

CAPITULO 25

El esófago es un conducto muscular que se inicia inmediatamente después de la faringe y termina en el estómago a nivel del cardias.

El estrechamiento superior se halla a la entrada del esófago y es creado por el músculo cricofaríngeo.

Mecanismo de la deglución

El acto de alimentación requiere el paso de alimentos y bebidas de la boca al estómago. Una tercera parte de este recorrido se lleva a cabo en la boca y la hipofaringe, en tanto las dos terceras partes restantes ocurren en el esófago.

El alimento entra en la boca en trozos de distintos tamaños para ser molido, mezclado con saliva y lubricado. Una vez iniciada, la deglución es una acción refleja en su totalidad. Cuando el alimento se encuentra listo para ser deglutido, la lengua actúa como un pistón para mover el bolo hacia la porción posterior de la orofaringe y nasofaringe.

La deglución se inicia de modo voluntario o de desencadenada de manera refleja por la estimulación de algunas áreas de la boca y la faringe, entre las cuales están los pliegues anteriores y posteriores de las amígdalas, y las paredes postelaterales de la hipofaringe.

Reflujo fisiológico

La vigilancia del pH esofágico de 24 h revela que los individuos sanos tienen episodios ocasionales de reflujo gastroesofágico. Este reflujo fisiológico es más habitual durante la vigilia y en posición

erecta que durante el sueño y en posición de decubito dorsal.

Cuando se presenta reflujo gástrico, los suletos normales son capaces de eliminar del esófago el jugo gástrico refluído con rapidez, sin que influya en ello la posición en que se encuentran.

Pruebas para la detección de anomalías

• Valoración endoscópica

Por lo general, la primera prueba diagnóstica en pacientes con sospecha de enfermedad esofágica es la endoscopia de tubo digestivo. Esto permite valorar y obtener una biopsia de la mucosa del estómago y el esófago, además de establecer el diagnóstico y valorar lesiones obstructivas en la parte superior del tubo digestivo.

La esofagoscopia está indicada en cualquier paciente con disfagia, incluso si el estudio radiográfico es normal.

El esófago de Barrett es una afección en la cual la viscera está cubierta por epitelio columnar en vez del epitelio plano normal.

La hernia hiatal se confirma por endoscopia al encontrar una bolsa cubierta por pliegues gástricos que se ubica 2 cm o más por arriba de los bordes del diafragma y se identifica al solicitar al enfermo que olfatee.

• Valoración radiográfica

El estudio con trago de bario se realiza de manera selectiva para valorar la anatomía y la motilidad. La anatomía de las hernias hiatales grandes se demuestra con más claridad en imágenes radiográficas con contraste que en la endoscopia, y la presencia de peristaltismo esofágico coordinado puede determinarse mediante la observación de varios tragos de bario.

individuales a su paso por todo el órgano, con el paciente en posición horizontal.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

La GERD no se reconocía como un problema clínico de importancia sino hasta el decenio de 1930 y no se identificó como causa desencadenante de esofagitis hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

La intervención quirúrgica antirreflujo es un tratamiento eficaz a largo plazo y constituye el único recurso capaz de restaurar la barrera gastroesofágica.

Los síntomas considerados como indicadores de GERD, como pirosis, regurgitación sorda, son muy frecuentes en la población y muchas personas los consideran normales, por los que no buscan atención médica.

Síntomas atípicos tos, ronquera, dolor torácico, sibilancias y aspiración.

Por lo general, la pirosis se define como una molestia retroesternal tipo ardoroso, que comienza en el epigastrio y se irradia hacia arriba. A menudo se agrava con las comidas, los alimentos condimentados o grasosos, el chocolate, alcohol, café y puede intensificarse en decúbito dorsal.

Aunque no siempre, muchas veces se alivia con antácidos o fármacos antsecretorios.

La regurgitación, el regreso sin esfuerzo de contenido gástrico ácido o alcalino hacia el tórax, faringe o boca, es muy indicador de alguna alteración de los órganos derivados del intestino primitivo anterior.

La disfagia se debe a la sensación de dificultad para el paso del alimento de la boca

Tratamiento

Puede iniciarse con un inhibidor de la bomba de protones (PPI) o con una intervención quirúrgica antirreflujo.

