

Laparotomía por neoplasia maligna en un servicio de urgencias

Alfonso Torres-Rojo,* Noé Isaías Gracida-Mancilla** César Athié-Gutiérrez,***
Alfonso Torres-Lobatón,& José Manuel López-López,° Miguel Ángel Rico-Hinojosa*

Resumen

Objetivo: Conocer la frecuencia de laparotomía por abdomen agudo asociado a neoplasia maligna sin diagnóstico previo de cáncer, así como la relación de padecimientos responsables de ésta y la evolución posoperatoria; investigar si los enfermos posoperados acuden a tratamiento oncológico y los resultados de éste.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de expedientes de pacientes operados por síndrome abdominal agudo en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México, de diciembre de 2001 a diciembre de 2006, seleccionando pacientes con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna. Se hizo seguimiento de los pacientes.

Resultados: Se documentaron 52 pacientes con abdomen agudo y cáncer que representaron 1.2 % de 4171 cirugías por abdomen agudo; 40.3 % de las intervenciones fue por obstrucción, 32.6 % por síndrome doloroso, 23 % por perforación y 3.8 % por causa vascular. Las patologías neoplásicas más comunes fueron cáncer de colon y recto (40.3 %), de ovario (13.4 %), gástrico y linfomas, con 7 % cada uno. Fallecieron en el posoperatorio ocho pacientes (15.3 %): 9.5 % de aquellos con obstrucción, 17.6 % de quienes tenían inflamación y 25 % de aquellos con perforación. Únicamente 16 sobrevivientes a la cirugía (36.6 %) fueron evaluados para tratamiento oncológico y solo seis de éstos evolucionaron sin evidencia clínica de enfermedad.

Conclusiones: Nuestros resultados son similares a los informados en la literatura. Se resalta el bajo índice de seguimiento posoperatorio y la necesidad de que los sobrevivientes sean evaluados para un manejo oncológico multidisciplinario a fin de obtener un pronóstico más favorable.

Palabras clave: Abdomen agudo, cáncer.

Summary

Objective: We show the frequency of laparotomies related to malignancies without a previous diagnosis of cancer as the relationship between the causes of these and the outcome of the patients after surgery. We also investigated whether patients received oncological treatment and, if so, we obtained the results of this treatment.

Methods: A retrospective study was carried out from the files of postoperative patients with acute abdominal pain treated in the Emergency Room of the Hospital General de Mexico, OD between December 2001 and December 2006. Those patients with a histopathologically confirmed cancer were included. We followed-up these patients.

Results: We found 52 files associated with acute abdominal pain and cancer, which represented 1.2% of 4171 surgeries for acute abdominal pain done during that period. We reported that 40.3% of the surgeries were done due to obstruction; 32.6% due to abdominal pain; 23% due to perforations, and 3.8% were attributed to vascular causes. The most common neoplastic pathologies were colorectal cancer (40.3%), ovarian cancer (13.4%), and gastric cancer and lymphomas with 7% for each. Eight patients died during the postoperative period (15.3%): 9.5% due to obstructions; 17.6% due to inflammation and 25% caused by perforations. Only 16/44 patients from this study who survived the surgery (36.6%) were evaluated and received oncological treatment and six had an outcome without clinical evidence of disease.

Conclusions: Results of this study are in accordance with the bibliography consulted. A low number of patients were followed up after surgery. It is necessary that all survivors of urgent surgery be evaluated for multidisciplinary oncological management in order to have a better outcome.

Key words: Acute abdominal, cancer.

Introducción

La patología de abdomen agudo en sus variantes causales de inflamación, obstrucción, perforación y vascular,¹⁻⁷ suele constituir una rara complicación en la historia natural de determinados padecimientos oncológicos, cuyo manejo constituirá un reto para el cirujano quien deberá decidir la conducta quirúrgica que mejor convenga al paciente, tanto para conservar la vida como para resolver el problema oncológico motivo de la complicación.

Algunas de las neoplasias malignas de gran prevalencia a nivel mundial, como el cáncer colorrectal, de estómago, útero, hígado, ovario o vías biliares,⁸⁻¹⁴ pueden llegar a tener este com-

* Residente del cuarto año de Cirugía General.
** Jefe de la Unidad de Transplantes.
*** Académico emérito, Academia Mexicana de Cirugía. Jefe del Servicio de Cirugía General.
& Académico titular, Academia Mexicana de Cirugía. Consultor Técnico del Servicio de Oncología.
° Jefe de la Unidad de Quirófanos Centrales.
Hospital General de México OD, México, D. F.

