



11209 40
269
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
" DR. BERNARDO SEPULVEDA G.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

" EL VALOR DIAGNOSTICO DE LA LAPAROTOMIA
EXPLORADORA "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JORGE LUIS GALINDO DE LA SANCHA



IMSS

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

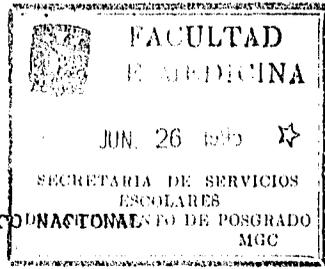


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



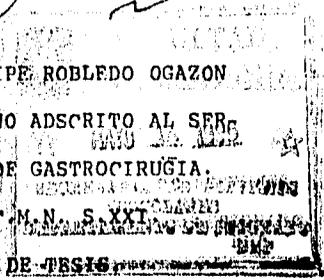
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL

SIGLO XXI.

"EL VALOR DIAGNOSTICO DE LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA"

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA.
H.E.C.M.N. SXXI.

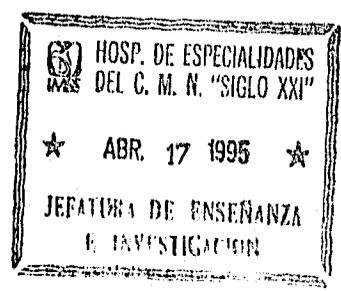
DR. FELIPE ROBLEDO OGAZON
CIRUJANO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA.
H.E.C.M.N. S. XXI.
ASESOR DE TESIS



DR. JUAN MIER Y DIAZ
CIRUJANO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA. HE. CMN. S. XXI.

DR. ANTONIO ABDIEL.
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA
HE. CMN. S. XXI.

DR. NIELS H. WACHER RODARTE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
H.E.C.M.N. S. XXI.



DR. JORGE LUIS GALINDO DE LA SANCHA.
RESIDENTE EGRESADO DE CIRUGIA GENERAL DEL H.E.C.M.N.S.XXI.

++DR.GALINDO DE LA SANCHA JORGE LUIS
PROLONGACION CANAL DE MIRAMONTES 3835.EDIFICIO 19.DEPARTAMEN
TO 401.EXEJIDOS DE HUIPULCO.CP.14380.DELEGACION TLALPAN.MEXI
CO;D.F.

CONTENIDO:

AGRADECIMIENTOS	.....	1 - 3
RESUMEN	.....	4
INTRODUCCION	.....	5 - 6
MATERIAL Y METODOS	.....	7 - 8
RESULTADOS	.....	9 - 12
DISCUSION	.....	13 - 15
CONCLUSIONES	.....	16
APENDICE:	.....	17
CUADRO I. Antecedentes de importancia pero no....		
determinantes en la presentación de la.		
enfermedad		18
CUADRO II. Manifestaciones clínicas más comunes ..		19
CUADRO III. Hallazgos de laboratorio		20
CUADRO IV. Diagnóstico establecido por estudios ..		
de gabinete		21
CUADRO V. Cont. Dx. por est. gabin.		22
CUADRO VI. Diagnóstico por estudios de gabinete ..		
invasivos		23
CUADRO VII. Diagnóstico transoperatorio		24
CUADRO VIII. Diagnóstico por estudio histopatol6..		
gico		25
CUADRO IX. Tiempo de estancia hospitalaria, preope.		
ratoria		25
BIBLIOGRAFIA	.....	26 - 29.

AGRADECIMIENTOS:

1

A mis Maestros:

Quienes con sus enseñanzas y sabios consejos me iniciaron en el Arte y la Ciencia que es la Cirugía General.

En especial quiero hacer mención de mi agradecimiento al DR.ROBERTO BLANCO BENAVIDES quien con su rectitud y honestidad y sabiduría nos apoya a todos y cada uno de "sus residentes"de Cirugía.

Al DR.FELIPE ROBLEDO
OGAZON,QUIEN CON EN-
TUSIASMO ACEPTO EL DI-
RIGIR Y COORDINAR LA
REALIZACION DE ESTA
TESIS.

A mis Compañeros de Residencia:

Quienes juntos aprendimos a "dar los primeros pasos",dentro de la Especialidad de Cirugía General,que es un camino muy difícil,pero que deja muchas recompensas como el ver a un enfermo recuperarse de su enfermedad,y verlo convivir y sonreír con su familia.

A mis Padres:

Estanislao Galindo y Celestina De La Sancha
Quienes me han brindado y me siguen brindan
do su apoyo, su amor, su cariño, sus enseñanzas
de un modo incondicional, que solo lo saben ha-
cer los padres; que éste apoyo fue muy necesario
en ésta etapa de mi vida, ya que la residencia
tiene sus períodos críticos, y que hay que supe-
rarlos, del mejor modo posible.

