



Mi Universidad

Infografía

Alexa Avendaño Trujillo

Técnicas Quirúrgicas básicas

6 "A"

Patologías

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Comitán de Domínguez Chiapas.

Apendicitis aguda

Inflamación del apéndice local que inicia con obstrucción de luz apendicular lo que trae como consecuencia un incremento en la presión intraluminal.

Epidemiología

- Procedimiento quirúrgico de urgencia más común
- 7% de riesgo de vida
- 15- 35 años

Clínica

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómito

Niños

- Diarrea
- Perforación 69 - 100%
- 1 - 5 años

Adultos

- No presentan signos

Diagnóstico

USG

- Niños
- Embarazadas
- Adultos

TAC

- Gold standard
- > 60 años

Tratamiento

- Apendicectomía

Acalasia

Es un trastorno primario de la mortalidad esofágica, caracterizado por una deficiencia del esfínter esofágico inferior y pérdida de la peristalsis esofágica

Epidemiología

- 1:1000 personas
- 2da causa de cirugía esofágica
- 3 - 5 década de vida

Clínico

- Disfagia
- Regurgitación
- Disminución de peso

Diagnóstico

- Esofagograma baritado
- Endoscopia
- Manometría esofágica

Tratamiento

Miotomía laparoscópica

- Disminución de las fibras musculares
- Corte de 6 cm esofágica y 2 cm estómago
- Más en jóvenes

Dilatación neumática graduada

- Balón de podietileno para romper las fibras de 8 - 15 mm/Hg por 15 - 60 s
- 93% de efectividad
- Complicaciones ERGE y perforación

Tóxina botulínica

- 85% de efectividad
- Dolor torácico
- Dosis 100 ml VI en solución, de bolos de 5 - 1 ml con agujas endoscopias

Fármacos

- Isasorbida 87% de efectividad
- Nifedipino 75%

Perforación esofágica

Solución de continuidad transmural esofágica

Etiología

- Iatrogenia 50%
- Traumatismo extremo 25%
- Síndrome de Boerhaave 10%

IATROGENICA

- Dilatación de estenosis péptica 0.5%
- Dilatación de acalasia 1 - 3%
- Láser 5%
- Sitios más comunes de perforación

Clinico

Esófago cervical

- Fiebre
- Disnea
- Odinofagia
- Enfisema subcutáneo
- Dolor al flexionar cervical

Esófago torácico

- Dolor torácico
- Fiebre
- Derrame pleural

Esófago abdominal

- Abdomen agudo asociado a SRIS

Diagnóstico

- Trago con hidrosolubles
- TC de cuello y tórax con doble contraste

Tratamiento

Conservador

- Ayuno
- Sin parenteral
- Antibiótico de amplio espectro
- Nutrición parenteral
- Después de 7 días estudio de contraste

Endoscopia

- Colocación de stent, metálico 80%
- Ventajas regreso a la tolerancia oral en los 3 días

Indicaciones:

- Perforación en esofágica torácica
- Tamaño <6 cm
- Sin datos de sepsis
- Perforación advertido en endoscopia

Quirúrgico

- Cierre primario
- Fístula dirigida y excesivo esofágica

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

Ascenso del contenido gástrico por arriba de la unión gastroesofagica que causa síntomas y complicaciones que afecta la vida

Epidemiología

- Latinoamérica: 11.9 - 31.3%
- Esofagitis por reflujo 40 - 60%
- Esofagitis erosiva 10%
- ERGE sin esofagitis más frecuentes en mujeres

Factor de riesgo

- Alcohol
- Embarazo 30 - 50%
- Obesidad
- > 50 años
- Tabaquismo
- Fármacos

Clínica

- Pirosis 13.5%
- Regurgitación 10.2%
- Tos crónica
- Asma
- Dolor torácico

Diagnóstico

- Prueba terapéutica de síntomas comunes
- Endoscopia
- pH metria

Tratamiento

Médico

- Pérdida de peso
- Informe sobre el tabaquismo
- Evitar alcohol
- Hacer ejercicio
- Tomar omeprazol por 12 semanas

Quirúrgico

- Funduplicatura laparoscopica tipo NISSEN
- Uso de mallas en pacientes con ERGE y hernias hialal > 8 cm