

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 hiperbaralgésia, signo rebote intenso y generalizado y signo de Joubert. Tacto rectal sin huellas de sangrado.

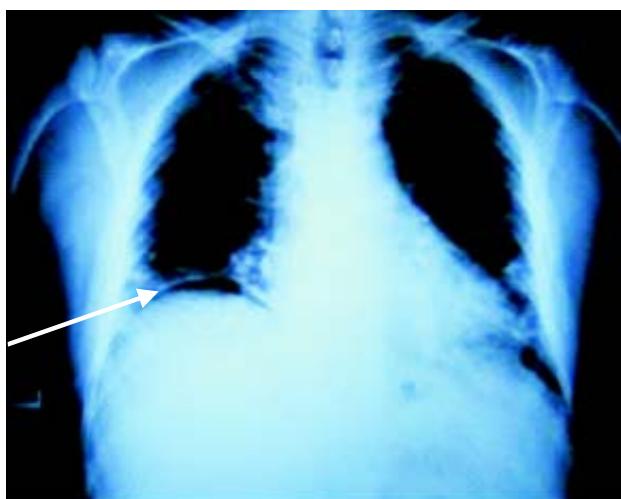


Fig. 1. Telerradiografía del tórax. Se observa aire libre subdiafragmático.

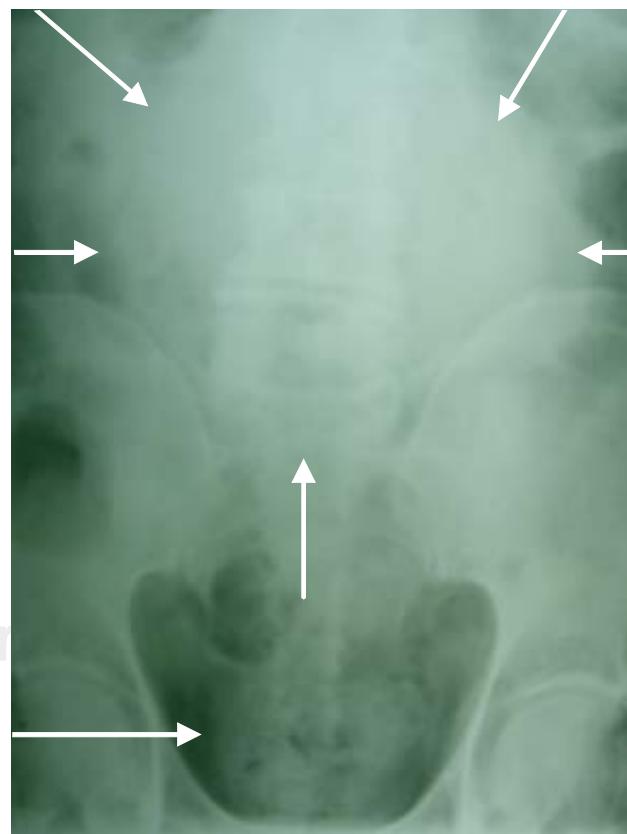


Fig. 2. Radiografía de abdomen. Se observa una radioopacidad central y líquido libre en zonas declives.

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; hematocrito 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. Egresó sin complicaciones.



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

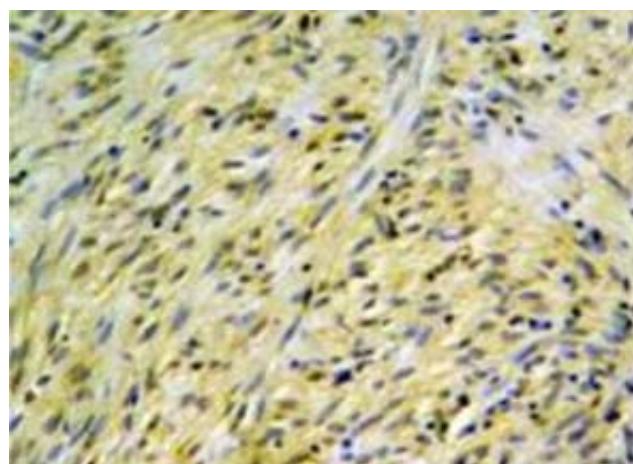


Fig. 5. CD 34 positivo.

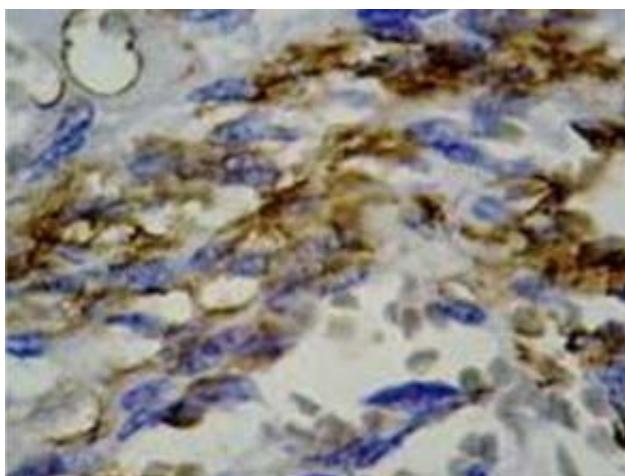


Fig. 4. CD 117 positivo.

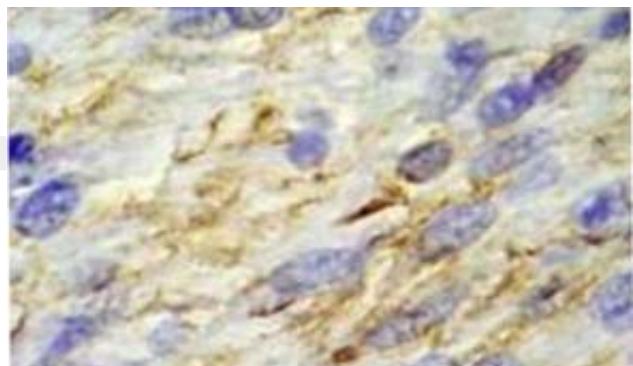


Fig. 6. Actina músculo liso positivo.

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
(Figura 4).

CD 34:

positividad focal **(Figura 5).**

Actina músculo
específica:

positividad focal e intensa
(Figura 6).

PS 100:

negativo.

AME:

negativo.