

Artículos Originales

Urgencias Oncológicas Quirúrgicas de Origen Abdominal en Niños Servicio de Cirugía Oncológica, ION. Guayaquil

Dr. Jaime Sánchez Sabando (1)

Dr. Marcos Parra R. (2)

(1) Cirujano Oncólogo, Jefe de Servicio Ginecología Quirúrgica, ION-Solca.

(2) Médico Residente, Cirugía ION-Solca.

Abstracto

El abdomen agudo pediátrico es una complicación relativamente frecuente en niños afectados de cáncer y como en el adulto los síntomas pueden pasar desapercibidos debido a la poca respuesta inflamatoria originada por la inmuno supresión que produce el tumor mismo o como consecuencia del tratamiento. Se describen las distintas formas de presentación del abdomen agudo, así como se analizan 23 casos tratados en el Instituto Oncológico en 36 meses, 17 masculinos (77%) y 6 mujeres (23%), las edades fluctuaron entre 14 meses y 15 años con una media de 8, 2 años. La Apendicitis aguda fue la patología de mayor presentación. Ningún paciente falleció como consecuencia de la cirugía.

Palabras claves: Abdomen Agudo, Apendicitis.

Abstract

Pediatric acute abdomen is a relative frequent complication in children with cancer, as in the adult the patients are less symptomatic due to poor inflammatory response secondary immunosuppression related with the tumor or associate with the cancer therapy. We described the different presentation of acute abdomen, and analyze 23 cases treated in our Oncology Institute in a 36 months period. 17 male (77%), 6 female (23%) age between 14 months and 15 year, with median age of 8.2. Acute appendicitis is the most common emergency in our Institute: all patients survive, and no one die as a consequence of surgery.

Key word; acute abdomen, appendicitis.

Introducción

El abdomen agudo en pacientes pediátricos es una complicación relativamente frecuente en niños afectados de neoplasias y tiene una gravedad mayor que su equivalencia en el adulto debido al retraso en el diagnóstico en la gran mayoría de los casos. El síntoma principal que aqueja al paciente es el dolor, el cual tiene una particular forma de presentación puesto que es difícil que el paciente pediátrico pueda definir claramente las características del mismo, especialmente si han recibido ya tratamientos

con quimioterapia que produce en si un estado de inestabilidad emocional además del efecto deletéreo del tratamiento que ocasiona vómito, malestar general, anorexia, etc.

La localización del dolor, la característica del mismo y su relación con hábitos tales como comer, defecar u orinar deben ser evaluados y consignados así como irradiación y el acompañamiento con otros signos o síntomas como son vómito, constipación, diarrea, fiebre, distensión abdominal, etc.

Es importante recordar que la inflamación como respuesta normal a la agresión puede estar bloqueada como consecuencia de la inmuno supresión inducida por la enfermedad misma, o por su tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía). Por lo anterior es posible encontrar cuadros de peritonitis generalizada sin que existan los consabidos signos de alerta quirúrgica cual es rigidez de la pared abdominal, signo de rebote a la palpación profunda, ruidos intestinales alterados, etc., por lo cual el criterio clínico del cirujano y el uso de elementos

Correspondencia y Separatas
Dr. Jaime Sánchez Sabando
Cirujano Cancerólogo
Servicio de Ginecología, ION-SOLCA
Avda. Pedro J. Menéndez Gilbert
Ciudadela La Atarazana
P.O.Box: 5255 o 3623
Guayaquil - Ecuador
Telf.: 288088 Fax: (5934) 278-151

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador



de diagnósticos tales como la radiología, ecografía son armas indispensables a sabiendas además de que como consecuencia de la enfermedad en algunos casos o del tratamiento en otros las respuestas del laboratorio clínico son en ocasiones ineficaces.

Diagnóstico del Abdomen Agudo

Denominamos abdomen agudo a todos aquellos cuadros clínicos en los que el dolor abdominal de instauración reciente es el síntoma principal. Puede ir acompañado de otros síntomas como pueden ser vómito, fiebre, estreñimiento, diarrea, hipo, trastornos ginecológicos y miccionales, etc. Es necesario anotar las características del dolor, como son el tipo, duración, intensidad, naturaleza de inicio, localización, irradiación y evolución.

Paradójicamente el examen físico puede ser tanto la clave del diagnóstico así como ser el origen del error puesto que como ya establecimos en la introducción signos como la rigidez abdominal que llevan inequívocamente al diagnóstico de abdomen agudo pueden faltar y presentar otros signos como balonamiento abdominal, vómitos, diarreas etc., sin embargo todos estos signos deben ser consignados.

