalías congénitas de las vías biliares.

El diagnóstico por imagen se complica por la dificultad en diferenciar lesiones benignas de lesiones malignas, excepto en etapas avanzadas. El crecimiento del tumor puede producir ictericia por obstrucción del conducto hepático común. Los marcadores tumorales CEA y Ca 19-9 suelen elevarse, pero no son útiles para diagnóstico por su baja sensibilidad y especificidad. (Pellisé M, Castells A, 2013)

La ultrasonografía es la técnica más utilizada en el estudio de pacientes con sospecha de lesiones vesiculares. Los signos ecográficos primarios de cáncer de vesícula son una masa que ocupe la vesícula o su lecho, una lesión hipo o iso - ecogénica con respecto al hígado o irregularidad en el contorno principalmente secundario a la infiltración del tumor en el parénquima. Sin embargo tiene una baja sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del cáncer de vesícula incluso avanzado 85%. (Hawkins WG, DeMatteo RP. 2004) al no poder diferenciarla de una colecistitis crónica y presentar limitaciones en la identificación de adenopatías o de diseminación peritoneal (Larson SC, Wolk A. 2007.)

La ultrasonografía endoscópica (USE) presenta una alta sensibilidad para la detección de estos tumores y además permite realizar el estudio de extensión locoregional y puede ser capaz de predecir la histología y obtener material citológico. La tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética (RM) y la colangio-resonancia magnética (CRM) permiten realizar la caracterización de las lesiones siendo la RM especialmente útil para establecer el grado de invasión. La colangiografía endoscópica retrógrada (CPRE) queda reservada para los casos en los que es necesario colocar una prótesis biliar (Zhongzhi J. 2016)

La American Joint Committee on Cancer AJCC 2010, 7th edición, presenta la etapificación actual del cáncer de vesícula se realiza en base al sistema TNM (tumor –node-metastasis) (Valle J. W. 2016).

Tx No se puede evaluar el tumor primario

T0 No hay evidencia de tumor primario

Tis Carcinoma in situ

T1 El tumor invade la lámina propia o la capa muscular

T1a El tumor invade la lámina propia

T1b El tumor invade la capa muscular

T2 El tumor invade el tejido conjuntivo peri muscular, no hay extensión más allá de la serosa o el hígado.

T3 El tumor perfora la serosa (peritoneo visceral) o invade directamente el hígado u otro órgano o estructura adyacente como el estómago, duodeno, colon, páncreas, epiploon o el conducto biliar extra hepático.

T4 El tumor invade la vena porta principal o la arteria hepática.

Sólo el 10% de los pacientes con cáncer de vesícula se presentan en estadios iniciales de la enfermedad y son considerados candidatos a cirugía con intencionalidad curativa. La presencia de invasión vascular, ictericia por invasión biliar y la presencia de metástasis, son condicionantes de

un manejo no quirúrgico. Con respecto al pronóstico, la supervivencia global de los pacientes con neoplasias de vesícula biliar es menor del 5% a los 5 años, con una supervivencia media inferior a 6 meses. (Pellisé M, Castells A, 2013)

Colangiocarcinoma

Es el tumor maligno de vía biliar más frecuente, sin embargo representa menos del 2% de todos los tumores malignos. La incidencia presenta variabilidad geográfica, siendo mayor en países del sudeste asiático por alta prevalencia de parasitación de la vía biliar. Se presenta especialmente después de la sexta década de la vida y es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción de 1.3/1 (Weber S, O'Reilly E. 2004)

Representa el 10% de los tumores del hígado y la vía biliar. El colangiocarcinoma intra-hepático se divide en tres tipos macroscópicos: formadores de masa, anomalías con infiltración periductal y tumoraciones de crecimiento intraductal (Hammill CW, Wong LL. 2008). El 50% de los colangiocarcinomas están localizados en la confluencia de los conductos hepáticos, denominándose Tumor de Klatskin, mientras que el colangiocarcinoma intra-hepático y el extra-hepático representan el 35% y el 15% respectivamente. (Camuera, E. Correa Zapata, J. C. 2014)

La clasificación según su localización.

- I. Estenosis distal de colédoco,
- II. Estenosis de tercio medio de colédoco,
- III. Estenosis de tercio proximal de colédoco,
- IV. Estenosis que afecta a la confluencia de los hepáticos,
- V. Estenosis que afecta una de las ramas de los hepáticos.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de este tipo de tumor son: colangitis esclerosante primaria, colitis ulcerosa, quistes de colédoco, litiasis intra-hepática, enfermedad de Caroli. También existe asociación con tóxicos como nitrosaminas y asbesto. Además, se le asocia a infestación crónica de la vía biliar con parásitos como *clonorchis sinensis* y *opisthorchis viverrin*. La infección crónica con *salmonella typhi* sería otro factor predisponente. (Faria G, De Aretxabala X.2001)

Se ha descrito existencia de mutaciones genéticas del epitelio biliar neoplásico, como k-ras, c-myc, c-neu, c-erbb-2, c-met y los genes supresores p53 y bcl-2 (Meza-Junco, J Montaña-Loza, A. 2006). Se ha sugerido que la inflamación crónica del árbol biliar o la exposición a agentes tóxicos concentrados en la bilis pueden conducir a un incremento en la actividad mitótica y a daños en el ADN de las células del epitelio biliar, con la consiguiente transformación maligna.

Como síntomas inespecíficos los pacientes refieren anorexia, baja de peso y malestar general. El signo más importante es la ictericia progresiva, presente en alrededor de 90%, muchas veces precedida de prurito. También hay dolor de variable intensidad en epigastrio e hipocondrio derecho. El cuadro clínico de colangitis propiamente dicha se presenta en 10% a 30% de los casos. En algunos pacientes asintomáticos, la fosfatasa alcalina está aumentada de 1 a 5 veces y las transaminasas de 1 a 2 veces. (Flisfisch F. H - Heredia C. A 2011)

Los marcadores tumorales CEA y CA 19-9 suelen encontrarse elevados, aunque ninguno de ellos posee suficiente sensibilidad ni especificidad para ser utilizados en el diagnóstico precoz. El diagnóstico se realiza por las manifestaciones clínicas en conjunto con exámenes de laboratorio, endoscopia e imagenología.

En la estadificación tumoral es imprescindible un TC abdomen multicorte trifásica con cortes de 5mm a nivel del hilio hepático junto con RM realizada con contraste y colangiografía, este último estudio proporciona información simultánea tanto de la anatomía biliar como de la extensión locorregional.(Costamagna G. 2004)

El ultrasonido endoscópico permite también evaluar la extensión del tumor a nivel vascular y ganglionar (biopsia de ganglios linfáticos). El colangiocarcinoma es uno de los diagnósticos más difíciles de lograr, ya que por CPRE o ultrasonido endoscópico no siempre se obtiene una adecuada muestra de tejido para un diagnóstico histopatológico definitivo, sin embargo el ultrasonido endoscópico con punción es altamente específico. (Navaneethan, Udayakumar et al 2016)

Actualmente se están desarrollando distintos sistemas de colangioscopía, una técnica endoscópica que permite la visualización de la vía biliar y pancreática con visión directa intraluminal y mejorar el rendimiento diagnóstico así como plantear la posibilidad de tratamientos locales (Choi HJ. 2011). Spyglass es un sistema de colangioscopia mono-operador que permite no sólo visualización óptica, sino también toma de biopsias guiadas ópticamente, superado varias de las limitaciones de la colangioscopia peroral convencional.

También existe una mini-sonda con endomicroscopía confocal que permite obtener imágenes microscópicas de la mucosa biliar in vivo. Estos sistemas podrían ser de especial utilidad para el estudio de las estenosis biliares no bien determinadas donde es imprescindible la confirmación histológica para la toma de decisiones.

La clasificación de Bismuth se basa en la extensión tumoral dentro de la vía biliar del tumor, pero no es suficiente para la estadificación de los mismos, ya que no considera la invasión vascular.(Castaño Llano, R. 2011)

Para estadificar el colangiocarcinoma, se han propuesto varias clasificaciones, la más utilizada es la revisada por AJCC (American JointComitteon Cáncer) en el 2010, 7th edición que se ajusta más a los criterios de resecabilidad y pronóstico según la localización (Valle, J.W et al, 2016).

Clasificación TNM tumores biliares intrahepáticos

Tumor primario (T):

- TX. No se puede definir tumor primario.
- T0. Sin evidencia de tumor primario.
- Tis. Carcinoma in situ (tumor intraductal).
- T1. Tumor único sin invasión vascular.
- T2a. Tumor único con invasión vascular.
- T2b. Tumores múltiples con o sin invasión vascular.
- T3. Tumor con perforación del peritoneo visceral o afectación local de estructuras extrahepáticas por invasión directa.
- T4. Tumor con invasión periductal.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales
- N0: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales
- N1: Metástasis de los ganglios linfáticos regionales

Metástasis a distancia (M)

- M0. Sin evidencia de metástasis a distancia.
- M1. Metástasis a distancia.
- Estadio 0. Tis N0M0.
- Estadio I. T1N0M0.
- Estadio II. T2N0M0.
- Estadio III. T3N0M0.
- Estadio IVA. T4N0M0, cualquier T N1M0.
- Estadio IVB. Cualquier T, cualquier N, M1.

Clasificación TNM tumores biliares perihiliares

Tumor primario (T)

- TX. No se puede definir tumor primario.
- T0. Sin evidencia de tumor primario.
- Tis. Carcinoma in situ.
- T1. Tumor confinado al conducto biliar con extensión a la capa muscular o tejido fibroso.
- T2a. Tumor que infiltra tejido adiposo circundante al conducto biliar.
- T2b. Tumor que infiltra parénquima hepático adyacente.
- T3. Tumor que infiltra una rama de la vena porta o arteria hepática.
- T4. Tumor que infiltra vena porta principal o sus ramas bilateralmente; o la arteria hepática común; o tractos biliares secundarios bilateralmente, o el hepático común.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- Nx. No se pueden valorar los ganglios linfáticos regionales.
- N0. Sin evidencia de metástasis ganglionares regionales.
- N1. Presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales (incluyendo ganglios a lo largo del conducto cístico, conducto biliar común, arteria hepática y vena porta).
- N2. Metástasis en ganglios linfáticos peri-aórticos, peri-cava, arteria mesentérica superior y/o a. celiaca.

