

## Colelitiasis en Remanente vesicular: reporte de caso

*Cholelithiasis in gallbladder remnant: case report*

*Colelitíase em remanescente de vesícula biliar: relato de caso*

**Sebastián Alejandro Pástor Romero**

sebastian.pastor.md@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-9401-0389>

**Estefanía Nathalie Chimbo Solis**

nathyestefania95@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-1496-747X>

**Xiomara Mishell Araujo Holguín**

xiomish\_98@hotmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-6060-1970>

**José Enrique Bombón Chico**

jose53enrique@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-8911-4586>

**Priscila Aracely Potosí Díaz**

prizziecely@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-3365-760X>

**Paola Estefania Vásconez Sanchez**

savpao72@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0003-3534-3161>

**Hospital General Riobamba, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social  
Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador**

Artículo recibido el 20 de agosto 2022 | Aceptado el 29 agosto 2022 | Publicado el 30 de agosto 2022

### RESUMEN

Los cálculos biliares se encuentran dentro de los motivos de consulta más frecuentes a nivel mundial, la entidad quirúrgica emergente es la colecistitis en el 90-95 % de los casos, la colecistectomía laparoscópica es la opción ideal de tratamiento, la persistencia de sintomatología postoperatoria, inclusive en el transcurrir de los años es frecuente, en este contexto, es preciso mencionar al síndrome post-colecistectomía que es poco reportado en la localidad. Se presenta el caso de paciente masculino de 71 años de edad con antecedente de colecistectomía abierta hace 13 años, que consulta por meteorismo abdominal, dispepsia, leve dolor en hipocondrio derecho. En los exámenes complementarios de imagen, por ecografía de abdomen, se evidencia colelitiasis en muñón vesicular remanente, diagnóstico certificado por resonancia magnética, indicada previamente por facultativo para control de sus comorbilidades, en el cual se da el hallazgo incidental de litiasis vesicular. Se realiza manejo quirúrgico, colecistectomía laparoscópica, sin ninguna complicación. El paciente mostró adecuada evolución postquirúrgica, siendo dado de alta con analgesia y antibiototerapia.

**Palabras clave:** Síndrome postcolecistectomía; Colelitiasis; Laparoscopia

### ABSTRACT

Gallstones are among the most frequent reasons for consultation worldwide, the emerging surgical entity is cholecystitis in 90-95% of cases, laparoscopic cholecystectomy is the ideal treatment option, the persistence of postoperative symptoms, even in the passing of the years it is frequent, in this context, it is necessary to mention the post-cholecystectomy syndrome that is little reported in the locality. We present the case of a 71-year-old male patient with a history of open cholecystectomy 13 years ago, who consulted for abdominal bloating, dyspepsia, and mild pain in the right hypochondrium. In the complementary imaging tests, by abdominal ultrasound, cholelithiasis is evidenced in the remaining gallbladder stump, a diagnosis certified by magnetic resonance, previously indicated by the physician to control his comorbidities, in which the incidental finding of gallbladder lithiasis occurs. Surgical management is performed, laparoscopic cholecystectomy, without any complications. The patient showed adequate postoperative evolution, being discharged with analgesia and antibiotic therapy.

**Key words:** Postcholecystectomy Syndrome; Cholelithiasis, Laparoscopy

## RESUMO

Os cálculos biliares estão entre os motivos de consulta mais frequentes em todo o mundo, a entidade cirúrgica emergente é a colecistite em 90-95% dos casos, a colecistectomia laparoscópica é a opção de tratamento ideal, a persistência dos sintomas pós-operatórios, mesmo com o passar dos anos é frequente, nesse contexto, é necessário citar a síndrome pós-colecistectomia que é pouco relatada na localidade. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino de 71 anos com história de colecistectomia aberta há 13 anos, que consultou por dispepsia, dispepsia e dor leve no hipocôndrio direito. Nos exames complementares de imagem, por ultrassonografia abdominal, evidencia-se colelitíase no coto vesicular remanescente, diagnóstico certificado por ressonância magnética, previamente indicado pelo médico para controle de suas comorbidades, em que ocorre o achado incidental de litíase vesicular. O manejo cirúrgico é realizado, colecistectomia laparoscópica, sem complicações. A paciente apresentou evolução pós-operatória adequada, recebendo alta com analgesia e antibioticoterapia.

