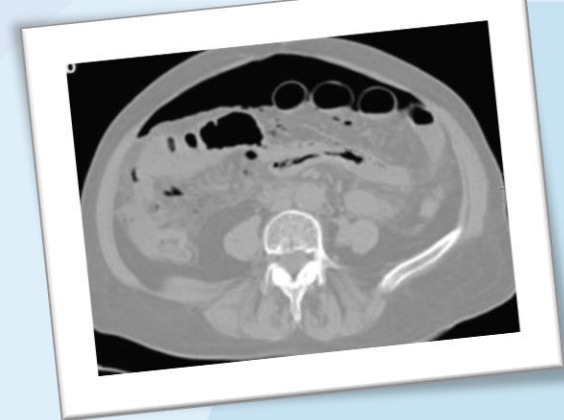




SOLCA
NÚCLEO DE QUITO



ABDOMEN AGUDO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

EXPOSITOR: DR. BAGNER YANGUA SANDOVAL
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROCOPICA
TUTOR: DR. EDWIN GUALLASAMIN
CIRUGÍA ONCOLOGICA



DEFINICIÓN

- Cuadro potencialmente mortal que cursa con síntomas abdominales graves, que se ha desarrollado, directa o indirectamente, como resultado de la enfermedad maligna o del tratamiento del cáncer. Y que requiere un manejo medico o quirúrgico.

CONSIDERACIONES INICIALES

- El 40% de los pacientes con cáncer acuden al servicio de urgencias con síntomas gastrointestinales.
- Presentación inicial de una neoplasia maligna no diagnosticada previamente hasta manifestaciones de enfermedad metastásica.
- Los síntomas pueden estar relacionados con efectos locales del tumor o con procesos sistémicos, síndromes paraneoplásicos o trastornos hemostáticos.

(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

CONSIDERACIONES INICIALES

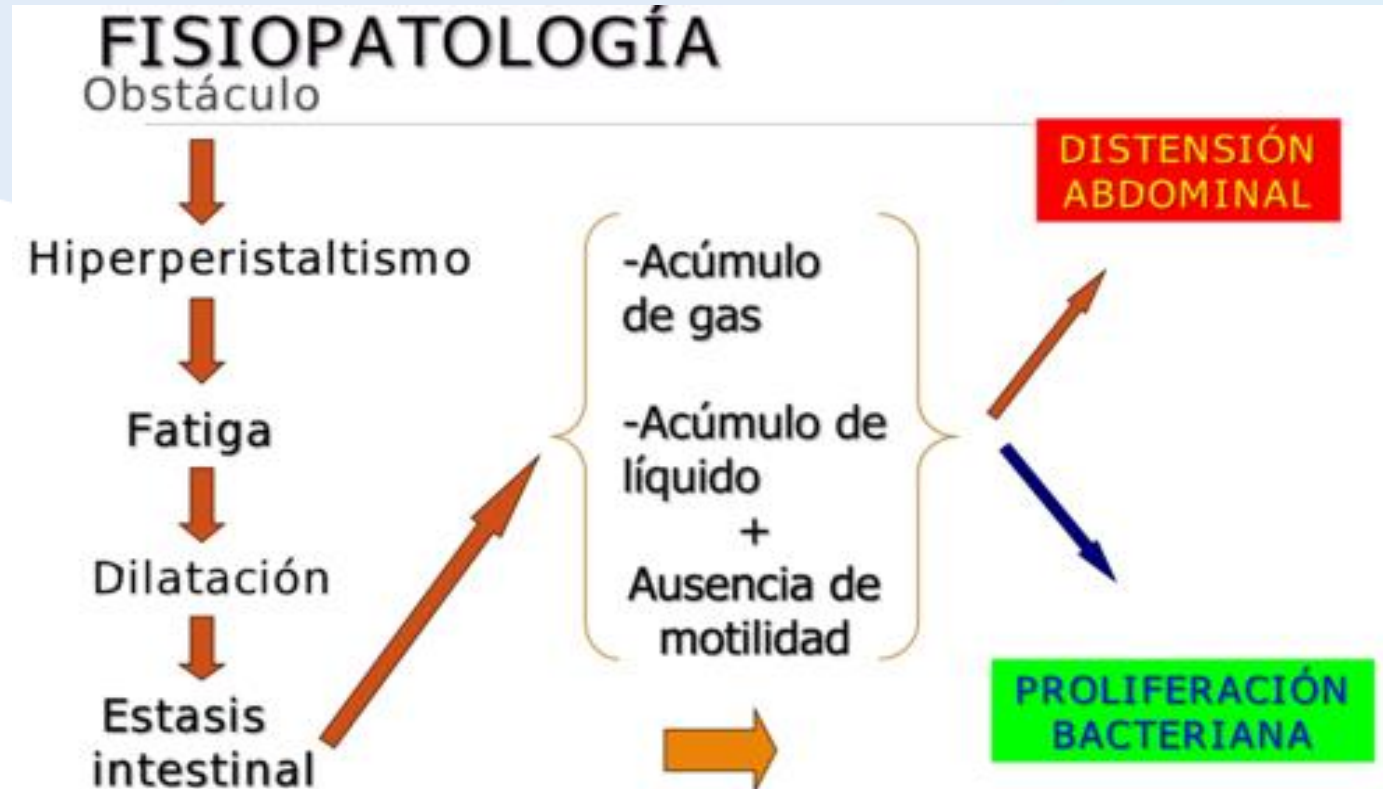
- La cirugías previas, QT, la inmunoterapia y la RT, se asocian a hallazgos abdominales agudos.
- La evaluación de pacientes inmunodeprimidos puede ser engañosa, por la neutropenia o la administración de esteroides.
- Las decisiones de manejo deben tomarse después de considerar múltiples factores, incluida la carga de la enfermedad, el pronóstico, la calidad de vida y los deseos del paciente.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

- Causa frecuente de abdomen agudo en pacientes oncológicos
- Incidencia general de obstrucción intestinal maligna es de 3 a 15%
- 10%-30% de los cánceres colorrectales y 20%-50% de los cánceres de ovario.

(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416. <https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

- Se pueden dividir en malignas y no malignas.
- Las malignas, causadas directamente por el tumor, ya sea por compresión extrínseca o invasión tumoral directa.
- Las causas benignas: adherencias, los cambios posteriores a la radiación o los cambios inflamatorios.
- Obstrucción intestino delgado vs grueso

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Clasificación topografica	
INTESTINO DELGADO	COLON
• Alta: Desde duodeno hasta la 1ª asa yeyunal	Con válvula ileocecal continente (asa cerrada)
• Baja: Desde 1ª asa yeyunal hasta válvula ileocecal.	Con válvula ileocecal incontinente



OBSTRUCCIÓN INTESTINO DELGADO

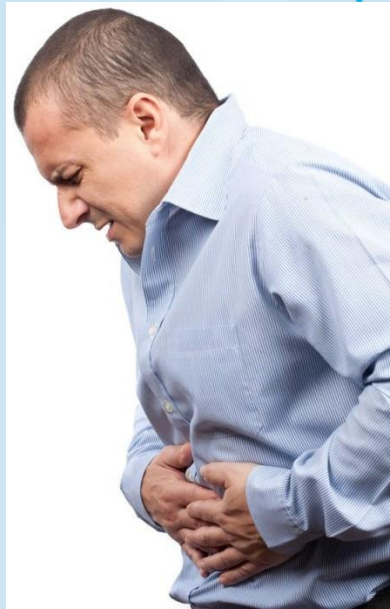
- Causada con más frecuencia por enfermedad metastásica (implantes peritoneales o serosos). Cáncer de pulmón, Melanoma y cáncer de mama

(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

Perlas del diagnostico

- Cuadro clínico compatible: distensión abdominal, náuseas, emesis y estreñimiento.
- BH + QUIMICA SANGUINEA
- GSA
- RX DE ABDOMEN 2 POSICIONES
- TAC S/C ABDOMEN Y PELVIS

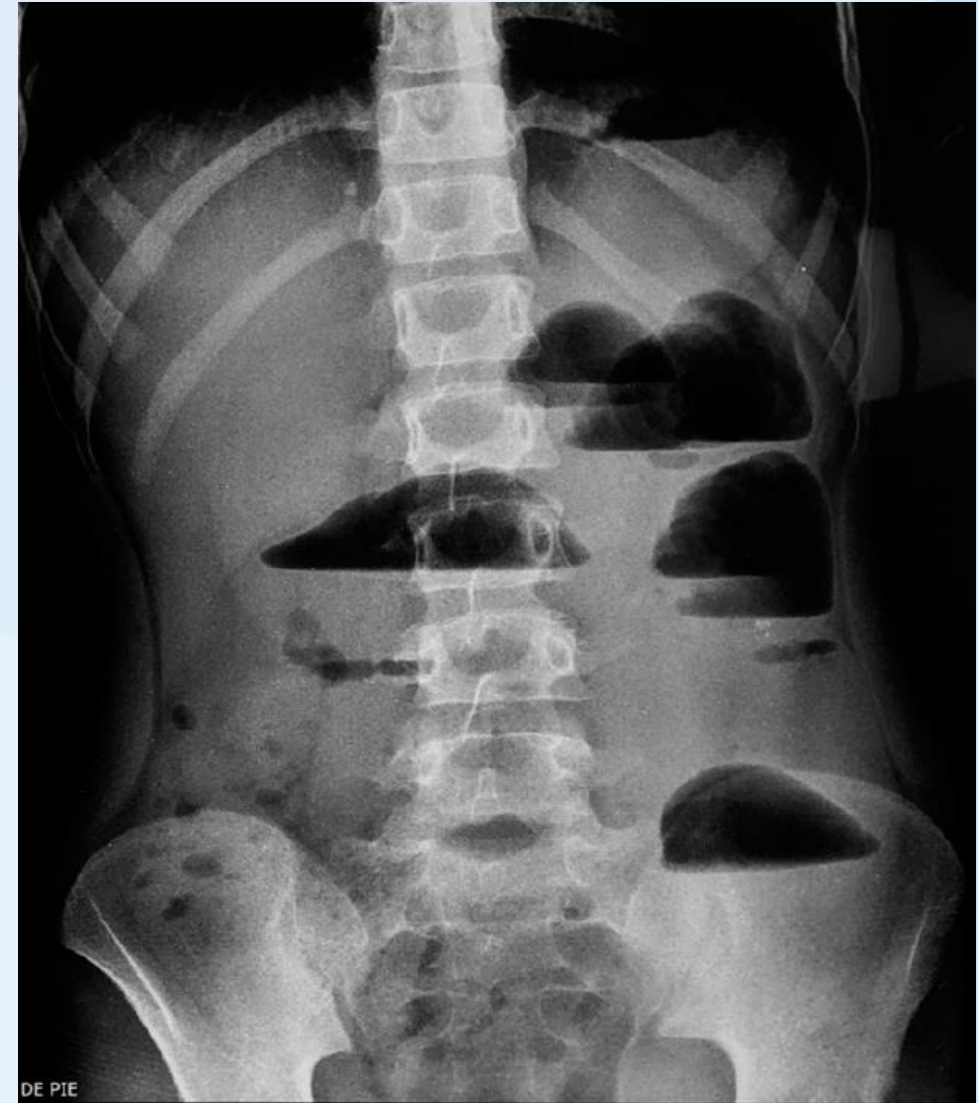
(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75



Rx de Abdomen

- Suelen ser la modalidad de imagen de primera línea
- Sensibilidad del 69% al 93%.
- Los hallazgos comunes incluyen asas del intestino delgado dilatadas más de 3 cm, aire- niveles de líquido separados por más de 2 cm, estómago dilatado y gas distal ausente.

