

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA:

**ERICK VILLEGAS MARTINEZ**

MATERIA:

**CLINICAS QUIRURGICAS**

DOCENTE:

**DR. GUILLERMO DEL SOLAR**

**VILLARREAL**

## Examen de tratamiento de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn

El procedimiento quirúrgico estándar para tratar la colitis ulcerosa es una:

- A. Proctocolectomía.
- B. Resección colónica.
- C. Anastomosis ileoanal.
- D. Hemorroidectomía.

La proctocolectomía es un procedimiento quirúrgico que extirpa:

- A. El colon y el recto.
- B. El colon solo.
- C. El recto solo.
- D. El colon, el recto y el ano.

La proctocolectomía se realiza cuando la colitis ulcerosa:

- A. No responde al tratamiento médico.
- B. Causa complicaciones graves.
- C. Es una enfermedad terminal.
- D. Todas las anteriores.

Las complicaciones de la proctocolectomía pueden incluir:

- A. Infección.
- B. Sangrado.
- C. Obstrucción intestinal.
- D. Todas las anteriores.

**El paciente que se somete a una proctocolectomía deberá recibir:**

- A. Tratamiento médico para controlar la inflamación.
- B. Una bolsa de ostomía.**
- C. Ambas respuestas son correctas.

**La cirugía es una opción de tratamiento para la enfermedad de Crohn en los siguientes casos:**

- A. Cuando la enfermedad no responde al tratamiento médico.
- B. Cuando la enfermedad causa complicaciones graves, como obstrucción intestinal o perforación.
- C. Cuando la enfermedad se extiende a otros órganos.
- D. Todas las anteriores.**

**Los tipos de cirugía que se pueden realizar para tratar la enfermedad de Crohn incluyen:**

- A. Resección intestinal: extirpación de una parte del intestino afectado.**
- B. Anastomosis intestinal: unión de dos extremos de intestino.
- C. Reconstrucción intestinal: reconstrucción de un segmento intestinal dañado.
- D. Cirugía de derivación: creación de una ruta alternativa para que los alimentos y los desechos se muevan a través del sistema digestivo.

**Los riesgos de la cirugía para la enfermedad de Crohn incluyen:**

- A. Infección.
- B. Sangrado.
- C. Obstrucción intestinal.
- D. Fístulas.**
- E. Reparación de la enfermedad.

**Los beneficios de la cirugía para la enfermedad de Crohn incluyen:**

**A. Alivio de los síntomas.**

B. Mejora de la calidad de vida.

C. Reducción del riesgo de complicaciones graves.

**El paciente que se somete a una cirugía para la enfermedad de Crohn deberá recibir:**

**A. Tratamiento médico para controlar la inflamación.**

B. Una bolsa de ostomía.

C. Un cambio en la dieta.

## Examen Trastornos esofagico quirurgicos

Un hombre de 50 años acude a la consulta por presentar, desde hace 8-10 años, síntomas de dispepsia y pirosis. Le realizamos una esofagoscopia que muestra una hernia de hiato y un tramo distal del esófago de unos 8 cm, de color enrojecido. 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, indique cuál de las siguientes respuestas es la correcta:

1. El tratamiento indefinido con dosis diarias de omeprazol nos permitirá garantizar la prevención.
2. La funduplicatura esofágica laparoscópica, al prevenir el reflujo, previene el cáncer.
3. Actualmente las técnicas endoscópicas son las de elección para el tratamiento de esta patología.
4. La mejor prevención del carcinoma invasivo es un seguimiento endoscópico periódico, cada 12-18 meses, procediendo a la cirugía cuando se desarrolle un carcinoma.

Hombre de 61 años que consulta por dolor retroesternal intenso de 6 horas 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 neumomediastino. El líquido pleural aspirado tiene alta concentración de amilasa. El diagnóstico más probable es:

1. Fístula broncopulmonar por cuerpo extraño.
2. Rotura espontánea de esófago.
3. Pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica con complicación torácica.
4. Neumotórax por rotura de bulla infectada.

Masculino 79 años que es enviado a hospital de tercer nivel por mencionar que la comida se le "atora" en la garganta, tener un mal aliento y tos con expectoración. Cabe destacar que recientemente fue hospitalizado con neumonía por aspiración. ¿Cuál de los siguientes enunciados, es falso acerca de su condición?

1. Es causada por un divertículo de pulsión que surge adyacente al constrictor faríngeo inferior.
2. No presenta riesgo de carcinoma.
3. La intervención quirúrgica está indicada en pacientes sintomáticos con esta condición, independientemente del tamaño.
4. La reparación abierta se realiza a través del cuello izquierdo y siempre implica una miotomía a través de los músculos cricofaríngeo y tirofaringeo.

Respecto al tratamiento quirúrgico del padecimiento que sospecha, ¿cuál es el procedimiento fundamental?

1. Miotomía del tirogloso.
2. Miotomía del cricofaríngeo.
3. Miotomía del digástrico.
4. Miotomía del palatogloso.

Paciente masculino de 50 años de edad, quien se presenta a consulta en búsqueda de la causa de su halitosis permanente. Cuenta con antecedente de 3 años de haber iniciado con episodios de disfagia, que en inicio fue a sólidos progresando de manera constante hasta ser también a líquidos. En este último año, la recurrencia de los síntomas ha pasado de ser "un par de veces a la semana" a ser diaria, con todos los alimentos, además de tener episodios de regurgitación asociado a los cambios posturales devolviendo alimento de mal olor de aspecto blanquecino. El paciente también

refiere que en estos últimos 6 meses ha tenido pirosis ocasional por lo que ya le han prescrito omeprazol, sin tener alivio completo de su sintomatología. Con respecto al diagnóstico de este paciente, ¿qué estudio descarta la presencia de anomalías anatómicas y es imprescindible en este caso?

1. Manometría esofágica de alta resolución.
2. Endoscopia digestiva alta.
3. Esofagograma.
4. Gammagrafía esofagogástrica.

El estudio que usted eligió descarta la presencia de pseudoacalasia, por lo que solicita una manometría esofágica en la que reportan ausencia de peristalsis esofágica, pérdida de la relajación del esfínter esofágico inferior y un IRP de 28 (Chicago I). En esta patología, ¿cuál es el tratamiento no quirúrgico de elección?

1. Dilatación endoscópica con balón.
2. Inyección de toxina botulínica.
3. POEM.
4. Calcioantagonistas.

Por las características del paciente, ¿cuál es el mejor método terapéutico a seguir?

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

Es la escala utilizada para realizar el seguimiento después del tratamiento en esta patología:

1. Chicago.
2. Eckardt.
3. Los Ángeles.
4. Savary-Miller.