

11210
1
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Hospital Infantil de México



**MANIFESTACIONES CLINICAS DE LABORATORIO Y GABINETE
DE LOS TUMORES INTRAPERITONEALES EN NIÑOS.**

T E S I S

Que para obtener el título en la especialidad de:
CIRUGIA PEDIATRICA

Presenta el

Dr. Tito Alberto Chirinos Valecillos

Director de Tesis: Dr. Nicolás Martín del Campo

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

	<u>Páginas</u>
I.- INTRODUCCION.....	I - II
II.- GENERALIDADES.....	III - VII
1.- MOTIVO DEL ESTUDIO.....	1
2.- ESTRATEGIAS.....	1
3.- DISEÑO DEL EXPERIMENTO.....	2 - 4
4.- RESULTADOS.....	5 - 6
4.1 Linfoma no Hodgkin	7 - 16
4.2 Hepatoblastoma	17 - 25
4.3 Dilatación Idiopática del Coledoco.....	26 - 32
4.4 Duplicaciones Intestinales	33 - 39
4.5 Linfomas Quísticos Intestinales	40 - 46
4.6 Hamartomas Hepáticos.....	47 - 53
4.7 Hepatocarcinoma.....	54 - 59
III.- CONCLUSIONES.....	60 - 62
IV.- BIBLIOGRAFIA.....	63 - 64

I.- INTRODUCCION

A través del tiempo las experiencias de los clínicos y de los cirujanos han permitido la detección temprana de las tumoraciones y de la facilidad de llegar a un diagnóstico con mayor precisión, esto es debido principalmente al análisis de experiencias previas y métodos diagnósticos más precisos y sofisticados lo cual ha cambiado en forma indirecta la frecuencia de los diagnósticos de los tumores abdominales, tanto intra como retroperitoneales.

También como consecuencia de lo anterior y del advenimiento de nuevos quimioterápicos, el pronóstico de estos pacientes se ha mejorado notablemente.

Podemos encontrar diferentes tipos de masas en el abdomen. Tales como: tumores benignos y malignos, hidronefrosis, duplicaciones, riñones quísticos, quistes en otros órganos, pseudoquistes, tumores de origen inflamatorio, abscesos, colección de líquidos y hematomas en vísceras. La historia clínica y la exploración física pueden dirigirnos hacia una buena impresión inicial; tal sería: (1) si la masa de la tumoración es de origen inflamatorio; (2) si es sólido o quístico; (3) donde está localizado; y (4) extensión, pero muy frecuentemente esta información es incompleta. Porque de ésto, más tarde con métodos

diagnósticos se podrían llegar a identificar de otras modalidades. Por estas consideraciones un número de procedimientos ahora son disponibles y no todos dan el mismo tipo de información.

El motivo de nuestro estudio es conocer si la precisión de nuestros pacientes con tumores abdominales y de la edad en que se realiza éste, se han modificado en relación a experiencias anteriores. Así como también es nuestro deseo saber si existe algún cambio en la frecuencia de algunas tumoraciones en relación a los reportes de otros autores.

II.- GENERALIDADES

El incremento de métodos más finos en el diagnóstico de estas tumoraciones nos llevaría a considerar los distintos y más comunes de éstos, para su mejor conocimiento en su comportamiento.

1.- Radiografías Simples de Tórax y Abdomen.

Estos estudios nos podrían llevar la información acerca de la localización y extensión o diseminación de una tumoración. Algunas de éstas son relativamente pequeñas y a otras las caracteriza la extensión en el abdomen o dentro del tórax. Por ejemplo, quistes, tumores benignos y algunos otros tumores malignos como sería el tumor de Wilms que usualmente son bien circunscritos y de lesiones definidas. De otra forma las tumoraciones inflamatorias y los tumores malignos como neuroblastoma, sarcomas retroperitoneales o linfomas tienden a ser menos definidos. Frecuentemente estas tumoraciones se extienden hasta cruzar la línea media abdominal o a lo largo de la región paravertebral en el tórax, igualmente pueden dar derrame pleural asociado.

Las radiografías simples también nos darían datos acerca de la presencia de calcificaciones formadas por estructuras óseas, dientes o tejidos lipomatosos en una tumoración abdominal.

Estas son observadas de forma amorfa, granular o como calcificaciones irregulares que usualmente son vistas en tumores malignos con tendencia a la necrosis. Las calcificaciones curvilineas usualmente indican una lesión quística, como los quistes dermoides y teratomas que tienen las calcificaciones dentro de la pared de la lesión.

2.- Urografía Excretora y Venocavografía.

En todo protocolo de tumoración abdominal estos estudios son indispensables. La urografía excretora es imprescindible e importante para la investigación de tumoraciones abdominales que interesan al riñón, glándulas suprarrenales y otras estructuras retroperitoneales. Clásicamente la urografía excretora ha sido utilizada para diferenciar al tumor de Wilms del neuroblastoma; sin embargo, en algunos casos la distinción no puede ser hecha con este estudio. Es también usada en la identificación de otras tumoraciones retroperitoneales, como lesiones quísticas del riñón, hidronefrosis y ureteroceles ectópicos con duplicación de riñón.⁽¹⁾ Una lesión avascular como un quiste o absceso, usualmente aparece radiolúcido; otras lesiones avasculares como tumores malignos y hemangiomas aparecen con una variabilidad de lesión moteada a una masa opaca. Sin embargo, algunos tumores malignos con áreas de necrosis se muestran como quistes avasculares silenciosos y aparecen como áreas radiolúcidas dentro del tumor.

La venocavografía⁽²⁾ puede dar la información acerca del tamaño del tumor y de la extensión hacia la línea media del abdomen, así como también la infiltración de la vena cava o de la vena renal.

3.- Ultrasonografía y Tomografía Axial Computarizada.

Básicamente estos estudios proveen similar información y son⁽³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁾ excelentes para determinar (1) la localización de la tumoración; (2) su extensión; y (3) saber si es sólida o quística. La tomografía axial computarizada (T.A.C.) tiene la ventaja de que inicialmente puede detectar calcio o grasa en una tumoración, mostrando la densidad de los tejidos (por ejemplo: grasa, músculos y líquidos). Este procedimiento utiliza Rx y una completa inmovilización del paciente que por ser lactantes menores y mayores requieren de sedación y las radiaciones dadas no causan daño al paciente ya que no son muy elevadas. Esto nos da una información sobre masas observadas en el cuadrante superior izquierdo más que la ultrasonografía; la razón de ésto es que el gas visceral comunmente presente en el cuadrante superior izquierdo interfiere con las imágenes del ultrasonograma y de los órganos en esta área.

La ultrasonografía y la tomografía son importantes para la evaluación de tumoraciones en los cuadrantes superior derecho e izquierdo y en la pelvis. En el cuadrante superior derecho

pueden identificar tumoraciones en el hígado, alrededor de éste u originados en la vesícula biliar o en los conductos biliares.⁽⁶⁾ En el cuadrante superior izquierdo estos estudios son utilizados para identificación esplénica o tumoraciones paraesplénicas, pero han sido descubiertas muy tardíamente; la tomografía es el mejor método para esta parte del abdomen. En la pelvis ambos estudios están limitados a la identificación de tumoraciones alrededor de la vejiga, genitales o área presacral.

4.- Angiografía.

Es usada para casos muy selectivos y básicamente es utilizada para determinar (1) el órgano de origen de la tumoración; (2) la irrigación sanguínea específica de la tumoración; y (3) su más probable composición histológica. Su principal indicación es para identificación de lesiones angiomasas hepáticas.⁽⁷⁾

5.- Radioisótopos.

Son usados básicamente para la identificación y diferenciación de lesiones en el cuadrante superior derecho dentro y fuera del hígado o en la vesícula biliar y conductos biliares. Es específico para definir lesiones como quistes del colédoco, abscesos hepáticos, parahepáticos y dilatación de los conductos y vesícula biliar.⁽⁸⁾

6.- Estudios Baritados Gastrointestinales.

Proveen una información indirecta ya que muestran un desplazamiento de la porción gastrointestinal en donde se localiza la tumoración. Dan un porcentaje muy alto de certeza en tumoraciones pancreáticas, ya que en esos casos, el marco duodenal se amplía, se hace medial como resultado de una compresión y es llamado signo de la "almohadilla", otros fenómenos similares pueden suceder con otras tumoraciones retroperitoneales.

7.- Linfangiografía.

Es utilizada en la investigación de linfomas retroperitoneales, particularmente para hacer el diagnóstico de la extensión de nódulos linfáticos comprometidos con el propósito de determinar el estudio y la terapia. Este procedimiento es reemplazado por la ultrasonografía⁽⁵⁾ y la tomografía.⁽⁹⁾

1.- MOTIVO DEL ESTUDIO.

