



Mi Universidad

Flash Card

Javier Jiménez Ruiz

Tercer Parcial

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Licenciatura en Medicina Humana

4° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 09 de noviembre de 2024

Absceso hepático amebiano

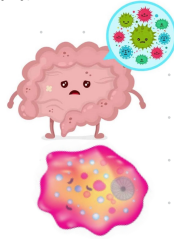
Colección localizada de pus en el hígado, resultante de cualquier proceso infeccioso con desnutrición del parénquima y el estroma hepático. Órgano intraabdominal con mayor frecuencia desarrolla abscesos.

Etiología:

- 5-10% casos
- Protozooario **Entamoeba histolytica**
- 20-40 años
- >Frecuencia en hombres

Fisiopatología

- El parásito causante es un patógeno potente, posee proteasas secretoras que disuelven los tejidos del huésped, matando por contacto a las células y fagocitando a los eritrocitos.
- Los trofozoítos de *E. histolytica* invaden la mucosa colónica, causando inflamación. En algunos casos las amebas rompen la barrera de la mucosa y viajan a través de la circulación portal al hígado, donde causan abscesos.



Mediador inmunológico

HLA-DR 3 que hace a la población de México más susceptible a ésta enfermedad.

Afectan a la inmunidad mediada por células:

- Edad
- Embarazo
- Terapia con corticosteroides
- Neoplasias
- Desnutrición

Factores de riesgo

- Agua/Alimentos contaminados
- Alcoholismo
- Prácticas homosexuales

Cuadro clínico

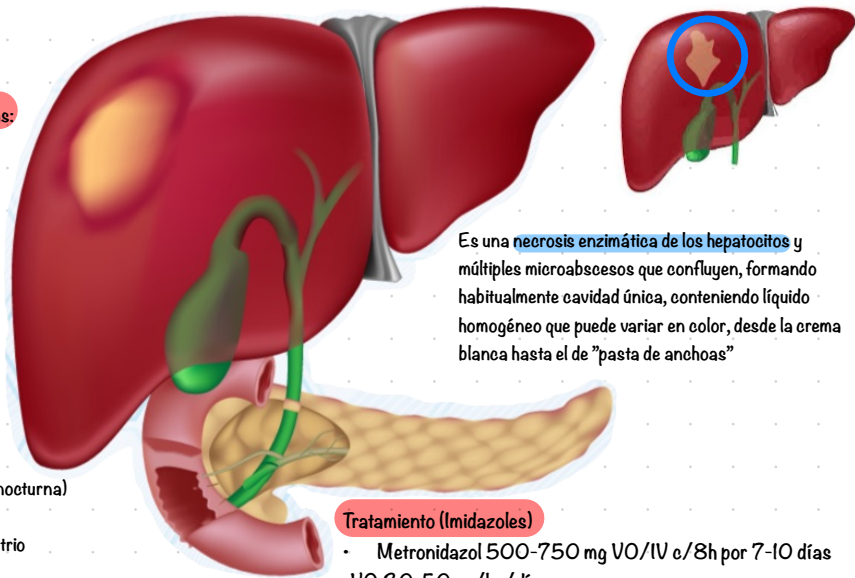
- Fiebre 38.5-39.5°C (Vespertina ó nocturna)
- Escalofríos/Diaforesis
- Dolor en hipocondrio derecho/Epigastrio
- Diarrea
- Pérdida de peso
- Dolor abdominal
- Hepatomegalia (Cara diafragmática provoca dolor plural derecho, referido al hombro)
- Ictericia/Peritonitis/Trombosis de vena hepática y VCI
- Masa ileocecal en EF

Laboratorios

- Leucocitosis >10.000/mm³
- PFH FA elevada + Transaminasas hepáticas
- BH completa
- Bilirrubina
- Hemaglutinación indirecta
- Inmunofluorescencia indirecta
- ELISA

Gabinete

- Rx Tórax (Elevación del hemidiafragma/Derrame pleural derecho)
- USG para pensión guiada /TAC



Es una **necrosis enzimática de los hepatocitos** y múltiples microabscesos que confluyen, formando habitualmente cavidad única, conteniendo líquido homogéneo que puede variar en color, desde la crema blanca hasta el de "pasta de anchoas"

Tratamiento (Imidazoles)

