

SEMINARIO DIGESTIVO

Semiología 2

1

CASO 1

Mujer de **37 años**, profesora de historia de colegio, consulta por 5 días de diarrea intermitente.

¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?

- Frecuencia
- Consistencia
- Coloración
- Presencia de elementos patológicos
- Gatillantes
- Síntomas gastrointestinales acompañantes (dolor, vómitos, distensión abdominal, saciedad precoz)
- Síntomas generales
- Síntomas similares familiares u otros contactos



2

¿Qué preguntaría en la anamnesis remota?

Hábito defecatorio

Viaje
Alergias e intolerancias
Fármacos
Cirugías
Alimentación
Enfermedades crónicas

3

La paciente presenta **deposiciones semisólidas** sin elementos patológicos, **3-4 episodios al día**, escasa cantidad y asociado a distensión abdominal y dolor abdominal tipo cólico, difuso, intermitente, intensidad variable entre 3 y 7/10 en escala verbal simple. Niega migración, irradiación, atenuantes y agravantes. Sin náuseas, vómitos, ictericia ni otros síntomas.

Además refiere un episodio de transgresión alimentario previo al inicio del cuadro.

No hay nadie más enfermo en su casa

4

¿Qué espera encontrar en el examen físico?

Al examen físico destaca:

FC 80 lpm, FR 14 rpm, T 36,3°C, Sat 98% amb, PA 130/80 mmHg

- Bien hidratada y perfundida, mucosas rosadas. Piel y fanéreos sin lesiones.
- Cardiopulmonar sin hallazgos.
- Abdomen blando, depresible, distendido, levemente sensible difusamente. RHA ++. Sin signos de irritación peritoneal. Sin masas ni visceromegalia. Timpánico a la percusión.

5

¿Qué diagnóstico sindromático y etiológico son planteables?

Síndrome diarreico agudo

Gastroenteritis aguda

Se indica tratamiento sintomático a la paciente, explicándole que se trata de un cuadro autolimitado.

6

No olvide que diarrea puede ser una forma de presentación de COVID-19

7

DIARREA AGUDA

FRECUENCIA
CONSISTENCIA
TEMPORALIDAD

ALIMENTO
CONTAMINADO

SINTOMAS ACOMPAÑANTES
(VÓMITOS, DOLOR,
FIEBRE, ICTERICIA)

ELEMENTOS
PATOLÓGICOS
(SANGRE)

FAMILIARES, OTROS

ENFERMEDAD CRÓNICA

FÁRMACO

VIAJE

OCUPACIÓN

EXAMEN FÍSICO COMPLETO
(Deshidratación y abdominal)

8

3 semanas después aparece la paciente en su consulta.



¡Todavía tengo diarrea!

Usted reinterroga a la paciente desde cero.

No hay cambios en lo descrito respecto al dolor y las deposiciones. Niega baja de peso, anorexia u otros síntomas.

Agrega:

“Es muy raro. Hay días que me la paso en el baño y otros en que me dan ganas pero no pasa nada”



9

¿Cómo seguiría la entrevista?

Días sin síntomas (diarrea, constipación, distensión)

Consistencia de las deposiciones

Elementos patológicos

Diarrea nocturna

Pujo y tenesmo rectal

Alivio de dolor y distensión con evacuación

Asociación con evento estresante

Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

10

10

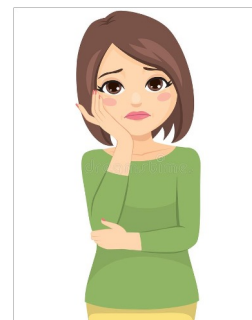
La paciente le cuenta:

“Hay **días que tengo diarrea y otros que no**, que hago normal. Cuando me hincho, dura poco, un día o dos y es verdad que se me pasa un poco luego de ir al baño.”

Además niega baja de peso, CEG, fiebre, síntomas nocturnos, deposiciones con elementos patológicos y otros síntomas.

“He estado **más estresada**. Esto del encierro me tiene mal. Entre las clases online, los **estudiantes que no se conectan** y mis hijos pequeños en casa, no tengo ni un minuto libre”

“Recuerdo que esto me pasa habitualmente, cuando tengo muchas pruebas sin corregir o previo a algunas reuniones de apoderados”



11

¿Qué diagnósticos sindromáticos son planteables?

Diarrea en vías de prolongación

¿Cuál es su sospecha etiológica?

Síndrome de Intestino Irritable

¿Qué esperarías encontrar al examen físico general y abdominal de esta paciente?

12

Signos de deshidratación (considerar intolerancia oral)	Fiebre > 38° por más de 48h,	Funcional	Orgánica
Deposiciones sanguinolentas	Frecuencia > 6 veces por día	Diurnas y de larga data	Diurna y nocturna
Diarrea persistente	Dolor abdominal en mayores de 50 años	Buen estado general	+/- Fiebre
Adultos mayores	comorbilidades e inmunodeficiencias.	Alternan diarrea-constipación	+/- Baja de peso y anorexia
		Sin signos de alarma	+/- Elementos patológicos (grasa, pus y sangre)
		Ej: SII	Ej: EII, enfermedad celiaca, intolerancia a la lactosa

Signos y síntomas de alarma.

Diferencias entre una diarrea funcional u orgánica

13

Caso 2

Paciente hombre de **62 años** con antecedentes de **hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2** en tratamiento con insulina, con mal control metabólico. Consulta en servicio de urgencias luego de haber presentado un episodio de **hematemesis**, se encuentra en regulares condiciones generales, refiere mareos al ponerse de pie.



¿Cómo continuaría con la anamnesis próxima?

14

¿Cómo continuaría con la anamnesis próxima?

- Agotar el motivo de consulta (hematemesis)
- Síntomas de repercusión hemodinámica
- Otros síntomas (asociados y revisión por sistema)
- Otras manifestaciones de sangrado
- Síntomas generales

15

Continuación...

Paciente menciona que ha presentado **2 episodios de hematemesis** de moderada cuantía hoy, ambos precedidos por náuseas, aproximadamente 100 ml de sangre color rojo oscuro, el primer episodio de hoy acompañado de restos alimentarios y asociado a leve dolor abdominal de carácter sordo. Paciente refiere que **dentro de las últimas dos semanas ha tenido otros dos episodios** de hematemesis autolimitados de escasa cuantía a los que no le había dado mayor importancia, Además, desde hace 3 días ha notado las **deposiciones de muy mal olor y negras**.

Anorexia las últimas 2 semanas. **Astenia y adinamia** hace 6 meses.



16

¿Qué antecedentes relevantes debe indagar en la anamnesis remota?

