



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PREGUNTAS CAPITULO 36 Y 37

MATERIA: CLINICA QUIRURGICA

DOCENTE: DRA. MAGALI ESCARPULLI

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

5° SEMESTRE

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS
22/06/2020

Cap 36

1.- menciona los tres grupos de sarcomas en términos generales:

R: translocaciones específicas o amplificaciones genicas, mutaciones oncogenas definidas y complejos de reordenacion genómica

2.- son el ejemplo clasico de sarcomas en los que la genesis tumoral es estimulada principalmente por una mutacion activamente única:

R: GIST

3.- mayormente donde presentan mutaciones los GIST

R: En el exon 11 de tipo KIT

4.- cual es e grupo de sarcomas mas grande

R: es el grupo de alteraciones citogenéticas complejas, que incluye los sarcomas fusiformes de alta malignidad y los sarcomas pleomórficos

5.- que debe incluir el diagnostico diferencial de tumoracion de tejidos blandos

R: el lipoma, linfangiosarcoma, leiomioma, neurinoma, carcinoma primario o metastasico, melanoma y linfoma

6.- cuales son los objetivos del tratamiento para sarcomas de tejidos blandos:

R: son llevar al maximo la probabilidad de supervivencia sin recurrencias a largo plazo al tiempo que se reduce la morbilidad y se lleva al máximo la funcion.

7.- cual es el objetivo de la reseccion quirúrgica:

R: es obtener una reseccion completa porque los margenes microscopicos o macroscopicos despues de una resección se asocian con incremento en el riesgo de recurrencia local y muerte

8.- tratamiento preferido para sarcomas de la extremidad:

R: es la ablacion local amplia

9.- es el tratamiento preferido para 5% de los pacientes con tumores primarios o recurrentes de extremidades, cuyos tumores no pueden extirparse macroscopicamente con procedimientos de conservacion de la extremidad y con conservacion de la función

R: la amputación

10.- es una tecnica con conservacion de las extremidades en las cuales un sarcoma de tejidos blandos es perfundido con concentraciones elevadas de factor de necrosis tumoral α y melfalan bajo condiciones de hipertermia.

R: la perfusion regional aislada

Cap. 37

1.- donde se encuentra ubicado el conducto inguinal

R: en la porcion anterior de la cavidad pélvica

2.- que es el conducto inguinal

R: es una region en forma de cono de casi 4 a 6 cm de longitud

3.- ¿Cómo está formado el conducto inguinal?

Formado por la aponeurosis del M. oblicuo mayor, su longitud de 4 cm

Inicia en AIP y termina en AIS

4.- como se clasifican las hernias inguinales en terminos generales

R: indirectas, directas y femorales

5.-los limites del conducto inguinal estan comprendidos por:

R: la aponeurosis del musculo oblicuo externo en sentido anterior, por el musculo oblicuo interno en direccion externa por la fascia transversalis y el musculo transverso del abdomen en dirección posterior, por el musculo oblicuo interno en direccion superior y por el ligamento inguinal en direccion inferior.

6.- atraviesa el conducto inguinal y contiene tres arterias, tres venas, dos nervios, el plexo venoso pampiniforme y el conducto deferente.

R: el cordón espermático

7.- que es el conducto de NUCK

R: divertículo del peritoneo de la mujer que podría persistir en la vida adulta

8.- cuales son los bordes del anillo femoral

R: el haz iliopubico y el ligamento inguinal en sentido anterior, el ligamento de Cooper en sentido posterior, el ligamento lagunar hacia la linea media y la vena femoral hacia afuera.

9.- cuando se puede diagnosticar hernia inguinal directa

R: cuando exista protrusión en la pared de la cavidad abdominal si recorre el conducto inguinal

10.- penetra al conducto inguinal por fuera de los vasos epigastricos inferiores y transcurre en direccion ventral hacia los vasos iliacos y haz iliopubico.

R: la rama genital