A mis Hermanos:

Ma. Eugenia

Ambrosio

Federico

Marvelia

Oseín

De quienes he recibido innumera-
bles enseñanzas y consejo y apo-
yo; que además siempre han repre-
sentado un aliciente en las si-
tuaciones más críticas.

A mis Abuelos:

Andrés Galindo e
Isidra Olmos quienes me han legado
parte de su experiencia y sabiduría
adquirida con el paso del tiempo.

A "mi Celia"

De un modo particular, ya que
me ha brindado su amor, su a-
poyo y comprensión, durante
ésta etapa de mi vida.

A todos los pacientes:

Que han contribuido y continuarán contribu-
yendo en la educación, formación y perfecciona-
miento de nuestra medicina y sobre todo de no-
sotros Médicos; en las distintas especialidades.

EL VALOR DIAGNOSTICO DE LA LAPAROTOMIA
EXPLORADORA.

RESUMEN:

En el presente trabajo se pretende rescatar el valor de la laparotomía, como método diagnóstico, para ello diseñamos un modelo prospectivo; en el que apegándonos al protocolo de estudio existente en nuestra unidad (H.E.C.M.N.S XXI); y servicio, incluimos a todos los pacientes que no tenían diagnóstico de certeza y que ameritaban manejo quirúrgico, apreciando que de Diciembre 1994 a Febrero 1995 en 22 pacientes no se pudo establecer el diagnóstico preoperatorio, excluyendo se 6 por información incompleta; del restante grupo: 72.73%; el 62.5% fueron mujeres y el 37.5% hombres, con media de edad de 58 años; de éstos pacientes en 12.5% los estudios de gabinete orientaron al diagnóstico, y en el restante 87.5% la laparotomía exploradora dió el diagnóstico definitivo, auxiliado por el estudio histopatológico. Mostrando un valor estadísticamente significativo de p menor de 0.05. Con lo que le damos el valor buscado.

La mortalidad inherente al procedimiento quirúrgico fue de 0%, y perioperatorio fue de 0%.

palabras clave: Laparotomía exploradora;
valor diagnóstico.

VAL. DIAG. LAP. EXPL.

INTRODUCCION:

La laparotomía exploradora es uno de los métodos diagnósticos más útiles al cirujano, y también de las técnicas más antiguas; ya que ha sido mediante ella que se han elaborado una serie de descripciones y hallazgos transoperatorios no esperados, (1,2); como es el caso de abdomen agudo en el que se sospecha la presencia de apendicitis aguda y lo que se encuentra en la cirugía es un quiste de ovario torcido, un quiste de ovario roto; un embarazo ectópico roto o una neoplasia, (3); etc.

Los métodos diagnósticos que se han venido diseñando común son las radiografías simples de abdomen, la serie esófago gastroduodenal, el tránsito intestinal, el enema baritado, el U.S.G. en sus diferentes modalidades, la T.A.C.; los estudios invasivos como la panendoscopia y el lavado peritoneal diagnóstico, etc. (2,4,5), en pacientes ampliamente protocolizados no han permitido establecer un diagnóstico de certeza, o el diagnóstico elaborado no se puede sustentar firmemente y es necesario de realizarse una laparotomía exploradora diagnóstica.

Por otro lado tenemos los casos de pacientes a los que se ha protocolizado en forma incompleta, que debido a lo severo de su cuadro clínico, se necesita someter a cirugía de urgencia, mencionemos el caso de un paciente de 78 años de edad, quien ingresó a la unidad por presentar datos de abdomen agudo, y en el que los estudios de laboratorio, gabinete, y clínico nos orientaban a la sospecha de tumor retroperitoneal y que por la inestabilidad hemodinámica en que se en-

contraba se tuvo que intervenir de urgencia, encontrándose un hematoma retroperitoneal, cuyo sitio de origen se identificó a un aneurisma de aorta abdominal roto. También tenemos el caso del paciente politraumatizado en el que su inestabilidad hemodinámica y sus condiciones generales no permiten que se estudie cabalmente y en los que es necesario intervenirlos de urgencia(1,2,y3), en ellos la laparotomía tiene un valor inigualable.

Asimismo tenemos el caso de pacientes en los que sí es posible realizar su protocolo de estudio con laboratorio y gabinete, (T.A.C.; U.S.G.; Lavado peritoneal diagnóstico); y en los que no ha sido posible establecer un diagnóstico de certeza, y es meritoria su intervención quirúrgica, encontrando hallazgos no esperados, (1). Es por lo anterior que pese al advenimiento de nuevas técnicas y métodos diagnósticos que han ido desplazando a la laparotomía exploradora, que nuestro objetivo en éste estudio prospectivo es el de demostrar que la laparotomía exploradora no solo tiene un valor diagnóstico inigualable e insustituible, sino además un valor terapéutico que muy pocas técnicas lo comparten.