- Antecedentes médicos
- Hospitalizaciones
- Fármacos
- Antecedentes familiares
- Cirugías recientes
- Hábitos
- Alimentación
- Transfusiones (año)
- Viajes
- Tatuajes
- Antecedentes socioeconómicos

17

Continuando...

Paciente con antecedentes mórbidos descritos, no acude a consulta médica hace más de dos años. **Mala adherencia** a fármacos. Refiere no consumir otros fármacos además de los que usa para la hipertensión y la diabetes.

Niega el uso de tabaco, pero refiere consumir **1 litro de vino al día**, desde hace años.

No recuerda de qué fallecieron sus padres.

Niega otros antecedentes.

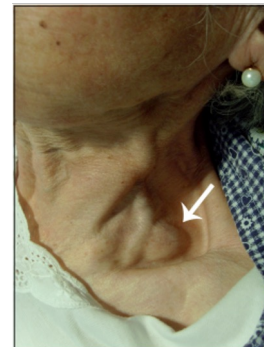
¿Qué elementos del examen físico iría a buscar dirigidoamente?

18

¿Qué elementos del examen físico iría a buscar dirigidamente?

Examen físico general:

- Signos vitales (Evaluar repercusión hemodinámica)
- Llame capilar, yugulares, edema periférico.
- Conciencia (encefalopatía).
- Piel y mucosas
- Estado nutricional.
- Adenopatías (ganglio de Virchow o signo de Troisier)



Examen segmentario Abdominal:

- **Inspección:** Circulación colateral, aumento de volumen abdominal.
- **Auscultación:** RHA ausentes.
- **Percusión:** Tamaño del hígado (puede estar pequeño), bazo (puede estar grande). Matidez desplazable.
- **Palpación:** hígado (consistencia aumentada, borde nodular y filoso), y bazo (esplenomegalia).

19

En el paciente

EXAMEN FISICO GENERAL

- Piel y mucosas pálidas
- Hiperpigmentación generalizada
- Ictericia en escleras
- Palmas con eritema en zona tenar e hipotenar

Aliento hepático

Ectomorfo, IMC 17

PA 100/60, FC 110
FR 18, Sat 94%,
T 37,5°C

- Telangiectasias en región malar y tórax superior
- Algunas equimosis en extremidades superiores.
- Ginecomastia bilateral.
- Uñas de terry.
- Disminución del vello corporal, distribución ginecoide.

Examen mental: bradipsiquia, orientado en tiempo, espacio y situación, atento.

Yugulares ingurgitadas a 45°, edema en extremidades inferiores con fóvea (+).

20

20

EXAMEN FISICO SEGMENTARIO

Inspección:

- Circulación colateral
- Aumento de volumen abdominal
- Sin cicatrices ni equimosis.

Auscultación: RHA presentes, sin soplos abdominales

Percusión:

- Hígado de 10 cm
- Matidez esplénica sobrepasa línea axilar anterior
- Matidez desplazable

Videos

[Percusión abdominal](#) (link) 1:50-2:26, Matidez desplazable en min 2:45-4:10

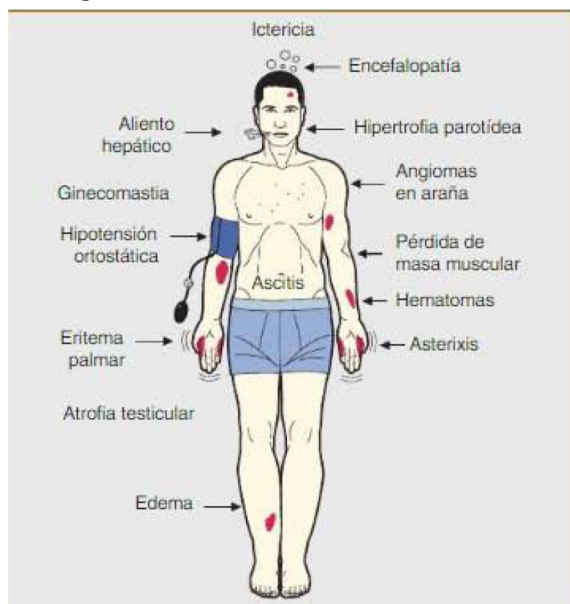
[Signo de la ola](#) (link) Min 1:30

Signo de la ola 2: [Positivo](#) (4:13) y [Negativo](#) (0:10)

Palpación: Hígado de consistencia aumentada, duro, nodular, borde filoso. Bazo palpable en posición de Schuster.

21

Estigmas DHC



Uñas de Terry



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Leuconiquia en $\frac{2}{3}$ proximales

22

DHC versus DHA

En DHC hay alteraciones cutáneas y endocrinas, en el DHA no.

- Endocrino: hipertrofia parotídea
 - Hombre: **ginecomastia**, **vello púbico** de distribución **ginecoide**, disminución del vello corporal, baja libido, impotencia
 - Mujer: **amenorrea o irregularidad menstrual**, infertilidad
 - Cutáneo: **hiperpigmentación cutánea**, **telangectasias y arañas vasculares** en dorso de mano, hemitórax superior y cara, manchas amarillas
- *Signos cutáneos en común: ictericia, equimosis y palma hepática.

DHC Descompensado (con HTP) o Cirrosis

- Ascitis: aumento de volumen abdominal, matidez desplazable, signo de la ola
- PBE: RHA ausentes, fiebre, dolor-distensión abdominal, vómitos, diarrea.
- Sd HepatoRenal: insuficiencia renal aguda
- Encefalopatía hepática: compromiso de conciencia
- Hemorragia digestiva

Más síntomas y signos de HTP: esplenomegalia, circulación colateral periumbilical.

23

¿Qué diagnósticos sindromáticos son los más apropiados para este paciente, dada la información recopilada?

Hemorragia digestiva alta.

- Várices esofágicas (hemorragia variceal): Hematemesis, Melena
 - Síndrome de hipertensión portal: várices esofágicas sangrantes, ascitis, esplenomegalia, circulación colateral.

Daño hepático crónico descompensado.

- Insuficiencia hepática crónica: ictericia, encefalopatía, trastornos de coagulación, fetor hepático, asterixis, vello distribución ginecoide, alteraciones cutáneas
- Hipertensión portal
- Antecedentes de DM con mal control y consumo crónico de alcohol.

DM2

Consumo crónico de alcohol

Desnutrición

24

¿Qué examen solicitarían? ¿Qué esperarían encontrar?

