

Instituto Oncológico Nacional
"Dr. Juan Tanca Marengo"
Departamento de Cirugía

Experiencia en el
Instituto Oncológico Nacional
Dic. 1992-Marzo 1994

Drs. Sánchez Sabando Jaime*,
Plaza Cepeda Jaime*,
Jurado Bambino Antonio**,
Marengo Baquerizo Carlos***.

* Cirujano Oncólogos, ** Médico Residente,
*** Jefe del Departamento de CIRUGIA.

Urgencias Quirúrgicas Abdominales en Pacientes Oncológicos

Resumen

Se analiza la experiencia de 12 pacientes que teniendo un CANCER diagnóstico, consultaron por una COMPLICACION ABDOMINAL AGUDA; debida al tumor primario, a sus metástasis, y durante o después de su tratamiento quimioterápico, radioterápico o quirúrgico; realizándose una cirugía de EMERGENCIA.

Cuatro casos (33,3%) fueron del sexo masculino y 8 casos (66,4%), femenino; con una edad promedio de 47 años (rango de 11 a 74). Los síntomas y signos más frecuentes por lo que consultaron fueron: Dolor (100%), Distensión Abdominal (66%), vómito, Tumorción y anemia entre otros; con un tiempo de evolución entre 2 y 60 días. Los diagnósticos de la complicación, con ayuda de exámenes de laboratorio y estudios radiológicos y endoscópicos fueron: APENDICITIS AGUDA un caso, PERFORACION DUODENAL un caso, DEHISCENCIA DE SUTURA 1 caso, PERFORACION GASTRICA CON FISTULA COLONICA 1 caso, OBSTRUCCION DUODENAL 2 casos y seis casos de OBSTRUCCION INTESTINAL MALIGNA.

Las Neoplasias asociadas fueron: Carcinoma de Cérvix uterino 6 casos, Cáncer de Recto 2 casos, Cáncer de Colón 1 caso, Cáncer Gástrico 1 caso, Leucemia Linfoblástica aguda un caso, y Liposarcoma Retroperitoneal Mixto un caso.

La evolución hasta el alta hospitalaria fue de 5 casos vivos (41,7%) en un promedio de 16,6 días (rango 1 a 30 d.), y fallecieron 7 casos (58,3%) en un tiempo de 19,4 días (1 a 60 d.). Se estudia la Técnica quirúrgica realizada en cada caso, y la controversia de la decisión quirúrgica y el diagnóstico oportuno importante en el pronóstico. Se pone en discusión cuatro casos característicos considerados de interés para agrupar y diferenciar las complicaciones.

Summary

Acute abdomen was diagnosed in 12 patients, 4 male and 8 female age 47, range 11 - 74; with previous malignancies, due to methastasis or the primary tumor. During or after its radio-chemio or surgical treatment.

Symptoms were: Pain, abdominal distention, vomiting and the prescence of anemia, and had a duration between 2 - 60 days.

At surgery diagnosis were: Acute Apendicitis, 1 case; Duodenal perforation 1 case; Suture Dehiscence 1 case, Gastric perforation with colonic fistula, 1 case; Duodenal Obstruction, 2 cases; Malignant Intestinal Obstruction, 6 cases.

The primary neoplasma were: Cervical carcinoma, Rectal and colon cancer. gastric carcinoma, acute linfoblastic leukemia and mixed retroperitoneal liposarcoma. Outcome and duration of hospital course was 5 cases alive with 16,6 days of hospitalization, 7 die with an average of 19,4 days.

Surgical techniques, complications, decision dilemma and the readiness of the prompt diagnosis, are discussed, and four typical cases are described.



Introducción

El paciente con cáncer es susceptible de desarrollar un conjunto de complicaciones, como lo son los Cuadros Abdominales Agudos; algunos producidos por el tumor primario, o sus metástasis, otros durante o después de Quimioterapia o Radioterapia, y en ocasiones intra o postoperatoria. (1). Por lo que será importante en la valoración quirúrgica un buen Historial Clínico de sus antecedentes neoplásicos, quirúrgicos, terapéuticos, incluyendo drogas y dosis.

La sintomatología clásica de Dolor Abdominal, distensión, cambio del hábito intestinal y tumoración se ven enmascaradas por la cronicidad del cuadro, la utilización de analgésicos y opiáceos, drogas antitumorales o los efectos secundarios de los mismos; que confunden al paciente y conllevan a la demora de la consulta.

La primera decisión que hay que tomar en el tratamiento de los problemas abdominales es si la Intervención quirúrgica es necesaria o no. (2). La agudeza del problema indicará el momento de la decisión, es necesario para la ayuda, de un buen examen físico general, con mayor atención en abdomen y pélvis incluyendo citología y punción si el caso lo permite; en busca de una tumoración o metástasis. Mientras se investiga con pruebas de laboratorio, marcadores tumorales y radiografías simple de abdomen en dos posiciones, se trata de resolver el cuadro con medidas de soporte hidroelectrolíticas y descompresión con sonda nasogástrica y cobertura antibioticoterápica.

La naturaleza exacta del problema no siempre se encuentra, por lo que se recurre a la Laparotomía Exploradora, la técnica quirúrgica debe valorarse si beneficiará al paciente, ya que en ocasiones puede ser causa de más problemas (3). lo que hace más cuestionable la situación, por lo que a veces se realiza una cirugía derivativa o Colostomía.

En nuestra serie se analiza la experiencia de 12 casos Intervenido Quirúrgicamente por una COMPLICACION ABDOMINAL, y que se diagnosticaron con estudio Histopatológico, la presencia de una Neoplasia. Se descartaron las Urgencias Ginecológicas, Urológicas y cuadros de estenosis duodenal y patologías biliar por su larga evolución o que formaron parte de la sintomatología del Cáncer.

Se agrupan las complicaciones en Obstructivas, Perforación, Hemorrágicas y Procesos Infecciosos-Inflamatorios (4)., de lo que se expone un caso representativo.