Tratamiento Qx

Objetivo es restaurar de manera segura la estructura del esfínter o evitar su acortamiento durante la distensión gástrica, en tanto se conserva la habilidad del paciente para deglutir con normalidad, eructar para eliminar la distensión abdominal por gases y vomitar en caso necesario.

El procedimiento quirúrgico debe permitir la colocación de un segmento del esfínter esofágico distal de longitud adecuada dentro del ambiente abdominal, de presión positiva, mediante una técnica que asegure que dicho esfínter responda a los cambios de presión intrabdominal.

La intervención quirúrgica debe permitir que el cardias reconstruido se relaje durante la deglución.

La fundoplicatura no debe incrementar la resistencia del esfínter relajado hasta un nivel que exceda la capacidad peristáltica del cuerpo del esófago.

Fundoplicatura de Nissen → Procedimiento más frecuente. Se realizaba por una abdominal abierta o una incisión torácica, pero con el desarrollo de las técnicas laparoscópicas, ahora la cirugía antirreflujo primaria suele realizarse a través del laparoscopio. Esta técnica hace posible un buen control del reflujo pero tiene diversos efectos colaterales que han obligado a modificar el procedimiento general.

Los estudios de resultado a largo plazo después de funduplicatura abierta o laparoscópica documentan la capacidad de funduplicatura abierta o laparoscópica para aliviar los síntomas típicos de reflujo (pirosis, regurgitación y disfagia) en más de 90% de los pacientes luego de intervalos de seguimiento de dos a tres años, y en 80 a 90% de los px cinco años o más después de la operación.

Los estudios posoperatorios de pH indican que en >90% de los pacientes se normalizan los trazos de pH.

El objetivo del tratamiento quirúrgico de la GERD es aliviar los síntomas de reflujo (tos, asma, bronquitis) después de la operación, que sólo se alivian en dos tercios de los pacientes.

Hernias Diafragmáticas (Hiatales) Gigantes

Se han identificado tres tipos de hernia hiatal esofágica: a) hernia deslizante, tipo I, que se caracteriza por dislocación cefálica del cardias en el mediastino posterior; b) hernia paraesofágica o por rodamiento, tipo II, cuya propiedad más notoria es la dislocación cefálica del fondo gástrico con cardias en posición normal, y c) hernia mixta o combinada deslizante por rodamiento, tipo III, que se caracteriza por dislocación cefálica del cardias y el fondo gástrico.

Manifestaciones Clínicas

Disfagia y plenitud posprandial en sujetos con hernia paraesofágica se explican por la compresión del esófago adyacente por el cardias distendido o por la torsión de la unión gastroesofágica derivada del giro del estómago al desplazarse al torax.

Laura Diler Cruz Diaz

15-MAYO-2020

Diagnostico

Se puede establecer mediante una radiografía de tórax con el paciente en posición erecta si se observa un nivel hidrosérico por atrás de la silueta cardiaca.

Tratamiento

Es quirurgica en gran medida. Los aspectos discutibles incluyen: a) las indicaciones para la reparación; b) el procedimiento quirúrgico; c) la función de la funduplicatura y d) presencia y tratamiento de esófago corto.

La vía de acceso para la reparación de la hernia hiatal para esofágica puede ser transabdominal (laparoscópica o abierta) o transtorácica.

CAPITULO

26

» ESTÓMAGO «

Es un órgano singular con funciones digestivas, nutricionales y endocrinas importantes. Almacena y facilita la digestión y absorción del alimento ingerido, al igual que ayuda a regular el apetito.

El estómago se reconoce por su forma asimétrica con forma de pera y es la estructura proximal del tubo digestivo dentro del abdomen.

Hormonas gástricas

Gastrina → Las células G del antro producen la gastrina, el estimulante hormonal más importante de la secreción de ácido durante la fase gástrica. Existen tres variedades de gastrina: gastrina larga, gastrina corta y minigastrina.

Somatostatina → Se produce en las células D distribuidas en toda la mucosa gástrica. La variante predominante en humanos es la somatostatina 14, aunque también existe la somatostatina 28.

Peptido liberador de gastrina → Es el equivalente de la bombesina en los mamíferos; es una hormona descubierta hace más de dos décadas. En el antro, el GRP estimula la liberación de gastrina y somatostatina al unirse a los receptores de las células G y D.

Leptina → Es una proteína sintetizada sobre todo en los adipocitos.

