

3

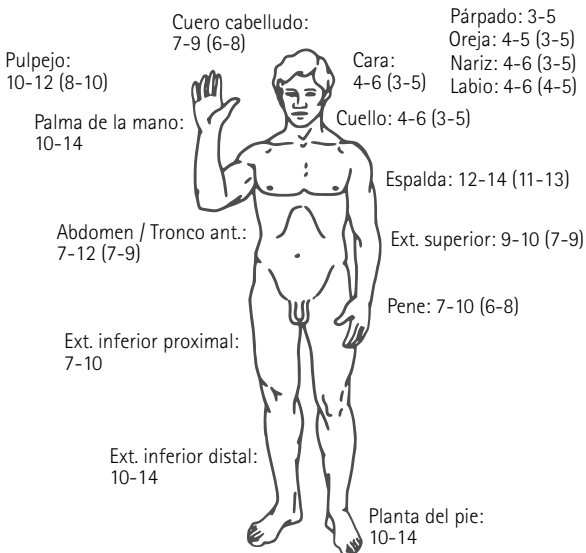
Cirugía

Contenido

Momento de retiro de las suturas según área corporal	73
Indicación de tipo de sutura y tiempo de permanencia de puntos.....	74
Líneas de distribución de tensión en la piel.....	75
Características de suturas absorbibles.....	76
Características de suturas no absorbibles.....	77
Técnica básica de la Z-plastia.....	80
Prevención de infección y sepsis de heridas en pacientes quirúrgicos.....	82
Clasificación de las heridas quirúrgicas	84
Guía para la profilaxis postexposición a rabia	85
Programa de profilaxis posexposición a la rabia	86
Causas extraperitoneales de dolor abdominal.....	87
Posibles orígenes de dolor abdominal referido.....	87
Relación entre diagnóstico y el modo de inicio del dolor abdominal	88
Localización característica del dolor abdominal relacionado con diversas enfermedades.....	89
Diagnósticos diferenciales de trastornos agudos del abdomen en la población pediátrica.....	90
Dolor abdominal agudo en pacientes inmunocomprometidos.....	91
Edad de corrección quirúrgica de algunas patologías	92
Contenido de las secreciones digestivas.....	93
Causas comunes de hemorragia gastrointestinal alta y baja	93
Etiología del quilotorax.....	94
Tabla de Lund y Browder.....	95
Sitios para incisiones de escarotomía.....	96
Criterios de sepsis en el paciente quemado	96
Índice abreviado de gravedad de quemadura (ABSI)	97

Fórmulas para estimar las necesidades de líquidos para la reanimación en pacientes adultos quemados	99
Indicaciones de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) en los traumatismos abdominales cerrados.....	100
Clasificación de gravedad de Child-Turcotte de la cirrosis hepática.....	101
Clasificación de gravedad de Pugh de cirrosis hepática	102
Diagnóstico diferencial de la obstrucción focal del conducto biliar.....	103
Clasificación y manejo del trauma cardíaco penetrante.....	104
Clasificación de la disección aórtica.....	104
Manejo inicial de los pacientes con sospecha de disección aórtica.....	105
Músculos y triángulos del cuello	106
Clasificación en niveles de los ganglios linfáticos del cuello	106

Momento de retiro de las suturas según área corporal



Se indica el rango en días en que se deben retirar las suturas; entre paréntesis el rango para pacientes pediátricos.

Indicación de tipo de sutura y tiempo de permanencia de puntos

Región anatómica	Sutura cutánea	Sutura subcutánea*	Retirada de puntos	
			Adultos	Niños
Cuero cabelludo	Grapas Seda 2/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-9	6-8
Párpados	Monofilamento 6/0 Seda 6/0	-	3-5	3-5
Orejas	Monofilamento 4/0-5/0	-	4-5	3-5
Nariz	Monofilamento 4/0 Seda 4/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	3-5
Labios	Monofilamento 4/0 Seda 4/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	4-5
Frente/resto de la cara	Monofilamento 4/0-5/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	3-5
Cuello	Seda 4/0-5/0			
Tronco/ abdomen	Monofilamento 3/0-4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-12	7-9
Espalda	Monofilamento 3/0-4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	12-14	11-13
Extremidad superior/ mano	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	8-10	7-9
Pulpejo	Monofilamento 4/0	-	10-12	8-10
Extremidad inferior	Monofilamento 3/0 Grapas	Vicryl® o Dexon® 3/0	8-12	7-10
Pie	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	10-12	8-10
Pene	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-10	6-8
Mucosa oral, nasal y lengua	Vicryl® 3/0	-	-	-

*Cuando sea preciso.

Tomado de: Arribas JM, Castelló JR, Rodríguez N, Sánchez A, Marín M. Suturas básicas y avanzadas en cirugía menor (III). Semergen 2002; 28(1): 89-100.

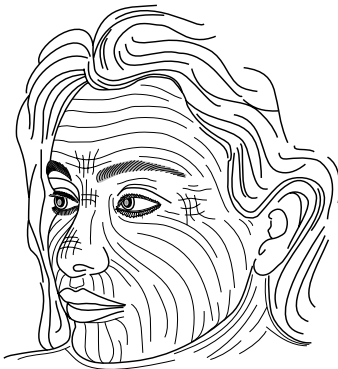
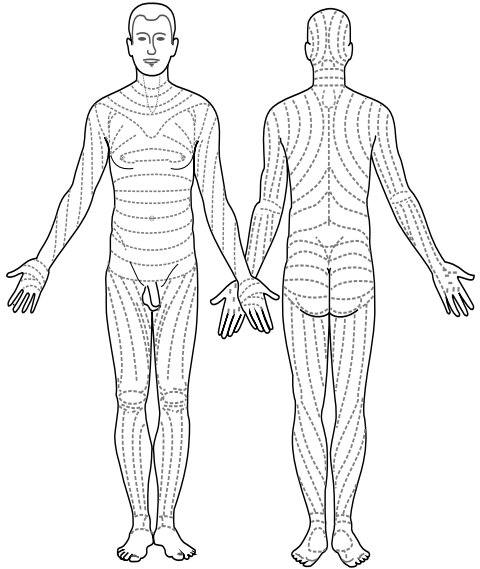
Líneas de distribución de tensión en la piel

Líneas de Langer o de Kraissl.

Si una herida en la piel sigue las líneas de tensión, la cicatriz será mínima.

Es importante que siempre que se pueda colocar los puntos en perpendicular a estas líneas, de forma que la cicatriz soporte la menor tensión posible (y así quede lo más estética posible).

Tomado de: Arribas JM, Castelló JR, Sánchez A, Rodríguez N. Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud. Semergen 2001; 27(7): 362-375.



Tomado de: Park SS. Cutaneous lesions and facial reconstruction. En: Facial Plastic Surgery: The Essential Guide By Stephen S. Park SS. New York: Thieme Medical Publishers. 2005. p. 75.

