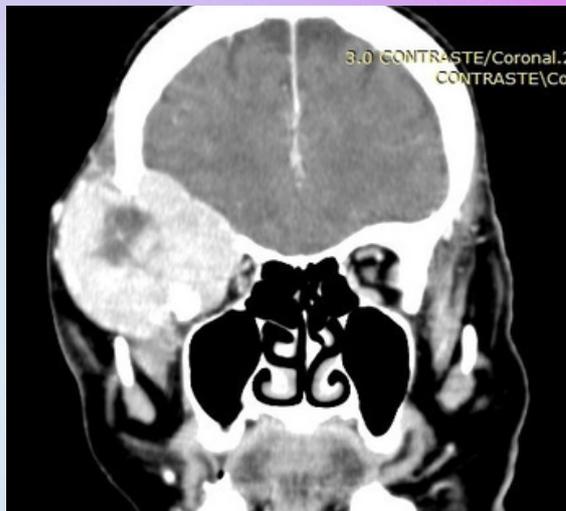




# REVISTA

ESTA REVISTA ALOJA **DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
CONTRIBUCIONES **DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
ORIGINALES DE  
INVESTIGACIÓN.



e-ISSN 2661-6726  
Volumen 4  
Edición 2  
Julio - Diciembre  
2023



Universidad de Guayaquil



Email: [revista.fcm@ug.edu.ec](mailto:revista.fcm@ug.edu.ec)

# SÍNDROME DE WELLENS

## Reporte de un caso

### **DR. ROGER TENEZACA RODRÍGUEZ**

Especialista en Cardiología

Magister en Docencia en Educación Superior

Cardiólogo Clínico Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón

Docente Universidad de Guayaquil

Miembro Sociedad Interamericana de Cardiología

Miembro Sociedad Argentina de Cardiología

**Guayaquil – Ecuador**

Correo: [drtenezacar@gmail.com](mailto:drtenezacar@gmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0001-9282-2399>



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 1-8 ISSN 2661–6726

**RECIBIDO: 20/08/2023**  
**APROBADO: 02/11/2023**

### RESUMEN

Se trata de un paciente masculino de 61 años que ingresa por el servicio de emergencia. En la anamnesis presenta sedentarismo y sobrepeso como únicos factores de riesgo y ningún antecedente cardiovascular previo. Ingresa con historia de ángor típico de dos días de duración, el primer electrocardiograma registrado muestra ondas T negativas, profundas y simétricas en las derivaciones precordiales. Este cuadro cumple con los criterios clínicos y electrocardiográficos del síndrome de Wellens, cuyo reconocimiento y apropiada intervención evitaría un potencial y extenso infarto de miocardio anterior.

**Palabras claves:** Síndrome de Wellens, electrocardiograma, infarto de miocardio.

### SUMMARY

This is a 61-year-old male patient who was admitted through the emergency service. In the anamnesis he presents a sedentary lifestyle and overweight as the only risk factors and no previous cardiovascular history. He is admitted with a history of typical angina lasting two days. The first electrocardiogram recorded shows negative, deep and symmetrical T waves in the precordial leads. This condition meets the clinical and electrocardiographic criteria of Wellens syndrome, whose recognition and appropriate intervention would prevent a potential extensive anterior myocardial infarction.

**Keywords:** Wellens syndrome, electrocardiogram, myocardial infarction.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los motivos frecuentes de atención en los servicios de emergencias es el dolor torácico, el obtener una buena y adecuada historia clínica, realizar un electrocardiograma y la cuantificación de enzimas cardiacas son unas herramientas importantes en la definición de las manifestaciones clínicas y nos ayudaría en la conducta terapéutica posterior. Una identificación adecuada de patrones electrocardiográficos típicos permite seleccionar pacientes con alto riesgo de evolucionar a un infarto agudo de miocardio. El manejo adecuado de este grupo de pacientes permite cambiar la evolución de la enfermedad. Presentamos un caso clínico de síndrome de Wellens.

### CASO CLÍNICO

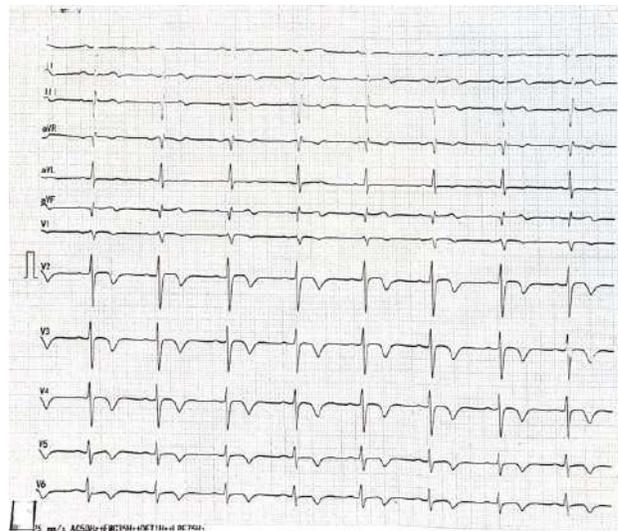
Se trata de paciente masculino de 64 años, sin antecedente patológicos personales, sedentario, sobrepeso, no refiere antecedente quirúrgico, ni alergias medicamentosas, niega ingesta habitual de medicamentos. Estado basal asintomático cardiovascular, en el relato de su enfermedad actual refiere haber presentado 2 días previo a ingreso angor típico de moderada intensidad relacionado con el esfuerzo (caminar más de 2 cuadras), que mejoraba al reposo. Al ingreso a sala de emergencia presenta dolor torácico opresivo retroesternal, no irradiado, de intensidad 6/10, asociado a diaforesis, mientras caminaba, con tres horas de evolución, que calma luego de la administración de nitratos endovenoso y al reposo.

En la exploración física inicial la paciente se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio

y persona, en regular estado general, tolera decúbito dorsal. Sus funciones vitales son: PA 150/80, FC 90 lpm, FR 18 rpm, SatO<sub>2</sub> 97% con FiO<sub>2</sub> 0.21. Piel tibia, llenado capilar adecuado, no signos de hipoperfusión, no edemas. En cuello no soplos, no ingurgitación yugular. En el aparato cardiovascular los ruidos cardiacos son rítmicos, de buena intensidad, no soplos, ausencia de tercer y cuarto ruido. Pulsos periféricos normales. Aparato respiratorio con murmullo vesicular adecuado en ambos campos pulmonares, no agregados. Resto del examen físico sin alteraciones.

En el primer electrocardiograma tomado al ingreso muestra: ritmo sinusal, FC 70 lpm, PR 160ms, QRS 100 ms, q en DIII, avF, segmento ST isoeléctrico, onda T negativa simétricas V2- V6, QTc 400 ms. (Ilustración 1).

*Ilustración 1 Electrocardiograma de ingreso*



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".*

Diagnóstico de ingreso a emergencia fue: Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.



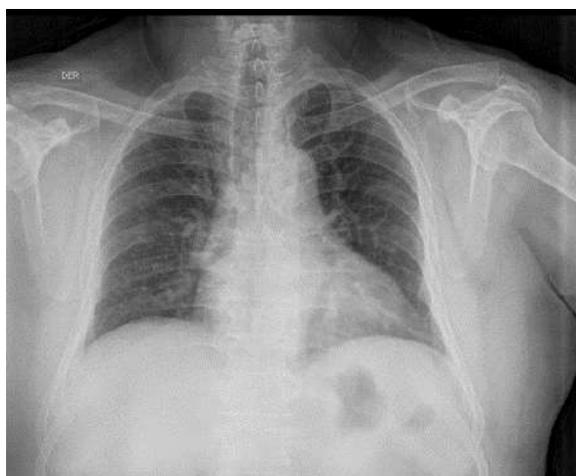
Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Los exámenes de laboratorio mostraron lo siguiente:

Hemoglobina 16 g/dl, creatinina 0.63 g/dl, urea 25 mg/dl, biomarcadores cardiacos leve aumentados, perfil de coagulación, glucosa, perfil hepático y electrolitos dentro de los rangos normales.

La radiografía de tórax sin patología pulmonar, mediastino normal, cardiomegalia grado I. (Ilustración 2)

*Ilustración 2 Radiografía de tórax*



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".*

La medicación recibida al ingreso fue: AAS 300 mg, VO; clopidogrel 300 mg, VO, enoxaparina 60mg SC cada 12h, nitroglicerina endovenosa en infusión.

La paciente permaneció en observación durante las siguientes 48 horas asintomático en reposo, donde recibió: ácido acetil salicílico 100 mg, clopidogrel 75 mg, isosorbide 10 mg cada 8 horas, enalapril 5mg cada día, enoxaparina 60mg SC cada 12h, atorvastatina 40mg cada día.

Se realiza ecocardiograma que reporta:

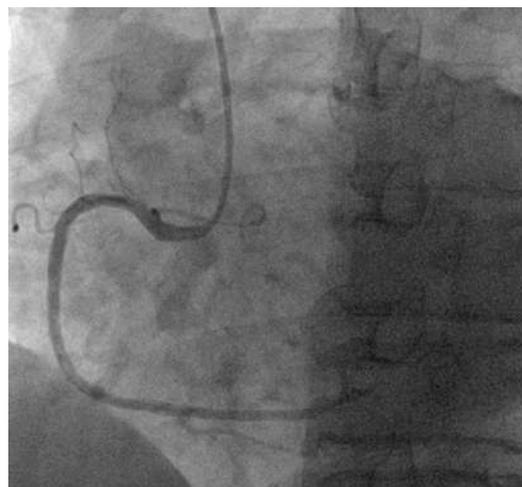
- Fracción de eyección 49%, hipocinesia lateral, disfunción diastólica tipo I, dilatación leve de AI, hipertrofia septal leve.

Se programa cateterismo cardiaco

Los hallazgos fueron los siguientes:

- Tronco coronario izquierdo sin lesiones angiográficas significativas; descendente anterior (DA) estenosis severa entre tercio proximal y medio, suboclusiva; estenosis tercio distal coronaria derecha sin lesiones angiográficas significativas. (Ilustración 3 y 4).

*Ilustración 3 Arteriografía coronaria derecha*



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".*

*Ilustración 4 Arteriografía coronaria izquierda, lesiones en arteria descendente anterior*



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

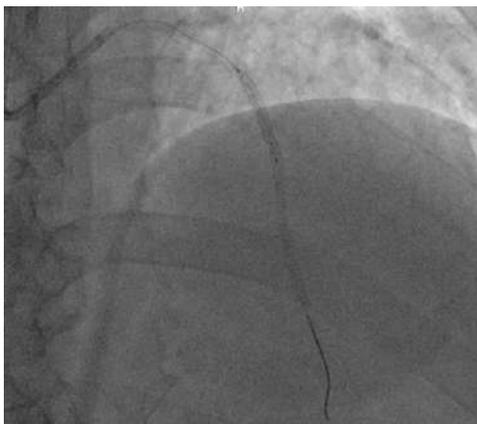


*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".*

Se decidió realizar angioplastia coronaria percutánea a la DA colocándose 2 stent medicado 3 x 20 mm en tercio proximal y medio (Ilustración 5)

No hubo complicaciones durante el procedimiento.

