

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

*Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50
a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro
Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero
2020.*

AUTORES:

**Adriana Gabriela Andrade Solís
Doménica Roxana Florencia Calderón**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán

Guayaquil, Ecuador

30 de agosto 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Andrade Solís Adriana Gabriela** y **Florencia Calderón Doménica Roxana**, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTORA

f. _____

Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Andrade Solís Adriana Gabriela**

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación: Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021.

AUTORA

f. _____

Andrade Solís Adriana Gabriela



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD
Yo, **Florencia Calderón Doménica Roxana**

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación: Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020, previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021.

AUTORA

f. _____

Florencia Calderón Doménica Roxana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrade Solís Adriana Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva y responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021.

AUTORA

f. _____

Andrade Solís Adriana Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Florencia Calderón Doménica Roxana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva y responsabilidad y total autoría.

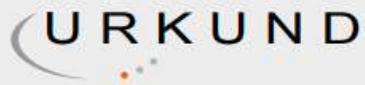
Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021.

AUTORA

f. _____

Florencia Calderón Doménica Roxana

REPORTE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: P-67 TESIS ANDRADE-FLORENCIA.docx (D111520773)
Submitted: 8/20/2021 9:15:00 PM
Submitted By: caridad.mayo@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/32176/Trabajo%20Final.pdf?sequence=1>
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/16790/1/T-UCSG-PRE-MED-1162.pdf>
<https://repositorio.unan.edu.ni/9058/1/98711.pdf>

Instances where selected sources appear:

4

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Caridad Mayo Galban". The signature is written in a cursive style and is enclosed within a hand-drawn rectangular box.

DRA. CARIDAD ISABEL MAYO GALBÁN
TUTOR (A)

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar nuestro camino y brindarnos la sabiduría para tomar las decisiones más importantes de nuestras vidas. (Proverbios 23: 19).

A nuestros padres, que han sido nuestro pilar y motivo para seguir adelante, por hacer el esfuerzo de darnos una educación de calidad, apoyarnos de manera incondicional y por guiarnos para cumplir nuestras metas.

A los amigos quienes nos acompañaron en esta lucha e hicieron que el camino sea más emocionante.

*Adriana Gabriela, Andrade Solís
Doménica Roxana Florencia Calderón*

DEDICATORIA

A Dios,

Mi plaza fuerte, Mi lámpara en la oscuridad, quien me dio fortaleza para sobrellevar los momentos más difíciles, a ti por acompañarme en cada paso que he dado en la vida.

A mis padres, A mis abuelos,

Quienes me enseñaron que con esfuerzo todo es posible, que con amor y sacrificio se puede lograr cosas maravillosas, a las dos mujeres más fuertes luchadoras que he conocido y quienes son mi ejemplo y modelo de vida.

Adriana Gabriela, Andrade Solís.

DEDICATORIA

*Doy gracias a **Dios** por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

*Agradezco hoy y siempre a mi **familia** por estar siempre conmigo en cada paso que di en este difícil camino; a mi papá que con sus consejos y experiencias me brindo lo necesario para seguir adelante; a mi mamá por su apoyo persistente y cariño en todo momento; a mi hermano por siempre ayudarme en creer en mí, y a mi abuelita que fue mi pilar fundamental en mis estudios, quien me formo y siempre espero mi superación al igual que todos.*

*Por último, agradezco a todos **mis amigos**, que junto a ellos caminamos en este largo camino que nos brindó bellos y amargos momentos, pero todo esto solo nos dejó en experiencias y en gratos recuerdos.*

” En el momento en que pienses en rendirte, piensa en la razón por la que aguantaste tanto tiempo.”

Doménica Roxana, Florencia Calderón.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel
TUTORA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|------|
| RESUMEN | XVI |
| ABSTRACT | XVII |
| CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO. | 3 |
| CAPÍTULO 2: OBJETIVOS | 4 |
| OBJETIVO GENERAL | 4 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 4 |
| CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO | 5 |
| 3.1 CIRROSIS HEPÁTICA | 5 |
| 3.1.1 DEFINICIÓN | 5 |
| 3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA | 5 |
| 3.1.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO | 6 |
| 3.1.5 CLASIFICACIÓN | 7 |
| 3.1.6 PRESENTACIÓN CLÍNICA | 7 |
| 3.1.7 DIAGNÓSTICO | 8 |
| 3.1.8 TRATAMIENTO | 9 |
| 3.1.9 COMPLICACIONES | 9 |
| 3.2 CARCINOMA HEPATOCELULAR | 11 |
| 3.2.1 DEFINICIÓN Y GENERALIDADES | 11 |
| 3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA | 11 |
| 3.2.3 ETIOPATOGENIA | 12 |
| 3.2.4 PREVALENCIA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CIRRÓTICOS | 12 |

| | |
|---|----|
| 3.2.5 FACTORES DE RIESGO _____ | 13 |
| 3.2.6 PRESENTACIÓN CLÍNICA _____ | 16 |
| 3.2.7 DIAGNÓSTICO _____ | 16 |
| 3.2.8 TRATAMIENTO. _____ | 19 |
| CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA _____ | 22 |
| TIPO DE ESTUDIO _____ | 22 |
| ÁREA DE ESTUDIO _____ | 22 |
| UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO _____ | 22 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN _____ | 22 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN _____ | 22 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES _____ | 23 |
| RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN _____ | 25 |
| RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS _____ | 25 |
| CONSIDERACIONES BIOÉTICAS _____ | 25 |
| CAPÍTULO 5: RESULTADOS _____ | 27 |
| CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN _____ | 33 |
| FALENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN _____ | 34 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____ | 35 |
| CONCLUSIONES _____ | 35 |
| RECOMENDACIONES _____ | 36 |
| BIBLIOGRAFÍA _____ | 37 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla # 1: Distribución de pacientes según el género con carcinoma hepatocelular y antecedente de cirrosis Hepática. _____ | 28 |
| Tabla # 2: Distribución de rangos de edades y género de pacientes con carcinoma hepatocelular y Cirrosis Hepática. _____ | 29 |
| Tabla # 3: Distribución de los pacientes con carcinoma hepatocelular y Cirrosis hepática según la edad. _____ | 29 |
| Tabla # 4. Factores de riesgo asociados al desarrollo de carcinoma hepatocelular en pacientes con cirrosis Hepática. _____ | 30 |
| Tabla # 5. Distribución de los pacientes cirróticos según el tiempo de aparición de carcinoma hepatocelular. _____ | 31 |
| Tabla #6. Mortalidad de pacientes cirróticos que desarrollaron carcinoma hepatocelular. _____ | 32 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #1: Distribución de pacientes con Cirrosis Hepática y con diagnóstico de Carcinoma hepatocelular. _____ 27

RESUMEN

Introducción: La cirrosis hepática es una patología crónica con una considerable morbilidad y mortalidad a nivel mundial cuya mayor complicación es el desarrollo de carcinoma hepatocelular. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con cirrosis hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero 2018 a enero 2020. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. **Resultados:** La prevalencia de carcinoma hepatocelular en los pacientes cirróticos en este trabajo de investigación fue de 12.31% que corresponde a 33 pacientes de los 268 sujetos considerados para el estudio; Se evidenció que la media de edad de los pacientes fue de 68.12 años; con una distribución según el género con un 60.6% pacientes del género masculino (n=20) y 39.4% pacientes del género femenino (n=13); El tiempo transcurrido en años entre el diagnóstico de cirrosis hasta la aparición del cáncer fue 0 a 7 años, con la tasa con mayor porcentaje de fallecimientos fue durante el primer año con 27.3%; Finalmente La mortalidad del carcinoma hepatocelular fue del 78.8%. **Conclusión:** La cirrosis hepática es una enfermedad incapacitante con mayor prevalencia en el género masculino, a lo largo de su desarrollo puede evolucionar en la complicación con peor pronóstico, el carcinoma hepatocelular, sobre todo en pacientes con factores de riesgo como lo son: El sobrepeso, alcoholismo, hepatitis B y C. Llegando a ser altamente mortal, por lo que es necesario mejorar las estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Palabras clave: *Cirrosis hepática, Carcinoma hepatocelular, Sobrepeso.*

