

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I. S. S. S. T. E.

RELACION DEL ABDOMEN AGUDO CON LA PRESENCIA
DE NEOPLASIA ABDOMINAL COMO PRIMER DATO
CLINICO EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL H.R.
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" 2004

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. ALBERTO MARTINEZ CORONEL

ASESOR DE TESIS: DR. HUMBERTO PINEDA DOMINGUEZ



ISSSTE

MÉXICO, D. F.

30 DE SEPTIEMBRE DEL 2004



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

**RELACION DEL ABDOMEN AGUDO CON LA PRESENCIA
DE NEOPLASIA ABDOMINAL COMO PRIMER DATO
CLINICO EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL H. R. "GRAL.
IGNACIO ZARAGOZA"
2004**

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
GENERAL

PRESENTA
DR ALBERTO MARTINEZ CORONEL

ASESOR DE TESIS:
DR HUMBERTO PINEDA DOMINGUEZ

MÉXICO, D.F.

30 DE SEPTIEMBRE DEL 2004

[Handwritten signature]

Dr. Fernando Palacio Vélez
Jefe del Servicio
Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza"
I.S.S.S.T.E

[Handwritten signature]

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNAM

[Handwritten signature]

Dr. Antonio Castro Mendoza
Jefe de Enseñanza de Cirugía General.
Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza"
I.S.S.S.T.E

[Handwritten signature]

Dr. Humberto Pineda Domínguez.
Asesor de Tesis.
Cirujano General.
Adscrito al Servicio de Endoscopia.
Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"
I.S.S.S.T.E



M. en C. Carlos Miguel Salazar Juárez
Coordinador de capacitación, investigación y
Desarrollo.
Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"
I.S.S.S.T.E

[Handwritten signature]

Dra. Luz Ma. Del Carmen San German Trejo.
Jefe de Investigación.
Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"
I.S.S.S.T.E



DEDICATORIAS

A MIS PADRES.
Con respeto y eterno
Agradecimiento

A MIS MAESTROS
Por compartir su experiencia y
consejos

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	23
MATERIAL Y METODOS	23
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO	38

RESUMEN

OBJETIVO:

Conocer la frecuencia de abdomen agudo como primer dato clínico con respecto a la presencia de neoplasia abdominal.

La cirugía es el tratamiento más antiguo del cáncer y hasta fechas recientes fue la única modalidad terapéutica capaz de curar a los pacientes con cáncer. El cirujano tiene un papel central en la prevención, diagnóstico, tratamiento definitivo, tratamiento paliativo y rehabilitación del paciente canceroso. La frecuencia de mortalidad operatoria es de gran importancia en la toma de decisión terapéutica y varía enormemente según la situación de cada paciente. La cirugía puede constituir un método simple y seguro para la curación de pacientes con tumores sólidos, siempre y cuando el tumor se encuentre limitado al lugar de origen. Por desgracia, cuando los pacientes con tumores sólidos acuden al médico por primera vez, aproximadamente un 70% presentan micro metástasis adicionales lejos del lugar inicial.

METODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y abierto de Enero de 1998 al 31 de diciembre del 2003 para conocer la frecuencia de neoplasia en pacientes que ingresaron al servicio de urgencias sometidos a laparotomía exploradora con cuadro de abdomen agudo. El estudio incluye 250 pacientes de los cuales 151 fueron mujeres y 99 hombres en 40 de estos pacientes se encontró una tumoración durante la cirugía, realizándose resección o biopsia de la misma con reporte histopatológico.

RESULTADOS

Las patologías encontradas en los pacientes laparotomizados y que no tuvieron neoplasia fue apendicitis aguda 113, alteración ginecoobstetrica 22, oclusión intestinal en su mayoría por adherencias o hernias 17, trombosis mesentérica 10, ulcera perforada 14, divertículo perforado 10, proceso pancreático 12, patología de la vía biliar 12. De los 40 pacientes en los que se encontró neoplasia solo 16 tenía antecedentes heredo familiares positivos, durante la laparotomía se les realizó resección intestinal con entero-entero anastomosis primaria, o colostomía derivativa para reconectarse en un segundo tiempo quirúrgico a 27, solo toma de biopsia con procedimiento derivativo (paliativo) por irresecabilidad y metástasis a 7, histerectomía con oforectomía bilateral y apendicetomía 6.

CONCLUSIONES.

Son pocos los reportes de frecuencia de neoplasia como hallazgo en procedimientos quirúrgicos de urgencias a nivel mundial ya que la prevalencia es baja (2 a 5%). La frecuencia de abdomen agudo en presencia de neoplasia tuvo predominio en el sexo masculino. Las tumoraciones más frecuentes causantes de abdomen agudo como primer dato clínico fueron las malignas. La estirpe histológica más frecuente fue el adenocarcinoma. El órgano más afectado fue el colon. El procedimiento más utilizado en la cirugía por abdomen agudo en presencia de neoplasia fue la resección intestinal.

ABSTRACT

OBJECTIVE.

To know the frequency of acute abdomen in the presentation of abdominal tumor.

The surgery is the treatment more ancient of the cancer and the early dates is the only effective management of cancer. The surgeon has a principal role in the prevention, definitive treatment, palliative treatment and rehabilitation of patient with cancer. The frequency of surgical mortality is the great value in the management decisions and has multiple variations in each decision referent each patient. The surgery is a simple and secure method for health patients with solid tumors, always the tumor has limited finding in the original place. Unfortunately when the patients with solid tumors consult physician at first, approximately 70% have additional micro metastasis distant of original place.

METHOD

This is a retrospective, descriptive, observational and open study that begin in January 1998 to December 2003 to know the tumor frequency in patients that have hospitalized in urgency service with laparotomy by acute abdomen. This study include 250 patients of which 151 are women and 99 are men and 40 of this patients have a tumor in the surgical event, with resection or biopsy of tumor with histopatological report.

RESULTS

The finding pathologies in the patients with laparotomy and without tumor were acute appendicitis 113, gynecologic pathology 22, intestinal obstruction 17, mesenteric thrombosis 10, perforated ulcer 10, pancreatic disease 12, biliary disease 12, There were 40 patients with tumor and which 16 have positive familiar antecedents, were treat 27 patients with enteric anastomosis , 7 with biopsy and palliative treatment by methastasis and 6 with hysterectomy and appendicectomy.

SUMMATIONS

There were few reports of tumor frequency that finding in urgent surgical events in the world and the prevalence is poor (2-5%).The frequency of acute abdomen in tumor presence was no significant in the age groups . but has a predominance in men that women . The more frequent in acute abdomen was the malignant tumor. The histopathological form more frequent was the adenocarcinoma. The principal organ affected was the colon. The principal surgical procedure was the intestinal resection.

