

11209

38



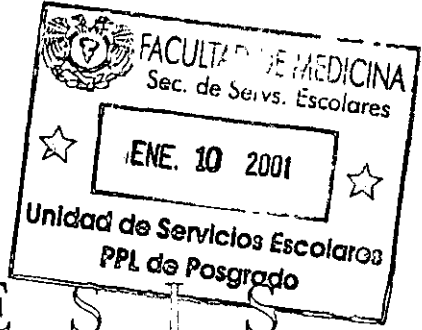
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA DIV. POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DE LA SECRETARIA DE SALUD

OBSTRUCCION INTESTINAL POR
LINFOMA NO HODKING
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO
Y REVISION EN LA LITERATURA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



T E S I S



Que Para Obtener el Título de:

LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. EDUARDO DIAZ INFANTE GONZALEZ

México, D. F.

28-6-01

2001



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.

BIBLIOTECA NACIONAL DE LA ARGENTINA

"Que el cirujano sea denodado en las cosas seguras y prudente en las cosas peligrosas. Que evite todos los tratamientos y las prácticas defectuosas. Será bondadoso con el enfermo, considerado con sus colegas y cauteloso en -- sus pronósticos. Que sea modesto, digno, cortés, compasivo y misericordioso no será avaro, no amará demasiado el dinero, no lo exigirá por la fuerza; - en vez de ello recibirá la paga justa segun el trabajo que haya hecho, los - medios del paciente, las característi- cas del problema tratado y su propia - dignidad."

Gug De Chaulial
(1300-1370)

A MIS PADRES:

De quien sin su ayuda hubiera
sido inalcanzable mi meta.
Mi más profundo agradecimien-
to.

A MIS HERMANOS:

De quienes me siento orgulloso
y los amo profundamente.

A MIS ABUELITAS:

Por su amor a raudales.

A LA FAMILIA MORFIN GONZALEZ:

Quienes me dieron su apoyo y extendieron la mano en los momentos más difíciles de mi preparación. Un gran cariño para esta familia.

A LOS ENFERMOS DEL HOSPITAL GENERAL:

Por su sencillez, paciencia y porque su agradecimiento no tiene límites.

A MIS MAESTROS:

Dr. Rolando Borges
Dr. Oscar Dávila
Dr. Víctor Manuel de la Chica
Dr. Miguel del Castillo
Dr. Enrique Fernández Hidalgo
Dr. Sergio González
Dr. Fernando Mainero
Dr. José de Jesús Martínez Robles
Dr. Héctor Hugo Rivera
Dr. Salvador Rodríguez
Dr. Fernando Romero
Dr. Ramón Vázquez Ortega

De quienes he recibido sus certeros consejos y su desinteresada ayuda.

Mi especial agradecimiento a los Doctores José de Jesús Martínez Robles y Enrique Fernández Hidalgo quienes me asesoraron en forma especial en la elaboración de esta tesis. Además de haber recibido su franca amistad y de quienes siento un profundo respeto y admiración.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Con quienes conviví y aprendí el arte de la cirugía. Por su lealtad.

Mi especial agradecimiento a Eduardo y Luisa.

I N D I C E

I	DEFINICION	1
II	HISTORIA	2
III	FRECUENCIA	4
IV	CLASIFICACION	7
V	FISIOPATOLOGIA	13
VI	CUADRO CLINICO	16
VII	LABORATORIO Y GABINETE	21
VIII	MORTALIDAD	28
IX	COMPLICACIONES	29
X	TRATAMIENTO	30
XI	BIBLIOGRAFIA	
XII	PRESENTACION DE CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA	
XIII	BIBLIOGRAFIA	

O B S T R U C C I O N I N T E S T I N A L

DEFINICION.- Estado patológico en el que existe impedimento para el paso o progresión del contenido intestinal a través de su luz en cualquiera de sus segmentos.

H I S T O R I A

- Año 1800 El tratamiento de la Obstrucción Intestinal era básicamente el mismo que el usado para la constipación y ocasionalmente se observaban curaciones después de aplicar enemas evacuantes o administrando mercurio por vía oral, asimismo, se observaba mejoría transitoria en algunos pacientes en quienes se le practicaban múltiples punciones percutaneas.
- Año 1839 Amussat practicó una colostomía lumbar con buenos resultados.
- Año 1908 Parker y Kerr introdujeron el principio de la anastomosis aséptica haciendo así este tipo de intervenciones más seguras y desde entonces se han venido desarrollando múltiples tipos de sutura y clamps intestinales.
- Año 1923 Haden y Orr comunicaron que los perros con oclusión intestinal podían ser mantenidos en vida mediante la infusión de suero salino.

Año 1924 Advenimiento de la succión endodigestiva en sus -
distintas variedades:

—Wagensteen en sus modalidades gástricas y duode-
nal.

—Miller y Abott con su sonda de doble corriente
introdujeron la aspiración intestinal (1934).

Año 1936 Fine y su equipo señalaron el valor de la Oxígeno
terapia a alta concentración para el tratamiento
de la distensión intestinal.

Año 1937 Las obstrucciones reiteradas se solventan median-
te la técnica de plicatura de Noble (1937) y de -
Childs 1960.

Año 1960 Odman diagnostica las isquemias segmentarias me--
diante la arteriografía retrograda selectiva.

Año 1962 Zuidema llevó a cabo la primera embolectomia en -
la arteria mesentérica superior obstruida.

Lain Entralgo Pedro y Col. HISTORIA UNIVERSAL DE LA MEDICINA
Madrid 1975, Salvat Editores, Tomo VII, p. 334.

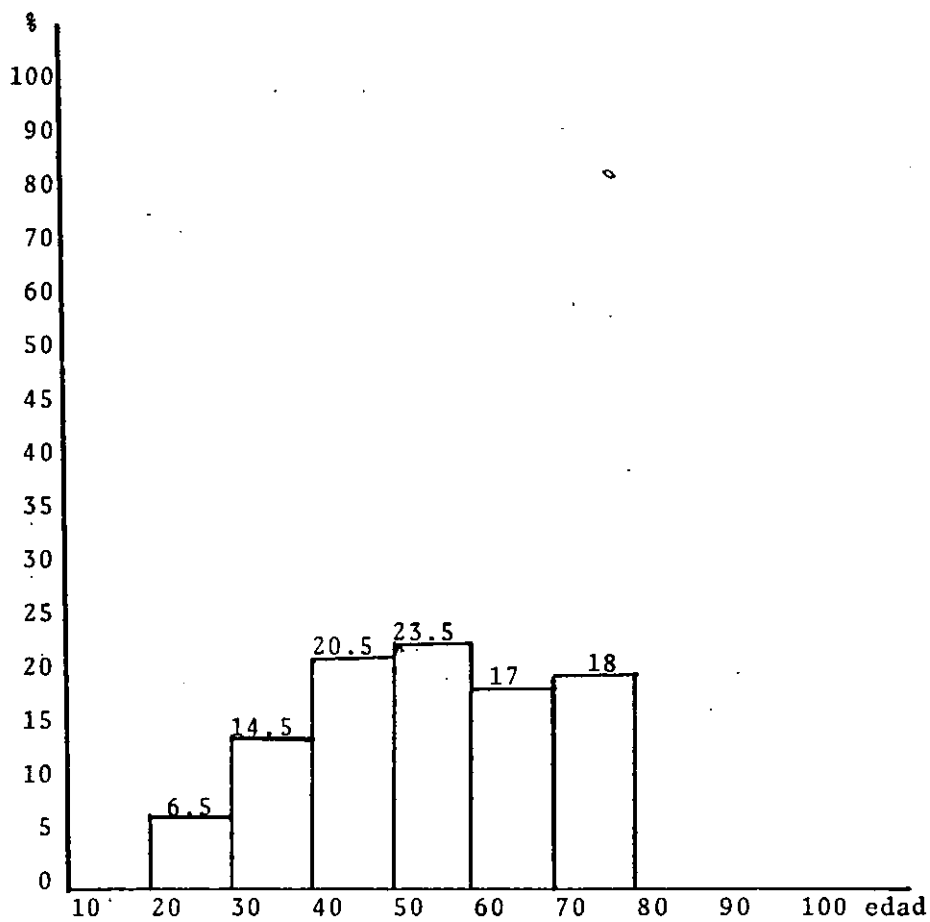
Chávez Peón Federico Dr. y Col. INTESTINO DELGADO INN.