MATERIAL Y METODO:

Se incluyeron en el estudio a los pacientes ingresados al Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el período comprendido del 10 de Diciembre de 1994 al 28 de Febrero de 1995, siendo los criterios de inclusión: el que ameritaran manejo quirúrgico, ya fuera en forma urgente o como cirugía electiva; el que mediante el protocolo de estudio basado en la sospecha clínica y/o correlación paraclínica no se concluyera un diagnóstico preoperatorio de certeza; siendo éstos estudios de apoyo, desde la placa simple de abdomen, los estudios contragastados como la S.E.G.D; el tránsito intestinal, estudios de imagenología como el U.S.G.; y la T.A.C.; la pancreatografía dinámica, la centelleografía, los estudios invasivos como la colonoscopia, la toma de biopsia, y/o citología entre otros.

Asimismo se tuvo de apoyo a los estudios de laboratorio tales como: Bh; QS; ES; PFH; gasometría; etc; tomando en cuenta la sospecha clínica.

El sexo y la edad no influyeron como criterios de selección, los criterios de exclusión fueron el que no ameritara manejo quirúrgico o que el diagnóstico de certeza fuera establecido preoperatoriamente y la cirugía lo haya corroborado. También se realizó un escrutinio referente a las manifestaciones clínicas más comunes, y las enfermedades concomitantes pero no determinantes en la presentación de la enfermedad en cuestión, no tratando de establecer una relación de causalidad.

El análisis estadístico se hizo utilizando la prueba exacta de Fisher, y los porcentajes.

RESULTADOS I

9

Durante el período de estudio comprendido del 10 de Diciembre de 1994 al 28 de Febrero de 1995, se encontró que únicamente 22 pacientes cumplían con los criterios de inclusión, sin embargo, de éstos en 6 no se pudo obtener la información completa, por lo que se excluyeron del estudio, (27.27%), y solo se mencionaran al final; de los 16 restantes que conformaron nuestro universo de trabajo, 10 (62.5%), fueron mujeres y 6 (37.5%), fueron hombres; teniendo un rango de edad de 24 a 81 años con un promedio de 58 años; presentando tabaquismo positivo 7, (43.75%), etilismo positivo 5, (31.25%). Como antecedentes de importancia pero no determinantes en la presentación de la enfermedad se encontró: cirugías previas en 10, (62.5%); HAS en 6, (37.5%); D.M en 5, (31.25%); enfermedad acidopéptica en 3, (18.75%); enfermedades reumatológicas en 3, (18.75%); alergias en 3, (18.75%); etc. cuadro I.

La sintomatología más comúnmente presentada fue: dolor abdominal en 15, (93.75%); náusea, vómito, y distensión abdominal en 8 pacientes, (50%); taquicardia en 7, (43.75%); fiebre en 3, (18.75%); etc; ver cuadro II.

Las alteraciones de laboratorio más comúnmente encontradas fueron las siguientes: Hiperamilasemia en 4, (100%)*; anemia en 31.25%; leucocitosis en 37.5%; descontrol metabólico (glucemia mayor de 140mgs/l), en 37.5%; elevación de la fosfatasa alcalina en 33.33%; y elevación de la gamaglutamiltranspeptidasa en 66.66%; cuadro III.

*Se tomaron en cuenta únicamente los pacientes a los que se les determinó la amilasa, siendo el universo de trabajo en éste examen.

Los diagnósticos establecidos por estudios de gabinete fueron los siguientes: Rx. simple de abdomen: apendicitis en 2/8, (25%); oclusión intestinal en 3/8, (37.5%); íleo secundario en 2/8, (25%); estenosis pilórica en 1/8, (12.5%); líquido libre en 3/8, (37.5%); el tránsito intestinal se realizó en un paciente, reportándose como estrechez en unión duodeno-yunal; cuadro IV.

La tomografía abdominal fue posible realizarla en 4 pacientes reportando: oclusión intestinal en 1, junto con hernia de pared, tumor quístico del páncreas en 1; tumor gástrico en 1; absceso de pared en 1; el USG abdominal se realizó en 8 pacientes, reportando apendicitis en 1; colecciones en 1; colecistitis litiasica agudizada en 1; sin colecciones en 1; hematoma hepático en 1; obstrucción duodenal en 1; cirrosis en 2. El gamagrama hepatoesplénico se realizó en 1 paciente reportando absceso hepático. Dentro de los estudios invasivos se realizó panendoscopia en 4, reportando esofagitis y/o gastritis en 2, bulboduodenitis en 2; pseudodivertículos en uno; la colonoscopia se hizo en 1, reportando angiodisplasia y enfermedad diverticular del colon. Cuadros V y VI.