Solicitud de sobretiros:

Alfonso Torres-Rojo, Palenque 49, Col. Narvarte, Del. Cuauhtémoc, 03020 México, D. F.
Tels.: (55) 5519 1792 y 5538 1200. E-mail: torresrojoalfonso@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 27-11-2007

Aceptado para publicación: 28-07-2008

portamiento; es la intervención quirúrgica de urgencia la que documentará el diagnóstico, permitirá establecer el grado de avance de la neoplasia y dará la oportunidad al cirujano para establecer un tratamiento quirúrgico con fines paliativos o curativos.¹⁴⁻¹⁸

Se ha publicado que la frecuencia con la que ocurre la asociación cáncer y abdomen agudo oscila entre 1.5 y 5 %, ^{13,14} pero la bibliografía al respecto es muy escasa y la disponible se refiere a la evaluación de patologías oncológicas específicas con las sugerencias de los autores para el manejo de cada una.¹⁹⁻³²

El doctor César Athié y su grupo de colaboradores han publicado su experiencia en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México, relativa al tratamiento de abdomen agudo en sus diferentes modalidades, a través de la revisión de 30 años de su casuística.¹⁴⁻¹⁷ Registraron que durante este lapso se laparotomizaron con este diagnóstico, 277 pacientes cuya patología de base fue el cáncer, cifra que representó 1.5 % de la totalidad de intervenciones llevadas a cabo durante ese lapso. Las neoplasias involucradas con mayor frecuencia fueron el cáncer de colon (37.9 %), la carcinomatosis peritoneal de origen no establecido (24.5 %), el cáncer gástrico (7.9 %), el de esófago (7.2 %) y el de ovario (3.9 %).¹⁴

Cruz Sánchez y colaboradores, del Hospital General "Darío Fernández" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, informaron acerca de una serie de 270 enfermos con abdomen agudo, de los cuales 15 (5.5 %), tuvieron como patología de base el cáncer. Las neoplasias más comunes fueron encrucijada hepatobiliar en cuatro, cáncer de vesícula biliar en cuatro, cáncer de ovario en tres, dos carcinoides de intestino, un cáncer de colon y un sarcoma retroperitoneal.¹³

En esta publicación se lleva a cabo un análisis de los expedientes de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo asociado a neoplasias malignas, que sin diagnóstico previo de cáncer fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México OD, durante el periodo de cinco años comprendido de diciembre de 2001 a diciembre de 2006. Se revisan los aspectos clinicopatológicos y terapéuticos relevantes, se comparan los resultados con los obtenidos de la bibliografía y se obtienen conclusiones al respecto.

Material y métodos

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo observacional y longitudinal de los expedientes de pacientes operados con síndrome abdominal agudo en el Servicio de Urgencias referido, seleccionando para su análisis los sujetos cuyo padecimiento de base correspondió a neoplasia maligna con diagnóstico corroborado mediante estudio histopatológico.

De los respectivos expedientes se obtuvo información relacionada con el sexo de los pacientes, edad, diagnóstico posoperatorio de la urgencia en cuanto a obstrucción, inflamación, perforación o urgencia de origen vascular; así mismo, con el diagnóstico oncológico, el tipo de cirugía y la evolución posoperatorio.

En los casos que sobrevivieron a la cirugía, a partir de la búsqueda en los archivos de Hematología, Oncología o del Archivo General, se investigó si recibieron manejo oncológico y de ser así, los resultados de éste. De acuerdo con los hallazgos quirúrgicos y las cirugías realizadas, los casos fueron clasificados retrospectivamente según los parámetros establecidos en el Sistema de Clasificación TNM de la Unión Internacional del Cáncer.³³

Resultados

Durante el periodo analizado se llevaron a cabo 4853 procedimientos quirúrgicos de urgencia, de los cuales 4171 (85.9 %) correspondieron a laparotomías por cuadros de abdomen agudo. Las presentaciones más comunes en orden decreciente fueron las cirugías por proceso inflamatorio (73.4 %), la obstrucción intestinal (9.4 %), las perforaciones de víscera hueca (5.2 %) y las de origen vascular (1.8 %) (cuadro I).

Cincuenta y dos pacientes con síndrome abdominal agudo intervenidos durante este lapso tuvieron neoplasias malignas como patología de base responsable de la complicación. Esta cifra representó 1.2 % de la totalidad de las cirugías llevadas a cabo en el periodo revisado y comprende 0.5 % de los cuadros de inflamación, 5.3 % de los de obstrucción, 5.4 % de los de perforación y 2.5 % de los de origen vascular (cuadro I).

Treinta y siete de los 52 pacientes (71.2 %) correspondieron al sexo femenino y 15 (28.8 %) al masculino; el rango de edad osciló entre 21 y 82 años, con una edad promedio de 51.7 para toda la serie (cuadro II). La frecuencia relativa con la que se presentaron cada una de las complicaciones analizadas fue: obstrucción intestinal, 21 pacientes (40.3 %); síndrome doloroso abdominal, 17 (32.6 %); perforación de víscera hueca, 12 (23.0 %); abdomen agudo de origen vascular, dos (3.8 %).