ABSTRACT

Introduction: Liver cirrhosis is a chronic pathology with considerable morbidity and mortality worldwide, It's greatest complication is the development of hepatocellular carcinoma. **Objective:** To estimate the prevalence of Hepatocellular Carcinoma in patients 50 to 90 years old with liver cirrhosis at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the period January 2018 to January 2020. **Materials and Methods:** A descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study was carried out. **Results:** The prevalence of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients in this research was 12.31%, which corresponds to 33 patients of the 268 subjects considered for the study; It was evidenced that the mean age of the patients was 68.12 years; with a distribution according to gender with 60.6% male patients (n = 20) and 39.4% female patients (n = 13); The time elapsed in years between the diagnosis of cirrhosis and the appearance of cancer was 0 to 7 years, with the rate with the highest percentage of deaths being during the first year with 27.3%; Finally, the mortality of hepatocellular carcinoma was 78.8%. **Conclusion:** Liver cirrhosis is a disabling disease with a higher prevalence in males, throughout its development it can evolve into the complication with the worst prognosis, hepatocellular carcinoma, especially in patients with risk factors such as: Overweight, alcoholism, hepatitis B and C. becoming highly fatal, so it is necessary to improve diagnostic and therapeutic strategies.

Key words: *Liver cirrhosis, Hepatocellular carcinoma, Overweight,*

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es un proceso patológico que compromete el tejido hepático sano convirtiéndose en tejido fibrótico, este proceso se lleva a cabo de manera progresiva y se caracteriza por la formación de nódulos regenerativos que provocan un cambio de la arquitectura en el hígado (1).

Los pacientes con cirrosis son susceptibles a una variedad de complicaciones agudas como crónicas. La complicación crónica con mayor morbimortalidad en los pacientes cirróticos es el desarrollo de carcinoma hepatocelular por lo cual la esperanza de vida de estos pacientes puede reducirse notablemente. La cirrosis representa aproximadamente 800.000 muertes por año en todo el mundo con una prevalencia de 250 casos por cada 100.000 personas (1).

En el 2014 Ecuador publicó a través del INEC, que la cirrosis hepática ocupaba la 7ma causa de mortalidad en nuestro país con cerca del 12,71 como razón de mortalidad. Además, el INEC ha reportado que en razón de mortalidad se encontraría en la tercera causa de prevalencia después de la hipertensión y diabetes mellitus (1).

El carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia primaria de hígado más común, posicionándose como la quinta causa en el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en todo el mundo, con aproximadamente entre 600.000 y 700.000 nuevos casos por año. Además, el cáncer primario de hígado es la tercera causa principal de mortalidad relacionada con el cáncer a nivel mundial, con una supervivencia a cinco años del 5 al 6%. El carcinoma hepatocelular suele desarrollarse en los pacientes con antecedentes de enfermedad hepática crónica (2).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirrosis hepática es una patología crónica, irreversible, de origen multifactorial que tiene alta probabilidad de desarrollar complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente, sin embargo, no todas las etiologías de la cirrosis hepática tienen un alto riesgo de generar carcinoma hepatocelular.

El diagnóstico de esta complicación suele ser tardío, por lo que en su mayoría la detección se da en estadios avanzados de la enfermedad. En relación al tratamiento la resección quirúrgica es la terapia de elección, sin embargo, solo el 25% tiene un tratamiento curativo.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la presente investigación se enfocará en la aparición de carcinoma hepatocelular en pacientes cirróticos, este tema es congruente a los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo dentro del periodo del mes de enero del 2018 a enero del 2020.

La aparición del carcinoma hepatocelular ha aumentado sustancialmente en el mundo y según los últimos datos publicados en el año 2018 por la OMS en el Ecuador la distribución de la mortalidad para el cáncer hepático es del 6.9% de hombres y 7.7% de mujeres. por lo que debemos conocer los factores de riesgo que influyen en su desarrollo, además es importante un diagnóstico temprano y también conocer la morbimortalidad de estos pacientes.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.

La investigación es trascendental para la comunidad médica ya que identificar la prevalencia de carcinoma hepatocelular en pacientes cirróticos es de gran ayuda para el área de la salud para proporcionar información suficiente y actualizada en la prevención y manejo de los pacientes con cirrosis hepática, en base a esto se aportará bases para investigaciones futuras ligadas al tema expuesto.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Estimar la prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 con cirrosis hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero del 2020“.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a los pacientes con el diagnóstico de carcinoma hepatocelular y cirrosis hepática.
2. Determinar el género y los grupos de edades que prevalecen entre los pacientes Cirróticos con diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular.
3. Identificar los factores de riesgo presentes en pacientes con carcinoma hepatocelular.
4. Estimar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de cirrosis y la aparición del Cáncer.
5. Determinar la mortalidad en los pacientes con cirrosis hepática que desarrollaron carcinoma hepatocelular.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

3.1 CIRROSIS HEPÁTICA

3.1.1 DEFINICIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que representa el estado final de la fibrosis hepática, la cirrosis se caracteriza por la alteración y modificación de la arquitectura del hígado sano por bandas de tejido fibroso cicatrizal, la fibrosis forma nódulos regenerativos que van reemplazando paulatinamente al parénquima hepático llegando a interferir en las funciones habituales del hígado (1). Los mecanismos celulares que encaminan a la cirrosis son los mismos; con el daño secundario a la alteración vascular y estructural hepática, causando alteración de la síntesis proteica, neutralización y eliminación de sustancias tóxicas, falla de su función endocrina, Metabolismo de carbohidratos y lípidos, entre otras (3-5).

3.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La cirrosis hepática es una enfermedad con una considerable morbilidad y mortalidad a nivel mundial, aproximadamente se registran 800.000 muertes anuales debido a esta patología, en Europa y EE. UU. la prevalencia es de 250 casos por cada 100.000 habitantes al año, sin embargo, ésta aumenta en los hombres llegando a ser dos veces mayor que en las mujeres. En relación a la edad la cirrosis hepática es más frecuente en varones de 50 años (1).

En Latinoamérica, en países como Chile, Perú y México la cirrosis hepática se encuentra entre el 5^{to}, 6^{to}, y 7^{mo} lugar como causa de muerte, en Ecuador en el año 2019 se publicó a través del INEC que la cirrosis hepática se encuentra en el lugar 51 con 3,157 muertes por cada 100.000 habitantes siendo el 3,3% del total de defunciones (3). La cirrosis hepática representa el 5,2% de fallecimientos en adultos de 30 a 64 años por lo que tiene una alta tasa de mortalidad, es posible esto se deba a que un porcentaje considerable desarrolla carcinoma hepatocelular, por esta razón es necesario conocer los

grupos de riesgo, hacer un diagnóstico temprano y manejo adecuado ya que la supervivencia no es superior al 10% a los 5 años (7,8).

3.1.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La etiología de la cirrosis hepática es multifactorial, sin embargo, dentro de las principales causas de cirrosis hepática se encuentran las infecciones virales (hepatitis B, C), hábitos no adecuados como Enfermedad hepática alcohólica, enfermedad del hígado graso no alcohólico y hemocromatosis (4). entre las causas menos comunes incluyen, enfermedades autoinmunes como: hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y secundaria, colangitis esclerosante primaria, medicamentos como el metotrexato, isoniazida, amiodarona, clorpromazina, etc. otras de enfermedades que también pueden causar cirrosis son la enfermedad de Wilson, enfermedad celíaca, y enfermedad poliquística del hígado (9,10).

El consumo crónico de bebidas alcohólicas es la causa más importante de cirrosis hepática, el consumo de más de 80 gramos de alcohol día en hombres y de 40 a 60 gramos día en mujeres se asocia al desarrollo de cirrosis hepática (5), se estima que del 90% de pacientes que ingieren alcohol el 10 al 35 % desarrollará cirrosis hepática y el 8 al 20% carcinoma hepatocelular (6).

