



Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Medicina Humana



Tema:

Patologías quirúrgicas

Nombre del alumno:

Daniela Elizabeth Carbajal De León

Materia:

Técnicas quirúrgicas básicas

Grado: 6

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de septiembre del 2024



# APENDICITIS

## DEFINICION

INFLAMACIÓN DEL APÉNDICE CECAL, QUE INICIA CON OBSTRUCCIÓN DE LUZ APENDICULAR

CAUSA: FECALITO

HIPERPLASIA FOL. LINFOIDES

1º PROCEDIMIENTO QX DE URGENCIAS

7% DE RIESGO EN LA VIDA

## POBLACION DE MAYOR RIESGO

- NIÑOS < 3 AÑOS
- EMBARAZADAS
- MAYORES DE 60 AÑOS



15 - 35 AÑOS DE VIDA

## CLINICA

DOLOR ABDOMINAL CARACTERISTICO  
NAUSEA, VOMITO Y FIEBRE

MC BURNEY  
DUMPHY  
TALO PERCUSION

LACTANTES: DIARREA

ANCIANOS SIGNOS POCO FREC



## DIAGNOSTICO

## TRATAMIENTO

USG

1º ESTUDIO, DE ELECCION EN NIÑOS Y EMBARAZADAS

TAC

GOLD STANDARD EN ADULTOS  
MÁS SENCIBLE Y ESPECIFICO >60 AÑOS

RM

SENCIBLE Y ESPECIFICO 2DA LINEA  
EN NIÑOS Y EMBARAZADAS

## APENDICECTOMÍA

### ABIERTA

RECUPERACIÓN MÁS PROLONGADA

### LAPAROSCOPICA

REDUCE EL TRAUMA A LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES Y MEJORA LA ESTÉTICA DE LAS CICATRICES





# ACALASIA

## DEFINICION

TRASTORNO DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA, CARACTERIZADO POR UNA DEFICIENTE RELAJACIÓN DEL EEI Y PERDIDA DE LA PERISTALSIS ESOFÁGICA.

INCIDENCIA 1:100,000

2º CAUSA DE CIRUGIA ESOFAGICA

DISMINUCIÓN DE LOS CUERPOS NEURONALES

DISFAGIA A SOLIDOS Y LIQUIDOS

ENF. NEUROMUSCULAR

DISFAGIA A SOLIDOS

OBSTRUCCION MECANICA

REGURGITACIÓN

PERDIDA DE PESO

ESOFAGITIS  
ASPIRACION BRONCOPULMONAR

CARCINOMA DE ESOFAGO  
(2-7%)

MIOTOMIA LAPAROSCOPICA (DE HELLER)

•DISRRUPCION DE LAS FIBRAS MUSCULARES

DILATACION NEUMATICA GRADUADA

•BALÓN DE POLIETILENO PARA ROMPER FIBRAS DEL EEI

TOXINA BOTULINICA

•PX NO CANDIDATOS A MIOTOMIA O DILATACION

FÁRMACOS

•ISOSORBIDA (87%)

•NIFEDIPINO (75% Y MENOS EFECTOS SECUNDARIOS)

## CLINICA

DISFAGIA A SOLIDOS Y LIQUIDOS CONTINUA

COMPLICACION

## DIAGNOSTICO

## TRATAMIENTO

ESOFAGOGRAMA BARITADO

DILATACION EEI, APERISTALSIS VACIAMIENTO ESOFAGICO RETARDADO

ENDOSCOPIA

DESCARTAR CAUSAS MECANICAS

MANOMETRIA

APERISTALSIS Y RELAJACION INCOMPLETA DEL EEI





# ERGE

**DEFINICION**  
ASCENSO DE CONTENIDO GASTRICO O GASTRODUODENAL POR ARRIBA DE LA UNION GASTROESOFAGICA

**LATINOAMERICA**  
11.9%-31.3%

40-60% ESOFAGITIS POR REFLUJO

10% ESOFAGITIS EROSIVA (-HOMBRES)

ERGE SIN ESOFAGITIS (-MUJERES)

**FACTORES DE RIESGO**

- COMIDA
- ALCOHOL
- TABAQUISMO
- FARMACOS
- >50 AÑOS
- EMBARAZO (30-50%)