- Metronidazol 500-750 mg VO/IV c/8h por 7-10 días
- VO:30-50mg/kg/día
- IV:7.5mg/kg/dosis
- 2 línea: Tinidazol u Ornidazol
- 60mg/kg/día máximo 2g por 10 días
- Alimentos ricos en Fe
- Punción percutánea
- Laparotomía (Sospecha de ruptura)

Cuadro 1. Clasificación ecográfica del Absceso Hepático Amebiano de N'Gbeso

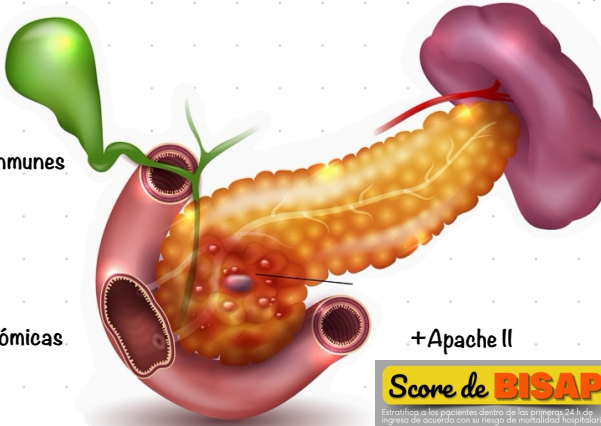
Tipo	Características ecográficas
AHA no coleccionados (tipo I)	<ul style="list-style-type: none">• Hipoecogenicidad heterogénea.• Límites policíclicos imprecisos.• Contornos ecogénicos espesos.• Reforzamiento posterior de los ecos.• Contenido en pilas ecogénicas.
AHA coleccionados (Tipo II)	<ul style="list-style-type: none">• Hipoecogenicidad heterogénea.• Límites netos y regulares.• Contornos finos.• Contenido sea homogéneo en "arenas movedizas", "pseudobojas", "pseudobolitas".• Reforzamiento
AHA cicatrizados (Tipo III)	<ul style="list-style-type: none">• Curación total.• Persistente o si en escarapela

Pancreatitis

Inflamación aguda del páncreas que puede causar complicaciones sistémicas y/o locales, así como disfunción o falla orgánica. Tiene un curso clínico variable/Pacientes presentan PA leve, autolimitada, se resuelve en una semana. 20% desarrollan PA moderada/grave con necrosis del páncreas ó tejido peripancreático o falla orgánica.

Etiología

- Cálculos biliares
- Alcohol
- Post CPRE
- Hipertrigliceridemia
- Medicamentos
- Enfermedades autoinmunes
- Trauma
- Infección
- Genéticos
- Hipercalcemia
- Anormalidades anatómicas
- Neoplasias
- Ideopático



Criterios Diagnósticos (2/3)

- Dolor abdominal (Epigastrio-Espalda)
- Lipasa sérica x3 a normal
- Hallazgos en TAC

Gabinete

- RM
- USG abdominal
- TAC
- Colangiopancreatografía
- Enzimas pancreáticas (Amilasa/Lipasa)

Cuadro clínico

- Dolor abdominal superior intenso
- Náuseas/Vómito/Distensión abdominal
- Estreñimiento/Fiebre/Ictericia

-Grave:

- Disnea/Palpitaciones/Nerviosismo
- Incapacidad para acostarse/Extremidad fría
- Oliguria/Anuria/Hemorragia gast.

-EF

- Dolor a la palpación/Rebote/Tensión muscular en abdomen
- Venas varicosas de pared abdominal
- Equimosis periumbilical (Sx. Cullen)
- Equimosis en flancos (Sx. Gray-Turner)

Signo de Cullen y Grey-Turner

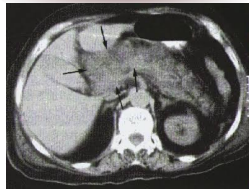
- Se definen como una decoloración cutánea azul púrpura (o equimosis).
- Ambos representan una hemorragia retroperitoneal
- Consecuencia de una pancreatitis, necrohemorrágica, embarazo tubárico roto, fugas o ruptura de aneurisma de aorta abdominal.



Cullen
Periumbilical



Grey Turner
En uno o ambos flancos.