En el caso de las infecciones hepáticas de origen vírico, aproximadamente un 40% de pacientes cirróticos presenta infección crónica por VHC y un 10% infección crónica por VHB, demostrando que las infecciones de origen viral crónica representan un importante riesgo para el desarrollo de la patología (5).

3.1.4 FISIOPATOLOGÍA

El tejido hepático que previamente estaba conformado con un tejido de sostén de colágeno se va convirtiendo en tejido fibrótico y los septos que dividen esta nueva arquitectura hepática van englobando en su interior parénquima hepático sano haciendo que sufra una hiperplasia dando lugar a nódulos de regeneración, dependiendo del tamaño del nódulo se podrá clasificar en micro

nodular (nódulos menores a 3 mm) y macronodular (nódulos mayores a 3 mm) (9,11).

El parénquima al tornarse más fibroso causa un incremento del flujo sanguíneo colateral portal generando hipertensión portal, que al existir alteraciones bioquímicas como la liberación de sustancias causan vasodilatación de las arterias esplánicas empeora la hipertensión portal que conlleva a la hipotensión sistémica generando estímulos en los sistemas vasoactivos endógenos aumentando el volumen plasmático e incrementando el gasto cardiaco. todos estos cambios contribuyen a la patogénesis de las complicaciones más comunes de la cirrosis hepática que se detallarán más adelante (9,11).

3.1.5 CLASIFICACIÓN

Se puede clasificar según sus criterios clínicos como cirrosis estable o compensada y cirrosis no estable o descompensada (1).

La cirrosis compensada no presenta ninguna complicación de la enfermedad como signos de ictericia, ascitis, encefalopatía o hemorragias digestivas, y se divide en estadio I sin varices ni ascitis, y estadio II con várices sin ascitis; Mientras que la cirrosis descompensada es la aparición de complicaciones como hemorragias variceales, encefalopatía hepática, ascitis, evidencia de ictericia, que son importantes ya que marcan el nivel de supervivencia que tendrá el paciente en un año siendo el primer año del 61% y del 50% durante el segundo año, la cirrosis descompensada se divide en estadio III con ascitis y varices esofágicas sin presentar hemorragias y el estadio IV en la que ya existe una hemorragia variceal y presencia de ascitis (1).

3.1.6 PRESENTACIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas en los pacientes cirróticos dependen del estado de la enfermedad, la mayoría de los pacientes con cirrosis compensada no presentan síntomas, sin embargo, otros podrían tener síntomas inespecíficos como pérdida de peso, fatiga, anorexia y debilidad (7,9).

En los pacientes con cirrosis descompensada la sintomatología es más amplia y específica apareciendo la ictericia, signos de hemorragia digestiva de tipo variceal, prurito, encefalopatía hepática, ascitis, calambres musculares, fiebre, diarrea, pérdida de peso, trastornos del sueño y del estado de consciencia, amenorrea en las mujeres e hipogonadismo en los varones desencadenando problemas de impotencia sexual, infertilidad y atrofia de testículos (4).

Dentro de los hallazgos que se presentan en los pacientes cirróticos se encuentra: ginecomastia, telangiectasias, hepatomegalia y esplenomegalia, caput medusae, eritema palmar, asterixis, ictericia, agrandamiento de las glándulas parótidas y dedos en palillo de tambor (7,9,10).

En los exámenes de laboratorio se encontrarán anormalidades como elevación de bilirrubina sérica, aminotransferasas aumentadas, fosfatasa alcalina, tiempos de coagulación prolongados, anormalidades hidroelectrolíticas, trombocitopenia, hipoalbuminemia (4).

3.1.7 DIAGNÓSTICO

La cirrosis hepática es una patología que suele ser asintomática en sus primeros años, por lo que, la mayoría de los pacientes tienen un diagnóstico tardío. El diagnóstico se lo realiza mediante biopsia por punción del tejido hepático en relación con la clínica y exámenes complementarios (5), la biopsia tiene una sensibilidad del 80 al 100% y se la puede realizar de manera transcutánea dirigida por ultrasonido, por laparoscopia, laparotomía, y vía transyugular (7).

El principal examen imagenológico complementario para el diagnóstico es la ecografía ya que es esencial realizarla debido a que por medio de esta herramienta podemos observar el tamaño y morfología hepática, así como la presencia de ascitis, esplenomegalia, esteatosis hepática, vasos portales o masas que se podrían encontrar en el parénquima, nos sirve para controlar la evolución de la enfermedad (5). Otros exámenes imagenológicos que se realizan son la TAC y RMN (5), Sin embargo, las imágenes no siempre son

claras, por esta razón se los complementan con marcadores de fibrosis que no son invasivos que incluyen marcadores séricos indirectos y directos que pueden detectar rangos cirrosis y fibrosis como la elastografía (7).

3.1.8 TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes cirróticos consiste en controlar, revertir o retrasar la progresión de la enfermedad, además es importante corregir los factores de riesgo a los que el paciente se encuentra expuesto y evitar las complicaciones, se recomienda que mantengan un estilo de vida saludable haciendo énfasis en la dieta y el ejercicio físico, además de la supresión de bebidas alcohólicas y en lo posible evitar uso de medicamentos que favorezcan el sangrado a nivel gastrointestinal (8).

Dieta: En relación a la dieta, se recomienda que los pacientes consuman de 1,0 a 1.5 gramos por kg de peso de proteínas, además. controlar la ingesta de líquidos cuando la concentración de sodio sérico es menor a 120 mmol por litro, y la ingesta de líquidos deberá menor que el volumen urinario (1,3).

Fármacos: los betabloqueantes no selectivos se han usado para prevenir la progresión de la enfermedad controlando las presiones portales y evitando la hemorragia por venas varicosas por lo que están indicados para la profilaxis primaria y secundaria de sangrado por várices (9). En los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial a medida que la cirrosis va progresando, debido a los cambios hemodinámicos la presión arterial se normaliza e incluso llegan a la hipotensión, por esta razón es importante la supresión de fármacos antihipertensivos en pacientes con cirrosis descompensada con ascitis o hipotensión (9).

3.1.9 COMPLICACIONES

Los pacientes cirróticos están predispuestos a padecer múltiples complicaciones, por lo que cuando esto sucede su esperanza de vida se reduce considerablemente (8). En su gran mayoría están relacionadas con la aparición de la hipertensión portal, que se produce por el aumento de presión

en el sistema venoso portal causando malformaciones vasculares que terminan en fallas funcionales influyendo directamente en la patogenia de la ascitis, síndrome hepatorenal, Peritonitis bacteriana espontánea, hemorragia varicosa, entre otras (9,11).

Las principales complicaciones son: Hemorragia varicosa, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática y carcinoma hepatocelular (4).

Hemorragia varicosa: Es la complicación con una alta tasa de mortalidad de 15 al 30% de los pacientes durante los primeros 30 días de la hemorragia (4), se puede evidenciar como un sangrado por várices esofágicas, venas gástricas o en menor frecuencia varices del tracto digestivo inferior (1).

Ascitis: Es el exceso de líquido en el peritoneo cuando la presión portal es mayor de 12 mmHg (8), es la complicación con mayor aparición y que desencadena múltiples anomalías vasculares y químicas que finalizan en la retención de líquidos (9).

Peritonitis bacteriana espontánea: Infección causada por la acumulación de líquido ascítico en el peritoneo sin que exista una fuente infecciosa secundaria intraabdominal (4), aproximadamente en el 30% de los pacientes con ascitis se produce la PBE y por lo general ocurre en etapas finales de la enfermedad hepática (1,9).

Encefalopatía hepática: Es el conjunto de anormalidades neuropsiquiátricas y del sistema nervioso central que se manifiesta en pacientes con daño hepático, esta encefalopatía es reversible y es causada por toxinas que el organismo produce como amoníaco, fenoles, mercaptanos, y no depura debido a la falla hepática, dentro de las manifestaciones se encuentra la presencia de asterixis, alteraciones neuromusculares, trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño y del estado de consciencia (1,12).