Ghrelin → Es un secretagogo potente de la hormona hipofisaria del crecimiento (mas no de las hormonas adrenocorticotrófica (ACTH) estimulante de los folículos [FSH], luteinizante (LH).

Enfermedad Gástrica

Signos y Síntomas

Los síntomas más comunes de enfermedad gástrica son dolor, pérdida ponderal, saciedad temprana y anorexia. Otras molestias frecuentes son náusea, vómito, distensión abdominal y anemia.

Diagnóstico

Esófagos trópicos endoscopia → Los pacientes con uno o más de los síntomas de alarma que se enumeran (Difragia, sangrado, anemia, vómito recurrente, pérdida de peso), deben ser sometidos con rapidez a una endoscopia de tubo digestivo alto.

Los endoscopios flexibles más pequeños con características ópticas excelentes y un conducto de trabajo que fácilmente pasa por vía transnasal en el paciente sin sedación.

Pruebas radiológicas → Pueden ser útiles para el diagnóstico de perforación gástrica (neumoperitoneo) o del retraso del vaciamiento gástrico (nivel hidroaéreo grande).

Tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear.

Puede demostrar su utilidad clínica como prueba cuantitativa para el vaciamiento gástrico e incluso puede ser de cierta utilidad para el análisis de los trastornos muy eléctricos en pacientes con gastroparesia.

Ecografía endoscópica → Es útil para valorar ciertas lesiones gástricas. La estadificación del adenocarcinoma gástrico mediante EUS es relativamente preciso, por lo que esta modalidad se utiliza para planificar el tratamiento. Las tumoraciones submucosas por lo común se detectan al examen sistemático.

Enfermedad Ulcerosa Péptica

Son defectos focales de la mucosa gástrica o duodenal que se extienden hasta la submucosa o hasta una capa más profunda. Pueden ser agudas o crónicas y se deben a un desequilibrio entre la acción del ácido péptico y las defensas de la mucosa.

Es uno de los trastornos más frecuentes en Estados Unidos, con una prevalencia cercana a 2% y una prevalencia acumulativa en toda la vida cercana a 10%, con un nivel máximo de casi 70 años de edad.

Se reconoce que la mayor parte de úlceras gástricas y duodenales son causadas por *H. pylori*, por el uso de NSAID o por ambos.

Manifestaciones Clínicas

Más del 90% de pacientes con enfermedad ulcerosa péptica refiere dolor abdominal. El dolor por lo general no se irradia, es de tipo urente y se localiza en el epigastrio.

Diagnóstico

Todos los pacientes mayores de 45 años que presenten los síntomas descritos antes se deben someter ~~antes~~ a endoscopia de tubo digestivo alto, al igual que los que presentan síntomas de alarma, sin importar la edad.

Complicaciones

Las tres complicaciones más comunes de la enfermedad ulcerosa péptica en orden decreciente de frecuencias son:

- * Hemorragia
- * Perforación
- * Obstrucción

Tratamiento

Los inhibidores de la bomba de protones son la base del tratamiento médico para la enfermedad ulcerosa péptica, pero también son eficaces a dosis elevadas de antagonistas de los receptores H_2 y sucralfato.

Tratamiento Quirúrgico

Las indicaciones para la intervención quirúrgica en la enfermedad ulcerosa péptica son sangrado, perforación, obstrucción, falta de respuesta al tratamiento o falta de cicatrización.

✓ Síndrome de Zollinger - Ellison

Se debe a la falta de control de la secreción de gran cantidad de gastrina causada por un tumor pancreático o duodenal de tipo neuroendocrino (gastrinoma).

En la mayor parte de los casos (80%) la enfermedad es esporádica, pero 20% es hereditaria. El gastrinoma es la forma más común con

★ MEN1 casi siempre presentan gastrinomas múltiples y es raro lograr su recuperación mediante intervención quirúrgica.

Manifestaciones Clínicas

Dolor epigástrico, GERD y diarrea. La mayor parte de las úlceras se localiza en sitios ordinarios (duodeno proximal), pero la presencia de úlceras con distribución atípicas debe obligar a descartar este gastrinoma.

Diagnóstico

Todos los pacientes con gastrinoma tiene concentraciones altas de gastrina y la hipergastrinemia en presencia de BAO es muy sugestiva de gastrinoma. Casi siempre tienen $BAO > 15 \text{ mEq/h}$ o $> 5 \text{ mEq/h}$ si se sometieron a procedimiento previo.