(Ledet & Santos, 2019)Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75



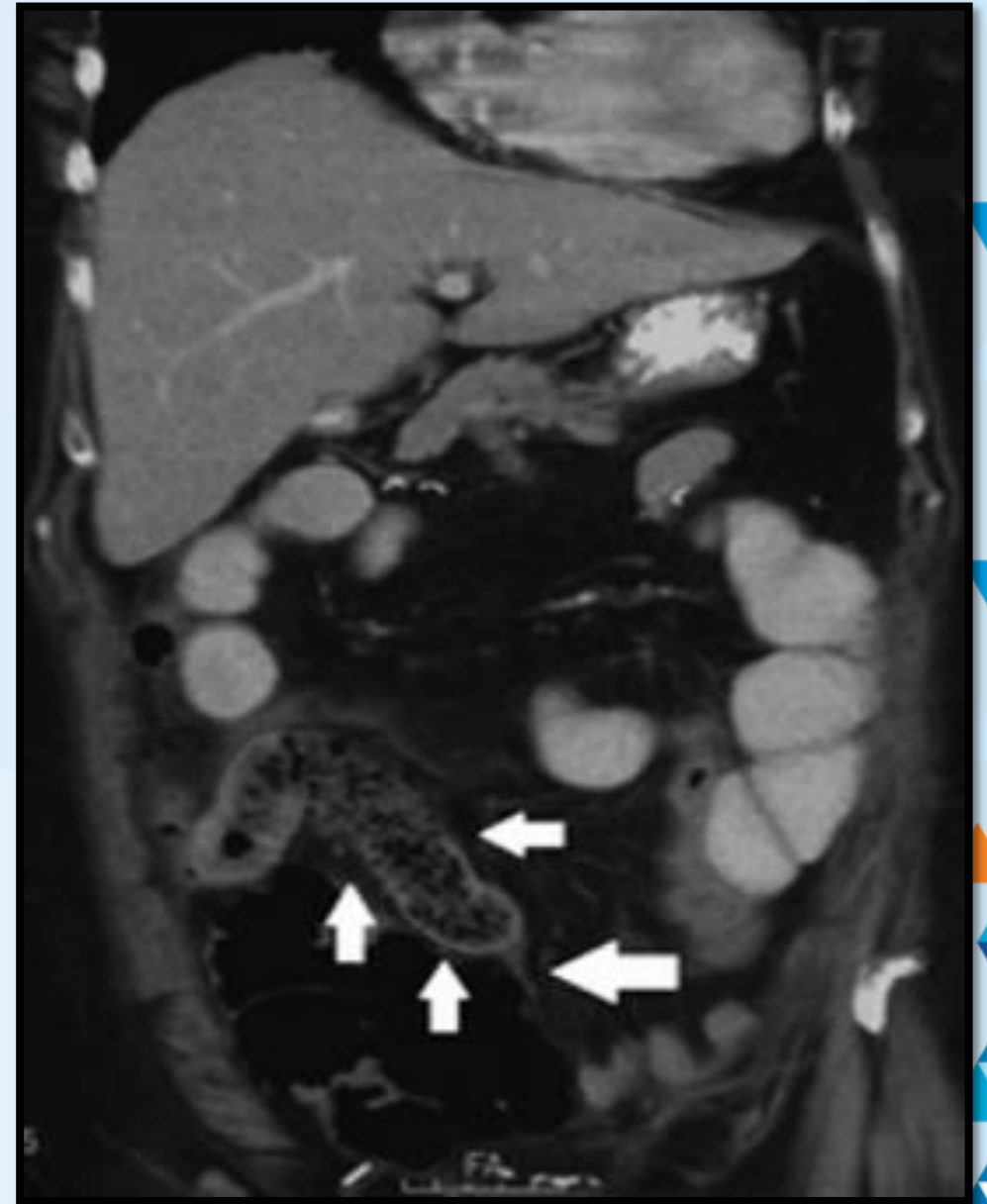
(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

TC DE ABDOMEN Y PELVIS S/C

- ***GOLD ESTÁNDAR***

- Permite identificación de la etiología y la ubicación de la obstrucción sospechada, evaluación de la neoplasia maligna subyacente, la posible enfermedad metastásica y la planificación del tratamiento.
- El papel del contraste oral es discutible:
 - Sospecha de perforación intestinal
 - Fístula, Abscesos
 - Pacientes con cirugías intestinales complejas o en aquellos pacientes que no pueden recibir contraste intravenoso.

SIGNOS TOMOGRÁFICOS



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

SIGNOS TOMOGRÁFICOS



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

SIGNOS TOMOGRÁFICOS



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

OBSTRUCCION INTESTINO DELGADO

MANEJO:

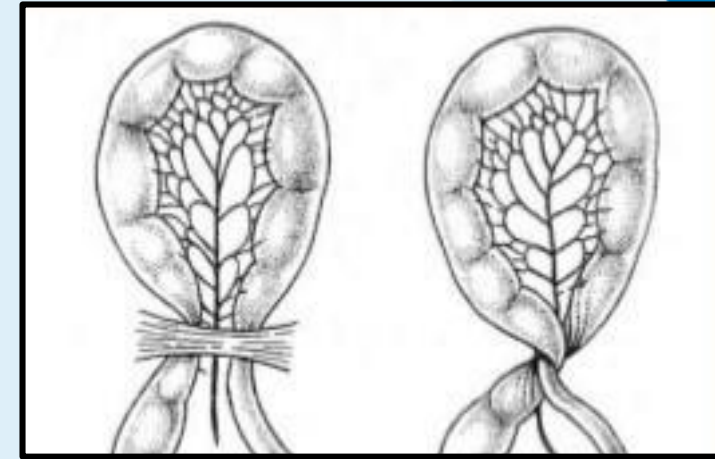
- Considerar el estadio del cáncer, el tratamiento futuro del cáncer, el pronóstico, la preferencia del paciente y el estado funcional.
- El pilar del tratamiento es el manejo conservador:
 - NPO
 - La reanimación HIDROELECTROLITICA
 - SNG
 - MEDICAMENTOS PARA ALIVIO SINTOMÁTICO: Octreotide.
- OBSERVACION POR 72H, si no funciona, considerar el manejo quirúrgico.

(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

OBSTRUCCION INTESTINO DELGADO

MANEJO QUIRURGICO EMERGENTE:

- Estrangulación intestinal
- Obstrucción de asa cerrada
- Obstrucciones intestinales que empeoran con el tratamiento conservador.
- LAPAROTOMIA EXPLORATORIA!!!
 - RESECCION VS CIRUGIA PALIATIVA (BYPASS, OSTOMIAS)



OBSTRUCCIÓN INTESTINO DELGADO

MANEJO QUIRURGICO:

- A pesar de la cirugía, la mortalidad hospitalaria de estos pacientes oscila entre el 10 y el 25%
- Casi el 40% se reobstruyen.
- Tasa de complicaciones 10-90%

NO SON CANDIDATOS QUIRURGICOS:

- Los pacientes con un estado nutricional y funcional deficiente
- Comorbilidades debilitantes
- Esperanza de vida corta (<2 meses)
- Carga tumoral intraabdominal palpable difusa, Carcinomatosis
- Ascitis masiva.

“Es importante individualizar el manejo de los pacientes”.

OBSTRUCCIÓN INTESTINO GRUESO

- Menos comunes que las del intestino delgado
- >80 % se deben a una neoplasia maligna primaria, con mayor frecuencia cáncer colorrectal.
- Es más común en el colon del lado izquierdo, mientras que los cánceres de colon del lado derecho se presentan con mayor frecuencia con masas grandes.