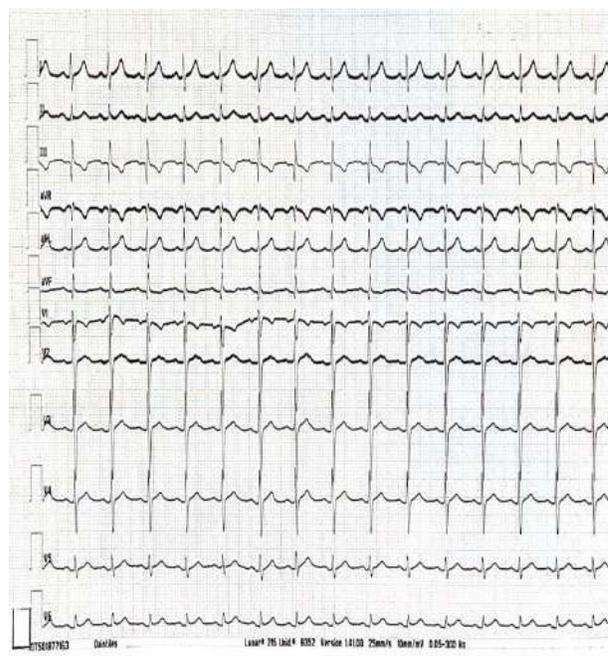
**Ilustración 5** Angioplastia con stent en descendente anterior.



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".*

En control electrocardiográfico posterior a angioplastia presenta: cambios en las ondas T en comparación a electrocardiograma de ingreso (Ilustración 6)

**Ilustración 6** Electrocardiograma posterior a angioplastia



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".*

La paciente cursó asintomático durante su estancia hospitalaria hasta el momento del alta. Medicación al alta: AAS 100 mg/d VO, clopidogrel 75 mg/d VO, atorvastatina 40 mg/d VO, carvedilol 6.25mg cada 12h VO, enalapril 5mg/d VO.

## DISCUSIÓN

Se trata de un paciente de sexo masculino, con factores de riesgo cardiovascular que consulta en la emergencia por episodios de dolor torácico típico. Dentro del planteamiento como síndrome coronario agudo (SCA), dos



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

exámenes son fundamentales para definir el riesgo y la conducta son: la dosificación seriada de las enzimas cardíacas, en este caso las troponina y el electrocardiograma (ECG). El ECG permite dividir los SCA en dos grupos: SCA con supra desnivel del segmento ST y SCA sin elevación del ST. Sobre este punto, el primer ECG de nuestra paciente presenta en las derivaciones V1 a V4 ondas T negativas, patrón electrocardiográfico típico de síndrome de Wellens tipo I con una fuerte asociación con lesión severa de la arteria descendente anterior, infarto agudo de miocardio de cara anterior y muerte.

Este hallazgo en el ECG permite definir al paciente de alto riesgo, lo cual condiciona una estrategia invasiva precoz, estando contraindicada la realización de pruebas funcionales de inducción de isquemia por el riesgo que conllevan.

En 1982, De Zwaan y Wellens describieron los hallazgos electrocardiográficos de un subgrupo de pacientes que fueron internados por angina inestable y que presentaban alto riesgo para el desarrollo de IAM anterior.

El Síndrome de Wellens constituye un tipo de presentación frecuente aproximadamente 18% de los SCA. Su relación está en que se asocia a estenosis severa de la porción proximal de la arteria coronaria descendente anterior, y si no es identificada y tratada precozmente, puede evolucionar al IAM y muerte.

En este grupo de pacientes se recomienda una estrategia invasiva precoz, desaconsejándose las pruebas funcionales de

provocación de isquemia por el riesgo aumentado de desarrollar IAM anterior y muerte.

El síndrome de Wellens describe un patrón de cambios electrocardiográficos (ECG), particularmente ondas T bifásicas o profundamente invertidas en las derivaciones V2-V3, que es altamente específico de la estenosis proximal crítica de la arteria descendente anterior. (ver Tabla 1) También se le conoce como síndrome de onda T anterior descendente. Por lo general, cuando los pacientes con síndrome de Wellens acuden al servicio de urgencias no sienten dolor y, por lo general, las enzimas cardíacas son normales o sólo ligeramente elevadas. Sin embargo, es importante reconocer los patrones del ECG, ya que estos pacientes tienen un alto riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio de gran tamaño inminente en la pared anterior. De hecho, cuando los Dres. De Zwaan, Wellens y sus colegas identificaron por primera vez el síndrome a principios de la década de 1980 y observaron que el 75% de los pacientes con estos hallazgos en el ECG desarrollaban un infarto agudo de miocardio de la pared anterior en cuestión de semanas si eran tratados únicamente con tratamiento médico. El tratamiento definitivo suele implicar cateterismo cardíaco con intervención coronaria percutánea (ICP) para aliviar la oclusión.

*Tabla 1 Criterios clínicos y electrocardiográficos de los pacientes con síndrome de Wellens.*

<p><b>Tabla. 1.</b>  <b>Criterios clínicos y electrocardiográficos de los pacientes con síndrome de Wellens</b></p>
<p><b>1) Paciente con clínica compatible de SCA</b></p>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

2) Ondas T bifásicas o profundamente invertidas en V2 y V3 u, ocasionalmente, V1 a V4, V5 y V6 al ECG
3) Enzimas cardíacas normales o mínimamente elevadas
4) Segmento ST normal o mínimamente elevado (< 1 mm)
5) Progresión habitual de ondas R en derivaciones precordiales
6) Ausencia de onda Q patológica en derivadas precordiales.

Fuente: Elaboración propia

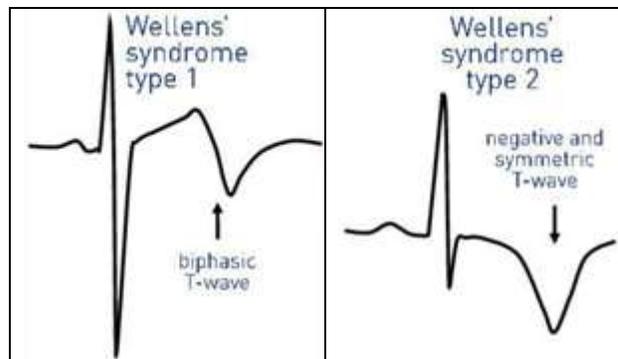
Se reconocen dos patrones electrocardiográficos del Síndrome de Wellens: (ver Tabla 2) (Ilustración 7)

**Tabla 2** Patrones electrocardiográficos del síndrome de Wellens.

Tabla 2.		%
Patrones electrocardiográficos del síndrome de Wellens		
<b>Tipo 1</b>	Ondas T bifásicas, con positividad inicial y negatividad terminal en derivaciones V2 - V3, en ciertas ocasiones se extiende hasta V6.	25%
<b>Tipo 2</b>	Ondas T profundamente invertidas en las derivaciones V2 - V3, también se pueden observar en derivaciones V1, V4, V5 y V6.	75%

Fuente: Elaboración propia

**Ilustración 7** Patrones electrocardiográfico de síndrome de Wellens, tipo 1 y tipo 2.



Fuente: Elaboración propia

Los biomarcadores cardíacos, incluida la troponina, pueden ser falsamente tranquilizadores en pacientes con síndrome de Wellens, ya que con frecuencia se encuentran dentro de los límites normales. En un estudio prospectivo, sólo el 12% de los pacientes con patrón de Wellens en el ECG tenían enzimas cardíacas elevadas, y estas elevaciones eran menos del doble del límite superior normal.

El síndrome de Wellens representa un estado de enfermedad de las arterias coronarias previo al infarto. Por lo tanto, los factores de riesgo del síndrome de Wellens son los mismos que los de la enfermedad de las arterias coronarias, incluida la dislipidemia, la hipertensión, la diabetes, el estilo de vida sedentario, la obesidad, los antecedentes familiares y el tabaquismo. El patrón ECG del síndrome de Wellens es relativamente común en pacientes que presentan síntomas compatibles con angina inestable.

## TRATAMIENTO

Una vez que se sospeche el diagnóstico de síndrome de Wellens se requiere procedimiento invasivo coronario, esto hace referencia a realizar una angioplastia coronaria de la arteria



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

descendente anterior, adicional un tratamiento que incluya antiagregación plaquetaria, anticoagulación con heparina, considerar nitratos y betabloqueantes de ser necesario. Todos los pacientes sintomáticos internados a nivel hospitalario necesitan observación y monitorización continua hasta realizar el procedimiento invasivo. Se debe evitar una prueba de esfuerzo, ya que puede precipitar un infarto agudo de miocardio y muerte súbita. Tras la angiografía coronaria, se puede planificar la revascularización de la arteria coronaria.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial para la onda T anterior invertida incluyen: lesión del sistema nervioso central que se presentan en los eventos cerebrovasculares hemorrágicos, también en la hipertrofia ventricular izquierda, en el bloqueo de rama derecha, en los casos de miocardiopatía hipertrófica, y embolia pulmonar, entre otros.

Existen imitaciones del síndrome de Wellens o el llamado "síndrome pseudo-Wellens", las causas de esto incluyen el consumo de cocaína, en el que el vaso espasmo coronario puede provocar el patrón típico de ECG de Wellens. También se ha demostrado que el consumo de marihuana produce el patrón de Wellens por razones poco claras. Otra causa menos común es el puente miocárdico, también se puede observar en la miocardiopatía de Takotsubo.

### PRONÓSTICO

Si no se reconoce de manera temprana y por ese motivo no se trata adecuadamente, la

enfermedad tiende a progresar hasta el gran infarto agudo de miocardio de la pared anterior, y esto podría provocar una morbilidad y mortalidad sustanciales. Por este motivo es muy importante el reconocimiento de este patrón electrocardiográfico.

### CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente que se internó por un síndrome coronario agudo de un alto riesgo en el cual se detalla la importancia de reconocer un patrón electrocardiográfico y la conducta a tomar teniendo en cuenta el significado y las posibles complicaciones que pueden ocurrir de no haber actuado de la manera adecuada. Este tipo de pacientes se beneficia de una estrategia invasiva precoz para disminuir la tasa de infarto agudo de miocardio y muerte. Por lo cual para lograr ese objetivo debe ser reconocido precozmente.

### BIBIOGRAFÍA

1. Zwaan C, Bär FW, Gorgels A, Wellens H. Unstable angina: ¿are we able to recognize high-risk patients? *Chest* 1997; 112: 244-50.
2. Zwaan C, Bär FW, Wellens H. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction [Abstract]. *Am Heart J* 1982; 103:730.



3. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. *Am J Emerg Med* 2002; 20: 638-43.
4. Tatli E, Aktoz M. Department of Cardiology, School of Medicine, Trakya University, Edirne, Turkey. Wellens' syndrome: The electrocardiographic finding that is seen as unimportant. Case report. *Cardiology Journal* 2009; 16: 73-5.
5. Stankovic I, Kafedzic S, Janicijevic A. T-wave changes in patients with Wellens syndrome are associated with increased myocardial mechanical and electrical dispersion. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2017 Oct;33(10):1541-1549.



# METÁSTASIS OCULAR Y CEREBRAL DE UN CARCINOMAS DIFERENCIADO DE TIROIDES, DOS CASOS RAROS

## **DR. FERNANDO MONCAYO A.**

Líder del departamento de cirugía del

Hospital Abel Gilbert Pontón

Docente de la Universidad Estatal

**Guayaquil – Ecuador**

Correo: [fmoncayo01@hotmail.com](mailto:fmoncayo01@hotmail.com)

Correo: [fernando.moncayoa@ug.edu.ec](mailto:fernando.moncayoa@ug.edu.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4806-3441>



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 9-16, ISSN 2661–6726

**RECIBIDO: 16/03/2023**

**APROBADO: 08/08/2023**

## **RESUMEN**

El carcinoma diferenciado de tiroides (papilar y folicular) es la neoplasia endocrina más frecuente, pero solo ocupa el 1% de todos los cánceres y de este porcentaje pequeño solo presentan metástasis a distancia de forma atípica en un aproximadamente 5 a 10%. Es una impactante manifestación del cáncer en general, sobretodo en etapa avanzada y de larga evolución, variedad histológica agresiva, lo que implica un peor pronóstico, el diagnóstico se sustenta en las imágenes obtenidas (Gold estándar) se por resonancia magnética o por tomografía computarizada

Se presenta dos casos de carcinoma de tiroides avanzados o vultuosos que presentaron metástasis ocular y cerebral respectivamente,

su forma de presentación clínica, diagnóstico y tratamiento. Siendo una manifestación poco frecuente o rara del carcinoma papilar de tiroides lo que hace interesante los casos.