INTRODUCCION

El síndrome abdominal agudo es un conjunto de signos y síntomas que se presentan generalmente en forma aguda, en un paciente, cuando alguno de los órganos de la cavidad abdominal se encuentra afectado. Esta situación obliga al paciente a buscar ayuda médica urgente ya que encierra etiologías que pueden poner en peligro la vida, y al médico a ejercer todas sus habilidades, juicio y experiencia para tratar de establecer un diagnóstico y la indicación de un tratamiento adecuado en un corto tiempo. (1)

En el abdomen se encuentra una gran cantidad de órganos y estructuras que en cualquier momento pueden verse afectados por una gran variedad de patologías. Además en un principio los signos y síntomas del abdomen agudo son vagos y difusos, lo que puede hacer que se menosprecie su importancia y que no se pueda establecer un diagnóstico preciso y por tanto no se realice un tratamiento adecuado. Lo más importante en esta situación es efectuar una evaluación cuidadosa de cada paciente para evitar interpretaciones erróneas y decidir si el enfermo debe ser o no sometido a cirugía de urgencia.

La frecuencia con que el abdomen agudo se presenta es elevada, en un hospital general de adultos excluyendo las causas traumáticas, aproximadamente el 25-30% de las operaciones abdominales se lleva a cabo en forma urgente y son debidas a causas que pueden incluirse en el abdomen agudo.

La clasificación del abdomen agudo es difícil y compleja ya que sus causas son múltiples y muy variadas, lo primero es establecer si las molestias del paciente manifiestan una alteración que requiera tratamiento quirúrgico o tratamiento médico pero la clasificación más útil se incluye en la etiología estableciéndose 4 grupos:

1. Inflammatorias.
2. Vasculares.
3. Obstructivas.
4. Hemorrágicas.

1. Causas Inflammatorias:

Apendicitis.

Absceso hepático amibiano.

Colecistitis

Úlcera péptica perforada

Divertículo perforado

Meckel

Colon

Perforación de intestino delgado

Salmonelosis

Cuerpo extraño

Tuberculosis

Perforación de colon

Amibiasis

Cuerpo extraño.

Megacolon tóxico.

Amebiasis

CUCI

Pancreatitis

Adenitis mesentérica

Neumatosis intestinal.

Salpingitis

Perforación uterina

Dehiscencia de suturas intestinales.

2. Causas vasculares.

Trombosis mesentérica

Isquemia por vólvulo intestinal.

Isquemia por torsión de pedículo.

Colitis Isquémica

Isquemia por estrangulación de intestino

3. Causas Obstructivas

Adherencias intestinales.

Hernias externas

Hernias Internas

Invaginación Intestinal

Vólvulos

Cuerpos extraños.

Tumores Intestinales

Íleo biliar.

4. Causas hemorrágicas:

Rotura de embarazo ectópico.

Rotura de aneurisma

Rotura espontánea de bazo

Rotura hepática por eclampsia

Rotura de folículo ovárico

Hemorragia en postoperatorio inmediato.

Todas las situaciones anotadas deben tratarse en forma urgente con intervención quirúrgica.

Se realizó un estudio en el Hospital Gral. De México en el año de 1980 reportando 2730 pacientes de los cuales 1300 (47%) tuvieron apendicitis, 600 (21.9%) obstrucción intestinal, 260 (9.5%) colecistitis aguda, 200 (7.3%) abscesos hepáticos complicados, 120 (4.3%) úlcera péptica perforada, 100 (3.6%) perforación intestinal, 30 (1%) trombosis mesentérica, 20 (0.73%) colitis amibiana y el resto (4.6%) causas variadas, en un periodo de 10 años observándose que la frecuencia y la causa son muy similares a la reportada en la literatura mundial.(2)

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición del dolor abdominal, náusea, vómito, cambios del hábito defecatorio, distensión abdominal, alteración del estado general, resistencia muscular y dolor a la descompresión. Otros signos y síntomas varían de

acuerdo a la patología. La dificultad de su interpretación varía al agregarse signos y síntomas poco comunes que pueden llevar al médico a falsas interpretaciones y errores diagnósticos. La exploración física debe llevarse a cabo de manera completa y minuciosa, todos los datos positivos o negativos aportan valiosa información, desde el aspecto general del paciente hasta los signos vitales y el estado nutricional del paciente, en la inspección pueden observarse datos de distensión abdominal que pudiera deberse a acumulo de líquido lo cual es sugestivo de (cirrosis, carcinomatosis, tuberculosis), en la palpación el localizar el sitio de mayor dolor es de gran utilidad como el punto de Mc Burney en apendicitis, a continuación debe evaluarse el signo de rebote el cual debe repetirse en varias áreas de exploración ya que cuando es positiva en varias ocasiones adquiere mayor importancia..

Los estudios de laboratorio y gabinete se convierten en ayuda relativa en los casos de abdomen agudo debido a las circunstancias particulares debidas al tiempo y costo de los estudios especializados lo cual coexiste en todos los hospitales o no están disponibles las 24 hrs. Los únicos laboratorios que pueden efectuarse rápidamente y que conservan su utilidad son la BH, QS, tiempos de coagulación, EGO y amilasa. (1, 3)

Los estudios radiológicos de mayor utilidad son los llamados simples del tórax y del abdomen de pie y decúbito, ya que pueden demostrar presencia de aire libre en cavidad, elevación diafragmática, niveles hidroaereos, así como la presencia de calcificaciones o cuerpos extraños. La distribución de gas y líquido en el interior del tubo digestivo son muy orientadoras, por ejemplo la distensión abdominal denota obstrucción intestinal, el signo de colon cortado se presenta en pancreatitis, el edema interasa, la imagen de asa flácida, y el aserramiento de bordes intestinales, se encuentran en casos de

trastornos vasculares, el borramiento del psoas y de la línea lateral de grasa preperitoneal son hallazgos frecuentes de peritonitis o procesos inflamatorios. Lo más importante es no omitir el examen sistemático de todas las posibilidades y orientar el diagnóstico específico.

(4)

Otros estudios como el USG y la TAC abdominal adquieren importancia en la actualidad ya que ofrecen información muy completa y precisa, aunque no tengan indicación, ni justificación en casos de abdomen agudo, son de gran utilidad como apoyo para el diagnóstico clínico.

