



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**CAMBIOS EPITELIALES ASOCIADOS A INFLAMACIÓN CRÓNICA
EN 500 ESPECÍMENES DE COLECISTECTOMÍA REALIZADAS EN
EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**QUE PRESENTA:
DRA. ALMA ROSA PORTILLO DÍAZ**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:
ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE RAFAEL PEÑAVERA HERNANDEZ**

**ASESOR DE TESIS:
DR. ALEJANDRO RODRIGUEZ SÁNCHEZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MEXICO, 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACION DE TESIS:

Dr. José Manuel Conde Mercado
Jefe de la División de Enseñanza
Hospital Juárez de México

Dr. José Rafael Peñavera Hernández
Profesor titular del Curso de Anatomía Patológica
Hospital Juárez de México

Número de registro de tesis: HJM 0236/16-R

Director de tesis

Dr. José Rafael Peñavera Hernández

Asesor de tesis

Dr. Alejandro Rodríguez Sánchez

Número de registro de tesis: HJM 0236/16-R

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios por la bendición que han significado estos tres años, por toda la gente con la que compartí espacio, tiempo y vida; en particular agradezco a mis padres y hermanos por ser mi apoyo incondicional y mi fortaleza en los días difíciles.

Un especial reconocimiento a todos mis profesores por su paciencia, su enseñanza, por su dedicación y su ejemplo, sin duda han marcado la pauta de lo que será mi vida profesional, gracias por todo.

Y finalmente quiero hacer un reconocimiento muy especial para el Dr. Rafael Peñavera Hernández por aceptar dirigir este proyecto de tesis y por su gran enseñanza, así como para el Dr. Alejandro Rodríguez Sánchez quien ha sido parte fundamental en este proyecto y una parte muy importante de mi vida en estos tres años.

ÍNDICE

Antecedentes	6
Justificación	14
Pregunta de investigación	14
Objetivos	15
Metodología	15
Diseño de la investigación	15
Criterios de inclusión y exclusión	15
Variables	15
Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	15
Recursos	16
Cédula para la recolección de la información	16
Consideraciones éticas	16
Aspecto de bioseguridad	16
Cronograma de actividades	17
Análisis de los resultados	18
Conclusiones	34
Bibliografía	36
Anexo A	38
Anexo B	39

1. ANTECEDENTES:

La vesícula biliar es un órgano piriforme hueco que se une al sistema biliar extrahepático a través del conducto cístico y descansa en una depresión ubicada en la superficie inferior del lóbulo derecho posterior del hígado. Mide hasta 10 cm de largo y 3 a 4 cm de ancho en adultos y su pared tiene aproximadamente 1 a 2 mm de espesor.

División anatómica:

- Fondo
- Cuerpo
- Cuello

FISIOLOGÍA:

La vesícula biliar almacena y concentra la bilis. En ella se absorben de forma selectiva sodio, cloro, agua y bicarbonato. Esta concentración de agua y electrolitos da lugar a una concentración diez veces mayor de sales biliares, pigmentos y colesterol que lo encontrado en la bilis intrahepática.

La secreción biliar alcanza una producción de 500 a 600 ml por día. La bilis es indispensable para la digestión y la absorción de grasas, es rica en ácidos biliares que emulsifican las partículas de grasa para hacerlas vulnerables a la acción de lipasa, además interviene en el transporte y absorción de los productos finales de su metabolismo.

Una cantidad importante de bilis se almacena en la vesícula biliar, esta tiene una capacidad de 30 a 60 ml, aunque puede llegar a almacenar hasta 450 ml de secreción, debido a que la pared de la vesícula absorbe agua y iones por transporte activo, de este modo la vesícula concentra el resto de los constituyentes de la bilis (sales biliares, lecitina, colesterol y bilirrubina).

En el proceso de la digestión, la vesícula biliar se contrae al mismo tiempo que se relaja el esfínter de Oddi, lo hace en respuesta a una comida rica en grasas por acción de la colecistoquinina, aunque también intervienen en el proceso la acetilcolina y el sistema nervioso entérico. (24)

HISTOLOGÍA:

A nivel histológico se identifica:

- Mucosa (comprende el epitelio de superficie y lámina propia)
- Muscular
- Serosa
- Carece de muscular de la mucosa y submucosa

Epitelio cilíndrico simple



Mucosa:

Los pliegues luminales tienen un núcleo de lámina propia y se encuentran revestidos por epitelio cilíndrico simple, son células de citoplasma eosinófilo, con pequeñas vacuolas apicales ocasionales, los núcleos se encuentran alineados a la basal, la cromatina es fina y la membrana nuclear es regular, lisa, con nucléolos pequeños o ausentes. La altura y anchura de los pliegues es variable y la ramificación es característica. La lámina propia es altamente celular y está compuesta por tejido conectivo con escasas células de músculo liso. (23)

Muscular y serosa:

Los fascículos entrelazados de músculo liso con tejido conjuntivo intermedio y vasos sanguíneos forman la muscular. Mientras que la serosa está compuesta por tejido conectivo fibroso grueso que contiene nervios, vasos sanguíneos y un rico plexo linfático. Este tejido conectivo está cubierto externamente por mesotelio peritoneal. (23)

LITIASIS:

Según la serie revisada, en países como Chile por ejemplo la litiasis vesicular está presente en alrededor del 40% de las mujeres adultas y un 20% en los hombres. En países anglosajones la frecuencia de coleditiasis es menor (8), comparado con países como Chile (5,9), Bolivia (10), México (11) y algunas áreas de Japón, pudiendo alcanzar cifras de hasta el 30% población adulta, siendo la colecistectomía el procedimiento quirúrgico más frecuente.

Los litos biliares están compuestos principalmente por cristales de colesterol monohidratado, y las sales ácidas de bilirrubina componen a los litos de pigmento. Los litos compuestos de colesterol y las variantes negras de los litos de pigmento son vistas en vesículas estériles mientras que los litos cafés son usualmente vistos en vesículas infectadas.

La sobresaturación biliar es el principal cambio histopatológico y tiene un origen hepático. La sobresaturación resulta de la secreción excesiva de colesterol o bilirrubina conjugada, rebasando la capacidad solubilizadora de la bilis. Como se sabe ahora para los cálculos del colesterol, un desequilibrio en las proteínas biliares pro y antinucleares, la hipersecreción de la mucina de la vesícula biliar y la

dismotilidad de la misma, posiblemente desde la "toxicidad" del colesterol al sarcolema, interactúan para promover la nucleación.

La cristalización da como resultado la suspensión de cristales de colesterol o sales de bilirrubinato en la mucina de la vesícula biliar y se conoce como "lodo biliar". Se cree hoy que esta etapa es esencial para la formación de litos de colesterol y de pigmento. Los cálculos biliares de pigmento marrón se forman principalmente en los conductos biliares, estos resultan de la infección del árbol biliar, más comúnmente debido a la obstrucción de la migración de cálculos de la vesícula biliar.

En los litos color negro, el bilirrubinato de calcio es polimerizado y degradado oxidativamente, pero en los cálculos marrón, el bilirrubinato de calcio está presente como sal no polimerizada, estos difieren también de los litos negros ya que contienen jabones de ácidos grasos de calcio, resultado de la hidrólisis de la fosfolipasa A1 bacteriana.

La colelitiasis produce diversos cambios histopatológicos en la mucosa de la vesícula biliar, entre esos cambios se puede mencionar:

- Inflamación aguda
- Hiperplasia glandular
- Inflamación granulomatosa
- Colesterosis
- Displasia y carcinoma (14, 22)

METAPLASIA:

A pesar de que la metaplasia es un hallazgo muy común en la mucosa vesicular crónicamente inflamada encontrada hasta en más del 50% de las vesículas biliares. (1) de acuerdo a las distintas series, los hallazgos sugieren que las metaplasias constituyen lesiones precursoras de displasia y que esta no se origina directamente de un fondo inflamatorio (3).

Dos tipos de metaplasia son las observadas con mayor frecuencia:

- Tipo pilórica o gástrica
- Tipo intestinal

La metaplasia de tipo pilórico según diversas series se encuentra hasta en 60-84% de los especímenes de colecistectomía, histológicamente se observa el epitelio biliar normal reemplazado por células columnares con citoplasma abundante apical, pálido, productoras de mucina con núcleo pequeño basal que recuerdan al epitelio foveolar gástrico. Son positivas para mucina ácida.

En la metaplasia intestinal el epitelio columnar biliar es sustituido por células caliciformes y células de Paneth semejantes a las del epitelio mucoso colónico.

RELACIÓN METAPLASIA-CARCINOMA:

Los carcinomas de vesícula biliar se asocian a la presencia de ambos tipos de metaplasia, especialmente la de tipo intestinal. Esta neoplasia es la quinta más frecuente del tracto gastrointestinal. La incidencia es extremadamente variable según las regiones geográficas y los grupos étnico-raciales, con un margen de incidencia anual que oscila entre los 2-13/100,000 habitantes. Las tasas más altas de incidencia se registran en Chile, Noreste de Europa, Israel e indios americanos. Las tasas más bajas se han observado en habitantes de raza negra y en países como España e India.

En México, la incidencia es desconocida; sin embargo, en un estudio realizado en el Hospital Regional de Especialidades 25, del IMSS de Monterrey Nuevo León, se reportó una incidencia de 0.54% en relación a las colecistectomías realizadas a lo largo de 10 años.

Esta neoplasia afecta de manera más importante a la población de sexo femenino, con una relación mujer/hombre de 5:1, siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre 50 y 70 años.

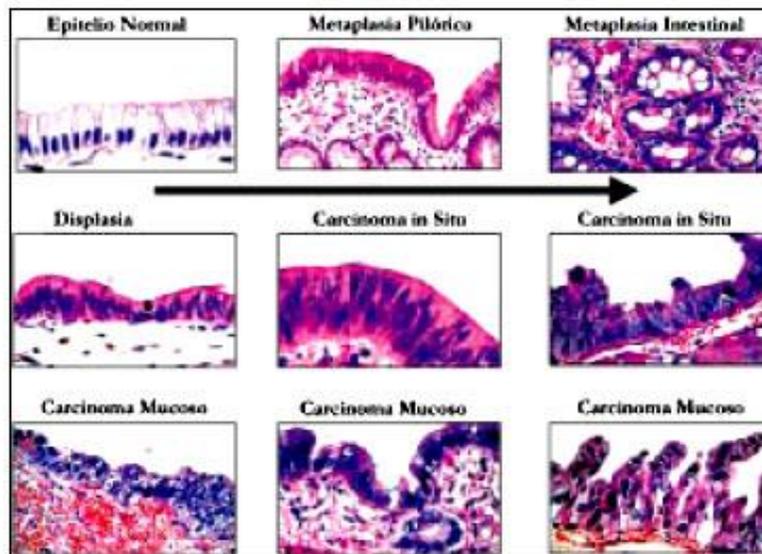
Los principales factores de riesgo incluyen:

- Sexo femenino
- Edad
- Colelitiasis

La litiasis se asocia entre un 45 y 100% de los casos. Los cambios patológicos relacionados con la formación de cálculos biliares siguen siendo foco de intensa investigación. La hipótesis más ampliamente aceptada es la estasis de la bilis causada por discinesia vesicular y puede ser el resultado de los cambios patológicos en la pared. Los cálculos biliares, lesionan principalmente el epitelio columnar de la mucosa causando cambios como metaplasia, displasia y neoplasia.

Otro elemento que sustenta este modelo de progresión, guarda relación con la edad de los pacientes en la cual estas lesiones son diagnosticadas. Se observa una correlación casi exacta entre el aumento de la edad y la intensidad de las lesiones, hasta es posible sugerir una estimación del tiempo requerido en esta transformación.

De acuerdo a estos hallazgos el período de transformación desde la colecistitis crónica hasta el carcinoma sería de 10,9 años para la mujer y 9,2 años para el hombre. (3)



OTROS HALLAZGOS RELACIONADOS CON LA METAPLASIA: ADENOMAS

Los adenomas son neoplasias benignas del epitelio glandular, típicamente polipoides, únicas y bien delimitadas, son más comunes en mujeres que en hombres con un amplio rango de edad. Son más comunes en la vesícula biliar que en los conductos de la vía biliar extra hepática y son encontrados en 0.3% a 0.5% de los productos de colecistectomía por colecistitis crónica. Una pequeña proporción de adenomas progresa a carcinoma, y de acuerdo a la nueva clasificación de la OMS, están consideradas como lesiones precursoras. (Ver apéndice A) Macroscópicamente los adenomas son pequeños, asintomáticos y generalmente son descubiertos de manera incidental durante la colecistectomía, ocasionalmente pueden ocurrir en asociación con el síndrome de Peutz-Jeghers o con el síndrome de Gardner.

De acuerdo con el patrón de crecimiento se dividen en tres tipos:

- Tubular
- Papilar
- Túbulo papilar

Citológicamente los adenomas tubulares con glándulas de tipo pilórico son tumores benignos compuestos por glándulas pequeñas muy compactas, algunas pueden tener dilatación quística, las células epiteliales son cubicas a columnares con núcleo vesicular o hipercromático y pequeño nucléolo con cantidad variable de mucina citoplasmática. Las lesiones pequeñas por lo general muestran displasia de bajo grado mientras que las lesiones más grandes pueden tener displasia de alto grado o focos de carcinoma invasor.

