



Universidad del sureste
Campus Comitán
Lic. Medicina humana.



Mauricio Antonio Pérez Hernández.

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico.

Dr. Cruz Domínguez Jesús Eduardo.

Flashcards de patologías abdominales.

4ºA

Absceso hepático amebiano



Es una condición en la que se desarrolla una cavitación purulenta en el hígado debido a la invasión de *Entamoeba histolytica*. Aunque esta afección es menos frecuente en países desarrollados, sigue siendo una causa importante de enfermedad hepática en regiones tropicales y subtropicales. La infección inicial suele comenzar en el intestino grueso y, en casos más graves, las amebas se diseminan a través del sistema circulatorio portal hacia el hígado, causando una respuesta inflamatoria y la formación de un absceso.

Definición

Se consideran factores predisponentes la edad avanzada, la diabetes, vivir en áreas endémicas, alimentos contaminados, consumo de alcohol, los tratamientos con inmunosupresores, historia de disenteria amebiana y las enfermedades con inmunodeficiencias.

El foco primario de infección puede ser:

- Árbol biliar
- Vena porta
- Arteria hepática
- Otra causa

Etiología

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor en HD espontáneo y con la palpación
- Dolor Abdominal
- Diarrea
- Adelgazamiento y mialgias
- Dolor pleurítico o en el hombro derecho

Manifestaciones clínicas

1. Examen físico: Sensibilidad en el área hepática y posible aumento del tamaño del hígado (hepatomegalia).
2. Pruebas de laboratorio.
3. Serología.
4. Examen parasitológico de heces.
5. Pruebas de función hepática.
6. Ecografía abdominal.
7. Tomografía computarizada (TAC).
8. Resonancia magnética (RM).
9. Examen microscópico o cultivo.

Diagnóstico

1. Metronidazol (fármaco de elección):
Dosis recomendada: 500 mg a 750 mg cada 8 horas por vía oral o intravenosa, durante 7 a 10 días.
2. Alternativa: Tinidazol (en casos donde no se pueda usar metronidazol):
 - Dosis: 2 g una vez al día durante 3 días.

Tratamiento

- **Hepatomegalia:** Hígado agrandado, sensible y duro en el cuadrante superior derecho.
 - **Dolor abdominal:** Dolor en el cuadrante superior derecho, intensificado con la palpación.
 - **Fiebre:** Fiebre persistente o intermitente, acompañada de escalofríos.
 - **Ictericia:** Color amarillo en piel y mucosas, en casos graves.
 - **Signo de Murphy positivo:** Dolor intenso al respirar profundamente durante la palpación.
 - **Ascitis:** Acumulación de líquido abdominal en casos graves.
 - **Septicemia:** Taquicardia, hipotensión, taquipnea, alteración del estado mental en casos complicados.
- Signos en casos graves o complicados:
- **Peritonitis:** Irritación abdominal, dolor a la palpación, defensa muscular.
 - **Ruptura de absceso:** Shock, fiebre muy alta, dificultad respiratoria

Exploración Física

Pancreatitis aguda-Cronica



Signo de Cullen.



Signo de Grey Turner.



La pancreatitis aguda es una inflamación repentina del páncreas que se resuelve generalmente en días o semanas. Puede variar en gravedad desde una forma leve hasta una forma severa, que puede implicar complicaciones graves.

La pancreatitis crónica, por otro lado, es una inflamación prolongada que causa daño irreversible al páncreas y puede resultar en pérdida de función del órgano, como la insuficiencia pancreática exocrina (dificultad para digerir alimentos) y la insuficiencia endocrina (diabetes).

Definición

- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Hipercalemia, sobre todo persistente.
- Insuficiencia renal crónica con terapia sustitutiva.
- Mutaciones genéticas de al menos 5 genes.
- Obstrucción: Causa estasis y aumento de la litogenicidad.
- Pancreatitis aguda recurrente: Frecuente en jóvenes.
- Hiperlipidemia..

Etiología

Pancreatitis Aguda

Dolor abdominal, Náuseas y vómitos, Fiebre, Ictericia, Distensión abdominal, Tensión y sensibilidad abdominal, Shock, Dificultades respiratorias.

Pancreatitis Cronica

Dolor abdominal crónico, Pérdida de peso involuntaria, Esteatorrea, Ictericia, Síntomas de diabetes, Fatiga y malestar general.