F R E C U E N C I A

SE ESTIMA QUE REPRESENTA EL 20% DE LOS INGRESOS DE EMERGEN-
CIA QUIRURGICA DE UN HOSPITAL GENERAL.

F R E C U E N C I A

PORCENTAJE DE OCLUSION POR DECADA DE EDAD



F R E C U E N C I A

CAUSA	DAVIS (1956-1966)	GREENE (1958-1968)
TOTAL DE CASOS	152	300
HERNIAS	8.1%	35%
ADHERENCIAS Y BANDAS	71.2%	25.6%
INVAGINACION	0.6	0.0
VOLVULO	1.3	4.2
CARCINOMA	9.3	23.9
CUERPOS EXTRAÑOS	0.0	0.3
CONGENITA	1.2	0.0
INFLAMATORIAS	5.0	4.3
OTRAS	3.3	7.6

C L A S I F I C A C I O N (23)

CAUSAS ETIOLOGICAS:

I. OCLUSION MECANICA DE LA LUZ INTESTINAL

1. LESIONES INTESTINALES INTRINSECAS

A) Defectos Congenitos.

- a) Atresia y Estenosis
- b) Malformaciones de ano y recto
- c) Error de rotación intestinal
- d) Quistes y duplicaciones
- e) Divertículos de Meckel

B) Lesiones Inflamatorias.

- a) Del intestino Delgado
 - Enteritis Regional
 - Tuberculosis
 - Diverticulitis
- b) Del Colon
 - Diverticulitis
 - Linfogranuloma rectal
 - Colitis Ulcerativa y Colitis Regional
 - Otras (Tuberculosis y Actinomicosis)

C) Tumores

- a) Carcinoma de Colon
- b) Sarcoma
- c) Tumores benignos
- d) Carcinoide
- e) Linfomas

D) Lesiones Traumáticas

- a) Bridas adherenciales
- b) Hematomas

F) Invaginación

F) Fibrosis post/radiación

G) Endometriosis

H) Neumatosis intestinal

2. OBSTRUCCION INTESTINAL

- A) Cálculos
- B) Bezoares
- C) Cuerpos extraños
- D) Enterolitos
- E) Impacto fecal

3. VOLVULUS

A) Primario (Estómago, intestino delgado, ciego, --
colon transverso, sigmoides).

B) Secundario

a) Asociado con anomalías congénitas

b) Secundario a intervenciones quirúrgicas

c) Secundario a bridas, adherencias o estenosis

4. LESIONES EXTRA-INTESTINALES

A) Bridas y adherencias

B) Hernias

a) Extra/abdominales

b) Intra/abdominales

C) Compresión por masas extrínsecas

a) Carcinomatosis

b) Absceso intraperitoneal

c) Tumor adyacente

d) Embarazo

e) Cuerpo extraño

f) Del duodeno; por vasos mesentericos

g) Del duodeno; por páncreas anular

5. OBSTRUCCION SECUNDARIA A PROCESO QUIRURGICO

A) Dehiscencia de anastomosis intestinal

B) Obstrucción de boca anastomotica

C) Hernia a traves de defecto peritoneal

II. OBSTRUCCION INTESTINAL CON LUZ INTESTINAL PERMEABLES

- A) Megacolon
- B) Ileo paralitico
- C) Ileo espastico
- D) Trombosis y embolia mesenterica

TIPOS DE OBSTRUCCION (20)

I. OCLUSION SIMPLE DE LA LUZ INTESTINAL

- a) Oclusión alta del intestino delgado
- b) Oclusión baja del intestino delgado

II. OCLUSION EN ASA CERRADA

III. OCLUSION ESTRANGULADA

FORMA DE INSTALACION (19 y 21)

I. OCLUSION INTESTINAL AGUDA

Cuando la supresión del transito intestinal ocurre - -
bruscamente.

II. OCLUSION INTESTINAL SUBAGUDA O CRONICA

Cuando la supresión del transtito intestinal ocurre --
en forma progresiva.

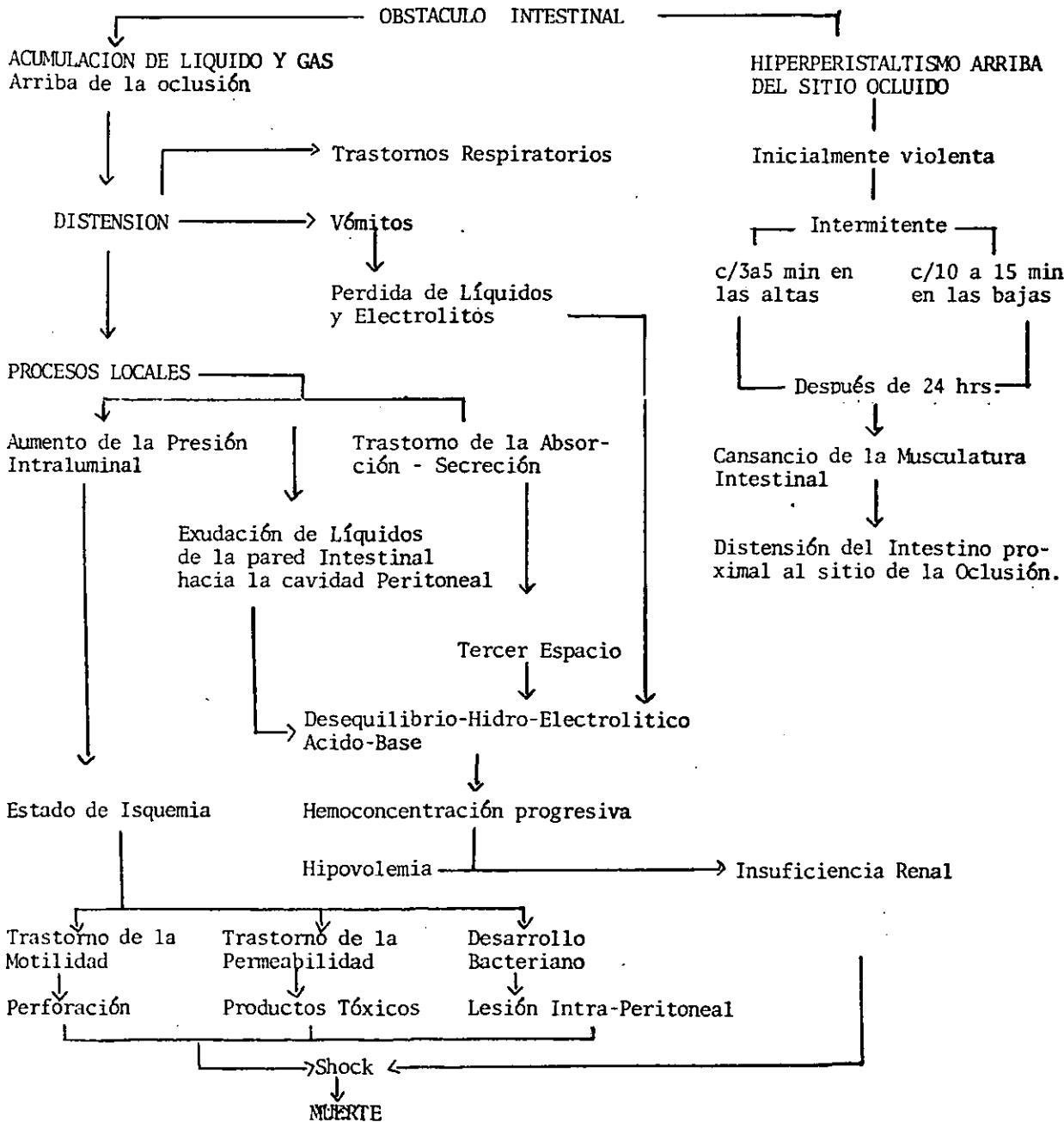
SEGUN EL GRADO DE OBSTRUCCION (24)