Metástasis a distancia (M):

- M0. Sin evidencia de metástasis a distancia.
- M1. Metástasis a distancia.
- Estadío 0. Tis N0M0.
- Estadío I. T1N0M0.
- Estadío II. T2a-bN0M0
- Estadío IIIA. T3N0M0.
- Estadío IIIB. T1-3N1M0.
- Estadío IVA. T4N0-1M0
- Estadío IVB

- Cualquier T N2 M0.
- Cualquier T cualquier N M1.

Clasificación TNM tumores biliares distales:

Tumor primario (T):

- TX. No se puede definir tumor primario.
- T0. Sin evidencia de tumor primario.
- Tis. Carcinoma in situ.
- T1. Tumor confinado al conducto biliar histológicamente.
- T2. Tumor que infiltra más allá de la pared del conducto biliar.
- T3. Tumor que invade vesícula biliar, páncreas, duodeno u otros órganos adyacentes sin afectación del tronco celiaco o de la arteria mesentérica superior.
- T4. Tumor que infiltra tronco celiaco o la arteria mesentérica superior.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- Nx. No se pueden valorar los ganglios linfáticos regionales.
- N0. Sin evidencia de metástasis ganglionares regionales.
- N1. Presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales.

Metástasis a distancia (M)

- M0. Sin evidencia de metástasis a distancia.
- M1. Metástasis a distancia.

Estadios

- Estadio 0. Tis N0M0.
- Estadio IA. T1N0M0.
- Estadio IB. T2N0M0.
- Estadio IIA. T3N0M0.

- Estadio IIB:
 - T1N1M0.
 - T2N1M0.
 - T3N1M0.
- Estadio III. T4, cualquier N M0.
- Estadio IV. Cualquier T, cualquier N, M1.

El tratamiento ideal del colangiocarcinoma es la resección quirúrgica. El tipo de resección dependerá de la localización del tumor. Desafortunadamente, la mayoría de las veces son irresecables. La colocación de una prótesis biliar previo a la cirugía es controvertido. Algunos grupos consideran que mejora la ictericia, permite obtener muestras para estudio histopatológico y facilita el acceso a la vía biliar después de la cirugía, otros postulan que favorece la aparición de complicaciones (colangitis). Para los casos no resecables se propone paliación mediante la colocación de prótesis por vía endoscópica o percutánea. (Goldberg, MJ.2004).

El pronóstico del colangiocarcinoma es sombrío, sobre todo en los tumores hiliares, la mayoría de los pacientes fallecen entre los 6 y 12 meses siguientes al diagnóstico de la enfermedad. Los tumores distales tienen mejor pronóstico pudiendo alcanzar una supervivencia de 15-25 % a los 5 años. (Salcedo, Ma. T. 2015)

Carcinoma ampular

El área anatómica de la papila o ampolla de Vater, presenta una anatomía compleja, donde se produce la unión entre el duodeno y el sistema ductal pancreático y biliar. Aunque su diámetro es menor a 1 cm, este segmento tiene la mayor incidencia de tumoraciones del intestino delgado.

El adenocarcinoma es el tumor más frecuente, con una incidencia que representa 2,9 casos por millón de habitantes. (Pellisé, Ma. Castells A). El riesgo de su aparición es mayor en pacientes con poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de Peutz-Jeghers. Su presentación es más temprana en relación al resto de tumores biliopancreáticos y es más probable que sean resecables al momento de hacerse el diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas que se presentan con más frecuencia son: ictericia (80%), la pérdida de peso (75%) y el dolor abdominal (50%) (Khan SA, Davidson BR et al; 2002). En la analítica sanguínea, la fosfatasa alcalina suele estar elevada, seguida de hiperbilirrubinemia, a medida que se obstruye la vía biliar. No existen marcadores tumorales específicos para ampuloma. El diagnóstico temprano requiere un alto grado de sospecha clínica.

La ecografía abdominal es la técnica diagnóstica inicial, observándose dilatación de todo el árbol biliar. La TAC helicoidal con doble contraste y la colangio-resonancia son técnicas de gran utilidad para realizar estudio de extensión, sin embargo su sensibilidad disminuye para el diagnóstico de tumores pequeños intra-duodenales. El ultrasonido endoscópico es aparentemente la técnica más precisa para la detección de estos tumores (inclusive menores a 1 cm), y para el estudio de extensión locorregional.

La CPRE permite obtener biopsias o realizar un cepillado. En los tumores intra-ampulares en ocasiones es necesario realizar una papilotomía para acceder al tumor. En más del 85% de pacientes es posible realizar una intervención quirúrgica con intención curativa. La duodeno-pancreatectomía cefálica (wipple) es el tratamiento de elección, la utilidad de quimioterapia y radioterapia en estas lesiones no ha sido bien demostrada. (Pellisé, Ma. Castells, A). En tumores irresecables por afectación metastásica o vascular, debe realizarse drenaje biliar, siendo la vía endoscópica la más recomendable. La sobrevida a los 5 años en tumores resecados alcanza el 32%. En pacientes con tumores irresecables, la supervivencia media es de 5 – 9 meses.

Cáncer de páncreas

Se sitúa entre la cuarta o quinta causa de muerte relacionada con cáncer. Ocurre con más frecuencia en hombres que mujeres. Aproximadamente 80% de los casos ocurre entre los 60-80 años y menos del 2% ocurren en personas menores de 40 años. Más del 90% de tumores pancreáticos corresponden al adenocarcinoma ductal de páncreas. Se considera uno de los cánceres más letales y difíciles de tratar.

Aproximadamente un 85% de los pacientes presenten enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico, siendo incurables y únicamente subsidiarios de tratamiento paliativo. Solamente el 15 – 20% son resecables, beneficiándose de cirugías de gran complejidad y morbilidad, y de tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes con quimioterapia y radioterapia.

Entre los factores de riesgo de cáncer de páncreas se consideran: edad avanzada, raza negra, tabaco, alcohol, obesidad, diabetes mellitus, pancreatitis crónica, síndromes familiares de cáncer hereditario (cáncer de colon hereditario no polipósico, poliposis adenomatosa familiar, melanoma multifocal familiar atípico, Sd. Peutz - Jeghers, cáncer de mama y ovario hereditario asociado a BRCA, cáncer de páncreas familiar y DMID, pancreatitis hereditaria y fibrosis quística). Se ha encontrado vinculado la alteración de estructura y/o función de diversos oncogenes. (Vincent A, Herman J). Aunque el riesgo vinculado con cualquier factor es pequeño, se considera que, la combinación de ellos puede acrecentar el riesgo hasta 6 veces en el hombre y 30 veces en la mujer.

La mayoría de estos tumores se desarrollan en la cabeza pancreática (75%), ocasionando colestasis obstructiva por compresión del colédoco. Los tumores de cuerpo y cola pancreática son de presentación insidiosa, por lo que su diagnóstico suele ser más tardío. Debido a su localización retroperitoneal, generalmente el tumor crece hasta rebasar los límites de la glándula antes de la aparición de síntomas.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor abdominal, ictericia progresiva y pérdida de peso que puede llegar a ser severa. Cuando el tumor produce invasión duodenal pueden asociarse vómitos y hemorragia digestiva alta. Puede ocasionalmente manifestarse como un cuadro de pancreatitis aguda o subaguda, o aparición de diabetes mellitus asociada a dispepsia en un paciente sin factores predisponentes.

En el diagnóstico y estadificación del cáncer de páncreas se recomienda la realización de las siguientes pruebas:

- Marcadores tumorales: Ca 19.9 frecuentemente elevado a pesar de no es útil para diagnóstico precoz, cifras >1000 U/ml se relacionan habitualmente con tumores diseminados.
- TC abdominal helicoidal multicorte, considerada actualmente la prueba de elección en la estadificación. Permite identificar enfermedad metastásica, presencia o ausencia de invasión vascular de la arteria mesentérica superior y tronco celiaco, vena mesentérica superior o vena porta.
- La RM se recomienda en casos en los que no puede realizar un TC multicorte contrastada o cuando hay dudas diagnósticas de lesiones focales hepáticas.
- La CPRE no debe ser empleada hoy en día como método diagnóstico. Su uso queda limitado para la colocación de endoprótesis biliares en pacientes intensamente ictéricos, con colangitis o que requieren cirugía diferida (por neo - adyuvancia).
- El ultrasonido endoscópico permite detectar tumores de pequeño tamaño, valorar afectación ganglionar, vascular y realizar punciones para estudio histopatológico.
- Spyglass, permite realizar coledoscopia y pancreatoscopia, con toma de muestras dirigidas.
- La laparoscopia permite detectar enfermedad oculta (carcinomatosis, metástasis hepáticas superficiales) en un 10% de los pacientes considerados resecables.

No es necesaria la confirmación histológica para decidir la resección quirúrgica del tumor. Es indispensable dicha confirmación si se va a realizar un tratamiento neoadyuvante o paliativo. El método más adecuado es la punción guiada por ecoendoscopia. El sistema más utilizado para estadificar el cáncer de páncreas se basa en la clasificación TNM establecida por la American Joint Committee on Cancer, este sistema clasifica el tumor en estadio I o II (tumor localizado, resecable), estadio III (localmente avanzado, no resecable), estadio IV (metastásico). T1, T2 y T3 corresponden a tumores resecables en tanto que los T4, en los que la arteria mesentérica superior o el tronco celiaco están afectados, son tumores irresecables.

