



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana



Actividades

Angelica Gonzalez Cantinca

Séptimo Semestre

Grupo B

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Dr. Erick Flores

Comitán de Domínguez, Chiapas al 15 de septiembre del 2024



Flash - card

Quirurgica

Obstrucción intestinal

Íleoa o oclusión a la detención del tránsito digestivo, independientemente de su causa (paralítica u obstructiva/mecánica).
Sucede cuando hay interferencia en la progresión normal del contenido intestinal total o parcial. Obstrucción mecánica cuando existe una verdadera barrera física que obstruye la luz intestinal

Obstrucción en asa cerrada cuando produce la obstrucción de los extremos aferentes y eferentes de un asa intestinal

O. Intestino Delgado

CAUSAS

- Adherencias
- Hernias (px sin cirugía previa)
- Tumores (intrínsecos y extrínsecos)
- Intususcepción
- Volvulo
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Estenosis
- Fibrosis quística

DIAGNOSTICO

Laboratorio (hemoconcentración, alt hidroeléctricas y amilasa serica aumentada)

Radiografía (pila de monedas, dilatación de asas decúbito)

CAUSADA

- Cáncer colorectal
- Volvulos
- Diverticulitis
- EII
- Colitis actínica o radica

CLINICA

Dolor abdominal
Distensión abdominal
Hiperperistaltismo

TRATAMIENTO

- Sonda nasogastrica
- Reposición hidroeléctrica
- Intervención quirúrgica

O. Intestino Grueso

CAUSAS

- Cáncer colorectal
- Volvulos
- Diverticulitis
- EII
- Colitis Actínica o radica
- Dolor
- Distensión abdominal
- Vómitos
- Estreñimiento
- Incapacidad para expulsar gases y heces

Al producirse la obstrucción el colon responde con un aumento inicial del peristaltismo en la zona proximal, junto con una disminución de la actividad del hemicolon derecho y del íleon terminal

CLINICA

- Deshidratación
- Septicemia
- Alt de ruidos intestinales
- Masa abdominal palpable

TRATAMIENTO

- Intervención quirúrgica
- Muy grave, ileostomia con exteriorización del extremo distal que queda desfuncionalizado

a) Si existe sospecha de sufrimiento intestinal clínica o radiológica, cirugía urgente y resección de segmentos no viables

b) No existe sospecha de sufrimiento intestinal, ¿existe laparotomía previa?

- NO: ¿tiene causas extramurales, hernias o tumor?

- Sí: tratamiento urgente/diferido quirúrgico
- No: laparotomía y tratamiento específico de las causas

- Sí: sospecha de oclusión por bridas: proporcionar amidotriazoato sódico y meglumina oral 100 ml y hacer Rx abdomen a las 24 horas:

- Paso de contraste a colon: iniciar dieta oral
- No paso de contraste a colon: cirugía urgente

Volvulos de Colon

Localización

Más Frecuente Sigma
Ciego
Menos Frecuente, colon transversal
Ángulo esplénico

Obstrucción en asa cerrada por lo que progresa más rápidamente a isquemia y necrosis

Vólvulo es una torsión axial de un segmento intestinal alrededor de su mesenterio

FACTORES DE RIESGO

- Sexo masculino
- Dieta rica en fibra vegetal
- Ancianos, con encamamiento prolongado
- Mesosigma móvil
- Uso de laxantes
- Constipación crónica
- Intervenciones abdominales previas
- Embarazo
- Uso de drogas vaso, trópicos
- Infección de gusanos redondos
- Megacolon

V. Sigma CLINICA

Torsión axial sobre un pedículo vascular lo que produce una obstrucción en asa cerrada

- Cuadro de obstrucción intestinal
- Fiebre
- Leucocitosis

COMPLICACIONES Expulsión de líquido fecal con sang

- Isquemia
- Perforación

DIAGNOSTICO

Debe orientarse desde la clínica, buscando en la exploración Física:

Signos de sepsis: fiebre, taquicardia, taquipnea e hipotensión (en casos graves).

Tacto rectal: ausencia de heces en la ampolla.

Signos abdominales: Distensión, timpanismo, ruidos de lucha, etcétera.

Irritación peritoneal si progresa hacia gangrenal

V. De Ciego

Frecuente en mujeres de edad media

CLINICA

- Obstrucción de ID caracterizado por vómitos y distensión abdominal
- Síntomas de sepsis y/o radiación intestinal sospecha de sufrimiento intestinal

	VÓLVULO DE SIGMA	VÓLVULO DE CIEGO
Paciente típico	Anciano con medicación psicotrópica, estreñimiento grave	Mujeres de edad media
Radiología	Dilatación de todo el colon Imagen "en grano de café" hacia cuadrante superior derecho del abdomen	Dilatación de intestino delgado, con asa "en grano de café" hacia cuadrante superior izquierdo del abdomen
Tratamiento	1.º Colonoscopia descompresiva y cirugía electiva 2.º Si falla o gangrena: cirugía urgente	Cirugía urgente de entrada

Enfermedad Diverticular

Divertículos, presencia de pseudodivertículos, se producen como consecuencia de la herniación de la mucosa en las tenias mesentérica y lateral debido a la histopresión que soportan las áreas más débiles de la pared

FACTORES DE RIESGO

- Mayores de cincuenta años
- Países industrializados
- Relación dieta pobres en fibras
- 95% se localizan en sigma.
- 35% varios segmentos del colon
- Rara la afección rectal

Suelen ser asintomáticos. En ocasiones pueden presentar dolor recurrente, pero casi siempre las características sugieren un síndrome del intestino irritable.

SE PUEDE DIVIDIR EN:

Diverticulosis sintomática que implica malestar en cuadrante inferior izquierdo, alteraciones hábito defecatorio, meteorismo.

Diverticulitis aguda (inflamación de los divertículos e infección pericólica).

No complicada.

Complicada: abscesos, peritonitis, fístula u obstrucción.

Hemorragia por enfermedad diverticular.

TRATAMIENTO

Mendigante Hinchey

GRADO 0	Divertículos, infiltración pericolónica (Flegmón)
GRADO I	Absceso pericólico o mesentérico menor de 3 cm
GRADO II	Absceso pélvico (perforación del mesenterio)
GRADO III	Peritonitis difusa purulenta (absceso extrapélvico o rotura de absceso)
GRADO IV	Peritonitis difusa fecaloidea

DIAGNOSTICO

Mediante alguna prueba de imagen

Existen diverticulosis sintomática o que pueden hacer evitar o retrasar la aparición de complicaciones, aunque existe poca evidencia al respecto:

- Dietas ricas en fibra vegetal
- Dietas bajas en grasas y carne roja.
- Control y prevención de la obesidad.

Para el control del dolor de la diverticulosis sintomática se emplea la siguiente pauta terapéutica:

Rifaximina (antibiótico de acción intraluminal) en ciclos de 400mg/12 horas durante 7 días una vez al mes.

Si no existe mejoría añadir mesalazina 800 mg/12 h durante 10 días (los probióticos combinados con mesalazina mejoran los resultados de la misma).

Enfermedad Hemorroidal

Se produce por el prolapso de estructuras vasculares del canal anal por rotura de los mecanismos de succión e implica la dilatación de los paquetes hemorroidales de recto y ano

Clasificación

Hemorroides externas

Localizadas en el tercio inferior del canal anal. Por debajo de línea dentada (ano cutánea) y cubiertas de piel. Más frecuentes

Hemorroides internas

Localizadas proximal de a la línea dentada. cubiertas de epitelio columnar o de transición.

Diagnostico

Mediante historia clínica y exploración

Posición genupectoral lateral izquierdo o Sims

GRADO	PROLAPSO	CLÍNICA	TRATAMIENTO
I	No	Rectorragia	Conservador Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar, reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	Ligadura con bandas Esclerosis
III	Al defecar y de manera espontánea. 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

Factores de Riesgo

- Herencia
- Anatomía del canal anal
- Profesión (Permanece mucho tiempo de pie o sentado)
- Diarrea o estreñimiento

Clinica

- Rectorragia acompañada de defecación
- Prurito por irritación de la mucosa
- Dolor
- Prolapso
- Anemia
- Masa palpable. implica presencia de sangrado constante o intenso

Tratamiento

Hemorroides externas.

Tratamiento conservador: baños de asiento, laxantes y anestésicos en pomada.

Si están trombosada

tratamiento es la hemorroidectomía

Incisión y extracción del coágulo

Hemorroides internas.

Se tratan según el grado.

Grado I y II: tratamiento conservador

Medidas higiénico-dietéticas.

Si fracaso del tratamiento médico: ligadura con bandas elásticas en unidades de coloproctología.

Grado III y IV: cirugía: hemorroidectomía.

