



Flash Card

Briseida Guadalupe Torres Zamorano.

Parcial 3

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

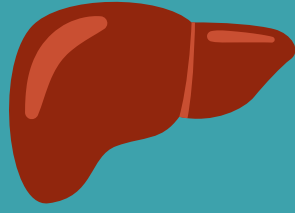
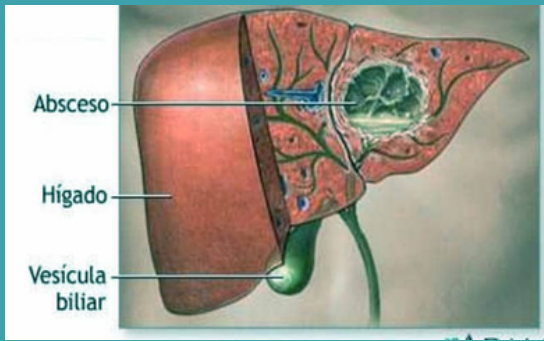
Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Medicina Humana

4° "A"

Comitán de Domínguez, chis; A 08 de noviembre de 2024.

Absceso Hepático AMEBIANO



DEFINICIÓN

Es la inflamación e inflamación de una área de tejido hepático caracterizado por la acumulación de pus, por un Parasito, por uno o varios organismo



ETIOLOGÍA

- E. COLI
- K. PNEUMONIAE
- S. VIRIDANS
- S. AUREUS

FACTORES DE RIESGO

- Sexo masculino
- Tercera a quinta década de la vida
- Alcoholismo
- Practicas homosexuales
- Padecimientos oncológicos
- Prácticas homosexuales
- Inmunosupresión
- Habitar o viajar a zonas endémicas
- Uso de corticosteroides

A diferencia de los pacientes con abscesos hepáticos piógenos, aquellos con abscesos amebianos tienen mayor probabilidad de ser menores de 50 años de edad y ser del sexo masculino.

El AHA se puede sospechar en todos los grupos de edad, más frecuente entre los 20 y 40 años, en hombres y/o con ingesta de alcohol.

CLINICA

- Fiebre
- Dolor en el hipocondrio derecho
- Escalofríos
- Diaforesis
- 50% presenta hepatomegalia
- Ictericia

DIAGNOSTICO

Laboratorios:

Lecocitosis, elevación de fosfatasa alcalina, transaminasas y bilirrubinas

1- RX tórax:

(Observando elevación del hemidiafragma derecho)

2- US Abdominal:

(Observando lesión hipococica redonda u ovalada)

3- Estándar de oro

TAC

EXPLORACIÓN FISICA

- Fascie toxica
- Palidez cutáneo mucosa
- Dolor en HD a la palpación superficial y profunda por la presencia de hepatomegalia
- Disminución de murmullo vesicular que puede ser compatible con derrame pleural



COMPARACIÓN

	PIÓGENO	AMEBIANO
ETIOLOGÍA	E. coli (Gram negativo)	E. histolytica (protozooario)
ANTECEDENTE	Quirúrgicos	Viaje a zona endémica
CLÍNICA	Dolor CSD, fiebre en espigas, ictericia	Dolor CSD, fiebre continua, malestar general
GAMMAGRAMA	Caliente	Frío
TAC o US	Múltiples abscesos	Único absceso
TRATAMIENTO	Drenaje percutáneo + Metronidazol	Metronidazol

TRATAMIENTO

Drenaje percutáneo + Metronidazol: Color marrón rojizo como pastas de anchoas

En casos de alergia: tinidazol/Ornidazola

En caso de ruptura: LAPE



PANCREATITIS

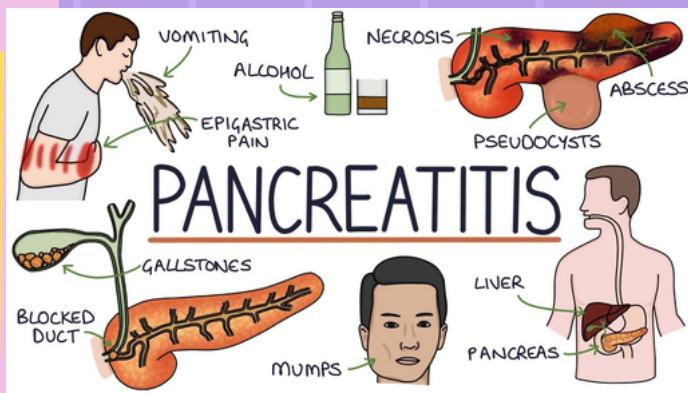


DEFINICIÓN

Puede ser AGUDA O CRÓNICA
Ambos se inician con inflamación del parénquima pancreático resultado de la activación inadecuada de zimógenos pancreáticos de manera intraparenquimatoso.