Materiales y Métodos

Se realiza un estudio estadístico de 12 pacientes que fueron Intervenido Quirúrgicamente como Emergencias por presentar una Complicación Abdominal, y diagnosticados con un cáncer antes o después de la cirugía y producidas por el tumor primario, sus metástasis, o durante y después de un tratamiento antineoplásico. Se los clasificó según la edad, sexo, motivo de consulta, tiempo de evolución de los síntomas, diagnóstico bioquímico y radiológico; la complicación presentada, la Neoplasia asociada, la Técnica Quirúrgica realizada; y la evolución de los mismos. Se analiza también la historia de cuatro casos como estudio comparativo y de discusión, realizando una breve revisión bibliográfica y obteniendo resultados porcentuales por regla de tres simple.

Resultados

Entre Diciembre de 1992 y Marzo de 1994, en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. JUAN TANCA MARENGO": SOLCA de Guayaquil, se realizaron aproximadamente 20 Cirugías consideradas de Urgencias por Cuadros Abdominales Agudos en pacientes que se sospechó portador de una Neoplasia. Pero en 8 casos no se pudo comprobar la misma, porque el estudio Histopatológico fue negativo, o las condiciones generales del paciente no lo permitieron falleciendo sin diagnóstico oncológico. Son los casos de un Absceso Pancreático, Perforación de Colón Transverso por una Colitis inflamatoria estenosante de Colón ascendente, Ruptura de Quiste ovárico, Perforación de Úlcera gástrica, Diverticulitis sigmoidea perforada, dos casos de pelviperitonitis con plastrón de Útero anexos y sigmoideo y un caso de Obstrucción intestinal con tumor peritoneal y de asas intestinales al que no se le pudo realizar biopsia. Pero son de importancia por el diagnóstico diferencial con los cuadros quirúrgicos abdominales malignos.

De los 12 pacientes escogidos, 4(33,3%), fueron del sexo masculino y 8(66,6%), del sexo femenino; con una edad promedio de 47 años (rango de 11 a 74 a.).

Los signos y síntomas más frecuentes por lo que consultaron se ven en la Tabla N° 1, siendo el Dolor (100%), Distensión abdominal (66%), Vómito y la presencia de una Masa palpable los de mayor incidencia. El tiempo de evolución de los síntomas hasta el ingreso a la emergencia fue en promedio de 15 días (rango de 2 a 60 d.), siendo muy poco las consultas menor a 48 horas(16,7%), de 3 a 7 días el 25%, y mayor a 7 días el 58,3%.



Tabla N° 1
MOTIVO DE CONSULTA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS CON UNA URGENCIA
QUIRURGICA ABDOMINAL (% 12 CASOS)

Signo o Síntoma:	%
- Dolor	100
- Distensión Abdominal	66,6
- Vómito	50,0
- Tumor	33,3
- Anemia	33,3
- Fiebre	25,0
- Melenas	25,0
- Estreñimiento	8,3
- Retención Urinaria	8,3

La ayuda diagnóstica se estableció con exámenes de laboratorios básicos, llamando la atención que los leucocitos en sangre sólo se aumentaron en el 50%, el 25% se encontraron normales y otros 25% con leucopenia. El resultado del Hematócrito fue menor a

30% en 4 casos, es decir ameritaron transfusión de sangre o glóbulos rojos; con anemia moderada se registraron 7 casos y normal 1 caso.

La fosfata alcalina sólo se encontró aumentada en el 25%. En cuatro casos se registró Insuficiencia Renal, y desequilibrio hidroelectrolítico, dos casos con hiperglicemia. Fue de valiosa ayuda los métodos radiológicos; ocupando la Radiografía Simple de Abdomen en posición decúbito y bipedestación el más utilizado, con resultados patológicos en el 75%, La TAC. Abdominopélvica se realizó en 3 casos con resultados patológicos, en busca de metástasis, tumoración o signos obstructivos. La Endoscopia digestiva alta ayudó en el diagnóstico en dos casos. La serie del TEGI. fue de ayuda en dos casos para confirmar los resultados de la radiografía de abdomen, valoración de la bondad de anastomosis entéricas en pacientes ya operados, y descartó obstrucción duodenal. Se ven otros exámenes radiológicos en la Tabla N° 2 y ejemplos de los signos radiológicos más característicos en la FIGURAS I, II y III.

Tabla N° 2
METODOS RADIOLOGICOS UTILIZADOS EN EL DIAGNOSTICO DE LAS
COMPLICACIONES ABDOMINALES EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Método	Resultados (%)		
	Normal	Patológicos	No Realizados
- RX SIMPLE DE ABD	-	75%	25%
- RX TORAX	50%	8,3	41,7
- TAC. ABD-PELV.	-	25,0	75
- ECOSONOGRAFIA	-	25,0	75
- TEGI	-	16,7	83,3
- ENDOSCOPIA DIG. ALTA	-	16,7	83,3

En cuanto a las Complicaciones Abdominales o diagnóstico de las Emergencias; la más frecuente fue la OBSTRUCCION INTESTINAL, con 8 casos (66,6%), dos de los cuales fueron por obstrucción Duodenal, y tres casos acompañados de Ileo Obstructivo. Se reportó un caso de Perforación Gástrica en un Adenocarcinoma Infiltrante de Estómago, un caso de Dehiscencia de Sutura en anastomosis Colo-Rectal cuarenta y ocho horas después de una resección de un tumor Rectosigmoideo.

Un caso de Apendicitis Aguda durante el tratamiento Quimioterápico de una Leucemia Linfoblástica Aguda, Un caso de Perforación Duodenal secundaria a metástasis de carcinoma de cérvix, y Un caso de Perforación Gástrica Tab. N° 3.

Tabla N° 3
INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES
ABDOMINALES AGUDAS EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS: SOLCA

	No.	%
- OBSTRUCCION INTESTINAL	6	50.0%
- OBSTRUCCION DUODENAL	2	16,7
- PERFORACION DUODENAL	1	8,3
- DEHISCENCIA DE SUTURA	1	8,3
- PERFORACION GASTRICA Y FISTULA COLONICA	1	8,3
- APENDICITIS AGUDA	1	8,3
	12 casos	100%



FIG. I.: T.E.G.I.: Se observa marcada distensión gástrica, con niveles hidroaéreos. Obstrucción en Duodeno II. Femenina de 42 años con Dx. de Carcinoma Epidermoide de cérvix uterino infiltrante que recibió Quimioterapia (GOL.) y radioterapia (6.200 Rads Co60).

