



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TUMOR  
DE LA COLA DEL PÁNCREAS”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

**Autor:** Valle Proaño, Christian Andrés

**Tutor:** Dr. Esp. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Ambato – Ecuador

Septiembre 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TUMOR DE LA COLA DEL PÁNCREAS”**, de Valle Proaño Christian Andrés, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Mayo 2016

**EL TUTOR:**

.

.....

Dr. Esp. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TUMOR DE LA COLA DEL PÁNCREAS**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como el autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2016.

## **EL AUTOR**

.....

Valle Proaño, Christian Andrés

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga del Análisis de Caso Clínico o parte del mismo, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, Mayo 2016

## **EL AUTOR**

.....  
Valle Proaño, Christian Andrés

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre **“ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TUMOR DE LA COLA DEL PÁNCREAS”** de Christian Andrés Valle Proaño estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Septiembre 2016

Para constancia firman

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

.....  
PRESIDENTE

## DEDICATORIA

*El siguiente trabajo es producto del esfuerzo, constancia y dedicación a la mejor de las profesiones con ayuda del ser supremo Dios y la Virgen de Agua Santa de Baños por permitirme la dicha de vivir, guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir siempre adelante, enseñarme a encarar adversidades y no desfallecer hasta alcanzar este gran sueño: ser médico.*

*A mis padres por ser mi apoyo incondicional, consejos, amigos y ejemplo a seguir que son pilar fundamental en este largo camino hacia esta meta, por brindarme los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que hoy soy como persona.*

*A mi hermano y toda mi familia por estar siempre presentes dándome apoyo y ánimos para no rendirme en esta ardua labor de formación para llegar a mi meta.*

*A mi abuelita Mamiña que me brindó todo su cariño y amor, que supo comprenderme cuando más lo necesitaba, además me enseñó valores y principios fundamentales para la formación de mi carácter y así perseverar para llegar a mi objetivo siendo mi consejera y con su bendición desde el cielo me ayudo a lograr con mi objetivo y alcanzar el sueño que más soñaba.*

*Por ultimo a mis compañeros quienes han pasado a formar parte de mi vida he incluso ser mi nueva familia con quienes hemos compartido experiencias, risas, lágrimas y triunfos. Todos ustedes son parte de mi vida, mi felicidad y ahora mi profesión.*

**Christian Andrés, Valle Proaño**

## AGRADECIMIENTO

*Reitero mi más sincero agradecimiento al ser superior y la Virgen de Agua Santa por quien realizo todas mis actividades y a quien pongo en sus manos mi vida entera.*

*A mis padres por ser ese ejemplo de amor, constancia, perseverancia pilar fundamental para seguir en el duro caminar de la medicina, quien con su cariño me enseñaron a luchar por lo que se quiere y no rendirse jamás*

*A mi hermano con quien desde niños nos hemos respaldado y con quienes he compartido momentos gratos de mi vida, más que hermano verdadero amigo, siempre predispuesto a dar una palabra de ánimo y energía.*

*A mis docentes a todos y cada uno de ellos que fueron parte de este largo aprendizaje, por compartir sus conocimientos y experiencias, mil gracias.*

*A mis amigos con quienes he pasado momentos de adversidad y alegría.*

*A la Universidad Técnica de Ambato, mi alma mater, a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y permitirme en cada una de sus aulas adquirir el conocimiento necesario para ser un profesional.*

*Al Hospital Provincial Docente Ambato, ya que es ahí donde inicie mis primeros pasos en el arte de la práctica médica, donde realice mi internado rotativo, a cada uno de los servicios y personal que forman parte de esta prestigiosa institución mil gracias.*

*Mi efusivo saludo de estima y consideración a los miembros del tribunal.*

*Fraternalmente*

**Christian Andrés, Valle Proaño**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR</b> .....	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO</b> .....	<b>iii</b>
<b>DERECHOS DE AUTOR</b> .....	<b>iv</b>
<b>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR</b> .....	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b> .....	<b>viii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>ix</b>
SUMMARY: .....	xi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
OBJETIVO GENERAL .....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	16
<b>III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO</b> .....	<b>17</b>
HOSPITALIZACIÓN .....	18
CONSULTA EXTERNA .....	22
ANÁLISIS DEL CASO: .....	23
<b>IV. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>25</b>
IDENTIFICACIÓN RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	26
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	27
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS .....	29
<b>CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA</b> .....	<b>30</b>
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....	31
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>31</b>
<b>VI. REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS</b> .....	<b>33</b>
CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA .....	35
<b>VII. ANEXOS</b> .....	<b>37</b>
<b>EXÁMENES DE LABORATORIO:</b> .....	39



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TUMOR DE LA  
COLA DEL PÁNCREAS”**

**Autor:** Valle Proaño, Christian Andrés

**Tutor:** Dr. Esp. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo.

**Fecha:** Mayo 2016

**RESUMEN**

El siguiente caso se trata de un paciente masculino de 67 años de edad, mestizo, religión católico, nacido y residente en Ambato (Pishilata), ocupación pintor, instrucción superior incompleta; Antecedente Patológico Familiar padre fallece con cáncer pancreático; Antecedente Patológico Personal Enfermedad de Parkinson hace 11 años; Antecedente Patológico Quirúrgico Prostatectomía hace 5 años.

Acude por presentar hace aproximadamente 72 horas dolor en Epigastrio tipo cólico de leve a moderada intensidad que se irradia hacia flanco derecho e izquierdo en forma de cinturón acompañado con decaimiento generalizado, por lo que acude a Hospital Móvil donde le administran antibióticoterapia que no específica, por probable diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, sin presentar mejoría del cuadro clínico, 24 horas antes de su ingreso, el paciente persiste con cuadro de dolor abdominal de gran intensidad acompañándose de vómito postprandial por tres ocasiones, en moderada cantidad de contenido alimentario y bilioso, además alteración del habito defecatorio con tendencia a la constipación, por lo que acude nuevamente al Hospital Móvil quienes le refieren al Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA).

En el servicio de emergencia del HPDA se recibe paciente con TA 100/60 mmHg FC: 108 lpm FR: 35 rpm, Sat O2 96%, conciente, afebril, mucosa orales secas, cardiopulmonar conservado, abdomen tenso distendido doloroso en epigastrio y mesogastrio, con ruidos hidroaéreos aumentados, no signos de peritonitis, extremidades no edemas, temblor en extremidades superiores, pulsos distales presentes por lo que se decide el ingreso al servicio de cirugía con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo obstructivo.

Una vez evaluado al paciente se decide realizar una Laparotomía Exploratoria encontrándose liquido inflamatorio libre en cavidad abdominal, asas intestinales eritematosas y dilatadas desde las primeras asas de yeyuno hasta el ángulo de treitz y duodeno, además se encontró un tumor a nivel de la cola del páncreas de bordes irregulares de consistencia dura, bien vascularizado, bazo aumentado de tamaño, realizándose una Pancreatectomía Distal y una Esplenectomía, permaneciendo hospitalizado en el Servicio de Cirugía por lo que posteriormente presento una fístula pancreática de bajo gasto la misma que fue controlada y tuvo una evolución favorable por lo que a los 30 días de hospitalización se decide alta en buenas condiciones generales para control por consulta externa. El resultado del histopatológico fue un linfangioma de cola de páncreas.

**PALABRAS CLAVES:** ABDOMEN\_AGUDO\_OBSTRUCTIVO,  
ANTECEDENTES\_FAMILIARES, TRATAMIENTO QUIRURGICO,  
LINFANGIOMA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY HEALTH SCIENCES**

**MEDICAL CAREER**

**"OBSTRUCTIVE ACUTE ABDOMEN SECONDARY TO TUMOR TAIL  
PANCREAS"**

**Author:** Valle Proaño, Christian Andres

**Tutor:** Dr. Esp Yopez Yerovi, Fabian Eduardo.

**Date:** May 2016

**SUMMARY:**

The following case is a male patient 67 years old, mestizo, catholic religion, born and living in Ambato (Pishilata), painter occupation, incomplete higher education; Family history Pathological father died with pancreatic cancer; Personal history Pathological Parkinson's disease 11 years ago; Pathological history Surgical Prostatectomy 5 years.

Go to present about 72 hours ago epigastric pain, cramping of mild to moderate intensity that radiates to the right flank and left shaped belt accompanied with widespread decay, so go to Mobile Hospital where he administered antibiotic therapy not specified, probable diagnosis of acute diarrheal disease without showing clinical improvement, 24 hours before admission, the patient persists with abdominal pain of great intensity accompanied postprandial vomiting on three occasions in moderate amount of food and bilious content as well alteration of intestinal habit prone to constipation, so go back to Mobile Hospital who you refer to Provincial Teaching Hospital Ambato (HPDA).

In the emergency service received HPDA patient with TA 100/60 mmHg FC: 108 lpm FR: 35 rpm, 96% O2 Sat, aware, no fever, dry oral mucosa, preserved cardiopulmonary, tense abdomen distended and painful epigastric mesogastrio,

with increased bowel sounds, no signs of peritonitis, no limbs edema, tremor in the upper extremities, distal pulses present at the entrance to the surgery department with presumptive diagnosis of obstructive acute abdomen is decided.