**Palavras-chave:** Síndrome Pós-Colecistectomia, Colelitíase, Laparoscopia

## INTRODUCCIÓN

Los cálculos biliares se encuentran dentro de los motivos de consulta más frecuentes a nivel mundial, la entidad quirúrgica emergente es la colecistitis aguda en el 90-95 % de los casos (1).

El tratamiento definitivo de la colecistitis sintomática es quirúrgico, la colecistectomía laparoscópica temprana es la opción ideal, menor a la mortalidad y se asocia a menor riesgo de complicaciones (1-3).

El síndrome post-colecistectomía, clínicamente se presenta con dispepsia y dolor en el cuadrante superior derecho, es frecuente en pacientes colecistectomizados y puede manifestarse por tiempos variables, los síntomas pueden aparecer en un período entre 2 días a 25 años posteriores al procedimiento

quirúrgico, de ahí que resulte importante una anamnesis adecuada, y un diagnóstico diferencial oportuno para descartar otros síndromes y entidades que pudieran ajustarse a la situación clínica del paciente, aspecto fundamental para el manejo individualizado del enfermo (3,4).

Las causas del síndrome post-colecistectomía incluyen estenosis, disfunción del Oddi, colecistectomía subtotal y cálculos remanentes del muñón del conducto cístico, no obstante, en pacientes con antecedentes de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica CPRE con extracción de cálculo del conducto biliar común y gastrectomías se ha visto recurrencia de cálculos biliares (5-7).

La finalidad de la presente publicación es reportar el caso de un paciente con colelitiasis del remanente vesicular, al ser una entidad poco frecuente requiere un abordaje integral principalmente como un diagnóstico diferencial a considerarse sobre todo en pacientes con dolor abdominal en hipocondrio derecho, aerofagia, flatulencia, distensión abdominal postprandial, que permita una actuación médico – quirúrgica oportuna, además de presentar a la laparoscopia como una técnica segura incluso después de la colecistectomía convencional.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

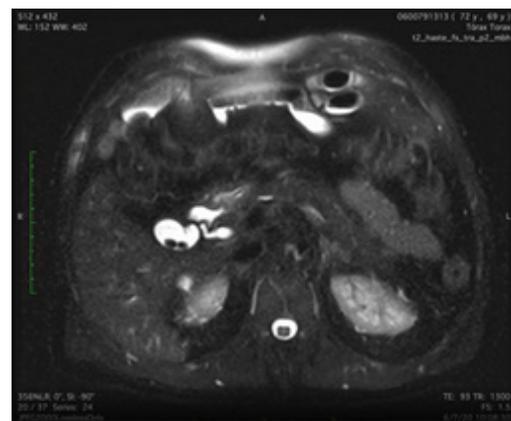
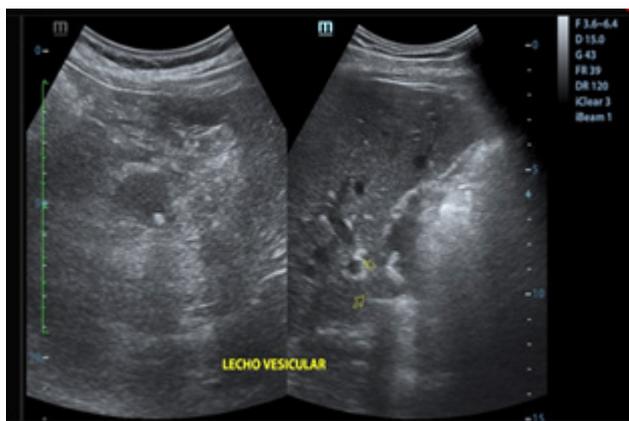
Paciente masculino de 71 años de edad, mestizo, casado, católico, reside en la ciudad de Riobamba en Ecuador con instrucción superior, jubilado, con grupo sanguíneo ORH