Los hallazgos transoperatorios o el diagnóstico que se estableció mediante la laparotomía exploradora fueron: quiste torcido de ovario en 2, (12.5%); pacientes; hernia interna en 2, (12.5%); carcinomatosis en 3, (18.75%); debilidad de pared en 1, (6.25%); granuloma de pared, hemoperitoneo, lesión hepática G II; hematoma renal en 1; absceso pélvico en 1; angiodisplasia en 1, carcinoma de vesícula con piocolecisto en 1, trombosis mesentérica en 1; cáncer de estómago en 1; intusus-

cepción intestinal en 1,(6.25%,c/u respectivamente).Cabe hacer mención que de los hallazgos mencionados ninguno fue sospechado preoperatoriamente con el protocolo de estudios realizados,a excepción de la paciente con diagnóstico de angiodisplasia,detectada por colonoscopia;y en la que además se encontró un divertículo de Meckel,que contribuía a la sintomatología motivo de ingreso a la unidad;y la paciente con diagnóstico centelleográfico de probable absceso hepático,y corroboración quirúrgica,en la que por tomografía se determinó la presencia de una lesión dependiente de páncreas,y el USG reportó obstrucción duodenal,que no correlacionaban con el cuadro clínico;motivo por el que se incluyeron éstos 2 casos en el estudio.

Los hallazgos transoperatorios contaron con el apoyo del estudio histopatológico en 3 pacientes que reportaron:displasia vascular en 1,(33.33%);metástasis de adenocarcinoma en 1,(33.33%);carcinoma de ovario derecho en 1,(33.33%);cáncer de vesícula biliar en 1,(33.33%);tomando en cuenta que la paciente con cáncer de vesícula presentaba las metástasis a hígado;en una paciente se tomó citológico que reportó reacción inflamatoria aguda.Cuadro VII y VIII.

De los casos excluidos del estudio uno fue un masculino de 37 años de edad,con lesión retroperitoneal en la que se sospechó la presencia de un absceso apendicular retrocecal,y que en la cirugía sedocumentó un linfoma retroperitoneal.

Otra fue paciente de 72 años en la que sospechó un cuadro de apendicitis complicada vs quiste de ovario,y en la que se encontró un cáncer de ovario.

Un masculino de 62 años que ingresó con cuadro sugestivo de I.A.M.; y en el que se encontró un piocolecisto.

Otra paciente de 25 años, con cuadro clínico y gabinete compatible con colecistitis litiásica y probable colédocolitiasis y en la que se encontró era portadora de hepatitis, corroborada con el panel correspondiente. Femenina de 65 años, en quien se sospecho de apendicitis aguda y se encontró piocolecisto.

Por último el caso de un masculino de 27 años de edad, quien ingresó con cuadro de distensión abdominal, pérdida de peso, ataque al estado general, no masas palpables, en el que que la T.A.C. y el ultrasonido reportaban la presencia de piocolecisto, y colección perivesicular; además la prueba de ELISA reportó V.I.H. positivo; se sometió a laparotomía exploradora encontrando una úlcera gástrica perforada, con colección en el espacio hepatogástrico, y múltiples lesiones granulomatosas; el paciente evolucionó en forma tórpida, ameritando manejo por la U.C.I.; finalmente falleciendo, la autopsia reportó la presencia de tuberculosis miliar.

Tomando en cuenta los datos arriba mencionados y en base a los resultados estadísticos, encontramos que la laparotomía exploradora presentó una $p(-0.05)$, estadísticamente significativa, por lo que podemos decir que sigue vigente su papel diagnóstico y además su papel terapéutico.

Nuestra observación referente al tiempo de estancia intrahospitalaria preoperatoria varió de 1 a 7 días, con una media de 3.8 días; cuadro IX, lo que implica a mayor estancia intrahospitalaria preoperatoria, mayor costo institucional.

DISCUSION:

En nuestro estudio tenemos que hay antecedentes de importancia pero no determinantes en la presentación de la enfermedad y por ende en su tratamiento quirúrgico en un 62.5%; y que la sintomatología más comunmente presente fue el dolor abdominal en un 93.75%; y a diferencia de lo que se menciona comúnmente en la literatura; (que la cirugía es confirmatoria dentro del protocolo establecido): Roton, J. et. al.; (5); Barton, D. P.; et. al.; (6); Ivchtmah, M. et. al.; (7); Babineau, T. J. et. al.; (8); quienes mencionan que el diagnóstico se estableció preoperatoriamente ilustrándolo con la angiografía en el caso de sangrado de tubo digestivo alto, en el cual se demostró la presencia de angiodisplasia, mencionan el uso del U.S.G. y de la T.A.C. para la determinación de lesiones anexiales y de cirrosis así como de lesiones neoplásicas; también mencionan el uso de la laparoscopia como uno de los requisitos preoperatorios, aplicándolos de acuerdo al caso del paciente sin embargo también hay una serie de autores: Merine, D. J. et. al.; (9); Buck, G. C. et. al.; (10); Schmit, P. J. et. al.; (11); Luciani, L.; et. al.; (12); Friedman, D. F. et. al.; (13); Lin, J. Y.; et. al.; (14); Jaspersen, D. et. al.; (15); Boong, T. B.; et. al.; (16); Bouwman, L.; (17); Guss, D. A. et. al.; (17); Gelens, H. C.; et. al.; (18); entre otros; quienes de un modo categórico establecen que en muchas ocasiones no es posible determinar un diagnóstico de certeza, aún y siguiendo todo el protocolo de estudio, ni con los estudios más sofisticados, tomando en cuenta desde la placa simple de abdomen, pasando por el ultrasonido, y hasta la re-

