



Seminario Digestivo

Curso Semiología II 2025
Facultad de Medicina - Universidad de Chile

1

PARTE I: ACTIVACIÓN CARDIO-CEREBRAL Viñetas en 3 minutos

2

VIÑETA 1

“Lo que el cuadro se llevó (el apetito)”

3

Viñeta 1

“Lo que el cuadro se llevó (el apetito)”

Viñeta

- Hombre de 22 años consulta por 36 horas de dolor abdominal constante en FID, asociado a náuseas, fiebre de 38.1 °C y anorexia marcada. 12 horas antes de la consulta presentó 1 episodio de vómito precedido por náuseas. Inicialmente interpretado como gastroenteritis, dado de alta y reconsulta.
- Al examen físico, dolor y rigidez muscular en punto de McBurney y Blumberg (+).
- Laboratorio: Leucocitosis (14.500). PCR de 50 mg/L.
- TC Abdomen: Apéndice de 8 mm de diámetro, no compresible, con grasa periapendicular inflamada.

4

Viñeta 1

“Lo que el cuadro se llevó (el apetito)”

Viñeta

- Hombre de 22 años consulta por 36 horas de dolor abdominal constante en FID, asociado a náuseas, fiebre de 38.1 °C y anorexia marcada. 12 horas antes de la consulta presentó 1 episodio de vómito precedido por náuseas. Inicialmente interpretado como gastroenteritis, dado de alta y reconsulta.
- Al examen físico, dolor y rigidez muscular en punto de McBurney y Blumberg (+).
- Laboratorio: Leucocitosis (14.500). PCR de 50 mg/L.
- TC Abdomen: Apéndice de 8 mm de diámetro, no compresible, con grasa periapendicular inflamada.

Preguntas

- 1) Diagnóstico inicial fue gastroenteritis. ¿Qué dato de la anamnesis lo hace dudar de ese diagnóstico?
- 2) Abdomen rígido a la palpación superficial y Blumberg (+). ¿Qué significan?
- 3) ¿Cuál fue el error en la interpretación inicial del caso y cómo podemos evitarlo?

5



Lo que el viento se llevó, Victor Fleming, 1939.

6

VIÑETA 2

“La soga (alrededor del abdomen)”

7

Viñeta 2

“La soga (alrededor del abdomen)”

Viñeta

- Hombre de 45 años, bebedor crónico, con dolor epigástrico que alcanzó intensidad 10/10 en 20 minutos, irradiado a dorso en faja, asociado a vómitos abundantes que no alivian el dolor.
- Al examen físico, taquicárdico, normotenso, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación epigástrica, sin signos de irritación peritoneal.
- Laboratorio: leucocitosis (16.000), disminución función renal (crea 1.6, BUN 30), lipasa >3x LSN.

8

Viñeta 2

"La sogá (alrededor del abdomen)"

Viñeta

- Hombre de 45 años, bebedor crónico, con dolor epigástrico que alcanzó intensidad 10/10 en 20 minutos, irradiado a dorso en faja, asociado a vómitos abundantes que no alivian el dolor.
- Al examen físico, taquicárdico, normotenso, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación epigástrica, sin signos de irritación peritoneal.
- Laboratorio: leucocitosis (16.000), disminución función renal (crea 1.6, BUN 30), lipasa >3x LSN.

Preguntas

- 1) Si este mismo dolor se asociara a abdomen "en tabla", ¿qué diagnóstico diferencial se volvería prioritario?
- 2) Paciente con dolor epigástrico intenso y lipasa >3x LSN, sin irritación peritoneal. El diagnóstico de pancreatitis aguda es claro. Además de evaluar peritonitis, ¿cuál es entonces el rol del examen físico en este caso?

9



La sogá. Hitchcock, 1948.

10

VIÑETA 3

“A River Runs Through It”

11

Viñeta 3

“A River Runs Through It”

Viñeta

- Mujer de 25 años con cuadro de 48 hr de diarrea acuosa profusa y vómitos, cuadro iniciado 12 hr después de un asado donde otros invitados también se enfermaron.
- Al examen físico: T° 37,4°C, taquicárdica (110 lpm), hipotensión ortostática (160/60 en decúbito, al incorporarse PAS 85 y FC 130), mucosas y axilas secas, signo del pliegue (+). Abdomen con RHA (+++), a la palpación blando, depresible, dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal.
- Laboratorio: Hb 18, Hct 54%, K 3.2, Crea 1.3

12

Viñeta 3

"A River Runs Through It"

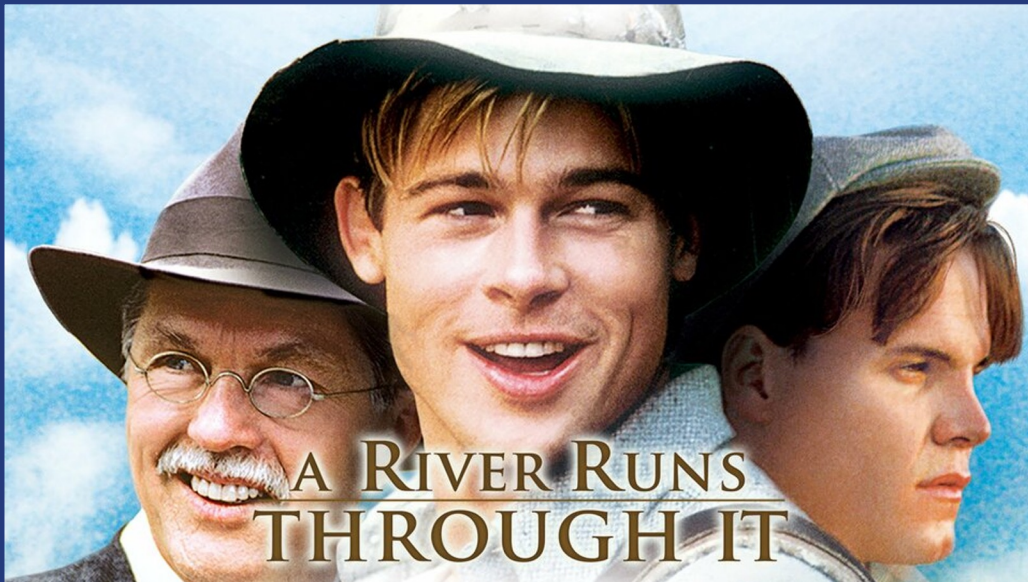
Viñeta

- Mujer de 25 años con cuadro de 48 hr de diarrea acuosa profusa y vómitos, cuadro iniciado 12 hr después de un asado donde otros invitados también se enfermaron.
- Al examen físico: T° 37,4°C, taquicárdica (110 lpm), hipotensión ortostática (160/60 en decúbito, al incorporarse PAS 85 y FC 130), mucosas y axilas secas, signo del pliegue (+). Abdomen con RHA (+++), a la palpación blando, depresible, dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal.
- Laboratorio: Hb 18, Hct 54%, K 3.2, Crea 1.3

Preguntas

- 1) ¿Por qué esta gastroenteritis aguda no inflamatoria afebril es probablemente secundaria a intoxicación alimentaria?
- 2) ¿Por qué no es probablemente secundaria a toxinas preformadas?
- 3) ¿Cómo se explican los valores de Hb y Hct?
- 4) Si las deposiciones diarreicas hubieran presentado sangre y mucosidades, ¿cómo cambia el abordaje?

13



A River Runs Through It. Robert Redford, 1992.

14

VIÑETA 4

“La ventana indiscreta (hacia el estómago)”

15

Viñeta 4

“La ventana indiscreta (hacia el estómago)”

Viñeta

- Hombre de 68 años, usuario crónico de AINEs por gonartrosis, presenta vómitos en posos de café, melena y un episodio presincope.
- Al examen físico, taquicardia (110 lpm) e hipotensión ortostática, llene capilar <2s, palidez mucocutánea, al tacto rectal se evidencia melena.
- Laboratorio: Hb 8.5, Crea 1.2, BUN 45.

16

Viñeta 4

“La ventana indiscreta (hacia el estómago)”

Viñeta

- Hombre de 68 años, usuario crónico de AINEs por gonartrosis, presenta vómitos en posos de café, melena y un episodio presincope.
- Al examen físico, taquicardia (110 lpm) e hipotensión ortostática, llene capilar <2s, palidez mucocutánea, al tacto rectal se evidencia melena.
- Laboratorio: Hb 8.5, Crea 1.2, BUN 45.

Preguntas

- 1) ¿Cómo determinamos al examen físico la estabilidad hemodinámica del paciente?
- 2) ¿Qué creen? Al inicio con este paciente, ¿nos interesa más identificar la causa o estabilizar al paciente?
- 3) ¿Cuánto me aporta la melena para sospechar que es HDA?
- 4) ¿Qué elemento de la anamnesis próxima me orienta a una posible causa?

17



La ventana indiscreta. Hitchcock, 1954.

18

VIÑETA 5

“Atrapado sin salida”

19

Viñeta 5

“Atrapado sin salida”

Viñeta

- Mujer de 55 años con antecedentes de histerectomía y apendicectomía, presenta 48 hr de dolor mesogástrico cólico, vómitos que se vuelven biliosos, distensión abdominal y ausencia de deposiciones
- Al examen físico: abdomen distendido, RHA (+++) metálicos, timpánico, ruidos de succusión presentes, blando, depresible, sensible en mesogastrio, Blumberg (-), Rovsing (-).

20

Viñeta 5

"Atrapado sin salida"

Viñeta

- Mujer de 55 años con antecedentes de histerectomía y apendicectomía, presenta 48 hr de dolor mesogástrico cólico, vómitos que se vuelven biliosos, distensión abdominal y ausencia de deposiciones
- Al examen físico: abdomen distendido, RHA (+++) metálicos, timpánico, ruidos de succusión presentes, blando, depresible, sensible en mesogastrio, Blumberg (-), Rovsing (-).

Preguntas

- 1) ¿Qué diagnóstico planteamos?
- 2) ¿Factores de riesgo presentes para este diagnóstico?
- 3) ¿Si tuviera abdomen rígido, qué sospechamos y a quién llamamos?

 **Who Ya
Gonna
Call?**

21



Atrapado sin salida. Con Jack Nicholson, 1975.

22

VIÑETA 6

“La sospecha (de una hemorragia oculta)”

23

Viñeta 6

“La sospecha (de una hemorragia oculta)”

Viñeta

- Hombre de 72 años con 6 meses de astenia progresiva y disnea. Niega síntomas digestivos.
- Al examen físico: bien perfundido, bien hidratado, palidez muco-cutánea marcada y soplo cardíaco sistólico funcional. Tacto rectal normal.
- Laboratorio: TSOD (+) (sangre oculta en deposiciones positiva), Hb 7.3, IR 0,5%, VCM 70, CHCM 29, Plaquetas 480.000, Ferritina 5, TIBC 600, TSAT 8%.

24

Viñeta 6

"La sospecha (de una hemorragia oculta)"

Viñeta

- Hombre de 72 años con 6 meses de astenia progresiva y disnea. Niega síntomas digestivos.
- Al examen físico: bien perfundido, bien hidratado, palidez muco-cutánea marcada y soplo cardíaco sistólico funcional. Tacto rectal normal.
- Laboratorio: TSOD (+) (sangre oculta en deposiciones positiva), Hb 7.3, IR 0,5%, VCM 70, CHCM 29, Plaquetas 480.000, Ferritina 5, TIBC 600, TSAT 8%.

Preguntas

- 1) ¿Cuál es el diagnóstico en base a hemograma y cinética de hierro?
- 2) ¿Qué debo estudiar para descartar antes que cualquier otra cosa?
- 3) ¿Puede lo que estoy sospechando tener tan pocos síntomas, ser tan silencioso? ¿Una amenaza fantasma?



25



La sospecha. Hitchcock, 1941.

26

VIÑETA 7

“Intriga Intestinal”

27

Viñeta 7

“Intriga Intestinal”

Viñeta

- Mujer de 24 años con 1 año de evolución de diarrea, dolor en FID y baja de peso de 10 kg.
- Al examen físico: signos vitales normales, aftas orales, masa palpable en FID, fístula perianal con exudado purulento.

28

Viñeta 7

"Intriga Intestinal"

Viñeta

- Mujer de 24 años con 1 año de evolución de diarrea, dolor en FID y baja de peso de 10 kg.
- Al examen físico: signos vitales normales, aftas orales, masa palpable en FID, fístula perianal con exudado purulento.

Preguntas

- 1) En casos parecidos ¿Qué banderas rojas hacen sospechar que es una EII y no un SII?
- 2) ¿Qué EII es más probable según la presentación?
- 3) ¿Qué examen se debe solicitar como marcador de inflamación intestinal?

29



Intriga Internacional. Hitchcock, 1959.

30

Viñeta 8

“Antes de la medianoche”

Viñeta

- Hombre de 55 años con cuadro de larga data de pirosis y regurgitación, que empeoran antes de medianoche.
- Consulta por la aparición de nuevos síntomas en los últimos 6 meses: tos seca nocturna persistente y disfagia con los alimentos sólidos. Niega baja de peso y sangrados digestivos.
- Examen físico: solo destaca leve epigastralgia a la palpación profunda.

31

Viñeta 8

“Antes de la medianoche”

Viñeta

- Hombre de 55 años con cuadro de larga data de pirosis y regurgitación, que empeoran antes de medianoche.
- Consulta por la aparición de nuevos síntomas en los últimos 6 meses: tos seca nocturna persistente y disfagia con los alimentos sólidos. Niega baja de peso y sangrados digestivos.
- Examen físico: solo destaca leve epigastralgia a la palpación profunda.

Preguntas

- 1) ¿Cómo se explica la tos del paciente?
- 2) ¿Qué síntomas de alarma se deben buscar en paciente con ERGE?
- 3) ¿Cuáles pueden ser las causas de disfagia en relación a ERGE?

32



Antes de la medianoche, 2013.

33



A MOVERSE
Cucillas
Handgrip, handgrip



Aumentemos el retorno venoso

Que suba esa poscarga*

*de forma aguda y controlada

34

PARTE II: 3 CASOS CLÍNICOS

35

Caso 1:

Anamnesis

Mujer de 28 años, periodista, sin antecedentes médicos personales, consulta en policlínico de morbilidad por cuadro de 5 días de evolución de diarrea.

¿Qué más preguntaría en la anamnesis próxima?

¿Qué preguntaría en la anamnesis remota?

36

Caso 1:

Anamnesis

¿Qué más preguntaría en la anamnesis próxima?

- Agotar el síntoma: frecuencia (número de episodios), consistencia, coloración, presencia de elementos patológicos (sangre / mucosidad), gatillantes
- Síntomas acompañantes: sensación febril, astenia, adinamia, anorexia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal
- Contactos epidemiológicos: familiares o cercanos con síntomas similares

¿Qué preguntaría en la anamnesis remota?

- Antecedentes médicos / quirúrgicos / gineco-obstétricos
- Hábito defecatorio / hábito alimenticio
- Uso de fármacos / alergias
- Viajes recientes

37

Caso 1:

Anamnesis

¿Qué más preguntaría en la anamnesis próxima?

- 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 5/10 en escala verbal simple. Niega migración, irradiación, atenuantes y agravantes. Sin náuseas, vómitos, ictericia ni otros síntomas.
- Además refiere un episodio de transgresión alimentaria previo al inicio del cuadro. Sin contactos epidemiológicos.

¿Qué preguntaría en la anamnesis remota?

- Sin antecedentes médicos, quirúrgicos, alergias, ni uso de fármacos.
- G0P0A0, FUR hace 10 días, menstruaciones regulares V/29
- Previamente 1 deposición al día, formada, sin elementos patológicos
- Niega viajes recientes

38

Caso 1:

Examen físico

¿Qué elementos buscaría en el examen físico?

Examen físico general

- Signos vitales: FC 90 lpm, FR 14 rpm, T 36.7°C, Sat 99% ambiental, PA 122/74 mmHg
- Mucosas hidratadas, signo del pliegue negativo, mucosas rosadas, sin lesiones

Examen físico abdominal

- Abdomen distendido, RHA aumentados en frecuencia, percusión con timpanismo, a la palpación blando, depresible, sensible de forma difusa, sin dolor de rebote, no se palpan masas.

39

Caso 1:

Hipótesis diagnósticas

¿Qué diagnósticos sindromáticos y etiológicos plantearía?

40

Caso 1:

Hipótesis diagnósticas

¿Qué diagnósticos sindromáticos y etiológicos plantearía?

Síndrome diarreico agudo
-observación de gastroenteritis aguda

41

Caso 1:

Continuación del caso

Cinco meses después la paciente vuelve a consultar, refiere esta vez con cuadro de 5 semanas de diarrea, con múltiples consultas ambulatorias y en urgencias, sin respuesta a los tratamientos prescritos.

¿Cómo continuaría la anamnesis
¿Y el examen físico?

42

Caso 1:

Continuación del caso

Cinco meses después la paciente vuelve a consultar, refiere esta vez con cuadro de 5 semanas de diarrea, con múltiples consultas ambulatorias y en urgencias, sin respuesta a los tratamientos prescritos.

- **Anamnesis:**
 - Agotar el síntoma: frecuencia (número de episodios), consistencia, coloración, presencia de elementos patológicos (sangre / mucosidad), gatillantes
 - Síntomas acompañantes: sensación febril, astenia, adinamia, anorexia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal.
- **Examen físico**

43

Caso 1:

Continuación del caso

Cinco meses después la paciente vuelve a consultar, refiere esta vez con cuadro de 5 semanas de diarrea, con múltiples consultas ambulatorias y en urgencias, sin respuesta a los tratamientos prescritos.

- **Anamnesis:**
 - Actualmente la paciente presenta deposiciones líquidas sin elementos patológicos, 5-6 episodios al día, en los últimos días hasta 8 episodios, en algunas ocasiones se acompaña de restos hemáticos, asociada a tenesmo rectal. Sin dolor, náuseas, vómitos, ictericia ni otros síntomas.
- **Signos vitales:** FC 88 lpm, FR 16 rpm, T 36.9°C, Sat 99% ambiental, PA 118/66 mmHg
- **Mucosas** hidratadas, signo del pliegue negativo, mucosas rosadas, sin lesiones
- **Cardiopulmonar** sin alteraciones
- **Abdomen,** RHA normales en frecuencia, percusión con timpanismo, a la palpación blando, depresible, indoloro, sin dolor de rebote, no se palpan masas, sin lesiones en región perianal.

44

Caso 1:

Nuevas hipótesis diagnósticas

¿Qué diagnósticos sindromáticos y etiológicos plantearía?

45

Caso 1:

Nuevas hipótesis diagnósticas

¿Qué diagnósticos sindromáticos y etiológicos plantearía?

- **Síndrome diarreico crónico**
 - -Enfermedad inflamatoria intestinal
 - -Enfermedad celíaca
 - -Infecciones parasitarias
 - -Cáncer de colon

46

Caso 2:

Anamnesis

Hombre de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, con indicación de uso de insulina, a la cual adhiere parcialmente. Consulta en servicio de urgencias por presentar episodios de deposiciones mezcladas con sangre.

- 1) ¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?**
- 2) ¿Qué antecedentes son relevantes de preguntar en la anamnesis remota?**
- 3) ¿Qué elementos buscaría al examen físico?**
- 4) ¿Qué diagnósticos sindromáticos y etiológicos plantearía?**

47

Caso 2: ¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?

- Agotar el sangrado: frecuencia, volumen (por la potencial repercusión hemodinámica y porque una hematoquecia voluminosa podría indicar una HD alta con tránsito rápido), cuándo fue el último
- Buscar otros sangrados: digestivos (hematemesis, vómitos en posos de café hematoquecia, rectorragia) y no digestivos
- Gravedad. Buscar repercusión de la hemorragia:
 - Frecuencia y magnitud de los sangrados
 - Síncope/presíncope
 - Síndrome anémico: astenia, palidez. Severo: disnea, palpitaciones
- Buscar etiologías:
 - Baja de peso significativa, cambios en el hábito intestinal, diarrea/constipación, síntomas de obstrucción intestinal, cambios en calibre deposiciones: neoplasia
 - Síntomas orificiales:
 - Fisura anal: dolor al defecar, sangre en el papel al limpiarse, mancha ropa interior
 - Ausencia de dolor, rojo rutilante (procto/rectorragia), mancha ropa interior (según el grado de la hemorroide): hemorroides
 - Síntomas previos de enfermedad diverticular (pero la diverticulitis no sangra, es una complicación distinta)
 - Angiodisplasia de colon: hematoquecia indolora intermitente en adultos mayores

48

Caso 2:

2) ¿Qué antecedentes son relevantes de preguntar en la anamnesis remota?

Hemorragias Digestivas previas, enfermedad diverticular, factores de riesgo para angiodisplasia de colon (ERC, anticoagulación), familiares (CCR), fármacos (productos con bismuto, Fe oral), alimentos con colorantes rojos, OH, TBQ.

Conocer la epidemiología, causas más frecuentes por rango etario.

49

Caso 2:

3) ¿Qué elementos buscaría al examen físico?

Síndrome anémico y su repercusión

Hipovolemia y su repercusión

Perfusión, hidratación y PVC

FC y PA

Examen abdominal: masas

Examen anal y tacto rectal

Estado nutricional, linfadenopatías sospechosas

50

Caso 2:

4) ¿Qué diagnósticos sindromáticos y etiológicos plantearía?

- Hemorragia digestiva baja
 - Enfermedad diverticular
 - Angiodisplasia de colon
 - Colitis isquémica
 - Poliposis
 - Cáncer colorrectal
 - Fisura anal
 - Hemorroides
 - EII

51

Caso 2:

Continuación

Se decide dar de alta al paciente y realizar estudio ambulatorio con colonoscopia. Dos días después el paciente reconsulta, refiere haber presentado dos episodios de hematemesis en su domicilio.

5) ¿Cómo continuaría la anamnesis próxima?

6) ¿Qué diagnóstico sindromático plantearía? ¿Qué elementos de la anamnesis remota y del examen físico buscaría para orientar sobre la etiología del nuevo diagnóstico? ¿Qué exámenes de laboratorio solicitaría?

52

Caso 2: Anamnesis

- Agotar el sangrado: frecuencia, volumen, diferenciar de epistaxis y hemoptisis
- Buscar otros sangrados: digestivos (hematemesis, vómitos en posos de café hematoquecia, rectorragia) y no digestivos
- Gravedad. Buscar repercusión de la hemorragia:
 - Frecuencia y magnitud de los sangrados
 - Síncope/presíncope
 - Síndrome anémico: astenia, palidez,
 - Severo: disnea, palpitaciones
- Buscar etiologías:
 - Baja de peso significativa: neoplasia
 - Vómitos previos a hematemesis: Mallory-Weiss
 - Vómitos en posos de café: más asociados con úlcera péptica sangrante
 - Dolor abdominal, síntomas de síndrome ulceroso y esofagitis
 - Aumento del perímetro abdominal/distensión abdominal, confusión, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia, cambios de personalidad, disfunción eréctil

53

Caso 2: Anamnesis

Refiere:

- 2 episodios de hematemesis de gran volumen
- Astenia, disnea, palpitaciones
- Aumento del perímetro abdominal.
- Insomnio de mantención y somnolencia diurna

Niega:

- Vómitos previos a hematemesis
- Baja de peso
- Dolor abdominal

54

Caso 2:

- Diagnóstico sindromático:
Hemorragia digestiva alta

55

Caso 2:

- A. remota:

Hemorragias Digestivas previas, Úlcera Péptica diagnosticada, patologías hepáticas (DHC, hepatitis, transfusiones, drogas IV, tatuajes/piercings, act. sexual de riesgo), familiares (CCR), hernia hiatal, fármacos (AINES, antiagregantes AAS y Clopidogrel, corticoides sistémicos, IBP, productos con bismuto, Fe oral), alimentos con colorantes rojos, OH, TBQ, sustancias hepatotóxicas.

Refiere: Consumo OH crónico, niega todo lo demás.

56

Caso 2: Examen físico

- Síndrome anémico y su repercusión
- Hipovolemia y su repercusión
- Perfusión, hidratación y PVC
- FC y PA
- Estado nutricional, linfadenopatías sospechosas
- Signos vitales: fiebre (PBE)
- Descartar otro origen (epistaxis)
- Para DHC:
 - Conciencia, asterixis
 - Inspección cabeza y cuello: ictericia, hipertrofia parotídea (OH), anillos de Kayser-Fleischer (Wilson), fotor hepático
 - Piel y fanéreos: telangiectasias, eritema palmar, xantomas y xantelasmas, ginecomastia, pérdida de distribución androide del vello en hombres, petequias/equimosis, piel bronceada (hemocromatosis)
 - Extremidades: eritema palmar, uñas de Terry/mitad y mitad, acropaquia, contractura de Dupuytren (OH), edema EEII
 - Inspección abdominal: distensión, flancos abultados, en batracio, obliquo evertido, circulación lateral
 - Auscultación abdominal: soplo venoso continuo (raro), frotos hepáticos con variación respiratoria
 - Percusión abdominal: matidez en los flancos, matidez desplazable, matidez con concavidad superior, disminución del área de matidez hepática, matidez en espacio de Traube sugerente de esplenomegalia
 - Palpación abdominal: borde hepático firme, superficie hepática rugosa o nodular, palpabilidad hepática fácil (por firmeza), bazo palpable, pared abdominal con aumento moderado y difuso de tensión (ascitis), signo de la ola ascítica (+)
 - Cardiopulmonar: insuficiencia cardíaca como causa de hepatopatía congestiva (presión venosa yugular, soplos, reflujo hepatoyugular), derrame pleural (compromiso serosas).
 - Recto: hemorroides, melena
 - Genitales: atrofia testicular

57

Caso 2: Examen físico

HALLAZGOS:

- Vigil, orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, no invierte series simples
- Palidez mucocutánea, escleras ictericas
- Llame capilar 3 seg
- Yugulares planas a 45°, 1 cm a 60°
- Mucosas y axilas deshidratadas
- FC 115 lpm, PA 120/72, afebril
- Fotor hepático
- Facies icterica, simétrica, con telangiectasias
- Abdomen distendido, indoloro, depresible, matidez desplazante (+), RHA (+), sin signos de irritación peritoneal.

58

Caso 2: Laboratorio

Parámetro	Resultado	Parámetro	Resultado	Parámetro	Resultado	Parámetro	Resultado
Leucocitos	13800	Fierro Sérico	20 µg/dL	INR	2.2	Creatininemia (Crea)	1.7 mg/dL
	Neutrófilos: 75%	Ferritina sérica	90 ng/mL			Nitrógeno Ureico (BUN)	60 mg/dL
Hb	7.4			Albúmina sérica	2.5 g/dL	Sodio (Na)	129 mmol/L
VCM	75	TIBC (Capacidad Total de Fijación del Hierro)	480 µg/dL	Bilirrubina Total (BT)	4.8 mg/dL	Potasio (K)	3.1 mmol/L
CHCM	29.0 g/dL	TSAT o IST (Saturación de Transferrina)	4.2%	Bilirrubina Directa (BD)	3.5 mg/dL		
RDW	18.0 %			GOT (AST)	502 U/L		
Plaquetas	75000			GPT (ALT)	256 U/L		
				FA	140 U/L		
Frotis de Sangre Periférica	Microcitos, Hipocromía, Anisocitosis, Esferocitos, Acantocitos			GGT	165 U/L		

59

Procedimiento y Preparación	
Aspecto	Detalles del Procedimiento
Premedicación/Sedación:	Sedación profunda asistida.
Preparación:	Aspiración de contenido gástrico (se observa gran cantidad de sangre fresca y coágulos en estómago).
Complicaciones:	Ninguna inmediata. (Nota: El procedimiento se considera de alto riesgo debido a la coagulopatía grave del paciente, INR >1.5).
Hallazgos Endoscópicos	
1. Esófago	
Várices Esofágicas: Se identifican várices esofágicas de gran calibre (Grado III) que se extienden desde el tercio distal hasta la unión gastroesofágica. Estigmas de Sangrado: Se observa una várice en el tercio distal con un coágulo adherido sobre su superficie. Se aprecian múltiples signos rojos sobre otras várices, lo que indica un alto riesgo de resangrado. Mucosa: Sin otras alteraciones inflamatorias o neoplásicas.	
2. Estómago	
Gastropatía Hipertensiva Portal (PHG): La mucosa del fondo y cuerpo gástrico presenta un patrón de mosaico con congestión vascular marcada, eritema difuso y erosiones superficiales dispersas, compatible con PHG severa. Várices Gástricas: Se visualizan várices fúndicas (tipo IGV1, grandes). No se observa sangrado activo de estas várices ni estigmas de alto riesgo en este momento. Antro/Piloro: Mucosa antral congestiva. Piloro permeable.	
3. Duodeno	
Bulbo Duodenal: Mucosa sin úlceras activas, cicatrices, o lesiones vasculares. Segunda Porción: Normal, se visualiza la papila (ampolla de Vater) de aspecto habitual.	
Impresión Diagnóstica	
Hemorragia Digestiva Alta Aguda de Etiología Variceal (Sangrado reciente por Várices Esofágicas Grado III). Hepatopatía Crónica/Cirrosis (evidenciada por HTP severa: Várices Esofágicas y Gastropatía Hipertensiva Portal). Coagulopatía Severa (Confirmada por INR 2.5).	
Procedimiento Terapéutico Endoscópico	
Se procedió a la Ligadura con Bandas Elásticas (LBE) de las várices esofágicas identificadas con estigmas de alto riesgo o sangrado reciente.	
Técnica: Se aplicaron 2 bandas elásticas desde el esófago distal proximalmente, logrando la obliteración de la várice con el coágulo y controlando los principales vasos de alto riesgo. Resultado: Hemostasia lograda.	
Plan Post-Endoscópico: Continuar manejo en UCI. Monitoreo hemodinámico estricto, profilaxis de resangrado (Betabloqueantes no selectivos en cuanto se estabilice), antibióticos profilácticos (rutinario en HDA variceal) y manejo de la coagulopatía e insuficiencia hepática.	

60

Caso 3:

Mujer de 53 años, con antecedente de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 sin indicación de insulina y dislipidemia, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 5 horas de evolución de dolor en hipocondrio derecho.

- 1) ¿Cómo agotaría el síntoma?, ¿Qué otros síntomas indagaría?
- 2) ¿Qué antecedentes de la anamnesis remota son relevantes de preguntar?
- 3) ¿Qué hallazgos buscaría en el examen físico?

61

Caso 3:

- 1) ¿Cómo agotaría el síntoma?, ¿Qué otros síntomas indagaría?

- Agotar el síntoma: tiempo de evolución, inicio, carácter, intensidad, localización, irradiación, migración, desencadenantes, atenuantes, agravantes
- Síntomas acompañantes: náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, ictericia, coluria, acolia.

- 2) ¿Qué antecedentes de la anamnesis remota son relevantes de preguntar? Antecedentes médicos, quirúrgicos, fármacos, alergias, antecedentes gineco-obstétricos. Hábito alimenticio. Antecedentes familiares.

- 3) ¿Qué hallazgos buscaría en el examen físico?

- Signos vitales, buscar dirigidamente fiebre, compromiso hemodinámico
- Examen físico general: evaluar perfusión, cambio de color en mucosas, compromiso de conciencia
- Examen físico abdominal completo, búsqueda de masas palpables, signos de irritación peritoneal, signo de Murphy

62

Caso 3:

Hallazgos

1) ¿Cómo agotaría el síntoma?, ¿Qué otros síntomas indagaría?

- Cuadro de 5 horas de evolución de dolor en hipocondrio derecho, irradiado a epigastrio y hombro ipsilateral, de inicio insidioso, punzante, hasta intensidad 7/10, inició posterior a comer un churasco italiano, sin atenuantes ni agravantes. Se acompaña de distensión abdominal, náuseas, sin vómitos, diarrea, cambios de color en piel ni en orina.
- Ha presentado cuadros previos de similares características, autolimitados, máximo 2 horas de duración, no ha consultado.

2) ¿Qué antecedentes de la anamnesis remota son relevantes de preguntar?

Antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidad

Antecedentes quirúrgicos: cesárea hace 25 años

Antecedentes gineco-obstétricos: menopausia a los 51 años, G1P1A0, parto por cesárea

Fármacos: metformina, atorvastatina, con buena adherencia

Alergias: niega

Hábito alimenticio: 3 comidas al día, consumo habitual de comida rápida

Antecedentes familiares: hermana con colecistectomía a los 47 años

63

Caso 3:

Hallazgos

3) ¿Qué hallazgos buscaría en el examen físico?

- Signos vitales: FC 97 lpm, FR 16 rpm, T 37.0°C, PA 128/78 mmHg
- Llame capilar menor a dos segundos, escaleras sin ictericia, mucosas hidratadas, paciente vigil y orientada
- Abdomen levemente distendido, con ruidos hidroaéreos presentes, timpánico a la percusión, blando depresible, sensible en cuadrante superior derecho, sin dolor de rebote, Murphy dudoso

64

Caso 3:

Continuación

Se solicitan exámenes de laboratorio y una ecotomografía abdominal. del laboratorio destaca: parámetros inflamatorios bajos, perfil hepático en rango. La ecotomografía informa “colelitiasis, Murphy ecográfico negativo, sin signos de colecistitis”.

4) Se decide dar de alta a la paciente, explicando síntomas de alarma para reconsultar. ¿Qué complicaciones podría presentar la paciente?, ¿Qué síntomas de alarma le explicaría?

65

Caso 3:

Continuación

4) Se decide dar de alta a la paciente, explicando síntomas de alarma para reconsultar. ¿Qué complicaciones podría presentar la paciente?, ¿Qué síntomas de alarma le explicaría?

- **Complicaciones de patología biliar:** colecistitis aguda, coledocolitiasis, colangitis aguda, pancreatitis aguda biliar, otras (íleo biliar, síndrome de Mirizzi). De forma crónica mayor riesgo de cáncer de vesícula.
- **Síntomas de alarma:** dolor prolongado, sensación febril, ictericia, coluria, acolia, ausencia de deposiciones, vómitos profusos.

66

Caso 3:

Continuación

Diez años después, la paciente aún se encuentra en espera de cirugía (refiere que no se ha podido realizar por interurrencias) y consulta de forma ambulatoria por coloración amarilla de piel y mucosas.

5) ¿Cómo seguiría la anamnesis próxima? ¿Qué hallazgos buscaría al examen físico?

67

Caso 3:

Continuación

5) ¿Cómo seguiría la anamnesis próxima? ¿Qué hallazgos buscaría al examen físico?

- Anamnesis próxima, tiempo de evolución de la ictericia, presencia de coluria y acolia, dolor abdominal, síntomas generales (baja de peso, astenia, adinamia, anorexia, sensación febril, diaforesis)
- Examen físico general
- Examen físico abdominal: signo de Courvoisier-Terrier

68

Caso 3:

Continuación

5) ¿Cómo seguiría la anamnesis próxima? ¿Qué hallazgos buscaría al examen físico?

- **Respuesta: dos semanas de evolución de ictericia, asociada a coluria y acolia. Refiere baja de peso no cuantificada en el último mes, asociada a compromiso del estado general. Sin sensación febril ni diaforesis.**
- **Al examen físico con signos vitales dentro de rango, enflaquida, ictericia de piel y mucosas, signo de Courvoisier-Terrier positivo.**

69

PARTE III: ABDOMEN AGUDO

70

Abdomen agudo

¿Definición?

Abdomen agudo es...

¿Causas?

Sus etiologías son...

71

Abdomen agudo

¿Definición?

- "Síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal, habitualmente muy intenso, acompañado de signos de irritación peritoneal localizada o generalizada que, en un gran número de casos, requiere de una intervención quirúrgica de urgencia ya que la afección pone en peligro la vida del enfermo" (Goic)
- "Cuadro de dolor abdominal de instalación rápida que puede ser brusco o gradual, que manifiesta e indica patologías que potencialmente amenazan la vida y podrían requerir atención quirúrgica de urgencia" (Leath y Lowery, 2018)

72

Abdomen agudo

¿Causas?

- Patología biliar: cólico biliar, coledocolitiasis, colangitis
- Pancreatitis aguda
- Cólico renal / pielonefritis aguda
- Apendicitis aguda / diverticulitis aguda
- Embarazo ectópico roto / torsión ovárica / ovulación dolorosa
- Obstrucción intestinal / perforación de víscera hueca
- Isquemia mesentérica / aneurisma aórtico roto
- Hernia atascada / estrangulada
- Cetoacidosis diabética
- Infarto agudo del miocardio
- Linfadenitis mesentérica
- Infarto esplénico

73

Abdomen agudo

Grupos de 4-5

Cada grupo resume el cuadro clásico de una causa de abdomen agudo: antecedentes, síntomas, examen físico

1. Patología biliar: cólico biliar, coledocolitiasis, colangitis
2. Pancreatitis aguda
3. Cólico renal / pielonefritis aguda
4. Apendicitis aguda / diverticulitis aguda
5. Embarazo ectópico roto / torsión ovárica / ovulación dolorosa
6. Obstrucción intestinal / perforación de víscera hueca
7. Isquemia mesentérica / aneurisma aórtico roto
8. Hernia atascada / estrangulada
9. Cetoacidosis diabética
10. Infarto agudo del miocardio
11. Linfadenitis mesentérica
12. Infarto esplénico

74