**Palabras claves:** carcinoma de tiroides, metástasis ocular, metástasis cerebral

## **SUMMARY**

Differentiated thyroid carcinoma (papillary and follicular) is the most frequent endocrine neoplasia, but it only occupies 1% of all cancers and of this small percentage only present atypical distant metastases in approximately 5



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

to 10%. It is an impressive manifestation of cancer in general, especially in an advanced stage and long evolution, aggressive histological variety, which implies a worse prognosis, the diagnosis is based on the images obtained (gold standard) by magnetic resonance or computed tomography

Two cases of advanced or vultuous thyroid carcinoma that presented ocular and cerebral metastases respectively, their clinical presentation, diagnosis and treatment are presented. Being an infrequent or rare manifestation of papillary thyroid carcinoma, which makes the cases interesting.

**Keywords:** thyroid carcinoma, ocular metastasis, brain metastasis

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma diferenciado de tiroides (papilar y folicular) es la neoplasia endocrina más frecuente, pero solo ocupa el 1% de todos los cánceres; de este grupo, existen un subgrupo que da metástasis a distancia de forma atípica en un aproximadamente 5 a 10% de forma sincrónica sobre todo en pacientes con tumores de gran tamaño (tumores primarios voluminosos) o tumor extendido localmente, por lo común en edad avanzada y sexo masculino<sup>1,7,8</sup>. La variante papilar es la causa más común de extensión local, con infiltración a los tejidos adyacentes, con predominio en los ganglios linfáticos incluyendo la laringe y el esófago; en comparación la variante folicular, causa un mayor número de metástasis a distancia.<sup>10,13</sup>

Así mismo determinada variedad de carcinoma papilar de tiroides como es la de células altas, columnares y esclerosante difusa, ha demostrado una gran agresividad y metastatizan a lugares distantes.

Los hallazgos metastásicos del carcinoma diferenciado de tiroides en otros lugares son excepcionales, raras y generalmente relacionados a tratamientos incompletos, variedad histológica o retraso en el diagnóstico<sup>9</sup>. Los órganos más frecuentes de metástasis del cáncer de tiroides es pulmón luego el de hígado, cerebro, piel y otros (ojo).<sup>2,3,4,5,6</sup>

Las metástasis oculares pueden presentarse en el globo ocular y en la órbita; la diseminación metastásica tiene lugar vía hematógena, a través de la arteria carótida interna que da la arteria oftálmica y arterias ciliares; por lo cual la mayoría comprometen la coroides (zona con mayor irrigación del ojo).<sup>11</sup>

La visión borrosa suele ser el síntoma más frecuente pueden producir disminución de la visión una vez que afecten la región macular puede ser por efecto directo de masa o indirectamente por desprendimiento de retina. Cuando la metástasis afecta la órbita podremos encontrar: restricción de motricidad, efecto en masa con proptosis (exoftalmos) y/o dislocamiento del globo ocular; manifestaciones inflamatorias: en la cual va existir dolor, quemosis y eritema; por último, manifestaciones funcionales en la cual hay alteración de los nervios craneales (clasificación por Goldberg y Rootman).

Hay que anotar que el cáncer de mama<sup>12</sup> es el que produce más metástasis a nivel ocular,



siendo este el responsable de más del 50% de las metástasis observadas en ojo y órbita, luego el cáncer de pulmón.

La metástasis a nivel del sistema nervioso centrales es una impactante manifestación del cáncer en general, sobretodo en etapa avanzada y de larga evolución, variedad histológica agresiva, lo que implica un peor pronóstico; los canceres más frecuente que dan metástasis cerebral son el de pulmón, mama, melanoma, próstata otros como el de tiroides son casos mucho más excepcionales, por esta poca frecuencia de presentación hace que el tratamiento sea conflictivo y discutible.

En los pacientes oncológicos, la aparición de trastorno neurológicos y déficits focales nos da un alto índice de sospecha, El diagnostico se sustenta en las imágenes obtenidas (Gold estándar) se por resonancia magnética o por tomografía computarizada. El tratamiento de la metástasis cerebral es el uso de corticoides y anticonvulsivante en caso de edema cerebral, el específico es la resección quirúrgica, radiocirugía con bisturí de rayos gamma (Gamma-Knife) y radioterapia en caso de irresecabilidad de la lesión.<sup>13,14,15</sup>

### CASO 1. (METÁSTASIS OCULAR)

Paciente de 71 años sexo femenino que acude a la consulta por presentar masa tumoral tiroidea voluminosa, disnea, disfagia además presenta tumoración temporo-orbitaria visión borrosa del globo ocular afecto, quemosis, lagrimeo, parálisis palpebral y exoftalmos de ojo derecho. A la palpación se siente masa tumoral en región cervical, voluminosa, dura muy adherida a estructuras adyacentes (aéreas y

vasculares) y múltiples adenopatías cervicales y torácicas. Además, presenta tumoración temporo-orbitaria derecha dura muy adherida que se introduce a cavidad orbitaria.

Se realiza biopsia por punción de tiroides y lesión endurecida extraorbitaria, con el resultado de carcinoma papilar tipo columnar en ambas lesiones. Paciente fue tratada por el departamento de oncología clínica con Sorafenib por no haber resultados con radioyodo.

#### *Ilustración 1 CA de tiroides y metástasis orbitaria*

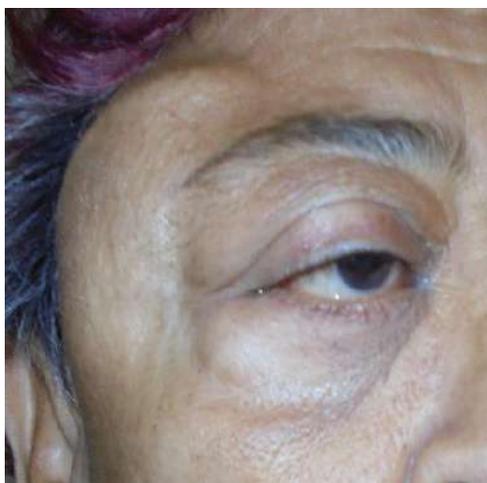


*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

#### *Ilustración 2 Metástasis orbitaria*

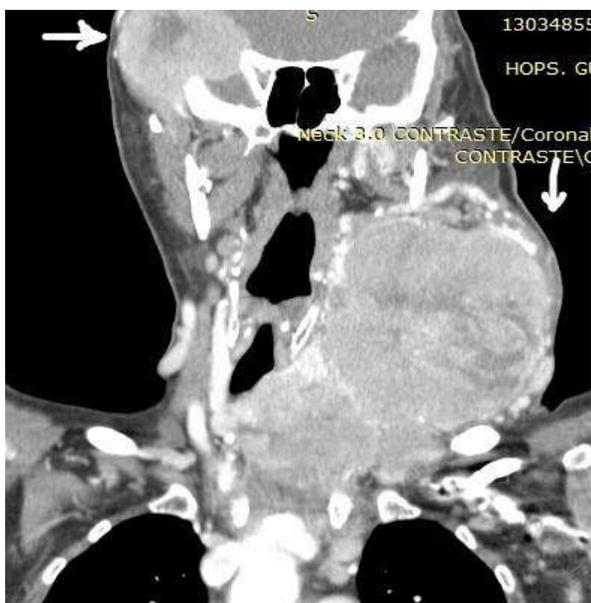


Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.



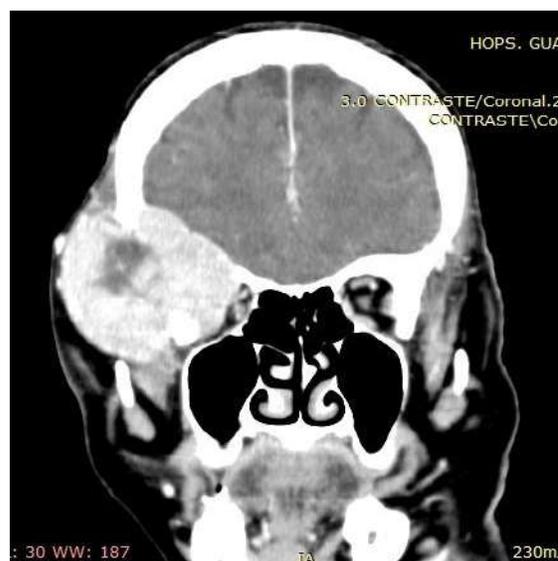
*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

**Ilustración 3** TAC: Ca. tiroides vultuoso y metástasis orbitaria



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

**Ilustración 4** TAC: metástasis orbitaria



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

## CASO 2 (METASTASIS CEREBRAL)

Paciente de 68 años de edad, que ingresa referida de otra institución por presentar más tumoral en región occipital derecha de gran tamaño dura muy adherida, dolorosa con circulación colateral; paciente desorientada en tiempo y espacio, irritable y poco colaborativa, en algunas ocasiones ha presentado convulsiones tónico clónicas. Además, presenta masa cervical voluminosa, a nivel tiroidea, dura, adherida a estructura aéreas y vasculares.

Se toma biopsia con aguja gruesa de lesión tumoral cervical y tumoración occipital encontrando carcinoma papilar variante oncocítica. Paciente fue tratada por el departamento de oncología clínica en forma paliativa y con Sorafenib por no haber mejoría con radio-yodo.



**Ilustración 5 Informe de Histopatología**

1	Identificado como fragmentos de biopsia Trucut de tejido blando de cabeza: Los histomorfologicos sugieren neoplasia maligna metastásica, (de posible origen tiroideo - oncocítico).	1.- Se sugiere estricta correlación clínica; con antecedentes oncológicos de la paciente. 2.- Se sugiere pruebas de inmunohistoquímica para filiar diagnóstico y descartar diferenciales cercanos.
2		
3		

FECHA DE SALIDA	2012-11-14	HORA	12:25 PM	NOMBRE DEL PATIENTE	DR. ABEL GILBERT PONTÓN	BRAMA	AMBA	NUMERO DE HON	
SNS-MSP / HCU-form.0138 / 2008									
HISTOPATOLOGIA - INFORME									

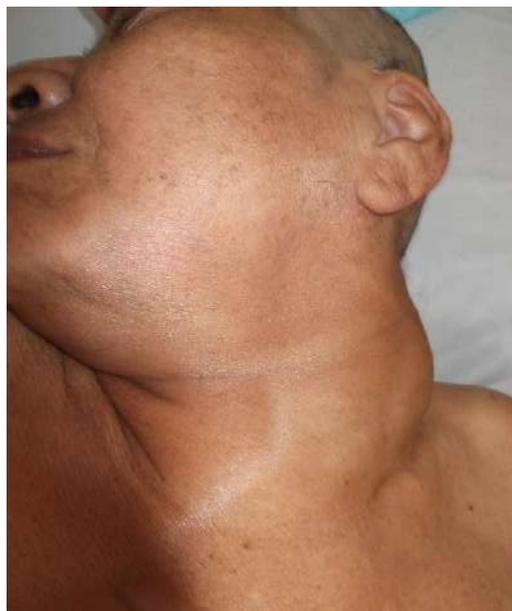
Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 6 Metástasis ósea y cerebral con gran vascularización.**