Having assessed the patient decides to perform a Laparotomy Exploratory meeting free fluid inflammatory abdominal cavity, erythematous bowel loops and dilated from the first jejunal loops to the angle of Treitz and duodenum, is also a tumor in the tail of the pancreas was found irregular edges, well vascularized, enlarged spleen, performing pancreatectomy Distal and splenectomy hard consistency, remaining hospitalized in the Department of Surgery at later presented a pancreatic fistula low spending the same which was controlled and had an evolution favorably so within 30 days of hospitalization is decided hospital in good general conditions for outpatient control. The histopathologic result was a lymphangioma tail of the pancreas.

**KEYWORDS:** OBSTRUCTIVE\_ACUTE ABDOMEN, FAMILY\_HISTORY, SURGICAL\_TREATMENT, LYMPHANGIOMA.

## I. INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso. (Bassy & Dombriz, 2010).

La obstrucción intestinal con estrangulación (compromiso vascular) pone en riesgo la vida del paciente y, de hecho, la mortalidad de la oclusión intestinal se relaciona claramente con el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el momento de la cirugía (8% cuando la cirugía se lleva a cabo antes de las 36 horas y 25% cuando la cirugía se retrasa más de 36 horas). (Montero, 2012)

**Tabla1: Causas de Obstrucción Intestinal**

Mecánica	Íleo paralítico
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Extraluminal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hernia.</li> <li>• Bridas adhesivas.</li> <li>• Torsión.</li> <li>• Vólvulo.</li> <li>• Invaginación.</li> <li>• Compresión extrínseca. (Tumores)</li> </ul> </li> <li>— Parietal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasia.</li> <li>• Diverticulitis.</li> <li>• Hematoma parietal.</li> <li>• Proceso inflamatorio.</li> </ul> </li> <li>— Intraluminal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impactación fecal.</li> <li>• Cuerpo extraño.</li> <li>• Bezoar.</li> <li>• Parasitosis (anisakis...).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Adinámico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postquirúrgico.</li> <li>• Peritonitis.</li> <li>• Alteraciones metabólicas: uremia, coma diabético, mixedema, hipocaliemia.</li> <li>• Traumatismos, procesos abdominales inflamatorios (apendicitis, pancreatitis...).</li> <li>• Compromiso medular.</li> <li>• Fármacos.</li> <li>• RAO.</li> <li>• Proceso retroperitoneal (pielonefritis, litiasis ureteral, hematomas).</li> <li>• Enfermedades torácicas (neumonía basal, Fx costales, IAM).</li> </ul> </li> <li>— Espástico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación por metales pesados.</li> <li>• Porfirias.</li> </ul> </li> <li>— Vascular:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embolia arterial.</li> <li>• Trombosis venosa.</li> </ul> </li> </ul>

**Elaborado por:** Christian Andrés Valle. **Fuente:** Tratado de Geriatria de Obstrucción Intestinal, Capítulo 56; Natalia Bassy, Esteban Dombriz; 2010

Las adherencias y hernias son las lesiones del intestino delgado más habituales como causa de obstrucción aguda, llegando a constituir del 70 al 75% de todos los casos. Sin embargo, las adherencias casi nunca producen obstrucción del colon, mientras que el carcinoma, la diverticulitis del sigma y el vólvulo son, por este

orden, sus etiologías más habituales. En pacientes con laparotomías previas de cualquier edad, la primera causa de obstrucción son las bridas y/o adherencias. (Bassy & Dombriz, 2010)

Las hernias de la pared abdominal se han encontrado como la principal causa de obstrucción intestinal mecánica (MIO) entre los adultos en los países en desarrollo. En los países desarrollados, las adherencias postoperatorias son la causa más frecuente. (Omari, Alkhatib, & Khammash, 2012)

La obstrucción intestinal puede ser alta o baja, completa o parcial, simple o complicada y dinámica o paralítica. Cuando la obstrucción es completa la cirugía es la indicada. En obstrucciones distales existe una gran cantidad de líquido acumulado dentro del intestino distendido, esto causa un tercer espacio masivo, con una marcada distensión, deshidratación severa y vómitos fecaloides. (Muñoz & Luis, 2007)

La obstrucción intestinal puede ser abordada de manera segura y eficaz por laparotomía con la intención no sólo de diagnosticar correctamente el paciente, sino también para hacer el tratamiento. (Jr, Jr, Miter, Glass, & Paulson, 2011)

Las obstrucciones mecánicas pueden deberse a formaciones originadas en la pared (carcinoma, tumores GIST, linfoma), bridas peritoneales que impiden el tránsito intestinal por acción directa o provocando volvulaciones del intestino. Bandas o bridas congénitas pueden provocar obstrucción pero son rarísimas en adultos y frecuentes en neonatos y en el primer año de vida 90 %. Estas se evidencian con un cuadro de obstrucción duodenal en caso de bandas en duodeno o de vólvulo de intestino medio asociado a problemas de malrotación. Hay formas especiales de obstrucción: como la intususcepción, el vólvulo y en asa cerrada. (Galindo, 2011)

La obstrucción intestinal es una complicación poco frecuente del embarazo, aquellos pacientes que desarrollan obstrucción intestinal se presentará en el tercer trimestre del embarazo parece aumentar a medida que el intestino se somete a un desplazamiento cefálico, con obstrucción ocurre con más frecuencia en el momento de los cambios de tamaño rápida uterinos (16-20 semanas y 32-36 semanas). Embarazo y el parto pueden enmascarar los signos y síntomas, lo que

produce retrasos innecesarios en el diagnóstico y el aumento de la morbilidad. (Biswas, Gray, & Cotton, 2010)

La intususcepción se produce cuando un segmento del intestino se invagina dentro del sector adyacente. Generalmente existen dos condiciones una formación que con el peristaltismo va introduciendo el intestino y un meso complaciente. En el vólvulo hay un meso complaciente que permite que toda una asa gire alrededor del eje impidiendo el pasaje del contenido intestinal y también de la irrigación. El asa cerrada se produce cuando la obstrucción lleva a una acumulación de líquidos y aire en un asa impedida en sentido proximal y distal de drenar su contenido. (Galindo, 2011)

### **Sintomatología:**

Los síntomas dependen de la ubicación, si la obstrucción es parcial o total, de la duración, del compromiso vascular y de la repercusión sistémica en casos avanzados. El cuadro más típico comienza con dolores cólicos por el incremento de la motilidad por arriba de la obstrucción, vómitos, ausencia de deposiciones y falta de eliminación de gases y distensión abdominal. (Galindo, 2011)

**Dolor Abdominal:** Cuando se origina en el intestino delgado generalmente son periumbicales y en el caso del colon en el marco colónico. Los dolores son de tipo cólico y cuando la obstrucción no es completa se acompaña de ruidos hidroaéreos. Estos ruidos son más frecuentes de escuchar en intestino delgado dado que el contenido es líquido. En caso de asas ciegas como el encarcelamiento del intestino delgado en un saco herniario, el dolor puede ser súbito, intenso y continuo. A medida que avanza el cuadro clínico los dolores paroxísticos disminuyen por la inhibición del peristaltismo por la mayor distensión del intestino. Un dolor de tipo continuo en la zona debe hacer sospechar que se trata de una obstrucción estrangulada. (Galindo, 2011)

**Vómitos:** La causa de los vómitos es la acumulación de líquidos que por la obstrucción no pueden progresar. Su aparición es más frecuente cuando más alta es la obstrucción. Cuando la obstrucción está en el duodeno la característica del

vómito dependerá si la obstrucción está por encima de la papila o no. En el primer caso los vómitos son semejantes al síndrome pilórico con ausencia de bilis y jugo pancreático. Cuando la obstrucción está por debajo de la papila, a las pérdidas propias del síndrome pilórico, se agrega la bilis y jugo pancreático, lo que incrementa la pérdida de bicarbonato. Las características del vómito también varían con el tiempo transcurrido y el desarrollo progresivo de gérmenes. El material vomitado se torna fecaloide por su olor y aspecto. (Galindo, 2011)

**Falta de eliminación de materia fecal y gases:** En las obstrucciones parciales puede haber una eliminación reducida de materia fecal y gases. En las obstrucciones colónicas parciales, sobre todo izquierdas puede darse lo que se llama la pseudodiarrea en donde hay pérdidas acuosas ocasionadas por una hipersecreción por arriba del obstáculo. En obstrucciones totales puede haber al comienzo alguna eliminación del contenido preexistente en colon. El tiempo de obstrucción total se valora a partir del último flato eliminado. (Galindo, 2011)

Las obstrucciones del intestino delgado suelen provocar vómitos paroxísticos, episodios de dolor a intervalos de pocos minutos y escasa distensión abdominal. Cuando el dolor se hace persistente debe sospecharse compromiso vascular. Sus causas más frecuentes son las bridas peritoneales (50-70%) y las hernias incarceradas (15%). (Miguel & Casamayor, 2012)

La causa más común de obstrucción intestinal en los ancianos son las adherencias posquirúrgicas (50 a 70%) y hernias (15 a 30%). El íleo biliar es una rara pero importante causa de obstrucción intestinal, ya que es la causa en 20% de los pacientes mayores de 65 años. (Muñoz & Luis, 2007)

En la obstrucción del colon predomina la distensión abdominal, el vómito aparece más tardíamente y el intervalo entre los episodios de dolor abdominal suele ser más prolongado. La causa más común de obstrucción de intestino grueso en el paciente geriátrico es por neoplasias. La diverticulitis y los vólvulos son causas menos comunes de obstrucción del intestino grueso. Siendo así el vólvulo de sigmoides el más común (75-80% de los casos). (Muñoz & Luis, 2007)