La relación frecuencia relativa de la patología neoplásica con el sexo y la edad de los pacientes se muestra en el cuadro III. Los padecimientos más comunes en orden decreciente fueron cáncer de colon y recto, 21 (40.3 %); cáncer de ovario, siete (13.4 %); cáncer gástrico, linfomas (de intestino delgado) y neoplasias

Cuadro I. Laparotomías por abdomen agudo

Complicación	Total			
	No neoplásica		Cáncer	
	n	%	n	%
Síndrome doloroso	3065	73.4	17	0.5
Obstrucción	396	9.4	21	5.3
Perforación de víscera hueca	220	5.2	12	5.4
Origen vascular	78	1.8	2	2.5
Otros	412	9.8		
Total	4171	99.9	52	1.2

Cuadro II. Abdomen agudo y cáncer. Diagnóstico de la complicación

Complicación	n	%	Sexo				Edad promedio (años)	Rango de edad (años)	
			Femenino		Masculino			Menor	Mayor
			n	%	n	%			
Obstrucción intestinal	21	40.3	13	61.9	8	38.0	53.8	21	79
Síndrome doloroso	17	32.6	14	82.3	3	17.6	53.0	31	79
Perforación de víscera hueca	12	23.0	9	75.0	3	25.0	47.8	34	82
Origen vascular	2	3.8	1	50.0	1	50.0	40.5	40	41
Total	52	99.9	37	71.1	15	28.8	51.7	21	82

metastásicas de primario no conocido, cuatro cada uno (7.6 %); carcinomatosis peritoneal, dos (3.8 %); adenocarcinoma y tumor carcinoide maligno del íleon, uno cada uno (3.8 %); cáncer de próstata metastático, dos (3.8 %); cáncer de cérvix, de endometrio, de vesícula y otros, uno cada uno (1.9 %).

Ocho pacientes fallecieron en el posoperatorio durante su internamiento (15.3 %): dos de 21 (9.5 %) con obstrucción intestinal; tres de 17 (17.6 %) con inflamación; tres de 12 (25 %) con perforación.

Evolución global poscirugía de urgencia

Dieciséis pacientes de 44 que sobrevivieron al procedimiento quirúrgico de urgencia (36.3 %) fueron evaluados para recibir

tratamiento oncológico, y seis de ellos (37.5 %) evolucionaron de tres meses a 45 meses, con 15.1 meses como promedio, sin evidencia clínica de actividad tumoral. Se incluyen tres de ocho con cáncer de colon (37.8 %), uno de tres con cáncer de ovario, uno de dos con cáncer de intestino delgado y uno de uno de cáncer cervicouterino.

Manejo quirúrgico y evolución por padecimiento oncológico

Cáncer de colon y recto. Catorce de los 21 pacientes con este diagnóstico fueron sometidos a resecciones quirúrgicas de la neoplasia con o sin linfadenectomías (66.6 %), cinco a cirugías derivativas (23.8 %) y dos a laparotomía con toma de biopsia (9.5 %). En 11 pacientes (53.3 %) el tumor se localizaba en el sigmoides,

Cuadro III. Abdomen agudo y cáncer. Diagnóstico nosológico

Neoplasia	n	%	Sexo				Edad promedio (años)	Rango de edad (años)	
			Femenino		Masculino			Menor	Mayor
			n	%	n	%			
Colon y recto	21	40.3	15	71.4	6	28.5	48.7	21	79
Ovario	7	13.4	7	100.0	-	-	46.0	31	65
Estómago	4	7.6	3	75.0	1	25.0	52.5	41	82
Linfomas*	4	7.6	2	50.0	2	50.0	52.7	38	74
Metastásico	4	7.6	1	25.0	3	75.0	55.0	45	68
Carcinomatosis	2	3.8	2	100.0	-	-	47.0	37	57
Intestino delgado**	2	3.8	1	50.0	1	50.0	53.5	45	62
Próstata	2	3.8	-	-	2	100.0	65.5	63	68
Apéndice cecal ⁺	1	1.9	1	100.0	-	-	40.0	-	-
Cérvix	1	1.9	1	100.0	-	-	62.0	-	-
Cuerpo uterino	1	1.9	1	100.0	-	-	41.0	-	-
Hígado	1	1.9	1	100.0	-	-	79.0	-	-
Vesícula biliar	1	1.9	1	100.0	-	-	68.0	-	-
Vías biliares	1	1.9	1	100.0	-	-	80.0	-	-
Total	52	99.9	37	71.1	15	28.8	56.5	-	-

*De intestino delgado

**Un adenocarcinoma y un tumor carcinoide maligno

⁺Tumor carcinoide maligno

en cinco (23.8 %) en colon derecho, en dos (9.5 %) en colon izquierdo, en dos (9.5 %) en el recto y en uno (4.7 %) en colon transversal. Tres pacientes fallecieron en el posoperatorio (14.2 %).

Ocho pacientes fueron canalizados para evaluación oncológica (38.0 %) y tres de éstos (37.5 %) evolucionaron tres, 12 y 45 meses, respectivamente, sin evidencia de enfermedad. Cuatro (50.0 %) tuvieron persistencia tumoral o desarrollaron recurrencia después del tratamiento oncológico y abandonaron su seguimiento, y uno falleció con actividad tumoral (12.5 %) (cuadro IV).

Cáncer gástrico. Solo uno de cuatro casos (25 %) fue candidato a resección quirúrgica; no se registraron fallecimientos en el posoperatorio. Dos pacientes fueron evaluados en el Servicio de Oncología y ambos fueron considerados por lo avanzado de su enfermedad fuera de tratamiento oncológico (cuadro V).

Linfomas. Cuatro pacientes con actividad tumoral en el intestino delgado tuvieron diagnóstico de linfoma, tres no Hodgkin y uno linfoma de Burkitt, el cual falleció en el posoperatorio; solo uno de los restantes recibió tratamiento oncológico controlándose seis meses con actividad tumoral (cuadro V).

