



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGÍA GENERAL**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN:
“DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS EN LA
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE ABDOMEN AGUDO EN UNA UNIDAD DE
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”**

**PRESENTADO POR:
DIANA MORALES MORALES**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA GENERAL**

**DIRECTOR(ES)DE TESIS:
DR. FRANCISCO JAVIER CARBALLO CRUZ**

- 2020 -



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 MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGÍA GENERAL**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN:
“DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS EN LA
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE ABDOMEN AGUDO EN UNA UNIDAD DE
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”**

**PRESENTADO POR:
DIANA MORALES MORALES**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA GENERAL**

**DIRECTOR(ES)DE TESIS:
DR. FRANCISCO JAVIER CARBALLO CRUZ**

- 2020 -

III

“Diagnostico incidental de patologías oncológicas en la resolución quirúrgica de abdomen agudo en una unidad de segundo nivel de atención”

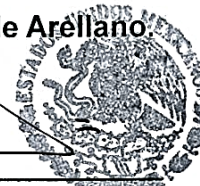
**Autor: Diana Morales Morales
Residente de cuarto año de Cirugía General**

**Vo. Bo.
Dr, Francisco Javier Carballo Cruz**

Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía general

**Vo. Bo.
Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano**

**Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México**




**DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA
E INVESTIGACIÓN**

“Diagnostico incidental de patologías oncológicas en la resolución quirúrgica de abdomen agudo en una unidad de segundo nivel de atención”

Autor: Diana Morales Morales
Residente de cuarto año de Cirugía General

DIRECTOR DE TESIS



Dr, Francisco Javier Carballo Cruz
Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía general

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros por su paciencia y generosidad al compartir su experiencia, conocimiento y por toda la confianza depositada en cada práctica médica.

A todos los pacientes por ser un libro abierto del cual pude adquirir conocimientos y que han contribuido al desarrollo de destrezas quirúrgicas.

1. Resumen.

El cáncer es una enfermedad que ha incrementado su incidencia en las últimas décadas, su diagnóstico de sospecha se establece con la historia clínica y la exploración física, y el diagnóstico de certeza es establecido histopatológicamente. En un segundo nivel de atención, los pacientes que manifiesten abdomen agudo, y que presenten datos de irritación peritoneal y/o que supongan una duda diagnóstica, generalmente serán sometidos a Cirugía. La atención común por padecimientos de orden inflamatorio crea una heurística de representatividad que generalmente deja de lado la consideración de una neoplasia como probable etiología del abdomen agudo.

Metodología. Se realizó una revisión de reportes histopatológicos de tumor maligno y expedientes de pacientes que fueron sometidos a cirugía de urgencia en el contexto de abdomen agudo. Entre el año 2013 a 2019 en el Hospital general Balbuena.

Resultados. El total de pacientes fueron 11, la mediana de edad fue de 45 años, con un intervalo de 29 a 88 años. El cuadro clínico se caracterizó por abdomen agudo, los síntomas más frecuentes fueron dolor, náusea y vómito, hiporexia y ausencia de evacuaciones, dentro de los tumores más frecuentes fueron los de ciego y colon, seguidos de vesícula biliar. El reporte histopatológico más frecuente fue adenocarcinoma en ambos órganos.

Conclusiones. La frecuencia de paciente que debutan con abdomen agudo y diagnóstico histopatológico cáncer resulta ser baja, sin embargo, la población atendida en nuestra unidad médica es más joven con respecto a lo reportado en la literatura.

Palabras clave. Abdomen agudo, cáncer de tubo digestivo.

INDICE

1. Resumen	
2. Introducción.....	1
3. Material y Métodos.....	11
4. Resultados.....	12
5. Discusión.....	21
6. Conclusiones.....	25
7. Recomendaciones.....	26
8. Referencias bibliográficas.....	27

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ANTECEDENTES

La entidad clínica conocida como “abdomen agudo” ocurre en todas las edades de la vida, es la causa más frecuente consulta con manifestación cardinal de dolor abdominal, y que puede requerir cirugía, 10% en ámbito hospitalario y 5% en la consulta de atención primaria. Se trata de un síndrome caracterizado por dolor abdominal de inicio brusco de inicio brusco, con pocas horas de evolución y con importante afección en el estado general tiene una variedad de causas subyacentes y con diferente gravedad¹.

Las etiologías más comunes son: gastroenteritis (7.2–18.7%), síndrome de intestino irritable (2.6–13.3%), urológica (5.3%) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (5.2%). Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes con dolor abdominal padecen una enfermedad aguda (potencialmente mortal) como apendicitis (1,9%), diverticulitis (3,0%), biliar/pancreática (4,0%) o neoplásicas (1,0%) que necesitan tratamiento inmediato².

