



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura medicina humana

1er parcial

Paola Guadalupe Hilerio González

Grupo: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7°

Clínicas quirúrgicas complementarias

Dr .Erick Antonio Flores Gutiérrez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de septiembre del 2024

LARINGE

Anatomía:

Situación

Nacimiento parte alta del cuello (vert. C1-C4)

Edad adulta parte media y anterior del cuello

Anterior a la faringe

Superior a la traquea

Forma parte de la vía aérea (alta)

Mide 5cm

construida por esqueleto cartilaginoso

Desarrollo:

Completo : 2 a 18 meses

Aumenta en la pubertad

¿Qué es?

• Aparato de la producción de la voz

• Órgano respiratorio y voz

• Impide el paso de alimentos hacia tracto respiratorio.

LOVE yourself

Composición:

Cartilagos (impares, principales, grandes)

- ♥ Tiroides
- ♥ Cricoides
- ♥ Epiglotis

Cartilagos (pares, secundario, pequeños)

- Aritenoides
- Cuneiforme
- Carniculado

Músculos

Función

Extrínsecos

- Depresor
- Esternotiroideo
- Tiroideo
- Omohioideo

Elevador

- Genioideo
- Digástrico
- Milohioideo
- Estilohioideo
- Constrictor medio inferior de la far.

Intrínsecos

Función

- Mus. crico tiroideo
- cricoaritenideo poste.
- cricoaritenideo lat
- vocal
- Tiroaritenideo
- Aritenoides
- Aritenopiglático

Subdivisiones clínicas de la laringe

Supraglotis: se extiende desde la punta de la epiglotis a la unión entre el epitelio respiratorio

y escamoso en el peso del ventrículo

Glotis: espacio limitado por la comisura anterior.

las cuerdas vocales verdaderas

Subglotis: Desde la unión del epitelio escamoso y respiratorio en la superficie de

la cuerda vocal

Inervaciones:

Nervio laríngeo superior: nervio vasomotor, secretor, sensitivo y motor

Nervio laríngeo inferior: función motora y se separa del vago a diferente nivel

Irrigación

Laríngea superior rama de la arteria

Tiroidea superior

Arteria laríngea inferior

Drenaje linfático:

separada de la región infraglótica

por la escasez de trama linfática

en los bordes de los pliegues vocales

Red supraglótica desagua principalmente a los ganglios del grupo cervical superior profundo

Red infraglótica desemboca en los ganglios inferiores del grupo cervical superior profundo

Técnicas Quirúrgicas

Reservadas para situaciones excepcionales, vía de abordaje a través de la membrana cricotiroidea.

Indicaciones

Obstrucción severa de la vía aérea superior que no se resuelve por ningún otro medio. Mejor antes de que se produzca la PCR, pero siempre con el PA inconsciente

Imposibilidad para intubar la vía aérea, por cualquier causa y sea imprescindible para ventilar.

Punción cricotiroidea

Ventajas: sencilla y rápida, equipamiento mínimo

Inconvenientes: V.A. de pequeño calibre, ventilación no adecuada, medida limitada en el tiempo.

Técnica

1. Montar el catéter (12-14 G) sobre jeringa con suero
2. Pinchar el esp. cricotiroideo en direc. cráneo-caudal con ángulo de 45° con la piel
3. Progresar el catéter y aspirar con **Rayter** la jeringa hasta que salga el aire.

Técnicas Quirúrgicas

4. Deslizar el catéter retirando la guía metálica

5. Conectar el catéter a un sistema de flujo intermitente de oxígeno a 15 L/min

6. Al ocluir el sis. el oxígeno pasa hacia la tráquea, al desocluir el flujo cesa en parte y permite la espiración

Cricotirotomía:

Ventaja = adecuada ventilación

Inconveniente = contraindicada en niños pequeños, mayor destreza, presenta complicaciones graves

Contraindicación = < 8 años, lesiones en la laringe, cartilago tiroideo o cartilago cricoide

Complicaciones = sangrado (incontrolable), inserción del tubo en los tejidos del cuello en lugar de la tráquea, lesión o perforación de la cara posterior de la tráquea, lesión de la laringe, cuerda vocal o tiroides

Técnica = colocar al px en posición de RCP, Desinfectar la cara anterior del cuello, localizar el espacio cricotiroideo, Figar el cartilago y realizar una incisión horizontal de 2 cm. con bisturí en la piel y fascio subcutáneo

Cortar la mem. cricoidea 1cm

Rayter

Manejo de la vía AEREA

Epiglotis:

Niveles: Rinofaringe=

Maniobra:

SIN LC

CON LC

Frente-menton colocando las manos sobre la frente, inclinar la cabeza hacia atrás

Tracción mandibular, situando ~~ambas~~ manos a ambos lados de la mandíbula

Subluxación anterior del maxilar inferior

colocando ambos pulgares sobre la mandíbula y el resto sujetando los oídos

Técnicas:

Canulas orofaríngeas: Canulas de Guedel (Boca)

Canulas nasofaríngeas: Canulas de Rusch (Nariz) 1era elección

Bolsa valvular mascarilla (AMBU)

Canulas de Guedel

Indicaciones

- Crisis epilépticas (morder la lengua)
- Px comotosos sin reflejo tusgeno o nauseoso
- Dx con apnea
- Px con obstrucción desplazamiento post lengua

Colocación

- Medir - seleccionar el tamaño
- Introducir para paladar duro o nariz
- Deslizar de paladar duro a blando y girar a 180°
- Medir - **comisura labio a angulo de la oreja**

complicaciones

- obs. de la UA - Nauseas, vomito y bronco, aspiración, Reauritación de sangre en la laringe

canulas de Rusch

Indicaciones

- Traumatismo oral o tiumo
- Px con reflejos nauseoso intacto
- Mejor tolerables

contraindicación

- sospecha de fractura de la lámina cribosa
- Traumatismo nasal significativo

complicación

- Epistaxis
- Vómitos y aspiración en Dx
- Sinusitis

Colocación

- Medir - fosa nasal - hasta el lóbulo de la oreja

S I R Secuencia de intubación rápida

¿Qué función tiene? Método de intubación endotraqueal en emergencia

Disminuir las posibilidades de broncoaspiración, logrando una vía aérea segura

objetivo

Logra la intubación, intentando no

Proporcionar asistencia ventilación

ABUM en la etapa preoxigenación, <

emesis, regurgitación y broncoasp.

intubación

Glasgow < 8, Deterioro súbito del est. de alerta (intoxicación drogas, fármaco o alcohol, EUC, enf. metabólicas), taquipnea > 35 min, compromiso de la V.A cirugía urgente, reanimación cardiopulmo hipoxia severa, PH < 7.25, PCO₂ > 60 y PO₂ < 60

Preparación: Identificar las necesidades de intubación, en 10 min, la vía aérea y preparar el equipo (SOAPME, LEMON)

Pre-oxigenación: Durante 3-5 min

Pre-Medicación: Lidocaína 1 mg/kg Fentanilo 0.5 mg/kg

Farmaco para inducción: Antes de intubar Midazolam = 0.05 - 0.1 mg/kg
Propofol = 1-3 g/kg

Relajantes musculares: (Paralisis): Rocuronio 1-1.2 mg/kg; succinilcolina 1-2 mg/kg; Vecuronio = 0.1 mg/kg

Posicionamiento: BUHE (embarazo, abscesos, lesión cervical) - olfateo

Alinear los ejes anatómicos bucal, faríngeo y laríngeo, Maniobra Sellick

Cuidados pos-intubación:

Capnografía - Gold-standard, gasometría arterial, Rx de tórax.

O C L U S I O N intestinal

La interrupción del tránsito intestinal, lo que impide la expulsión de gases y heces a través del recto.

Epidemiología:

Las adherencias son la causa más común de oclusión intestinal (65-75%).
El 70% de adherencias responde a manejo conservador y un 30% manejo qx.
Las oclusiones intestinales afectan principalmente al I.P. en el 87% de los casos.

Fisiopatología

Cuadro clínico

Detección del tránsito intestinal



Acumulo de contenido intestinal +
aumento del peristaltismo



Distensión abdominal +
Parálisis intestinal



Alt. hidroelectrolíticas



Isquemia y Perforación **Rayter**

Dolor, vómito, constipación, oliguria,
distensión abdominal

Signos de alarma: fiebre, taquicardia,
hipersensibilidad abdominal, leucocitosis

Diagnostico

Palpación

auscultación

BH = Urea y creatinina (Medir función renal)

Gasometría = Trost. hidroelectrolítico y acido existente

EGO

Prueba de imbert = cetonuria

Tratamiento

Inicial = conservador = sonda nasogastrica

Por 48-72 hrs ayuno y liq intravenoso

Definitivo = LAPE

complementario

Perforación datos (RM)

DHL y LACTATO (Isquemia)

TC = sitio delciminado

Qx = ileo persistente = 72 hrs
o 3 días

Drenaje por SNG 7500 ml

40 años o adherencia

Obstrucción completa de ID

Volvulo

Sigmoideo

Uólvulo es una torción a través de un eje, Resulta en una obstrucción intestinal en asa cerrada

F.R.:

- Masculino ; 60 años
- Escurecimiento crónico
- Retraso mental
- Desordenes neurológicos
- Cirugías abdominal previo

E.F

- Dolor abdominal
- Distención abdo
- Ausencia de ruidos
- Ausencia de gases
- Ausencia de evacuación
- Nause, vómito
- Ropertista: metálico

Dx

- BH - Leucocitosis
- BS = creatinina elevada
- ES = deshidratación, hiponatremia
- P.C
- Rx. abd = signo U invertida
signo de grano de café
- TC = Gold standard
mia de bario