Cáncer de ovario. De los siete casos analizados, en seis se llevó a cabo resección de la lesión primaria (85.7 %) y en uno cirugía derivativa por obstrucción del intestino delgado relacionada con carcinomatosis peritoneal. No se registró mortalidad posoperatoria y únicamente dos pacientes (33.3 %) fueron evaluados para recibir tratamiento en el Servicio de Oncología, una de las cuales se controló durante cuatro meses sin evidencia de enfermedad (cuadro V).

Carcinomas metastáticos. Cuatro pacientes (casos 2, 5, 13 y 18) fueron sometidos a biopsia documentándose este diagnóstico y en ningún caso se obtuvo información respecto al sitio de la lesión primaria. No se registraron fallecimientos en el posoperatorio, un paciente fue del sexo femenino y tres del masculino. Ninguno fue evaluado para manejo oncológico.

Otros cánceres. Doce pacientes eran portadores de neoplasias diversas, dos con neoplasias del intestino delgado (un adenocarcinoma y un tumor carcinoide maligno), así como un carcinoide del apéndice cecal y un cáncer cervicouterino fueron sometidos a resección de la neoplasia. Tres de ellos (25 %) fueron evaluados para tratamiento oncológico y dos evolucionaron sin actividad tumoral. Uno de ellos fue una paciente con un carcinoide de íleon que se mantuvo en vigilancia cuatro meses sin evidencia de enfermedad; y el otro, una paciente con cáncer cervicouterino posoperada de piometra más peritonitis, que recibió radioterapia en el posoperatorio y se controló 23 meses sin evidencia de enfermedad (cuadro VI).

Discusión

Se documentaron 52 casos con diagnóstico de abdomen agudo y cáncer entre 4171 laparotomías por este cuadro realizadas en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México, cifra que

representó 1.2 % de todos los procedimientos llevados a cabo en ese Servicio en los últimos cinco años. El 40.3 % de las intervenciones fue por obstrucción intestinal, 32.6 % por síndrome doloroso abdominal, 23 % por perforación de víscera hueca y 3.8 % por causa vascular. Las patologías neoplásicas más comunes fueron el cáncer de colon y recto (40.3 %), el cáncer de ovario (13.4 %) y el cáncer gástrico y los linfomas, con 7.6 % cada uno.

Las publicaciones de abdomen agudo y cáncer en la literatura son muy escasas; en ellas se informa una frecuencia entre 1.5 y 5.5 %.^{13,31} Athié y colaboradores, en un reporte previo, documentaron esta asociación señalando que los cánceres diagnosticados con mayor frecuencia en el Hospital General de México fueron el cáncer de colon (37.9 %), la carcinomatosis peritoneal (24.5 %), el cáncer gástrico (7.9 %), el de esófago (7.2 %) y el de ovario (3.9 %).¹⁴

Las neoplasias más comunes en otra revisión realizada en nuestro medio por Cruz Sánchez y colaboradores que incluyó 15 casos fueron encrucijada hepatobiliar, cuatro pacientes; cáncer de vesícula biliar, cuatro; cáncer de ovario, tres; carcinoides de intestino, dos; cáncer de colon, uno; sarcoma retroperitoneal, uno.¹³

En nuestra serie se presentó un franco predominio de pacientes del sexo femenino con 71.1 % y rangos de edad entre 21 y 82 años, con un promedio de 51.7 años. Esta edad es mayor a la referida en la misma Institución para los cuadros de patología benigna: Rodea y colaboradores indicaron 44.7 años para los pacientes de sepsis abdominal;¹⁷ Athié y colaboradores, 49 años para los cuadros de obstrucción intestinal¹⁵ y Guizar y colaboradores, 43 años para las perforaciones de víscera hueca.¹⁶

La mortalidad operatoria global registrada en nuestra serie fue de 15.3 % y las cifras para cada una de las complicaciones fue la siguiente: 9.5 % para obstrucción intestinal, 17.6 % para sepsis y 25 % para perforación. La mortalidad por patología benigna en las series referidas del mismo servicio es menor, como es de explicarse, por la naturaleza de los padecimientos de base. Ésta fue de 2.6 % para la obstrucción, de 17.1 % para la sepsis abdominal y de 9.2 % para los cuadros de perforación.¹⁵⁻¹⁷

La evaluación de los resultados para cada una de las neoplasias motivo de la actual revisión, mostró para el cáncer colorrectal, resecciones de la neoplasia con y sin linfadenectomía en las dos terceras partes de los casos, una mortalidad operatoria de 14.2 % y un seguimiento sin evidencia de enfermedad en 37.5 % de los pacientes tratados por el Servicio de Oncología, cifra que incluye dos de dos clasificados en estadio II, uno de cuatro en estadio III y ninguno en estadio IV. Se destaca que únicamente ocho de los 18 enfermos con este diagnóstico que sobrevivieron a la cirugía de urgencia (38 %) fueron evaluados para manejo oncológico subsecuente.