Los adenomas tubulares de tipo intestinal son lesiones benignas compuestas por glándulas tubulares revestidas por células con fenotipo intestinal que recuerdan al adenoma tubular de colon, en este caso consiste en glándulas revestidas por epitelio columnar, con núcleos hipercromáticos pseudoestratificados, frecuentemente con displasia de alto grado, células caliciformes y células de Paneth mezcladas con el epitelio columnar. Puede haber extensión dentro de los senos de Rokitansky-Aschoff, lo que no debe ser confundido con invasión estromal. (10)

Otro tipo de adenoma poco frecuente es el adenoma papilar biliar, esta lesión consiste en estructuras papilares revestidas por epitelio de fenotipo biliar, con presencia de un citoplasma con mayor cantidad de mucina respecto al epitelio biliar normal. No se identifican células de Paneth y los cambios displásicos son leves. No se ha reportado la asociación de estos adenomas con carcinoma in situ ni con carcinoma invasor.

La mayoría de las lesiones papilares están compuestas por epitelio columnar normal y son ejemplos de hiperplasia secundaria a la colecistitis crónica.

LESIONES PREMALIGNAS:

El término neoplasia intraepitelial ha sido propuesto como sinónimo de displasia en la más reciente clasificación de la OMS, sin embargo la mayoría de autores prefieren el término displasia en dos grados, alto y bajo grado. La definición y diagnóstico de displasia de bajo grado es altamente subjetiva. La displasia de bajo grado se encuentra en dos escenarios, en uno, la atipia epitelial focal está presente en el contexto de un epitelio por lo demás respetado, en estos casos es difícil determinar si estos cambios son parte de un proceso reparador por una lesión provocada por la fricción de los cálculos en el epitelio o realmente se trata de displasia de bajo grado.

El otro escenario en el que se encuentran los cambios de displasia de bajo grado es un proceso más difuso en el que los cambios displásicos son más convincentes y más fáciles de reconocer. En este escenario, el proceso es invariablemente acompañado de lesiones de alto grado. (4, 5, 6)

Clínicamente la displasia de alto grado así como el carcinoma in situ y el carcinoma invasor temprano son clínicamente silentes en la mayoría de los casos, en pacientes operados por colecistitis se descubrieron sólo después de la evaluación microscópica. La incidencia global de displasia varía mucho entre las diferentes poblaciones, pero es paralela a la incidencia de adenocarcinoma. (7,8, 9) En una población de América del Norte, colecistectomías rutina (para los cálculos biliares y la obesidad mórbida) contenían displasia de bajo grado en <5%, displasia de alto grado en <1% y el carcinoma franco en <0,2% de los casos. Estas cifras se aproximan a 15% en las regiones de alto riesgo, tales como México y Chile. (7) Los pacientes con displasia se detectan principalmente en la sexta década de la vida. Es de destacar que los casos de displasia sin carcinoma invasivo presente a una edad media de 57 años frente a 66 años para los pacientes con carcinoma invasivo. (7,8)

Microscópicamente la displasia de bajo grado es típicamente encontrada más como un proceso plano o mínimamente papilar con células columnares, superposición y pseudoestratificación nuclear, formando un patrón muy similar a los adenomas en el intestino grueso. Cuando se encuentra muy localizada (atipia epitelial focal) a menudo es difícil, si no imposible, distinguir éstos de cambios regenerativos. Estos parecen no tener ninguna significación clínica alguna.

La displasia de alto grado se caracteriza por un alto grado de atipia citoarquitectural que suele ser reconocible por el examen a bajo aumento. El epitelio normal de la vesícula biliar se sustituye por células atípicas que forman patrones variables, incluyendo el micropapilar, tubular y papilar. La mayoría de displasias de alto grado es biliar (células cúbicas, núcleos redondos, nucleolos prominentes). Otros casos tienen más células columnares con pseudoestratificación y superposición de núcleos alargados, densamente hipercromáticos con nucléolos visibles. Se puede encontrar metaplasia de tipo gástrico o mucinoso, con núcleos polarizados y abundante citoplasma mucinoso apical, y por lo tanto parece epitelio

maduro y pueden ser muy difíciles de reconocer como células displásicas. En esta variante, los núcleos en la base son a menudo poco desorganizado, ligeramente hipercromáticos e irregulares. (9)

Diagnóstico diferencial:

Displasia frente atipia reactiva: además de las características ya descritas que reflejan la desviación del epitelio normal, la verdadera displasia de la vesícula biliar se asocia típicamente con nucleomegalia, hipercromasia, una relación núcleo citoplasma elevada, cromofilia citoplasmática, y nucleólos prominentes, que en conjunto la hacen reconocible en el examen de bajo aumento. En la atipia epitelial focal, donde el diferencial es entre la displasia de bajo grado y atipia reparadora, los resultados de vuelta a las células de formación de grumos ovoides con hendiduras prominentes intercelulares, la apariencia atenuada, basofilia en general, y la maduración hacia la superficie están a favor de un proceso reactivo sobre la displasia. En este patrón de atipia regenerativa, tienen núcleos con cromatina pálida, fina, de distribución difusa y los nucleólos suelen ser pequeños o poco visibles. La displasia con patrones más complejos tales como micropapilar es más fácil de reconocer. Es de destacar que, la atipia reparadora en la vesícula biliar rara vez conduce a una complejidad arquitectural. Algunos puntos adicionales pueden ser útiles para distinguir entre estas dos entidades. Si atipia epitelial focal se encuentra en el contexto del epitelio sin complicaciones bien conservado, esto demuestra comúnmente para ser atipia regenerativa.

La displasia verdadera de alto grado muestra tendencia a extenderse rápidamente a involucrar a la mayor parte del epitelio conservado en el momento de la colecistectomía, excepto en la colecistitis hialinizante donde cualquier epitelio en el contexto de la densa fibrosis paucicelular (vesícula en porcelana) debe ser considerado sospechoso de carcinoma. Las figuras de mitosis, incluyendo las formas atípicas, pueden ser muy prominentes en las áreas de regeneración, y, de hecho, a menudo son bastante abundantes, y por lo tanto, no son útiles para el diagnóstico diferencial.

La displasia de alto grado en comparación con el carcinoma invasor temprano si se producen cambios displásicos en las zonas de la vesícula biliar con proliferaciones glandulares benignas complejas, entonces se hace difícil distinguir cambios in situ de los verdaderos principios de los carcinomas invasivos. Además contribuye a este reto el hecho de que la mucosa de la vesícula biliar es muy delgada y la túnica muscular actúa más como la muscular de la mucosa en lugar de la muscular propia. Por otra parte, la túnica muscular es altamente laxa, lo que permite numerosas invaginaciones de la mucosa que imparten una gran complejidad a la displasia de alto grado /carcinoma in situ, que por defecto son clasificadas como invasoras por los criterios empleados en Asia y América del Sur. Las características que favorecen el carcinoma invasivo incluyen la presencia de una diferenciación paradójica con citomorfología diferente de las glándulas displásicas superficie, dispersión y patrones irregulares más sólidos.

Afortunadamente, esta distinción no puede ser clínicamente muy importante, teniendo en cuenta que los datos de las regiones de alto riesgo han llegado a la conclusión de que los casos clasificados como carcinoma invasor temprano tienen muy buena supervivencia a largo plazo (10 años alrededor del 90%), incomparablemente mejor que los carcinomas avanzados. Por lo tanto, es mucho más importante excluir un carcinoma avanzado (a través de la capa muscular) que distinguir la displasia de alto grado de un carcinoma temprano. (9, 10, 11, 12, 13, 14) Los estudios de regiones de alto riesgo sobre la base de un examen total de las muestras al microscopio de vesícula biliar indican que el carcinoma invasor temprano de vesícula tiene un pronóstico muy bueno; Sin embargo, la participación de los senos de Rokitansky-Aschoff se ha encontrado que son un fuerte predictor de recurrencia. Los estudios sobre la displasia de alto grado / carcinoma in situ demuestran que la gran mayoría se curan mediante colecistectomía. Al mismo tiempo, estos estudios también ponen de relieve dos puntos importantes: (1) hay pocos casos que experimentan recurrencia temprana / metástasis; Sin embargo, estos son por lo general los casos que no están incluidos en la muestra en su totalidad para el examen microscópico, lo que indica que pueden haber perdido los carcinomas invasivos; (2) experimentar algunos casos de cáncer de las vías biliares varios años después de la colecistectomía original, algunos 8-10 años más tarde, lo que sugiere que la displasia de alto grado / carcinoma in situ en la vesícula biliar puede ser un marcador de riesgo en el tracto biliar, y por lo tanto está indicado un seguimiento a largo plazo. (14, 15) Entre los dos modelos actualmente válidos para explicar la transformación maligna del epitelio vesicular displasia-carcinoma y adenoma-carcinoma los hallazgos morfológicos y genético-moleculares, han demostrado que corresponden a dos eventos biológicos distintos e independientes. De acuerdo a nuestras observaciones, la secuencia displasia-carcinoma es la más verosímil desde el punto de vista morfológico. Por su parte, los adenomas son lesiones poco frecuentes en la vesícula biliar. (1, 16,17 ,18)

2. JUSTIFICACIÓN:

En el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México se reciben a diario al menos cinco productos de colecistectomía. Sin embargo en los informes diagnósticos solo se reportaba la presencia de displasia de bajo y alto grado sin consignar la presencia o ausencia de cambios epiteliales como atipia reactiva y metaplasia. Es necesaria la búsqueda cuidadosa de estas alteraciones, en vista de que está debidamente establecida su asociación con las neoplasias invasoras, no solamente de la vesícula biliar, sino de las vías biliares.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es la prevalencia de cambios metaplásicos y displásicos en los especímenes de colecistectomía recibidos en el servicio de Patología del Hospital Juárez de México?

4. OBJETIVOS:

Conocer la incidencia y los tipos de lesiones metaplásicas y displásicas en 500 especímenes de colecistectomía.

5. METODOLOGÍA:

Estudio observacional y de prevalencia

5.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Se revisaran 500 especímenes de colecistectomía, consecutivos, enviados con diagnóstico clínico de colecistitis y/o litiasis vesicular. Se revisaran en cortes desparafinados teñidos con hematoxilina-eosina.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Especímenes de colecistectomía que sean recibidos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar asociada o no a litiasis.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Especímenes de colecistectomía recibidos por patología neoplásica, o vesículas resecaadas como parte de diagnósticos clínicos diferentes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Sexo, edad.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Grado de inflamación y cambios epiteliales asociados: metaplasia (tipo) y displasia.

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se utilizaran especímenes fijados en formalina, a partir de los cuales se obtendrán cortes desparafinados y teñidos con hematoxilina y eosina. En los casos diagnosticados con metaplasia se realizaran tinciones adicionales de PAS y azul alciano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

CÉDULA PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN:

Para la recolección de datos se utilizará un formato que considera las variables ya descritas, independientes (sexo y edad) y dependientes (cambios epiteliales asociados: tipo de metaplasia o displasia), con lo cual al final del estudio y para su análisis se graficará el porcentaje de hombres y mujeres en el estudio, el rango de edad de los mismos y el tipo de cambio epitelial más frecuente en los 500 especímenes de colecistectomía analizados.

SEXO	EDAD	TIPO DE METAPLASIA	DISPLASIA	TINCIÓN ESPECIAL	OTROS HALLAZGOS

RECURSOS:

Los recursos materiales y humanos que se emplearan durante la investigación son los mismos con los que cuenta el servicio de anatomía patológica del Hospital Juárez de México.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La realización de esta investigación no implica riesgo alguno para los pacientes ni para el personal que participa en su realización.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:

Este trabajo de investigación será llevado a cabo en las instalaciones del servicio de anatomía patológica del hospital Juárez de México, las cuales cuentan con medidas y estándares de bioseguridad adecuados.