FISIOPATOLOGÍA

- Activación de enzimas proteolíticas dentro del páncreas = respuesta inflamatoria local y sistémica



SIGNOS

- Signo de Grey Turner: Equimosis en la pared lateral del abdomen a nivel de flancos.
- Signo de Cullen: equimosis alrededor de la pared abdominal.
- Signo de Fox: cambio de coloración sobre la porción inferior del ligamento inguinal.



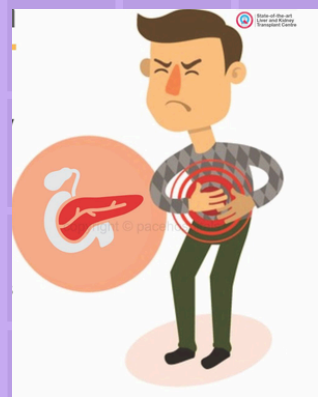
CUADRO CLÍNICO

- Dolor en epigastrio
- No cólico
- Dolor constante
- Hemicinturón
- Fiebre
- Ictericia
- Vómito y náusea
- Choque hipovolémico



CAUSAS

- OBSTRUCTIVAS: coledocolitiasis, tumores pancreáticos
- TOXINAS: alcohol etílico, alcohol metílico, veneno
- FARMACOS: Antibiótico, citotóxicos, diurético
- METABÓLICAS: Hipertrigliceridemia, hipercalcemia
- TRAUMA: Latrogenia, post cirugía abdominal, post CPRE
- INFECCIOSA: Virus y bacterias
- VASCULAR: Isquemia-hipoperfusión, embolias, arteriosclerosis



TRATAMIENTO

- Ayuno (< 48 horas) + hidratación agresiva con ringer lactato (para prevenir hipovolemia) y manejo en un segundo nivel.
Si después de 48 horas no tolera vía oral, colocar sonda nasoyunal o una vía paraentérica cuando hay complicaciones.
- Analgésicos: Elegir en forma escalonada, puede incluir opioides (mepiridina) o anestesia epidural en cuadros graves.
- Antibióticos (imipenem o ciprofloxacino): Se recomiendan en caso de sepsis o PCR > 120 mg/dl o cuadro graves.
- Drenaje percutáneo: En caso de pseudoquistes, colecciones sintomáticas o abscesos pancreáticos.
- Necrosectomía pancreática + lavado: Necrosis estéril > 50% y deterioro clínico, Necrosis infectada, Cultivo positivo en drenaje.
- Realizar laparotomía

DIAGNOSTICO

- Cuadro clínico
- Alteraciones bioquímicas (Amilasa/lipasa)
- Alteraciones estructurales (TAC)

ESCALA DE BALTHAZAR

GRADO	HALLAZGOS POR TAC	SCORE
A	No hay lesión pancreática.	0
B	Agrandamiento focal o difuso.	1
C	Inflamación peripancreática.	2
D	Una colección de líquido.	3
E	>2 colecciones, absceso o gas.	4

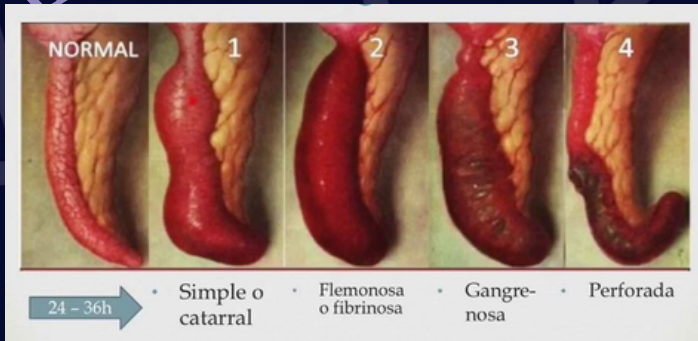
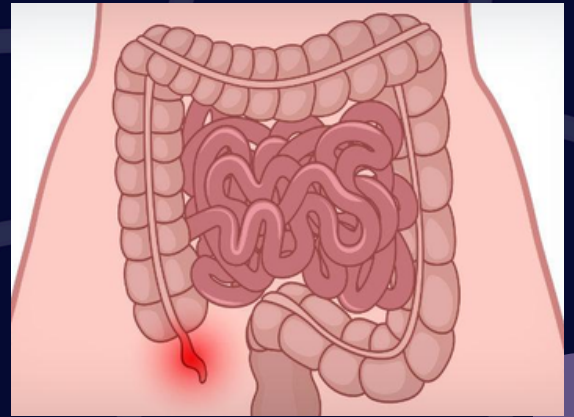
PUNTUACIÓN	MORBILIDAD	MORTALIDAD	SEVERIDAD
0-3	8%	3%	BAJA
4-6	35%	6%	MEDIA
7-10	92%	17%	ALTA

PUNTUACIÓN	% DE NECROSIS
0	0%
2	< 30%
4	30-50%
6	> 50%

APENDICITIS

Definición

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.