TX = Descompresión intestinal → SNG, Balance hidroelectrolítico, Alb de amplio e Apoyo ventilatorio, control de líquido mediante SF

Destorsión + descompresión = **Rectosigmoidoscopia / colonoscopia de emergencia**

Rayter

Enfermedad diverticular

¿Qué es? Manifestación de síntomas, dolor crónico o sangrado de los divertículos, se forman por una combinación de aumento de la presión intraluminal en el colon

Epidemiología

- 10-25% de px c/diverticulosis presentan diverticulitis
- Edad > 2 años
- Masculinos

Notas =

- Causa N°1 = Fecolito
- predominio = Dolor F. I. Izq.
- Clasificación Hinchey

Factores R:

- * Genéticos
- * AINES y aspirina
- * Obesidad
- * Consumo ↑ Fibro
- * > 50 años
- * Ant. cambio en el hábito intesti

Manifestación C.

- Dolor abd (fosa iliaca izquierda) puntos sigmoid
- Estreñimiento
- Fiebre de bajo grado
- Náuseas / vómito
- inflo. pericolónica o absceso peridiverticular
- síntomas urinarios
- Distensión abdominal
- Sonido timpánico "E.F"
- Ausencia de ruidos intes

Enfermedad

Diagnostico

pruebas de laboratorio:

- Reactantes de fase aguda = proteína C reactiva elevada
- Hemograma = Leucocitosis grave
- Uroanálisis = piuria leve
- Urocultivo = Flora colónica
- TAC = engrosamiento localizado de la pared intestinal $\geq 4\text{mm}$

Dx. diferencial

- Sx. del intestino irritable
- Cáncer colorrectal
- Apendicitis aguda
- EII - colitis infeccioso
- Ginecológicos y urinarios

Clasificación HINCHEY = "TAC"

- 0 = Diverticulitis leve
 - Ia Inflamación pericólica
 - Ib Absceso $< 5\text{cm}$
 - II Absceso pélvico \rightarrow Drenaje + ATB
 - III Peritonitis purulenta
 - IV Peritonitis fecaloidea
- Conservador
Qx

Tratamiento:

- Conservador hasta la unicomente al que tolera v.o. (sin náuseas y vómito)
Dieta vía oral o líquida
- Px no tolera v.o. - hospitalizar =
Drenaje + ciprofloxacino 750mg/d + metronidazol 500mg/8h
Liq: de lactato de Ringer o de SSN al 0.9% a 1cc/kg/h
Dieta = nada v.o. o dieta líquida

Enfermedad hemorroidal

Definición: Dilataciones venosas del conducto anal, que se desarrollan a partir de los plexos hemorroidales externos y internos.

Epidemiología:

1er lugar de enf. del recto e intestino grueso

45-65 años

Multiparidad

Alt. de tránsito intestinal

Clasificación

Grado 1: sobresalen en la luz del canal anal, no prolapsan

Grado 2: prolapsan al defecar, reducen espontáneamente

Grado 3: prolapsan al defecar, requieren reducción digital

Grado 4: permanecen prolapsadas, son irreductibles

Manifestación clínica

- proctorragia (sin dolor, defecación a su término)
- sangrado sinusoidal (sangre aparece separado de las heces visible en el papel higiénico)
- prolapso hemorroidal (secreción anal acucosa o mucosa, prurito anal)

Complicación

Herniación, flexión, trombosis, prolapso R

Tratamiento

Reposo, Baños de asiento tibios

(Relajación esfinteriana a 40°C, baños 3-4 veces al día)

Analgesicos, antiinflamatorios y vasoconstrictores

Hemoroidectomía ax = extirpación de los paquetes hemorroides

Absceso y fistula PERIANAL

Definición:

Absceso = Colección purulenta aguda que ocupa los espacios celulosos de tipo
Fistula = Comunicación anormal entre 2 superficies epiteliales

Frecuente:

Abscesos perianal 48%
Fistula interesfinteriana 70%

Etiología:

EII - TBC - cuerpo extraño
Neoplasia - Traumatismo
Origen Criptoglandular, trauma
Variación anatómica, absceso
Hematomas, diarrea.

Epidemiología

- Abscesos: Hombres, 20-40 años
Niños varones
- Fistulas: Hombres, 30-50 años
90-95% criptoglandular

Clínica:

Abscesos: Fiebre, dolor, eritema, masa fluctuante, secreción purulenta
Dolor rectal, Pujos y tenesmos.

Fistulas: Eritema, excoiación perianal
Prurito, dolor, sangrado, granuloma

Diagnóstico:

• Clínica:

- Inspección = rubor, color, tumor y salida de pus
- Tacto rectal = Fluctuación de la masa
- Cultivo microscópico
- Est. complementario = RMN, TC

Tratamiento

- Drenaje ax, antibioterapia, fistulotomía, fistulectomía
- Curación 70-75%