Características de suturas absorbibles

3

Cirugía

Sutura Propiedad	Catgut	Ácido poliglicólico	Poliglactina
Nombre comercial/ fabricante		Dexon/Syneture, Safil® y Safil Quick®/Braun	Vicryl®/Ethicon
Trenzado	Monofilamento	Multifilamento	Multifilamento
Maniobrabilidad	Aceptable	Aceptable-buena	Buena
Seguridad del nudo	Mala	Aceptable-buena	Aceptable
Fuerza tensil	Baja proteólisis a los 60-90 d, impredecible	Alta hidrólisis a los 90-120 d	Alta hidrólisis a los 60-90 d
Coefficiente de fricción	Alto	Alto	Medio
Memoria	Baja	Baja	Baja
Reactividad tisular	Alta	Baja-moderada	Baja- moderada
Usos	Suturas en tejidos mucosos, ligaduras de vasos. Cirugías oftalmológica. uroológica, GI, dental, ginecológica.	Cierre de pared abdominal y plano cutáneo. Cirugías GI, ginecológica ortopédica, uroológica, oftalmológica. Ligadura de vasos.	Suturas profundas en piel. Cirugías oftalmológica, uroológica, pediátrica, GI, ORL, dental, ginecológica. Fascia, peritoneo.
Comentarios	Pajizo	Baja elasticidad, clara o verde	Baja elasticidad, clara o violeta

Traducida de: Terhune M. Materials for Wound Closure. 2005. En: <http://www.emedicine.com/derm/topic825.htm>

Características de suturas no absorbibles

Polidioxanona	Carbonato de politrimetileno	Gliconato	Poliglicaprón
PDS®/Ethicon	Maxon®/Syneture	Monosyn®/Braun	Monocryl®/Ethicon
Monofilamento	Monofilamento	Monofilamento	Monofilamento
Mala	Buena	Buena	Excelente
Mala	Buena	Buena	Buena
Moderada hidrólisis a los 180-210 d	Alta hidrólisis a los 180-210 d	Alta hidrólisis a los 60-90 días	Alta hidrólisis a los 90-120 d
Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Alta	Baja	Baja	Baja
Baja	Baja	Baja	Baja
Suturas profundas en piel. Cierre de fascia. Cirugías cardiovascular pediátrica, oftalmológica.	Cirugía pediátrica cardiovascular. Suturas profundas en piel que requieran soporte dérmico prolongado	Cirugías Gl. ginecológica, plástica, pediátrica, urológica. Sutura intradérmica. Tejido celular subcutáneo. Ligaduras.	Suturas profundas en piel. Aprox. o ligadura de tejidos blandos. Intestino, peritoneo, útero, cúpula vaginal.
Clara o violeta	Clara o verde	Violeta o incoloro	Alta elasticidad, clara

Continúa...

Características de suturas no absorbibles (Continuación)

3

Cirugía

Sutura \ Propiedad	Seda	Lino	Poliamida Nylon
Nombre comercial/fabricante	Mersilk®, Softsilk®, Virgin Silk®, Silkam®	Linatrix®/Braun	Dermalon®, Monosoft®, Dafilon®
Trenzado	Multifilamento	Multifilamento	Monofilamento
Maniobrabilidad	Excelente	Excelente	Mala
Seguridad del nudo	Excelente	Excelente	Mala
Fuerza tensil	Baja		Alta
Coefficiente de fricción	Alto		Bajo
Memoria	Baja		Alta
Reactividad tisular	Alta		Baja
Usos	Suturas en tejidos mucosos o conjuntiva o zonas intertriginosas para elevar o retraer los tejidos	Cirugía gastro-intestinal (ligaduras)	Suturas de retención y áreas donde se requiere fuerza por largo tiempo. Tendón, ligamento y fascia. Reparación corneal y anastomosis neural (7/0, 10/0)
Comentarios	Blanco	Blanco	Negro, verde o claro

Nylon, Multifilamento	Poliéster	Acero quirúrgico	Polipropileno
Surgilon®, Nurolon®/ Ethicon,	Ethibond® (con polibutilato), Ethiflex® (con teflón), Mersilene®/ Ethicon, Tevdek® (con teflón), Ticron® (con silicona), Dracón®, Miralene® (monofilamento), Premicron® (trenzado recubierto de silicona)	Flexon®, Steelex®	Surgilene®, Prolene®, Surgipro®, Premilene®
Multifilamento	Mono y multifilamento	Monofilamento	Monofilamento
Aceptable-buena	Buena	Mala	Mala
Aceptable-buena	Buena	Buena	Mala
Alta	Alta	Alta	Moderada
Alto	Alto	Alto	Muy bajo
Media	Media	Alta	Alta
Moderada	Baja-moderada	Alta	Baja
Mínimo uso en cirugía dermatológica	Es la sutura más fuerte fabricada	Cierre de pared abdominal, reparación de hernia, cierre de esternón. Procedimientos ortopédicos incluyendo cerclaje y reparación de tendones	Suturas percutáneas, suturas profundas si se necesita sostén dérmico prolongado, cierres subcuticulares
	Verde o claro	Plateado	Alta plasticidad, azul o claro

Traducida de: Terhune M. Materials for Wound Closure. 2005. Disponible en: <<http://www.emedicine.com/derm/topic825.htm>>

Técnica básica de la Z-plastia

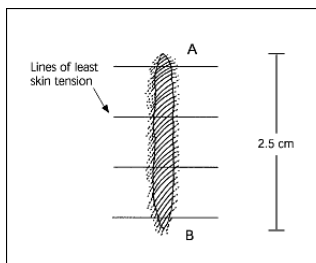


Fig. 1A. Técnica de la z-plastia básica de 60°. El defecto original es perpendicular 90° a las líneas de menor tensión. La tensión sobre la cicatriz a la larga la hace más extensa y gruesa. La cicatriz (AB) mide 2,5 cm.

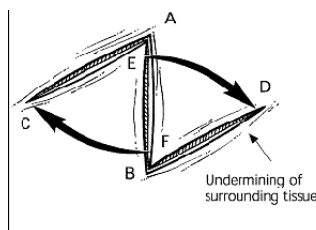


Fig. 1C. Se hacen las incisiones verticalmente sobre la piel con una hoja N° 15. Los colgajos triangulares y la piel circundante se disecan. Los colgajos E y F quedan en posición aproximando la punta F hacia C y la punta E hacia D.

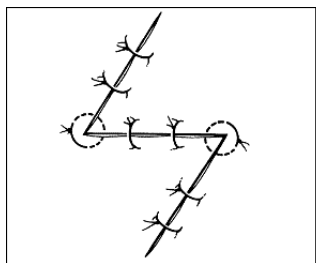


Fig. 1E. Se hacen unas pocas suturas de anclaje en la nueva línea central. Los dos colgajos se aproximan con puntos separados o angulares. Para cerrar las líneas diagonales se colocan puntos simples separados.

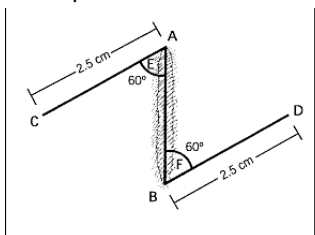


Fig. 1B. Se dibujan líneas diagonales (AC y BD) en un ángulo de 60° respecto a la cicatriz (AB). Las líneas diagonales deben tener la misma longitud de la cicatriz (2,5 cm). Los nuevos extremos de los colgajos son E y F.

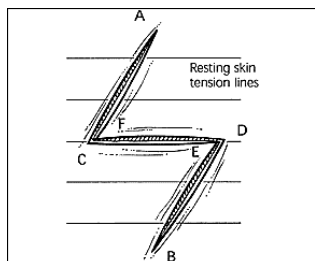


Fig. 1D. El colgajo F se hala sobre el E. La nueva línea central de la herida (CD) queda horizontal y está alineada con las líneas de menor tensión de la piel. Las nuevas heridas diagonales también están mejor alineadas que la cicatriz original.

