

**tema:**

**Flash Card**

**nombre del alumno:**

**Paola Isabel Díaz Sánchez**

**Grado: 7**

**Grupo: A**

**Materia: Clínicas quirúrgicas  
complementarias**

**Nombre del docente: Eric Antonio  
Flores Gutiérrez**



# OBSTRUCCION INTESTINAL

## Definición:

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

## Epidemiología:

- + FCTE oclusión intestinal un (adherencia) (65-75%) (mortalidad de 35-60%)
- 70% manejo conservador
- 30% manejo QX
- La oclusión intestinal (82%)

## Factor de riesgo:

- 1º Cirugía abdominal o Pélvica  
Previa (adherencia)
- 2= Hernias
- 3= neoplasias

## Fisiopatología:

- La distensión intestinal se acompaña de la obstrucción mecánica con acumulación de líquidos, en la luz intestinal provocando contracciones peristálticas con aumento de ruidos hidroaéreos y dilución del aire.

## Clinica:

- 1º dolor abdominal
- 2º vómitos: Alimentario, bilioso fecaloide
- 3= constipación: no expulsión de gases
- 4= distensión abdominal
- 5= irritación peritoneal

## Dx:

- 1ero radiografía abdominal
- Gold standar: TC con contraste
- BH

## Tx:

- o conservador: SNG Por 48 a 72 h y líquido intravenoso
- QX yeyunoilectomía (Procedimiento Hardman).

# VOLVULOS DE COLON (CIEGO Y SIGMOIDES)

**Definición:** torsión de un órgano a través de un eje sobre su pedículo vascular.  
- el volvulo de colon típicamente resulta en una obstrucción intestinal en oxi cerrada.

## FR sigmoide

- >60 Años (hombre)
- estreñimiento crónico
- cirugías abdominales
- adulto mayor institucionalizado

## Fisiopatología:

- La obstrucción del lumen intestinal y alteración de la perfusión vascular se producen cuando el grado de torsión supera los 180 y 360 grados.

## Clinica: sigmoide

- obstrucción intestinal (distensión, náuseas y vómitos)
- ruidos peristálticos metálicos (perforación)
- fosa iliaca izquierda (signo de dorce izquierda)
- Ausencia de evacuación y de materia fecal al tacto rectal

## Dx:

Radiografía: - Ausencia gas rectal (90%)  
- U invertida (86%) - grano de café (76%)

TAC → signo de remolino

## FR ciego

- mujer edad media
- cirugía abdominal previa
- adulto mayor con inactividad prolongada.

## Epidemiología:

## Clinica: ciego

- obstrucción intestinal (distensión, náuseas y vómitos)
- hipersensibilidad generalizada (perforación)
- ruidos peristálticos metálicos.

## Tx:

- SNG
- balance hidroelectrolítico
- línea recto sigmoideoscopia
- línea definitiva
- Laparoscopia QX

# ENFERMEDAD DIVERTICULAR.

**Definición:** son manifestaciones de síntomas como dolor crónico o sangrado de los divertículos.

- La presencia de divertículos en el colon se define como

**Diverticulosis:** Es la simple presencia de divertículos en el colon, sin manifestación clínica en el px

La enfermedad diverticular se divide en no complicada (súdo) y complicada = **Diverticulitis** complicada es: cuando se acompaña de un absceso, obstrucción o perforación libre intrabdominal, y fistula.

Diverticulitis: hay inflamación e infección de los divertículos y que involucra la pared del colon.

↓  
Se asocia a colitis asociada a diverticulosis: se presenta con dolor abdominal, diarrea crónica y hematoquesia.

## Epidemiología:

- colon izquierdo (sigmoideas 95%)
- 62 años FCTE hombres 60-75 años
- Px con diverticulosis el 10-25% presentaron diverticulitis

## Factor de riesgo:

- uso de aspirina y aines ↑ el sangrado
- Dieta con nueces, maíz semilla
- dieta alta en fibra
- obesidad
- Adultos mayores de 50 años

## Fisiopatología:

El divertículo se produce en la zona donde ingresa la arteria a la pared colónica, región donde no hay capa muscular, solo mucosa produciéndose entonces el divertículo.

## Clinica

- síntomas inespecíficos
- dolor en fosa iliaca izquierda
- fiebre
- evacuación diarreica.

## Dx: historia clínica

Enf diverticular: colon por enema

Diverticulitis: TAC y clasificación Hinchey  
no se realiza colonoscopia

## Dx diferencial

- si el útero se mueve
- apendicitis aguda

## Tx:

- conservador: dieta alta en fibra
- rifamixina, mesalazina y probióticos
- Levofloxacina O/IA
- solo a px que tolere VO
- se hospitaliza IV ciprofloxacina

# ENFERMEDAD HEMORROIDAL

**Definición:** dilatación de plexos hemorroidales superior y/o inferior con desplazamiento hacia conducto anal y en el recto.

## Epidemiología:

enf del recto e intestino grueso representan el 1er lugar.  
+ FETE en hombres 45-65 años  
en embarazo 55% , 70% después del embarazo.

## Factor de riesgo:

- \*Sex hombre + embarazo
- \*genética + diosia o estreñimiento
- \*enf. inflamatoria
- \*esfuerzo prolongado

## Dx

- Elección: Examen físico
- HC
- Tacto rectal
- Anoscopia interna
- Posición Sims lateral

## Fisiopatología:

1º Estasis venosa: Dificultad para el vaciamiento venoso, con congestión y dilatación.

2º Prolapso anormal hemorroidal: ocurre por falta de fijación del músculo liso.

3º Otros factores: Dieta pobre en fibras y poca ingestión de líquidos hábitos defecatorios erróneos y predisposición familiar.