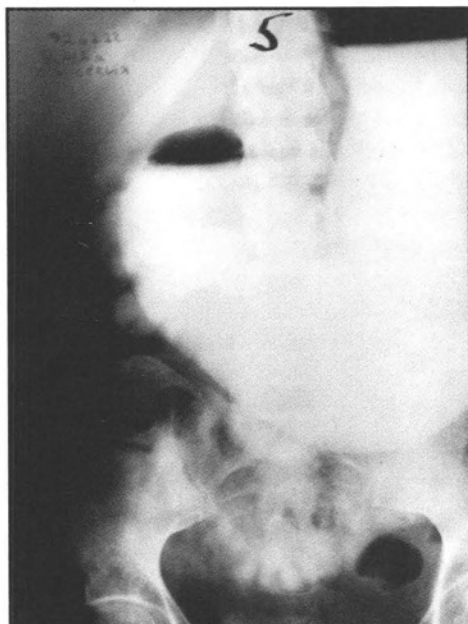
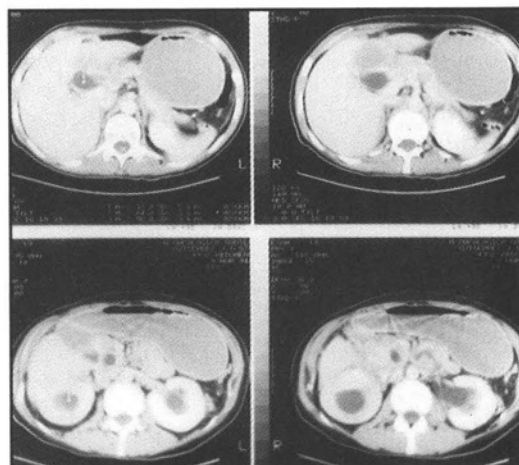


FIG. II. TAC. de Abdomen de la misma paciente. Se observa dilatación del Estómago y Duodeno, dilatación de vías biliares. Formación de tejido blando en saco menor, Hidronefrosis bilateral y ganglios retroperitoneales.



En las TABLA N° 4, se observa una correlación entre las Neoplasias asociadas y la complicación abdominal presentada; ocupando el Cáncer de Cérvix uterino el primer lugar, con 6 casos (50%), de los cuales 5 casos fueron irradiados previamente y un caso

debutó por tumoración rectal, otro con perforación duodenal por metástasis, los demás con obstrucción intestinal. Dos de esos casos fueron reintervenidos por recurrencia de la obstrucción y una fistula colónica cutánea.

Tabla N° 4

URGENCIAS QUIRURGICAS ABDOMINALES EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CERVIX UT. CORRELACION EDAD, T. EVOLUCION, SOBREVIDA, TRATAMIENTO PREVIO (6 CASOS)

C.A. Epidermoide	Complicación	Edad años	T.EV. SINT.días	Sobrevida
- Recidivante Irradiado	Perforación duodenal Metastásis	43	6 días	23 d. viva
- Sin tratamiento	Obstrucción Intestinal y T. rectal	74	30	48h. muerte
- Irradiado	Obstrucción Duodenal	52	10	60 d. muerte
	*Obst. Ileo-Colónica		60	
- Cirugía+Radiot.	Obstrucción Int.	40	15	24h. muerte
- Cirugía+Radiot.	Obstrucción Int.	38	6	20d. viva
	* Fístula Colónica		6 meses	
- Quimio + Radiot.	Obstrucción Duodenal	42	10	9 d. muerte.

T. EV.SINT: (Tiempo de evolución de los síntomas)

* Casos que recidivó la emergencia y fueron reintervenidos

El cáncer de Recto se encontró en dos casos, un caso produciendo obstrucción por el tumor primario, y otro posterior al tratamiento quirúrgico se produjo dehiscencia de sutura. El cáncer de colon se encontró en un caso recidivante 2 años después de su primer tratamiento quirúrgico en un primario de colon ascendente, encontrándose en la Laparotomía de emergen-

cia, distensión colónica y de asas yeyunales por múltiples implantes metastásicos.. TABLA Nº 5.

Se observa un caso de Obstrucción intestinal maligna secundaria a un Liposarcoma Retroperitoneal mixto, recidivante al tratamiento quirúrgico, de quimioterapia y radioterapia.

Tabla Nº 5
URGENCIAS ABDOMINALES QUIRÚRGICAS SEGUN EL CANCER ASOCIADO, EDAD, TRATAMIENTO PREVIO, TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA Y SOBREVIDA: SOLCA

Cáncer	Complicación	Edad años	T.evo. Sint.	Sobrevida**
- C.A. RECTO	Obstrucción Intestinal	44	21 d.	5 d. vivo
- C.A.RECTO OPERADO	Dehiscencia sutura en anastomosis	30	48 h.	60 d. muerte
	*Peritonitis Plástica dehisc. de pared		14 h.	
	*Perforación Duodenal		6 d.	
	*Perforación Yeyuno		15 d.	
- C.A. COLON OPERADO	Obstrucción INT.	68	15 d.	3 d. muerte
- C.A. GASTRICO	Perforación Gast.	60	60 d.	30 d. vivo
- LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA CON QUIMIOTERAPIA.	Apendicitis Aguda	11	48 h.	5 d. vivo
- LIPOSARCOMA RETRO-PERITONEAL MIXTO C.+Q.+R. con Recidiva	Obstrucción Int.	65	7 d.	24 h. muerte