HALLAZGOS RX ABDOMEN

PATRON LESION EN EL COLON DERECHO

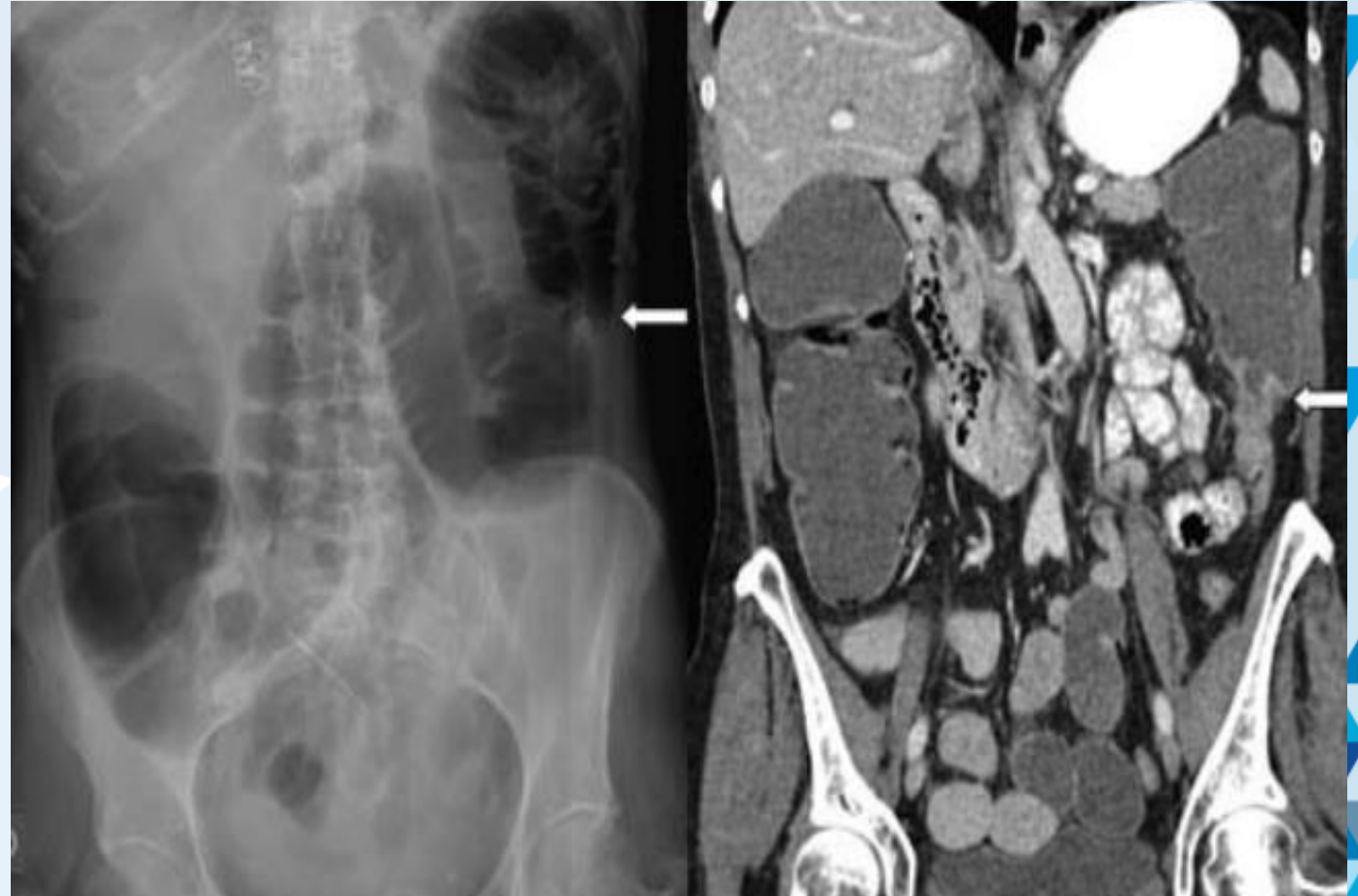
- AUSENCIA DE GAS EN EL COLON
- ASAS DILATADAS >3CM
- NIVELES HIDROAEREOS



HALLAZGOS RX ABDOMEN

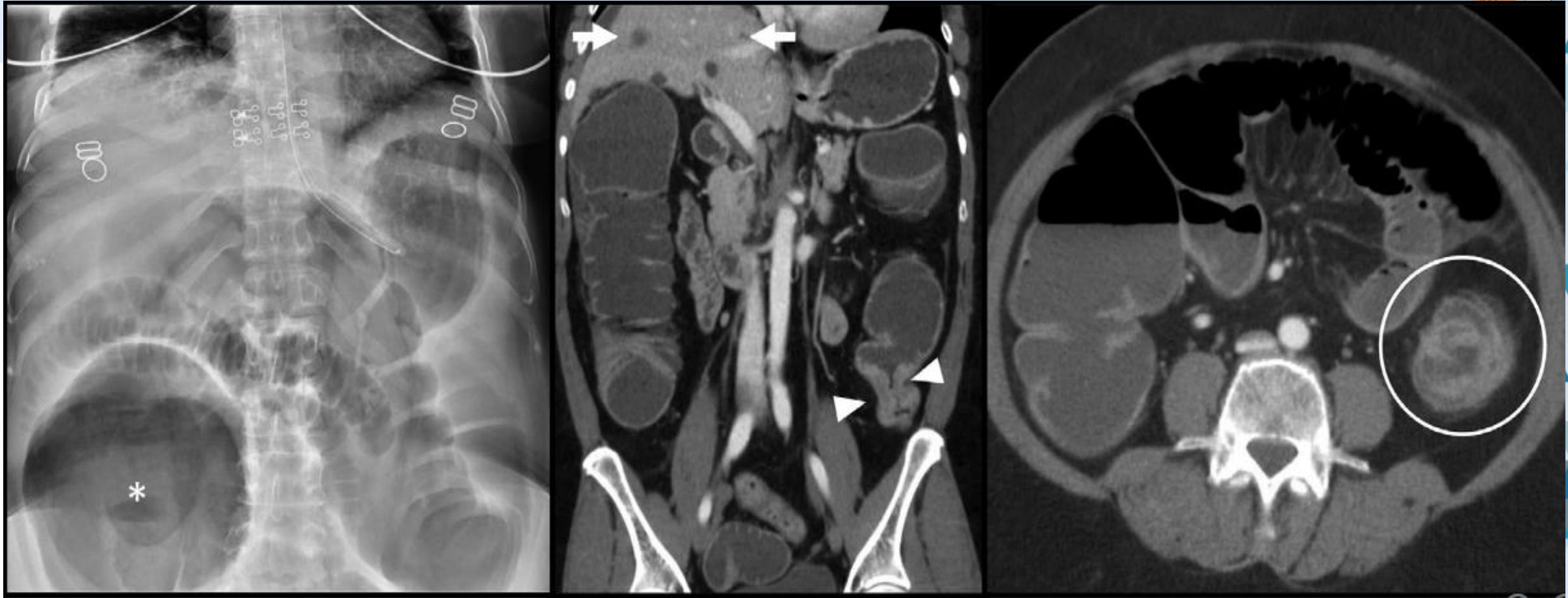
PATRON LESIÓN EN EL COLON IZQUIERDO

- DEPENDE DE LA
CONTINENCIA DE LA
VALVULA IELOCECAL
- COLON DILATADO
- CIEGO > 9CM ALTO RIESGO
DE PERFORACION



TC ABD-PELVIS S/C

- Causa de la obstrucción, viabilidad del intestino, la extensión del tumor asociado, las adenopatías, y la enfermedad metastásica.
- La presencia de diverticulitis y/o perforación asociadas pueden confundir el diagnóstico.
- Descartar tumor sincrónico, presente en un 2-9% de los casos.



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

MANEJO:

- POR LO GENERAL QUIRURGICO.
- La colocación de stent se reserva para casos en los que el tumor se considera irresecable (paliativa) o como puente a la cirugía.
- En candidatos quirúrgicos apropiados, la colocación exitosa de stents colónicos varía del 80% al 100% y mejora la sintomatología en más del 75% de los pacientes

(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL

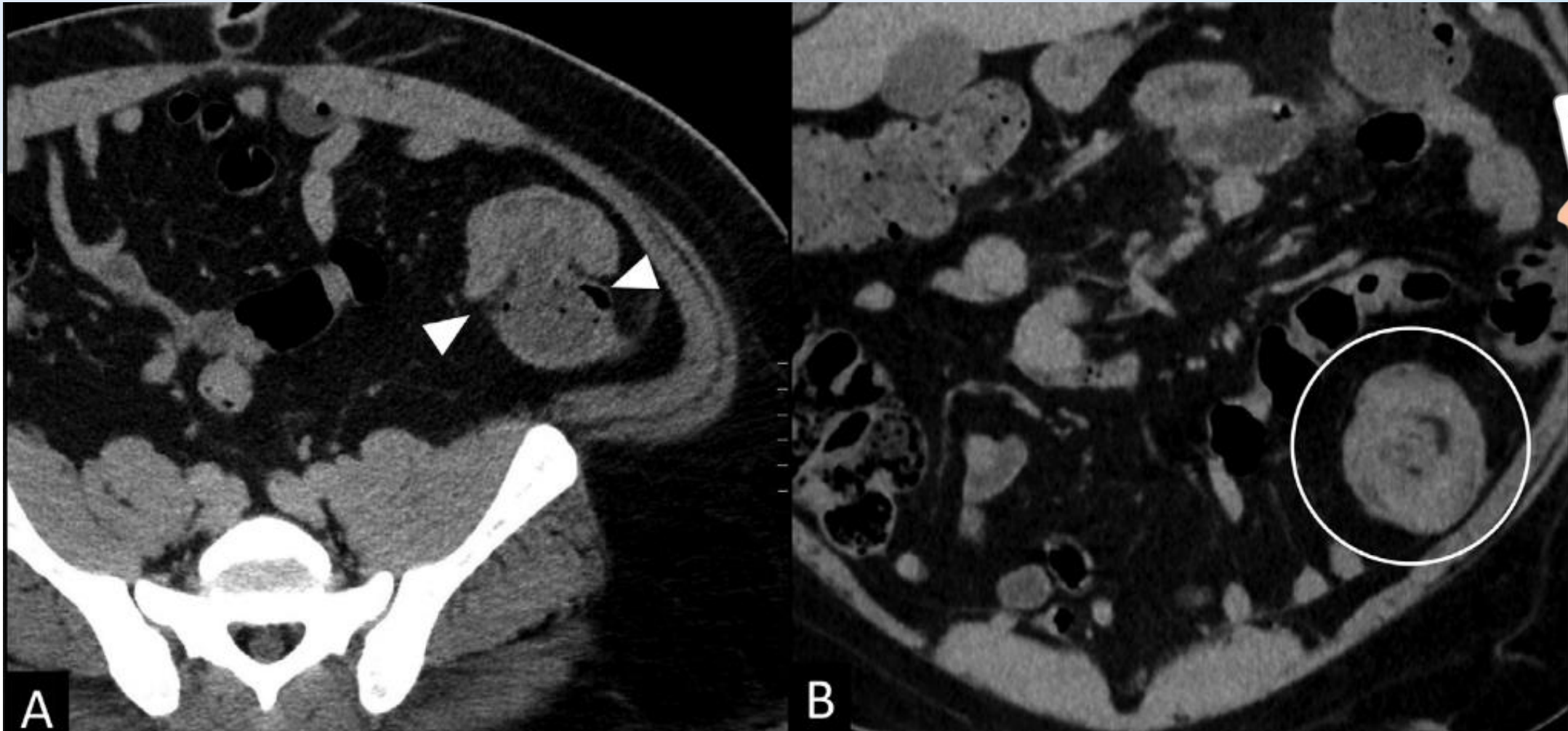
- Causa rara de obstrucción,
- Telescopaje de 1 segmento de intestino en un segmento más distal.
- **Cuadro clínico:** dolor abdominal tipo cólico, seguidos de signos de obstrucción que incluyen náuseas, vómitos y distensión abdominal.
- 90 % asociada a neoplasia en la población adulta
- Las del intestino delgado generalmente asociadas a neoplasias benignas, las del intestino grueso a malignas.



(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

Hallazgos en imagen:

- Signo de diana, signos de la dona
- Debido a la alta incidencia de neoplasia, **la cirugía suele ser el tratamiento de elección en adultos.**
- Sin embargo, las intususcepciones del intestino delgado de menos de 3,5 cm sin evidencia de obstrucción, suelen ser transitorias y pueden tratarse sin cirugía.