+Apache II

Score de BISAP	
Estimado a los pacientes dentro de los primeros 24 h de ingreso de acuerdo con su riesgo de mortalidad hospitalaria.	
B	BUN: nitrógeno ureico en sangre >25 mg/100 mL
I	Deterioro (impair) del estado psíquico
S	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
A	Edad (age) >60 años
P	Derrame pleural
SRIS	
• T ₁ : <36° o >38°C	• < 2 puntos: Pancreatitis aguda Leve = mejor mortalidad
• FC: >90 lpm	
• RR: >20 ppm o PCO2 <32 mmHg	• ≥ 3 puntos: Pancreatitis aguda Grave = mayor mortalidad
• Leucocitos: >12mil o <4 mil o 10% de formas en banda.	
@Medic4Uips	

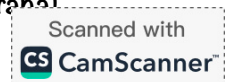


Dos o más de los siguientes ítems

- Fiebre (>38°C) ó Hipotermia (<36°C)
- Taquipnea (>20/min) ó PaCO₂ <32 mmHg
- Taquicardia (>90/min)
- Leucocitosis (>12000) ó Leucopenia (<4000)

Tratamiento

- Ringer lactado (Hartmann)
- 2do. Solución salina 0.9%
- No utilizar profilaxis antimicrobiano
- Uso de analgésicos (Escala de la OMS)
- Cirugía (Colecistectomía temprana)
- Drenaje percutáneo



Apendicitis

Apendicitis aguda: 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.

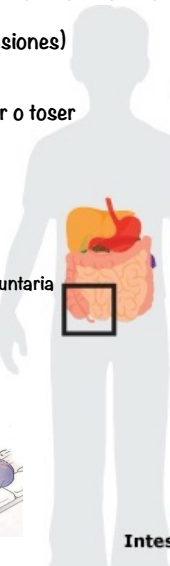
Apendicitis simple: apéndice inflamado, en ausencia de gangrena, perforación o absceso periapendicular.

Cuadro clínico

- Dolor abdominal agudo (Tipo cólico) en región periumbilical incrementó rápido de intensidad
- <24 h migrantes al CID
- Náuseas
- Vómito no numeroso (2 ocasiones)
- Fiebre de 38°C
- Dolor incrementa al caminar o toser

Exploración física

- Datos de irritación peritoneal
- Hipersensibilidad en CID
- Defensa y rigidez muscular involuntaria
- McBurney
- Rovsing
- Psoas
- Obturador
- Summer
- Von Blumberg
- Talopercusión
- Dunphy
- Murphy



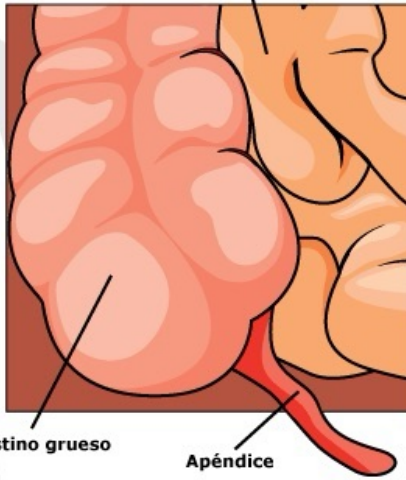
Manifestaciones cardinales:

- a) Dolor característico
- b) Manifestación de irritación peritoneal
- c) Respuesta inflamatoria (Leucocitosis->Neutrófilos)

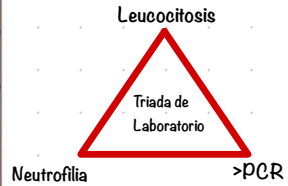
Laboratorio

- Leucocitosis (Neutrofilia y Bandemia)
- BH/EGO/PIE (a descartar)
- Rx simple de abdomen/USG abdomen

Intestino delgado



La perforación del apéndice es más frecuente entre las 24 y 72 horas posterior al inicio de clínica.