En el Hospital Infantil de México, Dr. Federico Gómez, se han efectuado revisiones aisladas de Tumores Intraperitoneales (Hepatoblastomas, Hepatocarcinomas, Linfomas No Hodgkin, Duplicaciones intestinales), sin comparar cifras y comportamiento. Considerando importante revisar manifestaciones clínicas, de laboratorio y de gabinete de dichos tumores en los niños; lo que nos permitirá conocer un diagnóstico más seguro en cada patología, proporcionando la debida información temprana que facilite dicho diagnóstico y consecuentemente manejo y pronóstico de los pacientes con tales afecciones.

2.- E S T R A T E G I A S

Fueron revisados los expedientes entre el lapso comprendido de Enero de 1970 hasta Enero de 1980, en los que el diagnóstico de egreso fué tumoración abdominal. No se utilizó material biológico ni se hicieron pruebas de laboratorio.

Se estudiaron exclusivamente los expedientes analizando en ellos los datos que con mayor frecuencia se presentaron desde el punto de vista clínico, así como las manifestaciones en los diferentes exámenes de gabinete y las alteraciones encontradas en los exámenes de laboratorio. No fueron tomadas las

historias de pacientes en los cuales no tenían diagnóstico histológico definitivo; ni aquéllos que salieron a petición familiar y ni los que fueron referidos de otras Instituciones con el diagnóstico establecido para terapia.

3.- DISEÑO DEL EXPERIMENTO

Se analizaron los siguientes parámetros en todos los expedientes seleccionados:

- 3.1.- Antecedentes familiares de tumores abdominales.
- 3.2.- Sexo.
- 3.3.- Edad.
- 3.4.- Tiempo de evolución.
- 3.5.- Historia de fiebre.
- 3.6.- Manifestaciones:
 - a) Generales: como pérdida de peso, hiporexia, fiebre, palidez, etc.
 - b) Locales: Crecimiento abdominal, ascitis, etc.
 - c) Específicos: Hematuria, suboclusión y oclusión intestinal, ictericia, hematoquezia, melena, etc.
- 3.7.- Localización clínica de ingreso.
 - a) Intraperitoneal.
 - b) Retroperitoneal.
- 3.8.- Localización por cuadrantes.

3.9.- Si ocupa la fosa renal.

3.10.- Presencia de hipertensión arterial sistémica.

3.11.- Exploración abdominal:

- a) Aumento de volumen.
- b) Superficie: Lisa, lobulada, etc.
- c) Consistencia: Dura, blanda, etc.
- d) Dolor.
- e) Quística.
- f) Movilidad.
- g) Si hace cuerpo con algún órgano.
- h) Si pasa o no la línea media.
- i) Si está fija a planos profundos o a la piel.

3.12.- De laboratorio:

- a) Anemia.- Por debajo de 12.5 grs. de hemoglobina.
- b) Leucocitosis: Dependiendo de la edad.
- c) Alteraciones de la coagulación o de las plaquetas.
- d) Alteraciones en el examen general de orina.
- d) Alteraciones de pruebas funcionales hepáticas.
- f) Alteraciones de la urea, creatinina o ácido úrico.

3.13.- De gabinete:

- a) En tórax: Derrame
Metastasis
Infección.
- b) En Abdomen: Rx. simple
Urografía excretora.
Venocavografía

Ultrasonografía

Hepatogammagramma.

Tránsito intestinal.

Colon por enema.

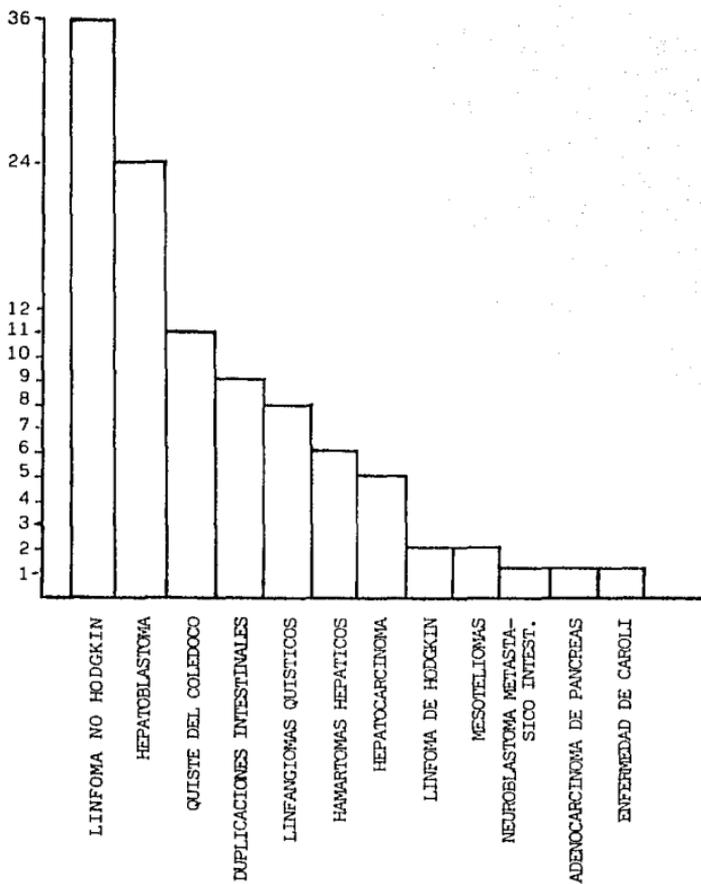
3.14.- Tiempo de efectuar el diagnóstico.

4.- R E S U L T A D O S

Se analizaron 250 expedientes clínicos con el diagnóstico de tumores abdominales, de los cuales 106 (42.4%) fueron Tumores Intraperitoneales; de éstos por orden de frecuencia se detallan de la siguiente manera:

<u>No. DE CASOS</u>	<u>D I A G N O S T I C O</u>	<u>PORCENTAJE</u>
36	LINFOMA NO HODGKIN	33.97
24	HEPATOBLASTOMA	22.64
11	QUISTE DEL COLEDOCO	10.38
9	DUPLICACIONES INTESTINALES	8.49
8	LINFANGIOMAS QUISTICOS	7.54
6	HAMARTOMAS HEPATICOS	5.67
5	HEPATOCARCINOMA	4.71
2	LINFOMA DE HODGKIN	1.89
2	MESOTELIOMAS	1.89
1	NEUROBLASTOMA METASTASICO INTST.	0.94
1	ADENOCARCINOMA DE PANCREAS	0.94
1	ENFERMEDAD DE CAROLI	0.94
<hr/>		
TOTALES: 106		100.00%

INCIDENCIA DE TUMORES INTRAPERITONEALES



4.1.- LINFOMA NO HODGKIN.

SEXO.

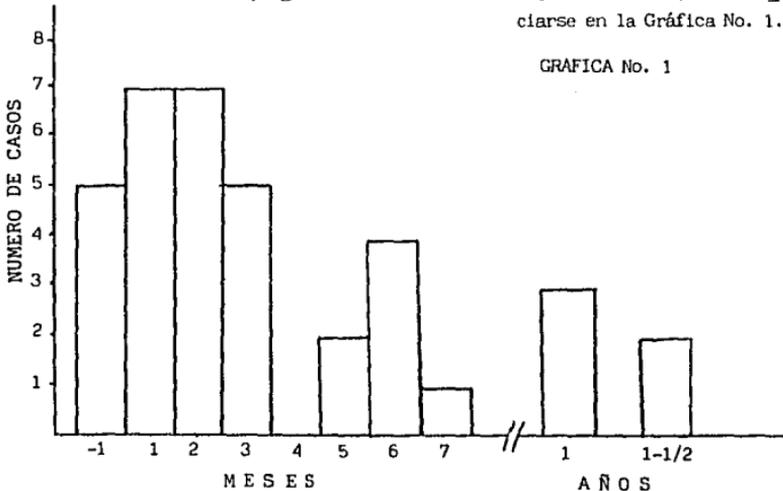
De los 36 casos de este tumor, 29 casos corresponden al sexo masculino, dando un porcentaje de 80.5% y 7 casos al sexo femenino, con un 19.5%. (Tabla No. 1)

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	29	80.5
FEMENINO	7	19.5

TABLA No. 1

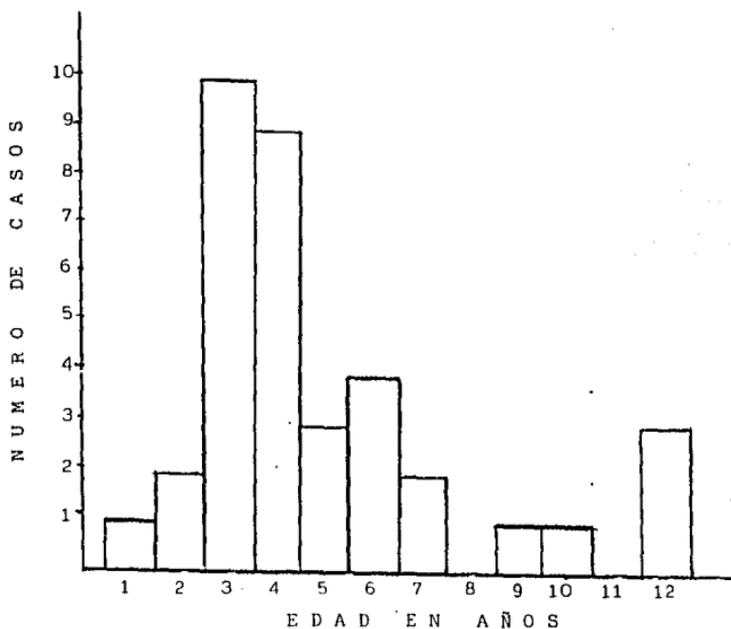
TIEMPO DE EVOLUCION.

