



**Universidad del sureste  
Medicina humana**



**Trabajo:  
Mapa conceptual**

**Nombre del alumno:  
Hugo de Jesus Monjaras Hidalgo**

**Grado y Grupo  
6 "A"**

**Materia  
Técnicas Quirúrgicas Básicas**

**Docente:  
Dr. Romeo Antonio Molina Roman**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre del 2024**

## Acalasia

Trastorno de la motilidad esofágica caracterizado por una relajación inadecuada del esfínter esofágico inferior y un peristaltismo ineficaz del músculo liso esofágico

Dificultad para eructar, disfagia para líquidos y sólidos, dolor torácico y/o pirosis, emesis

Puede deberse a la degradación autoinmunitaria del plexo mientérico del esófago y se ha descrito asociación al antígeno HLA de clase II DQw1.

Valoración mediante exploración física y pruebas de laboratorio, HC, EGC, prueba de estrés, sangre oculta en heces

Diagnóstico por imagen. endoscopia para descartar otras causas

Tratamiento. relajantes musculares lisos nitratos y calcioantagonistas, toxina botulínica. dilatación mecánica (fija o neumática)

Quirúrgico. esofagiotomía abierta o toracoscopia

# Apendicitis aguda

## Inflamación aguda del apéndice

Dolor abdominal, dolor con extensión al muslo derecho (signo del psoas), dolor en fosa iliaca derecha a la palpación de fosa iliaca izquierda, náuseas, vómitos, taquicardia

Etiología, obstrucción de la luz apendicular con posterior congestión vascular, inflamación y edema

diagnóstico por imagen. TC espiral de la FID sensibilidad 90%

HC con recuento diferencial muestra leucocitosis con desviación izquierda menor a 20,000/mm<sup>3</sup>

tratamiento no farmacológico

ayuno absoluto, no administrar analgésicos o antibióticos hasta no haber realizado diagnóstico

Tx agudo

Apendicectomía urgente, corrección de los trastornos hídricos o electrolíticos mediante hidratación. Profilaxis con antibióticos intravenosos para cubrir bacilos gram ajes negativos y anaerobios (ampicilina-sulbactam 3gr i.v. cada 6 hrs o piperacilina-tazobactam 4,5g i.v. cada 8 hrs en adultos)

## ERGE

Trastorno de la motilidad caracterizado por pirosis causado por el reflujo de contenido gástrico hacia el esófago

Pirosis, disfagia, regurgitación, tos crónica y broncoespasmos, erosiones dentales en niños

Etiología. tabaquismo, alcohol, café, gestación, hipersecreción de ácido gástrico

Valoración mediante endoscopia digestiva alta

Pruebas de laboratorio. control de PH esofágico durante 24 hrs y prueba de Bernstein, manometría esofágica

Tratamiento. modificaciones del estilo de vida evitando alimentos y fármacos que agravan el reflujo, evitar consumo de tabaco y alcohol, elevación de la cabecera de la cama, bajar de peso.

Tx...inhibidores de la bomba de protones, bloqueares H2, antiácidos, fármacos procinéticos.

# Perforación esofágica

## Ruptura espontánea del esófago

Causa más común iatrogenia médica resultado de procedimientos endoscópicos (dilatación esofágica por estenosis)

Dolor de inicio agudo y súbito (torácico, en epigastrio o espalda), vómitos y respiración entrecortada, disfonía, ronquera, disfagia y enfisema subcutáneo, taquicardia, hipotensión y fiebre

Diagnóstico mediante anamnesis, gastrografin con radiografía de tórax, TAC de tórax, radiografía posteroanterior y lateral de tórax

el principio de manejo debe enfocarse inicialmente en control de la lesión y de forma secundaria en el problema que lo generó

Conservador. no debe haber datos de respuesta inflamatoria sistémica o sepsis, ser una perforación reciente, bien delimitada y contenida, que no drene a cavidad abdominal y que no sea secundaria a neoplasia, estenosis u obstrucción en la región de la perforación, antibiótico de amplio espectro, inhibidor de la bomba de protones, nutrición parenteral total, sonda nasogástrica y ayuno por un mínimo de siete días

Tx Qx. esofagomiotomía proximal y distal a la lesión, desbridamiento del tejido necrótico, cierre de la mucosa esofágica con aproximación de la musculatura esofágica sobre el sitio de perforación y parche de pleura o músculo intercostal, gastrostomía de drenaje y yeyunostomía para alimentación, exclusión esofágica se recomienda en los pacientes en quienes falló el cierre primario o cuando la PE tiene demasiado tejido desvitalizado

## Bibliografía

*Perforación esofágica, un reto diagnóstico y de tratamiento para el cirujano.* (2020). medigraphic.com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2014/fl142g.pdf>

Ferri, F. F. (2023). *Ferri. Consultor clínico. Diagnóstico y tratamiento.* Elsevier Health Sciences.