No es de extrañar que el cáncer de colon y recto (40.38 %) haya sido el más común de las patologías oncológicas analizadas, pues esta entidad ocupa el tercer lugar en frecuencia a nivel mundial entre las neoplasias malignas,³⁴ el segundo entre los cánceres del aparato digestivo registrados en México,³⁵ y consti-

Cuadro IV. Manejo quirúrgico y evolución de cáncer de colon y recto

Paciente*	Manejo quirúrgico				Seguimiento								
					Muerte en PO			Manejo oncológico					
	Estadio	Resección	Derivativa	Biopsia				Alta de urgencias	Se ingora evolución¿?	Resultado del tratamiento			
					Sí	No	Vivo sin cáncer			Persistencia o recurrencia	FTO o muerte		
1	II	✓				✓	✓						
3	III	✓				✓	✓						
6	II	✓				✓	✓						
10	III	✓				✓		✓			10 meses		
11	III	✓				✓		✓			3 meses		
15	II	✓				✓		✓					
20	II		✓			✓		✓			45 meses		
24	?				✓	✓			✓				✓
29	III	✓				✓		✓					
31	III	✓				✓		✓					
32	III	✓				✓		✓					
36	?				✓								
37	III	✓				✓		✓					
38	II		✓			✓		✓			3 meses		
39	?		✓										
40	III	✓				✓							
41	IV		✓			✓			✓			1 mes	
43	?		✓			✓							
49	III	✓				✓		✓				12 meses	
50	III	✓				✓		✓			12 meses		
51	III	✓											
Total	21	14	5	2	3	15	10	6	2	3	4	1	
%	100	66.6	23.8	9.5	14.2	71.4	47.6	28.5	9.5	14.2	19.0	4.7	

*Número asignado de acuerdo a hoja de captura de datos. FTO = fuera de tratamiento oncológico.

Cuadro V. Manejo quirúrgico y evolución de cáncer de estómago, linfomas y ovario

Paciente*		Manejo quirúrgico				Seguimiento								
						Muerte en PO			Alta de urgencias			Se ingora evolución¿?		
		Resultado del tratamiento												
		Vivo sin cáncer	Persistencia o recurrencia	FTO o muerte										
Estadio	Resección	Derivativa	Biopsia	Sí	No									
Cáncer estómago	8	III	✓											
	19	IV		✓			✓			✓			✓	
	21	IV		✓			✓			✓			✓	
	52	IV		✓			✓							
Total	4		1	-	3	1	2	1	1	1	1	-	-	2
%	100		25	-	75	25	50	25	25	25	25	-	-	50
Linfomas	17	II			✓			✓						
	35	II	✓				✓							
	42	II	✓				✓			✓				6 meses
	45	?			✓									
Total	4		2	-	2	1	3	2	1	-	-	-	1	-
%	100		50	-	50	25	75	50	25	-	-	-	25	-
Cáncer ovario	12	IC	✓					✓						4 meses
	14	IIIC		✓			✓							
	23	IA	✓				✓							
	25	IIIC	✓				✓							
	27	IIIC	✓				✓				✓			1 mes
	33	IIIC	✓				✓							
47	IA	✓				✓								
Total	7		6	1	-	-	7	5	1	1	1	1	1	-
%	100		85.7	14.2	-	-	100	71.4	14.2	14.2	14.2	14.2	14.2	-

*Número asignado de acuerdo a hoja de captura de datos. FTO = fuera de tratamiento oncológico.

Cuadro VI. Manejo quirúrgico y evolución otros cánceres

Diagnóstico	Paciente*	Manejo quirúrgico Estadio Resección Derivativa Biopsia			Seguimiento							
					Muerte en PO	Alta de urgencias	Se ignora evolución¿?	Manejo oncológico				
								Sí	No	Resultado del tratamiento		
										Vivo sin cáncer	Persistencia o recurrencia	FTO o muerte
Carcinomatosis	22	?				✓						
	48	?				✓						
Intestino delgado	4	III	✓					✓				✓
	9	II	✓						✓		4 meses	
Próstata	7	IV				✓						**
	28	IV		✓								✓
Apéndice cecal	16	II	✓									✓
Cérvix	26	IIB	✓					✓			23 meses	
Cuerpo uterino	44	III				✓						
Hígado	46	III										✓
Vesícula biliar	34	IV				✓						
Vías biliares	30	III				✓						
Total	12		4	1	7	3	7	6	1	2	2	1
%	100		33.3	8.3	58.3	25	58.3	50	8.3	16.6	16.6	8.3

*Número asignado de acuerdo a hoja de captura de datos. **Paciente enviado al Servicio de Urología. Se ignoran más datos. FTO = fuera de tratamiento oncológico.

tuyó con 37.9 % la principal causa de cirugía por abdomen agudo entre 277 casos de neoplasias malignas intervenidas quirúrgicamente con este diagnóstico en la misma Institución, en una época previa.¹⁴

De acuerdo a algunos autores, de 8 a 25 % de estos cánceres suele complicarse con obstrucción y entre 3 y 6.5 % por perforación.¹⁹⁻²¹ Las cifras de mortalidad operatoria oscilan entre 15 y 40 %.²⁰

Estudios recientes han mostrado una revaloración en la política de manejo del cáncer colorrectal que evoluciona con síndrome abdominal agudo, hacia una política de tratamiento más agresivo incluyendo resecciones de tipo oncológico, lo que se acompaña de mejoría en los resultados a largo plazo. Los autores concluyen que es preferible una cirugía radical si las condiciones del paciente lo permiten.²⁰

