



Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

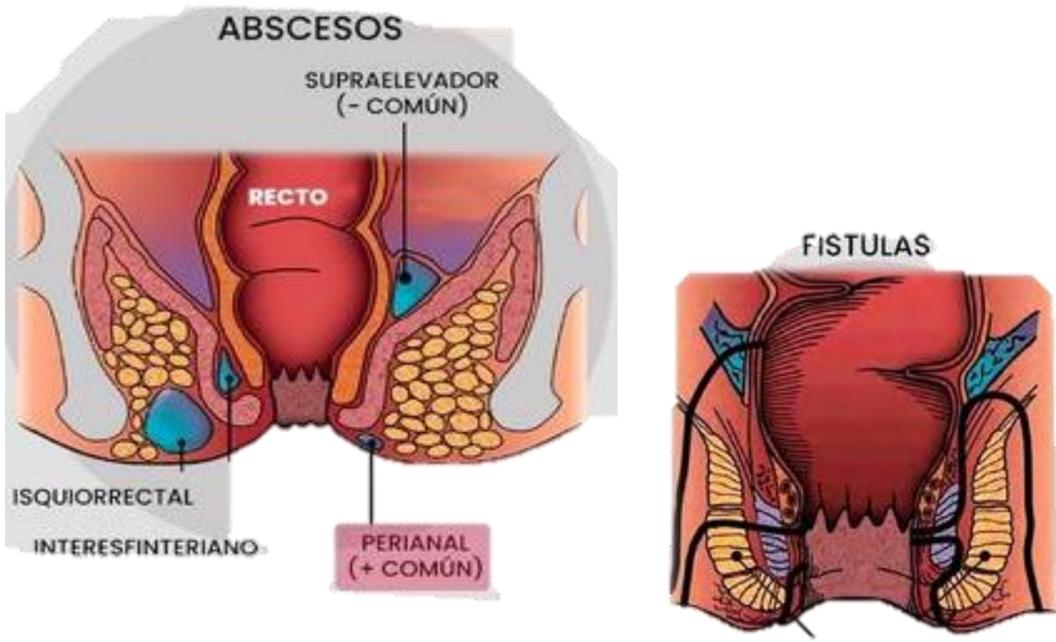
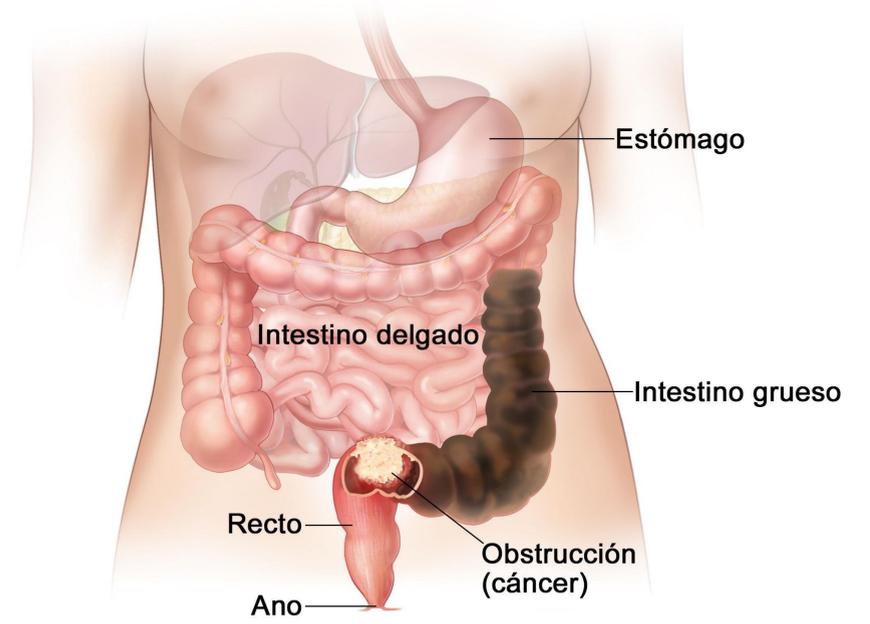