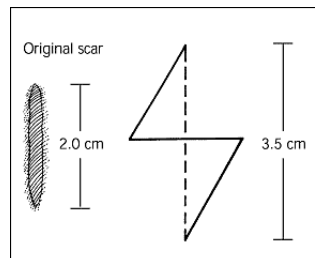


Fig. 2A. Alargamiento de suturas contraídas. Cuando los colgajos se reposicionan, la longitud de la herida (en el eje de la cicatriz original) se incrementa un 75% (por ej.: de 2 cm a 3,5 cm)

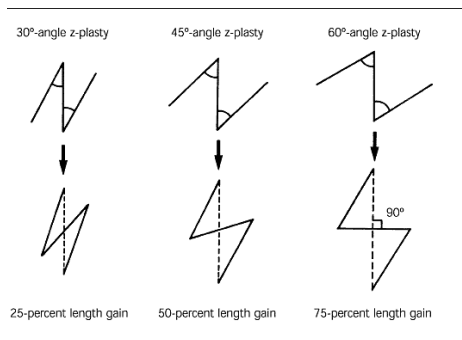


Fig. 2B. Alargamiento de suturas contraídas. Diferencia entre la ganancia de longitud y la realineación de la cicatriz con diferentes ángulos de z-plastia.

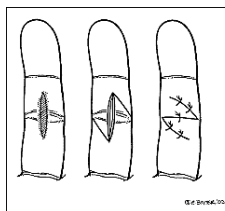


Fig. 2B. Alargamiento de una cicatriz contraída a lo largo de un pliegue flexor. Se aprecia una cicatriz contraída en la articulación interfalángica, superficial, que no compromete los tendones. El defecto interfiere con la extensión completa del dedo. La cicatriz se remueve por excisión y se hacen incisiones laterales para z-plastia de la misma longitud de la herida central. Las incisiones laterales se dibujan en ángulo 60° respecto a la herida central. Los colgajos se reposicionan, alargando el eje de la línea central original. La nueva línea central se alinea con el pliegue flexor. La adición de piel a lo largo del pliegue previene la formación de una nueva cicatriz contraída.

Tomado y traducido de: Salam GA, Amin JP. The Basic Z-Plasty. Am Fam Physician 2003;67:2329-32. Disponible en: <<http://www.aafp.org/afp/20030601/2329.html>>

Prevenção de infección y sepsis de heridas en pacientes quirúrgicos

Naturaleza de la operación	Patógenos probables	Fármacos recomendados	Dosis de adulto antes de la operación
Cardíacas Válvula de prótesis, derivación de arterias coronarias y otra cirugía de corazón abierto, implante de marcapasos	<i>Staphylococcus epidermidis</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Corynebacterium</i> , bacilos entéricos gramnegativos	cefazolina o cefuroxima o vancomicina ^c	1-2 g IV ^b 1 g IV
Torácica no cardíaca	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , estreptococos, bacilos entéricos gramnegativos	cefazolina o cefuroxima o vancomicina ^c	1-2 g IV 1 g IV
Vascular Cirugía arterial que incluye aorta abdominal, una prótesis o una incisión, en la ingle	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , bacilos entéricos gramnegativos	cefazolina o vancomicina ^c	1-2 g IV 1 g IV
Amputación de extremidad inferior por isquemia	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , bacilos entéricos gramnegativos, clostridias	cefazolina o vancomicina ^c	1-2 g IV 1 g IV
Neurocirugía Craneotomía	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	cefazolina o vancomicina ^c	1-2 g IV 1 g IV
Ortopédica Restitución total de la cadera, fijación interna de fracturas	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	cefazolina o vancomicina ^c	1-2 g IV 1 g IV
Oftálmica	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , estreptococos bacilos entéricos gramnegativos, <i>Pseudomonas</i>	gentamicina o tobramicina o neomicina – gramicidina – polimixina B cefazolina	Múltiples gotas tópicas durante 2 a 24 horas
Cabeza y cuello Penetración a la cavidad bucal o la faringe	<i>S. aureus</i> , estreptococos, anaerobios orales	cefazolina o clindamicina con gentamicina o sin ella	100 mg subconjuntiva-les post-quirúrgica 1-2 g IV 600 – 900 mg IV 1,5 mg/kg IV
Abdominal Gastrointestinal	Bacilos entéricos gramnegativos, cocos grampositivos	Sólo riesgo alto: cefazolina	1 – 2 g IV
Vías biliares	Bacilos entéricos gramnegativos, enterococos, clostridias	Sólo riesgo alto: cefazolina	1 – 2 g IV

(Continúa)

Prevención de infección y sepsis de heridas en pacientes quirúrgicos (Continuación)

Naturaleza de la operación	Patógenos probables	Fármacos recomendados	Dosis de adulto antes de la operación
Colorrectal	Bacilos entéricos gramnegativos, anaeróbicos	<i>Oral:</i> neomicina y eritromicina base ^a <i>Parental:</i> cefoxitina o cefotetán	1 - 2 g IV
Apendicectomía	Bacilos entéricos gramnegativ, anaeróbicos	cefazolina o cefotetán	1 - 2 g IV
Ginecológica y obstétrica	Gramnegativos entéricos, anaerobios, estreptococo grupo del B, enterococos	cefazolina o cefotetán o cefoxitina	1 g IV
Histerectomía vaginal o abdominal	Igual que para histerectomía	Sólo riesgo alto: cefazolina	1 g IV después de pinzar el cordón
Cesárea	Igual que para histerectomía	Primer trimestre sólo riesgo alto: penicilina G acuosa o doxicilina Segundo trimestre: cefazolina	1 millón de unidades IV 300 mg VO
Aborto	Igual que para histerectomía		1 g IV
Viscera rota ^b	Bacilos entéricos gramnegativos, anaerobios, enterococos	cefotaxina o cefotetán con gentamicina o sin ella o clindamicina con gentamicina	1 - 2 g IV q6h 1 - 2 g IV q12h 1.5 mg/kg IV q8h 600 mg IV q6h
Herida traumática	<i>S. aureus</i> , estreptococo del grupo A, clostridias	cefazolina ^{ah}	1.5 mg/kg IV q8h 1 - 2 g IV q8h

^a Pueden administrarse antimicrobianos profilácticos parenterales en dosis intravenosa única justo antes de la operación. Para intervenciones prolongadas, es necesario administrar dosis intraoperatorias adicionales cada 4 - 8 horas por el tiempo que dure el procedimiento.

^b Algunos expertos recomiendan una dosis adicional cuando se separan los pacientes de la circulación durante la cirugía de corazón abierto.

^c Para hospitales en los que la infección de la herida suele deberse a *S. aureus* y *S. epidermidis* resistentes a metilicina o enfermos alérgicos a penicilina o cefalosporinas. La administración IV rápida suele causar hipotensión, que podría ser especialmente peligrosa durante la inducción de la anestesia. Incluso si se administra el fármaco durante 60 minutos, es posible que ocurra hipotensión; suele ser útil el tratamiento con difenhidramina y disminuir más el ritmo de la venoclisis. En procedimientos en los que los bacilos entéricos gramnegativos son patógenos fáciles, como cirugía vascular que incluye incisión en la ingle, debe incluirse cefazolina en el régimen de profilaxis.

^d Después de dieta y catarsis apropiados, 1 g de cada uno a la 1 PM o 2 PM y 11 AM, el día anterior a una operación a las 8 AM.

^e Pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica o gonorrea previas o múltiples compañeros sexuales.

^f Dividido en 100 mg una hora antes del aborto y 200 mg 30 minutos después.

^g Para cirugía "sucia", el tratamiento también debería continuarse por cinco o diez días.