La evolución sin evidencia de enfermedad reportada para pacientes complicados es menor que la de los tratados con cirugías electivas, y en experiencias como la del Instituto Catalán de Oncología en Barcelona, España, las cifras de recurrencias fueron 16 % más altas para los sometidos a cirugías de urgencia.²⁰

Los cánceres del ovario ocuparon con siete casos, el segundo lugar en frecuencia en la presente serie. En 85.7 % se llevó a cabo resección de la lesión primaria, no se registró mortalidad operatoria y únicamente dos pacientes, una en etapa IC y otra en etapa IIIC, fueron evaluadas para recibir tratamiento en el Servicio de Oncología. Solo la paciente en etapa IC tuvo control sin evidencia de enfermedad.

Este padecimiento representa la neoplasia ginecológica más letal, en virtud de que 60 a 70 % de los casos se diagnostica en etapas avanzadas y sus cifras globales de curación no rebasan 40 %.^{36,37} El factor pronóstico más importante es la etapa clínica y la forma como se haya resuelto quirúrgicamente el padecimiento. Lamentablemente la cifra de curación para etapas avanzadas solo es de 20 %.³⁶⁻³⁸

Las complicaciones de la enfermedad como la obstrucción intestinal se presentan en casos muy avanzados y suelen ser responsables de la muerte hasta en 46 % de los pacientes afectados.^{25,26}

Respecto al cáncer gástrico, en esta serie hubo cuatro pacientes con esta enfermedad que desarrollaron abdomen agudo y solo uno fue sometido a resección de la neoplasia. Tres pacientes tenían lesiones muy avanzadas (estadio IV) y uno cursaba con etapa III. Dos pacientes fueron evaluados en el Servicio de Oncología y los dos fallecieron por enfermedad.

Este padecimiento es uno de las más letales, ocupa el segundo lugar como causa de muerte a nivel mundial entre los varones y el tercero entre las mujeres.⁸ En México constituye el segundo lugar como causa de muerte por neoplasias.¹⁰ Complicaciones como la perforación acontecen en 0.5 a 3 % de todos los casos y el diagnóstico de cáncer constituye un hallazgo durante una cirugía de urgencia.^{22,23,39}

La perforación por cáncer gástrico representó 7.9 % de las complicaciones de abdomen agudo entre 277 pacientes con cán-

cer operados con este diagnóstico en el Servicio de Urgencias de la institución de los autores entre 1969 y 1998.¹⁴

Estudios recientes proponen dos tipos de cirugía radical como procedimiento de elección para la mayoría de los pacientes complicados por perforación de cáncer gástrico, que podrán llevarse a cabo en dos tiempos: sutura o resección gástrica y posteriormente cirugía electiva con criterio oncológico.⁴⁰ En la serie de 10 pacientes publicada por Roviello y colaboradores, de la Universidad de Siena, Italia, seis pacientes que desarrollaron la complicación fueron sometidos a gastrectomías con linfadenectomías limitadas o extendidas, y dos sobrevivieron a largo plazo.²²

En cuanto a los linfomas diagnosticados en este estudio, los cuatro pacientes tenían actividad tumoral en el intestino delgado, tres eran linfomas no Hodgkin y uno linfoma de Burkitt; este último paciente falleció en el posoperatorio y solo uno de los restantes recibió tratamiento oncológico y se controló seis meses con actividad tumoral.

Estos padecimientos representan 15 a 20 % de los tumores malignos del intestino delgado y 55 % corresponden a linfomas difusos no Hodgkin de células grandes B, pudiendo verse asociados a la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica seguida de radioterapia o quimioterapia y la sobrevida a cinco años oscila entre 50 y 70 % para pacientes no complicados.^{41,42}

De las 12 neoplasias consideradas bajo el rubro de diversas, tres fueron evaluadas para tratamiento oncológico y en dos se obtuvo seguimiento sin evidencia de enfermedad; un caso correspondió a un tumor carcinoide maligno del intestino delgado que evolucionó cuatro meses sin enfermedad después de la resección quirúrgica y el otro, a un cáncer cervicouterino estadio IIB que se complicó con piometra y peritonitis; recibió radioterapia después de la cirugía de urgencia y se controló 23 meses sin evidencia de cáncer.

Los tumores carcinoides son lesiones neuroendocrinas que se caracterizan por gránulos neurosecretorios y típicamente se comportan como tumores de bajo grado de malignidad por tener un comportamiento clínico indolente. Pueden ser funcionantes o no y los funcionantes producen serotonina que se excreta por la orina a través del ácido 5-hidroxi-indolacético, que puede ser detectado en orina de 24 horas. Se localizan en el intestino delgado y en la región del apéndice cecal donde son diagnosticados por cuadros de apendicitis aguda.^{43,44}

Los carcinoides de dimensiones mayores a 2 cm requieren resecciones quirúrgicas amplias con linfadenectomías y las cifras de sobrevida sin evidencia de enfermedad corresponden entre 50 y 80 % en enfermedad localizada y a 35 a 60 % en enfermedad avanzada.⁴⁵

El cáncer cervicouterino responsable en la serie actual de un cuadro de peritonitis por piometra es responsable del mayor número de fallecimientos por neoplasias malignas en la mujer mexicana y se le considera un problema de salud.¹² Las etapas avanzadas se tratan con la combinación de radioterapia más quimio-

terapia⁴⁶ y la literatura anglosajona solo ha reportado ocho casos de peritonitis secundaria a esta complicación en pacientes vírgenes de tratamiento.²⁹ El pronóstico va de acuerdo con el resultado de la complicación. Puede justificarse una histerectomía subtotal a condición de que la paciente reciba tratamiento complementario.²⁹ Dos pacientes reportadas por Imachi y colaboradores sobrevivieron a la cirugía de urgencia²⁹ y otra reportada por Toquero y colaboradores²⁸ falleció a consecuencia de la complicación.