- Hemograma
 - Anemia
 - Microcítica e Hipocrómica por sangrado digestivo.
 - Macroscítica por el consumo crónico de OH.
- Pruebas hepáticas: perfil hepático (GOT, GPT, FA), GTT, LDH, Proteínas totales, albúmina, bili directa, indirecta y total.
 - Patrón hepatítico/hepatocelular (↑ transaminasas).
 - ↑ GGT y LDH.
- Pruebas de coagulación (TP e INR)
 - ↑INR y ↓TP

25

Patrones en perfil Hepático

	Hepatítico	Colestásico
GOT y GPT	↑	-
FA	-	↑
GGT	↑	↑
Bili	↑	↑ biliD
LDH	↑	-
Albúmina	↓	-
TP	↓	-
INR	↑	-

26

Exámenes:

Hemograma:

Hcto: 30%

Hb: 10 g/dL

VCM: 98 fl

Leucocitos: 7500 /uL

Plaquetas: 83000 /uL

Perfil hepático:

GOT (AST): 534 U/L (14-36 U/L)

GPT (ALT): 232 U/L (9-52 U/L)

GGT: 150 U/L (12-43 U/L)

FA: 180 U/L (38-126 U/L)

Proteínas Totales: 4,3 g/dL (6.0-8.3 g/dL)

Albúmina: 2,2 g/dL (>3.5g/dL)

Pruebas de coagulación:

TTPA: 35 sg (<37s)

TP: 80% (>70%)

27

Proporción de Enzimas hepáticas... puede orientar hacia alguna etiología

- Ratio GOT/GPT:
 - GOT/GPT = 0.8
 - **GOT/GPT > 2 orienta a etiología enólica**
 - GOT/GPT < 1 orienta a esteatosis hepática
 - El ratio está aumentado en infección por VHC que desarrolla cirrosis.
- Patrón predominante de colestasis (GGT y FA elevadas):
 - LOEs
 - Procesos infiltrativos
 - CBP
 - CEP

$$534 / 232 = 2.3$$

28

CASO 3

Hombre de **47 años**, con antecedentes de **tabaquismo activo y obesidad tipo I**, consulta por **tos seca** de 6 meses de evolución.

¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?

Evolución
Húmeda/seca
Gatillantes y atenuantes
Predominio horario
Síntomas respiratorios y cardiológicos
Síntomas generales y por sistema



29

El paciente refiere **tos seca de predominio matutino**, sin atenuante ni gatillante definido. No se asocia a prurito ocular, rinorrea ni estornudos.

Niega síntomas cardiorrespiratorios como disnea o angor, así como también baja de peso, astenia, adinamia, fiebre y sudoración nocturna.

¿Qué antecedentes remotos son relevantes en este caso?

Tabaquismo
Enfermedades crónicas
Alergias
Fármacos
Hábito sexual
Viajes
Actividad laboral
Vivienda



30

Ud no pesquisa datos de importancia con estas preguntas. Además el paciente ha sido estudiado con baciloscopias, ELISA-VIH, radiografía de tórax y espirometría, todas sin alteraciones.

Ud procede a examinar al paciente destacando en sus signos vitales:

FC 87 lpm / FR 16 rpm / PA 140/86 mmHg / Sat 98% amb / T 36,5°C

Buenas condiciones, bien hidratado y perfundido. Mucosas rosadas. Piel y fanéreos sin lesiones.

Cabeza y cuello: Sin adenopatías. En cavidad oral dentadura completa, **con múltiples caries**. No evidencia descarga posterior.

Examen cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos relevantes.



30

31

¿Qué preguntaría dirigidamente sobre antecedentes familiares?

Asma, dermatitis

¿Por qué se debe buscar presencia de descarga posterior?

Sd. de goteo nasal posterior

¿Qué ruido agregado al examen pulmonar debió haber ido a buscar dirigidamente?

Sibilancias, roncus

32

¿Qué diagnósticos sindromáticos son planteables?

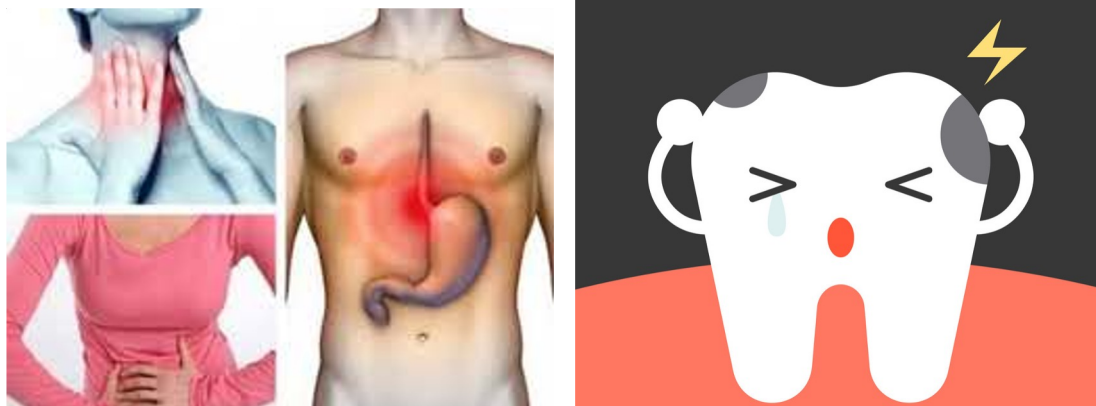
Tos crónica en estudio

¿Cuál es su sospecha etiológica?

ERGE

33

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico



34

Considerando su sospecha de ERGE, ¿Qué elementos de la anamnesis próxima debe preguntar dirigidamente?

Pirosis
Regurgitación
Saciedad precoz
Relación con comidas y ayuno
Melena y hematemesis
Cambios de voz
Odinofagia
Consumo de fármacos
Consumo de alcohol
Dieta

35

Manifestaciones clínicas de la ERGE

Síntomas esofágicos	Manifestaciones extraesofágicas establecidas	Otros síntomas frecuentemente observados
Pirosis Regurgitación Dolor torácico	Tos Crónica Asma Laringitis péptica Disfonía Laringoespasma SAOS Caries	Sialorrea Hipo Eructación Halitosis Nauseas Vómitos Globo faríngeo Distensión abdominal Dolor epigástrico Alteraciones de ritmo intestinal
	Síntomas de alarma	
	Disfagia Odinofagia Pérdida de peso Anemia Hematemesis o melena Vómitos recurrente	

36

Alteran función de EEI

Alimentos	Hábitos	Fármacos
Grasas	Tabaquismo	Benzodiacepinas
Dulces	Ingestas voluminosas	Anticolinérgicos
Chocolate	Comer rápido	Agonistas beta
Cebolla	Ejercicio físico intenso	Antagonista alfa
Especias	Decúbito postprandial	Inh. de canales del calcio
Menta	Decúbito lateral derecho	Dopamina
Bebidas (Gaseosas)	Hiperpresión abdominal	Teofilina
Cítricos		Nitratos
Cafeína		Serotonina
Alcohol		Morfina
		Prostaglandina E2 e I2
		Bifosfonatos (Alendronatos)
		Progesterona
		Secretina

Practica clínica en Gastroenterología y Hepatología, Vol 1, 2016, AEG

37

¿Cómo realizaría el diagnóstico de ERGE?