## Clinica:

\* hemorroide externa: Dolor: Impulso irregular, al hacer y edema prurito anal, coloración ejercicio o estar sentado.

Tumores cubiertas de piel blandas y con dolor al palpar.

- Prurito anal

\* hemorroide interna: + común + sangrado transrectal (rojo brillante), solo visible en papel

- Prolapso hemorroidal

## Tx:

- Elección: Ligadura con banda elástica Tx elección
- método curativo (hemorroidectomía) QX grado 3 y 4
- Dieta rica en fibra y líquidos + ejercicio. 1, 2 y 3
- Corticoides anestésicos tópicos en crisis (< 7 días)

# ABSCESO Y FISTULA PERIANAL

**Definición:** colección de Pus en los espacios Perianales como consecuencia de la obstrucción de una glándula anal con estasis bacteriana se puede extender en fosa isquiorrectal y espacio supraelevado.

**Fistula:** Comunicación anómal entre 2 superficies epiteliales (conducto anal y piel perianal).

## Tipos de abscesos

- 1= Absceso Perianal 48%
- 2= Abscesos Intersfinterico 12%
- 3= Absceso isquiorrectal 22%
- 4= Absceso supraelevado 9%
- 5= Absceso Intermuscular 4%

## Epidemiología

- 3-1 hombres y mujeres
- 65% entre 20 y 40 años
- Niños 7-1 hombre y mujer

## Factor de riesgo ambos

- Diarrea
- Trauma (material fecal o cuerpo extraño)
- variaciones anatómicas
- Dilatación quística
- hematomas

## Diagnostico:

- físico y clínico
- Tacto rectal
- endoscopia urectal y sigmoidoscopia
- estudio complementario
- Ecografía endorectal
- TC

## Dx diferencial

- Absceso de glándulas de Bartholini
- Quiste sebáceo
- neoplasia
- foliiculitis
- Actinomicosis

## Tx Qx fistula

- Fistula tania
- fistula cdomia.

## Tipos de fistulas

- 1= Intersfinterica 70%
- 2= Transesfinterica 23%
- 3= Subcutanea 16%
- 4= Supraesfinterica 5%
- 5= Extraesfinterica 2%

## Epidemiología.

- 2/7 hombre mujer
- 30-50 años
- 90-95% criptoglandular

## Clinica

### Absceso

- o fiebre
- o dolor
- o Eritema
- o masa fluctuante
- o secreción purulenta
- o irritación perianal
- o sangrado

### fistula

- o Antecedentes
- o senos con descarga
- o Eritema
- o Excoriacion Perianal
- o Prurito
- o dolor, sangrado
- o granuloma

## Tx absceso

- Drenaje Qx
- Antibioterapia
- curación 70-75%

## Tx fistulas

- Identificar trayectos secundarios
- Identificar trastorno de la continencia.

# CANCER

# COLO-RECTAL

**Definición:** CCR o adenocarcinoma colo-rectal es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, incluye los segmentos ciego, colon transverso, colon descendente, sigmoides y recto.

## Epidemiología:

↑ FCTE en hombres y mayores de 50 años.

- mutaciones genéticas involucradas MLH1 y MSH2
- metástasis más común: Hígado

## Factor de riesgo:

- Antecedentes familiar de Primer grado de: Cáncer colo-rectal poliposis. Adenomatosa familiar (PAF) y Cáncer colo-rectal.

\* Dieta Predisponente: Altas calorías, grasa animal, Pobre Ingesta de fibra (carne roja, consumo de alcohol (>25g/día))

- otros raza negra (riesgo en >45 años y obesidad)

## Clasificación del riesgo por paciente.

### Paciente con bajo riesgo

- Pacientes en general >50A
- sin historia familiar de Polipos o Cáncer colo-rectal
- sin historia de enf. Infección Intestinal

### Diagnóstico

- Iniciales: Sangre oculto en heces si es (+)
- colonoscopia cada 10 años
- recto-sigmoidoscopia o colon por enema cada 5 años.

### Paciente con riesgo intermedio

- o Presencia de Polipos adenomatosos o hamatomatosos.
- o Enf. Infección Intestinal de más >10 años de evolución
- o Enf. Crohn
- o Colitis ulcerativa

### Diagnóstico

- o evaluación 2do nivel de atención
- colonoscopia cada 5 años

### Paciente con alto riesgo

- o Historia familiar de Cáncer colo-rectal
- o Historia familiar de PAF o CCHNP
- o Cáncer extra colónico asociado endometrio, ovario, gástrico e Intestino delgado.

### Diagnóstico

- o evaluación 3er nivel de atención.
- o Primer estudio a los 18A.
- o colonoscopia cada 1-2A
- o recto-sigmoidoscopia o colon por enema cada 5 años.

## TX QX:

Etapa 0: Tumor in situ (Escisión local o Polipectomía)

Etapa I: Limitado a mucosa o muscular propia y se recomiendan resección amplia (>5cm) con anastomosis.

Etapa II: Invade serosa u órganos vecinos, se recomienda resección QX y radioterapia.

Etapa III: Invade ganglios se recomienda resección amplia "anastomosis + QT (5-fluorouracilo y leucovorina)

Etapa IV: Metástasis a distancia, resección paliativa + quimioterapia

## Clinica

Derecho: Asintomático + Anemia (sangrado microscópico)

Izquierdo: Estreñimiento / obstrucción / sangrado de tubo digestivo bajo

Tumor avanzado: Pérdida de peso (>10% en 6 meses) y dolor abdominal

## Diagnóstico:

Inicial Tanizole: en (>50A) sangre oculta en heces (programa) se realiza  
1 vez en años a través de la prueba inmunológica

Gold stender colonoscopia + toma de biopsia para histopatología.