Definiciones TNM

Tumor primario (T)

- TX: El tumor primario no puede evaluarse
- T0: No hay prueba de tumor primario
- Tis: Carcinoma in situ
- T1: Tumor limitado al páncreas de ≤ 2 cm en su diámetro mayor
- T2: Tumor limitado al páncreas de > 2 cm en su dimensión mayor
- T3: El tumor se extiende más allá del páncreas pero sin implicación alguna del tronco celíaco o la arteria mesentérica superior
- T4: El tumor comprende el tronco celíaco o la arteria mesentérica superior (tumor primario irresecables)

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: Los ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse
- N0: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales
- N1: Existe metástasis a los ganglios linfáticos regionales

Metástasis a distancia (M)

- MX: La metástasis a distancia no puede evaluarse
- M0: No hay metástasis a distancia
- M1: Existe metástasis a distancia

Agrupación por estadios del AJCC

- Estadio 0: Tis, N0, M0
- Estadio IA: T1, N0, M0
- Estadio IB: T2, N0, M0
- Estadio IIA: T3, N0, M0
- Estadio IIB
T1, N1, M0
T2, N1, M0

T3, N1, M0

- Estadío III: T4, cualquier N, M0
- Estadío IV: Cualquier T, cualquier N, M1

La tasa de supervivencia media del adenocarcinoma de páncreas permanece inferior a 6 meses, a pesar de los avances en técnicas quirúrgicas y quimio-radioterapia, con un rango de supervivencia a los 5 años entre 3 y 5 % .

Tratamiento endoscópico paliativo de la ictericia obstructiva: prótesis de vía biliar

En la evaluación de las estenosis de vías biliares por tumores biliopancreaticos se debe determinar si cumple con los criterios de resecabilidad quirúrgica, tratamiento que ofrece mayores expectativas de sobrevida.

Sin embargo, al momento del diagnóstico y en forma global, alrededor del 80% de los pacientes no pueden ser resecados con intención curativa por presentar una enfermedad avanzada. Los pacientes con lesiones irresecables tienen una pobre sobrevida, sumado a una mala calidad de vida. El objetivo del tratamiento en estos casos es paliar los síntomas de la obstrucción. El drenaje biliar con la colocación de endoprótesis plásticas o metálicas mejora la sensación de bienestar del paciente y como consecuencia la calidad de vida y costos de la atención.

Las prótesis biliares son elementos tubulares que dan soporte a la vía biliar obstruida permitiendo el paso de la bilis al duodeno. El papel de las prótesis de vía biliar ha sido bien establecido desde hace dos décadas. Las ventajas del drenaje endoscópico en relación a otras técnicas de drenaje son entre otras: una menor tasa de complicaciones, menor tasa de mortalidad y menor estancia hospitalaria. (González F, et al 2011)

La elección de la prótesis depende del escenario clínico y la etapa de la enfermedad. Además de las ventajas que proporciona en el manejo paliativo de estadios avanzados y que es objeto de este estudio; puede ser útil en ciertos casos aunque no de rutina como drenaje preoperatorio en tumores resecables. Las prótesis también se indican en enfermedad localmente avanzada que requieren terapia neoadyuvante, especialmente en tumores de páncreas.

Las prótesis biliares disponibles en el medio actualmente se clasifican de acuerdo a su composición. Las prótesis plásticas (polietileno, poliuretano o teflón) tienen tamaños que oscilan entre 7 a 11 FR de diámetro y una longitud de 3 – 15 cm. Las más utilizadas se anclan por una o dos alas (flap) situadas en los extremos que evitan la migración. Son radiopacas y algunas tienen marcadores proximal y distal. (González F, et al 2011)

Las prótesis metálicas (PM) están fabricadas con nitinol, una aleación de níquel y titanio muy elástica, las más utilizadas son auto-expandibles, 24-30 FR; se presentan comprimidas dentro de un catéter de plástico de un calibre que pasa a través del canal de trabajo del duodenoscopio. Tras introducir una guía que atraviesa la estenosis se pasa el catéter de plástico que contiene la prótesis plegada en su interior. Esta se libera, se expande y se acorta. (González F, et al 2011)

Una limitación de las prótesis metálicas descubiertas es el crecimiento de tejido de granulación o tumoral en el interior de ellas, ocasionando obstrucción y haciendo difícil su extracción una vez colocadas. Por ello se ha diseñado prótesis metálicas con una fina cubierta de plástico, este recubrimiento puede ser de toda la prótesis (totalmente cubiertas) o de una parte (parcialmente cubiertas). Las totalmente cubiertas, son propensas a migración temprana, pudiendo ocluir el conducto cístico o conducto hepático contralateral.

Se considera que la permeabilidad promedio para las prótesis metálicas es de 6-12 meses versus 3-4 meses para prótesis plásticas, frecuentemente causada por la colonización de *biofilm bacteriano* y con menor frecuencia por barro biliar en las plásticas, e invasión tumoral en las metálicas sin cobertura. (Moss A, et al 2007)

Las prótesis plásticas son útiles para la paliación durante cortos periodos de tiempo, sin embargo las metálicas son más coste – efectivas en aquellos pacientes con expectativa de vida mayor a 6 meses. En este grupo de pacientes no solo se aumenta el tiempo libre de síntomas sino que los costes globales son menores. Recientemente se ha incorporado las prótesis biodegradables, de monofilamento que se disuelve en 3 a 4 meses.

Se han desarrollado también prótesis liberadoras de fármacos que podrían mejorar la permeabilidad. Paclitaxel es un agente quimioterapéutico que se ha demostrado inhibe la proliferación de células neoplásicas, sin embargo no existen suficientes estudios que avalen un mayor beneficio de estas prótesis en relación a las no liberadoras.

El porcentaje de éxito en el paso de la prótesis y adecuado drenaje disminuye según la proximidad de la lesión. Se discute mucho sobre la necesidad de drenar ambos hepáticos en los tumores que obstruyen la bifurcación, ya que al drenar un solo conducto hay riesgo de que se desarrolle colangitis en el segmento no drenado.

En pacientes con una afectación multifocal o múltiples obstrucciones intrahepáticas, algunos autores sugieren que es poco el beneficio obtenido y mayor tasa de complicaciones, por lo tanto no se recomienda ofrecer este tipo de paliación a este grupo de pacientes. Cuando no es posible colocar la prótesis en a través de CPRE, el drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico ha demostrado ser un sistema seguro y eficaz, limitado a centros con experiencia en la técnica.

Escala E.C.O.G – OMS para evaluar la calidad de vida (“Performance Status”)

Desarrollada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) con el fin de dotar de un instrumento sencillo a los oncólogos para discriminar los pacientes susceptibles o no de recibir quimioterapia. Nos permite identificar la capacidad funcional del paciente en relación a su calidad de vida.

Consta de cinco categorías que van de 0, actividad normal sin limitaciones, a 5, exitus. La categorización de los pacientes se realiza de acuerdo a la movilidad y actividades habituales y la sintomatología del cáncer. La validez y fiabilidad de la escala ha sido investigada en varios estudios, con buenos resultados y una buena relación con la supervivencia (Barbarro A, Gonzalez M).

Escala Funcional ECOG/OMS (Zubrod y cols., 1960)

Escala	Actividad
0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Exitus

Fuente: Barbarro Alberto Alonso, González Barón. Manuel Medidas de capacidad funcional. Tabla N°2
Pág. 6

CAPÍTULO IV

MATERIALES Y METODOS

4.1 MATERIALES

4.1.1 Lugar de investigación

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA, es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el fin de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador.

Los objetivos de SOLCA se efectúan mediante una campaña orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar sus metas de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Paliación de las enfermedades neoplásicas.

Esta investigación se efectuó en el Departamento de Gastroenterología del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil.

4.1.2 Período de investigación

Diciembre 2010 - junio 2016

4.1.3 Recursos

4.1.3.1 Humanos

- Investigadora
- Tutor

4.1.3.2 Instalaciones y equipo

- Historias Clínicas
- Computadora
- Programa informático EPI INFO 2008
- Impresora

- Material de escritor

4.1.4 Universo

Pacientes adultos hombres y mujeres, con ictericia obstructiva por tumores de vía biliar o páncreas diagnosticados por algún método de imagen, programados para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el Servicio de Gastroenterología del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” con indicación de colocación de prótesis de vía biliar.

4.1.5 Muestra

Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia

4.1.5.1 Criterios de Inclusión

Pacientes con diagnóstico de cáncer pancreático o biliar que obstruya la vía biliar, documentado por estudio de imagen.

4.1.5.2 Criterios de exclusión

- Estenosis de vía biliar por otras causas que no sean tumores biliopancreáticos.
- Pacientes con indicación quirúrgica en el estadiaje inicial.
- Antecedente quirúrgico digestivo que impide el abordaje endoscópico de la vía biliar.

4.2 Variables de investigación

4.2.1 Variable independiente

Tumores biliopancreáticos

4.2.2 Variable dependiente

Endoprótesis

4.2.3 Variables intervinientes

Características demográficas

Calidad de vida

Sobrevida

4.2.4 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Fuentes
Independiente Tumores biliopancreaticos		Tumor maligno de vías biliares o páncreas	Localización del tumor: – Ca de páncreas – Colangiocarcinoma – Ampuloma – Linfoma duodeno – Adenopatías perihiliares	Expediente clínico
		Localización de la obstrucción	– Tercio distal – Tercio medio – Tercio proximal – Confluencia de los hepáticos – ramas hepática: derecha izquierda.	Expediente clínico
		Confirmación histopatológica	Cepillado de vía biliar Biopsia	Expediente clínico
Dependiente Endoprótesis	Objetos tubulares de plástico o metálicas, auto expandibles (cubiertas, descubiertas o parcialmente cubiertas), utilizadas para recanalizar el flujo de los	Tipo de prótesis	– Plástica – Metálica	Expediente clínico
		Tratamiento posterior a la colocación de la prótesis	– Cirugía – Quimioterapia – Radioterapia	Expediente clínico
		Ictericia: antes de la prótesis Después de la prótesis.	– Bilirrubina Total	Expediente clínico
Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Fuentes
Continuación...	conductos en obstrucciones biliares o	Complicaciones posteriores	– Tempranas – Tardías	Expediente Clínico

	pancreáticas			
Interviniente Características demográficas	Estudio de las características de la población en su dimensión, estructura, evolución y características generales	Edad en años cumplidos	Grupos de edad	Expediente clínico
		Sexo: características fenotípicas	– Femenino – Masculino	Expediente clínico
Calidad de vida		Escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivament e con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.	ECOG: 0 1 2 3 4 5	Expediente clínico

4.3 MÉTODO

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: Retro-prospectivo
- Según el período y secuencia del estudio: longitudinal.
- Según análisis y alcance de los resultados: descriptivo, analítico, no experimental.