Las bases principales para el diagnóstico continúan siendo la historia clínica cuidadosa y la exploración física completa. Con ellas se obtiene información suficiente para llegar a un diagnóstico acertado que lleva a un tratamiento correcto en el 80% de los casos, en el 20% habrá que tomar otras medidas. (4,5)

La laparotomía se efectúa cuando las condiciones generales del paciente lo permitan, hoy en día las condiciones generales pueden mejorarse en corto tiempo y en contadas ocasiones tendrá que posponerse una intervención quirúrgica. Casi siempre la operación debe y puede llevarse a cabo lo más pronto posible. El pronóstico del síndrome abdominal agudo es muy variable y podrá ir desde muy bueno a muy grave según la causa, el tiempo transcurrido, la edad, las condiciones generales del paciente, la habilidad y el juicio del cirujano. La más grave complicación se presenta cuando el padecimiento pasa a una segunda etapa, en la cual se incluye otra estructura anatómica o funcional por ejemplo cuando evoluciona de apendicitis a peritonitis generalizada. Para evitar la ampliación del proceso debe establecerse el diagnóstico y el tratamiento con toda oportunidad. (6)

El conjunto de urgencias médicas o quirúrgicas se puede presentar en un paciente oncológico y es demasiado amplio, pero muchos de estos problemas son específicos del paciente con cáncer, pero a la hora de decidir su tratamiento hay que contar con una serie de factores que pueden estar presentes, complicando la situación, tales como comorbilidad no oncológica y edad del paciente. Así mismo el deseo del paciente de iniciar un nuevo tratamiento que puede ser prolongado debe tenerse también en cuenta cuando nos enfrentamos a una urgencia oncológica. (7,8)

Una clasificación útil de las urgencias oncológicas es la que sigue: 1) Urgencias relacionadas directamente con el proceso oncológico que sufre el paciente, 2) urgencias relacionadas con el tratamiento al que ha sido sometido el paciente para curar el cáncer o paliar su sintomatología. El cáncer puede provocar síntomas sugestivos de compresión y/o obstrucción de estructuras adyacentes (por ejemplo, obstrucción intestinal, síndrome de vena cava superior, compresión de la medula espinal). El tratamiento mismo dirigido a la eliminación del cáncer o a la paliación de sus síntomas puede producir diferentes situaciones que requiere atención médica de urgencia tales como cuadros de abdomen agudo ocasionados por obstrucción, perforación o necrosis entre otras causas.(8,9)

Actualmente la obstrucción intestinal continúa siendo una fuente significativa de morbimortalidad del paciente oncológico. Las decisiones con respecto a cuando operar al paciente y que extensión ha de tener la intervención quirúrgica siguen siendo difíciles de tomar y, hasta la fecha, se han publicado pocos estudios que nos ayuden a orientarnos en esta complicada situación clínica. Aproximadamente dos tercios de las pacientes con cáncer de ovario presentarán al menos un episodio de obstrucción intestinal, y casi el 50% de aquellos que sufren carcinomatosis desarrollaran en cualquier momento del curso de la

enfermedad alguna complicación intestinal que requerirá tratamiento de urgencia. La causa de obstrucción intestinal es benigna en hasta un tercio de los pacientes con cáncer, entre tales etiologías no malignas se encuentra la enteritis por radiación, adherencias y hernias. El resto de los pacientes presentaran enfermedad metastásica o bien crecimiento local del tumor que justificara la obstrucción intestinal. Los canceres intra abdominales que con más frecuencia dan lugar a obstrucción intestinal son el de ovario, colon y estomago. Asimismo, los tumores malignos extra abdominales pueden metastatizar a la cavidad peritoneal y producir obstrucción; siendo los más frecuentes el melanoma y los carcinomas de mama y pulmón (10,11)

La obstrucción funcional sin causa mecánica es un problema frecuente en el paciente oncológico. El tratamiento quirúrgico únicamente esta indicado en los casos en los que el grado de la dilatación intestinal ha progresado hasta el punto de poder provocar perforación, generalmente del ciego, En estos casos, el tratamiento consiste en la colocación de un tubo de cecostomía. (10,12)

La evaluación del paciente oncológico que presenta obstrucción intestinal debe ser similar a la que se realiza en el caso del paciente con enfermedad no oncológica. Se debe determinar el lugar exacto de la obstrucción, empleando pruebas de laboratorio y evaluación radiológica. La anamnesis y la exploración física detalladas son también componentes importantes del proceso de evaluación diagnóstica. La laparotomía inmediata esta indicada en aquellos pacientes que presentan síntomas o signos de isquemia intestinal, necrosis o perforación franca (sensibilidad anormal a la palpación en el abdomen, leucocitosis, fiebre, taquicardia). Casi el 10% tendrá obstrucción coexistente en el intestino tanto delgado como grueso. Un enema opaco puede servir para excluir la presencia de

obstrucción colónica antes de proceder a la laparotomía, especialmente en los pacientes con tumor intraabdominal en varias localizaciones. Un tránsito radiológico del tracto gastrointestinal superior es de utilidad para determinar la localización y grado de obstrucción. El objetivo del tratamiento quirúrgico es aliviar la obstrucción; sin embargo, no siempre puede conseguirse esta meta, en cuyo caso, debemos conformarnos con paliar los síntomas asociados a la obstrucción intestinal. (13,14,11)

El cirujano debe siempre explorar detalladamente el abdomen y determinar la causa de la obstrucción. Cuando la enfermedad es maligna se puede realizar resección de segmentos cortos de intestino pero en caso de segmentos largos se puede realizar bypass interno. Cuando la enfermedad es extensa se puede realizar gastrosotomía o algún tipo de derivación intestinal como paliativo para el alivio sintomático.

La exploración quirúrgica de obstrucción intestinal esta asociada con una morbimortalidad importante, casi el 10% de los pacientes mueren como resultado de la operación y el 30% sufren complicaciones además cuando la etiología es maligna la supervivencia es de 6 meses, la patología benigna rara vez se observa en el paciente oncológico con cáncer intraabdominal residual o recidivante, lo cual puede interpretarse como una fase terminal y la posibilidad de supervivencia es escasa. Esto es algo que el cirujano y los familiares deben tomar en cuenta antes de la operación. (13)

La perforación del tracto gastrointestinal de un paciente con cáncer puede producirse en cualquier momento lo cual puede ser el signo de presentación de un carcinoma de colon o puede ser resultado de extensión metastásica, no obstante la mayoría de las perforaciones observadas son por causa benigna (úlceras pépticas, diverticulitis, apendicitis) y en consecuencia debe tratarse con los abordajes quirúrgicos convencionales,

la morbilidad en los pacientes con tumores es importante pero con frecuencia es la única opción terapéutica. La perforación siempre es un fenómeno agudo que pone en peligro la vida del paciente. La obstrucción también puede presentarse como signo inicial de cáncer colorrectal no diagnosticado y al interrogar a los pacientes se puede obtener información de historia de sangrados y/o obstrucción previa. La obstrucción suele estar relacionada con la afectación tumoral y la subsiguiente necrosis de un área de la pared intestinal, a veces puede observarse un carcinoma parcial o completamente obstructivo con perforación proximal del tracto gastrointestinal, generalmente en el ciego. (14,8)

La mortalidad operatoria para la laparotomía de urgencia para el tratamiento de un paciente con cáncer coló rectal que se ha perforado es del 30%. El cáncer coló rectal debe entrar en el protocolo de un paciente añoso con peritonitis a descartar causas benignas de perforación.