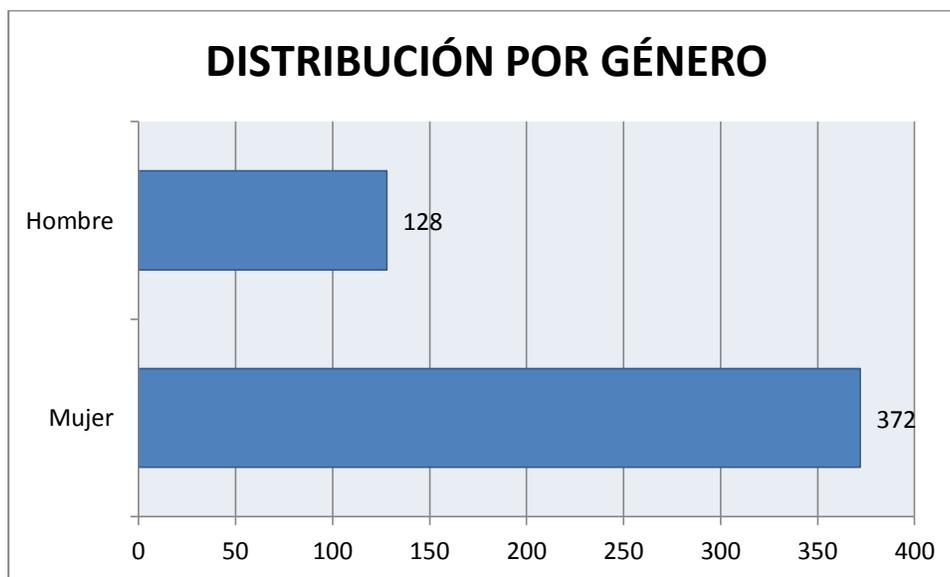
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA
Revisión de la bibliografía	Diciembre de 2015
Registro del protocolo	Julio 2016
Revisión de biopsias y registro de hallazgos	Julio 2016-Marzo 2017
Análisis de resultados	Abril-Junio 2017
Presentación del informe final	Julio 2017

ACTIVIDADES	DIC 2015	ENE-FEB 2016	MAR-ABR	MAY-JUN	JUL-AGO	SEP-OCT	NOV-DIC	ENE-FEB 2017	MAR-ABR	MAY-JUN	JUL
Revisión de la bibliografía											
Registro del protocolo											
Revisión de biopsias y registro de hallazgos											
Análisis de resultados											
Presentación del informe final											

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

En el presente estudio se revisaron 500 productos de colecistectomía realizadas en el Hospital Juárez de México en un periodo comprendido entre Julio de 2016 y Marzo de 2017. Para la mejor comprensión de los resultados, se analizan por separado las variables dependientes e independientes, entre ellas se encuentra sexo, edad, tipo de metaplasia y displasia ya que está bien documentada la mayor prevalencia de litiasis vesicular y los cambios asociados a inflamación crónica en mujeres.

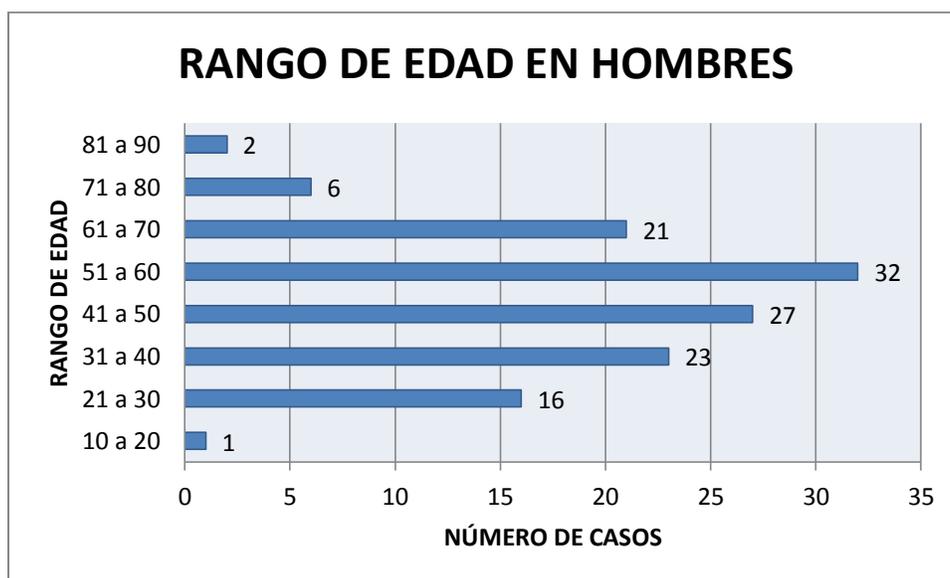


Gráfica 1: Distribución por género

Distribución por género (número de casos)

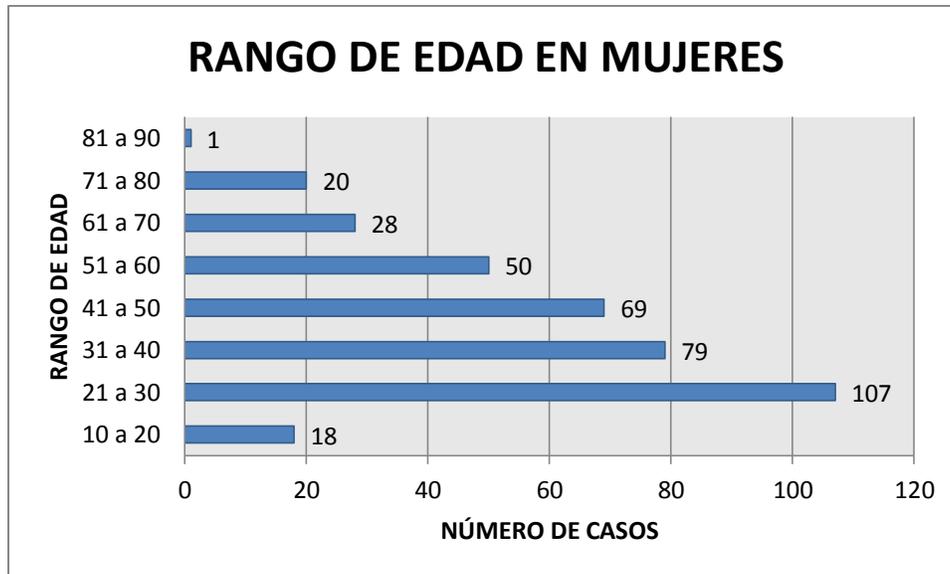
Mujer	372
Hombre	128

De acuerdo a las series revisadas (1, 2,19) la mayor prevalencia de enfermedad litiásica y los cambios asociados fue observada en mujeres, encontrándose una relación de hasta 5:1 (1) respecto a los hombres. Lo cual se encuentra en concordancia con el presente estudio ya que de los 500 especímenes de colecistectomía el 74% (372 casos) fue realizado en mujeres y el 26% (128 casos) en hombres.



Gráfica 2: Rango de edad en hombres

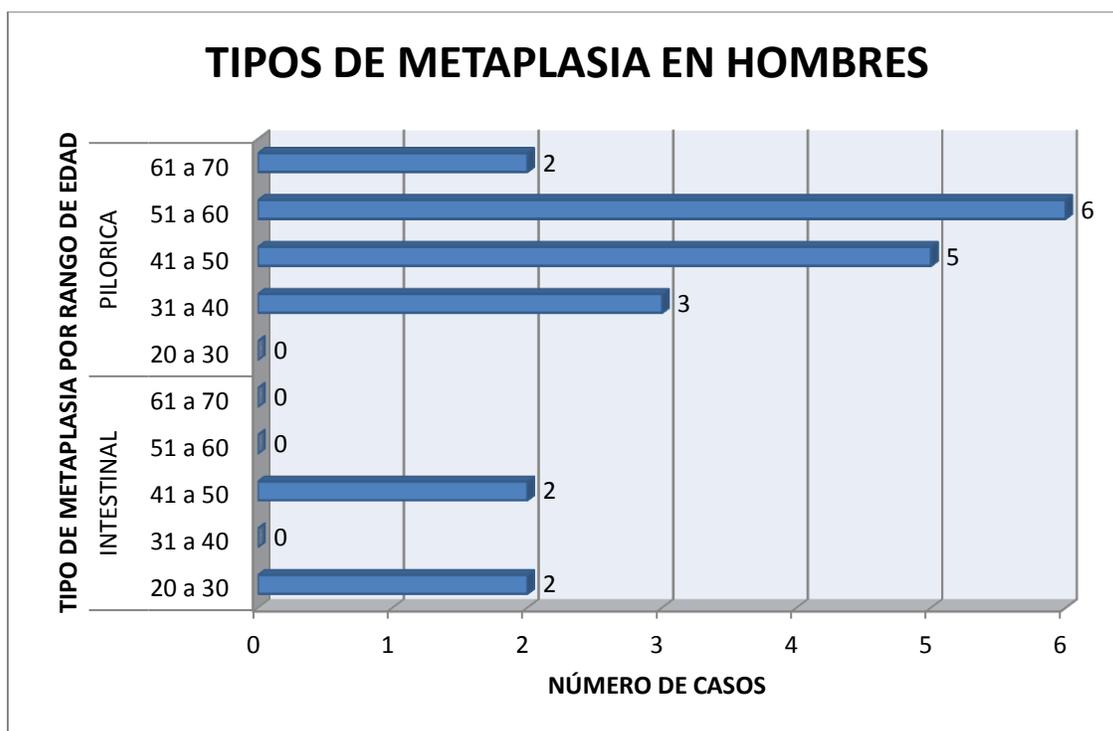
RANGOS DE EDAD EN HOMBRES	
RANGO	NÚMERO DE CASOS
10 a 20	1
21 a 30	16
31 a 40	23
41 a 50	27
51 a 60	32
61 a 70	21
71 a 80	6
81 a 90	2
TOTAL	128



Gráfica 3: Rangos de edad en mujeres

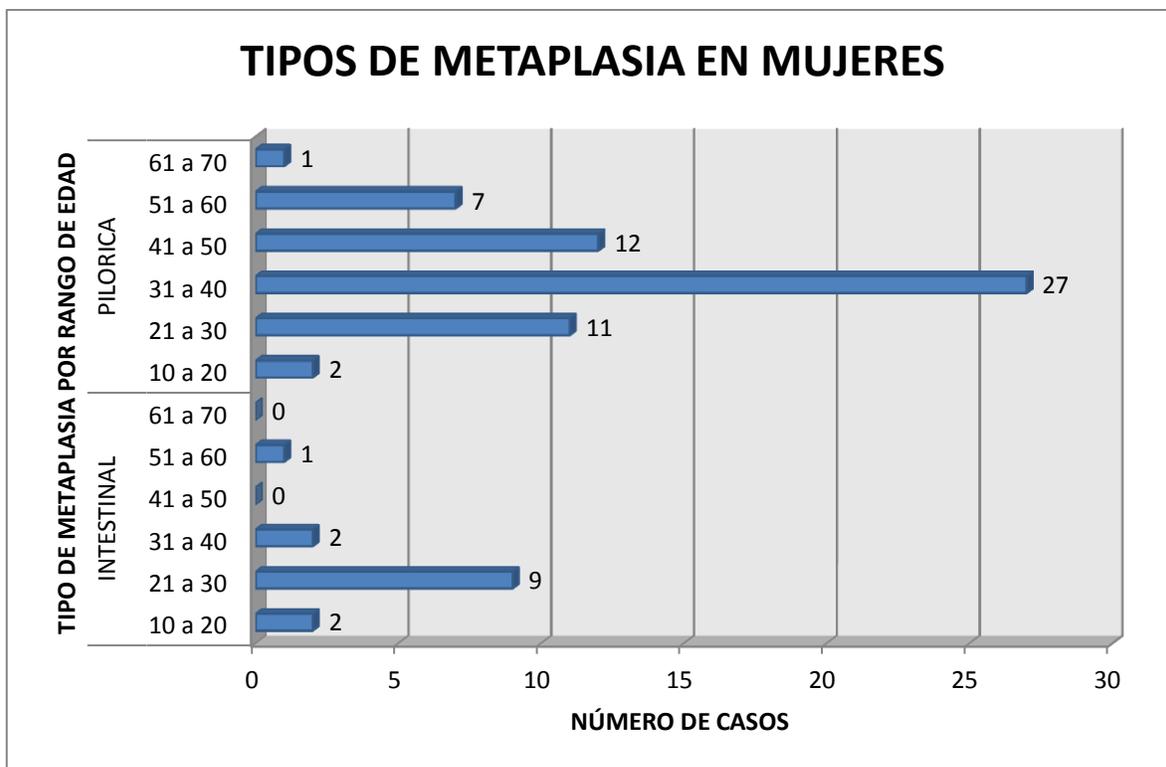
RANGO DE EDAD EN MUJERES	
RANGO	NÚMERO DE CASOS
10 a 20	18
21 a 30	107
31 a 40	79
41 a 50	69
51 a 60	50
61 a 70	28
71 a 80	20
81 a 90	1
TOTAL	372

En este estudio se observó que la mayor prevalencia de edad en hombres se encontró entre los 51 a 60 años y en mujeres fue en el rango de los 21 a los 30 años de edad, esto es un hecho notable respecto a las publicaciones internacionales ya que el promedio de edad en hombres con colecistitis reportado fue de 53.1 años y 44.7 años en mujeres y es aún mayor en los casos en los que se identificó displasia de alto grado y carcinoma, en una edad mayor a 67 años.
(2)



Gráfica 4: Tipos de metaplasia por edad en hombres

TIPO DE METAPLASIA EN HOMBRES	RANGO DE EDAD	TOTAL DE CASOS
INTESTINAL	20 a 30	2
	31 a 40	0
	41 a 50	2
	51 a 60	0
	61 a 70	0
PILÓRICA	20 a 30	0
	31 a 40	3
	41 a 50	5
	51 a 60	6
	61 a 70	2



