

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Conducto biliar aberrante del segmento VI con terminación a nivel del
conducto cístico: reporte de caso**

Gabriel Andrés Moreno Roca

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención del
título de Especialista en Cirugía General

Quito, enero 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Gabriel Andrés Moreno Roca

Dr. Iván Cevallos Miranda

Director del Posgrado de

Cirugía General HCAM – USFQ



Dr. Juan Francisco Fierro Renoy

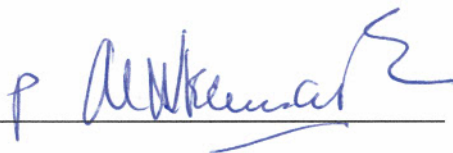
Director del Programa de Posgrados

en Especialidades Médicas



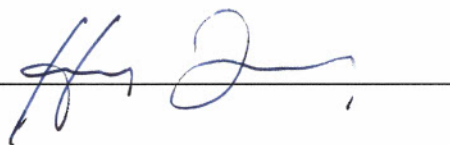
Dr. Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud



Dr. Hugo Burgos Yanez Ph.D

Decano del Colegio de Posgrados USFQ



Quito, Enero 2016

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo de quedan sujetos a los dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del Estudiante: _____

Nombre: Gabriel Andrés Moreno Roca

Código de estudiante: 00107364

C.I: 0201386976

Lugar, Fecha Quito, enero de 2016

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación a Dios por su ayuda y bendición en el camino de estos 5 años, y los pacientes que me llenaron de gratos momentos y me permitieron estar a su servicio.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad San Francisco de Quito y al Hospital Carlos Andrade Marín, que hicieron posible estos años de formación en la especialidad de Cirugía General.

A mi esposa Ruth por ser mi apoyo y alegría, a mis hijos Andrés y Victoria por iluminar mis días, a mi Madre y mis hermanos por estar siempre junto a mí.

A mis profesores por haber compartido su conocimiento y tiempo de manera desinteresada, por su paciencia y compañía durante este largo camino y aún más por su amistad.

A mis compañeros por haber compartido extraordinarios momentos en las largas noches en el cuidado de los pacientes, por los momentos de alegría y tristeza, por su ayuda durante todo este tiempo mi eterna gratitud.

Tabla de Contenido

1. Descripción de congresos y publicaciones	7
2. Publicaciones	8
2.1. Conducto biliar aberrante durante una colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso	
2.1.1. Resumen y justificación	9
2.1.2. Informe de Evaluación para Publicación	11
2.1.3. Artículo Completo	11
2.2. Lipoma duodenal. A propósito de un caso	
2.2.1. Resumen y justificación	15
2.2.2. Informe de Publicación	17
2.2.3. Artículo Completo	18
3. Exposición en Congresos	29
3.1. Infecciones en Cirugía Abdominal	
3.1.1. Resumen y justificación	30
3.1.2. Certificado de Expositor	31
3.1.3. Diapositivas	32
3.2. Isquemia mesentérica	
3.2.1. Resumen y justificación	37
3.2.2. Certificado de Expositor	38
3.2.3. Diapositivas	39
3.3. Abdomen Agudo Inflamatorio	
3.3.1. Resumen y justificación	43
3.3.2. Certificado de Expositor	44
3.3.3. Diapositivas	45
3.4. Abdomen Agudo y Dolor Abdominal en paciente inmunodeprimido	
3.4.1. Resumen y justificación	50
3.4.2. Certificado de Expositor	52
3.4.3. Diapositivas	53

DESCRIPCION DE LOS TRABAJO PUBLICADOS Y CONFERENCIAS

A. PUBLICACIONES

1. Moreno-Roca A, López-Ayala C, Jimbo-Sotomayor R. Conducto biliar aberrante del segmento VI con terminación a nivel del conducto cístico: reporte de caso. Rev Med Vozandes 2015; 26: 68 – 70.
2. Moreno-Roca A, Cevallos Miranda I, Rosero Reyes C, Jimbo-Sotomayor R. Lipoma duodenal. A propósito de un caso. Revista Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador. 2016, vol 41, num 1. (IN PRESS)

B. CONFERENCIAS EN CONGRESOS

1. Moreno Roca Andrés. Infecciones en Cirugía Abdominal. Curso Nacional de Actualización en Cirugía General y Manejo Integral del Paciente con heridas. Universidad Internacional del Ecuador. 14 de Diciembre de 2015. Quito, Ecuador.
2. Moreno Roca Andrés. Isquemia Mesentérica Curso de Actualización en Urgencias Clínico-Quirúrgicas, Terapia Intensiva, Manejo del Dolor con Avances en Medicina y Enfermería. Universidad San Francisco de Quito. 15 de Abril de 2013. Quito, Ecuador.
3. Moreno Roca Andrés. Abdomen Agudo Inflamatorio. Congreso de Abdomen Agudo y Dolor en Paciente Inmunodeprimido. Universidad de las Américas. 13 de marzo de 2014. Quito, Ecuador.
4. Moreno Roca Andrés. Dolor Abdominal en Poblaciones Especiales . Congreso de Abdomen Agudo y Dolor en Paciente Inmunodeprimido. Universidad de las Américas 14 de marzo de 2014. Quito, Ecuador.

PUBLICACIONES

Tema: Conducto biliar aberrante durante una colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso

Resumen

Las anomalías de implantación de los conductos biliares derechos constituyen las variaciones más frecuentes de la vía biliar y es uno de los principales factores de riesgo de lesión quirúrgica ductal durante la colecistectomía.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 30 años de edad con diagnóstico de colecistitis, que acude al Hospital con cólico biliar, se realiza una colecistectomía laparoscópica y dentro de los hallazgos quirúrgicos se destaca la presencia de un conducto hepático aberrante.

La variante expuesta en el caso es la de mayor riesgo de lesión durante una colecistectomía, por su desembocadura dentro o cercana al conducto cístico.

Justificación

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en la actualidad. En los Estados Unidos, aproximadamente 700.000 colecistectomías se realizan anualmente, el 70% de las cuales se llevan a cabo por vía laparoscópica (Karvonen, Salminen, & Grönroos, 2011).

En los últimos años, se han presentado cambios significativos en los paradigmas de manejo de la colecistitis aguda y problemas de la vía biliar. Se ha demostrado que la morbilidad postoperatoria, mortalidad y estancia hospitalaria se reducen con la colecistectomía laparoscópica (Coccolini et al., 2015).

La colecistectomía laparoscópica ha tomado el lugar de la colecistectomía abierta como el procedimiento operativo estándar para colecistitis (Ohtsuka et al.).

Al analizar la incidencia de trauma de la vía biliar se observó que este ocurre con el doble de frecuencia después de un procedimiento laparoscópico (Ahrendt & Pitt, 2001). Las tasas de incidencia de lesión de vía biliar han incrementado de 0,8 a 2,2% con el uso de la técnica laparoscópica (Karvonen et al., 2011).

La tasa de lesiones de la vía biliar en los procedimientos laparoscópicos es mayor debido a que el procedimiento laparoscópico ofrece limitada en visibilidad en 3 dimensiones (3D) y limitaciones en el sentido táctil (Ohtsuka et al.).

Presentamos el caso de un paciente masculino de 30 años de edad con diagnóstico de colecistitis aguda, que acude al Hospital con cólico biliar, se realiza una colecistectomía laparoscópica y dentro de los hallazgos quirúrgicos se destaca la presencia de un conducto hepático aberrante.

Referencias Bibliográficas

1. Ahrendt, S. A., & Pitt, H. A. (2001). Surgical therapy of iatrogenic lesions of biliary tract. *World Journal of Surgery*, 25(10), 1360–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11596904>
2. Coccolini, F., Catena, F., Pisano, M., Gheza, F., Fagioli, S., Di Saverio, S., ... Ansaloni, L. (2015). Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery (London, England)*, 18, 196–204. doi:10.1016/j.ijso.2015.04.083
3. Karvonen, J., Salminen, P., & Grönroos, J. M. (2011). Bile duct injuries during open and laparoscopic cholecystectomy in the laparoscopic era: alarming trends. *Surgical Endoscopy*, 25(9), 2906–10. doi:10.1007/s00464-011-1641-1
4. Ohtsuka, T., Chijiwa, K., Yamaguchi, K., Akashi, Y., Matsunaga, H., & Miyoshi, A. Posterior hepatic duct injury during laparoscopic cholecystectomy finally necessitating hepatic resection: case report. *JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons / Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 3(4), 323–6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3015369&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Ouwerkerk, H. M., Raber, M. H., Freling, G., & Klaase, J. M. (n.d.). Duodenal Lipoma as a Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/265277709_Duodenal_Lipoma_as_a_Rare_Cause_of_Upper_Gastrointestinal_Bleeding



Informe de Evaluación

Tipo de artículo:
 Reporte de caso (Carta científica)

Número de registro:
 RMV-15-064

Título del artículo:
 Conducto biliar aberrante durante una colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso

Autores:
 Andrés Moreno-Roca, Carlos López-Ayala, Ruth Jimbo-Sotomayor

Recibido: 04 - Septiembre - 2015

Fase de revisión: Primera [X] Segunda [] Tercera []

Decisión editorial: Aceptado

Fecha de decisión: 29 - Septiembre - 2015

Estimado Doctor
 Andrés Moreno

El artículo de su autoría ha sido revisado con mucho interés. En virtud de los hallazgos de la evaluación, destacando su cumplimiento de normativa principal, estilo narrativo, precisión de información clínica, grado de interés y aporte científico, ha sido aceptado para su publicación en la *Rev Med Vozandes*.

Por lo anterior, ahora el artículo se considera propiedad de la *Rev Med Vozandes* y no debe ser presentado nuevamente a otra revista biomédica. Usted conservará los derechos de propiedad intelectual. Cuando sea publicado, poseerá una licencia Creative Commons internacional 4.0 para atribución, sin fines comerciales y sin obras derivadas.

Sobre su artículo se cumplirán algunas tareas de edición en el texto y corrección de estilo antes de la diagramación, pero respetando la esencia del documento original. Usted recibirá oportunamente una prueba de imprenta, a fin de verificar posibles enmiendas antes de la impresión final. Le solicitamos estar atento a posibles solicitudes de clarificaciones durante el proceso de edición.

La fecha de publicación, volumen y número del ejemplar al cual será asignado su artículo, se encuentran sujetos a prioridades marcadas por el equipo editorial. Usted será informado posteriormente al respecto.

Agradecemos su participación y esperamos volver a contar con otras contribuciones en el futuro.

Reciba un cordial saludo,

Dr. Juan-Carlos Maldonado
 Editor Ejecutivo

La Revista Médica Vozandes (*Rev Med Vozandes*) es una publicación científica del Hospital Vozandes Quito [<http://www.hospitalvozendes.org/>].

La *Rev Med Vozandes* se reserva el derecho de aceptación de los artículos. La identidad de los revisores es confidencial. Un artículo aceptado pasa a ser propiedad de la *Rev Med Vozandes*, pero el autor mantiene su propiedad intelectual. La fecha de publicación de un artículo aceptado se encuentra determinada por su fecha de aprobación y prioridades marcadas por el equipo editorial de la revista.

Dirección: Revista Médica Vozandes. Departamento de Docencia Médica; Hospital Vozandes Quito. Villalengua Oe2-37 y Veracruz; Quito-Ecuador. PoBox: 17-17-619

E-mail: revistahvq@hcjb.org

Tif: 593+2+2262142

©Hospital Vozandes Quito

Conducto biliar aberrante del segmento VI con terminación a nivel del conducto cístico: reporte de caso

CARTA CIENTÍFICA

Andrés Moreno-Roca ¹
Carlos López-Ayala ²
Ruth Jimbo-Sotomayor ³

Introducción

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en la actualidad. En los Estados Unidos, aproximadamente 700 mil colecistectomías se realizan anualmente, el 70% de las cuales se llevan a cabo por vía laparoscópica. La morbilidad postoperatoria, mortalidad y estancia hospitalaria se reducen con la colecistectomía laparoscópica, por lo cual ha tomado el lugar de la colecistectomía abierta como el procedimiento operativo estándar para colecistitis (1); sin embargo, conlleva una mayor incidencia de lesión de la vía biliar, debido a que el procedimiento laparoscópico ofrece una limitada visibilidad en tres dimensiones y en el sentido táctil (2-9).

Por otra parte, las anomalías y variaciones anatómicas de los conductos biliares y del sistema vascular representan retos operatorios y un riesgo para complicaciones posoperatorias. Las anomalías de los segmentos hepáticos derechos representan un 20% de las variantes anatómicas biliares. Sin embargo, la total independencia de un segmento hepático o de un sector supone sólo un 2% de las malformaciones congénitas del árbol biliar. Aunque un conducto hepático aberrante que desemboca en el conducto cístico no es especialmente raro, el conducto hepático derecho que desemboca en el conducto cístico es extremadamente infrecuente, con sólo seis casos reportados hasta el momento (4, 7).

Presentación del caso

Paciente masculino de 30 años de edad con diagnóstico de colelitiasis desde hace dos años en los cuales ha presentado varios episodios de dolor en hemiabdomen superior derecho. Acudió a la sala de emergencia de Hospital Carlos Andrade Marín con dolor abdominal tipo cólico de doce horas de evolución, de intensidad 8/10, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, acompañado de vómito por varias ocasiones. Por el cuadro el paciente se había automedicado analgésicos sin que ceda el dolor. No refiere ictericia, acolia, ni coluria. Al examen físico sus signos vitales se encontraron estables. Los hallazgos positivos fueron: dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Signo de Murphy (+) y resto de examen normal. Se realizaron exámenes complementarios que demostraron leucocitosis con neutrofilia, función renal y hepática normales; el ultrasonido abdominal reportó colelitiasis con cálculos de 11 y 12 mm de diámetro, paredes de vesícula engrosadas y vías biliares intra y extra hepáticas no dilatadas; **foto 1**.

Se programó una colecistectomía laparoscópica, durante la cual se encontró como hallazgos una vesícula de paredes gruesas, distendida, de 7x4x3 cm de diámetro, emplastrada con epiplón; conducto cístico fino y corto; y se evidenció la presencia de un conducto del segmento VI anómalo con terminación a nivel del conducto cístico; **foto 2**. No se presentaron complicaciones durante la cirugía y la evolución postquirúrgica fue favorable. Se realizó una colangiografía de control dos semanas después de la cirugía, la cual demostró un conducto hepático funcional que drenaba el segmento hepático VI; **foto 3**.



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico, Postgradista R5 de Cirugía General; Hospital Carlos Andrade Marín.
2 Médico, Tratante del Servicio de Cirugía General; Hospital Carlos Andrade Marín.
3 Médico Familiar; Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correspondencia: Dr. Andrés Moreno
E-mail: a_morenor@yahoo.es

Recibido: 04 - Septiembre - 2015
Aceptado: 29 - Septiembre - 2015

Palabras clave: Anomalías de la vía biliar, Conducto biliar aberrante, Conducto hepático accesorio, Colecistectomía laparoscópica, Reporte de caso.

Forma de citar este artículo:
Moreno-Roca A, López-Ayala C, Jimbo-Sotomayor R. Conducto biliar aberrante del segmento VI con terminación a nivel del conducto cístico: reporte de caso. Rev Med Vozandes 2015; 26: 68 - 70.

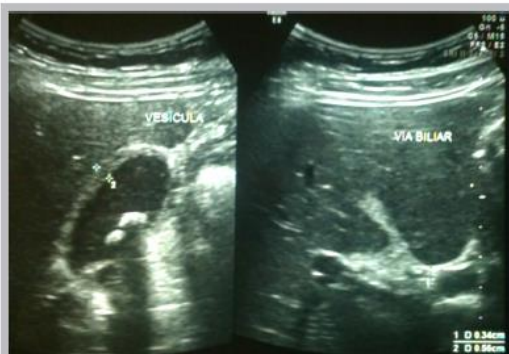


Foto 1 Ultrasonido abdominal. se observa colelitiasis con cálculos de 11 y 12 mm de diámetro, paredes de vesícula engrosadas y vías biliares intra y extra hepáticas no dilatadas.

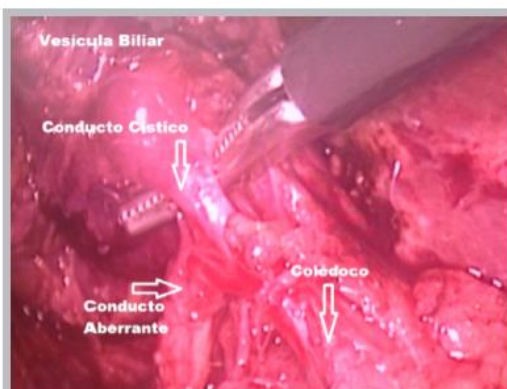


Foto 2 Colectomía laparoscópica. se observa una vesícula distendida; conducto cístico fino y corto; y la presencia de un conducto del segmento VI anómalo con terminación a nivel del conducto cístico.



Foto 3 Colangiografía de control. se observa un conducto hepático funcional que drena el segmento hepático VI.

Comentario

Se considera la presencia de un conducto biliar aberrante cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar. En reportes cadavéricos se ha encontrado que la frecuencia de conductos biliares aberrantes es del 14% al 28%^[6]. Esta constituye la anomalía más importante y de trascendencia en relación a las lesiones iatrogénicas, por cuanto su ligadura o sección implica una complicación de muy difícil diagnóstico y que exige una reconstrucción quirúrgica compleja^[7,8].

En un estudio que incluyó 100 mil pacientes sometidos a colecistectomía durante el período 1992 a 2001, se encontró que tres pacientes tuvieron un conducto hepático derecho accesorio y en uno de estos pacientes el conducto hepático derecho drenó en el conducto cístico^[9]. Ante la sospecha o confirmación de un conducto biliar aberrante se considera realizar una colangiografía intraoperatoria que confirme el mapa real del árbol biliar intrahepático^[10].

Las consecuencias de las lesiones de la vía biliar podrían tener graves repercusiones para algunos de los pacientes, debido al riesgo de secuelas a largo plazo (estenosis del conducto biliar común con colangitis a repetición); además, este tipo de lesiones representan una carga económica para la sociedad y un alto índice de demandas médico legales^[9]. Además de una anomalía biliar aberrante, otros factores de riesgo para que ocurra una lesión quirúrgica de la vía biliar son el sexo masculino, edad avanzada, colecistitis y colecistectomía laparoscópica^[11]. Un buen dominio anatómico durante una colecistectomía, implica conocer las complejas relaciones entre la arteria hepática, el árbol biliar extra-hepático y la vesícula biliar, para prevenir lesiones del tracto biliar. De igual forma es importante conocer y entender las variaciones congénitas de la vía biliar y sus implicaciones quirúrgicas.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés personales, profesionales ni financieras con el tema en referencia.

Agradecimiento

Al servicio de cirugía general del Hospital Carlos Andra-de Marín

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

AM: idea y diseño, documentación del caso; interpretación; redacción del artículo. CL: revisión crítica con aporte al contenido del artículo y aprobación de la versión final. RJ: redacción del artículo y revisión crítica del contenido.

Referencias

- Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Fagioli S, Di Saverio S, et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2015; 18: 196–204.
- Karvonen J, Salminen P, Grönroos JM. Bile duct injuries during open and laparoscopic cholecystectomy in the laparoscopic era: alarming trends. *Surg Endosc* 2011; 25: 2906–10.
- Viste A, Horn A, Øvrebø K, Christensen B, Angelsen JH, Hoem D. Bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy. *Scand J Surg* 2015; 104: 233–37.
- Ahrendt SA, Pitt HA. Surgical therapy of iatrogenic lesions of biliary tract. *World J Surg* 2001; 25: 1360–65.
- Ohtsuka T, Chijiwa K, Yamaguchi K, Akashi Y, Matsunaga H, Miyoshi A. Posterior hepatic duct injury during laparoscopic cholecystectomy finally necessitating hepatic resection: case report. *JSLs*; 3: 323–26.
- Lamah M, Karanja ND, Dickson GH. Anatomical variations of the extrahepatic biliary tree: review of the world literature. *Clin Anat* 2001; 14: 167–72.
- Nomura T, Shirai Y, Sasagawa M, Wakai T, Hatakeyama K. Anomalous insertion of the right hepatic duct into the cystic duct: report of a case diagnosed before laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1999; 9: 211–12.
- Gómez-Portilla A, Romero-Pujana E, Martín E, Martínez de Lecea C, Magrath L, Olabarria I, et al. Lesión iatrogénica de un conducto aberrante del sectorial anterior derecho hepático (segmentos V-VIII) independiente: dificultades en su diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 113–15.
- Li JH, Zheng CZ, Ke CW, Yin K. Management of aberrant bile duct during laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2002; 1: 438–41.
- Kullman E, Borch K, Lindström E, Svanvik J, Anderberg B. Value of routine intraoperative cholangiography in detecting aberrant bile ducts and bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1996; 83: 171–75.
- Fullum TM, Downing SR, Ortega G, Chang DC, Oyeturji TA, Van Kirk K, et al. Is laparoscopy a risk factor for bile duct injury during cholecystectomy? *JSLs* 2013; 17: 365–70.

Tema: Lipoma duodenal. A propósito de un caso

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 65 años de edad, que acude a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín por presentar cuadro de diez años de evolución de dolor abdominal epigástrico, tos, distensión abdominal y sensación de llenura precoz, hace 1 mes presenta vómitos a repetición y pérdida de peso, le han realizado múltiples exámenes diagnósticos y tratamientos sin resultados favorables, se diagnostica un lipoma duodenal por endoscopia digestiva y tomografía axial computarizada, se sometió a tratamiento quirúrgico para enucleación del lipoma mediante laparotomía. Los lipomas duodenales son raros; la mayoría son asintomáticos y se descubren por casualidad por medio de una endoscopia o cirugía.

Justificación

Los lipomas son tumores de crecimiento lento, benignos y se encuentran generalmente en el tejido subcutáneo de las extremidades proximales y el tronco. Los lipomas gastrointestinal son localizaciones infrecuentes, pero si se encuentran, su localización más común es en el colon (Ouwkerk, Raber, Freling, & Klaase, n.d.).

Los lipomas son tumores formados de tejido mesenquimal, tienen una variedad de presentaciones clínicas, estrechamente relacionadas con el tamaño del tumor (Parmar, Bibyan, Khandelwal, & Reddy, 2013). Los lipomas del duodeno son muy raros, con menos de 230 casos reportados en la literatura (Abu Daff & Abu Daff, 2008). Se presentan como hallazgos incidentales de necropsias con una relación de 1:6000 (Hurwitz, Redleaf, Williams, & Edwards, 1967).

Los lipomas gastrointestinales son tumoraciones sésiles, de implantación submucosa, que pueden llegar a pedicularse, como resultado de la fuerza peristáltica, elongando la mucosa peritumoral. Tanto la compresión de la tumoración en su crecimiento como la tracción de las ondas peristálticas pueden llegar a ulcerar la mucosa con la consiguiente hemorragia enteral (Michel, Ballet, Collard, Bradpiece, & Haot, 1988).

La mayoría de lipomas duodenales son asintomáticos y se diagnostican accidentalmente en una endoscopia o cirugía. La aparición de los síntomas, depende en gran medida del tamaño y la localización de la lesión.

Debido a los recientes avances en la endoscopia y modernas técnicas de imagen como la tomografía y la resonancia magnética, más casos son diagnosticados y tratados en la actualidad (Wichendu & Dodiya-Manuel, 2013).

Presentamos el caso de un lipoma de la segunda porción del duodeno que fue extirpado con éxito por laparotomía.

Referencias Bibliográficas

1. Ouwerkerk HM, Raber MH, Freling G, Klaase JM. Duodenal Lipoma as a Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. [cited 2015 Nov 4];
2. Parmar AK, Bibyan M, Khandelwal R, Reddy PK. Laparoscopic management of a large duodenal lipoma presented as gastric outlet obstruction. JLS [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 21];17(3):459–62.
3. Abu Daff SN, Abu Daff NS. Laparoscopic enucleation of a duodenal lipoma, with review of the literature. Saudi Med J [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Feb 21];29(3):455–7.
4. Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract. An analysis of seventy-two tumors. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med [Internet]. 1967 Jan [cited 2015 Nov 4];99(1):84–9.
5. Michel LA, Ballet T, Collard JM, Bradpiece HA, Haot J. Severe bleeding from submucosal lipoma of the duodenum. J Clin Gastroenterol [Internet]. 1988 Oct [cited 2015 Oct 17];10(5):541–5.
6. Wichendu PN, Dodiya-Manuel A. Gastric outlet obstruction from duodenal lipoma in an adult. Niger J Surg Off Publ Niger Surg Res Soc [Internet]. 2013 Jul [cited 2015 Nov 4];19(2):79–81.



Oficio 015

Quito, 2015-12-18

Doctor
Gabriel Andrés Moreno Roca
Presente

De mi consideración

Como editor de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, a petición de parte, certifico que es **autor** del artículo "Lipoma duodenal" fue presentado a la Revista de la Facultad. Será publicado en el volumen 41, número 1, del año 2016.

Agradezco su deferencia para remitirnos su importante contribución al quehacer científico de la Universidad Central.
Atentamente

Mauricio Medina Dávalos
Editor

Revista Facultad de Ciencias Médicas



cc

archivo

ENCABEZADO

Título: Lipoma duodenal. A propósito de un caso

Autores:

Andrés Moreno Roca¹

Iván Cevallos Miranda²

Carlos Rosero Reyes³

Ruth Jimbo Sotomayor⁴

Grado Académico

¹Postgradista R5 de Cirugía General. Hospital Carlos Andrade Marín.

Universidad San Francisco de Quito

²Medico Cirujano. Jefe de Servicio de Cirugía General. Hospital Carlos Andrade Marín

³Medico tratante Servicio de Cirugía General. Hospital Carlos Andrade Marín

⁴Medico de Familia. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Institución de Origen:

Hospital Carlos Andrade Marín

Universidad San Francisco de Quito

Institución del crédito científico

Hospital Carlos Andrade Marín

Universidad San Francisco de Quito

Grado de contribución

Andrés Moreno Roca:

- Aportaciones importantes en la idea y diseño del estudio, la recolección de datos.
- Redacción del borrador del artículo y revisión crítica de su contenido con aporte intelectual sustancial.
- Aprobación final de la versión que va a publicarse.

Iván Cevallos Miranda

- Revisión crítica de su contenido con aporte intelectual sustancial.
- Aprobación final de la versión que va a publicarse.

Carlos Rosero Reyes

- Revisión crítica de su contenido con aporte intelectual sustancial.
- Aprobación final de la versión que va a publicarse.

Ruth Jimbo Sotomayor

- Aportaciones en el diseño del estudio, recolección de datos.

Autor para correspondencia

Andrés Moreno, Pinar Alto, teléfono 3270599, 0999857061,

a_morenor@yahoo.es

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 65 años de edad, que acude a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín por presentar cuadro de diez años de evolución de dolor abdominal epigástrico, tos, distensión abdominal y sensación de llenura precoz, hace 1 mes presenta vómitos a repetición y pérdida de peso, le han realizado múltiples exámenes diagnósticos y tratamientos sin resultados favorables, se diagnostica un lipoma duodenal por

endoscopía digestiva y tomografía axial computarizada, se sometió a tratamiento quirúrgico para enucleación del lipoma mediante laparotomía. Los lipomas duodenales son raros; la mayoría son asintomáticos y se descubren por casualidad por medio de una endoscopia o cirugía.

Abstract

We report the case of a 65-year-old woman, who came to the outpatient clinic of the Carlos Andrade Marín Hospital with a ten year history of abdominal discomfort, cough, abdominal distension and precocious sense of fullness, in the last month she had persistent vomit and weight loss. She had multiple diagnostic tests and treatments without positive results, a diagnosis of duodenal lipoma by endoscopy and CT scan was done and underwent surgery for enucleation. Duodenal lipomas are rare, commonly asymptomatic and discovered by chance in endoscopy or surgery

Palabras clave

Lipoma duodenal, lipoma gastrointestinal, obstrucción intestinal, endoscopia.

Key words

Duodenum lipoma, gastrointestinal lipoma, Intestinal Obstruction, endoscopy

CUERPO DEL ARTICULO

Introducción

Los lipomas son tumores de crecimiento lento, benignos y se encuentran generalmente en el tejido subcutáneo de las extremidades proximales y el tronco. Los lipomas gastrointestinal son localizaciones infrecuentes, pero si se encuentran, su localización más común es en el colon (1).

Los lipomas son tumores formados de tejido mesenquimal, tienen una variedad de presentaciones clínicas, estrechamente relacionadas con el tamaño del tumor (2). Los lipomas del duodeno son muy raros, con menos de 230 casos

reportados en la literatura (3). Se presentan como hallazgos incidentales de necropsias con una relación de 1:6000 (4).

Los lipomas gastrointestinales son tumoraciones sésiles, de implantación submucosa, que pueden llegar a pedicularse, como resultado de la fuerza peristáltica, elongando la mucosa peritumoral. Tanto la compresión de la tumoración en su crecimiento como la tracción de las ondas peristálticas pueden llegar a ulcerar la mucosa con la consiguiente hemorragia enteral (5).

La mayoría de lipomas duodenales son asintomáticos y se diagnostican accidentalmente en una endoscopia o cirugía. La aparición de los síntomas, depende en gran medida del tamaño y la localización de la lesión (2).

Debido a los recientes avances en la endoscopia y modernas técnicas de imagen como la tomografía y la resonancia magnética, más casos son diagnosticados y tratados en la actualidad (6).

Presentamos el caso de un lipoma de la segunda porción del duodeno que fue extirpado con éxito por laparotomía.

Presentación del caso

Mujer de 65 años con antecedente de asma de 10 años de evolución, tratada con salbutamol y fluticasona, tuvo una histerectomía hace 30 años sin causa especificada. Tiene un cuadro de diez años de evolución de dolor abdominal postprandial en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho de intensidad moderada a severa que se acompaña de distensión abdominal, regurgitación, pirosis y tos, no hubo antecedentes de hematemesis o melena. Es evaluada en la consulta externa de Cirugía General del Hospital Carlos Andrade Marín por

aumento de sintomatología, pérdida de peso y sensación de llenura precoz, se le realizó una endoscopia digestiva alta (*figura 1*) que reporto una lesión elongada de 6 cm. de diámetro recubierta por mucosa normal que se extiende a lo largo de la segunda porción del duodeno ocupando la luz en un 70%, se le realizó además una tomografía axial computarizada (*figura 2*) que reportó una imagen de aspecto polipoideo de la segunda porción del duodeno que podría corresponder a un pólipo versus un leiomioma. Finalmente se realizó una colangiografía para determinar la relación del lipoma con respecto vía biliar y conducto pancreático principal. (*figura 3*)

Con estos hallazgos se decide realizar una laparotomía para extracción de la masa, se inicio con una maniobra de Kocher para movilización y exposición completa del duodeno. Luego se procedió a identificar la vía biliar y el conducto cístico, realizándose una colecistectomía y pasando una sonda a través del conducto cístico y por este a la vía biliar hasta la papila. Posteriormente se realizo sección transversal del plano seromuscular del duodeno con una disección submucosa del lipoma. Se preservó la mucosa del duodeno indemne y se realizo la síntesis de los planos seromuscular del duodeno en dos planos. Se colocó un drenaje aspirativo semicerrado en el espacio de Morrison. Los hallazgos quirúrgicos (*figura 4*) fueron un lipoma duodenal intramural de 4x3x2 cm en la segunda porción del duodeno, sin compromiso de la papila. El informe histopatológico confirmo el diagnóstico de un lipoma duodenal.

La paciente reinició la vía oral a las 48 horas del postquirúrgico, fue dada de alta a las 72 horas y su drenaje retirado a los 8 días en la consulta. En su control endoscópico a los 6 meses se evidencio paso adecuado del endoscopio y resolución de su sintomatología.

Discusión

Los lipomas gastrointestinales son tumores raros, y de estos los lipomas a nivel del duodeno corresponden al 4% de los casos; la mayoría de los lipomas del duodeno son asintomáticos y son hallazgos causales de endoscopias o intervenciones quirúrgicas.

En el estudio de Mayo et al. (7), en el cual se incluyeron aproximadamente 4.000 casos de tumores benignos del tracto gastrointestinal, 164 (4%) fueron los lipomas. El sitio de tumor más frecuente fue el de colon (64%), seguido por intestino delgado (26%), duodeno (4%), estómago (3%), y esófago (2%).

Habitualmente son asintomáticos y la aparición de síntomas está en relación con el tamaño, el 75% de los tumores por encima de los 4 cm son sintomáticos (8). Cuando los síntomas están presentes, la presentación clínica más común es la plenitud epigástrica que aumenta gradualmente y conduce a obstrucción, ulceración y hemorragia (9).

Para el diagnóstico de este tipo de lesiones los métodos de imagen recomendados son el tránsito gastroduodenal y la endoscopia en donde se podrá evidenciar estas lesiones como tumoraciones polipoideas de implantación sésil o pediculadas (5). La tomografía axial computarizada puede dar un diagnóstico fiable, identificando el lipoma duodenal como una lesión intraluminal, de contorno suave y con baja densidad (10). Un estudio que involucró a 1200 duodenoscopías, informó sólo 2 pacientes con lipoma duodenal (11).

El tratamiento de los lipomas duodenales sintomáticos es la resección quirúrgica. La extirpación endoscópica es posible, aun con lesiones de gran

tamaño, en las lesiones sésiles de amplia base de implantación, localización difícil o cuando existen dudas diagnósticas, se recomienda la extirpación a través de duodenotomía o resección segmentaria (12).

La resección endoscópica puede aplicarse con éxito incluso en lipomas mayores a 4 cm (13). En los lipomas mayores a 4 cm. el riesgo de perforación es menor con la técnica de "endoloop" que proporciona seguridad de la base del lipoma (14). La transformación maligna de lipomas gastrointestinales no se ha reportado (15).

Referencias

1. Ouwerkerk HM, Raber MH, Freling G, Klaase JM. Duodenal Lipoma as a Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. [cited 2015 Nov 4];
2. Parmar AK, Bibyan M, Khandelwal R, Reddy PK. Laparoscopic management of a large duodenal lipoma presented as gastric outlet obstruction. JSLS [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 21];17(3):459–62.
3. Abu Daff SN, Abu Daff NS. Laparoscopic enucleation of a duodenal lipoma, with review of the literature. Saudi Med J [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Feb 21];29(3):455–7.
4. Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract. An analysis of seventy-two tumors. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med [Internet]. 1967 Jan [cited 2015 Nov 4];99(1):84–9.

5. Michel LA, Ballet T, Collard JM, Bradpiece HA, Haot J. Severe bleeding from submucosal lipoma of the duodenum. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 1988 Oct [cited 2015 Oct 17];10(5):541–5.
6. Wichendu PN, Dodiya-Manuel A. Gastric outlet obstruction from duodenal lipoma in an adult. *Niger J Surg Off Publ Niger Surg Res Soc* [Internet]. 2013 Jul [cited 2015 Nov 4];19(2):79–81.
7. MAYO CW, PAGTALUNAN RJ, BROWN DJ. Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* [Internet]. 1963 May [cited 2015 Feb 21];53:598–603.
8. Sarma DP, Weilbaecher TG, Basavaraj A, Reina RR. Symptomatic lipoma of the duodenum. *J Surg Oncol* [Internet]. 1984 Feb [cited 2015 Oct 17];25(2):133–5.
9. Agha FP, Dent TL, Fiddian-Green RG, Braunstein AH, Nostrant TT. Bleeding lipomas of the upper gastrointestinal tract. A diagnostic challenge. *Am Surg* [Internet]. 1985 May [cited 2015 Oct 17];51(5):279–85.
10. Kakitsubata Y, Kakitsubata S, Nagatomo H, Mitsuo H, Yamada H, Watanabe K. CT manifestations of lipomas of the small intestine and colon. *Clin Imaging* [Internet]. Jan [cited 2015 Oct 17];17(3):179–82.
11. Tung CF, Chow WK, Peng YC, Chen GH, Yang DY, Kwan PC. Bleeding duodenal lipoma successfully treated with endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc* [Internet]. 2001 Jul [cited 2015 Nov 4];54(1):116–7.

12. Menéndez P, Cubo T, Padilla D, Villarejo P, Gambí D, Alonso A, et al. Gastrointestinal bleeding due to duodenal lipoma. *Rev Española Enfermedades Dig [Internet]*. Sociedad Española de Patología Digestiva / Arán Ediciones, S.L.; [cited 2015 Oct 17];100(7):445–6.
13. Sou S, Nomura H, Takaki Y, Nagahama T, Matsubara F, Matsui T, et al. Hemorrhagic duodenal lipoma managed by endoscopic resection. *J Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2006 Feb [cited 2015 Nov 4];21(2):479–81.
14. Aydin HN, Bertin P, Singh K, Arregui M. Safe techniques for endoscopic resection of gastrointestinal lipomas. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech [Internet]*. 2011 Aug [cited 2015 Nov 4];21(4):218–22.
15. Blanchet M-C, Arnal E, Paparel P, Grima F, Voiglio EJ, Caillot J-L. Obstructive duodenal lipoma successfully treated by endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc [Internet]*. 2003 Dec [cited 2015 Nov 4];58(6):938–9.

COMPLEMENTOS

Conflicto de intereses

Dr. Andrés Moreno Roca, declara no tener conflicto de interés.

Dr. Iván Cevallos Miranda, declara no tener conflicto de interés.

Dr. Carlos Rosero Reyes, declara no tener conflicto de interés.

Dra. Ruth Jimbo Sotomayor, declara no tener conflicto de interés.

Agradecimientos

Al servicio de cirugía general del Hospital Carlos Andrade Marín

Financiamiento

Estudio autofinanciado

Imágenes

Figura 1

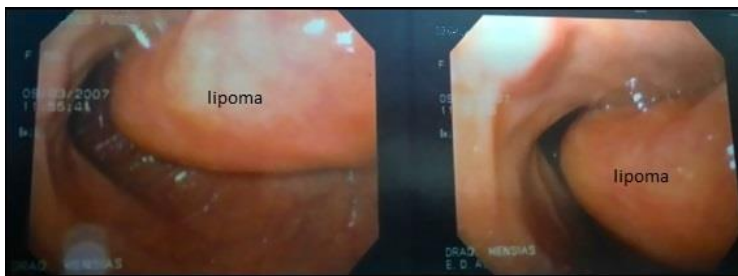


Figura 2

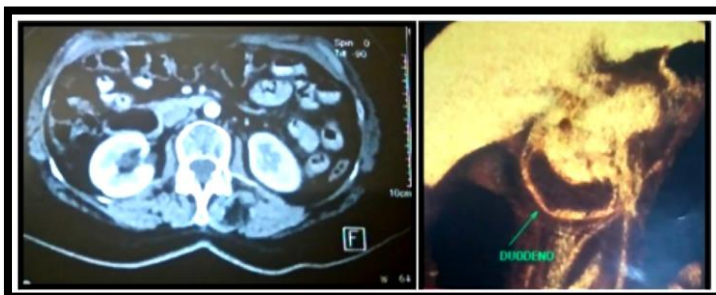
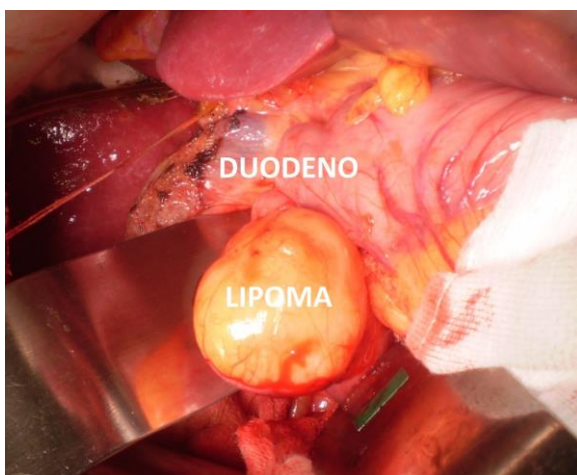
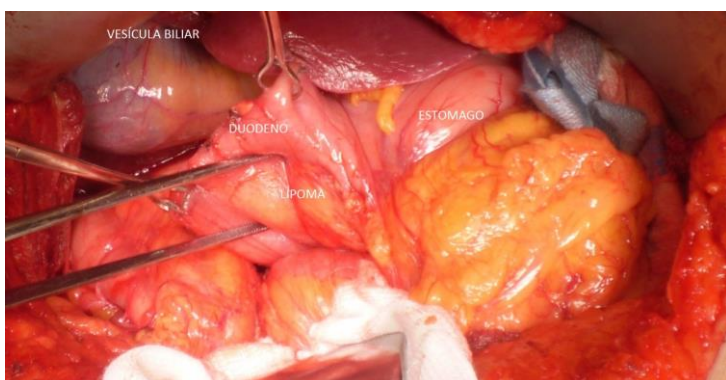


Figura 3**Figura 4**

EXPOSICION EN CONGRESOS

CURSO NACIONAL DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA GENERAL Y MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES CON HERIDAS

Tema de exposición: Infecciones en Cirugía Abdominal

Aval: Universidad internacional

Fecha: 14 al 18 de diciembre de 2015

RESUMEN DEL TEMA

La infección del sitio quirúrgico es una de las complicaciones más frecuentes en cirugía, se estima que su prevalencia puede llegar a un 45 % en estudios prospectivos realizados.

Se define como infección del sitio quirúrgico a la infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella durante los primeros 30 días o hasta un año si se ha dejado un implante según el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos.

En la presentación se realiza un resumen de los principales factores predisponentes para la infección del sitio quirúrgicos y sus posibles maneras de prevención.

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones quirúrgicas aumentan la estancia y los costos hospitalarios. Además, deterioran la calidad de vida de los pacientes y aumentan la morbimorbilidad.



UIDE

Escuela de
MEDICINA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGÍA
Con el Aval de la
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CONFIEREN EL PRESENTE

Diploma

Al Señor (a): Doctor **ANDRÉS MORENO**

Por haber participado en calidad de: Conferencista del Tema: **Infecciones en Cirugía de Abdomen**

En el "CURSO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL Y MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES CON HERIDAS", organizado por la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía, del 14 al 18 de diciembre de 2015 en la ciudad de Quito.

Duración Académica: 60 Horas

DR. BERNARDO SANDOVAL CÓRDOVA

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Salud y la Vida
Universidad Internacional del Ecuador

Quito, 18 de diciembre de 2015

DR. CARLOS LÓPEZ AYALA

Presidente
Sociedad Ecuatoriana de Cirugía

DIAPOSITIVAS

Infecciones en Cirugía Abdominal

Andrés Moreno MD.
PG-5 Cirugía General

Objetivos

- Definir el concepto y la epidemiología de la infección del Sitio quirúrgico en cirugía abdominal.
- Detallar los factores predisponentes para las infecciones del Sitio quirúrgico en cirugía abdominal.
- Establecer estrategias para la prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal.

Definición

Los Centers for Disease Control (CDC) definen a la ISQ como la infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella, durante los primeros 30 días, o hasta un año, si se ha dejado un implante.

Ruiz, J. & Badia, J.M. Medidas de prevención de la Infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. *Revisión crítica de la evidencia. cir esp*. 2014; 92(2244): 223-231.

Epidemiología

- Complicaciones más frecuentes en cirugía
- Estudios prospectivos 45 % de los pacientes
- 79 % infecciones no son diagnosticadas
- Aumento estancia hospitalaria
- Deterioro de la calidad de vida
- Aumento Morbimortalidad
- Aumento costos



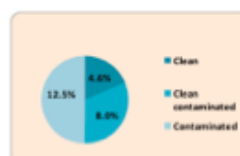
Blangy, et al., Systemic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials Comparing Primary vs Delayed Primary Skin Closure in Contaminated and Dirty Abdominal Incisions. *JAMA Surgery*, 2006, 141(6), 779.

Mueller, T.C. et al., 2015. Intra-operative wound irrigation to reduce surgical site infections after abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 400, pp 187-191.

Ruiz, J. & Badia, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. *Revisión crítica de la evidencia. cir esp*. 2014; 92(2244): 223-231.

Clasificación de las heridas según tipo de cirugía

- Limpias
- Limpias contaminadas
- Contaminadas
- Sucias



Shahans, V. et al. Surgical site infections: A one year prospective study in a tertiary care center. *Int J Health Sci (Gannon)*. 2012 Jan; 6(1): 79-84.

Cruick, E., Speers, B. The epidemiology of wound infection. A 10-year prospective study of 62,939 wounds. *Br J Clin Pathol*. 1980 Feb; 33(127): 40.

Factores Predisponentes



- ### Factores del Paciente
- Edad
 - Diabetes mellitus
 - Desnutrición
 - Obesidad
 - Tabaquismo
 - ASA II
 - Cirrosis
 - Abuso de drogas
 - Isquemia arterial
 - Edema periférico
 - Neuropatía
 - Hemodiálisis
- Hage, S. & Schwaninger, H., 2004. Perioperative Antibiotic Prophylaxis and Antimicrobial Therapy of Intra-Abdominal Infections. *Wormenmedizin*, 30(5), pp.310-314.
- Bhargu, A., Singh, P., Lundy, J., & Bewley, D. M. (2013). Systemic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials Comparing Primary vs Delayed Primary Skin Closure in Contaminated and Dirty Abdominal Incisions. *JAMA Surgery*, 148(6), 779.

- ### Factores Relacionados
- Cirugía emergencia
 - Hospitalización pre operatoria
 - Uso no adecuado de profilaxis
 - Cirugía contaminada / sucia
 - Terapia de radiación
 - Reintervención
 - Catéter urinario pre operatorio
- Hage, S. & Schwaninger, H., 2004. Perioperative Antibiotic Prophylaxis and Antimicrobial Therapy of Intra-Abdominal Infections. *Wormenmedizin*, 30(5), pp.310-314.

Factores del Cirujano

- Manejo cuidadoso de los tejidos
- Buena Hemostasia
- Extravasación del contenido intraluminal
- Conversión
- Experiencia del cirujano
- Duración mayor 2 horas

Shahani, Y. et al. Surgical site infections: A one year prospective study in a tertiary care center. *Int J Health Sci (Gastro)*, 2012 8(4): 403-404

Hage, S. & Schwaninger, H., 2004. Perioperative Antibiotic Prophylaxis and Antimicrobial Therapy of Intra-Abdominal Infections. *Wormenmedizin*, 30(5), pp.310-314.

Rui, J. & Badi, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *c.i.r.e.p.* 2014; 9(2):224-4. 223-233

Prevención de la Infección del Sitio Quirúrgico

Cierre Primario vs Herida Diferida

- Disminución infección del sitio quirúrgico en heridas contaminadas y sucias
- Estancia hospitalaria
- Costos
- Incomodidad del paciente
- Estudios heterogéneos
- Contaminación

Sriburungrong, B. et al., 2004. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of delayed primary wound closure in contaminated abdominal wounds. *World Journal of Emergency Surgery*, 9(1), p.49.

Bhargu, A., Singh, P., Lundy, J., & Bewley, D. M. (2013). Systemic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials Comparing Primary vs Delayed Primary Skin Closure in Contaminated and Dirty Abdominal Incisions. *JAMA Surgery*, 148(6), 779.

Rui, J. & Badi, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *c.i.r.e.p.* 2014; 9(2):224-4. 223-233

Eliminación del Vello

- Costumbre Histórica
- Máquina eléctrica
- Cabezal descartable
- Pocas horas antes
- No lesionar la piel



Ruiz, J. & Beda, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *CIR Esp.* 2014; 92 (2044) : 223-232

Descontaminación de la Piel del campo quirúrgico

- Abandono de alcoholes
- Gluconato de Clorhexidina
- Povidona Yodada
- Cateter venosos centrales
- Toma de cultivos



Ruiz, J. & Beda, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *CIR Esp.* 2014; 92 (2044) : 223-232

Protectores de la Herida

doi:10.1016/j.cir.2014.07.001
Systematic review of the clinical effectiveness of wound-edge protection devices in reducing surgical site infection in patients undergoing open abdominal surgery.
Shawky A¹, Gabr M², Elmetwally M³, Elmetwally M⁴, Elmetwally M⁵, Elmetwally M⁶, Elmetwally M⁷, Elmetwally M⁸, Elmetwally M⁹, Elmetwally M¹⁰, Elmetwally M¹¹, Elmetwally M¹², Elmetwally M¹³, Elmetwally M¹⁴, Elmetwally M¹⁵, Elmetwally M¹⁶, Elmetwally M¹⁷, Elmetwally M¹⁸, Elmetwally M¹⁹, Elmetwally M²⁰, Elmetwally M²¹, Elmetwally M²², Elmetwally M²³, Elmetwally M²⁴, Elmetwally M²⁵, Elmetwally M²⁶, Elmetwally M²⁷, Elmetwally M²⁸, Elmetwally M²⁹, Elmetwally M³⁰, Elmetwally M³¹, Elmetwally M³², Elmetwally M³³, Elmetwally M³⁴, Elmetwally M³⁵, Elmetwally M³⁶, Elmetwally M³⁷, Elmetwally M³⁸, Elmetwally M³⁹, Elmetwally M⁴⁰, Elmetwally M⁴¹, Elmetwally M⁴², Elmetwally M⁴³, Elmetwally M⁴⁴, Elmetwally M⁴⁵, Elmetwally M⁴⁶, Elmetwally M⁴⁷, Elmetwally M⁴⁸, Elmetwally M⁴⁹, Elmetwally M⁵⁰, Elmetwally M⁵¹, Elmetwally M⁵², Elmetwally M⁵³, Elmetwally M⁵⁴, Elmetwally M⁵⁵, Elmetwally M⁵⁶, Elmetwally M⁵⁷, Elmetwally M⁵⁸, Elmetwally M⁵⁹, Elmetwally M⁶⁰, Elmetwally M⁶¹, Elmetwally M⁶², Elmetwally M⁶³, Elmetwally M⁶⁴, Elmetwally M⁶⁵, Elmetwally M⁶⁶, Elmetwally M⁶⁷, Elmetwally M⁶⁸, Elmetwally M⁶⁹, Elmetwally M⁷⁰, Elmetwally M⁷¹, Elmetwally M⁷², Elmetwally M⁷³, Elmetwally M⁷⁴, Elmetwally M⁷⁵, Elmetwally M⁷⁶, Elmetwally M⁷⁷, Elmetwally M⁷⁸, Elmetwally M⁷⁹, Elmetwally M⁸⁰, Elmetwally M⁸¹, Elmetwally M⁸², Elmetwally M⁸³, Elmetwally M⁸⁴, Elmetwally M⁸⁵, Elmetwally M⁸⁶, Elmetwally M⁸⁷, Elmetwally M⁸⁸, Elmetwally M⁸⁹, Elmetwally M⁹⁰, Elmetwally M⁹¹, Elmetwally M⁹², Elmetwally M⁹³, Elmetwally M⁹⁴, Elmetwally M⁹⁵, Elmetwally M⁹⁶, Elmetwally M⁹⁷, Elmetwally M⁹⁸, Elmetwally M⁹⁹, Elmetwally M¹⁰⁰.

- Protectores plásticos disminuyen el riesgo de la herida
- Plásticos adhesivos aumentan el riesgo de infección

Ruiz, J. & Beda, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *CIR Esp.* 2014; 92 (2044) : 223-232

Incisión de la Piel

- Uso de bisturí frío
- Electro bisturí aumenta el riesgo de infección
- Uso de electrocauterio de manera selectiva



Ruiz, J. & Beda, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *CIR Esp.* 2014; 92 (2044) : 223-232

Sutura de Aponeurosis

- Monofilamentos
- Suturas continuas
 - Tensión homogénea
 - Menor cantidad de cuerpo extraño
- Suturas impregnadas con antibiótico y triclosán incierto



Ruiz, J. & Beda, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *CIR Esp.* 2014; 92 (2044) : 223-232

Drenajes Intra abdominales

- Indicaciones de drenajes
 - Exceso de fluidos
 - Control de anastomosis
- Aumento de riesgo de fistula
- Aumento de infección del sitio quirúrgico
- Preferir uso de drenajes cerrados aspirativos



Ruiz, J. & Beda, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *CIR Esp.* 2014; 92 (2044) : 223-232

Preparación mecánica del colon

- Prevenir complicaciones infecciosas y dehiscencia de anastomosis
- No existe beneficio
- Aumentan riesgo de trastornos:
 - hidroelectrolíticos
 - convulsiones
 - rotura espontánea de esófago



Rui, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Clín Esp*. 2014; 92(2244): 223-231

Profilaxis Antibiótica

- Alcanzar la concentración inhibitoria mínima
- Controvertido su uso en cirugía limpia
 - Hemiotoplasta lingual
 - Cirugía de mama
- Alto beneficio en cirugía Colorectal
- Paciente con peso mayor 80 kg (obesidad)
- Insuficiencia renal
- Patrones de sensibilidad local antibióticos

Tabla 1. Datos farmacológicos resumidos de vancomicina profiláctica

Característica	Vancomicina	Clindamicina	Cefazolina
Indicación	CS	CS	CS
Contraindicación	CS	CS	CS
Administración	IM/IV	IM/IV	IM/IV
Forma	Tabletas de 125 mg	Tabletas de 150 mg	Tabletas de 500 mg

Tabla 2. Datos sobre la absorción y concentración de vancomicina en los tejidos y su capacidad de penetración en tejidos especiales

	Niveles de vancomicina (µg/g)	Capacidad de penetración (µg/g)
Coloqu coastal	15	15
Coloqu profunda	15	15
Coloqu profunda	15	15

Rui, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Clín Esp*. 2014; 92(2244): 223-231

Temperatura corporal

- Hipotermia moderada (34 – 36 °C)
 - Coagulopatías
 - Mayor pérdida sanguínea
 - Transfusión sanguínea
- Recuperación prolongada de anestesia
- Tríplica riesgo de infección del sitio quirúrgico
 - Cirugía limpia aumento hasta 5 veces
- Vasocostricción
 - Flujo sanguíneo y tensión de oxígeno
 - Afectación de la inmunidad celular y humoral
- Hipertérmia ?



Rui, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Clín Esp*. 2014; 92(2244): 223-231

Control de glicemia

- Niveles 120 y 160 mg/dl durante 2 – 3 días postoperatorio
- Aumento progresivo de glucosa 40 mg/dl sobre 110 mg/dl
 - Aumento infección del sitio quirúrgico 30%



Rui, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Clín Esp*. 2014; 92(2244): 223-231

Transfusiones sanguíneas

- Cirugía de tumores Gastrointestinales
 - Transfusión mayor a 1000 cc
 - Aumento de 6,5 veces riesgo infección



Rui, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Clín Esp*. 2014; 92(2244): 223-231

Infusión líquidos intraoperatorio

- Hiperhidratación como productor edema
- Alteración proceso de cicatrización
- Restricción hídrica
 - Menor morbimortalidad
 - Mejor función respiratoria
 - Menor ileo postoperatorio
 - Menor riesgo de trombosis venosa profunda

En pacientes con insuficiencia renal postoperatoria, la restricción hídrica puede ser beneficiosa.

Rui, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Clín Esp*. 2014; 92(2244): 223-231

Estado Nutricional

- Desnutrición asociada con cambios composición corporal
- Disfunción
 - Sistema cardiopulmonar, renal y digestivo
 - Inmunodepresión (infecciones)
- Inmunonutrición



Kuij, J. & Bada, J.M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *cir e xp*. 2014; 9(2):229-41; 229-3-231

Irrigación de la Herida previo al cierre piel

- Reducir contaminación bacteriana de la piel
- Uso solución salina
- Uso de soluciones antisépticas antibióticas
- Meta análisis 9000 pacientes
 - OR 0.54 (0.42-0.69)

Mueller, T.C. et al., 2015. Intra-operative wound irrigation to reduce surgical site infections after abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 400, pp.167-181.

Paquetes prevención "Bundles of Care"

- Trussell et al
- Uso de sinérgismo de estrategias
- Rasura eléctrica, profilaxis antibiótica y control de glucosa
- Disminución de la infección del sitio quirúrgico
 - 3.5 - 1.5 %
- Anthony et al
 - Aumento de la infección

Bhangu, A., Singh, P., Gundy, J., & Bowley, D. M. (2013). Systemic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials Comparing Primary vs Delayed Primary Skin Closure in Contaminated and Dirty Abdominal Incisions. *JAMA Surgery*, 148(8), 775.

Conclusiones

- La infección del sitio quirúrgico es una de las infecciones más frecuentes en el ámbito hospitalario, siendo con frecuencia sub diagnosticada
- El control adecuado de factores predisponentes del paciente y del cirujano son cruciales
- La aplicación de estrategias de prevención son mecanismos efectivos para disminuir la incidencia de infección del sitio quirúrgico sin embargo todavía es necesaria la realización de estudios prospectivos para establecer su efectividad.

CONGRESO: I CURSO DE ACTUALIZACION EN URGENCIAS CLINICO QUIRURGICAS, TERAPIA INTENSIVA, MANEJO DE DOLOR CON AVANCES EN MEDICINA Y ENFERMERIA

Tema de exposición: Isquemia mesentérica

Aval: Universidad San Francisco de Quito

Fecha: 15 al 21 de abril de 2013.

RESUMEN DEL TEMA

La isquemia mesentérica es la causante del 1% de los dolores abdominales, siendo una enfermedad no muy frecuente sin embargo tiene una alta mortalidad por lo que su diagnóstico oportuno es imprescindible.

Se estima que la mortalidad es mayor al 90 % en las primeras 24 horas en pacientes que no han recibido tratamiento. La causa más frecuente suele ser la embolia de la arteria mesentérica superior, seguida por trombosis de la misma arteria y en menor frecuencia la trombosis de la vena mesentérica. Además, se define una etología adicional relacionado a un cuadro de isquemia crónica causante de angina mesentérica

JUSTIFICACIÓN

La isquemia mesentérica es una enfermedad con una alta mortalidad, para un adecuado diagnóstico el médico debe tener un alto nivel de sospecha. Su diagnóstico oportuno mejora el pronóstico del paciente siendo este el objetivo de la presentación.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Universidad San Francisco de Quito



PAVRU Logistic
toda la que tu empresa necesita!!



CONFIEREN EL PRESENTE
Certificado



A: DR. ANDRÉS MORENO

Por haber participado en calidad de EXPOSITOR en el:
**I CURSO ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS,
TERAPIA INTENSIVA, MANEJO DEL DOLOR CON AVANCES EN
MEDICINA Y ENFERMERÍA**, realizado en la ciudad de Quito del 15 al 21 de
Abril de 2013, con un Valor Curricular de 120 Horas.



MICHELLE GRUNAUER, MD;M.Sc. Ph.D

Decana de la Escuela de Medicina
Universidad San Francisco de Quito

DR. GUILLERMO BASTIDAS

Presidente del Colegio
de Médicos de Tungurahua

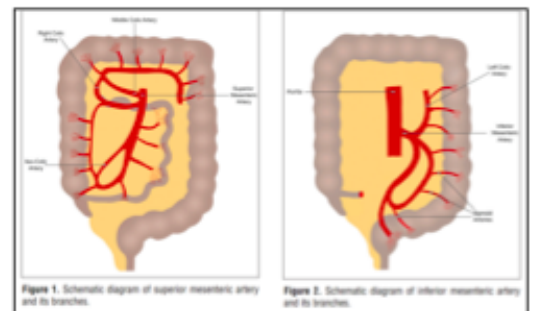
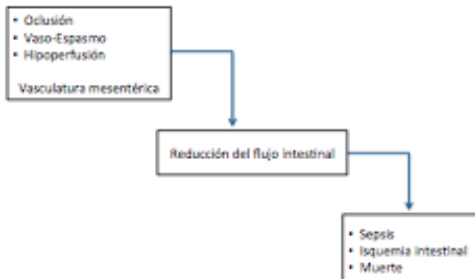
DIAPOSITIVAS

ISQUEMIA MESENTERICA

Andrés Moreno Md.
83 Postgrado de Cirugía General-FCAM

- En 1930, Cokkinis dijo "La oclusión de los vasos intestinales debería ser considerada como una de esas condiciones en la cual el diagnóstico es imposible, el pronóstico es desalentador y el tratamiento no es útil"

Isquemia Mesentérica



Isquemia Mesentérica Epidemiología

- 0.1% de los ingresos hospitalarios
- 1% causas de dolor abdominal
- La mayoría de casos se presentan después de los 45 años.
- Pacientes fumadores tienen mayor riesgo.
- La arteria mesentérica superior está asociada con la mayoría de casos de isquemia mesentérica.
- Tasa de mortalidad entre 59% -93%

Isquemia Mesentérica Clasificación

AGUDA

Es la aparición brusca de hipoperfusión intestinal, que puede ser debido a la obstrucción oclusiva o no oclusiva arterial o venosa.

CRÓNICA (angina intestinal)

Es una hipoperfusión intestinal episódica o constante, que generalmente se desarrolla en pacientes con enfermedad aterosclerótica mesentérica.

CAUSAS DE ISQUEMIA MESENTERICA		
ETIOLOGIA	%	COMENTARIOS
Embolia arteria mesentérica superior	50	<ul style="list-style-type: none"> • Embolo usualmente cardíaco • Factores de riesgo incluyen: Fibrilación auricular, IAM. • Triada: dolor abdominal, enfermedad cardíaca, vaciamiento gastrointestinal agudo (diarrea o vómito)
Trombosis de la arteria mesentérica superior	15-25	<ul style="list-style-type: none"> • Usualmente superpuesta o crónica • No asociada a trastornos de coagulación.
Isquemia no oclusiva	20	<ul style="list-style-type: none"> • Causada por estados de bajo flujo (shock cardiogénico, sepsis, diálisis, hipovolemia), obstrucción (invaginación intestinal, hernia estrangurada), trauma, o medicamentos (vasoconstrictores).
Trombosis de la vena mesentérica	5	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo: hipertensión portal, trauma intra-abdominal o sepsis, tumores malignos y los estados de hipercoagulabilidad. • Se sospecha en pacientes con dolor abdominal agudo y antecedentes de episodios trombóticos o coagulopatía • Anticoagulación inmediata puede preservar la viabilidad del intestino.

Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients, Am Fam Physician. 2006 Nov 17;74(9)

Isquemia Mesentérica Clínica

- Dolor agudo y súbito
- Dolor abdominal intenso y mal localizado
- Un tercio de los pacientes presentan náuseas, vómitos o diarrea (imitando gastroenteritis)
- Distensión, shock e irritación peritoneal son los resultados finales de la isquemia, relacionados con perforación.
- "Un dolor desproporcionado con los hallazgos del examen físico"

Isquemia Mesentérica.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

LABORATORIO	
BH	Leucocitosis con frecuencia está presente
Sangre oculta en heces	25% de pacientes positivo
Amilasa y lactato sérico	Elevados (puede ser normal al inicio)
Gasometría	Acidosis metabólica.
IMAGEN	
Radiografía simple de abdomen	negativa, distensión, íleo adnámico, asas dilatadas
Tomografía de abdomen	engrosamiento de la pared intestinal por edema o hemorragia y gas pared intestinal
Angiografía.	confirmar el diagnóstico si la isquemia mesentérica se sospecha fuertemente

Guideline of mesenteric ischemia. American Gastroenterological Association (AGA), 2000

Isquemia Mesentérica.

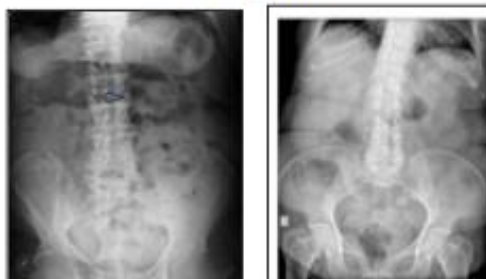
Am J Emerg Med. 2009 Oct;17(5):474-8. doi: 10.1016/j.ajem.2009.08.008

D-dimer in patients with suspected acute mesenteric ischemia.

Chen YH, Huang MS, Hsu CK, Hsu YF, Chen JD, Chen CH, Yang SH, Huang CJ
Emergency Department, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan.

confidence interval, 0.59-0.78). A serum D-dimer cutoff value of 1.0 microg FEU/mL had a sensitivity of 95%, a specificity of 10%, a positive likelihood ratio of 1.17, and a negative likelihood ratio of 0.24. Among patients with AMI verified at operation, 8 had resectable bowel necrosis and 9 had unresectable bowel necrosis. There was no difference in serum D-dimer levels between resectable and unresectable bowel necrosis ($P = .88$).

Radiografía



Aire en la pared de asa de Intestino delgado

Dilatación de asas, gas distal

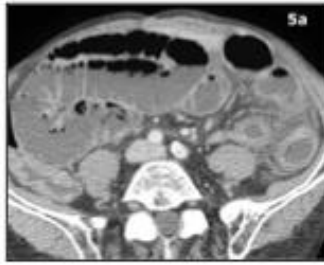
Tomografía



Arteria mesentérica superior, que tiene un punto de corte brusco y engrosamiento del intestino delgado

Arteria Mesenterica sup. Zona de Lumen sin contraste.

Tomografía



Asas Intestinales gruesas en fosa ilíaca izquierda, algunas con edema

Angiografía



Angiografía selectiva de arteria mesentérica superior, se muestra disminución de diámetro.

Isquemia Mesentérica Diagnóstico Diferencial

Pancreatitis Aguda
Diverticulitis Aguda
Colecistitis Aguda
Obstrucción intestinal
Perforación visceral
Ruptura de aneurisma

Isquemia Mesentérica Tratamiento

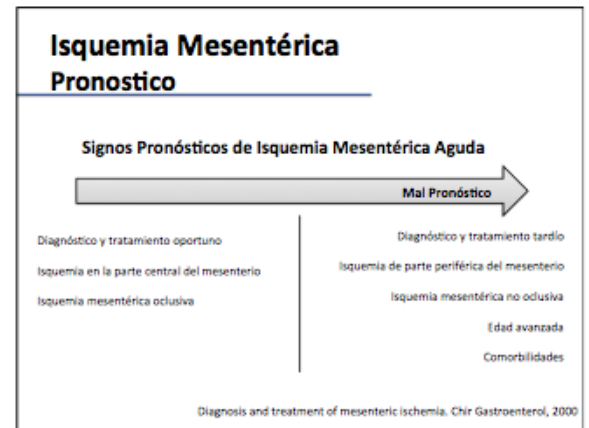
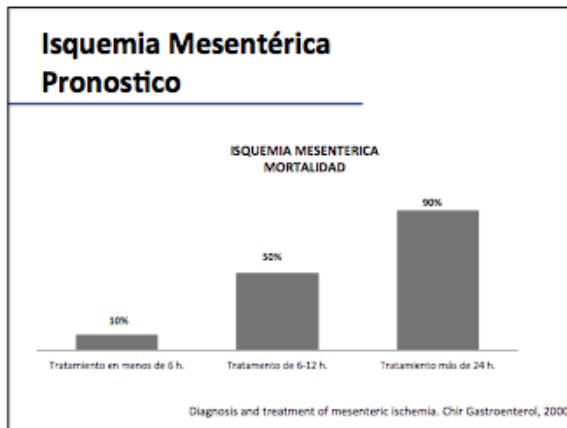
- Reanimación con fluidos
- Antibióticos de amplio espectro
- Descompresión con sonda nasogástrica
- Oxígeno suplementario
- Papaverina 30-60 mg/h durante angiografía ha demostrado efectividad.
- Heparina (48 h. después de revascularización para evitar recidivas)
- Terapia trombolítica (fase experimental)
- Cirugía (remoción intestinal y anastomosis primaria)

Isquemia Mesentérica Tratamiento Quirúrgico



Isquemia Mesentérica Tratamiento

- Embolectomía arterial
- Exeresis de tejido infartado
- Mantener infusión de papaverina (antes durante y después de cirugía)
- Control angiográfico de vasoespasmo antes de retirar catéter.
- Segunda Revisión 12-24 horas (dudosa viabilidad)



GRACIAS

CONGRESO: I CURSO DE ACTUALIZACION EN URGENCIAS CLINICO QUIRURGICAS, TERAPIA INTENSIVA, MANEJO DE DOLOR CON AVANCES EN MEDICINA Y ENFERMERIA

Tema de exposición: Abdomen Agudo Inflamatorio

Aval: Universidad San Francisco de Quito

Fecha: 15 al 21 de abril de 2013.

RESUMEN DEL TEMA

El 5 % de las consultas en emergencias son debidas a dolores abdominales, hasta un 75 % de los pacientes experimentaran dolor sin consultar a un médico. La apendicitis aguda es la segunda causa de ingreso en el Ecuador según datos de Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) al 2011.

El diagnóstico es esencialmente clínico, siendo necesario entender la anatomía, fisiología y fisiopatología del dolor. Se realiza un breve resumen de las principales características y se explica a los asistentes los distintitos tipos de análisis de dolor, sindrómico y topográfico.

Finalmente se hace relación a signos de alarma que deberán ser identificados en el paciente para referencia inmediata a un servicio de emergencia.

JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta, el conocimiento de su etiología y un adecuado diagnóstico deben ser conocimientos básicos en el médico.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Universidad San Francisco de Quito



PAVRU Logistic
toda la que tu empresa necesita!!



CONFIEREN EL PRESENTE
Certificado



A: DR. ANDRÉS MORENO

Por haber participado en calidad de EXPOSITOR en el:
**I CURSO ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS,
TERAPIA INTENSIVA, MANEJO DEL DOLOR CON AVANCES EN
MEDICINA Y ENFERMERÍA**, realizado en la ciudad de Quito del 15 al 21 de
Abril de 2013, con un Valor Curricular de 120 Horas.



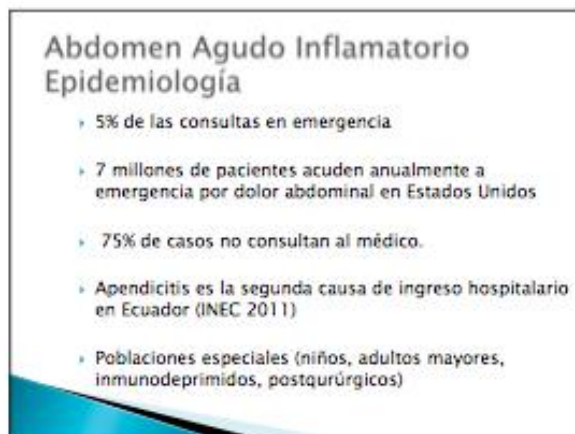
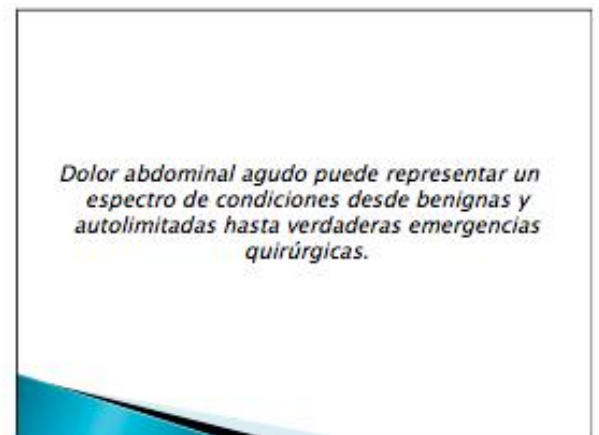
MICHELLE GRUNAUER, MD;M.Sc. Ph.D

Decana de la Escuela de Medicina
Universidad San Francisco de Quito

DR. GUILLERMO BASTIDAS

Presidente del Colegio
de Médicos de Tungurahua

DIPOSITIVAS



Dolor según localización

Hipocondrio derecho

Úlcera Péptica
Enfermedades biliares (colecistitis, colangitis)
Enfermedades hepáticas (abscesos, hepatitis)
Enfermedades pulmonares (neumonía, abscesos)
Enfermedad renal (pielonefritis, absceso perinefrico)
Causas colónicas (colitis, diverticulitis)
Pared abdominal: Omphalo cetero

Periumbilical

Apendicitis
Obstrucción intestinal
Gastroenteritis
Isquemia mesentérica
Ruptura y disolución de aneurisma de aorta.

Hipocondrio izquierdo

Úlcera Péptica
Enfermedades esplénicas (ruptura, infarto)
Enfermedades pancreáticas (pancreatitis, neoplasia)
Enfermedades pulmonares (neumonía, absceso)
Enfermedad renal (pielonefritis, absceso perinefrico)

Epigastrio

Úlcera Péptica
Enfermedades biliares (colecistitis, colangitis)
Esofágica (esofagitis, reflujo)
Enfermedades pancreáticas (pancreatitis, neoplasia)
Enfermedades cardiacas (IAM, pericardio)
Aneurisma de Aorta Abdominal (ruptura, disolución)

Dolor según localización

Fosa ilíaca derecha

Apendicitis
Colon irritable
Causas gineco-obstétricas (EP, quiste ovario, embarazo ectópico)
Enfermedad Urinaria (pielonefritis, IVU)
Gastrointestinal (colitis, diverticulitis, hernia)

Fosa ilíaca izquierda

Colon irritable
Causas gineco-obstétricas (EP, quiste ovario, embarazo ectópico)
Enfermedad Urinaria (pielonefritis, IVU)
Gastrointestinal (colitis, diverticulitis, hernia)

Suprapúbico

Colon irritable
Causas gineco-obstétricas (EP, quiste ovario, embarazo ectópico, dismetrorria)
Enfermedad Urinaria (pielonefritis, IVU, prostatitis)
Gastrointestinal (colitis, diverticulitis, hernia)

Difuso

Gastroenteritis
Obstrucción intestinal
Peritonitis
Isquemia mesentérica
Colon irritable
Cetoacidosis diabética
Vaccinia

Abdomen Agudo Inflamatorio Historia Clínica

- ¿Dónde le duele?
- ¿El dolor siempre ha estado ahí?
- ¿El dolor se irradia?
- ¿Cómo comenzó el dolor (súbito vs gradual)? ¿Cuánto tiempo ha tenido el dolor?
- ¿Qué estaba haciendo cuando empezó el dolor?
- En una escala de 0-10, qué tan grave es el dolor?
- ¿Hay algo que mejore o empeore el dolor?
- ¿Ha tenido el dolor antes?
- ¿El dolor se acompaña de otros síntomas?

Abdomen Agudo Inflamatorio Examen Físico

Apariencia General

Enfermo vs no enfermo
Ambulatorio vs inmobilizado

Signos Vitales

Estable vs inestable

Examen Abdominal

Inspección (ictericia, masas, equimosis)
Auscultación (sonidos intestinales, ausencia)
Palpación (sensibilidad, dolor, rebote, masas)
Percusión (masas, líquido)

Examen Extra-abdominal

Examen Genital
Examen rectal

Abdomen Agudo Inflamatorio Diagnóstico Laboratorio

- Biometría Hemática
- EMO
- BHCG
- Amilasa/Lipasa

Abdomen Agudo Inflamatorio Diagnóstico Imagen

- Radiografía de abdomen
- Ultrasonido
- Tomografía computarizada.

Abdomen Agudo Inflamatorio Radiografía de Abdomen

VENTAJAS

- Rápido
- Fácil
- No invasiva
- Menor costo
- Se puede hacer junto a paciente
- Ayuda a tomar decisiones en ciertos estados de enfermedad

DESVENTAJAS

- Sólo es útil en determinadas circunstancias
- Bajo rendimiento
- Radiación.
- Difícil de posicionar los pacientes enfermos.



Abdomen Agudo Inflamatorio Ultrasonido de Abdomen

VENTAJAS

- Rápido
- Fácil
- No invasivo
- Bajo costo
- Se puede hacer junto al paciente
- No radiación
- Especifico para ciertas patologías.

DESVENTAJAS

- Operador dependiente
- Limitado por gas intestinal y masa corporal



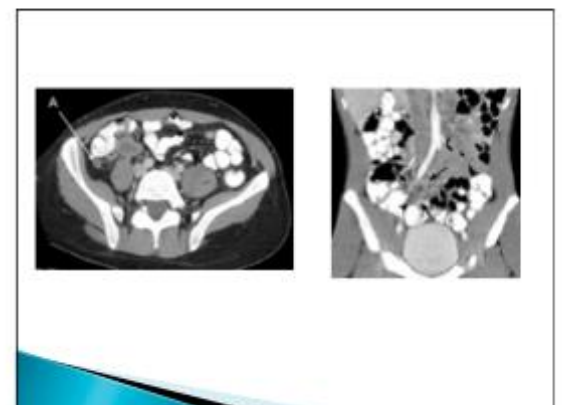
Abdomen Agudo Inflamatorio Tomografía de Abdomen

VENTAJAS

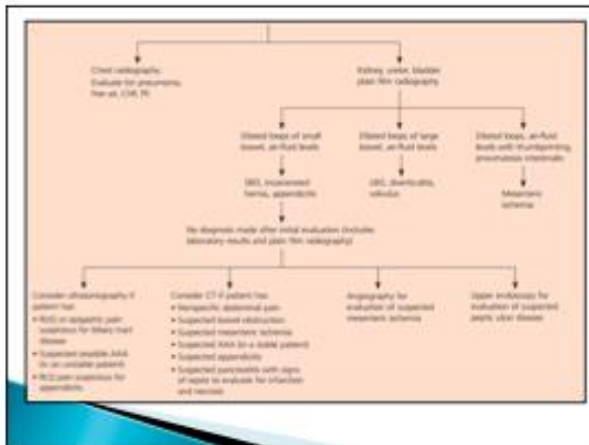
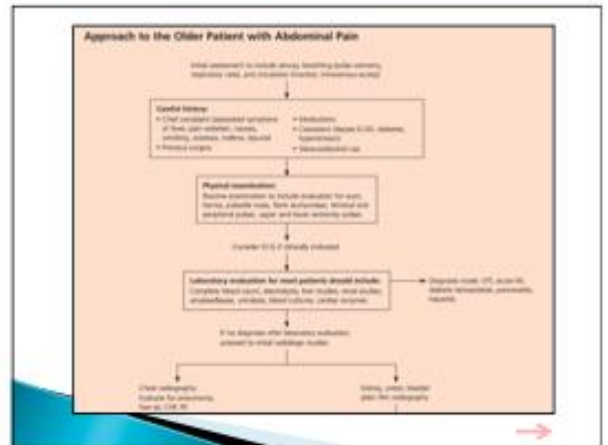
- Buen diagnóstico para la mayoría de los procesos.
- Examen de alto rendimiento.
- Ayuda con múltiples diagnósticos.

DESVENTAJAS

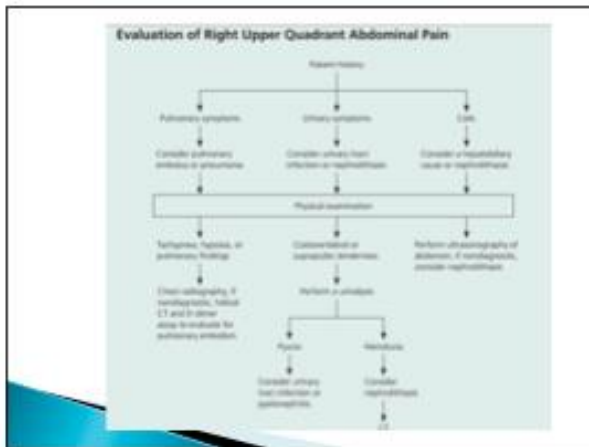
- Tiempo
- Costo
- Radiación
- Exposición de contraste (por contraste IV).
- El paciente debe ser estable para ir a la TAC.



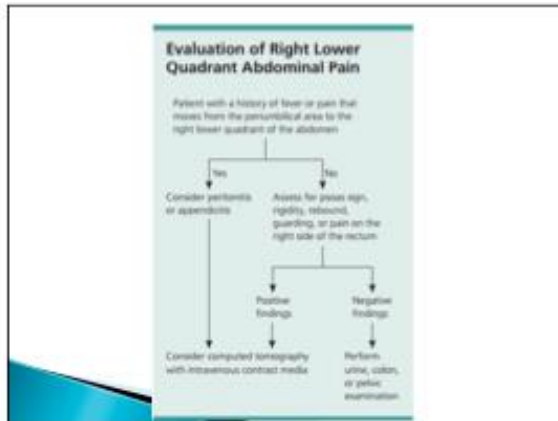
MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL EN EL ADULTO MAYOR



MANEJO DE DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO



MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO



IV CURSO LINEAMIENTOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Tema de exposición: Abdomen Agudo y Dolor Abdominal en paciente inmunodeprimido

Aval: Universidad de las Americas

Fecha: 10 al 15 de marzo de 2014

RESUMEN DEL TEMA

Se consideran poblaciones especiales a los pacientes adultos mayores, inmunodeprimidos y mujeres por el espectro de enfermedades que se presentan en poblaciones y las particulares que requieren para su estudio.

El dolor en mujeres suele estar relacionado a patología útero ovárico, siendo más frecuente los quistes, miomas, abscesos tubo ováricos y endometriosis. En mujeres en edad fértil también se deberán descartar patología al embarazo, embarazo ectópico y aborto.

Los pacientes ancianos suelen representar un reto diagnóstico, por la diversidad de presentación de una enfermedad, con aumento de frecuencia de patología urinaria y diverticular. La historia de enfermedad suele tener dificultad y es una población que presenta complicaciones con mayor frecuencia.

Los pacientes inmunodeprimidos representan un grupo heterogéneo que incluye a aquellos que reciben quimioterapia, corticos esteroides, post trasplantados y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Las posibles causas de dolor en estos pacientes incluirán infecciones oportunistas, causas iatrogénicas y complicaciones relacionadas a su enfermedad de base.

JUSTIFICACIÓN

Las poblaciones especiales son un grupo poblacional importante, que requieren un estudio más exhaustivo y riguroso de sus dolencias, al igual que una alta sospecha de patologías poco frecuentes en otros grupos poblaciones, por esta razón se decidió abordar el tema durante esta conferencia.

IV CURSO LINEAMIENTOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Confiere el presente Certificado

A: *Dr. Andrés Moreno*

Por haber participado en calidad de EXPOSITOR
Tema: "Abdomen Agudo y Dolor abdominal en paciente inmuno -
deprimido", en el evento realizado en la ciudad de Quito en el Módulo
(I) del 10 al 15 de Febrero del 2014 y en el Módulo (II) del 10 al 15 de
Marzo del 2014.

DURACIÓN: 120 HORAS

Quito, 15 de marzo del 2014

Alfredo Borrero
Dr. Alfredo Borrero

DECANO GENERAL DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Raúl Jarvis
Dr. Raúl Jarvis

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Mónica Lana
Mgs. Lic. Mónica Lana Moreno

DIRECTORA ACADÉMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Rubén Buchelli Terán
Dr. Rubén Buchelli Terán

DIRECTOR MÉDICO
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

Mauricio Gaibor V.
Dr. Mauricio Gaibor V.

JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y OBSERVACIÓN
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN



Ministerio
de Salud Pública



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO SOCIAL



DIAPOSITIVAS

DOLOR ABDOMINAL EN POBLACIONES ESPECIALES

Andrés Moreno Md.
B3 Postgrado de Cirugía General-HCAM

Definición

- Pacientes en quienes por sus características propias presentan un espectro de causas de dolor abdominales distintas a la población general.
- Ancianos, inmunodeprimido y mujeres

Carterright, S.L. & Knudson, M.P., 2008. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *American family physician*, 77(7), pp.971-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18441863>.

Paciente Anciano o con fragilidad

Bajo riesgo, signos vitales estables comorbilidades limitadas

Considerara infecciones urinarias y diverticulitis

Evaluación general para dolor abdominal

Alto riesgo, signos vitales anormales o múltiples comorbilidades

Considere sepsis, perforación intestinal e isquemia mesentérica

Tomografía Abdomen / Hospitalización

Carterright, S.L. & Knudson, M.P., 2008. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *American family physician*, 77(7), pp.971-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18441863>.

Adultos Mayores

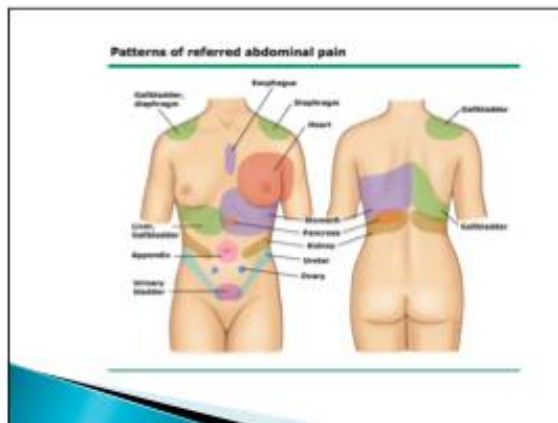
- No presentan signos ni síntomas característicos
- Pruebas diagnósticas no concluyentes
- No se distingue dolor que requiere cirugía inmediata (enmascaramiento)
- Las más comunes enfermedad del tracto biliar y obstrucción

Causas de Dolor Abdominal en Adultos Mayores

- Apendicitis Aguda
- Isquemia Mesentérica
- Aneurisma de aorta
- Diverticulitis
- Obstrucción intestinal

Dolor Abdominal en Mujer

- Dolor pélvico es una causa frecuente de dolor en mujeres en edad reproductiva
- El dolor pélvico puede ser debido a causas agudas o crónicas
- Muchas de las causas de dolor abdominal en mujeres pueden deberse a causas relacionadas con la fecundación



Causas de Dolor Abdominal en Mujeres

- › Enfermedad pélvica inflamatoria
- › Quistes ováricos
- › Torsión quiste ovárico
- › Ruptura de quiste ovárico
- › Embarazo ectópico
- › Aborto
- › Endometritis
- › Torsión de leiomiomas

MANEJO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Table 1 Classification of immune compromised patients.

Mild-to-moderate immunocompromise	Elderly
	Malnourished
	Diabetes
	Uraemia
	Steroid medication
	Malignancy (not on chemotherapy)
Severe immunocompromise	Post-transplant (maintenance immunosuppressive therapy)
	AIDS (CD4+ count >200/mm ³)
	AIDS (CD4+ count <200/mm ³)
	Malignancy (induction chemotherapy/ neutrophil count <1000/mm ³)
	Post-transplant (high dose immunosuppressive therapy)

Spencer P. The acute Abdomen in the immune compromised host. *Cancer Medicine* (2008) 8, 93-101

Pacientes con VIH

- › Síntomas hepato-biliares y gastrointestinales son comunes en pacientes con VIH/SIDA
- › La frecuencia de dolor abdominal en pacientes con VIH/SIDA es desconocida
- › Requiere múltiples pruebas diagnósticas


Differential diagnosis of abdominal pain in AIDS

Organ	Causes
Intestine	CMV, cryptosporidium, H. pylori
Colon/ileum	CMV, isosporidiosis
Small intestine	Cryptosporidium, CMV, lymphoma, MAC
Pancreas	Lymphoma, KS, CMV
Small bowel	
Esophagus	Cryptosporidium, CMV, MAC
Stomach	Lymphoma, KS
Pancreas	CMV, lymphoma
Liver	
Liver	CMV, HIV, tuberculosis, histoplasma
Gallbladder	Lymphoma, KS, histoplasmosis
Pancreas	CMV, lymphoma, HIV
Spleen	HIV, cryptosporidium, CMV
Spleen	
Prostate	HIV, bacteria, CMV
Tumor	KS, lymphoma, carcinoma
Uterus, ovary	
Infection	Lymphoma, CMV, MAC
Biliary tract	
Cholecystitis	CMV, cryptosporidium, KS
Cholangitis	CMV, cryptosporidium, KS, histoplasma, CMV
Pancreas	
Inflammation	CMV, KS, paraneoplastic, BSI
Tumor	Lymphoma, KS
Secondary pathologic	
Diagnosis	MAC, histoplasma, KS, lymphoma, histoplasmosis, tuberculosis, toxoplasmosis, cryptococcosis

From Proprietary

Table 2 Causes of the acute abdomen in the immune compromised patient

Opportunistic	Pneumocystis carinii
Infection	Toxoplasma gondii, cryptosporidium, CMV, histoplasma, MAC, cryptococcus, candida
Microbial agents	Mycobacterium avium
Adjuvant etiologies	Chlamydia pneumoniae
Secondary abdomen - opportunistic	Herpes zoster virus
Treatment related condition	Acute abdomen - sulfamethoxazole trimethoprim drug
	Resection - colorectal
	Intestinal wall disease - HIV
	Reperfusion necrotic disease - chemotherapy agent
	Reoperation of previously inflammatory bowel disease
Complications of chronic pathology	Small perforation
Drug related illness	Small perforation/colitis
Complications of immunosuppression	Small perforation/colitis
Diagnosis	Small perforation/colitis
Management	Small perforation/colitis
Prognosis	Small perforation/colitis



Spencer P. The acute Abdomen in the immune compromised host. Cancer Imaging (2008) 8, 93-101