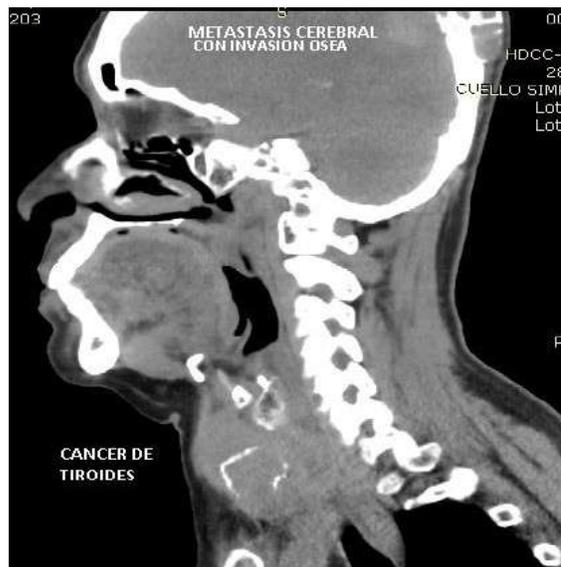
Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 7 Ca de tiroides vultuoso**



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 8 Ca de tiroides y metástasis cerebral.**

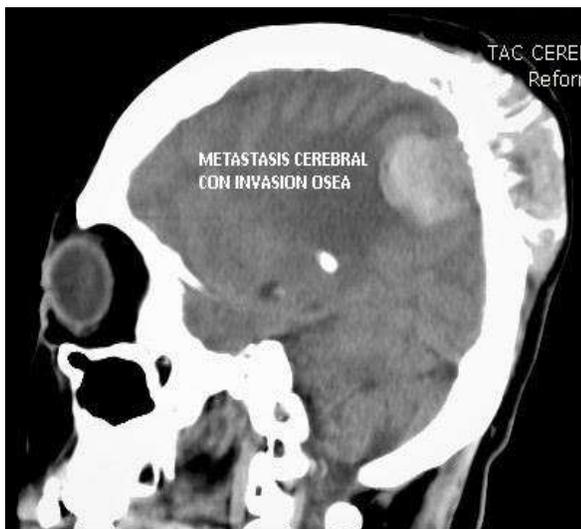


Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.



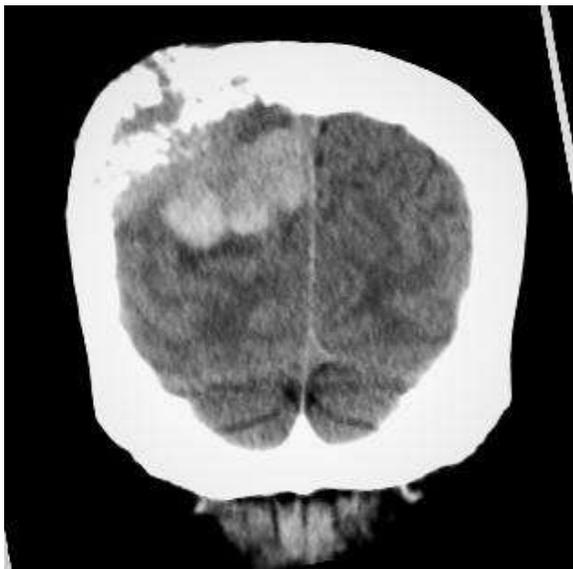
Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

**Ilustración 9** Metástasis cerebral con destrucción occipital.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 10** Metástasis cerebral con destrucción del occipital.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

## DISCUSIÓN

La metástasis a nivel del sistema nervioso centrales es una impactante manifestación del cáncer en general, sobretodo en etapa avanzada y de larga evolución demuestra la importancia del tratamiento integral de los signos y síntomas del cáncer, un concepto asociado a muerte, pero más aún debe tratarse las manifestaciones de sus metástasis, en este caso en la metástasis del sistema nervioso central y ocular.

Los déficits motores y neurológico, la falta de sueño, la preocupación, fatiga, la perdida de la visión, el dolor se suman el sufrimiento, reacciones sociales, económica, sexuales, culturales y religiosas; además de un tratamiento oncológico violento requiere un tratamiento neuro-psicológico-psiquiátrico.

Las pruebas de imagen con el TAC y RMN son de gran ayuda para realizar una orientación diagnóstica, aunque el diagnóstico definitivo se realiza por biopsia.

El tratamiento del CDT ha sido objeto de numerosas publicaciones y se basa en tres pilares fundamentales y sucesivos: tiroidectomía total con revisión de las cadenas ganglionares, radio yodo y tratamiento supresor con l-tiroxina, el dilema va ser siempre el tratamiento del paciente con metástasis en este caso ocular y del sistema nervioso central, tratamiento incierto dada su rareza.

## CONCLUSIÓN

Son pocos los casos publicados de metástasis cerebral y ocular reportados en la literatura mundial, debido a su baja frecuencia de presentación. Ambas patologías coincidentes en la evolución tórpida, son excepcionales, raras



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

y generalmente relacionados a tumores primarios voluminosos, tratamientos incompletos, variedad histológica (agresiva), retraso en el diagnóstico y a la edad avanzada.

### CONFLICTO DE INTERES:

El autor refiere no tener ningún conflicto de interés.

Fotos exclusivas del autor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Angelica Schmidt. Metástasis a distancia en cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico y tratamiento. rev argent endocrinol metab. 2017;54(2):92–100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.raem.2017.05.001>
2. A. Márquez García. Metástasis cutáneas craneocervicales de un carcinoma papilar de tiroides variedad folicular. [Actas Dermo-Sifiliográficas](#). [Volume 107, Issue 1](#), January–February 2016, Pages 83-85. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.008>
3. M.C. Fernández-Antón Martínez. Cutaneous Metastases of Internal Tumors. [Actas Dermosifiliogr](#). 2013;104(10):841-853
4. José Alberto Hermida Pérez. Carcinoma papilar tiroideo con metástasis osteolíticas en una vértebra lumbar. [med gen y fam](#). 2016;5(4):164–168. <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.03.002>
5. Karen Fallas Chinchilla. Metástasis ocular asociada a cáncer de hígado. [Revista Médica de Costa Rica Y Centroamerica](#) LXXI 2014 (611) 605 – 608.
6. Guilherme Brasileiro de Aguiar. Metástasis intraorbitárias de cáncer de mama. [Rev. Chil. Neurocirugía](#) 43: 2017. 34-36.
7. Carlos Abdala Caballero. Metástasis Oculares de Carcinoma Mamario. [Rev. Sociedad Colombiana de Oftalmología](#) 2015. Vol. 48 (2): 140 – 150.
8. Ferrer García JC. Metástasis poco habituales del carcinoma diferenciado de tiroides. [An Med Interna \(Madrid\)](#) 2002; 19: 579-582.
9. Jorge Badilla Mora. Cáncer papilar, metástasis poco habitual del carcinoma diferenciado de tiroides. [Revista médica de Costa Rica y Centroamérica](#) lxxviii 2011 (599) 485-489.
10. Granados-García M, Gallegos F, Gurrola-Machuca H, Flores-Hernández L,



- Pacheco-Bravo I, Villavicencio-Queijeiro MA, et al. Guía de manejo del nódulo tiroideo y del cáncer diferenciado de tiroides de la Sociedad Mexicana de Oncología. Gac Mex Oncol. 2018;17(Supl):5-31.
11. M. Chacón González. Metástasis coroidea como primera manifestación de carcinoma papilar de tiroides: a propósito de un caso. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. [Vol. 95. Núm. 2.](#) 2020 páginas 94-97. DOI: [10.1016/j.oftal.2019.10.004](https://doi.org/10.1016/j.oftal.2019.10.004)
12. T. Checa. Metástasis oculares en el cáncer de mama. [Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Breast Science- Vol. 11. Núm. 2.](#) 1998 páginas 77-81.
13. José F. Sánchez-Sánchez. Metástasis orbitaria e intracraneal secundaria a carcinoma de tiroides. Rev. Cirugía y Cirujanos. 2021;89. DOI: 10.24875/CIRU.20001274.
14. Sergio Merino. Metástasis cerebral de carcinoma diferenciado del tiroides. Rev. chil. endocrinol. diabetes 2011; 4 (1): 23-25
15. Alberto Valarezo Chuchuca. Metástasis cerebral de carcinoma papilar de tiroides. Rev. Chil. Neurocirugía 2022; 48 (2): 85-90.



# TRAUMA LINGUAL COMO COMPLICACION DE MACROGLOSIA DE COVID-19: CASO CLÍNICO

## **DR. ROSADO COELLO LINDEMBERTH**

Médico general Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Guayaquil – Ecuador

Correo: [linmedi@hotmail.com](mailto:linmedi@hotmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0004-8421-0810>



## **DRA. PRISCILLA NAVARRETE ROSADO.**

Médico Residente del Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Guayaquil – Ecuador

Correo: [Priscilla\\_michelle2212@hotmail.com](mailto:Priscilla_michelle2212@hotmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1744-9499>

## **DR. FERNANDO MONCAYO ASNALEMA.**

Cirujano Tratante, líder del Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Guayaquil – Ecuador

Correo: [fmoncayo01@hotmail.com](mailto:fmoncayo01@hotmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4806-3441>

Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 17-21, ISSN 2661-6726

**RECIBIDO: 20/04/2023**

**APROBADO: 16/06/2023**

## RESUMEN

La macroglosia en la hipertrofia del órgano (lengua) generalmente sin deformación, aunque en algunas ocasiones puede presentar cierta alteración en su forma. Los diferentes patólogos están de acuerdo en que no todos los elementos que forman la lengua se hipertrofian sino se realiza a expensas de dos tejidos: el linfático y el muscular con esclerosis del tejido conjuntivo. La aparición de la covid-19 nos ha llevado a

encontrar síntomas no comunes en cierto tipo

de pacientes, como el que mostraremos a continuación, paciente en el que se puede describir la macroglosia no tanto como un síntoma sino como una complicación, más aún cuando el paciente presenta un traumatismo de la lengua debido a colocación en posición prono. **Palabras clave:** macroglosia, covid-19, complicación.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

## ABSTRACT

Macroglossia in hypertrophy of the organ (tongue) generally without deformation, although on some occasions it may present some alteration in its shape. The different pathologists agree that not all the elements that make up the tongue hypertrophy but it is done at the expense of two tissues: the lymphatic and the muscular with sclerosis of the connective tissue. The appearance of covid-19 has led us to find uncommon symptoms in certain types of patients, such as the one we will show below, a patient in whom macroglossia can be described not so much as a symptom but as a complication, even more so when the patient presents a trauma to the tongue due to placement in the prone position.

**Keywords:** macroglossia, covid-19, complication.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por un virus aún poco conocido como SARS-Cov-2, que provoca la enfermedad Covid19, aún se continua el intento de identificar las características clínicas nuevas que puedan estar vinculadas a esta infección viral, pero aún tenemos poco registro en Ecuador, y a nivel global.

Las sintomatologías clásicas (tos, fiebre, anosmia, ageusia, diarreas, etc.); se ha ido hallando sintomatologías nuevas entre ella la macroglosia aguda (Ilustración 1) lo que es un problema clínico muy desconcertante y poco común, más aún cuando esta se complica con trauma sangrante (lesión de la arterias y venas raninas) por compresión de la dentadura

inferior, al estar el paciente en posición prono (Ilustración 2), convirtiéndose en un problema angustioso y desafiante (Ilustración 3).

Casos similares, a nuestro reporte no se encuentran p existen muy pocos en la bibliografía de traumas, menos aún por macroglosia, por lo que este caso se considera de especial atención y de enseñanza para los futuros pacientes que padeciendo de macroglosia y necesidad de colocarlos en posición prono se tenga mucho cuidado e hincapié en la colocación de la lengua y evitar este tipo de trauma. Trauma de la lengua por macroglosia debido a COVID 19.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad con antecedentes personales patológicos de hipertensión

arterial, asma. Acude a la emergencia del hospital tras presentar cuadro clínico de aproximadamente siete días de evolución caracterizado por deposiciones líquidas (no refiere número) que se acompaña de fiebre de más de 40°C, odinofagia, y tos seca de tipo irritativa, disnea, confundiendo los síntomas con una crisis asmática por lo que el paciente ha procedido a la automedicación inhalaciones con Salbutamol sin presentar mejoría de síntomas, por lo que se realiza el ingreso a esta casa hospitalaria donde recibe apoyo de oxígeno por mascarilla a 4 litros. Se realiza de TAC de Tórax, se indica pase al área de Terapia Intensiva. Con Diagnóstico de neumonía por covid-19.

