



**Universidad del Sureste
Campus Comitán
MEDICINA HUMANA**

Alumna:

Esthephany Michelle Rodríguez López

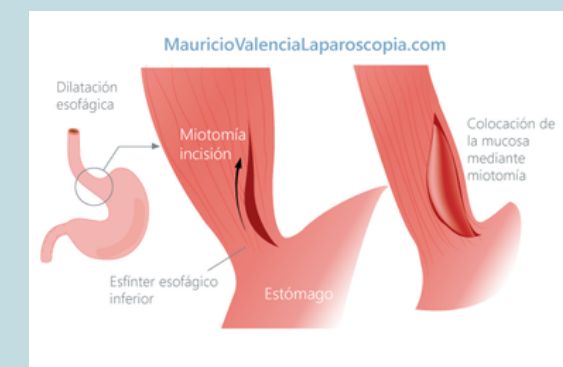
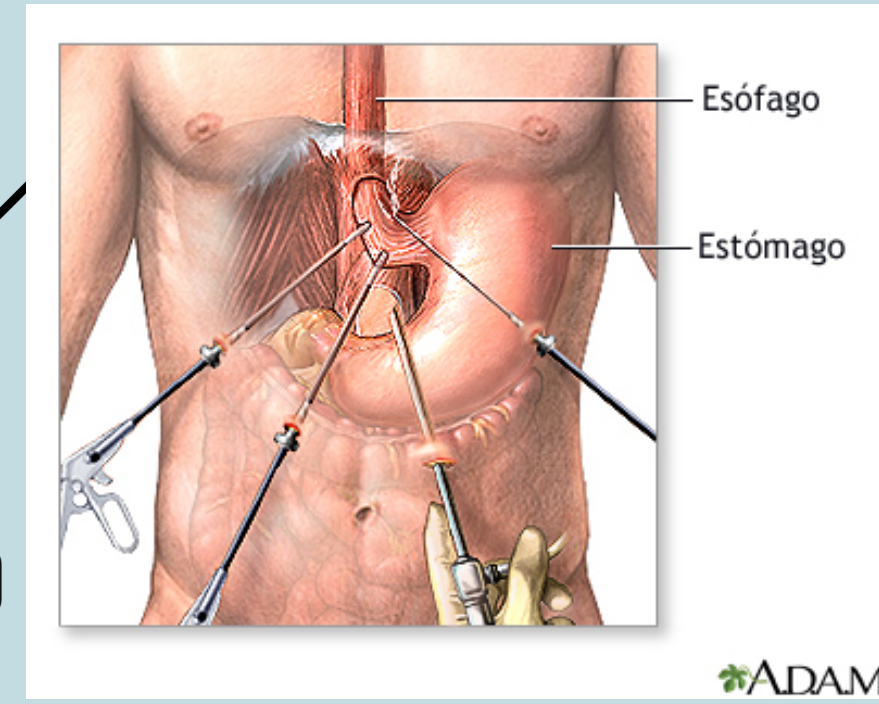
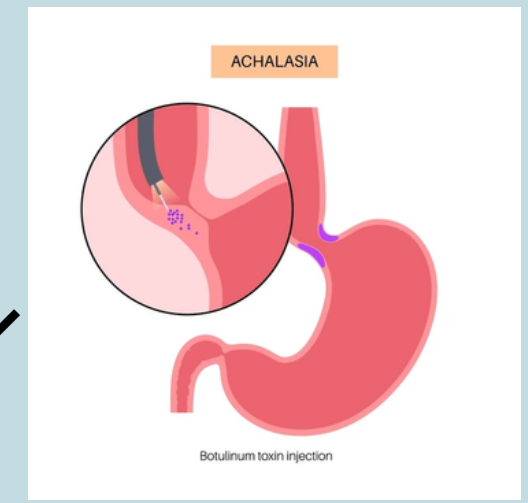
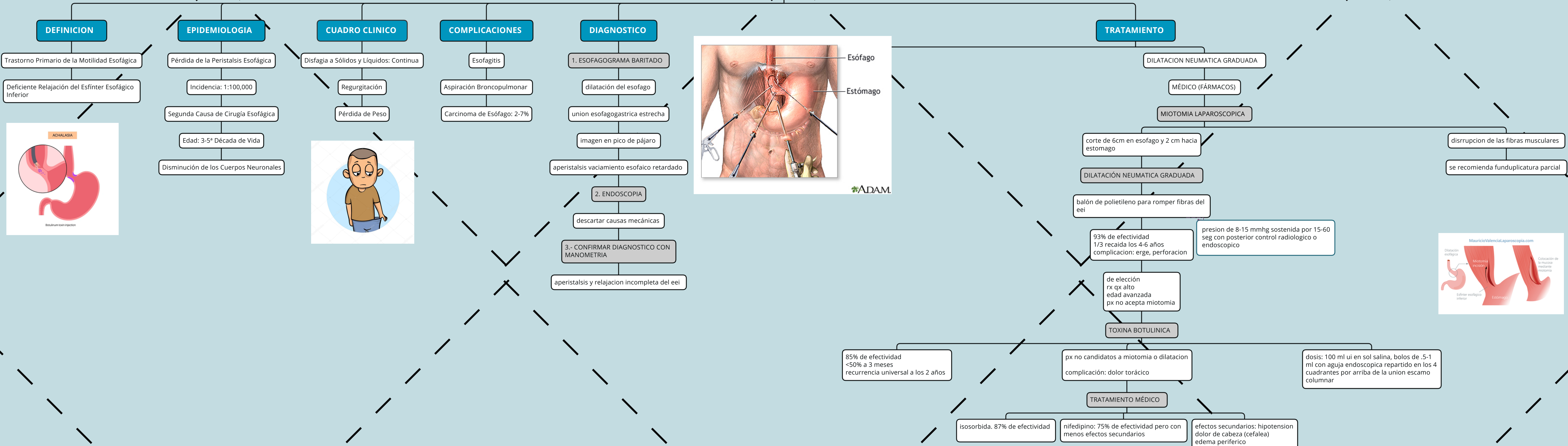
Materia:

Clínicas quirúrgicas

Grado: 6 Grupo: A

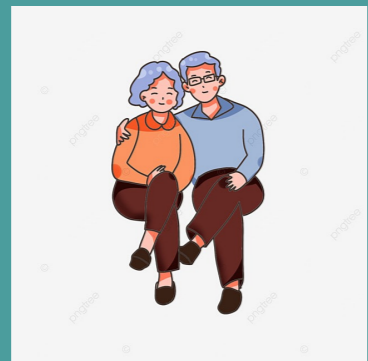
Comitán de Domínguez a 12 de septiembre del 2024

ACALASIA



APENDICITIS AGUDA

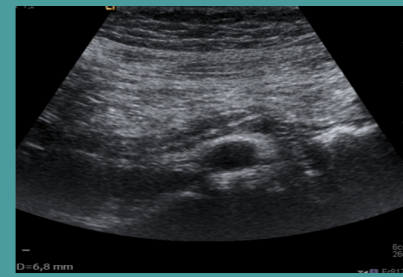
Inflamación del apéndice cecal, que inicia con obstrucción de luz apendicular.



ESCALA DE ALVARADO		Puntos
SINTOMAS	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náusea/vómito	1
SIGNOS	• Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
LABORATORIO	• Leucocitosis	2
	• Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total:		10

9-10 puntos: Casi certeza de apendicitis
 7-8 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
 6-5 puntos: Cuestiones con apendicitis pero no diagnosticar
 4-3 puntos: Baja probabilidad de apendicitis

@apuntes.dat

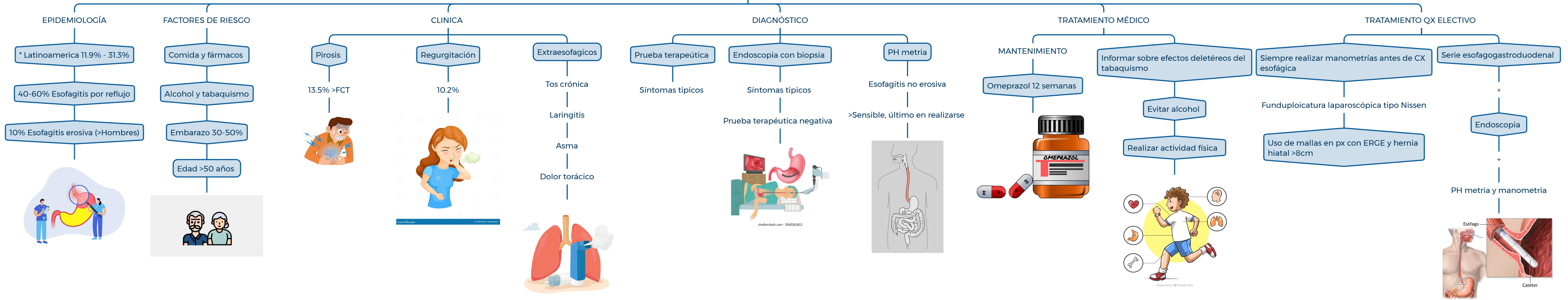


Tema principal 1



ERGE

Ascenso de contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofagica



PERFORACIÓN ESOFÁGICA

DEFINICION

SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD TRANSMURAL ESOFAGICA .