Nicole Yuliveth García Guzmán
Erick Antonio Flores Gutierrez
Clínicas quirúrgicas complementarias
Séptimo semestre
Grupo: "B"

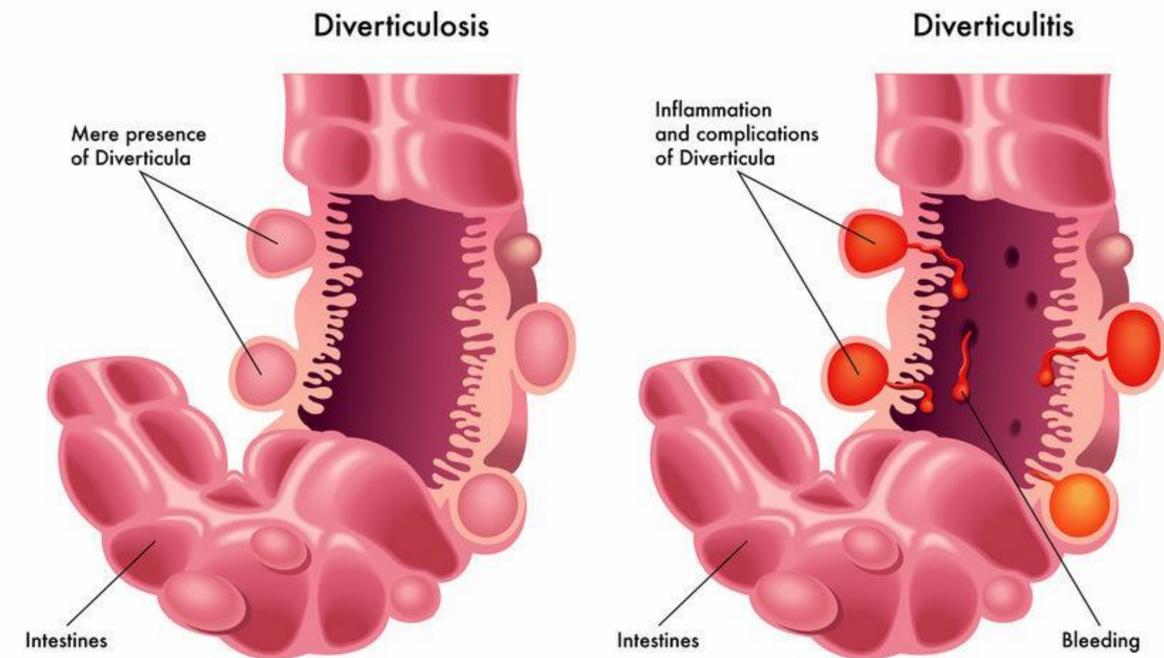
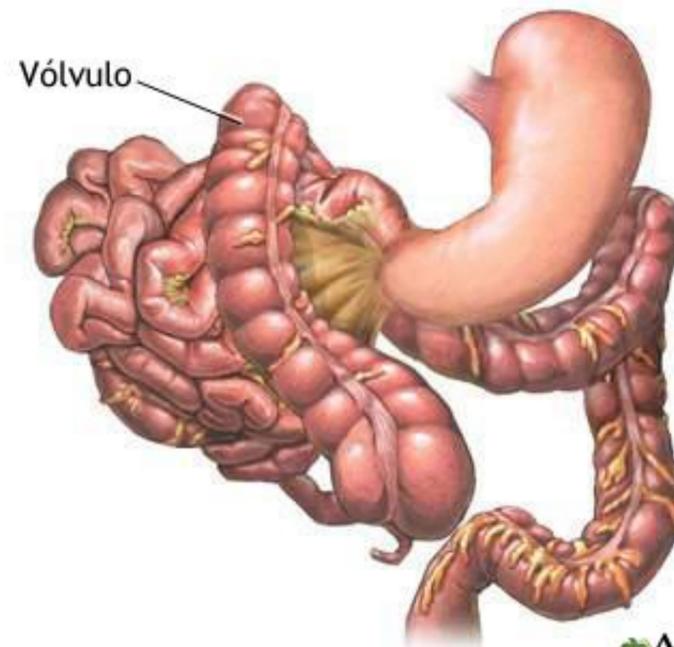
PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas 15 de septiembre de 2024.

