



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
LIC. EN MEDICINA HUMANA



PROPEDEUTICA, SEMIOLOGIA Y DIAGNOSTICO FISICO
Elaborar flash card sobre las siguientes patologías de Abdomen agudo:

Absceso hepático amebiano

Pancreatitis

Apendicitis

Patología biliar (colecistitis, coledocolitiasis, colangitis)

Oclusión intestinal

Luis Brandon Velasco Sanchez
Dr Jesús Eduardo Cruz Domínguez
4 A

2= Estudios de laboratorio.

- Serología: Prueba de anticuerpos anti-*Entamoeba histolytica*.
- Prueba de función hepática: Elevación de la fosfatasa alcalina y transaminasas.

3= Estudios de imagen

- Ultrasonido abdominal: identifica la lesión y la ubicación del absceso.
- TAC o RMN: Utilizados en casos donde el ultrasonido no es concluyente.

TRATAMIENTO

- Antibióticos Antiamoebianos

INICIAL

Metronidazol o Tinidazol

POSTERIORMENTE

- Paromomicina (erradicar cualquier quiste residual)

! Drenaje del Absceso (opcional)

Abscesos grandes, Persistencia de síntomas o riesgo de ruptura

Abceso Hepatico Amebiano

Infección hepática causada por *Entamoeba histolytica*.
Un protozoo que invade el tejido hepático y genera una cavidad llena de pus (Absceso).

FACTORES DE RIESGO

• Viajero o residente en áreas endémicas (principalmente en áreas tropicales).

Baja higiene y consumo de agua o alimentos contaminados

Estado inmuno comprometido

Historia previa de disentería amebiana

DIAGNÓSTICO

1= Exploración física

Dolor en el hipocóndrio derecho que puede irradiarse al hombro derecho

Fiebre, hepatomegalia y sensibilidad a la palpación en el área hepática

Signo Característico: Signo de Murphy positivo

A la auscultación, se puede notar la ausencia de ruidos respiratorios en el área afectada debido a la ...

2= Criterios de Diagnóstico (al menos 2 de 3 para pancreatitis)

- Dolor abdominal Característico
- Elevación de enzimas Pancreáticas (amilasa o lipasa) > 3 veces normal
- Hallazgos de estudios de imagen (tomografía) compatibles.

3= Escala de Severidad

- Escala de Ranson: Criterios al ingreso (edad, leucocitos, glucosa, LDH, AST) tras 48 hrs (caída de hematócrito, BUN, Ca²⁺, PO₂, déficit de base, pérdida de líquidos)
- Escala de APACHE II: Severidad y Pronóstico

TRATAMIENTO

1= Medidas generales

- Reposo pancreático: Ayuno, dieta baja en grasas progresiva
- Hidratación intravenosa agresiva
- Analgesia (aprovechar caso de dolor intenso)

2= Tratamiento específico:

- Antibióticos: Solo en casos de pancreatitis reactivante o infección
- Drenaje de abscesos o necrosis infectada: Casos graves

3= Tratamiento de Causa Subyacente

- Colelitiasis se confirma litiasis biliar.
- Control de triglicéridos en caso de hipertriglicéidemia

PANCREATITIS

Inflamación aguda del páncreas que puede variar desde una inflamación leve hasta una enfermedad grave que afecta múltiples órganos.

FACTORES DE RIESGO

- Consumo excesivo de alcohol
- Litiasis biliar (Cálculos biliares)
- Hipertriglicéidemia (> 1000 mg/dL)
- Fármacos como azatioprina y algunos diuréticos
- Historia de pancreatitis o fx genéticas Predisponentes

DIAGNÓSTICO

1= Exploración física.

• Dolor abdominal intenso en epigastrio, de inicio súbito, que irradia a la espalda y empeora al comer.

• Taquicardia, fiebre y signos de shock en casos graves

• Signos Característicos:

- Signos de Grey Turner: Equimosis en los flancos

- Signo de Cullen: Equimosis Periumbilical, Pancreatitis necrotizante.

APENDICITIS

Inflamación aguda del apéndice vermiforme, generalmente debido a una obstrucción luminal, que puede llevar a infección, perforación y peritonitis si no se trata a tiempo.

FACTORES DE RIESGO

- Edad entre 10 y 30 años
- Dieta base en fibra
- Antecedentes fam. de apendicitis (aumentada en personas con dieta rica en fibra)

DIAGNOSTICO

1- Exploración física

- Dolor abdominal inicialmente en epigastrio o alrededor del ombligo, luego migra al cuadrante inferior derecho.