Las obstrucciones mecánicas pueden deberse a formaciones originadas en la pared intra o extraluminal dependiendo del tamaño y la ubicación del tumor y por lo general dificulta el diagnóstico preoperatorio. La mayoría de los síntomas se derivan de efecto de compresión del tumor. (Fernandes & Moraes, 2015)

En el abdomen, el mesenterio y retroperitoneo son los sitios más comunes y el linfangioma rara vez se desarrolla en el páncreas (1% de todos los linfangiomas). (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

Linfangioma es una lesión poco frecuente, benigno derivado de una malformación del sistema linfático, que se encuentra con mayor frecuencia en la cabeza, el cuello y la axila. Sin embargo, puede estar presente en cualquier parte del cuerpo, y el diagnóstico implica adultos como niños con algunas características clínicas distintas entre ellas. En los pacientes pediátricos, el linfangioma quístico abdominal se produce sobre todo en el mesenterio, presenta dolor abdominal, obstrucción intestinal, o, más raramente, hemorragia. (Fernandes & Moraes, 2015)

Algunas investigaciones existentes establecen que el linfangioma mesentérico se produce con más frecuencia que el retroperitoneal, aunque en nuestro estudio, el linfangioma retroperitoneal (48%) tuvo una mayor prevalencia que el linfangioma mesentérico (33%). Otros sitios abdominales posibles para el tumor incluyen el hígado, el bazo, riñón, ligamento hepatoduodenal, vesícula biliar, el ligamento falciforme y el epiplón y no parece haber verdadera predilección por el sexo. (Li, Ji, Tu, Dou, & Yao., 2015)

Las diferencias clínicas incluyen apendicitis aguda, divertículo complicado de Meckel, colecistitis aguda, diverticulitis cecal, torsión de quiste ovárico, torsión de epiplón primaria es menos común que la torsión secundaria. La torsión secundaria está asociada con la adhesión del epiplón mayor a un quiste, tumor, cicatriz quirúrgica, saco de una hernia o un foco inflamatorio. (Rajendra & India, 2015)

Entre los adultos, algunos casos son asintomáticos o evolucionan durante meses o años antes del diagnóstico. Sin embargo, en los casos pediátricos, hasta el 88% son sintomáticos y el curso es de corta duración. El dolor abdominal parece ser el

síntoma más frecuente, a veces imitando una apendicitis aguda, diverticulitis de Meckel, estreñimiento, obstrucción intestinal, vólvulo y el infarto pueden ser los síntomas principales. En el colon, el linfangioma generalmente es submucosa y puede presentar como lesiones polipoides que pueden sangrar y causar hemorragia o anemia. (Fernandes & Moraes, 2015)

La presencia de una masa y dolor en el abdomen son las características más comunes de presentaciones. Rara vez se asocia con pancreatitis, pérdida de peso y alteraciones de laboratorio. Una preponderancia femenina y el enorme tamaño de la hinchazón pueden dar lugar a la impresión errónea de un quiste de ovario. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

La ecografía suele mostrar un tumor poliquístico, y muy rara vez calcificaciones, el tumor parece estar bien circunscrito, encapsulado, tumor poliquístico con septos delgada, que contiene un componente graso radiológicamente evidente. El aspecto quístico de esta lesión puede complicar la diferenciación de otros tumores quísticos neoplásicas y no neoplásicas del páncreas. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

El diagnóstico diferencial incluye pseudoquistes pancreáticos, cistoadenomas mucinosos y serosos, neoplasias mucinosas papilares intraductales, quistes equinocócicos, otros quistes congénitos y el carcinoma ductal pancreático con degeneración quística. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

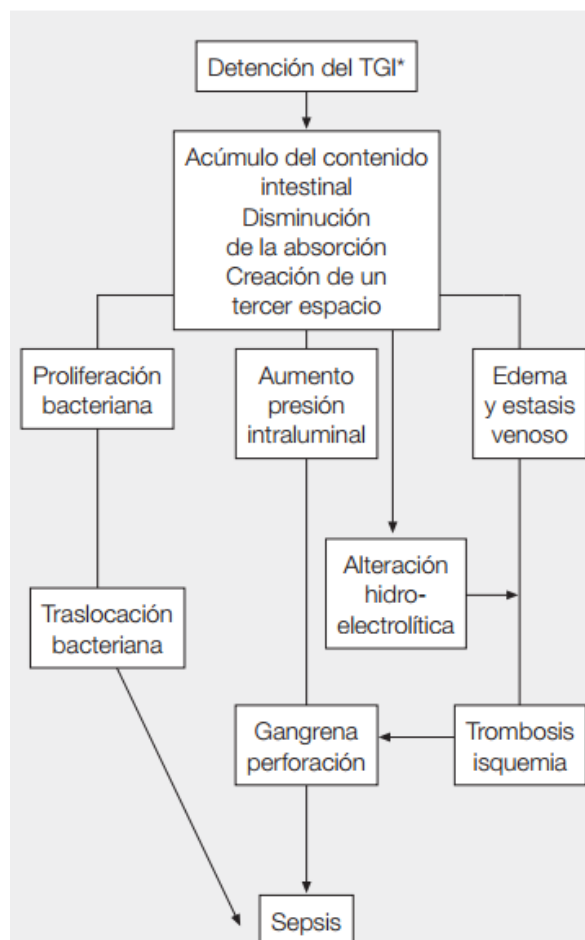
El examen histopatológico juega un papel definitivo en el diagnóstico. Histológicamente, la clasificación establecida por Wegner (1887) incluye los linfangiomas capilares o simples, los linfangiomas cavernosos y los linfangiomas quísticos (o higroma quístico). Linfangiomas quísticos del páncreas se componen de espacios quísticos dilatados revestidos por endotelio aplanado que contiene abundante tejido linfoide y el músculo liso de la pared del quiste, se caracterizan por tratarse de tumores que se componen de uno o varios quistes, con diámetros entre 1-5cm, a menudo comunicados unos a otros. (Merino, Gasteiz, & Álava, 2014 )

Los quistes pueden contener quilo seroso, hemático, purulento o un fluido de color achocolatado. Cuando se localizan en el mesenterio los linfangiomas quísticos a menudo contienen quilo por lo que se denominan (quistes quilosos). Los linfangiomas quísticos no se comunican con el sistema linfático normal adyacente. (Merino, Gasteiz, & Álava, 2014 )

La tinción inmunohistoquímica del factor antígeno VIII-R, CD31 y CD34, que son marcadores para la identificación de linfático y el endotelio capilar, puede ser complementaria al diagnóstico. (Merino, Gasteiz, & Álava, 2014 )

Una escisión quirúrgica completa es curativa para el linfangioma, con la escisión incompleta es la única razón para que la enfermedad sea recurrente. Dependiendo de la localización y tamaño del tumor, la escisión completa puede implicar una escisión simple de la masa o puede requerir resecciones pancreáticas, tales como un procedimiento de Whipple o pancreatometomía distal. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

**Tabla 2: Fisiopatología de la obstrucción intestinal**



**Elaborado por:** Christian Andrés Valle. **Fuente:** Tratado de Geriátría de Obstrucción Intestinal, Capítulo 56; Natalia Bassy, Esteban Dombriz; 2010

**Diagnostico:**

Los hallazgos dependerán del sitio de la obstrucción, de la existencia de estrangulación y signos peritoneales y de la repercusión sistémica. En la exploración física la distensión abdominal suele ser localizada selectivamente en los mecánicos y difusa en el adinámico. (Bassy & Dombriz, 2010)

El examen general nos aporta datos de gravedad evolutiva, valorando la afectación del estado general, el estado de hidratación, la fiebre, la alteración del pulso y tensión arterial, así como la actitud en que está el paciente. Tempranamente, en el íleo mecánico complicado y, más tardíamente, en el funcional pueden aparecer signos de gravedad como shock y sepsis. (Bassy & Dombriz, 2010)

**Inspección:** El abdomen en busca de cicatrices de intervenciones previas y de hernias inguinales. Las complicaciones de las hernias son la causa más frecuente de cirugía urgente en pacientes ancianos. Las hernias incarceradas pueden originar obstrucción intestinal, pero prácticamente todas las hernias de intestino en las que existe compromiso vascular producen signos y síntomas de obstrucción intestinal y un alto riesgo de necrosis intestinal. La presencia de una hernia de la pared abdominal dolorosa e irreducible será indicación de cirugía urgente. Apreciaremos si el abdomen está distendido (de forma general en el íleo adinámico, o local en el íleo mecánico).

**Auscultación:** Se valora la frecuencia y características de estos ruidos. Al principio presenta ruidos hidroaéreos aumentados, de lucha y metálicos (en intestino delgado), borborigmo (en intestino grueso) y en fases avanzadas silencio abdominal.

**Percusión:** Evaluar la distensión dependiendo de su contenido, gaseoso (timpanismo) o líquido (matidez), y será dolorosa si hay afectación de las asas o peritoneo.

**Palpación:** Debe ser superficial y profunda, realizarse con extrema suavidad y comenzando siempre desde las zonas más distales al dolor. El dolor selectivo a la descompresión abdominal, considerado esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal, está ausente en gran número de ancianos. El vientre en tabla puede estar ausente en muchos pacientes mayores, y el signo de rebote típico dependerá de la localización del proceso, de la integridad del sistema nervioso, así como de la velocidad de instauración del cuadro.

**Tacto rectal:** Detecta presencia o no de tumores, fecaloma o restos hemáticos y un fondo de saco de Douglas doloroso por afectación peritoneal.