Obstrucción intestinal



PROCTOLOGIA



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



DEFINICIÓN

Cuando hay interferencia en la progresión normal de contenido intestinal total o parcial

OBSTRUCCIÓN MECÁNICA cuando existe una verdadera barrera física → obstruye la luz intestinal → INTESTINO DELGADO

OBSTRUCCIÓN EN ASA CERRADA → extremos aferentes y eferente de un asa en el intestino

ESTRANGULACIÓN → asa obstruida presenta oclusión de la irrigación

OBSTRUCCIÓN EN EL INTESTINO DELGADO

ETIOLOGÍA

CAUSAS → Adherencias, Hernias, Tumores, Intususcepción, Vólvulo, Enf inflamatoria intestinal, estenosis y fibrosis quística

CLINICA

- Dolor abdominal
- Vomitos (fecaloides distal)
- Distensión abdominal
- Hiperperistalysmo con ruidos metálicos

Obstrucción intestinal alta → vómito bilioso
Obstrucción intestinal baja → vómito fecaloide

En datos de laboratorio

Hemoconcentración alteraciones hidroelectrolíticas y la amilasa serica ↑
Niveles hidroaéreos, imagen en pila de moneda en rx de abdomen en bipedestación o dilatación de asa

DIAGNOSTICO

Sospechar de pacientes con cirugías previas (adherencias)

RX DE TÓRAX Y DE ABDOMEN EN DECUBITO SUPINO Y EN BIPEDESTACIÓN.

TAC

Gasometría arterial alcalosis metabólica puede resultar de vómitos intensos, pero también puede producirse acidosis metabólica (láctica) si el intestino se vuelve isquémico

FISIOPATOLOGÍA

O. MECANICA SIMPLE bloqueo Sin compromiso vascular

El líquido y los alimentos ingeridos, las secreciones digestivas y el gas se acumulan por encima de la obstrucción.

Intestino proximal se distiende, y el segmento distal se colapsa.

O. ESTRANGULANTE → obstrucción con compromiso del flujo sanguíneo asociada con una hernia, un vólvulo o una invaginación
obstrucción venosa → o. arterial → isquemia rápida de la pared intestinal

TRATAMIENTO

90% se resuelven con **sonda nasogástrica** y reposición hidroelectrolítica
Intervención quirurgica-estrangulación, dolor y fiebre aumentada
adherencias y el intestino es viables- adhesiolisis

OBSTRUCCIÓN EN EL INTESTINO GRUESO

INTESTINO GRUESO O del colon causada → por cancer colorrecta (+fte en sigma y recto)
Puede causar → vólvulos, diverticulitis, EII y colitis actínica

FISIOPATOLOGÍA

↑ presión intraluminal, dificulta el retorno venoso mesentérico, cesa presión se iguala a la presión sistólica
Afecta flujo de la mucosa intestinal = Edema de pared y trasudación de líq hacia luz intestinal ↑ distensión
*deshidratación → pérdida de electrolitos K

CLINICA

Dolor y distension abdominal
Vomitos y estreñimiento
Incapacidad para expulsar gases y heces
puede acompañarse de deshidratación, septicemia, alt. De ruidos
intestinales, masa abdominal palpable

TRATAMIENTO

En caso de signos de isquemia o perforación
INTERVENCIÓN QUIRURGICA
RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA
PX GRAVE O CON PERITONITIS GENERALIZADA – REQUIERE ILEOSTOMÍA CON
EXTERIOZACIÓN DEL EXTREMO DISTAL

ABSCESOS Y FISTULAS PERINEALES

FÍSTULA PERIANAL

trayecto inflamatorio formado por la comunicación entre la mucosa del recto y la piel

- **Interno o primario:** en la mucosa anal a nivel de la línea pectínea.
- **Externo:** en la piel perianal.

origen → criptoglandular

Fístula
(Crónico)

Abceso
(Agudo)

CLASIFICACIÓN

Simple → no implican riesgo sobre el aparato esfinteriano.

fte es la fístula interesfinteriana, seguida de la transesfinteriana baja.