En el momento del análisis nosotros debemos distinguir si el dolor es de origen intraabdominal o extraabdominal, puesto este último que puede presentarse por reflejo de patologías en otros aparatos o sistemas como ejemplo el ileo abdominal en respuesta a una neumonía, pericarditis o procesos amígdalo-faríngeos agudos, etc.

El abdomen pediátrico podemos tratar de encasillarlo en cuatro grandes grupos:

- Obstrutivo.
- Vascular isquémico.
- Inflamatorio infeccioso.
- Secundario a reacciones de tratamiento o por el tumor.

El cuadro obstructivo puede ser producido por una obstrucción del intestino debido a adherencias, tumor, hernias, enteritis post-radiación, volvulo, o intususcepción, o a su vez puede ser producido por medicamentos, alteraciones metabólicas, infecciosas, por trastornos neurológicos lo que se traduce en un íleo funcional o adinámico.

El segundo cuadro clínico es el denominado vascular isquémico producido por infartos mesentéricos arteriales o venosos, como consecuencia de infiltración tumoral en algunos casos o por reacciones debidas a la radioterapia o quimioterapia. Pueden producirse infartos hepáticos,

renales, esplénicos, o rupturas aneurismáticas así como necrosis segmentarias de asas intestinales por infiltración tumoral.

El cuadro inflamatorio infeccioso puede producir respuesta aguda abdominal siendo su causa extra abdominal especialmente en las fungemias, viremias, parasitosis o en bacteremias, o de origen intraabdominal como en procesos agudos como apendicitis, colecistitis, colangitis, absceso hepático, pielonefritis, enfermedad ulcerosa péptica, diverticulitis, hepatitis, pancreatitis, enteritis por radiación, enterocolitis, cistitis, peritonitis primaria y nefrolitiasis.

La cuarta categoría la conforman otras patologías como pueden ser reacciones a drogas, que producen trastornos de la coagulación y que pueden originar hemorragias intra o retroperitoneal, así como intratumoral con aparición brusca de dolor y tumor (común en nefroblastomas, quistes ováricos) hepatomegalia a tensión, esplenomegalia o el mismo efecto de la masa tumoral que produce síntomas agudos.

Con todo, la causa más común, reportada en la bibliografía, de dolor abdominal en el paciente neutropénico con cáncer es la enterocolitis neutropénica, que se ha conocido también como tiftitis, síndrome ileocecal o enteropatía neutropénica. Se caracteriza por fiebre, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea a veces sanguinolenta, y dependiendo de la severidad, sepsis.

En la población pediátrica, la incidencia puede variar con respecto a los adultos. La enterocolitis neutropénica fue encontrada solamente en el 4% de casos documentados de pacientes jóvenes con leucemia y ocurre más frecuentemente 7 - 14 días luego de la iniciación de la terapia que induce neutropenia. Muchos agentes quimioterápicos han sido asociados con la enterocolitis neutropénica como el Ara-C sólo o en combinación con otros agentes.

Generalmente, el diagnóstico de enterocolitis neutropénica es de exclusión. En la mayoría de los casos se sugiere un tratamiento conservador con una amplia cobertura antibiótica, hidratación y reposo intestinal. La acción quirúrgica está reservada para los casos de perforación, neumatosis intestinal, hemorragia, absceso, obstrucción o por la falla del tratamiento médico conservador. Por lo general el tratamiento requiere resección intestinal, ileostomía y fístula mucosa más que anastomosis primaria.

Cuando se sospecha la posibilidad de peritonitis, una radiografía simple de abdomen en diferentes planos, puede poner de relieve aire libre a la cavidad abdominal, o mostrar niveles hidroaéreos que hagan sospechar una obstrucción intestinal. El borramiento del borde del músculo psoas denota líquido inflamatorio como sucede en la



apendicitis.

La ecografía y la tomografía puede poner de manifiesto líquido coleccionado en la cavidad abdominal, y si se utiliza medio de contraste, la TAC tiene la ventaja de identificar colecciones interasas intestinales.

El hemograma puede en ocasiones no proporcionar guías diagnósticas si el paciente se encuentra en inmunodepresión por medicamentos. Por último, es en sí mismo, la laparotomía exploradora la que nos da el diagnóstico.

Cirugías de Urgencias en el ION Solca

Se realizó una revisión de los casos que con diagnóstico de abdomen agudo pediátrico, fueron sometidos a laparotomía exploradora se analizan brevemente los resultados.