La mayoría de los pacientes oncológicos con perforación intestinal muestran a los cánceres hematológicos como causa principal de esta complicación, observándose los tumores de ovario muy rara vez con esta complicación, en la mayoría de los casos puede atribuirse como causa a un linfoma intestinal. Una vez que se realiza la laparotomía exploradora debe realizarse la resección del área perforada, siempre y cuando sea posible. Se debe utilizar el procedimiento conservador que permita el restablecimiento de la continuidad intestinal, especialmente cuando hay mal estado nutricional, alteración inmunológica o riesgo de shock. Se debe realizar una política liberal en la realización de oostomias las cuales pueden revertirse con facilidad, al contrario de las anastomosis que pueden tener consecuencias funestas. Son esenciales la irrigación copiosa de la cavidad

abdominal y el desbridamiento de tejido desvitalizado, así como la aplicación de suturas de contención ya que tienen un riesgo elevado de dehiscencia y evisceración.

La cirugía es el tratamiento más antiguo de cáncer y hasta fechas recientes fue la única modalidad terapéutica capaz de curar a los pacientes con cáncer. El tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer ha cambiado dramáticamente en las últimas décadas. Los avances en la técnica quirúrgica y el mejor conocimiento de los patrones de diseminación de ciertos cánceres ha permitido al cirujano realizar un número mayor de resecciones quirúrgicas exitosas. El cirujano tiene un papel central en la prevención, diagnóstico, tratamiento definitivo, paliativo y rehabilitación del paciente con cáncer. La incidencia de mortalidad operatoria es de gran importancia en la toma de decisión terapéutica y varía enormemente según la situación de cada paciente. La incidencia de mortalidad operatorias es una compleja función del proceso básico que implica la cirugía, de la técnica anestésica, las complicaciones operatorias y lo más importantes, del estado de salud del paciente así como el que se trata de una cirugía electiva o una urgencia por complicaciones que representen un cuadro de abdomen agudo (hemorragias, perforaciones, drenajes de abscesos o inminente destrucción de órganos vitales).

Con el tratamiento de todos los pacientes, en los oncológicos aparecen emergencias que requieren tratamiento quirúrgico. Estas generalmente engloban el tratamiento de hemorragias, perforaciones, drenaje de abscesos o inminente destrucción de órganos vitales. Cada categoría de la cirugía de urgencias es única y requiere un enfoque individualizado. El paciente oncológico con frecuencia es neutropénico, trombocitopénico y tiene un alto riesgo de hemorragia y sepsis. Puede suceder perforación de víscera hueca por invasión directa o por lisis tumoral derivado del tratamiento sistémico. La perforación

del tracto intestinal suele presentarse con frecuencia común en cuadro de abdomen agudo encontrándose la tumoración durante la laparotomía. La capacidad para identificar paciente con alto riesgo de perforación puede llevar a la utilización de cirugía para prevenir este problema. (7)

La cirugía puede constituir un método simple y seguro para la curación de pacientes con tumores sólidos, siempre y cuando el tumor se encuentre limitado al lugar de origen. Por desgracia, cuando los pacientes con tumores sólidos acuden al médico por primera vez, aproximadamente un 70% presentan micro metástasis adicionales lejos del lugar inicial o tumor primario.

A menudo se presenta la cirugía como medio para aliviar las anomalías funcionales. La utilización correcta de la cirugía en estos casos puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, dentro de la cirugía paliativa puede incluirse el alivio de problemas mecánicos, como obstrucción intestinal, o la extracción de una masa que produce dolor intenso o desfiguración.(1)

Es importante recordar los principios básicos de la oncología quirúrgica que gobiernan cuatro aspectos: 1) resección local del tumor, 2) extirpación de ganglios linfáticos regionales, 3) manipulación de las recurrencias locales o regionales y 4) posibilidad de efectuar resección quirúrgica de las metástasis distantes.

La resección local permite eliminar el cáncer local y sus síntomas, y a las complicaciones potenciales, ayuda además, a prevenir las recurrencias locales, que pueden perpetuar o reinstaurar las complicaciones de la enfermedad local en el futuro del paciente. Más aún, la eliminación, local detiene la fuga sistémica de células cancerosas que entraña

el potencial de producir más metástasis a distancia. Sin embargo, la extirpación local no hace nada con las células cancerosas que han dejado el sitio primario antes de esta.

La extirpación de ganglios linfáticos, regionales, desde luego elimina las metástasis ganglionares si se encuentran, y proporciona una información pronóstica importante.

El tratamiento quirúrgico de las metástasis a distancia contribuye poco al control global del cáncer. La extirpación quirúrgica proporciona alguna posibilidad de curación solo en los casos muy raros en los que las metástasis a distancia se confinan a un solo sitio en un órgano en los pacientes con otros aspectos pronósticos favorables de la presentación metastásica a distancia. (7)

JUSTIFICACIÓN.

Se realizó este estudio para demostrar la frecuencia de abdomen agudo como primer dato clínico en la presencia de neoplasia y de esta manera apoyar a los médicos para realizar una identificación temprana y manejo oportuno de neoplasias que pudieran originar un cuadro de abdomen agudo, ya que la gran mayoría de laparotomías exploradoras por abdomen agudo no cuentan con un diagnóstico específico ya sea por el cuadro clínico del paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, la modificación del cuadro por ingesta de medicamentos o bien por no tomar en cuenta a las neoplasias como causa de abdomen agudo, entre otras causas, tratando de identificar la frecuencia de neoplasias que pudieran ser causa de abdomen agudo y poder confrontarse con otras patologías causales y tener un diagnóstico oportuno y evitarle así la evolución de complicaciones al paciente y al cirujano el no dejar al margen las neoplasias como causa de abdomen agudo que aunque la frecuencia reportada es baja el beneficio de un mejor manejo pudiera constituir una mejor calidad de vida para el paciente.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de abdomen agudo como primer dato clínico con respecto a la presencia de neoplasia abdominal.

OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer la frecuencia abdomen agudo como primer dato clínico con relación a una neoplasia abdominal en pacientes sometidos a laparotomía exploradora de urgencia.

Conocer la frecuencia de las diferentes neoplasias abdominales con respecto a la edad de los pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

-La recolección de datos se realizó de los registros de quirófano de los pacientes sometidos a laparotomía exploradora con diagnóstico de abdomen agudo a partir del primero de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2003.