+. El mismo declaró no consumir alcohol o tabaco.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial en tratamiento con losartán de 50 mg QD, clortalidona 50 mg los lunes, miércoles y viernes, además de insuficiencia venosa crónica. Alergia al yodo.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía convencional hace 13 años, herniorrafía por hernia inguinal izquierda, hidrocele testicular izquierdo, resección transuretral de la próstata (RTU) por adenocarcinoma de próstata, fractura de tibia y peroné derecho.

Acude al servicio de emergencia de la casa de salud en cuestión por presentar meteorismo abdominal, dolor en hipocondrio derecho, además de dispepsia, en correspondencia al cuadro clínico, se solicita ecografía de abdomen que evidencia lecho vesicular con cálculos en su interior, adicional refiere haberse realizado resonancia magnética por control de sus patologías de base, en el mencionado estudio se da el hallazgo incidental de colelitiasis del remanente, de tal forma que se decide su ingreso para resolución quirúrgica, (Figura 1A y B).



**Figura 1A.** El lecho vesicular con presencia de imagen anecoica con múltiples cálculos en su interior, el de mayor tamaño mide 6.5 mm, hallazgos que ante el antecedente quirúrgico colecistectomía pudiera corresponder con dilatación del conducto cístico. B. Corte axial: Flecha blanca muestra la presencia de litiasis en remanente vesicular en resonancia magnética.

Al examen físico signos vitales dentro de parámetros normales, estado general; consciente, álgico, decaído. Abdomen cicatriz subcostal derecha tipo Kocher de 15 cm de longitud, suave depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy negativo, ruidos hidroaéreos presentes, timpánico a la percusión.

Se programa cirugía con diagnóstico de colelitiasis en muñón vesicular remanente, procedimiento sin complicaciones, se obtuvo la pieza anatómica y se envió para estudio histopatológico, por el evidente riesgo de infección y la extensa disección adherencial, se coloca drenaje de Jackson Pratt. Al alta el paciente con adecuada evolución

postquirúrgica, se prescribe ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días, metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días, paracetamol 1 gramo vía oral cada

8 horas por 5 días, ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas por 3 días y enzimas digestivas 15 minutos antes de cada comida por 15 días.



**Figura 2.** Se aprecia cicatriz por colecistectomía abierta anterior, heridas de puertos laparoscópicos, además de drenaje de Jackson Pratt.

El estudio histopatológico reportó pared de vesícula biliar desprovista de revestimiento epitelial, en lámina propia, infiltrado linfoplasmocitario, capa muscular hipertrófica,

edema y congestión vascular, focal metaplasia pseudopilórica. Descripción compatible con colecistitis crónica y colelitiasis, cálculos de composición mixta (Figura 3).



**Figura 3.** “Remanente de vesícula biliar”, se evidencia pared de vesícula biliar de 4x3x0.5 cm, una de sus caras es cruenta grisácea, la otra presenta mucosa blanquecina aplanada, se distinguen dos cálculos facetados de composición mixta que miden entre 1 y 1.3 cm.