Con relación a tumores malignos, se dice que ocupan el segundo lugar en México como causa de mortalidad, y dentro de éstos, aquellos relacionados al aparato digestivo se encuentran entre las cinco neoplasias más frecuentes³. La frecuencia de cáncer del aparato digestivo en instituciones del país se originan en estómago, colon y recto, páncreas, hígado, vesícula y vía biliar, esófago e

intestino delgado; con sus respectivas mortalidades, sin embargo en conjunto constituyen como grupo la primera causa de muerte por cáncer en México³. A nivel internacional, GLOBOCAN 2018 reporta dentro de los primeros órganos afectados por cáncer son pulmón, mama, colon y recto, próstata, estómago e hígado, y las principales causas de mortalidad por cáncer reportadas en el 2018 son pulmón 18.4%, colon y recto 9.2%, estómago 8.2%, hígado 8.2% y mama 6.6%⁴.

En la Secretaría de Salud de la Ciudad de México existen escasos reportes sobre las incidencias de tumores de tubo digestivo, sin embargo de manera general en el 2011 se reportan 1, 511 egresos con diagnóstico de tumor maligno, siendo el 1.1% del total de egresos durante dicho año⁵.

Los pacientes con neoplasias no sospechadas, frecuentemente acuden al servicio de urgencias, cursando con un cuadro clínico inusual que se puede manifestar de manera crónica o aguda con signos clínicos de abdomen agudo, obstrucción intestinal, perforación, reacción inflamatoria sistémica o alteraciones hemodinámicas, usualmente, estas manifestaciones clínicas se presentan en pacientes mayores de 60 años.

Las neoplasias pueden comprometer vísceras sólidas, especialmente el hígado, o vísceras huecas, especialmente el intestino e incluso el útero, que usualmente se manifiestan con síntomas crónicos o existen escasas manifestaciones, sin

embargo existen casos que se han manifestado con síntomas y signos relacionados con la aparición de una de sus complicaciones, como sangrado intestinal, obstrucción o perforación^{6, 7, 8}.

La evaluación procede en el orden habitual: anamnesis, exploración física, pruebas de laboratorio y pruebas de imagen, aunque estas últimas han mejorado la exactitud a la hora de establecer el diagnóstico correcto, los puntos más importantes de la evaluación siguen siendo una anamnesis completa y una exploración física minuciosa⁹.

Específicamente para el caso de tumores malignos de tubo digestivo o aquellos que se presentan a nivel abdominal los síntomas suelen ser inespecíficos y presentarse cuando la enfermedad muestra una progresión local. Pueden reconocerse cambios súbitos en los hábitos defecatorios y sangrado transrectal. Otros signos y síntomas menos específicos pueden ser dolor y distensión abdominal y datos de bloqueo colónico en tumores de mayor tamaño en el lado derecho, o más pequeños en el lado izquierdo¹.

En tumores malignos de intestino delgado la sintomatología es nula o inespecífica en las primeras etapas, luego de varios meses puede presentar dolor abdominal (66.7%), pérdida de peso (57.6%), náusea y vómito (27%), oclusión parcial o completa del intestino (24%) con riesgo consecuente de perforación intestinal secundaria (24%) o sangrado de tubo digestivo. La ictericia

se relaciona con tumores de origen duodenal y es indistinguible de otros tumores de la encrucijada duodeno-pancreato-biliar y debido a que comparten características clínicas y terapéuticas similares, por lo que se estudian y tratan de manera distinta¹.

Existen escasos reportes sobre abdomen agudo como manifestación primaria de un tumor o metástasis abdominal, presentándose únicamente reporte de casos: Laia Garrigós y col., presentan el caso de un paciente diagnosticado de un carcinoma pulmonar a raíz de una perforación intestinal secundaria a una metástasis localizada en el intestino delgado. Dada la sospecha diagnóstica y el empeoramiento clínico y analítico del paciente, se decidió una intervención quirúrgica urgente y se realizó laparoscopia exploradora, durante la cirugía se observó la existencia de una lesión indurada asociada a perforación de la pared intestinal en la zona de la unión yeyunoileal, por lo que se decidió convertir a cirugía abierta con resección y anastomosis¹⁰. Goh B y col., sugieren considerar las metástasis del tracto gastrointestinal como diagnóstico diferencial de los pacientes con cáncer de pulmón que se presentan con un abdomen agudo¹¹. El mesotelioma peritoneal se presenta con signos y síntomas inespecíficos generalmente en su etapa terminal. Hur JA, presenta un caso de un varón de 67 años con mesotelioma peritoneal difuso y perforación yeyunal. En este último caso la presentación más frecuente es dolor abdominal y ascitis. En raras

ocasiones, puede presentarse como un abdomen agudo con perforación del intestino delgado¹³.

J. R. Staniland y col., realizaron una revisión en detalle de la sintomatología y los hallazgos en el examen de 642 pacientes que padecen una variedad de trastornos gastrointestinales inferiores, como el cáncer de colon y recto, la enfermedad diverticular, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Se demostró que la ubicación de los sitios precisos de dolor abdominal y sensibilidad conlleva un alto nivel de discriminación diagnóstica entre los diversos trastornos. Surgieron algunas características sorprendentes: casi la mitad de los pacientes con enfermedad del tracto gastrointestinal inferior se quejaron de síntomas como náuseas / vómitos o anorexia. Como hallazgo incidental, poco menos del 40% de los pacientes con cáncer de intestino grueso se había sometido a una cirugía abdominal previa (no relacionada) ¹².