El tiempo de evolución varió desde pacientes que tenían menos de un mes hasta 1 a 6/12, siendo la máxima incidencia de 1 y 2 meses (14 casos = 38.89%), declinando progresivamente hasta el año y medio. Como puede apreciarse en la Gráfica No. 1.



EDAD.

La edad máxima fué de 12 años y la mínima fué de 1 año. El 80.55% fueron menores de 6 años, con el mayor número de casos de los 3 a 4 años (52.77%). Ver Gráfica No. 2



GRAFICA No. 2

MANIFESTACIONES GENERALES.

Dentro de las manifestaciones generales en niños con Linfoma No Hodgkin tenemos que el mayor porcentaje correspondió al dolor, totalizando un número de 28 casos con un 78%.

Siguiendo en orden de frecuencia hiporexia (75%), palidez (72%), fiebre (70%), pérdida de peso (70%) y vómitos (40%). Ver Tabla No. 2

MANIFESTACIONES GENERALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE:
DOLOR	28	78
HIPOREXIA	27	75
PALIDEZ	26	72
PIEBRE	25	70
PERDIDA DE PESO	25	70
VOMITOS	17	48

TABLA No. 2

MANIFESTACIONES LOCALES.

Como manifestaciones locales se encontró que el crecimiento abdominal fue el principal signo con un total de 29 casos correspondientes al 80.5% y en segundo lugar ascitis con 10 casos dando 28%. Ver Tabla No. 3

MANIFESTACIONES LOCALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE:
CRECIMIENTO ABDOMINAL	29	80.5
ASCITIS	10	28.0

TABLA No. 3

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS.

De estas la de mayor porcentaje fué la suboclusión intestinal con un 14%, siguiéndole en frecuencia la oclusión intestinal (11%), invaginación (11%), hematoquezia (8.3%) y por último la ictericia con 5.5%. Ver Tabla No. 4.

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SUB-OCCLUSION INTESTINAL	5	14
OCCLUSION INTESTINAL	4	11
INVAGINACION INTESTINAL	4	11
HEMATOQUEZIA	3	8.3
ICTERICIA	2	5.5

TABLA No. 4

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESO.

Debido a las características del tumor no hubo duda en que el 95% correspondían a la localización intraperitoneal; sin embargo, el 5.5% el diagnóstico fue retroperitoneal ya que tenía características como tal. Ver Tabla No.5

LOCALIZACION AL INGRESO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
INTRAPERITONEAL	34	94.5
RETROPERITONEAL	2	5.5

TABLA No. 5

LOCALIZACION POR CUADRANTES.

Distribuyéndose por cuadrantes de la siguiente manera: Mesogastrio (45%), Flanco derecho (45%), Epigastrio (28%), Flanco Izquierdo (25%), Hipocondrio Izquierdo (19%), Fosa Iliaca Derecha (17%), Fosa Iliaca Izquierda (14%), Hipocondrio Derecho (11%) e Hipogastrio (8%). Ver Figura 1.

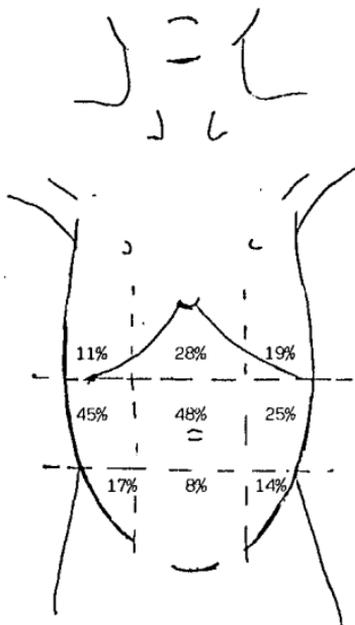


FIGURA No. 1

LOCALIZACION EN FOSA RENAL:

Solamente 9 casos (25%) dieron la impresión de ocupar la fosa renal y todos correspondieron a linfoma. Ver Tabla No.6.

LOCALIZACION EN FOSA RENAL:

LOCALIZACION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE:
FOSA RENAL	9	25

TABLA No. 6

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA DEL ABDOMEN.

En el primer término correspondió a un aumento en el volumen en el abdomen (89%) seguido por una consistencia dura (83%); superficie lobulada (80%), y otras características derivadas de su aumento de volumen como pueden verse en Tabla No. 7

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	32	89
SUP. REGULAR Y LISA	7	19
SUPERFICIE LOBULADA	29	80
CONSISTENCIA BLANDA	2	6
CONSISTENCIA DURA	30	83
DOLOROSA	15	42
MOVIL	13	36
CUERPO CON OTROS ORGANOS	19	53
FIJA A PLANOS PROFUNDOS	21	58

TABLA No. 7

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO:

Dentro de los exámenes de laboratorio se encontraron cifras de hemoglobina por debajo de 12.5 gr en un 44% y leucocitosis en un 25%; estas cifras fueron comparadas con las tablas por edad existentes. Entre otras alteraciones tenemos examen general de orina en un 17% y el de ácido úrico en un 14%. No fueron significativas las pruebas funcionales hepáticas ni alteraciones en la coagulación. Ver Tabla No. 8

EXAMEN LABORATORIO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE:
ANEMIA	16	44
LEUCOCITOSIS	9	25
GENERAL DE ORINA	6	17
ACIDO URICO	5	14
ALTERACION COAGULACION	1	3
PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS	2	6

TABLA Nq. 8

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE:

Entre estas consideraciones tenemos la Rx. de tórax y los estudios radiográficos simples y con contrastes correspondientes al abdomen y además ecograma hepatogramma; así como también estudios de médula ósea, los cuales se detallan en las Tablas Nos. 9, 10 y 11.

ALTERACIONES EN LA Rx. DE TORAX:

TORAX	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
METASTASIS	11	30
INFECCION	9	25
DERRAME	3	8

TABLA No. 9

ALTERACIONES EN LA Rx. ABDOMEN:

ABDOMEN	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Rx SIMPLE	19	53
UROGRAFIA	12	33
TRANSITO INTESTINAL	9	25
VENOCAVOGRAFIA	5	14
COLON POR ENEMA	3	8
ECOGRAMA	2	6
HEPATOGAMMAGRAMA	1	3

TABLA No. 10

ALTERACIONES EN LA MEDULA OSEA:

MEDULA OSEA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
NORMAL	12	33
ANORMAL	8	22

TABLA No. 11

FORMA DE TOMA DE BIOPSIA PARA EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

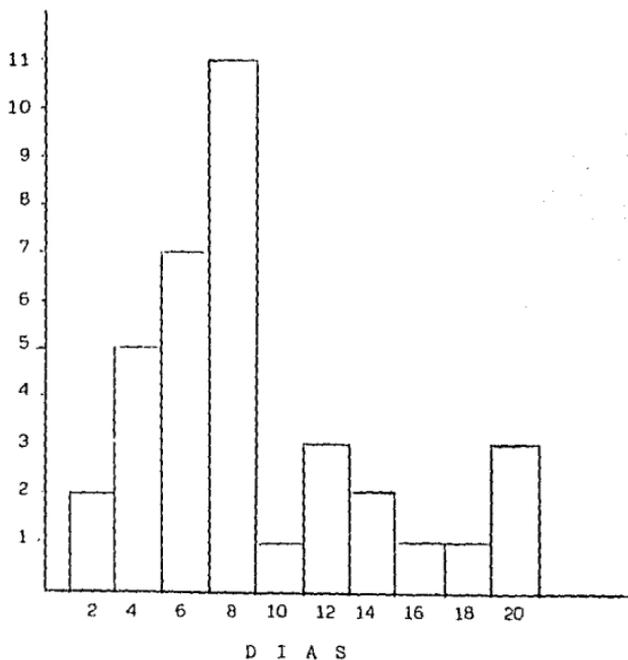
El mayor porcentaje de diagnóstico definitivo para biopsia fue por medio de laparatomía correspondiendo el 86% y el resto, 14% correspondió a punción pleural y toma de ganglio periférico. Ver Tabla No. 12.

BIOPSIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
LAPARATOMIA	31	86
GANGLIO PERIFERICO	3	8
PUNCION PLEURAL	2	6

TABLA No. 12

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE
HASTA EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DEFINITIVO.

El diagnóstico histológico se efectuó en un tiempo mínimo de 2 días y máximo de 22 días. Estando diagnosticados el 69.4% los primeros 8 días. Ver Gráfica No. 3.



GRAFICA No. 3

4.2.- HEPATOBLASTOMA.

SEXO.