Manifestaciones clínicas

Laboratorios:

1. Amilasa.
2. Lipasa+SENSIBLE.
3. Leucocitos.
4. Hematocrito.
5. BUN.

Enzimas: La elevación de las enzimas debe ser 3 veces el valor normal, para considerar pancreatitis.

Imagenología:

TAC con contraste (se hacen 2

1. Descartar causas del dolor
2. Necrosis

Diagnostico

Pancreatitis Aguda (PAG)

1. Soporte Inicial: Reposo pancreático, Hidratación intravenosa solución salina o Ringer lactato
2. Manejo del dolor: Analgésicos no opioides (paracetamol, AINEs) y, si es necesario, opioides (morfina, fentanilo).

Pancreatitis Crónica (PC)

Uso de analgésicos no opioides (AINEs, paracetamol) y, si es necesario, opioides, (anticonvulsivos, antidepresivos) para el dolor neuropático.

En casos de obstrucción o complicaciones (pseudquistes, calcificaciones), se puede requerir cirugía (pancreatectomía parcial o drenaje de pseudquistes).

Tratamiento

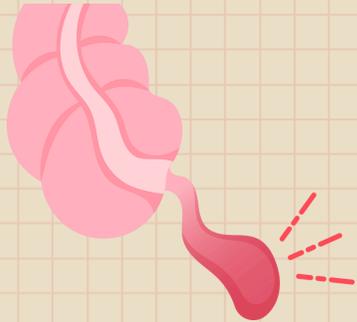
- Dolor abdominal en el epigastrio o en la parte superior izquierda.
- Ictericia si hay obstrucción biliar.
- Defensa muscular o signo de rebote (irritación peritoneal).
- Signos de hemorragia (signo de Cullen y de Grey-Turner) en pancreatitis severa o complicada.
- Distensión abdominal y ascitis en casos graves.
- Signo de Murphy positivo si hay colecistitis concomitante.

Escala BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis)

- BUN > 25 mg/dL: 1 punto.
- Estado mental alterado (Glasgow < 15): 1 punto.
- Signos de insuficiencia respiratoria (oxígeno < 90% o ventilación mecánica): 1 punto.
- Edad > 60 años: 1 punto.
- Ascitis o edema pulmonar (presencia en la exploración física o imágenes): 1 punto.

Exploracion Fisica y Escala BISAP

Apendicitis



La apendicitis es la inflamación del apéndice, una pequeña estructura del sistema digestivo. Es una urgencia médica que requiere tratamiento inmediato, ya que si no se trata, puede llevar a la perforación del apéndice y causar peritonitis, una infección grave.

Definición

- **Obstrucción del lumen apendicular:**
 - Fecalitos.
 - Hiperplasia linfoide.
 - Cuerpos extraños.
 - Tumores.
 - Infección viral o bacteriana.
- **Infecciones bacterianas:**
 - Bacterias como Escherichia coli, Bacteroides fragilis, y Enterococcus.
- **Trastornos inmunológicos.**
- **Factores genéticos.**
- **Factores de riesgo adicionales:**
 - Edad 10 y 30 años.
 - Sexo mayor prevalencia en hombres
 - Dieta.

Etiología

- Dolor abdominal en fosa iliaca derecha.
- Náuseas, vómitos y pérdida de apetito.
- Fiebre leve a moderada.
- Sensibilidad y rigidez abdominal, especialmente en el cuadrante inferior derecho.
- Signos de irritación peritoneal.

Manifestaciones clínicas

Historia Clínica

Dolor abdominal (inicia periumbilical y se desplaza a fosa iliaca derecha), Náuseas, vómitos, anorexia, Fiebre de bajo grado, Duración del dolor.

Pruebas de Laboratorio

Leucocitosis, Aumento de PCR, Análisis de orina, Test de embarazo (para mujeres en edad fértil)

Estudios de Imagen

Ultrasonido abdominal, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM) (en casos especiales, como embarazo)

Diagnostico

- Cirugía (apendicectomía).
- Antibióticos profilácticos pre y postoperatorios.
- Control del dolor y cuidados postoperatorios.
- Drenaje de abscesos (si hay complicaciones).
- Tratamiento conservador en casos seleccionados.