Se realizó un estudio en pacientes con datos de abdomen agudo que buscaron apoyo médico de los cuales el 2,8% tenían una malignidad intraabdominal en el seguimiento. La patología maligna del hígado, el tracto biliar y el páncreas constituyeron el 30% y el cáncer colorrectal el 32%. El estreñimiento, la obstrucción intestinal y el dolor abdominal inespecífico fueron los diagnósticos preliminares más comunes en pacientes entre los cuales se detectó una neoplasia abdominal. Con dicho estudio se concluyó que excepto por la edad y

la duración del dolor, la historia clínica y las manifestaciones clínicas proporcionan algunas pistas que sugieren una malignidad abdominal en pacientes con dolor abdominal agudo. El abdomen agudo de etiología desconocida o conocida, incluido el estreñimiento, debe sospecharse como un posible signo de malignidad abdominal en todos los pacientes mayores de 50 años^{14, 15}.

Con los antecedentes anteriores se intuye, la dificultad para realizar un diagnóstico de neoplasia abdominal en el contexto de abdomen agudo, en primera instancia por la baja incidencia de dichas patologías que manifiestan un cuadro de abdomen agudo, además de las manifestaciones clínicas inespecíficas mencionadas.

Para el caso específico de una unidad de segundo nivel de atención es importante reconocer la existencia de esta posibilidad diagnóstica, fuera de las causas infecciosas o inflamatorias que se tratan día a día. Caracterizar la incidencia y reportarla junto a las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas, repercuten en un diagnóstico preoperatorio preciso, para una referencia oportuna, o en casos específicos, evitar el tiempo quirúrgico para su atención en una unidad especializada.

2.2. Planteamiento del problema

El cáncer es una enfermedad que ha incrementado su incidencia en las últimas décadas, enfermedad que amerita manejo por un tercer nivel de atención, su diagnóstico de sospecha se establece con la historia clínica y la exploración física, y el diagnóstico de certeza es establecido histopatológicamente. En un segundo nivel de atención, los pacientes que manifiesten abdomen agudo, y que presenten datos de irritación peritoneal y/o que supongan una duda diagnóstica, generalmente serán sometidos a Cirugía y el diagnóstico etiológico, así como la estirpe, serán establecidos posteriormente mediante estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. Dichos pacientes podrían beneficiarse más de un estudio transoperatorio, comúnmente no disponible en nuestros servicios de atención, por lo que la sospecha temprana de una neoplasia es necesaria. La atención común por padecimientos de orden inflamatorio crea una heurística de representatividad que generalmente deja de lado la consideración de una neoplasia como probable etiología del abdomen agudo.

2.3. Justificación

El cáncer del aparato digestivo es una causa importante de mortalidad en México. En los últimos 25 años ha habido un cambio en la frecuencia de las neoplasias del aparato digestivo. En algunas situaciones el cuadro clínico suele ser inusual, pudiendo manifestarse de manera crónica o aguda con signos clínicos de obstrucción, perforación, reacción inflamatoria sistémica o alteraciones hemodinámicas, usualmente en pacientes mayores de 60 años, que en ocasiones requieren manejo quirúrgico urgente, estableciendo un diagnóstico definitivo hasta el resultado del estudio histopatológico. La presente tesis tiene como finalidad el análisis de la incidencia de procesos neoplásicos como causa de abdomen agudo, en búsqueda de sentar una base para el reconocimiento de esta causa y su consideración en la práctica clínica diaria.

2.4. Objetivos generales

Reportar la incidencia de abdomen agudo de etiología oncológica (diagnosticada mediante un estudio histopatológico) atendidos en el servicio de urgencias con manejo quirúrgico en un hospital de segundo nivel en un periodo de 7 años

2.5. Objetivos específicos

Reportar los casos de neoplasia identificados en los estudios histopatológicos posteriores a la resolución de cuadros de abdomen agudo quirúrgicos.

Reportar el sitio de afección y la estirpe histológica.

Caracterizar la población estudiada

Recomendar datos a considerar, para la sospecha de procesos neoplásicos como etiología de abdomen agudo.

3. Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, en el Hospital General Balbuena de la Ciudad de México, el cual consistió en la revisión de los reportes histopatológicos de piezas quirúrgicas obtenidas durante los años 2013 (mayo) – 2019 (abril), posteriormente fueron revisados los expedientes clínicos correspondientes y se determinaron aquellos provenientes del servicio de urgencias por diagnóstico de abdomen agudo, así como la determinación del segmento intestinal por medio de la descripción de la técnica quirúrgica utilizada.

Criterios de inclusión.

- Reporte histopatológico de neoplasia en pieza quirúrgica.

Criterios de exclusión.

- Procedimiento programado.
- Hallazgo incidental.
- Diagnóstico previo de neoplasia.

Criterios de eliminación.

- Carencia de expediente en archivo clínico.

Se elaboró una base de datos con el software Microsoft Excel 2010, para recabar los datos de los casos encontrados, así mismo, sirvió para el análisis estadístico de los mismos.

4. Resultados

En este estudio se recabaron los reportes de patología con los diagnósticos de patologías oncológicas que tuvieron como manifestación clínica abdomen agudo quirúrgico, en el periodo comprendido entre mayo de 2013 a abril de 2019.

Se obtuvieron 18 reportes histopatológicos con reporte de patología maligna en pacientes que se ingresaron a urgencias con abdomen agudo. De estos casos se localizaron 13 expedientes en archivo clínico, corroborando que únicamente 11 de estos casos cursaron con abdomen agudo que ameritó manejo quirúrgico de urgencia, un paciente se presentó con trauma abdominal y como hallazgo incidental el diagnóstico histopatológico de la pieza quirúrgica fue carcinoma urotelial, otro paciente cursó con el diagnóstico adenocarcinoma gástrico pero diagnosticado previamente por biopsia.

En cuanto al sexo, se obtuvieron 5 pacientes mujeres (45%) y 6 pacientes hombres (55%).

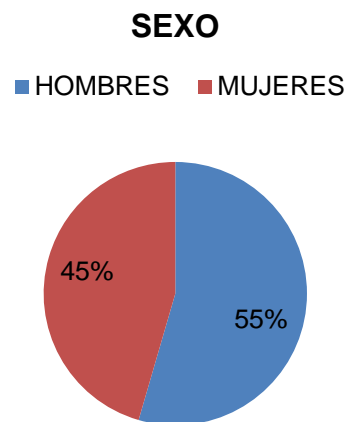


Figura 1. Sexo. Archivo clínico Hospital General Balbuena 2019

La mediana de edad fue de 45 años con rango de 29 a 88 años. Se aplicó regla de Sturges.

$$c = 1 + \frac{\log(M)}{\log(2)}$$

Con un resultado de 4.45 que por ser número par se redondea a 5, se obtienen las 5 clases descritas a la tabla I. Se aprecia la mayor cantidad de casos en las clases de 29-40, 41-52 y 77-88.

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
29-40	3	0.27
41-52	4	0.36
53-64	1	0.09
65-76	0	0.00
77-88	3	0.27

Tabla I. Distribución de frecuencia por intervalo de edad de cáncer en abdomen agudo.

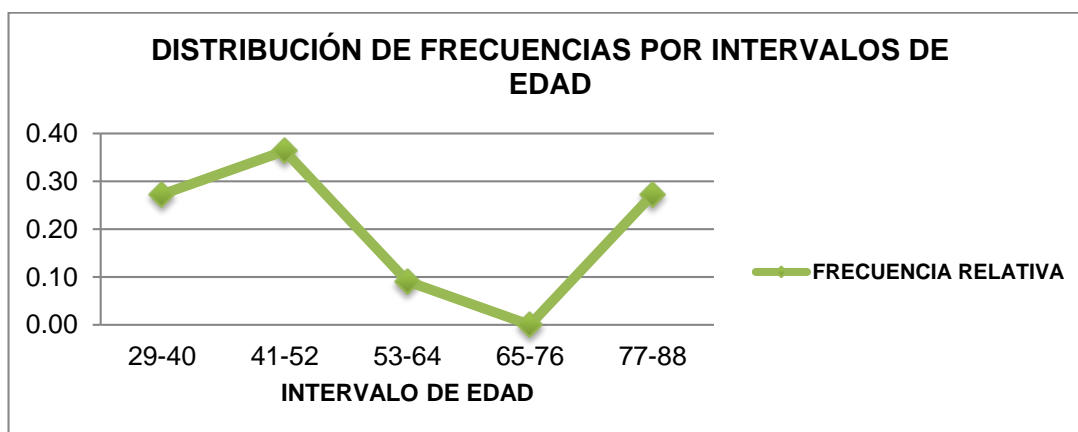


Figura 2. Distribución de frecuencias por intervalos de edad. Archivo clínico Hospital General Balbuena 2019

En los registros al interrogatorio dirigido ningún paciente tenía antecedente familiar de cáncer de tubo digestivo u otro nivel. Dentro de los antecedentes relevantes un paciente cursaba con hipertensión arterial sistémica, tres tenían antecedentes quirúrgicos, dos colescistectomía y uno apendicectomía. El consumo de tabaco estuvo presente en un 45% de los pacientes como se refiere en la **tabla x y e imagen x.**

CONSUMO DE TABACO		
TABACO	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	5	45%
NO	6	55%