Luego de 24 horas después, el Paciente presenta mala mecánica ventilatoria y se procede a colocar tubo endotraqueal, y en



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

posición prono, 72 horas después paciente mejora su condición clínica y se decide colocar en posición supina. Bajo ventilación mecánica invasiva modo asistido controlado, gasometría de control con PH: 7.35, PCO<sub>2</sub>: 64.5, PO<sub>2</sub>: 67.1, HCO<sub>3</sub>: 30 SAT 92% PAO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>: 134.

Al 6 día de hospitalización, el paciente se encuentra Hemodinámicamente estable, con bajas dosis de vasopresor, función renal conservada, sin cobertura antibiótica, afebril. Bajo ventilación mecánica invasiva, llama la atención el gran tamaño de su lengua (macroglosia). Se coloca en posición prono al tiempo que presenta sangrado en gran cantidad al comprimirse la dentadura inferior contra la cara inferior de la lengua, lesionando las venas raninas y arteria lingual derecha. Por lo cual, el paciente es trasladado al área de quirófano.

Se evidencia sangrado de origen de retrofaríngeo, por manipulación con cánula de succión, lesión en base de la lengua, dentadura inferior incrustada en cara inferior de la lengua, la cual sobresale mucho de la boca, macroglosia, que al colocarse al paciente en posición prono lesión1 traumática de los vasos sanguíneos (venas raninas y arteria lingual).

Se realiza taponamiento nasal posterior y sutura hemostática con empaquetamiento con surgicell (hemostático) de base de la lengua, ligaduras de venas raninas y arteria lingual derecha.

Después de 28 días de estancia hospitalaria el paciente es dado de ALTA por parte del servicio de terapia intensiva y cirugía general. Se cita para posteriores controles por consulta externa.

#### **Ilustración 1** Macroglosia



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".*

#### **Ilustración 2** Trauma de lengua, arterias raninas por prono.



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".*

#### **Ilustración 3** Ligaduras de arteria ranina y rafia de lengua.





Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".

## DISCUSIÓN

La macroglosia<sup>2</sup> descrita por primera vez por Galeno fue objeto de pintura y esculturas, se la describe como el sobresaliente de la lengua del reborde alveolar en reposo; aparece en el cretinismo, el síndrome de Down, síndrome de Hurler, acromegalia, mixedema, amiloidosis, hipotiroidismo, sífilis terciaria, quistes y tumores miomatosos de lengua, reacciones alérgicas, y actualmente poco descrita y poco frecuente en la nueva pandemia de COVID 19. etc.

El virus SARS-CoV2, se ha demostrado ya la infección a mucosa oral, debido a la presencia de receptores de la angiotensina 2 en el dorso de la lengua, la patología usual es la papilitis con inflamación y edema lingua<sup>3</sup>.

El tratamiento en estos casos son esteroides, bloqueante de la mordida de la lengua, hasta llegar a la traqueostomía.

En el contexto de una pandemia provocada por un virus aún poco conocido, el intento de identificar las características clínicas que puedan estar vinculadas a esta infección viral es loable.

Podríamos atrevernos a decir que el caso de nuestro paciente es único en nuestro hospital desde la pandemia, porque aún no existen reportes de otros infectados por Covid-19 que hayan presentado este tipo de síntoma y complicación<sup>4,5</sup>.

Tampoco hemos encontrado registros bibliográficos en este tiempo de pandemia de casos similares en Ecuador, y muy pocos a nivel global, más aún no se encuentran reportes de trauma de la lengua por lo que este caso se considera de especial atención y de enseñanza para los futuros pacientes que padeciendo de macroglosia y necesidad de colocarlos en posición prono se ponga mucho cuidado e hincapié en la lengua y evitar este tipo de problema. Trauma de la lengua por macroglosia debido a COVID 19.

**Conflicto de interés:** autores no refieren tener ningún conflicto de interés respecto al artículo

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Andrews E,. lingual compression for acute macroglossia in a COVID-19 positive patient. *BMJ Case Rep* 16 July 2020; 13. E237108.
- 2.- McGoldrick .- Tongue and floor of mouth swelling: a potential rare manifestation of COVID-19 *British Journal of oral and maxillofacial Surgery* 2021 Mar 9.
- 3.- Nuño-Gonzales. - Son las alteraciones en la mucosa oral un signo de COVID-19. *Actas dermo-sifiliograficas*. 2021, 02.007.
- 4.- Hockova b.- Oral Complications of ICU Patients with COVID-19: Case-Series and Review of Two Hundred Ten Cases. *J. Clin. Med.* 2021,



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

10, 581. <https://doi.org/10.3390/jcm10040581>  
<https://www.mdpi.com/journal/jcm>

5.- Amanda Walsh. Association of severe tongue edema with prone positioning in patients intubated for COVID-19 Revista Laryngoscope. American Broncho-Esophagological Association, April 7-8, 2021.



# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CALCULO BILIAR: ÍLEO BILIAR (UN CASO)

## **DR. PEDRO JURADO VASQUEZ**

Cirujano del área de emergencia

Hospital Abel Gilbert Pontón.

**Guayaquil – Ecuador**

Correo: [pedrini28@hotmail.com](mailto:pedrini28@hotmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0008-0055-4456>

## **DR. ALEX CRUZ VELASCO**

Cirujano del área de emergencia

Hospital Abel Gilbert Pontón.

**Guayaquil – Ecuador.**

Correo: [dralexcruzv@hotmail.com](mailto:dralexcruzv@hotmail.com)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0003-2141-6363>

## **DR. JOSE LUIS BORJA OCHOA**

Cirujano del área de emergencia

Hospital Abel Gilbert Pontón.

**Guayaquil – Ecuador.**

Correo: [Jose.borjaoc@ug.edu.ec](mailto:Jose.borjaoc@ug.edu.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0008-4955-0026>



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 22- 26, ISSN 2661–6726

**RECIBIDO: 16/04/2023**  
**APROBADO: 05/08/2023**

## RESUMEN

Se considera como una complicación de la coleditiasis con fistula colecisto duodenal y en rara ocasión colecisto-colónica. Se presenta cuando existe una fistula bilio-entérica como consecuencia de colecistitis aguda recurrentes donde la vesícula se adhiere al duodeno o al colon provocando necrosis y perforación de

estos dos órganos que se encuentren en contacto.

El íleo biliar es una condición de pacientes de edad avanzada y con ello muchas veces con factores de comorbilidad, por lo cual la resolución inmediata del cuadro obstructivo es la mejor manera de disminuir la tasa de complicaciones en estos pacientes, es decir la



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

resolución temprana.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, 68 años de edad, diabético, que debuta con dolor abdominal náuseas, vómitos, distensión abdominal intermitente, que se diagnosticó topográficamente como íleo biliar por la presencia de un cálculo intraluminal en el íleo cuya la resolución quirúrgica fue en un solo tiempo.

**Palabras claves:** íleo biliar, obstrucción intestinal.

### SUMMARY

It is considered a complication of cholelithiasis with duodenal cholecyst fistula and rarely colonic cholecyst. It occurs when there is a bile-enteric fistula as a consequence of recurrent acute cholecystitis where the gallbladder adheres to the duodenum or colon, causing necrosis and perforation of these two organs that are in contact.

Gallstone ileus is a condition of elderly patients and therefore often with comorbidity factors, which is why the immediate resolution of the obstructive condition is the best way to reduce the rate of complications in these patients, that is, early resolution.

The case of a male patient, 68 years old, diabetic, who presented with abdominal pain, nausea, vomiting, and intermittent abdominal distension, was presented topographically as gallstone ileus due to the presence of an intraluminal stone in the ileus whose surgical resolution was in a single stage.

**Keywords:** gall ileus, intestinal obstruction.

## INTRODUCCIÓN

La obstrucción mecánica intestinal por calculo biliar se denomina íleo biliar, es una emergencia quirúrgica que suele pasar desapercibida en el diagnostico debido a su baja incidencia, el sitio más común de la obstrucción es en el íleo distal y por lo común por un cálculo de más de 2 cms. Se considera como una complicación de la coledocistitis con fistula colecisto duodenal y en rara ocasión colecisto colónica<sup>1</sup>.

Ocupa aproximadamente el 4% de las causas de obstrucción intestinal en personas adulta, pero en paciente afebriles aumenta su incidencia, predomina en el sexo femenino con una morbilidad del 50% y mortalidad de 25% que suele incrementarse cuando el diagnóstico es tardío<sup>2</sup>.

Fisiopatológicamente el íleo biliar se presenta cuando existe una fistula bilio entérica como consecuencia de coledocistitis aguda recurrentes donde la vesícula se adhiere al duodeno o al colon provocando necrosis y perforación de estos dos órganos que se encuentren en contacto

Clínicamente se manifiesta como una obstrucción intestinal en un paciente afebril con antecedente de coledocistitis litiasica aguda recurrentes, donde va a existir dolor con distensión abdominal, constipación, náuseas, vómitos etc. Con signos radiológicos de obstrucción intestinal (edema intersticial, signo de pilas de monedas, etc.) donde se puede visualizar el cálculo de forma radio-opaco, de igual manera se puede diagnosticar con una tomografía simple de abdomen donde también se constatará la presencia del cálculo



obstructivo. Con mayor sensibilidad diagnóstica que la radiografía<sup>3-4</sup>.

Aunque no hay un tratamiento estandarizado se lo trata como una obstrucción intestinal es decir laparotomía más entero litotomía (extracción del cálculo), aunque si la paciente esta hemo dinámicamente estable se podría combinar con una colecistectomía más cierre de la fistula colecistoduodenal si así lo requiere el caso o lo permite<sup>5-6</sup>.

**Ilustración 1** Tac con cálculo en válvula ileocecal



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".

**Autor:** Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 2** Tac con cálculo en válvula ileocecal



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil

"Doctor Abel Gilbert Pontón".

**Autor:** Dr. Fernando Moncayo A.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, 68 años de edad, diabético, que debuta con dolor abdominal náuseas, vómitos, distensión abdominal intermitente con signo radiológico de obstrucción intestinal (edema interasas y signo de pilas de monedas), todos estos síntomas disminuyen luego de hidratación adecuada por lo cual se decide realizar tomografía computarizada la cual revela un cálculo de 2.5 a nivel de íleo terminal, por lo que se decide la intervención quirúrgica.

Entre los hallazgos tenemos; dilatación de asas intestinal con edema, cálculo de 2.5 cms de grosor en el interior de íleon terminal 5 cms de la válvula ileocecal, vesícula dura con paredes engrosadas y muy adherida al duodeno que al realizar la adherolisis se observa una comunicación entre la vesícula y el duodeno (fistula colecisto duodenal).

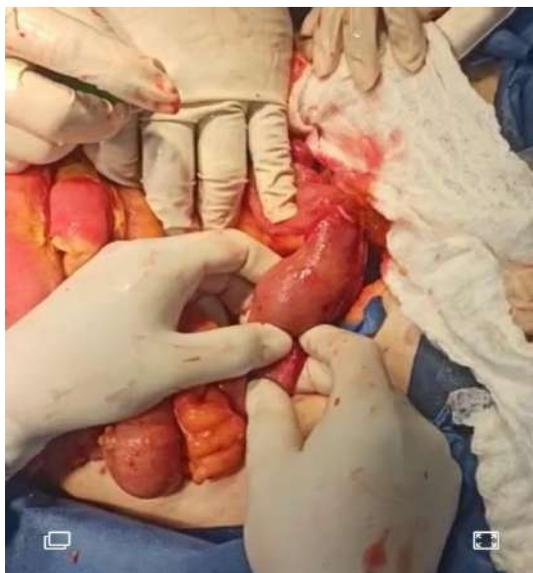
Se realiza. Colecistectomía abierta de forma anterógrada y reparación de perforación, rafia duodenal, previo desbridamiento de bordes, en dos planos; se realizó enterotomía con extracción de cálculo y cierre de la misma en dos planos. Ilustración 3,4,5.