Escalas

- Alvarado
- Solís-Mena
- Teicher
- Ramírez
- Lilberg

Tratamiento

- Valoración a cirugía

Complicaciones 4 D's

- Perforación
- Peritonitis difusa
- Pileflebitis
- Peritonitis focal

TRIADA DE MURPHY

Sugero diagnóstico de Apendicitis Aguda



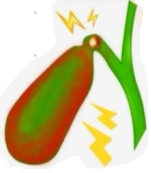
APENDICITIS AGUDA

PARÁMETROS	MANIFESTACIONES	VALOR
SÍNTOMAS	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náuseas / Vómito	1
SIGNOS	• Dolor en fosa ilíaca derecha	2
	• Rebote de Rousso	1
	• Fiebre	1
LABOR		

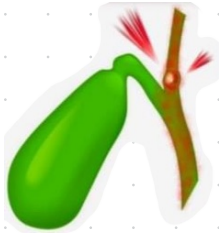
Scanned with CS CamScanner

Patología biliar

(Colecistitis/Colelitiasis/Colangitis/Coledocolitiasis)



La **Colecistitis** es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente.



Colangitis es la inflamación del conducto colédoco.

Manifestaciones clínicas

- Murphy positivo
- Masa en CSD y dolor
- Resistencia muscular en CSD
- Náuseas/Vómito



-Complicada

- Vesícula palpable
- Fiebre $>39^{\circ}\text{C}$
- Calosfríos
- Inestabilidad hemodinámica

-Perforación + Peritonitis

- Irritación peritoneal
- Distensión/Taquicardia
- Taquipnea/Acidosis M./Hipertensión/Choque



Factores de riesgo

- Mujeres >40 años
- Obesidad
- Embarazo
- Fármacos
- Enf. del íleon
- Dislipidemias
- Enf. Hepática y metabólicas
- Fibratos y ceftriaxona
- DM/Antecedentes/Cirrosis

Laboratorio

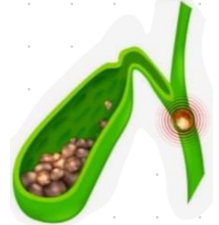
- No hay especificidad
- BH (Leucocitosis)
- PCR elevada (Inflamación)
- Bilirrubinas/Amilasa sérica

-Imagen

- USG (Engrosamiento de pared $>5\text{mm}$)
- Alargamiento vesicular $8 \times 4\text{cm}$)
- Centellografía hepatobiliar



La **Colelitiasis** es la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar.



Coledocolitiasis son cálculos en el colédoco

Prevención

- Ejercicio físico
- Alimentación sana
- Adecuado uso de hormonas

CIRUGIA

TRIADA DE CHARCOT

- ICTERICIA
- DOLOR EN HC DERECHO
- SÍNDROME FEBRIL

- HIPOTENSIÓN (SHOCK)
- CONFUSIÓN MENTAL (SNC)



PENTADA DE REYNOLDS

DX: COLANGITIS AGUDA

Clasificación

- **Grado I:** Leve, sin disfunción orgánica, solo cambios inflamatorios
- **Grado II:** Moderada, Leucocitosis, $\text{ec} >72\text{h}$
- **Grado III:** Grave, Disfunción cardíaca, neurológica, respiratoria, etc.

Tratamiento Farmacológico

- Disolución de cálculos (Á. Ursodesoxicólico y Quenodeoxicólico)
- AINES (Cólico biliar/Diclofenaco 75mg IM)
- ATB (Según caso) G-I-1 ATB, G-II y III-2 ATB

Tratamiento Quirúrgico

- Colecistectomía (Laparotomía ó laparoscópica)

Criterios de Tokio

La colecistitis aguda es la inflamación del conducto cístico, cuando la distensión se produce por un cálculo obstructivo, al diagnóstico se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de TOKIO 2008	
Criterios de diagnóstico	
A	Leucocitosis
B	Distensión de la vesícula y aumento en el espesor de la pared
C	Presencia de dolor en CSD
D	Presencia de fiebre
E	Presencia de náuseas y vómitos
F	Presencia de ictericia
G	Presencia de hiperbilirrubinemia
H	Presencia de leucocitosis
I	Presencia de leucocitosis
J	Presencia de leucocitosis
K	Presencia de leucocitosis
L	Presencia de leucocitosis
M	Presencia de leucocitosis
N	Presencia de leucocitosis
O	Presencia de leucocitosis
P	Presencia de leucocitosis
Q	Presencia de leucocitosis
R	Presencia de leucocitosis
S	Presencia de leucocitosis
T	Presencia de leucocitosis
U	Presencia de leucocitosis
V	Presencia de leucocitosis
W	Presencia de leucocitosis
X	Presencia de leucocitosis
Y	Presencia de leucocitosis
Z	Presencia de leucocitosis