Ante la sospecha de obstrucción intestinal habrá que solicitar exámenes de laboratorio e imagen:

**Laboratorio:**

- Bioquímica y Hemograma: La deshidratación producirá hemoconcentración; Leucocitosis indicará hemoconcentración o compromiso vascular; Anemia debido a pérdidas crónicas por neoplasias.
- La amilasa sérica puede estar moderadamente elevada, así como la LDH en afectación isquémica de asas.
- Las alteraciones bioquímicas como hiponatremia, hipocalcemia, acidosis/alcalosis metabólica, elevación de urea/creatinina debido al secuestro de volumen; causa metabólica responsable del íleo parálítico. (Bassy & Dombriz, 2010)

### **Imagenología:**

El estudio que debe efectuarse en todos los casos es la radiografía directa de abdomen al menos en dos proyecciones (decúbito supino y bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal). Es la prueba más rentable y útil. Los otros estudios como el tránsito con contraste, la tomografía computada con o sin contraste y la resonancia magnética serán solicitados según las necesidades clínicas del paciente. Estos estudios permitirán el diagnóstico de obstrucción intestinal, establecer el sitio de la lesión, si la obstrucción es total o parcial y en algunos casos el diagnóstico del tipo de lesión. Siendo importante establecer si la obstrucción es total ya que en estos casos el retardo del tratamiento quirúrgico se asocia con mayor posibilidad de necrosis. (Bassy & Dombriz, 2010)

**Radiografía Simple de abdomen:** Al menos en dos proyecciones (decúbito supino y bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal. Nos fijaremos en el luminograma intestinal y su distribución a lo largo del tubo digestivo. Lo primero que llama la atención es la dilatación intestinal y la presencia de niveles hidroaéreos en la radiografía de abdomen en bipedestación. Deben incluirse las cúpulas diafragmáticas para valorar la presencia de neumoperitoneo. (Galindo, 2011)

La imagen característica de la obstrucción del intestino delgado (ID) consiste en la dilatación de asas en posición central, con edema de pared y la característica imagen en pilas de monedas, al hacerse patentes los pliegues mucosos del ID (válvulas conniventes), los niveles hidroaéreos y ausencia de gas en el intestino grueso. Sin embargo, los hallazgos radiológicos son normales en 25% a 40% de los pacientes. (Galindo, 2011) (Muñoz & Luis, 2007)

**Figura 1:**



**Elaborado por:** Christian Andrés Valle. **Fuente:** Sociedad Española de Radiología Médica; Radiología Simple Abdominal en Urgencias; R. Lerma Ortega; SERAM, 28 Mayo 2012.

El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal. La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholín en 1645 en el curso de una autopsia, y ya en 1890 Courvoisier publicó. El íleo biliar se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fístula colecistoduodenal, cuya formación pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodio de colecistitis aguda. Para producirse la fístula biliodigestiva un cálculo erosiona la pared de la vesícula y del tubo digestivo. Un proceso inflamatorio previo, con reducción del flujo arterial en la pared vesicular, disminución del drenaje venoso y linfático, junto con el aumento de la presión intraluminal en la vesícula, determinan la perforación con fistulización y ulterior evacuación del cálculo hacia el tubo digestivo. (Dra. Gordillo, 2011)

Si encontramos aerobilia, podemos sospechar que el origen de la obstrucción es por un cálculo que ha pasado a través de una fístula colecistoentérica y que se suele localizar en íleon terminal. (Miguel & Casamayor, 2012)

**Figura 2:**



**Elaborado por:** Christian Andrés Valle. **Fuente:** Cirugía General y Digestiva, Gastroenterología; Ileo biliar. Presentacion de un caso clinico y revision de literatura; Dra. Gordillo, B. (30 de Noviembre de 2011).

En las obstrucciones colorrectales los hallazgos radiológicos dependerán de si existe o no una válvula ileocecal competente. Si ésta funciona, el gas se acumula fundamentalmente en el colon (por encima de 10 cm de diámetro mayor en ciego aumenta el riesgo de perforación). Aparecerán las asas dilatadas más lateralmente y mostrando los pliegues de las haustras. La presencia o ausencia de gas distal puede indicar una obstrucción completa o tratarse de una suboclusión o de un íleo paralítico. La imagen de un «grano de café» es muy sugestiva del vólvulo intestinal. El enema de bario puede confirmar el diagnóstico cuando se sospecha de vólvulos. (Galindo, 2011)



**Figura 3:**



**Elaborado por:** Christian Andrés Valle. **Fuente:** Sociedad Española de Radiología Médica; Radiología Simple Abdominal en Urgencias; R. Lerma Ortega; SERAM, 28 Mayo 2012.

En los adultos la invaginación colónica es casi siempre de carácter maligno, mientras que en el intestino delgado es casi siempre benigna, la invaginación en el adulto debe tratarse mediante cirugía y resección intestinal, es el procedimiento de elección. La ecografía y la tomografía computarizada demostraron los métodos de diagnóstico más eficaces y útiles en el diagnóstico preoperatorios. (Martín-Lorenzo, 2013)

**Tratamiento:**

Debe iniciarse ya durante la fase diagnóstica si existe alteración del estado general, del estado de hidratación y/o cardiopulmonar la cirugía urgente.

**Íleo funcional:** Iniciamos un tratamiento conservador mediante:

- Dieta absoluta.
- Reposición hidroelectrolítica, guiada por ionograma.

- Colocación de sonda nasogástrica aspirativa si existe dilatación de asas de delgado o vómitos asociados.
- Control de diuresis: valorar si precisa sondaje vesical.
- Antibioterapia empírica

En el postoperatorio temprano dentro de las primeras (24-48) horas el cuadro no mejora o, por el contrario, empeora (aumento de la leucocitosis, del dolor o signos de irritación peritoneal), estará indicada la cirugía urgente. (Bassy & Dombriz, 2010)

**Íleo mecánico:** El íleo mecánico simple se trata al inicio de forma conservadora con descompresión nasogástrica si aparecen vómitos, reposo digestivo, rehidratación, analgesia y antibioterapia empírica/terapéutica. (Galindo, 2011)

En casos de impactación fecal, se procederá a su eliminación de forma manual o bien con enemas de aceite mineral templado. El íleo mecánico complicado (si el diagnóstico es seguro de obstrucción completa o en la incompleta que no se resuelve en 48 horas de tratamiento conservador), o hay estrangulación por hernia, se indica tratamiento quirúrgico urgente. La cirugía de urgencia inmediata debe ser máxima para evitar complicación isquémica y peritonitis:

- Hernias estranguladas e incarceradas.
- Peritonitis/neumoperitoneo.
- Estrangulación intestinal y sospecha.
- Vólvulos no sigmoideos.
- Vólvulos sigmoideos con toxicidad y peritonitis.
- Obstrucción completa.

La laparotomía permite una exploración abdominal completa, liberación de bridas o hernias, extirpación de causas obstructivas cuando es posible (resección intestinal, tumoral) o derivación del tránsito, bien por derivaciones internas (entero-enterostomías), o hacia el exterior (ileostomía, colostomía). (Bassy & Dombriz, 2010)

**Infecciones intraabdominales:** Representan un reto diagnóstico y terapéutico en la población anciana, las manifestaciones atípicas, retraso en el diagnóstico, comorbilidades adicionales, y la disminución de la reserva fisiológica contribuyen a alta morbilidad y mortalidad, especialmente entre los pacientes frágiles sometidos a cirugía abdominal de emergencia, ya que las infecciones son el resultado de procesos inflamatorios, mecánicos u obstructivos relacionados con la edad. (Berlin & Johanning, 2016)

En caso de obstrucción intestinal, en un paciente en situación terminal con indicación de Medicina Paliativa, la sonda nasogástrica, aspiración y sueroterapia sólo están indicadas si existen posibilidades de resolución en crisis pseudooclusivas o si hay posibilidades de intervención quirúrgica. (Muñoz & Luis, 2007)

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la importancia en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de Abdomen Agudo Obstructivo que permita un eficiente y eficaz manejo de la patología.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Identificar las causas posibles de Obstrucción Intestinal.
- ✓ Establecer la estrategia más idónea para confirmar el diagnóstico y establecer protocolos de manejo.
- ✓ Establecer las características y prevalencia de los tumores benignos en el Páncreas.

### III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

El caso clínico que se presenta a continuación se trata de un paciente de sexo masculino de 67 años de edad, mestizo, religión católico, ocupación pintor, nacido y residente en Ambato (Pishilata), instrucción superior incompleta, Antecedente Patológico Familiar padre fallece con cáncer pancreático; Antecedente Patológico Personal Enfermedad de Parkinson hace 11 años con tratamiento Levodopa; Antecedente Patológico Quirúrgico Prostatectomía hace 5 años.

Acude por presentar hace aproximadamente 72 horas dolor en Epigastrio tipo cólico de leve a moderada intensidad que se irradia hacia flanco derecho e izquierdo en forma de cinturón acompañado con decaimiento generalizado, por lo que acude a Hospital Móvil donde le administran antibióticoterapia que no especifica, por probable diagnóstico de una enfermedad diarreica aguda, sin presentar mejoría del cuadro clínico, 24 horas antes de su ingreso paciente persiste con cuadro de dolor de gran intensidad acompañándose de vómito postprandial por tres ocasiones, en moderada de contenido alimentario y bilioso, además alteración del habito defecatorio con tendencia a la constipación por lo que acude al Hospital Móvil donde es evaluado y referido a esta casa de salud.