^h Para heridas de mordedura, en las que los probables patógenos también pueden incluirse anaerobios orales, *Eikenella corrodens* (humanos) y *Pasteurella multocida* (perro y gato), algunos consultores de Medical Letter recomiendan utilizar amoxicilina/ácido clavulánico o ampicilina/sulbactam.

Tomado de: Antimicrobial prophylaxis in surgery. Med Lett Drugs Ther. 1995;37(957):79-82

Clasificación de las heridas quirúrgicas

Limpia

- Electiva, con cierre primario y sin drenaje
- No traumática, no infectada
- Sin inflamación
- Sin fallas en la asepsia
- Sin penetración en vías respiratorias, digestivas o genitourinarias o bucofaríngeas

Limpia – contaminada

- Penetración en aparatos digestivos, respiratorio o genitourinario bajo condiciones controladas y sin contaminación
- Apendicectomía
- Penetración bucofaríngea
- Penetración en vagina
- Penetración en aparato genitourinario sin urocultivos positivos
- Penetración en vías biliares sin bilis infectada
- Falla menor en la técnica
- Denaje mecánico

Contaminada

- Heridas traumáticas recientes, abiertas
- Escape notable del tubo digestivo
- Penetración de vías genitourinarias o biliares en presencia de orina o bilis infectadas
- Falla menor en la técnica
- Incisiones en las que existe inflamación no purulenta aguda

Sucia e infectada

- Herida traumática con retención de tejido desvitalizado, cuerpos extraños, contaminación fecal, tratamiento tardío o por una fuente sucia

Viscera perforada

- Inflamación bacteriana aguda en la que se encontró pus durante la operación

Tomado de: Altemeier WA, Burke JF, Pruitt BA Jr, Sandusky WR (eds): Manual on Control of Infection in Surgical Patients, 2d ed. Philadelphia, Lippincott, 1984, p 28.

Guía para la profilaxis postexposición a rabia

Tipo de animal	Valoración y disponibilidad del animal	Recomendación para profilaxis postexposición
Perros y gatos	Sano y disponible Rabia o con sospecha de ella Desconocido (escapó)	No debe iniciarse profilaxis durante los 10 días de observación a menos que el animal presente síntomas de rabia ^a Vacunación inmediata Consultar personal de salud pública
Mofetas, mapaches, murciélagos, zorros y la mayor parte de otros carnívoros; marmotas	Se considera con rabia, a menos que en el área geográfica no exista rabia o hasta comprobar mediante pruebas de laboratorio que el animal es negativo ^b	Vacunación inmediata
Ganado, roedores y lagomorfos (conejos y liebres)	Considerar individualmente	Consultar personal de salud pública; las mordeduras de ardilla, hámster, cobayo, jerbo, rata del desierto, rata, ratón, otros roedores, conejo y liebre casi nunca requieren tratamiento antirrábico
<p>^a Durante el período de espera de 10 días, se inicia el tratamiento con inmunoglobulina para rabia humana y vacunación para rabia de células diploides humanas o vacuna para rabia adsorbida al primer signo de rabia en un perro o gato que mordió a alguna persona. El animal sintomático debe sacrificarse y estudiarse de inmediato</p> <p>^b Debe sacrificarse y estudiarse al animal tan pronto sea posible. No se recomienda esperar para observación. Se interrumpe la vacuna si los resultados de inmunofluorescencia del animal son negativos</p>		

Tomado de: Rabies Prevention-Estados Unidos 1991. MMWR 1991; 40(RR-3):1.

Programa de profilaxis posexposición a la rabia

Estado de vacunación	Tratamiento	Régimen ^a
Sin vacuna previa	Aseo local de la herida IGRH	Todos los tratamientos posexposición deben iniciarse con el aseo minucioso inmediato de todas las heridas con agua y jabón 20 UI/kg de peso corporal; si es factible automáticamente, debe infiltrarse hasta una mitad de dosis alrededor de la(s) herida(s) y el resto IM en el área glútea, la IGRH no debe suministrarse en la misma jeringa ni en el mismo sitio anatómico que la vacuna; debido a que la IGRH puede suprimir parcialmente la producción activa de anticuerpos, no debe administrarse más de la dosis recomendada VCDH o VRA, 1,0 mL IM (área deltoidea ^b) de cada una en los días 0, 3, 7, 14 y 28
Vacuna previa	Vacuna Aseo local de la herida	Todo el tratamiento posexposición debe iniciarse con el aseo meticuloso inmediato de todas las heridas con jabón y agua No debe administrar IGRH VCDH o VRA, 1,0 mL IM (área deltoidea ^b) de cada una los días 0 y 3

^a Estos regímenes se aplican a todos los grupos de edades, incluidos los niños

^b El área deltoidea es el único sitio aceptable de vacunación para adultos y niños mayores. En niños más pequeños puede utilizarse la superficie externa del muslo. La vacuna debe suministrarse en el área glútea

^c Cualquier persona con un antecedente de vacunación preexposición con VCDH o VRA, profilaxis posexposición previa con VCDH o VRA o vacunación previa con cualquier otro tipo de vacuna para rabia y un antecedente comprobado de reacción de anticuerpo a la vacunación previa

VCDH = vacuna para la rabia de células diploides humanas; IGRH = inmunoglobulina para la rabia humana; VRA = vacuna para la rabia adsorbida

Tomado de: Rabies Prevention—Estados Unidos 1991. MMWR 1991; 40(RR-3): 1.

Causas extraperitoneales de dolor abdominal

<i>Cardiopulmonares</i> Neumonía Empiema Isquemia de miocardio Cardiopatía reumática activa	<i>Vasculares</i> Disección, rotura o expansión de aneurisma aórtico Periarteritis
<i>Sangre</i> Leucemia Crisis de células falciformes	<i>Metabólicas</i> Uremia Acidosis diabética Porfiria Crisis Addisoniana
<i>Neurógenas</i> Tumores de médula espinal Osteomielitis del raquis Tabes dorsal Herpes zóster Epilepsia abdominal	<i>Toxinas</i> Bacterianas (tétanos) Picaduras de insectos Venenos Fármacos Envenenamiento por plomo
<i>Genitourinarias</i> Nefritis Pielitis Abscesos perinéfricos Obstrucción ureteral (cálculos, tumores) Prostatitis Vesiculitis seminal Epididimitis	<i>Pared abdominal</i> Hematoma intramuscular <i>Psicógenas</i>

Posibles orígenes de dolor abdominal referido

<i>Hombro derecho</i> Diafragma Vesícula biliar Cápsula hepática Neumoperitoneo del lado derecho	<i>Hombro izquierdo</i> Diafragma Bazo Cola de páncreas Estómago Ángulo esplénico (colon) Neumoperitoneo del lado izquierdo
<i>Escápula derecha</i> Vesícula biliar Árbol biliar	<i>Escápula izquierda</i> Bazo Cola de páncreas
<i>Ingle/genitales</i> Riñon Uréter Arterias aorta/iliaca	<i>Espalda - línea media</i> Páncreas Duodeno Aorta

Tomadas de: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Principios de Cirugía. 7ª edición. Volumen 2. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.; 2000. p. 1109.