Carcinoma hepatocelular: Es una complicación crónica que puede aparecer en ciertos pacientes con cirrosis hepática, se sospecha de carcinoma hepatocelular en aquellos pacientes que sufren descompensaciones sin razón

aparente, también puede manifestarse con signos y síntomas relacionados al efecto de masa como ictericia, dolor abdominal, hemoperitoneo, masas palpables, sin embargo, en las primeras etapas suele ser asintomático por lo que es importante un diagnóstico temprano (4).

3.2 CARCINOMA HEPATOCELULAR

3.2.1 DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

El Carcinoma Hepatocelular (CHC) es uno de los tumores malignos de hígado más frecuente que se puede desarrollar en pacientes con antecedente de cirrosis hepática de larga data. Es una de las patologías de origen oncológico con gran relevancia a nivel global por su incidencia.

La cirrosis es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo del Carcinoma Hepatocelular, pero tener como antecedente la Hepatitis B, C o ambas, se consideran factores de riesgo, pero independientes para progresar a una cirrosis en estos pacientes.

3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

En hígado, el tumor primero con mayor prevalencia es el Hepatocarcinoma que corresponde el 80% seguido de los tumores primarios que son menos comunes como el Angiosarcoma, Colangiocarcinoma y Hepatoblastoma.

El Carcinoma hepatocelular es uno de los tumores malignos más frecuentes y varía su origen según el sexo, la ubicación global y etnia. Estos factores se consideran determinantes por condicionar una diferente exposición a los denominados factores de riesgo mayores para esta enfermedad (10).

La incidencia es más alta en los varones; 3 varones por cada mujer en áreas de bajo riesgo y 7 varones por cada mujer en zonas de alto riesgo (10).

Es importante resaltar que la edad es un factor de riesgo importante, la incidencia aumenta equitativamente mientras aumenta la edad.

3.2.3 ETIOPATOGENIA

Las causas para el desarrollo del carcinoma hepatocelular son múltiples y son las antes descritas en los factores de riesgo. La causa más importante mencionada es tener como antecedente Cirrosis Hepática ya sea relacionada alcohol o no, la segunda más descrita es el virus de hepatitis B y C; otras causas serían la exposición a sustancias cancerígenas en alimentos o en el ambiente, sustancias nocivas para el cuerpo como el arsénico, ingesta de esteroides y el estilo de vida como el tabaco y ser obeso, también existen causas menos comunes relacionada a trastornos genéticos como la Hemocromatosis.

Se describe en la patogenia de este tipo de cáncer que se puede encontrar como un nódulo único y bien diferenciado en su aspecto, puede estar acompañado de nódulos satélites.

Si el paciente ya tiene como antecedente cirrosis hepática, este tipo de cáncer puede ser tipo multinodular. Según la histología, se van a encontrar hepatocitos en crecimiento acelerado y va complicando su diferenciación. Cuando se dificulta la diferenciación celular y adquieren aspecto tumoral.

3.2.4 PREVALENCIA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CIRRÓTICOS

La relación que encontramos entre cirrosis hepática al desarrollo del carcinoma hepatocelular es muy estrecha, el paciente cirrótico tiende, con mayor incidencia, al desarrollo de ciertas neoplasias en comparación con la población en general; además se conoce que estos pacientes, además del antecedente de cirrosis, también poseen hábitos que pueden aumentar la frecuencia de este tipo de cáncer.

Como se mencionó anteriormente, no solo es común el desarrollo de un carcinoma hepatocelular, también se puede desarrollar otros tipos de cáncer, por ejemplo: cáncer orofaríngeo, esófago, páncreas, estómago y colon.

El Carcinoma Hepatocelular está estrechamente relacionado con la Cirrosis, se la conocería como la historia natural de la misma enfermedad de los pacientes cirróticos en tener, como consecuencia de su enfermedad, un futuro Carcinoma Hepatocelular. Además, es importante mencionar que, dentro del grupo de alto riesgo para el desarrollo de un Carcinoma Hepatocelular, en primer lugar, están los pacientes cirróticos.

Las pautas de la sociedad sobre la vigilancia del CHC varían algo en las poblaciones de pacientes especificadas. Sin embargo, la mayoría identifica los siguientes grupos de alto riesgo: Pacientes con cirrosis, clase A y B de Child-Pugh, Pacientes con cirrosis, clase C de, Child-Pugh, solo si esperan un trasplante de hígado, Pacientes no cirróticos con infección por el virus de la hepatitis B (VHB) con cualquiera de las siguientes características:

- Hepatitis activa (alanina aminotransferasa sérica elevada [ALT] y / o carga viral alta).
- Historia familiar de HCC.
- Africanos y afroamericanos.
- Hombres asiáticos mayores de 40 años.
- Mujeres asiáticas mayores de 50 años.

Siempre se recomienda que se mantenga la vigilancia en pacientes con antecedentes de Hepatitis C y B.

3.2.5 FACTORES DE RIESGO

Las Hepatopatías crónicas son las principales causas del desarrollo del Carcinoma Hepatocelular siendo la más importante entre ellas la Cirrosis Hepática.

Las principales causas para el desarrollo de Cirrosis hepática son las hepatitis víricas crónicas, entre las más frecuentes tenemos la hepatitis B y hepatitis C y la ingesta de alcohol de larga data.

La hepatitis B y C puede desarrollar, a largo plazo, en cirrosis hepática en estos pacientes la cual se encuentra dentro del 80% de los pacientes diagnosticados con Carcinoma hepatocelular.

Aproximadamente entre un 5% al 30% los pacientes cirróticos pueden desarrollar Carcinoma hepatocelular en 5 años de enfermedad, además es muy dependiente de la causa, es más frecuente en pacientes con Hepatitis C activa, del área geográfica (más prevalente en Asia) y del estadio de cirrosis.

Existe una alta incidencia en el desarrollo de Carcinoma Hepatocelular en pacientes con antecedentes de Hepatitis B, principalmente en áreas que tienen mayor prevalencia de hepatitis víricas crónicas.

La prevalencia a nivel global de la Hepatitis C corresponde al 2% aproximadamente, pero varía según el sitio geográfico. Se menciona que la epidemia comenzó cerca de Japón e infectó adultos y jóvenes a diferencia de Europa que sucedió solo en adultos en edades de 40 años, y en América del norte en los 60-70.

El virus C se transmitió por agujas contaminadas y material no desechable y se extendió a los bancos de sangre de la época (11).

Cirrosis: Como se mencionó con anterioridad, la cirrosis es el principal factor de riesgo para el desarrollo del Carcinoma Hepatocelular, se estima que los pacientes cirróticos pueden desarrollar CHC en algún momento de su vida, conociendo que su incidencia cada año es del 1 al 8%.

Hepatitis Viral Crónica

Hepatitis B: Los pacientes con antecedentes de Hepatitis B pueden desarrollar a futuro Carcinoma Hepatocelular pero esta relación tiene menor incidencia en comparación con los pacientes que tienen cirrosis hepática por hepatitis B. Se ha encontrado varios factores en pacientes que tienen como antecedente el virus hepatitis B que contribuyen al aumento del riesgo:

- Carga viral alta.

- Coinfección viral.
- Genotipo C del Virus hepatitis C.
- Sexo masculino en pacientes con HBsAG +.

Hepatitis C: El carcinoma hepatocelular se desarrolla casi exclusivamente en personas con antecedentes de Hepatitis C, pero en etapas avanzadas de la enfermedad de cirrosis hepática.

Además de la cirrosis, otros factores de riesgo que pueden existir al mismo tiempo en personas con infección por VHC y que se han asociado con el desarrollo de CHC incluyen: Genotipo: el genotipo 1b del VHC, en comparación con los genotipos 2a / c, aunque esta observación puede verse confundida por otros factores. El efecto de los factores virales sobre la progresión de la enfermedad (p. Ej., Cirrosis), Coinfección viral (VHB o infección por virus de inmunodeficiencia humana), factores de estilo de vida: consumo de alcohol o tabaco, factores metabólicos: diabetes mellitus, obesidad (11).