Tabla II. Consumo de tabaco

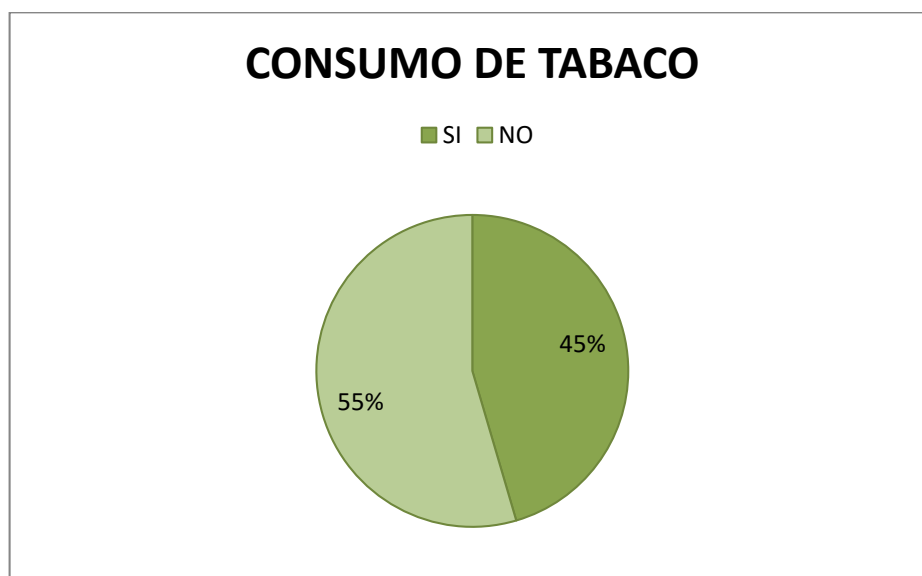


Figura 3. Antecedente de consumo de tabaco. Archivo clínico Hospital General Balbuena 2019

En cuanto a la sintomatología se aprecia dolor abdominal en la totalidad de los casos, náusea y vómito como siguiente síntoma más frecuente (81%). La ausencia de evacuaciones y la hiporexia se presentaron en 36% de los casos. El estreñimiento y fiebre fueron síntomas que al interrogatorio dirigido se presentaron en 9% de los casos.

SÍNTOMA	NO. CASOS	PORCENTAJE
ASTENIA/ADINAMIA	2	18%
AUSENCIA DE EVACUACIONES	4	36%
DOLOR ABDOMINAL	11	100%
ESTREÑIMIENTO	1	9%
FIEBRE	1	9%
HIPOREXIA	4	36%
NAUSEA/VÓMITO	9	82%

Tabla III. Principales sintomatologías

Todos los casos recabados corresponden a causas de abdomen agudo; mientras que en algunos de los casos, la clínica es sugerente de algún órgano o entidad nosológica, la gran mayoría se establece únicamente como “abdomen agudo”

DIAGNOSTICO CLINICO	NO. CASOS	PORCENTAJE
ABDOMEN AGUDO (NO ESPECIFICO)	6.00	55%
COLECISTITIS AGUDA	2.00	18%
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	1.00	9%
OCLUSIÓN INTESTINAL	2.00	18%
TOTAL	11	100%

Tabla IV. Diagnostico clínicos en los pacientes con diagnostico histopatológico de cáncer.

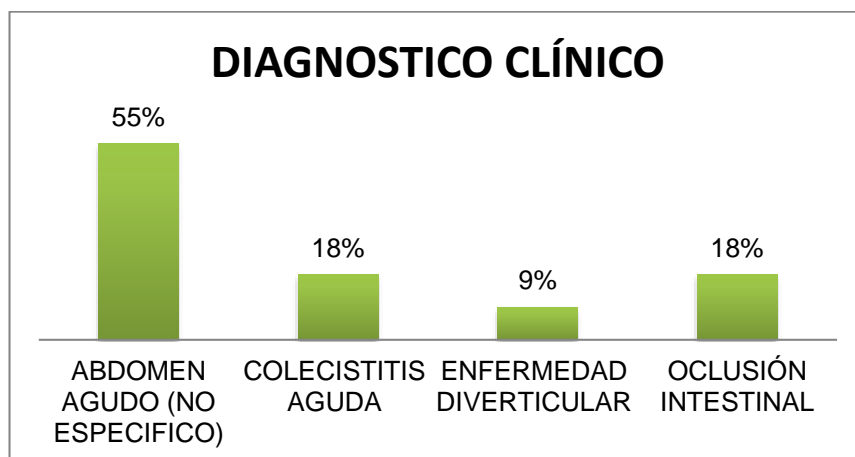


Figura 4. Diagnóstico clínico. Archivo clínico Hospital General Balbuena 2019.

Las localizaciones determinadas fueron en orden descendente ciego y colon ascendente (3), ciego (2), vesícula biliar (2), sigmoides, vejiga, ovario y peritoneo.

ORGANO AFECTADO	NO. CASOS	PORCENTAJE
CIEGO	2	18%
CIEGO Y COLON ASCENDENTE	3	27%
COLON SIGMOIDES	1	9%
OVARIO	1	9%
PERITONEO	1	9%
VEJIGA	1	9%
VESICULA BILIAR	2	18%
TOTAL	11	100%

Tabla V. Órganos afectados con tumor maligno y amonestación de abdomen agudo.