ETIOLOGÍA

- Obstrucción apendicular e infecciosas: Hiperplasia linfoide: •fecalitos o coprolitos, cuerpos extraños (semillas, fibras vegetales, alfileres, fragmentos de hueso, espinas de pescado)
- Infecciones parasitarias (Enterobius, Ascaris, Entamoeba, Schistosoma, Strongyloides).
- Enfermedades que cursan con incremento de la presión intraluminal del colon y disminución de la motilidad (aganglionosis intestinal, ileo meconial, fibrosis quística), tumor carcinoide, acodaduras, membranas o bridas congénitas o adquiridas, vólvulo del apéndice y trauma.

COMPLICACIONES

- Perforación apendicular
- Choque séptico
- Abscesos apendiculares
- Peritonitis apendicular
- Pile flebitis
- Peritonitis generalizada



Appendicitis



SINTOMAS

1. Dolor abdominal agudo, colico
2. Cronología de Murphy
3. Náuseas y vómitos
4. Anorexia
5. Alteración del tránsito
6. Fiebre > 38 °C

DIAGNOSTICO

- Biometría Hemática
- Cuenta leucocitaria elevada (Leucocitosis)
 - Leucocitosis con mayor predominio de neutrofilos y en ocasiones bandemia
 - Examen General de orina EGO
 - Creatinina y electrolitos sericos
 - Placa simple de abdomen y de cubito
 - Ultrasonido abdominal
 - TAC
 - Valorar con escala ALVARADO y RIPASA

TRATAMIENTO

- Apendicectomía
- Apendicectomía por laparoscopia
- Drenaje percutaneo del absceso
- Profilaxis antibiótica para prevención de complicaciones postoperatorias e inicio de apendicitis aguda:
 - *Cefotaxima, amikacina, Ketorolaco, metamizol y paracetamol.

ESCALA DE ALVARADO

ESCALA DE ALVARADO

Para el diagnostico de Apendicitis

	Sintomas	Puntos
SINTOMAS	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Nausea/vomito	1
SIGNOS	• Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
LABORATORIO	• Leucocitosis	2
	• Desviación a la izquierda de neutrofilos	1

9-10 puntos: Casi certeza de apendicitis
 > 7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
 6-5 puntos : Consistentes con apendicitis pero no diagnostica
 ≤ 4 puntos: baja probabilidad de apendicitis

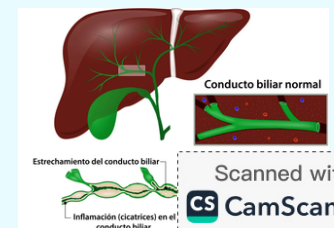
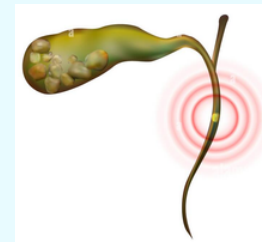
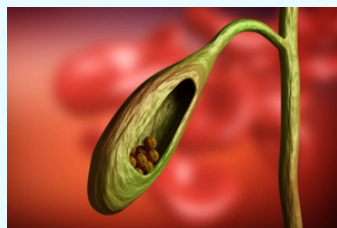
Total: 10

@apuntes.dat

PATOLOGÍA BILIAR



	COLELITIASIS	COLECISTITIS	COLEDOCOLITIASIS	COLANGITIS
DEFINICIÓN	Litos en la vesícula	Inflamación de la vesícula biliar	Litos en el conducto colédoco	Inflamación de los conductos biliares, generalmente secundaria a infección
CLINICA	Dolor en cuadrante superior derecho, náuseas y vomito	Dolor en cuadrante superior derecho >6yh, fiebre y Murphy+	Dolor en cuadrante superior derecho, ictericia	Dolor en cuadrante superior derecho, ictericia persistente y fiebre
DIAGNOSTICO	LAB: Normales USG: Litos en la vesicula	LAB: Leucocitosis USG: pared >6 mm, signo de doble riel y Murphy sonográfico +	LAB: Patrón colestásico AST/ALT alto USG: colédoco >6mm	LAB: Patrón Colestásico y leucocitosis USG: colédoco >6mm
TRATAMIENTO	Colecistectomía laparoscopica	Antibióticos y colecistectomia	Colecistectomía y CPRE	Antibióticos, CPRE y colecistectomía



OCLUSIÓN INTESTINAL

Se define como la **INTERRUPCIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL**, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

El bloqueo de la luz intestinal se da en su mayoría por factores extrínsecos (adherencias, hernia inguinal, hernia de pared estrangulada) y en pocas ocasiones por obstrucción de la luz.