Complejas → su tratamiento conlleva mayor recidiva o incontinencia

CLINICA

Supuración crónica de material purulento y manchado de la ropa interior
Dolor por el acúmulo dentro del trayecto fistuloso.

Si se produce la obstrucción del orificio interno → absceso perianal

FISIOPATOLOGÍA

Infecciones de las criptas anales

Abceso

Fístula anorrectal

DIAGNOSTICO

Historia clínica

Exploración física

Pruebas complementarias:

- Anuscopia y proctoscopia.

- **Estudios de imagen:**

› Ecografía endoanal

› RM de pelvis.

› TC.

› Fistulografía

TRATAMIENTO

Quirúrgico

fístulas simples fistulotomía con puesta a plano del trayecto fistuloso.

fístulas complejas

Ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT)

Fistulectomía + colgajo de avance.

- Fistulotomía + esfinterorrafia.

ABSCESO PERIANAL

Localizaciones + FTE → perianal, isquiorrectal, interesfinteriano y supraelevador o pelvirrectal

microorganismos +FTE aislados son → E. coli, Bacteroides spp., peptostreptococos, estreptococos, Clostridium spp., peptococos y estafilococos.

- Suelen ser una mezcla de la flora fecal y cutánea.

DIAGNOSTICO

- Clínico
analítica donde se objetiva → leucocitosis con desviación izq
- TC se reserva para cuando se sospechan abscesos supraesfinterianos o pélvicos

CLINICA

Dolor intenso
Tumefacción eritematosa, caliente, en ocasiones fluctuante.
Signos de infección: fiebre, escalofríos

TRATAMIENTO

- drenaje quirúrgico bajo anestesia
deben prescribir antibióticos únicamente → inmunodeprimidos, diabéticos, cardiopatas con prótesis valvulares y pacientes con sepsis.

FISURA ANAL

desgarro de la mucosa anal que puede afectar desde la línea pectínea o dentada hasta el borde del anodermo

AGUDAS → Desgarro superficial, - mes de evolución.

CRÓNICAS → Desgarro profundo, ulcerado, que expone el esfínter anal interno. + mes de evolución.

ASOCIADO → pliegue indurado (hemorroide centinela) y una papila hipertrófica (pólipo de Lane)

EPIDEMIOLOGÍA

FTE → Dambos sexos, con una mayor incidencia en la edad media de la vida.

Origen → isquémico **Posterior**: son las más FTE (90-98%), tanto en hombres como en mujeres,

Ocasionadas → Destreñimiento.

Anterior: más comunes en mujeres → D TRAUMA OBSTETRICO

DIAGNOSTICO

Clínico
dolor durante la deposición sangrado rojo brillante

CLINICA

intenso dolor lacerante, durante y tras la defecación → rectorragia
Dolor causa espasmo reflejo del esfínter interno (hipertonía)

TRATAMIENTO

- Baños de asiento con agua templada.
- Laxantes, que reblandezcan el bolo fecal.
 - Lubricantes.
 - Analgésicos
- cirugía esfinterotomía interna lateral (ELI) abierta o cerrada

VÓLVULOS DE COLON (CIEGO Y SIGMOIDES)

torsión axial de un segmento intestinal alrededor de su mesenterio (produce una obstrucción en asa cerrada y compromiso vascular
+FTE → sigma, Ciego,
- FTE → el colon transverso y ángulo esplénico

VÓLVULO DE SIGMA

FACTORES DE RIESGO

Sexo → masculino,
ALIMENTACIÓN → dieta rica en fibra
ancianos con encarnamiento prolongado y pluripatología o residentes de instituciones geriátricas o mentales.
Oclusión +FTE durante el embarazo.