Toxinas ambientales: Se las considera como factores de riesgo de carácter dependiente, es decir que por sí solas no pueden desarrollar cáncer, es necesario que estén relacionadas con más factores de riesgo para provocar cáncer.

Estilo de vida: El alcoholismo es un factor predisponente para el desarrollo de cirrosis conociendo que este antecedente en los pacientes puede desarrollar carcinoma hepatocelular.

En un estudio de cohorte de 652 pacientes con cirrosis alcohólica confirmada por biopsia con una mediana de seguimiento de 29 meses, 43 pacientes (7%) desarrollaron CHC, con una incidencia estimada de 2,9 casos por 100 pacientes-año (11).

Tabaco: se lo ha relacionado como factor de riesgo para el cáncer de hígado además de otros tipos de cáncer.

Otros factores de riesgo: La esteatosis hepática no alcohólica es un factor de riesgo muy frecuente en la actualidad y principalmente en el occidente. La tasa de incidencia anual estimada de CHC en pacientes con cirrosis NASH fue aproximadamente del 1 al 2 por ciento. En un gran estudio de cohorte de pacientes con cirrosis NASH, la incidencia de CHC fue de 1 por 100 personas-año de seguimiento (11).

3.2.6 PRESENTACIÓN CLÍNICA

La clínica de estos pacientes es muy amplia y variada, por ello su especificidad es muy baja. Las manifestaciones clínicas que nos permiten sospechar de un posible Carcinoma Hepatocelular en un paciente con cirrosis establecida pueden ser:

Síntomas generales:

- Pérdida de peso de manera progresiva y continua.
- Fiebre de origen desconocido.
- Crisis de disnea por embolismos pulmonares.
- Dolores óseos.
- Diarrea de tipo crónica.
- Hipoglucemias.
- Hipocalcemia/ hipercalcemias.

Síntomas localizados:

- Dolor en hipocondrio derecho que tiende a progresar con el tiempo.
- Hemoperitoneo.
- Sensación de plenitud abdominal.

3.2.7 DIAGNÓSTICO

La realización de un diagnóstico precoz para los pacientes con Carcinoma Hepatocelular sigue siendo el ideal, pero no siempre es así; realizarlo significa

hacer, de forma continua, pruebas diagnósticas para obtener el diagnóstico y conseguir disminuir la mortalidad que conlleva este tipo de cáncer.

Si logramos detectar un nódulo solitario mediante un estudio de imágenes como la Ecografía con un diámetro mayor a 10mm y que el paciente tenga como antecedente cirrosis hepática, la probabilidad que este nódulo único sea un Carcinoma Hepatocelular es muy alta. Si tenemos en estudio un nódulo con este diámetro, es necesario profundizar las pruebas. El carcinoma hepatocelular tiene una vascularización arterial principalmente, esta información nos ayuda a diferenciarla de la vascularización del parénquima hepático que es mixto.

Desde la primera propuesta de diagnóstico no invasivo del CHC mediante técnicas de imagen realizadas en la conferencia de consenso de la EASL celebrada en 2000 en Barcelona¹¹⁴, estos criterios se han ido refinando (12). Por eso es necesario un patrón específico, por ello se puede detectar aumento de la vascularización en la fase arterial con un lavado temprano en la fase venosa.

Podemos diagnosticar, de forma no invasiva, un Carcinoma hepatocelular si tenemos un nódulo con un diámetro mayor a 1 cm en hígado con algún grado de hepatopatía además de reflejar captación del medio de contraste en la fase arterial en comparación con la venosa, esto se debe evidenciar en una resonancia magnética o tomografía computarizada con contraste. Se debe enviar a Anatomía patológica en casos que el patrón vascular no sea concluyente, en casos de tener un nódulo menor a 1 cm, se debe mantener en vigilancia mediante ecografía cada tres a cuatro meses.

American College of Radiology propone un sistema estandarizar los datos y la información obtenida en los estudios por imágenes como la resonancia magnética y la tomografía computarizada a nivel de hígado en pacientes con alta probabilidad de desarrollar Carcinoma hepatocelular, este sistema se lo

conoce como LI-RADS (liver imaging reporting and data system) y su última actualización fue en el 2014.

Las categorías de LI-RADS son 6 en total: tenemos LR1 que indica que definitivamente es benigno, el LR-2 que probablemente sea benigno, el LR-3 tiene una probabilidad intermedia para un Carcinoma hepatocelular, el LR-4 es probablemente un Carcinoma hepatocelular y el LR-5 siempre es un Carcinoma hepatocelular. En conclusión, se establece que si se detecta un LR-5 con un patrón vascular característico, significa que es muy específico de un Carcinoma Hepatocelular.

La resonancia magnética y la tomografía computarizada han desplazado como opción de imagen diagnóstica a la ecografía con contraste por ser más sensibles en la detección del Carcinoma Hepatocelular, esto es debido a que la ecografía con contraste no puede diferenciar un colangiocarcinoma intrahepático y un carcinoma hepatocelular, por eso pierde su sensibilidad y especificidad en el diagnóstico.

La punción de un nódulo es una opción diagnóstica, pero no siempre se lo puede realizar de la manera más óptima, si el paciente es cirrótico dificulta la punción debido a que el parénquima tiene un aspecto multinodular, además de las complicaciones que posee el paciente que dificultaría el procedimiento a posiblemente obtener una escasa muestra o fallida, Por tanto, Si tenemos una biopsia negativa, no podemos descartar la posibilidad de un Carcinoma hepatocelular, por ello necesitamos revalorar y hacer una biopsia nueva.

El uso de Alfafetoproteína como una opción diagnóstica por si sola, tiene una especificidad baja, varias neoplasias pueden elevarla como el colangiocarcinoma; si en un posible caso presentamos elevación del Alfafetoproteína y el nódulo sin un patrón vascular con indicios de CHC, se deberá optar una biopsia para confirmar.

Recomendaciones:

- Si tenemos nódulos con menos de 1cm que fueron evidenciados en una ecografía, se debe mantener la vigilancia por ecografía durante 3 a 6 meses. Si en 2 años no se evidencia un aumento del tamaño del nódulo, se mantiene con el cribado de 6 meses (evidencia 3D, recomendación 2B).
- Si encontramos nódulos con un diámetro mayor a 1 cm en ecografía en pacientes con antecedentes de cirrosis se puede tomar la decisión de establecer que el nódulo es un Carcinoma hepatocelular sin requerir una confirmación por histología si además presentan aumento de la captación del contraste en fase arterial con lavado precoz de la fase venosa (evidencia 2D, recomendación 1A).
- Si detectamos un patrón vascular que no es específica para un Carcinoma hepatocelular, es recomendable realizar una biopsia diagnóstica del nódulo por punción (evidencia 2D, recomendación 1A).
- Si el análisis patológico es negativo, no se puede descartar el diagnóstico de CHC (12). Se deberá obtener una nueva muestra o mantener un seguimiento a la lesión.
- En pacientes que no tengan cirrosis, realizar estos criterios de estudios por imagen no es aceptada, pero es necesario realizar una punción para conocer el diagnóstico (evidencia 2D, recomendación 2A).
- La alfafetoproteína no es válida por si sola para el diagnóstico de un Carcinoma hepatocelular (evidencia 2D, recomendación 2A).

3.2.8 TRATAMIENTO.

Hace varios años atrás era común diagnosticar un Carcinoma hepatocelular en estadios avanzados, actualmente se ha intensificado el diagnóstico precoz mediante el cribado en pacientes con factores de riesgo para desarrollar Carcinoma hepatocelular. Las opciones de tratamiento disponible son varios, pero dependen del estadio de la enfermedad del paciente:

- Estadios iniciales: el objetivo es la curación del paciente; resección quirúrgica, trasplante de hígado, ablación.
- Estadios intermedios: TACE
- Estadios avanzados: sorafenib
- Estadios terminales: métodos paliativos para mejorar el estilo de vida de los pacientes.