Relación entre diagnóstico y el modo de inicio del dolor abdominal

Inicio súbito	Inicio gradual	Dolor intermitente	Dolor constante con exacerbación aguda
<p>Viscera perforada</p> <p>Vólvulo</p> <p>Paso cálculo (riñón y vesícula biliar)</p> <p>Obstrucción intestinal alta</p> <p>Embolia mesentérica/trombosis arterial</p> <p>Rotura de aneurisma aórtico</p> <p>Rotura embrazo ectópico</p> <p>Torsión ovárica/rotura de quiste</p> <p>Crisis de células falciformes</p> <p>Isquemia o infarto miocárdico</p> <p>Mittelschmerz</p> <p>Porfiria</p> <p>Hematoma intramuscular de la pared abdominal</p> <p>Hemorragia intraperitoneal</p> <p>Intususcepción</p>	<p>Apendicitis</p> <p>Diverticulitis</p> <p>Colecistitis</p> <p>Obstrucción intestinal baja</p> <p>Isquemia o insuficiencia mesentérica</p> <p>Fuga en un aneurisma aórtico</p> <p>Embarazo ectópico</p> <p>Endometritis</p> <p>Gastroenteritis</p> <p>Gastritis, úlcera péptica</p> <p>Pancreatitis</p> <p>Salpingitis</p> <p>Endometriosis</p> <p>Enteritis regional o colitis ulcerativa</p> <p>Pielonefritis</p> <p>Neumonía</p> <p>Trombosis de vena esplénica</p> <p>Hepatitis</p> <p>Acidosis diabética</p> <p>Crisis addisoniana</p> <p>Herpes zóster</p>	<p>Úlcera péptica</p> <p>Esofagitis por reflujo</p> <p>Colelitiasis</p> <p>Enfermedad de Crohn</p> <p>Diverticulitis</p> <p>Pancreatitis crónica</p> <p>Isquemia mesentérica crónica</p> <p>Enfermedad pélvica inflamatoria</p> <p>Endometriosis</p>	<p>Gastritis por reflujo alcalino</p> <p>Pancreatitis</p>

Tomado de: S.I. Schwartz, G.T. Shires, F.C. Spencer, J.M. Daly, J.E. Fischer, A.C. Galloway. Principios of Sugery. Volumen 2 México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2000. p. 1110.

Localización característica del dolor abdominal relacionado con diversas enfermedades

Dolor en cuadrante superior izquierdo

Gastritis
Pancreatitis
Crecimiento, rotura, infarto,
Aneurisma esplénico
Dolor renal
Herpes zóster
Isquemia del miocardio
Neumonía
Empiema

Dolor en cuadrante superior derecho

Vesícula biliar y vías biliares
Hepatitis
Absceso hepático
Hepatomegalia por insuficiencia
cardíaca congestiva
Úlcera péptica
Pancreatitis
Apendicitis retrocecal
Dolor renal
Herpes zóster
Isquemia del miocardio
Pericarditis
Neumonía
Empiema

Dolor difuso

Peritonitis
Pancreatitis
Leucemia
Crisis de células
Falciformes
Apendicitis inicial
Adenitis mesentérica
Trombosis mesentérica
Gastroenteritis
Aneurisma
Colitis
Obstrucción intestinal
Causas metabólicas, tóxicas
y bacterianas

Dolor en cuadrante inferior izquierdo

Diverticulitis
Obstrucción intestinal
Apendicitis
Aneurisma con escape
Hematoma de la pared
abdominal
Embarazo ectópico
Rotura del folículo de De Graaf
Quiste o torsión ováricos
Salpingitis
Endometriosis
Cálculos ureterales
Dolor renal
Vesiculitis seminal
Absceso del psoas

Dolor en cuadrante inferior derecho

Apendicitis
Obstrucción intestinal
Enteritis regional
Diverticulitis
Colecistitis
Úlcera perforada
Aneurisma con escape
Hematoma de la pared
Abdominal
Embarazo ectópico
Quiste o torsión ováricos
Salpingitis
Rotura del folículo de De Graaf
Endometriosis
Cálculos ureterales
Dolor renal
Vesiculitis seminal
Absceso del psoas

8 Diagnósticos diferenciales de trastornos agudos del abdomen en la población pediátrica

Lactantes	Niños	Adolescentes
Enteritis viral Intususcepción Pielonefritis Reflujo gastroesofágico Enterocolitis bacteriana Neumonitis Apendicitis Estenosis pilórica Torsión testicular Quistes mesentéricos Tumores rotos Pankreatitis Diverticulitis de Meckel Enfermedad de Hirschsprung Hernia estrangulada Envenenamiento Traumatismo (maltrato infantil)	Diverticulitis de Meckel Cistitis Enteritis viral Apendicitis Enfermedad de Crohn Enterocolitis bacteriana Neumonitis Pankreatitis Tumores rotos Envenenamiento Pielonefritis Traumatismo (maltrato infantil)	Enfermedad pélvica inflamatoria Apendicitis Rotura de folículo Enfermedad de Crohn Pankreatitis Neumonía Hematocolpos Enterocolitis bacteriana Enteritis viral Úlcera péptica Envenenamiento Traumatismo Embarazo ectópico Gestación Apendicitis Colelitiasis Psicossomático

Tomado de: Schwartz SJ, Shires GT, Spencer FC, et al. Principios de Cirugía. 7ª edición. Volumen 2. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.; 2000. p. 1115.

Dolor abdominal agudo en pacientes inmunocomprometidos

<p><i>Infección por citomegalovirus</i></p> <p>Neumonitis intersticial Mononucleosis Pancreatitis Hepatitis Colecistitis Úlcera gastrointestinal</p>	<p><i>Perforación intestinal</i></p> <p>Linfoma, leucemia (en especial después de quimioterapia) CMV Úlceras de colon Sarcoma de Kaposi Colitis pseudomembranosa Microbacteriana Yatrógena</p>
<p><i>Enterocolitis neutropénica</i></p>	<p><i>Enfermedad aguda de injerto contra huésped</i></p>
<p><i>Pancreatitis</i></p> <p>Pentamidina Esteroides Azatioprina CMV</p>	<p><i>Abdomen pseudoagudo</i></p>
<p><i>Hepatitis</i></p> <p>A,B,C CMV Virus Epstein-Barr</p>	<p><i>Impactación fecal</i></p>
<p><i>Colecistitis</i></p> <p>CMV Acalculosa <i>Campylobacter</i></p>	<p><i>Procesos abdominales estándar</i></p> <p>Apendicitis Colecistitis Diverticulitis Obstrucción intestinal Úlcera Enfermedad pélvica inflamatoria Infección de vías urinarias Absceso perirrectal Linfadenitis</p>
<p><i>Absceso hepatosplénico</i></p> <p>Micótico Micobacteriano Protozoario Rotura esplénica</p>	

Tomado de: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Principles of Surgery. Volumen 2. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2000. p. 1115.

Edad de corrección quirúrgica de algunas patologías

Hernia inguinal	Cuando se diagnostica (> 2 meses)
Hidrocele	8 a 12 meses de vida
Hernia umbilical > 1,5 cm < 1,5 cm	A los 2 años A los 4 años
Hernia epigástrica	Cuando se diagnostica
Fimosis	Solo si hay síntomas de obstrucción o ITU
Parafimosis	Cuando se diagnostica
Hipospadias	Estenosis del meato al diagnóstico Retracción ventral: 1-2 años Uretroplastia: 2-5 años
Testículo no descendido	6 a 24 meses
Varicocele Grado I Grado II y III	Vigilar Cuando se diagnostica
Extrofia vesical	3 a 6 meses
Megacolon congénito	8 a 12 meses
Polidactilia	3 a 6 meses
Sindactilia	2 a 4 años
Hemangioma	5 años
Linfangioma	2 años
Labio leporino	3 meses
Paladar hendido	12 a 18 meses
Quistes y senos bronquiales	4 años
Tortícolis congénita	2 años
Frenillo lingual	Excepcional
Diástasis de los músculos rectos	No requiere
Hernias paraumbilicales laterales	No requiere
Eventraciones	No requiere
Síndrome de la triada	No requiere

Tomado de: Velásquez OJ. Pediatras. 2a ed. Bogotá: Grupo Editorial Legis S.A; 2007. p.161.