En el servicio emergencia del HPDA (4-11-2015) se recibe paciente con TA 100/60 mmHg FC: 108 lpm FR: 35 rpm, saturación de oxígeno de 96%, Conciente, afebril, mucosa orales secas, cuello sin adenopatías no ingurgitación yugular, tiroides 0A, tórax con buena expansibilidad sin retracciones intercostales, cardiopulmonar conservado, Abdomen tenso, distendido, doloroso en epigastrio con RHA aumentados, a la percusión timpánico, sin signos de peritonismo, extremidades con temblor en miembros superiores, no edemas, pulsos distales presentes con las siguientes indicaciones:

1. NPO
2. CSV
3. Sonda Nasogástrica
4. Control de ingesta y excreta.
5. Lactato Ringer 500 ml en bolo, luego a 120ml/h.
6. N Butilescopolamina 20mg IV stat.

7. Ondansetrón 8 mg IV stat.
8. Exámenes de Laboratorio.
9. RX de abdomen en dos posiciones.

En los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales y en la radiografía de abdomen una imagen en pila monedas por lo que se decide el ingreso al servicio de cirugía con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo. **(Anexo 1; Tabla 1 y 2)**

### **HOSPITALIZACIÓN**

A las 6 horas de su ingreso y luego de valoración se decide realizar una laparotomía exploratoria encontrándose líquido inflamatorio libre en la cavidad (250cc), asas intestinales eritematosas y dilatadas desde las primeras asas de yeyuno hasta el ángulo de treiz y duodeno, además se encontró un tumor a nivel de la cola del páncreas de bordes irregulares de consistencia dura, bien vascularizado de 10X8X6 cm, bazo aumentado de tamaño, donde se realizó una esplenectomía por contigüidad del tumor y una exceresis del tumor en la cola del páncreas colocando un dren de Jackson Pratt, enviando la muestra a histopatológico. **(Anexos 2)**

### **Evolución (5-11-2015)**

Paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con abdomen suave, depresible, doloroso en herida quirúrgica, sin ruidos hidroaéreos permaneciendo con las siguientes indicaciones:

1. NPO
2. CSV
3. Control de ingesta y excreta.
4. Cuantificación de Dren.
5. Sonda Nasogástrica a caída libre.
6. Dextrosa en agua al 5% 1000cc + 20ml Cloruro de Sodio + 10ml Cloruro de Potasio pasar IV C/8 horas.

7. Ceftriaxona 1 gramo IV C/12h.
8. Tramadol 50mg IV C/8h pasar diluido lento.
9. Paracetamol 1 gramo IV C/8h.
10. Omeprazol 40mg IV QD.
11. Metoclopramida 10mg IV C/8h.
12. Ácido ascórbico 1 gramo IV QD.
13. Complejo B 3cc IV QD.
14. Gluconato de Calcio 10ml IV QD.
15. Sulfato de Magnesio 10 ml IV QD.
16. Enoxaparina 60 mg SC QD.
17. Vacuna Pentavalente Antineumococica 1 ampolla IM Stat.
18. Exámenes de control. (**Tabla 3 y 4**)

#### **Evolución (7-11-2015)**

Paciente con signos vitales normales, abdomen suave, depresible con herida quirúrgica en buen estado general con ruidos hidroaéreos disminuidos eliminación por Dren 50cc liquido serohemático; Además se observan los resultados de laboratorio dentro de los parámetros normales, indicaciones que se mantienen:

1. Paracetamol 1 gramo IV C/8h. Descartar
2. Furosemida 20 mg IV QD.
3. Ácido ascórbico 1 gramo IV C/12h.
4. Retirar Sonda Nasogástrica.

#### **Evolución (9-11-2015)**

Paciente con evolución favorable, con signos vitales normales, abdomen suave, depresible con herida en buen estado general no signos de infección, con ruidos hidroaéreos presentes por lo que se decide iniciar dieta, con las siguientes indicaciones que se mantienen:

1. Dieta líquida estricta.
2. I/C Neurología.

### **Evolución (11-11-2015)**

Paciente tolera adecuadamente la dieta, presenta distensión abdominal con nauseas que no llegan al vómito, con abdomen suave, depresible doloroso a nivel de epigastrio, presencia de drenaje de Jakson Pratt con eliminación (70cc) liquido serohemático, ruidos hidroaéreos presentes y se mantienen indicaciones:

1. Dieta líquida amplia
2. Indicaciones de neurología.
  - 2.1 Levodopa - Carvidopa 250mg/25mg 1 TAB C/8 horas.
3. Exámenes Complementarios. **(Tabla 5 y 6)**

### **Evolución (15-11-2015)**

Paciente que tolera adecuadamente la dieta con leve dolor abdominal, no refiere vómito y realiza la deposición por una ocasión de características normales; drenaje de Jakson Pratt con eliminación de (30cc) de líquido purulento, exámenes de laboratorio con leve leucocitosis con desviación a la izquierda por lo que se decide las siguientes indicaciones:

1. Dieta blanda más líquidos.
2. Solución Salina al 0.9% pasar IV a 40cc/h.
3. TAC simple de abdomen.
4. Rx Estándar de Tórax. **(Imagen 1)**
5. Cultivo + Antibiograma de líquido purulento.

### **Evolución (19-11-2015)**

Paciente con evolución favorable sin complicaciones, Abdomen suave, depresible con leve dolor en hipocondrio izquierdo y mesogastrio, herida en buen estado general, con escaso liquido purulento por el dren.



Se recibe informe de TAC simple de abdomen donde no se observa colecciones Intra-abdominales, Derrame Pleural Bilateral + Consolidación basal izquierda.

**(Imagen 2)**

#### **Evolución (21-11-2015)**

Paciente con signos vitales estables, asintomático, con presencia de drenaje con eliminación de (15cc), luego de 20 días de antibióticoterapia con cefalosporina de tercera generación, se decide rotar esquema antibiótico, con las siguientes indicaciones:

1. Ampicilina + Sulbactán 1,5 gramos IV c/6h.
2. Magaldrato + Simeticona 30 cc VO después de cada comida.

#### **Evolución (24-11-2015)**

Se recibe resultados de cultivo y antibiograma donde reportan Pseudomonas sp **(Imagen 3)** por lo q se decide añadir a tratamiento antibiótico combinado:

1. Amikacina 500 mg IV C/12h.
2. Enoxaparina 60mg SC QD D/C.
3. Lactulosa 30cc VO HS.

#### **Evolución (2-12-2015)**

Paciente con evolución favorable sin complicaciones, signos vitales estables, asintomático, abdomen suave, depresible con RHA presentes con herida quirúrgica estado general, escaso líquido lechoso (15cc); por lo que se mantiene las misma indicaciones y se envían exámenes de control. **(Tabla 7 y 8)**

#### **Evolución (4-12-2015)**

Luego de 30 días de hospitalización con tratamiento antibiótico paciente evoluciona favorablemente, tolera la dieta adecuadamente, Abdomen suave

depresible ligeramente doloroso, con herida quirúrgica en proceso de cicatrización sin signos de infección, drenaje de Jackson Pratt con escasa producción de líquido lechoso desde hace aproximadamente 5 días por presentar una fistula pancreática de bajo gasto controlada con márgenes de (15-20cc) y exámenes de laboratorio dentro de los parámetros normales se decide dar alta para control por consulta externa en 7 días con un diagnóstico de linfangioma en la cola del páncreas. **(Imagen 4)**

### **CONSULTA EXTERNA**

#### **Evolución (14-12-2015)**

Paciente que acude a control con signos vitales normales, asintomático, abdomen suave, depresible, RHA presentes, con herida quirúrgica en buenas condiciones generales, sin signos de infección con producción escasa de líquido seroso por drenaje por lo que se decide retirar, para cierre espontaneo de la fistula pancreática y control en un mes.

#### **Evolución (15-1-2016)**

Paciente con evolución favorable que acude a control, asintomático, abdomen suave, depresible, no doloroso, RHA presentes, herida quirúrgica sin signos de infección, control en 15 días.

#### **Evolución (4-2-2016)**

Paciente acude a control, asintomático, abdomen suave depresible, no doloroso con herida quirúrgica en buenas condiciones generales, no signos de infección por lo que se decide dar alta definitiva por Cirugía General y control por consulta externa en Centro de Salud. **(Imagen 5)**

## **ANÁLISIS DEL CASO:**

La obstrucción intestinal es una entidad clínica conocida desde la antigüedad, que ya fue observada y tratada por Hipócrates. La obstrucción u oclusión intestinal, consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo. (Nuria Maroto, 2011)

La obstrucción intestinal que aparece en pacientes con antecedentes de haber sido tratados por cáncer, ocurre en 28% (cáncer colorrectal) y 42% (Cáncer de Ovario), la principal causa de la obstrucción intestinal es las bridas. (Castaño, 2014)

Hay muchas causas de abdomen agudo; sin embargo, el linfangioma quístico del páncreas se presenta como abdomen agudo en adultos. El linfangioma quístico es una malformación rara descrita por primera vez por Koch en 1913. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

Hasta 2008, sólo había alrededor de 70 casos reportados de linfangiomas quísticos de páncreas. La mayoría de los informes en la literatura describen el cuerpo y la cola del páncreas como las regiones más comunes implicados. El tamaño del tumor puede variar entre 3 y 20 cm de diámetro (un promedio de 12 cm). El tamaño del tumor de nuestro paciente fue 10x8x6 cm. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

En el caso presentado en este documento, el linfangioma se produjo en la cola el páncreas y se comprime las primeras asas de Yeyuno y Duodeno causando dolor abdominal agudo, presentado nauseas que llegan al vomito de contenido alimentario y biloso en moderada cantidad que fue el resultado de la obstrucción intestinal secundario al tamaño y la ubicación del tumor. Los signos de obstrucción intestinal, distensión abdominal, estreñimiento y el deterioro estado clínico eran suficientes para indicar la laparotomía exploratoria sin un diagnóstico preoperatorio preciso.

