

## Caso clínico 3

### Case report 3

Dr. José Eduardo Rovelo Lima

Especialista en Cirugía General. Residente de quinto año de Cirugía Oncológica del Hospital Juárez de México, Av. Instituto Politécnico Nacional # 5160. Col. Magdalena de las Salinas, México, D.F.  
Correspondencia: Unión #152, Industrial 07800, México, D.F., eduardo\_rovelo\_md@yahoo.com

#### Datos del paciente

**Sexo:** masculino

**Edad:** 70 años de edad

**AHF:** se ignoran antecedentes neoplásicos

**APNP:** negados

**APP:** diabético de 8 años de evolución. Apendicectomía sin complicaciones a los 45 años. Enfermedad diverticular de colon, diagnosticada por colonoscopia en 2004. Internamiento previo por hemorragia de tubo digestivo bajo.

#### Padecimiento actual

Inició con la sintomatología 48 horas previas a su ingreso al presentar dolor abdominal de tipo cólico, periumbilical, que aumenta de intensidad progresivamente; se acompaña de náusea, fiebre y exacerbación

del cuadro 12 horas antes del internamiento; vómito de contenido gastrobiliar, por lo que buscó atención médica.

Con la exploración física se le encuentra con regulares condiciones generales, despierto y accesible, endomórfico, con taquicardia. La temperatura corporal es de 37.0 grados centígrados. Se le encuentra con sonda nasogástrica de Levin instalada, que drena escaso material gástrico. Cuello y tórax sin alteraciones, abdomen con datos de abdomen agudo franco, hiperestesia e hiperbaralgia, signo rebote intenso y generalizado y signo de Joubert. Tacto rectal sin huellas de sangrado.



Fig. 1. Telerradiografía del tórax. Se observa aire libre subdiafragmático.



Fig. 2. Radiografía de abdomen. Se observa una radiopacidad central y líquido libre en zonas declives.

### Impresión diagnóstica

Se diagnostica síndrome de abdomen agudo, secundario a la perforación de una víscera hueca.

### Estudios de laboratorio

Biometría hemática con hemoglobina de 13.0 g/L; hematócrito de 37%; no hay leucocitosis; resto normal.

Química sanguínea con glicemia de 180 mg/dL.

### Estudios de gabinete

Telerradiografía de tórax con aire libre subdiafragmático (Figura 1).

Radiografías simples de abdomen en decúbito y de pie con imagen de masa central radioopaca (Figura 2).

Ultrasonografía abdominal con datos de colección intraabdominal.

### Manejo

Se lleva a cabo una laparotomía exploradora de urgencia.

### Hallazgos y técnica quirúrgica realizada

Se encuentran adherencias entre el epiplón mayor y el intestino delgado. Se observa un tumor dependiente de yeyuno a 120 cm del ligamento de Treitz con 3 perforaciones y zonas de necrosis de aproximadamente 15 x 12 x 5 cm (Figura 3).

Se efectúa una resección de la tumoración yeyunal, dejando márgenes de 10.0 cm libres de tumor tanto a nivel proximal como distal.

Se realiza reconstrucción mediante una entero-entero anastomosis término-terminal en dos planos con sutura de poliglactina 910.

### Evolución

Su evolución postoperatoria fue adecuada, reiniciando vía oral a los 6 días de la cirugía. Egresa sin complicaciones.



Fig. 3. Se observa la gran tumoración yeyunal y se señala el sitio de perforación.

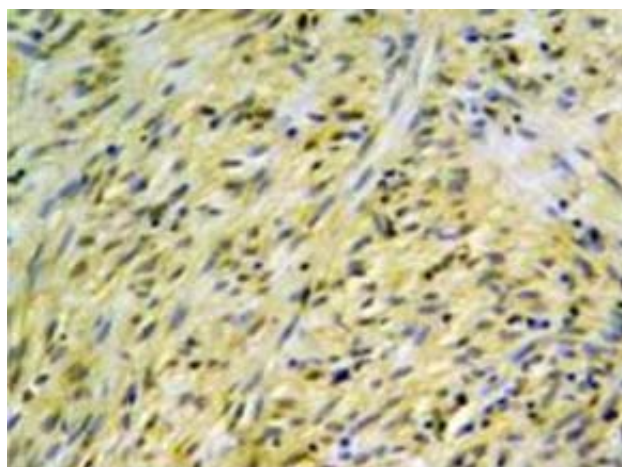


Fig. 5. CD 34 positivo.

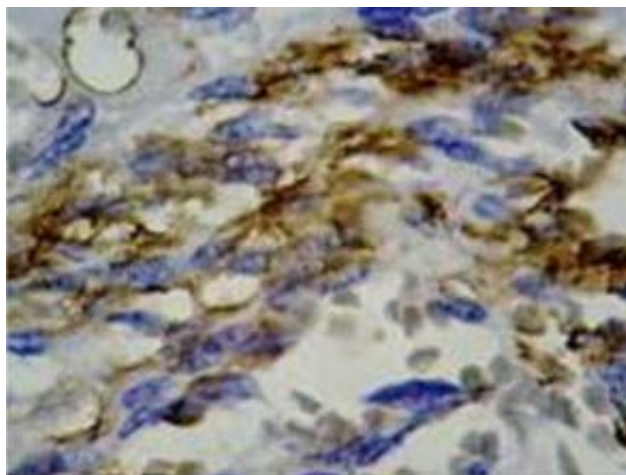


Fig. 4. CD 117 positivo.

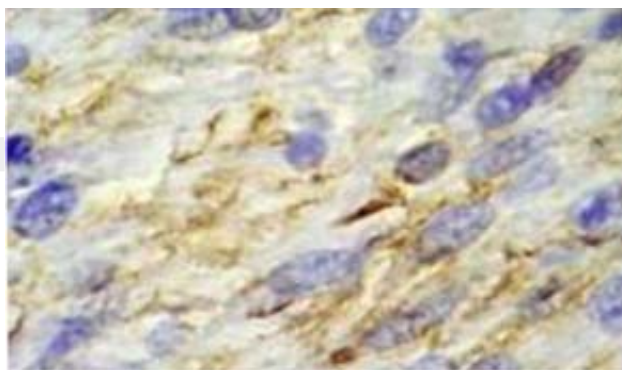


Fig. 6. Actina músculo liso positivo.

### **Histopatología**

El reporte de histopatología señala que se trata de un tumor del estroma gastrointestinal (GISTOMA) maligno, con diferenciación focal hacia músculo liso.

### **Inmunohistoquímica**

El análisis inmunohistoquímico reportó los siguientes datos:

CD 117:	positividad focal e intensa <b>(Figura 4)</b> .
CD 34:	positividad focal <b>(Figura 5)</b> .
Actina músculo específica:	positividad focal e intensa <b>(Figura 6)</b> .
PS 100:	negativo.
AME:	negativo.