I. OBSTRUCCION INTESTINAL PARCIAL

II. OBSTRUCCION INTESTINAL COMPLETA

FISIOPATOLOGIA

INTESTINO DELGADO (13)

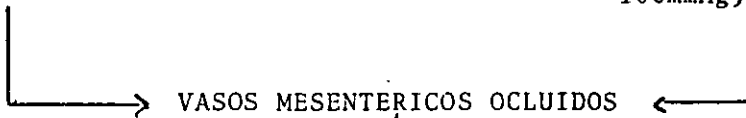


FISIOPATOLOGIA

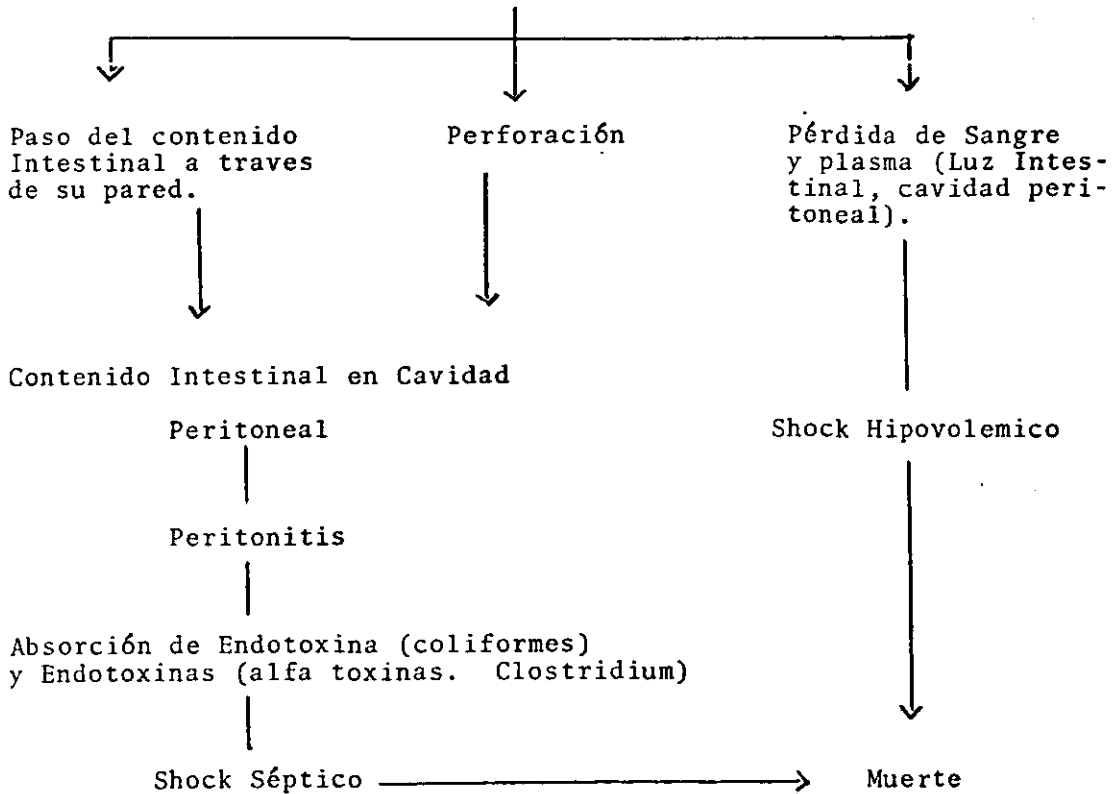
ESTRANGULACION (15)

OBSTRUCCION EN
ASA CERRADA

OBSTRUCCION SIMPLE
(Presión Cercana a
100mmHg)

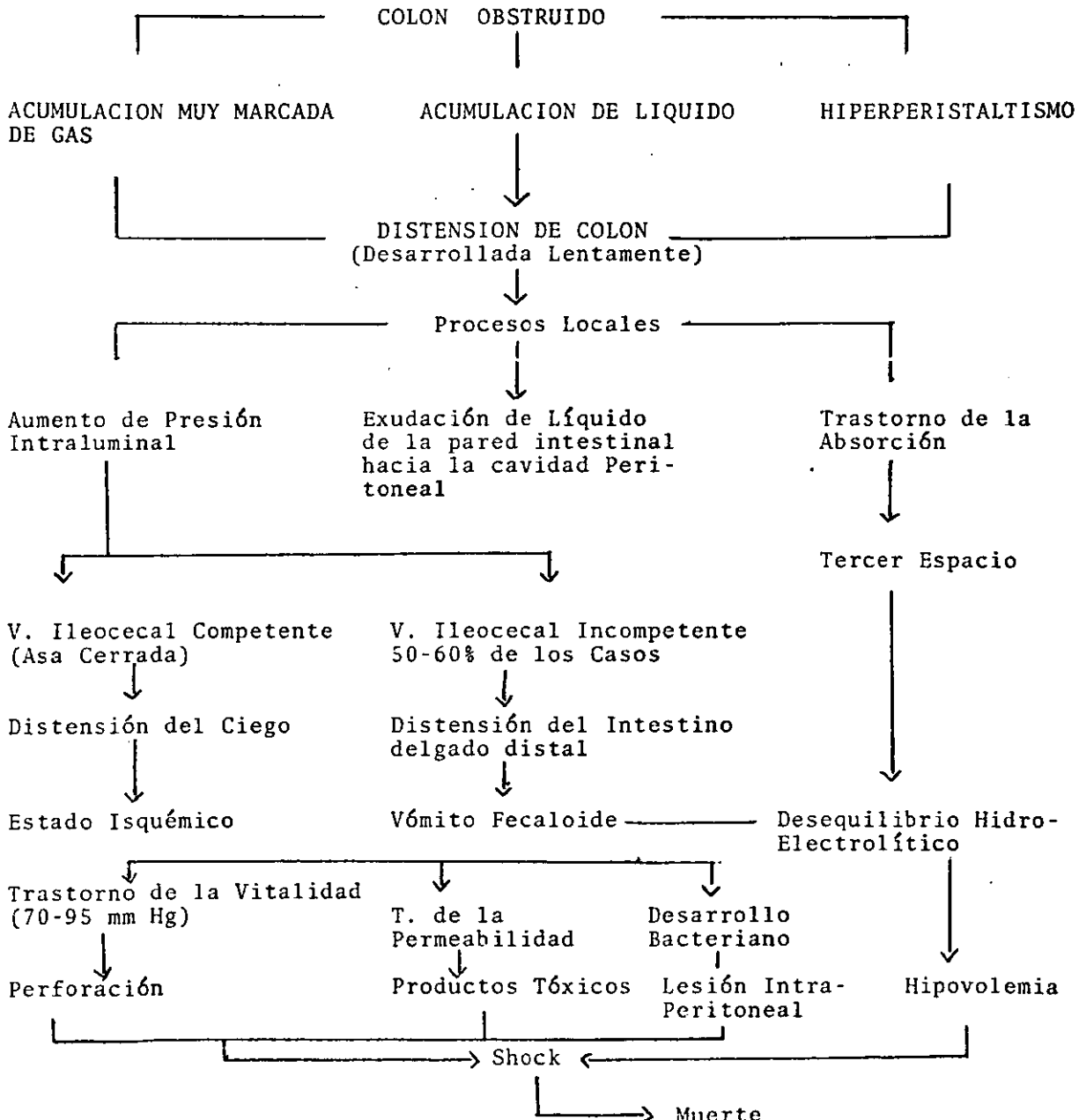


ESTRANGULACION DEL INTESTINO



F I S I O P A T O L O G I A

COLON (24)



C U A D R O C L I N I C O

SINTOMAS (16)

I. Dolor. Intenso, tipo cólico, e intermitente de inicio brusco.

A) Intestino Delgado: Localizado en Abdomen Superior o medio y puede no ser específico en su localización.

B) Colon: Localizado en abdomen inferior o seguir la localización colónica específica.