En el curso normal de los acontecimientos, los síntomas son estimulados por la masa primaria (52%), mientras que en algunas circunstancias, son provocados por las complicaciones (5%). (Fernandes & Moraes, 2015).

El tratamiento recomendado es una resección quirúrgica completa es curativa para el linfangioma, con la resección incompleta es la única razón para la enfermedad sea recurrente, la escisión completa puede implicar una escisión simple de la masa o puede requerir resecciones pancreáticas. El pronóstico en este tipo de patología es generalmente favorable; tratándose de una patología benigna. (School of Digestive and Liver Diseases, 2011)

La técnica correcta depende del tamaño y la forma del tumor, que puede ser resecado con otro órgano adyacente involucrado; se le intervino quirúrgicamente y se le realizó una pancreatectomía distal, teniendo como complicación la presencia de una fístula pancreática de bajo gasto siendo secundaria a la intervención quirúrgica. Se mencionan como las más frecuentes, lesiones del conducto de Santorini o Wirsung, dehiscencia de una duodenotomía o de muñón duodenal, formación de pasaje falso por sondeo de conductos pancreático-biliares, resecciones de páncreas por calcificaciones o neoplasias y secundarias a pancreatitis hemorrágica o un pseudoquistes.

El bazo forma parte del sistema linfático, que combate las infecciones y mantiene el equilibrio de los líquidos del cuerpo. Contiene los glóbulos blancos que luchan contra los gérmenes. El bazo también ayuda a controlar la cantidad de sangre del organismo y destruye las células envejecidas y dañadas. En nuestro paciente el linfangioma se encontró invadiendo la arteria esplénica por lo que se realizó una esplenectomía total por contigüidad; como se menciona en la literatura en un órgano que cumple una función inmunológica, razón por lo se colocó vacuna pentavalente contra el meningococo del serogrupo B multicomponente que tiene evidencia de provocar efectivamente la respuesta inmune contra las cepas del serogrupo B de meningococo prueba seleccionados para ser específicos para los antígenos de la vacuna en niños, adolescentes y adultos. (Natalie J. Carter, 2013)

#### **IV. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN**

La información sobre el caso se la obtuvo de fuente primaria (Paciente) y secundaria (Historias Clínicas del Hospital Provincial Docente Ambato)

El presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación, evaluación y el análisis detallado de:

- Historia clínica, en la que se destaca la revisión de un documento médico legal a través de la cual se obtuvo la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, cuadro clínico y tiempo de permanencia en hospitalización, manejo quirúrgico, características de la atención e identificación de puntos críticos durante el tratamiento.
- Artículos de revisión y metaanálisis con evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista con el paciente y sus familiares quienes brindaron la información activa y directa la cual permitió identificar los factores de riesgo que influyeron de alguna manera en la evolución de este caso clínico.
- Discusión directa con profesionales y tutor del trabajo de investigación, quienes son guía con su experiencia en diferentes campos de la medicina.
- Dentro de los factores de riesgo que se cita es la edad de la paciente, la exposición a los químicos por su ocupación como pintor y el antecedente familiar de cáncer de páncreas ya que en general constituyen 1 a 2% de los tumores del tracto digestivo y su mayor frecuencia se ubica entre la 5° y 7° décadas de la vida.
- Visita domiciliaria al paciente, posterior al alta para evaluar situación geográfica y de acceso a la unidad de salud, donde no se encontraron estilos de vida que puedan ayudar a la aparición de la patología.

## **IDENTIFICACIÓN RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Paciente es valorado en Hospital Regional Docente de Ambato en el Servicio de Emergencia por Cirugía General y hospitalizado inmediatamente según los protocolos del servicio. El paciente es valorado y atendido de una forma integral, como se redacta en la Historia Clínica en la que no se detalla en forma cronológica la aparición de la sintomatología del paciente en cuanto a la descripción de la enfermedad actual.

Se realizó varios exámenes complementarios con el fin de corroborar el diagnóstico definitivo, y valorar su evolución y pronóstico.

Una vez que el paciente fue ingresado se valoró y se le realizó una laparotomía exploratoria donde se determina los hallazgos descritos en el protocolo quirúrgico, de una manera precisa y adecuada determinado paso a paso la cirugía realizada.

Bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.

Hay que destacar sin embargo que se realizaron varias interconsultas necesarias, denotando, el trabajo multidisciplinario que se realizó en beneficio de la recuperación del estado de homeostasis del paciente.

El estudio histopatológico ayudó en el pronóstico del paciente ya que el tumor que presentó fue un linfangioma que son de origen benigno, tal como se ha recomendado en la literatura, siendo la resección quirúrgica completa el tratamiento curativo y definitivo.

## **ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

El Ecuador se encuentra dentro de un proceso de cambio estructural del Estado y las formas de organización para una visión de cumplimiento de los derechos básicos, que plantea la nueva Constitución de la República del año 2008. En cumplimiento del artículo 358, en el sector salud se están definiendo, implementando y evaluando una serie de nuevas estructuras y modelos de gestión administrativos, que permitan la ampliación de cobertura para el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural, y el trabajo integrado entre las instituciones, que conforman el Sistema Nacional de Salud. (MSP, 2014)

En este sentido el Modelo de Atención Integral de Salud tiene como propósito lo siguiente:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano;
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo. (MSP, 2014)

El paciente residente en la parroquia de Pishilata que no cuenta con Centro de Salud, razón por lo que acude al Hospital Móvil 2, donde no se realiza un diagnóstico adecuado inicialmente y es tratado con una infección gastrointestinal con antibióticos, lo que denota una falla en el Sistema de Salud y va orientado a un diagnóstico oportuno y preciso para una pronta recuperación.

En este marco, (MSP, 2014) el Modelo de Atención Integral de Salud es planteado con enfoque familiar, comunitario e intercultural para su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, establece los siguientes lineamientos estratégicos, que orientan la estructuración de los niveles desconcentrados:

- **Enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud-Renovada que incluye la Promoción de la Salud:** Se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operacionalizando el enfoque de derechos, intergeneracional, de género e interculturalidad.
- **Organización territorial de la red pública integral de salud:** Se estructuran macronefes, redes zonales, microredes distritales, mediante la articulación funcional requerida en los diferentes niveles de atención de la RPIS y con complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental
- **Acercamiento de los servicios integrales e integrados de salud a los hogares:** Se garantiza que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a la RPIS. Se fortalece la capacidad resolutive del primer y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema y una atención de calidad, oportuna y continúa.



## **IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS**

- ✓ Diagnóstico adecuado y precoz de Abdomen Agudo Obstructivo.
- ✓ Riesgo de infección de Herida Quirúrgica.
- ✓ Antecedentes de Cáncer Pancreático.
- ✓ Antecedente Quirúrgico de Prostatectomía.
- ✓ Hemorragia Postoperatoria.
- ✓ Riesgo de Fistula Pancreática.
- ✓ Tumor Benigno de Páncreas como causa de obstrucción intestinal.
- ✓ Llenado incompleto de la historia clínica, considerando como documento médico-legal, que recoge toda la información del paciente, en pro de su mejora.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA:</b>
Información a la población en general de lo importante que es realizarse chequeos de salud periódicamente.	Charlas de capacitación a la población.
	Utilizar estrategias del sistema de salud (visita domiciliaria) para realizar seguimiento a los pacientes.
	Socialización a la comunidad de lo que oferta cada casa de salud.
Respuesta apropiada a los cambios negativos en la evolución del paciente	Valorar a cada paciente de una forma integral.
	Comunicación por parte del personal de salud a la familia de la evolución natural de la enfermedad y posibles complicaciones.
Manejo adecuado de los protocolos de atención	Solicitar los exámenes complementarios necesarios con prontitud.
	Solicitar la valoración oportuna del área correspondiente, en este caso Cirugía.
Tiempo prolongado en la realización de los resultados histopatológicos para que en casos oncológicos se dé un manejo oportuno y rápido	Mayor personal para la realización de estudios histopatológicos
	Dotar de equipos de última tecnología que permitan un resultado veraz de cada análisis histopatológico

## **PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

El paciente no requiere un tratamiento alternativo debido a que se trata de un tumor de origen benigno (Linfangioma), confirmado con estudio histopatológico, tal como se recomendó en la literatura, siendo la resección quirúrgica completa el tratamiento curativo definitivo.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

- El actual sistema de salud está basado en la prevención y promoción de la salud, y para ello cuenta con una red de establecimientos, de diferentes niveles de complejidad.
- El adecuado manejo del paciente en el segundo nivel permitió la reducción de complicaciones, así como la disminución de la morbimortalidad, para esto es necesario el cumplimiento adecuado de los protocolos establecidos en el manejo primario del paciente.
- Se determinó las causas principales y factores de riesgo de la patología estudiada ya que esto proporciona una información completa para llegar a un diagnóstico preciso y que se manejó de forma adecuada.
- Analizamos las características del tumor encontrándose que son de origen benigno el linfangioma, por lo que tuvo un excelente pronóstico nuestro paciente.
- Se analizó la evolución y tratamiento quirúrgico-clínico adecuado para el paciente, donde el tumor fue la causa única de la obstrucción.