El paciente luego de 72 horas de evolución satisfactoria es dado de alta y controlado por consulta externa.

**Ilustración 3** Localización del calculo



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
**Autor:** Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 4** Enterotomía



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
**Autor:** Dr. Fernando Moncayo A.

**Ilustración 5** Extracción del cálculo.



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil  
"Doctor Abel Gilbert Pontón".  
**Autor:** Dr. Fernando Moncayo A.

## CONCLUSIÓN

Hay que tomar en cuenta que el íleo biliar es una condición de pacientes de edad avanzada y con ello muchas veces con factores de comorbilidad.

Aunque no hay una técnica estandarizada en el tratamiento del íleo biliar, el objetivo principal siempre va a ser la resolución de la obstrucción intestinal<sup>7,8</sup>

La resolución inmediata del cuadro obstructivo es la mejor manera de disminuir la tasa de complicaciones en este paciente, es decir la resolución temprana; en estos pacientes se puede evidencia dos formas de tratamiento, en un tiempo y en dos tiempos quirúrgicos: La técnica más sencilla en los pacientes de edad avanzada y con pronóstico malo por factores de comorbilidad será la laparotomía con entero



litotomía (un tiempo quirúrgico). En los pacientes sin obstrucción u obstrucciones intermitentes y sin factores de comorbilidad deberá tomarse en cuenta además de la entero litotomía, realizar colecistectomía y reparación de la fistula (un tiempo quirúrgico) F.P.M.A

La estabilización hidroelectrolítica y de los factores de comorbilidad (hipertensión, diabetes, etc.) es esencial antes de cualquier resolución quirúrgica.

En pacientes en estudio fue diagnosticado topográficamente puesto que presento obstrucción intestinal intermitente que nos dio tiempo para realizar varios estudios de diagnóstico y programa la cirugía atendiendo primero sus factores de comorbilidad como la diabetes. La evolución fue favorable aplicándose la técnica en un solo tiempo quirúrgico.

**Conflicto de interés:** el autor no refiere ningún conflicto de interés sobre el artículo.

Fotos: exclusivas del Dr. Fernando Moncayo A.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guillén Martínez EA. Íleo biliar, diagnóstico y tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente, a propósito de un caso clínico. Cirugía Andaluza · febrero 2022. Volumen 33 · Número 1 · pág. 26.
- 2.- Vergara Morante T. íleo biliar como causa infrecuente de obstrucción intestinal. tratamiento quirúrgico. rapd online septiembre - octubre 2022 vol.45. nº5, pág. 175.
- 3.- Ploneda-Valencia C. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. Revista de Gastroenterología de México. 2017;82(3):248---254.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.07.006>
- 4.- Francisco Javier Mancilla Ulloa. Íleo biliar: reporte de un caso y revisión de la literatura. Cir Gen. 2014;3(2):121-125.
- 5.- Marcos I. Salazar-Jiménez. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. Cir Cir. 2018; 86:182-186. DOI: 10.24875/CIRU.M18000032
- 6.- Juan Manuel Reyes-Morales. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(1):106-10.
- 7.- Chung AYA, Duke MC. Acute biliary disease. Surg Clin N Am. 2018; 98:877-94
- 8.- Salazar Jiménez M, Alvarado Durán J, Fermín Contreras M, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. Cir Cir. 2018; 86:182-6.



# FÍSTULAS ABDOMINALES POSTQUIRÚRGICA: Análisis de una Tesis Doctoral.

## DR. JOSÉ GUAZHCO LLIVISACA

Cirujano General del Hospital Abel Gilbert Pontón  
Guayaquil – Ecuador

Correo: [joseguazhcomejia@hotmail.com](mailto:joseguazhcomejia@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3539-7339>

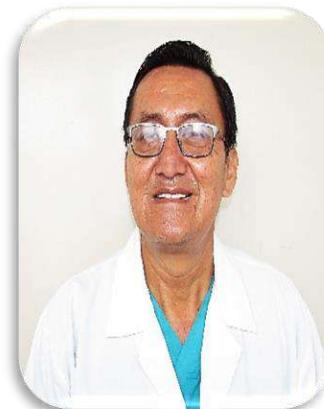
## DR. FREDDY OLAYA PACHECO

Cirujano General, asociado a coloproctología  
Hospital Abel Gilbert Pontón.

Guayaquil – Ecuador

Correo : [freddy.olayap@ug.edu.ec](mailto:freddy.olayap@ug.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0009-00002-6265-5953>



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 27-33, ISSN 2661–6726

RECIBIDO: 23/04/2023  
APROBADO: 12/06/2023

## RESUMEN

En el lapso de 7 años, en el Hospital “Abel Gilbert Pontón” se intervino quirúrgicamente un promedio de 6825 paciente, de estos se complicaron un 2,6% pacientes (184 pacientes) **y la principal complicación fue la fistula enterocutánea 164 pacientes es decir 2,4%**, cuyo porcentaje estaría dentro del margen internacional de producción de fistula. (tesis. Dr. Fernando Moncaya a)

Los factores de comorbilidad (62% de los pacientes en este estudio presentaron más de 3 factores) influyo en la evolución de los pacientes que fueron intervenidos, aunque la aparición de

fistula también se observó en paciente sin ellos.

La edad del paciente, el estado nutricional, los estados de comorbilidad (canceres, diabetes, inmunodeprimido), los procesos sépticos o inflamatorios que posee actualmente el paciente, son factores gravitantes (riesgos) en la aparición de fistulas. En nuestro estudio un 62% presentaron más de 3 factores. Además, el factor humano como la capacidad para resolver los problemas encontrados en la cirugía, el cansancio físico y mental (síndrome de Burnout) son también factores que influyen en las complicaciones postquirúrgicas.

La mortalidad general fue de 13,3%, fueron reintervenidos el 8,7% de los pacientes y no



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

fueron reintervenidos el 4,3%.

**Palabras claves:** Fístula entero-cutánea, factores de riesgo.

## ABSTRACT

In the span of seven years, in the Hospital "Abel Gilbert Ponton" was operated an average of 6825 patients, of these 2.6% were complicated patients (184 patients) and the main complication was the entero-cutaneous fistula 164 patients is say 2.4%, which would be within the margin percentage international fistula production. (thesis Dr. Fernando Moncayo A.)

The co-morbidity factors (62% of the patients in this study had more than 3 factors) influenced the evolution of the patient who underwent surgery, but also the appearance of fistula was observed in patients without them.

The patient's age, nutritional status, comorbid states (cancers, diabetes, inmunodeprimido), septic or inflammatory processes that currently owns the patient are gravitating factors (risks) in the occurrence of fistulas. In our study 62% had more than 3 factors. Besides the human factor as the ability to solve problems encountered in surgery, physical and mental fatigue (Burnout syndrome) are also factors influencing post-surgical complications.

Overall mortality was 13.3%, were re-operated for 8.7% of patients and were not re-operated 4.3%.

**Keywords:** Entero-cutaneous fistula, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

La fístula entero-cutánea se define como la salida o escape de contenido del tubo digestivo a la piel como una comunicación anormal. La etiología más frecuente es la post- operatoria<sup>1,2</sup> y de esta el 80 a 90% son en cirugías de emergencias y muchas veces son debidas a errores técnicos durante la intervención quirúrgica, la tasa global de mortalidad es de un 15 a 25%. Se reporta una tasa del 80% de cierre espontaneo.<sup>3</sup>

Las fistulas postquirúrgicas, pueden producirse<sup>6</sup>, en pacientes con factores de riesgo como los que se le realizan procedimientos quirúrgicos de urgencia, mal preparados, que se le han realizado maniobra de reanimación por hipotensión prolongada durante el prequirúrgica o transquirúrgica; anemia, hipotermia, acidosis; en los que la técnica quirúrgica deficiente, como las suturas a tensión o con obstrucción distal al sitio de la sutura o de la anastomosis. También se suman los que padecen de proceso infecciosos (Absceso) o cuerpos extraños (gasas, compresas, drenes, etc.) que producen o mantienen la fistula.

La edad, aunque no es un factor determinante, lo es cuando existen comorbilidades como la diabetes donde la función de los leucocitos están alterada y contribuyen a una pobre cicatrización de las anastomosis o suturas. Enfermedades ictericas, donde la hiperbilirrubinemia provoca un efecto inhibitor de la proliferación de fibroblastos y la formación de endotelio. Localmente el edema de asas intestinal la disminución en el aporte sanguíneo juega un papel importante El uso de la laparostomía o abdomen abierto<sup>4,5</sup> (bolsa de



Bogotá) conlleva a la aparición de fistulas al aire abierto (fistula entero atmosférica), las cuales tienen una gran mortalidad. La recurrencia de la fistula luego de un nuevo abordaje quirúrgico es una causa de mortalidad más frecuente<sup>7</sup>.

**Las fistulas producen trastornos sistémicos y locales que ponen en peligro la vida del paciente que se deben evitar a toda costa.** La deshidratación y desnutrición, el líquido que se pierde en las fistulas intestinales es rico en sodio, potasio, cloro y bicarbonato, por lo que puede padecer una hipopotasemia y acidosis metabólica, desnutrición por pérdida de nutrientes proteicos o falta de absorción. Infección y abscesos, que puede llevar a la sepsis<sup>8,9</sup>.

#### CLASIFICACIÓN FISIOLÓGICA DE LAS FISTULAS.

**Bajo gasto:** o bajo flujo, pérdida de líquido de menos de 200 cc en 24 horas.

**Moderado gasto:** o moderado flujo, salida de líquido de 200 a 500 cc en 24 horas.

**Alto gasto:** o alto flujo, salida de líquido de más de 500 cc.

## RESULTADOS

En el lapso de 7 años en el Hospital “Abel Gilbert Pontón” se intervino quirúrgicamente un promedio de 6825 paciente, de estos se complicaron un 2,6% pacientes (184 pacientes) **y la principal complicación fue la fistula enterocutánea 164 pacientes es decir 2,4%**, cuyo porcentaje estaría dentro del margen

internacional de producción de fistula.

El diagnóstico de ingreso de los pacientes fistulados fue variado (tabla 1) entre ellos: cierre de colostomía 18 pacientes, cierre de ileostomía 8, perforación de colon 9, perforación de íleon 6, ulcus perforado 3, apendicitis aguda 23, traumas por arma cortopunzante 4, trauma por arma de fuego 20, colecistectomía abierta 20, Coledocolitiasis 14, colecistectomía laparoscópica 6, obstrucción por adherencias 9, obstrucción intestinal 4, hernia encarcelada 6, cáncer del tubo digestivo 14.

