PREGUNTAS TEORICO-PRACTICAS (a desarrollar 75 minutos)

1.- Hemorragia tras cirugía tiroidea

2.- Músculos del canal anal

3.- Criterios diagnósticos de ROMA III de estreñimiento funcional.

4.- Subtipos de tumor carcinoide gástrico

5.- Paciente mujer de 28 años afecta de FAP confirmada por mutación 3´ del codón 1444. En colonoscopia se encuentran 60 pólipos adenomatosos de entre 5 y 9 mm, al menos 25 en los 15 cm. distales. Aspectos a tener en cuanta en la valoración de tratamiento.

6.- Opciones técnicas en las resecciones pancreáticas centrales.

7.- A las 8 horas de una dilatación endoscópica del esfínter esofágico inferior en un paciente diagnosticado de acalasia se sospecha una perforación en la zona de la dilatación que se confirma mediante TC con contraste oral, observándose una pequeña extravasación de contraste y pequeño derrame pleural izquierdo. El paciente se encuentra estable y sin fiebre. En la analítica destacan 14.500 leucocitos siendo el resto normal. ¿Qué haría?

8- Diagnóstico del síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple Inicial.

9.- Efectos secundarios gastrointestinales tras cirugía bariátrica según la clasificación de Marceau.

10.- Indicaciones de despistaje bioquímico de feocromocitoma

PREGUNTAS CORTAS

1.- Hemorragia tras cirugía tiroidea.

Se da entre el 0,5 y 1,5% de todas las tiroidectomías. El origen más frecuente es el pedículo tiroideo superior, las arteriolas traqueales y las venas de calibre importante. Ello exige una hemostasia cuidadosa al terminar la tiroidectomía (si se trabaja con hipotensión controlada, no se cerrará la herida hasta que la tensión se haya normalizado). Si existe hemorragia detectable a través de los drenajes (> 10mL/h), es aconsejable la reintervención. También debe reintervenirse cualquier paciente que experimente dificultad respiratoria: la colocación de drenajes aspirativos no ofrece garantía contra un hematoma asfíctico.

El tratamiento del hematoma asfíctico consiste en su evacuación inmediata sin esperar a una anestesia general con intubación orotraqueal (la intubación en estos casos puede ser dificultosa o imposible debido al edema laríngeo que produce la dificultad del retorno venoso. El 80% de las hemorragias se producen en las 6 primeras horas del postoperatorio.

2.- Músculos del canal anal

1. Esfínter anal interno: condensación de la capa muscular circular de la pared del recto. Músculo liso en estado de contracción.
2. Esfínter anal externo: Músculo estriado con fibras tipo I y actividad contráctil tónica., Se divide en fascículos subcutáneo, superficial y profundo (se continua con el m. puborrectal)
3. Músculo longitudinal conjunto: procede de la capa muscular longitudinal de la pared del recto y se sitúa entre los otros dos.

3.- Criterios diagnósticos de ROMA III de estreñimiento funcional.

Los síntomas deben haber aparecido al menos 6 meses antes y estar activos durante 3 meses.

1. Debe incluir 2 o más de los siguientes
    a. Esfuerzo al menos en el 25% de las defecaciones
    b. Heces duras o bolas al menos en el 25% de las defecaciones
    c. Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las defecaciones
    d. Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal al menos en el 25% de las defecaciones
    e. Maniobras para facilitar la defecación en al menos en el 25% de las defecaciones
    f. Menos de tres defecaciones a la semana
2. Evacuación infrecuente sin toma de laxantes
3. No se cumplen criterios de Síndrome de Intestino Irritable

4.- Subtipos de tumor carcinoide gástrico

1. Tumor carcinoide gástrico asociado a gastritis crónica atrófica tipo A
2. Tumor carcinoide gástrico asociado a Zollinger – Ellison o MEN-1
3. Tumor carcinoide gástrico esporádico

5.- Paciente mujer de 28 años afecta de FAP confirmada por mutación 3´ del codón 1444. En colonoscopia se encuentran 60 pólipos adenomatosos de entre 5 y 9 mm, al menos 25 en los 15 cm. distales. Valoración de tratamiento.

1. Riesgo de infertilidad tras proctocolectomía
2. Posibilidad de tumor desmoides tras cirugía al estar afectado el codón 1444
3. Control endoscópico de los pólipos
4. Control temporal de los pólipos con inhibidores COX2
5. En el momento de la cirugía proctocolectomía al ser el recto la parte más afectada

6.- Opciones técnicas en las resecciones pancreáticas centrales.

1. Anastomosis de los dos remanentes pancreáticos a un asa desfuncionalizada en Y de Roux
2. Cierre de la porción proximal al duodeno y anastomosis del resto del páncreas a un asa desfuncionalizada en Y de Roux
3. Cierre de la porción proximal al duodeno y pancreatico-gastrostomía

7.- A las 8 horas de una dilatación endoscópica del esfínter esofágico inferior en un paciente diagnosticado de acalasia se sospecha una perforación en la zona de la dilatación que se confirma con TC con contraste oral, observándose una pequeña extravasación de contraste y pequeño derrame pleural izquierdo. El paciente se encuentra estable y sin fiebre. En la analítica destacan 14.500 leucocitos siendo el resto normal. ¿Qué haría?

Indicaría cirugía ya que no cumple los criterios de Cameron de tratamiento conservador.
Realizaría sutura de la perforación, miotomía de Heller con plastia anterior de Dor, cubriendo la zona de la perforación que suele ser izquierda y la miotomía.
Cobertura antibiótica.
Valorar yeyunostomía alimentación.

8- Diagnóstico del síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple Inicial.

Sistema	Disfunción inicial
Pulmonar	Hipoxia Intubación 3-5 días
Hepático	Bilirrubina 2-3 mg %
Hemodinámica	Hipotensión y gasto cardiaco Volumen e inotropodependiente
Metabólico	Hiperglicemia insulinodependiente Acidosis láctica (bicarbonato)
Hematológico	Tiempo de protrombina 125% Plaquetas 50-80.000
Digestivo	Íleo o intolerancia a la nutrición enteral > 5 días
Sistema nervioso central	Confusión
Renal	Oliguria < 500 ml/24 horas Creatinina > 2-3 mg%

CASO CLINICO (a desarrollar en 15 minutos)

Paciente mujer de 60 años con AP de ooferectomía bilateral por patología benigna. Antecedentes familiares de madre fallecida por cáncer de recto con 70 años y hermana tratada de cáncer de útero con 44 años. Otros dos hermanos sin antecedentes de cáncer. Acude a urgencias por dolor abdominal cólico de dos semanas de evolución con tendencia al estreñimiento. No vómitos ni otra sintomatología. En la exploración dolor difuso con timpanismo sin irritación peritoneal.

Analitica: Leucocitos 17.500 (85% neu), hematocrito 38.5%.

Rx abdomen: dilatación de colon transverso e inicio del descendente con silencio aéreo distal

TC abdomen con contraste rectal: estenosis de sigma por tumoración de aspecto maligno y moderada dilatación de colon izquierdo y transverso. Quiste renal simple derecho.

1.- ¿Realizaría alguna otra exploración en urgencias?

2.- ¿Cuál sería su primer acto terapéutico?

3.- Durante una eventual laparotomía se encuentra metástasis hepáticas en la siguiente localización: tres lesiones entre 0.5 y 1 cm. en lóbulo hepático izquierdo superficiales, dos lesiones de similar tamaño, también superficiales en segmentos V y VI, y una lesión de 4 cm. apoyada entre la vena suprahepática derecha y la vena suprahepática media.
¿Qué intervención realizaría?

4.- Cree que este paciente puede tener alguna alternativa de tratamiento con intención curativa? En caso afirmativo cual sería su planteamiento.

5.- Realizaría alguna actuación más en este caso?

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente mujer de 60 años con AP de ooferectomía bilateral por patología benigna. Antecedentes familiares de madre fallecida por cáncer de recto con 70 años y hermana tratada de cáncer de útero con 44 años. Otros dos hermanos sin antecedentes de cáncer. Acude a urgencias por dolor abdominal cólico de dos semanas de evolución con tendencia al estreñimiento. No vómitos ni otra sintomatología. En la exploración dolor difuso con timpanismo sin irritación peritoneal.

Analitica: Leucocitos 17.500 (85% neu), hematocrito 38.5%.

Rx abdomen: dilatación de colon transverso e inicio del descendente con silencio aéreo distal

TC abdomen con contraste rectal: estenosis de sigma por tumoración de aspecto maligno y moderada dilatación de colon izquierdo y transverso. Quiste renal simple derecho.

1.- ¿Realizaría alguna otra exploración en urgencias?

No

2.- ¿Cuál sería su primer acto terapéutico?

Con este diagnóstico tenemos dos opciones:

1. Cirugía urgente.
2. Colocación stent como puente a cirugía programado. Realizar biopsia de la tumoración y evaluar pólipos en el tramo distal.

La colocación de stent tiene dos ventajas. Por un lado un meta-ánalisis muestra como los pacientes en los que se coloca stent como puente a la cirugía presentan menor tasa de complicaciones, menor estancia hospitalaria y menor tasa de estomas; en uno de los estudios referidos también disminución de la mortalidad.

Por otro lado el cambiar una decisión urgente por programada permite completar el estudio de una paciente con criterios clínicos de síndrome de Lynch (Cumple criterios de Ámsterdam II a expensas de descartar FAP). La biopsia tomada en endoscopia permite valorar las proteínas reparadoras y la endoscopia junto con la colono-TC valorar otros pólipos o tumores sincrónicos.

3.- Durante una eventual laparotomía se encuentra metástasis hepáticas en la siguiente localización: tres lesiones entre 0.5 y 1 cm. en lóbulo hepático izquierdo superficiales, dos lesiones de similar tamaño, también superficiales en segmentos V y VI, y una lesión de 4 cm. apoyada entre la vena suprahepática derecha y la vena suprahepática media.
¿Qué intervención realizaría?

En el contexto de síndrome de Lynch propondría colectomía total por alto riesgo de tumores metacrónicos e histerectomía por alto riesgo de cáncer de endometrio previo consenso con la paciente. Resecaría las lesiones del lado izquierdo como confirmación histológica y como puente a cirugía curativa. El no resecar las lesiones en este momento obligaría a dos intervenciones sobre el hígado en un intento de curación y por otro lado la reacción de lesiones superficiales pequeñas no debe ofrecer morbilidad.

4.- Cree que este paciente puede tener alguna alternativa de tratamiento con intención curativa? En caso afirmativo cual sería su planteamiento.

QT

Embolización portal

Triseccionectomía derecha

5.- Realizaría alguna actuación más en este caso?

Estudio genético específico de CCHNP

Colonoscopia cada 1-2 años desde los 25 o 10 años antes del diagnóstico del más joven

ECO y citología orina cada 1-2 años

Si hay hijas cribado de cáncer de endometrio