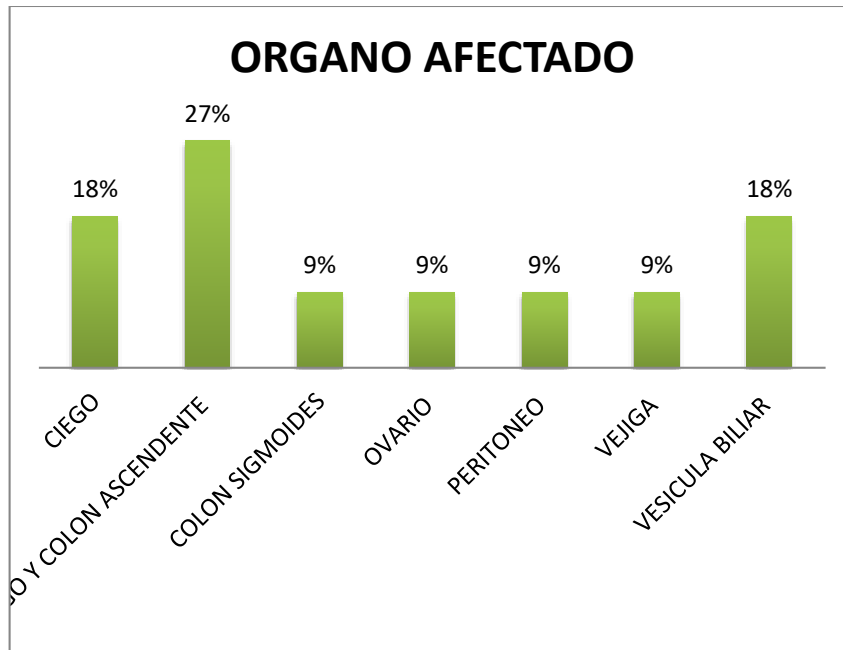


Figura 5.. Órganos afectados con tumor maligno. Archivo clínico Hospital General Balbuena 2019.

Se describe a detalle la localización, estirpe celular encontrada y el estadio correspondiente al diagnóstico histopatológico.

LOCALIZACIÓN	HISTOPATOLOGICO	ESATADIO
VESICULA BILIAR	ADENOCARCINOMA DE VESICULA MODERADAMENTE DIFERENCIADO	NEVIN III
VESICULA BILIAR	ADENOCARCINOMA DE VESICULA BIEN DIFERENCIADO	NEVIN I
CIEGO	ADENOCARCINOMA MOCOSECRETOR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ASTLER Y COLLER C1
CIEGO	ADENOCARCINOMA INFILTRANTE BIEN DIFERENCIADO DE ASPECTO PAPILAR	ASTLER Y COLLER B1
CIEGO Y COLON ASCENDENTE	ADENOCARCINOMA MUCOSECRETOR	ASTLER Y COLLER B2
CIEGO Y COLON ASCENDENTE	ADENOCARCINOMA PAPILAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	ASTLER Y COLLER B2
CIEGO Y COLON ASCENDENTE	ADENOCARCINOMA MUCOPRODUCTOR	ASTLER Y COLLER C1
SIGMOIDES	TUMOR DESMOPLASICO	NO ESPECIFICADO
VEJIGA	SARCOMA DE ALTO GRADO (HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO)	ALTO GRADO
OVARIO	ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE TIPO ENDOMETRIOIDE BILATERAL	FIGO G2
PERITONEO	MESOTELIOMA PERITONEAL	NO ESPECIFICADO

Tabla VI. Localización, diagnóstico histopatológico y estadio de los tumores en el contexto de abdomen agudo.

El motivo de egreso de los pacientes principalmente fue referencia a una unidad de tercer nivel de atención siendo un 82% y el 27% de los casos fallecieron dentro de los 7 días posteriores a la intervención.

MOTIVO EGRESO	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
REFERENCIA	9	82%
DEFUNCION	3	27%
TOTAL	11	100%

Tabla VII. Motivo de egreso hospitalario.

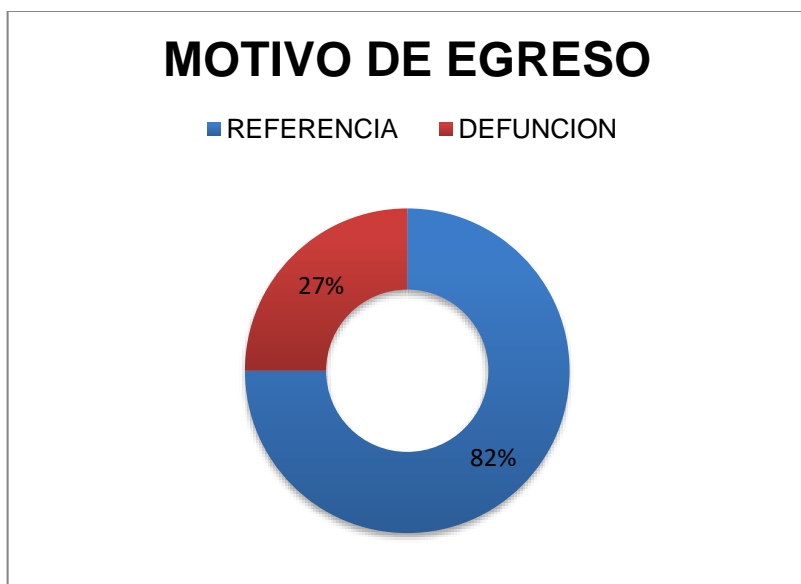


Figura 6. Motivo de egreso hospitalario. Archivo clínico Hospital General Balbuena 2019.