## DISCUSIÓN

La expresión clínica de la Colelitiasis en remanente vesicular es variada, representa un reto diagnóstico, sino se goza de experticia en entrevistar adecuadamente al paciente, con respecto a sus antecedentes, sean patológicos o quirúrgicos, estos últimos a detalle deben precisar los motivos que llevaron al acto quirúrgico, en este caso, a la colecistectomía, por ejemplo, litiasis sintomática complicada, manifestaciones como cólicos biliares, ictericia, disquinesia biliar y en este contexto resulta importante saber siempre que se pueda si la intervención fue electiva o de emergencia, y si fue por vía clásica o laparoscópica, en este caso, la principal manifestación clínica acontecida en el paciente fue el dolor abdominal recurrente en hipocondrio derecho, cuadro que se acompaña de meteorismo abdominal, dispepsia, sugerente de patología biliar, cabe mencionar el antecedente de colecistectomía abierta hace 13 años. Luego de realizar un prudente diagnóstico diferencial entre patologías adyacentes al árbol biliar, por ejemplo, enfermedad ulcerosa péptica, pancreatitis aguda, neoplasias de páncreas, vía biliar e hígado, otras patologías gastrointestinales como; isquemia intestinal, enfermedad diverticular del colon, dispepsia funcional, síndrome de colon irritable, o el mismo síndrome post- colecistectomía, se llegó al diagnóstico de Colelitiasis del Remanente Vesicular, caracterizado por la presencia de cálculos biliares residuales, los mismos que suelen pasar desapercibidos por

largo tiempo, de hecho su formación de novo tras la colecistectomía previa es infrecuente (8).

Actualmente, se considera que entre el 75% y 90% de los pacientes que han sido sometidos a colecistectomía por litiasis biliar comprobada, las molestias que les llevaron al acto quirúrgico desaparecen por completo o casi por completo posterior a la intervención quirúrgica, no obstante, se han reportado porcentajes de síntomas persistentes caracterizados por dispepsia y dolor en cuadrante superior derecho, cifras que varían entre el 5% al 40%, como lo reporta el presente caso, sin embargo, varias series no refieren la presencia de complicaciones posteriores, otras describen complicaciones generales de la colecistectomía, y, finalmente, algunas hacen referencia específica al síndrome post-colecistectomía por la presencia de cálculos residuales, es preciso mencionar que el síndrome post-colecistectomía tiende a la cronicidad, su etiología es multifactorial, puede deberse a causas biliares sean estas funcionales u orgánicas, esta última es infrecuente y se asocia con el síndrome del muñón cístico, su incidencia no supera el 2,5% de los casos (9).

En un estudio, de 172 pacientes colecistectomizados, en edades comprendidas entre los 18 y 65 años, el 60% presentaron sintomatología biliar típica antes de operarse, misma que mejoró e inclusive remitió tras 6 meses de la resolución quirúrgica, no obstante, quienes presentaron sintomatología dispéptica antes de la cirugía, en más del

60% de casos refirió persistencia de sus manifestaciones clínicas posteriores a los 6 meses de cirugía, dato importante a considerar es que la hipertensión arterial y el uso de psicofármacos son factores asociados a este grupo de pacientes con sintomatología no específica, de ahí que resulta importante indagar sobre los antecedentes del paciente, con relación al caso el síntoma más importante fue el dolor en hipocondrio derecho, no obstante, su sintomatología acompañante fue la dispepsia, manifestación clínica en la cual no se profundizó si la tuvo o no el paciente hace 13 años previo a su colecistectomía, y que de acuerdo a lo que menciona la literatura puede convertirse en una situación clínica trascendental en lo que respecta a la colelitiasis en remanente vesicular (10).

En un estudio observacional transversal se analizaron las historias clínicas de 220 pacientes quienes fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica, para ello se establecieron los cinco síntomas más frecuentes descritos en la literatura: dolor abdominal en cuadrantes superiores, náusea, vómito, diarrea y distensión abdominal, todos ellos en el prequirúrgico, vs los que posiblemente se presenten al año, de tal forma que el síntoma preoperatorio más frecuente fue el dolor en cuadrante superior (82%, n = 128), seguido de náusea (48.7%, n = 76), vómito (33.3%, n = 52), distensión abdominal (13.5%, n = 21) y el menos frecuente fue la diarrea (1.9%, n = 3). En el mismo estudio se estableció cuál fue la sintomatología más frecuente al año de la cirugía, ocupando el primer lugar la distensión abdominal (21.8%,

n = 34), seguido de dolor moderado (7%, n = 11) y leve (6.4%, n = 10), lo que concuerda con el presente caso, en el cual la sintomatología que llevó al paciente a buscar atención del facultativo fue el meteorismo abdominal y el dolor en hipocondrio derecho de leve a moderada intensidad (11,12).