sonancia magnética nuclear; ya que todos éstos estudios tienen un nivel de sensibilidad y especificidad distintos entre sí, teniendo un margen de falsos positivos y falsos negativos y de verdaderos negativos, que van de un 2% hasta un 40%; y que por ende la laparotomía exploradora se convierte en la pauta diagnóstica y que en una cantidad considerable de casos se puede y debe de apoyar en o por el estudio histopatológico, y citológico transoperatorio, y definitivo; Cammoun, M. et al.; (19); Van Ooijen, B.; et al.; (20); entre otros.

Por otro lado tenemos que los estudios o métodos diagnósticos tienen su utilidad en cuanto a que al servir como métodos etapificadores, evitan el someter a eventos quirúrgicos a pacientes que de otro modo se encuentran con criterio de inoperabilidad, y por lo tanto se le evita el someterlo a un riesgo quirúrgico innecesario; Markert, T.L. et al.; (21); Van Ooijen, B. et al.; (20); Becker, C.D.; (22); Silliman, C.C.; et al.; (23); asimismo dichos estudios pueden servir de auxiliares en la toma de muestra; tal es el caso del U.S.G. y de la T.A.C.; Dordoni, D.Z.; et al. (24).

La laparotomía exploradora tiene una utilidad primordial en el caso y manejo de pacientes politraumatizados en quienes por la severidad de la lesión y aún pese a todos los métodos diagnósticos no se logra establecer el mismo, y lo único que procede es la visión directa; Barton, D.P. et al. (6); Friedman, D.F.; et al.; (13); Buck, G.C.; et al.; (10); Schwartz, J.I. et al.; (2); también tiene valor etapificadora; Muskat, P.C.; et al.; (25); Hart, M.J.; et al.; (26).

La laparotomía exploradora no es infalible, así nos lo i-

lustran: Henderson, V.S.; et. al; (27); quien menciona que en trauma contuso hay un margen de "laparotomías blancas", en hasta un 36%, pero que en el trauma penetrante es de menos del 10%, siendo las complicaciones mortales, y justificando de este modo su empleo rutinario; también hay que considerar el hecho que por falta de acuosidad del cirujano, de experiencia, fatiga, etc, pueden pasar inadvertidas lesiones que incrementan la morbimortalidad en forma importante, y que en ocasiones son generadoras de conductas terapéuticas equívocas, tal es el caso en que se describe para manejo de quiste de colédoco, por mencionar un ejemplo; o lesiones de asa, no percibidas en la cirugía; OzengA. et. al; (28); Muckhart, D.J. et. al; (29); .

En nuestro estudio una de las finalidades fue la de poder establecer las principales causas de abdomen quirúrgico en nuestro universo de trabajo, tomando en cuenta que una gran cantidad de pacientes no puede completar su protocolo de estudio, y el cirujano debe tener una orientación lo más acertada posible sobre el probable diagnóstico y así poder preparar la terapéutica adecuada. Con los estudios de gabinete de apoyo tenemos que no nos dió datos positivos más que en el centelleograma y parcialmente en la colonoscopia, y en los restantes casos fueron factores de confusión; que bien se pudieron deber a mala técnica del estudio, o falta de experiencia en el personal que interpretó los mismos.

Por otro lado tenemos que la mortalidad perioperatoria inherente al procedimiento fue nula; y en cambio fue determinada por la patología de fondo.

CONCLUSIONES:

1. La laparotomía exploradora hoy por hoy continúa vigente como método diagnóstico, etapificador, terapéutico y/o paliativo. Que se debe auxiliar de todos los estudios de gabinete posibles, de acuerdo a la condición general del paciente y sospecha clínica.
2. Que los estudios de gabinete tienen una utilidad indiscutible dentro del estudio del paciente, pero que en ocasiones retardan su manejo y por ende pueden ocasionarse complicaciones de otro modo prevenibles.
3. Que durante la laparotomía se debe realizar una exploración muy cuidadosa para no pasar desapercibidas lesiones presentes con complicaciones serias y a veces mortales.
4. Que no pudimos establecer cuáles eran las principales causas de abdomen quirúrgico debido a que nuestra muestra no reúne las características para hacer extrapolables nuestros resultados; aún cuando sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación a los estudios de gabinete. Por lo que el presente estudio únicamente representa un reporte preliminar.
5. Que la mortalidad no se ve determinada por el procedimiento quirúrgico (mortalidad perioperatoria de 0%); y sí por la enfermedad de fondo.