Tipos de íleo

Paralítico/adinámico

Existe una causa funcional que altera el peristaltismo. La causa más frecuente es la cirugía abdominal (íleo reflejo postquirúrgico).

Tras la cirugía, el intestino delgado es el primero en recuperar la movilidad a las 24 horas, seguido del estómago 48 horas, el colon tarda 3-5 días.

Obstructivo/Mecánico

Existe una causa orgánica que lo produce como son las barreras físicas que obstruyen la luz.

Espástico

Hiperactividad descoordinada del intestino que se observa en la intoxicación por metales pesados, porfiria y uremia. Se debe tratar la enfermedad sistémica.

Íleo de la oclusión vascular

Movilidad descoordinada del intestino isquémico

Factores de riesgo

- Adherencias
- Hernia inguinal (primera causa en pacientes sin cirugía previa)
- Hernia de pared estrangulada
- Neoplasias
- íleo por cálculos biliar
- ENF de crohn
- Cuerpo extraños
- Divertículos de Meckel

Clínica

DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO + NÁUSEA, VÓMITO Y ESTREÑIMIENTO

- El vómito es más prominente en las obstrucciones proximales
- La distensión se asocia al íleon distal.
- Los ruidos intestinales son hiperactivos al principio, luego son mínimos
- ID: Dolor abdominal, vómitos (fecaloides si es distal), distensión abdominal, hiperperistaltismo con ruidos metálicos
- IG: Dolor y distensión abdominal Vómitos y estreñimiento, Incapacidad de expulsar gases y heces



Diagnostico

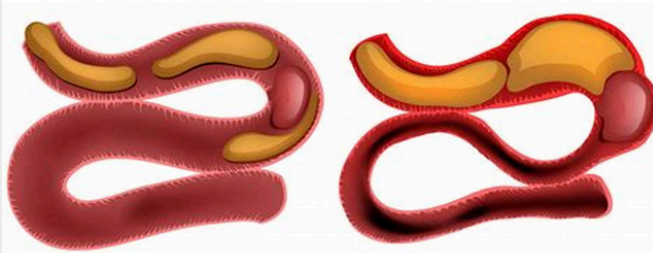
Gold standard: **RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN** (En decúbito y de pie) + Tele de Tórax de pie



Tratamiento

- Conservador: **SONDA NASOGÁSTRICA / TUBO INTESTINAL LARGO**
- Quirúrgico: Deberá considerarse el manejo invasivo
- A) Ileo mecánico intestinal por más de 3 días
- B) Drenaje por SNG al tercer día >500ml
- C) Edad menor a 40 años o adherencia completa
- D) Obstrucción completa del intestino delgado (sin aire en intestino grueso) y CPK mayor a 130
- Considerar Cirugía INMEDIATA
- Cirugía dentro de las 6 semanas previas
- Cuadro no resuelto dentro de las 48/72 hrs
- Edema, líquido peritoneal
- Laparotomía
- Laparoscopia

occlusion intestinale



www.aquaportal.com

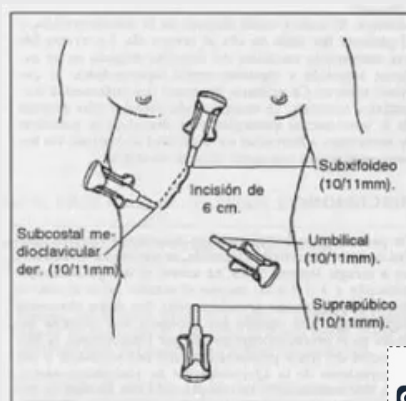


Fig. 5. Sitios de inserción de los trócares para la he. colectomía derecha.

Bibliografía

- HERNANDEZ-CORTEZ, Jorge et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [online]. 2019,
- González González M. Oclusión intestinal. En: Balibrea Cantero JC, editores. Tratado de cirugía. Madrid: Marban, 1994; 2154-2172.
- ICIBEREHD (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas). Instituto Biodonostia. San Sebastián, Guipuzkoa. 2Servicio de Digestivo. Hospital
- Garber A, Frakes C, Arora Z, Chahal P. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterol Res Pract. 2018