**OBESIDAD >1.5-2 VECES EL RIESGO**

## CLINICA

EXTRAESOFAGICOS

PIROSIS  
13.5% MÁS FRECUENTE

REGURGITACIÓN  
10.2%

TOS CRÓNICA

LARINGITIS

ASMA

DOLOR TORACICO

## DIAGNOSTICO

## TRATAMIENTO

**RECOMENDACIONES**

PERDIDA DE PESO  
TABAQUISMO  
EVITAR ALCOHOL Y HACER EJERCICIO

**-OMEPRAZOL 12 SEMANAS**

**FUNDUPLICATURA LAPAROSCOPICA TIPO NISSEN**

PRINCIPAL COMPLICACIÓN DISFAGIA

MALLAS EN PACIENTES CON ERGE Y HERNIA HIATAL >8 CM

**PRUEBA TERAPEUTICA**  
+SINTOMAS TÍPICOS (8-12 SEMANAS DE MANTENIMIENTO)

**ENDOSCOPIA CON BIOPSIA**  
GOLD STANDARD EN ADULTOS MÁS SENCIBLE Y ESPECIFICO >60 AÑOS

**PH METRIA**  
ESOFAGITIS NO EROSIVA (ULTIMA OPCIÓN)

## TRATAMIENTO

**CLASIFICACION**

**LOS ANGELES**

GRADOS A, B, C Y D, SEGÚN LA SEVERIDAD DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA

**SAVARY MILLER**

GRADOS I, II, III, IV Y V



CLASIFICACION LOS ANGELES





# PERFORACIÓN ESOFÁGICA

## DEFINICION

SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD TRANSMURAL ESOFAGICA

IATROGÉNICA (50%)

• TRAUMA EXTERNO (25%)

SÍNDROME DE BOERHAAVE (10%)

PROVOCA UNA INFECCION PERIESOFAGICA  
ALTA MORTALIDAD

## SITIOS FRECUENTES

- ESÓFAGO TORÁCICO 60%
- ESÓFAGO CERVICAL 30%
- ESÓFAGO ABDOMINAL 10%

RIESGO EN ENDOSCOPIA 0.5%

## CLINICA

ESÓFAGO CERVICAL

FIEBRE, DISFAGIA, ODINOFAGIA

ENFISEMA SUBCUTANEO, DOLOR A LA FLEXION CERVICAL

DOLOR TORÁCICO, FIEBRE

DERRAME PLEURAL

ABDOMEN AGUDO ASOCIADO A SRIS

ESÓFAGO TORÁCICO

ESÓFAGO ABDOMINAL

CONSERVADOR

- AYUNO
- SOLUCIONES PARENTERALES
- ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO

COLOCACION DE STENT METALICO

- PERFORACION EN ESOFAGO TORACICO < 6 CM
- REGRESO A LA TOLERANCIA ORAL EN LOS PRIMEROS 3 DIAS

## TRATAMIENTO

QUIRÚRGICO

CIERRE PRIMARIO DEL DEFECTO

<24 HRS

ASOCIAR DRENAJE, ANTIBIOTICOS Y NUTRICION PARENTERAL

FISTULACIÓN DIRIGIDA Y EXCLUSIÓN ESOFAGICA

>24 HRS

EE: GRAPADO PROXIMAL Y DISTAL

FD: DEJAR UN TUBO DE DRENAJE EN LA PERFORACION

## DIAGNOSTICO

TRAGO CON MATERIAL HIDROSOLUBLE

ID LESION SENSIBILIDAD APROX 80%

MAYOR SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD ID LESION

TC DE CUELLO Y TORAX CON DOBLE CONTRASTE

10% DE FALSOS NEGATIVOS

EVALUA AL PX SI ES CANDIDATO A MANEJO CONSERVADOR



## **BIBLIOGRAFIA**

Sabiston, DC (Ed.). (2023). *Tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna* (21ª ed.)

### **ENLACE DE CANVA PARA MEJOR VISUALIZACION**

[https://www.canva.com/design/DAGGKZGoaz4/zRy0aWOzORnBD06REI-alw/view?utm\\_content=DAGGKZGoaz4&utm\\_campaign=designshare&utm\\_medium=link&utm\\_source=editor](https://www.canva.com/design/DAGGKZGoaz4/zRy0aWOzORnBD06REI-alw/view?utm_content=DAGGKZGoaz4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=editor)