- Signos Característicos:

- **Signo de McBurney:** Dolor en el Punto de McBurney localizado en el tercio externo de la línea imaginaria entre el ombligo y la esina umbilico antrosuperior derecho.
- **Signo de Rovsing:** Dolor en el cuadrante inferior derecho al Percutir el lado izquierdo.
- **Signo del Psoas:** Dolor al estirar la Pierna derecha, indicativo de irritación del Psoas.
- **Signo del obturador:** Dolor al rotar internamente el muslo derecho, sugiriendo irritación en el apéndice.

COLECISTITIS

Inflamación aguda de la vesícula biliar, generalmente causada por obstrucción del conducto cístico debido a un cálculo biliar, lo que provoca inflamación e infección.

FACTORES DE RIESGO

- Colelitiasis (Presencia de cálculos en la vesícula)
- Sexo femenino, obesidad y edad avanzada
- Uso de anticonceptivos orales o terapia hormonal
- Embarazo, parto prolongado o pérdida repida de peso.

DIAGNOSTICO

- Dolor en hipocostado derecho, de inicio súbito y que puede irradiarse al hombro derecho.

- Fiebre, náuseas y vómito.

- Signo Característico: **Signo de Murphy:** Dolor intenso a la Percusión mientras el Px inspira.

2- Criterios de Diagnóstico (Criterios de Tokio).

• Signos locales de inflamación: Signo de Murphy, dolor o sensibilidad en el hipocostado derecho.

• Signos sistémicos de inflamación: Fiebre, elevación de leucocitos o marcadores de inflamación (PCR)

• Hallazgos de imagen: Ultrasonido que muestra engrosamiento de la pared de la vesícula.

2- Escala Diagnóstica (Escala de Alvarado)

• Criterios de Alvarado: Evolución síntomas, signos y estudios de laboratorio para Predecir apendicitis (dolor migratorio, anorexia, náuseas, dolor en cuadrante inf. derecho, fiebre, leucocitosis).

- Puntuación:

• $2-4$: Baja probabilidad de apendicitis

• 5-6: Diagnóstico dudoso, requiere observación y estudios adicionales

• >7: Alta Probabilidad de apendicitis, intervención quirúrgica

3- Estudios de imagen

• Ultrasonido: Primera elección en niños y mujeres embarazadas

• TAC con Contraste: Estándar en adultos, Con alta sensibilidad para confirmar apendicitis y detectar complicaciones.

TRATAMIENTO

1- Medidas iniciales

Ayuno, Hidratación intravenosa, Analgesia

2- Antibióticos

Terapia profiláctica con antibióticos de amplio espectro para prevenir infecciones en caso de cirugía

3- Apendicectomía (1y definitiva).

Laparoscopia o abierta según el caso

3- Estudios de imagen:

• Ultrasonido abdominal: Estudio inicial y de elección, que muestra cálculos, engrosamiento de la pared vesicular y líquido pericolecístico.

• TAC o RMN: Utilizados en casos complicados o si el diagnóstico es incierto

TRATAMIENTO

1- Medidas Generales:

• Ayuno y reposo gastrointestinal

• Hidratación intravenosa

• Analgesia adecuada (AINES con precaución)

2- Antibióticos

Terapia empírica

(Ceftriaxona + Metronidazol)

3- Tratamiento Quirúrgico

• Colecistectomía: Laparoscopia primera opción 24-72 hrs

• Px > Riesgo: Considerar drenaje Percutáneo de la vesícula.

COLEDOCOLITIASIS

Presencia de cálculos en el conducto biliar común (coledoco), lo cual puede obstruir el flujo biliar y llevar a complicaciones como Colangitis o pancreatitis.

FACTORES DE RIESGO

- Historia de Colelitiasis (Cálculos en la vesícula biliar)
- Edad avanzada, obesidad y antecedentes familiares de litiasis biliar
- Género femenino, embarazo y dieta alta en grasas

DIAGNOSTICO

- 1- Expiración física
- Dolor abdominal en el hipocóndrio derecho o epigástrico, de tipo cólico, que puede irradiarse hacia el hombro derecho.
- Ictericia
- Signos Característicos
 - Signo de Courvoisier: Vesícula biliar palpable e indurada en ex con obstrucción de coledoco.

COLANGITIS

Infección bacteriana de los conductos biliares, generalmente secundaria a obstrucción (Colelitiasis, estenosis, neoplasia) que favorece la colonización y proliferación bacteriana.

FACTORES DE RIESGO

- Colelitiasis (Cálculos en la vesícula)
- Procedimientos Previos en la vía biliar (CPRE, Cirugía de vías biliares)
- Estenosis biliar, neoplasias del árbol biliar o pancreático.
- Edad avanzada y Comorbilidades.