7 Gastritis y Úlceras por estrés

La gastritis es una inflamación de la mucosa.

El diagnóstico endoscópico de la gastritis tiene poca correlación con los datos histológicos.

La causa más común de gastritis es *H. pylori*. Otras causas incluyen consumo de alcohol, NSAID, enfermedad de Crohn, tuberculosis y reflujo biliar.

Se deben al flujo sanguíneo inadecuado hacia la mucosa gástrica durante periodos de tensión fisiológica intensa.

En el paciente rarísimo que requiere una intervención quirúrgica a causa de gastritis hemorrágica por estrés, las opciones incluyen U + D con sutura de lesiones hemorrágicas principales, o gastrectomía subtotal.

CAPITULO 27

Tratamiento quirúrgico de la Obesidad

Mientras que el término cirugía bariátrica continúa como el nombre preponderante del campo, la importancia del tratamiento de los aspectos metabólicos de la obesidad ha causado que la primera sociedad de cirujanos en tratar estos problemas reciba el nombre American Society For Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS).

La extensión de la indicación de cirugía metabólica para pacientes con obesidad clase I (índice de masa corporal, 30 a 35 kg/m²) ha sido otro desarrollo durante los últimos años.

La enfermedad de la obesidad

La obesidad es la segunda causa de muerte susceptible de prevención en Estados Unidos, superada a la fecha por el tabaquismo.

La obesidad es una enfermedad y probablemente su origen es multifactorial.

Los componentes de la enfermedad probablemente incluyen una combinación de factores ambientales y genéticos.

Los grados de obesidad se definen por el índice de masa corporal (BMI = peso [kg] / talla [m]²), que relaciona el peso corporal con la talla.

Pronóstico

Se calcula que un varón con obesidad grave con edad de 21 años vivirá 12 años menos y una mujer 9 años menos en comparación con individuos no obesos.

Tratamiento médico

Para la obesidad grave se dirige a reducir el peso corporal con una disminución del consumo calórico e incremento en el consumo de energía por el ejercicio moderado.

Sin embargo, para los individuos con obesidad grave que deben perder al menos 35 kg o más para lograr la eliminación de la obesidad, esta actividad sumatoria es un extremo difícil.

El tratamiento debe iniciarse con cambios simples en el estilo de vida, lo que incluye reducción moderada del consumo calórico y el inicio de un plan de ejercicio.

Un déficit energético diario de 500 Kcal/día ocasiona un déficit semanal de 3500 Kcal, lo que ocasiona la pérdida de alrededor 450 g de grasa por semana.

Generalidades sobre cirugía bariátrica

Las operaciones bariátricas producen pérdida de peso a través de al menos dos mecanismos y probablemente muchos más que no se conocen.

La más común es la restricción del consumo. La malabsorción de alimentos ingeridos es el segundo mecanismo.

Indicaciones

El paciente debe tener:

- 1) Índice de masa corporal $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ con o sin enfermedades con la obesidad
- 2) Índice de masa corporal de 35 a 40 kg/m^2 con enfermedades asociadas.

Contraindicaciones

La inestabilidad psicológica o la incapacidad para entender las implicaciones de la cirugía propuesta y los cambios que producirán en términos de estilo de vida del paciente.

Selección del paciente

Debe basarse en la valoración de un equipo multidisciplinario.

La valoración preoperatoria del paciente debe incluir la valoración de nutriólogos como un factor independiente importante. La valoración cuidadosa de los hábitos de consumo de alimentos por el paciente, el conocimiento, la conciencia personal y la comprensión profunda del procedimiento quirúrgico son aspectos importantes.

Preparación preoperatoria

En el preoperatorio se confirman las enfermedades asociadas y otros problemas médicos así como su tratamiento óptimo.

Es importante la detección de "enfermedades ocultas" por ejemplo, arteriopatía coronaria en individuos mayores de 50 años.

PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Procedimientos abiertos en comparación con laparoscópicos

Algunos cirujanos realizan RYGB, BPD o DS utilizando accesos abiertos, pero hoy en día esto se ha vuelto una excepción.