## **RECOMENDACIONES**

- Valorar adecuadamente a los pacientes para un correcto diagnóstico y tratamiento y así evitar futuras complicaciones.
- Al momento de enfrentarnos a un paciente debemos ser conscientes y tratarlo en su totalidad basándonos que es un ser vivo que a más de sentimientos y pensamientos se encuentra afectado por una patología, de esa manera los datos deben ser recogidos en una adecuada historia clínica, que posteriormente permita un análisis minucioso, para llegar a la aplicación del tratamiento más apropiado.
- Capacitar al personal de primer nivel en el área de salud para diagnosticar de una forma precisa este tipo de patología.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Linkografía

- Bassy, N., & Dombriz, E. (2010). Obstrucción Intestinal, Capitulo 56 .  
Obtenido de [file:///C:/Users/MI%20EQUIPO/Downloads/S35-05%2056\\_III%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MI%20EQUIPO/Downloads/S35-05%2056_III%20(1).pdf).
- Castaño, R. (2014). Obstrucción Intestinal en el Paciente con Cáncer; Estudio analítico; Departamento de cirugía Digestiva y Endoscopia, Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia.  
  
Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-163/ciru16301obstruccion/>.
- Cirugia General y Digestiva, Gastroenterologia; Ileo biliar. Presentacion de un caso clinico y revision de literatura; Dra. Gordillo, B. (30 de Noviembre de 2011).
- Dra. Gordillo, B. (30 de Noviembre de 2011). Cirugia General y Digestiva, Gastroenterologia; Ileo biliar. Presentacion de un caso clinico y revision de literatura.  
  
Obtenido de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3819/1/Ileo-biliar-Presentacion-de-un-caso-clinico-y-revision-de-literatura.html>
- Fernandes, B. F., & Moraes, É. N. (30 de Diciembre de 2015). 1. Subserous lymphangioma of the sigmoid colon: an uncommon cause of acute abdomen in pediatric patients.  
  
Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4757921/>
- Galindo, F. (2011). Enciclopedia Digestiva Capitulo 128 Síndromes Obstructivos y Seudoobstructivo del tubo Digestivo.  
  
Obtenido de <http://www.sacd.org.ar/ucientoveintiocho.pdf>

- Li, Q., Ji, D., Tu, K.-S., Dou, C.-W., & Yao., Y.-M. (20 de Noviembre de 2015). Clinical Analysis of Intraperitoneal Lymphangioma; ; Chin Med J (Engl) . Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article>
  
- Merino, M., Gasteiz, V., & Álava, E. (Núm.1 An Pediatr. de Vol. 81 de 2014 ). Linfangiomatosis poliquística mesentérica; Una causa poco frecuente de abdomen agudo quirúrgico.  
  
Obtenido de [file:///C:/Users/MI%20EQUIPO/Downloads/S1695403313004451\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/MI%20EQUIPO/Downloads/S1695403313004451_S300_es.pdf)
  
- Miguel, M., & Casamayor. (2012). Unidad de Gastroenterología y Hepatología.  
  
Obtenido de [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06\\_Dolor\\_abdominal\\_agudo.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf).
  
- Muñoz, M., & Luis, N. T. (junio de 2007). Abdomen Agudo Quirurgico en paciente Geriatrico.  
  
Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju073j.pdf>
  
- Natalie J. Carter, A. D. (11 de April de 2013). Multicomponent Meningococcal Serogroup B Vaccine (4CMenB; Bexsero®): A Review of its Use in Primary and Booster Vaccination.  
  
Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40259-013-0029-2>
  
- Nuria Maroto, V. G. (2011). O c l u s i ó n y s e u d o o c l u s i ó n intestinal; ; Servicio de Medicina Digestiva; Hospital de Manises, Servicio de Medicina Digestiva; Hospital Universitario Politécnico La Fe, Valencia.  
  
Obtenido de [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/27\\_Oclusion\\_y\\_seudoocclusion.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/27_Oclusion_y_seudoocclusion.pdf)

- Rajendra, P., & India. (2015). Torsion of the Greater Omentum Secondary to Omental Lymphangioma in a Child: A Case Report; Department of Radiology.  
  
Obtenido de  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4347715/pdf/poljradiol-80-111.pdf>
- School of Digestive and Liver Diseases, S. H. (6 de Mayo de 2011). An Unusual Cause of Acute Abdomen in Adults: Giant Cystic Lymphangioma of the Pancreatic Head. A Clinical Case and Literature Review; Divisions of Surgical Gastroenterology, Gastrointestinal Pathology, and Medical Gastroenterology. Obtenido de , Institute of Postgraduate Medical Education and Research, SSKM Hospitals. Kolkata, India; :  
<http://www.serena.unina.it/index.php/jop/article/view/3295/35>
- Sociedad Española de Radiología Médica; Radiología Simple Abdominal en Urgencias; R. Lerma Ortega; SERAM, 28 Mayo 2012.

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA**

- **PROQUEST**, Biswas, S., Gray, K. D., & Cotton, B. A. (Mayo de 2010). Intestinal Obstruction in Pregnancy: A Case of Small Bowel Volvulus and Review of the Literature.  
  
Obtenido de:  
<http://search.proquest.com/docview/212817208/E359C91CEF2B4BB2PQ/17?accountid=36765#center>
- **PROQUEST**, Jr, M. E., Jr, J. J., Miter, D. B., Glass, J. L., & Paulson, D. (21 de noviembre de 2011). Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction; Texas Endosurgery Institute, 4242 E. Southcross, Suite 1, San Antonio, TX 78222, USA.

Obtenido de

<http://search.proquest.com/docview/219507385/63680C88C7BE4027PQ/5?accountid=36765>

- **PROQUEST**, Martín-Lorenzo, J. G. (8 de mayo de 2013). Intestinal invagination in adults:preoperative diagnosis and management.

Obtenido de

<http://search.proquest.com/docview/216346625/24D8C13EA2694D06PQ/1?accountid=36765>

- **PROQUEST**, Omari, A. H., Alkhatib, L. L., & Khammash, M. R. (3 de Diciembre de 2012). Changing Pattern of Intestinal Obstruction in Northern Jordan.

Obtenido de

<http://search.proquest.com/docview/915062732/63680C88C7BE4027PQ/2?accountid=36765>

- **SCOPUS**, Berlin, A., & Johanning, J. (Agosto de 2016). Clinics in Geriatric Medicine; Intraabdominal Infections in Older Adults.

Obtenido de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84963540845&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=obstructive+acute+abdomen&st2=&sid=C5F0B88F63E7DF96A433B8859BCDD6F1.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A%3a10&sot=b&sdt=b&sl=40&s=TITLE-ABS-KEY%28obstructive+acu>



## VII. ANEXOS

### Anexo 1:



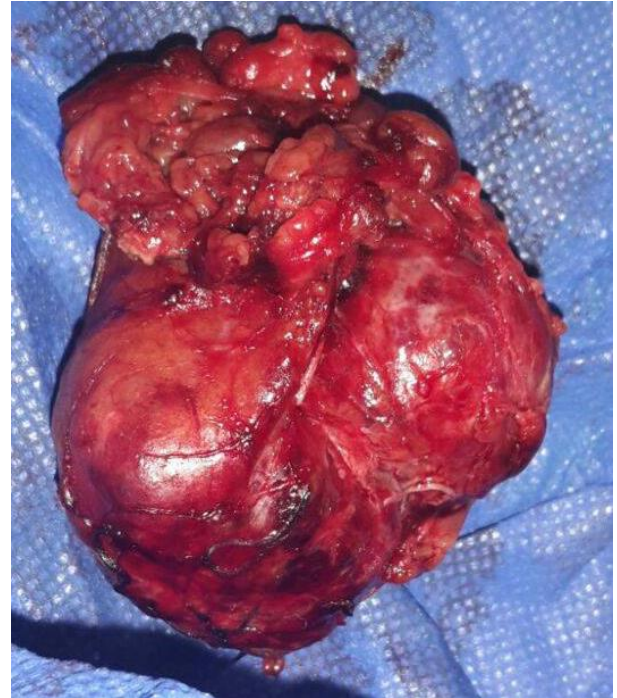
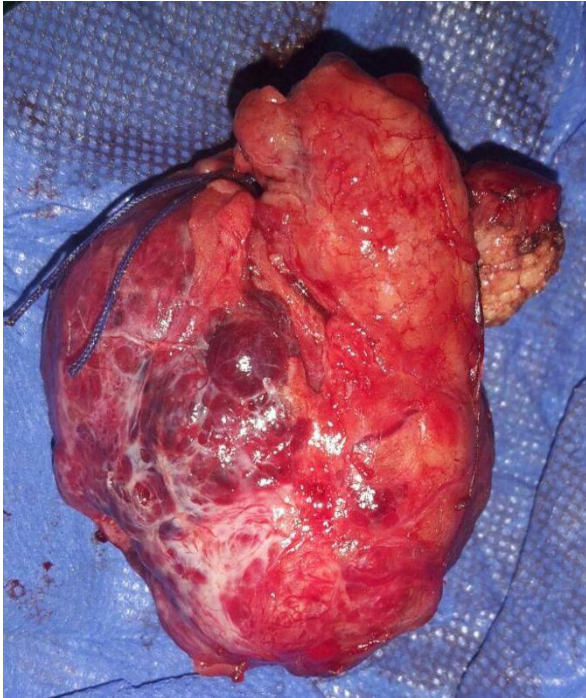
Abdomen Agudo Obstructivo