Contenido de las secreciones digestivas

Secreción	Volumen (mL/kg)	Na ⁺ (mEq/kg)	K ⁺ (mEq/L)	H ⁺ (mEq/L)	Cl ⁻ (mEq/L)	HCO ₃ ⁻ (mEq/L)
Gástrica	20-60	30 - 50	20 - 40	90	70- 120	—
Fistula biliar	12	100 - 130	5	—	80- 110	35 - 50
Fistula pancreática	25	100 - 130	5	—	55 - 75	70 - 90
Duodenostomía	150-300	100 - 140	5 - 20	—	80 - 120	30
Yeyunostomía	60-80	120 - 130	5 - 10	—	80 - 100	30- 50
Ileostomía	20-30	100 - 130	5 - 10	—	50 - 80	50 - 70
Colostomía	5-20	10 - 50	40 - 80	—	10 - 40	30
Diarrea	—	40 - 100	10 - 40	—	10 - 30	30 - 45
Heces normales	< 0,5% del peso	10 - 35	50 - 100	—	10 - 40	30

Tomado de: Velásquez OJ. Pediatras. 2a ed. Bogotá: Grupo Editorial Legis S.A; 2007. p.165.

Causas comunes de hemorragia gastrointestinal alta y baja

Hemorragia GI alta	Hemorragia GI baja
Esofagitis erosiva	Angiodisplasia
Várices gástricas	Proctitis por radiación
Várices esofágicas	Hemangioma
Lesión de Dieulafoy	Diverticulosis
Fistula aortoduodenal	Enfermedades neoplásicas
Desgarro de Mallory-Weiss	Traumatismo
Enfermedad ulcerosa péptica	Vasculitis
Traumatismo	Hemorroides
Enfermedad neoplásica	Fístula aortoentérica
	Intususcepción
	Colitis isquémica
	Enfermedad inflamatoria del intestino
	Hemorragia postprocedimiento

Tomado de: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al. Schwartz Principios de Cirugía. 8ª edición. Vol II. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2006. p. 348.

Etiología del quilotórax

3

Cirugía

Congénito

- Atresia del conducto torácico
- Fístula entre conducto torácico y espacio pleural
- Traumatismo al nacimiento

Traumatismo o iatrógeno (o ambos)

- Contuso
- Penetrante
- Operación
 - Cervical: extirpación de ganglios linfáticos; disección radical de cuello
 - Torácico
 - Persistencia del conducto arterioso
 - Coartación de aorta
 - Procedimiento vascular que afecta el sitio de origen de la arteria subclavia izquierda
 - Esofaguectomía
 - Simpatectomía
 - Resección de aneurisma torácico
 - Resección de tumores mediastínicos
 - Neumonectomía izquierda
 - Abdominal: simpatectomía; disección radical de ganglios linfáticos
- Procedimientos diagnósticos
 - Arteriografía translumbar
 - Cateterismo de vena subclavia
 - Cateterismo de hemicardio izquierdo

Neoplasias

Infecciones

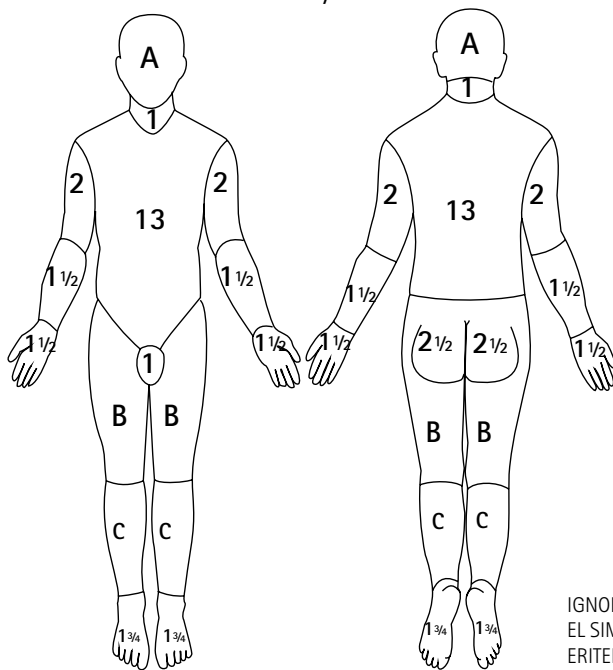
- Linfadenitis tuberculosa
- Mediastinitis inespecífica
- Linfangitis ascendente
- Filariasis

Diversas

- Trombosis venosa
 - Vena subclavia izquierda-yugular
 - Vena cava superior
- Linfangiomas pulmonar

Tomado de : Cohen RG, et al: The pleura. En Sabiston DC, et al (eds). Surgery of the Chest, 6th ed. Elsevier, 1995.

Tabla de Lund y Browder



REGIÓN	%
CABEZA	
CUELLO	
TRONCO ANT.	
TRONCO POST.	
BRAZO DER.	

BRAZO IZQ.	
NALGAS	
GENITALES	
PIERNA DER.	
PIERNA IZQ.	
TOTAL QUEMAD.	

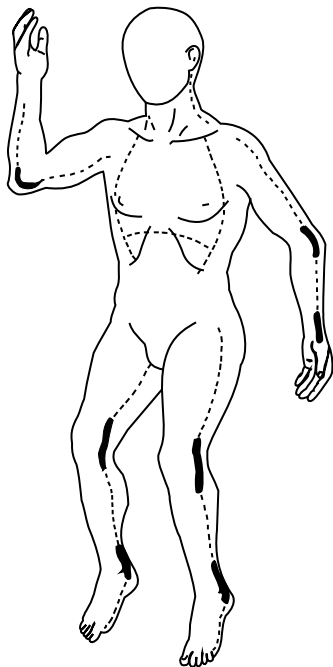
Porcentaje relativo de área de superficie corporal afectada por el crecimiento

ÁREA \ EDAD	0	1	5	10	15	ADULTO
A = 1/2 de la cabeza	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2	3 1/2
B = 1/2 de un muslo	2 3/4	3 1/4	4	4 1/2	4 1/2	4 3/4
C = 1/2 de una pierna	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4	3 1/2

Sitios para incisiones de escarotomía

3

Cirugía



Se hacen a lo largo de las líneas media interna y media externa de las extremidades. La piel es especialmente tensa en articulaciones mayores y es necesario descomprimir por completo en estos sitios. Rara vez se requieren escarotomías en tórax y cuello.

Tomado de: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. Principles of Surgery. Volumen 2. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.; 2000. p. 247.

Criterios de sepsis en el paciente quemado

Infección de la herida más de 10^5 UFC x gramo de tejido (más de 100,000 microorganismos por gramo de tejido) con evidencia clínica e histológica de invasión

Trombocitopenia (menos de 50,000)

Leucocitosis o leucopenia (más de 20,000 o menos de 3,000 x mm)

Cambios electrolíticos inexplicables

Hipoxemia inexplicable

Hipo/hiperglucemias

Íleo prolongado

Hiper/hipotermia ($> 39^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$)

Hemocultivo positivo (descartar contaminación de la muestra)

Infección documentada (pulmón, por catéter, por sonda vesical, etc.)