4.4 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

- Recolección de la información. Utilización de formato de recolección de datos para extraer información de HCl
- Procesamiento de datos
- Análisis y tratamiento de los datos:
 - a. Introducción de datos en Excel
 - b. Proceso estadístico se utilizará el programa EPI INFO 2008
 - c. Se realizarán las siguientes pruebas estadísticas Chi cuadrado, media, promedio, desvío estándar, T de Student. Se extraerán cuadros de una entrada
- Análisis
- Conclusiones y recomendaciones
- El Informe: la estructura del informe de investigación seguirá los pasos fundamentales del diseño de la investigación
- Para la presentación del informe se seguirán las normas de la metodología formal de presentación de trabajos.

4.5 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Los ecuatorianos están amparados por leyes generales y específicas:

Constitución del Ecuador 2008

Título II Derechos

Capítulo primero Principios de aplicación de los derechos

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

- Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.
- Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación

sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos.

- La ley sancionará toda forma de discriminación

Título VII Régimen del Buen Vivir

Sección segunda. Salud

Art. 361.- La rectoría del sistema ejercerá el Estado a través de la autoridad sanitaria nacional (MSP), y será responsable de formular las políticas nacionales de salud, y normará, regulará y controlará las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006

Capítulo III

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

- Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
- En el artículo 42; artículo N° 1, 6 y 7, “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en el artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción,

prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.

4.6 Aspectos éticos y legales

Es una investigación que está dentro de los límites éticos, porque es un estudio retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas, obteniendo los datos necesarios para la investigación (Título segundo, Art 17, fracción I, de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud).

Todos los pacientes que se realizan procedimientos endoscópicos, son informados acerca de los mismos y firman un consentimiento por voluntad propia.

Se solicitó la autorización por escrito a la institución para la revisión de las historias clínicas (Título sexto, capítulo único de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud).

Como estudiante regular de la Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Postgrado, el trabajo de investigación fue dirigido por un tutor Docente de la Facultad, por lo que la autora fue considerada investigadora principal.

Conflictos de intereses

La autora del presente estudio declara su absoluta independencia con las casas productoras y distribuidoras de los stents utilizados, así como de las de las drogas requeridas en el manejo de los pacientes.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

En esta investigación participaron 55 pacientes con diagnóstico de tumores malignos que obstruyen la vía biliar, sometidos a tratamiento paliativo de endoprótesis de vía biliar, de los cuales mujeres fueron 31 (56,36%) y varones 24 (43,63%). La relación hombres / mujeres fue de 1/1,29. En el grupo de mujeres la edad fue de 47 a 83 años, con un promedio de 66,10 años $\pm$ 10,70, edad media 64 años y la moda 58 y 83 años. En el grupo de hombres la edad del grupo fue de 27 a 86 años, con un promedio de 64,63 años $\pm$ 14,25, edad media 70,5 años y la moda 73 años.

Los tumores más frecuentes fueron colangiocarcinoma (45,45%) cáncer de páncreas con el 27,27% y ampuloma 20% y con porcentajes menores otros diagnósticos como cáncer de vesícula, linfoma de duodeno y adenopatías perihiliares. El sitio de localización de obstrucción del árbol biliar más frecuente fue en el tercio distal (52,72%), seguido por confluencia de hepáticos (23,61%), tercio medio (19,9%) y con porcentajes menores otras localizaciones. No hay relación estadística entre localización, diagnóstico y sexo ($\chi^2 > 0,05$).

En el 67% (37 casos) de pacientes fue colocada una endoprótesis metálica, en el 27% (15 casos) se colocó prótesis plástica y en tres casos se utilizaron los dos tipos de prótesis (plástica-y recambio a metálica). En todos los pacientes la prótesis quedó adecuadamente posicionada y se obtuvo un adecuado drenaje biliar. De los pacientes manejados con prótesis plástica 9 fueron re-estadificados con un segundo estudio de imagen y protocolizados a intervención quirúrgica con intención curativa y de ellos 5 se realizaron pancreatoduodenectomía (whipple) y a los cuatro restantes se realizó derivación quirúrgica paliativa.

Del 100% de pacientes estudiados al 52,73% se realizó cepillado de vía biliar, siendo la citología positiva en el 45,46% y negativa en el 7,27%. Del grupo de citología positiva el 41,82% fue de colangiocarcinoma y 3,64% metástasis de adenocarcinoma.

Tabla N° 1

Comportamiento de la bilirrubina total antes y dos semanas después de la colocación de endoprótesis en obstrucción maligna de la vía biliar

ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010 -2016

	Bilirrubina antes de la prótesis mg/dl		Bilirrubina después de la prótesis mg/dl	
	Media armónica	DE	Media armónica	DE
Prótesis metálica	23,77	±12,02	13,48	±0,71
Prótesis plástica	6,61	±10,60	3,27	±4,95
Prótesis plástica – metálica	6,77	±12,72	3,11	±3,54
Toda la serie	10,06	±10,42	2,34	±6,69

Fuente: Base de datos

Elaborado: Autora

Análisis

En el grupo de pacientes de prótesis metálica, los valores séricos de bilirrubina total anterior al procedimiento fueron: media armónica de 23,77 mg/dL, y DE ±12,02 y posterior a la colocación de la prótesis: la media armónica fue de 13,48 mg/dL, con un DE ±0,71. En los pacientes con prótesis plástica, los valores séricos de bilirrubina total fueron: la media armónica de 6,61 mg/dL, DE ±10,60 y este dato clínico posterior a la intervención fue 3,27mg/dL, DE± 4,95.

En los pacientes con los dos tipos de prótesis, la bilirrubina total previa fue de 6,77 mg/dL media armónica, con un DE ±12,72, el valor de esta post-prótesis fue de 3,11 mg/dL media armónica y DE ±3,54. Con relación a toda la serie, la media de bilirrubina total (BT) anterior a la colocación de la prótesis fue de 10,06 mg/dl (±10,42), observándose la disminución de estos valores con una media de 2,34 mg/dl (±6,69) después de colocar la prótesis. Demostrando que el procedimiento si es efectivo con los dos tipos de prótesis, a pesar de ser un tratamiento paliativo.

Tabla N° 2

Complicaciones posteriores a la colocación de la endoprótesis de vías biliares en pacientes con obstrucción biliar maligna ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010 -2016

Complicaciones	Metálica	Plástica	Plástica metálica	Total
	N° %	N° %	N° %	N° %
Obstrucción prótesis	2 (3,63)			2 (3,63)
Pancreatitis	1 (1,81)			1 (1,81)
Sangrado papilotomía		2 (3,63)		2 (3,63)
Ninguna complicación	34(61,81)	13(23,63)	3(5,45)	50 (90,90)

Fuente: Base de datos

Elaborado: Autora

Análisis

La complicaciones posteriores a la colocación de prótesis metálica fueron tempranas: pancreatitis 1,81% y sangrado secundario a papilotomía en 3.63% (estos dos casos presentaban trastornos de coagulación por hepatopatía crónica asociada) y tardías: la obstrucción de la prótesis en el 3.63 %,

Tabla N°3

Valoración con la Escala Funcional ECOG/OMS al inicio del procedimientos a los 3 y 6 meses posteriores a la endoprótesis de vía biliar en los pacientes con obstrucción biliar maligna ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010 -2016

		Prótesis			
		Metálica	Plástica	Plástica - Metálica	Total general
		N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
ECOG inicial	Total ptes	37 (67,27%)	15 (27,27%)	3 (5,45 %)	55 (100 %)
	ECOG 2	35 (63,33%)	15 (27,27 %)	3 (5,45 %)	53 (96,36%)
	ECOG 3	2 (3,63%)			2 (3,63 %)
ECOG 3 meses	Total ptes	18 (66,66%)	7 (25,92%)	2 (7,40%)	27 (100 %)
	ECOG 0		1 (3,70)	1 (3,70)	2 (7,40%)
	ECOG 1	6 (22,22%)	3 (11,11%)	1 (3,70)	10 (37, 03%)
	ECOG 2	7 (25,92%)	1 (3,70)		8 (29,62%)
	ECOG 3	2 (7,40%)	1 (3,70)		3 (11,11%)
	ECOG 4	3 (11,11%)	1 (3,70)		4 (14,81%)
ECOG 6 meses	Total Ptes	10 (66,66%)	5 (33,33%)	0	15 (100%)
	ECOG 0	1 (6,66%)	1 (6,66%)		2 (13,33%)
	ECOG 1	3 (20,00%)	1 (6,66%)		4 (26,66%)
	ECOG 2	1 (6,66%)	1 (6,66%)		2 (13,33%)
	ECOG 3	3 (20,00%)	2 (13,33%)		5 (33,33%)
	ECOG 4	2 (13,33%)			2 (13,33%)

Escala: 0 actividad normal 1 limitada actividad 2 autocuidado
3 limitada actividad 50% confinada a la cama 4 Completamente imposibilitado.

Fuente: Base de datos

Elaborado: Autora

Análisis

De acuerdo a la valoración realizada con la escala funcional ECOG/OMS, antes del procedimiento el grupo estuvo conformado por 55 pacientes que se encontraban en ECOG 2, 53 (96,36%) casos y 2 casos (3,63%) en escala 3. En la valoración a los 3 meses realizada en 27 pacientes, 18 (66,66%) con stent metálico, 7 (25,92%) con stent plástico y 2 (7,40%) pacientes con stent plástico – metálico, 2 (7,40%) pacientes presentaron una actividad normal, 10 (37,03%) pacientes con actividad limitada; mantuvieron la misma valoración con relación a la condición

inicial; 8 (29,62%) presentaron con actividad limitada escala 2, 11,11% escala 3 confinado a la cama y ECOG 4 (14,81%) pacientes completamente imposibilitados.

A los 6 meses, se valoró a 15 pacientes, de los cuales 10 (66,66%) pacientes con stent metálico y 5 (33,33%) pacientes con prótesis plástica obtuvieron una valoración de ECOG 0 actividad normal 2 pacientes (13,33%); ECOG 1 con una limitada actividad, 4 pacientes (26,66%), ECOG 2 autocuidado 2 pacientes (13,33%), ECOG 3 - 50% confinado a la cama 5 pacientes (33,33%) y ECOG 4 completamente imposibilitado. 2 (13,33%) pacientes.