- Clínico
- Prueba con IBP

¿Cuándo endoscopia digestiva alta?: Ante duda diagnóstica, mayores de 50 años, signos de alarma, fracaso prueba IBP, antecedentes familiares

38

CASO 4

Usted está de turno en el SAPU de **Panguipulli** y recibe a un paciente de sexo masculino, de 55 años de edad, previamente autovalente y asintomático.

Consulta por presentar **estrías de sangre en sus deposiciones** hace 1 semana.



39

Además, refiere **cambio del hábito intestinal** de aproximadamente 3 meses de evolución. Previamente tenía deposiciones cada 2 días, de consistencia aumentada y defecaba con dificultad. Actualmente tiene 2-3 deposiciones al día, con consistencia normal-disminuida.

¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?



40

¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?

- Agotar el síntoma principal
- Preguntar **banderas rojas**
 - Sangre
 - Pus
 - Esteatorrea
 - Lientería
 - Deposiciones nocturnas
- Preguntar otros síntomas del sistema digestivo
- Preguntar otros tipos de sangrados y síntomas del síndrome anémico
- Indagar por síntomas generales

40

41

Su paciente le cuenta que el cuadro ha sido de inicio lento y evolución progresiva, inicialmente tenía episodios de aumento de la frecuencia de las deposiciones **1 vez al mes, ahora es semana por medio.**

Hace 2 semanas presenta **sangre violácea mezclada con las deposiciones**, cada vez que va al baño. Mantiene la frecuencia defecatoria y consistencia ya descrita.

Niega presencia de pus, lentería, esteatorrea, melena, acolia, coluria, ictericia, dolor abdominal, pujo y tenesmo rectal.



42

Al interrogatorio dirigido destaca **astenia, adinamia, baja de peso de 8 kg con ingesta conservada** desde el inicio del cuadro y diaforesis nocturna. No ha presentado fiebre ni anorexia.

Tampoco ha tenido otros tipos de sangrado ni síntomas de otros sistemas.

¿Qué elementos debe preguntar dirigidamente en la anamnesis remota?



43

Anamnesis remota

- **Antecedentes Mórbidos Personales**
 - Enfermedades previas: Sedentarismo y obesidad
 - Uso de fármacos (laxantes): No
 - Quirúrgico: Apendicectomía a los 10 años
 - Viajes: No
- **Antecedentes Familiares**
 - Cáncer: Hermano mayor con cáncer de colon a los 45 años y madre con colitis ulcerosa
 - Enfermedades autoinmunes: Hermana menor con vitiligo



44

Anamnesis remota

- **Hábitos**

- Tabaquismo: 10 cig/día desde los 25 años. IPA 15
- Alimentación: Come muchos asados con sus vecinos, al menos 3 veces a la semana. Los acompaña con cerveza y chicha
- Drogas: No
- Sexuales: Pareja única estable hace 30 años, con uso de preservativos



45

Anamnesis remota

- **Social:**

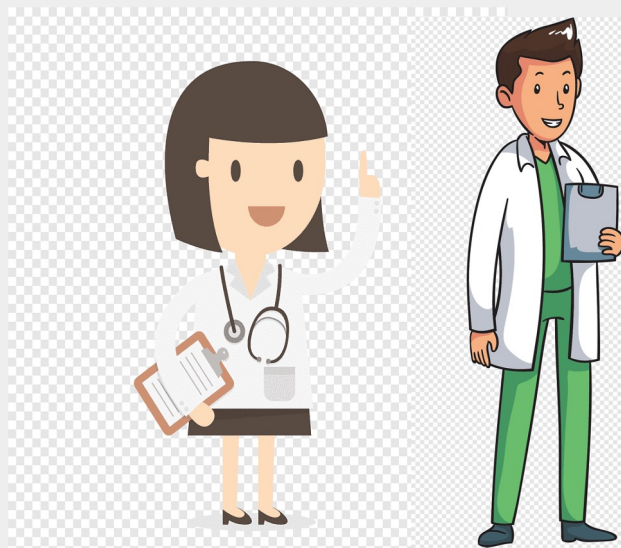
- Tiene trabajo estable como maestro de la construcción en la municipalidad de Panguipulli
- Vive con su señora y su hijo de 20 años en casa propia de 3 habitaciones con todos los servicios básicos
- Tienen 3 perros y un gato. No los llevan al veterinario
- Utilizan calefacción a leña



46

Entonces...

¿Qué debe buscar al **examen físico** general y segmentario?



47

Examen físico general

FC 98 lpm, PA 142/90 mmHg, FR 18 rpm, Sat 97%, T° 36.1°C

- Endomorfo
- Facies normal
- Piel y mucosas pálidas, sin lesiones
- Buena hidratación y perfusión distal
- No se palpan adenopatías



48

Examen físico segmentario

- **Inspección:** Abdomen simétrico, levemente excavado, con cicatriz de Mc Burney
- **Auscultación:** Ruidos hidroaéreos normales, no se auscultan soplos
- **Percusión:** Timpanismo y espacio de Traube conservados. Proyección hepática de 10 cm, sin esplenomegalia. Puño percusión negativa bilateral
- **Palpación:** Blando y depresible, indoloro. Sin visceromegalias, sin masas palpables y sin signos de irritación peritoneal

49

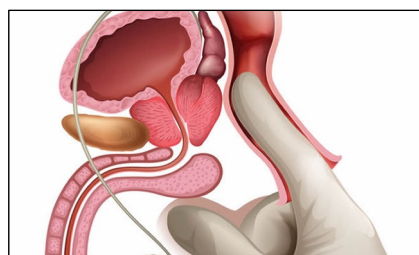
¿Qué estamos olvidando examinar?



50

Tacto rectal

- No se observan lesiones ni aumentos de volumen en región perianal
- Esfínter con tonicidad conservada
- Ampolla rectal vacía
- Sin masas palpables
- Se retira el guante con estrías de sangre fresca y restos de deposiciones escasas



50

51

¿Cuáles serían su hipótesis diagnósticas sindromáticas y etiológicas?

- **Hemorragia digestiva baja**
 - NEOPLÁSICA: **CÁNCER COLORRECTAL** (MALIGNA), PÓLIPOS (BENIGNA)
 - AUTOINMUNE: **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL** (ENFERMEDAD DE CROHN O COLITIS ULCEROSA)
 - INFECCIOSA: TBC, PARÁSITOS
 - OTRAS: HEMORROIDES, COLITIS ISQUÉMICA, COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA, ANGIODISPLASIAS, COLITIS ACTÍNICA, CUERPOS EXTRAÑOS
- Síndrome consuntivo
- Síndrome anémico
- TBQ activo - Obesidad

52

Diagnósticos diferenciales más relevantes en HDB según la edad del paciente:

Causas de hemorragias digestiva baja:

Neonatal:

- Deglución de sangre materna
- Úlcus de estrés
- Enf. hemorrágica del RN
- Enterocolitis necrotizante
- Colitis por proteínas de leche de vaca
- Diarrea infecciosa

Lactante

- Fisura anal
- Colitis y proctitis
- Diarrea infecciosa
- Intolerancia a proteínas de leche de vaca
- Hiperplasia nodular linfoide

Preescolar

- Pólipos juveniles
- Divertículo de Meckel
- Duplicación Intestinal
- Invaginación Intestinal
- Malformaciones vasculares
- Diarrea infecciosa
- Púrpura de Schölein-Henoch
- Síndrome hemolítico-urémico

Escolar y adolescente

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Parasitosis
- Diarrea infecciosa
- Pólipos intestinales
- Fisuras anales y hemorroides
- Tumores

Grupo Etario	Etiología de las Hemorragias Digestivas bajas
Adolescentes y Adultos Jóvenes	Divertículo de Meckel, Enfermedades Inflamatorias Intestinales y Pólipos.
Adultos hasta la sexta década	Diverticulosis colónica, Enfermedad Inflamatoria Intestinal y Neoplasias.
Adultos que superan la sexta década	Malformaciones Arteriovenosas, Diverticulosis y Neoplasias.

53

Entonces...

Por la sospecha diagnóstica le indica a su paciente una colonoscopia y control en su CESFAM.

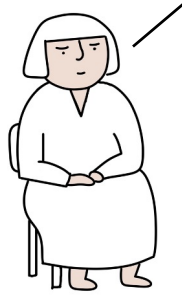
A los dos meses lo vuelve a ver en el Hospital de Panguipulli, se encuentra hospitalizado a la espera de traslado al Hospital de Valdivia para la resolución quirúrgica. Está agradecido por el pronto diagnóstico realizado por usted y su equipo.

54

CASO 5

Irene, mujer de 60 años con antecedente de dislipidemia e hipotiroidismo
Asiste a hora de morbilidad en su consultorio derivada desde urgencia

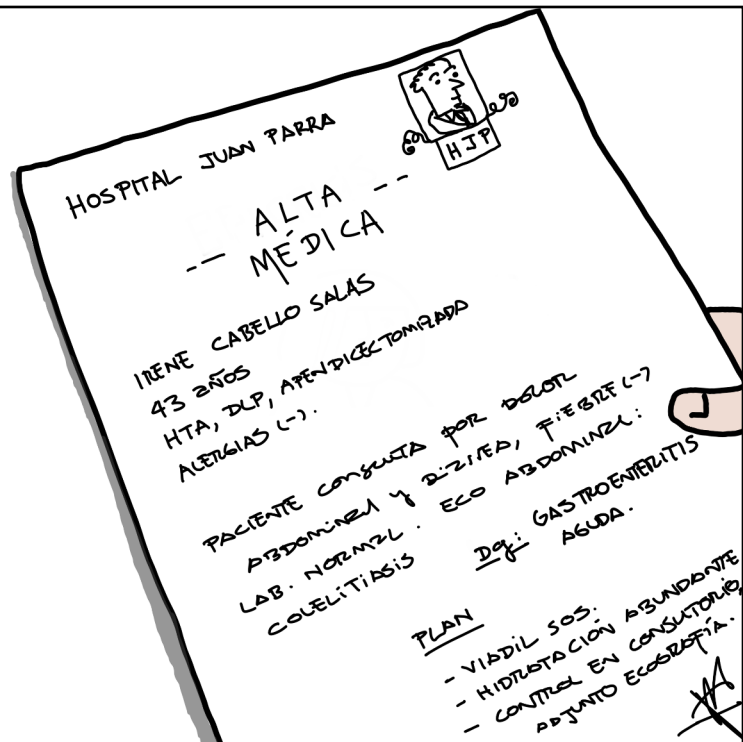
"Me dijeron que tenía que ver este examen con usted"



Usted es el medico (a) que atiende a Irene.
Le pide el papel de alta de urgencia a la paciente

55

"¿Y me dijo algo de un examen?"



56



57

¿Cómo respondería la pregunta de Irene?

“Lo que tiene es una Colelitiasis. Debe operarse, pero no es una urgencia”

¿Porque la colelitiasis tiene indicación de cirugía?

5% de conversión anual a sintomática

Riesgo de **Cáncer Vesicular** (alta prevalencia en Chile)

58

¿Qué factores de riesgo tiene Irene para hacer colelitiasis?



* Sólo superados por Indios Pima (Norteamérica)

Factores de Riesgo Colelitiasis	
Edad	●
Sexo Femenino	●
Uso de ACO	
Baja de peso rápida	
Diabetes Mellitus	
Genética (Antepasados amerindios)	●

“ No uso anticonceptivos doctor. He subido un poco de peso por la pandemia, usted me entenderá... Y sí, mi mamita era mapuche”

¿Cuáles no se le han preguntado?

59

Usted envía a Irene a su casa con indicación de esperar para hora de cirugía y consultar en caso de necesidad

¿En qué casos sería necesidad?

60

...6 meses



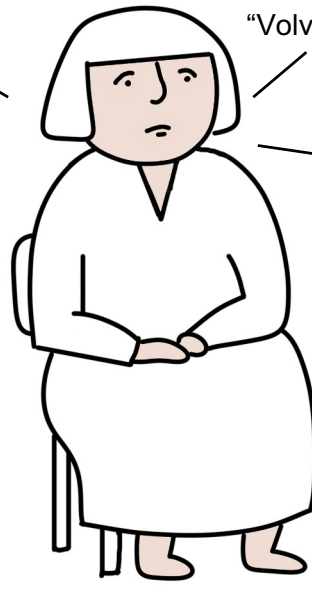
60

61

“Me empezó a doler la guata doctor, acá como en el estómago”

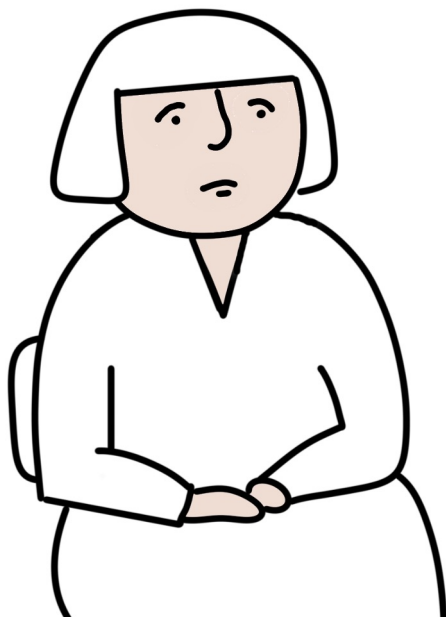
“Volví Doctor”

“Ahora me duele un poco... pero me preocupa que se ponga peor”



62

¿Cómo agotaría el dolor de Irene?



Ubicación	Intensidad	Irradiación / Migración
Atenuantes / Agravantes / Gatillantes	Carácter	Temporalidad
Síntomas Colestásicos	Otros Síntomas Digestivos	Síntomas Cardiorespiratorios?

63

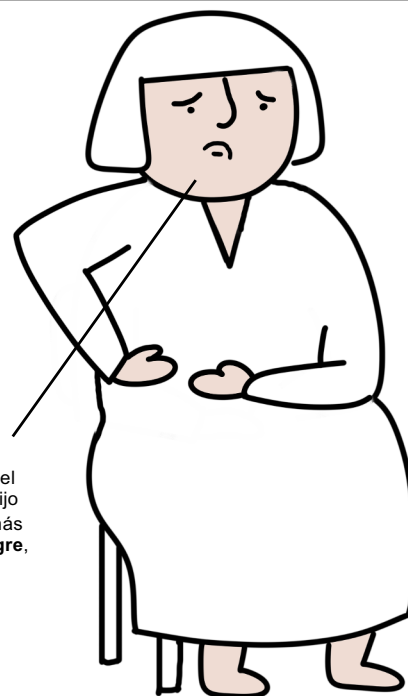
Irene refiere **episodios recurrentes** de dolor sordo en cuadrante superior derecho del abdomen de intensidad hasta **6/10** en EVS
Niega migración, pero si que a veces irradia hacia **el hombro ipsilateral**

Estos episodios duran alrededor de **3 horas**, nota que se gatillan cuando **come frituras** y ceden con reposo e antiinflamatorios.

Niega síntomas cardíacos o respiratorios, ha sentido náuseas pero no ha vomitado. Sin presencia de ningún síntoma general ni otros síntomas digestivos.

Refiere que hace 2 semanas consultó con un doctor particular...

"Me mandó a hacerme exámenes doctor. Me tomé el mismo de la otra vez y me dijo que estaba todo igual.. además me pidió **un examen de sangre**, mire"



64

SR (2): IRENE CAPORALI

LABORATORIO SANTA FILOMENA.

PRU

¿Como está ese examen doctor? ¿Que me está pasando? ¿Qué hago?

		VALOR REF.
BILIRUBINZ TOTAL	0.1	0.2 - 1.3
BILIRUBINZ DIRECTA	0.5	0 - 0.3
BILIRUBINZ INDIRECTA	98	38 - 126
F. ALKALINZ TOTALES	32	14 - 36
TRANSAMINZSA GOT	29	9 - 52
TRANSAMINZSA GPT	18	12 - 43
G. GLUTAMIL TRANSFERASA.		

65

Responda a las preguntas de Irene

1. ¿Cómo está ese examen doctor?
 - "Está bien, sus pruebas hepáticas no muestran alteraciones"
2. ¿Qué me está pasando?
 - "Lo mas probable es que tenga un **cólico biliar simple**"
3. ¿Qué hago?
 - "Tenemos que seguir esperando para que la operen"

66

COLICO BILIAR SIMPLE	COLICO BILIAR COMPLICADO
Duración menor a 6 horas	Duración mayor a 6 horas
Sin Fiebre	Fiebre → colecistitis, colangitis
Sin síntomas colestásicos	Síntomas colestásicos (ictericia, coluria, acolia*, prurito) → de coledocolitiasis y colangitis
Vómitos +/-	Vómitos +++ → Pancreatitis.

67

“Ya doctor, me voy a la casa entonces. Ojala me den hora luego para esa operación oiga”

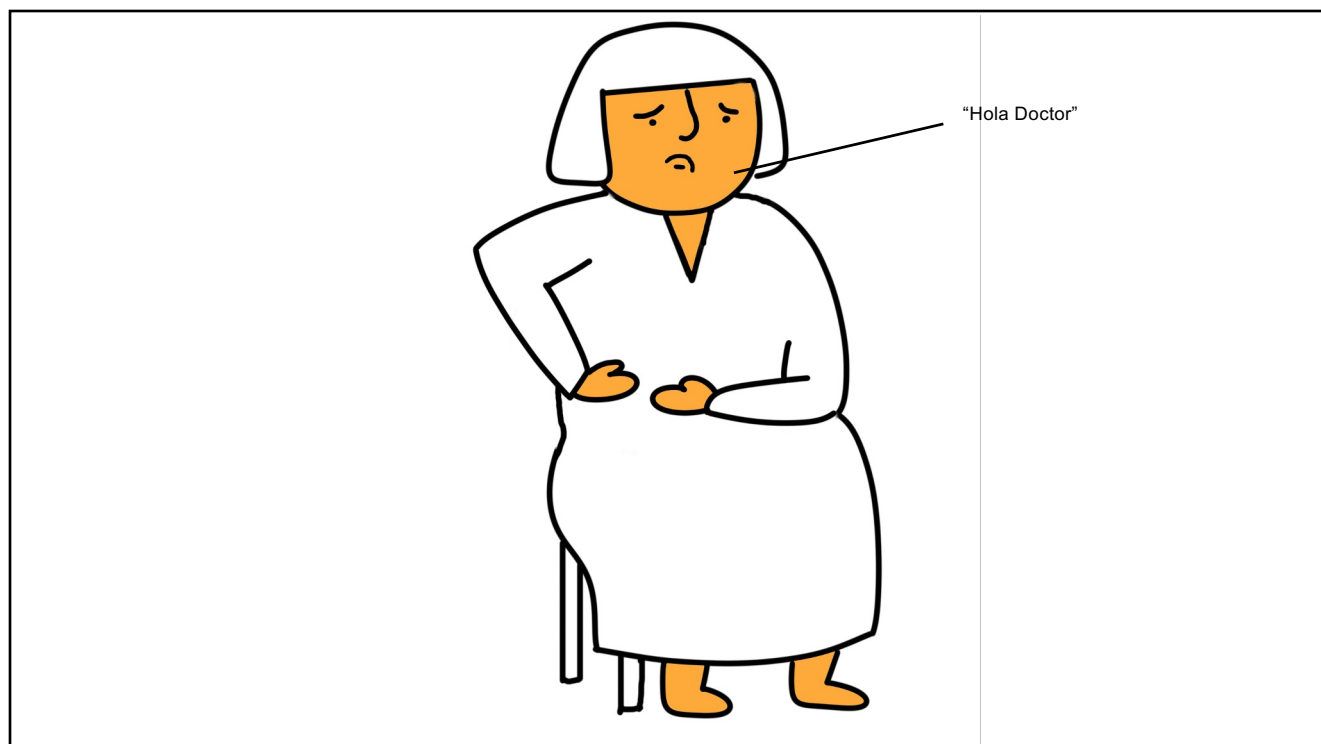


68

...5 semanas después
usted se encuentra en un
turno de urgencias.

Irene llega a consultar...

69



70

Irene refiere un cuadro de 8 horas de evolución de **dolor en hemiabdomen superior asociado a coloración amarilla de piel**

¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?

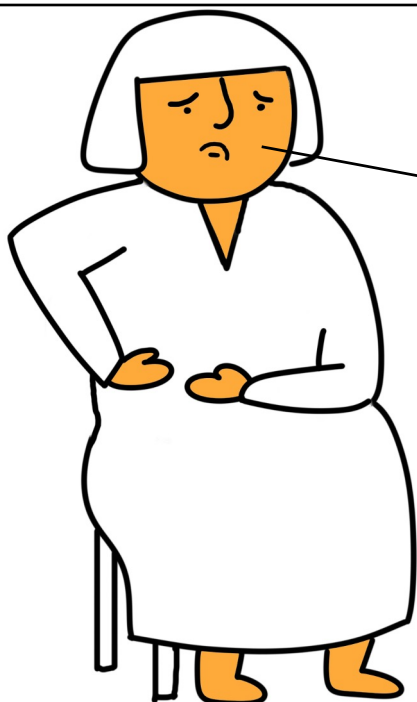
- Agotar dolor, síntomas generales, síntomas digestivos, síntomas colestásicos

¿Qué iría a buscar al examen físico?

- Alteraciones en signos vitales, estado de hidratación y perfusión, alteraciones en sistema cardiorrespiratorio (dolor referido desde estructuras del tórax), examen físico abdominal completo

70

71



Doctor ahora me duele distinto. Me duele todo arriba del ombligo y se me va hacia los lados y atrás. Llevo así varias horas y no se me pasa con nada.

No me he tomado la temperatura pero me siento afebrada y estoy transpirando mucho. Vine porque ya era mucho el dolor y mi marido me dice que me hasta me cambió el color de la cara

Ah! Y he vomitado como 10 veces doctor! En un día nomás

Otros síntomas generales	Otros Síntomas Digestivos	Síntomas colestásicos
(-)	(-)	- Ictericia (+) - Coluria (+) - Acolia (-) - Prurito (-)

72

Examen Físico Irene

Piel y mucosas levemente deshidratadas. Ictericia de piel y escleras

FC 105, PA 110/65, T 38.1° C, FR 17, Sat 96%

RR2TSS, MP (+) Sin ruidos agregados

Abdomen blando, depresible. Dolor a la palpación superficial de todo hemiabdomen superior

RHA (+), no se palpan masas.

Murphy (-)

Sin signos de irritación peritoneal



73


¿ Que exámenes de Laboratorio solicitaría?

**- Enzimas pancreáticas (Amilasa, Lipasa),
Pruebas hepáticas, Marcadores
inflamatorios**

74

SR (2): IRENE CABELLO S.

PRUEBAS HEPÁTICAS.




	<u>RESULTADO</u>	<u>VALOR REF.</u>
BILIRUBINZ TOTAL	6.2	0.2 - 1.3
BILIRUBINZ DIRECTA	5.0	0 - 0.3
BILIRUBINA INDIRECTA	1.2	38 - 126
F. ALKALINZ TOTALES	313	14 - 36
TRANSAMINZSA GOT	50	9 - 52
TRANSAMINZSA GPT	71	12 - 43
G. GLUTAMIL TRANSFERASA.	299	

75

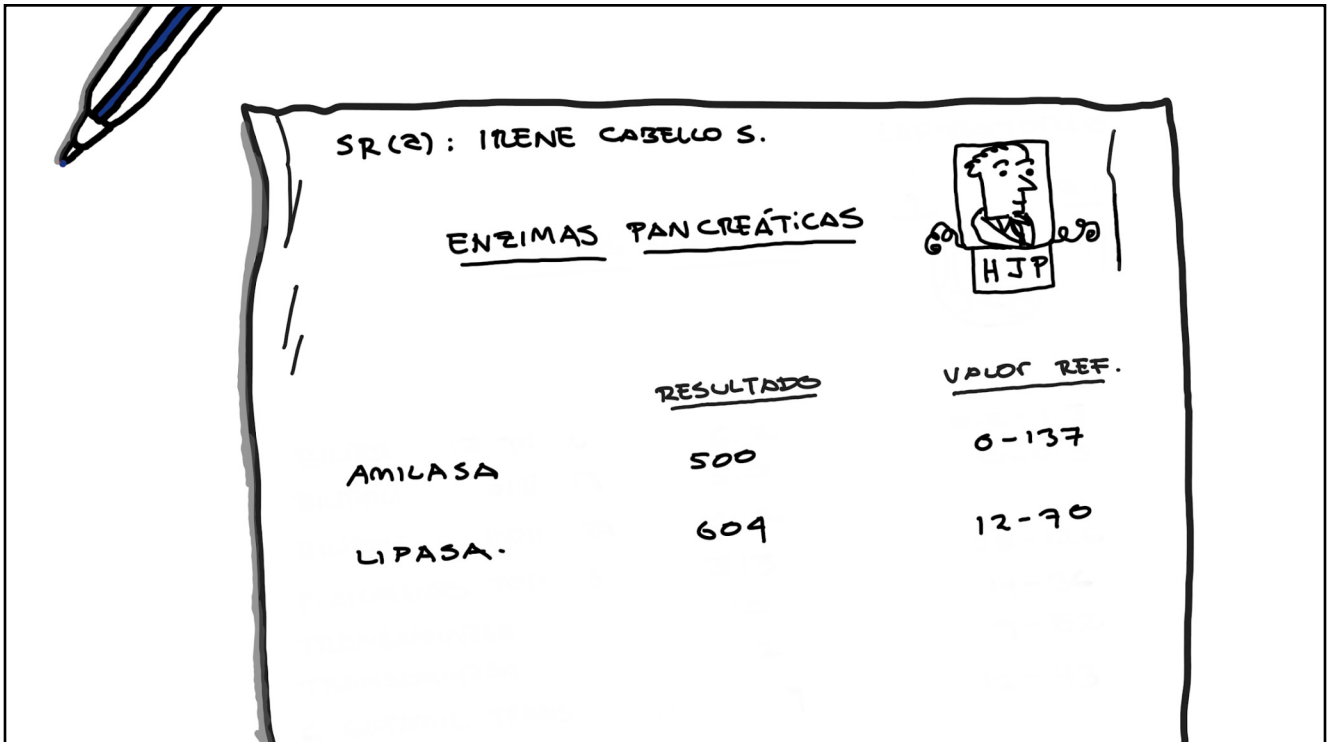
SR (2): IRENE CABELLO S.

PRUEBAS HEPÁTICAS.




	<u>RESULTADO</u>	<u>VALOR REF.</u>
BILIRUBINZ TOTAL	<u>6.2</u>	0.2 - 1.3
BILIRUBINZ DIRECTA	<u>5.0</u>	0 - 0.3
BILIRUBINA INDIRECTA	1.2	38 - 126
F. ALKALINZ TOTALES	<u>313</u>	14 - 36
TRANSAMINZSA GOT	<u>50</u>	9 - 52
TRANSAMINZSA GPT	<u>71</u>	12 - 43
G. GLUTAMIL TRANSFERASA.	<u>299</u>	

76



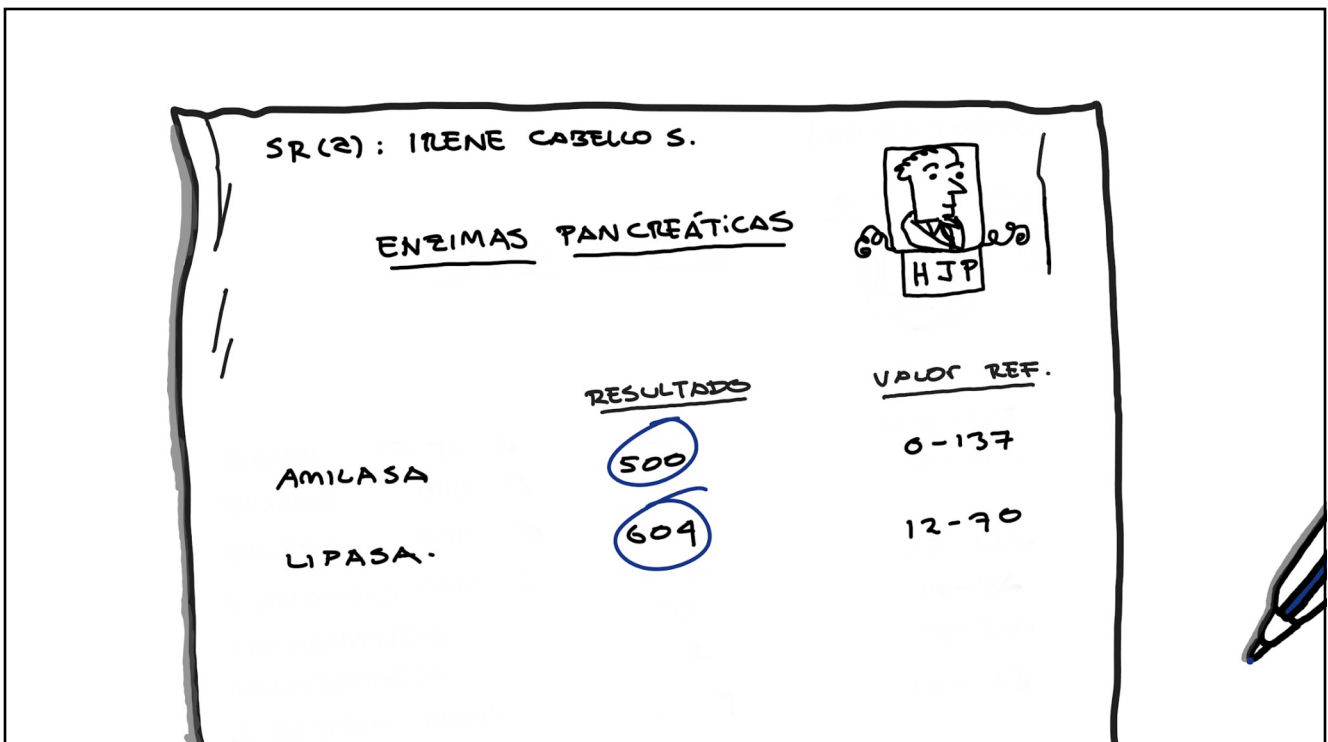
SR (2): IRENE CABELLO S.

ENZIMAS PANCREÁTICAS




	<u>RESULTADO</u>	<u>VALOR REF.</u>
AMILASA	500	0-137
LIPASA.	609	12-90

77



SR (2): IRENE CABELLO S.

ENZIMAS PANCREÁTICAS



	<u>RESULTADO</u>	<u>VALOR REF.</u>
AMILASA	500	0-137
LIPASA.	609	12-90

78

¿Que muestran los exámenes de laboratorio de Irene?

- **Patrón colestásico de alteración de pruebas hepáticas**
- **Pancreatitis aguda (probablemente de origen biliar)**

79

Usted diagnostica una pancreatitis a Irene

Llama al cirujano de turno y le presenta el caso

80

Resumen de Casos

1. Sd diarreico agudo —————→ Sd diarreico en vías de prolongación
 2. HDA por Várices esofágicas, por HTP, por DHC x OH
 3. Tos crónica por ERGE
 4. HDB
 5. Colelitiasis asint —————→ Cólico biliar simple —————→ Cólico biliar complicado + Pancreatitis Aguda
- **A veces es difícil dar el diagnóstico correcto en cuadros de corta evolución, ya que su progresión aporta mucha información. Así que hay que estar pendiente, y avisarle al paciente, que vuelva si progresa en forma distinta a la esperada.**
 - **iiiiLas enfermedades evolucionan/cambian con el tiempo!!!!**



81

SEMINARIO DIGESTIVO

Semiología 2

82