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

PERFORACIÓN INTESITAL

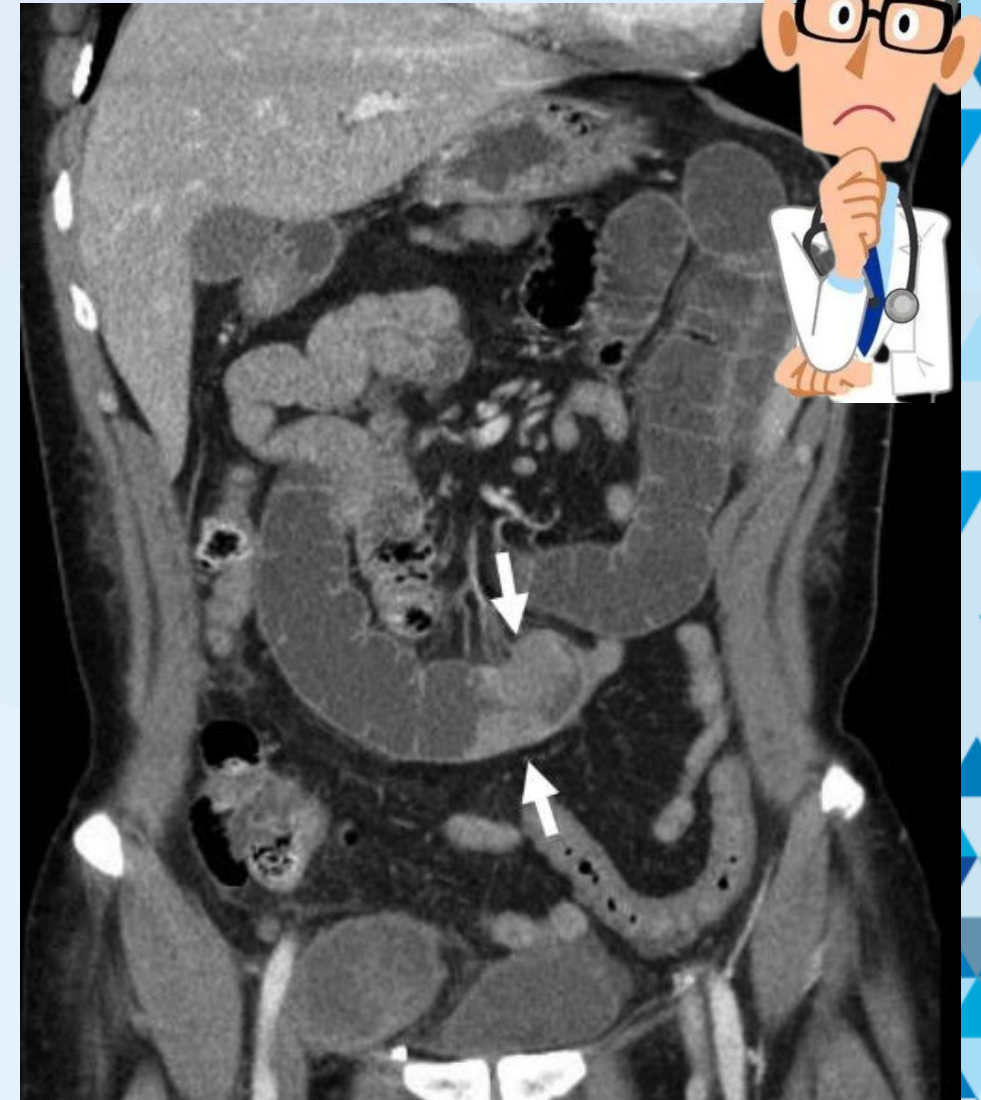
- Los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo de perforación
- La malignidad representa aproximadamente el 8% de los pacientes que presentan neumoperitoneo.
- **Perforaciones libres** cuando hay contaminación intraperitoneal del contenido intestinal
- **Perforaciones contenidas** si los órganos circundantes tapan el área perforada.
- Los pacientes inmunocomprometidos mas frecuente perforaciones libres.

PERFORACIÓN INTESTINAL

- Factores contribuyentes potenciales:
 - La invasión tumoral de la vasculatura
 - La invasión tumoral directa o la obstrucción intestinal por el tumor
 - Inmunodepresión aumenta el riesgo de infecciones oportunistas.
 - La radioterapia, QT
 - Bevacizumab se ha asociado con perforación intestinal y formación de fístulas. Mínimo 28 días previo a QX.
 - Lesiones iatrogénicas: Procedimientos endoscópicos

PERFORACION INTESTINO DELGADO

- Linfoma causa mas común, menos frecuentes enfermedad metastásica y adenocarcinoma.
- El riesgo de perforación aumenta en pacientes con linfoma que están siendo tratados con esteroides y quimioterapia sistémica.
- La TC se presentará como una masa intraumural circunferencial, que se extiende al mesenterio adyacente y a los ganglios linfáticos



PERFORACION INTESTINO GRUESO

- Es más común en el intestino grueso y ocurre en el 2,6%-12% de los pacientes con cáncer colorrectal.
- Es más frecuente en los cánceres sigmoides y ciego.
- 2 mecanismos:
 - Se produce en el sitio del tumor por invasión directa y/o necrosis
 - Tipo "estallido" en el contexto de una válvula ileocecal competente
- También puede ocurrir en el contexto de enfermedad diverticular, colitis isquémica, enterocolitis neutropénica e infecciones oportunistas como CMV y Candida

(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients.

Oncologic Critical Care, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

PERFORACIÓN INTESTINO GRUESO

- Diámetro cecal >9 cm alto riesgo de perforación.
- Tienden a tener mayores volúmenes de neumoperitoneo.
- Tradicionalmente, la perforación se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad, entre 30% y 50%.
- Las tasas de supervivencia pueden depender más de la gravedad de la peritonitis y el estadio del tumor

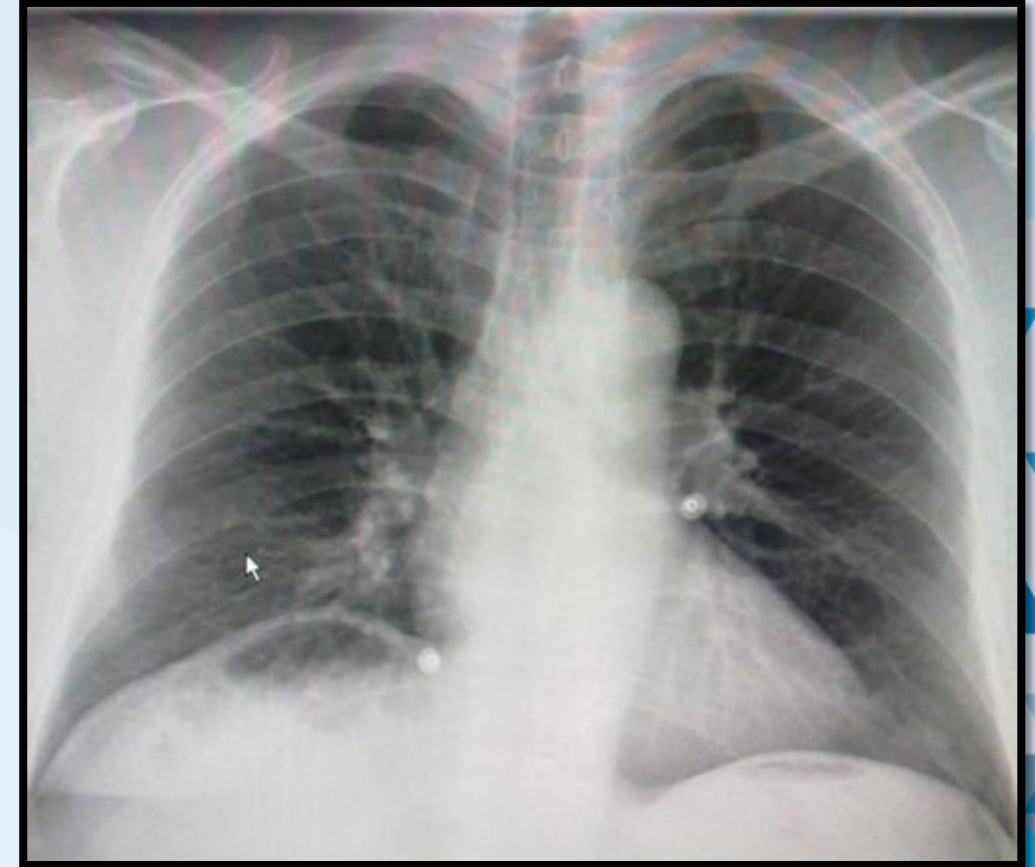
Perlas del diagnostico:

- PERFORACIÓN CONTENIDA VS NO CONTENIDA
- Fiebre, Taquicardia, hipotensión.
- Dolor abdominal difuso, Signos de peritonitis
- Laboratorio: Leucocitosis; PCT PCR elevados, GSA.
- Pacientes inmunocomprometidos, estos hallazgos pueden no estar presentes.

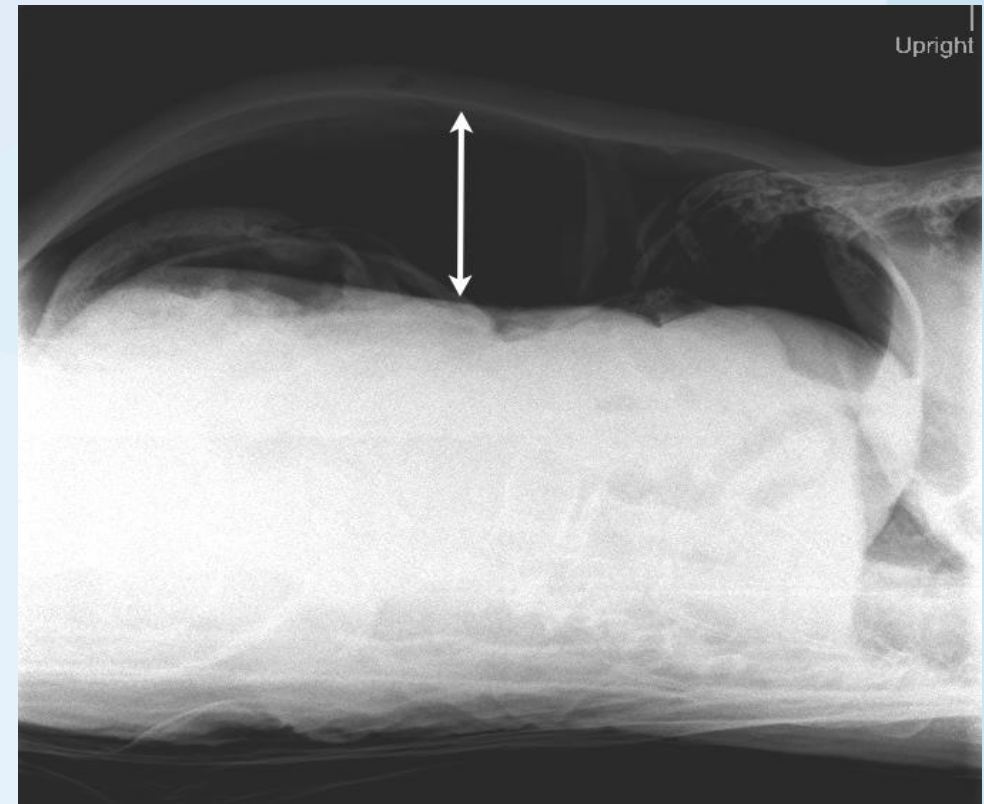
(Ledet & Santos, 2019) Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients. *Oncologic Critical Care*, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

Hallazgos RX DE ABDOMEN

- Pedir RX Torax, abdomen de pie y decúbito o decúbito con rayo horizontal
- Imagen de primera línea ante la sospecha de perforación.
- Sensibilidad 30%-59%, es menos sensible para perforaciones contenidas.