Tabla N°4

**Tiempo de sobrevida en días posterior a la endoprótesis de vía biliar
ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010 -2016**

		Prótesis			
		Metálica	Plástica	Plástica - Metálica	Total
Días de sobrevida	Total pacientes	37	15	3	55
	Porcentaje	67,27	27,27	5,45	100
	Promedio	158,0	261,0	130,0	182,56
	Desviación estándar	177,0	464,09	45,8	267,71
	Mínimo	5	30	90	5
	Máximo	810	1800	180	1800

Fuente: Base de datos

Elaborado: Autora

Análisis

En el grupo de pacientes con prótesis metálica el promedio de días de vida fue 158 días, la sobrevida mínima fue 5 días y la máxima 810 días. En el grupo de stent plástico la sobrevida promedio fue 261 días, los días mínimos de sobrevida 30 y el máximo 1800 días. Los pacientes con endoprótesis plástica – metálica el promedio de sobrevida post stent fue de 130 días con un mínimo de sobrevida de 90 días y un máximo de 180 días.

La sobrevida de la serie fue en promedio de 182,56 días, llamando la atención un caso con sobrevida de 1800 días en un paciente con diagnóstico de tumor de cabeza de páncreas con infiltración a vía biliar (este caso por su evolución favorable tras el drenaje endoscópico fue uno de los pacientes sometido a re-estadaje y posteriormente a resección quirúrgica (whipple) y actualmente se mantiene en controles en la Institución).

Tabla N°5

Mortalidad de los pacientes de cáncer biliopancreático posterior a la endoprótesis de vía biliar
ION SOLCA Dr. Juan Tanca Marengo 2010 -2016

	Prótesis							
	Metálica		Plástica		Plástica - Metálica		Total general	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total Pacientes	37	67,27	15	27,27	3	5,45	55	100
Vivo	2	3,63	1	1,81	2	3,63	5	9,09
Fallecido	22	40,00	12	21,81			34	61,81
Desconocido	13	23,63	2	3,63	1	1,81	16	29,09

Fuente: Base de datos

Elaborado: Autora

Análisis

De los 55 pacientes se encuentran con vida 5 (9,09%), han fallecido 34 pacientes (61,81%) y de 16 pacientes (29,09%) se desconoce su condición.

5.2 DISCUSIÓN

Los avances tecnológicos en terapéutica endoscópica nos permiten hacer uso hoy en día de procedimientos como el drenaje biliar mediante la colocación de prótesis que contribuyen al bienestar de este grupo de pacientes oncológicos con obstrucción maligna de las vías biliares en estadios avanzados y es importante reportar nuestra estadística y los beneficios clínicos relacionados con esta técnica.

El total de pacientes de este trabajo fue de 55, de los cuales 31 (56,36%) fueron mujeres y 24 (43,63%) varones. La relación hombres / mujeres fue de 1 / 1,29. Según la American Cancer Society el grupo más propenso a padecer este tipo de tumores son los hombres, en esta serie la relación es inversa.

La American Cancer Society considera que el riesgo de padecer cáncer biliopancreático aumenta conforme la persona envejece. La mayoría de los pacientes son mayores de 45 años y alrededor del 70% tienen 65 años de edad y la edad promedio al momento de realizar el diagnóstico 71 años. En esta serie en el grupo de mujeres la edad fluctuó entre 47 a 83 años, con un promedio de 66,10 años y en el grupo de hombres la edad estuvo comprendida entre los 27 a 86 años, con un promedio de 64,63 años. Como se evidencia en los pacientes del ION SOLCA con este tipo de patología se presenta en pacientes adultos mayores, con edad menor a la referida en otros estudios.

En el presente estudio es relevante la mayor frecuencia de Colangiocarcinoma (45,45%) como causa de obstrucción de la vía biliar, seguido por tumores de cabeza de páncreas con el 27,27% y tumores ampulares 20% y con porcentajes menores otros diagnósticos, en contraste con otras estadísticas reportadas que sitúan a las neoplasias de cabeza de páncreas como la primera causa de obstrucción de la vía biliar. Brizuela Quintanilla R, et al 2003 en dos publicaciones sobre este tema señala que la principal causa de obstrucción biliar maligna es la neoplasia de la cabeza del páncreas. Un trabajo asiático publicado Goh KL, et al, 2005 señala que en 2.317 pacientes con estenosis de la vía biliar sometidos a CPRE, la causa de la patología más frecuente fue la neoplasia de la cabeza del páncreas.

Según Khan SA, et al 2007 y Nguyen K, 2008 el colangiocarcinoma es una causa poco frecuente de tumor del tracto digestivo, pero los tumores perihiliares (tumores de Klatskin) han aumentado su incidencia. García Cano, et al, 2003 presenta resultados similares donde el colangiocarcinoma es la segunda causa de obstrucción biliar maligna, después de la neoplasia de la cabeza del páncreas.

En la serie del ION SOLCA se colocó prótesis metálicas al 67% de los casos, y prótesis plásticas en el 27,27 y en tres casos se utilizaron los dos tipos de prótesis (plástica-y recambio a metálica). La decisión sobre el tipo de prótesis se tomó según las expectativas de sobrevida del paciente y la estadificación inicial. Como limitación en los primeros casos se puede mencionar la falta de disponibilidad de ultrasonido endoscópico, herramienta con la que se cuenta actualmente para una adecuada estadificación inicial. Por este motivo los pacientes del grupo de prótesis plásticas fue re-estadificado luego del drenaje biliar endoscópico y algunos de ellos re-categorizado como tumores con opción quirúrgica.

El éxito clínico fue el esperado en relación a la disminución de valores séricos de bilirrubina total en este estudio, similar a resultados de otras series. La media de bilirrubina total (BT) al momento de colocar la prótesis fue de 10,06 mg/dl ($\pm 10,42$) La media de BT dos semanas después de colocar la prótesis fue de 2,34 mg/dl ($\pm 6,69$). Estudios como el de Castaño, R, Rodrigo et al 2009 consideraron un drenaje biliar exitoso si se lograba determinar una disminución de los niveles de bilirrubina $> 50\%$ en la primera semana posterior a la colocación del stent. En el estudio Comparación de prótesis auto expandibles cubiertas frente a no cubiertas, para el tratamiento de la obstrucción biliar maligna, la media de bilirrubina total (BT) y bilirrubina directa (BD) al momento de colocar la prótesis fue de 17,4 mg/dl ($\pm 9,7$) y 9,4 mg/dl (± 6) respectivamente. La media de BT y BD 15 días después de colocar la prótesis fue de 5,07 mg/dl ($\pm 3,9$) y 2,4 mg/dl ($\pm 2,1$) respectivamente.

Las complicaciones tempranas de los pacientes del ION SOLCA posterior a la endoprótesis fueron del 5,44% (pancreatitis, sangrado posterior a papilotomía) y tardías (obstrucción de la prótesis) 3,63%, parámetros que se encuentran dentro de lo esperado según reportes de otras series. Cotton P 2008 y Vandervoort J, 2002 refieren que la CPRE es una técnica difícil entre de

las diferentes técnicas endoscópicas digestivas y reportan complicaciones entre un 4 al 10 % como el sangrado pos-esfinterotomía, la infección de la vía biliar, la perforación y la pancreatitis, y distintos factores incrementan el riesgo de aparición de estas como la competencia profesional, el equipamiento, las características del paciente y factores relacionados con la manipulación.

En este trabajo en el total de la serie el promedio de días de sobrevida fue de 182,56 días, dato que se relaciona con la expectativa de vida de este tipo de tumores. La sobrevida promedio en los pacientes con stent metálico fue de 158 ± 177 , con stent plástico 261 días y casos que fueron colocados stent plástico y posterior metálico 130 días. En la investigación Stent metálico versus plástico en la obstrucción biliar maligna distal, la sobrevida fue de $159,4 \pm 9,4$ días en los pacientes con stent plástico y de $189,5 \pm 7,6$ días para los pacientes con stent metálico ($p=0,07$)

La mortalidad conocida en esta serie fue de 34 pacientes 61,81% y de situación desconocida 16 (29,09%), constatándose la elevada mortalidad en esta serie, dato asociado al estadio avanzado de la enfermedad. García Sánchez, M. V. en el trabajo Tumores biliopancreáticos: supervivencia y calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento paliativo en sus resultados encontró el tiempo medio de supervivencia fue de 9,6 meses en los enfermos drenados por vía endoscópica y el tiempo asintomático de enfermedad fue de 4 meses y el índice de confort fue del 34%.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. Entre diciembre del 2010 y junio del 2016 se efectuaron 55 procedimientos paliativos endoscópicos en pacientes con neoplasias biliopancreáticas irresecables. La relación entre hombres/ mujeres 1/1,29.
2. Los tumores más frecuentes fueron colangiocarcinoma (45,45%) tumores de páncreas con el 27,27% y tumores de ampolla de vater 20% y con porcentajes menores otros diagnósticos cáncer de vesícula, linfoma de duodeno y adenopatías perihiliares.
3. En el 67% de pacientes se colocaron prótesis metálicas, en el 27% prótesis plásticas y tres pacientes requirieron primero un stent plástico y posteriormente recambio a stent metálico (6%).
4. El éxito clínico se relacionó al descenso de los parámetros de bilirrubina posterior a la colocación de la endoprótesis que conlleva a mejoría sintomática, los resultados fueron: BT anterior al procedimiento media 10,06 mg/Dl $\pm$ 10,42 y BT post stent media de 2,34 mg/Dl $\pm$ 6,69
5. El éxito técnico con el adecuado posicionamiento de la prótesis de vía biliar fue del 100%.
6. Las complicaciones tempranas y tardías relacionadas a la colocación de prótesis de vía biliar fueron menores al 10%.
7. La sobrevida de los pacientes con cáncer biliopancreático luego de la colocación de prótesis endoscópicas de vía biliar, en promedio fue de 182días.

8. El seguimiento se efectuó utilizando la escala funcional ECOG/OMS, en la mayoría de los pacientes evaluados se consiguió paliación con una aceptable calidad de vida.

6.2 RECOMENDACIONES

Se propone socializar el trabajo realizado a todos los especialistas del servicio de Gastroenterología del ION SOLCA.

Proponer a las autoridades del ION SOLCA que este trabajo de investigación sea socializado a nivel multicentrico en las Instituciones de Salud dedicadas al tratamiento de enfermedades oncológicas.