DIAGNOSTICO

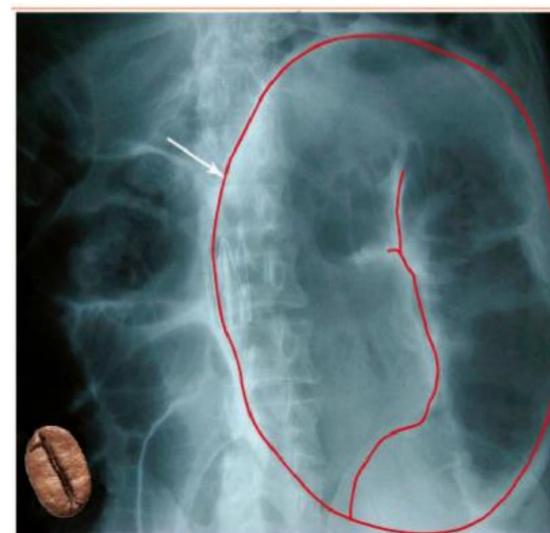
- clínica, buscando en la exploración
- signos de sepsis → fiebre, taquicardia, taquipnea e hipotensión (en casos graves).
 - Tacto rectal: ausencia de heces en la ampolla
 - Signos abdominales: distensión, timpanismo, Aparecerá irritación peritoneal si progresa hacia gangrena
 - radiografía de abdomen imagen de "asa en omega" o "en grano de café" (cuadrante sup der del abdomen)
 - Enema con contraste hidrosoluble

CLINICA

obstrucción intestinal con dolor abdominal y distensión rápida (asa cerrada).
Cuando progresa → fiebre, leucocitosis
expulsión de líquido fecal teñido de sangre → isquemia, necrosis o perforación

TRATAMIENTO

Colonoscopia descompresiva y cirugía electiva
2. Si falla o gangrena → cirugía urgente



VÓLVULO DE CIEGO

+ común en mujeres de edad media

CLINICA

obstrucción de intestino delgado caracterizado por vómitos y distensión abdominal.

Es típico el dolor agudo cólico (síntoma más frecuente).

Si aparecen signos de sepsis (fiebre, taquicardia o hipotensión) y/o irritación intestinal, debe sospecharse sufrimiento intestinal

DIAGNOSTICO

Se debe solicitar una radiografía de abdomen como primera prueba de imagen.

Radiológicamente se encuentra un ciego ovoide muy dilatado en epigastrio o hipocondrio izquierdo, con ausencia de aire en el colon y recto distal.



TRATAMIENTO

CIRUGIA URGENTE

Con gangrena → RESECCIÓN + ESTOMAS

Sin gangrena

Bajo riesgo quirúrgico → resección y anastomosis primaria

Alto riesgo quirúrgico → Cecopexia y Cecostomía

si no existe gangrena

Hemicolectomía derecha.

Devolvulación y cecopexia (fijación al parietocólico derecho).

En px extremadamente graves → cecostomía.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

HEMORROIDES

son estructuras anatómicas normales, compuestas → tejido vascular y conjuntivo
localizan → en el canal anal.
La enfermedad hemorroidal se produce → por el prolapso o congestión de dichas estructuras.

HEMORROIDES EXTERNAS.

Localizadas en el tercio inferior del canal anal, por ↓ de la línea dentada (anocutánea) y cubiertas de piel.

+FTE

Raramente producen sintomatología.

Habitualmente no requieren tratamiento alguno, salvo cuando se complican con una trombosis hemorroidal externa.

HEMORROIDES INTERNAS

Localizadas proximales a la línea dentada, cubiertas de epitelio columnar o de transición.
pueden permanecer en el interior del ano y ocasionar molestias o sangrado

FACTORES PREDISPONENTES

- Herencia.
- Anatomía del canal anal.
- Esfuerzo defecatorio.
- Partos.
- profesiones que implican estar mucho tiempo sentado o mucho tiempo de pie.
- Diarrea.
- Estreñimiento.