Hallazgos RX de abdomen: Decúbito lateral rayo horizontal



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>

Hallazgos TC de abdomen

- Mejor detección de neumoperitoneo de pequeño volumen o perforaciones contenidas
- Localiza el sitio de ruptura.



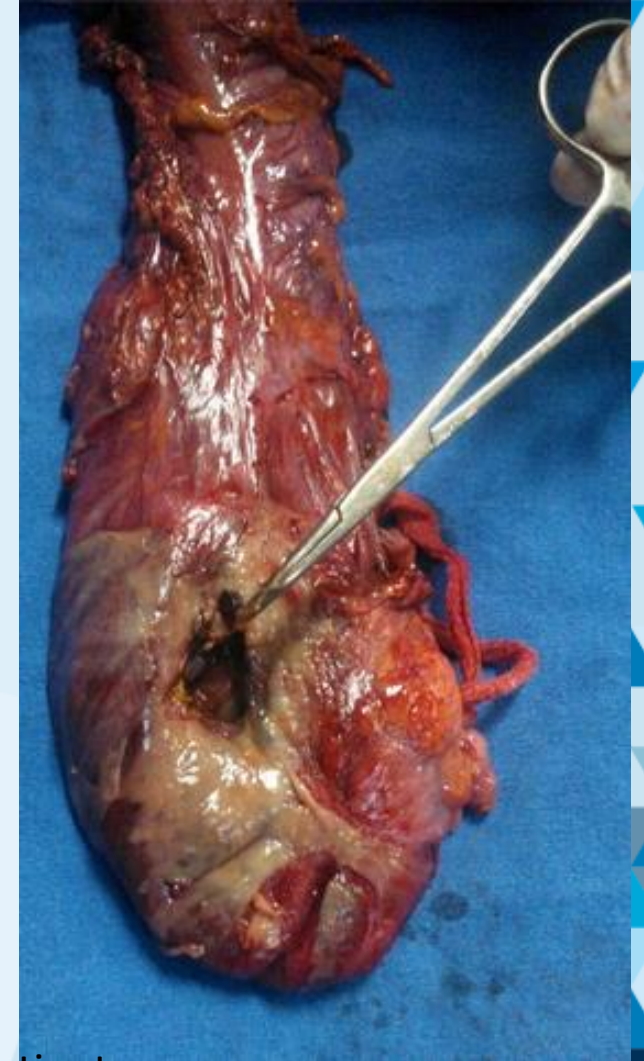
- Los hallazgos de la TC:
- Aire extraluminal, derrame de contenido fecal y defecto de la pared colónica.
- A menudo se observan fístulas o abscesos concomitantes, así como enfermedad metastásica.



PERFORACIÓN INTESITAL

El tratamiento: QUIRURGICO

- Requiere la consideración de la carga tumoral, el pronóstico del cáncer, comorbilidades y los deseos del paciente y los familiares.



(Ledet & Santos, 2019)Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients.

Oncologic Critical Care, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

¿Quiénes no se benefician de un tratamiento quirúrgico?

- Pacientes con una carga tumoral alta en donde el Paciente/familia desean medidas de confort
- Perforaciones contenidas y sin signos de sepsis sistémica.

ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA

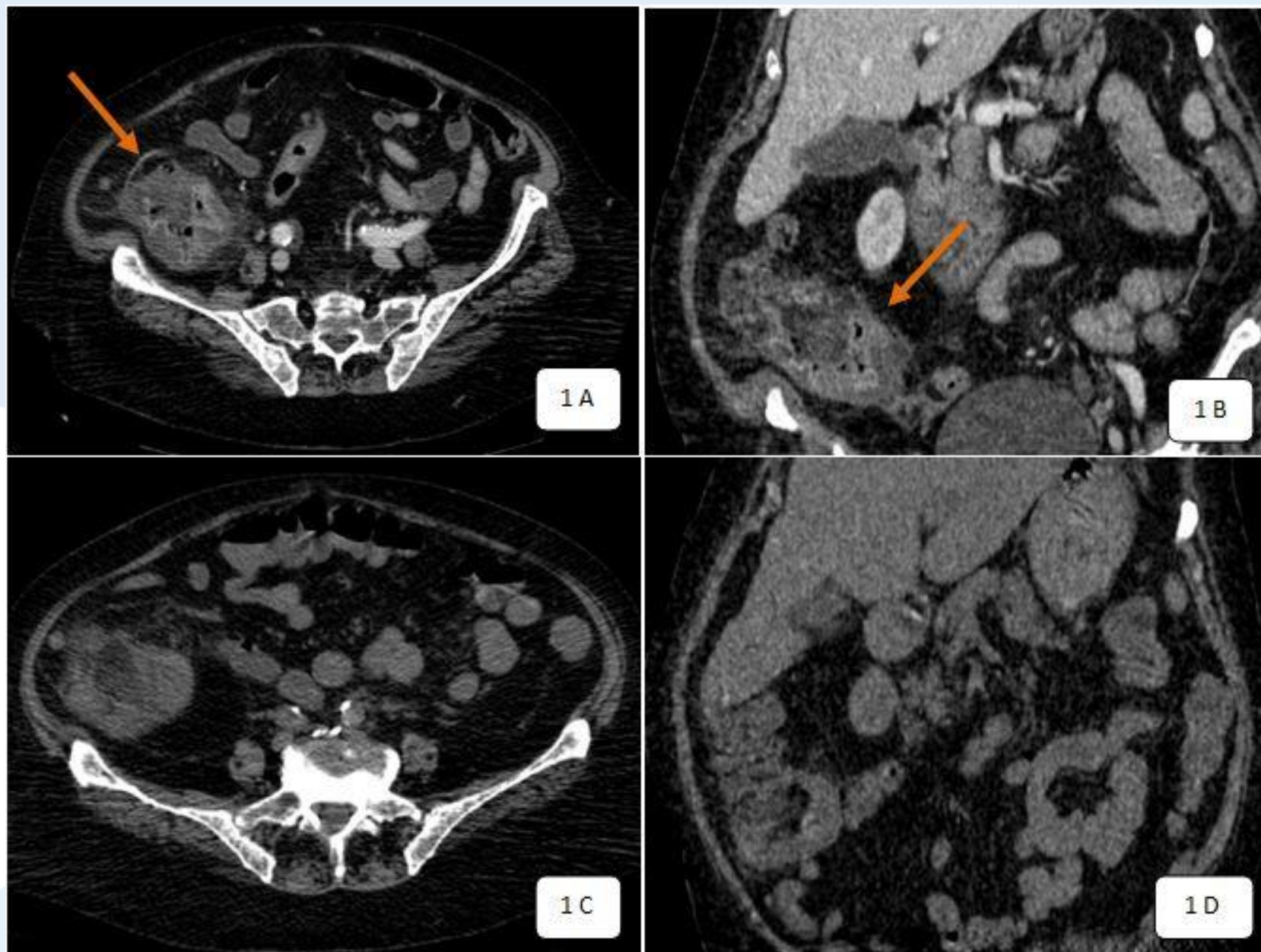
- Causa más común de dolor abdominal agudo en pacientes neutropénicos
- Se presenta de 7 a 14 días post QT, durante el período neutropénico
- El mas afectado es el ciego e íleon.
- **Fisiopatología:** Lesión de la mucosa por quimioterapia citotóxica combinada con neutropenia que conduce a edema intestinal y alteración de la superficie de la mucosa.
- Esto predispone al paciente a la invasión de bacterias intramurales.
Translocación bacteriana.

Perlas diagnosticas

- Los pacientes presentan dolor abdominal agudo, fiebre y neutropenia (conteo absoluto de $<1500/l$).
- Al examen físico puede existir rebote lo que puede simular un abdomen quirúrgico.
- Enterocolitis neutropénica es un diagnóstico de exclusión, y las causas comunes del abdomen agudo, como la colecistitis aguda, la apendicitis o la diverticulitis deben descartarse primero.

Hallazgos en imagen:

- **Rx de abdomen: inespecífica,**
- **La ecografía y la TC son los pilares del diagnóstico.** Permiten hacer dg diferencial.
- TC :Engrosamiento de la pared cecal (10-30 mm).
- El grado de engrosamiento puede tener valor pronóstico, ya que los pacientes con un grosor de la pared intestinal >10 mm tienen una mayor tasa de mortalidad (60-80%)
- **Otros hallazgos de TC:** distensión intestinal, neumatosis, inflamación de la grasa mesentérica adyacente.