Gráfica 5: Tipos de metaplasia por edad en mujeres

TIPO DE METAPLASIA EN MUJERES	RANGO DE EDAD	NÚMERO DE CASOS
INTESTINAL	10 a 20	2
	21 a 30	9
	31 a 40	2
	41 a 50	0
	51 a 60	1
	61 a 70	0
PILÓRICA	10 a 20	2
	21 a 30	11
	31 a 40	27
	41 a 50	12
	51 a 60	7
	61 a 70	1

RELACIÓN METAPLASIA-LITIASIS:

METAPLASIA INTESTINAL:	LITIASIS	
HOMBRES	4	2
MUJERES	14	8

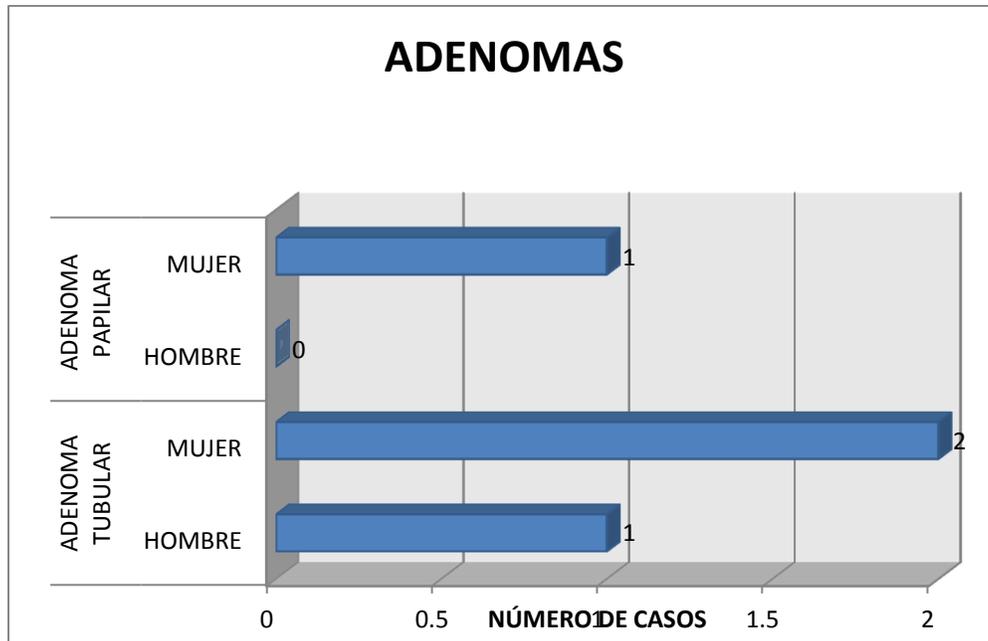
METAPLASIA PILÓRICA	LITIASIS	
HOMBRES	15	6
MUJERES	60	37

Se analizan por separado los tipos de metaplasia encontrados en hombres y mujeres por grupos de edad, siendo la de tipo pilórico la más frecuente en ambos sexos, en el caso de los hombres se encontró mayor prevalencia en el rango de 51 a 60 años, con 6 casos y la de tipo intestinal se encontró en los grupos de 20 a 30 años y de 41 a 50 años con dos casos por grupo de edad.

En cuanto a las mujeres se encontró la presencia de metaplasia pilórica en 27 especímenes en el rango de 31 a 40 años y la metaplasia de tipo intestinal fue también mayor en mujeres que en hombres encontrándose en 14 casos en el rango de edad de 21 a 30 años al menos focalmente.

Se describe además entre los hallazgos, la presencia de metaplasia en asociación con litiasis, en el caso de la metaplasia de tipo intestinal, de los 14 casos identificados en mujeres, en 8 se encontró la presencia de litiasis (57.1%), así mismo en 2 de 4 casos en hombres (50%) para este tipo de metaplasia.

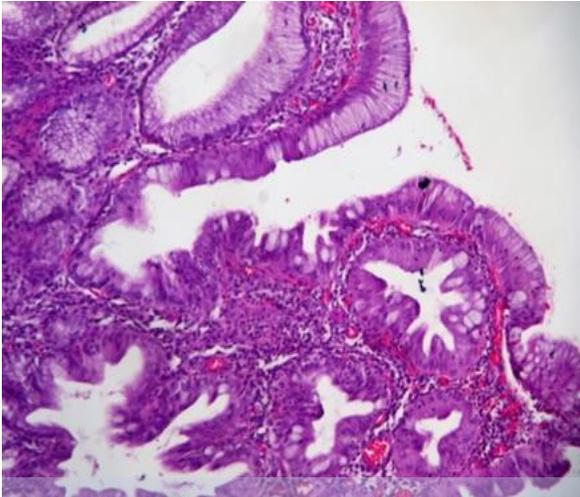
Respecto a la metaplasia pilórica, en mujeres se encontró asociación en 37 de 60 casos (61.6%) y en hombres se identificó litiasis en 6 de 15 casos (40%).



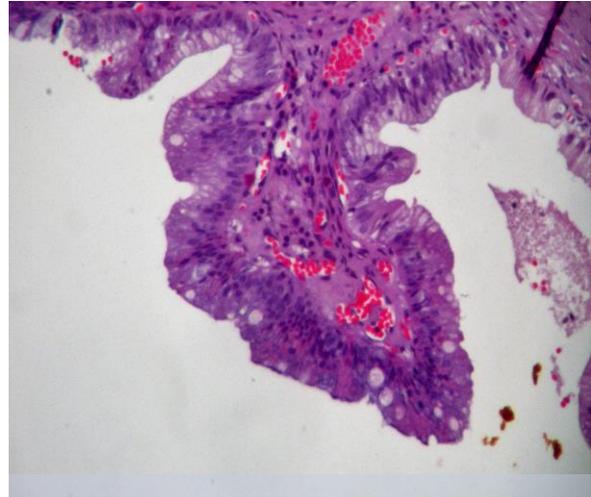
Gráfica 7: Otros hallazgos, distribución por género

De los 500 productos de colecistectomía revisados se encontraron 3 adenomas tubulares con glándulas de tipo pilórico, todos los casos corresponden a mujeres con una lesión promedio de 0.3cm, en el caso de un hombre de 30 años se encontró además adenomiosis y atipia reactiva focal, en el segundo caso de una mujer de 35 años solo se encontró asociación con adenomiosis y el tercer caso de una mujer de 52 años el hallazgo asociado fue de litiasis, sin otros cambios epiteliales significativos, además de no encontrarse displasia de alto grado en ninguno de los casos.

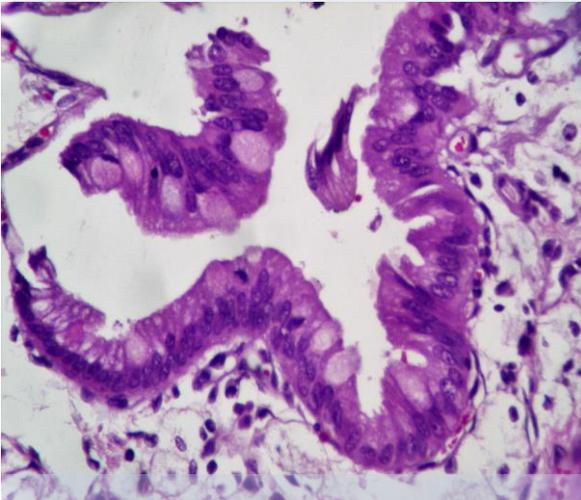
METAPLASIAS:



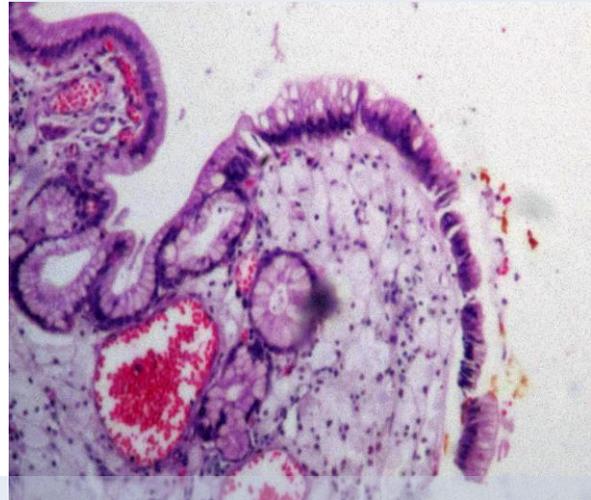
Metaplasia intestinal extensa 10x



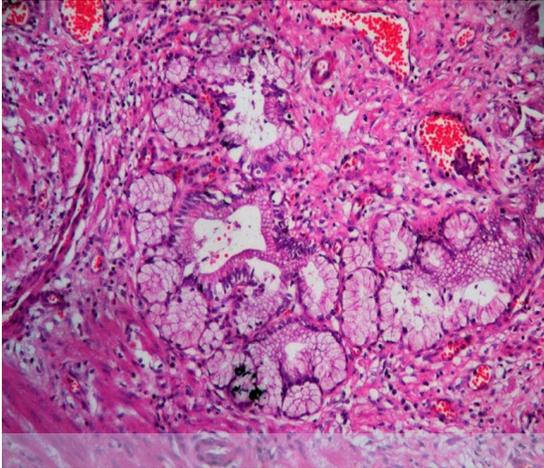
Metaplasia intestinal focal 10x



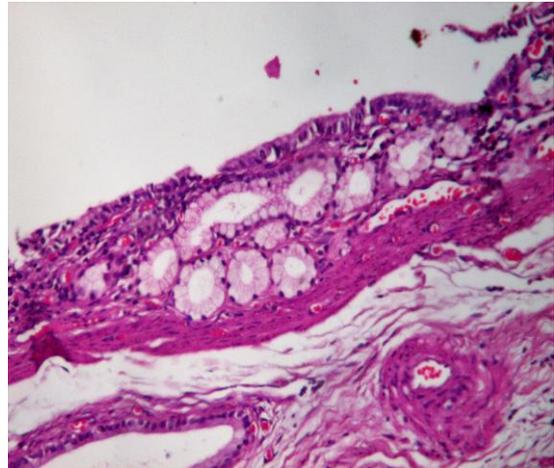
Metaplasia intestinal detalle 40x



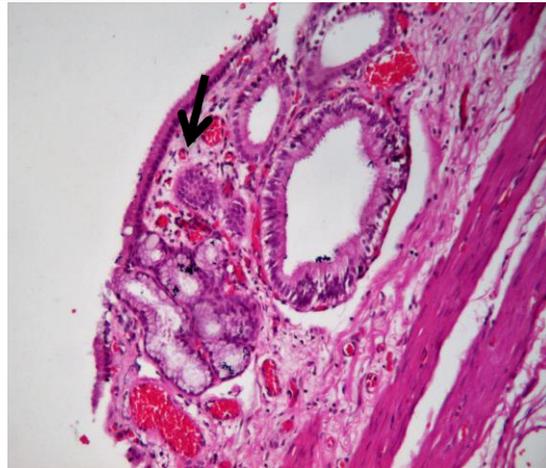
Metaplasia intestinal con colesterosis en lámina propia 10x



Metaplasia de tipo pilórico 10x

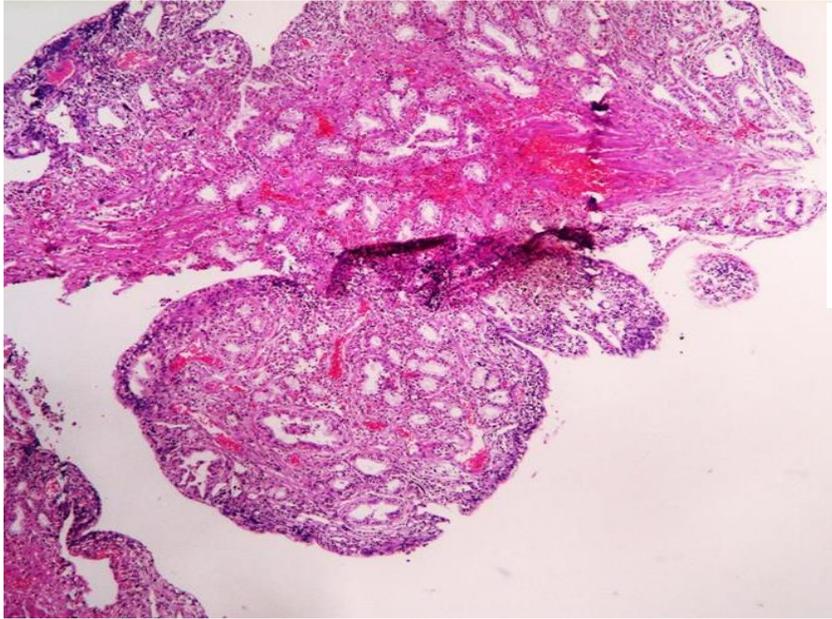


Metaplasia pilórica: glándulas morfológicamente semejantes al epitelio foveolar gástrico 10x