**Tabla 1** Diagnóstico porcentual de ingreso, 164 pacientes

DIAGNÓSTICO DE INGRESO	
Cierre de ostomías	16%
Abdomen perforativo	11%
Apendicitis aguda	14%
Trauma de abdomen	15%
Cirugía de vesícula y Vías biliar	24%
Obstrucción Intestinal	8%
Hernia encarcelada	3,5%
Canceres del tubo digestivo	8,5%

**Fuente:** Carpetas Dpto. de cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón

**Autor:** Elaboración propia

El 54% de los pacientes (88 pacientes) implicados en fistulas fueron ingresados para cirugía de emergencia, y el 46% (76 pacientes) para cirugías programadas. De los pacientes



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

intervenidos en el área de emergencia el 25% fueron intervenidos por el residente de nivel 1, el 60% por el residente de nivel 2 y el 15% por el residente de nivel 3. De las lesiones NO observadas por los cirujanos en la primera cirugía y diagnosticada en la reintervención, nueve fueron en traumas penetrantes, una en perforación tífica, una en diverticulitis y una en perforación de divertículo de Meckel. (tabla 2)

Entre las causas en anastomosis y rafia simples tenemos: ligadura de conducto cístico en colecistectomía, rafia de perforación simple en traumas, ligadura de muñón apendicular. Las anastomosis y rafias en lesiones complejas tenemos entre ellas: anastomosis T-T en pacientes con traumas severos con resucitación con fluidos, rafias intestinales con edemas o isquemia de asas, en peritonitis severa con sepsis generalizada, en pacientes con cánceres diseminados (carcinomatosis) o isquemia intestinal.

Los pacientes que presentaron fístula luego de adherolisis, ingresaron como abdomen agudo obstructivo por adherencias. Las lesiones observadas en cirugía laparoscópica, fueron durante el primer año de introducir la técnica en las cirugías programadas.

**Tabla 2** Fístulas y diagnósticos por pacientes

TIPOS DE FÍSTULAS DIAGNÓSTICADAS	
DIAGNÓSTICO	PACIENTES
Fístula de la rafia, ligadura o anastomosis simples	87
Fístula de la rafia, ligadura o anastomosis complejas	51
Fístulas por las lesiones No observadas durante la cirugía	12
Lesiones por adherolisis	8
Fístulas post Cole-Laparoscópica	4
Perforación intestinal post Cole-Laparoscópica	1
Sección de colédoco post Cole-Laparoscópica	1
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>

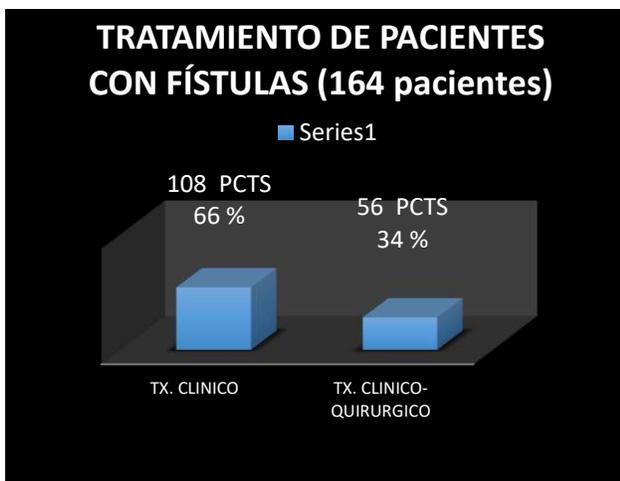
**Fuente:** Carpetas Dpto. de cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón

**Autor:** Elaboración propia

De 164 pacientes con fístula entero-cutánea, 108 recibieron tratamiento clínico y 56 recibieron tratamiento clínico – quirúrgico.

**Ilustración 1** Porcentual de tratamiento recibidos 164 pacientes.

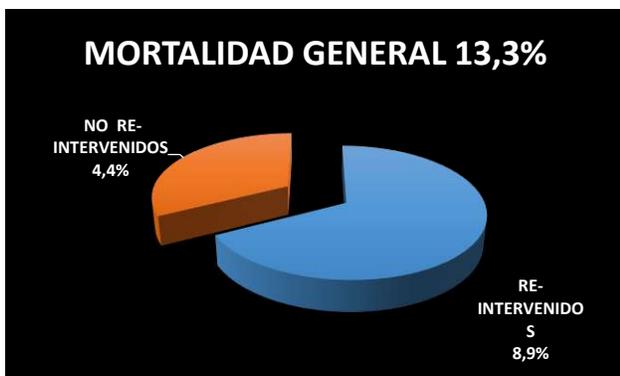




**Autor:** Elaboración propia

La mortalidad general fue de 13,3%, fueron reintervenidos el 8,7% de los pacientes y no fueron reintervenidos el 4,3%.

**Ilustración 2** Porcentual de mortalidad reintervenidos y no reintervenidos.



**Autor:** Elaboración propia

Los factores de comorbilidad (62% de los pacientes en este estudio presentaron más de 3 factores) influyó en la evolución de los pacientes que fueron intervenidos, aunque la aparición de fistula también se observó en paciente sin ellos.

**Figura 1** Paciente con fistula y factores de comorbilidad: desnutrido, disproteinémico, inmunodeprimido y patología abdominal aguda.



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

**Autor:** Elaboración propia

Dentro de las complicaciones menos frecuentes que observamos fueron las fistulas entero-atmosférica, las cuales fueron tratadas con succión continua (presión negativa) para mantener seca el área alrededor y permitir la cicatrización de los tejidos periféricos.

**Figura 2** Fistulas entero-atmosférica (flechas), destrucción de tejidos y quemadura local.



**Fuente:** Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

**Autor:** Elaboración propia



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

## CONCLUSIÓN

Las estadísticas internacionales no dicen que el 75 – 85% de las fistulas son producidas por error técnico durante una cirugía, además se acepta que los pacientes que tienen mayor posibilidad de fistulizarse son pacientes con procesos urgente, agudo, o sometidos a reanimación. Dentro de las técnicas en su mayoría son por suturas o anastomosis deficientes o por obstrucción distal al sitio de la sutura o anastomosis.

La edad del paciente, el estado nutricional, los estados de comorbilidad (cánceres, diabetes, inmunodeprimido), los procesos sépticos o inflamatorios que posee actualmente el paciente, son factores gravitantes (riesgos) en la aparición de fistulas. En nuestro estudio un 62% presentaron más de 3 factores. Además, el factor humano como la capacidad para resolver los problemas encontrados en la cirugía, el cansancio físico y mental (síndrome de Burnout) son también factores que influyen en las complicaciones postquirúrgicas.

En nuestro trabajo hemos encontrado que todos estos enunciados fueron valederos en el desencadenamiento de una fistula. Tenemos un porcentaje de complicación bajo, (2,4% de fistulas) pero dentro de los parámetros internacionales establecidos; de igual manera con la mortalidad que apenas alcanzó un 13,3 % pero en forma significativa en los pacientes que fueron reintervenidos es decir 8,9%.

Hay que tomar en cuenta que el 62% de los pacientes presentaron más de 3 factores de complicación quirúrgica y como también que el 41% fueron intervenidos en horas de madrugada. La casi paridad en complicación

entre la cirugía de emergencia y las programadas, se debería a que mientras en la emergencia se intervenían pacientes jóvenes con patologías agudas en la programadas se intervenían pacientes añosos con problemas crónicos.

El drenaje y control del proceso séptico, una adecuada hidratación y nutrición, control de las complicaciones locales de las fistulas (quemaduras y maceración de tejidos circundante a la fistula) y un prudente tiempo de espera para que la fistula cierre espontáneamente una vez que los procesos anteriores estén controlados es la base fundamental para que el paciente no se reintervenga. Si todos estos factores mencionados no han sido controlados adecuadamente se impone el tratamiento quirúrgico.

**Conflicto de interés:** Autores no refieren tener ningún conflicto de interés referente al artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Morelos Adolfo García Sánchez. fistula. una complicación catastrófica y desafiante. revisión bibliográfica. Revista Ocronos. Vol. VI. Nº 5– Mayo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº5: 170. <https://doi.org/10.58842/WJBM3798>
- 2.- WAINSTEIN. Fístulas enterocutáneas. Enciclopedia Cirugía Digestiva. F. Galindo y colab. www.sacd.org.ar 2014, Tomo III-255 pág. 1-29.
- 3.- Manuel Antonio Núñez Marinovich. Factores de riesgo asociados a fístulas enterocutáneas



postquirúrgicas en el Hospital Dos de Mayo de enero del 2019 a diciembre del 2021. Lima - Perú 2023.

4.- Navarro-Chagoya MD. Características clínicas de pacientes con abdomen abierto en la UCI. Análisis retrospectivo. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2020; 58(2):108-113.

5.- Durán Muñoz-Cruzado VM, Tallón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López MJ, Pareja Ciuró F, et al. Actualización sobre el manejo de la fístula enterocutánea y fístula enteroatmosférica. Cir Andal. 2019;30(1):40-47.

6.- Katherine del Consuelo Camargo-Hernández, Enf., MSc. Cuidados de enfermería en pacientes con abdomen abierto y fístulas enterocutáneas. MedUNAB [Internet]. 2022;25(2):264-278. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4044>

7.- Ana María Caballero Arévalo- Abdomen Hostil: Complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. Rev. Cient Cienc Med 2018; 21 (1):107-112

8.- María Paula Villagómez Mayorga. Abordaje del Paciente con Abdomen Abierto. Revisión de la Literatura. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar Julio-agosto, 2023, Volumen 7, Número 4. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i2.604](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.604) p.2

9.- Edwin Oveimar Muñoz-Ruiz. Nueva técnica para control de contaminación de fístulas enteroatmosféricas en abdomen abierto Björck 4. Método de Capilaridad (MECA). Rev. Colomb Cir. 2022; 37:90-5 <https://doi.org/10.30944/20117582.939>

10.- María José Vera Sánchez. manejo multidisciplinario del abdomen catastrófico en el servicio de cirugía general, del hospital de especialidades eugenio espejo. Tesis QUITO, 2019



# ÉTICA EN LA PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

## **DRA. MÓNICA ALEXANDRA ALTAMIRANO GÓMEZ**

Jefe de Gestión de Trasplante, Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Guayaquil- Ecuador.

Correo: [monica.altamirano@iess.gob.ec](mailto:monica.altamirano@iess.gob.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6373-0022>

## **DR.FABIAN IGNACIO ZAMBRANO ANDRADE**

Médico Tratante de Cirugía General, Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Guayaquil- Ecuador.

Correo: [fabian.zambrano@ug.edu.ec](mailto:fabian.zambrano@ug.edu.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0000-3100>

## **DRA.MARÍA GABRIELA ACUÑA CHONG**

Médico Tratante de Neurología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Guayaquil- Ecuador.

Correo: [maria.acuna@iees.gob.ec](mailto:maria.acuna@iees.gob.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7630-1737>



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 34-39, ISSN 2661-6726

RECIBIDO: 16/07/2023  
APROBADO: 22/10/2023

## RESUMEN

Podemos definir como Ética a la parte de la filosofía constituida por un conjunto de normas que están presentes y dirigen el comportamiento humano. En el concepto de formación integral que deben recibir los profesionales durante la educación superior, la ética constituye la piedra angular en la que no deben faltar compromiso, claridad de los

conceptos éticos y un alto nivel de responsabilidad tanto personal como social.

Establecer los fundamentos éticos en la práctica de los profesionales de la salud con la finalidad de brindar una herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante los dilemas éticos, analizar la ética en el ámbito sanitario y conocer el papel de la ética en la formación de los profesionales de la salud.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Todo profesional debe saber que su dimensión de servicio debe ser siempre buscar la excelencia en el servicio y así decimos que quien estudia medicina o alguna profesión relacionada a la salud, es aquel que lo hace por vocación, siempre con un alto espíritu altruista, con altas competencias académicas y técnicas.

**Palabras claves:** Ética en la salud.

## SUMMARY

We can define as ethics to the part of the philosophy constituted by a set of norms that are present and direct human behavior. In the concept of integral training that professionals should receive during higher education, ethics constitutes the cornerstone in which no commitment, clarity of ethical concepts and a high level of personal and social responsibility should not miss.

Establish ethical foundations in the practice of health professionals in order to provide a support tool in decision -making before ethical dilemmas, analyze ethics in the health field and know the role of ethics in the training of Health professionals.

Every professional should know that their service dimension must always be to see academic and technical competences.