(McGinty, 2020) McGinty, K. (2020). Acute Abdomen in the Oncology Patient. *Seminars in Roentgenology*, 55(4), 400–416.
<https://doi.org/10.1053/J.RO.2020.07.001>



Ilgen, J. S., & Marr, A. L. (2009). Cancer Emergencies: The Acute Abdomen. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 27(3), 381–399. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.04.006>

ENTEROCOLITIS NEUTROPÉNICA

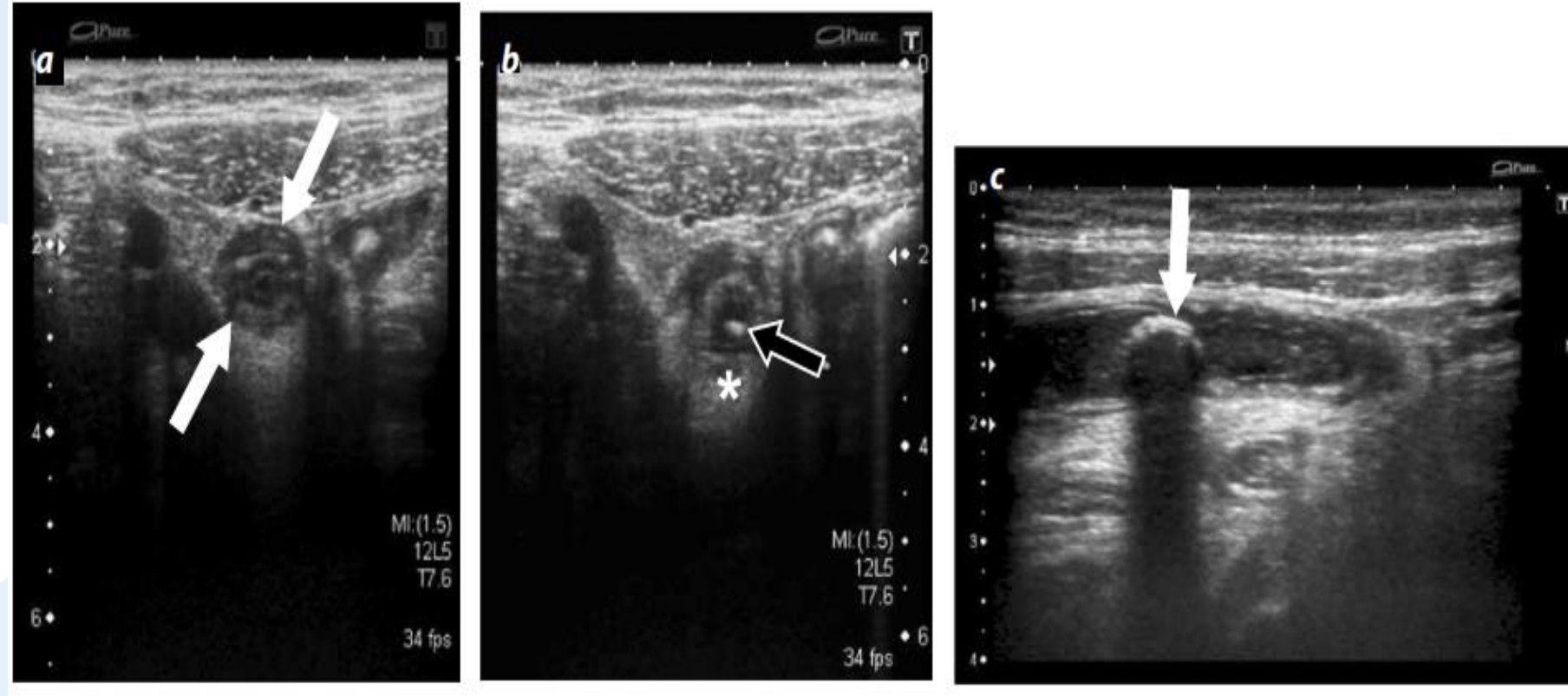
- **Las complicaciones** frecuentes incluyen septicemia y perforación y, con menos frecuencia, hemorragia gastrointestinal.
- **Tasa de mortalidad** que oscila entre el 50 y el 100%, aunque se reduce al 23-31% con el manejo médico adecuado.
- En general, el tratamiento de la EN es de sostén
 - NPO, hidratación, Antibioterapia, y soporte hemodinámico agresivo
 - Se reserva cirugía para casos, perforación o sepsis no controlada.
 - los procedimientos quirúrgicos gastrointestinales en pacientes neutropénicos se asocian con una mortalidad hospitalaria del 30 %

DG. DIFERENCIAL: APENDICITIS AGUDA

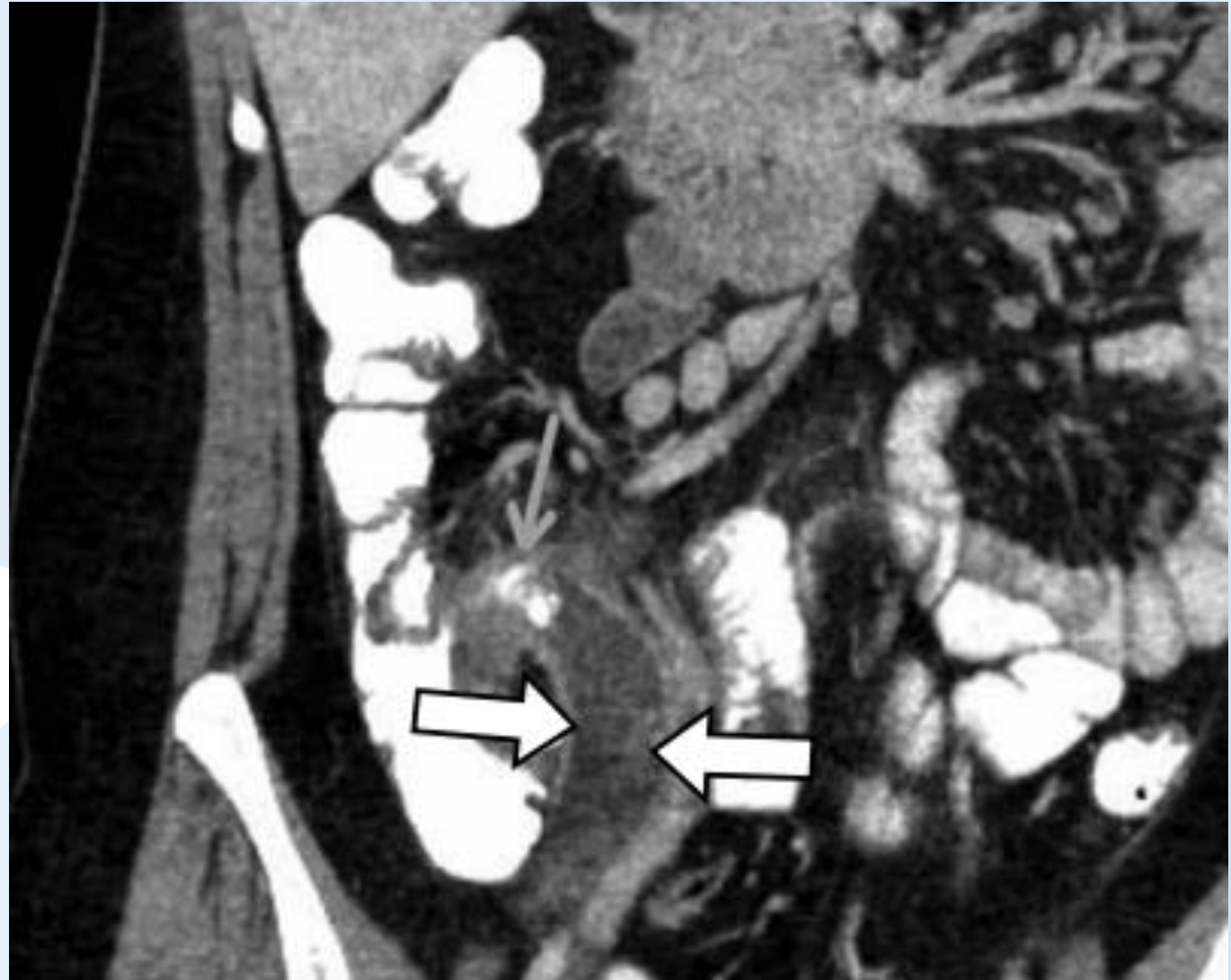
- Patrón migratorio del dolor 50% de los casos.
- Cuadro clínico enmascarado Pctes inmunodeprimidos.
- Dolor en fosa iliaca derecha.
- Signos apendiculares: Mc Burney, Rovsing, Psoas, Obturador.
- Signos Mussy, Blumberg, peritonismo
- Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, PCT, PCR elevados.

Hallazgos US

- Diámetro >6mm
- Pared >1mm
- Apendicolito
- Liquido periapendicular
- Signo de Diana o Target



Hallazgos TAC



Bosscher, M. R. F., van Leeuwen, B. L., & Hoekstra, H. J. (2014). Surgical emergencies in oncology. *Cancer Treatment Reviews*, 40(8), 1028–1036. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.05.005>

APENDICITIS AGUDA: MANEJO

- ANALGESICO
- ANTIBIOTICO
- QUIRURGICO:
APENDILAP VS
LAPAROTOMIA

Tabla 1. Escala de Alvarado para calcular la probabilidad clínica (pretest) de apendicitis aguda.

Categoría	Descriptor	Puntaje
Síntomas	Migración	1
	Anorexia – cetonuria	1
	Náusea – vómito	1
Signos	Dolor en el cuadrante inferior derecho	2
	Dolor de rebote	1
	Fiebre (> 37,3 °C de temperatura oral)	1
Laboratorio	Leucocitosis (> 10.000/mm ³)	2
	Desviación hacia la izquierda (Neutrófilos > 75%)	1
Puntaje	Interpretación	
1 – 4	Baja probabilidad de apendicitis	
5 – 6	Posible apendicitis	
7 – 8	Probable apendicitis	
9 – 10	Apendicitis muy probable	

Fuente: Tomado y adaptado de Alvarado A. (20)