FlashCards Cirugía General

PATOLOGÍAS DE LA VÍA BILIAR

	COLELITIASIS	COLECISTITIS	COLEDOCOLITIASIS	COLANGITIS
DEF	Litos en Vesícula Biliar	Inflamación de la Vesícula Biliar	Litos en el Conducto Colédoco	Inflamación de los Conductos Biliares
CC	Dolor en CSD, Náusea y Vómito	Dolor en CSD $>4\text{h}$, Fiebre y Murphy +	Dolor en CSD + Ictericia intermitente	Dolor en CSD, Ictericia Persistente y Fiebre
DM	US: Litos en vesícula Biliar LAB: Normales	US: Pared $>6\text{mm}$ LAB: Páncreas Colestático ASAT/ALT +	US: Coleleoco $>6\text{mm}$ LAB: Páncreas Colestático y Leucocitosis	US: Coleleoco $>6\text{mm}$ LAB: P. Colestático y Leucocitosis
TX	Colecistectomía Laparoscópica	Antibióticos y Colelitis	Colecistectomía	Antibióticos, CPRE

Scanned with CS CamScanner

Oclusión intestinal

Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto.

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

- Las adherencias son la causa más común en las naciones industrializadas (65-75%)
- 3.5 a 6% Mortalidad
- 7-14% Dx de 3ra edad
- 70-80% responde a manejo conservador
- 30% requiere manejo quirúrgico

Adherencias peritoneales:

Bandas fibrosas normales entre órganos o tejidos o ambos en la cavidad abdominal que normalmente están separados.

Manejo conservador:

- SNG
- Tubo nasointestinal largo
- 90% mejoran en 48-72 hrs

Manejo quirúrgico si existe:

- Obstrucción por estrangulación
- Obstrucción maligna
- Hernias encarceladas
- Cuerpo extraño
- Enteritis por radiación
- Peritonitis o abdomen agudo
- Laparotomía exploradora (elección)

- Identificarsitio y causa
- Sitio no obvio, descomprimir el intestino distal.
- Corregido, exploración de los 4 cuadrantes
- Resección intestinal y anastomosis primaria cuando haya bordes sangrantes y coloración.



Cuando clínico

- Dolor abdominal >4 EVA
- Leucocitosis >10,000 mm³
- PCR 75 mg/L
- Fiebre/Distensión
- Taquicardia
- Acidosis metabólica
- Vómito fecaloide
- TAC
 - Líquido intraperitoneal
 - Edema de mesenterio
 - Signo de las heces en ID
 - Cx previa a 6 semanas antes del cuadro
 - Intestino desvascularizado
- EF
 - Resistencia abdominal
 - Datos de peritonitis

- **Adherencia:** Unión patológica de superficies anatómicas
- **Oclusión intestinal:** Detección del tránsito de heces y gases por la luz
- **Ileo mecánico:** Sinónimo de OI



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

TRATAMIENTO

PATOLOGÍAS	TRATAMIENTO
Obstrucción Intestinal	1.- SNG, 2. Líquidos IV, 3.- Ayuno
Adherencias	#1- (1-, 2- y 3-) #2- NO responde >72h - LAPE
Hernia No Estrangulada	1.- Conservador
Hernia Estrangulada	Hernioplastia
Tumores o Peritonitis	Elección: LAPE
	Elección: LAPE
Vólvulo	CECAL LAPE
	SIGMOIDES Destorción por RSC
Ileo Paralítico	Reposición El tratamiento incl. el suero

(en): SNG, 2. Líquidos IV, 3.- Ayuno
(en): Revisión de la literatura
(en): Tratamiento quirúrgico

Consulta tu Estado de Salud
en cualquier momento

PLATAFORMA ENARM

@plataforma

Scanned with
CamScanner

Bibliografía

- GPC Diagnóstico y tratamiento de Absceso Hepático Amebiano No complicado
- GPC Prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la Pancreatitis aguda
- GPC Diagnóstico de Apendicitis aguda
- GPC Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis
- GPC Tratamiento quirúrgico de Oclusión intestinas por adherencias postquirúrgicas en el adulto en segundo nivel de atención
- S Lynns Bickley Bates Guía de exploración física e historia clínica (12.ed.)