Por tanto, para ajustar un acertado diagnóstico de este síndrome poco reportado, es necesario realizar una adecuada anamnesis, basada en los antecedentes patológicos del paciente, sus antecedentes quirúrgicos, será determinante descartar causas extrabiliares, se deberá realizar una analítica completa, y estudios de imagen como la ecografía abdominal, este estudio manifiesta imágenes nodulares o lineales hiperecogénicas con sombra acústica posterior correspondientes con litiasis, la TAC evidencia lesiones heterogéneas de predominio hipodenso, con calcificaciones en su interior y realce periférico posterior a la administración de material de contraste, o inclusive se pueden dar hallazgos incidentales en estudios de mayor rango como lo es la resonancia magnética, tal cual se reporta en este caso (13,14).

En cuanto respecta al manejo de esta patología, resulta importante mencionar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía, de forma conjunta con la resección definitiva del remanente vesicular, algunas literaturas sugieren la colecistectomía abierta al argumentar que la vía laparoscópica puede representar un riesgo por los cambios fibróticos dados en el tejido vesicular, sin embargo,

la resolución de este caso fue mediante laparoscopia obteniendo mejores resultados, menor agresividad quirúrgica, reducción de la estancia hospitalaria, no obstante, son bien referidas otras opciones que incluyen tratamiento quirúrgico y endoscópico, como la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) (15,16).

La colelitiasis en remanente vesicular es una entidad poco frecuente, y no reportada en la localidad, lo que ha dado lugar a la presentación de este caso clínico y a la vez profundizar en aspectos importantes de la relación médico paciente, una adecuada anamnesis, en especial establecer claramente los antecedentes quirúrgicos, como en este caso, ha permitido indicar un diagnóstico y con ello garantizar un abordaje adecuado del paciente, claramente se establece también que la laparoscopia se sitúa como una opción terapéutica segura a pesar del manejo previo con cirugía abierta, facilitando una resolución local del problema en salud del paciente, sin necesidad de transferencia a unidades médicas de mayor complejidad.

### Agradecimientos

Al Hospital General Riobamba IESS, al servicio de Cirugía General, médicos residentes de tan prestigioso servicio, y en especial al paciente quien permitió que, por medio del reporte de su caso, se aborde científicamente el buen manejo de esta patología, su apoyo fue determinante en la realización del presente artículo científico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallaher JR, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. JAMA [Internet]. 2022 [citado 26 Jul 2022];327(10):965-975. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35258527/>
2. Popescu RC, Leopa N, Dumitru A, Dan C, Dosa A, Bosneagu R, Iordache IE, Botea F. Residual Gallbladder and Cystic Duct Stump Stone after Cholecystectomy: Laparoscopic Management. Chirurgia (Bucur) [Internet]. 2021 [citado 26 Jul 2022];116(4):484-491. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34498567/>
3. Aldama KE, Alberti P, Sanabria R. Incidencia del síndrome postcolecistectomía en pacientes adultos. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [citado 26 Jul 2022];19(1):61-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032021000100061&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000100061&lng=es)
4. Espinosa AD, Espinosa A. Síndrome poscolecistectomía: problema frecuente, poco tratado. Rev cubana med [Internet]. 2014 [citado 28 Jul 2022]; 53(3): 337-347. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000300010&lng=es).
5. Sbeit W, Kadah A, Simaan M, Shahin A, Khoury T. Predictors of recurrent bile duct stone after clearance by endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A case-control study. Hepatobiliary Pancreat Dis Int [Internet]. 2022 [citado 28 Jul 2022];21(1):50-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33966994/>
6. Jiang C, Liu X, Li S, Wu G, Wang G, Wang M. Laparoscopic treatment of a recurrent biliary stone forming around a Hem-o-lok clip in a patient with previous gastrectomies: Case report. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2021 [citado 28 Jul 2022];100(38); Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559111/>