C) Estrangulación: Localizado, de gran intensidad constante.

II. VOMITOS

A) Intestinales Altas: Vómitos frecuentes, de contenido gástrico o bilioso.

B) Intestinales Bajas: Vómitos tardíos fecaloides.

C) Colon: El vómito puede estar ausente o tardar en presentarse dependiendo de la competencia de la válvula ileocecal.

III. CONSTIPACION. Imposibilidad para evacuar gases y heces. Puede ser parcial o completa.

Los gases y heces distales al sitio de la oclusión -- pueden ser arrojados por el recto.

EXAMEN FISICO (16)

I. SIGNOS ABDOMINALES

A) INSPECCION

- a) Distensión Abdominal.- Se presenta tardíamente, a mayor segmento intestinal arriba de la Obstrucción corresponde mayor distensión.
- b) Cicatrices quirúrgicas antiguas.
- c) Peristalsis visible en pacientes delgados.

B) PALPACION

- a) Al inicio la palpación no revela dolor.
- b) En fase tardía se hace presente cierto grado de -- adoloramiento.
- c) Palpar un Tumor es de gran ayuda diagnóstica (Volvulus, invaginación, ca de colon).

C) PERCUSION:

- a) Pondrá de manifiesto timpanismo.

D) AUSCULTACION:

- a) Ondas Persitálticas Hiperactivas de tono alto, el líquido intestinal tiene un sonido de rintintin me tálico alto.

II. EXPLORACION DE AMBAS REGIONES INGUINALES Y AMBOS ANILLOS FEMORALES.

III. EXAMEN GINECOLOGICO Y RECTAL.

IV. SIGNOS DE DESHIDRATACION Y PERDIDA DE ELECTROLITOS.

V. SIGNOS VITALES.

A) Durante las primeras horas.- Los signos vitales son habitualmente normales, excepto durante un es pasmo doloroso o en la estrangulación.

B) Etapa Avanzada

a) TA: Hipotensión.

b) FC: Taquicardia.

c) FR: Taquipnea.

d) T°C. -de 37.7. Estrangulación + 37.7 (50%)

O B S T R U C C I O N I N T E S T I N A L
E S T R A N G U L A D A (17)

1.	DOLOR ABDOMINAL (Intenso y Constante)	90%
2.	VOMITOS	86%
3.	DISTENSION ABDOMINAL	60%
4.	MASA ABDOMINAL	62%
5.	HIPERSENSIBILIDAD	86%
6.	REBOTE	10%
7.	TAQUICARDIA (Pulso mayor de 100/min.)	44%
8.	FIEBRE (Mayor de 38.5)	24%
9.	RIGIDEZ ABDOMINAL	8%
10.	HIPOTERMIA	10%
11.	RECTORRAGIA	8%
12.	SHOCK	16%

LABORATORIO Y GABINETE (4)

	OBSTRUCCION SIMPLE	ESTRANGULACION
LEUCOCITOSIS 11,000/mm ³	45%	62%
NEUTROFILIA 79%	50%	70%
SGOT 40mu/ml.	32%	46%
AMILASA SERICA 200U, Somogy/ml	0%	10%
LDH 225mu/ml.	10%	37%

ELEVACION DE CPK

Puede servir de ayuda en la valoración de viabilidad intestinal.

L A B O R A T O R I O Y G A B I N E T E (4)

	NORMALES	ESTADO PRECOZ	ESTADO TARDIO
Hematocrito	45%	N o ↑	↑
Proteinas	5 - 8 g/dl.	N o ↑	↓
Urea	5-22mg/dl.	N o ↑	↑ ↑
PH	7.38 - 0.02	↑	↑ ↑
Na	135-145 m Eq/1	N o ↓	N o ↑ ↓
K	3.5 - 5.2 mEq/1	↓	↑ ↑
Cl	95-105m Eq/1	↓	↑ ↓
Co 3H	25 - 27 mEq/1	↑	↑ ↓
Urea Urinaria	250 - 500 MEq/1	N o ↓	↑ ↓
Na Urinario	130 - 200mEq/1	↓	↑ ↓
K Urinario	50 - 100mEq/1	↓	↑ ↓

ESTUDIO RADIOLOGICO (26 y 28)

- I. PLACA SIMPLE DE ABDOMEN (Sin preparación).
 - A) Decubito Dorsal de frente.
 - B) Decubito Lateral derecho de frente.
 - C) Decubito Lateral izquierdo de frente.
 - D) Decubito Dorsal de perfil.
 - E) De pie y de frente.

- II. TELERRADIOGRAFIA DE TORAX.

- III. COLON POR ENEMA.

- IV. UROGRAFIA INTRAVENOSA Y COLOANGIOGRAFIA.

- V. AORTOGRAFIA Y ARTERIOGRAFIA SELECTIVA.

- VI. TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA.

- VII. CINEFLUOROSCOPIA CON PACIENTE DE PIE.

ESTUDIO RADIOLOGICO (26 y 28)

I. PLACA SIMPLE DE ABDOMEN (Incluyendo diafragma y Pelvis)

A) La placa de frente en decubito dorsal

1. Detalles de la pared intestinal lesionada.
2. Puede llegar a apreciarse derrame inter-asa.

B) La placa de frente de pie.

1. Encontrar facilmente los niveles líquidos.
2. Poner de manifiesto un derrame peritoneal.
3. Localizar un neumoperiteneo.

C) Placa en decubito dorsal de perfil.

1. Permite analizar el contenido de una hernia.

D) Placa en decubito lateral.

1. En caso de neumoperiteneo.
2. Para poner en evidencia un volvulus.

II. TELERADIOGRAFIA DE TORAX.

1. Atelectasisas en bases causadas por distensión.
2. Neumonitis, infarto pulmonar, etc., que explique un ileo paralítico secundario.

III. COLON POR ENEMA.

1. Está contraindicada en sospecha de perforación cólica.
2. Se practica para precisar el sitio del obstáculo.

IV. UROGRAFIA INTRAVENOSA Y COANGIOGRAFIA

1. Precisa la causa de una oclusión funcional.

V. AORTOGRAFIA Y ARTERIOGRAFIA

1. En caso de isquemia mesentérica o cólica.

VI. TOMOCRAFIA COMPUTARIZADA.

1. Puede demostrar un volvulo del intestino medio.

VII. CINEFLUOROSCOPIA CON PACIENTE DE PIE.

1. Se emplea en el diagnostico de la oclusión duodenal aorto-mesentérica.

SIGNOS RADIOLOGICOS ENCONTRADOS. (26 y 28)

I. ILEO PARALITICO.

- a) Niveles de gas y líquido.
- b) En todo el tracto gastrointestinal.
- c) Pared intestinal delgada.
- d) Valvulas distendidas con aspecto frágil.

II. ILEO DINAMICO (Obstrucción Mecánica)

- a) Asas proximales a la obstrucción dilatadas.
- b) Niveles líquidos - gas.
- c) Tendencia a formar cierto tipo de estratificación.
 - Patron de escalera circular.
 - Patrón de espina de arenque.
- d) Distención exagerada (Vólvulos).

III. OCLUSION ESTRANGULANTE

- a) El intestino estrangulado puede aparecer como una masa opaca.
- b) Puede no observarse niveles líquido-gas.