T. evo. Sint. (Tiempo de evolución de los síntomas)

**Recurrencias que necesitaron nueva reintervención*

***Evolución Postoperatoria hasta el alta hospitalaria.*

Las Técnicas Quirúrgicas utilizadas, dependió de los hallazgos encontrados en la laparotomía Exploradora, el Cáncer asociado y las condiciones generales del paciente. (TAB. Nº 6). La Laparotomía Exploradora se realizó en 10 casos tanto para establecer el diagnóstico y la extensión de la Neoplasia, como para corregir las complicaciones, con resecciones totales, parciales, Bypass; o simples Colostomías. En la Tabla Nº 7 se realiza una comparación con los estudios de LAU y LORENTZ. (5). sobre el resultado de cirugías en Obstrucción Intestinal maligna en cáncer colorrectal avanzado, irresecable o recurrente. En nuestros pacientes con Obstrucción Intestinal, todas fueron por causas

malignas, las Colostomías se realizaron en 3 casos, Cirugías derivativas se realizaron en 3 casos, y Resecciones con combinación de anastomosis y colostomías en dos casos. Tres pacientes fueron Reintervenidos luego del tratamiento de la urgencia. Un caso por peritonitis Plástica y perforación duodenal 14 días posterior a la primera cirugía por un C.A. de RECTO. Otro por persistir estreñimiento y fistula colónica - cutánea, 30 días después, se le realizó colostomía y otro caso 70 días después por recurrencia de la obstrucción intestinal metastásica, a la que se le realizó Cecostomía.



Tabla N° 6

**RELACION TECNICA QUIRURGICA/HALLAZGOS DE LA LAP. EXPLORADORA
EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL MALIGNA: SOLCA (8 CASOS)**

Laparotomia Exploradora	Técnica quirúrgica
- Hernia Umbilical encarcerada Ascitis Distensión de asas intestinales, carcinomatosis peritoneal generalizada por tumor de cérvix y recto.	COLOSTOMIA IZQ. HERNIORRAFIA
- Tumor metastásico retroperitoneal con obstrucción duodenal por primario de cérvix.	GASTROENTEROANASTOMOSIS
- Masa Retroperitoneal con obstrucción de sigmoideo y recto por primario de cérvix u.	TRANSVERSOSTOMIAS
- Distensión yeyunal por obstrucción de Ileo terminal y ciego, con tumor retroperitoneal y ascitis (Cérvix).	YEYUNOTRANSVERSO ANASTOMOSIS
- Obstrucción duodenal con distensión gástrica con tumor retroperitoneal por primario de cérvix.	GASTROENTEROANASTOMOSIS
- Distensión colónica por múltiples implantes metastásicos en asas yeyunales por C.A. colon recidivante	RESECCION SEGMENTARIA YEYUNO DISTAL COLON TRANSVERSO HASTA PARTE MEDIA CON YEYUNO TRANSVERSO ANASTOMOSIS POR TELESCOPAJE Y TRANSVERSOSTOMIA DISTAL.
- Múltiples estenosis de yeyuno por tumor metastásico de un Liposarcoma Retroperitoneal recidivante	RESECCION DE YEYUNO, ILEO Y TRANSVERSO, CON YEYUNO TRANSVERSO ANASTOMOSIS T-TERMINAL Y ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL.
- Distensión colónica y asas int. por C.A. recto	COLOSTOMIA IZQ.

Tabla N° 7

**TECNICAS QUIRURGICAS EN PACIENTES
CON OBSTRUCCION INTESTINAL MALIGNAS**

SOLCA (8 casos) Guayaquil	DEP. DE CIRUGIA University of(5). Hong Kong at. Queen Mary Hospital		
	N°.	(30 casos)	N°.
- COLOSTOMIAS	3	COLOSTOMY	4
- BYPASS SIMPLE	3	BYPASS SIMPLE	11
		DOUBLE	2
		TRIPLE	1
- RESECCION AMPLIA Y BYPASS DOBLE	1	RESECCION	4
- COMBINACION RESECCION BYPASS Y TRANSVERSOSTOMIA	1	COMBINATION OPEN AND CLOSE	5
			3

En cuanto a la evolución y el Pronóstico intrahospitalario, y luego ambulatorio el 58,3% (7 casos), fallecieron en el postoperatorio con un tiempo promedio de vida de 19,4 días (rango de 1 a 60 d.), 5 casos (41,7%) sobrevivieron en un tiempo de 16,6 días (rango de 5 a 23 días) saliendo de alta en regulares condiciones generales; de los cuales 2 casos fueron seguidos por el departamento de quimioterapia y Clínica del dolor en un tiempo de 27 meses, otro caso falleció un mes después de recibir un ciclo de Quimioterapia para C.A. gástrico; otro caso se encuentra recibiendo tercera fase de quimioterapia y radioterapia para una L.L.A., Un caso fue considerado fuera de recurso terapéutico con tratamiento sintomático, falleciendo tres meses después. y el caso de cáncer de recto al que se le realizó solo colostomía pero por detectarse metástasis ganglionar y retro peritoneo por seguimiento de TAC. en dos meses; está programado para quimioterapia.

Discusión y Reportes de Casos

Dentro de las Emergencias Oncológicas, las URGENCIAS QUIRURGICAS ABDOMINALES ocupan un lugar importante por la morbi-mortalidad asociada tanto por las complicaciones, como por el cáncer asociado. Pueden agruparse de manera general en cuatro grupos: -1 POR OBSTRUCCION, -2. PERFORACION, -3. HEMORRAGIAS, y -4. POR INFECCION Y PROCESOS INFLAMATORIOS. (1,6). Se pueden producir por el comportamiento tumoral y en ocasiones en forma aislada por causas benignas o por la susceptibilidad del paciente y su estado de inmunodeficiencia.

La sintomatología puede ser característica en cuanto al dolor abdominal, distensión, anorexia, ruidos intestinales alterados, o la presencia del tumor, pero en la mayoría de los casos, se ven enmascarados por la medicación recibida antes de las consultas con analgésicos, esteroides, o la cronicidad y adaptación a los mismos. (7).

Es importante investigar si la náusea, el vómito, diarrea, estreñimiento; son producidos por el tratamiento antitumoral o por signos obstructivos. La fiebre no siempre está presente, no es reflejo en ocasiones de infección, ni se relaciona con la fórmula leucocitaria. TURNALL ADM. y STARNES HF. en un estudio de 310 pacientes con cáncer y complicaciones gastroin-

testinales; reportan que la Obstrucción ocupó el primer lugar con 89 casos (29%), seguida de Hemorragias 28%, Perforación 21%, Infección 15% y otras causas el 7% (8).