Resección quirúrgica: Es una de las primeras opciones en tumores que son únicos y que se encuentran en hígados sin cirrosis, son la mejor opción para poder realizar una resección amplia por poco riesgo de complicarse. Es muy difícil hallar pacientes con estos criterios debido que en nuestra población es común encontrar a los pacientes con hepatopatías crónicas establecidas y con Carcinoma hepatocelular, en base a esto no se puede optar con esta opción.

Trasplante hepático: Es la opción en pacientes con Carcinoma hepatocelular que no sean elegidos para realizar la resección quirúrgica además que no tengan enfermedades extrahepáticas que compliquen el procedimiento y que tengan Carcinoma hepatocelular con los criterios de Milán.

Ablación: Es la opción ideal en pacientes con Carcinoma hepatocelular en fases iniciales de la misma pero que la resección quirúrgica no sea la opción elegida para ellos y el trasplante de hígado no esté disponible por enfermedad extrahepática. Es una opción en el tratamiento en pacientes que se requiera disminuir la progresión tumoral mientras se espera el trasplante de hígado.

TACE (quimioembolización transarterial): Este procedimiento mínimamente invasivo consiste en la embolización de arteria hepática y arterias nutricias del tumor por cateterismo, se inyecta fármacos quimioterapéuticos para ocluir la arteria. Está contraindicada en cirrosis descompensadas, daño extenso del hígado, disminución del flujo portal, fistula arteriovenosa no tratable.

Sorafenib: Es inhibidor de la multikinasa de bajo peso, se dispone en vía oral y su mecanismo de acción es bloquear las vías de señalización que están relacionadas a la hepatocarcinogénesis, es decir, reduce la angiogénesis y

disminuye la proliferación celular. Es el tratamiento ideal en pacientes con Carcinoma hepatocelular en estadios avanzados.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se trata de un trabajo de investigación de tipo retrospectivo, con análisis descriptivo, de observación indirecta, transversal y no experimental.

Es un estudio retrospectivo debido a que se usó una base de datos de historias clínicas preexistentes de pacientes de 50 a 90 años con el diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular y antecedentes de Cirrosis Hepática, que han sido atendidos en el periodo de enero 2018 a enero 2020, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en el servicio de gastroenterología y sala de hospitalización de gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

Lo constituyen 869 pacientes con sus respectivas historias clínicas que tienen como diagnóstico Cirrosis Hepática, de los cuales se tomó una muestra aleatoria de 268 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con cirrosis hepática
- Pacientes entre 56 a ≥ 86 años
- Periodo enero del 2018 a enero del 2020
- Pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- Pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología.
- Pacientes fallecidos en el periodo enero del 2018 a enero del 2020 con el diagnóstico de hepatocarcinoma y cirrosis hepática.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historias clínicas incompletas.

- Pacientes con Carcinoma Hepatocelular sin antecedentes de Cirrosis Hepática.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| NOMBRE VARIABLES | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | TIPO | RESULTADO |
|--------------------------------|---|--|---------------------------------|
| Carcinoma hepatocelular | Es el tipo más frecuente de cáncer primario de hígado. Se desarrolla más comúnmente en personas que padecen enfermedades hepáticas crónicas, como cirrosis causada por hepatitis B o C. | Variable categórica nominal dicotómica | Si o No |
| Género | Es el conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres, y según el registro en la historia clínica por su cédula de identidad. | Variable categórica nominal dicotómica | Masculino o Femenino |
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, expresado en número, y según el registro en la historia clínica por su cédula de identidad. | Variable numérica razón discreta | 56-66 67-76 77-86 >=86 |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Sobrepeso | Aumento de peso corporal por encima de un índice de masa corporal de 25 a 29,9 se considera sobrepeso. | Variable categórica nominal dicotómica | Si o No |
| Alcoholismo | Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito | Variable categórica, nominal, dicotómica | Si o No |
| Hepatitis | Enfermedad inflamatoria que afecta al hígado. Su causa puede ser infecciosa, inmunitaria o tóxica. | Variable categórica nominal dicotómica | Si o No |
| Tiempo que transcurre entre el diagnóstico de cirrosis y el desarrollo del cáncer | El tiempo es una magnitud física con que se mide la duración o separación de acontecimientos | Variable numérica de razón discreta | < 1 año. 1 año. 2 años. 3 años. 4 años. 5 años. 6 años. 7 años. |
| Mortalidad | Término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático | Variable categórica nominal dicotómica | Si o no |

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Con la aprobación del departamento de docencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se obtuvo la base de datos solicitada, la recolección de los datos se desarrolló en una hoja de Excel, que facilitó reunir la información de las variables del estudio, utilizando estadística descriptiva, una asociación de variables y la media, mostrando los resultados de la investigación en tablas y gráficos.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

RECURSOS HUMANOS.

- Investigadores
- Docente tutor: Mayo Galbán Caridad Isabel
- Doctores especialistas de gastroenterología de HTMC.
- Personal del departamento de Docencia del HTMC.

RECURSOS FÍSICOS.

- Historias Clínicas
- Programa de estadísticas: Excel, USPS, Jamovi.
- Laptop, Computadora de escritorio.
- Impresora
- Bolígrafos
- Hojas bond A4
- Bibliografía actualizada: guías, artículos, libros.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

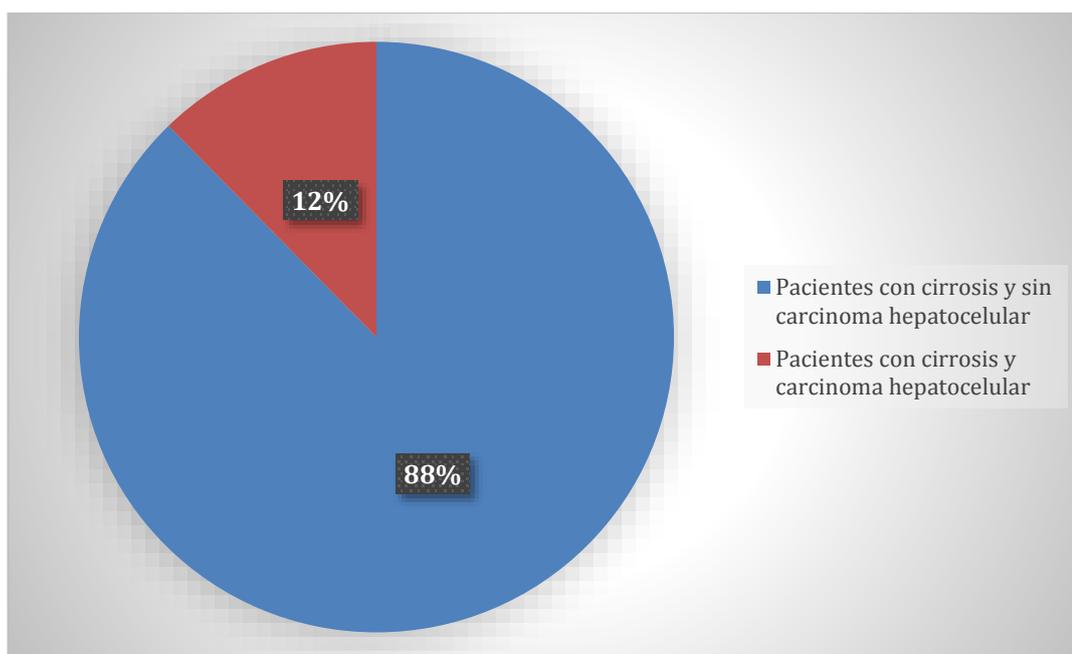
El desarrollo de esta investigación se ha realizado tomando en cuenta los reglamentos y protocolos de bioética médica con el fin de preservar la integridad y confidencialidad de datos de los pacientes que formaron parte en el estudio. Se ha salvaguardado la información, con el objetivo de no desvelar datos personales y privados que puedan afectar la seguridad de los pacientes.