DIAGNOSTICO

- 1- Expiración física
- Triada de Charcot: Fiebre con escalofríos, ictericia y dolor en hipocóndrio derecho
- Pentada de Reynolds: Triada de Charcot más hipotensión y alteración del estado mental, sugiriendo complicación grave.
- 2- Estudios de laboratorio:
 - Elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas (fosfatasa alcalina, GGT, ALT, AST).
 - Leucocitosis y aumento de PCR o VSG como marcadores inflamatorios
 - Hemocultivos positivos en casos graves

2- Estudios de laboratorio

- Elevación de bilirrubina total y directa (conjugada)
- Aumento de fosfatasa alcalina y enzimas hepáticas (ALT, AST).
- Amilasa y lipasa elevados en casos de pancreatitis asociado.

3- Estudios de imagen.

- USG abdomen: Detectar dilatación en los conductos biliares, baja sensibilidad para visualizar cálculos en coledoco.
- Colangiografía resonancia magnética (CRM): Alto sensibilidad para detectar cálculos en el coledoco y evaluar vía biliar.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): Método diagnóstico y terapéutico, permite remover cálculos y colocar stents si es necesario.

TRATAMIENTO

- 1- Métodos iniciales
 - Ayuno y reposo gastrointestinal
 - Hidratación intravenosa y analgesia
- 2- Tratamiento definitivo
 - CPRE: Procedimiento de elección para remover los cálculos del coledoco en pacientes con Colelitiasis confirmada
 - Colectomía: Realizada después de la CPRE para evitar recurrencias en Px con vesícula biliar presente
- 3- Antibióticos:
 - Indicados en casos de Colangitis Infección en el conducto biliar o si hay riesgo de infección.

3- Estudios de imagen.

- USG abdominal: Primer estudio de imagen; Puede mostrar dilatación de los conductos biliares y sugerir la causa obstructiva.
- Colangiografía resonancia magnética (CRM): Método no invasivo para evaluar la vía biliar y diagnosticar la obstrucción.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): Diagnóstico y tratamiento definitivo, permitiendo la descompresión y drenaje de los conductos biliares obstruidos.

TRATAMIENTO

- 1- Antibióticos
 - Terapia de cobertura para cubrir bacterias gramnegativas (Ceftriaxona o Piperacilina-tazobactam), y anaerobios, iniciado de inmediato
- 2- Drenaje Biliar Urgente
 - CPRE: Procedimiento de elección para descompresión y drenaje biliar
 - Drenaje Percutáneo (PTBD) o cirugía en caso de fallo o no disponibilidad de CPRE
- 3- Medidas de apoyo
 - Hidratación i.v., Control de signos vitales y soporte en UCI en Px graves (Pentada de Reynolds).

OCLUSIÓN INTESTINAL

Interrupción parcial o total del tránsito intestinal debido a una obstrucción mecánica o funcional, que impide el paso normal del contenido intestinal.

FACTORES DE RIESGO

- Cirugías abdominales previas (adhesiones)
- Hernias
- Tumores abdominales o pélvicos
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Ej. enf. de Crohn)
- Diverticulitis y volvulo (torsión del intestino)

CLASIFICACIÓN

- **Mecánica:** Debido a una obstrucción física (Ej: adherencias, tumores, hernias).
- **Funcional (Íleo paralítico):** Alteración en la motilidad intestinal sin obstrucción física.

DIAGNÓSTICO

1- Explanación física:

- Dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, náuseas y vómitos
- Ausencia de evacuación y expulsión de gases
- Signos característicos:

- **Ruidos intestinales:** Aumentados (hiperactivos) en fases tempranas, disminuidos o ausentes en fases avanzadas o en íleo paralítico

2- Estudios de Imagen.

- Radiografía abdominal: Puede mostrar niveles hidroaéreos (niveles de líquido y gas) en el intestino o signo Coeats (anillo de oclusión).
- Tomografía Computarizada (TAC): Estándar para confirmar dx y localizar la obstrucción, útil para identificar la causa (tumor, hernia, volvulo)

3- Laboratorio:

- Alteraciones electroelectrolíticas (hipokalemia) y deshidratación.
- Leucocitos Comprobados Como Perforación o Isquemia.

TRATAMIENTO

1- Medidas de Soporte Iniciales

- Ayuno, descompresión intestinal mediante sonda nasogástrica y reposición de líquidos y electrolitos intravenosos.

2- Tx específico:

- Obstrucción mecánica Parcial: Puede manejarse de forma conservadora si no hay signos de complicación.
- Obstrucción Completa o en complicaciones (isquemia, perforación) Tx quirúrgica de emergencia.

3- Cirugía (casos indicada)

- Explanación y conexión de la causa de la obstrucción (Ej: liberación de adherencias, resección de segmento neoplásico)