GAMMAGRAFIA

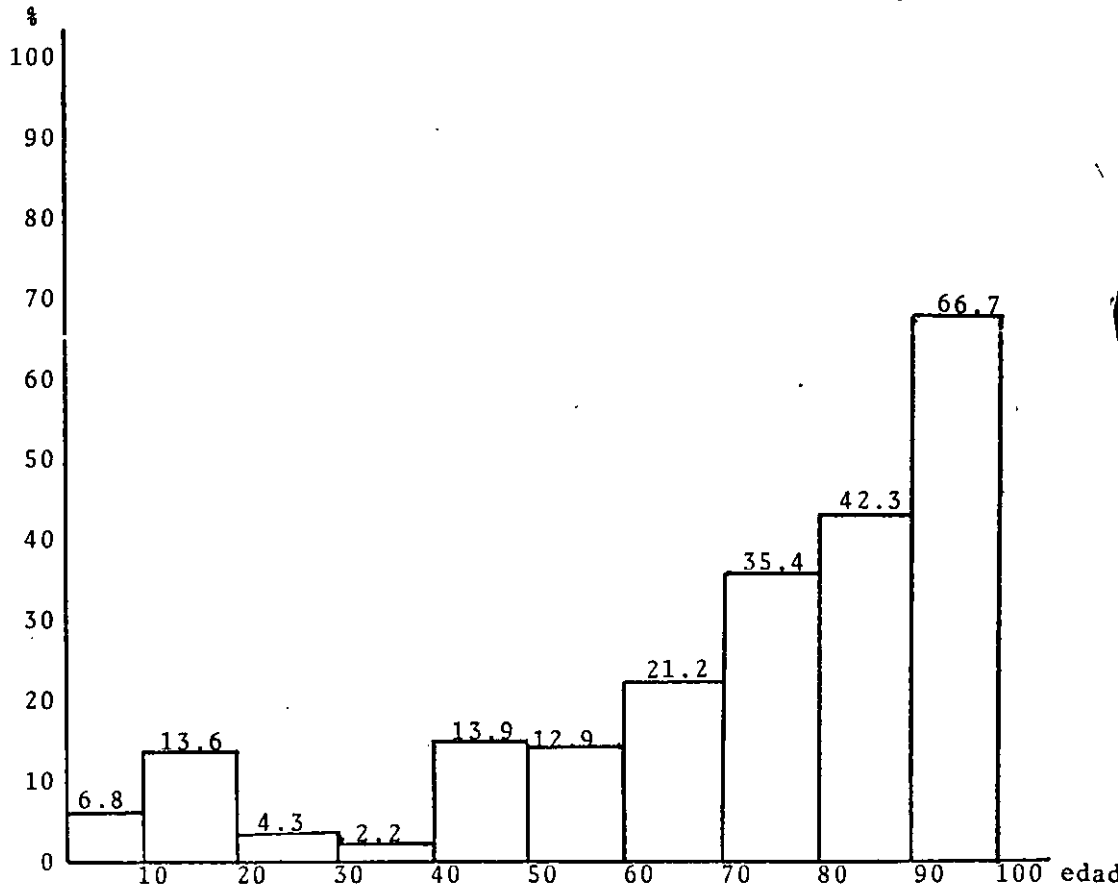
Estudios experimentales han demostrado que se pueden identificar una asa intestinal estrangulada mediante isotopos.

- I. Albumina Marcada con TC99 Vía IV. (con flujo arterial observado). (6)

- II. Xenon - 133 en solución salina por vía intraperitoneal. (5)

M O R T A L I D A D (17)

PORCENTAJE DE MORTALIDAD POR DECADA DE EDAD.



C O M P L I C A C I O N E S (10)

E. Wallace Greene (1958-1968)

COMPLICACION	No. DE CASOS	%
Cardiovascular	63	21.0
Pulmonar	60	20.0
Sepsis	41	13.6
Genitourinario	24	8.0
Desequilibrio Hidroelectrolitico	10	3.3
Ileo Paralítico	13	4.3
Psicosis Postoperatoria	16	5.3

T R A T A M I E N T O (22)

RESTITUCION HIDRO-ELECTROLITICA Y ACIDO-BASE

- I. La cantidad, calidad y rapidez de administración de los líquidos está en función del estado clínico del paciente.
 - A) Estado Hemodinámico.
 - B) Grado de deshidratación.
 - C) Estado de la función respiratoria.
 - D) Exámenes de laboratorio.
 - E) Padecimientos concomitantes (falla cardiaca, etc.)

- II. Instalar cateter central y otra vía periférica.

- III. Instalar sonda de Foley para control de diuresis.

- IV. Utilizar soluciones isotonicas de cloruro de sodio más potasio (diuresis adecuada).

- V. Corregir desequilibrio ácido-base.

T R A T A M I E N T O

DESCOMPRESION INTESTINAL POR INTUBACION. (14, 24 y 25)

- I. Se realiza descompresión.
 - A) Eliminar líquido y gas acumulado.
 - B) Prevenir broncoaspiración.

- II. Succión continua o intermitente.

- III. Características de la sonda.
 - A) Consistencia firme.
 - B) Multiperforada.
 - C) Calibre suficiente (18f)
 - D) Opaca a los Rayos X.

- IV. Tipos de sondas.
 - A) Sonda nasogástrica de Levin.
 - B) Sonda de Miller Abbott.
 - C) Sonda nasogástrica-duodenal de Mercurio Tipo Sump.

T R A T A M I E N T O (27)

- I. Preparación.
 - A) Descompresión intestinal por intubación.
 - B) Restitución hidroelectrolítica.
 - C) Restitución de sangre y plasma (estrangulación).
 - D) Administración de antibioticos de amplio espectro, que incluye coliformes (Gentamicina).

- II. Tratamiento no operatorio con succión por sonda intestinal larga.

- III. Tratamiento operatorio o quirúrgico.

T R A T A M I E N T O

ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS

- I. Utilizar antibioticos de amplio espectro.
- II. En pacientes con obstrucción estrangulada.
- III. En pacientes con obstrucción sin estrangulación.
(Aunque los beneficios son menos claros.)
- IV. Se administran en el preoperatorio y se continúan en el postoperatorio de acuerdo a los hallazgos.

T R A T A M I E N T O

TRATAMIENTO QUIRURGICO (27)

La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección -- si el paciente se encuentra dentro de algunas de las siguientes condiciones:

- I. Presencia o sospecha de obstrucción con estrangulación.
- II. Obstrucción de intestino delgado con sintomatología menor de 24 horas de evolución.
- III. Obstrucción colónica aguda.

T R A T A M I E N T O

TRATAMIENTO QUIRURGICO (1)

I. Tipo de Anestesia.

- a) Anestesia general con intubación endotraqueal en la mayoría de los casos.
- b) Bloqueo peridural en pacientes obesos e insuficientes respiratorios.
- c) Anestesia local en procedimientos sencillos y en pacientes debilitados.

II. Generalidades sobre técnica y táctica operatoria.

- a) Tipo de incisión: Vertical o transversal amplias.
- b) Observar líquido peritoneal:
 - Seroso (0. simple)
 - Hemorrágico (estrangulación)
- c) Identificar el lugar y causa de la oclusión.
(explorando de la parte distal a la proximal del sitio ocluido)
- d) En caso de encontrar una asa intestinal con viabilidad dudosa, se debe determinar ésta mediante:
 - 1. Colocando una compresa húmeda caliente alrededor del asa dejando transcurrir de 10 a 15 min.

2. Ultrasonido transoperatorio.
 3. Inyección de 10 ml. de Fluoresceína en vena - periférica seguida de exploración de intestino bajo luz ultravioleta.
- e) En caso de encontrar intestino muy distendido se introduce una sonda larga al intestino a través - de una pequeña enterostomia.

OBSTRUCCION INTESTINAL POR NEOPLASIAS (3)

A) Neoplasias benignas.

-Resección con entero - entero anastomosis -termino-terminal primaria.

B) Neoplasias malignas.

a) Resección intestinal con linfadenectomía.

b) No Resecable.- Formación de un corto circuito derivativo.

INVAGINACION EN ADULTO (11 y 12)

A) Reducir la invaginación.

-Se aplica presión de forma delicada y firme "ordeñando" el segmento del intestino inmediatamente distal al extremo de la invaginación que avanza.

B) Si el intestino es viable pero se detecta tumor por palpación, se realiza resección con entero-entero anastomosis termino-terminal primaria.

C) Si se detecta cuerpo extraño dentro de la luz del intestino se realiza enterostomía.

INVAGINACION EN NIÑOS (11 y 12)

A) No operatorio.

Reducción Hidrostática o mediante enema de Bario.