Se estableció la población pediátrico comprendida desde el nacimiento hasta los 15 años de edad. Se tomó en cuenta a todos los niños/as que fueron sometidos a intervención quirúrgica de urgencia, luego de establecer un diagnóstico presuntivo de abdomen agudo, tuvieran o no un diagnóstico previo de malignidad.

En 32 meses, se realizaron 23 intervenciones quirúrgicas de urgencia a pacientes en población pediátrica. 17 fueron varones. Las edades fluctuaron entre 14 meses hasta 15 años con un promedio de 8,2 años. Ningún paciente falleció como consecuencia directa de la intervención quirúrgica (Postoperatorio inmediato).

Se obtuvo 8 tipos de diagnóstico luego de la intervención quirúrgica, los que serán analizados a continuación.

Apendicitis aguda

Este diagnóstico se presentó en 10 pacientes (43%). De ellos, 9 fueron varones. Dos pacientes no tenían diagnóstico previo de malignidad y fueron admitidos debido a la urgencia del caso. Dos pacientes tenían diagnóstico previo de leucemia linfoblástica aguda, y tenían 6 y 12 años de edad. Un paciente tenía diagnóstico de astrocitoma, tenía 8 años de edad y falleció 2 meses después de la apendicectomía. La única de sexo femenino, tenía diagnóstico de linfoma Hodgkin, 11 años de edad y había recibido quimioterapia, se hallaba en etapa de remisión.

Todos fueron sometidos a apendicectomía mediante incisión de Mc Burney. En el 33% de los casos se reportó infección de la herida quirúrgica que fue resuelta posterior-

mente.

Nefroblastoma

El tumor de Wilms es el tumor sólido más frecuente en la infancia y es además el cáncer renal más frecuente.

Descrito inicialmente por Max Wilms en 1899, ha logrado altas tasas de supervivencia en los últimos años debido a la combinación de la cirugía radical, quimioterapia y radiación.

Está descrito que la edad promedio es 3.5 años. En un pequeño porcentaje puede ser bilateral o asociado a otras malformaciones congénitas como pueden ser, aniridia, hemihipertrofia anómala genitourinarias, neurofibromatosis o el síndrome de Beckwith-Weidemann (visceromegalia, onfalocelo, macroglia, retardo mental, y hemihipertrofia).

La evaluación diagnóstica tiene tres propósitos: en primer lugar confirmar la localización originaria en el riñón, distinguiéndola de otras tumoraciones que podrían simularla como neuroblastoma o tumor hepático. Segundo, evaluar la reseccabilidad, identificando la invasión tumoral local o la afectación de la vena renal. Por último, evaluar el estado metastásico o bilateral.

En nuestro Instituto, se realizó evaluación con ultrasonido y con TAC.

Durante el período de tiempo estudiado, 2 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia con el diagnóstico de ruptura tumoral. Un caso fue de un varón de 2 años, que había recibido 2 ciclos de quimioterapia y en el que se detectó líquido en cavidad abdominal, con desequilibrio hemodinámico.

La laparotomía exploradora demostró ruptura tumoral con hemoperitoneo. Se realizó la resección correspondiente con buena evolución postoperatoria.

El segundo nefroblastoma que fue intervenido de urgencia fue el de un varón de 14 meses de edad con un gran volumen tumoral del riñón derecho que obligó a la laparotomía. Se realizó la nefrectomía. El período postoperatorio fue bueno, aunque el niño falleció 6 meses después por enfermedad metastásica.

Obstrucción Intestinal

En el paciente pediátrico con cáncer, establecer un



diagnóstico de obstrucción intestinal de resolución quirúrgica es una situación difícil. El diagnóstico diferencial con el fleo puede en ocasiones no ser tan claro. Muchos medicamentos pueden producir distensión de las asas intestinales. El agente más comúnmente asociado con fleo es la vincristina.

Es estos casos, el reposo intestinal, la succión nasogástrica está indicada, con mejoría a los pocos días.

Sin embargo son muy variadas las patologías que pueden provocar obstrucción (anexiales, colonicas, retroperitoneales, linfomas, etc.), cuatro pacientes fueron sometidos a laparotomía exploradora de urgencia por presentar obstrucción intestinal.

El primero, un varón de 1 año de edad, que había sido intervenido previamente fuera del instituto con resección de una tumoración retroperitoneal que correspondió a un pancreatoblastoma. El niño presentó dolor abdominal, vómito y niveles hidroaéreos en una Rx de abdomen. La laparotomía exploradora demostró múltiples adherencias que fueron liberadas.