Se necesita además de los exámenes habituales de laboratorio, y enzimas séricas; otros exámenes como la determinación de marcadores tumorales. C.E.A., CA-125, PSA., entre otros, ya que las pruebas básicas se ven alteradas en los procesos neoplásicos, y sirven para los seguimientos posteriores. La ayuda de los métodos radiológicos es indiscutible, siendo de primera importancia la radiografía Simple de Abdómen. Es frecuente la tardanza de los pacientes a las consultas, y se reporta que en un 80% la evolución de los síntomas es mayor a 30 días, resultado similar a nuestra serie (90).

Caso # 1

Paciente masculino de 11 años de edad, en tratamiento de una Leucemia Linfoblástica Aguda tipo L1 según clasificación FAB. con protocolo B.F.M. recibiendo varios ciclos de Citarabina 70 mg., Adriamicina 30 mg., Vincristina 1,8 mg. y meticorten 75 mg.; en su tercera fase con Metrotexate, Purinectol; presenta dolor abdominal difuso de moderada intensidad, vómito y mareo por una ocasión, de 48 h. de evolución. Al examen físico se encontró ligera palidez, temperatura corporal de 37,5° y dolor acentuado en fosa Iliaca derecha a la palpación y reacción peritoneal moderada pero en aumento. Exámenes de laboratorio revelaron Hematócrito 28%, Leucocitos en sangre periférica 4.200 Xmm³. con segmentados 63, linfocitos 36 y monocitos 0,1. Con estos parámetros y previa cobertura antibioticoterápica y transfusión de glóbulos rojos concentrados (15 ml./kg./peso), se le realizó Apendicectomía con Técnica de Mc.Burnny., encontrándose una apendicitis aguda tipo flegmonosa confirmada con el estudio histopatológico. La evolución fue favorable asintomático hasta el alta quirúrgica a los 5 días. Continuó su tercera fase de Quimioterapia BFM. y luego radioterapia 2000 Rads. con un seguimiento en buenas condiciones hasta los cuatro meses vivo.

DISCUSION CASO 1

Las lesiones Inlamatorias-Infecciosas, causantes de enfermedad abdominal aguda pueden ser no perforativas, pero en ocasiones progresan a la perforación y se presentan en todo el tubo digestivo y sus accesorios. La



incidencia de APENDICITIS en pacientes con Leucemia está entre el 2% y 4% (10)., generalmente en niños y adolescentes, la sospecha se basa en el Dolor en cuadrante inferior derecho del abdomen, pero junto con otros síntomas, se ven enmascarados por la terapia recibida, los esteroides, antineoplásicos, etc.; llevando a una evolución silente a peritonitis y mortalidad. (11)., aunque se reporta que en el 80% hay reacción peritoneal, y cuando esta se detecta, la cirugía es de urgencia.

El diagnóstico diferencial se da con la Enterocolitis Neutropénica, Tifoidea o reacción medicamentosa, y aunque la TAC. y Ecosonografía son de ayuda; el diagnóstico se ve en el acto operatorio, siendo la mortalidad en pacientes operados antes de la perforación de un 8%, comparada con el 90% - 100% de los pacientes Inmunodeprimidos que desarrollan perforación y no son operados. (12).

El tratamiento es la APENDICECTOMIA, y dependiendo de que si existe absceso o perforación se realizará un drenaje o resecciones Ileo-Cecal. Es frecuente también una diferenciación con diverticulitis, Enterocolitis Pseudomembranosa y formas de presentación con otras neoplasias en pacientes adultos.

MURGUIA E. y QUIROGA D., describen un caso de Seminoma Intrabdominal con Pedículo torcido como causa de Abdomen agudo en un hombre de 24 años que consultó por dolor abdominal en Fosa Iliaca derecha de 24 h. de evolución, con reacción peritoneal, y que había sido intervenido por un diagnóstico de Apendicitis Aguda., al que se le realizó Orquidectomía y apendicectomía. (13).

Caso # 2

Paciente femenina de 52 años, portadora de un CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE DE CERVIX UTERINO, que recibió Radioterapia 6.300 cgy. sobre cuello uterino y 4.300 cgy. en espacios glanglionares; tres meses posterior a este tratamiento consulta a la Emergencia por vómito, náusea y Dolor abdominal superior; de 10 días de evolución, por lo que se le realizó una radiografía simple de abdomen que reveló estrechez del Duodeno y confirmada con un TEGI. Dado que no mejoró con medidas de soporte fue sometida a una Laparotomía Exploradora, en la que se encontró obstrucción duodenal por tumoración metastásica de gran volumen a nivel de retroperitoneo con

infiltración duodenal; por lo que se le realizó una GASTROENTERO-ANASTOMOSIS a 40 cms. del asa fija, latero-lateral con el cuerpo gástrico y dada de alta 10 días después con aparente mejoría.

Dos meses después, reingresa por presentar náusea, vómito, distensión abdominal, dolor y estreñimiento de 72 horas de evolución. El examen físico reveló gran distensión en hemiabdomen inferior, con ruidos intestinales disminuidos. Se intentó medidas de soporte hidroelectrolíticas, sonda nasogástrica y rectal con antibioticoterapia, sin obtener resultados. Una radiografía Simple de Abdomen en dos posiciones reveló gran dilatación de Colón a predominio de Ciego, intestino delegado, niveles hidroaéreos e imagen sugestiva de volvulo. **FIGURA N° 3**

Una serie TEGI. con material hidrosoluble, confirmó los signos de obstrucción intestinal. **FIGURA N° 4.** Fue sometida nuevamente a una Laparotomía con intención de realizar colostomía encontrándose obstrucción de aspecto tumoral en Ileo, colon ascendente y parte del transversal, con distensión de asas intestinales y Ciego, carcinomatosis peritoneal generalizada y ascitis; por lo que se le realizó CECOSTOMIA, colocando una sonda tipo Petzer N°. 34 **FIG. No. 5** Dos meses después falleció.

FIGURA No. 3 Radiografía Simple de Abdomen (De pie), tomada al ingreso; observándose gran distensión de Ciego, y asas intestinales, con signos obstructivos y niveles hidroaéreos.