5. Discusión

De los reportes histopatológicos revisados, que idealmente representan a los ingresos a quirófano por causa de abdomen agudo, se obtuvieron únicamente 18 casos, de los cuales 2 se descartaron por criterios de exclusión y 5 casos eliminados por no contar con el expediente físico para su revisión.

11 casos fueron analizados, cantidad que no cumple tamaño de muestra para establecer asociaciones, por lo que se recomienda tomar esto en cuenta al momento de interpretar los datos presentados.

Sin aparente diferencia en sexo, llama la atención que la mediana de edad se encuentra en 45 años siendo que las recomendaciones actuales, señalan tamizaje a partir de 50 años, en el contexto de abdomen agudo de origen desconocido, así como antecedentes familiares de primera línea^{14, 15}.

En cuanto a sintomatología la totalidad de pacientes presentó dolor abdominal, un evidente sesgo de selección pues fueron estudiados pacientes con abdomen agudo, los siguientes síntomas fueron náusea/vómito (82%), ausencia de evacuaciones e hiporexia (36%), lo que coincide con la revisión de J. R. Staniland y col., que en casi la mitad de los pacientes con enfermedad del tracto gastrointestinal inferior se quejaron de síntomas como náuseas/vómitos o anorexia¹². Debe hacerse notar que en la presente revisión el estreñimiento

estuvo presente solo en el 9% de los pacientes, a diferencia del estudio realizado Laurell H. y col., en donde encontraron una asociación entre estreñimiento, obstrucción intestinal y dolor abdominal inespecífico como diagnósticos preliminares en pacientes con neoplasia abdominal¹².

Un antecedente ya demostrado como factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias es el consumo de tabaco, presente en este caso en el 45% de pacientes, sin embargo, sin disponibilidad específica de paquetes/año para cada paciente.

Laurell h. y col., Orealizaron un estudio en donde se encontraron una baja incidencia de patología maligna del tubo digestivo asociado a abdomen agudo siendo la patología maligna del hígado, tracto biliar y páncreas los más frecuentes, y el cáncer colorrectal¹⁴, a diferencia de los hallazgos en presente estudio el más frecuente fue colon, ya sea en ciego, colon ascendente o sigmoides, con dos casos de carcinoma de vesícula. Se presentó un caso de mesotelioma peritoneal en un paciente en la quinta década de la vida sin antecedentes de importancia o exposición a biomasas, contrario a lo que se refiere en la literatura, tumor de difícil diagnóstico y básicamente se realiza por exclusión¹³.

Los pacientes fueron referidos a tercer nivel para continuar con estudios de extensión, se presentó defunción en 3 casos, 2 de ellos pacientes con edad

avanzada (80 años) y más de una semana de evolución de la sintomatología aguda.

En un entorno de segundo nivel de atención, es importante considerar una etiología oncológica como causa de abdomen agudo, por lo mismo es importante gestionar un adecuado interrogatorio, que tome en cuenta los antecedentes heredo familiares por neoplasia y personales patológicos que ya han sido estudiados como factores de riesgo para desarrollo de neoplasias, y las específicas de cáncer colorrectal.

A pesar de que las recomendaciones actuales se enfocan a pacientes mayores de 50 años, es importante evidenciar que pacientes aún jóvenes (29 años en esta serie de casos) pueden también presentar una enfermedad neoplásica, por lo que la posibilidad debe estar siempre presente dentro de los diagnósticos diferenciales.

El uso de tecnologías como estudios de imagen, generalmente tomografía computada, suele proporcionar información complementaria, y en ocasiones el diagnóstico de una tumoración, sin embargo, en el caso específico los hospitales de la Secretaria de Salud CDMX, no cuentan con dicho estudio o con médicos radiólogos en la totalidad de turnos.

El diagnóstico temprano o preoperatorio, tiene importancia debido a que puede modificar el manejo quirúrgico requerido, para que la cirugía además de su función terapéutica sirva como un adecuado estadiaje de la enfermedad para su tratamiento oncológico. Por lo que es importante recordar la importancia que un estudio transoperatorio tendría para la atención de estos pacientes.