Se recomienda protocolizar el drenaje endoscópico de vía biliar con prótesis en pacientes con tumores biliopancreaticos no resecables, dado el éxito técnico, clínico y la baja tasa de complicaciones.

Publicar este trabajo en la revista de la Institución.

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballinger AB, McHugh M, Catnach SM, et al. (1994) Symptom relief and quality of life after stenting for malignant bile duct obstruction. *Gut* 1994; Vol.35 pp. 467-70. - See more at: Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/gastroenterologia/vol-142>
2. Barbarro Alberto Alonso, González Barón Manuel Medidas de capacidad funcional <http://media.axon.es/pdf/61341.pdf>
3. Baron, Todd. Grimm Lan S. (2016) Relief of obstructive jaundice from pancreatic cancer: the end of the plastic stent era? *Gut* ; 65 pp.191-192 doi:10.1136/gutjnl-2015-310519 Disponible en <http://gut.bmj.com/content/65/2/191>.
4. Boumitri, Christine. Gaidhane, Mónica, Kahaleh, Michel (2015) Antireflux metallic biliary stents: Where do we stand? *GIE Gastrointestinal Endoscopy* Vol. 83. 2 pp-413 – Recuperado en 15 febrero 2016. Disponible en [http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(15\)03032-1/abstract](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(15)03032-1/abstract).
5. Brizuela Quintanilla R, Fábregas Rodríguez C. (2003) Experiencia en el tratamiento endoscópico de la obstrucción de la vía biliar principal. *Cub Rev. Cub Med Mil.*;Vol 32(2)pp 81-7
6. Brizuela Quintanilla R, Ruiz Torres J, et al. (2003) Aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de la Colangiopancreatografía retrograda endoscópica. *Cub. Rev. Cub Med Milit.* Vol. 29(3) pp. 162-7
7. Brugge WR. (2006) Advances in the endoscopic management of patients with pancreatic and biliary malignancies. *South Med J*; 99(12): 1358 – 66
8. Camuera, J. C. Correa Zapata, V. García de Pereda De Blas, G. Iglesias Hidalgo, R. Ituarte Uriarte; Barakaldo ES (2014) Colangiocarcinoma: Claves diagnósticas en TC y RM Congreso SERAM 2014 Disponible en http://postereng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=124243&ti=410487&searchkey=
9. Castaño Llano, Rodrigo (2011) Tumor de la confluencia hilar hepática (Klatskin) *Asoc. Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v26n2/v26n2a08.pdf>.

10. Castaño, Rodrigo. Álvarez, Óscar. García, A. Quintero, Víctor. Sanín, Eugenio, et al (2009) Stent metálico versus plástico en la obstrucción biliar maligna distal. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología.
11. Cuevas Veliz Iván, Díaz Martínez, José, Collado, Juan. (2010) Cáncer Primario de Hígado. Estudio de 65 casos. Revista Oncología Vol. 20 N° 1 -2 enero –junio 2010<http://solcacompras.solca.med.ec/REVISTA/veredicion.php?id=3>
12. Chahal P, Baron TH. (2006) Endoscopic palliation of cholangiocarcinoma. Curr Opin Gastroenterol. 22(5): 551 – 60
13. Choi HJ, et al, (2011) Clinical feasibility of direct peroral cholangioscopy-guided photodynamic therapy for inoperable cholangiocarcinoma performed by using an ultra-slim upper endoscope. Gastrointest Endosc Vol. 73 pp. 808-13.
14. Choi W-B, Lee S-K et al. (2000) A new strategy to predict the neoplastic polyps of the gallbladder based on a scoring system using EUS. Gastrointest Endosc; 52: 372-79 16.
15. Costamagna G, Tringali A, Petruzzello L, Spada C (2004) Hilar tumours. Can J Gastroenterol. Vol. 18(7) Jul; pp. 451-4.
16. Cotton P, Garrow D, Gallagher J, Romagnuolo J. (2009) Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years. Gastrointest Endosc. Vol.70 pp. 80-8.
17. Domper Arnal María José, Simón Marco Miguel Ángel. (2016) Tratamiento endoscópico de las estenosis malignas de la vía biliar. Puesta al día y puntos más relevantes para la práctica clínica habitual. Zaragoza España. Rev. Esp. Enferm. Dig. Vol. 108, N° 9, pp. 568-575.
18. Dumonceau JM, Vonlaufen A. (2007) Pancreatic Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Endoscopy,39(2):124-30
19. Eslick GD. (2010) Epidemiology of gallbladder cancer. Gastroenterol Clin North Am. 39(2): 307-30.
20. Faria G, De Aretxabala X, et al (2001) Primary cholangiocarcinoma associated with Caroli disease. Rev Med Chil 2001; 129: 1433-8
21. Flores Carmona D, Alonso Lárraga JO, Hernández Guerrero A, Ramírez Solís M (2016) Comparación de prótesis auto-expandibles cubiertas frente a no cubiertas para

el tratamiento de la obstrucción biliar maligna. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Pp 246 -249

22. Flisfisch F. Humberto - Heredia C. Ana (2011) Colangitis Aguda: Revisión de aspectos fundamentales. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2
23. García Sánchez, M.V. et al. (2002) Tumores biliopancreáticos: supervivencia y calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento paliativo. Rev. Esp. Enfer. Dig v.96 n.5:305-314
24. Gimenez ME, Andreacchio A, Berkowski D, Cordoba P, Romero P, Zadoff S, Priarone C. (2007) Tumores biliopancreáticos irresecables: Rol del equipo tratante en la paliación y contención del enfermo terminal. Intervencionismo 2007; Vol. 7.1: pp. 13-19 Disponible en <http://www.intervencionismosidi.org/pdf/200771Resumenes.pdf>.
25. Giménez M, et al. (2011) Procedimientos Paliativos en las Neoplasias Biliopancreáticas. Editorial Amolca. pp. 167 – 212.
26. Giustina, RA; Fernández, L; Ahumada, E; Heredia, C; Castro, RS; Campos, W (2013) Colocación de stent de vía biliar en el periodo de enero del 2010 a abril 2013, Córdoba, Argentina Instituto de Enfermedades Digestivas, Hospital Italiano, Servicio de Cirugía. Rev. Acta Gastroenterol Latinoam – Vol. 43 - Sup. N° 2 - S 55 Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva – Septiembre. Disponible en <http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2013/Vol-43-S2/Vol43S2-PDF04.pdf>
27. Goh KL, Murugan P, Anbarasu R, Tan YM, Ranjeev P. (2005) Endoscopic Management of Pancreaticobiliary Strictures: A Malaysian experience. Digestive Endoscopy. Vol. 17(Suppl.) pp. S80–4.
28. Goldberg MJ. (2004) Cholangiocarcinoma. Dis Mon. 50: 540-4.
29. Güitrón-Cantú, Alfredo. Adalid-Martínez, Raúl. Gutiérrez-Bermúdez José A. (2005) Endoprótesis metálicas biliares auto-expandibles en ictericia obstructiva maligna. México. Rev. Gastroenterol, Vol. 70, Núm. 3.
30. Hammill CW, Wong LL. (2008) Intrahepatic cholangiocarcinoma: a malignancy of increasing importance. J Am Coll Surg ; 207 pp594-603.
31. Hawkins WG, De Matteo RP, et al. (2004) Jaundice Predicts Advanced Disease and Early Mortality in Patients with Gallbladder Cancer. Ann Surg Oncol; 11: 310-315
32. Hawkins WG, DeMatteo RP, et al. (2004) Jaundice Predicts Advanced Disease and

- Early Mortality in Patients with Gallbladder Cancer. *Ann Surg Oncol.* ; 11: 310-315.28.
33. Howard W, et al (2015) Performance status in patients with cancer. *JAMA Oncol.* 2015; 1(7):998
 34. Khan SA, Davidson BR et al (2002) British Society of Gastroenterology. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *Gut*; 51:7-9.
 35. Khan SA, Toledano MB, Taylor-Robinson SD. (2008) Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of cholangiocarcinoma. *HPB.* 2008 Vol. 10 pp. 77-82
 36. Kozarek R. BiliRY ercp. (2007) *Endoscopy.* 39(1): 11-6
 37. Lai EC, Mok FP, Fan ST, et al. (1994) Preoperative endoscopic drainage for malignant obstructive jaundice. *Br. J Surg*; 81(8) pp 1195-8.
 38. Landaeta, J, Mutti, L, Rodríguez, M, Rojas, B, Vásquez, F, Narváez, M, Hernández, et al (2008). Experiencia en la colocación de prótesis endoscópica en patología biliopancreática. *Venezuela Gen*, Vol. 62(3), pp. 182-185. Recuperado en 10 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032008000300006&lng=es&tlng=es
 39. Larson SC, Wolk A. (2007) Obesity and the risk of gallbladder cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer* ; 96: 1457 – 1461
 40. Leong, Quan Wai; Shen, Mira L; Au, Kim W; Luo, Derek; Lau, James Y; Wu, Justin C; et al (2016) A prospective, randomized study of the patency period of the plasticantireflux biliary stent: an interim analysis. *Gastrointest Endosc*; Vol, 83(2) pp. 387-93, Feb. Artículo en ENG | MEDLINE | ID: mdl-26024583
 41. Meza-Junco, J Montañó-Loza, A. Aguayo-González A. (2006) Bases moleculares del cáncer México *Rev. Invest. Clín.* ene./feb.Vol.58 N°.1 Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000100008
 42. Montes de Oca Megías, Elizabeth. Soler Luis Laureano, et al (2013) Tumores malignos biliopancreáticos: diagnóstico y terapéutica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica *Cuba Revista Archivo Médico de Camagüey AMC* vol.17 no.2 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-

02552013000200007.