-Se revisaran los expedientes clínicos de aquellos pacientes que durante la laparotomía exploradora; se encontró alguna tumoración.

-Se agruparon de acuerdo a edad, sexo, tipo de tumoración y tratamiento quirúrgico realizado (paliativo o definitivo).

-Se realizo el estudio para identificar la frecuencia y porcentajes de presentación de neoplasia en cuadros de abdomen agudo en paciente sometidos a laparotomía exploradora.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes que ingresaron a quirófano con diagnóstico de abdomen agudo sin diagnóstico específico con expediente clínico completo, durante el periodo del primero de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2003 en el “Hospital Ignacio Zaragoza”.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los pacientes que ingresaron a quirófano para laparotomía exploradora estadificadora de alguna tumoración o con cuadro de abdomen agudo con tumoración ya diagnosticada.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellos pacientes que no cuenten con expediente clínico completo.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de 250 pacientes que ingresaron a quirófano con el diagnóstico de abdomen agudo durante el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2003 a quienes se les realizó laparotomía exploradora encontrando una tumoración, realizándose resección o biopsia acorde al estadio de la misma enviándose a revisión histopatológica obteniendo como resultado algún tipo de neoplasia, dicho estudio se realizó en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Se realizaron un total de 5524 cirugías de urgencia en 5 años, de las cuales se efectuaron 250 laparotomías exploradoras por abdomen agudo sin diagnóstico previo específico, correspondiendo al 4.5% del total de cirugías realizadas de urgencia.

De las 250 laparotomías exploradoras realizadas de urgencia por abdomen agudo sin diagnóstico específico, encontramos en el 16% de los casos como hallazgo quirúrgico una neoplasia abdominal (40 pacientes), de tal manera que en el 84% de los casos no se encontró neoplasia abdominal (210 pacientes). **Tabla 1.**

Tabla 1. Frecuencia de laparotomías exploradoras de urgencia por abdomen agudo con y sin presencia de neoplasia

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Sin neoplasia	210	84%
Con neoplasia	40	16%
Total de pacientes	250	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

De los 250 pacientes con laparotomía exploradora por abdomen agudo se encontró que 151 son hombres que corresponde al 60.4% de los casos y 99 mujeres que corresponde al 39.6% de los casos. **Tabla 2.**

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de casos con laparotomía exploradora por abdomen agudo de acuerdo al sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	151	60.4%
Mujer	99	39.6%
Total de casos	250	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

De los 40 pacientes con presencia de neoplasia como primer dato de abdomen agudo en 9 de ellos se observó patología benigna que corresponde al 22.5% y en 31 patología maligna que corresponde al 77.5%. **Tabla 3**

TABLA 3 Frecuencia y porcentaje de acuerdo al tipo de neoplasia como primer dato clínico de abdomen agudo.

Tipo de patología	Frecuencia	Porcentaje
Benigna	9	22.5%
Maligna	31	77.5%
Total	40	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

De los 40 pacientes encontrados con presencia de neoplasia como primer dato clinico de abdomen agudo 26 hombres que corresponde al 65% y 14 mujeres que corresponde al 35% **Tabla 4**

TABLA 4 Frecuencia y porcentaje de neoplasia como primer dato de abdomen agudo de acuerdo al sexo del paciente.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	26	65%
Mujer	14	35%
Total	40	100%

Fuente expedientes clinicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

Se encontraron neoplasia como primer dato de abdomen agudo de acuerdo a la siguiente estirpe histológica: teratomas 2 que corresponde al 0.8% de 250 casos, cistadenocarcinomas 2

que corresponde al 0.8% de 250 casos, disgerminomas 2 que corresponde al 0.8% de 250 casos, coriocarcinomas 3 que corresponde al 1.2 % de 250 casos, leiomiomas 7 que corresponde al 2.8% de 250 casos, sarcomas 6 que corresponde al 2.4% de 250, adenocarcinomas 14 que corresponde al 5.6 % de 250 casos, carcinomas 4 que corresponde al 1.6% de 250 casos de laparotomías por abdomen agudo. **Fig. 1 anexo, tabla 5.**

TABLA 5 Frecuencia y porcentaje de neoplasia como primer dato clínico de abdomen agudo de acuerdo a la estirpe histológica.

Tipo histológico	Frecuencia	Porcentaje
Teratomas	2	0,8%
Cistadenocarcinomas	2	0.8%
Disgerminomas	2	0.8%
Coriocarcinomas	3	1.2%
Leiomiomas	7	2.8%
Sarcomas	6	2.4%
Adenocarcinomas	14	5-6%
Carcinomas	4	1.6%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

Se encontraron neoplasia como primer dato de abdomen agudo de acuerdo al grupo de edad, con los siguientes porcentajes: **Fig.2 anexo, tabla 6.**

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de neoplasia como primer dato de abdomen agudo de acuerdo al grupo de edad.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30	6	15%
31-40	6	15%
41-50	5	12.5%
51-60	5	12.5%
61-70	5	12.5%
71-80	5	12.5%
81-90	3	7.5%
Más de 90	5	12.5%
Total de casos	40	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

Se encontraron antecedentes heredo familiares positivos en 16 de estos 40 pacientes que corresponde a 40% de y negativos en 24 pacientes que corresponde al 60% de los casos.

Tabla 7.

TABLA 7. Frecuencia y porcentaje de antecedentes heredo familiares en pacientes con neoplasia como primer dato de abdomen agudo.

Antecedentes Heredo familiares	Frecuencia	Porcentaje
Positivos	16	40%
Negativos	24	60%
Total.	40	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

Se realizo resección intestinal en 27 pacientes que corresponde al 67.5% de casos, se tomo biopsia y se realizó cirugía paliativa en 7 que corresponde al 17.5% de los casos y se efectuó hysterectomía mas apendicectomía en 6 que corresponde al 15% de los casos. **Fig. 3 anexo, tabla 8.**

TABLA 8 Frecuencia y porcentaje de acuerdo al procedimiento realizado en pacientes con neoplasia por abdomen agudo.

Tipo de procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Resección intestinal.	27	67.5%
Biopsia y cirugía paliativa	7	17.5%
Histerectomía y apendicectomía	6	15%
Total	40	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

De las laparotomías por abdomen agudo con diagnóstico diferente a tumoración abdominal se encontraron apendicitis en 113 casos (45.2% de 250), patología gineco obstétrica 22 (8.8% de 250), obstrucción intestinal por adherencias o hernia 17 (6.8% de 250), trombosis mesentérica 10 (4% de 250), ulcera perforada 14 (5.6% de 150), divertículo perforado 10 (4% de 250), pancreatitis 12 (4.8% de 250) y patología de la vía biliar 12 (4.8% de 250) Fig. 4 anexo, tabla 9.