Como mencionamos anteriormente, el presente estudio es únicamente un reporte preliminar.

APENDICE

Cuadros estadísticos representativos.

Cuadro I. Antecedentes de importancia pero no determinantes en la presentación de la enfermedad.

ENFERMEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
H.A.S.	6/16	37.50%
D.M.	5/16	31.25%
L.E.S.	2/16	12.50%
COMISURO TOMIA	1/16	6.25%
CIRUGIAS PREVIAS	10/16	62.50%
CIRROSIS	1/16	6.25%
VARICES ESOFAGICAS	1/16	6.25%
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	1/16	6.25%
VITILIGO	1/16	6.25%
PANCREATITIS	1/16	6.25%
ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA	3/16	18.75%
ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS	3/16	18.75%
ERITROCITOSIS	1/16	6.25%
ALERGIAS	3/16	18.75%
OTRAS	3/16	18.75%

Cuadro II. Manifestaciones clínicas más comunes.

SIGNO O SINTOMA	NUMERO	PORCENTAJE
TAQUICARDIA	7/16	43.75%
TAQUIPNEA	2/16	12.50%
DOLOR ABDOMINAL	15/16	93.75%
DISTENSION ABDOMINAL	8/16	50.00%
PERDIDA DE PESO	6/16	37.50%
MASA PALPABLE	1/16	6.25%
ICTERICIA	1/16	6.25%
ANOREXIA	5/16	31.25%
NAUSEA	8/16	50.00%
VOMITO	8/16	50.00%
DIARREA	5/16	31.25%
ESTREÑIMIENTO	4/16	25.00%
HIPOTERMIA	2/16	12.50%
FIEBRE	3/16	18.75%
HIPOTENSION	3/16	18.75%
PERISTALSIS ABOLIDA	4/16	25.00%
PERISTALSIS AUMENTADA	2/16	12.50%
MELENA	4/16	25.00%
MISCELANEOS	10/16	62.50%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro III. Hallazgos de laboratorio

HALLAZGO	NUMERO	PORCENTAJE
ANEMIA	5/16	31.25%
POLIGLOBULIA	2/16	12.50%
LEUCOCITOSIS	6/16	37.50%
BANDEMIA	4/16	25.00%
PLAQUETOPENIA	2/16	12.50%
TROMBOCITOSIS	1/16	6.25%
ALARGAMIENTO DE TP Y TPT	4/16	25.00%
DESCONTROL METABOLICO*	6/16	37.50%
HIPERCREATININEMIA	3/16	18.75%
HIPONATREMIA	3/16	18.75%
HIPOKALEMIA	1/16	6.25%
HIPERKALEMIA	2/16	12.50%
E.G.O. ALTERADO **	6/16	37.50%
FOSFATASA ALCALINA ALTA	3/9	33.33%
TRANSAMINASA OXALOACETICA ALTA	1/8	12.50%
BILIRRUBINA DIRECTA ALTA	1/8	12.50%
GAMAGLUTAMILTRANSPEPTIDASA ALTA	2/3	66.66%
HIPERAMILASEMIA	4/4	100.00%
DESHIDROGENASA LACTICA ALTA	6/9	66.66%
ACIDOSIS METABOLICA COMPENSADA	2/6	33.33%
" " NO COMPENSADA	4/6	66.66%

*GLUCEMIA MAYOR DE 140 mgs/l

**NO NECESARIAMENTE INDICA ENFERMEDAD URINARIA.

Cuadro IV. Diagnóstico establecido por estudios de gabinete.

RX. ABDOMEN *	NÚMERO	PORCENTAJE
DX. APENDICITIS	2/8	25.00%
OCCLUSION INTESTINAL	3/8	37.50%
ILEO SECUNDARIO	2/8	25.00%
ESTENOSIS PILORICA	1/8	12.50%
LIQUIDO LIBRE	3/8	37.50%
TRANSITO INTESTINAL		
ESTRECHEZ		
DUODENOY Y UNAL	1/1	100.00%

*Un mismo paciente tuvo 2 probables diagnósticos.

Cuadro V. Continuación diagnóstico por estudios de gabinete.