Tratamiento

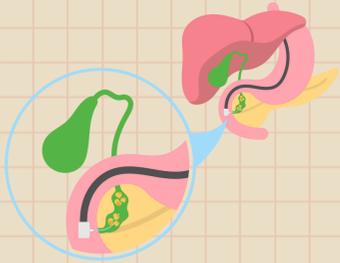
Exploración Física

- Signo de McBurney
- Signo de Blumberg (rebote positivo)
- Rigidez abdominal (defensa muscular)
- Dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha
- Signo de Rovsing
- Posición del paciente (postura fetal)



Exploracion Fisica y Escala ALVARADO

Patología biliar (colecistitis, coledocolitiasis, colangitis)



Colecistitis:

Inflamación de la vesícula biliar, generalmente causada por la obstrucción de su conducto por cálculos biliares. Puede causar dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre y náuseas.

Coledocolitiasis:

Presencia de cálculos en el conducto colédoco, el conducto biliar principal, que puede bloquear el flujo de bilis y causar ictericia, dolor abdominal y colestasis.

Colangitis:

Inflamación e infección de los conductos biliares, generalmente debido a la obstrucción de estos por cálculos o tumores. Se caracteriza por la triada de fiebre, dolor abdominal y ictericia (síndrome de Charcot).

Definición

Colecistitis:

- Cálculos biliares (coletiasis)
- Infecciones bacterianas
- Trastornos metabólicos (como diabetes)
- Obstrucción del conducto cístico
- Trauma o cirugía abdominal previa.

Coledocolitiasis:

- Migración de cálculos biliares desde la vesícula biliar al conducto colédoco
- Cálculos primarios formados en el conducto biliar
- Estasis biliar o infección crónica

Colangitis:

- Obstrucción de los conductos biliares (por cálculos, tumores, estenosis)
- Infecciones bacterianas ascendentes
- Coledocolitiasis
- Cirrosis biliar primaria
- Trastornos autoinmunes (como colangitis esclerosante primaria).

Etiología

Manifestaciones clínicas

Colecistitis:

- Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen
- Fiebre
- Náuseas y vómitos
- Ictericia (en casos graves)
- Signo de Murphy positivo (dolor al palpar la vesícula biliar)
- Sensibilidad abdominal, especialmente en el área suprapúbica o hipocondria derecha

Coledocolitiasis:

- Ictericia (debido a obstrucción del conducto biliar)
- Dolor abdominal (especialmente en el cuadrante superior derecho)
- Náuseas y vómitos
- Coluria (orina oscura)
- Aclasia de heces (heces pálidas)
- Fiebre (si hay infección secundaria)

Colangitis:

- Triada de Charcot: fiebre, dolor abdominal (cuadrante superior derecho), ictericia
- Escalofríos
- Hipotensión (en casos graves)
- Náuseas y vómitos
- Confusión mental o signos de sepsis (en casos severos)

Colecistitis:

- Historia clínica y examen físico
- Ecografía abdominal
- Tomografía computarizada (TC)
- Análisis de laboratorio (leucocitosis, pruebas hepáticas)

Coledocolitiasis:

- Ecografía abdominal
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- Resonancia magnética colangiopancreatografía (RMCP)
- Tomografía computarizada (TC)

Colangitis:

- Historia clínica (triada de Charcot)
- Ecografía abdominal
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- Análisis de laboratorio (leucocitosis, pruebas hepáticas)
- Cultivo de sangre

Diagnostico

Colecistitis Aguda:

- Ceftriaxona 1-2 g IV cada 24 horas.
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Paracetamol 500-1000 mg cada 6-8 horas.
- Ibuprofeno 400-800 mg cada 8 horas.
- Tratamiento quirúrgico:
- Colecistectomía laparoscópica (preferente).

Coledocolitiasis:

- Piperacilina-tazobactam 4.5 g IV cada 8 horas.
- Ceftriaxona 1-2 g IV cada 24 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Paracetamol 500-1000 mg cada 6-8 horas.
- Ibuprofeno 400-800 mg cada 6-8 horas.
- CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).
- Colecistectomía laparoscópica (tras resolución de la infección).

Colangitis:

- Piperacilina-tazobactam 4.5 g IV cada 8 horas.
- Ceftriaxona 1-2 g IV cada 24 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- O Ciprofloxacino 400 mg IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Colecistectomía (si es secundaria a coledocolitiasis).

