

dia mes año

Trastornos esofágico

9x 7
20

Hombre de 50 años acude a la consulta por presentar desde hace 8-10 años, síntomas de dispepsia y prurito. Se realiza esofagoscopia, que muestra una hernia de hiato y un trazo distal del esófago a unos 8 cm, color rojo. Se toman biopsias de esta zona que dan como resultado epitelio columnar glandular con displasia de alto grado. En relación con la estrategia para la prevención del adenocarcinoma esofágico invasivo: Respuesta:

El tratamiento indefinido con dosis diarias de omeprazol, garantiza la prevención.

La funduplicatura esofágica laparoscópica, al prevenir el reflujo, previene el cáncer.

Actualmente las técnicas endoscópicas son las de elección para el tratamiento.

La mejor prevención del carcinoma invasivo es un seguimiento endoscópico periódico, cada 12-18 meses, precediendo a la cirugía cuando se desarrolle un carcinoma.

día	mes	año	
-----	-----	-----	--

Hombre de 61 años que consulta por dolor retroesternal intenso de 6 hrs de evolución, que posterior a un ataque intenso de tos se presenta con disnea, cianosis, hipotensión y signos clínicos de shock, la radiografía simple de tórax muestra hidroneumotórax izquierdo y neomomediastino. El líquido pleural aspirado tiene alta concentración de amilasa. Dx?

Fístula broncopulmonar con cuerpo extraño

✓ Rotura espontánea de esófago

Pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica con complicación torácica

Neumotórax por rotura de bolla infectada

Maximiliano de 79 años, es enviado al hospital de tercer nivel por mencionar, que la comida se le "atoca" en la garganta, mal aliento y tos con expectoración. Cabe destacar que recientemente fue hospitalizado por neumonía con aspiración. Enunciado falso?

Causado por divertículo de pulsión que surge adyacente al constrictor faríngeo inferior.

✓ → No presenta riesgo de carcinoma

La intervención qx está indicada en pacientes sintomáticos con esta condición, independiente del tamaño.

La reparación abierta se realiza a través del cuello izquierdo y siempre implica una miotomía a través del músculo cricofaríngeo y tirofaríngeo.

Respecto al tratamiento qx del padecimiento que sospecha: Procedimiento?

- Miotomía del tirogloso
- Miotomía del Cricofaríngeo
- * Miotomía del digástrico
- Miotomía del palatogloso.

Paciente masculino de 50 años, presenta a consulta la búsqueda de la causa de halitus permanente. Cuenta con antecedente de 3 años de haber iniciado con episodios de disagia, que en inicio fue a sólidos progresando de manera constante hasta ser también líquidas.

En este último año, la recurrencia de los síntomas ha pasado a ser "par de veces en la semana" a ser diaria, con todos los alimentos, además de episodios de regurgitación asociado a cambios posturales devolviendo alimento de mal olor con aspecto blanquecino. Refiere en estos últimos 6 meses ha tenido pirosis ocasional, con lo que ya le han prescrito Omeprazol, sin tener alivio completo de sintomatología.

Tras dx. Estudio que descarta la presencia de anomalías anatómicas

- x 1. Manometría esofágica de alta resolución
- 2. Endoscopia digestiva alta
- 3. Esofograma
- 4. Gammagrafía esofagogástrica

El estudio que se eligió descarta la presencia de esofagitis, por lo que se solicita una manometría esofágica en la que reportan ausencia de peristalsis esofágica, pérdida de la relajación de EEI, IRP de 28. Patología → Tx no qx?

Dilatación endoscópica con balón
Inyección de toxina botulínica
POEM

Calcioantagonistas

Por las características del px - Método terapéutico ?

1. Miotomía de Heller mas funduplicatura parcial
2. Miotomía de Heller
3. Toxina botulinica para mejorar su estado actual y posterior planificación de miotomía de Heller
4. Dilataciones con balón periódicas.

Es la escala utilizado para realizar el seguimiento después del tx:

1. Chicago
2. Eckardt
3. Angeles
4. Savary - Miller

1. ¿Cuál de los siguientes es el factor de riesgo más importante para la perforación de una úlcera péptica?

- a) H. Pylori
- ✓ b) AINES
- c) Tabaquismo
- d) Consumo de cocaína y psicoestimulantes.

2. ¿Qué grupo sanguíneo de la úlcera duodenal sangrante que requiere manejo quirúrgico?

- a) A
- b) B
- c) AB
- x d) O

3. ¿Cuál es el tratamiento de la úlcera duodenal sangrante que requiere manejo qx?

- ✓ a) Quenotomía longitudinal y cierre de vaso sangrante
- b) Resección de úlcera
- c) Gastrectomía total
- d) Billroth II

4. Masculino de 50 años. Niega enfermedades crónicas degenerativas. Durante el protocolo de estudio de una epigastralgia que comenzó hace 6 meses, se encuentra una masa de 4 cm en la mitad del cuerpo del estómago. La biopsia es consistente con un BIST de bajo grado. ¿Cuál de los sig. es el tx?

a) Quimioterapia multiagente preoperatoria y radiación seguida de resección 6 semanas después del tx.

✓ b) Resección en cuña de la lesión gástrica

c) Gastrectomía subtotal con reconstrucción en "Y" de Roux.

d) Imatinib en 1ra línea

5. Paciente masculino de 64 años, que ingresa al servicio de urgencias con el dx de perforación gástrica. Se decide exploración qx, reportándose lesión de la curvatura menor de 2,5cm.

¿Que procedimiento de reparación qx sería el adecuado?

a) Cierre primario con parche de epiplón

b) Gastrectomía parcial

c) Gastrectomía total

x d) Cierre primario más parche de epiplón, más vagotomía troncular

día	mes	año	

6. Con respecto a las vagotomías en esta patología → Opción correcta.

- a) Se realizan en perforación gástrica
- b) Se realizan en perforación duodenal
- c) Ya no se realizan por ser inferiores a IBP
- d) Las vagotomías trunculares son superiores a IBP