DIAGNOSTICO

historia clínica y exploración

CLINICA

- Trombosis hemorroidal externa (hemorroide externa complicada).
- Crisis hemorroidal aguda (hemorroide interna complicada).
- Prolapso hemorroidal trombosado (hemorroide interna complicada)

Hemorroides sin complicación
Rectorragia
Prurito
Prolapso
Anemia
Tenesmo

Grado	Prolapso	Clínica	Tratamiento
I	No	Rectorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Conservador • Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar; reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Ligadura con bandas • Esclerosis
III	Al defecar y espontáneamente; reducción manual	Prolapso, rectorragia, malestar, ensuciamiento, prurito	Cirugía o ligadura con banda elástica (si sangrado)
IV	Persistente, no se puede reducir	Prolapso, dolor, rectorragia, trombosis	Cirugía: hemorroidectomía

Tabla 1. Clasificación, síntomas y tratamiento de las hemorroides internas

Tx conservador
Evitar sedentarismo

- Dieta rica en fibra y líquidos
- Baños de asiento con agua templada
- Laxantes (evitar esfuerzo defecatorio)
- Tratamiento médico tópico con corticoides (limitado a fase aguda 5-7 días máx) y anestésicos

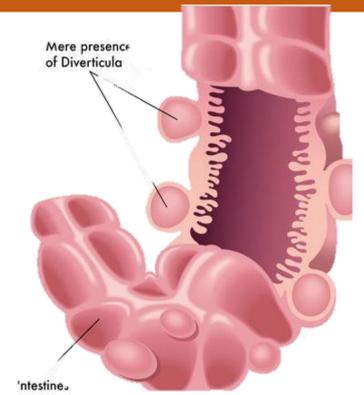
DIVERTICULOSIS

Presencia de pseudodivertículos (formados por mucosa y submucosa)
 Producen → como consecuencia de la herniación de la mucosa y submucosa en las tenias mesentérica y lateral debido a la hiperpresión que soportan las áreas más débiles de la pared (zonas de penetración vascular)

EDAD → + 65 años

95% de los casos se localizan en el sigma

35% afectan a varios segmentos del colon y es muy rara la afectación rectal



CLINICA

❖ Suelen ser asintomáticos.

Dolor recurrente (malestar en el cuadrante inferior izquierdo)

Periodo de estreñimiento y meteorismo.

Características sugieren → síndrome del intestino irritable

DIAGNOSTICO

- enema opaco (prueba de elección)
- colonoscopia

divertículos se hacen sintomáticos o se complican, aparece lo que se conoce como enfermedad diverticular

DIVERTICULITIS AGUDA

Complicación de la diverticulosis → inflamación de un divertículo. progresa y se complica, afectando → a la zona peridiverticular. Ocurre entre el 10-25% de los pacientes que tienen diverticulosis

CLASIFICACIÓN

PRODUCE → obstrucción de la luz del divertículo con un material colónico (fecalito).

facilita la proliferación bacteriana y, el fecalito dificulta la irrigación, por lo que el divertículo inflamado es susceptible de perforación.

COMIENZA → "microperforación"

El proceso inflamatorio varía desde un pequeño absceso intramural o pericólico hasta una peritonitis generalizada.

FTE → en varones

UBICADO → en sigma y en colon descendente

Grado I	<ul style="list-style-type: none"> • Ia. Flemón pericólico • Ib. Absceso pericólico o mesentérico
Grado II	Absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia
Grado III	Peritonitis difusa purulenta
Grado IV	Peritonitis difusa fecaloidea

Tabla 1. Clasificación de Hinchey modificada de la diverticulitis aguda I y II médico conservado

CLINICA

❖ Fiebre

❖ dolor en hipogastrio o en fosa ilíaca izq y signos de irritación peritoneal ("apendicitis izq")

presentan clínica miccional → la irritación producida por proximidad en la cúpula vesical.

FTE el estreñimiento, diarrea → fase aguda

En los estudios analíticos se encuentra leucocitosis con desviación izquierda.