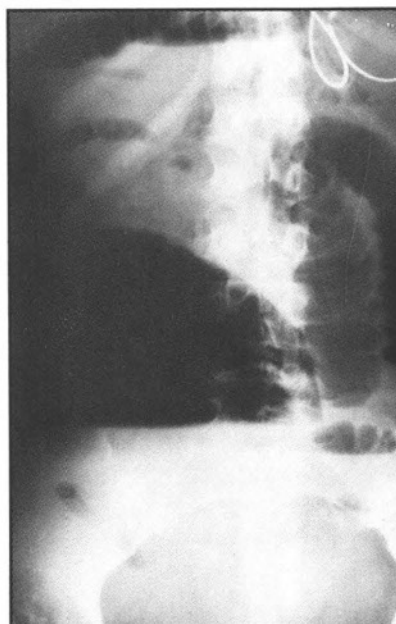


FIGURA No. 4 TEGI. con material hidrosoluble (Toma a los 30'). Confirma la Obstrucción intestinal.

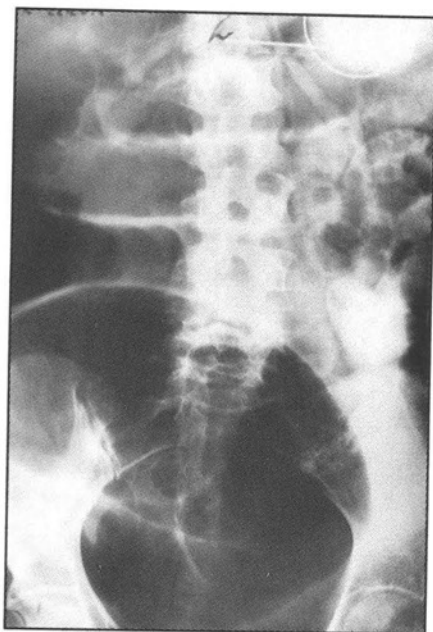


FIG. No. 5 CECOSTOMIA, momento en que se coloca una Sonda de Pezer. Nótese la gran distensión de intestino delgado y ciego.

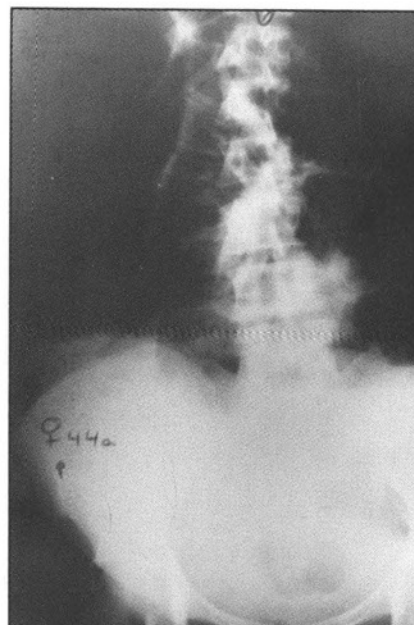


Caso N° 3

Paciente femenina de 44 años de edad. Consulta al Instituto por Dolor Abdominal acentuado en hipogastrio e irradiado a pelvis, con distensión abdominal progresiva; de 3 semanas de evolución. Al examen físico se constata distensión abdominal dolorosa, con timpanismo, abolición de ruidos intestinales, y al tacto Rectal se detectó una tumoración dura a 5 cms. del

margen anal, con características infiltrativas. Una radiografía Simple de abdomen en decúbito dorsal y bipedestación, reveló notable distensión de intestino grueso y delgado, con niveles hidroaéreos, con presencia de aire en ampolla rectal pero con signos obstructivos. Se intentó tratamiento conservador por 72 h. mientras se investigaba; luego de lo cual fue sometida a una COLOSTOMIA izquierda en asa, con alta hospitalaria a los 5 días en buenas condiciones generales. Fue seguida por el departamento de Gastro-enterología en el que se le realizó biopsia de la lesión con resultado histopatológico de ADENOCARCINOMA TUBULO-PAPILAR BIEN DIFERENCIADO DE RECTO. Fue programada para tratamiento con Radioterapia, pero en un seguimiento tomográfico Abdomino-pélvico reveló la presencia de imágenes hipodensas en parénquima hepático, adenopatías retroperitoneales, en hueco pélvico y región inguinal izquierda que desplaza las estructuras vasculares y órganos vecinos; con engrosamiento de paredes del recto y pérdida de los planos de clivaje con impresión diagnóstica de Cáncer de Recto Metastásico. Con estos parámetros esta programada para recibir Quimioterapia (Fluoracilo - Leucovorina), encontrándose hasta los 45 días de seguimiento en condiciones generales estables. FIG. N° 6.

FG. N° 6: Radiografía Simple de Abdomen (De pie), se evidencia gran distensión de colon e intestino delgado, con niveles hidroaéreos y signos de obstrucción intestinal.



Discusión del Caso 2 y 3

La Obstrucción Intestinal es observada más comunmente en neoplasias intra abdominales avanzadas, como son los cánceres de ovario, gástricos y de colon. Otros como los de Mama, Pulmón y melanomas, pueden metastatizar abdómen y ser causas de cuadros agudos. (14). La Carcinomatosis Peritoneal generalizada, en algunos de ellos; se asocia a obstrucción multifocal. BOHRER FA. y cols., describen un caso de Obstrucción aguda de intestino delgado causado por una lesión metastásica de un Melanoma Maligno Cutáneo (15)., produciendo una Invaginación Intestinal Ileo-Iliacal.

Las Neoplasias del Cuello Uterino y de Recto, fueron las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en nuestra serie, secundarias en la mayoría, al tratamiento recibido y sus metástasis.

En la serie de LAU Y LORENTZ (5)., el 33% de obstrucción se encontró en el intestino delgado, el 13% se limitó al colon y en el 37% fue multifocal, asociada a carcinomatosis en 3 casos. Nosotros encontramos evidencia de metástasis en el 58,3% de los casos, asociada en 3 de ellos con carcinomatosis peritoneal y ascitis.