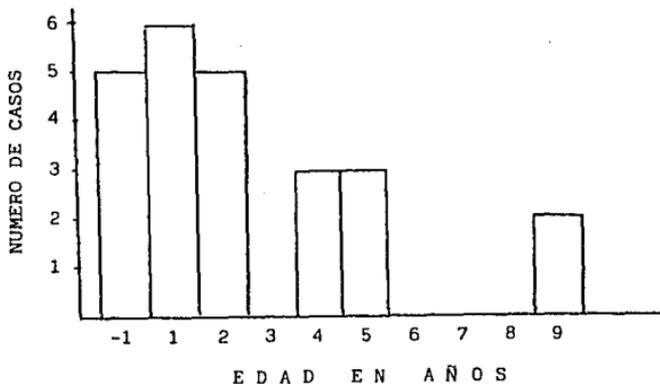
De los 24 casos de este tumor, 15 correspondieron al sexo masculino dando un 62.5% y 9 al sexo femenino (37.5%). Ver Tabla No. 1

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	15	62.5
FEMENINO	9	37.5

TABLA No. 1

EDAD.

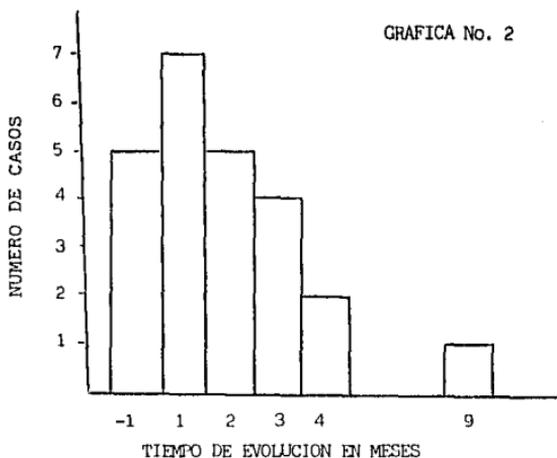
La edad máxima fue de 9 años y la mínima menor de un año, dando 8.3% y 20.8%, respectivamente. Siendo el grupo mayor de pacientes diagnosticados antes de los 2 años de edad correspondiendo a un 66.6%. Ver Gráfica No.1



GRAFICA No. 1

TIEMPO DE EVOLUCION

El tiempo de evolución varió desde menos de un mes hasta los 9 meses, estando el mayor número de casos en un mes de evolución (19.4%) y agrupándose el mayor número de casos en los primeros 4 meses (97.2%). Ver Gráfica No. 2.



MANIFESTACIONES GENERALES

Dentro de las manifestaciones generales en niños con Hepatoblastoma vemos que el mayor porcentaje a la pérdida de peso (22 casos que equivalen a un 91.6%); siguiendo en orden de frecuencia: fiebre (87.5%), hiporexia (87.5%) y palidez (83.3%). Ver Tabla No. 2.

MANIFESTACIONES GENERALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PERDIDA DE PESO	22	91.6
FIEBRE	21	87.5
HIPOREXIA	21	87.5
PALIDEZ	20	83.3

TABLA No. 2

MANIFESTACIONES LOCALES:

Como manifestaciones locales se encontró que el crecimiento abdominal fue el principal signo con un total de 23 casos correspondiente a 95.8% y en segundo lugar la ascitis con un porcentaje de 33.3%. Ver Tabla No. 3.

MANIFESTACIONES LOCALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CRECIMIENTO ABDOMINAL	23	95.8
ASCITIS	8	33.3

TABLA No. 3

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS:

Entre éstas sólo se presentó una y fue la ictericia con un total de 12 casos, representando un 50%.

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESAR AL HOSPITAL:

La mayor parte de los casos estaban comprendidos en la localización intraperitoneal en el 87.5%, y hubo un 12.5% de diagnósticos como retroperitoneales al ingreso, quizá por su comportamiento como tal. Ver Tabla No. 4

LOCALIZACION AL INGRESO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
INTRAPERITONEAL	21	87.5
RETROPERITONEAL	3	12.5

TABLA No. 4

LOCALIZACION POR CUADRANTES:

Distribuyéndose por cuadrantes de la siguiente manera: Hipocondrio Derecho (91.0%), el 58.3% el Flanco Derecho, Epigastrio (37.5%), Fosa Iliaca Derecha (12.5%), Hipocondrio Izquierdo (8.3%) y Mesogastrio (4.16%). Ver Figura No. 1

LOCALIZACION EN FOSA RENAL:

Solamente 3 casos que corresponden al 12.5% dieron la impresión de ocupar la fosa renal. Ver Tabla No. 5.

LOCALIZACION POR CUADRANTES DEL HEPATOBLASTOMA:

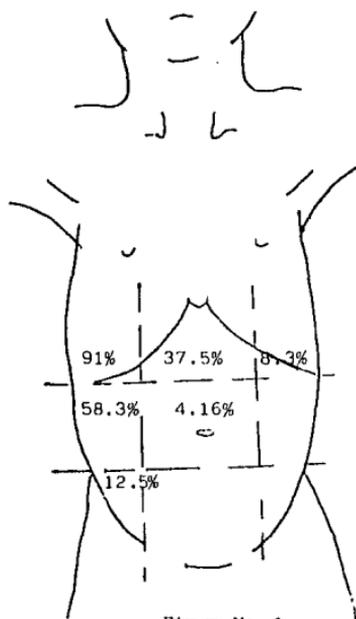


Figura No. 1

LOCALIZACION EN FOSA RENAL:

LOCALIZACION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FOSA RENAL	3	12,5%

TABLA No. 5

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA DEL ABDOMEN:

En el primer término correspondió a un aumento en el volumen del abdomen (100%), seguido por una consistencia dura (87.5%), lobulada (58.3%) y otras características de su crecimiento como puede verse en la Tabla No. 6.

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	24	100
CONSISTENCIA DURA	21	87.5
SUPERFICIE LOBULADA	14	58.3
SUPERFICIE LISA Y REGULAR	13	54.1
DOLOROSA	9	37.5
QUISTICA	1	4.1
MOVIL	1	4.1
CONSISTENCIA BLANDA	3	12.5

TABLA No. 6

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO:

La principal alteración en los exámenes de laboratorio fue la leucocitosis, la cual representó un 95.8%, seguida de anemia (91.6%), pruebas funcionales hepáticas en un 50%, examen general de orina 16.6%, y por último alteraciones de trastornos de la coagulación en un 12.5%. Ver Tabla No. 7

EXAMEN DE LABORATORIO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
LEUCOCITOSIS	23	95.8
ANEMIA	22	91.6
PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS	12	50
EXAMEN GENERAL DE ORINA	4	16
ALTERACIONES DE LA COAGULACION	3	12.5

TABLA No. 7

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE:

Rx. simple de tórax y abdomen y estudios con contraste más ecograma y hepatogramma, detallándose en las Tablas No. 8 y 9. De estos estudios el más alterado fué la Rx. de abdomen con un 91.6%, seguido por hepatogramma que mostró defectos de captación en un 50% y las Rx. simple de tórax mostrando derrame en un 20.8%.

ALTERACIONES EN LA Rx. DE TORAX

TORAX	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
METASTASIS	10	41.6
DERRAME	5	20.8
INFECCION	3	12.5

TABLA No. 8

ALTERACIONES EN LA RX. DE ABDOMEN

ABDOMEN	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
RX. SIMPLE	22	91.6
HEPATOGAMMAGRAMA	12	50
ECOGAMA	4	16.6
UROGRAFIA EXCRETORA	4	16.6
VENOCAVOGRAFIA	7	29.1
TRANSITO INTESTINAL	3	12.5

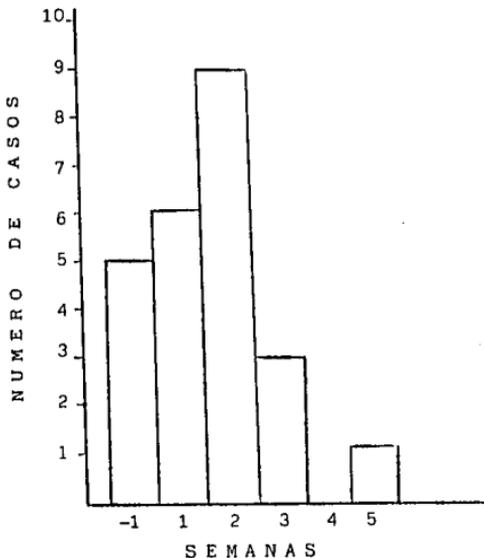
TABLA No. 9

FORMA DE TOMA DE BIOPSIA PARA EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

En todos los casos se le efectuó por laparatomía.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE
HASTA EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DEFINITIVO:

El diagnóstico histológico se efectuó en un tiempo mínimo menor de 7 días y en un tiempo máximo de 5 semanas. Diagnosticándose la mayoría de los casos en un tiempo menor de 2 semanas, correspondiendo a 20 casos lo que conlleva a un porcentaje de 83.3%. Ver Gráfica No. 3



4.3.- DILATACION IDIOPATICA DEL COLEDOCO.