T.A.C. ABDOMINAL		
OCCLUSION INTESTINAL	1/4	25.00%
HERNIA DE PARED	1/4	25.00%
TUMOR QUISTICO DE PANCREAS	1/4	25.00%
TUMOR GASTRICO	1/4	25.00%
ABSCESO DE PARED	1/4	25.00%
U.S.G. ABDOMINAL		
APENDICITIS	1/8	12.50%
COLECCIONES	3/8	37.50%
C.C.L. AGUDIZADA	1/8	12.50%
SIN COLECCIONES	1/8	12.50%
HEMATOMA HEPATICO	1/8	12.50%
OBSTRUCCION DUODENAL	1/8	12.50%
CIRROSIS	2/8	25.00%
CENTELLEGRAMA		
ABSCESO HEPATICO	1/1	100.00%

Cuadro VI. Diagnóstico por estudios de gabinete invasivos

ESTUDIO	NUMERO	PORCENTAJE
PANENDOSCOPIA		
ESOFAGITIS Y/O GASTRITIS	2/4	50.00%
BULBODUODENITIS	2/4	50.00%
PSEUDODIVERTICULOS	1/4	25.00%
COLONOSCOPIA		
ANGIODISPLASIA	1/1	100.00%
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON	1/1	100.00%

Cuadro VII. Diagnóstico transoperatorio.

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
QUISTE TORCIDO DE OVARIO	2/16	12.50%
HERNIA INTERNA	2/16	12.50%
DEBILIDAD DE PARED	1/16	6.25%
GRANULOMA DE PARED	1/16	6.25%
HEMOPERITONEO	1/16	6.25%
LESION HEPATICA G II	1/16	6.25%
HEMATOMA RENAL	1/16	6.25%
ANGIODISPLASIA	1/16	6.25%
ABSCESO PELVICO	1/16	6.25%
DIVERTICULO DE MECKEL	1/16	6.25%
CARCINOMA DE VESICULA BILIAR	1/16	6.25%
PIOCOLECISTO	1/16	6.25%
TROMBOSIS MESENERICA	1/16	6.25%
ABSCESO HEPATICO	1/16	6.25%
CANCER DE ESTOMAGO	1/16	6.25%
CARCINOMATOSIS	3/16	18.75%
INTUSUSCEPCION INTESTINAL	1/16	6.25%
CIRROSIS	4/16	25.00%
LESIONES GRANULOMATOSAS	1/16	6.25%

Cuadro VIII. Diagnóstico por estudio histopatológico.

BIOPSIAS TRANSOPERATORIAS	NUMERO	PORCENTAJE
DISPLASIA VASCULAR	1/3	33.33%
METASTASIS DE ADENOCARCINOMA	1/3	33.33%
CARCINOMA DE OVARIO DERECHO	1/3	33.33%
CANCER DE VESICULA BILIAR	1/3	33.33%
CITOLOGICO		
REACCION INFLAMATORIA AGUDA	1/1	100.00%

Cuadro IX. Tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria

RANGO	1 a 7 días
PROMEDIO DE ESTANCIA	3.6 días

BIBLIOGRAFIA:

1. Bouwman, D.L. Tratamiento de hallazgos inesperados en cirugía: En: Problemas transoperatorios. Clin. Quir. Norteam. 1993, (2); 229-238.
2. Scharztz, J.I.; et. al. Trauma: En: Principles of Surgery, 6th. ed Mc Graw Hill, Int. Ed. 1994; 69-104. Man.
3. Jacquet, P, Jelinek JJ, Stevens MA, Sugarbaker PH, Evaluation of computed tomography in patients with peritoneal carcinomatosis. Cancer 1993, Sep. 1; 72(5): 1631-6.
4. Pisegna, JR, Doppman JL, Norton JA, Metz DC, Jensen RT, Prospective comparative study of ability of MR imaging and other imaging modalities to localize tumors in patients with Zollinger Ellison Syndrome. Dig. Dis. Sci. 1993 Jul. 38(7), 1318-28.
5. Becker CD, Spring P, Glottli A, Schwazer W. Blunt splenic trauma in adults: can CT findings be used to determine the need for surgery?. Am. J. Roentgenol. 1994 FEB; 162(2): 343-7.
5. Roton J, Fireman Z, Slobodlin D, Hallak A, Rozen P, Gilat T. Diagnostic Gastrointestinal laparoscopy: experience and changing indications. Isr. J. Med. Sci. 1987 Nov. 23(11): 1132-6.
6. Barton DP, Fiorila JV, Hoffman MJ, Roberts WJ, Finan MD, Cavanaugh D. Cervical cancer and tuboovarian abscesses: a report of three cases. J. Reprod. Med. 1993. Jul. 38(7). 561-4.
7. Ivchtmah M, et. al.; Importance of small bowel involvement in bleeding angiodysplasia. Isr. J. Med. Sci. 1986, Nov. 22(11): 828-32.
8. Babineau TJ, Lewis WD, Jenkins RL, Bleday R, Steele GD, Jr, Forse RD. Role of staging laparoscopy in the treatment of he-