B) Operatorio

- a) Reducir la invaginación manualmente revisando el intestino en busca de cuerpos extraños, tumores o divertículos.
- b) En lesiones irreductible gangrenosas. Resección inmediata con entero-entero anastomosis termino-terminal.
- c) En invaginación irreductible y viable.- Se deja en su sitio efectuando anastomosis latero-lateral entre ileon y colon distal y se espera liberación espontánea.
- d) En invaginaciones irreductibles y viables se realiza exteriorización.

OCCLUSION VASCULAR MESENTERICA (9)

- A) Administrar dextran de bajo peso molecular.
- B) Administración de Heparina postoperatoria.
- C) Resección del segmento afectado 15cm por arriba y por de bajo de la línea de demarcación.
- D) Embolectomia (catéter de Fogarty)
- E) Tromboendarterectomia.

VOLVULUS DE COLON SIGMOIDES (2 y 7)

I. No operatorio

Se introduce a través de un sigmoidoscopio un tubo de Gema de 60 centímetros de longitud y 6-12mm de diámetro, bajo anestesia general, tratando de penetrar en el asa afectada y descomprimir el intestino.

II. Operatorio

- a) Manipular el asa en dirección contraria a las manecillas del reloj para reducir la torsión.
- b) Introducir un tubo de goma a través del año para descomprimir el intestino dejándolo por dos días.
- c) Prevenir recidivas mediante resección sigmoidea.
- d) En caso de gangrena se efectúa resección, cierre del muñón pelvirrectal y una colostomía proximal.

CARCINOMA DE COLON ASCENDENTE (3 y 8)

- a) Hemicolectomia derecha con resección amplia del mesenterio ileocolico.
- b) Anastomosis termino-terminal del ileon y colon transverso.
- c) Ileotrasverso colostomia como paliativo o primero tiempo de resección.

CARCINOMA DE COLON TRANSVERSO (3 y 8)

- a) Hemicolectomia derecho con anastomosis intraperitoneal.
- b) Resección segmentaria con anstomosis intraperitoneal.
- c) Resección segmentaria con colostomia terminal proximal - proximal y distal.
- d) Exteriorización -resección con colostomia tipo Mickulicz.
- e) Descompresión como primer tiempo por medio de lecostomía o colostomía proximal.
- f) Colostomía paliativa.
- g) Cortocircuito paliativo.

CARCINOMA DE COLON DESCENDENTE (3 y 8)

- a) Procedimiento en dos tiempos con colostomia transversa - inicial o resección inmediata con colostomia terminal -- proximal y distal.

- b) Operación paliativa: Anastomosis entre colon transverso y sigmoides.

CARCINOMA DE SIGMOIDES (3 y 8)

- A) Resección con colostomia proximal y distal.
- B) Colostomia terminal proximal, exteriorizando el muñón --
rectal mediante incisión suprapubica o cerrando el muñón
rectal y devolviendolo a la pelvis.
- C) Operación de exteriorización con cierre secundario de --
una colostomia en doble cañón de escopeta.
- D) En casos inoperables: Colostomia transversa permanente
o iliaca izquierda alta.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

B I B L I O G R A F I A

1. Murat J. Bernard J-L et Rouleau Ph. Occlusions Intestinales aiguës de Ládulte. Encycol. Méd. Chir. Estomac - 9044A10 á 9044C10,4. 1980.
2. Ballantyne G. H. MD. Review of Sigmoid Volvulus. Dis. Col&Rect. 1982. Jul-Aug. 25(5)494-501.
3. Wangensteen O. H. Classic Article in Colonic and Rectal Surgery. Dis. Colon Rectum. 1982. Jan-Feb. 25(1) - 65-78.
4. Graeber GM. LTC. ONeill J. F. LT. et al Elevate levels of Peripheral Serum Creatine Phosphokinase With Strangulated Small Bowel Obstruction. Arch. Surg. 1983. Jul. 118:837-840.
5. Bulklwy Gregory B. MD. Charagozloo Farid, BA Alderson - P. O. Horn S. D. Zuidema G. D. MD. Use of Intraperitoneal Xenon 133 for Imaging of Intestinal Strangulation in Small Bowel Obstruction. The American Journal of -- Surgery. 1981. Jan. 141:128-135.
6. Anderson Marion C. M. D. Selby J. B. MD. Isotopic -- Identification of Intestinal Strangulation. The American Surgen. 1982. Dec. 48(12):639-643.
7. Fisher J. K. Md. Computed Tomographic Diagnosis of -- Volvulus in Intestinal Malrotation. 1981. Jul. 140 (1) 145-146

8. Day T. K. and Bates T. Obstructin/Perforate Carcinoma - of the left colon treated by resection and the formation of a double colostomy. Dr. J. Surg. 1984. Jul. 71. - 558-560.
9. Rodríguez Martínez Salvador y Col. Oclusion Duodenal - Aorto-Mesenterica. Revista Medica Hospital General de México. 1981. Nov. 425-429.
10. Brodin Robert E. Md. Partial Small Bowel Obstruction Surgery. 1984. Feb. 95(2); 145-149.
11. Schuffler Michael D. Md. Deitch E. A. Md. Chronic -- Idiopathic Pseudo-Obstruction. Ann. Surg. 1980. Dec. 192(6); 752-761,
12. Bode W. E. Beart R. W. Spenser R. J. Culp Clyde E. - - Wolff B. G. Taylor B. M. Colonoscopic Decompression for Acute Pseudoobstruction of the Colon (Ogilvie's Syndrome). The American Journal of Surgery. 1984. Feb. -- 147 (2) 243-245.
13. Shiel By R. The Absorption and Secretion of fluid and - electrolytes by the Obstructed Bowel. Brit. J. Surg. 1965. Oct. 52(10) 774-779.
14. Hodge J. M. D. New Improved Nasogastric Duodenal Mercury Tip Sump Tube for use in the Management of Intestinal Obstruction. The American Journal Surgery. 1980 Sep. 140 (3); 475-476.
15. Shatila A. H. MD. Chamberlain B. W. MD. Webb W. R. MD. Current Status of Diagnosis and Management of Strangulation Obstruction of the small bowel.

The American Journal Surgery. 1976. Sept. 132 (300) ---
299-303.

16. Davis S. E. MD. Sperling L. MD. PhD. Obstruction of the Small Intestine. Arch Surg. 1969. Oct. 99:424-426.
17. Greene W. W. MD. Bowel Obstruction in the Aged Patient The American Journal Surgery. 1969. Oct. 118:541-545.
18. Lain Entralgo Pedro y Col. Historia Universal de la Medicina. Madrid, Salvat Editores 1975. Tomo VII. p.334.
19. Instituto Nacional de la Nutrición. Intestino Delgado. México, D. F. Méndez Oteo Editorial, 1978. pp. 329-343.
20. Davis Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica. - México, D. F. Interamericana 1982, Tomo I. pp. 973-982.
21. Schwartz Seymour I. Principles of Surgery. USA. Mc -- Graw Hill Company. 1974. Tomo 2. pp. 979-991.
22. Dunphy J. Engelbert. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. México, D. F. Manual Moderno. 1982. pp. 539-552.
23. Bockus Henry L. Gastroenterología. Barcelona España. Salvat Editores. 1980. Tomo II. pp. 496-525.
24. Shepherd. J. A. Urgencias Quirúrgicas Abdominales. -- Barcelona España. Salvat Editores. 1979. pp. 73-151.
25. Departments of Surgery The Medical College of Wisconsin and University of Illinois. Little Brown and Company - Boston. 1981. Fifth Edition. pp. 117-134.

26. Martin Abreu Luis. Fundamentos de Gastroenterología. - México, D. F. Francisco Méndez Cervantes Editorial, -- 1977. pp.432-439.
27. Welch Claude E. Intestinal Obstruction. Chicago Year Book. 1958. p. 344.
28. Martin Abreu Luis. Fundamentos Gastroenterología. Mé- xico, D. F. Francisco Méndez Cervantes Editorial 1977, pp. 432-439.
29. Piedad H. Oscar. MD. et al. Spontaneous Internal Bilia- ry Fistula, Obstructive and Nonobstructive Tyés. Ann - Surg. 1972. Jan. 175(1); 75-80.