El segundo caso correspondió a una niña de 12 años de edad, con un diagnóstico previo de rhabdomyosarcoma embrionario que había sido resecado más quimioterapia adyuvante. La laparotomía demostró carcinomatosis peritoneal más tumor pélvico que infiltraba el recto. Se realizó colostomía en asa. La paciente falleció 2 meses después.

El tercer caso correspondió a un paciente varón que presentó un cuadro de obstrucción intestinal por una hernia umbilical incarcerada, como antecedente tenía una enfermedad de Hodgkin, se realizó laparotomía encontrándose epiplón, que fue reducido realizándose la reparación del defecto.

El cuarto caso fue de una paciente de 14 años, operada fuera del instituto por una disgerminoma inmaduro que tuvo un cuadro de obstrucción intestinal, fue intervenida quirúrgicamente y se encontró que la causa fue una carcinomatosis intestinal.

Litiasis biliar

La litiasis biliar es una entidad rara en la niñez.

Se presenta con mayor frecuencia asociada a enfermedades hemolíticas como la esferocitosis hereditaria. Otros factores de riesgo incluyen a pacientes con nutrición parenteral total, o aquellos que han sido sometidos a

resección ileal.

La ecografía puede aclarar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

En pacientes inmunocomprometidos, la colecistectomía electiva es recomendada debido a la elevada morbilidad asociada a las complicaciones en estos pacientes que llevan a una cirugía de emergencia. La cirugía laparoscópica es el procedimiento de elección.

Dos varones fueron sometidos a colecistectomía.

El primero, un varón de 8 años de edad, a quien se le investiga la causa de su anemia, debutó con dolor en hipocondrio derecho náuseas y vómitos. El examen de ultrasonido confirmó el diagnóstico y fue sometido a la laparotomía exploradora y colecistectomía. No hubo complicaciones postoperatorias. No hubo hemólisis.

El segundo paciente, poseía un diagnóstico previo de Neuroblastoma y había sido sometido a resección quirúrgica y radioterapia complementaria. Tenía 8 años de edad, y presentó dolor abdominal, náuseas y vómitos. Fue sometido a colecistectomía laparoscópica, procedimiento que no tuvo complicaciones.

En ambos niños se confirmó el diagnóstico de litiasis biliar.

Torsión de Quiste Ovárico

Una sola paciente que se encontraba en investigación por masa pélvica tuvo que ser sometida a laparotomía de urgencia.

Se trató de una niña de 12 años de edad, que presentaba masa pélvica, pérdida de peso y dolor hipogástrico de 6 meses de evolución.

Se había solicitado una TAC abdominopélvica pero la paciente consultó el área de emergencia por un aumento súbito de la intensidad del dolor pélvico más palidez generalizada.

Fue sometida a laparotomía de urgencia que reveló una tumoración de 15 cm de diámetro dependiente del anexo izquierdo que fue resecado.

El diagnóstico histopatológico fue de teratoma maduro quístico.

La evolución postoperatoria fue adecuada.



Enterocolitis Neutropénica

Tuvimos 2 casos con ésta patología. El primero fue un paciente masculino de 8 años de edad que estaba en tratamiento de una leucemia linfoblástica aguda, desarrollo un cuadro de distensión abdominal, fiebre neutropenia marcada y constipación. El eco de abdomen reveló líquido libre fue intervenido y se encontró una perforación cecal y del fleon terminal por lo que se realizó una resección ileo-cólica con anastomosis en telescopaje, evolucionó satisfactoriamente.

El otro caso fue de un niño que tuvo un cuadro de vómito, diarrea y distensión, estaba en remisión de una leucemia. La simple de abdomen reveló un cuadro de distensión de las asas intestinales. Borramiento del psoas y aire debajo del diafragma, se realizó laparotomía exploradora y se encontró perforación de ciego, se realizó hemicolectomía derecha, anastomosis ileo transversa e ileostomía de seguridad. Evolucionó favorablemente. Falleció de su patología 3 meses después.

Obstrucción Isquémica

Se trató de una paciente femenina de 11 años de edad, en remisión de una leucemia linfoblástica aguda que presentó un cuadro abdominal agudo caracterizado por dolor en fosa ilíaca derecha, vómito y en el examen se palpaba una zona de plastrón en el cuadrante inferior del abdomen. La simple de abdomen reveló signos de obstrucción del intestino delgado. Fue sometida a laparotomía exploradora encontrándose un segmento del intestino delgado de 10 cm a nivel del fleon distal hiperémico, engrosado y con dilatación del yeyuno proximal. Se realizó resección del segmento y anastomosis primaria. El resultado histopatológico reveló isquemia intestinal segmentaria por obstrucción vascular debido a infiltración linfomatosa tumoral. Fue dado de alta y falleció 6 meses después por su enfermedad tumoral primaria.