43. Navaneethan, Udayakumar, Njei Basile, Sanaka Madhusuhan (2006) Endoscopic Ultrasound in the Diagnosis of Cholangiocarcinoma As the Etiology of Biliary Strictures- a Systematic Review and Meta-Analysis, *Gastrointestinal Endoscopy* , Volume 79 , Issue 5 , AB453
44. Newman EA, et al. (2006) Adjuvant treatment strategies for pancreatic cancer. *J Gastrointest Surg.* 10(6): 916- 26
45. Nguyen K, Sing JT. (2008) Review of endoscopic techniques in the diagnosis and management of cholangiocarcinoma. *World J Gastroenterol.* Vol, 14(19) pp. 2995-9.
46. Nieto Orellana Iván, Hernández Ludeña Lucía, Moreno Briones Fausto. Muñoz Soraya Sosa (2012) Manejo Endoscópico Paliativo de los Tumores Biliopancreáticos Guayaquil – Ecuador *Rev. Oncol.* Vol. 22 No. 1 Enero – Junio. Disponible en <http://www.drivannietoorellana.com/espanol/articulos/manejoendoscopico.pdf>
47. Ornellas LC, et al. (2006) Comparison between endoscopic brush cytology performed before and after biliary stricture dilation for cancer detection. *Arq Gastroenterol*; 43(1): 20-3.
48. Park SY, Park CH, Cho SB, Yoon KW, Lee WS Kim HS, et al. (2008) The safety and effectiveness of endoscopic biliary decompression by plastic stent placement in acute suppurative cholangitis compared with nasobiliary drainage. *Gastrointest Endosc.* Dec; 68(6) pp1076-80.
49. Pellisé, Ma. Castells A Tumores de la vesícula y vías biliares. Barcelona – España Hospital Clinic de Barcelona. servicio de Gastroenterología. Cap. 47 Disponible en http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/47_Tumores_de_la-vesicula_y_vias_biliares.pdf.
50. Ramírez Escutia, Paola. Farca Belsaguy, Alberto. Angulo Molina, Diego. Estradas Trujillo José. (2016) Utilidad del Spy Glass en la vía biliar. *Anales Médicos* Vol. 61 N° 3 julio –sep pp 225-228 Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc163l.pdf>.
51. Randi G, Franceschi S et al. (2006) Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer*; 118: 1591-602.
52. Salcedo Allende Ma. T (2015) Neoplasia intraepitelial pancreática y adenocarcinoma

- ductal de páncreas: Estudio de factores de las vías de señalización celular y su relación con la clínica. Barcelona - España Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Ciencias Morfológicas. Facultad de Medicina. Tesis Doctoral Disponible en <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/377763/mtsa1de1.pdf?sequence=1>
53. Sejpal D. (2012) Advancements in biliary stenting. J Clin Gastroenterol. Vol. 46 pp.191–196.
 54. Stephen AE, Berger DL. (2001) Carcinoma in the porcelain gallbladder: A relationship revisited. Surgery; 129:699-703
 55. Simmonds DT, Baron TH. (2007) PERCe Ptions on ERCP Utilization in the United States. Am J Gastroneterol; 102(5):976-7
 56. SOLCA. (2013) Tasa estandarizadas y Mortalidad por cáncer.2012. Registro de Tumores. <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Grafico3-1.jsp>
 57. Torres Ruiz Ma. F, de la Mora Levy J, Alonso Larraga JO, Sánchez del Monte J, Hernández Guerrero, A (2015) Derivaciones biliodigestivas en obstruccion maligna. Drenaje guiado por ultrasonido endoscópico vs percutáneo. Un estudio comparativ. Revista Elviser es Endoscopia pp162 -167
 58. Valle J.W et al, (2016) Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology Vol. 27(Suplement 5): v28-v37.
 59. Valls C. (2006) Obstructive Jaundice: diagnostic and therapeutic management. J Radiol. 87(4):460-78.
 60. Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, Wong RC, Ferrari AP, Montes H, et al. 2002 Risk factors for complications after performance of ERCP. Gastrointest Endosc. Vol.56 pp. 652-6.
 61. Weber S, O'Reilly E, et al.(2004) Cancer of Bile Duct. En: Abeloff M (ed). Clinical Oncology. New York: Churchill Livingstone 3rd Edition; 202-14.
 62. Virik K, Glare P. (2002) Validation of the Palliative Performance Scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia. J Pain Symptom Manage; 23:455-457.
 63. www.andes.info.ec/es/sociedad/enfermedades-no-transmisibles-son-principal-causa-muerte-ecuador.html

64. Zhongzhi J, et al, (2016) Role of endoscopic vs percutaneous biliary drainage in the treatment of malignant biliary tract obstruction. JAMA Oncol Vol. 2(4) pp. 547-548

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

**“EFECTIVIDAD DEL USO DE ENDOPRÓTESIS DE VÍA BILIAR EN EL
TRATAMIENTO PALIATIVO DE TUMORES BILIOPANCREATICOS”**

Formulario No.....

1. Edad: años

2. Género: () M () F

3. Localización del tumor:

Vesícula biliar ()

Páncreas ()

Vía biliar ()

Bismuth I () II () III a () III b () IV ()

Ampolla de Vater ()

4: Sitio de estenosis en el tracto biliar.....

5. Bilirrubina:

Antes de la prótesis.....mg/dl

Después de la prótesis (2 semanas)..... mg/dl

6. Confirmación histopatológica:

Cepillado de vía biliar Si... No...

Biopsia Si.... No.....

7. Tipo de prótesis utilizada

Plástica ()

Metálica ()

Cubierta ()

Descubierta ()

Parcialmente cubierta ()

8. Tratamiento posterior a la colocación de prótesis

Cirugía ()

Quimioterapia ()

Radioterapia ()

9. Complicaciones relacionadas con la prótesis:

Tempranas.....

Tardías.....

10. Calidad de vida

ECOG inicial	ECOG 3 meses	ECOG 6 meses
0		
1		
2		
3		
4		
5		

11. Sobrevida.....meses.....días

ANEXO 2

CRONOGRAMA

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración del proyecto							
Entrega del proyecto							
Corrección del proyecto							
Revisión del material bibliográfico							
Recolección de datos							
Tabulación de datos							
Análisis e interpretación							
Informe preliminar							
Entrega del Borrador							
Corrección del Borrador							
Elaboración del informe definitivo							
Entrega del informe final.							

Anexo 3 BASE DE DATOS

#	inicial	HC	Sexo	Edad	Motivo de CPRE	Localización obstrucción VB	Prótesis colocada	Cepillado	BT antes	BT despu	cirugía	Q	sobrevida	estado actual	ECOG INIC	ECOG 3	ECOG 6	complicaciones post CPRE	Obs GIP
1	RT	20105232	M	72	Ampuloma	TERCIO DISTAL	Plástica	NO	24,0	5,0	GEA	no	1mes	f	2	4			
2	CC	20105743	M	72	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	21,0	1,3	NO	no	3Meses	f	2	4			
3	BI	20110274	F	59	CA DE VESICULA	CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS Y RAMA	METÁLICA	NO	11,0	14,0	NO	no	3meses	f	2	4			
4	SG	19983443	F	68	AMPULOMA	TERCIO DISTAL	Plástica	NO	31,0	1,8	Whipple	no	12meses	desc	2	1	1		
5	FB	20110821	M	54	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO	METÁLICA	NO	15,0	2,8	NO	no	27meses	desc	2	1	0		fallecido
6	LA	4862011	M	76	AMPULOMA	TERCIO MEDIO Y DISTAL	Plástica	NO	6,0	0,4	NO	no	pensionado ?	desc	2			sangrado papilotomía	
7	AA	20111802	F	63	AMPULOMA	TERCIO MEDIO Y DISTAL	Plástica	NO	11,0	1,0	GEA	no	5 meses	f	2	3			
8	HJ	196523401	F	55	AMPULOMA	TERCIO DISTAL	Plástica	NO	8,0	1,6	Whipple	no	1mes	f	2			sangrado papilotomía	
9	WQ	20112779	M	73	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO DISTAL Y MEDIO	Plástica	COLANGIOC	20,0	4,0	Whipple	no	5 años	vse	2	0	0		
10	OG	20113179	F	56	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO Y DISTAL	METÁLICA	COLANGIOC	15,0	6,0	NO	NO	14 meses	f	2	1	3		
11	MC	19975204	M	72	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	8,0	2,0	no	no	21meses	f	2	1	1	obstrucción prótesis	
12	MV	20113468	F	68	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO	METÁLICA	COLANGIOC	16,0	0,6	NO	no	2 meses	f	2				
13	GP	20112338	F	81	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	13,0	0,8	NO	NO	5meses	f	2	2			
14	FZ	20114113	M	29	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO Y DISTAL	METÁLICA	COLANGIOC	24,0	0,9	no	no	2meses	desc	2				fallecido
15	MS	20114097	F	55	LINFOMA DUODENO	TERCIO DISTAL	Plástica	NO	20,0	4,0	no	QT	1mes	f	2				
16	JA	20120120	M	86	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS Y RAMA	METÁLICA	COLANGIOC	18,0	14,0	no	no	1mes	desc	3				fallecido
17	JV	20114132	M	35	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS	METÁLICA	COLANGIOC	35,0	13,0	no	si	6m	desc	2	2	3		fallecido
18	DP	19860892	F	75	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS	METÁLICA	COLANGIOC	21,0	4,5	no	no	5meses	f	2			obstrucción prótesis	
19	VC	20121047	M	64	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS	METÁLICA	COLANGIOC	19,0	15,0	no	no	1mes	desc	2				fallecido
20	JS	20120623	M	61	Ampuloma	TERCIO DISTAL	Plástica	no	14,0	9,0	Whipple	no	1mes	f	2				
21	AH	20121278	M	49	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO DISTAL	Plástica	COLANGIOC	4,0	2,0	Whipple	qt + r	16 meses	f	2	1	2		
22	FH	20124030	M	79	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO	Plástica	COLANGIOC	19,0	9,0	no	no	2 meses	f	2				
23	MM	20023048	M	79	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE HEPATICOS Y RAMA DER	METÁLICA	SI, NEG O NC	31,0	28,0	no	no	5 dias	desc	3				fallecido
24	FS	20121868	F	58	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	25,0	5,0	CYA GEA	QT	10m	f	2	1	1		
25	JL	19973916	M	51	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	22,0	10,0	NO	no	15 dias	f	2				
26	ZG	20123334	F	81	ampuloma	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	3,2	1,1	NO	NO	2meses	F	2				
27	GG	20121761	F	61	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE HEPATICOS	METÁLICA	COLANGIOC	12,0	2,0	NO	NO	4meses	desc	2	3			fallecido
28	AZ	20123029	F	71	CA DE PANCREAS	TERCIO PROXIMAL	METÁLICA	no	29,0	24,0	no	no	6dias	f	2				
29	LV	20124360	F	48	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE LOS HEPATICOS	METÁLICA	COLANGIOC	13,0	1,7	LE	NO	13meses	F	2	2	1		
30	MB	20133900	F	58	CA DE PANCREAS	TERCIO MEDIO	METÁLICA	NO	24,0	16,0	NO	NO	1mes	F	3	1	4		
31	NR	20126369	F	78	ampuloma	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	3,0	1,0	NO	no	8 meses	f	2	2	4		
32	EM	20135909	F	65	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO DISTAL	METÁLICA	COLANGIOC	40,0	29,0	no	no	1mes	desc	2				fallecido