SEXO.

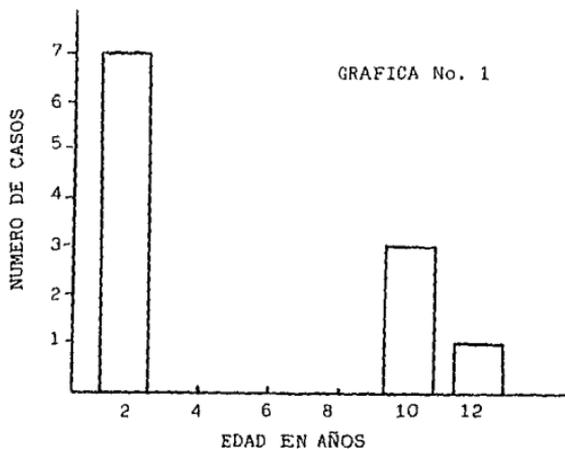
De los 11 casos de este tumor 10 casos correspondieron al sexo femenino (91%) y un solo caso al sexo masculino correspondiendo al 9%. Ver Tabla No. 1.

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	10	91
MASCULINO	1	9

TABLA No. 1

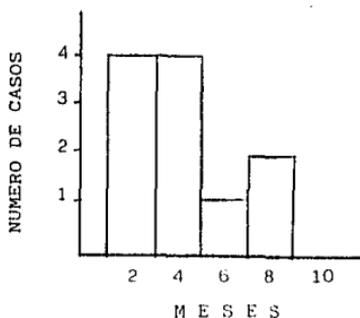
EDAD:

La máxima edad para el diagnóstico fue de 12 años y la mínima de 2 años, siendo el mayor número de casos diagnosticados a los 2 años de edad siendo el porcentaje de 63.6. Ver tabla No. 2.



TIEMPO DE EVOLUCION

El tiempo de evolución varió desde 2 a 8 meses teniendo la mayoría de los casos de 2 a 4 meses de evolución con un porcentaje de 72.7%. Ver Gráfica No. 2.



GRAFICA No. 2

MANIFESTACIONES GENERALES.

Entre éstas, la de mayor porcentaje fue la de hiporexia con un 63.3%, siguiéndole la palidez y pérdida de peso con 36.3%, respectivamente y por último fiebre y el dolor 27.2% cada una. Ver Tabla No. 2

MANIFESTACIONES GENERALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
HIPOREXIA	7	63.3
PALIDEZ	4	36.3
PERDIDA DE PESO	4	36.3
FIEBRE	3	27.2
DOLOR	3	27.2

TABLA No. 2

MANIFESTACIONES LOCALES:

Como manifestaciones locales, se encontró que la mayor frecuencia, 9 casos fue para crecimiento abdominal con 81.8% seguido de ascitis 9%. Ver Tabla No. 3.

MANIFESTACIONES LOCALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CRECIMIENTO ABDOMINAL	9	81.8
ASCITIS	1	9.0

TABLA No. 3

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS:

La única de éstas fue la ictericia: 7 casos 63.6%.

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESO:

El 91% de los casos fue intraperitoneal y el resto que corresponde al 9% se diagnosticó como retroperitoneal por su comportamiento como tal, pero se trataba de tumoración intraperitoneal. Ver Tabla No. 4

LOCALIZACION AL INGRESO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
INTRAPERITONEAL	10	91
RETROPERITONEAL	1	9

TABLA No. 4

LOCALIZACION POR CUADRANTES:

Distribuyéndose por cuadrantes de la siguiente manera:
60% Hipocondrio Derecho, 30% Flanco Derecho, 20% Mesogastrio, -
10% Epigastrio y 10% en Fosa Iliaca Derecha. Ver Figura No.1.

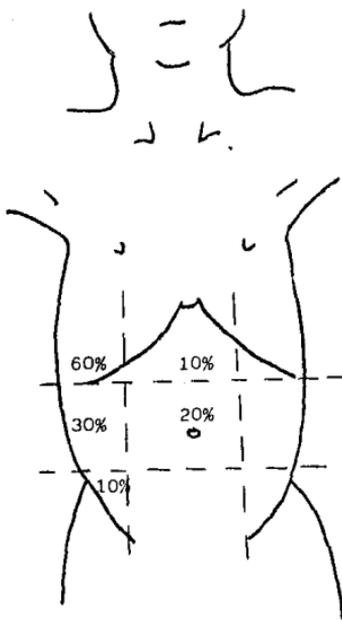


Figura No. 1

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA DEL ABDOMEN:

Aumento de volumen fue el hallazgo mas frecuente (81.1%), siguiéndole superficie lisa y regular (54.5%) haciendo cuerpo con otros órganos (54.5%), consistencia blanda y quística (45.4%), móvil (36.3%) y dolor 27.2% y el resto con menos datos significativos como se muestra en la Tabla No. 5.

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	9	81.8
SUPERFICIE LISA Y REGULAR	6	54.5
CUERPO CON OTROS ORGANOS	6	54.5
CONSISTENCIA BLANDA Y QUISTICA	5	45.4
MOVIL	4	36.3
DOLOROSO	3	27.2
FIJA A PLANOS PROFUNDOS	3	27.2
CONSISTENCIA DURA	2	18.1
SUPERFICIE LOBULADA	1	9.0

TABLA No. 5

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO:

La principal alteración fue sobre las pruebas funcionales hepáticas con un 63.6%, siguiéndole la leucocitosis de un 45.4%, anemia 27.2%, trastornos de la coagulación y plaquetas 18.1 y en el examen general de orina 9%. Ver Tabla No. 6

EXAMENES DE LABORATORIO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS	7	63.6
LEUCOCITOSIS	5	45.4
ANEMIA	3	27.2
ALTERACIONES DE COAGULACION	2	18.1
EXAMEN GENERAL DE ORINA	1	9.0

TABLA No. 6

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE:

Solamente se tomaron simple y con contraste de abdomen resultando la más alterada la radiografía simple con un 45.4%, siguiéndole el tránsito intestinal con un 27.2%, colangiografía transoperatoria y ecograma 18.1% cada uno. Hepatogramma resultó con defectos de captación en 9%. Ver Tabla No. 7.

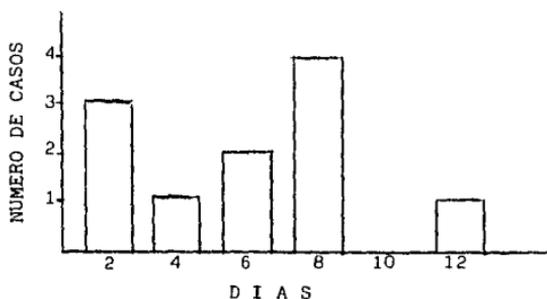
ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE:

ABDOMEN	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
RX. SIMPLE	5	45.4
TRANSITO INTESTINAL	4	36.3
VENOCAVOGRAFIA	3	27.2
COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA	2	18.1
ECOGRAMA	2	18.1
HEPATOGAMMAGRAMA	1	9.0

TABLA No. 7

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE HASTA EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DEFINITIVO:

Con un tiempo mínimo de 2 días y máximo de 12 días, siendo la mayor parte de los casos diagnosticados antes de los 8 días, con un porcentaje de 90%. Ver Gráfica No. 3.



GRAFICA No. 3

4.4.- DUPLICACIONES INTESTINALES.

SEXO.

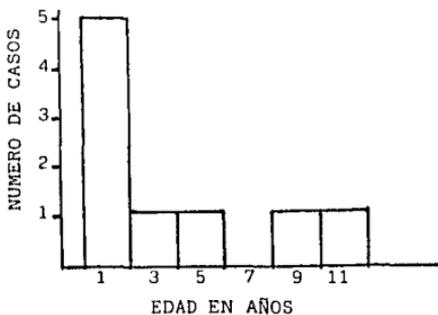
De los 9 casos de duplicaciones intestinales 5 correspondieron al sexo femenino (56%) y masculino 4 casos (44%). Ver Tabla No. 1.

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	5	56
MASCULINO	4	44

TABLA No. 1

EDAD.

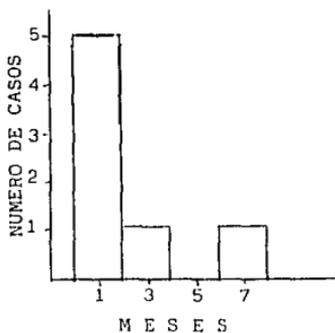
La máxima edad para el diagnóstico fue de 11 años representada por un solo caso (12%) y la mínima 1 año, incluyendo 3 recién nacidos de menos de 2 semanas de edad, representado por 5 casos (56%). Ver Gráfica No. 1



GRAFICA No. 1

TIEMPO DE EVOLUCION:

El tiempo de evolución fue de 1 a 7 meses, representado en un mes de evolución la mayoría de ellos en 5 casos (56%). Ver Gráfica No. 2.