**Keywords:** ethics in health.

## INTRODUCCIÓN

Podemos definir como Ética a la parte de la filosofía constituida por un conjunto de normas que están presentes y dirigen el comportamiento humano.<sup>1</sup> La ética reflexiona a la luz de las normas y principios, acerca de las costumbres, debe responder en relación a cómo debemos vivir.

La ética permite reflexionar sobre la finalidad de la conducta humana ya que es un bien natural con la tendencia a desenvolverse en comunidad, debido a ello la ética no solo implica el enfoque personal, sino que trasciende a nivel grupal, en las organizaciones y en la sociedad en general.<sup>2</sup>

En la actualidad con el desarrollo técnico y científico, la globalización y las desigualdades existentes, los profesionales de todos los ámbitos se enfrentan a retos académicos y sociales tanto en lo relacionado a su desempeño profesional como en la vida personal. En el concepto de formación integral que deben recibir los profesionales durante la educación superior, la ética constituye la piedra angular en la que no deben faltar compromiso, claridad de los conceptos éticos y un alto nivel de responsabilidad tanto personal como social.<sup>3</sup>

Al referirnos a la ética en el sector de la salud, los profesionales deben fundamentar sus acciones tanto en la interacción directa con los pacientes, en la actividad docente y en la investigación científica, enfrentándolos constantemente a dilemas éticos, que muchas veces no pueden ser resueltos debido a la imprecisión de los límites existentes en éste ámbito<sup>4</sup>



Por lo que es necesario revisar los fundamentos teóricos para poder brindarle al profesional de la salud una herramienta de apoyo que le permita tomar decisiones correctas cuando se enfrente a conflictos éticos durante el ejercicio de su actividad laboral.

### Objetivo General

Establecer los fundamentos éticos en la práctica de los profesionales de la salud con la finalidad de brindar una herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante los dilemas éticos.

### Objetivos específicos

1. Analizar la ética en el ámbito sanitario
2. Conocer el papel de la ética en la formación de los profesionales de la salud.

### Metodología

Se realizará una búsqueda bibliográfica en Medline, Pub med, Doyma utilizando palabras clave ética, ética profesional, ética en salud, ética en profesionales en salud. Se seleccionará artículos según el tópico y se realizará el análisis de los mismos para poder construir la revisión.

## DISCUSIÓN

En el transcurso del tiempo se han concebido códigos y declaraciones que han sido cruciales para la bioética, como son el Código de Nuremberg (1947), la Declaración de la Asociación Médica Mundial (1964), el Informe de Belmont (1978), el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y dignidad del Ser Humano frente a la aplicación de la Biología y la Medicina (1997) y en ese mismo año la Declaración de la UNESCO acerca de los Derechos Humanos Universales (1997).

En el año 2005 la UNESCO emitió la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Todos estos documentos hacen referencia acerca de los principios éticos que deben regir en las investigaciones en seres humanos, el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia, en general orientan en la necesidad de definir y delimitar el deber ser en la bioética.<sup>5</sup>

Aristóteles en referencia a la dimensión ética sobre virtudes y la prudencia donde la persona tiene la capacidad de escoger y discernir entre los excesos y el deber ser en cada momento. Prudencia es la virtud en donde la ética aplicada es la más desarrollada, aunque el consentimiento teórico es insuficiente y la virtud es la empresa práctica siendo las virtudes específicas las que son fundamentales para el médico, las personas que poseen virtudes lo que sería un compromiso de los principios bioéticos los profesionales escuchan al paciente con respeto, amabilidad y lo hacen tomar parte en las decisiones haciendo valer sus decisiones y sus deberes y opiniones las cuales son valederas.<sup>8</sup>

Carlos Max mencionaba, hace más de un siglo, que por la falta de amor hacia el prójimo, los profesionales perdían su vocación. Esta pérdida de la vocación se pone de manifiesto si a ello se suman el desarrollo técnico, científico, económico de la humanidad, la complejidad de los procesos administrativos, la burocracia, el afán de lucro y el no otorgar un lugar privilegiado a la formación ética y la práctica de los valores.

Así el Informe de Belmont es un documento



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

de la bioética añadiendo la no maleficencia y beneficencia en conjunto con los valores modernos de la autonomía y la justicia los cuales obliga a que sea el punto de vista del paciente en donde recabar el consentimiento donde el respeto a la autonomía es un cambio de paradigma radical en la relación clínica. La justicia a quienes la investigación biomédica y, en donde el sistema de salud público garantiza la protección.

Todo profesional debe saber que su dimensión de servicio debe ser siempre buscar la excelencia en el servicio y así decimos que quien estudia medicina o alguna profesión relacionada a la salud, es aquel que lo hace por vocación, siempre con un alto espíritu altruista, con altas competencias académicas y técnicas. No puede quedar de lado códigos éticos en este contexto, como el juramento Hipocrático donde los principios de maleficencia y beneficencia son los pilares de la buena práctica profesional. En esta práctica profesional no siempre coexisten la práctica de los valores junto a la excelencia académica, porque en muchas ocasiones se da el primer lugar a los intereses propios sobre el interés en los demás.

En el ámbito sanitario donde el respetar las normas, los reglamentos y las decisiones donde el profesional mantiene sus creencias y valores. Donde la conciencia apela a lo moral describiendo normas que impone un ordenamiento jurídico lo que hace que se cumpla las razones de conciencia siendo una postura de resistencia sin promover oposición social ni política.<sup>6</sup>

Cabe recalcar que el cuidado y la promoción de la salud están en relación con los códigos profesionales donde desarrollan sus funciones cotidianas en el ámbito de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la correcta atención a los pacientes cuya salud se encuentra afectada. Siempre el ámbito hospitalario como la atención primaria y todos los profesionales de la salud quienes se encuentran dentro del equipo multidisciplinario de trabajo quienes juegan un papel más ocasional en la práctica clínica.

Cuidar de los profesionales es importante más aún en el ámbito asistencial por los problemas que se derivan de la práctica. Conviene recordar aquí que los derechos del paciente inspiran la confraternidad de quienes los cuidan.<sup>7</sup>

El mundo moderno donde el capitalismo donde la transformación de la sociedad donde los principios éticos médica donde las comisiones de ética médica se conoce, se analiza y se concluye sobre los principios de la ética y el carácter para la legislación laboral vigente.<sup>4</sup>

### **Ética en la formación de los profesionales de la salud**

En Latinoamérica un número importante de los docentes universitarios que imparten enseñanza en carreras de la salud, tienen un perfil relacionado a las ciencias, seguramente con un notable desempeño en el ejercicio de su profesión, pero con ausencia de formación en pedagogía y sin la visión de la integralidad con la que debe culminar su formación universitaria los profesionales de la salud.



La formación ética de los profesionales es el resultado de un proceso en el que intervienen como actores principales a los docentes que imparten las diferentes cátedras durante la formación superior, no es consecuencia del azar ni ha surgido espontáneamente. Es por ello que resulta indispensable enfocarse en la influencia que tienen los docentes universitarios en la formación integral de los estudiantes. Pero no se puede formar en ética sino se poseen las cualidades éticas necesarias.<sup>3</sup>

Existen comportamientos que son identificados como la antítesis del comportamiento ético en los profesionales como son el preponderar los intereses económicos personales antes que lo académico o profesional, no contemplar las normas que han establecido las organizaciones, el individualismo, falta de formación profesional en el campo en el que se desempeña, el no respetar a la naturaleza, la falta de trabajo en equipo, etc...Por otra parte existen valores que de practicarse en el ámbito profesional constituye las bases en las que debe desarrollarse la práctica profesional en cualquier ámbito como son el respeto, honestidad, lealtad, responsabilidad, solidaridad, entre otros.

Es por ello que, en las ciencias de la salud, hablar de ética médica es referirse a actitudes y comportamientos que deben ser inherentes a los profesionales que trabajan directamente con el cuidado de otras personas. Esta formación debe tener sus bases desde los primeros años de pregrado para que en el futuro de pueda cumplir a cabalidad el rol en la atención en salud.<sup>9</sup>

Los códigos éticos de los profesionales son el conjunto de principios y regulaciones, en los cuales se enmarca la práctica profesional, los mismos que son elaborados con las organizaciones profesionales y que deben cumplirse de manera voluntaria. Los códigos éticos profesiones facilitan la comunicación entre los miembros de una organización y de ellos con la sociedad, comprometiéndolos a una actividad laboral digna y moral, en la que se manifiesten los deberes y derechos.<sup>3</sup>

Debido a la necesidad moral de ejecutar acciones que vayan en función de mejorar la sociedad, Jeremy Bentham, concibió a la Deontología como la disciplina del Deber. Esta concepción constituye las recomendaciones para el mejor ejercicio de la profesión más allá de las concepciones religiosas o legales.<sup>7</sup>

La deontología se sitúa entre la ética personal y las normas legales. Su práctica asegura la calidad asistencial de aquellos profesionales que trabajan en salud.

En la asistencia sanitaria, es indispensable coordinar acciones con otros profesionales para conformar verdaderos equipos de trabajo que nos permitan no solo mejorar los resultados individuales en la atención médica, con una repercusión posterior en lo colectivo. La calidad asistencial técnica debe ir de la mano con una actuación de los miembros del equipo de salud basado en normas y principios éticos, donde se resalte el humanismo, como la distinción de los profesionales que trabajan en salud.



## CONCLUSIÓN

- Los reglamentos y decisiones de los profesionales donde la moral en conjunto con un ordenamiento jurídico va en relación con los códigos profesionales, en donde los problemas que se derivan de la práctica están encaminados en buscar servicios de excelencia, primando siempre los principios de no maleficencia y beneficencia deben de ser cumplidos para una buena práctica médica en conjunto con la excelencia profesional.
- Bajo ninguna circunstancia el interés particular puede primar sobre el general y al haber una mercantilización del conocimiento se contraponen a los principios éticos de deben poseer en su actuar los profesionales de la salud.
- Los profesionales de la salud como muestra de un comportamiento ético deben procurar mantener una formación académica de forma continua, sabiendo reconocer las limitaciones con las que se cuenta, de tal forma prevalecerá en el buen accionar con calidez, pero también con calidad.
- Siempre el conjunto de principios éticos deben ser parte de todos los miembros de la organización que permita conformar verdaderos equipos de salud, con carácter inspirador y efecto multiplicador sobre las acciones sobre todo de los profesionales en formación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Del Castillo Salazar D, Rodríguez Abrahantes TN. La ética de la investigación científica y su inclusión en las ciencias de la salud. 2018;12(2):15.
2. Toro J, Rodríguez M del P. Formación en Ética en las Organizaciones: Revisión de la Literatura. Inf tecnol. 2017;28(2):167-80.
3. Ramos Serpa G, López Falcón A. Formación ética del profesional y ética profesional del docente. Estud pedagóg. 2019;45(3):185-99.
4. Pico Pérez R de la C, Pérez Rodríguez M, López Afá L. LA ÉTICA EN EL SECTOR DE LA SALUD. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcu/btecsal/cts-2015/cts153e.pdf>
5. Royo-Bordonada MÁ, Román-Maestre B. Towards public health ethics. Public Health Rev. diciembre de 2015;36(1):3.
6. Gamboa-Antiñolo FM, Poyato-Galán JM. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Gaceta Sanitaria. julio de 2021;35(4):358-60.
7. LAS RELACIONES ENTRE PROFESIONALES EN LOS CÓDIGOS DE DEONTOLOGÍA DE DIVERSAS PROFESIONES DE LA SALUD. Cuadernos de Bioética [Internet]. 2018 [citado 24 de julio de 2022];(97). Disponible en: <https://doi.org/10.30444/CB.11>
8. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. Educación Médica. enero de 2015;16(1):3-8.
9. Gracia D. The mission of ethics teaching for the future. International Journal of Ethics Education. abril de 2016;1(1):7-13.