ETIOLOGIA

- Iatrogénica (50%)
- Trauma externo (25%)
- Síndrome de Boerhaave (10%)
- Cuerpo extraño



LATROGÉNICA

El riesgo de perforación de una endoscopia es del 0.5% y aumenta cuando se realiza alguno de los siguientes procedimientos

- Dilatación por estenosis péptica (0.5%)
- Dilatación por acalasia 1-3%
- Láser (5%)

SITIOS MÁS COMUNES DE PERFORACIÓN:

- Esófago torácico 60%
- Esófago cervical 30%
- Esófago abdominal 10%



CUADRO CLÍNICO

ESÓFAGO CERVICAL

FIEBRE, DISFAGIA, ODINOFAGIA

ENFISEMA SUBCUTANEO, DOLOR A LA FLEXION CERVICAL

ESÓFAGO TORÁCICO

DOLOR TORÁCICO, FIEBRE

DERRAME PLEURAL

ESÓFAGO ABDOMINAL

ABDOMEN AGUDO ASOCIADO A SRIS



DIAGNÓSTICO

TRAGO CON MATERIAL HIDROSOLUBLE

PERMITE IDENTIFICAR EL SITIO DE LESIÓN CUANDO NO SE CUENTA CON EL RECURSO DE LA TC. SENSIBILIDAD APROX 80%

TC DE CUELLO Y TÓRAX CON DOBLE CONTRASTE (HIDROSOLUBLE)

ESTUDIO CON MAYOR SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD

TIENE SOLO UN 10% DE FALSOS NEGATIVOS

PERMITE IDENTIFICAR SITIO DE LA LESIÓN

PERMITE VALORAR SI EL PX ES CANDIDATO A MANEJO CONSERVADOR

TRATAMIENTO CONSERVADOR

AYUNO

ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO

VERIFICAR SI LA PERFORACION HA SIDO RESUELTA

SOLUCIONES PARENTERALES

NUTRICIÓN PARENTERAL

DESPUES DE 7 DIAS SE REQUIERE DE ESTUDIO DE CONTRASTE

ENDOSCOPIA

COLOCACION DE STENT METALICO (80%)

VENTAJAS REGRESO A LA TOLERANCIA ORAL EN LOS PRIMEROS 3 DIAS

INDICACIONES:

PERFORACION EN ESOFAGO TORACICO

TAMAÑO < 6 CM

SIN DATOS DE SEPSIS

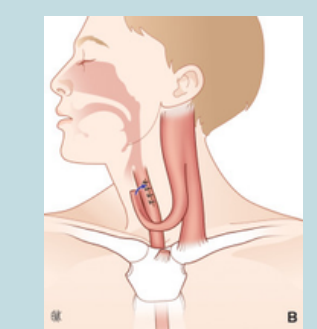
PERFORACION ADVERTIDA EN UNA ENDOSCOPIA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

CIERRE PRIMARIO DEL DEFECTO

ES LA MEJOR ELECCION SIEMPRE Y CUANDO TENGA MENOS DE 24 HRS DE EVOLUCIÓN

SE DEBE ASOCIAR DRENAJE, ANTIBIOTICOS Y NUTRICION PARENTERAL



FISTULACIÓN DIRIGIDA Y EXCLUSIÓN ESOFAGICA

TÉCNICA MÁS UTILIZADA CUANDO LA PERFORACION ES > 24 HRS

LA EE REALIZA GRAPADO PROXIMAL Y DISTAL

LA FD CONSISTE EN DEJAR UN TUBO DE DRENAJE DENTRO DE LA MISMA PERFORACIÓN 1



REFERENCIAS



Bibliografía

Andersen, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Hunter, J. G., Matthews, J. B., Pollock, R. E., & Brunnicardi, C. F. (9^o edición). Schwartz: principios de cirugía.