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

"LINFOMA NO HODKING CON OBSTRUCCION INTESTINAL"

REVISION DE LA LITERATURA

HISTORIA CLINICA Y NOTA DE INGRESO

NOMBRE: R. P. C.

EDAD: 46 años.

OCUPACION: Campesino

ESTADO CIVIL: Casado

LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA: Lázaro Cardenas, Mich.

ESCOLARIDAD: 2do. de Primaria

FECHA: 1 de agosto de 1985.

A. H. F.

Abuelos finados desconociendo la causa. Padre falleció a los 62 años por complicaciones tardías de la diabetes. Hermano de 28 años que presenta crisis convulsivas tratadas -- con medicamentos no especificados. Esposa e hijos en aparente buen estado de salud.

A. P. N. P.

Proviene de medio socioeconómico bajo, alimentación y habitación deficientes, tabaquismo y alcoholismo ocasional. Inmunizaciones se ignoran cuales.

A. P. P.

Negó antecedentes quirúrgicos, alérgicos, traumáticos y --- transfusionales.

P. A.

Inicia su padecimiento hace aproximadamente ocho meses con dolor tipo cólico en epigastrio sin irradiaciones que se -- asoció a elevaciones térmicas no cuantificadas, agregándose a lo anterior náusea y vómito de contenido alimentario con lo que disminuía el dolor. Le fueron prescritos análgicos y antibióticos por facultativo y al no sentir mejoría acudió a un hospital en Acámbaro, Guanajuato, donde es intervenido de un probable absceso apendicular, estando hospitalizado - ocho días y siendo dado de alta por su evolución satisfactoria. A los veinte días de la intervención quirúrgica el enu

fermo nota la presencia de una tumoración en epigastrio de - dos centímetros de diámetro la cual aumentó su volúmen hasta la actualidad en que mide aproximadamente siete centímetros de diámetros. Dicha tumoración ocasionalmente presentaba dolor de tipo punzante de poca intensidad y se irradiaba hacia el hipocondrio derecho y región lumbar derecha. Desde el inicio de su padecimiento ha presentado elevaciones térmicas cotidianas, además de presentar astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso de seis kilogramos, además las náuseas y -- los vómitos de contenido alimentario; sin embargo el enfermo si canaliza gases y las evacuaciones se presentan cada cin-- co días disminuidas de consistencias melénicas hasta hace -- quince días en que el enfermo no ha podido evacuar. Desde - hace tres meses refiere el enfermo que presentó aumento súbito de volúmen del miembro pélvico derecho que le imposibilita la deambulación que se acompaña de dolor en la región posterior a la pierna.

I. X. A. y S.

Hematopoyetico; fosfenos, acufenos, cefalea desde hace cinco meses.

E. F.

Paciente masculino de edad aparentemente semejante a la cro nológica, conciente, orientado en las tres esferas, constitución mesomórfica, adelgazado, aparentemente integro mal conformado a expensas de la tumoración abdominal palidez de tegumentos +++++.

S. V.

TA: 110/70

FC: 120X°

FR: 19X°

T: 38°C

CABEZA:

Cráneo normocefalo sin exostosis ni hundimientos, pelo con buena implantación, cara simétrica, pupilas normoreflexivas, narinas permeables, orofaringe en malas condiciones de higiene, mucosas bien hidratadas. Cuello cilíndrico, tráquea central móvil no dolorosa, pulso carotideo sincrónico con el radial no se palpan adenomegalias; tórax normolineo con campos pulmonares bien ventilados con ruidos cardiacos rítmicos y sin fenomenos agregados; abdomen deformado por

tumoración visible en epigastrio e hipocondrio derecho de -
forma ovoide de 10 X 10 cms., en sus ejes mayores con bor--
des lisos que a la maniobra de Smith y Bates es negativa, -
no es móvil y presenta consistencia renitente, a la percu--
sión es submate, la palpación profunda es discretamente do--
lorosa y la peristalsis se encuentra discretamente aumenta--
da alrededor de la tumoración. No existe visceromegalias.
Regiones inguinales sin alteraciones. Genitales externos y
tacto rectal sin datos que consignar.

Extremidades superiores sin alteraciones.

Miembro pélvico izquierdo sin alteraciones.

Miembro pélvico derecho aumentado de volumen.

A espensas de edema +++, signo de Homans +, movimientos, --
pulso, temperatura, reflejos y llenado capilar sin altera--
ciones.

I. D.

I. Sub-oclusión intestinal secundario a textiloma.

-S. Anémico. Por sepsis abdominal sec. a I)

II. Tromboflebitis profunda de miembro pelvico derecho.

S.

Anémico, probablemente secundario a proceso séptico intra--

abdominal.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

LABORATORIO

BH.

HB. 7.2

HT. 22

Leuc. 9,800

T. P. 14 seg. 100%

E. G. O. pH5. HB. +++++, Leuc. abundantes.

PREPARACION PREOPERATORIA

Se transfunden dos unidades de sangre para mejorar sus condi -
ciones, se toman P.S.A. donde se observa discreta dilata- -
ción de asas de intestino delgado en el tercio superior del
abdomen visualizando el contorno de algunas asas y un moteado
difuso en la mitad superior del abdomen.

U. S. ABDOMINAL.

Reporta textiloma con presencia de absceso periférico y pre
sencia de líquido colectado en el fondo de Saco de Douglas
que seguramente corresponde a absceso pelvico.

INTERVENCION QUIRURGICA

Por lo anterior el paciente sometido a una laparotomía exploradora encontrando un proceso inflamatorio crónico en yeyuno proximal y asas intestinales circunvecinas que forman un plastrón a unos cincuenta centímetros del ángulo de Treitz interesando unos sesenta centímetros de yeyuno, las asas intestinales proximales al plastrón se encontraban dilatadas, con sus paredes amorfas con edema importante sin capas identificables pero de consistencia semidura de aspecto gelatinoso que infiltraban hasta la raíz del mesenterio por lo que se procede a reseca un segmento de intestino delgado de sesenta centímetros de longitud realizando una entero-entero anastomosis termino-terminal en dos capas.

El enfermo evoluciona satisfactoriamente evacuando al cuarto día y retirando punto de piel al séptimo día. Posteriormente fué trasladado al servicio de hematología, ya que el reporte histopatológico fué de linfoma no Hodking difuso de células grandes polimorfo en un segmento de intestino delgado (yeyuno) que infiltra toda la pared hasta la serosa, los ganglios de mesenterio y Epiplón. Se le continuó estudio integral realizandose:

B. H. completa

F. R. Erit. MM^3 3.12 millones

H. B. 8.8 gr. %

H. T. 26.3 mm. %

Leuc. 13,200

Dif. %MM³

L. 9

M. 9

N. 81

E. 1

B. 0

Bandas 2

Seg. 79

Reticulocitos: Normales

Plaquetas 704,000

Obs. marcada anisocitocis e hipocromia.

Q. S.

Glucosa 86 mg. en 100 ml

N. U. 18 mg. en 100 ml.

Ac. Urico 5.1 mg. en 100 ml.

Creatinina 1.4 mg. en 100 ml.

VDRL. Neg.

Urocultivo Neg.

P.F.H:

P.T. 6.4 gr. %

ALB. 2.9 gr. %

GLB. 3.5 gr. %

CA. 7.9 mg. %

Fosf. Inorgánico 4 mg. %

Col. 155 mg. %

B.T. 0.5 mg. %

F.A. 100 Mu/ml. elevada

LDH. 340 Mu/ml. elevada

SGOT. 45 Mu/ml.

Perfil de coagulación.

TP. 12 seg. 100%

TPT. 45 seg.

TCPR 100%

M. O.

Normocelular y con megacariocitos normales, en la cual se -
aprecian predominio de tejido granulocitario adulto, con li
gera depresión eritroide y granulocitaria juvenil, asimismo,
se observan abundantes grumos plaquetarios. No se observan
celula neoplasicas ni extrañas a la médula osea.

P. LCR.

Negativo a células neoplasicas.

El diagnostico definitivo fué de linfoma intestinal primario no Hodking difuso en estadio IVA, se le dió tratamiento de quimioterapia a base de adriamicina, ciclofosfamida, oncovín y pednisona.

DEFINICION DE LINFOMAS.- Los linfomas son un grupo de enfermedades malignas que se originan del tejido linforeticular. Casi siempre hay similitudes entre los diferentes tipos de linfomas, ello incluye un gran espectro de características clínicas y patológicas. (1, 2)

MECANISMO DE MALABSORCION INTESTINAL EN LINFOMA INTESTINAL.

1. Involucro difuso de la mucosa del intestino delgado.
2. Involucro de los linfaticos causando obstrucción linfática del intestino delgado.
3. Estenosis localizado con estasis del contenido intestinal y sobrepopulación bacteriana.

CLASIFICACION DE LINFOMA NO HODKIN BASADOS EN LA HISTIOLOGIA GENERAL Y EN EL TIPO DE CELULA (RAPPAPORT). (3,4,5,7 y 8)

TIPO	% DE CAUSAS EN TOTAL
NODULAR	
Linfoma pobremente diferenciado	< 40
Mixto: linfocitico e histiocitico	> 5
Hisitocitico	> 5
DIFUSO	
Linfocitico	
Bien diferenciado	10
Poco diferenciado	> 10

Mixto

Linfocítico e histiocítico

5

Histiocítico

> 25

Linfoblástico

Indiferenciado

Burkitt's

No Burkitt's (Pleomórfico)

ETIOLOGIA (16)

A) Viral: (Epstein-Barr)

B) Hereditario: (más frecuente en gemelos)

C) Pacientes que reciben drogas, enfermos que reciben - --
transplantes.

EPIDEMIOLOGIA (6, 9, 10 y 11)

a) En Estado Unidos de Norteamérica, cada año se diagnos--
tican 25,000 nuevos casos de linfoma.

b) 40% son linfomas de Hodgkin y 50% linfoma no Hodgkin.

c) La edad en que se presenta tiene una frecuencia con una
gráfica bimodal en la cual se presenta de los 15 a los
35 años y el otro pico se presenta a los 50 años.

d) El linfoma intestinal se presenta en pacientes de ori--
gen árabe o judío.

e) El 24% de los linfomas unicelulares son extraganglionar--
es y de éstos la mayoría tiene su origen en el tubo di

gestivo.

- f) Los linfomas primarios del tubo digestivo constituyen - el 1% de todos los tumores a este nivel y se asientan - en el estomago, intestino delgado y colon en ese orden de frecuencia.
- g) Del 30 al 37% son originados en el intestino delgado.
- h) La frecuencia de oclusión o sub-oclusión del intestino delgado por un linfoma es sumamente rara y es el motivo de revisión en la literatura del caso clínico presentado con anterioridad.
- i) Existen dos tipos de linfoma intestinal el del mediterraneo que se localiza en intestino delgado proximal -- con infiltración de células plasmáticas, atrofia de vellosidades frecuentemente asociados a síndrome de absorción intestinal deficiente y a enfermedad de cadenas pesadas predomina en la segunda y tercera década de la vida. El otro tipo es el occidental que se localiza en la región ileocecal, el cual se presenta en edades avanzadas casi no se asocia con el Síndrome de Absorción Intestinal deficiente ni a enfermedad de cadenas pesadas.
- j) Ultimamente se abandonó el término de linfoma de tipo - mediterraneo por el de enfermedad inmunoproliferativa - del intestino delgado por un acuerdo de un comité de organización mundial de la salud.

CUADRO CLINICO (12)

Características clínicas de los pacientes con linfoma primario del intestino delgado.

Pérdida de peso	100%
Dolor abdominal	99%
Anorexia	70%
Diarrea	65%
Masa palpable	44%
Vómito	41%
Fiebre	40%
Edema de extremidades	35%
Ascitis	22%
Melena	15%
Hepatomegalia	10%
Absorción intestinal deficiente	10%
Perforación intestinal	4%
Adenomegalias periféricas	3%

RADIOLOGIA (14)

Características radiológicas de linfoma del intestino delgado.

Infiltración Mucosa	90%
Ensanchamiento de la luz	64%
Masa	27%
Fistula	18%
Ulceración	9%
Zona de estenosis	9%

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Toxoplasmosis
2. Sarcoidosis
3. Tuberculosis
4. Micosis profundas

Clasificación según el estadio de los linfomas (15)

ESTADIO	DEFINICION
I	Invasión de una sola región - linfática o de un solo órgano extralinfático.
II	Invasión de dos o más ganglios linfáticos en el mismo lado - del diafragma o invasión loca lizada de un organo extralin- fático.
III	Invasión de ganglios linfáti-

cos en ambos lados del diafragma lo cual puede ser acompañado de invasión al hígado y/o invasión localizada a un órgano extralinfático.

IV

Invasión difusa o diseminada de uno o más órganos o tejidos extralinfáticos con o sin invasión a ganglios linfáticos.

TRATAMIENTO MEDICO DE LOS LINFOMAS NO HODGKINS:

Ha cambiado notablemente en las últimas décadas y va a depender del tipo histológico, así como del estadio en que se encuentra básicamente: Para estadio I y II se indica radioterapia y estadios III y IV quimioterapia a base de alcaloides de la Vinca, agentes alquilantes y Prednisona.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Resección amplia de la lesión en el caso del tubo digestivo en bloque con anastomosis primaria.

B I B L I O G R A F I A

1. Primary Extranodal Lymphoma, Richar A. Ruddens, MD; - - Michael E. Ross, MD; and Ronald A. DeLellis, MD. Cancer 42: 406-416, 1978.
2. Extranodal non-Hodgkin's Lymphoma. Reddy, Hendrickson. Cancer 46: 1925-1931, 1980.
3. Clinical Aspects of Non-Hodking's Lymphomas Presenting with Discordant Histologic Subtypes. Mead, Resenberg. Cancer 52: 1496-1501, 1983.
4. Small Noncleaned Follicular Center Cell (FCC) Lymphoma: Burkitt and Non-Burkitt Vrriants in the United States. Levine, Lukes, Feinstein. Cancer 52: 1073-1079, 1983.
5. Estudios sobre Linfomas. Kraus, De León Vega, Pérez Tamayo. Rev. Invest. Clin. (Méx) 32: 179-186, 1980.
6. Primary Gastric Lymphoma. Shimm, Harris, Wang. Cancer 52: 2044-2048, 1983.
7. An Autopsy Study of Histologic Progression in Non-Hod-- kin's Lymphomas. Garvin, Young, Bernard. Cáncer 52: 393-398, 1983.
8. The Natural History of Initially Untreated Low grade -- Non-Hodgkin's Lymphomas. Horning, Rosenberg. (N. En-- gl. J. Med. 1984; 311:1471-5)

9. Primary neoplasms of the Small Bowel Swaroop, Talval--kar, Swaroop. Indian J. Gastroenterol 1985, Jul. 4 -- (3): 171-3.
10. Abdominal Lymphoma. Role of Surgery Remine. Surg. Clin North Am. 1985. Apr; 65 (2); 301-13.
11. Primary Gastrointestinal Lymphoma. A clinicopathologic Study of 102 patients. Aozasa, Kurato, Nosaka. Oncology 1985; 42(2):97-103.
12. A Primary Malignant Tumours of the Small Intestine. - Adotey. Br. J. Clin. Pract. 1985 Feb; 39(2): 54-8.
13. Primary Lymphoma of Michel diverticulum: a case report Dabbagh; Salih. J. Surg. Oncol. 1985 Jan, 28(1): - - - 19-20.
14. Clinical and Pathologic Subtypes of Primary Intestinal Lymphoma. Bahrani, Saleem. Cancer 1983 Nov 1; 52 (9) 1666-72.
15. Mediterranean Abdosmall Intestinal Disease Part II: - Pathological Aspects. Nassar. Cancer 41; 1340, 1978.
16. Primary Malignant Lymphoma of the Small Intestine in - Israel. Changing incidence with time. Selzer. Isr. J. Med. Sci. 15: 390, 1979.