En el 25% a 38% de obstrucción intestinal en pacientes neoplásicos; las causas no son recurrencias o metástasis, siendo otros procesos benignos y aislados los causantes. KETCHMAN et al (16)., reporta un 18% de causas benignas. No encontramos ninguna causa que no se asociara al cáncer como hernias, adherencias, etc. que las consideramos de mejor pronóstico. La radioterapia causante de Radioenteritis. (17) y la Quimioterapia estan descritas entre otras causas. Los Linfomas y Sarcomas son frecuentemente encontrados en la Laparotomía.

MURACO CA. y cols. describen un caso de Abdomen Agudo por una intususcepción Ileo cecal, con una masa en Ileo terminal; con resultado histopatológico y estudio inmunohistoquímico de Linfoma tipo T primario de Ileo. (18).

El 10% al 30% de los pacientes, puede mejorarse con tratamiento médico de reposición hidroelectrolítica, transfusión, sondas nasogástricas y seguimientos con RX pero 40% de ellos eventualmente terminan en cirugía. (19). Cuando el paciente se presenta con Shock, ascitis, y una masa abdominal; la mortalidad va del 60%-70% con máximo de sobrevida de 30

días. (20)., es preferible en las mayorías de los casos, un tratamiento quirúrgico inmediato; con técnicas quirúrgicas según la extensión del cuadro. Si no se alcanza a la preparación del colon, no se deben intentar una resección de la lesión obstructiva, una Colostomía será más seguro, o Ileostomía. En los tumores de flexura esplénica y del colon descendente, las posibilidades van desde la colectomía subtotal hasta una colostomía simple.

Las neoplasias rectales obstructivas son generalmente avanzadas, es preferible colostomía, antes de pasar al tratamiento con radioterapia. Las cirugías derivativas con Bypass fueron mejor utilizadas en las series de LAU. (5) con resultados similares a los nuestros TAB. No. 7. Están descritas también, técnicas de cirugías descompresivas con Gastrostomías y Yeyunostomías, o Gastrostomías endoscópicas percutánea (21).

Son muy frecuentes las recurrencias, 47% de nuestros casos fueron reintervenidos (4/8 casos). CLARKE (22)., encontró 27% de recurrencias con mortalidad de 14% y sobrevida de 5,7 meses, comparados con los estudios de Butler (23)., con 32% de recurrencias, mortalidad de 22% y sobrevida de 4,9 meses, pero en las causas obstructivas malignas. La mortalidad de nuestros casos fue mayor debido a que todos consultaron por causas malignas y tiempo de evolución de los síntomas de más de 10 días.

Caso Nº 4

Paciente femenina de 43 años de edad, portadora de un Carcinoma Epidermoide de Cérvix Uterino Infiltrante; que recibió radioterapia hasta 6400 cgy. y por una nueva actividad tumoral recibió quimioterapia. 18 meses posterior a este tratamiento; consultó por dolor abdominal en epigastrio, con melena de 6 días de evolución; por lo que se le realizó una Radiografía simple de abdómen que reveló distensión de asas intestinales con aire en ángulo esplénico, y una Endoscopia digestiva alta que detectó esofagitis moderada, con dos úlceras en el bulbo duodenal. Dadas las condiciones críticas de la paciente, se sometió a una Laparatomía exploradora, encontrándose una Peritonitis plástica, con gran cantidad de líquido en cavidad abdominal, se observó una úlcera perforada a nivel de la primera porción del duodeno, realizándose una debridación y sutura de la lesión en dos planos, con muestra de la misma para estudio patológico el cual reveló un



CARCINOMA INDIFERENCIADO INFILTRANTE A LAS CAPAS MUSCULAR Y SEROSA DEL DUODENO, metastásico de cérvix, con células malignas positivas en líquido de cavidad. Fue dada de alta postoperatoria en condiciones generales regulares; y seguida con tratamiento sintomático falleciendo tres meses después.

Discusión Caso 4

Las hemorragias gastrointestinales en pacientes con cáncer son producidas en el 12% - 17% por el tumor, las más frecuentes son por patologías adyacentes, concomitantes o efectos de la terapia; como son por gastritis (32%-48%), Úlcera péptica (22%-27%), várices esofágicas, Síndrome de Mallory-Weiss, esofagitis. (24-25). Los Linfomas Gastrointestinales producen hemorragia a nivel tumoral, y el sangrado forma parte de la sintomatología en el 15% al 28%. FLEMING et al. (26)., reporta que la quimioterapia en linfomas irresecables, se asocia a un sangrado en el 27%, pero en un 75% de ellas requieren cirugía de urgencia. La perforación intestinal puede cursar con hemorragia y no siempre está relacionada con el tumor, y también puede seguir a la quimioterapia y radioterapia, o por necrosis tumoral en metástasis a distancia. Aunque no reportamos casos de hemorragias agudas que necesitaron una cirugía urgente, las perforaciones de nuestros casos, se acompañó de sangrado moderado, por causa de un cáncer gástrico, en un caso que se presentó como síntoma inicial, y en otro caso en la tumoración metastásica de duodeno, siendo una forma rara de presentación. La sintomatología mas llamativa de dolor abdominal severo, con rigidez y en ocasiones ruidos intestinales ausentes con distensión de asas distales a la perforación; pueden estar alterados por el uso de medicación antitumoral o corticoides. Los métodos de diagnósticos van desde los exámenes de laboratorios básicos, radiografías de abdomen, y endoscopia; pero la Laparotomía muchas veces da el diagnóstico y el tratamiento inmediato; en este sentido se pueden realizar resecciones y anastomosis, ileostomías y simples bypass. Se puede realizar una biopsia por congelación, como en los casos de perforación gástrica pero en la mayoría la decisión es inmediata, debido al edema e inflamación local, con peritonitis y exudado fibrino-purulento que hace difícil localizar la perforación; e inclusive confundir al patólogo; por lo que preferimos una gastrectomía total o subtotal, con anastomosis yeyuno-yeyuno anastomosis tipo Braum o

en Y de Roux, con resección de epiploon; si el caso lo permite. Las perforaciones de intestino delgado son menos frecuente, y son resultados de estragulación, vasculitis o tumor, y más rara por metástasis. Está indicado una exploración quirúrgica urgente (27)., con resección de la perforación y en caso de existir una afectación mayor, que imposibilite la anastomosis entérica; se puede practicar una enterostomía cutánea temporal.