- patic malignancy. Am. J. Surg. 1994, Jan, 167(1), 151-5.
9. Merine DJ, Fishman EK, Jones B, Nussbaum AR, Simmons T. Right lower quadrant pain in the immunocompromised patient: CT findings in ten cases. Am. J. Roentgenol. 1987, Dec, 149(6), 1177-9.
 10. Buck GC, Dalton ML, Neely WA, Diagnostic laparotomy for abdominal trauma: A University hospital experience. Am. Surg. 1986, Jan, 52(1), 41-3.
 11. Schmidt PJ, Bennion RJ, Thompson JE Jr, Cecal diverticulitis: A continuing diagnostic dilemma. World J. Surg. 1991, May - Jun, 15(3), 367-71.
 12. Luciani L, Scappini P, The role of aspiration cytology in the management of ureteral obstruction in patients with known cancer. Cancer 1987, Jun. 1; 59(11); 1936-46.
 13. Friedman D, Flancbaum L, Ritter E, Trooskin SZ. Hepatic portal venous gas identified by computed tomography in a patient with blunt abdominal trauma: A case report. J. Trauma 1991, Feb. 31(2): 290-2.
 14. Lin JY, Angel C, Du Beshter B, Walsh CJ. Diagnosis after laparotomy for a mass in the pelvic area in women. Surg. Gynecol. Obstet. 1993. Apr. 176(4): 333-8.
 15. Jaspersen D, Rumpf KD, Bassler R, Bonzel T, Hammar CH. Life-threatening arterial bleeding in hemorrhagic-necrotizing salmonella ileitis. Dtsch-Med-Wochenschr. 1993 Jul. 2: 118(26): 971-4.
 16. Boone TB, Gilling PJ, Husmann DA. Ureteropelvic junction disruption following blunt abdominal trauma. J. Urol. 1993 Jul 150(1): 33-6.

17. Guss DA, Hayt DB. Axial volvulus of Meckel's diverticulum: A rare cause of acute abdominal pain. *Ann. Emerg. Med.* 1987. Jul. 16(7):811-2.
18. Gelens HC, Moreau RE, Stalis IM, Niebauer GW. Arteriovenous fistula of the jejunum associated with gastrointestinal hemorrhage in a dog. *J. Am. Vet. Med. Assoc.* 1993 Jun. 1:202(11):1867-8.
19. Cammoun M, Jasfourd H, Tabbane F, Halphen M. Immunoproliferative small intestinal disease without alpha chain disease: A pathological study. *Gastroenterology* 1989 Mar. 96(3):750-63.
20. Van Ooijen B, Van der Burg ME, Planting AS, Siersema PD, Wiggers T. Surgical treatment or gastric drainage only for intestinal obstruction in patients with carcinoma of the ovary or peritoneal carcinomatosis of other origin. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1993 May; 176(5):469-74.
21. Markert R, Gryszkiewicz M, Dabrowski J, Studniarek M. The value of ultrasonography in the diagnosis of traumatic liver injuries. *Wiad Lek.* 1989 Mar. 1:42(5):327-9.
22. Becker CD, Spring P, Glattli A, Schwazer W. Blunt splenic trauma in adults: Can CT findings be used to determine the need for surgery?. *Am. J. Roentgenol.* 1994 Feb. 162(2):343-7.
23. Silliman CC, Haase GM, Strain JD, Luckey DW, Blake MD, Caldwell JA, Wilson HL, Odon LF, Ater JL, Greff BJ. Indications for surgical intervention for gastrointestinal emergencies in children receiving chemotherapy. *Cancer* 1994 Jul. 1:74(1):203-16.

24. Dordoni D, Zaglio S, Zucca J, Favalli G. The role of sonographically guided aspiration in the clinical management of ovarian cysts. *J. Ultrasound Med.* 1993 Jan. 12(1):27-31.
25. Muskat PC, et al. Staging laparotomy in Hodgkins lymphoma 1979-1988. *Am. J. Surg.* Dec 1991; 162(6):603-7.
26. Hart MJ, White TT, Brown PC, Freeny PC. Potentially curable masses in the pancreas. *Am. J. Surg.* 1987 Jul. 154(1):134-6.
27. Henderson VS, Organ CH Jr, Smith RS. Negative trauma celiotomy. *Am. Surg.* 1993 Jun. 59(6):365-70.
28. Ozenc A, Baykal A. A case of type 3 choledochal cyst masquerading as acute abdominal pain. *Hepatogastroenterology* 1993 Apr. 40(2):196-8.
29. Muckhart DJJ, Thomson SR. Undetected injuries: A preventable cause of increased morbidity and mortality. *Am. J. Surg* 1991 Nov. 162:457-60.