Cuando se utiliza un acceso quirúrgico abierto para cualquiera de estos procedimientos, más a menudo se utiliza un acceso laparoscópico. a través de incisión en la línea media.

Los separadores mecánicos permiten exposición adicional para la cirugía abierta y está indicado su uso.

La cirugía laparoscópica requiere conocimientos y habilidades básicas que hoy en día se han vuelto estándar, como parte de la capacitación quirúrgica.

Es obligatorio el uso de insuflador de alto flujo para mantener el neumoperitoneo para una visualización adecuada y segura.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE LAPAROSCÓPICA

El procedimiento LAGB, implica la colocación de una banda de silicona inflable alrededor de la porción proximal del estómago. La banda es una \rightarrow un sistema de reservorio que permite el ajuste de la misma. Se obtiene acceso al sistema de reservorio a través de un acceso colocado en el espacio subcutáneo, similar a los accesos utilizados para quimioterapia a través de catéteres venosos centrales.

Técnica

La colocación del sitio de acceso para LAGB varía entre los diferentes cirujanos. Por lo general se combinan dos trócares para las manos del cirujano y uno o dos trócares para el ayudante, además del trócar para el telescopio y uno para el separador de hígado.

Con el paciente en posición de Trendelenburg invertida, el procedimiento inicia con la división del peritoneo a nivel del ángulo de His y continúa con la división del ligamento gastrohepático en el área avascular para exponer la base del pilar del diafragma.

DERIVACIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA en Y de Roux

La principal característica de la operación es una bolsa gástrica proximal de tamaño pequeño (a menudo < 20 ml) que se separa por completo de la porción distal del estómago.

El tamaño de la bolsa gástrica proximal debe ser pequeña para crear resección adecuada y debe ubicarse en la curvatura menor del estómago para evitar la dilatación con el paso del tiempo.

Técnica

La operación se realiza utilizando cinco trócares más un separador hepático.

El cirujano se coloca del lado derecho del paciente

Laura Dlog Cruz Diaz

17-Mayo-2020

y el ayudante se coloca en el lado izquierdo, con dos trócares para la colocación de instrumentos. El telescopio requiere un trocar, por lo regular ubicado en la región suprumbilical. Los trócares para el ayudante se colocan en las áreas subcostal y del flanco izquierdo, mientras que el cirujano coloca ambos trócares en el cuadrante superior derecho (método de Cleveland) uno a cada lado de la cámara (método de Virginia). La división adicional del mesenterio en dicha ubicación se realiza utilizando grapadora o distorsor armónico, de forma tal que se logre la movilización adecuada del asa de Roux.

CAPITULO

28

Intestino Delgado

- El intestino delgado es la razón del ser del tubo digestivo
- Principal sitio de digestión y absorción de nutrimentos.
- Órgano más grande de los sistemas inmunitarios y endocrinos.

Anatomía Macroscópica

- Estructura tubular larga que mide aprox 2-6 cm
- Consta de tres segmentos: duodeno, yeyuno e ileon.
- El piloro delimita al duodeno del estómago y el ligamento de Treitz delimita al yeyuno. No existe una referencia anatómica que delimita al yeyuno del ileon.
- Ileón separado del ciego por válvula ilocecal.
- Irrigación: Duodeno → Arterias celíacas y mesentéricas superior.

Drenaje Venoso → Venas mesentéricas superior.

Drenaje Linfático → Ganglios mesentéricos

Inervación parasimpática provee el nervio vago y la simpática de los nervios espláncicos.

La pared del intestino delgado con 4 capas: Mucosa, Submucosa, Muscular propia y serosa.

Fisiología

- ① Digestión y absorción: Agua y electrolitos, carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.
- ② Funciones de barrera e inmunitaria: IgA, mucinas, GALT.

③ Motilidad → Peristalsis

④ Función endocrina → Somatostatina, Secretina, Colecistocinina, Motilina, Péptido YY.

Obstrucción ID

Epidemiología La mayoría causado por adherencias.

Obstrucción mecánica de ID es el trastorno ex que

Laura Dilery Cruz Ortiz

17-MAYO-2020

se encuentra con mayor frecuencia.

Fisiopatología Cuando inicia una obstrucción, se acumula tanto gas como líquido en la luz intestinal proximal al sitio de la obstrucción. La actividad intestinal aumenta en un esfuerzo por vencer la obstrucción, lo que explica el dolor tipo cólico y diarrea. Se distiende el intestino y aumentan las presiones intraluminal e intramural. Motilidad disminuye y hay contracciones.