Oblitoma

Una niña de 11 años de edad que había sido sometida a una resección de tumoración de la cola del páncreas, realizada fuera del Instituto, tuvo que ser sometida a laparotomía de urgencia 11 meses después. En informe histopatológico inicial estableció que se trataba de una adenoma de páncreas. La paciente continuó con controles periódicos que reportaban dolor abdominal de inicio vago, que fue volviéndose progresivo con períodos de obstrucción intestinal alta.

Fue sometida a laparotomía exploradora que reveló un material de cuerpo extraño con una reacción inflamatoria fibrótica con adherencias que obstruían el yeyuno y comprometían el bazo. Al final, se realizó resección intestinal con anastomosis terminoterminal, esplenectomía y apendicectomía. Tuvo una buena evolución postoperatoria.

Conclusiones

La apendicitis aguda fue la patología que mayormente se presentó en los pacientes pediátricos en nuestro instituto similar a lo que ocurre en otras partes del mundo, por lo que la sospecha de la misma debe tenerse en todo paciente que presenta dolor abdominal agudo y está recibiendo tratamiento por una enfermedad neoplásica, a sabiendas del ocultamiento de signos o síntomas clínicos.

En segundo lugar por lo anteriormente expresado es necesario establecer que la decisión del tratamiento del cuadro abdominal agudo en algunos casos deberá ser mas por clínica que por comprobación complementaria, por lo que el aforismo que es mejor operar por sospecha que por certeza, es válido puesto que el equivalente sería una peritonitis.

La laparoscopia constituirá sin lugar a dudas el mejor elemento de diagnóstico e incluso de tratamiento para el abdomen agudo pediátrico.

Bibliografía

1. Misis Gregory, Skibber John. Abdominal pain in the neutropenic cancer patient. Surgical problems affecting the patient cancer with cancer. Alan T. Lefor. Lippincott-Raven publisher. Philadelphia, 1996.
2. Irish Michael and others. The approach to common abdominal diagnoses in infants and children. Pediatric clinics of North America. Vol 45. Number 4. August 1998.
3. Caty Michael and cols. Abdominal tumors in Infancy and childhood. Pediatric clinics of North America. Vol 40. Number 6. December 1993.
4. Lobe TE. Acute abdomen. The role of the laparoscopy. Semin. Pediatric. Surgery. 1997.
5. Schwartz MZ. Acute abdomen. Laboratory evaluation and imaging. Semin. Pediatric. Surgery. 1997.



6. Schmitz Stolbrink. Gynecologic origin of acute abdomen in childhood. Radiology. 1997.
7. Appendicitis in childhood. Hahn Hopner. Radiologie 1997.
8. Troger J. Acute abdomen in childhood and adolescence. Radiologie. 1997.
9. Kulaylat M. A. case presentation and review of neutropenic enterocolitis. J. Med. 1997.
10. Bensard DD. Acute abdomen Special considerations for the neurologically and immunologically impaired child. Semin. Pediatr. Surgery. 1997.
11. Gauderer MW. Acute abdomen. When to operate immediately and when to observe. Semin. Pediatr. Surgery. 1997.
12. Sanehel J. et. al Urgencias Quirurgical Abdominal en pacientes Oncologicos. Oncologia. Vol 2 Numero 1 Pag.13



Del Editor:

INVITACIÓN A MANUSCRITOS

La revista "ONCOLOGIA" está dirigida a médicos afines al manejo de pacientes oncológicos. Se invita a los médicos a enviar artículos originales e inéditos que presenten conocimiento nuevo y relevante en el área de la Oncología. El editor estará gustoso de conversar con autores potenciales sobre tópicos o artículos a ser enviados para su publicación. Los manuscritos se aceptan en español (con abstracto en inglés) o en inglés. Las instrucciones para el autor aparecen en el número de diciembre de cada año o pueden ser solicitadas por escrito al Editor.

Dirija la correspondencia a:
Editor, Revista "ONCOLOGIA"
Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" ION-SOLCA
Avda. Pedro J. Menéndez Gilbert (junto a la ciudadela La Atarazana)
Apt. Postal No. 5255 / ó 3623
Guayaquil - Ecuador

Teléfonos 288-088 Fax: (593-4) 293-366 / 287-151