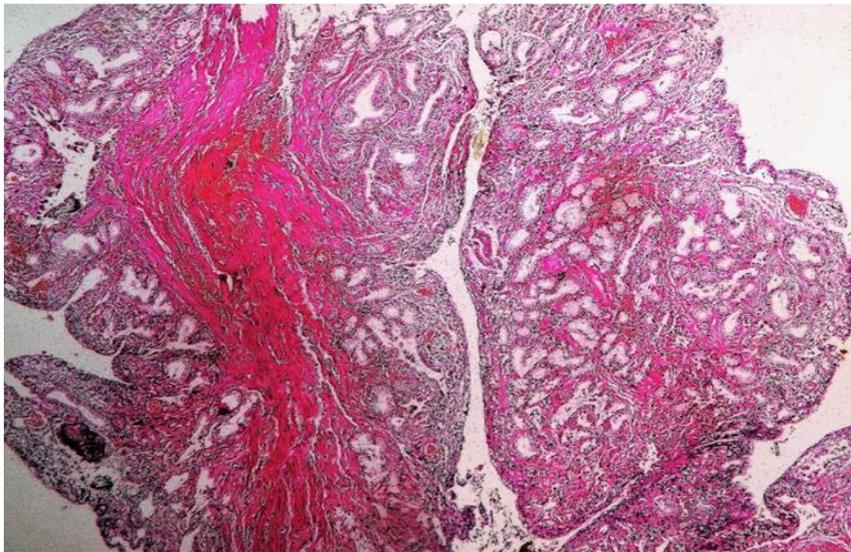
Metaplasia pilórica focal (flecha), al lado derecho, glándula con epitelio biliar normal (cilíndrico alto) 10x

ADENOMAS:

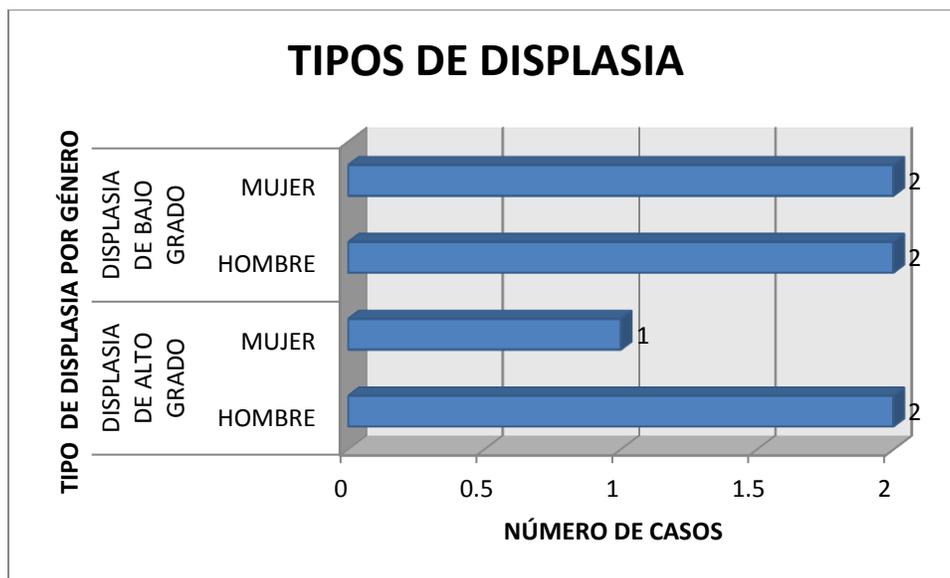


Vista panorámica de dos adenomas, actualmente considerados por la OMS como lesiones precursoras de adenocarcinoma.

Adenoma tubular 4x



Adenoma papilar biliar 4x



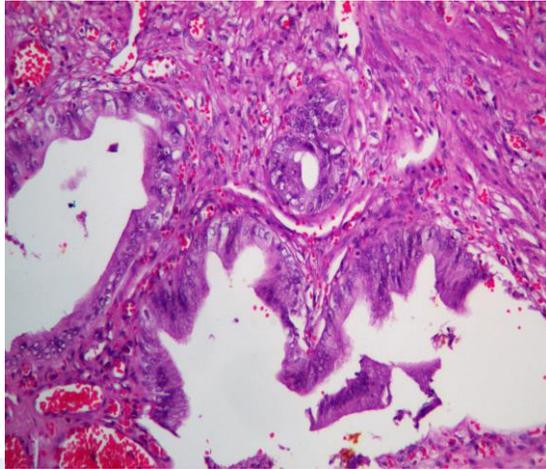
Gráfica 6: Tipos de displasia por género

TIPO DE DISPLASIA	GÉNERO	NÚMERO DE CASOS
DISPLASIA DE ALTO GRADO	HOMBRE	2
	MUJER	1
DISPLASIA DE BAJO GRADO	HOMBRE	2
	MUJER	2

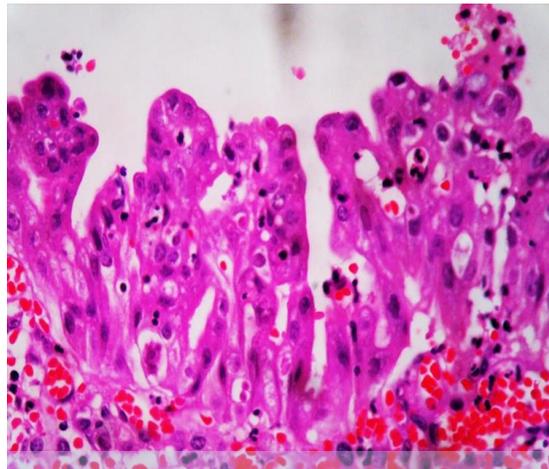
En cuanto al hallazgo de displasia, se encontraron dos casos de displasia de bajo grado focal en mujeres, ambas de 23 años de edad con litiasis, adenomiosis y en un caso con ulceración del epitelio. Además se encontraron dos casos de displasia de bajo grado en hombres de 43 y 63 años de edad, respectivamente, asociados a colesterosis en un caso y a atipia reactiva focal, ulceración del epitelio y formación de microabcesos en otro.

Se identificaron 3 casos de displasia de alto grado, uno de ellos corresponde a una mujer de 25 años sin otros hallazgos morfológicos asociados. Los otros dos casos fueron identificados en hombres, uno de 39 años en asociación con adenomiosis y otro de 52 años asociado a adenomiosis y ulceración del epitelio.

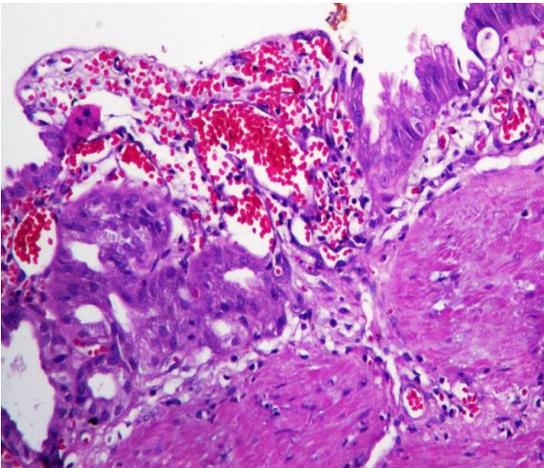
Así mismo se identificaron incidentalmente dos casos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con displasia de alto grado observada como lesión precursora en una mujer de 75 años con cuadro clínico de abdomen agudo (colecistitis) y el otro en un hombre de 88 años.



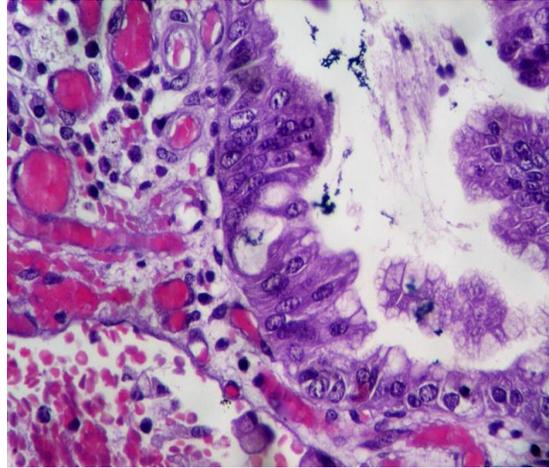
Displasia de bajo grado en glándulas de adenomiosis 10x



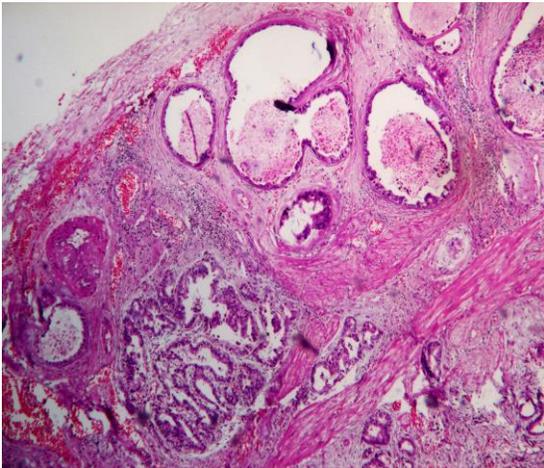
Displasia epitelial de bajo grado 40x



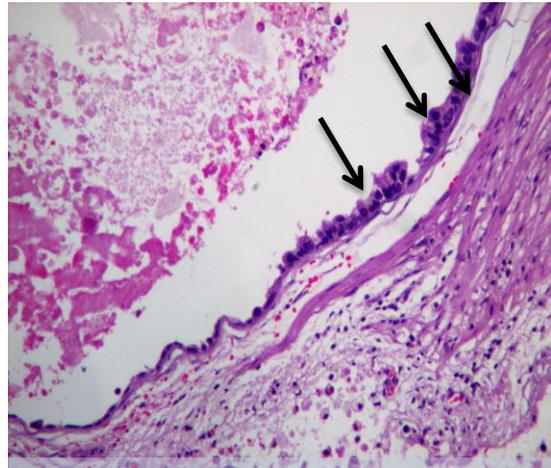
Displasia de alto grado 10x



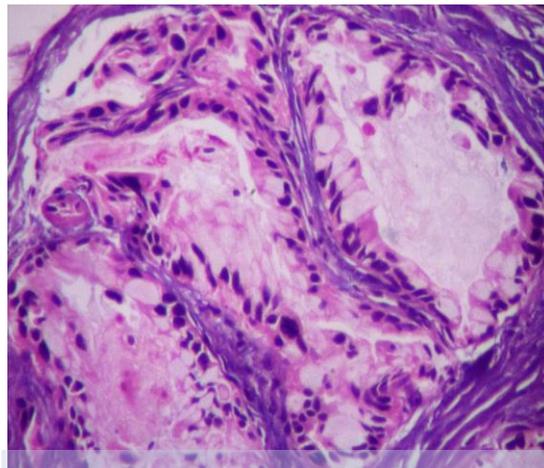
Displasia de alto grado detalle 40x



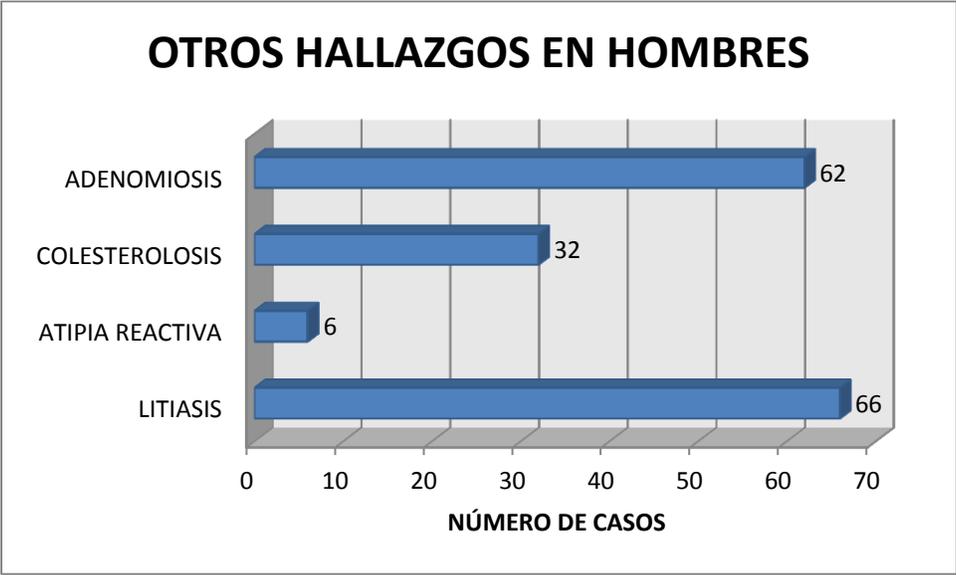
Adenocarcinoma de vesícula biliar mucinoso moderadamente diferenciado, hallazgo en producto de colecistectomía de paciente con clínica de colecistitis crónica litiásica. 4x