CAUSAS HEPATOBILIARES

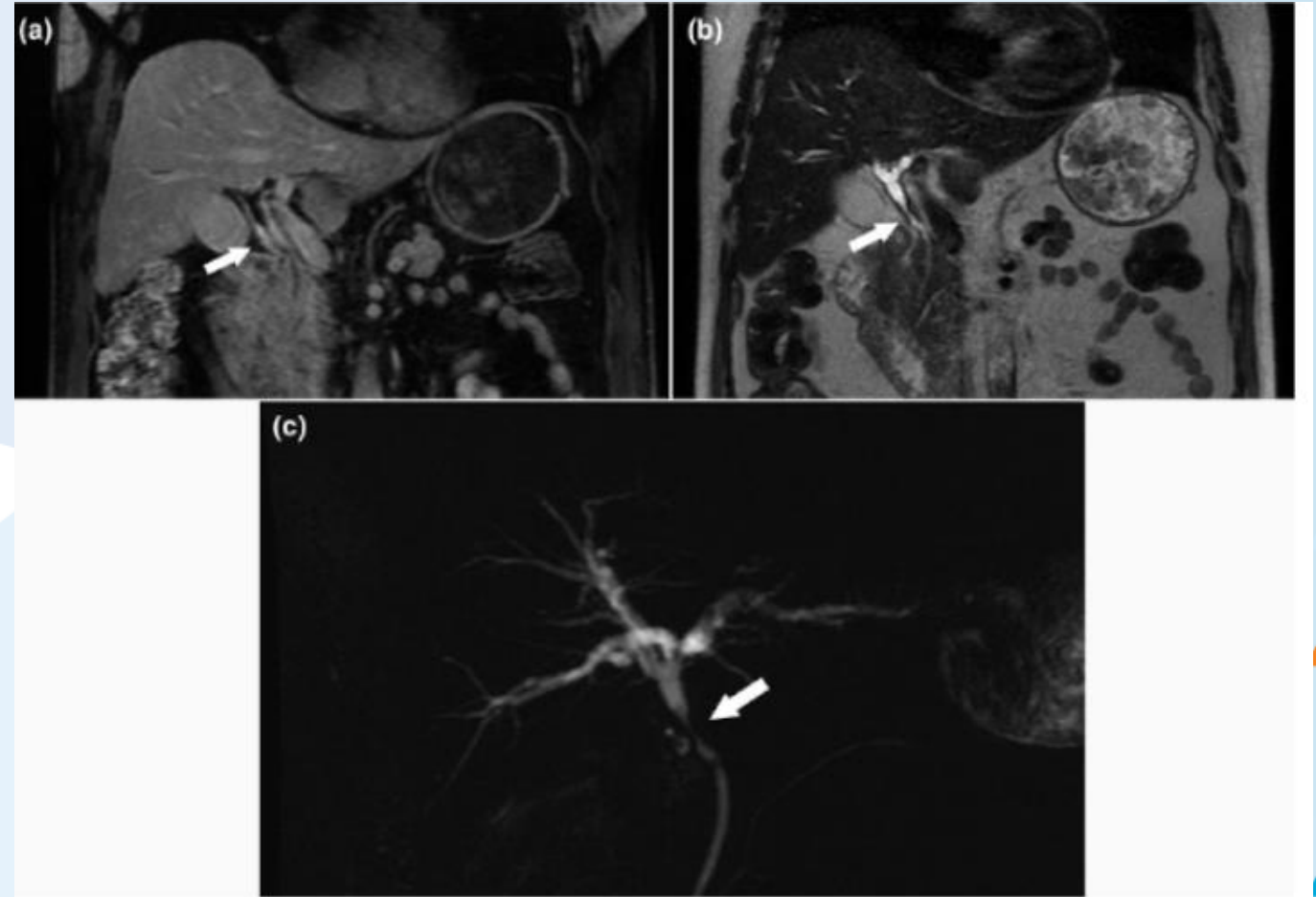
OBSTRUCCION BILIAR

CAUSAS:

- Neoplasias pancreáticas o periampulares, colangiocarcinoma o adenopatía metastásica que comprime la vía biliar extrahepática. O lesiones intrahepáticas que bloquean los conductos biliares intrahepáticos más pequeños.
- Otras causas: estenosis postRT o post QX
- El pronóstico general de la obstrucción biliar maligna es malo

IMAGEN:

- US poco sensible para vía biliar
- Colangiorensonancia de elección para mapear vía biliar
- RMN de abdomen y pelvis complementa el estudio de lesiones Intrahepáticas y pancreáticas



CAUSAS HEPATOBILIARES

OBSTRUCCION BILIAR

Manejo:

- Aliviar obstrucción
- CPRE VS CPTH
- Colocación de Stent: Plástico vs Metálico



COLANGITIS AGUDA

- Las neoplasias causan del 8% al 19% de los casos de colangitis.
- Tríada de Charcot de fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho e ictericia.
- En estos pacientes, la dilatación de la vía biliar y la el engrosamiento de las paredes del conducto biliar en la ecografía, TC o RM sugiere el diagnóstico de colangitis ascendente.

Criterios de Tokio TG18

COLANGITIS AGUDA

DIAGNÓSTICO - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (TG18)

A) INFLAMACIÓN SISTÉMICA

Fiebre (temperatura $>38^{\circ}\text{C}$) y/o escalofríos

Recuento de leucocitos $<4\,000$ o $>10\,000/\text{mm}^3$ o PCR ≥ 1 mg/dl

B) COLESTASIS

Ictericia (bilirrubina total ≥ 2 mg/dl)

Pruebas de función hepática alteradas (fosfatasa alcalina, gamma glutamil transpeptidasa y transaminasas elevadas >1.5 veces del valor normal)

C) ESTUDIOS DE IMAGEN

Dilatación anormal del conducto biliar principal

Evidencia de la etiología en estudios de imagen (estenosis, cálculos, stent, etc.)

Interpretación:

- Sospecha de diagnóstico: un ítem en A + un ítem en B o C
- Diagnóstico definitivo: un ítem en A + un ítem en B + un ítem en C

Dr. Jaime Carrasco Orellana
DIAGNÓSTICO MÉDICO



Severity : Grade III (severe Cholecystitis/Cholangitis)

At least one organ dysfunction

1. CVS : hypotension requiring dopamine ≥ 5 lg/kg per min, or any dose of norepinephrine
2. Neurological: disturbance of consciousness
3. Respiratory: PaO₂/FiO₂ ratio <300
4. Renal: oliguria, serum creatinine >2.0 mg/dl
5. Hepatic: PT-INR >1.5
6. Hematological: platelet count $<100,000/\text{mm}^3$

Grade II (Moderate) acute cholangitis

"Grade II" acute cholangitis is associated with any two of the following conditions:

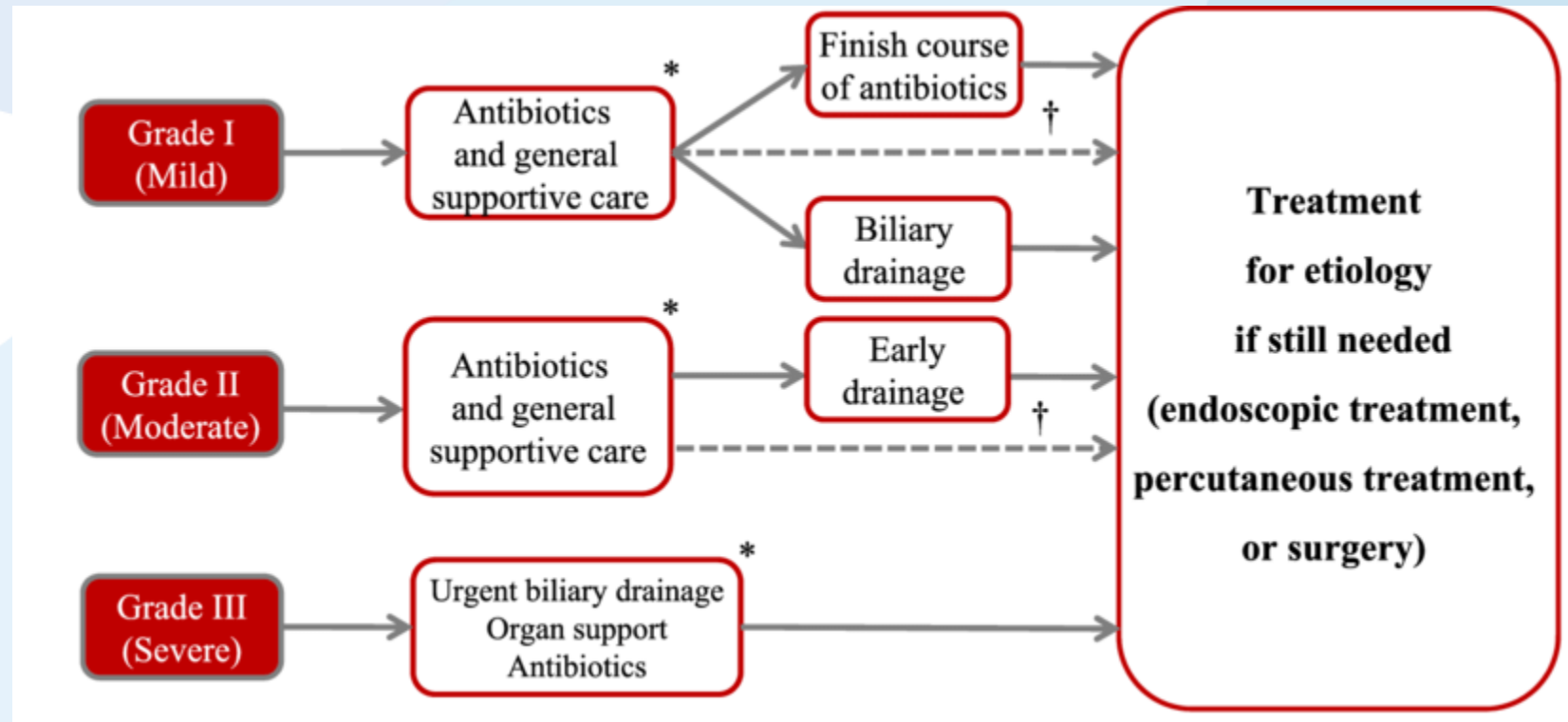
1. Abnormal WBC count ($>12,000/\text{mm}^3$, $<4,000/\text{mm}^3$)
2. High fever ($\geq 39^{\circ}\text{C}$)
3. Age (≥ 75 years old)
4. Hyperbilirubinemia (Total Bilirubin ≥ 5 mg/dl)
5. Hypoalbuminemia ($< \text{STD} \times 0.7$).

Grade I (Mild) acute cholangitis

"Grade I" acute cholangitis does not meet the criteria of "Grade III (severe)" or "Grade II (moderate) acute cholangitis at initial diagnosis.

Colangitis aguda: MANEJO

- Terapia antibiótica y drenaje biliar. SON LOS PILARES
- CPRE suele ser el procedimiento de primera línea.
- Sin embargo, en casos de obstrucción hiliar, CPTH



COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA

- Más común en el paciente oncológico, debido a fases avanzadas de la enfermedad, quimioterapia, episodios neutropénicos, NPT, sepsis y desnutrición.
- Hasta en un 50 % y perforación hasta en un 10 %, así como una mayor tasa de mortalidad (aproximadamente un 30 %).
- **Patogenia:** Multifactorial. Asociado a estasis biliar y sepsis
- **Cuadro clínico:** dolor en hipocondrio derecho, fiebre, náusea-vómito. Murphy positivo.

COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA: IMAGEN

- Engrosamiento pared de más de 3,5-4 mm
- vesícula biliar distendida
- Líquido pericolecístico
- Ausencia de cálculos
- Murphy ecográfico



COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA: Manejo

- Antibioticoterapia: aerobios gram negativos, enterococo y anaerobios.
- Analgesia
- Enfoque menos invasivo: Drenaje percutáneo.
- Colelap queda reservada para pacientes con gangrena, perforación vesicular o cuando el drenaje percutáneo fracasa.

HEMORRAGIA

- **Mecanismos:** invasión tumoral, daño vascular local, respuesta al tratamiento del tumor, lesión por radiación, coagulopatías.
- La hemorragia intraabdominal grave puede estar causada por tumores sólidos, como el carcinoma hepatocelular, el carcinoma renal y el melanoma.
- La rotura espontánea del bazo provocada por un linfoma.
- **Sangrado digestivo** por neoplasias malignas, como resultado de la invasión tumoral en el órgano o la mucosa.

HEMORRAGIA

- Factores de riesgo:
 - Gran tamaño del tumor,
 - Ubicación periférica o subcapsular
 - Gran vascularización

Cuadro clínico:

- Pcte hipotenso, taquicárdico, pálido
- Dolor abdominal inespecífico
- Caída de Hb y Hcto
- Evidencia de sangrado: Hematemesis, Melenas, hematoquesia. Sangrado intrabdominal.