GRAFICA No. 2

MANIFESTACIONES GENERALES:

No hubo significación estadística en las manifestaciones generales.

MANIFESTACIONES LOCALES:

Sólo hubo crecimiento abdominal en todos los 9 casos que fue representado por el 100%.

FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES ESPECIFICAS:

La más frecuentes fueron suboclusión y oclusión intestinal en el 33 y 44%, respectivamente. Ver Tabla No. 2.

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
OCLUSION INTESTINAL	4	44
SUB-OCLUSION INTESTINAL	3	33
ICTERICIA	2	22
HEMATOQUEZIA	1	11
MELENA	1	11

TABLA No. 2

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESO:

Todas las tumoraciones eran intraperitoneales.

LOCALIZACION POR CUADRANTES:

La mayor incidencia correspondió al Flanco Derecho 44%, al Flanco Izquierdo 33%, Mesogastrio 22%, Hipocondrio Izquierdo 22%, Fosa Iliaca Derecha 22%, Hipocondrio Derecho 11%. Ver Figura No. 1.

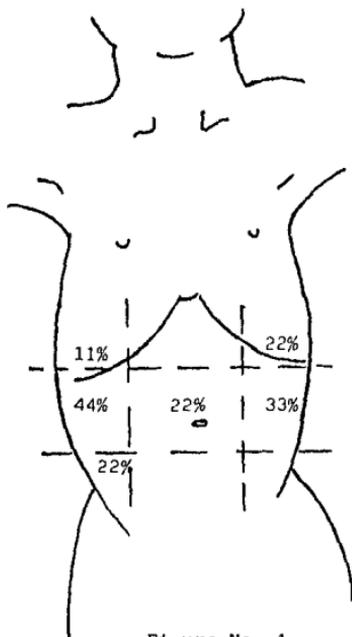


Figura No. 1

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA DEL ABDOMEN:

El más frecuente fue el aumento de volumen en el abdomen (100%), siguiendo el hallazgo de una tumoración abdominal de características a ver en Tabla No. 3 y por último se encontró que 4 de estos pacientes presentaron abdomen agudo los cuales no se pudo palpar la tumoración al momento del ingreso, sino en la sala de operaciones y bajo anestesia general previa a la operación en donde se pudieron definir las características físicas.

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	9	100
SUPERFICIE LISA Y REGULAR	5	55
SUPERFICIE LOBULADA	2	22
CONSISTENCIA BLANDA	3	33
CONSISTENCIA DURA	4	44
DOLOROSA	5	55
MUVIL	5	55
SI HACE CUERPO CON ALGUN ORGANO	3	33
FIJA A PLANOS PROFUNDOS	4	44
ABDOMEN AGUDO	4	44

TABLA No. 3

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO:

En primer término, se consigue que hay una alteración en el aumento en el número de leucocitos 55%, siguiéndole alteraciones en el general de orina, pruebas de funcionamiento hepáticas debido a ictericia y a septicemias ya que la mayoría de estos pacientes estaban comprendidos en edades menores de 1 mes, en el último término anemia. Ver Tabla No. 4.

EXAMENES LABORATORIO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
LEUCOCITOSIS	5	55
EXAMEN GENERAL DE ORINA	3	33
PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS	2	22
ANEMIA	1	11

TABLA No. 4

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE:

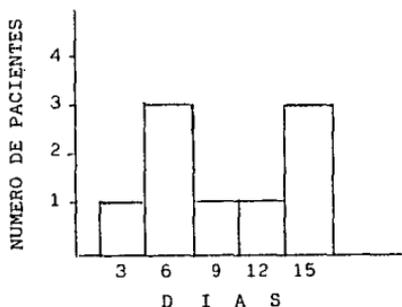
El principal examen alterado fue la radiografía simple de abdomen (77%), luego el tránsito intestinal (33%), quedando en tercer lugar el colon por enema (22%) al igual que la urografía excretora con similar porcentaje. Ver Tabla No. 5.

ABDOMEN	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
RX. SIMPLE	7	77
TRANSITO INTESTINAL	3	33
COLON POR ENEMA	2	22
UROGRAFIA EXCRETORA	2	22

TABLA No. 5

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE HASTA
EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

El tiempo máximo fué de 15 días pero éstos correspondieron a los pacientes que fueron autopsiados, y menor de 12 días a los pacientes cuyo espécimen fue quirúrgico. Gráfica No. 3



GRAFICA No. 3

4.5.- LINFANGIOMAS QUISTICOS INTESTINALES.

SEXO.

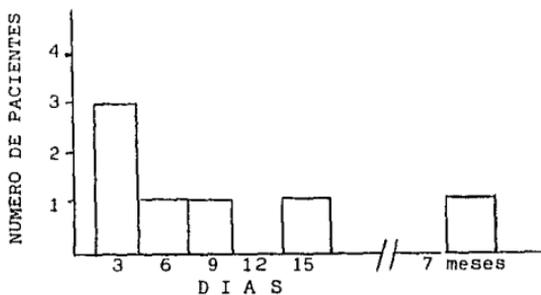
De los 8 casos en total de este padecimiento, 5 casos correspondieron al sexo masculino, dando un porcentaje del 62% y 3 casos al sexo femenino con 38%. Ver Tabla No. 1.

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	5	62
FEMENINO	3	38

TABLA No. 1

TIEMPO DE EVOLUCION.

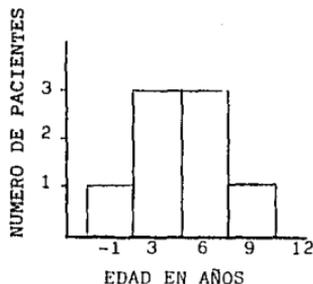
El tiempo de evolución varió desde los 3 días hasta los 7 meses, siendo la máxima incidencia durante los 9 días con un porcentaje del 62%; con casos esporádicos a los 15 días y 7 meses. Ver Gráfica No. 1.



GRAFICA No. 1

EDAD.

La edad máxima fue de 9 años y la mínima de 6 meses, siendo el 87.5% menores de 6 años. Ver gráfica No. 2.



GRAFICA No. 2

MANIFESTACIONES GENERALES:

Dentro de las manifestaciones generales tenemos que la principal fue la fiebre con el 75%. Siguiéndole en orden de importancia la hiporexia con el 62.5% y de menos datos significativos la pérdida de peso y los vómitos con el 12%. Ver Tabla No. 2.

MANIFESTACIONES GENERALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FIEBRE	6	75
HIPOREXIA	5	62.5
PALIDEZ	3	37.5
DOLOR	2	25
VOMITOS	1	12
PERDIDA DE PESO	2	25

TABLA No. 2

MANIFESTACIONES LOCALES.

De éstas sólo hubo una y fue el crecimiento abdominal en 7 casos dando el 87.5%.

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS.

Se presentaron sólo dos de éstas, suboclusión intestinal en el 25% y oclusión intestinal 12%. Ver Tabla No. 3.

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS	NUMERO DE CASOS	FORCENTAJE
SUBOCLUSION INVESTINAL	2	25
OCLUSION INTESTINAL	1	12.5

TABLA No. 3

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESO.

Todas fueron diagnosticadas intraperitoneales, igual al 100%.

LOCALIZACION POR CUADRANTES.

La mayor distribución de estas tumoraciones correspondió a los cuadrantes: flanco derecho, mesogastrio, hipogastrio y fosa iliaca derecha, correspondiendo a un 25% ya que los diagnósticos histológicos fueron: Quistes de mesenterio, epiplón y porción terminal de ileón. Ver Figura No. 1.

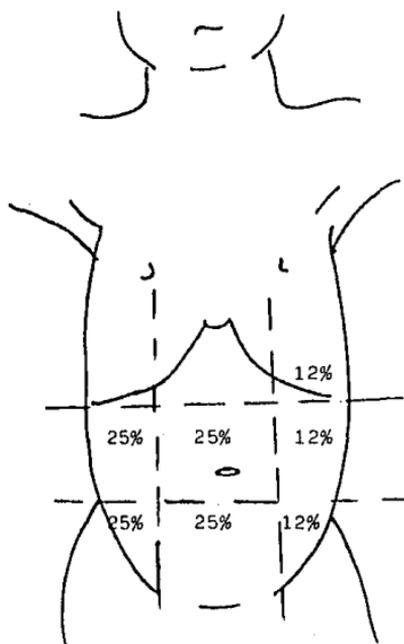


FIGURA No. 1

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA DEL ABDOMEN.

El signo principal fue el aumento de volumen en el 100% de los casos, seguido por una tumoración móvil y dolorosa en el 62.5%. Ver Tabla No. 4

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	8	100
MOVIL	5	62.5
DOLOROSA	5	62.5
FIJA A PLANOS PROFUNDOS	4	50
QUISTICA	4	50
SUP. LISA Y REGULAR	3	37.5
SUPERFICIE LOBULADA	3	37.5
CONSISTENCIA BLANDA	3	37.5
CONSISTENCIA DURA	2	25
HACIENDO CUERPO CON OTROS ORGANOS	3	37.5

TABLA No. 4

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO.