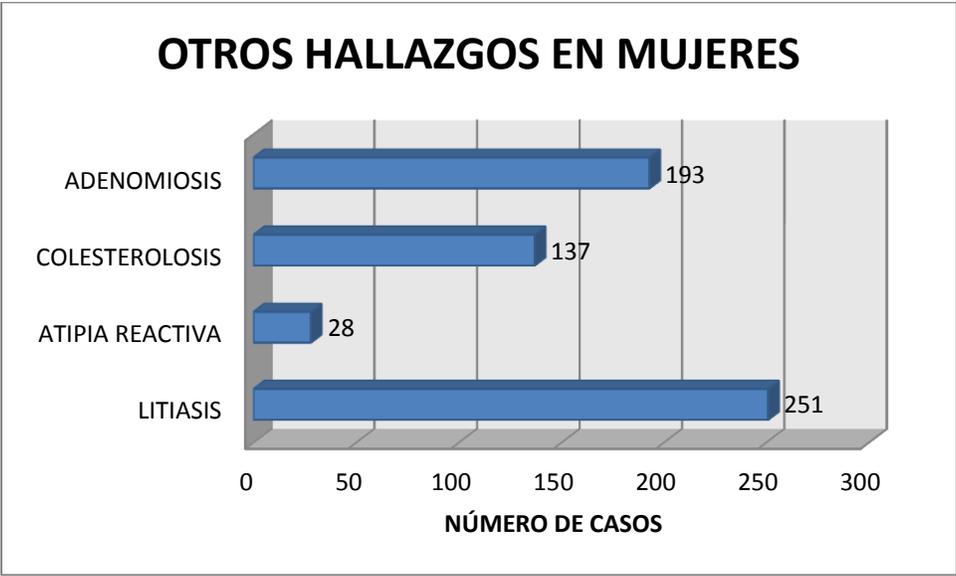
Epitelio biliar normal (flecha) en continuidad con epitelio displásico (dos flechas) 10x



Metaplasia de tipo intestinal identificada en el mismo caso de adenocarcinoma. 10x



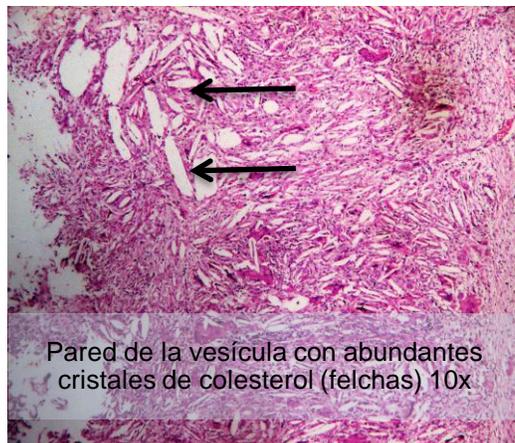
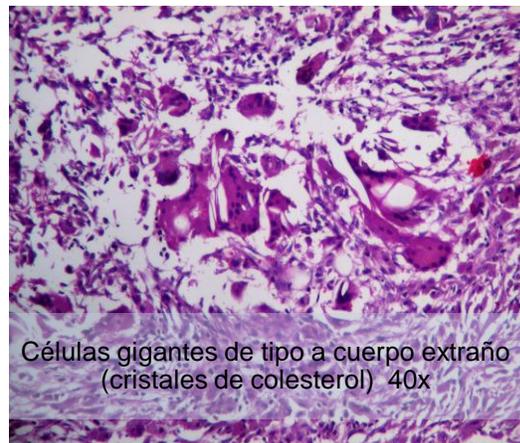
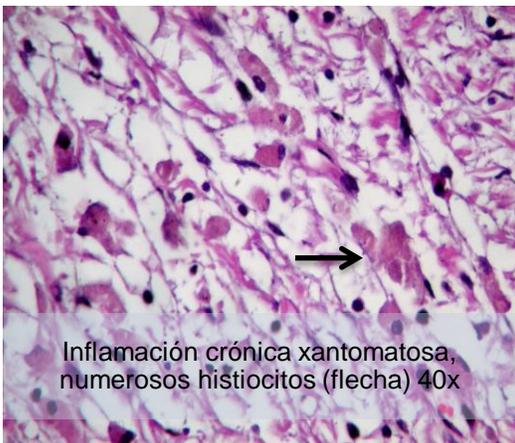
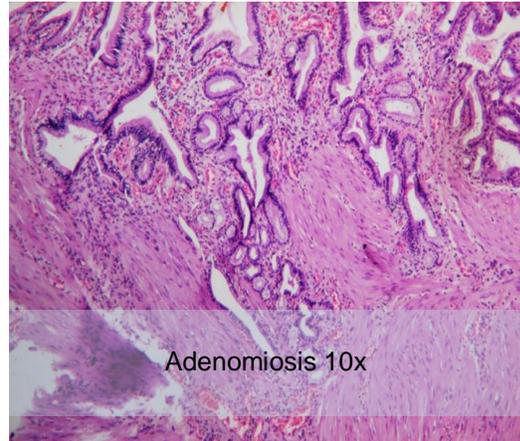
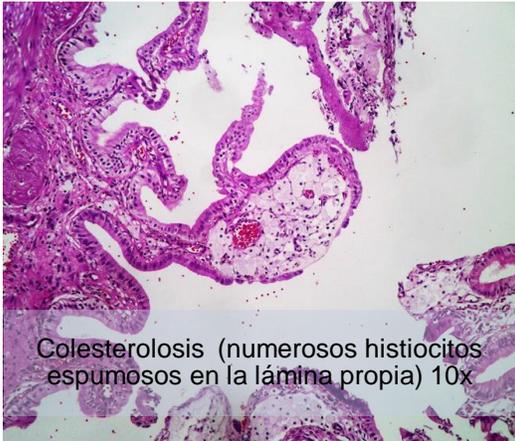
Gráfica 8: Otros hallazgos encontrados en hombres



Gráfica 9: Otros hallazgos encontrados en mujeres

De las 500 vesículas analizadas, se identificaron litos en 251 de las 372 obtenidas en mujeres, lo que corresponde al 67.47% y en hombres se identificaron litos en 66 casos de 128 especímenes de colecistectomía, lo que corresponde al 51.56%, estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura.

En este estudio se identificaron en 193 de 372 especímenes de colecistectomía en mujeres cambios como la adenomiosis, mientras que en los hombres este hallazgo fue identificado en 66 de 128 casos, estos cambios fueron seguidos de la colesterosis, que fue identificada en 137 vesículas de mujeres y en 32 vesículas de hombres, de acuerdo a la literatura revisada estos hallazgos son más comúnmente encontrados en asociación con litos, más que como lesiones precursoras de displasia. (1, 2, 3, 18, 21).



CONCLUSIONES:

En México la prevalencia de enfermedades de la vesícula biliar es alta (predominantemente benigna).

En el hospital Juárez de México los problemas de la vesícula biliar son de los más frecuentes en la rutina diaria del servicio de Patología.

La causa más frecuente de intervención quirúrgica es secundaria a enfermedad litíásica seguido de la obstrucción de la vía biliar (alitiásica).

La patología de la vesícula biliar es más frecuente en mujeres en este hospital con un rango de edad de entre los 20 a 30 años. En comparación con lo descrito en la literatura mundial que lo ubica en un rango de los 40 a 50 años.

En el caso de los hombres la mayor prevalencia encontrada en este hospital está en el rango de 51 a 60 años, que concuerda con lo referido en la literatura.

La metaplasia más frecuentemente identificada fue de tipo pilórico en la que además coexiste litiasis en hasta 57.1% y con predominancia en mujeres.

Con menor frecuencia pero con mayor probabilidad de transformación maligna de acuerdo a la literatura y al menos en uno de nuestros casos de adenocarcinoma se identificó metaplasia de tipo intestinal y en 14 casos de mujeres al menos focalmente, y la asociación con litiasis observada fue del 57.1%, así mismo en hombres solo se identificaron 4 casos de los cuales 2 estuvieron asociados con litiasis.

Como puede observarse también los cambios metaplásicos tienen una fuerte asociación con el sexo femenino hecho que también explica la mayor incidencia de carcinoma de vesícula biliar en este género.

En el contexto de los cambios premalignos, en este estudio se identificaron tres adenomas (considerados como neoplasias con cambios metaplásicos), dos de tipo tubular y uno papilar biliar, siendo más frecuentes en mujeres y sin observarse progresión maligna.

Se identificaron dos casos de displasia de bajo grado en hombres y dos casos en mujeres, sin asociación con adenomas, en el contexto de inflamación crónica agudizada (incluido picrolecisto) y atipia epitelial reactiva al menos focal.

Dos casos de displasia de alto grado en hombre y una mujer en relación a adenocarcinoma invasor. No se identificó carcinoma in situ como lesión aislada.

Se identificaron dos casos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado en una mujer de 75 años (de tipo mucinoso) y otro en un hombre de 88 años, en ambos casos solo se refirió cuadro clínico de abdomen agudo (colecistitis), hasta ese momento sin sospecha clínica de la lesión.

En el caso del adenocarcinoma mucinoso se encontró la secuencia clásica de epitelio normal, atipia reactiva, displasia y carcinoma. En el segundo caso solo se identificó el componente in situ. Ambos casos asociados a litiasis.

Dentro de los cambios morfológicos secundarios más frecuentes y/o directamente asociados a la inflamación se identificó la presencia de inflamación crónica xantomatosa con o sin presencia de células gigantes multinucleadas de tipo a cuerpo extraño, cristales de colesterol y adenomiosis, un hallazgo clásicamente asociado a la inflamación crónica y la presencia focal o extensa de colesterosis, incluso en formaciones polipoideas en un caso.

Si bien las intervenciones por colecistitis en nuestro medio son un hecho rutinario, no se debe pasar por alto la adecuada información clínica, la correcta valoración de los especímenes desde el aspecto macroscópico, y un muestreo adecuado de los especímenes, ya que como se pudo observar de las 500 vesículas analizadas en dos se encontraron lesiones francamente malignas y aunque son lesiones per se de mal pronóstico, no se puede dejar de lado el adecuado tamizaje y el reporte de lesiones que en determinado momento serán trascendentes por su progresión clínica a lesiones premalignas y/o malignas.

Actualmente se encuentra bien descrito el espectro morfológico de la inflamación crónica asociada o no a litiasis y los cambios epiteliales secundarios que pueden ser metaplasia, (en este caso se debe puntualizar de que tipo), displasia e incluso el hallazgo de carcinoma.

Es trascendental el reporte de cualquiera de estos hallazgos ya que incluso lesiones como los adenomas que anteriormente se consideraban benignas actualmente la OMS las clasifica como lesiones precursoras de carcinoma.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Adenocarcinoma de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a colecistectomía. *Revista cirugía y cirujanos*. Volumen 73. Número 2. Marzo-abril 2005 Dr. Miguel Leonardo de la Parra-Márquez, Dr. Humberto Martínez-Garza, Dr. David Sánchez-Antúnez, Dra. Adriana Cabañas-López, Dra. Marlen Ramírez-Garza, Dra. Alejandra González-Quintanilla.
- 2) Desde la displasia hasta el cáncer de la vesícula biliar. *Rev. Méd. Chile* 2009; 137: 873-880. Iván Roa, Sergio Muñoz , Gilda Ibacache, Xabier de Aretxabala
- 3) Gallbladder Mucosal Changes Associated with Chronic Cholecystitis and Their Relationship with Carcinoma Gallbladder. Original article. Ameet Kaur, V.K.Dubey, K.S. Mehta. *J.K Science*.
- 4) Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal José Jesús Castillo García,* Catalina Romo Aguirre,‡ Jorge Ruiz Lizárraga, Jesús Francisco Escrivá Machado, Víctor Hugo Córdova Plumall
- 5) Esterio I, González P, Ibacache G et al. Cáncer de la vesícula biliar en colecistectomías por litiasis. *Rev Esp Patol* 2004; 37(3): 279-285.
- 6) Gupta S, Shukla V. Gallbladder cancer etiopathology and treatment. *Health Administrator* 17(1): 134-142.
- 7) Campos Y, Brenes I. Cáncer de vesícula biliar (revisión bibliográfica). *Rev Med de Costa Rica y Centroamérica* 2008; 65(583): 147-152.
- 8) 15. Chaurasia P, Thakur M, Shukla S et al. What Causes Cancer Gallbladder? A review. *HPB Surg* 1999; 11: 217-224.
- 9) Neoplastic precursors (dysplasia, intraepithelial neoplasia) of the gallbladder and biliary tract: terminology, classification, pathologic diagnosis, and clinical significance. Yue Xue, Brian Quigley, Gizem Akkas, Volkan Adsay. *Diagnostic Histopathology Elsevier* 21:8 2015.
- 10) Seguel G, Fres E, Frez M y cols. Naturaleza de los pólipos de la vesícula biliar sometidos a colecistectomía. *Rev Chil Cir* 2007; 59(3):208-211.
- 11) SanJeev M, Chaturvedi A, Misra N, D Sharma I. Carcinoma of the gallbladder. *Lancet Oncol* 2003;4:167-176.
- 12) Liehl AK, Gallstone size and the risk of gallblader cancer. *JAMA* 1983;250:2323-2326.