Obstrucción del intestino delgado (Pilas de monedas)

*Fuente: Radiología del Hospital Provincial Docente Ambato*

**Anexo2:**



**Linfangioma**



**Bazo**

## EXÁMENES DE LABORATORIO:

**Tabla 1**

<b>BIOMETRIA HEMATICA (4-11-2015)</b>	
Leucocitos	4.780
Neutrófilos	83.4%
Linfocitos	10.5%
Hemoglobina	14.6 g/dL
Hematocrito	46.6 %
MCV	95.5 fL
HCM	29.9 pg
Plaquetas	232.000
TP	15 seg
TTP	40 seg

**Tabla 2**

<b>Química Sanguínea (4-11-2015)</b>	
Glucosa	100.6 mg/dL
Urea	89.6 mg/dL
Creatinina	1.45 mg/dL
Ácido Úrico	4.7 mg/dL
Amilasa	39 U/L
Lipasa	31.7 U/L
Bilirrubina Total	1.96 mg/dL
Bilirrubina Directa	0.917 mg/dL
Proteínas totales	5.01 g/dL
Albumina	2.42 g/dL
TGO	25.7 U/L
TGP	6.9 U/L
Fosfatasa Alcalina	70 U/L
PCR	634.29 mg/L
Gama GT	43 U/L
Sodio	137.58 mmol/L
Potasio	4.26 mmol/L
Cloro	97.27 mmol/L
LDH	180 U/L

**Tabla 3**

<b>BIOMETRIA HEMATICA (5-11-2015)</b>	
Leucocitos	7.960
Hemoglobina	17.2 g/dL
Hematocrito	54.8 %
MCV	93.3
HCM	29.3
Plaquetas	241.000

**Tabla 4**

<b>Química Sanguínea (5-11-2015)</b>	
Glucosa	108.2 mg/dL
Urea	70.9 mg/dL
Creatinina	1.09 mg/dL
Ácido Úrico	4.8 mg/dL
Sodio	135.72 mmol/L
Potasio	4.22 mmol/L
Cloro	102.48 mmol/L

*Fuente: Laboratorio del Hospital Provincial Docente Ambato*

**Tabla 5**

<b>BIOMETRIA HEMATICA (11-11-2015)</b>	
Leucocitos	11.240
Neutrófilos	83.2%
Linfocitos	6.0%
Hemoglobina	15.7 g/dL
Hematocrito	49.5 %
MCV	94.6 fL
HCM	30.0 pg
Plaquetas	606.000

**Tabla 6**

<b>Química Sanguínea (11-11-2015)</b>	
Glucosa	98.1 mg/dL
Urea	27.3 mg/dL
Creatinina	0.91 mg/dL
Ácido Úrico	2.7 mg/dL
Sodio	131.40 mmol/L
Potasio	5.52 mmol/L
Cloro	96.96 mmol/L

**Tabla 7**

<b>BIOMETRIA HEMATICA (3-12-2015)</b>	
Leucocitos	10.780
Neutrófilos	68.6%
Linfocitos	23.0%
Hemoglobina	13.0 g/dL
Hematocrito	42.7 %
MCV	96.1 fL
HCM	29.3 pg
Plaquetas	521.000

**Tabla 8**

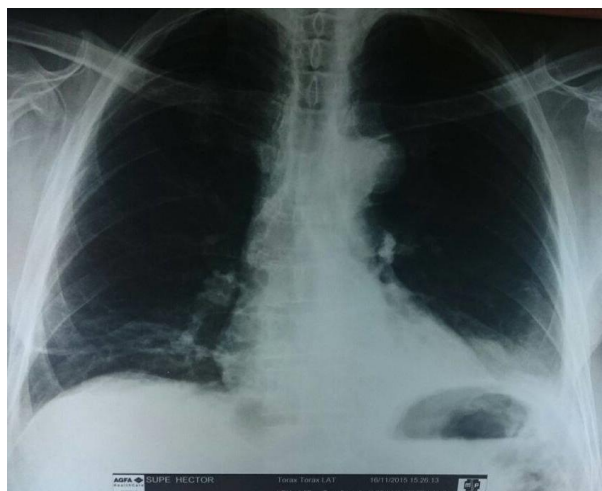
<b>Química Sanguínea (3-12-2015)</b>	
Glucosa	89.3 mg/dL
Urea	17.5 mg/dL
Creatinina	0.82 mg/dL
Ácido Úrico	2.8 mg/dL
Amilasa	34 U/L
Lipasa	24.8 U/L
PCR	29.05 mg/L

*Fuente: Laboratorio del Hospital Provincial Docente Ambato*



## IMÁGENES:

Imagen 1:



### *Radiografía AP de Tórax del Paciente*

*Fuente: Radiología del Hospital Provincial Docente Ambato*

Imagen 2:

FECHA:	18 DE NOVIEMBRE DE 2015	EDAD: 67 AÑOS
ESTUDIO:	TC SIMPLE DE ABDOMEN Y PELVIS	

**INFORME**

Derrame pleural bilateral de predominio izquierdo.  
Consolidación basal izquierda.  
Bandas fibrosa basal derecha.  
Engrosamiento de los septos interlobulillares e inter-septales basales bilaterales de predominio derecho asociado a un patrón en vidrio deslustrado.  
Higado de tamaño normal y estructura interna homogénea, en estas condiciones no se demostraron lesiones focales en el espesor del parénquima.  
Vesícula distendida de paredes delgadas contenido no valorable por medio de este estudio de imagen.  
No hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática.  
Estomago vacío no valorable.  
Páncreas, bazo y glándulas suprarrenales sin alteraciones.  
Los riñones son de tamaño normal, sin evidencia de hidronefrosis ni litiasis.  
La aorta es de calibre conservado.  
Vejiga vacía con bag de sonda en su interior.  
Se demuestran con este examen múltiples adenomegalias mesentéricas y ni retroperitoneales.  
Se observa líquido libre intra-peritoneal en el espacio recto vesical y en forma laminar a nivel de las correderas parieto-cólicas.  
Presencia de dren que ingresa por flanco izquierda y su extremo distal se proyecta a nivel retro-peritoneal por debajo de la cola del páncreas.

**IMPRESIÓN RADIOLÓGICA:**

- No se observa colecciones intra-abdominales.
- Líquido libre en espacio recto vesical.
- Derrame pleural bilateral + consolidación basal izquierda.

Atentamente:  
Dra. Rocío Villagómez M.  
Libro 25 Folio 85 N.º 201  
RADIOLOGÍA  
Dra. Rocío Villagómez  
RADIOLOGÍA


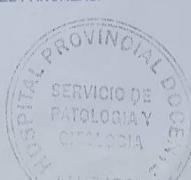
*Fuente: Radiología del Hospital Provincial Docente Ambato*

Imagen 3:

67a 1 Pseudomonas especies		CIM	Interps
<b>1 Pseudomonas sp.</b>			
Antimicrobiano		<=16	S
Amicacina		>16/8	
Amp/Sulbactam		>16	
Ampicilina		>16	R
Aztreonam		>16	
Cefazolina		16	I
Cefepima		32	I
Cefotaxima		>4	
Cefotaxima/A Clavulánico		>16	
Cefoxitina		8	S
Ceftazidima		>2	
Ceftazidima/A Clavulánico		>32	R
Ceftriaxona		>16	
Cefuroxima		>2	R
Ciprofloxacina		>4	
Ertapenem		>8	R
Gentamicina		<=1	S
Imipenem		>4	R
Levofloxacina		2	S
Meropenem		>64	
Nitrofurantoina		64	I
Pip/Tazo		8	I
Tobramicina		>2/38	R
Trimet/Sulfa			

Fuente: Laboratorio del Hospital Provincial Docente Ambato

Imagen 4:

SOLICITUD DE EXÁMEN		ANATOMO-PATOLOGICO	
DIAGNOSTICO CLINICO	ADBOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO		
OPERACION PRACTICADA			
TRATAMIENTO			
ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA	MASA TUMORAL DE COLA DE PANCREAS		
<b>DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA</b>			
SOLICITANTE		N° DE PIEZAS	
Dr. Fabián Yépez FIRMA DEL MEDICO			
<b>INFORME ANATOMO-PATOLOGICO</b>			
FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	N° INFORME	
04/11/2015	20/11/2015	3471-15	
<b>RESULTADOS MACROSCOPICOS</b>			
Se recibe segmento de páncreas, que mide 5.5x4.5x4 cm. Se observa tumoración redondeada de 5x4x3.5 cm, blando, bien delimitado y aparentemente encapsulado. Al corte presenta aspecto multiquístico, se observa parénquima de aspecto pancreático vecino. SPPR (5C).			
<b>RESULTADOS MICROSCOPICOS</b>			
En los cortes histológicos se observa tumoración constituida por espacios de aspecto quísticos, de diferentes tamaños con contenido claro en su interior, con material granuloso de aspecto proteináceo. Dichos espacios se encuentran revestidos por células aplanadas unas, otras con células cuboidales que en algunos forman pequeñas proyecciones papilares. El estroma en algunos sitios escaso, más abundante en otros. La tumoración bien delimitada del parénquima pero encapsulada. Existen acinis atróficos y ligera fibrosis peritumoral. Otro fragmento mayor en la periferia de la tumoración es de histología normal.			
<b>DIAGNOSTICO</b>			
* LINFANGIOMA DE LA COLA DEL PANCREAS.			
 Dr. José Rodríguez H. ANATOMIA PATOLOGICA		 ENTREGADA 26 NOV	

**Imagen 5:**

