



Nombre del Alumno: Karen Itzel Rodríguez López

Parcial: 4

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 6° Grupo: D

APENDICITIS AGUDA

Inflamación del apéndice vermiforme, la cual puede ser aguda, crónica o reactiva.

EPIDEMIOLOGIA

- Infancia 1 de cada 6 niños
- De urgencia frecuente
- 60% hiperplasia
- adultos > 70 años 1/100

Fx de riesgo

- Edad
- Embarazadas
- Tejido inflamado
- Obstrucción dentro del apéndice

CLINICA

- Fase 1 (congestiva)
Obstrucción proximal de luz de apéndice, capacidad luminal 0.7 ml
• Dolor visceral

- Fase 2 (supratona)
Obstrucción linfática y venosa con invasión bacteriana
• 6-12 hrs
• Dolor somático

- Fase 3 (gangrenosa)
↓ del flujo arterial con isquemia de mucosa
• 12-24 hrs
• Fiebre

- Fase 4 (perforación)
• Isquemia y se perfora la pared apendicular
• 24-72 hrs
• Signo de rebote

• Dolor abdominal difuso
• Iliaca derecha
• Náusea - vómito

• hiperalgesia cutánea que migra a la fosa
✓ signo de McBurney ✓ signo de blumberg
✓ signo Rovsing ✓ signo de psoas ✓ signo de obturador

DIAGNOSTICO

- Clínico
- ✓ Prueba de embarazo
- ✓ USG: elección
- ✓ TAC: Mujeres no embarazadas adultos mayores (confirma)
- ✓ Rx abdominal: Adultos mayores

Escala dx de Alvarado		
• Migración del dolor	1	9-10: Apéndice aguda A. laparoscopia
• Anorexia	1	7-8: Probable A.L
• Náuseas o vómito	1	5-6: Posible observación
• Toque (dolor en FLD)	2	0-4: negativo
• Signo de blumberg	1	
• ↑ de temperatura (37.7°C)	1	
• Leucocitos > 10,000/mm ³	2	
• Desviación > 75% de neutros	1	

TRATAMIENTO

- Profilaxis efectiva:
Elección: Cefalosporinas 1^{ra} generación + metronidazol intravenoso
• Alérgicos a cefalosporinas: Amikacina
• Analgésico: Paracetamol

- Qx
• Apendicetomía laparoscópica
• Emergencias obstétricas: Laparoscopia
• < 5 años y adulto mayor: apendicetomía abierta

En el embarazo

EPIDEMIOLOGIA

- Padecimiento qx no obstétrico
- + común durante el embarazo
- + 2º trimestre

CLINICA

- Dolor en fosa iliaca derecha
- Migración caudal del apéndice en fosa iliaca o hipocóndrio derecho

TRATAMIENTO

- En cualquier trimestre: Laparoscopia
- 3º trimestre: Laparotomía

Adulto mayor

EPIDEMIOLOGIA

- 3-10% CLINICA
- Cuadro subagudo (33 días), atípico + fiebre/leucocitosis con mayor tendencia a la perforación
- Distensión abdominal, ↓ peristalsis, m. & Borismo, masa en CIB
- BHA, EGO, ES, CREA, Rx de abdomen y tórax
- Manejo: TAC + vigilancia

* Durante el embarazo el apéndice puede desplazarse hasta 3-4 cm por arriba de su localización normal y 10 días post parto regresa a su posición habitual

DIAGNOSTICO

Inicial: USG
Elección: RM sin gadolinio

Pediatricos

EPIDEMIOLOGIA

- 6-10 años con frecuencia de 4/1,000 en relación H:2 / M:1
- Tasa de perforación 69-100%
- Clínica: Dolor abdominal (claudicante/in cupulante) + náusea/vómito + fiebre $< 38.5^{\circ}\text{C}$
- Lactante: Diarrea
- Laboratorio: Leucocitosis $> 11,000$ neutrófilos y PCR $> 8\text{mg/dL}$
- Dx: USG^{1º} TAC^{2º} + EGO + BHA
- Tx: Apendicectomía abierta < 6 años.

COLELITIASIS/COLESISTITIS

Presencia de litos cálculos en la vesícula biliar

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por cálculos y con menor frecuencia por barro.

* Colico biliar: < 24 hrs (1-5 hrs) sede con analgésicos.

* Vesícula biliar:

Conducto pancreático → Conducto colédoco

Conducto cístico → Cuello de la vesícula
 Conducto colédoco
 Conducto hepático común
 hepático derecho
 hepático izquierdo

Almacena la bilis procedente del hígado en el cuadrante superior derecho

Fisiología:

La colecistocina se libera cuando hay una ingesta de alimentos grasos → ↑ contracción de la vesícula + litos = dolor.

Fisiopatología:

Cálculo → ↑ Presión intraluminal → Distensión vesicular, inflamación de la mucosa → Isquemia y necrosis.

Etiología

- ✓ Colesterol puro
- ✓ Mixto (colesterol)
- ✓ Pigmentarios
 - negros = Enfermedades hemolíticas
 - Marrones
 - Pardos = Infecciones (E. coli)

Clinica

✓ Sx de Murphy (+) al roce de la respiración.

✓ Colecistitis litiasis aguda

Complicada:

- Criterios de Tokio:

- Grado 1 (leve): < 18,000 mm³, síntomas inflamatorios (fiebre, vómito)
- Grado 2 (moderado): conteo leucocitario > 18,000 mm³, > 72 hrs, masa palpable, PCR ↑ > 3 mg/dl
- Grado 3 (severo): oliguria, deterioro neurológico, edema en el AD, disfunción orgánica secundaria.

Tratamiento:

- Farmacológico
- ✓ Colico biliar = 75 mg diclofenaco IM
- ✓ Anti brótico (antibiotograma)
- Grado 1 = 1 antibiótico (Fluoroquinolona como levofloxacino, 2^a generación)
- Grado 2 = Doble antibiótico (R. petoza)
- Grado 3 = Doble antibiótico (3^a y 4^a generación + mono lactámico) Metronidazol

Epidemiología / Fx de riesgo (SF)

- ✓ > 40 años
- ✓ Mujer
- ✓ Farmacos
- ✓ Embarazo
- ✓ Obesidad
- ✓ Otros: Cirrosis hepática, dislipidemia, DM, Enfermedad de Crohn.

Diagnostico

- 1 signo de inflamación local +
- 1 signo de inflamación sistémica + estudio de imagen (+)

Estudio de imagen

① USG: Engrosamiento de la pared vesicular > 5 mm, lito encerrado, doble riel sobre acústica, ecos intramurales, alargamiento vesical axial 8 cm y 4 cm diametral, signo de Murphy (+).

② Gamagrafía de vías biliares: signo de RIM

③ TAC

No farmacológico

- ✓ Litotricia = < 3 cm + lito único + no calcificado

Quirúrgico: < 1-7 días

Tokio 1-2 = laparoscopia temprana

Tokio 3 = laparotomía.

COLEDOCOLITIASIS

Presencia de cálculos en el coledoco
2-3 años después de quitar la vesícula secundaria a litos residuales de la vía biliar

Tercerarios = cálculos intrahepáticos

Primaria = misma del árbol biliar

Secundaria = Migración de cálculos

Fisiopatología

- Colesterol = ↑ de ~~bilirrubina~~ bilis, concentración de sales biliares y fosfolípidos
- Pigmentarios = ↑ de la bilirrubina no conjugada
- Colelitiasis → coledocolitiasis - Litiasis - Pancreatitis

Epidemiología / Fr de riesgo

- 10-15% de coledocolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis
- 4-12% antecedentes de colecistectomía
 - Edad
 - Enfermedad hepática
 - A. cirugía biliar

Clinica

- Dolor típico en cuadrante superior derecho - Ictericia intermitente
↳ Escleras
- Coluria - Acolia

Diagnostico

1. Clínica / Exploración física
2. Laboratorio
 - Hiperbilirrubinemia tipo obstructivo (directa)
 - Fosfatasa alcalina ↑
 - TP ligeramente prolongado
 - Pruebas de función hepática normales
 - Bilirrubina > 2 mg/dL
 - Directa = 0.1 - 0.3 obstructivos
 - Indirecta = 0.2 - 0.7 (Pancreatitis)

Imagen

- ① USG de vías biliares: coledoco dilatado > 6mm + litos
- ② Colangio - resonancia
- ③ GS: CPRE

TRATAMIENTO

- ① CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- ② Colecistectomía laparoscópica
 - Cerrada
 - Abierta
- ③ Litotricia: Único, no calcificada, < 3 cm

COLANGITIS

Es una infección de la vía biliar generalmente secundaria a coledocolitiasis y secundaria una infección bacteriana

Epidemiología

- 1% de la p. con coledocolitiasis presentarán colangitis
- Riesgo anual +3%
- Prevalencia del 10-15%

Factores de riesgo

- Obesidad
- Terapia de reemplazo hormonal

Etiología

- obstrucción de la vía biliar y el crecimiento bacteriano en la bilis.

Fisiopatología

E. coli ← ✓ Esfinter de Oddi = Pierde capacidad de motilidad →
↑ suben hacia la vía biliar causando la infección.

Clinica

- ✓ Triada de Charcot: Fiebre, dolor abdominal, ictericia
- ✓ Pentada Reynolds: triada de Charcot + alteración de conciencia + hipotensión

Clasificación de severidad:

- Grado I (leve)
no tiene criterios de grado II o III,
tx en evolución

- Grado II (moderada): X fallas orgánicas

- Leucocitosis $> 10.000 / \text{mL}$
- Leucopenia $< 4000 / \text{mL}$
- Fiebre $T > 39^\circ \text{C}$
- Edad > 75 años
- Hiperbilirrubinemia $> 5 \text{ mg/dL}$
- Hipotalbuminemia $< 70\%$

- Grado III (severa)

- ✓ Disturbación orgánica
- CV: hipotensión que requiere dopamina $> 5 \text{ mcg/kg/min}$
- Respiratorio: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 500$
- Alteración del nivel de conciencia
- Creatinina $> 2 \text{ mg/dL}$
- INR > 1.5
- Plaquetopenia < 100.000

Diagnostico

- Clínica + labs (CPRT, transaminasas ligeramente elevadas, fosfatasa alcalina)
- USG, Colangiografía @ CPRE

Criterios diagnósticos

- Inflamación sistémica
- Colestasis
- Estudio de imagen @

Tratamiento

- Antibiótico empírico
- Leve: cefalosporinas 3^a generación + metronidazol
- Moderada-grave: Penicilina de amplio espectro (piperacilina) + tazobactam + metronidazol
- Elección: Drenaje endoscópico
- Esfinterotomía

Pancreatitis aguda

Es una inflamación repentina y grave del páncreas (aguda reversible) que se puede deber a cálculos biliares, alcoholismo.

Anatomía: Cuerpo, cuello y cola

Endocrina
• Glucagón, insulina, somatostatina

Exocrina
• Lipasa, amilasa

EPIDEMIOLOGIA

- + frecuente
- 64% origen biliar aguda
- Fx de riesgo (SF)
- 13% de origen alcoholico (crónica)
- 5% de hipertrigliceridemia
- Hombres

ETIOLOGIA

- ✓ Metabólicos ✓ Mecánicos ✓ Genéticos ✓ Vasculares
- ✓ Infecciosos ✓ Antecedente por CEPRE 50%
- Pancreatitis recurrente: microlitiasis.

FISIOPATOLOGIA

- Activación → enzimas digestivas
- Lesión pancreática
- Lesión vascular
- Catepsina B → Muerte celular y necrosis

CLASIFICACION DE ATLANTA

- Moderada: Sin falla orgánica
- Severa: Falla orgánica > 48 hrs

Moderada-severa = falla orgánica < 48 hrs
complicación = pseudociste

Dx

CLINICA

- Dolor agudo tipo colico transfixiante que se irradia del epigastrio en cinturón hasta espalda
- Náuseas, vómito, deshidratación, taquicardia, hipotensión
- Signo de grey-turner, cullen, forsy
- Temprano: 1º semana edematosa
- Tardío: Neurohemorrágica
- Criterios RANSON

TRATAMIENTO

- Dolor = Analgesia - Opioide
- Reanimación con líquidos solución Hartman o de Ringer lactato 0.5ml/kg

- ✓ ↑ amilasa o lipasa sérica: 25-80 > 3 veces al límite superior de lo normal > 300

• USG: describe

- TAC simple en 24 hrs
- TAC contrastada 72 hrs
- TAC BALTHAZAR

A - Normal	0	0%
B - Agn and dif panc	1	< 30%
C - Anomalías intrínsecas del	2	30-50%
D - Dificultad asociada a coagulado	3	> 50%
E - Presencia de colecciones	4	> 50%

- Apoyo nutricional vía enteral - Nasogastro
- Antibiótico: Fluoroquinolona, cefalosporina 3º u 4º gen

Ox: Coledocolitiasis > 72 hrs

Pancreatitis Crónica (irreversible)

Inflamación del páncreas que ocasiona una destrucción progresiva del parénquima y sustitución por tejido fibroso

• Adenocarcinoma pancreático

EPIDEMIOLOGIA:

• Masculino 30-40 años

• Mortalidad 5%.

ETIOLOGIA

• Tóxicos • Idiopáticos

• Genéticos (PRSS1)

PATOGENIA/CLASIFICACION

• Calcificados (alcoólicos)

• Obstruictivos (coledocitis)

• Falso (fibrosis parénquima pancreático)

CLINICA

- Dolor recurrente
- 12-48 hrs tras su ingesta
- Comida
- DM de difícil control
- Esteatorrea

DIAGNOSTICO

- Rx (calcificaciones)
- ANC (tamaño de cdl)
- Ultrasonido endoscópico
- Prueba pancreática:
 - Elastasa fecal
 - Secretina - CCK
- Test aliento de trioleina

TRATAMIENTO

- Suspender alcohol y tabaco
- Analogo somatostatina
- Octreotide
- Aines, opiáceos sintéticos
- Endoscopia
- Dieta
- Control de DM

Qx = Whipple.

HERNIA INGUINAL

Protusión o salida al exterior del contenido de una cavidad generalmente a través de un orificio natural o de una zona de debilidad de la pared que lo contiene.

EPIDEMIOLOGIA / FX DE RIESGO

- Aumenta 25 veces + en el hombre
- Mal estado nutricional / tabaquismo
- Más frecuente

- Aumentos crónicos o repetitivos de presión intraabdominal
- AHF de hernias / sedentarismo.

FISIOPATOLOGIA

■ INDIRECTA 60%

- Adquirida
- O. inguinal profundo - O. inguinal superficial, lateral o fuera de los vasos epigástricos, llega al escroto, fascia espermática esta fuera del triángulo de hesselbach

CLÍNICA

- Protusión o abultamiento

- Reducible = se puede reintroducir el contenido
- Irreducible: no se puede reintroducir

Cambios de coloración, dolor intenso, oclusión intestinal

Clasificación de NYHUS

- | | | |
|--------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Tipo I | Hernia indirecta | - Anillo inguinal interno dm normal |
| Tipo II | | - Dilatado |
| Tipo III de la pared posterior | A | Directa pequeña |
| | B | Inguino escrotal |
| | C | Femoral |
| Tipo IV recurrentes | A | Directa |
| | B | Indirecta |
| | C | Femoral |
| | D | combinación |

TRATAMIENTO

- Técnica sin tensión: Lichtenstein

■ DIRECTA 30% H

- Congénita
- Pared posterior del conducto inguinal al orificio inguinal superficial, medial o dentro de los vasos epigástricos. Nunca llega al escroto, dentro del triángulo de hesselbach.

DIAGNOSTICO

- Maniobras
- Wyllys Andrews
- William colley
- Meakins

(IMAGEN)

1. US
2. Rx simple de abdomen
3. Herniografía

- Contención: Shouldice

HERNIA UMBILICAL

Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical

- Epiplón -10 -16

ETIOLOGIA

- Congénitas: Defecto de la pared abdominal

• Adquiridas: Presión abdominal, debilidad muscular

EPIDEMIOLOGIA

- Sexo femenino
- Edad avanzada

FX DE RIESGO

- IMC $>35 \text{ kg/m}^2$
- Tos crónica
- Constipación
- EPOC
- Ascitis
- Estreñimiento

CLINICA: Protusión o abultamiento

DX: Clínico

TRATAMIENTO:

- Cirugía ambulatoria
 - Defecto $<3 \text{ cm}$
 - Adultos $>1.5 \text{ cm}$
 - Pediátricos $<1.5 \text{ cm}$
 - Persiste $>2 \text{ años}$

HERNIA FEMORAL

Protusión de un asa intestinal a través de una sección debilitada de la pared abdominal

EPIDEMIOLOGIA

- 2% - 4% de todas las hernias.
- + en

FX DE RIESGO

- Sexo femenino
- Obesidad
- Estreñimiento crónico
- Edad avanzada.

FISIOPATOLOGIA

- Debilidad o ensanchamiento del anillo femoral $\rightarrow$ se hernia a través de él $\rightarrow$ causando protuberancia

CLINICA: Dolor repentino en la ingle o muslo, dolor abdominal, sensación de hormigueo, náuseas, vómitos.

DIAGNOSTICO

- Ecografía
- Exploración física

TRATAMIENTO: Técnica Lichtenstein

HERNIA LITRE

- Protusión de grasa preperitoneal que contenga o no un órgano intraabdominal

✓ 40-70 años ✓ Hombres

CLINICA: Dolor, masa palpable, cambio GI

DX: Clínica, US, Tomografía

TX: Reparación primaria con malla o por laparoscopia

- Linca de Spiegel

HERNIA DE SPIEGEL

- Presencia primaria de un divertículo de Meckel dentro de un saco herniario
- 1% divertículo de Meckel
- Sangrado rectal, diarrea, estreñimiento, diverticulitis

DX: Gammagrafía de Meckel

TX: Reparación qx.

HERNIA VENTRAL

Protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared antero-lateral del abdomen.

Fx de Riesgo

- Antecedentes de cirugía abdominal

- Mujeres

- ↑ presión intrabdominal

CLINICA: clasificación de Chevrel

(M) Mediales → localizadas entre borde lateral del músculo rector apéndice xifoideo y el pubis

- M1 = Subxifoideas (<3 cm)

- M4 = Intraumbilicales (3 cm)

- M2 = Epigástricas (3 cm)

- M5 = Suprapúbicas (<3 cm)

- M3 = Umbilicales (3 cm)

(L) Laterales → localizadas entre el borde costal, ligamento inguinal, borde lateral del recto abdominal y línea axilar posterior

- L1 = Subcosta

- L2 = Ilíaca

- L2 = Flanco

- L4 = Lumbax

(W) Tamaño → límites de diámetros cefalo caudal y latero-lateral del anillo herniario

- W1 = <4 cm

- W2 = 4-10 cm

- W3 = >10 cm

DIAGNOSTICO

- Clínico / USG / TAC

- TAC contrastada oral

TRATAMIENTO

- Técnica de rives

- Cirugía laparoscópica (1mC730)