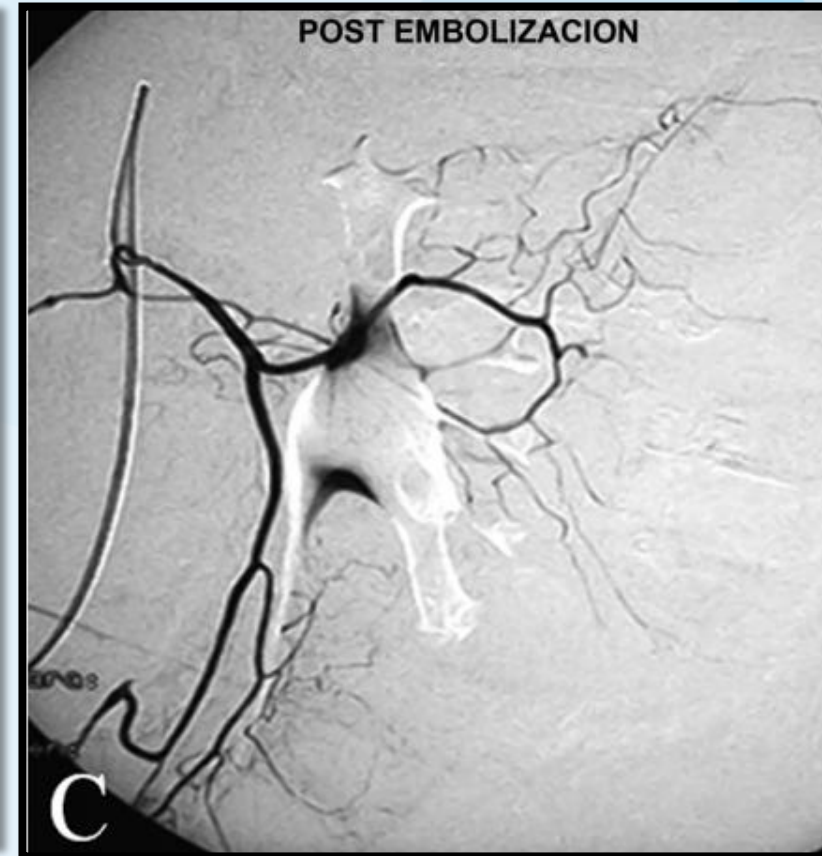
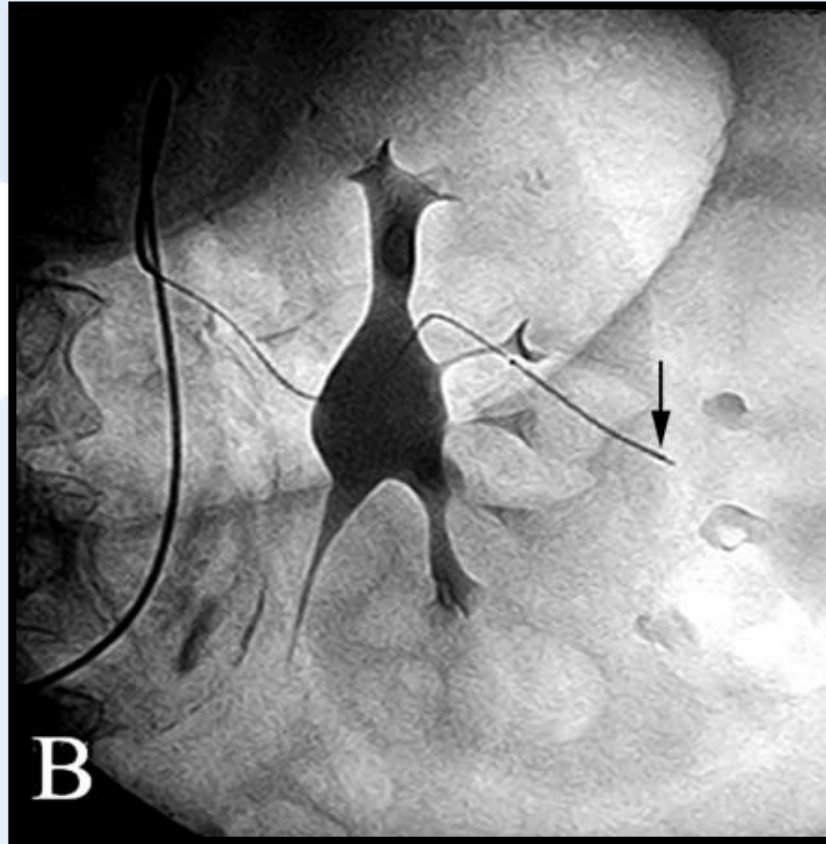
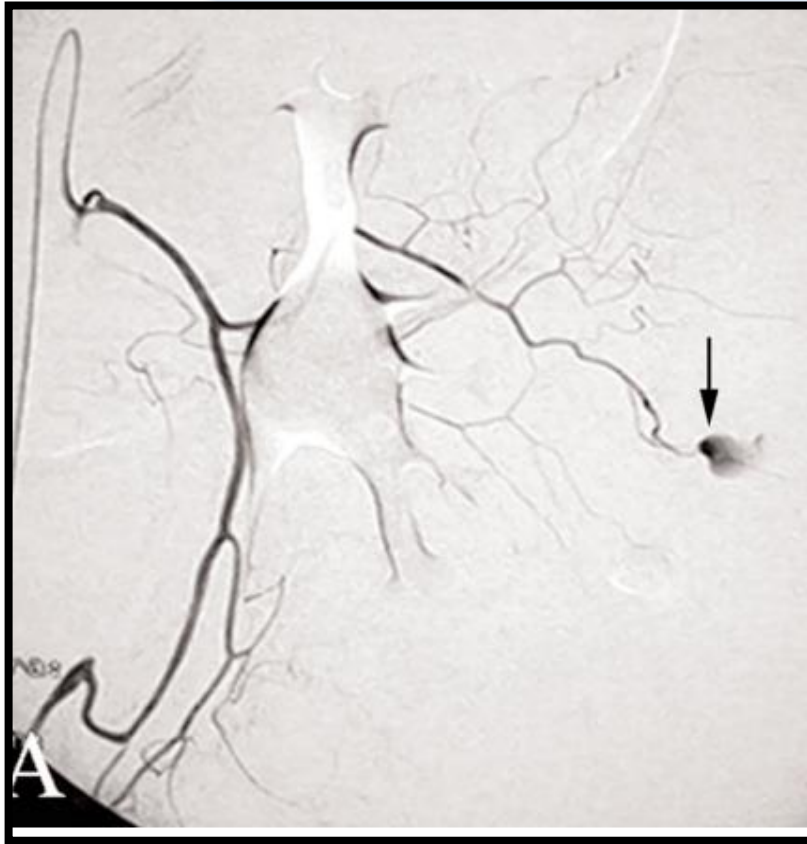
HEMORRAGIA INTRABDOMINAL:

Manejo

- Monitorización hemodinámica
- Acceso intravenoso de grueso calibre
- Reposición hídrica y Hemoderivados
- Corrección de coagulopatías subyacentes: administración de factores de coagulación, vitamina K.
- Endoscopia para el sangrado en el tracto gastrointestinal
- La Angiografía y la embolización intervencionista de los vasos sanguíneos, limita la necesidad de laparotomía.

Angioembolización

- Sangrado en colon Sigma



HEMORRAGIA INTRABDOMINAL: Manejo

- La radioterapia se puede considerar para sangrado de lesiones en la vagina, colon-recto, vejiga y puede ser eficaz en el 60-85% de los casos.
- Puede ser necesaria una cirugía de urgencia para controlar la hemorragia grave con inestabilidad hemodinámica persistente a pesar de los intentos de reanimación, el fracaso de otros tratamientos y la hemorragia recurrente.

OBSTRUCCIONES DE LA VÍA URINARIA

- El carcinoma de próstata, el cáncer de cuello uterino y el carcinoma de vejiga, **obstrucción de la salida de la vejiga**
- Las neoplasias malignas retroperitoneales, como el linfoma, el sarcoma y la linfadenopatía metastásica, pueden causar **obstrucción ureteral**.
- Mecanismo: compresión extramural o invasión tumoral directa
- Otras causas: fibrosis pos-RT, o post-QX

OBSTRUCCIONES DE LA VÍA URINARIA

- CUADRO CLINICO: dolor en el flanco y anuria repentina, a veces alternando poliuria y aumento progresivo de la creatinina sérica.
- COMPLICACIONES: Hidronefrosis, infección e insuficiencia renal.

OBSTRUCCIONES DE LA VÍA URINARIA

- **Pilar de manejo:** Descompresión de la vía urinaria
- El objetivo: asegurar la función
- Obstrucción superior: catéteres de nefrostomía percutánea o un stent ureteral
- Obstrucción inferior: un catéter vesical suprapúbico o transuretral
- Valoración por urología

Ascitis maligna

- Representa aproximadamente el 10% de todos los casos de ascitis.
- Es una manifestación de enfermedad más avanzada y se asocia con un mal pronóstico.
- La causa más común es el cáncer de ovario, que representa del 30% al 54% de los casos.
- Otras etiologías comunes son los cánceres pancreaticobiliares, gástricos y colorrectales.
- Los pacientes con frecuencia presentan distensión abdominal, disnea, náuseas, anorexia y vómitos.

- Ascitis maligna incluyen engrosamiento omental, Carcinomatosis y anclaje del intestino.



(Ledet & Santos, 2019)Ledet, C. R., & Santos, D. (2019). Acute abdomen in cancer patients.
Oncologic Critical Care, 847–856. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_75

- La cuantificación de la cantidad de ascitis también es útil para orientar el tratamiento, los volúmenes más grandes de ascitis maligna se pueden correlacionar con peores resultados quirúrgicos.
- Estos pacientes generalmente se manejan con una combinación de terapia sistémica , diuresis, paracentesis de gran volumen, drenajes permanentes.

PUNTOS CLAVE

- Los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo de muchas causas de abdomen agudo, como perforación intestinal o isquemia.
- La inmunosupresión y la quimioterapia pueden enmascarar muchos de los hallazgos clínicos asociados.
- Tienen un mayor riesgo de complicaciones por afecciones abdominales agudas, debido a sus reservas inmunológicas o hematológicas limitadas.
- Se debe tener un alto índice de sospecha, una historia clínica detallada, un buen examen físico, y las imágenes suelen ser fundamentales en su evaluación y conducta.
- el manejo debe incluir la consideración de múltiples factores que incluyen la carga de la enfermedad, el pronóstico, la calidad de vida y los deseos del paciente.



KEEP
CALM
AND
CALL THE
SURGEON

...MUCHAS GRACIAS