Finalmente, cabe mencionar que 36.36 % de los pacientes de esta serie que sobrevivieron a la cirugía de urgencia fue evaluado para recibir tratamiento oncológico y que únicamente seis (13.6 %), evolucionaron de tres a 46 meses sin evidencia clínica de cáncer. La cifra incluye tres de ocho paciente con cáncer colorrectal (37.5 %), uno de dos cánceres de ovario, uno de un carcinoma del apéndice cecal y uno de un cáncer cervicouterino.

Conclusiones

- La asociación abdomen agudo y cáncer constituye una complicación que se presenta en 1.2 % de los pacientes sometidos a cirugía de urgencia en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México OD.
- La forma de presentación más común de un cáncer como cuadro abdominal agudo es la obstrucción intestinal.
- El tipo de cáncer encontrado con mayor frecuencia como causante de abdomen agudo es el colorrectal, seguido del de ovario, el gástrico, los linfomas y los metastásicos.
- Los pacientes con perforación visceral tienen mayor morbimortalidad que los que desarrollan obstrucción.
- En la institución de los autores se tiene poco seguimiento de los pacientes que sobreviven a la cirugía de urgencia.
- Es necesario establecer una mejor comunicación entre el personal médico responsable del manejo de los pacientes que requieren cirugía de urgencia por patología neoplásica, a fin de lograr que los que sobrevivan a la urgencia puedan recibir manejo terapéutico multidisciplinario que les permita aspirar a una mejor calidad de vida y a un pronóstico más favorable.

Referencias

1. Karnath B, Mileski W. Acute abdominal pain. *Hospital Physician* 2002;45-50 [Available at <http://www.turner-white.com>]
2. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. Abdomen agudo quirúrgico. Guía clínico-terapéutica 8. México: SS; 2004. pp. 1-28.
3. Kahi CJ, Douglas KR. Bowel obstruction and pseudo-obstruction. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:1229-1247.
4. DeDombal FT, Matharu SS, Staniland JR, Wilson DH, MacAdam WA, Gunn AA, et al. Presentation of cancer to hospital as "acute abdominal pain". *Br J Surg* 1980;67:413-416.
5. Delcore R, Cheung LY. Acute abdominal pain. In: Wilmore DW, Cheung LY, eds. *ACS Surgery Principles & Practice*. CA, USA: Hardcover Publisher; 2003. pp. 222-237.
6. Jaffe BM, Berger DH. Appendix. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, eds. *Principles of Surgery*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. pp. 1119-1137.
7. Mathew JB, Hodin RA. Acute abdomen and appendix. In: Greenfield LJ, ed. *Surgery. Scientific Principles and Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. pp. 1224-1236.
8. Stewart WB, Kleihues P. The global burden of cancer. In: *World Cancer Report*. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Lyon, France: IARC Press; 2003. pp. 12-13.
9. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures*. Atlanta, GA; ACS; 2007. pp. 4-8.
10. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias México: MDGE/SS; 2000. pp. 12-13.
11. Secretaría de Salud. Información para rendir cuentas. México: SS; 2004. pp. 34-35.
12. Morbilidad por Cáncer en la República Mexicana. Registro Histopatológico de Neoplasias: México: DGE/SS; 2001. pp. 3-10.
13. Cruz-Sánchez LM, Aguirre CJF, Chávez V. Perfil del paciente con urgencia abdominal secundaria a cáncer. *Cir Ciruj* 2002;70:164-168.
14. Athié GC, Guízar BC, Rivera RH. Epidemiología de la patología abdominal aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México. *Análisis de 30 años*. *Cir Gen* 1999;21:99-104.
15. Athié GC, Guízar BC, Corral MA, Guzmán MI, Zavala. Guzmán GM. Estudio de la obstrucción intestinal. Experiencia a través de tres décadas. *Cir Gen* 1999;21:110-115.
16. Guízar BC, Athié GC, Rodea RH, Corral MA, García-Baca JL, Vázquez CJ. Treinta años de experiencia en la perforación de víscera hueca en el Hospital General de México. *Cir Gen* 1999;21:116-120.
17. Rodea RH, Athié GC, Guízar BC, Salivar RR, Flores MJ. Experiencia en el tratamiento integral de 602 pacientes con sepsis abdominal. *Cir Gen* 1999;21:131-135.
18. Valdespino MV, López GRJ, González AJ, Valdespino CV. Atención de las emergencias y urgencias médico-quirúrgicas en un Hospital Oncológico. *Cir Ciruj* 2006;74:359-368.
19. Timar KS, Singh KM, Khanna R, Khanna KA. Colonic carcinoma with multiple small bowel perforation mimicking intestinal obstruction. *WJ Surg Oncol* 2006;4:63-67.
20. Blondos, Marti RJ, Kreisler E, Parés D, Martín A, Navarro M, et al. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. *Am J Surg* 2005;189:377-383.
21. Torosian HM, Turnbull MDA. Emergency laparotomy for spontaneous intestinal and colonic perforations in cancer patients receiving corticosteroids and chemotherapy. *J Clin Oncol* 1988;6:291-296.
22. Roviello F, Rossi S, Marrelli D, De Manzini G, Pedrazzani C, Morgagni P, et al. Perforated gastric carcinoma: a report of 10 cases and review of the literature. *W J Surg Oncol* 2006;4:19-25.
23. Adachi Y, Maehara Y, Okudaira Y, Sugimachi K. Surgical results of perforated gastric carcinoma: an analysis of 155 Japanese patients. *Am J Gastroenterol* 1997;92:516-518.
24. Bais JM Joke, Schilthus SM, Ansink CA. Palliative management of intestinal obstruction in patients with advanced gynaecological cancer. *CME J Gynecol Oncol* 2002;7:299-305.
25. Clarke-Pearson LD, Rodríguez CG, Boente M. Palliative surgery for epithelial ovarian cancer. In: Rubin CS, Sutton PG, eds. *Ovarian Cancer*. New York: McGraw-Hill; 1993. pp. 351-363.
26. Gadducci A, Iacconi P, Fanucchi A, Cosio S, Miccili P, Genazzani RA. Survival after intestinal obstruction in patients with fatal ovarian cancer: analysis of prognostic variables. *Int J Gynecol Cancer* 1998;8:177-182.
27. Mangili G, Franchi M, Mariani A, Zanaboni F, Rabaiotti E, Frigerio L, et al. Octreotide in the management of bowel obstruction in terminal ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1996;61:345-348.
28. Toquero ZM, Bañuelos FJ. Peritonitis secundaria a piometra perforado en cáncer de cuello uterino. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:618-621.