TABLA 9. Frecuencia y porcentaje de casos con abdomen agudo sin presencia de neoplasia de acuerdo al tipo de patología.

Tipo de patología	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis	113	45.2%
Gineco-obstétrica	22	8.8%
Obstrucción intestinal.	17	6.8%
Trombosis mesentérica	10	4%
Ulcera perforada	14	5.6%
Divertículo perforado	10	4%
Pancreatitis	12	4.8%
Patología de vía biliar.	12	4.8%
Total	210	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

De acuerdo al órgano afectado por neoplasia como primer dato de abdomen agudo se encontró lo siguiente en colon 16 que corresponde al 40%, ovario 10 que corresponde al 25%, de intestino delgado 9 que corresponde al 22.5%, útero 1 que corresponde al 2.5% , hígado 2 que corresponde al 5%. De vía biliar 1 que corresponde al 2.5% y otros 1 que corresponde al 2.5% de 40 casos de neoplasia como primer dato de abdomen agudo. **Fig. 5 anexo, tabla 10.**

TABLA 10. Frecuencia y porcentaje de acuerdo al tipo de órgano afectado por neoplasia como primer dato de abdomen agudo.

Tipo de órgano	Frecuencia	Porcentaje
Colon	16	40%
Ovario	10	25%
Intestino delgado	9	22%
Útero	1	2.5%
Hígado	2	5%
Vía biliar	1	2.5%
Otros	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente expedientes clínicos del Hosp. Reg. "Gral. Ignacio Zaragoza"

DISCUSIÓN.

Los resultados de esta investigación demostraron que la frecuencia de abdomen agudo como primer dato clínico en presencia de neoplasia abdominal se presentó en un número mayor que lo reportado en la literatura mundial de acuerdo a lo descrito por Adams, Quijano y Wolf , probablemente se deba a que este es un hospital de concentración y haya provocado una mayor afluencia para este tipo de pacientes.(3,16,5)

También se observó que la frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres lo cual se apoya en la literatura nacional e internacional, de acuerdo a lo descrito por Rossi y Quijano sin, haber una frecuencia significativa de acuerdo al grupo de edad estos resultados difieren de acuerdo a la literatura revisada ya que los grupos de mayor edad tienen mayor frecuencia de presentar neoplasia y por lo tanto mayor riesgo de presentar abdomen agudo lo cual pudiera deberse a que en los pacientes de edad avanzada que maneja nuestro hospital frecuentemente se deja evolucionar la enfermedad a solicitud del paciente o los familiares por el alto riesgo de mortalidad y el poco beneficio terapéutico para el paciente.(1,16).

En las patologías encontradas causantes de abdomen agudo sin presencia de neoplasia abdominal, se observó que la frecuencia es similar a la reportada en la literatura internacional, confirmando a la apendicitis la patología quirúrgica más realizada, de acuerdo a Wesley en su publicación. (6).

En cuanto a los antecedentes heredo familiares positivos son los que se relacionaron con menor frecuencia con los pacientes con neoplasia al contrario de lo que dice la literatura pudiera deberse a sesgo en el interrogatorio llevado a cabo en la historia clínica del paciente, de acuerdo a lo mencionado por Wolf (5).

CONCLUSIONES.

- a) La frecuencia de abdomen agudo en presencia de neoplasia tuvo predominio en el sexo masculino principalmente en el cáncer de colon

- b) Las tumoraciones más frecuentes causantes de abdomen agudo fueron las malignas las cuales se presentan con mayor frecuencia en tracto digestivo

- c) La estirpe histológica más frecuente fue el adenocarcinoma afectando principalmente al colon

- d) El órgano más afectado fue el colon con predominio en los hombres en los grupos de edad mayores a la séptima década de la vida.

- e) El procedimiento más utilizado en la cirugía por abdomen agudo en presencia de neoplasia fue la resección intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rossi LR. Multidisciplinary approach to cancer. The surgical clinics of North America 2000; 18 : 221.
- 2) Artz PC, Hardy, DJ. Complications in surgery and management. The Surgical Clinics of North America 1994; 16: 154.
- 3) Adams, WE. Diagnosis in general surgery. The Surgical Clinics of North America 1986; 12: 71 -118.
- 4) Shakelfort, R.T. Diagnosis of surgical disease. Ed. W B. Saunders, Philadelphia, 1980.
- 5) Wolf, S. Abdominal diagnosis, The surgical Clinics of North America 1989; 58:302.
- 6) Wesley, A.J. Surgical Infections, The Surgical Clinics Of North America 1990; 60:124.
- 7) Ferrara JJ, Martin EW Jr., Carey LC. Morbidity of emergency operations in patient with metastatic cancer. Surgery 1992;92:605.
- 8) Torosian MH, Turnbull ADM. Emergency laparotomy for spontaneous intestinal and colonic perforations in cancer patients. J Clin Oncol 1998;6:291.

- 9) Weiss SM, Skibber JM, Rosato FE. Bowel obstruction in cancer patients: performance status as a predictor of survival. *J Surg Oncol* 1984; 25:15.
- 10) Fukuya T, Hawes DR, Lu CC, Chang PJ, Barloon TJ. CT diagnosis of small bowel obstruction. Efficacy in 60 patients. *Am Journal Roentgenol* 1992; 158:765.
- 11) 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.
- 12) Krebs HB, Goplerud DR. Surgical management of bowel obstruction in advanced ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1983; 61:327.
- 13) Castaldo TW, Petrelli ES, Ballon SC, Lagasse LD. Intestinal operations in patients with ovarian carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:80.
- 14) Ricci JL, Turnbull DM. Spontaneous gastroduodenal perforation in cancer patients. *J Surg Oncol* 1989; 41:219.
- 15) Admer, HD. Clinical Practice Guidelines for the use of tumor Markers in breast and colorectal cancer. *J. Clin Oncol* 1996; 14:2843-2877.
- 16) Quijano NM, Guarner DV. Principios fundamentales de la cirugía. UNAM. 1ª ed., 1981 132-144.

17) Cady B, Stone MD, The new era in breast cancer: Invasion, size and nodal involvement dramatically decreasing. Arch Surg 1996,131: 301-308.