Alteración del estatus mental

Insuficiencia renal progresiva o disfunción pulmonar

Índice abreviado de gravedad de quemadura (ABSI)

	Puntos	% SCTQ	Puntos
Hombre	0	1-10	1
Mujer	1	11-20	2
Edad (años):		21-30	3
0-20	1	31-40	4
21-40	2	41-50	5
41-60	3	51-60	6
61-80	4	61-70	7
> 80	5	71-80	8
Traumatismo y/o inhalación	1	81-90	9
Subdérmica	1	91-100	10

SCTQ = superficie corporal total quemada.

-Tobiasen J, Hiebert JH, Edlich RF. Prediction of burn mortality. Surg Gynecol Obstet 1982;154:711

Tomado de: García de Lorenzo A. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico, 2ª edición. Madrid: AstraZeneca; 2006. p. 154.

El ABSI es la suma de 5 ítems: sexo + edad + traumatismo y/o inhalación + profundidad + SCTQ (expresada en %), siendo la edad, la SCTQ y la inhalación las variables pronósticas más importantes.

Se considera paciente quemado "crítico" al que presenta un ABSI ≥ 7 :

Puntuación ABSI	Probabilidad de muerte
2 - 3	≤ 1
4 - 5	2
6 - 7	10 - 20
8 - 9	30 - 50
10 - 11	60 - 80
> 11	> 90

También se considera quemado crítico al paciente que, independientemente del grado y/o extensión de la quemadura, precisa ventilación mecánica.

En nuestra experiencia presentan mayor mortalidad asociada a sepsis los pacientes quemados críticos (ABSI ≥ 7): añosos, los que tienen mayor hiperglucemia al ingreso y los que mantienen elevados durante la primera semana post-ingreso los niveles de IL-6.

Hay que destacar que, independientemente del ABSI, también se asocia a mayor morbimortalidad los pacientes quemados con historia de:

- Alcoholismo y/o tabaquismo.
- Patología cardíaca y/o neurológica previa.

- Germann G, Barthold U, Lefering R, et al. The impact of risk factors and pre-existing conditions on the mortality of burn patients and the precision of predictive admission-scoring systems. *Burns* 1997;23:195-203.
- Choinere M, Dumont M, Papillon J, Garrel DR. Prediction of death in patients with burns. *Lancet* 1999;353(9171):2211-2.
- García de Lorenzo A, Denia R, Atlan P, et al. Parenteral nutrition providing a restricted amount of linoleic acid in severely burned patients: A randomised double-blind study of an olive oil-based lipid emulsion v. Medium/Long chain Triacylglycerides. *Br J Nutr* 2005;94:221-30.

En todas las edades, la palma cerrada de la mano del paciente representa el 1% de su superficie corporal.

Este es un instrumento de evaluación rápida de la extensión en quemaduras pequeñas, en salas de urgencias y para triage en la escena del accidente.

Tomado de: García de Lorenzo A. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico, 2ª edición. Madrid: AstraZeneca; 2006. p. 155.

Fórmulas para estimar las necesidades de líquidos para la reanimación en pacientes adultos quemados

Fórmulas coloides	Electrolitos	Coloide	DAD 5%
Evans Brooke Slater	Salina normal, 1,0 mL/kg/% quemado Ringer con lactato, 1,5 mL/kg/% quemado Ringer con lactato, 2 L/24h	1,0 mL/kg/% quemado 0,5 mL/kg Plasma fresco congelado, 75 mL/kg/24 h	2.000 mL 2.000 mL
Fórmulas cristaloides			
Parkland Brooke modificada	Ringer con lactato Ringer con lactato	4 mL/kg/% quemado 2 mL/% quemado	
Fórmulas salinas hipertónicas			
Solución salina hipertónica (Monafo): volumen para conservar la diuresis en 30 mL/h; el líquido contiene 25 mEq Na/L			
Hipertónica modificada (Warden): Ringer con lactato + 50 mEq NaHCO ₃ (180 mEq Na/L) durante 8 horas a fin de conservar la diuresis en 30 a 50 mL/h;			
Ringer con lactato para mantener la diuresis en 30 a 50 mL/h comenzando 8 h después de la quemadura			
Fórmula con dextrán (Demling): Dextrán 40 en solución salina: 2mL/kg/h por 8 h; Ringer con lactato: volumen para conservar la diuresis en 30 mL/h; plasma fresco congelado: 0,5 mL/kg/h durante 18 h comenzando 8 h después de la quemadura			

Tomado de: Warden GD. Burn shock resuscitation. World J Surg 16:16, 1992

Indicaciones de lavado peritoneal diagnóstico (LPD) en los traumatismos abdominales cerrados

3

Cirugía

Paciente inestable

- Pacientes politraumatizados con alteración del sensorio (trauma craneal, drogas o alcohol)
- Lesiones adyacentes (costillas, columna, pelvis)
- Exploración dudosa
- Hipotensión inexplicable en paciente politraumatizado
- Pérdida de contacto prolongada (anestesia, otras pruebas diagnósticas)

Paciente estable pero sin disponibilidad de otras pruebas diagnósticas

Criterios estándar de positividad en LPD

- Aspiración de ≥ 10 mL de sangre
- Recuento de hematíes ≥ 100.000 células/mL*
- Recuento de leucocitos ≥ 500 células/mL
- Amilasa en líquido de lavado ≥ 20 IU/L**
- Presencia de gérmenes o de bilis en el líquido de lavado
- Salida de líquido de lavado por el tubo de drenaje torácico o por la sonda de Foley

* Sensibilidad del 95%.

** Baja sensibilidad para diagnosticar lesiones pancreáticas. Unido a una fosfatasa alcalina ≥ 3 IU/L es un indicador de lesión intestinal.

-Colucciello SA. Blunt abdominal trauma. Emerg Med Clin North Am 1993;11(1):107-23.

En el paciente inestable que tiene signos peritoneales o con evidencia clara de lesión intrabdominal, existe una indicación de laparotomía urgente. Sin embargo en gran número de pacientes politraumatizados, este cuadro no se presenta con tanta claridad. Puede haber múltiples focos de probables pérdidas sanguíneas, y el examen físico inicial es inseguro. El lavado peritoneal diagnóstico es rápido, seguro y puede servir para valorar a muchas víctimas con una potencial lesión intrabdominal, evitando en ocasiones una laparotomía exploradora. De hecho, la única contraindicación absoluta para la realización de un LPD en un paciente es la necesidad terminante de realizar una laparotomía urgente.

Tomado de: García de Lorenzo A. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico, 2ª edición. Madrid: AstraZeneca; 2006. p.150, 151.

Clasificación de gravedad de Child-Turcotte de la cirrosis hepática

ÍNDICE	CLASE		
	A	B	C
Bilirrubina (mg/dL)	< 2,3	2,3-2,9	> 2,9
Albúmina (g/dL)	> 3,5	3-3,5	< 3
Ascitis	No	Bien controlada	Mal controlada
Encefalopatía	No	Moderada	Avanzada
Estado nutricional	Excelente	Bueno	Malo

- Child C, Turcotte J. Surgery and portal hypertension. En: Child C (ed). The liver and portal hypertension. Philadelphia: WB Saunders;1964.p.50.