29. Imachi M, Tanaka S, Ishikawa S, Matsuo K. Spontaneous perforation of pyometra presenting as generalized peritonitis in a patient with cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1993;50:384-388.
30. O'Donnell EM, Carson J, Garstin HIW. Surgical treatment of malignant carcinoid tumours of the appendix. *Int J Clin Pract* 2007;61:431-437.
31. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions to hospital. *Br J Surg* 1989;76:1121-1125.
32. Midgley R, Kerr D. Colorectal cancer. *Lancet* 1999;353:391-399.
33. Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of Malignant Tumours. International Union Against Cancer. 6th ed. Geneva: John Wiley and Sons; 2002.
34. Cancer Facts and Figures. Estimated New Cancer Cases and Deaths by Sex for all Sites. American Cancer Society; 2004. pp. 4-13.
35. Luna PP, Rodríguez RS, Gutiérrez BM, Acevedo BR. Cáncer colorrectal. En: *Manual de oncología*. Instituto Nacional de Cancerología. 2^a edición. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. pp. 398-411.
36. DiSaia JPH, Creasman TW. Cáncer epitelial de ovario. En: *Oncología ginecológica clínica*. 6^a edición. Madrid: Elsevier Science; 2002. pp. 289-235.
37. Herrera GA, Calderillo RG, Martínez SHM, López GC, Gallardo RD, Montalvo EG. Cáncer de ovario. En: *Instituto Nacional de Cancerología. Manual de oncología*. 2^a ed. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. pp. 554-566.
38. De Escudero RP. Neoplasias epiteliales malignas del ovario. En: Torres LA, ed. *Cáncer ginecológico. Diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. pp. 204-219.
39. Ruiz MMJ, Cortés CAS. Cáncer gástrico. En: *Manual de oncología*. Instituto Nacional de Cancerología. 2^a edición. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. pp. 380-391.
40. Lehnert T, Buhl K, Dueck M, Linz U, Herfarth C. Two-stage radical gastrectomy for perforated gastric cancer. *Eur J Surg Oncol* 2000;26:780-784.
41. Libutti KS, Saltz BL, Rustgi KA, Tepper EJ. Unusual colorectal tumors: lymphoma. En: DeVita VT, ed. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. p. 1103.
42. Bush E, Rodríguez BM, Mamounas E, Barcos M, Petrelli NJ. Primary colorectal non-Hodgkin lymphoma. *Ann Surg Oncol* 1994;1:222.
43. Libutti KS, Saltz BL, Ruustgi KA, Tepper EJ. Cancer of the colon. In: DeVita VT, ed. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. pp. 1061-1080.
44. Zeh JH. Cancer of the small intestine. In: DeVita VT, ed. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. pp. 1035-1044.
45. Zeh JH. Lymphoma arising in the small intestine. In: DeVita VT, ed. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. pp. 1044-1046.
46. Torres LA, Solorza LG, Pimentel YF. Cáncer cervicouterino. En: Torres LA, ed. *Cáncer ginecológico. Diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004. pp. 131-168.