1. Evitar el sedentarismo
2. Dieta rica en fibra y en líquidos
3. Baños de asiento con agua templada
4. Corticoides y anestésicos tópicos en las crisis con precaución de usarlos siempre durante menos de 7 días
5. Poca evidencia en el uso de flebotónicos

ABSCEOS Y FISTULA PERIANAL

Fistula perianal

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

Interno: Mucosa rectal

Externo: piel perianal

CLASIFICACION PARKS

Hacia abajo: formando absceso perianal y posteriormente una fistula interesfinteriana

Lateralmente penetrando en el esfinter externo y creando un absceso isquirrectal y posteriormente una fistula transesfinteriana

Hacia arriba, creando un absceso pélvico con posterior fistula transesfinteriana alta, supraesfinteriana o extraesfinteriana

TRATAMIENTO

Eliminar el trayecto y la infección, sin limitación de la función esfinteriana

- Tratamiento quirúrgico

ETIOPATOLOGIA

Suelen originarse a partir de una infección criptoglandular (de una glándula interesfinteriana)

CLASIFICACION

Simples

No implican riesgo sobre el aparato esfinteriano

Complejas

Aquellas que su tratamiento conlleva mayor recidiva e incontinencia

CLINICA

- Superación crónica de material purulento y manchado de la ropa interior
- Dolor por el acúmulo dentro del trayecto fistuloso. Se puede originar absceso perianal

DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Exploración Física
- Pruebas complementarias (anuscopia y proctoscopia, estudios de imagen (eco endoanal, RMN, TAC)

Complicación de cirugía

Incontinencia anal

Absceso Perianal

Origen en la infección de una cripta anal

Se clasifican en función de la localización en función de la afectación del aparato esfinteriano

MICROORGANISMOS FRECUENTES

E. Coli, bacteroides spp, clostridium spp. Mezcla de la flora fecal y cutánea

CLINICA

- Dolor intenso
- Tumefacción eritematosa, caliente o fluctuante
- Signos de infección

DIAGNOSTICO

- Clínico
- TAC

TRATAMIENTO

Drenaje quirúrgico dejando herida abierta

Antibióticos (inmunosuprimidos, DM, cardiopatías y px con sepsis)

- Absceso interesfinteriano (esfinterotomía interna)
- A. Supraelevador (drenado transanalmente)
- A. En herradura, se drenan por dos aberturas a sendos lados

Cancer Colorrectal

Tumor más frecuente y el segundo como causa de mucho por cancer

Afecta a varones mayores de cincuenta años
El 30% se diagnostica en fase avanzada

FACTORES DE RIESGO

- Mayor a cincuenta años
- Sexo masculino
- Herencia
- Enf. Inflamatoria intestinal
- Tabaco
- Ingesta de carne roja
- Bacteremia o endocarditis

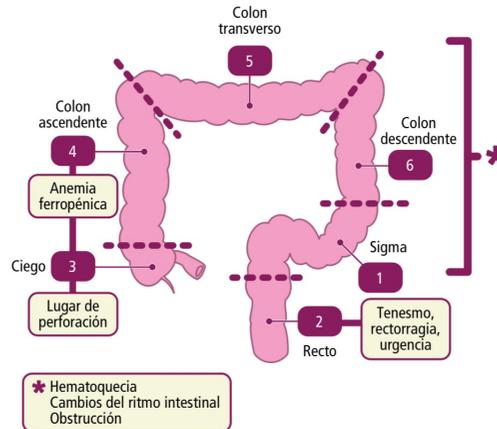
DIAGNOSTICO

- De elección: colonoscopia con biopsia (completa, para buscar tumores sincrónicos)
- TC toracoabdominal o ecografía abdominal más radiografía de tórax
- Ecografía endorrectal o RM pélvica

LA CLINICA DEPENDE DE LA LOCALIZACION:

- **Recto:** puede manifestarse como un síndrome anorrectal, con urgencia rectal, tenesmo y diarrea con moco y sangre.
- **Sigma, colon izquierdo, colon transverso:** se manifiestan en general en forma de rectorragia y/o cambios en el ritmo deposicional (estreñimiento o falsa diarrea), condicionados por la reducción de la luz del colon.

- **Ciego y colon ascendente:** produce habitualmente anemia ferropénica crónica (MIR), aunque también es posible que se manifieste en forma de enterorragia.
- Complicaciones: obstrucción intestinal (la más frecuente), perforación, abscesos, fistulas.



TRATAMIENTO

- Cirugía
- Hemicolectomía derecha.
- Anastomosis
- Resección segmentaria
- Radioterapia
- Quimioterapia