Manifestaciones

Son dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómito y estreñimiento.

Diagnóstico

★ Anamnesis, Serie abdominal (Rx de abdomen en decubito supino, de pie y Rx de tórax con el px de pie),
★ triada de OIB (Asas intestinales dilatadas > 3 cm, niveles hidroaéreos, escasez de aire en el colon).

Tratamiento

★ Restauración de líquidos con solución isotónica IV, extracción constante líquido y gas mediante SNG e intervención qx oportuna.

Ileo y pseudo obstrucción

- > Ocasionados por un deterioro de la motilidad intestinal
- > El ileo es temporal y, por lo general, irreversible si se logra corregir el factor desencadenante.
- > Pseudoobstrucción crónica: Grupo de trastornos que acompañan a la dismotilidad intestinal irreversible.

Fisiopatología

La mayor parte de las operaciones o lesiones del abdomen, se deterioran temporalmente la motilidad del tubo digestivo.

Manifestaciones

Intolerancia a líquidos y sólidos por la boca, náuseas y ausencia de flatus o evisceraciones (puede ocurrir vómito y distensión abdominal).

Diagnostico

Anamnesis (opisceos); Medicion serica de electrolitos

Tratamiento

Limitación de ingesta VO, corrección desequilibrante, descompresión SNG, admón líquidos y electrolitos lú y admón de ketorolaco y uso de opioides.

ENFERMEDAD DE CROHN

Conducción inflamatoria idiopática, crónica, con propensión a afectar la porción distal del ileón, pero puede ser cualquier parte del tubo digestivo.

Fisiopatología

Diversidad de defectos de los mecanismos inmunarios reguladores causan tolerancias inmunarias defectuosas e inflamación sostenida.

Manifestaciones

Dolor abdominal en CID, diarrea y adelgazamiento

Diagnostico

Anamnesis, Rx de abdomen, Biopsia

Tratamiento

Palistivo, Antibiotico, aminosalicatos, corticosteroides e inmunomoduladores, quirurgico (reseccion intestinal segmentaria y coloplastia).

FISTULAS INTESTINALES

Comunicación anormal entre 2 superficie epitelizadas.
• Fístula interna / externa; F de bajo gasto / alto gasto.

Fisiopatología

Depende de las estructuras afectadas

F. enteroentericas: Absorción deficiente

F. Enterovesicales: ITUS a repetición

F. Alto gasto: deshidratación, anomalías electrolíticas y desnutrición

Manifestaciones

Entre el 5^{to} y 10^o día del posoperatorio. Fiebre, seudocefalosis, ileo prolongado, hipersensibilidad abdominal

Jaura Dilerq Cruz Diaz

17-MAYO-2020

e infección de la herida.

Diagnostico

EF, TAC, Fistograma

Tratamiento

Estabilización, investigación, decisión, tx definitivo y Rehabilitación.

DIVERTICULO DE MECKEL

Es el resultado de la ulceración de la mucosa ileal que ocurre adyacente a la mucosa gástrica heterotópica, que produce ácido, localizada dentro del ventrículo.

Divertículo verdadero

Fisiopatología

Obliteración del conducto uterino es incompleta

Manifestaciones

Asintomáticos, alteraciones concomitantes: Hemorragia, obstrucción intestinal, diverticulitis.

Diagnostico

Incidentalmente, Radiología, Endoscopia, durante Cirugía

Tratamiento

Diverticulectomía

SINDROME DEL INTESTINO CORTO

Presencia de < 200 cm de IO residual en paciente adulto, en que la capacidad de absorción intestinal insuficiente da por resultado las manifestaciones clínicas de diarrea, deshidratación y desnutrición.

Fisiopatología

Isquemia mesentérica aguda, neoplasia maligna y ent. cron.