- 13) Agarwal V, Goel A, Krishnani N, Pandey R, Agrawal S, Kapoor VK. p5carbohydrate antigen 19.9 expression in gallbladder cancer , precursor epithelial lesions and xanthogranulomatous cholecystitis. J Postgrad Med 2010;56:262-66.
- 14) Zaki M, Al-Rafeidi A. Histological Changes in the Human Gallbladder Epithelium associated with Gallstones. OMJ 2009;24:269-72.
- 15) Gupta SC, Misra V, Singh PA, Anu Roy, Misra SP, Gupta AK. Gallstones and carcinoma gallbladder. Indian J Pathol Microbiol 2000; 43(1): 147-54.
- 16) Kelly P. Gallbladder and biliary tract. McGee J O'D, Isaacson PG, Wright NA(ed). Oxford textbook of pathology, Vol-2a. Oxford university press, New York. 1992.pp.1401-17.
- 17) Roa I, Araya JC, Villaseca M, de Aretxabale X, et al. Preneoplastic lesions and gallbladder cancer, an estimate of the period required for progression. Gastroenterology 1996;111: 232-236
- 18) Kushima R, Lohe B, Borchard F. Differentiation towards gastric foveolar mucopeptic and intestinal goblet cells in gallbladder adenocarcinoma. Histopathology 1996;29:443-48.
- 19) Khanna R, Chansuria R, Kumar M, Shukla HS. Histological changes in gallbladder due to stone disease. Indian J Surg 2006;68:201-4.
- 20) ROA JC, ROA I, CORREA P, VO Q, ARAYA JC, VILLASECA MET AL. Microsatellite instability in preneoplastic and neoplastic lesions of the gallbladder. J Gastroenterol 2005; 40: 79-86.
- 21) ROA I, ARAYA JC, VILLASECA M, DE ARETXABALA X, RIEDEMANN P, ENDOH K ET AL. Preneoplastic lesions and gallbladder cancer: an estimate of the period required for progression. Gastroenterology 1996; 111: 232-6.
- 22) Pathogenesis of gallstones. Department of Medicine, Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA.
- 23) Histology for pathologist. Stacey E. Mills third edition Lippincott Williams & Wilkins 2007, 707-711
- 24) Fisiología médica/ René Drucker Colín México: Editorial El manual Moderno, 2005, pág 404.

ANEXO A:

Clasificación actual de la OMS de tumores de la vesícula biliar y la vía biliar extrahepática

CLASIFICACION DE LA OMS DE TUMORES DE LA VESICULA BILIAR Y CONDUCTOS BILIARES EXTRAHEPATICOS	
TUMORES EPITELIALES	NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS
LESIONES PREMALIGNAS:	Tumor neuroendocrino (NET)
Adenoma: Tubular Papilar Tubulopapilar	Tumor neuroendocrino G1 Tumor neuroendocrino G2
Neoplasia intraepitelial biliar grado 3	Carcinoma neuroendocrino Células pequeñas Células grandes
Neoplasia papilar intraquistica (vesicula) o intraductal (conductos biliares) con neoplasia intraepitelial de alto grado	Carcinoma adenoneuroendocrino mixto Carcinoide tubular
Neoplasia mucinosa quística con neoplasia intraepitelial de grado intermedio o bajo grado	TUMORES MESENQUIMALES Tumor de células granulares Leiomioma Sarcoma de Kaposi Leiomiosarcoma Rabdomiosarcoma
Neoplasia mucinosa quística con neoplasia intraepitelial de alto grado	LINFOMAS
CARCINOMA: Adenocarcinoma Adenocarcinoma de tipo biliar Adenocarcinoma de tipo foveolar gástrico Adenocarcinoma de tipo intestinal Adenocarcinoma de células claras Adenocarcinoma con células en anillo de sello Adenocarcinoma adenoescamoso	Tumores secundarios
Neoplasia papilar intraquistica (vesícula biliar) o intraductal (conductos biliares) asociada con carcinoma invasivo	
Neoplasia quística mucinosa asociada con carcinoma invasivo	
Carcinoma de células escamosas	
Carcinoma indiferenciado	

ANEXO B:

Base de datos

SEXO	EDA D	TIPO DE METAPLASIA	DISPLASIA	TINCION	
				ESPECIAL	OTROS HALLAZGOS
mujer	13	intestinal	no	no	adenomiosis. Litiasis, atipia reactiva focal
mujer	16	ninguna	no	no	adenomiosis. Colesterolosis
hombre	20	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	16	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	16	ninguna	no	no	litiasis, ulceración focal
mujer	16	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	17	ninguna	no	no	Litiasis
hombre	22	intestinal	no	no	adenomiosis, atipia reactiva focal, litiasis
mujer	18	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	19	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis, inflamación crónica xantomatosa
hombre	22	ninguna	no	no	Colesterolosis
mujer	19	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	19	ninguna	no	no	colesterolosis, adenomiosis
mujer	19	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	19	ninguna	no	no	litiasis, esfacelación epitelial, ulceración
mujer	20	ninguna	no	no	litiasis, colesterolosis
mujer	20	intestinal	no	no	Colesterolosis
mujer	20	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular, litiasis, colesterolosis, adenomiosis
mujer	20	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	20	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	20	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	21	intestinal	no	no	litiasis, ulceración focal
mujer	21	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis, colesterolosis
mujer	21	ninguna	no	no	atipia reactiva, ulceración
mujer	21	ninguna	no	no	atipia reactiva focal, adenomiosis, litiasis
hombre	23	ninguna	no	no	necrosis hemorrágica transmural
mujer	21	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterolosis, litiasis
hombre	23	intestinal	no	no	atipia reactiva focal, litiasis
mujer	21	ninguna	no	no	colesterolosis, adenomiosis, litiasis, ulceración
mujer	21	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	24	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	21	ninguna	no	no	colesterolosis, litiasis, adenomiosis
hombre	25	ninguna	no	no	atipia reactiva focal
mujer	21	ninguna	no	no	atipia reactiva, ulceración
mujer	21	intestinal	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	22	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterolosis, litiasis
hombre	26	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis

mujer	22	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	22	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	22	ninguna	no	no	colecistitis cronica folicular
mujer	22	ninguna	no	no	adenomiosis, ulceracion, litiasis
mujer	22	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	22	ninguna	no	no	colecistitis cronica folicular, adenomiosis
mujer	23	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	23	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	23	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	23	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis. Litiasis, atipia reactiva focal
mujer	23	intestinal	no	no	atipia reactiva focal, colesterosis, adenomiosis
mujer	23	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	23	ninguna	bajo grado focal	no	ulceracion, litiasis
mujer	23	ninguna	no	no	colecistitis aguda ulcerada
mujer	23	pilorica	no	no	litiasis, colesterosis
mujer	23	ninguna	no	no	colecistitis cronica agudizada, ulceración
mujer	23	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	23	ninguna	no	no	colecistitis cronica agudizada, ulceración
hombre	27	ninguna	no	no	litiasis, esfacelación del epitelio
mujer	23	ninguna	no	no	Litiasis
hombre	27	ninguna	no	no	adenomiosis, ulceración
hombre	27	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	23	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	23	intestinal focal	no	no	adenomiosis, colesterosis
mujer	23	ninguna	bajo grado focal	no	adenomiosis, litiasis
mujer	23	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis, colesterosis
hombre	27	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis
mujer	23	intestinal	no	no	Colesterosis
mujer	24	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	24	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, colecistitis cronica folicular
hombre	27	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	24	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	24	ninguna	no	no	Litiasis
hombre	28	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	24	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	24	ninguna	no	no	colesterosis, ulceración, esfacelación epitelial
hombre	28	ninguna	no	no	inflamacion cronica folicular, colesterosis, litiasis
hombre	28	ninguna	no	no	colesterosis, ulceración, litiasis
mujer	24	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	25	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, ulceración
mujer	25	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis, ulceración
mujer	25	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis

mujer	25	intestinal	no	no	atipia reactiva focal, litiasis
mujer	25	ninguna	alto grado	no	adenocarcinoma moderadamente diferenciado, displasia epitelial de alto grado
mujer	25	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	25	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	25	pilórica e intestinal focal	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	25	ninguna	no	no	colesterosis, colecistitis crónica folicular
hombre	29	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	25	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	32	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis
hombre	32	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	25	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	25	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
hombre	33	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis, colecistitis crónica folicular
mujer	26	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	26	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	34	ninguna	no	no	litiasis, colesterosis, adenomiosis
mujer	26	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	26	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	26	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	26	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	26	pilórica	no	no	Adenomiosis
hombre	35	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	26	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
hombre	35	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	26	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	26	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
hombre	35	pilórica	no	no	adenoma tubular de 0.3cm sin displasia de alto grado, adenomiosis
mujer	27	ninguna	no	no	cistoadenocarcinoma mucinoso infiltrante a pared de vesícula
mujer	27	ninguna	no	no	atipia reactiva, litiasis
mujer	27	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis,
mujer	27	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
hombre	36	ninguna	no	no	litiasis, colesterosis, adenomiosis
mujer	27	ninguna	no	no	litiasis, ulceración,
hombre	36	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis, esfacelación del epitelio
hombre	37	ninguna	no	no	Adenomiosis
hombre	38	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	27	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	27	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis, ulceración
mujer	28	ninguna	no	no	polipos de colesterol, colesterosis, adenomiosis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis

mujer	28	pilórica	no	no	Adenomiosis
mujer	28	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	piocolecisto, colesterosis
hombre	38	ninguna	no	no	adenomiosis, colecistitis crónica folicular, litiasis
hombre	38	ninguna	no	no	piocolecisto, colesterosis, ulceración
hombre	39	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	28	intestinal focal	no	no	atipia reactiva focal, adenomiosis, litiasis
mujer	28	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	29	intestinal focal	no	no	atipia reactiva focal, litiasis
mujer	29	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular con actividad moderada, atipia epitelial reactiva
mujer	29	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	29	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	29	ninguna	no	no	colecistitis crónica xantogranulomatosa, litiasis
mujer	29	ninguna	no	no	litiasis, colesterosis
mujer	29	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	29	ninguna	no	no	Coolesterosis
mujer	29	pilórica focal	no	no	litiasis, adenomiosis
mujer	29	pilórica focal	no	no	ulceración mucosa, litiasis
mujer	29	pilórica extensa	no	no	atipia reactiva, litiasis
mujer	30	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	30	intestinal focal	no	no	colesterosis, litiasis
hombre	39	ninguna	no	no	Litiasis
mujer	30	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad y xantomatosa, litiasis
hombre	39	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	30	pilórica extensa	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad, litiasis
mujer	30	pilórica	no	no	litiasis, colesterosis
mujer	30	ninguna	no	no	Adenomiosis
mujer	30	pilórica	no	no	adenoma tubular de 0.3cm sin displasia de alto grado, adenomiosis, atipia epitelial reactiva
mujer	30	pilórica focal	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad, litiasis
mujer	31	ninguna	no	no	colecistitis aguda ulcerada
mujer	31	pilórica	no	no	atipia reactiva focal, litiasis
mujer	31	intestinal focal	no	no	colesterosis, atipia reactiva focal, litiasis
mujer	31	ninguna	no	no	Colesterosis
mujer	31	intestinal focal	no	no	atipia reactiva, colesterosis

hombre	39	pilórica extensa	no	no	colecistitis aguda ulcerada
mujer	31	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis
hombre	39	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis
mujer	32	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	32	pilórica focal	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad
mujer	32	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis, adenomiosis
mujer	32	ninguna	no	no	colecistitis, células gigantes tipo a cuerpo extraño, colecistitis crónica activa
mujer	32	ninguna	no	no	atipia reactiva focal, colecistitis
mujer	32	pilórica focal	no	no	adenomiosis
hombre	39	pilórica extensa	alto grado	no	adenomiosis
mujer	32	ninguna	no	no	atipia reactiva focal, adenomiosis, litiasis
mujer	32	pilórica focal	no	no	adenomiosis, atipia reactiva focal
mujer	32	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis
mujer	33	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	33	pilórica focal	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	40	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	33	pilórica	no	no	colecistitis, picocolecisto
hombre	40	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad, adenomiosis
mujer	33	ninguna	no	no	adenomiosis, colecistitis, litiasis
mujer	33	ninguna	no	no	litiasis
hombre	40	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	40	ninguna	no	no	picocolecisto, atipia reactiva, litiasis
mujer	33	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	41	ninguna	no	no	ninguno
mujer	34	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	34	pilórica focal	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	34	ninguna	no	no	colecistitis
hombre	41	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis
mujer	34	pilórica	no	no	colecistitis aguda ulcerada
mujer	34	ninguna	no	no	colecistitis, adenomiosis
hombre	41	ninguna	no	no	colecistitis aguda ulcerada, adenomiosis
mujer	35	ninguna	no	no	ninguno
mujer	35	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis
mujer	35	ninguna	no	no	colecistitis, litiasis
mujer	35	ninguna	no	no	colecistitis aguda ulcerada, litiasis
mujer	35	pilórica	no	no	colecistitis, litiasis
mujer	35	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad y xantomatosa, litiasis
mujer	35	ninguna	no	no	adenomiosis, colecistitis, litiasis
mujer	36	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	36	pilórica	no	no	colecistitis
hombre	42	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad, colecistitis, litiasis
mujer	36	ninguna	no	no	litiasis, atipia reactiva focal