No se tomaron en cuenta debido a que no hubo significación estadística.

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE.

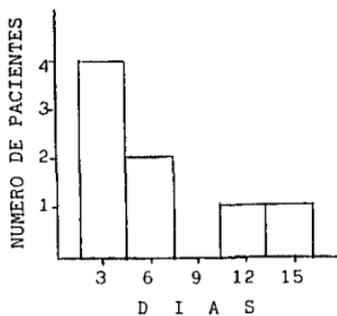
La más significativa fue la radiografía simple de abdomen en el 75% de alteración, siguiéndole la venocavografía en el 25% y menos significativo fueron el colon por enema y la urografía excretora en el 12.5% cada uno. Ver Tabla No. 5.

ABDOMEN	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
RX. SIMPLE	6	75
VENOCAVOGRAFIA	2	25
COLON POR ENEMA	1	12.5
UROGRAFIA EXCRETORA	1	12.5

TABLA No. 5

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO HASTA EL
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DEFINITIVO

La mayoría de los diagnósticos se hicieron a los 3 días de su ingreso con el 50% de los casos. Ver Gráfica No. 3.



GRAFICA No. 3

4.6.- HAMARTOMAS HEPATICOS.

SEXO.

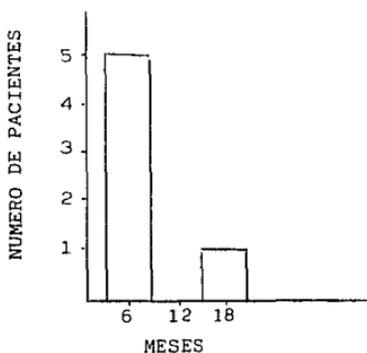
De los 6 casos 4 fueron del sexo masculino totalizando un 66.6% y 2 casos al sexo femenino en el 33.4%. Ver Tabla No.1.

S E X O	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	4	66.6
FEMENINO	2	33.4

TABLA No. 1

EDAD.

La mayor incidencia se apreció en los primeros 6 meses de edad con el 83.3% siendo el de menor edad entre estos de 10 días. El 16.7% correspondió a la edad de la 6/12. Ver Gráfica No. 1.



GRAFICA No. 1.

TIEMPO DE EVOLUCION.

El tiempo de evolución varió de 3 días a 3 meses no habiendo significación estadística en estos casos.

MANIFESTACIONES GENERALES.

Siendo las principales la fiebre y la hiporexia con el 33.3% cada una y la pérdida de peso en el 16%. Ver Tabla No.2

MANIFESTACIONES GENERALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PIEBRE	2	33.3
HIPOREXIA	2	33.3
PERDIDA DE PESO	1	16.0

TABLA No. 2

MANIFESTACIONES LOCALES.

La más evidente fue el crecimiento abdominal con el 83.3%, y sólo un caso con ascitis, correspondiéndole el 16.7%. Ver Tabla No. 3.

MANIFESTACIONES LOCALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CRECIMIENTO ABDOMINAL	5	83.3
ASCITIS	1	16.7

TABLA No. 3

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS.

Sólo se presentó una y fue un caso de suboclusión lo que representa el 16%.

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESO AL HOSPITAL.

Predominó la localización intraperitoneal en el 84% y una sola retroperitoneal en el 16%, pero al final se corroboró que también fué intraperitoneal. Ver Tabla No. 4.

LOCALIZACION AL INGRESO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
INTRAPERITONEAL	5	84
RETROPERITONEAL	1	16

TABLA No. 4

LOCALIZACION EN FOSA RENAL.

Solamente tres casos que corresponde al 50% pero todos fueron intraperitoneales correspondiendo a hamartomas hepáticos. Ver Tabla No. 5.

LOCALIZACION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
FOSA RENAL	3	50

TABLA No. 5

LOCALIZACION POR CUADRANTES

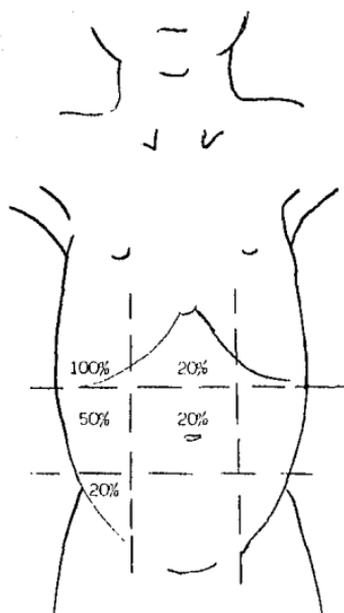


FIGURA No. 1

LOCALIZACION POR CUADRANTES.

Como se puede apreciar en la gráfica, el 100% correspondió a hipocondrio derecho y el 50% en flanco del mismo lado y en menos importancia en epigastrio, mesogastrio y fosa iliaca derecha en el 20%, debido a lo grande de las tumoraciones que abarcaban los demás cuadrantes.

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA EN EL ABDOMEN.

El principal hallazgo fue el aumento de volumen en el 100% de los casos, siguiendo en importancia la consistencia dura en el 83.3%; superficie lisa y regular en el 66.6% y superficie lobulada en el 33.3%. Ver Tabla No. 6.

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	6	100
CONSISTENCIA DURA	5	83.3
SUPERFICIE LISA Y REGULAR	4	66.6
SUPERFICIE LOBULADA	2	33.3
CONSISTENCIA BLANDA	1	16
DOLOROSA	1	16
QUISTICA	1	16
MOVIL	1	16

TABLA No. 6

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO.

No hubo significación estadística.

ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE GABINETE.

No hubo mucha significación; sin embargo, es de importancia mencionar que estos casos si está indicada una arteriografía para precisar el compromiso vascular y poder planear la intervención quirúrgica. En nuestros pacientes sólo hubo indicación en un solo caso que correspondió al 16%. Se practicaron así otros exámenes como venocavografía, urografía excretora y sonograma, estando alterados en un 16% cada uno. Ver Tabla No. 7.

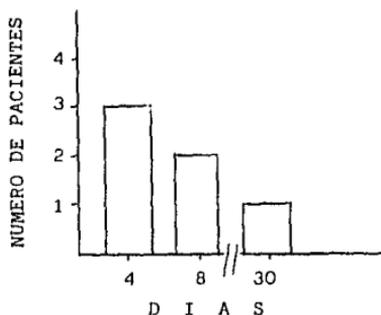
ABDOMEN	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
ARTERIOGRAFIA	1	16
SONOGRAMA	1	16
UROGRAFIA EXCRETORA	1	16
VENOCAVOGRAFIA	1	16

TABLA No. 7

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE
HASTA EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO HISTOLOGICO.

El porcentaje de los casos se diagnosticó entre los primeros 8 días con un 83.3% y hubo un solo caso que ocupó el 16.7% diagnosticado al mes de estar hospitalizado en vista de que la biopsia fue enviada al exterior (EE.UU.). Gráfica No. 2.

GRAFICA No. 2



4.7.- HEPATOCARCINOMA.

SEXO.

De los 5 casos, predominó el sexo masculino con 4 y un porcentaje del 80% y un solo caso del sexo femenino con el 20%. Ver Tabla No. 1.

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	4	80
FEMENINO	1	20

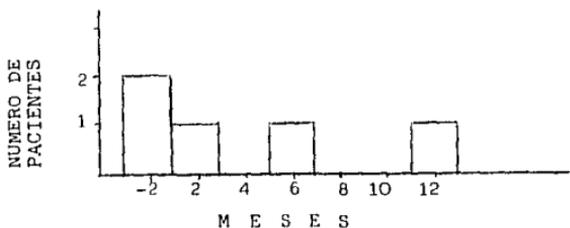
TABLA No. 1

EDAD.

No es representativa gráficamente debido a que hubo casos aislados en cada grupo de edad: 9 meses, 5a 5/12, (2) 7 a 8/12, 15 a 7/12.

TIEMPO DE EVOLUCION.

El tiempo de evolución varió desde menos de 2 meses a un año, siendo el mayor número de casos con un tiempo de evolución de los primeros 2 meses con un 60%. Ver Tabla No. 2.



GRAFICA No. 1

MANIFESTACIONES GENERALES.

Se presentaron en todos los pacientes las manifestaciones generales, tales como hiporexia, palidez, pérdida de peso y fiebre (100%).

MANIFESTACIONES LOCALES.

Como manifestaciones locales se presentaron crecimiento abdominal los 5 casos con un 100% y un solo caso con ascitis con 20%. Ver Tabla No. 2.

MANIFESTACIONES LOCALES.	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CRECIMIENTO ABDOMINAL	5	100
ASCITIS	1	20

TABLA No. 2

MANIFESTACIONES ESPECIFICAS.

Sólo hubo dos casos: uno con hipertensión arterial con el 20% y otro con ictericia con similar porcentaje.

LOCALIZACION DE LA TUMORACION AL INGRESO.

Todas fueron intraperitoneales con un 100% del porcentaje.

LOCALIZACION POR CUADRANTES.