- La historia natural de la cirrosis hepática está marcada por diferentes complicaciones con potencial amenaza vital independientemente de la etiología. Estas incluyen hipertensión portal y sus consecuencias (varices esofagogástricas, ascitis y encefalopatía), peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, coagulopatía y carcinoma hepatocelular.
- Con el desarrollo del trasplante hepático se hizo importante utilizar criterios que permitieran determinar el pronóstico en pacientes individuales con la mayor exactitud posible. Este objetivo "ideal" todavía no se ha alcanzado pero se han realizado varios intentos.
- El primero de ellos fue realizado por Child y Turcotte para ayudar a seleccionar pacientes cirróticos para cirugía de shunt portocava. Sus criterios permitían la separación de los pacientes en tres categorías (A, B y C) estratificados de mejor (A) a peor (C) pronóstico.
- Ventajas: la clasificación se realiza fácilmente.
- Inconvenientes: los pacientes que forman parte de los grupos A y C constituyen el 5% de todos los cirróticos, mientras que el 90% forman parte del grado B.

Tomado de: García de Lorenzo A. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico, 2ª edición. Madrid: AstraZeneca; 2006. p.248-9.

Clasificación de gravedad de Pugh de cirrosis hepática

	PUNTOS		
	A	B	C
Bilirrubina (mg/100 mL)	< 2,0	2,0-3,0	> 3
Albúmina (g/100 mL)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Tiempo protrombina (segs)	1-4	4-6	> 6
Tiempo protrombina (INR)	<1,7	1,7-2,3	> 2,3
Encefalopatía (grado)	No	I/II	III/IV
Ascitis	Ausente	Ligera-moderada	Grave
Para cirrosis biliar primaria: • Bilirrubina (mg/dL)	1-4	4-10	> 10

- Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg 1973;60:646-9.

- Se han propuesto varias modificaciones de la clasificación inicial de Child y Turcotte. La más ampliamente utilizada es la de Pugh et al.
- En ella se omitió la valoración nutricional y se incluyó la prolongación del tiempo de protrombina. Se realizó un sistema de clasificación de 1, 2 y 3 puntos para cada anomalía de las cinco variables medidas.
- También se tuvo en cuenta que en pacientes con cirrosis biliar primaria, la bilirrubina sérica suele estar desproporcionadamente elevada con respecto a otras enfermedades hepáticas.
- La simplicidad, disponibilidad, bajo coste y buen poder predictivo respecto a la supervivencia a corto plazo (1 año) hace que el índice de Pugh sea muy útil. Sensibilidad y especificidad aproximadamente: 80%.

Tomado de: García de Lorenzo A. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico, 2ª edición. Madrid: AstraZeneca; 2006. p.250-1.

Diagnóstico diferencial de la obstrucción focal del conducto biliar

Lesiones malignas

Colangiocarcinoma primario

Carcinoma mucoepidermoide

Invasión directa

Hepatoma

Carcinoma de la vesícula biliar

Carcinoma pancreático

Sarcoma retroperitoneal

Metástasis en los ganglios linfáticos periportales o hiliares

Tumores linfoides (linfoma Hodgkin y no Hodgkin)

Lesiones benignas

Coledocolitiasis

Colangitis esclerosante

Estenosis yatrogénica del conducto biliar

Síndrome de Mirizzi

Estenosis focal idiopática

Tuberculosis

Infestación por *Clonorchis* o *Ascaris*

Tomado de: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM. Oncología Quirúrgica. Madrid: Marbán Libros S.L.; 2005. p. 288.

Clasificación y manejo del trauma cardíaco penetrante

Categoría	Controversia	Recomendaciones
Sin signos de vida	¿A quién resucitar?	Resucitar cuando el paro respiratorio es presenciado
Criticamente inestable	¿Pericardiocentesis? ¿Dónde operar?	No se recomienda. En quirófanos
Taponamiento cardíaco	¿Cuáles ayudas diagnósticas?	Ninguna; a lo sumo una radiografía de tórax
Lesión toracoabdominal	¿Cómo hacer el diagnóstico?	Ventana pericárdica transdiafragmática
Presentación benigna	¿Cómo diagnosticar? ¿A quién tratar?	Ventana pericárdica. A todos los pacientes con lesión cardíaca

Tomado de: Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. Tomo I, 2a. Edición. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda; 2003. p. 252.

Clasificación de la disección aórtica

CLASIFICACIÓN DE STANFORD

Tipo A disección de la aorta ascendente y descendente

Tipo B disección de la aorta descendente

CLASIFICACIÓN de DE BAKEY

Tipo 1 disección de toda la aorta

Tipo 2 disección de aorta ascendente

Tipo 3 disección de aorta descendente

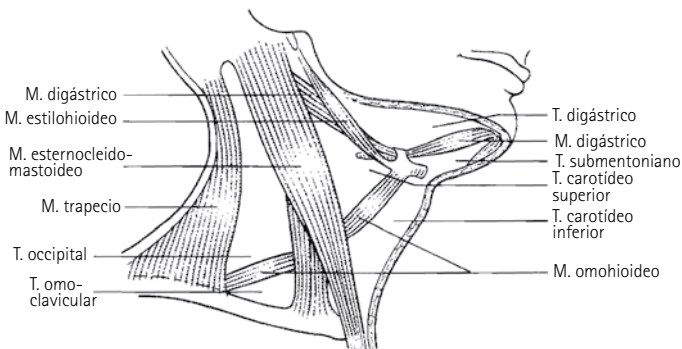
Tomado de Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. Tomo I, 2da. Edición. Editorial Kimpres Ltda. Bogotá, 2003. p 508.

Manejo inicial de los pacientes con sospecha de disección aórtica

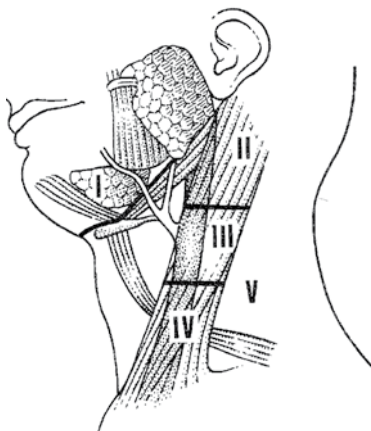
RECOMENDACIÓN	CLASE I, II, III	NIVEL EVIDENCIA
1. HC y examen físico detallado	*	C
2. Línea IV, CK, troponina, cuadro hemático, dímero D, LDH	*	C
3. ECG : documentar isquemia	*	C
4. Monitoria de FC y TA	*	C
5. Manejo del dolor: morfina	*	C
6. Control de TA sistólica usando β -bloqueadores (esmolol, metoprolol, labetalol)	*	C
7. Traslado a unidad de cuidados intensivos	*	C
8. Vasodilatador adicional (nitroprusiato) en pacientes muy hipertensos; tratar de mantener TA entre 100–120 mmHg	*	C
9. En pacientes con EPOC, controlar TA con calcio antagonistas.	*	C
10. Estudio imaginológico en pacientes con signos en ECG de isquemia y sospecha de patología aórtica	*	C
11. Rx tórax	*	C

HC: historia clínica; TA: Tensión arterial; FC: frecuencia cardiaca; ECG:Electrocardiograma; Rx: radiografía; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Tomado de: Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. Torno I, 2a. Edición. Bogotá: Editorial Kimpress Ltda.; 2003. p. 510.



Músculos y triángulos del cuello



Clasificación en niveles de los ganglios linfáticos del cuello

Tomadas de: Mezzadri NA. Tumores malignos del tracto aerodigestivo superior. En: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. Editorial El Ateneo; 5a ed. 2002. pp. 267.