mujer	36	pilórica	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	36	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	42	ninguna	no	no	piocolecisto, adenomiosis
mujer	36	ninguna	no	no	litiasis
hombre	42	pilórica focal	no	no	colecistitis crónica agudizada
hombre	42	intestinal	no	no	adenomiosis piocolecisto
mujer	36	ninguna	no	no	colesterosis
mujer	36	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	36	pilórica focal	no	no	litiasis
mujer	36	pilórica focal	no	no	adenomiosis
mujer	37	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	37	pilórica focal	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	37	ninguna	no	no	atipia reactiva focal, litiasis, adenomiosis
hombre	42	pilórica e intestinal focal	no	no	atipia reactiva focal, adenomiosis
mujer	37	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, atipia reactiva focal
mujer	37	pilórica	no	no	colecistitis crónica folicular sin actividad, adenomiosis
mujer	37	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	37	ninguna	no	no	colecistitis crónica agudizada
mujer	37	ninguna	no	no	colecistitis crónica folicular activa, adenomiosis
mujer	37	pilórica focal	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	37	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	43	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	37	ninguna	no	no	colecistitis crónica xantomatosa con células gigantes de tipo a cuerpo extraño
hombre	43	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	38	pilórica	no	no	adenomiosis
hombre	43	ninguna	no	no	piocolecisto, adenomiosis
hombre	43	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	44	ninguna	no	no	colecistitis crónica xantomatosa con células gigantes de tipo a cuerpo extraño, litiasis
mujer	38	pilórica	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	38	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis
mujer	38	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, atipia reactiva focal
mujer	38	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	45	ninguna	no	no	adenomiosis, atipia reactiva focal
mujer	38	pilórica	no	no	colecistitis crónica xantomatosa con células gigantes de tipo a cuerpo extraño, adenomiosis, litiasis
mujer	38	pilórica	no	no	piocolecisto, adenomiosis
mujer	38	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	39	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	39	pilórica	no	no	ninguno
mujer	39	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis
mujer	39	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	39	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	45	ninguna	no	no	piocolecisto

hombre	46	ninguna	no	no	colecistitis cronica agudizada, adenomiosis
mujer	39	ninguna	no	no	ninguno
mujer	39	ninguna	no	no	colecistitis cronica activa, litiasis
hombre	46	intestinal	bajo grado focal	no	colesterosis
hombre	46	ninguna	no	no	atiia reactiva focal, adenomiosis
mujer	39	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	39	pilorica	no	no	adeomiosis
mujer	39	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	40	ninguna	no	no	colecistitis cronica xantomatosa, activa, ulcerada
hombre	46	pilorica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	40	pilorica	no	no	adenomiosis, atipia reactiva focal
mujer	40	ninguna	no	no	litiasis
mujer	40	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	40	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	47	ninguna	no	no	piocolecisto
hombre	47	pilorica	no	no	colecistitis cronica activa, adenomiosis
hombre	48	ninguna	no	no	colesterosis
hombre	48	ninguna	no	no	ninguno
hombre	48	ninguna	no	no	piocolecisto
mujer	40	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	49	ninguna	no	no	ninguno
hombre	50	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	50	ninguna	no	no	colesterolois, adenomiosis. Litiasis
mujer	40	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	41	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	41	pilorica multifocal	no	no	ademomiosis, atipia reactiva, litiasis
mujer	41	pilorica focal	no	no	adenomiosis
hombre	51	ninguna	no	no	fibrosis, inflamacion cronica y aguda
mujer	41	ninguna	no	no	ninguno
mujer	41	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	51	ninguna	no	no	ninguno
mujer	41	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	41	ninguna	no	no	litiasis
mujer	41	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	41	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	41	pilorica extensa	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	52	ninguna	alto grado	no	adenomiosis, ulceracion focal del epitelio
mujer	42	ninguna	no	no	litiasis
mujer	42	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis litiasis
mujer	42	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis, colecistitias cronica folicular
mujer	42	pilorica focal	no	no	adenomiosis, litiasis

mujer	42	ninguna	no	no	adenomiosis, colecistitis cronica activa con ulceracion del epitelio
mujer	42	ninguna	no	no	ninguno
hombre	52	ninguna	no	no	colecistitis cronica folicular xantomatosa
hombre	52	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	42	pilorica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	42	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	42	ninguna	no	no	colecistitis agudizada y ulcerada
mujer	42	ninguna	no	no	litiasis
mujer	42	pilorica	no	no	adenomiosis
mujer	43	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	43	pilorica	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
hombre	52	ninguna	no	no	litiasis
hombre	53	pilorica	no	no	adenomiosis, colesterosis
hombre	54	pilorica focal	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
hombre	54	pilorica focal	no	no	colesterosis, litiasis
hombre	54	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	43	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	43	ninguna	no	no	litiasis, colecistitis cronica folicular
mujer	43	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
hombre	55	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	43	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	43	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	43	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
hombre	55	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	colesterosis
mujer	44	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	56	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis, atipia reactiva
hombre	56	pilorica focal	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	44	ninguna	no	no	ninguno
hombre	56	ninguna	no	no	ninguno
mujer	45	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	45	ninguna	no	no	colesterosis
hombre	56	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	45	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	45	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis
mujer	46	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis

mujer	46	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
hombre	56	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	46	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	46	ninguna	no	no	ninguno
mujer	46	pilórica focal	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	46	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	46	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	46	ninguna	no	no	litiasis
hombre	56	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	57	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	46	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	57	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	47	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
hombre	57	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	47	ninguna	no	no	piocolecisto
mujer	47	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
hombre	58	ninguna	no	no	litiasis
hombre	58	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
hombre	59	ninguna	no	no	piocolecisto
mujer	47	pilórica focal	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	48	ninguna	no	no	litiasis
mujer	48	ninguna	no	no	colesterosis
mujer	48	ninguna	no	no	litiasis
hombre	59	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	59	ninguna	no	no	adenomiosis, atipia epitelial reactiva
mujer	48	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	59	pilórica extensa	no	no	adenomiosis
mujer	48	pilórica	no	no	ninguno
mujer	49	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	49	ninguna	no	no	colesterosis
hombre	60	ninguna	no	no	litiasis
hombre	60	pilórica focal	no	no	adenomiosis, colesterosis
mujer	49	ninguna	no	no	colesterosis, atipia reactiva focal, litiasis
mujer	50	pilórica	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	50	pilórica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	50	ninguna	no	no	adenoma papilar biliar de 0.4cm, atipia epitelial reactiva, adenomiosis, litiasis
mujer	50	ninguna	no	no	litiasis
mujer	50	ninguna	no	no	litiasis
mujer	50	ninguna	no	no	polipos de colesterol de 0.2cm, adenomiosis, colesterosis
mujer	51	ninguna	no	no	atipia reactiva focal, colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	51	ninguna	no	no	piocolecisto, litiasis
mujer	51	pilórica focal	no	no	adenomiosis, litiasis

mujer	51	pilorica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	51	ninguna	no	no	colesterosis
mujer	51	ninguna	no	no	colesterosis, atipia reactiva focal, litiasis
mujer	51	pilorica	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	51	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	51	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	52	pilorica focal	no	no	adenoma tubular de 0.3cm sin displasia de alto grado, litiasis
mujer	52	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	52	ninguna	no	no	colesterosis
hombre	60	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	52	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	52	ninguna	no	no	adenomiosis
hombre	60	ninguna	no	no	litiasis, ulceracion del epitelio
hombre	60	ninguna	no	no	litiasis, ulceracion del epitelio
mujer	52	ninguna	no	no	colesterosis, atipia epitelial reactiva y ulceracion focal
hombre	61	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	52	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	53	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	53	pilorica	no	no	adenomiosis, colesterosis
mujer	53	ninguna	no	no	adenomiosis, atipia epitelial reactiva, litiasis
hombre	61	pilorica	no	no	adenomiosis, atipia epitelial reactiva, litiasis
mujer	53	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	53	ninguna	no	no	atipia epitelial reactiva, litiasis
mujer	54	ninguna	no	no	litiasis
mujer	55	ninguna	no	no	litiasis
mujer	55	pilorica	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	61	ninguna	no	no	colecistitis cronica folicular
mujer	55	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	55	ninguna	no	no	litiasis
hombre	61	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	56	ninguna	no	no	litiasis
mujer	56	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	56	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	56	ninguna	no	no	litiasis
mujer	56	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis
mujer	56	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	56	pilorica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	56	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	57	ninguna	no	no	litiasis
mujer	57	ninguna	no	no	ninguno
hombre	61	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	57	ninguna	no	no	atipia reactiva epitelial, litiasis

mujer	57	ninguna	no	no	litiasis
mujer	57	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	57	intestinal	no	no	adenomiosis, atipia epitelial reactiva
mujer	57	ninguna	no	no	adenomiosis
mujer	57	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	58	ninguna	no	no	litiasis
mujer	58	ninguna	no	no	litiasis, hialinizacion y fibrosis de la pared
mujer	58	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	61	ninguna	no	no	ninguno
hombre	61	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	59	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	61	ninguna	no	no	litiasis
mujer	59	ninguna	no	no	litiasis
mujer	60	ninguna	no	no	litiasis, colecistitis cronica y aguda ulcerada
mujer	60	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	60	ninguna	no	no	colecistitis cronica y aguda ulcerada
mujer	61	ninguna	no	no	adenomiosis, atipia epitelial reactiva
hombre	62	ninguna	no	no	colesterosis
mujer	61	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	61	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis, atipia epitelial reactiva, ulceracion
mujer	61	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	61	ninguna	no	no	litiasis
mujer	62	ninguna	no	no	litiasis
hombre	63	ninguna	no	no	litiasis
mujer	62	ninguna	no	no	litiasis
mujer	62	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
hombre	63	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	62	ninguna	no	no	litiasis
mujer	62	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	62	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	64	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	65	ninguna	no	no	colesterosis, litiasis
mujer	65	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, atipia epitelial reactiva, litiasis
mujer	65	pilorica	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	65	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis, litiasis
mujer	65	ninguna	no	no	colesterosis, adenomiosis
mujer	66	ninguna	no	no	litiasis
mujer	66	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
hombre	63	pilorica focal	bajo grado	no	atipia epitelial reactiva, microabscesos, ulceracion
mujer	66	ninguna	no	no	litiasis
mujer	67	ninguna	no	no	ninguno
hombre	64	ninguna	no	no	litiasis

mujer	67	ninguna	no	no	litiasis
hombre	64	ninguna	no	no	litiasis, inflamacion cronica xantomatosa, calcificaciones distroficas
hombre	65	ninguna	no	no	litiasis
mujer	67	ninguna	no	no	litiasis
mujer	67	ninguna	no	no	litiasis
mujer	68	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis
hombre	66	ninguna	no	no	inflamacion cronica xantomatosa, litiasis
hombre	66	ninguna	no	no	litiasis
mujer	69	ninguna	no	no	adenomiosis, colesterosis, litiasis
mujer	69	ninguna	no	no	litiasis
mujer	69	ninguna	no	no	litiasis
mujer	71	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis
hombre	67	ninguna	no	no	ninguno
hombre	67	ninguna	no	no	litiasis
hombre	69	ninguna	no	no	litiasis
mujer	72	ninguna	no	no	adenomiosis, litiasis
mujer	72	ninguna	no	no	litiasis
mujer	72	ninguna	no	no	litiasis
hombre	70	ninguna	no	no	ninguno
mujer	72	ninguna	no	no	litiasis
hombre	72	ninguna	no	no	ninguno
mujer	72	ninguna	no	no	litiasis
hombre	73	ninguna	no	no	litiasis
hombre	73	ninguna	no	no	ninguno
mujer	72	ninguna	no	no	litiasis, adenomiosis
hombre	76	ninguna	no	no	ninguno
mujer	72	ninguna	no	no	ninguno
mujer	73	ninguna	no	no	litiasis
hombre	76	ninguna	no	no	litiasis
mujer	74	ninguna	no	no	litiasis
mujer	74	ninguna	no	no	litiasis, inflamacion cronica xantomatosa
mujer	74	ninguna	no	no	litiasis
hombre	78	ninguna	no	no	litiasis, inflamacion cronica xantomatosa
mujer	75	ninguna	no	no	litiasis
mujer	75	ninguna	no	no	litiasis, colesterosis
mujer	75	ninguna	no	no	ninguno
mujer	75	ninguna	no	no	litiasis
mujer	76	ninguna	no	no	litiasis
mujer	77	ninguna	no	no	litiasis
mujer	78	ninguna	no	no	litiasis
hombre	82	ninguna	no	no	litiasis

mujer	78	ninguna	no	no	litiasis
mujer	86	ninguna	no	no	litiasis
hombre	88	ninguna	alto grado	no	adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 2.7cm de eje mayor localizado en cuerpo y cuello, litiasis