- 7.** Mertens MC, De Vries J, Scholtes VP, Jansen P, Roukema JA. Prospective 6 weeks follow-up post-cholecystectomy: the predictive value of pre-operative symptoms. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2009[citado 28 Jul 2022]; 13 (2): 304-311. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11605-008-0718-1>
- 8.** Ruiz-Campos L, Gisbert JP, Ysamat M, Arau B, Loras C, Esteve M et al. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption and response to colestyramine in patients with chronic watery diarrhoea and previous cholecystectomy. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2019 [citado 29 Jul 2022]; 49 (3): 242-250. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30585336/>
- 9.** Jaunoo S, Mohandas S, Almond LM. Postcholecystectomy syndrome. *Int J Surg* [Internet]. 2010 [citado 29 Jul 2022]; 8 (1):15-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919109001538?via%3Dihub>
- 10.** Mertens MC, Roukema JA, Scholtes VP, De Vries J. Risk assessment in cholelithiasis: is cholecystectomy always to be preferred? *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2010 [citado 03 Ago 2022]; 12(2):130-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909424/>
- 11.** Aldama LKE, Alberti MP, Sanabria TR. Incidencia del síndrome postcolecistectomía en pacientes adultos. *Acta Med* [Internet]. 2021 [citado 05 Ago 2022];19(1): 61-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98572>
- 12.** Manríquez E, Tejos R, Rojas A, Pimentel E, Vega T, Achurra P et al. Diarrea poscolecistectomía: ¿un problema frecuente? *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017[citado 07 Ago 2022];69 (5): 376-381. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v69n5/0379-3893-rchcir-69-05-0376.pdf>
- 13.** Ramón y Cajal CJ, Tobajas MP, Castejón RJ. Síndrome postcolecistectomía por cálculos biliares caídos. *Acta Med GA*[Internet].2021[citado 10 Ago 2022]; 19(4): 558-561. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102547>
- 14.** Pérez JM, Araújo AAB, Pérez C, Forero J, Grillo CPA, Riascos CEY et al. Hallazgos imagenológicos en cálculos abandonados en cavidad abdominal posterior a colecistectomía por laparoscopia: serie de 7 casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2007[citado 10 Ago 2022]; 32 (3): 274-282. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v32n3/0120-9957-rcg-32-03-00274.pdf>
- 15.** Judd S, Miller L, Antaki F. Symptomatic calculi in a remnant gallbladder: A rare cause of post-cholecystectomy syndrome and biliary pancreatitis. *Endoscopy* [Internet]. 2014 [citado 10 Ago 2022]; 46 (1): 67-68. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1359193>
- 16.** Zhang J, Lu Q, Ren YF, Dong J, Mu YP, Lv Y et al. Factors relevant to persistent upper abdominal pain after cholecystectomy. *HPB (Oxford)* [Internet]. 2017 [citado 10 Ago 2022]; 19 (7): 629-637. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28495436/>

**Conflicto de Intereses.** Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

**Financiamiento.** Los autores corrieron con los gastos derivados del presente trabajo y declaran que no recibieron financiamiento externo.

### ACERCA DE LOS AUTORES

**Sebastián Alejandro Pástor Romero.** Médico General, Universidad Nacional de Chimborazo. Especialista en Cirugía General, Universidad Central del Ecuador. Magister en Docencia Universitaria, Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. Docente temporal de la cátedra de Cirugía Práctica en la Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador.

**José Enrique Bombón Chico.** Médico General, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador. Maestrando en Seguridad y Salud Ocupacional con mención en Prevención de Riesgos Laborales. Universidad de los Hemisferios. Ecuador, Ecuador.

**Estefanía Nathalie Chimbo Solis.** Médico General, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.

**Priscila Aracely Potosí Díaz.** Médico General, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.

**Xiomara Mishell Araujo Holguín.** Médico Cirujano, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

**Paola Estefanía Váscenez Sanchez.** Médica General, Universidad Nacional del Chimborazo, Ecuador.