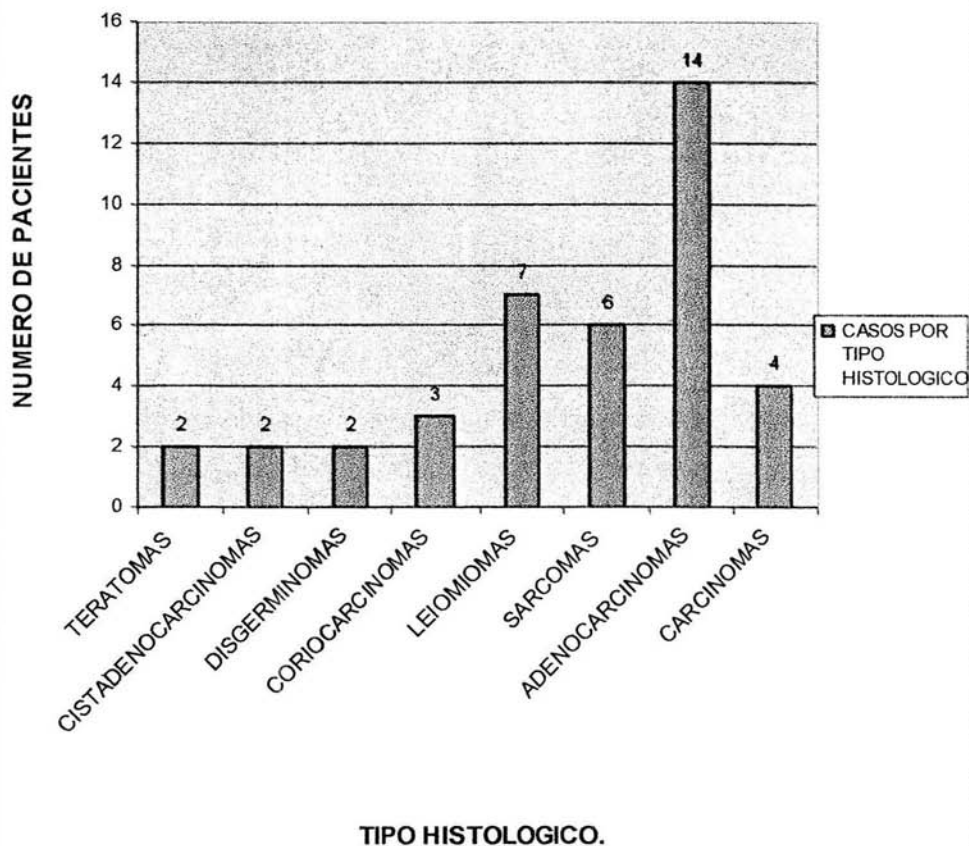
18) Kairasp C, Noshirwani MD. Adenoma size are predictive of adenoma recurrence implications for surveillance colonoscopy. Ann Surg 2000; 120-4

19) Annest LS, Jolly PC. The results of surgical treatment of bowel obstruction caused by peritoneal carcinomatosis. Am Surg 1989; 45:718.

20) Tunca JC, Buchler DA, Mack EA, Ruzicka FF, crowley JJ, Carr WF. The management of ovarian cancer caused bowel obstruction. Gynecol Oncol 1981; 12:186.

ANEXO

FIG.1 FRECUENCIA DE NEOPLASIA POR ABDOMEN AGUDO DE ACUERDO AL TIPO HISTOLOGICO

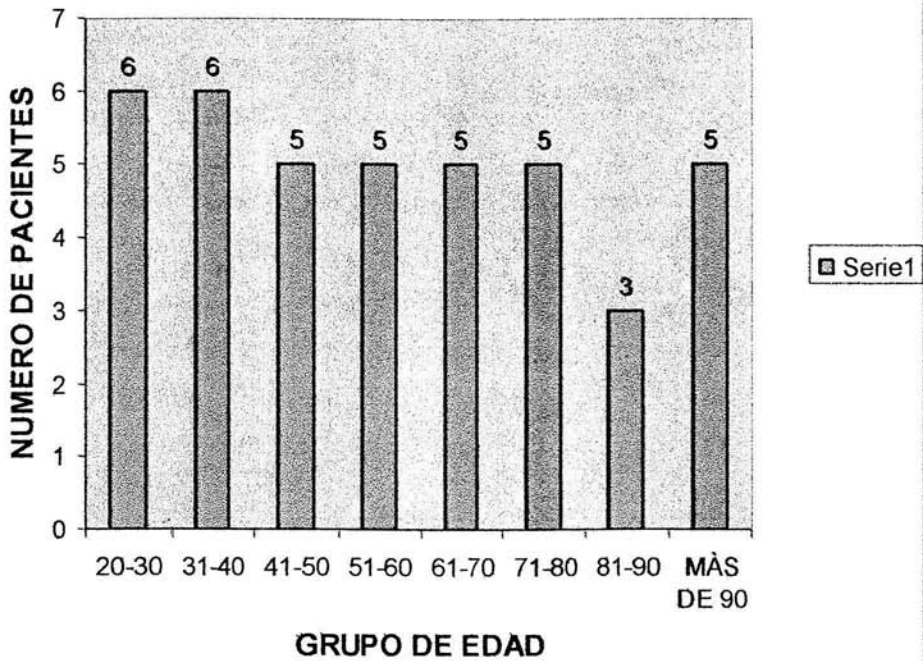


TOTAL DE CASOS: 40

FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

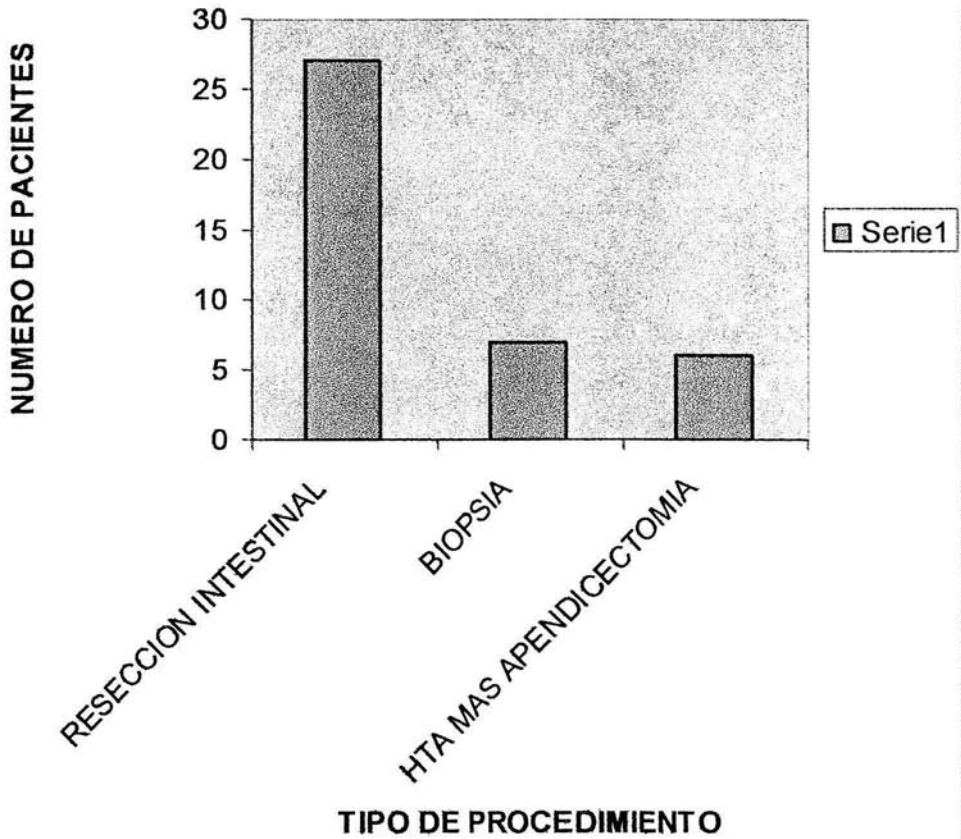
FIG.2 FRECUENCIA DE NEOPLASIA POR ABDOMEN AGUDO DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD



TOTAL DE CASOS: 40

FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

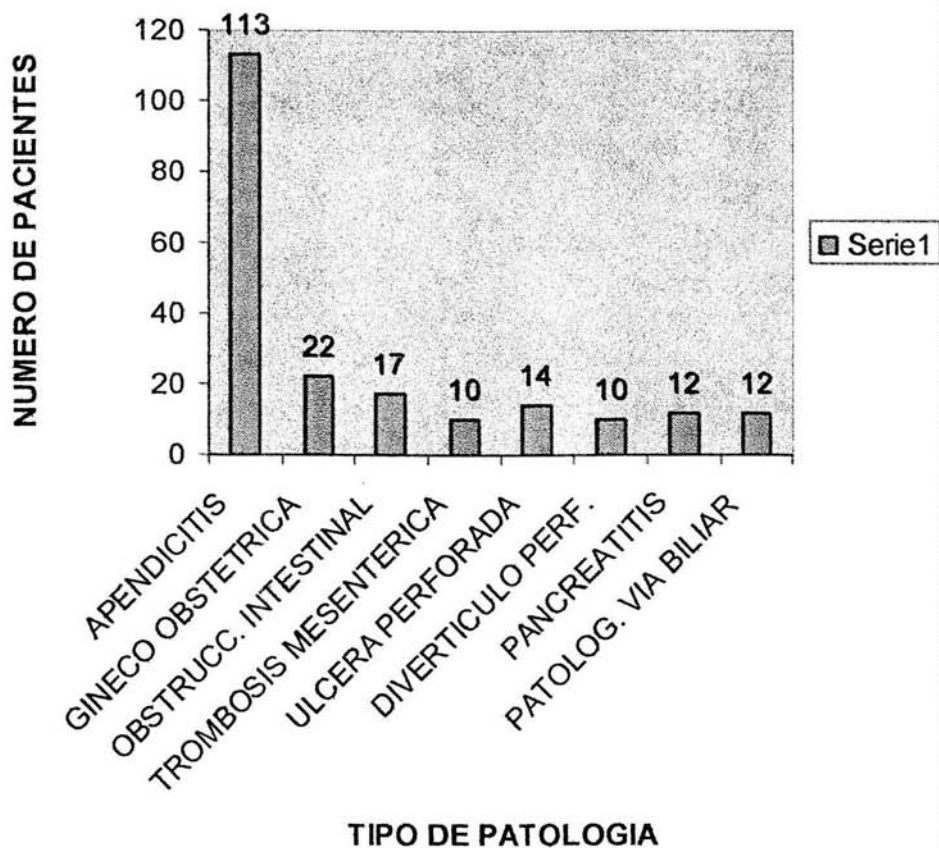
FIG.3 FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO



TOTAL DE CASOS: 40

FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

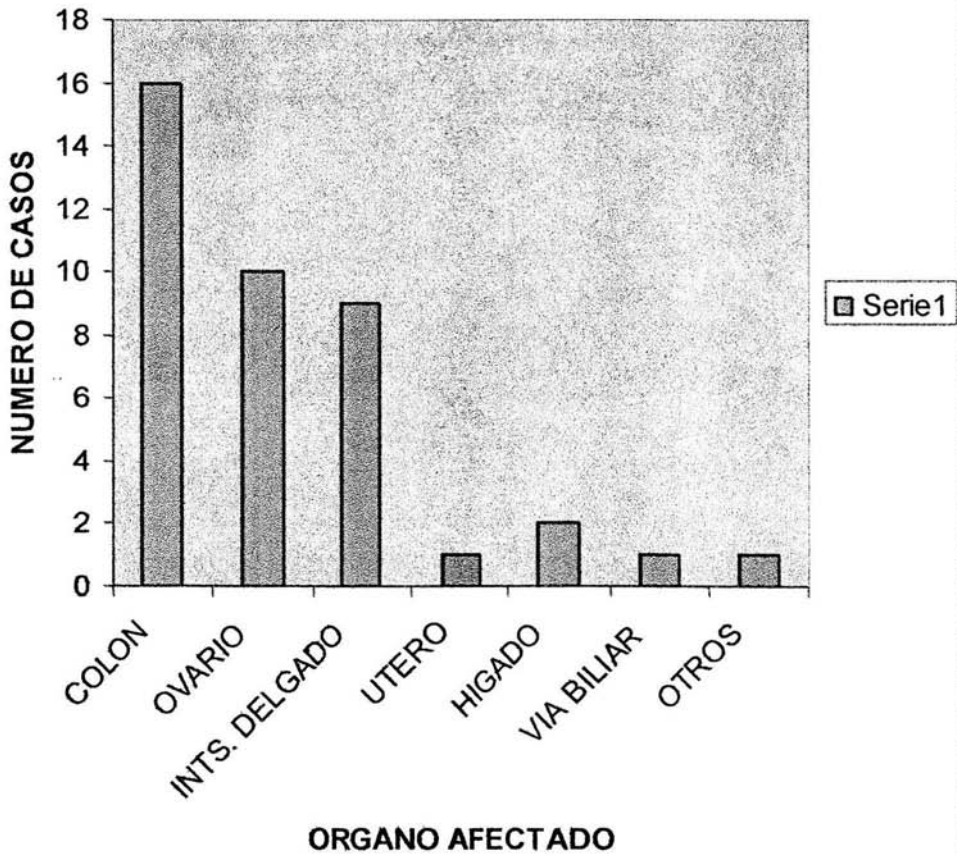
FIG.4 FRECUENCIA DE PATOLOGIAS SIN NEOPLASIA POR ABDOMEN AGUDO



TOTAL DE CASOS: 40

FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

**FIG.5 FRECUENCIA DE NEOPLASIA POR
ORGANO AFECTADO.**



TOTAL DE CASOS: 40

FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA"