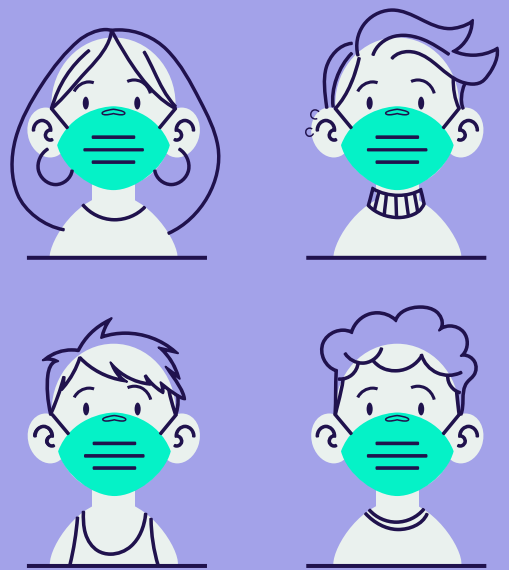


ROTACIÓN VIRTUAL DE CIRUGÍA GENERAL



SEMANA I

Estudiante Ana Gabriela Cedeño

8-939-2339

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020

Rotación Sala de Cardiología 9:00 am:

Paciente masculino de 63 años con un día de evolución de **dolor precordial** irradiado a espalda, cuello y asociado a **sincope** #3 trasladado del Hospital Nicolas Solano para ANGIOCAT.

Antecedentes: hipertensión arterial, niega alergias, niega antecedente quirúrgicos, diabético. Alcohol y tabaco positivos, niega drogas.

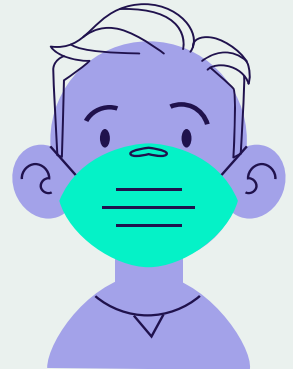
Laboratorios: HGB 10,5. HCT 35, creatinina 1,8.

EKG: infarto en cara diafragmática (II,III,avF), pobre regresión de onda R en v1, v2, v3.

Diagnósticos: disección aortica Stanford A, aneurisma de aorta ascendente, hipertensión arterial.

En radiografía de tórax: tráquea desviada, mediastino ensanchado, calcificaciones en aorta, cardiomegalia grado 3.

1



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020

Rotación Sala de Cardiología 9:00 am:

En CAT: calcificaciones, tráquea desviada, aneurisma de la aorta ascendente que involucra el cayado, no se ve sangre.

Se programa cirugía de reemplazo de aorta ascendente con circulación extracorpórea 17/11.

Sala UCI 4 9:39 am:

Paciente masculino con lesión traqueoesofágica cervical por **herida de arma de fuego** el proyectil no tuvo salida (el proyectil se encuentra alojado en el pectoral del paciente), fue llevado a SOP y se le realizó una **traqueostomía**, actualmente se mantiene con ventilación mecánica, además presenta **contusión pulmonar** en ápice derecho, lo que generó un **hemotórax** y se le colocó un tubo pleural hoy.

Signos vitales estables, actualmente en ventilación mecánica y sedado. Actualmente con fentanyl y midazolam.

Orden: Rx. AP tórax en cama

2



Ensanchamiento mediastinal es significativo > 8 cm.
Disección aórtica Stanford A: afecta la aorta ascendente.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020



340 cc de drenaje
serosanguinolento,
no oscila con la
ventilación



Rx de Tórax: proyectil
en pectoral derecho,
contusión pulmonar en
ápice derecho



Material
serosanguinolento

3



Paciente de 42 años admitido el 13/11 a cargo de neurocirugía por poli trauma por **precipitación del 5to piso**, **hemotórax derecho**, **hematoma subdural** agudo que fue descomprimido el 13/11, **múltiples fracturas** costales y fractura clavicular derecha. Se le colocó un tubo pleural por toracotomía cerrada del lado derecho.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020



750 cc de material serosanguinolento, no oscilina con la ventilación



Rx de Tórax: múltiples fracturas costales, clavícula derecha, liquido libre en ángulo costo diafragmático izquierdo.

Finalizó visita en HST y pasamos al hospital Susana Jones.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020

Luego pasamos con el Dr. Cárdenas y la Dra. Avilés nos dio una introducción de la sala de operaciones en el hospital Susana Jones, posteriormente vimos una colecistectomía laparoscópica.



Nos mostró la preparación del material quirúrgico.



Nos mostró la preparación del material quirúrgico.



Todo quirófano debe tener un área de secretaría para poder realizar la organización de la cirugía.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina NP de 28 años la cual ha sido programada de manera electiva para realizar una colecistectomía laparoscópica.

No sufre de ninguna patología conocida, antecedente de 3 partos naturales.

Luego del último parto presentó el cuadro clínico el 16/8 con **dolor en epigastrio** que se irradió al hipocondrio derecho y acudió a urgencias en una policlínica donde se le maneja el dolor y recuperó solo con analgesia.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020

El 28/10 inicia con **dolor nuevamente en hipocondrio derecho**, acude a una institución donde se le realizaron exámenes y tenía elevación de transaminasas y en el USG se presenciaba **engrosamiento de la pared de la vesícula y abundantes litos**. Fue hospitalizada para el manejo del dolor, mejoro y el día de hoy se le realiza la cirugía electiva.

PROCEDIMIENTO

Esta consta la colocación de trocares para poder realizarla de manera laparoscópica, se espera que tenga una buena recuperación y muchas menos comorbilidades que cuando se realizaba de manera abierta.

Para el procedimiento se utilizó la **técnica de Hasson**.

c) Técnica de Hasson

Se hace una incisión con bisturí en el ombligo, aponeurosis y peritoneo hasta entrar en la cavidad, introducir un dedo para liberar las adherencias y valorar que se encuentre libre la cavidad. En este caso ya no es necesario insertar la aguja y se inserta el trocar de 10 mm. en forma directa en el abdomen. Se fija el trocar a la pared con sutura utilizando las salientes que este trocar.

Posteriormente la colocación de trocares:



COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA TECNICA QUIRURGICA

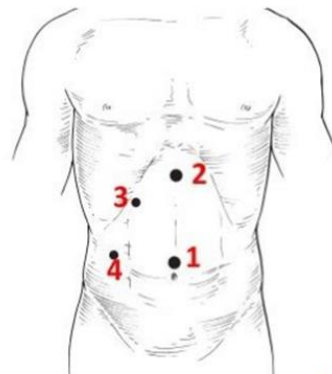
- **1er:** Supraumbilical de 10 mm con/sin óptica 0º o 30º

Inspección e inserción bajo visualización directa

- **2do:** epigástrico de 10 mm
- **3ro:** LMC 2 traveses de dedo bajo reborde costal de 5 mm

Retracción del fondo vesicular

- **4to:** LAA 2 traveses de dedo bajo reborde costal de 5 mm

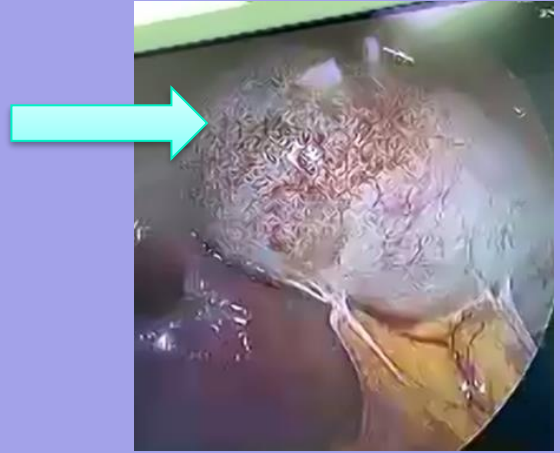


ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020

La vesícula se observaba tensa, el Dr. menciona que esto puede ser por la impactación de cálculos en la vesícula y esto es lo que le causa dolor a la paciente.

El **hidrops vesicular** puede ser una complicación y el líquido se suele observar blanco, este no era el caso de la paciente ya que el líquido vesicular era bilioso.



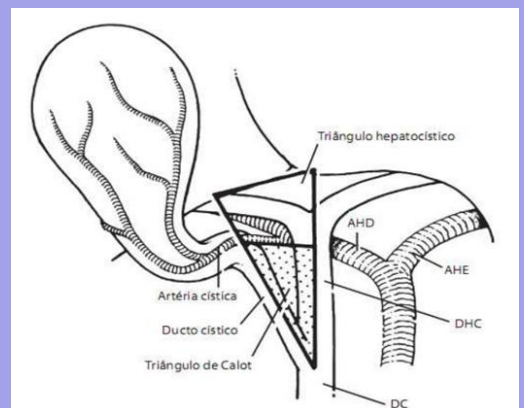
COMPLICACIONES DE LA COLELITIASIS

➤ Hidrops vesicular:

Vesícula dilatada con líquido en su interior por impactación de cálculos en la vesícula



El **triángulo de Calot** contiene la arteria cística que es una rama accesoria de la arteria hepática derecha, por lo que su correcta disección durante el procedimiento quirúrgico de colecistectomía es fundamental para evitar una lesión en el conducto cístico.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA I – 16/II/2020

Una vez se identifican los elementos del triángulo de Calot se procede al control del conducto cístico y arteria cística con clips. Se retira la vesícula y se realizan los últimos pasos para poder realizar el cierre con suturas que eviten la formación de hernias umbilicales.

MANEJO POST QUIRURGICO

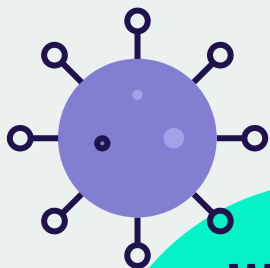
Líquidos claros el día de hoy, mañana dieta blanda y según evolucione se le da salida. En algunos lugares se puede manejar de manera ambulatoria, pero acá se prefiere hospitalizar por lo en corta estancia.



INTERIOR DE VESÍCULA

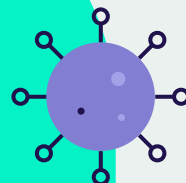


Lugares donde se acumula liquido en la cavidad abdominal: fondo de saco de Douglas y fosa de Morrison (espacio de la cavidad peritoneal, entre la cara inferior del lóbulo derecho hepático y el polo superior del riñón derecho.)



DÍA I – 16/III/2020

WEBINAR: ¿EL COVID-19 ACABARÁ CON EL EXAMEN FÍSICO DE RUTINA?



A las 4 de la tarde, luego de presentar nuestros avances en los trabajos finales de la cátedra tuvimos una sesión de webinar.

El tema era ¿el covid-19 acabará con el examen físico de rutina.

Tantos los expositores como panelistas presentaron una muy buena charla y posteriormente se abrió una sección de preguntas y respuestas tanto de los panelistas como del publico.

Actualmente existen muchas dudas de cómo progresaremos con esta enfermedad, pero tener conversaciones como estas son muy útiles para compartir ideas.

Y ver el lado positivo de esta pandemia, puede que técnicas como la telemedicina que actualmente se aplica mas ampliamente sean estrategias que se sigan utilizando en un futuro.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 2– 17/III/2020

Introducción al Quirófano – Dra. Avilés

- ❑ Toda área de lavado debe tener reloj, porque mínimo debemos lavarnos las manos por 3 minutos.
- ❑ Existen diferentes tipos de cepillos dependiendo del antiséptico que se utilice. Es importante que mujeres que tienen las uñas pintadas utilicen los cepillos para limpiar sus manos adecuadamente.
- ❑ Los lavamanos tienen filtros que permiten que el agua se oxigene más = más limpia.
- ❑ Se prefiere utilizar lavamanos que tengan sensores para activarse en vez de activarse con el pie ya que se desperdicia mucha agua.
- ❑ Los pacientes pueden llegar de manera electiva o de urgencias.
- ❑ A la hora de intubar, si se utiliza una guía, la punta de la guía debe estar 1 cm por dentro, ya que sino se puede perforar la tráquea.



Áreas restringidas: solo personas que trabajaran en el SOP, ropa quirúrgica, gorros, mascarilla, lavado de manos.

Áreas semirestringidas: principalmente son áreas para que el personal del SOP descansen.

Deben utilizar ropa quirúrgica en estas áreas.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 2– 17/III/2020

Introducción al Quirófano – Dra. Avilés



Luz ultravioleta

Monitores

Esta cama es móvil

- ☐ Se procura eliminar esquinas donde se pueda acumular polvo.
- ☐ Entre cada cirugía la camilla y el suelo deben ser esterilizados.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 2– 17/II/2020

Lavado de manos quirúrgico

- Avagard
- Clorhexidina: es el mas utilizado
- Yodo
- Alcoholes
- **Hibiscrub**: mas utilizado al colocar sonda Foley, ya que no irrita tanto el área intima.

No se deben combinar 2 antisépticos.

INSTRUMENTAL BÁSICO

HEMOSTASIA:

1. Hemostasia Fuerte:

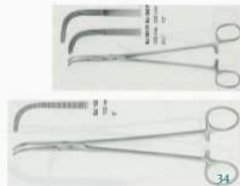
- Pinzas de Rochester Curvas y Rectas de: 160 mm y 200 mm

2. Hemostasia y Tracción:

- Pinzas de Kocher Curvas y Rectas de: 160 mm, 180 mm y 200 mm

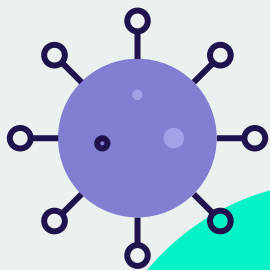
3. Disección y Ligadura:

- Pinzas de Baby – Mixer de: 140 mm y 180 mm
- Pinzas Mixer de: 220 mm y 250 mm
- Pinzas Mixer Pasa - Hilos de: 230 mm



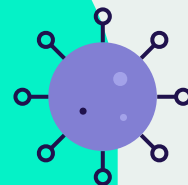
Instrumental quirúrgico





DÍA 2– 17/II/2020

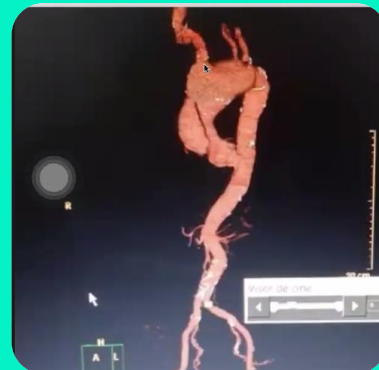
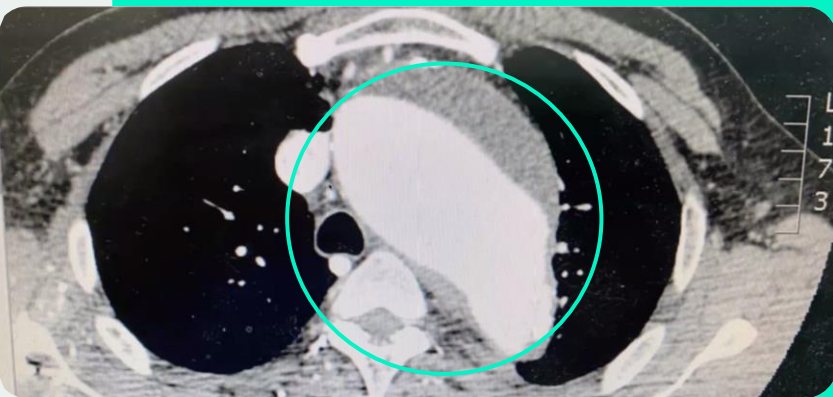
WEBINAR: GENERALIDADES DE LA DISECCIÓN AÓRTICA



- Pacientes típicos de disección aórtica: Masculino de raza negra con crisis hipertensiva y dolor abrupto desgarrante en pecho, o irradiado a abdomen y espalda.
- Las metas del tratamiento son disminuir la PA y la FC.
- El BB que se prefiere es **labetalol**.
- Se diferencia una disección aórtica entre aguda (<14 días) o crónica (>14 días).

Las imágenes corresponden al paciente del día 1.

- Se involucra principalmente el tronco braquiocefálico.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 2– 17/III/2020

Paciente quirúrgico Crítico (paciente en UCI) Casos Clínicos

Carlos Rivera es un paciente de 45 años, después de 60 días de cuarentena por el COVID-19 en su casa, decide irse a comprar "unas pintas". No espera regresar a su casa y decide tomar lo más que pueda en el sitio donde las compro. Combinando cervezas con ron y whisky. Ya en la noche decide volver a casa en su auto.

En el semáforo la luz cambia a rojo y como él se cree un James Bond acelera y no ve el truck aparecerse en la oscuridad. Es impactado por el camión. Su auto da varias vueltas. Algunos mirones lo tratan de sacar del auto, pero les resulta imposible.

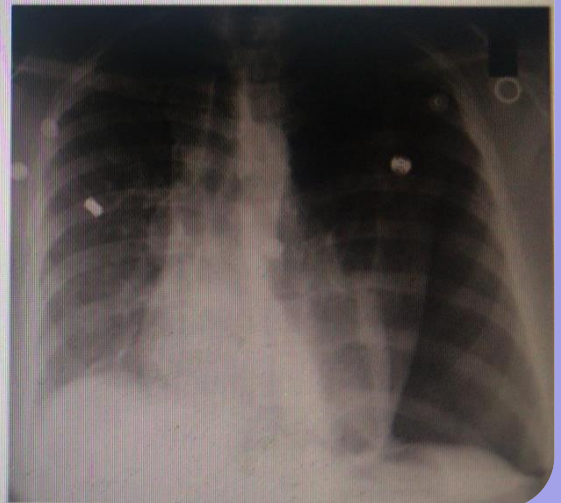
Esperan a llegar a los bomberos para que con la "quijada de la vida" logran cortar los hierros retorcidos y sacarlo de su auto.

Llevándolo en ambulancia al Cuarto de Urgencias

Al llegar al Cuarto de Urgencias presenta FC: 110 PA: 89/58 FR: 38 Sat: 89%
Disnea y dolor en todo el cuerpo, pero mucho más en el hemitórax izquierdo. El abdomen también muy doloroso a la palpación. Hb: 6.0 Hcto: 18%
Lactato: 3.4 Escala de Glasgow: 8

- 2-En la Rx tórax vemos:
- a-Hemotórax derecho
 - b-Hemotórax izquierdo
 - c-Neumotórax derecho
 - d-Neumotórax izquierdo
 - e-Perforación de diafragma Izq.

- 3-Qué se debe hacer de inmediato ?
- a-Tubo pleural derecho
 - b-Tubo pleural izquierdo
 - c-Tubo mediastínico
 - d-Toracotomía izquierda
 - e-Primero intubar al paciente



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

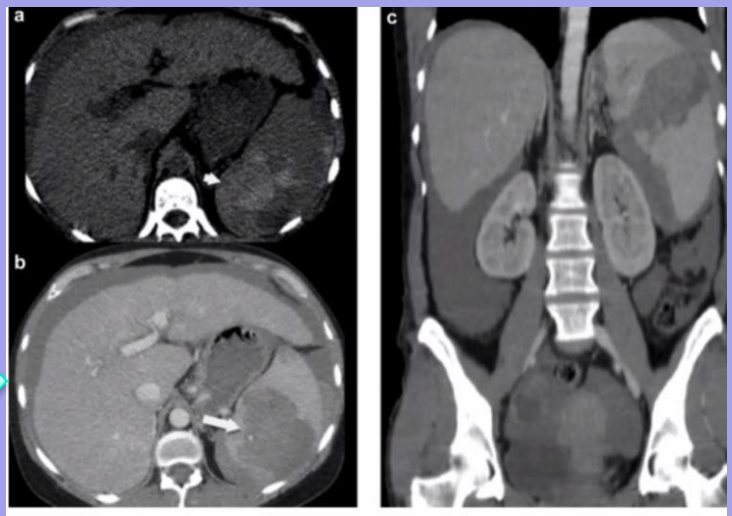
DÍA 2– 17/III/2020

Paciente quirúrgico Crítico (paciente en UCI) Casos Clínicos

Puntos clave de intubación.

- Preoxigenación antes de la intubación: se recomienda en pacientes que tengan una mala saturación.
- Hiperextensión del cuello, se coloca el ambu realizando un buen sello.
- Se seda al paciente.
- Siempre tomar el laringoscopio con la mano izquierda.
- Abrir boca del paciente con la mano derecha lo suficiente para insertar al hoja del laringoscopio sin lesionar los dientes.
- Entra el laringoscopio, una vez vistas las cuerdas vocales se avanza el tubo por el lado derecho de la boca en dirección a las cuerdas vocales
- Cruzar las cuerdas vocales para asegurarse de que el tubo quedo en la tráquea y no en el esófago
- Colocar el tubo traqueal

Hemorragia
intraabdominal

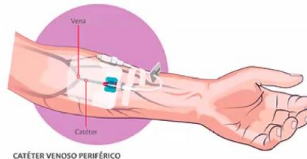


ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

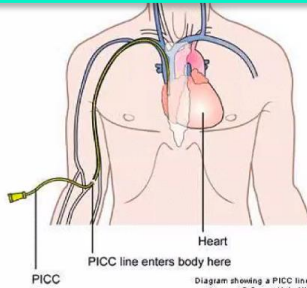
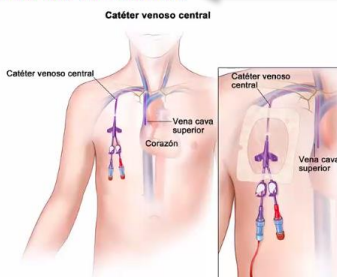
DÍA 2– 17/II/2020

6-El paciente requiere administrar líquidos intravenosos urgente, aproximadamente dos litros. No se ponen de acuerdo entre el cirujano y el urgenciólogo: si usar una vena periférica de gran calibre o un catéter central para administrar líquidos a chorro. Usted que opina?

- a-La longitud es directamente proporcional al flujo
- b-El grosor es inversamente proporcional al flujo
- c-La viscosidad del líquido es directamente proporcional al flujo
- d-Por el catéter periférico puedo pasar norepinefrina para aumentar la presión arterial
- e-Ninguna de las anteriores



CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO



- Entre mas largo el catéter menos velocidad de flujo.
- Entre mas grueso y mas corto el catéter, mayor velocidad de flujo.
- Se prefieren 2 venas periféricas para infundir grandes cantidades de volumen

1. Venoclisis que mas se parece al plasma: Plasma-Lyte
2. ¿Por que se prefiere utilizar cristaloides a coloides?
1. Coloides son mas costosos
2. En los estudios la mortalidad es la misma

Qué venoclisis utilizar:

Trauma: LR

Trauma craneoencefálico: SSN

Quemaduras: LR

Rehidratación: SSN

Hipovolemia: lactato + albúmina

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 2– 17/III/2020

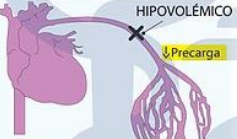
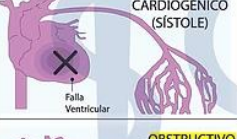
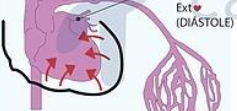
Al paciente se le aplicaron 3 litros de L/R a través de dos gruesos catéteres venosos periféricos colocados en Cuarto de Urgencias donde también es intubado. Se lleva a Cirugía urgente ya que estaba en shock hipovolémico por hemorragia intraabdominal. En la cirugía: 2,000cc de sangre en cavidad por ruptura del bazo – se hizo esplenectomía, revisión completa y lavado de cavidad. Después de 3 horas de cirugía va a UCI

Anuria: < 100cc de orina al día
Oligoanuria: < 500 cc de orina al día

8-Carlos ingresa a UCI con FC: 112 PA: 100/66 Sat: 94% Lactato: 8.9 anúrico Norepinefrina altas dosis, pH: 7.24 PaO₂: 99 HCO₃: 16 PaCO₂: 30

a-Está en preshock
b-Está en shock compensado
c-Está en shock
d-No está en shock
e-Está hipoperfundido

DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

SHOCK → DEFINICIÓN → Hipoperfusión Tisular → Compensación → ↑ Tono Simpático (Taquicardia) ↑ ACTH - Cortisol																		
CLASIFICACIÓN	ETIOLOGÍA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO															
 DISTRIBUTIVO Vasodilatación Generalizada	✓ Sepsis → infección + SOFA  Oliguria  ↑ Bil.  ↓ P.O₂/F.O₂  Glasgow  ↓ PQ  ↓ PAS. ✓ Anafilaxia ✓ Sd Addison ✓ Neurogénico	PA=↑GCx RVP↓ Piel caliente PcP/PVC (N) (N) SECO	* Fluidoterapia (SEPSIS) ① < * Epinefrina (Anafilaxia) * Hidrocortisona (Addison) Shock Séptico NO (F) SI (V) ⇒ Norepinefrina. ↑ Lactato															
 HIPOVOLÉMICO ↓ Precarga	✓ Politraumatizado → Triada Mortal ✓ Gastrointestinal ✓ Renales Clasificación <table><tr><td>FC</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td></tr><tr><td>PA</td><td>N</td><td>N</td><td>↑</td><td>↓</td></tr><tr><td>Sensorio</td><td>N</td><td>N</td><td>Ansioso</td><td>Confuso</td></tr></table> ✓ Hipotermia ✓ Coagulopatía ✓ Acidosis	FC	I	II	III	IV	PA	N	N	↑	↓	Sensorio	N	N	Ansioso	Confuso	PA=↓GC x ↑RVP Piel Fría PcP/PVC (N) (N)	1) Fluidoterapia → Mantener VAEfect CI Na 0.9 % → 2 Lt chorro 10-20 ml/Kg 2) Hb<7 → PG Hb<9 (IMA) ← 3) PFC: alteración perfil coagulación
FC	I	II	III	IV														
PA	N	N	↑	↓														
Sensorio	N	N	Ansioso	Confuso														
 CARDIOGÉNICO (SÍSTOLE) Falla Ventricular	✓ IMA ✓ Arritmias ✓ Valvulopatías. ✓ Mio Necrosis >40% Vlnq	PA=↓GC x ↑RVP Piel Fría PcP PVC ↑↑ ↑ Créptilos Pulmón HÚMEDO	1) Amino Simpaticomiméticas Dopamina / Dobutamina / Norepinefrina 2) Balón Intraaórtico de contrapulsación															
 OBSTRUCTIVO Extorción (DIÁSTOLE)	✓ Taponamiento AGUDO: 250ml CRÓNICO: 2Lt ✓ Neumotorax a tensión ✓ TEP → Masivo (>50% Circulación Pulmonar)	PA=↓GC x ↑RVP Piel Fría PcP PVC ↑ ↑↑ Congestión Sistémica HÚMEDO	1) ETIOLÓGICO - Pericardiocentesis - Toracostomía - Anticoagulación															

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 2– 17/III/2020

9-Carlos logra reanimarse adecuadamente de su estado de shock FC: 90 PA: 120/68 FR: 19 SatO₂: 100% Sin vasopresores y sin ventilación mecánica.

Sin embargo, 4 días después presenta distensión abdominal y dolor: FC: 100 FR: 26 GB: 14,000 T: 38.5 °C PA: 93/50 PAM: 64 Cuál es la correcta:

- a-Tiene 4 criterios de SIRS
- b-Tiene 3 criterios de qSOFA
- ☒ c-Esta en shock séptico
- d-SIRS tiene baja sensibilidad y alta especificidad
- e-qSOFA tiene alta sensibilidad y baja especificidad
- f-El qSOFA reemplaza al SIRS

C es la mejor respuesta.

A: si llena criterios SIRS

B: no tenemos datos del estado mental, por lo que solo llena 2 criterios qSOFA

D: es inverso

E: es inverso

F: es controversial

CRITERIOS SIRS

Temperatura: $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$

Frecuencia respiratoria: >20 rpm o $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg

Frecuencia cardíaca: >90 cpm

Glóbulos blancos: $>12.000/\text{mm}^3$ o $<4.000/\text{mm}^3$

Nota: se define SIRS por la presencia de dos o más de estos criterios

MANEJO EN LA PRIMERA HORA DE UN PACIENTE CON SEPSIS

1. Signos vitales
2. Medir nivel de lactato
3. Obtener hemocultivos antes de administrar antibióticos
4. Administrar antibióticos de amplio espectro
5. Administrar líquidos: 30 ml/Kg
6. Aplicar vasopresores por hipotensión que no mejore con líquidos

SEPSIS _{3.0} & qSOFA

Criterio: INFECCIÓN
+ presencia de 2 o más puntos de la escala qSOFA

1 Alteración del nivel de conciencia
Escala Glasgow ≤ 13 puntos

2 Tensión arterial sistólica
 ≤ 100 mmHg

3 Frecuencia respiratoria
 ≥ 22 rpm



Ubicua ENES

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

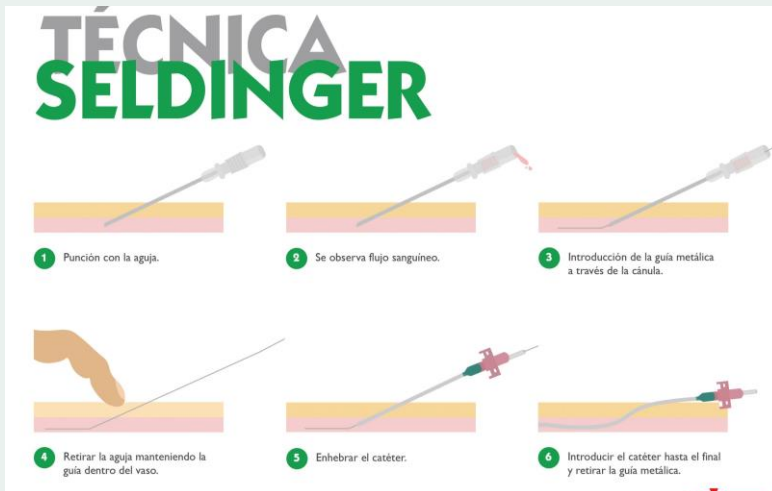
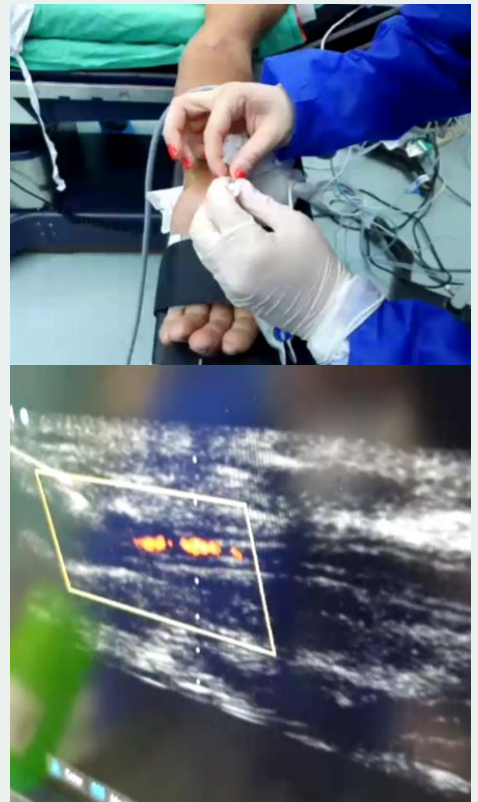
DÍA 3– 18/II/2020

Anestesia General – Dr. Ramboa

El Dr. compartió con nosotros desde el SOP el monitoreo y anestesia general para paciente que iba a ser intervenido por una disección aortica.

Signos vitales: PA 117/72 Saturación 94%

Estaban colocando un catéter en la arteria radial posterior con la **técnica de Seldinger**.



Para línea arterial se prefieren la arteria radial, femoral y pedia. La femoral se utiliza menos porque hay mayor riesgo de contaminación.

Se le colocó en la frente al paciente un sensor de índice biespectral que sirve para monitorizar el grado de profundidad de la anestesia.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 3– 18/II/2020

Anestesia General – Dr. Ramboa

Se utilizó [midazolam](#) para anestesiarse al paciente. Su BIS en ese momento era de 98 y es necesario que baje entre 40-60.



Monitoreo del paciente



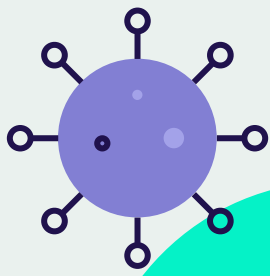
Interpretación clínica de valores del BIS.



Además tenía [remifentanil](#) a infusión el cual es un opioide muy potente. Luego se le administro un relajante muscular.

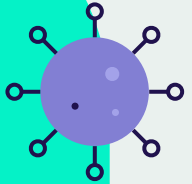
Se intubó al paciente utilizando un video laringoscopio.





DÍA 3– 18/II/2020

WEBINAR: MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA



Clasificación de Hinchey modificada es un sistema para la estadificación de la diverticulitis aguda.

Hinchey	Hinchey modificada
I Absceso o flegmón pericólico	0 Diverticulitis clínica leve Ia Pared colónica engrosada/Inflamación pericólica confinada Ib Absceso pericólico pequeño confinado (<5cm)
II Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal	II Absceso pélvico, intraabdominal distante, o retroperitoneal
III Peritonitis purulenta generalizada	III Peritonitis purulenta generalizada
IV Peritonitis fecaloidea	IV Peritonitis fecaloidea

Hinchey 1: manejo ambulatorio y seguimiento, antibióticos, cambios en la dieta.

Hinchey 2-4: Pueden requerir drenaje percutáneo del absceso y manejo con antibióticos; sin embargo si el paciente presenta defensa abdominal al examen físico, deterioro del estado general o si no hay un radiólogo intervencionista para realizar el drenaje percutáneo se requiere un abordaje quirúrgico.

La primera línea para el tratamiento de la diverticulitis aguda es el uso de antibióticos, no el manejo quirúrgico.

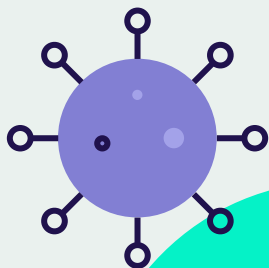


Generalidades de la Diverticulitis Aguda

Melvin A. Underwood

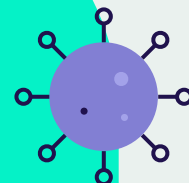
MANEJO QUIRÚRGICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

Por: María Cristina Urriola
Xº Semestre



DÍA 3– 18/II/2020

WEBINAR: MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA



Abordaje quirúrgico

DIVERTICULITIS COMPLICADA: ABSCESO

Cirugía programada: 6 semanas del drenaje / recuperado de infección

Extirpar: sigma dañado/ anastomosis (colon descendente y recto)

Extirpar todo colon engrosado/ incorporar recto no inflamado al cabo distal de anastomosis

Causas recidivas después de sigmoidectomía: extirpación incompleta

Movilizar recto más de 2cm por debajo del promontorio sacro

Divertículos en todo el colon: reseca colon engrosado y frágil (sigma)



Hemicolectomía derecha



Hemicolectomía izquierda



Hemicolectomía transversal



Sigmoidectomía

Complicaciones que requieren cirugía:

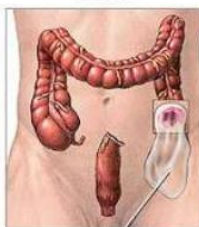
- ☐ Hemorragias
- ☐ Obstrucción
- ☐ Perforación
- ☐ Shock séptico
- ☐ Fístula colovesical

Procedimiento de Hartmann

Antes



Después



Bolsa para colostomía

- 1er. Tiempo: resección electiva de colon sigmoideo, cierre del muñón distal en posición subperitoneal y colostomía ilíaca.
- 2do. Tiempo: reconstrucción del tracto digestivo.

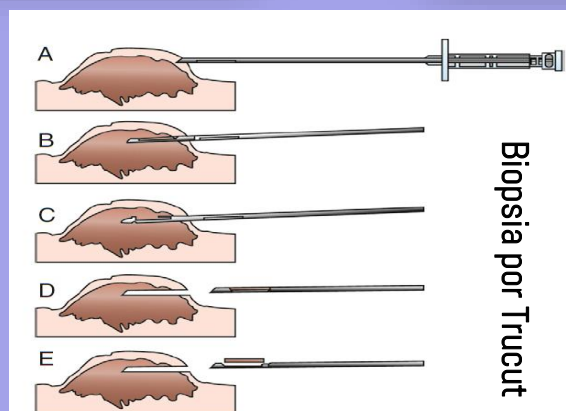
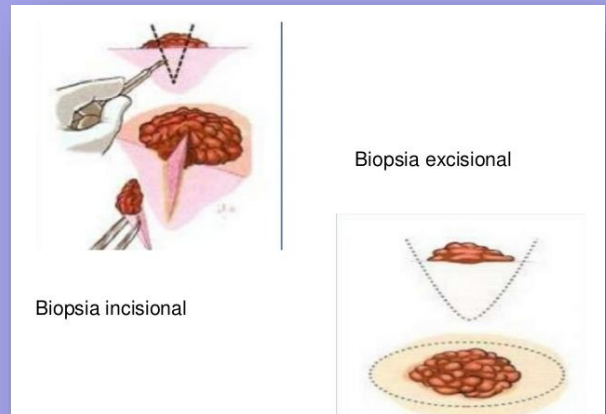
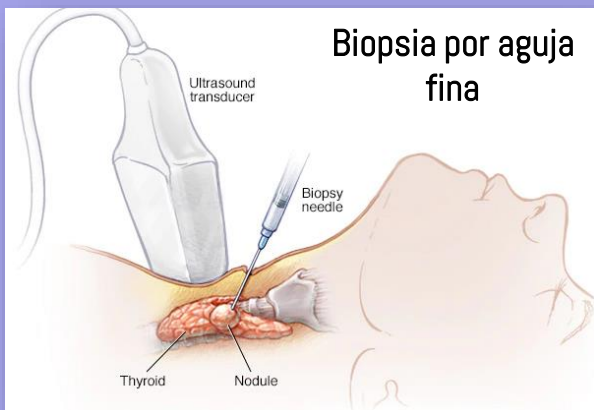
ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 3– 18/II/2020

Cirugía Oncológica– Dr. Cukier

Rol diagnóstico

- ☐ **Biopsia por aguja:** diseñada para obtener células, las agujas son entre 20-26 Fr. Ej: biopsias de nódulos tiroideos.
- ☐ **Biopsia por Trucut:** las agujas son < 19 Fr.
De preferencia se deben utilizar agujas gruesas para obtener biopsias.
- ☐ **Biopsia incisional:** se extirpa un fragmento de la lesión. No es recomendable. Se reservan para casos cutáneos especiales.
- ☐ **Biopsia excisional:** se extirpa la lesión completa. Recomendado. Se deben eliminar la lesión de 1 a 3 mm de tejido sano.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 3– 18/II/2020

Cirugía Oncológica– Dr. Cukier

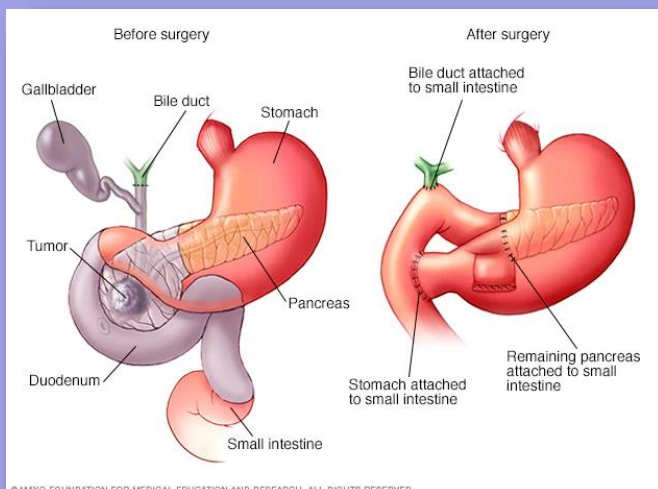
Rol diagnostico

Resección: es cuando se remueve un órgano con fines curativos.

- ❑ **Local amplia o completa:** remover un tumor con tejido sano alrededor (la extensión del tejido sano depende del órgano). Ej: mama 1 cm, colon 2 a 3 cm distales y 5 cm proximales.
- ❑ **Radical:** se remueve el órgano + tejido sano alrededor + otra estructura (CA gástrico: estomago, tejido sano adyacente y esplenectomía / CA mama: mama + tejido sano adyacente + musculo pectoral)
- ❑ **En Bloc:** algo esta diseñado para ser removido de manera multivisceral. Ej: cirugía de Whipple.

Citología de fluidos: similar a la aspiración por aguja fina. Se obtienen las células malignas y se identifican sin necesitar una biopsia del órgano.

Cirugía de Whipple



Resección local amplia



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 3– 18/II/2020

Cirugía Oncológica– Dr. Cukier

Intervención con intento curativo

La resección quirúrgica es la piedra angular de intento curativo en tumores solidos.

• Márgenes de resección

- R0: márgenes microscópicos negativos
- R1: márgenes microscópicos positivos
- R2: márgenes macroscópicos positivos (tumor residual)

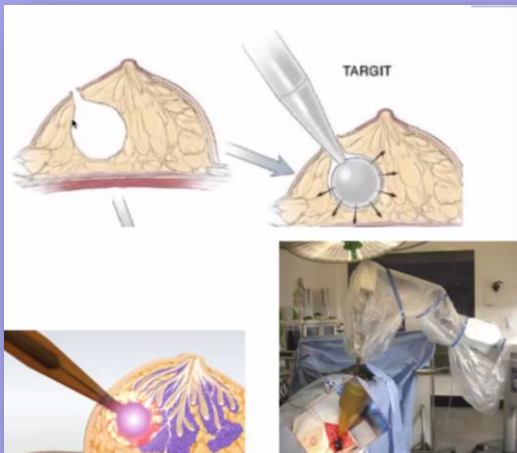
R0 y R1 son reportes de patología

R1: existen células malignas en los bordes.

R2: durante la operación no se pudo quitar todo el tumor (px se inestabilizó, mucho sangrado etc)

Radioterapia intraoperatoria

- CA de mama: se administra radioterapia después de realizar la resección, evita al toxicidad de radiar la cavidad torácica ya que es localizada. Solo requiere 1 sesión en quirófano a diferencia de la radioterapia externa.



ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 3– 18/II/2020

Cirugía Oncológica– Dr. Cukier

Tratamientos combinados

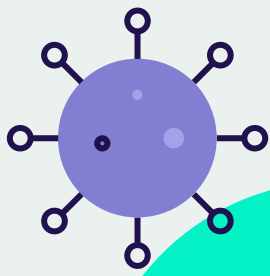


- Radioterapia Intraoperatoria
 - Cáncer de mama
 - Cáncer de recto
 - Sarcomas retroperitoneales
- Quimioterapia intraperitoneal (HIPEC)
 - Carcinomatosis (ca de colon)
 - Mesoteliomas
- Infusión/Perfusión de Qt en extremidades
 - Melanoma

Citoreducción: tiene un rol de ofrecer beneficios oncológicos al paciente, no es lo usual ya que lo mas común es remover toda el área maligna, pero en escenarios como CA anaplásicos de tiroides puede ser utilizado.

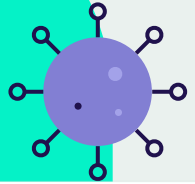
Resección de enfermedad metastásica: CA de colon, hay un 50% de probabilidad de que cuando este hace metástasis al hígado, este sea su único sitio de metástasis; aun no se sabe por que.

Procedimientos paliativos: en pacientes donde la causa directa de mortalidad no es el cáncer, sino la infiltración de un órgano vital, obstrucciones intestinales etc. donde los procedimientos que se hacen no son curativos, sino para ofrecerles una mejor calidad de vida.



DÍA 4– 19/II/2020

WEBINAR: CIRUGÍA DE WHIPPLE, INDICACIONES Y COMPLICACIONES

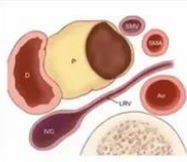
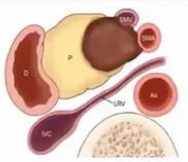
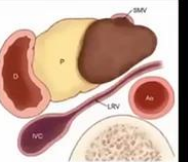


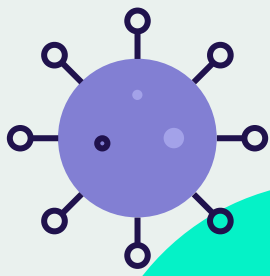
Indicaciones

- ☐ Adenocarcinoma de páncreas, la indicación más común, pues es la malignidad más común en el páncreas
- ☐ NETs de páncreas, que son menos comunes, pero pueden tener un curso impredecible
- ☐ Adenocarcinoma duodenal
- ☐ Carcinomas del conducto biliar distal y ampolla de Vater
- ☐ Pancreatitis crónica con masa inflamatoria en la cabeza del páncreas
- ☐ Traumatismo pancreático severo