El 100% de los casos estuvo ubicado en el hipocondrio derecho, 80% en el epigastrio, 40% en el hipocondrio izquierdo y 20% en el mesogastrio. Ver Figura No. 1.

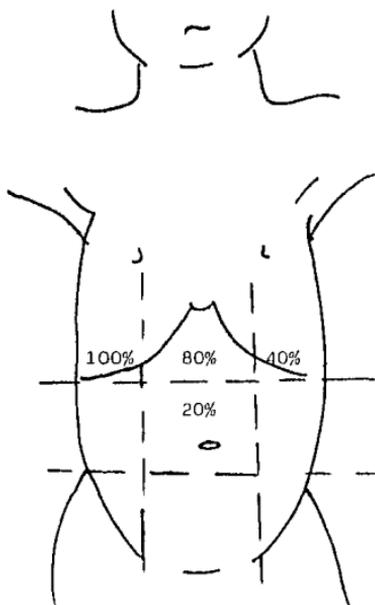


FIGURA No. 1

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION FISICA EN EL ABDOMEN.

Predominaron en un 100% el aumento de volumen y consistencia dura, superficie lobulada en el 80% dolorosa en el 40% y superficie lisa y regular en el 20%. Ver Tabla No. 3.

EXPLORACION FISICA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	5	100
CONSISTENCIA DURA	5	100
SUPERFICIE LOBULADA	4	80
DOLOROSA	2	40
SUPERFICIE LISA Y REGULAR	1	20

TABLA No. 3

MANIFESTACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO.

Las tres alteraciones más importantes fueron pruebas funcionales hepáticas, anemia y leucocitosis con un 60% cada una. Ver Tabla No. 4.

EXAMENES DE LABORATORIO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS	3	60
ANEMIA	3	60
LEUCOCITOSIS	3	60
ALTERACIONES COAGULACION	1	20

TABLA No. 4

ALTERACIONES RADIOGRAFICAS DE TORAX Y ABDOMEN.

Rx. de tórax: Derrame y metastasis representadas por un 60% cada una. Infecciones: 40%. Ver Tabla No. 5.

T O R A X	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
DERRAME	3	60
METASTASIS	3	60
INFECCIONES	2	40

TABLA No. 5

Abdomen: De estas la radiografía simple es la más representativa en un 100%, siguiéndole la venocavografía en un 80%, hepatogammagrama en un 60% y el tránsito intestinal en 40%. Ver Tabla No. 6.

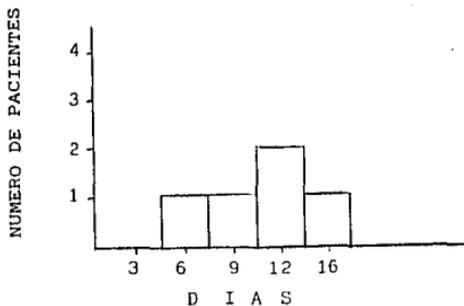
A B D O M E N	NUMERO DE CASOS	FORCENTAJE
RX. SIMPLE	5	100
VENOCVOGRAFIA	4	80
HEPATOGAMMAGRAMA	3	60
TRANSITO INTESTINAL	2	40

TABLA No. 6

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE
HASTA EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO

El mayor número de casos estuvo representado a los 12 días con un 40%; pero el 80% de los casos el diagnóstico definitivo se efectuó a los 8 días y el tiempo máximo empleado para efectuar el diagnóstico fue a los 15 días, representado por un 20%. Ver Gráfica No. 2.

GRAFICA No. 2



III.- C O N C L U S I O N E S .

- 1.- De los 250 expedientes clínicos que se revisaron, el 42.4% correspondieron a tumores intraperitoneales.
- 2.- Dentro de los tumores intraperitoneales que se analizaron predominaron de estirpe maligna ocupando los dos primeros lugares tales como el Linfoma No Hodgkin con el 33.97% y hepáticos como el hepatoblastoma en el 22.64%, haciendo un total de 56.61%.
- 3.- En todos los tumores predominó el sexo masculino, salvo en el quiste del colédoco en donde hubo predilección por el femenino.
- 4.- El Linfoma no Hodgkin ocupó el primer lugar de la lista general, predominando el sexo masculino con una relación de 4:1; con el mayor número de casos de 3 a 4 años, dando un 52.77% y el 80.55% menores de 6 años. El tiempo de evolución varió desde pacientes que tenían menos de un mes hasta 2 años, siendo la máxima incidencia de 1 a 2 meses (38.88%). La invaginación intestinal se presentó en el 11% de los casos y todas en pacientes en edad escolar. No hubo predominancia por determinados cuadrantes abdominales y la distribución fué hecha más frecuentemente en los 6 cuadrantes superiores.

- 5.- El hepatoblastoma ocupó el segundo lugar en la lista general, predominando el sexo masculino con una relación 2:1. El mayor grupo de pacientes se diagnosticaron antes de los 2 años de edad con un 66.6%. El tiempo de evolución varió desde menos de un mes hasta los 9 meses y agrupándose el mayor número de casos a los 4 meses (97.2%). Hubo predominancia por hipocondrio derecho y flanco del mismo lado, dependiendo del tamaño del tumor.

- 6.- En la dilatación idiopática del colédoco fue el único tumor en donde hubo predominancia en el sexo femenino, con una proporción 10:1. El mayor número de casos se diagnosticaron a los 2 años de edad con un porcentaje del 63.6%.
En la dilatación idiopática del colédoco el tiempo de evolución fué de 2 a 4 meses con un porcentaje del 72.7%. Hubo predominancia por el hipocondrio y flanco derechos así como el mesogastrio.

- 7.- En las duplicaciones intestinales no hubo predominancia en el sexo. El mayor número de casos fueron diagnosticados en lactantes menores con el 56%. El tiempo de evolución para la mayoría de los casos fue de un mes dando el 56%. El 77% de los casos se manifestaron como sub-oclusión y oclusión intestinal. Predominó en flanco derecho e izquierdo y mesogastrio.

- 8.- En los linfangiomas quísticos hubo predominancia del sexo

masculino en la relación 1.6:1. Respecto a la edad predominaron menores de 6 años con el 87.7% con un tiempo de evolución de 9 días y un porcentaje del 62%. Hubo predominancia por los 6 cuadrantes inferiores.

9.- Hamartomas hepáticos hubo predominancia en el sexo masculino con una relación de 2:1. La mayor incidencia se reportó en los primeros 6 meses de edad con el 83.3%. El tiempo de evolución varió de 3 días a 3 meses no habiendo significación estadística. Hubo predilección en el 100% de los casos en el hipocondrio derecho.

10.-Hepatocarcinoma hubo predominancia en el sexo masculino con una relación de 4:1. No hubo significación estadística de acuerdo a la edad. El tiempo de evolución fué de 2 meses con el 60%. Hubo predilección en el 100% de los casos en el hipocondrio derecho y el epigastrio.

11.-En el 100% de todos los tumores hubo crecimiento abdominal.

12.-En todos los tumores abdominales se efectuó el diagnóstico definitivo en los primeros 6 días.

IV.- B I B L I O G R A F I A

- 1.- Arida, E.J. and Goldstein, P.J.
Diagnosis of Congenital Renal Cysts in the Newborn; an application of total body opacification. Radiology, 83: 999-1002, 1964.
- 2.- Ducharme, J. C. and Ellis, F.
Inferior Venacavogram: An Aid in the Diagnosis of Abdominal Tumors in Children. J. Can. Assoc. Radiol. 15:38-41, 1964.
- 3.- Bearman, S. Sanders, R. C. and Oh, K. S.
B-Scan Ultrasound in the Evaluation of Pediatric Abdominal Masses, Radiology, 108:111-117, 1973.
- 4.- Dempsey, P. J.
The Role of Abdominal Sonography in Pediatric Diagnosis. Pediatr. Ann., 5:103-114, 1976.
- 5.- Goldberg, B.B., Pollack, H.M. and Kirkpatrick, J.A.
Ultrasonography: An Aid in the Diagnosis of Masses in Pediatric Patients. Pediatrics 56 : 421-428, 1975.
- 6.- Holder, T.M., Stuber, J.L. and Templeton.
Sonography as a Diagnosis aid in the Evaluation of Abdominal Masses in Infants and Children. J. Pediatric Surg. 7 : 532-537, 1972.
- 7.- Möes, C.A.F., and Burrington, J.D.
The Use of Aortography in the Diagnosis of Abdominal Masses in Children, Radiology, 98 : 59-68, 1971.

- 8.- Swischuk L. E.
Radiology of the Newborn and Young Infant. Baltimore.
The Williams and Wilkins Co., 1973. pp 339-345.

- 9.- Lee J. K. T., Stamley, R. J., Sagel, S.S., and Levitt,
R.G.
Accuracy of Computed Tomography in Detecting Intra-abdomi-
nal and Pelvis Adenopathy in Lymphoma. Am. J. Roentgenol.
131 : 311-315, 1978.

- 10.- Saenz U.
Tesis Recepcional en Pediatria H.I.M., 1981.