Tratamiento

1. Colecistitis:

- Signo de Murphy positivo
- Dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho
- Ictericia (en casos graves)
- Sensibilidad abdominal

2. Coledocolitiasis:

- Ictericia
- Dolor en el cuadrante superior derecho
- Palpación de hepatomegalia
- Coluria (orina oscura)

3. Colangitis:

- Triada de Charcot: fiebre, dolor abdominal, ictericia
- Signos de sepsis (en casos graves)
- Hipotensión
- Escalofríos

Colecistitis

- Escala de Alvarado
- Escala de Glasgow.

Coledocolitiasis:

- Escala de Ranson
- Escala Tokyo

Colangitis:

- Escala de Tokyo
- Escala de SOFA.

Cuadro N° 1 CRITERIOS DE TOKIO

A. Signos de Inflamación Local: (1) Signo de Murphy, (2) Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho

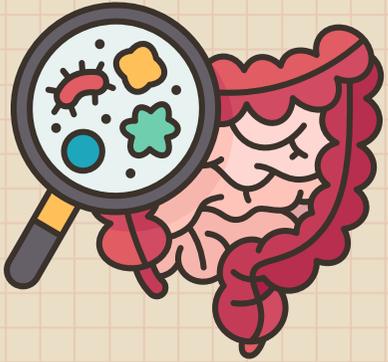
B. Signos de Inflamación Sistémica: (1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Recuento de GB elevados.

C. Hallazgo Imagenológico característico de colecistitis aguda

Diagnóstico Sospechoso: Un ítem de A más uno de B
Diagnóstico Definitivo: Un ítem de A más uno de B más uno de C

Exploracion Fisica y Escalas

Oclusión intestinal



Se define como una obstrucción en el paso de los contenidos intestinales, que puede ser parcial o total. Puede ser de origen mecánico (por adherencias, hernias, tumores, entre otras causas) o funcional (por alteración en la motilidad intestinal).

Definición

- Adherencias postquirúrgicas
- Hernias
- Tumores intestinales
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Vólvulo
- Intususcepción
- Impactación fecal
- Obstrucción por cuerpos extraños
- Isquemia intestinal
- Estrangulación
- Abscesos o infecciones intraabdominales
- Fibrosis quística (en niños)

Etiología

Manifestaciones clínicas

Oclusión Intestinal Mecánica

- Dolor abdominal (cólico, intermitente)
- Distensión abdominal
- Vómitos (inicialmente alimentarios, luego fecaloideos)
- Ausencia de evacuaciones y gases
- Ruidos intestinales (hiperactividad inicial, luego disminuidos o ausentes)
- Fiebre (en casos complicados)
- Signos de deshidratación

Oclusión Intestinal Funcional

- Dolor abdominal (sordo, persistente)
- Distensión abdominal
- Vómitos (no fecaloideos)
- Ausencia de evacuaciones y gases
- Ruidos intestinales (disminuidos o ausentes)
- Fiebre (en algunos casos)
- Signos de deshidratación

Tomografía computarizada (TC) abdominal:

para confirmar la oclusión intestinal, identificar la causa (como vólvulos, tumores, hernias, adherencias), y evaluar posibles complicaciones (como isquemia, perforación o necrosis intestinal).

Radiografía de abdomen:

Muestra niveles hidroaéreos, distensión de asas intestinales y ausencia de aire en el recto, lo que sugiere la presencia de obstrucción intestinal.

Diagnóstico

• Solución salina normal o Ringer lactato, DI: 20-30 mL/kg en las primeras horas.

• Sonda nasogástrica (SNG)

• Paracetamol 500-1000 mg cada 6-8 horas (oral o IV)

• Ceftriaxona 1-2 g IV cada 24 horas (si hay sospecha de infección).

Procedimientos quirúrgicos

Resección intestinal, liberación de adherencias, reducción de vólvulo.

Tratamiento

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal tipo cólico
- Vómitos (fecaloideos en obstrucción distal)
- Ausencia de evacuaciones y de gases
- Ruidos intestinales alterados (hiperactivos o ausentes)
- Signo de Blumberg (rebote positivo)
- Timpanismo a la percusión
- Aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial elevada

Exploración Física

Bibliografías

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.

Laparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo Traumático no Traumático en el Adulto México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.