Resección

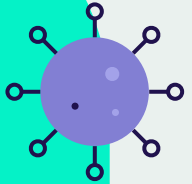
- ✓ Transección de la arteria gastroduodenal y el conducto hepático común
- ✓ Disección de la parte anterior de la vena porta, creando un túnel entre el cuello del páncreas y la vena porta, y de la vesícula biliar.
- ✓ Transección del antro del estómago (o el duodeno, 1 cm del píloro en la Whipple modificada)
- ✓ Transección del yeyuno, distal del ligamento de Treitz
- ✓ Transección del cuello del páncreas, deparándolo de la vena mesentérica superior y luego de la arteria mesentérica superior

GRADOS DE RESECABILIDAD PARA EL ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO		
 Resectable Imagen 1	 Borderline Resectable Imagen 2	 Locally Advanced Imagen 3
A- Localizado y resecable		
B- Resecable límite (Borderline Resectable)		
C- Irresecable (Contraindicado):		
Metástasis a distancia		
Recubrimiento tumoral de SMA más de 180 grados		
Compromiso de Vena cava inferior		
Compromiso aórtico		
Vena mesentérica superior irreparable u oclusión de vena portal		



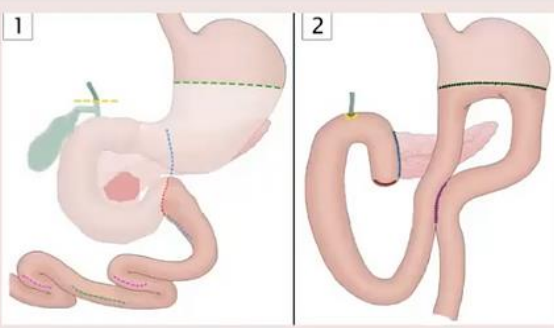
DÍA 4– 19/II/2020

WEBINAR: CIRUGÍA DE WHIPPLE, INDICACIONES Y COMPLICACIONES



Reconstrucción

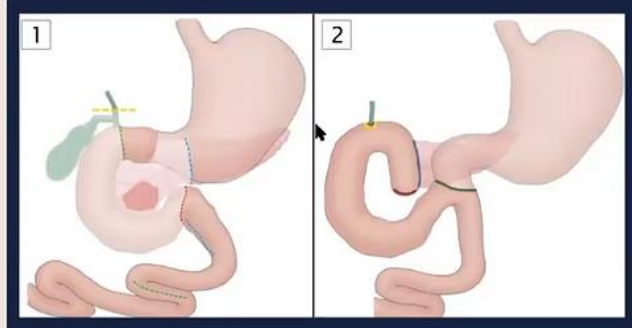
WHIPPLE CLÁSICA



Anastomosis:

1. gastroyeyunostomia
2. pancreaticoyeyunostomia
3. hepaticoyeyunostomia
4. enteroenterostomía

WHIPPLE MODIFICADA



Anastomosis:

1. Duodenectomía parcial -> duodenoyeyunostomia
2. Terminación ciega del yeyuno proximal
3. pancreaticoyeyunostomia
4. hepaticoyeyunostomia

La mortalidad postoperatoria oscila entre el 30% y el 60%, dependiendo de la técnica usada y de la condición del paciente.

Complicaciones

La **fístula pancreática** se considera tal cuando hay salida de líquido con concentraciones de amilasas 3 veces superiores al normal, a través del drenaje. Su gravedad debe ser evaluada a través de un CT contrastado.

Retraso del vaciamiento gástrico

Se da por la inflamación de la pared gástrica en el sitio de resección y por la denervación vagal.

Hemorragia postoperatoria

Pancreatitis postoperatoria

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

DÍA 4– 19/II/2020

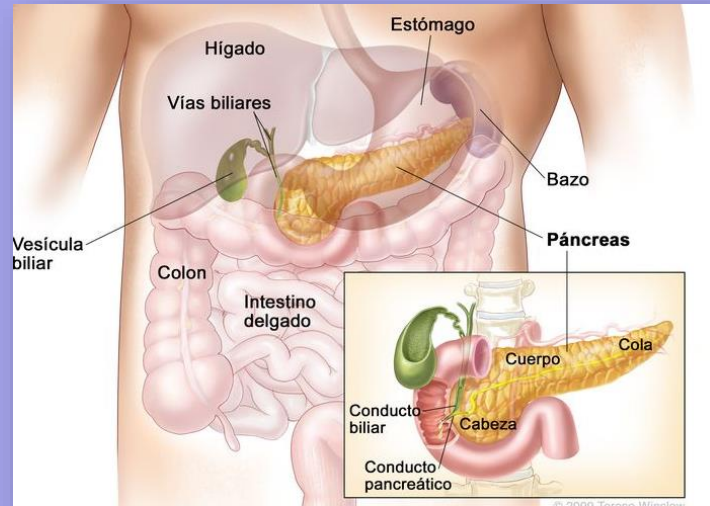
Tumores de Páncreas– Dra. Avilés

Los tumores se dividen dependiendo de su localización. Se pueden dividir en tumores de cabeza y tumores de cola de páncreas.

Se pueden clasificar en:

- Tumores de la células de los islotes
- Tumores neuroendocrinos
- Tumores acinares (páncreas exocrino)

El adenocarcinoma ductal es el más frecuente de los tumores malignos del páncreas.



Síntomas mas comunes

- ☐ Ictericia
- ☐ Acolia, coluria
- ☐ Dolor de espalda (en cinturón)
- ☐ Dolor en epigastrio
- ☐ Nauseas
- ☐ Perdida de peso

TABLA I

VARIANTES HISTOLÓGICAS DEL CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO

1. Adenocarcinoma pancreático (90%)
2. Tumores pancreáticos quísticos:
 - Cistoadenocarcinoma mucinoso
 - Cistoadenocarcinoma seroso
 - Tumor pseudopapilar sólido
3. Tumores neuroendocrinos enteropancreáticos
4. Linfomas
5. Metástasis de otros tumores sólidos:
 - Cáncer de mama; cáncer de pulmón y melanomas

- Ca 19-9 es marcador tumoral para cáncer de páncreas
- Aún en estadio 0, la mortalidad a 5 años es alta.
- El 10% de los tumores de páncreas son benignos o neuroendocrinos malignos
- Cuando el tumor se presenta en la cola, no se presentará ictericia porque no obstruye el colédoco. Lastimosamente, se detectan en estadios tardíos, donde ya han hecho metástasis locoregionales.

TALLER DE SUTURAS

DÍA 5 – 20/II/2020

El día de hoy realizamos nuestra primera actividad presencial desde que inició la pandemia y esta fue un curso de suturas y nudos junto a la Dra. Wong en The Panama Clinic.

Realizamos 3 tipos de suturas: instrument tie, continua simple y colchonera o Donati

Nos explicaron acerca de los diversos tipos de nudos y suturas. Me gustó mucho la actividad y considero que debe hacerse más seguido.