Manifestaciones

↓ del volumen y frecuencia de defecaciones, aumento de la capacidad de asimilación intestinal de nutrientes

Diagnostico

Anamnesis

Tratamiento

Restosur líquidos y electrolitos IV, Q con o sin trasplante

CAPITULO

29

COLON, RECTO, ANO

> Anatomía

- Se divide en: Colon, recto, conducto anal
- Longitud variable 120-160 cm
- Histología (4 capas): Mucosa, Submucosa, muscular circular interna, muscular longitudinal externa y serosa.
- Irrigación del colon: A. mesentérica superior e inferior
- Drenaje Venoso: Venas mesentéricas
- Drenaje linfático: G. linfático portales
- Inervación del colon: N. Simpático y Parasimpático

Fisiología Normal

- > Intercambio de líquido y electrolitos
- > L. Ac grasas de cadena corta
- > Microflora del colon y gas intestinal
- Motilidad
- > Defecación
- > Continencia

COLITIS ULCEROSA

- 30 años de edad y 6^o sexenio de vida
- NO infecciosas: C. Difficile y Campylobacter Jejuni
- Personas apendicectomizadas y desarrollo de CUCI

Manifestaciones

Inflamación de la mucosa, diarrea sanguinolenta, dolor abdominal tipo cólico, tenesmo, fiebre, hipersensibilidad, distensión abdominal, Coliángitis esclerosantes, pericoliángitis.

Diagnóstico

Endoscopia

Tratamiento

Aminosalizilatos, corticosteroides, inmunomoduladores, Procolectomía

POLIPO COLORECTAL

- Adenoma tubular
- Se clasifican en neoplásicos y no neoplásicos

Manifestaciones

Sangre oculta en heces, constipación, ↓ del calibre de las heces, anemia, flatulencia, diarrea.

Diagnóstico

Laboratorio, Sigmoidoscopia, Colonoscopia, colon baritado

Tratamiento

Polipectomía, Colonoscopia, polipectomía qx.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Presencia de divertículos sintomáticos. Diverticulosis (sin inflamación), diverticulitis (inflamación e infección)

Etiología

Resistencia de la pared colónica, alteraciones de la motilidad, relación directa con (fibra, peso de heces, edad, consumo de carne y grasa)

Manifestaciones Clínicas

Asintomático o Constipación > alternando con diarrea, dolor tipo cólico en CII o simplemente molestias difusas, fiebre, escalofríos, urgencia urinaria, sangre oculta con anemia ferropénica, cambio de hábito intestinal, hematocopia rara, anorexia, náusea, vómito.

Tipos

- Enfermedad diverticular asintomática
- Enfermedad diverticular sintomática (simple y complicada)

Diagnóstico

Colon baritado, enema material hidrosoluble, colonoscopia, sonografía abdominal, TC, laparoscopia.

VOLVULO

Obstrucción: Estrangulamiento, gangrena, perforación

F. de riesgo: Estreñimiento, envejecimiento, fármacos hirschsprung, enf. de chagas, enf. parkinson.



Laura Diley Cruz Diaz

17-MAYO-2020

Manifestaciones

Dolor abdominal, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, hipersensibilidad, fiebre, leucocitosis.

Diagnostico

Enemas con gastrografin

Tratamiento

Reanimación con líquidos, descompresión médica, procedimientos de Hartmann.

SEUDO OBSTRUCCION / SINDROME DE OGILOIE

Ausencia de contractilidad intestinal, a menudo asociada con una disminución o supresión de la motilidad del ID y estómago.

• Primaria → Miopatía visceral familiar → Trastorno difuso de motilidad.

• Secundaria → Fármacos, alteraciones metabólicas, diabetes y Lupus.

Diagnostico y Manifestaciones

Distensión abdominal repentina, timpanismo no doloroso, ruidos presentes.

Tratamiento

Descompresión nasogástrica, reponer líquidos, suspender medicamentos y laparotomía.

OSTOMIAS

Intervención quirúrgica o endoscópica que consiste en crear una salida o boca artificial en los diferentes segmentos del tubo digestivo.

Etiología

Enf. Intestinal inflamatoria

Enf. Intestinal congénita

Traumatismos abdominales y de perineo

Enf. Intestinal obstructiva

Enf. diverticular de colon

Fistulas

CAPITULO

30

APENDICICE

APENDICITIS AGUDA

La apendicitis es una infección polimicrobiana, algunas serie refieren hasta 14 +10 diferentes. Los +10 principales presentes en la apendicitis aguda y en la perforada son *E. coli.* y *Bacteroides fragilis.*

Epidemiología

Tasa de apendicectomías 12%. Varones y 25% en mujeres.