III Y IV cirugía urgente

Resección del segmento afectado

Resección del segmento afectado asociada a anastomosis primaria

DIAGNOSTICO

Clinica

Leucocitosis con desviación izquierda

prueba de imagen más precisa y de primera elección en esta fase es la TC ecografía puede ser útil aunque tiene menor sensibilidad.

TRATAMIENTO

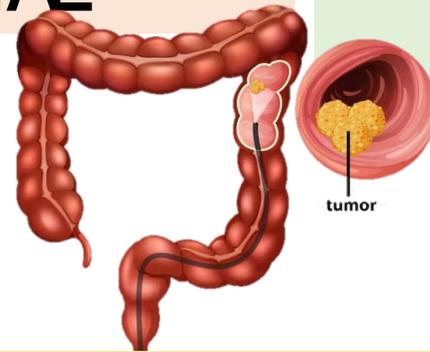
Urgente
Diverticulitis no urgente
reposo intestinal, líquidos intravenosos y antibiótico

Cefalosporinas o quinolonas (contra los gramnegativo)
metronidazol (contra anaerobios)
amoxicilina-ácido clavulánico o carbapenémicos (en pacientes con factores de riesgo periodo de 5-7 días)

Dietas ricas en fibra vegetal (20-35 g/día).

- Dietas bajas en grasa y carne roja.
- Control y prevención de la obesidad

CANCER COLO-RECTAL



SEGUNDA CAUSA DE MUERTE POR CANCER, ES EL TUMOR MALIGNO +FTE
EN MÉXICO SEGUNDO LUGAR DE ENF DEL TUBO DIGESTIVO

INTESTINO GRUESO se divide en 2 segmentos

COLON → función de deshidratar y transportar el bolo fecal para no perder agua y electrolitos

RECTO → funciona como depósito del mismo

CÁNCER COLORRECTAL consiste en el **crecimiento descontrolado de las células en cualquiera de ambos segmentos, que modifican su forma, tamaño y características**

FACTORES DE RIESGO

EDAD 50 años (riesgo a los 40 años, tiene un 75 años)

AMBIENTE dieta rica en grasas saturadas, obesidad,

ENF ASOCIADAS colitis ulcerosa, enf de Crohn, bacteriemia por Streptococcus bovis, ureterosigmoidostomía

HISTORIA PERSONAL CCR previo, adenomas colorrectal, cancer de mama y del tracto genital

HISTORIA FAMILIAR



LOCALIZACIÓN

CANCER DE COLON → abarca todo el intestino grueso (ciego, ascendente, transverso, descendente, sigma y recto)
75% de Cánceres colorrectales aparecen → colon descendente, sigma y recto

CLINICA

- ❖ Dolor abdominal
- ❖ Cambio en habito intestinal
- ❖ **Perdida de peso**
- ❖ Sangrado rectal
- ❖ Anemia sin causa



DIAGNOSTICO

- ❖ COLONOSCOPIA CON BIOPSIA
- Enema opaco- 2DA ELECCIÓN
- TAC TORACOABDOMINAL- DESCARTAR EXISTENCIA DE METASTASIS
- ECOGRAFIA ENDORRECTAL O RM PÉLVICA-

FISIOPATOLOGÍA

- ❖ COLON NORMAL
- ❖ DESACTIVACIÓN DE GENES SUPRESORES DE TUMORES
- ❖ ACTIVACIÓN DE ONCOGENES
- ❖ POLIPO ADENOMATOSO
- ❖ CANCER COLORECTAL

GENETICA
85% Ca colorrectal esporádico
Mutacion de genes supresores de tumores

- ❖ P53
- ❖ APC
- ❖ DCC

TRATAMIENTO

tratamiento debe ser de inicio la resección quirúrgica

*Colectomía total con anastomosis ileorrectal

*Proctocolectomía total con anastomosis ileoanal y construcción de reservorio ileal

Enfermedad metastásica irresecable con tumor primario no complicado
quimioterapia (QT) (Tx adyuvante)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Manual CTO de Medicina y Cirugía: Digestivo. ENARM México. 1ª edición.