#	iniciales	HC	Sexo	Edad	Motivo de CPRE	Localización obstrucción VB	Prótesis colocada	Cepillado de	BT antes	BT despues	cirugia	QT	sobrevida	estado actual	ECOG INICIAL	ECOG 3 M	ECOG 6 M	complicaciones post CPRE	Obs GIP
33	JA	20132292	m	53	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	Plástica	no	33,0	8,0	GEA	no	1mes	f	2				
34	JA	20131717	m	69	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO DISTAL	Plástica	COLANGIOC	6,0	3,0	cya	no	8m	f	2	2	3		
35	HF	20138100	f	78	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO	METÁLICA	COLANGIOC	16,0	3,0	NO	no	1mes	desc	2				fallecido
36	ES	20138570	F	72	CA DE VESICULA	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	6,0	3,0	NO	si	5meses	desc	2				fallecido
37	JP	20137196	M	61	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO PROXIMAL Y CONFLUENCIA	METÁLICA	COLANGIOC	1,0	1,0	NO	si	6M	F	2	2		obstrucción de prótesis	
38	EL	20137918	M	69	CA DE PANCREAS	TERCIO MEDIO Y DISTAL	METÁLICA	METS DE ADK	8,0	2,0	DER Q	no	6M	F	2	2			
39	MB	19821728	F	53	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO Y DISTAL	METÁLICA	COLANGIOC	16,0	4,0	NO	no	1mes	F	2				
40	EV	20144454	F	83	Ampuloma	TERCIO DISTAL	METÁLICA	NO	14,0	5,0	NO	no	3Meses	F	2				
41	EE	20090599	F	58	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA DE HEPATICOS	Plástica	COLANGIOC	6,0	2,0	NO	no	5meses	F	2				
42	RN	20146803	F	75	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	PLAST-MET	METS DE ADK	4,0	2,0	no	no	3Meses	desc	2				fallecido
43	JP	20147267	F	72	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA Y RAMA DERECHA	METÁLICA	COLANGIOC	39,0	7,0	no	no	6m	f	2	2			
44	CL	20150487	F	83	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	no	9,0	2,0	no	no	1mes	desc	2				fallecido
45	DC	19990987	F	62	ADENOPATIAS PERIHILIARES	CONFLUENCIA	METÁLICA	NO	8,2	2,0	NO	NO	3 meses	desc	2				fallecido
46	DG	19955025	F	83	Ampuloma	TERCIO DISTAL	METÁLICA	SI, NEG O NC	12,0	4,0	no	no	8 meses	f	2	1	2	pancreatitis	
47	PC	20154793	M	77	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	METÁLICA	no	50,0	9,0	no	no	2meses	f	2				
48	PL	20154568	M	51	AMPULOMA	TERCIO DISTAL	Plástica	NO	2,5	0,5	no	no	7meses	f	2	1	3		
49	JP	20135934	M	73	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO DISTAL	METÁLICA	COLANGIOC	14,0	2,9	no	no	9meses	vivo	2	2	3		fallecido
50	MN	20122896	F	61	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA Y RAMA IZQUIERDA	METÁLICA	COLANGIOC	23,0	6,9	no	no	6meses	desc	2	3			fallecido
51	MCR	20162767	F	60	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	PLAST-MET	SI, NEG O NC	18,0	3,0	NO	NO	6m	vivo	2	1			
52	MCA	20163663	F	62	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	Plástica	SI, NEG O NC	2,0	2,0	NO	NO	2meses	desc	2				
53	MQ	20163940	F	47	CA DE PANCREAS	TERCIO DISTAL	PLAST-MET	NO	22,0	7,0	NO	NO	4meses	vivo	2	0			
54	RQ	20164735	M	73	COLANGIOCARCINOMA	TERCIO MEDIO	METÁLICA	COLANGIOC	27,0	20,0	NO	NO	1mes	vivo	2				fallecido
55	FA	20165057	M	73	COLANGIOCARCINOMA	CONFLUENCIA Y RAMA IZQUIERDA	METÁLICA	COLANGIOC	27,0	13,0	NO	NO	3Meses	f	2	4			



Revisión por Plagius - Detector de Plagio 2.4.12
martes, 19 de septiembre de 2017 17:30

Resultado del análisis

Archivo: Tesis def sep 3 -2017 .1.doc

Estadísticas

Sospechosas en Internet: 3,52%

Porcentaje del texto con expresiones en internet

Sospechas confirmadas: 2,65%

Confirmada existencia de los tramos en las direcciones encontradas

Texto analizado: 74,8%

Porcentaje del texto analizado efectivamente (no se analizan las frases cortas, caracteres especiales, texto rojo)

Éxito del análisis: 100%

Porcentaje de éxito de la investigación, indica la calidad del análisis, cuanto más alto mejor.

Direcciones más relevantes encontradas:

Dirección (URL)	Ocurrencias	Similitud
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/47_Tumores_de_la_vesicula_y_vias_biliares.pdf	7	0 %
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000200007	6	7,68 %
https://eurjmedres.biomedcentral.com/articles/10.1186/2047-783X-19-26	6	2,18 %
https://www.slideshare.net/mlazqui/importancia-de-la-situacion-general-en-el-paciente-con-cncr-2014	6	3,7 %
http://www.bsg.org.uk/clinical-guidelines/liver/guidelines-for-the-diagnosis-and-treatment-of-cholangiocarcinoma-an-update.html	5	0,75 %
http://www.amolca.com.co/catalogo/medicina/gastroenterologia/procedimientos-paliativos-en-las-neoplasias-biliopancreaticas-detail	5	0,85 %

Texto analizado:

INTRODUCCIÓN

Los tumores biliopancreáticos malignos representan aproximadamente el 3% de las neoplasias gastrointestinales, asociados a mal pronóstico, con una supervivencia global que alcanza entre 6 y 12 meses después del diagnóstico. El 90% de los pacientes supera la edad media con un pico entre 70 y 75 años.

El cáncer de vesícula, colangiocarcinoma, cáncer de páncreas y carcinoma ampular son las causas más comunes de obstrucción del árbol biliar. La cirugía es el tratamiento de elección en estos pacientes, pero desafortunadamente sólo el 20% de los casos son resecables en el momento del diagnóstico (García Sánchez, M.V. et al. 2002). Los pacientes con tumores no resecables tienen un pronóstico sombrío en términos tanto de supervivencia como de calidad de vida.

La primera manifestación clínica generalmente es la ictericia. La obstrucción biliar ocasiona prurito intenso, mala absorción, colangitis y falla hepática progresiva, siendo estas dos últimas las principales causas de mortalidad, por esta razón es imprescindible plantear un tratamiento paliativo adecuado.

Ag
Dr. Angel Ortiz Ariza
PATÓLOGO CLÍNICO
ALP. LUGO VI. FOLIO 167 N° 4188
SENESCVT. 1006R-07-737



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: "EFECTIVIDAD DEL USO DE ENDOPRÓTESIS DE VÍA BILIAR EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE TUMORES BILIOPANCREATICOS"	
AUTOR: Dra. Lucía Alexandra Hernández Ludeña	TUTOR: Dr. Iván Nieto Orellana
	REVISOR: Dr. Ángel Ortíz
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD: GASTROENTEROLOGÍA	
FECHA DE PUBLICACIÓN: 10/11/2017	No. DE PÁGS: 59
ÁREAS TEMÁTICAS: Medicina: Gastroenterología. Cáncer de vías biliares y páncreas. Prótesis endoscópicas de vía biliar	
PALABRAS CLAVE: TUMORES BILIOPANCREATICOS, PRÓTESIS, VÍA BILIAR, CALIDAD DE VIDA	

RESUMEN: Fundamento: Los tumores biliopancreaticos malignos representan el 3% de las neoplasias gastrointestinales y su diagnóstico suele ser tardío y de mal pronóstico, la colocación de stent por vía endoscópica es una opción terapéutica en estadios avanzados. Objetivo: Analizar la efectividad del uso de prótesis endoscópicas para drenaje biliar como tratamiento paliativo en tumores de vías biliares y páncreas. Metodología: El universo representado por pacientes con diagnóstico de tumor maligno de vías biliares y/ o páncreas, la muestra constituida por 55 casos a los que se realizó el procedimiento de colocación de endoprótesis de vía biliar. Resultados: relación hombres / mujeres 1/1,29. Los diagnósticos más frecuente fueron el colangiocarcinoma, seguido de cáncer de páncreas y ampuloma. El éxito clínico se definió al descenso de la bilirrubina posterior a la colocación de la endoprótesis: BT anterior al procedimiento media 10,06 mg/Dl $\pm$ 10,42 y BT post stent media fue de 2,34 mg/Dl $\pm$ 6,69, el éxito técnico fue del 100% (posicionamiento de la prótesis en el sitio de la obstrucción). La sobrevida promedio en los pacientes posterior al tratamiento fue de 182,56 días, y la evaluación sobre la calidad de vida fue aceptable en la mayoría de los pacientes evaluados (ECOG-0-2).

Conclusiones: Los tumores que obstruyen con mayor frecuencia la vía biliar son los colangiocarcinomas, tumores de páncreas y tumores de la ampolla de vater. La colocación de prótesis de vía biliar constituye el tratamiento de drenaje recomendado en pacientes con obstrucción ductal por tumores biliopancreaticos avanzados, al ser un procedimiento con favorable éxito técnico y clínico, asociado a escasas complicaciones.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono:	E-mail:	
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA COORDINACIÓN DE POSGRADO		
	Teléfono: 2288086		
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com		

: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**