Conclusión

El capítulo de las complicaciones abdominales y la urgencia quirúrgica, es extenso; y su resolución no sólo forma parte del cirujano, debe ser responsabilidad también de la opinión clínica, radiológica y bioquímica, y en ocasiones de un diálogo con el paciente y sus familiares. El seguimiento postoperatorio debe ser con un soporte nutricional parenteral o enteral y cobertura antibiótica para cada caso, que la institución debe estar preparada para aceptarlo, pero los recursos económicos forman parte también de las condiciones del paciente; por lo que será necesario protocolizar cada emergencia en función de los beneficios-riesgos; en un área de cuidados intensivos con su respectivo seguimiento clínico; hemos tenido experiencia con el aporte nutricional parenteral, pero ya se están realizando estudios y técnicas de nutrición enteral, que junto con el advenimiento de otros métodos de diagnósticos y terapéuticos como la LAPAROSCOPIA; reducirán los tiempos operatorios y de diagnósticos.

Bibliografía

1. De VITA Vincent T., Hellman S. *CANCER, Principles e Practice of oncology SURGICAL EMERGENCIAS*. Baker A R., Volumen II cuarta edición Pág. 2141-2158.
2. Botsford RW and Wilson RE; *The Acute Bdomen An Approach to Diagnosis and Management*, 2nd ed. Philadelphia, WB SAUNDERS, 1977.
3. Pauker SG, Kopelman RI. *Clinical Problem solving - Trapped by an incidental finding*, N Engl J Med 1992; 326: 40-43.
4. Turnbull ADM, Starnes HF Jr. *Surgical emergencies in the cancer patient*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1987.



5. Lau Peter, Lorentz Theo, Results of Surgery for Malignant Bowel Obstruction in Advanced, Unresectable, Recurrent Colorectal Cancer. *Dis Colon Rectum*, January 1993. pag. 61-64.
6. Wilson Richard, Urgencias quirúrgicas. De Vita Vicent: Cáncer Principios y prácticas de oncología. Salvat Editores. Tomo II tercera edición. Págs., 1468-1490.
7. Stellato Thomas, Shenk Robert, Gastrointestinal Emergencies in the Oncology Patient. *Seminars in Oncology*. Vol. 16, No. 6 December 1989. Págs. 521-531.
8. Kramer Z., Keller J., Rubin P., Oncologic Emergencies. *Clinical Oncology Chapter 13*. W.B. Saunders Company 1993. pag. 147-158.
9. Gallick HL, Weaver DW, Sachs RJ, et al: Intestinal obstruction in cancer patients. An assessment of risk factors and outcome. *Am Surg* 8:434-437, 1986.
10. Skiubber JM, Matter GJ, Pizzo PA, et al: Right lower quadrant pain in young patients with leukemia. *Ann Surg* 206: 711-716-1987.
11. Sherman NJ, Williams K, Wooley MM: Surgical complications in the patient with leukemia. *J. Pediatr Surg* 8: 235-244, 1973.
12. Johnson W, Borella L: Acute appendicitis in childhood leukemia. *J. Pediatr* 67: 595-599, 1965.
13. Murguía E., Quiroga D. Seminoma Intraabdominal con Pedículo Torcido como causa de Abdomen Agudo. *Rev. Argent. Cirug.* 1992 62: 197-198.
14. Wilson, R.E. Surgical emergencies. In De Vita, V.T.; Hellman, S.; Rosenberg, S.A., (eds). *Cancer: Principles and Practice Of Oncology*, 3rded. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott CO.; 1989: 2003-2015.
15. Boher F., Lemchen H., e cols, Abdomen Agudo Obstructivo por Melanoma Cutaneo Metastático. *Relato de un caso R. Pesquisa Médica, Porto Alegre*, 22 (2) 109-112, 1988.
16. Ketcham AS, Hoyer RC, Pilch YM, Morton DL. Delayed intestinal obstruction following treatment for cancer. *Cancer* 1970; 25: 406-10.
17. Walsh HPJ, Schofield PF. Is laparotomy for small bowel obstruction justified in patients with previously treated malignancy. *Br J Surg* 1984;71:933-935.
18. Muraro C, Azoubel C, Salvia P, e cols, Linfoma T de ídolo terminal llevando a abdomen agudo obstructivo por intussuscepcão ileocecal. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1):21-23.
19. Aranha GV, Folk FA, Greenlee HB: Surgical palliation of small bowel obstruction due to metastatic carcinoma. *Am Surg* 47: 20. Glass RL, LeDue RJ: Small intestinal obstruction from peritoneal carcinomatosis. *Am J Surg* 125: 316-317, 1973.
21. Stellato TA. Gauderer MWL, Ponsky JL: Percutaneous endoscopic gastrostomy for gastrointestinal decompression. *Ann Surg* 205: 119-112, 1987.
22. Clarke-Pearson DL, Chin NO, DeLong ER. et al. Surgical management of intestinal obstruction in ovarian cancer. I Clinical features, postoperative complications and survival, *Gynecol Oncol* 1987; 26: 11-18.
23. Butler JA, Brian CL, Morrow M, Kahng K, et al. Small bowel obstruction in patients with a prior history of cancer. *Am J Surg* 1991; 162: 624-628.
24. Klein MS, Ennis F, Sherlock P, et al Stress erosions: A major cause of gastrointestinal hemorrhage in patients with malignant disease. *Am J Digest Dis* 18: 167-173, 1973.
25. Kemeny MM, Magrath IT, Brennan MF: The role of surgery in the management of american Burkitt's lymphoma and its treatment. *Ann Surg* 196: 82-86. 1982.
26. Gallick HL, Weaver DW, Sachs RJ, Bouwman DI, Intestinal Obstruction in cancer patients: An assessment of risk factors and outcomes. *Am Surg* 1986; 52:434-437.
27. Roh JJ, Thompson JS, Harned RK, et al. Value of pneumoperitoneum in the diagnosis of visceral perforation. *Am J Surg* 1983; 146: 830-833.