Predominio entre la 2ª y 4ª década de la vida

Fisiopatología

El factor predominante es la obstrucción de la luz.

Causa más usual: Fecalitos.

Otras causas: Hipertrofia del tejido linfoide, impacto de orzo por estudios Rx, semillas de vegetales y frutas y gusanos intestinales (*ascaris lumbricoides*).

La obstrucción proximal de la luz apendicular provoca una obstrucción en esa cecidad.

Cuando no hay obstrucción de la luz: Compresión externa por bandas o una alta PDL en el ciego → factor causal.

Etapas de la apendicitis

° Fase catarral → Apendice cecal enrojecido, sin fibrina y con poco aumento de volumen.

° Fase supurativa → Apendice cecal con mayor enrojecimiento y fibrina presente en sus paredes, mayor aumento de vol.

° Fase gangrenosa → Mayor ↑ de vol. del apendice, fibrina y áreas puntilladas negras (corresponden a microperforaciones).

° Perforada

Manifestaciones (SINTOMAS)

Dolor abdominal = Dolor en epigastrio o ares umbilical, moderadamente intenso y constante, un periodo de 1-12 hrs por lo general. 4-6 hrs se localiza el dolor en C10.

• Variaciones en la posición anatómica del apéndice.

(SIGNOS)

- Fiebre (38-5°C)
- Pulo normal o ligeramente elevado.
- Signo de McBurney
- Signo de Blumberg
- Signo de Rovsing
- Hiperestesia cutánea
- Resistencia muscular (signo de Psoas y Obturador)
- Signo de Lance
- Punto de Morris

Diagnostico

- Hemograma, Leucocitosis $> 10000 / \text{mol}$, con neutrofilia (95% de los casos)
- Uroanálisis (< 30 células / campo)
- Rx simple de abdomen
- Rx de tórax
- USG de abdomen
- TAC signo de punta de flecha

Complicación

- Trombosis drenaje portal
- Bacteriemia
- Peritonitis
- Infección en la herida
- Abscesos
- Mortalidades
- Aguda 0.1%
- Gangrenosa 0.6%
- Perforación 5%

Tratamiento

- Corregir anomalías electrolíticas y abordaje de padecimientos cardíacos y renales.
- Antibióticos

APENDICECTOMIA

- 1 Elección incisión (McBurney más común)
- * Tipos: Rocky, Davis, Paramedian der, McBurney
- 2 Corte la aponeurosis del oblicuo mayor a lo largo de la línea de sus fibras
- 3 Con una pinza Kelly, curva para realizar una apertura en los músculos oblicuos menor y transverso del abdomen. Agrande la apertura con la pinza Kelly e inserte 2 separadores de Richardson.
- 4 Cuando se corta la fascia transversal junto con los músculos anchos, en ocasiones hay un estroma grueso de grasa preperitoneal que puede empujarse hacia afuera o a veces, a la parte interna o descubriendo el peritoneo.
- 5 Levante el peritoneo y si es aplicable, la fascia transversal.
- 6 Obtenga cultivos de líquido peritoneal mediante una gasa húmeda arrastre el ciego fuera de la herida.
- 7 Ligue el apéndice con seda 2-0.
- 8 Una vez que termine la hemostasia, levante el apéndice recto hacia arriba y coloque 2 pinzas en su base. Quite la pinza más cercana al ciego y ligue la base del apéndice con catgut cromico 1-0. El cirujano puede invertir el muñón apendicular o no.
- 9 Corte el apéndice entre la pinza y las ligaduras con catgut mediante un bisturí con fenaol y alcohol o electrocauterio.
- 10 Irrigue. Cierre por planos.

Laura Dilerly Cruz Diaz

17-11-2020

- Triada de Murphy
- Dolor abdominal
 - Náuseas y vómito
 - Fiebre (38.5)

ESCALA DE ALVARADO

		PUNTOS
SINTOMAS	• Migración de dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náuseas y vómito	1
SIGNOS	• Dolor CTD	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
LABORATORIO	• Leucocitosis	2
	• Desviación > 12g de neutrófilos	1

SCORE :

- 9-10 puntos Casi certeza de apendice
- > 7 puntos Alta probabilidad de apendicitis
- 6-5 puntos Consistentes con apendicitis pero no diagnosticos
- ≤ 4 puntos Baja probabilidad de apendicitis aguda