La referencia oportuna y temprana es también necesaria en estos casos, pues la función terapéutica por parte de un hospital de segundo nivel termina con la resolución de la urgencia, inclusive, cabe considerar la referencia a tercer nivel previo al abordaje quirúrgico para contar con el beneficio de los estudios previamente mencionados. Situación posible únicamente con la consideración previa de la posibilidad diagnóstica hasta la alta sospecha diagnóstica, por lo que es importante la concienciación de esta etiología como plausible causa de abdomen agudo.

6. Conclusiones.

El diagnóstico histopatológico de cáncer en el contexto de abdomen agudo es bajo en nuestra unidad médica, con un cuadro clínico típico de abdomen agudo inflamatorio y sin datos relevantes para la sospecha de patología oncológica, por lo que se llevó a cabo el manejo quirúrgico obteniendo el diagnóstico definitivo con el reporte histopatológico. La población con diagnóstico oncológico fue de menor edad con respecto a lo referido en la literatura.

7. Recomendaciones

Esfuerzos deben ser realizados en la formación del personal de atención a la salud, para la educación sobre esta posibilidad etiológica, de modo que los recursos disponibles sean aprovechados al máximo, en virtud de que un diagnóstico temprano sea posible y facilite una referencia temprana a tercer nivel. Son necesarios estudios de imagen y transoperatorios para la toma de decisiones, es una prioridad su disponibilidad en nuestros centros de atención.

Por lo menos la mitad de los casos de esta revisión corresponden a edades menores a las reportadas en la literatura, por lo que infraestimar el diferencial de neoplasia en pacientes jóvenes representa un error.

Finalmente es importante que estudios posteriores sean realizados con respecto a este tema en el resto de nuestros centros de atención, a nivel institucional e interinstitucional, para contar con estadísticas propias de la población mexicana, para caracterizar de mejor forma la sintomatología presentada, factores de riesgo, factores protectores, tiempos adecuados de atención, manejos quirúrgicos adecuados y contar con seguimiento para evaluar la toma de decisiones de forma retrospectiva.

8. Referencias bibliográficas

1. Ayala, José y col. **Introducción, fisiopatología y clasificación del abdomen agudo**. En: Dr. Morales, editor. Tratado de cirugía general. Tercera edición. México: Editorial Manual Moderno; 2017. P. 975-980.
2. Annika Viniol, Christian Keunecke, et al. **Studies of the symptom abdominal pain—a systematic review and meta-analysis**, Family Practice, 2014, Vol. 31, No. 5, 517–529.
3. Neri-Jiménez U. **Neoplasias malignas del aparato digestivo en población derechohabiente del IMSS No. 11, Nuevo Laredo, Tamaulipas**. Rev Gastroenterol Mex, 2008, Vol. 73, Núm. 4, 197-202.
4. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [06 mayo 2019].
5. **Principales causas de morbilidad hospitalaria**. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. 2001-2011.
6. Kumar S, Khanna S, Roy A, Gupta SK. **An unusual cause of hemoperitoneum: case report with review of literature**. International Journal of Surgery Case Reports 12 (2015) 120–122.
7. Carlos Eduardo Costa Almeida, Luís Simões dos Reis, Carlos Manuel Costa Almeida. **Colonic metastases from small cell carcinoma of the lung presenting with an acute abdomen: A case report**. International Journal of Surgery Case Reports 9 (2015) 75–77.
8. Robin Germán Prieto, Germán David Carvajal², Jorge Hernán Santos, Daniel Upegui, Juliana Rendón. Causas inesperadas de abdomen agudo. Rev Colomb Cir. 2016;31:269-75.

9. C. M. Townsend Jr. Sabiston. Tratado De Cirugía. Ed. 19. España. S.A. Elsevier España; 2013. Pp. 1141-1159.
10. Laia Garrigos, Mar Iglesias, Josep Lloreta, Jaime Jimeno y Edurne Arriola. **Perforación intestinal secundaria a metástasis de neoplasia primaria de pulmón.** C I R E S P. 2010;87(4) : 252–264.
10. Goh B, Yeo A, Koong H, Ooi L, Wong W. **Laparotomy for Acute Complications of Gastrointestinal Metastases from Lung Cancer: Is it a Worthwhile or Futile Effort?**. Surg Today (2007) 37:370–374.
11. J. R. Staniland, Janet Ditchburn, M.D., And F. T. De Dombal, M.D. **Clinical presentation of diseases of the large bowel.** Gastroenterology 70:22-28, 1976.
12. Hur JA, Yoshida MC, Zepeda MR (2017) **Peritoneal Mesothelioma Presenting As Acute Abdominal Pain Secondary to Bowel Perforation.** Oncol Cancer Case Rep 2017, 3: 135.
13. Laurell H., Hansson LE, Gunnarsson U. **Why Do Surgeons Miss Malignancies in Patients with Acute Abdominal Pain?**. Anticancer Research 26: 3675-3678 (2006)
14. René Fahrner, Ulrich Güller . **Abdominalschmerzen ohne anatomisch - pathologisches Korrelat - wie weiter?**. Therapeutische Umschau (2011), 68, pp. 456-458