Los investigadores han realizado este estudio con el respeto y la ética profesional, al trabajar con las historias clínicas preexistentes no fue necesario el consentimiento informado.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

En nuestro estudio con una muestra de 268 pacientes cirróticos, se evidencia que 235 pacientes no desarrollaron Carcinoma hepatocelular para un porcentaje de 88% de la muestra, en comparación con los 33 pacientes que desarrollaron Carcinoma hepatocelular, que representan el 12.31% como se puede observar en el gráfico # 1.

Gráfico #1: Distribución de pacientes con Cirrosis Hepática y con diagnóstico de Carcinoma hepatocelular.



Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

La distribución de pacientes según el género se muestra en la tabla # 1, donde predomina el masculino con un 60.6% (n=20) seguido del género femenino con un 39.4% (n=13).

Tabla # 1: Distribución de pacientes según el género con carcinoma hepatocelular y antecedente de cirrosis Hepática.

| GÉNERO | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACUMULADO |
|--------|------------|------------|----------------------|
| F | 13 | 39,4 % | 39,4 % |
| M | 20 | 60,6 % | 100,0 % |
| TOTAL | 33 | 100,0 % | |

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

En relación a los rangos de edades obtenidos como muestra la tabla # 2, el rango de 56 a 66 años corresponde al grupo con mayor prevalencia en ambos géneros, recalando que el género masculino tuvo un 52.9% (n=9), en comparación al género femenino con 47.1% (n=8); el rango que le precede es el de 67 a 76 años con predominio del género masculino 69.2% (n=9), en relación con el género femenino con 30.8% (n=4); finalmente con menor índice de prevalencia encontramos el rango de 77 a 86 años, del cual el género masculino abarca el 100% (n=2) de los casos, mientras que el rango de mayor igual 86 años el género femenino alcanzó un porcentaje del 100% (n=1).

Tabla # 2: Distribución de rangos de edades y género de pacientes con carcinoma hepatocelular y Cirrosis Hepática.

| RANGO DE EDADES | GÉNERO | | | |
|-----------------|--------|------------|--------|------------|
| | F | | M | |
| | CONTEO | PORCENTAJE | CONTEO | PORCENTAJE |
| 56-66 | 8 | 47,1% | 9 | 52,9% |
| 67-76 | 4 | 30,8% | 9 | 69,2% |
| 77-86 | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% |
| >=86 | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% |

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

Se determina la media de edad de los pacientes que ha sido de 68.12 años con una mínima de 56 años y una máxima de ≥ 86 años, con una desviación estándar de 7.57 como se puede observar en la tabla # 3.

Tabla # 3: Distribución de los pacientes con carcinoma hepatocelular y Cirrosis hepática según la edad.

| | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. STAND. |
|------|--------|--------|-------|--------------|
| EDAD | 56 | 90 | 68,12 | 7.574 |

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

En nuestra investigación identificamos la presencia de varios factores de riesgo que se asocian al desarrollo de carcinoma hepatocelular como la Infección por virus de hepatitis B y C, alcoholismo y sobrepeso, se evidencia que el sobrepeso presenta un 33.3 % (n=11) siendo el factor de riesgo de mayor aparición, el 15.2 % (n=5) de los pacientes se encuentran infectados con el virus de hepatitis B, el alcoholismo se presenta en el 12.1 % (n=4) y el 3 % (n=1) con el virus de hepatitis C, como se evidencia en la tabla # 4.

Tabla # 4. Factores de riesgo asociados al desarrollo de carcinoma hepatocelular en pacientes con cirrosis Hepática.

| FACTORES DE RIESGO | | | |
|--------------------|----------|---------|------------|
| | PRESENTE | AUSENTE | PORCENTAJE |
| HEPATITIS B | 5 | 28 | |
| | 15.2 % | 84.2% | 100% |
| HEPATITIS C | 1 | 32 | |
| | 3% | 97% | 100% |
| ALCOHOLISMO | 4 | 29 | |
| | 12.2% | 87.9% | 100% |
| SOBREPESO | 11 | 22 | |
| | 33.3% | 66.7% | 100% |

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

La tabla # 5 nos muestra el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de cirrosis hepática y la aparición de carcinoma hepatocelular, donde el 27.3% (n=9) presenta la aparición al año, seguido de los que desarrollan cáncer en un tiempo inferior a un año con 24.2% (n=8), y los que se presenta la enfermedad a los dos años con 21,2% (n=7).

Tabla # 5. Distribución de los pacientes cirróticos según el tiempo de aparición de carcinoma hepatocelular.

| TIEMPO | TIEMPO EN AÑOS | CONTEO DE PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------|----------------|---------------------|------------|
| | 0 | 8 | 24,2% |
| 1 | 9 | 27,3% | |
| 2 | 7 | 21,2% | |
| 4 | 6 | 18,2% | |
| 5 | 2 | 6,1% | |
| 6 | 0 | 0% | |
| 7 | 1 | 3,0% | |

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

Como podemos observar en la tabla #6 el 78.8% (n=26) de los pacientes con cirrosis hepática que desarrollaron carcinoma hepatocelular fallecieron.

Tabla #6. Mortalidad de pacientes cirróticos que desarrollaron carcinoma hepatocelular.

| MORTALIDAD | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACUMULADO |
| VIVOS | 7 | 21,2 % | 21,2 % |
| FALLECIDOS | 26 | 78,8 % | 100,0 % |
| TOTAL | 33 | 100,0 % | |

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (Andrade, Florencia. 2021).

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

Según Castellanos. M, en su estudio reclutó un total de 203 pacientes con cirrosis hepática, donde encontró que en 31 pacientes (15,5 %) desarrollaron carcinoma hepatocelular, similar a lo que encontramos en nuestra investigación que fue con una muestra de 286 pacientes cirróticos de los cuales 33 desarrollaron carcinoma hepatocelular (13).

En este trabajo de investigación encontramos que el 60.6% de los pacientes con carcinoma hepatocelular y antecedentes de cirrosis hepática eran del género masculino y el 39.4% eran del género femenino, en concordancia a lo que menciona Marín. J, en su artículo especificando que la prevalencia de esta enfermedad es más común en el género masculino con un 58.9%. Además, el autor en su artículo también destaca que la media de edad es 65 años, similar a nuestros resultados en donde la media es de 68.12 años.

Según Elizalde. I, en su artículo nos demuestra que el factor de riesgo más prevalente de su estudio fue el alcoholismo con un 54,9%, a diferencia de nuestros resultados que el alcoholismo ocupó el tercer puesto con un 12.1%; Elizalde. I, también encontró que el 8.4% de los pacientes estaba infectado por VHB mientras que en nuestros resultados se refleja que fue del 15.2%; En relación a la infección por VHC la misma autora muestra un porcentaje de 37.8%, sin embargo, el nuestro fue del 3% (14); Según Quispe. R, en congruencia en su artículo de investigación encuentra que el 2.63% corresponde a los pacientes con sobrepeso, distinto a nuestro estudio que fue del 33.3% siendo este factor de riesgo el más frecuente entre todos los pacientes estudiados (15).

Según Castellanos. M, en su artículo muestra como resultado al rango entre 48 a 82 años como el más prevalente de carcinoma hepatocelular, sin embargo, en nuestro trabajo de investigación se evidencia que el rango de 56 a 66 años fue el que mayor número de pacientes recopiló, aunque no es distinto al de la autora ya que su rango engloba al nuestro. Con respecto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cirrosis hepática hasta el

desarrollo del carcinoma hepatocelular en la investigación de Castellanos. M, nos indica el tiempo el cual osciló su estudio entre 6 meses a 10 años mientras que en este estudio se concluyó que el tiempo mínimo fue de 1 a 7 años (13). Finalmente, según la mortalidad, en ambos estudios se concluyó que fue alta, en el artículo de Castellanos, M fallecieron el 58% de los pacientes durante el periodo de estudio, mientras que en este estudio la mortalidad fue del 78.8% siendo un porcentaje mayor del trabajo comparado (13).

FALENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de nuestra investigación al realizar la revisión de las historias clínicas de los pacientes con cirrosis hepática y de ellos con el diagnóstico de carcinoma hepatocelular pudimos observar que se obvian ciertas medidas indicadas, como la realización de biopsia para el diagnóstico, teniendo en cuenta solo la evidencia clínica y técnicas de imágenes disponibles.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En base a los resultados se puede concluir lo siguiente:

- Se evidenció una prevalencia de Carcinoma hepatocelular del 12.31%.
- El género masculino es la población con mayor probabilidad de desarrollar Carcinoma Hepatocelular con antecedentes de cirrosis en comparación con el género femenino, correspondiendo el grupo de 56 a 66 años con mayor prevalencia.
- Dentro de los factores de riesgo acompañantes de la cirrosis, el que demostró un mayor porcentaje de identificación en nuestro estudio es el sobrepeso en comparación con la hepatitis viral B y C, y el alcoholismo.
- El porcentaje de mayor frecuencia del tiempo de aparición de Carcinoma Hepatocelular en pacientes cirróticos es de 1 año.
- La mortalidad en estos pacientes con Carcinoma Hepatocelular con antecedente de cirrosis fue significativamente alta.

RECOMENDACIONES

- Es importante el diagnóstico temprano de los pacientes cirróticos, debido a que son un grupo de alto riesgo a desarrollar Carcinoma Hepatocelular en promedio 1 año según nuestros resultados.
- Se debe llevar una correcta alimentación con el debido seguimiento nutricional a los pacientes que tengan como antecedente cirrosis hepática, y actuar sobre los factores de riesgo modificables.
- Realizar seguimiento adecuado de los pacientes con cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular debido a la alta mortalidad que se evidencia en nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flores Poveda K. Repositorio UG. [Online].; 2017 [cited 2021 agosto 15. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32163/1/CD-1688-Flores-Poveda-Katherine-Andrea.pdf>.
2. Solis Solis G. Medigraphic. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161b.pdf>.
3. Lugmaña G, Cabrera S, Fernández Albán A. INEC. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 15. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2020/Boletin-tecnico-EDG-2019-prov.pdf.
4. Goldberg E, Chopra S. Up To Date. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 15. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/cirrhosis-in-adults-etologies-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Cirrosis-Hepatica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
5. Guilera Sardá M. Elsevier. [Online].; 2000 [cited 2021 agosto 15. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-cirrosis-hepatica-compensada-11323>.
6. Candas Santos S, Valdés Blanco M, Cabrera Nico A. Medigraphic. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20277j.pdf>.
7. Chongo Cayo CM, Medina Naranjo GR. Repositorio Institucional Uniandes. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 15. Available from:

<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10897/1/PIUAENF021-2019.pdf>.

8. Goldberg E, Chopra. Up To Date. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 15. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?search=cirrosis-en-adultos&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
9. Ge PS, Runyon BA. The new england journal o f medicine. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 15. Available from: <http://unmfm.pbworks.com/w/file/fetch/120129753/Ge-and-Runyon-2016-NEJM-Cirrhosis-Review.pdf>.
10. Sociedad Española de Oncología Medica. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto 16. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/higado?start=1>.
11. Asociacion Catalana de pacientes hepaticos. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 16. Available from: <https://asscat-hepatitis.org/consecuencias-hepaticas/hepatocarcinoma/factores-de-riesgo/>.
12. F A. Elsevier. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 15. Available from: https://servei.org/wp-content/uploads/GPC_550_Carcinoma_Hepatocelular_2016.pdf.
13. Castellanos Fernández MI, López Díaz Y, Sánchez Rodríguez YA, Lazo Del Vallin S, Hernández Perera JC. Scielo. [Online].; 2011 [cited 2021 agosto 15. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100006.

- 1 Elizalde I, Saldaña C, Goñi S, Prieto C, Sangro B, Zozaya J. Scielo. 4. [Online].; 2016 [cited 2021 agosto 16. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200007.
- 1 Quispe R. Repositorio UPAO. [Online].; 2015 [cited 2021 agosto 16. 5. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1614/3/Quispe_Chavez_Transornos_Metabolicos_Cirrosis.pdf.
- 1 Smith A, Baumgartner K, Bosis C. Pub Med. [Online].; 2019 [cited 2021 6. agosto 15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31845776/>.
- 1 Ferenci P. Up To Date. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 15. Available 7. from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/hepatic-encephalopathy-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=complicaciones-de-cirrosis-hepatica&topicRef=1263&source=see_link.
- 1 Forner A. ElSevier. [Online].; 2016 [cited 2021 Agosto 15. Available from: 8. https://servei.org/wp-content/uploads/GPC_550_Carcinoma_Hepatocelular_2016.pdf.
- 1 Sociedad Española de Oncología Medica. [Online].; 2020 [cited 2021 9. Agosto 16. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/higado?start=1>.
- 2 Asociacion Catalana de Paciente Hepaticos. [Online].; 2019 [cited 2021 0. Agosto 16. Available from: <https://asscat-hepatitis.org/consecuencias-hepaticas/hepatocarcinoma/factores-de-riesgo/>.
- 2 Marin J, Vergara J, Cajiao L, Arroyave D, Castro S, Ceballos L, et al. 1. Revista Hepatología. [Online].; 2018 [cited 2021 agosto 16. Available from:

<https://revistahepatologia.com/wp-content/uploads/2021/05/Hepatologia-vol-1-num-2-2020-web.pdf#page=56>.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrade Solís, Adriana Gabriela** con C.I: 0926125055 autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, al 30 del mes de septiembre del año 2021.



ANDRADE SOLÍS, ADRIANA GABRIELA
C.I: 0926125055

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Florencia Calderón, Doménica Roxana** con C.I: 0931674238 autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, al 30 del mes de septiembre del año 2021.



FLORENCIA CALDERÓN, DOMÉNICA ROXANA
C.I: 0931674238

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | | |
|--|--|--|----|
| TEMA Y SUBTEMA: | Prevalencia de Carcinoma Hepatocelular en pacientes de 50 a 90 años con Cirrosis Hepática, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo enero del 2018 a enero 2020. | | |
| AUTOR(ES) | Andrade Solís, Adriana Gabriela. Flores Calderón, Doménica Roxana. | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Mayo Galbán, Caridad Isabel | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS | | |
| CARRERA: | CARRERA DE MEDICINA | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Médico | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 30 de septiembre del 2021 | No. DE PÁGINAS: | 40 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | MEDICINA INTERNA, GASTROENTEROLOGÍA. | | |
| PALABRAS CLAVE/ KEYWORDS: | CIRROSIS HEPÁTICA, CARCINOMA HEPATOCELULAR, SOBREPESO | | |
| RESUMEN/ABSTRACT: | <p>La cirrosis hepática es una patología crónica con una considerable morbilidad y mortalidad a nivel mundial cuya mayor complicación es el desarrollo de carcinoma hepatocelular. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, donde la prevalencia de carcinoma hepatocelular en los pacientes cirróticos en este trabajo de investigación fue de 12.31% que corresponde a 33 pacientes de los 268 sujetos considerados para el estudio; Se evidenció que la media de edad de los pacientes fue de 68.12 años; con una distribución según el género con un 60.6% pacientes del género masculino (n=20) y 39.4% pacientes del género femenino (n=13); El tiempo transcurrido en años entre el diagnóstico de cirrosis hasta la aparición del cáncer fue 0 a 7 años, con la tasa con mayor porcentaje de fallecimientos fue durante el primer año con 27.3%; Finalmente La mortalidad del carcinoma hepatocelular fue del 78.8%.</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: + 593 959870074 + 593 939225381 | E-mail: adrianagas.98@gmail.com dome02@hotmail.es | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE) | Nombre: Ayon Genkoun, Andrés Mauricio | | |
| | Teléfono: +593997572784 | | |
| | E-mail: andres.ayon@cu.ucsq.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |