



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**FRECUENCIA DEL DIAGNOSTICO DE CANCER COMO
HALLAZGO TRANSQUIRURGICO EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGIA DE URGENCIA POR
ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL GENERAL “DR.
DARIO FERNANDEZ FIERRO” DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Registro 90.2008

**Tesis de Investigación que Presenta:
DR. NEREO JAVIER RODRIGUEZ CRUZ**

Para Obtener el Diploma de la Especialidad

CIRUGIA GENERAL

**Asesor de Tesis:
DR. ELIAS GERARDO SIMON NACIF**



90.2008



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 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.

DEDICATORIA

PARA MONICA Y ATZIN

ESPOSA E HIJA

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A mi familia, por ser como son.

A mis maestros, que sin ellos no habría llegado hasta este momento.

A mis compañeros por su ayuda en todo momento.

A mis amigos por su amistad

A todas aquellas personas que me han aportado algo para ser cada día mejor.

INDICE

TEMA	PAG.
1.- RESUMEN.....	5
2.- SUMMARY.....	7
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA O DEFINICION DEL PROBLEMA.....	8
2.- HIPOTESIS.....	9
3.- ANTECEDENTES.....	9
4.- OBJETIVO GENERAL.....	13
5.- JUSTIFICACION.....	13
6.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
7.- DISEÑO.....	13
8.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	13
9.- GRUPOS DE ESTUDIO.....	13
10.- GRUPO TESTIGO.....	13
11.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	14
12.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
13.- CRITERIOS DE EXCLUSION.....	14
14.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	14
15.- CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.....	15
16.- ANÁLISIS DE DATOS.....	16
18.- RESULTADOS.....	17
19.- ANALISIS COMPARATIVO.....	25
20.- DISCUSION.....	38
21.- CONCLUSIONES.....	41
22.- BIBLIOGRAFIA.....	43
24.- ANEXOS.....	44
24.- AUTORIZACIONES.....	48

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de la patología neoplásica y reconocer los factores asociados, describir el tipo de manejo quirúrgico y la morbimortalidad presentes que se asocian a un abdomen agudo secundario a la misma.

DISEÑO: Estudio clínico transversal, tipo casos y controles, descriptivo, prospectivo.

SEDE: Hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y METODOS: Del 01 de marzo de 2007 al 31 de marzo de 2008, se revisaron un total de 389 pacientes que ingresaron vía urgencias adultos y urgencias pediatría que presentaron cuadro de abdomen agudo y ameritaron manejo quirúrgico de urgencia, de acuerdo al reporte final de patología se agrupo un grupo como patología maligna 12 pacientes y por medio de un muestreo aleatorio irrestricto se asigno un segundo grupo como patología benigna 12 pacientes, a ambos grupos se les comparo las siguientes variables: edad, sexo, exposición al tabaco, antecedentes heredo familiares de cáncer, algún tipo de cáncer previo, hemoglobina, leucocitos, plaquetas, tiempo de sintomatología, presencia de obstrucción o plastrón, tipo de neoplasias, tipo de tumor, morbilidad, tipo de cirugía y mortalidad, se utilizo la prueba de chi cuadrado para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas y realizo el análisis estadístico.

RESULTADOS: En este estudio la prevalencia del cáncer como causa de abdomen agudo fue del 3%, localizado principalmente a nivel de ovario, intestino delgado (linfomas), vesícula biliar, colon y retroperitoneo (sarcomas). Los factores asociados a la urgencia abdominal que tiene como causa patología maligna($p < 0.05$) fueron tiempo de sintomatología mayor de 7 días, como síntoma angular dolor abdominal inespecífico, presencia de cifras de leucocitos normales asociadas a la presencia de plastrón, el tipo de cirugía realizada y la asociación a morbilidad, siendo la principal la oclusión, así como la mortalidad asociada al tipo de cirugía.

CONCLUSION: En la actualidad, aun las patologías neoplásicas siguen siendo diagnosticadas tardíamente, muchas de las veces se realiza como un hallazgos transoperatorio y a pesar de que existen guías clínicas para protocolos de estudio con términos y conductas basadas en evidencia para la toma de decisiones respecto a diagnostico y tratamiento quirúrgico estas no son conocidas por la mayoría de los cirujanos generales.

A pesar de contar con pruebas de laboratorio, gabinete y de todos los adelantos tecnológicos, existen condiciones clínicas que nos pueden orientar o hacer sospechar que podemos estar ante un proceso maligno.

SUMMARY

OBJECTIVE: To find the prevalence of neoplastic pathology, to recognize the associated factors, to describe the type of surgical procedure required, and to present the morbimortality associated with an acute abdomen secondary to neoplastic pathology.

DESIGN: Transverse, descriptive, and prospective clinical study. Case-control study.

HEADQUARTERS: Second Level Hospital

MATERIAL AND METHODS: A total of 389 patients were revised from March 01, 2007 to March 31, 2008 who were admitted to the emergency room, diagnosed with acute abdomen, and that required an emergency surgical procedure. According to the final histopathologic report, 12 patients were found to have malignant tumors. Of the remaining patients, a second group was picked by means of random non restrictive sampling and assigned as carriers of a benign pathology. Both groups were compared on the following variables: age, sex, exposure to tobacco, antecedents of cancer in family, antecedent of previous cancer; hemoglobin count, leukocytes, platelets; symptoms duration, presence of abdominal mass, plastron, or intestinal obstruction; malignancy type, tumor type, morbidity, surgery type and mortality. A square chi test was performed for qualitative variables and a t Student test was performed for quantitative variables and a statistical analysis was performed.

RESULTS: The prevalence of cancer as cause of acute abdomen was 3%, located mainly at ovary level, small intestine (lymphomas), gall bladder, colon and retroperitoneum (sarcoma). The statistically significant ($p < 0.05$) associated factors with abdominal urgency and neoplastic tumors were: duration of symptoms more than 7 days, non specific abdominal pain as pivot symptom, normal leukocytes count associated to plastron, the type of surgical procedure performed, the mortality associated with each procedure type, and the association to morbidity, occlusion being the main one.

CONCLUSION: At the present time, neoplastic pathologies still continue to be lately diagnosed. Many are still transoperatory findings, and although there are clinical guidelines for the study of this

malignancies based on evidence for the making of decisions regarding diagnosis and surgical treatment, they are still not known by most of the general surgeons.

In spite of having laboratory tests, cabinet and of all the technological advances, clinical conditions exist that can guide us to suspect a malignant process.

DEFINICIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿CUAL ES LA PREVALENCIA Y LOS FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍA NEOPLÁSICA EN UN ABDOMEN AGUDO EN UN HOSPITAL GENERAL EN EL PERIODO DE MARZO DE 2007 A MARZO DE 2008?

HIPÓTESIS:

A).- Todos los cuadros de abdomen agudo son causados por patología neoplásica

ANTECEDENTES:

En urgencias, el diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo sigue siendo un desafío para el cirujano (1), El Abdomen agudo se define como la presencia de un dolor abdominal hasta entonces no diagnosticado y que tiene una evolución inferior a una semana (generalmente menor de 48 hrs). (2). No se incluyen en este concepto las urgencias abdominales que usualmente cursan sin dolor como pueden ser las hemorragias digestivas (3). La realización de un ágil y adecuado diagnóstico y tratamiento en estas condiciones puede evitar la pérdida de la vida o prevenir secuelas secundarias en favor de mantener una aceptable calidad de vida del paciente (4). El abdomen agudo o síndrome abdominal agudo con su sinónimo de urgencias abdominales, es vocablo que engloba un determinado número de padecimiento que tienen en común dos hechos clínicos fundamentales:

Su aparición brusca, repentina, en una persona sana, en la que el síntoma principal es dolor abdominal intenso, además de alteraciones en el tránsito intestinal. Los padecimientos que lo forman requieren un diagnóstico precoz y la institución de un tratamiento de urgencia, la mayoría de las veces quirúrgico con asistencia terapéutica continua del enfermo (1), y existe una tendencia común de que sean vistos inicialmente por el cirujano, siendo el dolor es una de las manifestaciones más tempranas de la enfermedad o lesión hística y es por tanto un mecanismo de

defensa o aviso de peligro de la integridad física del individuo; pero también produce modificaciones nocivas en el organismo, Podemos distinguir tres tipos de dolor, aunque en la práctica, generalmente, pueden aparecer solapados y resultan difíciles de diferenciar. Su conocimiento nos ayudará a comprender la evolución de determinados procesos.

Dolor visceral: Está mediado por el sistema nervioso autónomo y los estímulos se registran en el peritoneo visceral. Éste es insensible al tacto, calor o proceso que implique reacción inflamatoria; pero si sufre tracción, estiramiento o distensión o si el músculo del órgano sufre espasmo, el paciente sentirá dolor sordo con sensación de malestar, mal descrito y de difícil localización. Como el dolor no se afecta por el movimiento, el paciente puede estar activo al intentar encontrar una posición más cómoda. La inquietud es un signo diferencial notable entre dolor somático y visceral.

Dolor somático: Está mediado por el sistema nervioso central, y los estímulos dolorosos se inician en el peritoneo parietal que se inerva por nervios periféricos. Se induce por el tacto, presión o cambio de temperatura y cualquier proceso fisicoquímico o infeccioso que inicia una reacción inflamatoria. Es localizable a punta de dedo, de límites precisos y suele ser intenso, aunque también puede ser leve.

Dolor referido: Se percibe en lugares diferentes a los de la estimulación dolorosa. Es localizado y está situado generalmente sobre la piel. Las zonas referidas están dentro del territorio inervado por el mismo nervio espinal que la zona afecta o en conexión con las neuronas medulares. (5)

Para llegar a un diagnóstico oportuno y tomar una adecuada decisión de operar a un paciente con abdomen agudo, este se debe basar en una detallada historia clínica, una adecuada semiología del dolor, saber la forma de inicio, evolución, duración, frecuencia, irradiación, cronicidad, factores que lo modifican, sintomatología asociada, intensidad, condiciones medicas previas asociadas a enfermedades cardiacas, pulmonares, renales que puedan aumentar la sintomatología del dolor abdominal y que pueden aumentar los efectos de morbilidad y mortalidad del evento quirúrgico, una meticolosa exploración física, muchas veces basada en la experiencia del que valora, un adecuado conocimiento de la anatomía y fisiología de la cavidad peritoneal y claros conceptos de

la patología que esta ocurriendo dentro del abdomen, además de la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas y mejores métodos de resucitación (6).

Aunque la base diagnóstica de abdomen agudo sigue siendo la clínica, es necesario auxiliarse de herramientas complementarias como los exámenes de laboratorio, los cuales nos ayudan no solo al diagnóstico sino que en muchos casos al tratamiento del proceso, serían innumerables las determinaciones de laboratorio que se pueden realizar, en urgencias y ante un abdomen agudo los más específicos son: Biometría hemática con recuento y fórmula leucocitaria, determinación de electrolitos, glucosa, BUN y creatinina, determinación de amilasa, gasometría, examen general de orina, prueba de embarazo, respecto a estudios de gabinete la evaluación radiográfica incluye telerradiografía de tórax P-A más placas simples en decúbito y de pie de abdomen (7), el uso de la nueva tecnología ha revolucionado la valoración del paciente con dolor abdominal agudo(8) el uso de USG puede incluirse también dentro de los estudios de rutina (9), algunos estudios han demostrado que la TAC solicitada de forma temprana identifica condiciones imprevistas y reduce la estancia intrahospitalaria, además de la mortalidad en pacientes con dolor abdominal inespecífico (10,11). La prevalencia en México de abdomen agudo quirúrgico son de mayor a menor son apendicitis aguda, colecistitis aguda y obstrucción intestinal (12). Respecto a la presentación del cuadro clínico en pacientes con neoplasias presentan algunas características tales como edad mayor de 60 años, padecimiento crónico con astenia y adinamia de más de dos meses, tiempo de agudización del cuadro doloroso de 48 horas o más y ausencia de fiebre (7, 13, 20), aunque la mayoría de los pacientes presentan síntomas que sugieren el diagnóstico y/o las complicaciones, las que habitualmente se presentan en estados avanzados ante el cirujano, que es quien resuelve los cuadros de oclusión, perforación, sepsis abdominal, colangitis o hemorragia (14), existe una serie en la que las principales emergencias registradas en pacientes ya diagnosticados con cáncer que acudieron a un servicio de urgencias fueron choque séptico y neutropenia severa, choque hipovolémico por sangrado en diversos sitios y disnea agudizada por neumonía o derrame pleural (15). Las alteraciones de laboratorio asociadas más frecuentemente con cáncer son: anemia, trombocitosis, fibrinólisis anormal y coagulación intravascular diseminada presentan además en la biometría hemática leucocitosis mínima y tendencia a la trombocitosis (7, 13, 20).

Una vez realizado el diagnóstico de abdomen agudo el tratamiento quirúrgico dependerá de las condiciones del paciente, del tipo de complicación y de las características del cáncer que dio origen a dicha complicación, en estos pacientes generalmente el pronóstico es malo a corto plazo, porque la enfermedad se encuentra muy avanzada al hacerse el diagnóstico. Aunque se ha demostrado que en los pacientes con cáncer, que cursan con una complicación aguda en condiciones que permiten hacer un tratamiento definitivo de urgencia, disminuyen la estancia hospitalaria, las complicaciones postoperatorias y se mejora la supervivencia (16,17). Históricamente el manejo quirúrgico abierto ha sido la llave para acceder a la cavidad abdominal esta entidad se menciona como una importante causa de mortalidad en el paciente oncológico, sin embargo la laparoscopia operatoria con propósitos para el diagnóstico o la estadificación de las enfermedades malignas de la cavidad abdominal está ganando cada vez más interés. Ahora con el avance tecnológico de los últimos años, hay un renacimiento en el uso de la laparoscopia para el diagnóstico y estadificación de las enfermedades malignas junto con la utilización del lavado peritoneal, la obtención de biopsias y el ultrasonido translaparoscópico mejorando la precisión en la evaluación de las enfermedades malignas y como consecuencia, evitar laparotomías innecesarias, menor trauma quirúrgico, permitiendo incluso el realizar tratamientos paliativos por laparoscopia en el mismo tiempo quirúrgico. El manejo óptimo del cáncer requiere de una estadificación segura facilitando la terapia adecuada del enfermo oncológico (18), por lo que se debe meditar cuidadosamente la decisión de operar y debe evaluarse la extensión que ha de tener la intervención (19), ya que el paciente quirúrgico en este caso oncológico, tiene riesgo de morbilidad y mortalidad por procedimientos resectivos y reconstructivos que implican fuga de anastomosis y sepsis intra-abdominal postoperatoria. Pudiéndose establecer un grupo de alto riesgo de muerte postoperatoria que incluye: edad > 70 años, sexo masculino, presencia de reintervención, (Physiological and Operative Severity Score for enumeration of Mortality and Morbidity) POSSUM > 25 en cirugía inicial, (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) APACHE II > 20 en primera reintervención. El grupo de alto riesgo de reintervención son pacientes sin drenaje en la cirugía inicial (Mannheim Peritonitis Index) IPM > 24 (20), esto nos ayuda y tiene como objeto de que el paciente se someta a un procedimiento bien planificado que resuelva la urgencia y permita al oncólogo continuar con el

manejo posteriormente, con lo que disminuyen costos hospitalarios y la morbimortalidad posoperatoria (21).

OBJETIVO GENERAL: Conocer la prevalencia de la patología neoplasia y los factores que se asocian a un abdomen agudo secundario a la misma en el hospital general Dr. Darío Fernández Fierro en un periodo de marzo de 2007 a marzo de 2008.

JUSTIFICACIÓN:

A pesar de los adelantos tecnológicos, las patologías neoplásicas son por lo general diagnosticadas tardíamente, pudiéndose presentar como alguna complicación en forma aguda, siendo la cirugía la que proporciona el diagnóstico y el primer tratamiento; por lo que es indispensable conocer la forma de presentación de este tipo de patología, los factores asociados para poder ofrecerle al paciente la mejor opción terapéutica y quirúrgica con la que se cuente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Describir características clínicas con las que se presentan la patología neoplásica en un abdomen agudo en el hospital general Dr. Darío Fernández Fierro.
- 2.- Describir los antecedentes clínicos de estos pacientes, así como los factores relacionados respecto a la presentación de esta patología, en el hospital general Dr. Darío Fernández Fierro.
- 3.- Describir el tipo de manejo quirúrgico empleado y su morbimortalidad en el hospital general Dr. Darío Fernández Fierro.

DISEÑO, GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO TESTIGO:

Diseño: Transversal, descriptivo, prospectivo.

Periodo de tiempo: De marzo de 2007 a marzo de 2008 se calculara la prevalencia de los factores asociados a la presentación de este grupo de patologías que ingresen por urgencias adultos o sean referidos de la consulta externa con diagnóstico de ingreso de abdomen agudo.

Grupos de estudio: Habrá dos grupos (Benignos Vs Malignos) se compararán entre sí, de acuerdo a las siguientes variables:

Edad,

Sexo;

Antecedentes heredo familiares de neoplasia;

Hb y leucocitos, plaquetas,

Síntomas principales: dolor,

Presencia de obstrucción intestinal,

Presencia de plastrón o masa,

Pérdida de peso;

Tipo de neoplasia;

Tipo de tumor (secundario o primario),

Estirpe histológica de la neoplasia (benigna o maligna)

Tipo de cirugía realizada (curativa, paliativa o toma de biopsia)

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Ingresaran a estudio todos los pacientes que ingresen vía urgencias adultos y pediatría durante el periodo de tiempo ya descrito, que ameriten manejo quirúrgico de urgencia, una vez con el diagnostico definitivo de patología de acuerdo al numero de reportes de patología maligna, se realizara mediante un muestro aleatorio irrestricto un segundo grupo que será de patología benigna.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes derechohabientes y no derechohabientes del hospital Dr. Darío Fernández Fierro que ingresen al servicio de urgencias adultos con diagnostico de abdomen agudo, sin antecedente de patología neoplásica previamente diagnosticada en el periodo de marzo de 2007 a marzo de 2008.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes derechohabientes y no derechohabientes, que ingresen con un diagnostico diferente al de abdomen agudo, patología neoplásicas previamente diagnosticada.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Que no cumplan con los criterios de inclusión.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS:

1.- Sexo: Fem (1) Masc (2)

2.- Exposición a tabaquismo: Sí (1) No (0)

3.- AHF de cáncer Sí (1) No (0)

4.- Cáncer previo Sí (1) No (0)

5.- Hemoglobina g/dl

6.- Leucocitos x campo y plaquetas

7.- Tiempo de síntomas: 1 < 24 hrs

2 1 -7 días

3 > 7 días

8.- Presencia de obstrucción intestinal: Sí (1) No (0)

9.- Presencia de plastrón o masa Sí (1) No (0)

10.- Tipo de neoplasia Benigna (1) Maligna (2)

11.- Tipo de tumor: Primario (1), Secundario (2) Ninguno (0)

12.- Estirpe histológica _____

13.- Morbilidad: Ninguna (0) Sí presento (1)

Oclusión Si (1) No (2)

Dehiscencia Sí (1) No (0)

Infección Sí (1) No (0)

Fístula Sí (1) No (0)

Re intervención Sí (1) No (0)

14.- Tipo de cirugía: Curativa (1)

Paliativa (2)

Toma de biopsia (3)

Diagnostica (4)

ANALISIS DE DATOS

Durante el periodo comprendido del 01 de marzo de 2007 al 31 de marzo de 2008, ingresaron vía urgencias adultos y urgencias pediatría del hospital general Dr. Darío Fernández Fierro un total de 389 pacientes que presentaron cuadro de abdomen agudo y ameritaron manejo quirúrgico de urgencia, de acuerdo al resultado final de patología, se realizaron dos grupos uno de patología maligna (12 pacientes) y otro de patología benigna (12 pacientes); este último grupo fue asignado de acuerdo a un muestreo aleatorio irrestricto, en relación (1:1), haciendo un total de 24 pacientes, a ambos grupos se les comparo las siguientes variables: edad, sexo, exposición al tabaco, antecedentes heredo familiares de cáncer, algún tipo de cáncer previo, hemoglobina, leucocitos, plaquetas, tiempo de sintomatología, presencia de obstrucción o plastrón, tipo de neoplasias, tipo de tumor, morbilidad, tipo de cirugía y mortalidad, para realizar la comparación estadística de los datos obtenidos se agruparon las edades por decenios, las cifras de hemoglobina en tres grupos anemia, normal, policitemia; las cifras de leucocitos en tres grupos leucopenia, normal y leucocitosis; las plaquetas en tres grupos trombocitopenia, normal y trombocitosis; el tiempo de sintomatología en menor de un día, de 2 a 7 días y más de 7 días, se utilizo la prueba de chi cuadrado para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas.

RESULTADOS

Del total de los 389 pacientes, de acuerdo al reporte definitivo de patología fueron: 52% apendicitis, 33% colecistitis, 5% neoplasia malignas, 3% isquemia intestinal, 3% patologías benignas ginecológicas, 1% enfermedad diverticular complicada, 3% misceláneas (ulceras perforadas, pancreatitis, hernias internas, etc.) (fig. 1).

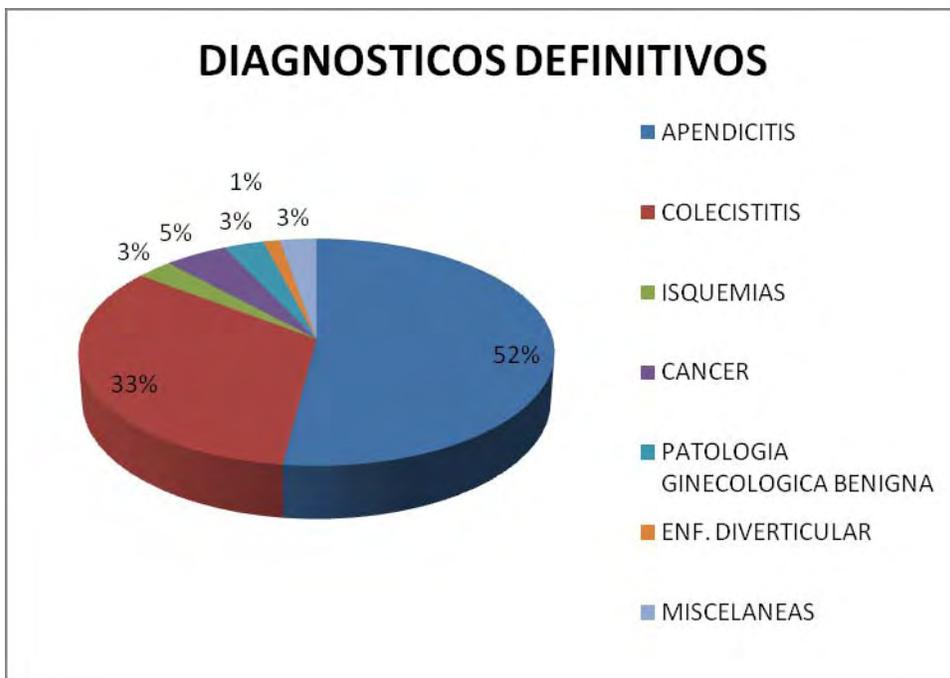


FIG.1

Este 5% de neoplasias malignas correspondió a 19 pacientes, sin embargo solo 12 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y 7 cumplieron con criterios de exclusión y/o de eliminación y fueron retirados del estudio; se agregaron otros 12 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio irrestricto conformando un total de 24 paciente; teniendo un promedio de edad de 41 años, la menor de 10 años y la mayor de 82 años. (fig. 2).

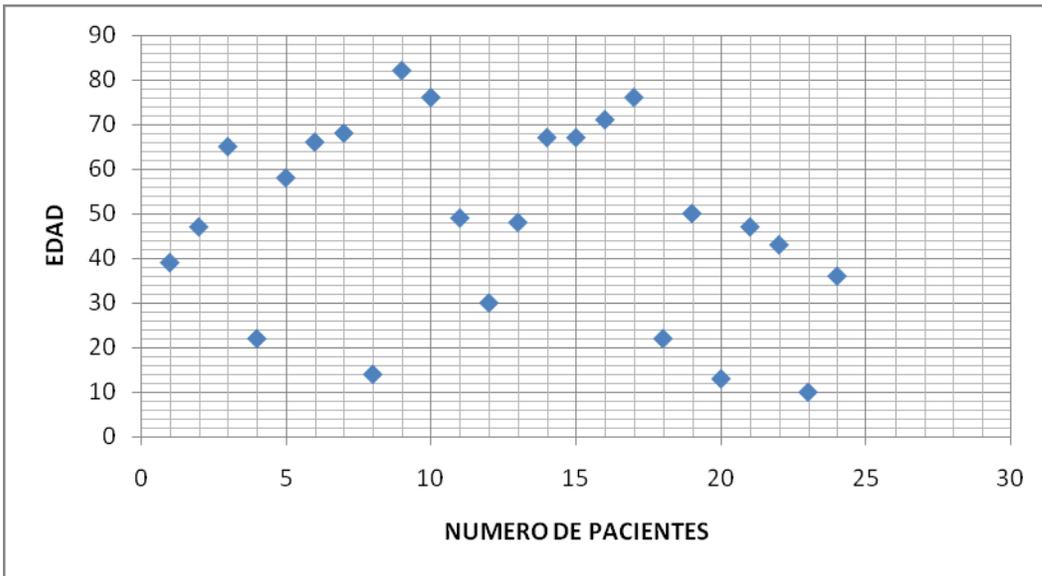


FIG. 2

La distribución del sexo fue de 79% para mujeres y del 21% para hombres (fig. 3)

SEXO	
FEMENINO	19
MASCULINO	5

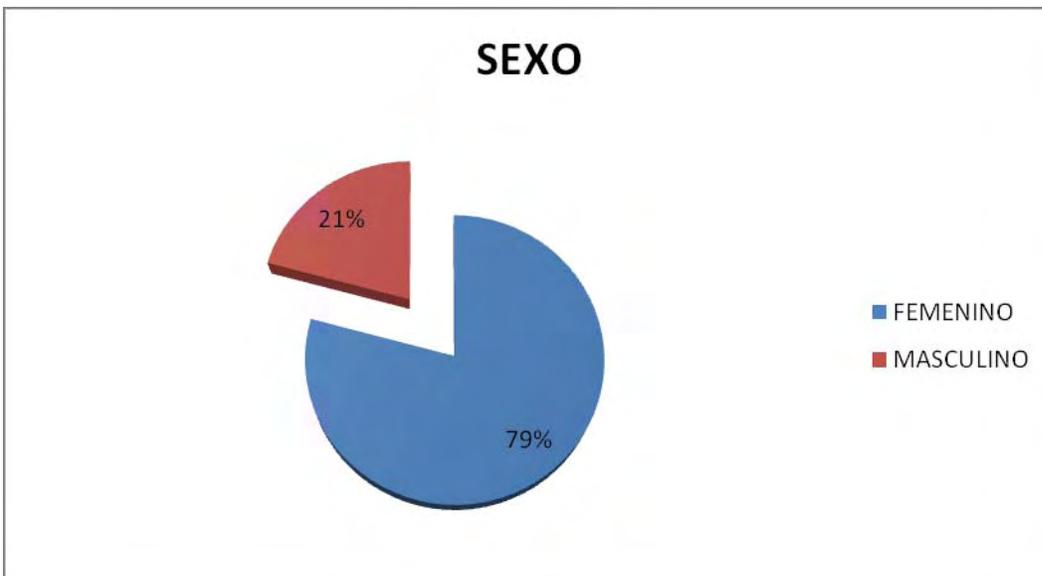


FIG. 3

Teniendo una exposición del 79% a tabaquismo y 21% negaron exposición al tabaquismo, (fig. 4)

TABAQUISMO	TOTAL 24
EXPOSICION	5
SIN EXPOSICION	19



FIG. 4

El 75% presento antecedentes de cáncer en familia contra un 25% que no lo tuvo (fig. 5)

A.H.F. DE CANCER	TOTAL 24
POSITIVOS	6
NEGADOS	18

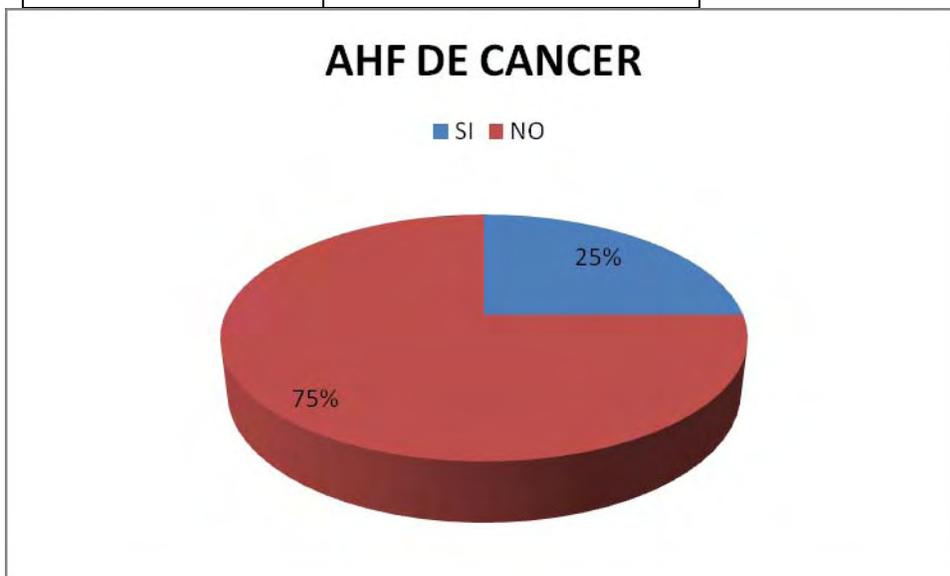


FIG. 5

Respecto a las cifras de hemoglobina 62% presento cifras de hemoglobina normales contra 21% con anemia y 17% con policitemia (fig. 6)

HEMOGLOBINA	TOTAL 24
ANEMIA	5
NORMAL	15
POLICITEMIA	4

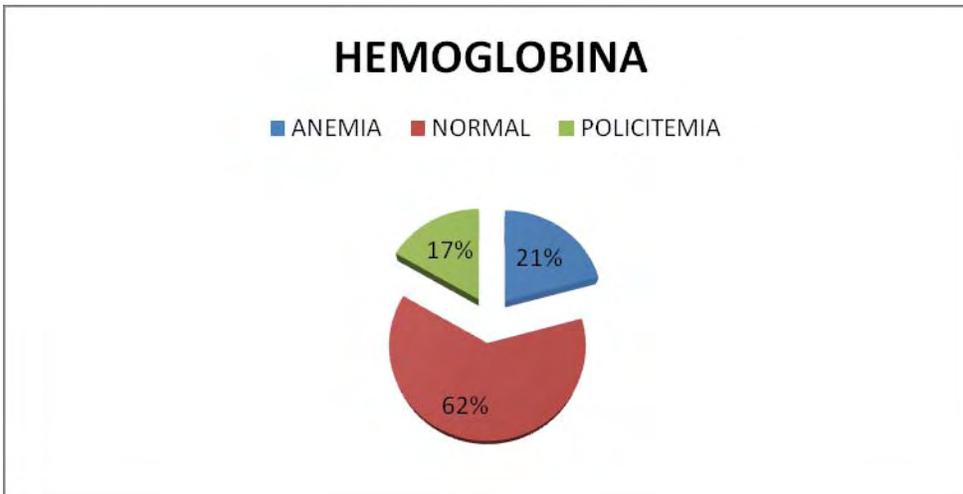


FIG. 6

El 71% de los pacientes presento leucocitosis contra un 25% normal y 4% con leucopenia (fig. 7)

TOTAL PACIENTES: 24; LEUCOPENIA: 1, NORMAL: 6, LEUCOCITOSIS: 17

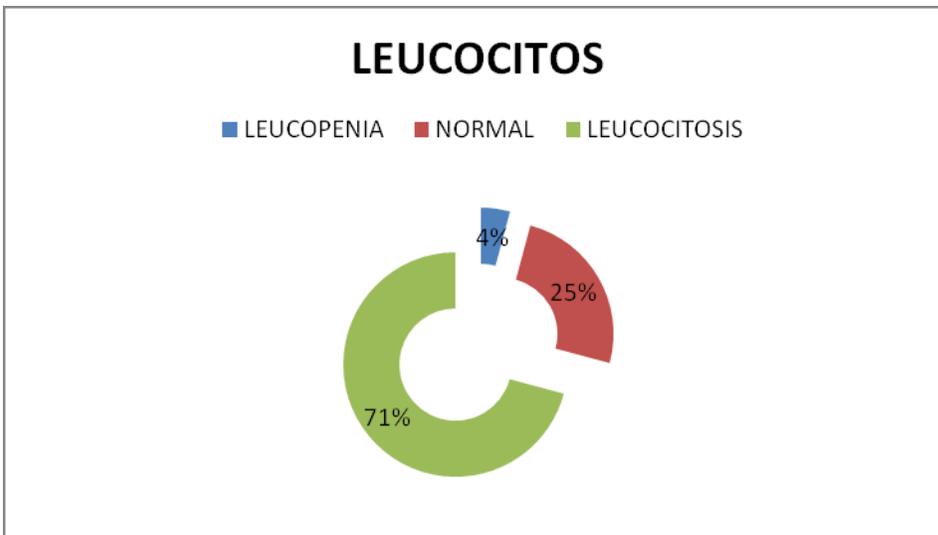


FIG. 7

El 92% presento plaquetas dentro de límites normales contra un 4% de plaquetopenia y trombocitopenia respectivamente (fig. 8)

PLAQUETAS	PACIENTES
PLAQUETOPENIA	1
NORMAL	22
TROMBOCITOPENIA	1

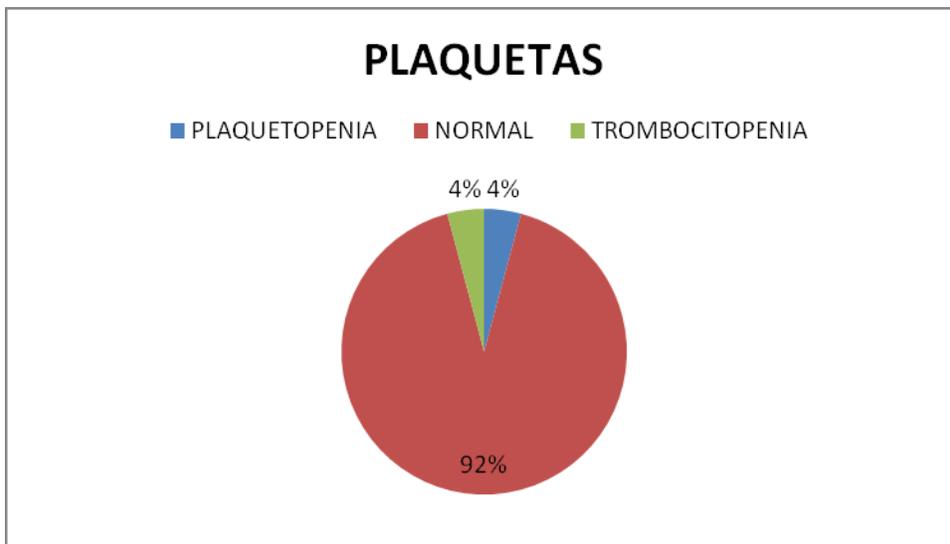


FIG. 8

El tiempo de sintomatología fue de 58% para síntomas dentro de 2 a 7 días, 25% más de 7 días y 17% menor de 1 día (fig. 9)

TIEMPO DE SINTOMAS	TOTAL 24
MENOR DE 1 DIA	4
DE 2 A 7 DIAS	14
MAS DE 7 DIAS	6

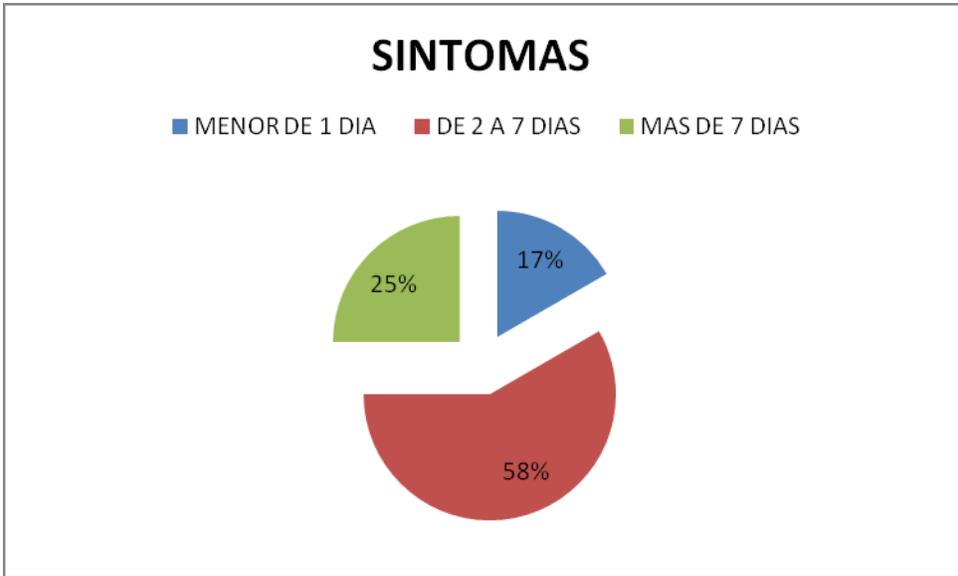


FIG. 9

La presencia de plastrón se presento en el 25% de los casos (fig. 10)

PLASTRON	
SI	6
NO	18

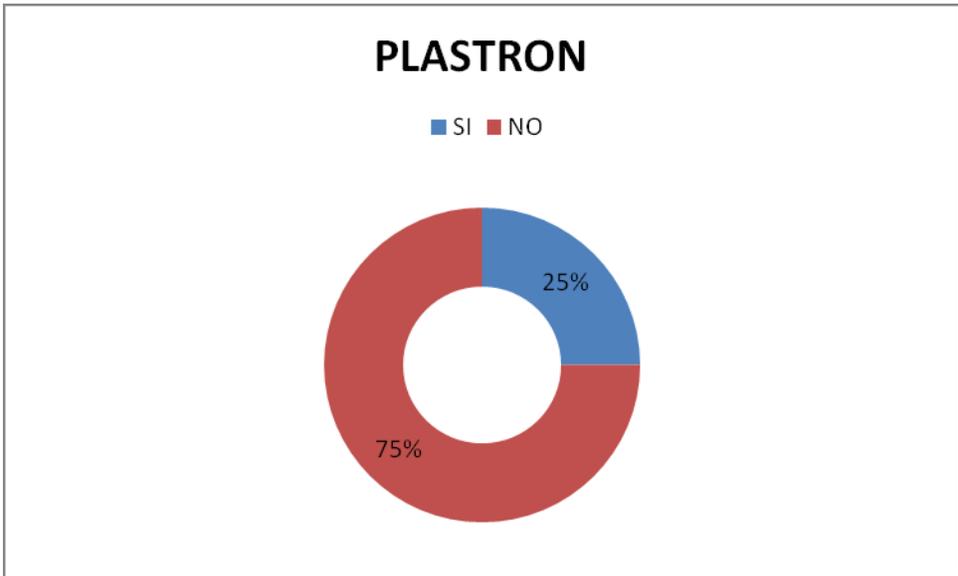


FIG. 10

Las principales morbilidades asociadas fueron oclusión 21%, infección 13%, fistula 4%, dehiscencia 8% (fig. 11)

MORBILIDAD	TOTAL 24
OCLUSION	5
DEHISCENCIA	2
INFECCION	3
FISTULA	1
NINGUNA	13

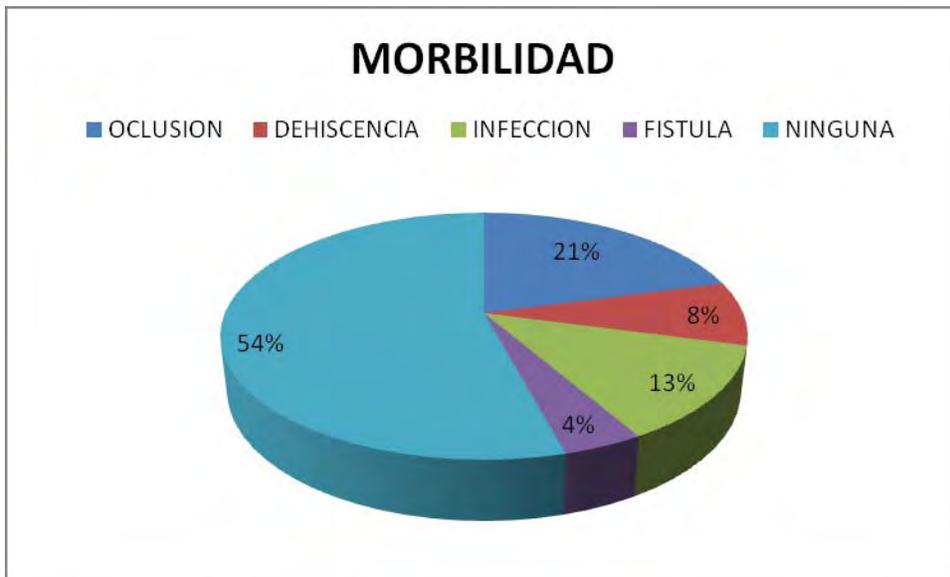


FIG. 11

El tipo de cirugía practicada fue un 58% curativa, 17% paliativa y 25% diagnóstica. (fig. 12)

TIPO DE CIRUGIA	
CURATIVA	14
PALIATIVA	4
DIAGNOSTICA	6

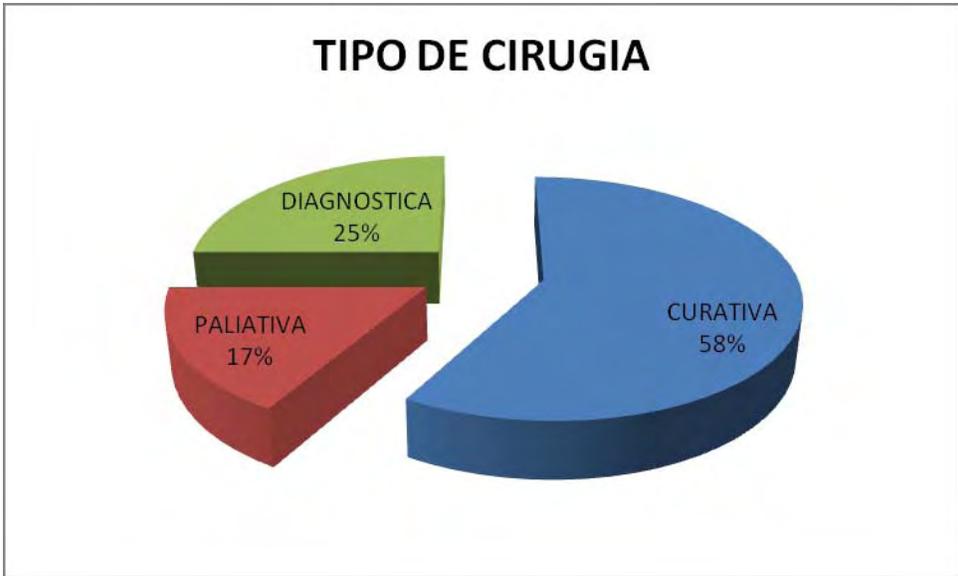


FIG. 12

La defunción fue del 21% (4 del grupo de patología neoplásica y 1 de patología benigna) (fig. 13)

DEFUNCION	
SI	5
NO	19



FIG.13

ANALISIS COMPARATIVO

De los 12 pacientes con patología maligna 11 (92%) fueron femeninos y 1 (8%) masculino contra 8 (66%) femeninos y 4 (34%) masculinos de patología benigna (fig.14).

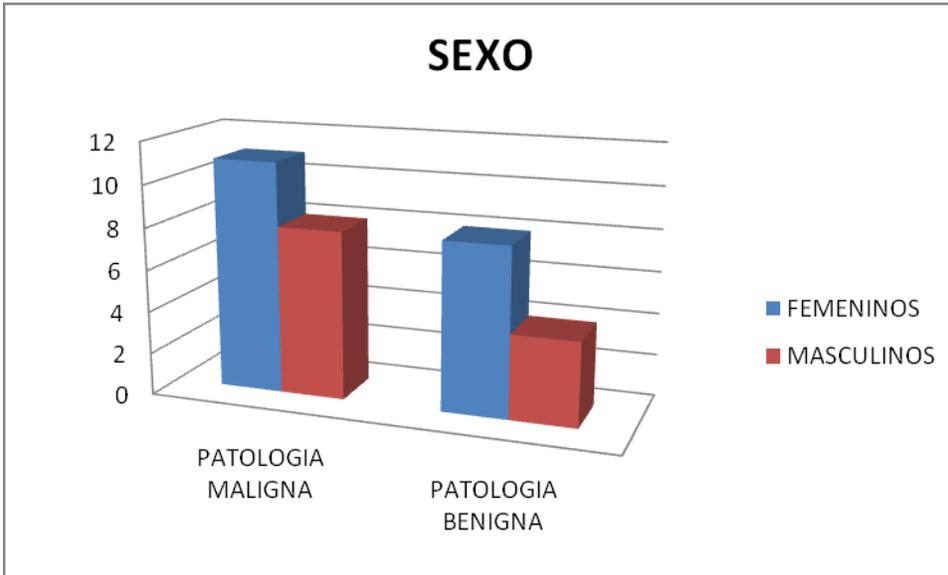


FIG. 14

Con un promedio de edad de 51 años, con un rango de 14 a 82 años los de patología benigna, contra un promedio de 45 años, con un rango de 10 a 76 años los de patología benigna (fig. 15).

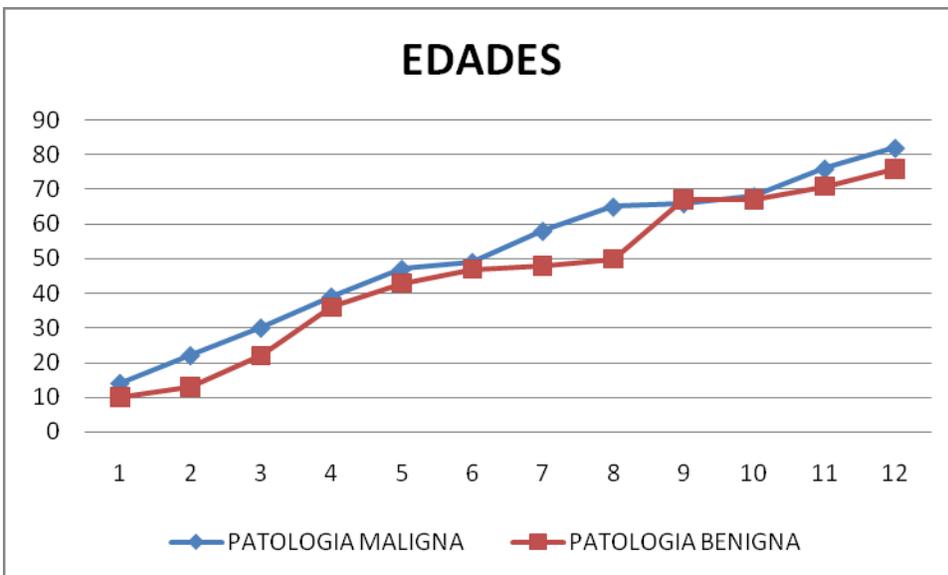


FIG. 15

El 16% de los pacientes con patología maligna presentaron antecedente de tabaquismo, contra un 25% de los pacientes de patología benigna (fig.16).

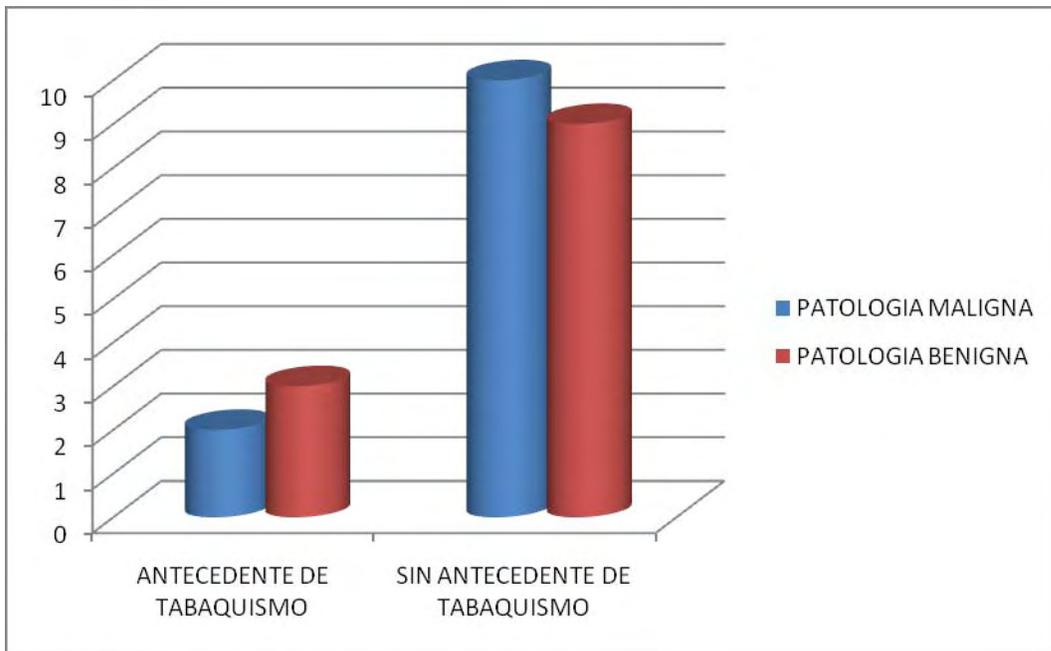


FIG. 16

El 25% de pacientes con patología maligna presento antecedentes heredofamiliares de cáncer, contra un 25% de pacientes de los pacientes con patología benigna (fig.17).

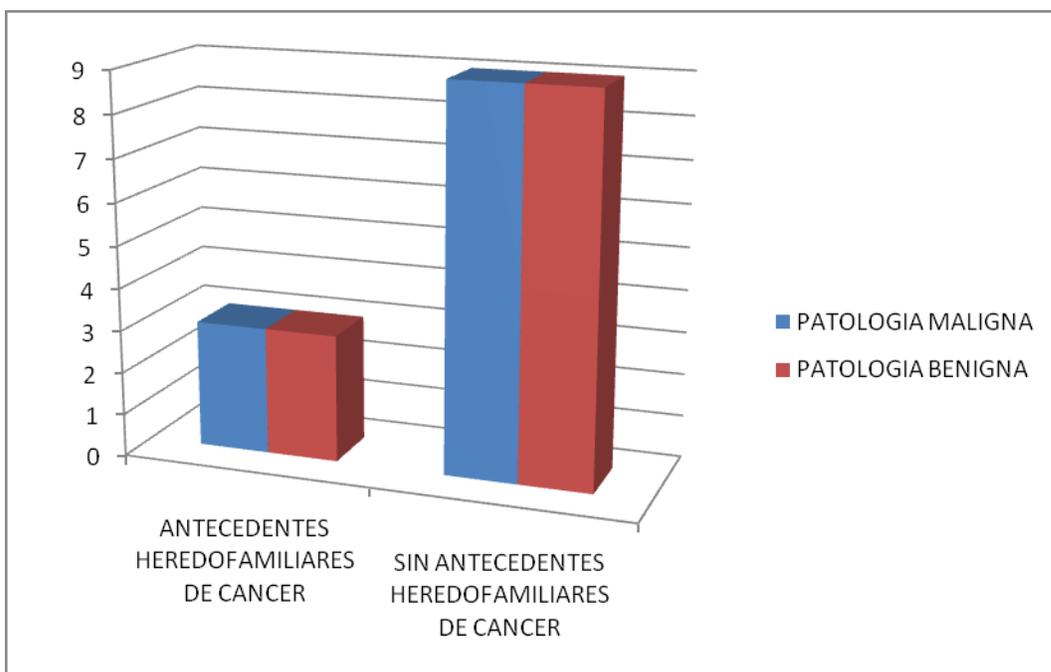


FIG. 17

Ninguno presento antecedente de diagnostico de cáncer previo.

Respecto a los pacientes con patología maligna las cifras de hemoglobina fueron: 25% presento anemia, 8% policitemia y el 67% fueron normales, contra 16% con anemia, 58% normal y 26% con policitemia de los pacientes con patología benigna (fig. 18).

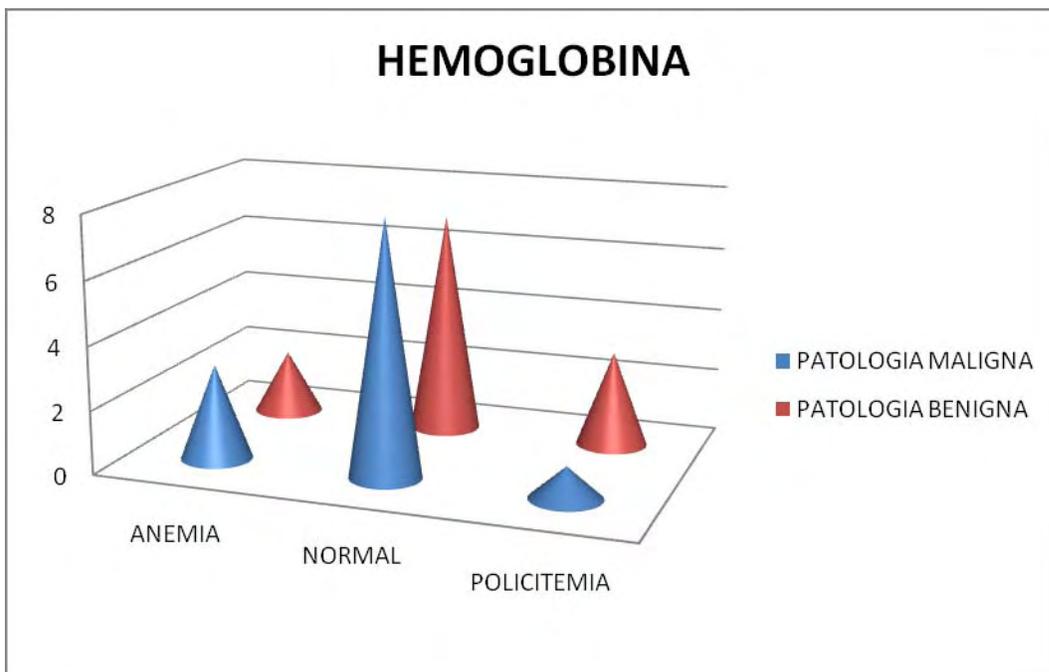


FIG. 18

Con una significancia estadística de 0.011 respecto a hemoglobina normal y sexo femenino con presencia de patología maligna (tab. 1)

Tabla de contingencia 1

Recuento

		HB AGRUPADA			Total
		1	2	3	
SEXO	Femenino	5	13	1	19
	masculino	0	2	3	5
Total		5	15	4	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.943(a)	2	.011
Razón de verosimilitudes	8.285	2	.016
Asociación lineal por lineal	6.676	1	.010
N de casos válidos	24		

a 5 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .83. (TAB 1).

Respecto a los leucocitos los pacientes con patología maligna mostraron un 42% que presento leucocitosis, 50% cifras de leucocitos normales y 8% leucopenia, contra un 100% con pacientes con leucocitosis de los pacientes con patología benigna (fig. 19).

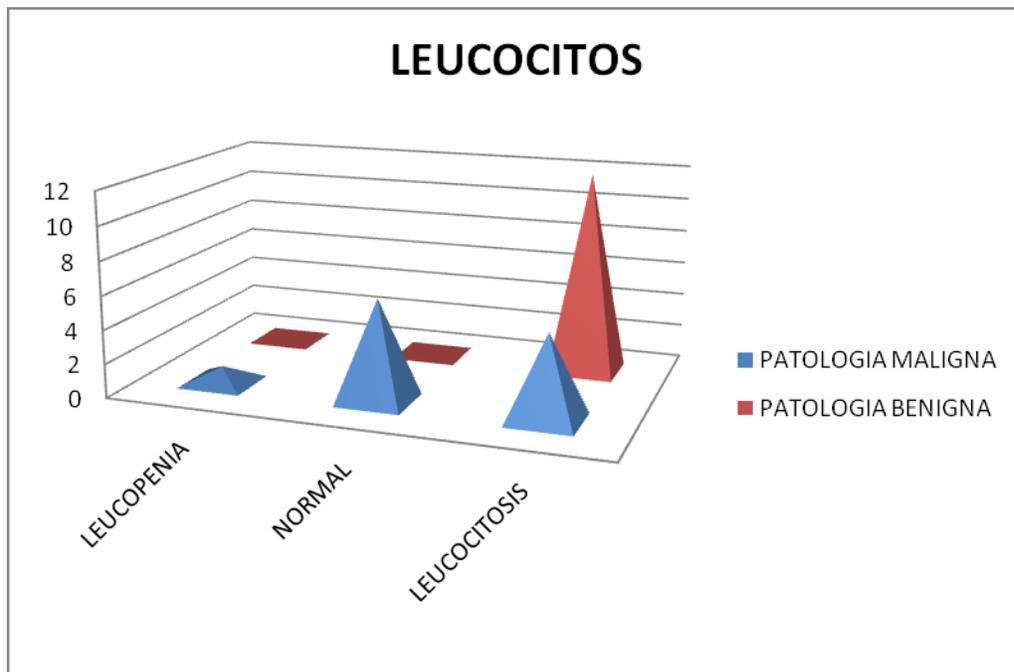


FIG. 19

Teniendo una significancia estadística de 0.024 al presentar cifras normales de leucocitos con la presencia asociada de plastrón o masa. (tab. 2), así como presenta una significancia de 0.005 para la presencia de leucos normales encontrados en patología maligna contra leucocitosis en patología benigna. (Anexo 1).

Tabla de contingencia 2

Recuento

		PLASTRON O MASA		Total
		si	no	
LEUCOS	1	0	1	1
AGRUPADOS	2	4	2	6
	3	2	15	17
Total		6	18	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.477(a)	2	.024
Razón de verosimilitudes	7.039	2	.030
Asociación lineal por lineal	2.788	1	.095
N de casos válidos	24		

a 5 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .25. (TAB. 2)

Respecto a la agrupación de plaquetas el 8% presento plaquetopenia, 8% trombocitopenia y 84% presento cifras normales de plaquetas, contra un 100% de pacientes de patología benigna que presento cifras normales de plaquetas (fig. 20).

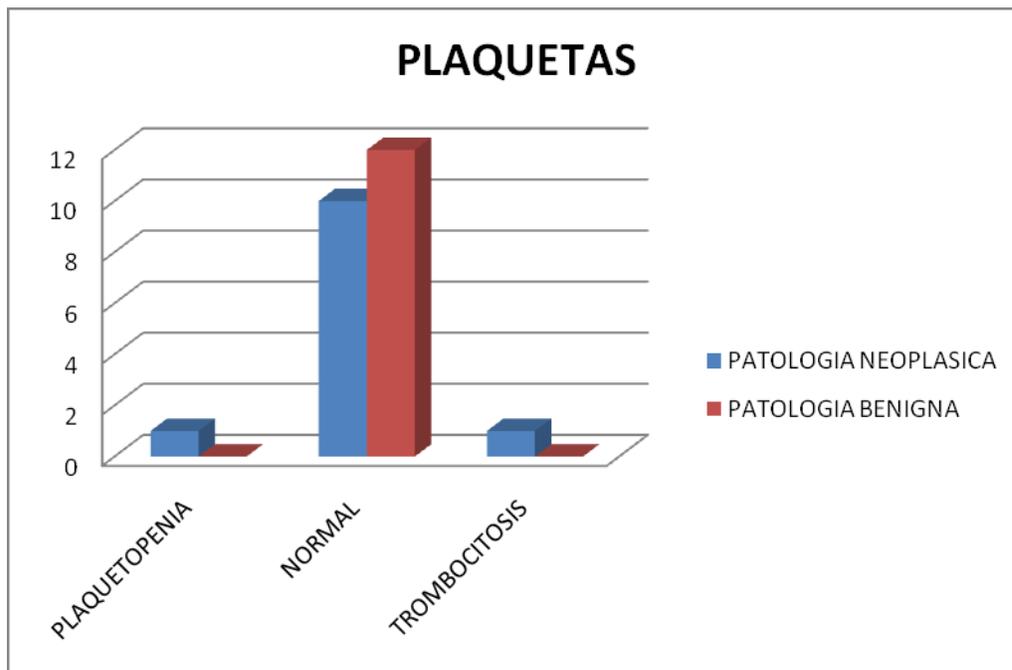


FIG. 20

El tiempo de sintomatología 50% lo presentaron entre 2 y 7 días y el otro 50% fue mayor de 7 días para los pacientes con patología maligna contra un 33% con menos de 1 día y 67% de entre 2 y 7 días (fig.21).

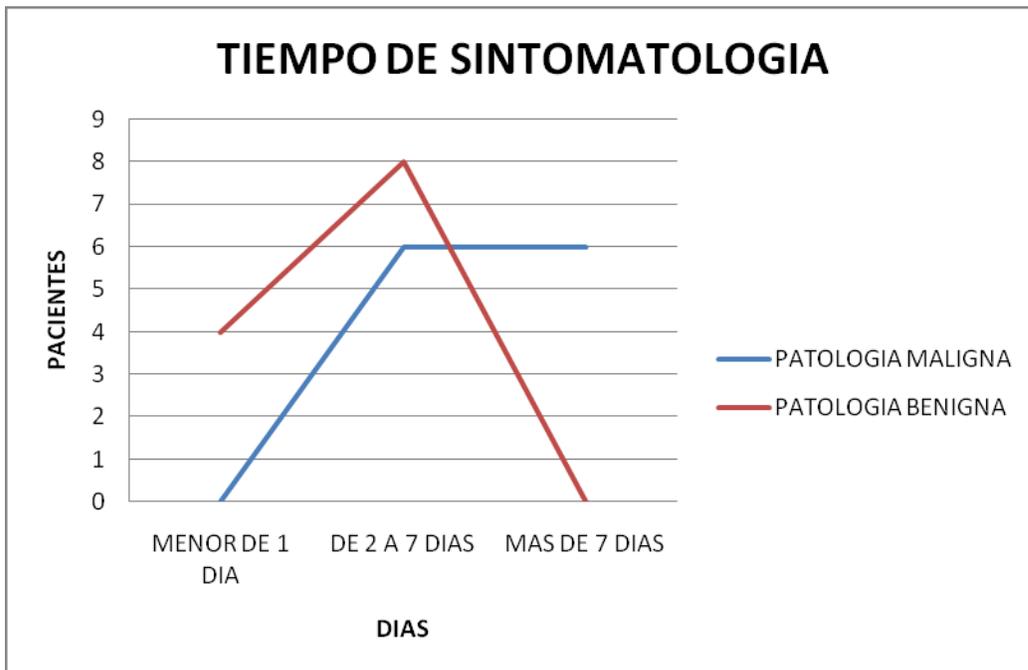


FIG. 21

Se presento un significancia de 0.006 para tiempo de síntomas mayores de 7 días y el tipo de neoplasia maligna (tab. 3), con la t de Student se presento una significancia de 0.001 respecto al tiempo de sintomatología y la presencia de patología maligna (anexo 1).

Tabla de contingencia 3

Recuento

		TIPO DE NEOPLASIA		Total
		benigna	maligna	
TIEMPO DE SINTOMAS	menor de 1 día	4	0	4
	de 1 a 7 días	8	6	14
	mayor de 7 días	0	6	6
Total		12	12	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.286(a)	2	.006
Razón de verosimilitudes	14.150	2	.001
Asociación lineal por lineal	9.746	1	.002
N de casos válidos	24		

a 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.00. (TAB. 3)

Así como también presenta una significancia del 0.024 la asociación entre el tiempo de síntomas mayor a 7 días y la presencia de morbilidad asociada, principalmente oclusión, seguida de infección y fistula. (tab. 4)

Tabla de contingencia 4

Recuento

		MORBILIDAD ASOCIADA					Total
		oclusión	dehiscencia	infección	fistula	ninguna	
TIEMPO DE SINTOMAS	menor de 1 día	0	0	1	0	3	4
	de 1 a 7 días	1	1	2	0	10	14
	mayor de 7 días	4	1	0	1	0	6
Total		5	2	3	1	13	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.626(a)	8	.024
Razón de verosimilitudes	20.421	8	.009
Asociación lineal por lineal	8.145	1	.004
N de casos válidos	24		

a 14 casillas (93.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .17. (TAB. 4)

La obstrucción no se presentó en ningún paciente.

La presencia de plastrón fue del 42% en pacientes con reporte de patología maligna, contra un 8% que presentaron con patología benigna (fig. 22).

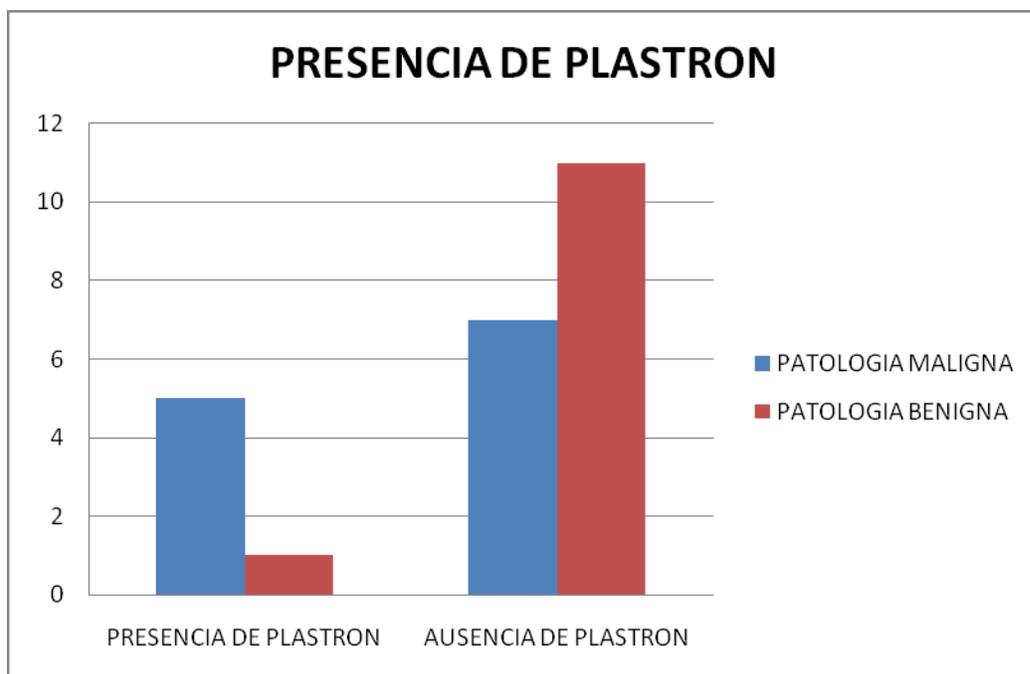


FIG. 22

Presentando un significancia de 0.019 la asociación entre presencia de plastrón y el la cirugía diagnóstica en pacientes con patología maligna. (tab. 5)

Tabla de contingencia 5

Recuento

		TIPO DE CIRUGIA			Total
		curativa	paliativa	diagnostica	
PLASTRON	Si	1	1	4	6
O MASA	No	13	3	2	18
Total		14	4	6	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.937(a)	2	.019
Razón de verosimilitudes	7.650	2	.022
Asociación lineal por lineal	7.599	1	.006
N de casos válidos	24		

a 5 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.00 (TAB: 5)

El 75% presento un tumor primario y 25% metástasis abdominales dentro del grupo de los de patología maligna, mientras que ninguno de los pacientes con patología benigna presento algún tipo de tumor. (fig. 23)

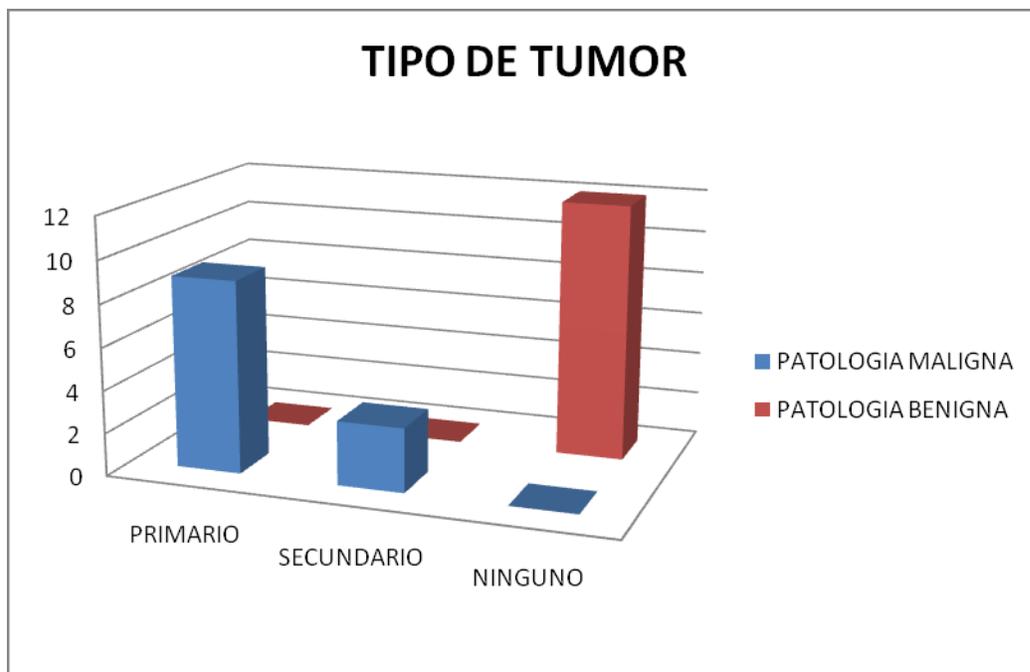


FIG. 23

Presentando una significancia de 0.006 la asociación de tipo de tumor primario con mas morbilidad principalmente para oclusión y dehiscencia (tab. 6)

Tabla de contingencia 6

		MORBILIDAD ASOCIADA					Total
		oclusión	Dehiscencia	infección	fistula	ninguna	
TIPO DE TUMOR	primario	2	2	1	1	3	9
	secundario	3	0	0	0	0	3
	ninguno	0	0	2	0	10	12
Total		5	2	3	1	13	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.320(a)	8	.006
Razón de verosimilitudes	22.173	8	.005
Asociación lineal por lineal	5.260	1	.022
N de casos válidos	24		

a 14 casillas (93.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .13. (TAB. 6)

La morbilidad asociada fue de un 42% por oclusión, 17% para dehiscencia, 8% para infección y 8% para fistula, mientras que solo 16% presentaron infección dentro de los pacientes con patología benigna. (fig. 24)

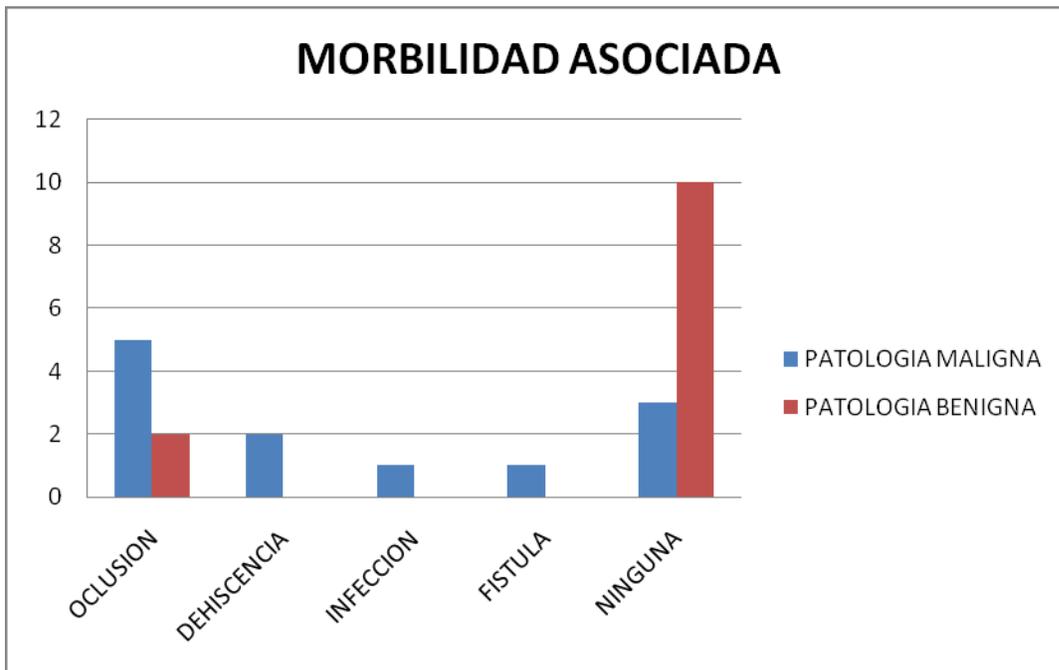


FIG. 24

Con las significancias ya descritas en las tablas 4 y 6 respecto a tiempo de sintomatología y tipo de tumor.

Presentando para la prueba de t de Student una significancia de 0.001 para morbilidad asociada en patología maligna. (Anexo 1).

El tipo de cirugía realizada para los pacientes con neoplasia maligna fue de la siguiente forma curativa 25%, paliativa 33% y diagnostica 42%, en contra de un 92% de cirugía curativa y 8% de cirugía diagnostica en el grupo de patología benigna (fig. 25)

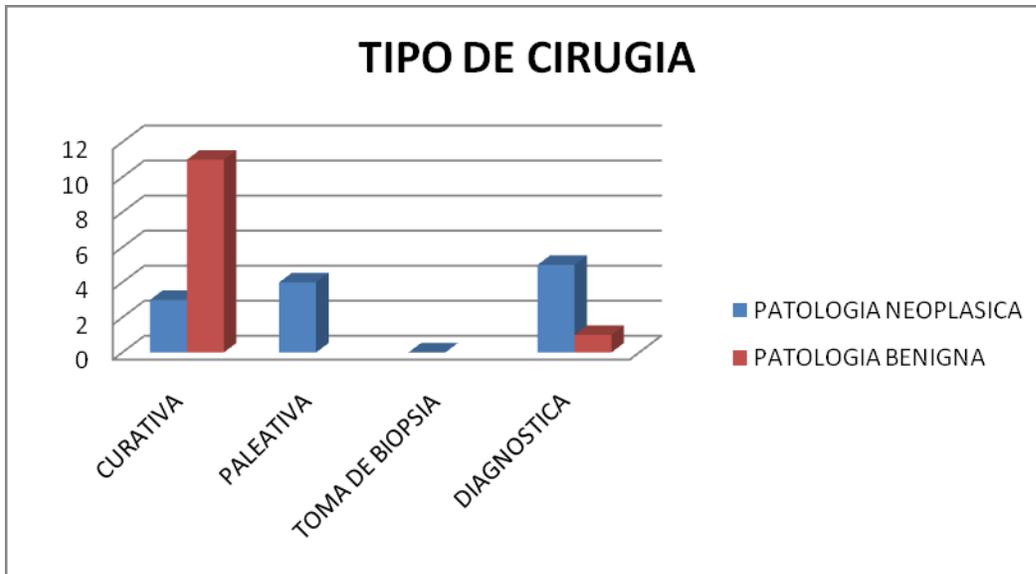


FIG. 25

Encontrando un significancia estadística para el tipo de cirugía y presencia de plastrón ya abordada en la tabla 5; se observo una significancia de 0.004 para chi cuadrado y para t de Student de 0.008 para el tipo de cirugía (diagnostica) y tipo de neoplasia maligna. (tab. 7 y anexo 1)

Tabla de contingencia 7

Recuento

		TIPO DE CIRUGIA			Total
		curativa	paliativa	diagnostica	
TIPO DE NEOPLASIA	benigna	11	0	1	12
	maligna	3	4	5	12
Total		14	4	6	24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.238(a)	2	.004
Razón de verosimilitudes	13.316	2	.001
Asociación lineal por lineal	6.485	1	.011
N de casos válidos	24		

a 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.00. (TAB. 7)

Con respecto a las defunciones se presentó en un 34% dentro del grupo de patología maligna contra un 8% que se presentó de patología benigna (fig. 26)

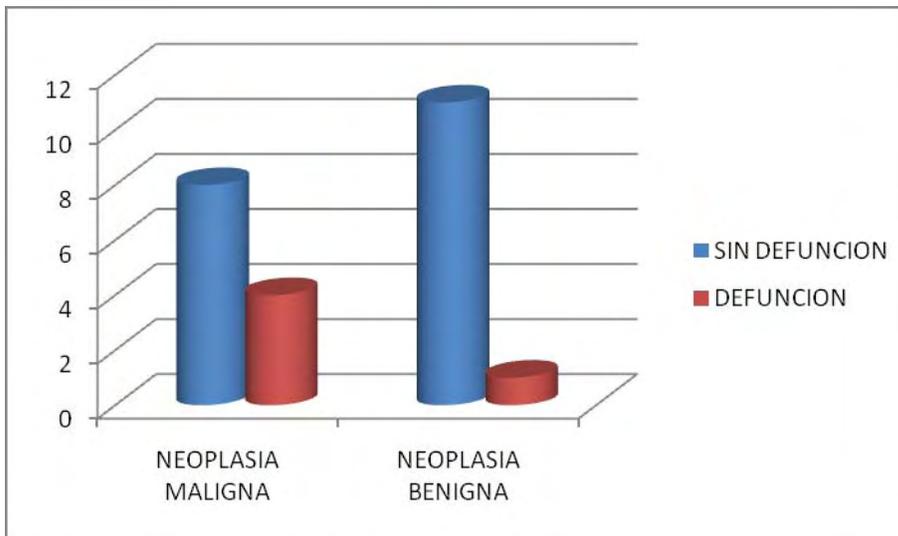


FIG. 26

Presentando un significancia de 0.003 para el tipo de cirugía principalmente diagnóstica seguida de paliativa con la presencia de defunción (tab. 8).

Tabla de contingencia 8

Recuento

		DEFUNCION		Total
		si	no	
TIPO DE CIRUGIA	curativa	0	14	14
	paliativa	1	3	4
	diagnóstica	4	2	6
Total		5	19	24

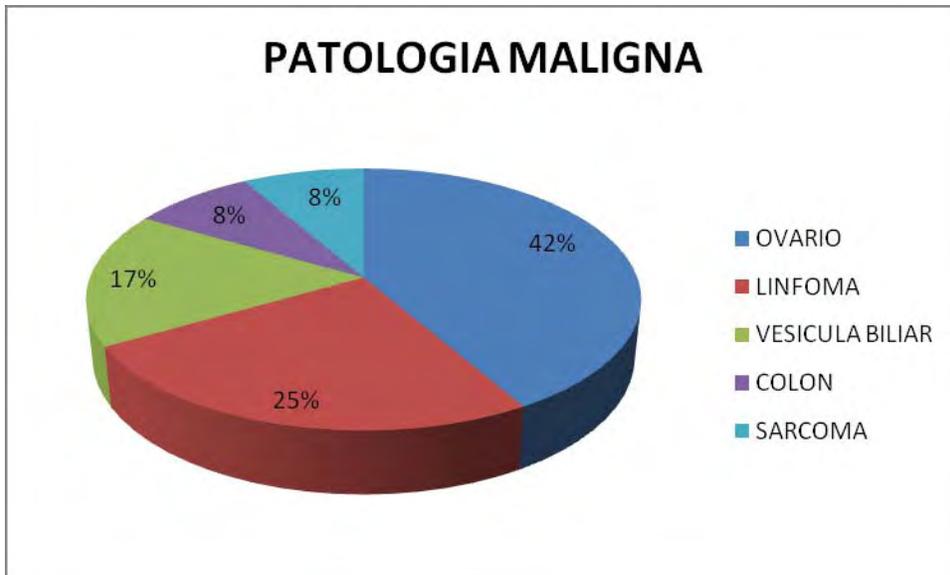
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.368(a)	2	.003
Razón de verosimilitudes	12.427	2	.002
Asociación lineal por lineal	10.880	1	.001
N de casos válidos	24		

a 5 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .83. (TAB. 8)

ESTIRPES DE NEOPLASIAS:

Los reportes finales de patología para neoplasias malignas fueron de los siguientes órganos, ovario (42%), linfomas (25%), vesícula biliar (17%), colon (8%), sarcoma (8%). (fig. 27).



(FIG. 27)

Con las siguientes estirpes:

Ovario: carcinoma endometroide, teratoma maduro, disgerminoma, adenocarcinoma estirpe papilar con metástasis intestinales, cistoadenocarcinoma papilar con metástasis a epiplón,

Intestino delgado: Linfoma No Hodgkin difuso con indiferenciación plasmacitoide asociado a mucosa (maltoma), linfoma difuso de células grandes de alto grado, linfoma indiferenciado alto grado patrón Burkittoides,

Vesícula Biliar: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con angioinvasión muscular y serosa, Adenocarcinoma papilar bien diferenciado e infiltrante a capa muscular,

Colon: Adenocarcinoma infiltrante con metástasis,

Sarcoma fusocelular de bajo grado

DISCUSIÓN:

En este estudio se observa para las patologías malignas un 5% del total de los casos ingresados a urgencias y que ameritaron manejo quirúrgico, sin embargo al realizar exclusión de pacientes este se ubico en un 3%, lo cual corresponde a la frecuencia encontrada en reportes previos (3, 7, 13).

La edad de presentación varía desde los 14 hasta los 82 años, con un promedio de 45 años, muy por debajo del promedio reportado que es de entre 60 y 70 años de la vida (13).

Del mismo modo hay una mayor predisposición para el sexo femenino que para el masculino (relación 11:1) sin que lo anterior represente significancia estadística (3, 7, 13).

Respecto a identificar los antecedentes, causa y o algún agente específico para el desarrollo de cáncer, se estudiaron antecedentes de exposición a tabaquismo y antecedentes heredofamiliares a cáncer; ambos grupos presentaron porcentajes similares y al realizar las pruebas estadísticas no mostraron alguna significancia estadística, sin embargo hay que tenerlos siempre en cuenta ya que ambos factores son reportados en la literatura como causas probables de desarrollo de neoplasias específicas de acuerdo a influencias ambientales, hereditarias y culturales (22).

La presencia de cáncer previo diferente al encontrado por reporte de patología fue nula y no represento significancia estadística.

Las cifras de hemoglobina encontradas en el grupo de patología maligna tuvieron un promedio mayor para cifras normales en ambos grupos, sin embargo presentaron un porcentaje mayor de anemia el grupo de patología maligna que el grupo de patología benigna, aunque presentan una significancia estadística ($p < 0.05$) al asociarlas al sexo femenino, no muestran una asociación en su forma de presentación clínica y las cifras de hemoglobina reportadas.

Las cifras de leucocitos que se presentaron en el grupo de patología maligna fueron en un mayor porcentaje normales y en menor grado presentaron cifras bajas (leucopenia), la cual mostro una significancia estadística para la prueba de chi cuadrado asociada a plastrón o masa ($p = 0.024$), así como la presencia de cifras normales de leucocitos y la presencia de patología maligna en la prueba t de Student mostraron una significancia estadística ($p = 0.002$).

Las cifras de plaquetas normales en ambos grupos fue similar 92%, sin mostrar significancia estadística en este estudio para las dos pruebas estadísticas empleadas, no correspondiendo a reportes previos (13).

El tiempo de sintomatología fue en promedio de 2 a 7 días de presencia de síntomas para ambos grupos sin embargo el grupo de patología maligna mostro un porcentaje importante para sintomatología mayor de 7 días, siendo el dolor abdominal no especifico, el síntoma angular en este grupo de patología, mostrando una significancia estadística al asociarlo al tipo de neoplasia con chi cuadrado ($p=0.006$): así como una significancia con morbilidad asociada ($p=0.024$); la prueba t de Student muestra también muestra significancia respecto al tiempo de sintomatología (mayor de 48 hrs.) y la presencia de patología maligna ($p=0.001$), lo anterior concuerda con reportes de otras series (2,13).

La obstrucción intestinal no se observo en ningún paciente, lo cual no corresponde a reportes previos, ya que en estos hacen mención que es la principal causa y el principal diagnostico preoperatorio para decidir realizar una exploración quirúrgica de urgencia. (2, 13).

La presencia de plastrón o masa aparte de la asociación con las cifras de leucocitos; presenta una significancia ($p=0.019$) con el tipo de cirugía que se realiza, principalmente diagnostica, lo anterior por los hallazgos macroscópicos transoperatorios que hicieron orientar al cirujano a un diagnostico acertado antes de tener un reporte definitivo de patología.

La presencia del tipo de tumor tuvo un significancia ($p=0.006$) con la morbilidad asociada principalmente oclusión, principalmente en estos casos al presentarse metástasis de primarios ajenos al aparato digestivo (ovario, retroperitoneo) y dehiscencia en primarios de tubo digestivo (colon).

La morbilidad asociada fue principalmente posoperatoria y la principal fue la oclusión, seguida de la dehiscencia, infección y fistula, en líneas superiores se comenta acerca de la asociación entre tiempo de sintomatología y morbilidad asociada, además de tipo de tumor y morbilidad asociada, respecto a t de Student se encontró significancia estadística ($p= 0.001$) entre morbilidad asociada mayor en pacientes con patología maligna que asemejan a otras series (13), aunque otra serie reporta como principales morbilidad al desequilibrio hidroelectrolitico, sangrado activo localizado

diferentes sitios ascitis masiva, fiebre, y disnea agudizada (15); así como otra serie reporta que estas morbilidades están asociadas y presentan una alta mortalidad al presentarse a pacientes del sexo masculino y mayores de 70 años (20).

En lo que toca al tipo de cirugía realizada cabe mencionar lo expresado en párrafos anteriores ante la presencia de plastrón, la cirugía fue diagnóstica y orientó a un diagnóstico preciso por los hallazgos transoperatorios encontrados que se confirmó posterior con el reporte final de patología, en lo que respecta a la *t* de Student se observó una significancia estadística (0.008) entre el tipo de cirugía y la patología maligna, esto para cirugía paliativa; aunque en la actualidad hay guías clínicas para protocolos de estudio con términos y conductas basadas en evidencia para la toma de decisiones respecto a diagnóstico y tratamiento ya sea médico o quirúrgico principalmente en forma programada de acuerdo al estadio (23), no han sido ampliamente difundidas para orientar a los cirujanos generales acerca de las decisiones quirúrgicas a tomar en una cirugía de urgencia en caso de presentar este tipo de hallazgos (13, 22, 23).

La mortalidad fue mayor en el grupo de patología maligna con un 34% contra un 8% en patología benigna, así como presentó una significancia con respecto al tipo de cirugía principalmente de tipo paliativo ($p=0.003$), al realizar este tipo de cirugía la mortalidad se presentó en dos pacientes dentro de las primeras 48 hrs. (linfoma indiferenciado alto grado patrón Burkittoides, adenocarcinoma estirpe papilar con metástasis intestinales); una paciente a los quince días (adenocarcinoma moderadamente diferenciado con angioinvasión muscular y serosa) y una más a los cuatro meses (cistoadenocarcinoma papilar con metástasis a epiplón), lo cual también se encuentra dentro de lo reportado en la literatura.(13).

CONCLUSIONES

En la actualidad, aun las patologías neoplásicas siguen siendo diagnosticadas tardíamente, muchas de las veces se realiza como un hallazgo transoperatorio y a pesar de que existen guías clínicas para protocolos de estudio con términos y conductas basadas en evidencia para la toma de decisiones respecto a diagnóstico y tratamiento quirúrgico estas no son conocidas por la mayoría de los cirujanos generales.

A pesar de contar con pruebas de laboratorio, gabinete y de todos los adelantos tecnológicos, existen condiciones clínicas que nos pueden orientar o hacer sospechar que podemos estar ante un proceso maligno como son:

Edad: La mayoría de las series reportan edades entre 60 y 70 años, sin embargo considero que por el estilo de vida actual, el medio ambiente, la influencia hereditaria, el tipo de comida, la exposición a ciertas sustancias, etc., será más frecuente encontrarlo en edades más tempranas.

Sexo: Existe mayor afinidad por el sexo femenino, en este estudio relación 11:1, así como aun falta realizar más estudios para hacer una verdadera correlación entre este y los factores asociados que determinan la presencia de esta patología.

Aunque no se reviso en este estudio hay sintomatología crónica inespecífica que se presenta en un porcentaje importante, como es la astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso, malestar general.

La sintomatología aguda de más de 48 horas, presencia de dolor inespecífico de más de 7 días de evolución con presencia de plastrón y sin la presencia de leucocitosis son manifestaciones clínicas constantes para hacernos sospechar en una patología maligna.

De estar en condiciones estables el paciente puede ingresar y ser protocolizado y si es candidato a cirugía que esta se realice bajo las mejores condiciones para el paciente.

Si consideramos que presenta alguna complicación aguda y es candidato a cirugía de urgencia esta nos va a proporcionar un diagnóstico y al mismo tiempo se le ofrecerá un primer tratamiento que deberá de ser el correcto y definitivo de acuerdo a los hallazgos transoperatorios; por lo que es importante conocer los procedimientos quirúrgicos para ofrecer un solo procedimiento, esto para evitar las principales morbilidades y aumentar la morbimortalidad asociada.

Respecto al procedimiento quirúrgico a utilizar, será conveniente realizar y revisar que alternativa quirúrgica es la mejor y menos mórbida, decidir de acuerdo a las condiciones generales del paciente entre cirugía abierta o cirugía de mínima invasión, aunque esto será determinado por la habilidad, experiencia y preferencia del cirujano.

También no menos importante identificar a grupos de riesgo con sistemas de puntuación pronósticos, ya que dependiendo de la severidad de la enfermedad, condiciones del paciente podremos predecir el riesgo de morbilidad y mortalidad, ayudando a una mejor toma de decisiones, resolver la urgencia y dar el mejor tratamiento quirúrgico disponible, racionalizando recursos. mejorando la supervivencia y disminuyendo costos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ronald FM, Rossi RL. Abdomen agudo, generalidades y algoritmos. Clin Quir 1997;6:1193-1208.
- 2.- de Dombal FT: Diagnosis of Acute Abdominal Pain, 2nd ed Churchill Livingstone, London, 1991.
- 3.- Acute abdominal pain survey. Dombal FT. Scand Gastroenterol 2003;1:35-42
- 4.- Escalante PC, Meltzer AB. Emergency care at Comprehensive Cancer Centers. In: Yeung J SC, Escalante PC, eds. Oncologic emergencies. Hamilton, BC: Decker;2002. pp. 1-5.
- 5.- M. Jiménez Garrido, J. L. Lucena de la Poza, Dolor abdominal agudo, España, Medicine 2000: Vol. 8, num. 14. Código documento: 1013201
- 6.- ACS surgery 2004.- principles and practice.- Acute abdominal pain.- 1:16 2004.
- 7.- R. Valdez Gómez, A. Vázquez García., Pacientes que debutan como abdomen agudo, por patología de origen neoplásico, Hosp.. "Adolfo López Mateos", ISSSTE, 2007.
- 8.- Sucher JF, MacFadyen BU Jr: Imaging modalities for acute abdominal pain. Semin laparos Surg 9:3, 2002.
- 9.- Allemann F, Cassina P, Rothlin M, et al. : Ultrasound scans done by surgeons for patients with acute abdominal pain: a prospectie study. Eur J. Surg 165:966
- 10.- Tsushina Y, Yamada S, Aoki J, et al: Effect of contrast-enhanced computed tomography on diagnosis management of acute abdominal in adults. Clin Radiol 57:507, 2002.
- 11.- Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, et al: Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain in unknown cause. Prospective randomized study. BMJ 325:1387, 2002
- 12.- Tratado de cirugía general.- México.- Editorial El manual moderno: Consejo Mexicano de Cirugía General, 36:289, 2003.
- 13.- L N Cruz-Sánchez, J F Aguirre-Córdova, G Chávez-Vázquez Perfil del paciente con urgencia abdominal secundaria a cáncer Cir Ciruj 2002; 70: 164-168
- 14.- Midgley R, Kerr D. Colorectal cancer. Lancet 1999;353:391-399.
- 15.- Valdespino-Gómez VM, López-Garza JR, González-Alemán, JC y cols: Urgencias médico-quirúrgicas en un hospital oncológico: Cir Ciruj 2006;74:359-368
- 16.- Enck RE, Ríos CN. Tamoxifen treatment of metastatic breast cancer and antithrombin III levels. Cancer 1984;53:2607-2609.
- 17.- Bakker FC. The Hartmann procedure. Br J Surg 1982;69:580-582.
- 18.- Villazón Dávico O., Cárdenas Castañeda OA, Espinosa Jaramillo A: Laparoscopia para el diagnóstico y la estadificación de las enfermedades malignas Cirujano General Vol. 25 Núm. 4 - 2003
- 19.- Aabo K, Pedersen H, Bach F, Knudsen J. Surgical management of intestinal obstruction in the late course of malignant disease. Acta Chir Scand 1984;150:173-176.
- 20.- Arreguín Porras J, Torres Vargas S: Sistemas de puntuación pronóstica en cirugía oncológica abdominal y su utilidad en la predicción de reintervención: Cirujano General Vol. 25 Núm. 1 - 2003
- 21.- Wiedner N.- Prognostics indicators for cancer.- Preface.- Surg Oncol Clin NA.- 1997;6:463-494.
- 22.- Principios de cirugía.- Vol. 1.- Cap. 9.- Séptima edición.- Schwartz.- Shires.- Spencer.- Ed.- Interamericana-McGraw-Hill.
- 23.- Ochoa Carrillo FJ.- Fuentes Albuo A.- Las Guías de manejo del National Comprehensive Cancer network (NCCN) y la oncología Latinoamericana y del Caribe.- Editorial.- Gaceta Mexicana de Oncología.- Vol. 4; Sup. 3: 2005

ANEXOS

Estadísticos de grupo

	TIPO DE NEOPLASIA	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
EDAD	benigna	12	45.83	22.356	6.454
	maligna	12	51.33	21.656	6.251
SEXO	benigna	12	1.33	.492	.142
	maligna	12	1.08	.289	.083
EXPOSICION A TABACO	benigna	12	1.75	.452	.131
	maligna	12	1.83	.389	.112
AHF DE CANCER	benigna	12	1.75	.452	.131
	maligna	12	1.75	.452	.131
CANCER PREVIO	benigna	12	2.00	.000(a)	.000
	maligna	12	2.00	.000(a)	.000
HEMOGLOBINA	benigna	12	14.917	2.0775	.5997
	maligna	12	13.467	2.1090	.6088
LEUCOCITOS	benigna	12	15.017	2.6419	.7627
	maligna	12	11.450	6.3556	1.8347
PLAQUETAS	benigna	12	266.25	73.502	21.218
	maligna	12	358.92	137.856	39.796
TIEMPO DE SINTOMAS	benigna	12	1.67	.492	.142
	maligna	12	2.50	.522	.151
OBSTRUCCION INTESTINAL	benigna	12	2.00	.000(a)	.000
	maligna	12	2.00	.000(a)	.000
PLASTRON O MASA	benigna	12	1.92	.289	.083
	maligna	12	1.58	.515	.149
TIPO DE TUMOR	benigna	12	3.00	.000	.000
	maligna	12	1.25	.452	.131
MORBILIDAD ASOCIADA	benigna	12	5.50	1.168	.337
	maligna	12	2.83	2.125	.613
TIPO DE CIRUGIA	benigna	12	1.25	.866	.250
	maligna	12	2.58	1.311	.379
DEFUNCION	benigna	12	1.92	.289	.083
	maligna	12	1.67	.492	.142
EDAD AGRUPADA	benigna	12	4.17	2.125	.613
	maligna	12	4.58	2.109	.609
HB AGRUPADA	benigna	12	2.08	.669	.193
	maligna	12	1.83	.577	.167
LEUCOS AGRUPADOS	benigna	12	3.00	.000	.000
	maligna	12	2.33	.651	.188
PLAQ AGRUPADAS	benigna	12	2.00	.000	.000
	maligna	12	2.00	.426	.123

a No puede calcularse T porque las desviaciones típicas de ambos grupos son 0.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
EDAD	Se han asumido varianzas iguales	.004	.951	-.612	22	.547	-5.500	8.985	-24.134	13.134
	No se han asumido varianzas iguales			-.612	21.978	.547	-5.500	8.985	-24.135	13.135
SEXO	Se han asumido varianzas iguales	12.037	.002	1.517	22	.143	.250	.165	-.092	.592
	No se han asumido varianzas iguales			1.517	17.763	.147	.250	.165	-.096	.596
EXPOSICION A TABACO	Se han asumido varianzas iguales	.957	.338	-.484	22	.633	-.083	.172	-.441	.274
	No se han asumido varianzas iguales			-.484	21.523	.633	-.083	.172	-.441	.274
AHF DE CANCER	Se han asumido varianzas iguales	.000	1.000	.000	22	1.000	.000	.185	-.383	.383
	No se han asumido varianzas iguales			.000	22.000	1.000	.000	.185	-.383	.383
HEMOGLOBINA	Se han asumido varianzas iguales	.206	.654	1.697	22	.104	1.4500	.8546	-.3223	3.2223
	No se han asumido varianzas iguales			1.697	21.995	.104	1.4500	.8546	-.3223	3.2223

LEUCOCITOS	Se han asumido varianzas iguales	14.233	.001	1.795	22	.086	3.5667	1.9869	-5539	7.6872
	No se han asumido varianzas iguales			1.795	14.691	.093	3.5667	1.9869	-6761	7.8094
PLAQUETAS	Se han asumido varianzas iguales	1.243	.277	-2.055	22	.052	-92.667	45.099	186.196	.863
	No se han asumido varianzas iguales			-2.055	16.787	.056	-92.667	45.099	187.909	2.576
TIEMPO DE SINTOMAS	Se han asumido varianzas iguales	1.375	.253	-4.022	22	.001	-.833	.207	-1.263	-.404
	No se han asumido varianzas iguales			-4.022	21.924	.001	-.833	.207	-1.263	-.404
PLASTRON O MASA	Se han asumido varianzas iguales	20.439	.000	1.956	22	.063	.333	.170	-.020	.687
	No se han asumido varianzas iguales			1.956	17.293	.067	.333	.170	-.026	.692
TIPO DE TUMOR	Se han asumido varianzas iguales	33.000	.000	13.404	22	.000	1.750	.131	1.479	2.021
	No se han asumido varianzas iguales			13.404	11.000	.000	1.750	.131	1.463	2.037
MORBILIDAD ASOCIADA	Se han asumido varianzas iguales	7.249	.013	3.810	22	.001	2.667	.700	1.215	4.118
	No se han asumido varianzas iguales			3.810	17.089	.001	2.667	.700	1.191	4.143
TIPO DE CIRUGIA	Se han asumido varianzas iguales	8.692	.007	-2.939	22	.008	-1.333	.454	-2.274	-.392
	No se han asumido varianzas iguales			-2.939	19.061	.008	-1.333	.454	-2.283	-.384

	iguales										
DEFUNCION	Se han asumido varianzas iguales	12.037	.002	1.517	22	.143	.250	.165	-.092	.592	
	No se han asumido varianzas iguales			1.517	17.763	.147	.250	.165	-.096	.596	
EDAD AGRUPADA	Se han asumido varianzas iguales	.015	.904	-.482	22	.634	-.417	.864	-2.209	1.376	
	No se han asumido varianzas iguales			-.482	21.999	.634	-.417	.864	-2.209	1.376	
HB AGRUPADA	Se han asumido varianzas iguales	.058	.813	.980	22	.338	.250	.255	-.279	.779	
	No se han asumido varianzas iguales			.980	21.543	.338	.250	.255	-.279	.779	
LEUCOS AGRUPADOS	Se han asumido varianzas iguales	42.308	.000	3.546	22	.002	.667	.188	.277	1.057	
	No se han asumido varianzas iguales			3.546	11.000	.005	.667	.188	.253	1.081	
PLAQ AGRUPADAS	Se han asumido varianzas iguales	2.200	.152	.000	22	1.000	.000	.123	-.255	.255	
	No se han asumido varianzas iguales			.000	11.000	1.000	.000	.123	-.271	.271	

AUTORIZACIONES
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO. ISSSTE.

HOSPITAL GENERAL: “DR. *DARIO FERNANDEZ FIERRO*”.

**FRECUENCIA DEL DIAGNOSTICO DE CANCER COMO
HALLAZGO TRANSQUIRURGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGIA DE URGENCIA POR ABDOMEN AGUDO EN EL
HOSPITAL GENERAL “DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO” DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

NO. DE REGISTRO: 90.2008

DR. NEREO JAVIER RODRIGUEZ CRUZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL.
Médico Residente de 4° Año de Cirugía General
Hosp. Gral. “Dr. Darío Fernández Fierro.” ISSSTE.

DR. ELIAS GERARDO SIMON NACIF
Asesor de Tesis
Médico Adscrito Oncología Quirúrgica
Hosp. Gral. “Dr. Darío Fernández Fierro.”

DRA. L. NORMA CRUZ SANCHEZ.
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
Hosp. Gral. “Dr. Darío Fernández Fierro.”