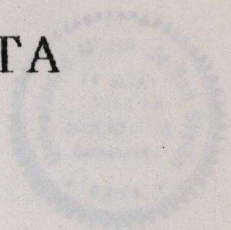


CANCER DE PROSTATA



1. INTRODUCCION

TRABAJO DE INVESTIGACION

AUTOR : DR. FREDDY EDUARDO ESPADA FLORES

TUTOR : DR. PEDRO FERNANDEZ GANDARILLAS

TUTOR : DR. ANTONIO LARA

ASCESOR: LIC. LUIS MALDONADO

515
X510

U.M.S.S.

**PATOLOGIA DE VESICULA Y VIAS BILIARES
COLECISTITIS AGUDA**

XII JORNADA DEPARTAMENTAL

Resumen

Objetivo.- Inofrmar la experiencia de la Patología de vesicula y vias biliares.

DE RESIDENCIA MEDICA

Sede: Hospital Clí

Diseño: Estudio retrospectivo y prospectivo logitudinal, observacional sin grupo control.

**PATOLOGIA DE VESICULA
Y VIAS BILIARES**

Pacientes: Trececientos operados de vías biliares entre 1991 y 1995

COLECISTITIS AGUDA

Método: Análisis de las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, procedimiento realizada, con hallazgos y complicaciones.

1991 - 1995

Resultados: De los 348 pacientes 68 fueron de sexo masculino y 280 de sexo femenino, las edades fluctuarón entre los 11 a más de 60 años con la mayor incidencia de patología biliar entre la segunda, tercera y cuarta década de la vida. En 14 pacientes se observó litiasis intravesiculares.

AUTOR :Dr. Humberto Felipe Navia

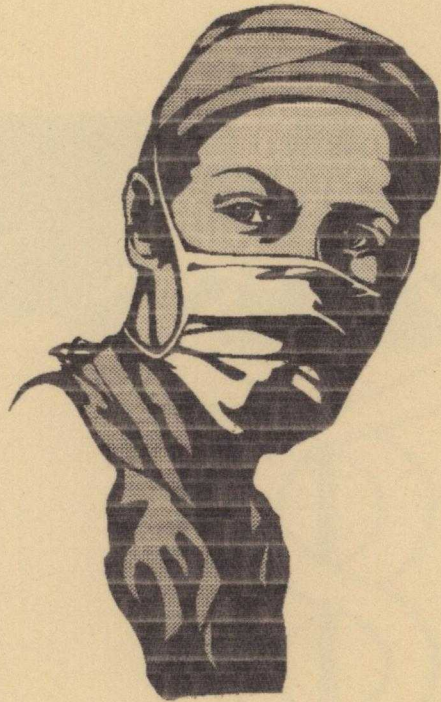
TUTOR: Dr. Miguel Tapia

H.C.V.



516
X511

T R A B A J O
D E
I N V E S T I G A C I Ó N



T E M A: **INCIDENCIA DE APENDICITIS AGUDA
DE PACIENTES INTERVENIDOS EN EL
H. CL. VIEDMA
AÑO 1.991 - 1.995**

AUTOR : **DR. NELSON B. ROSALES SANDOVAL**

TUTOR : **DR. EDUARDO AMAYA.**

1 . 9 9 6



INDICE

	Pag.
III. RESUMEN	13
IV. OBJETIVO	14
I. INTRODUCCION	1-2
V. MATERIAL Y METODO	15
II. MARCO TEORICO	3
1) ANATOMIA	3
2) FRECUENCIA	4
VI. RESULTADOS	17-18
3) DISTRIBUCION GEOGRAFICA	4
VII. CONCLUSIONES	19-20
4) FISIOPATOLOGIA	4-6
VIII. BIBLIOGRAFIA	21
5) PRONOSTICO	6
IX. CUADROS Y GRAFICOS	22
6) MANIFESTACIONES CLINICAS	7-8
7) EXAMENES	8
7.1. Examen de Laboratorio	8
7.2. Examen Radiológico	8
8) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	9
9) TRATAMIENTO	10
9.1. Preparación Quirúrgica	10
9.2. Elección de la Incisión	10
9.3. Apendicectomia Retrograda	10
9.4. La masa Apendicular	11
9.5. Dohiscencia del muro apendicular o roturá de la pared secal	12
9.6. Aferciones nu usuales del apendice	12
9.7. Tumores	12



INTRODUCCION

Pag.

III. RESUMEN 13

IV. OBJETIVO 14

V. MATERIAL Y METODO 15

 1) MATERIAL 15

 2) METODO 15-16

VI. RESULTADOS 17-18

VII. CONCLUSIONES 19-20

VIII. BIBLIOGRAFIA 21

IX. CUADROS Y GRAFICOS 22

 1. CUADRO Y GRAFICO - 1 23

 2. CUADRO Y GRAFICO - 2 24

 3. GRAFICO - 2.1 25

 4. CUADRO Y GRAFICO - 3 26

 5. GRAFICO - 3.1 27

 6. CUADRO Y GRAFICO - 4 28

 7. CUADRO Y GRAFICO - 5 29

 8. GRAFICO - 5.1 30

 9. CUADRO Y GRAFICO - 6 31

 10. CUADRO Y GRAFICO - 7 32

 11. GRAFICO - 7.1 33

 12. CUADRO Y GRAFICO - 8 34

 13. CUADRO Y GRAFICO - 9 35

 14. GRAFICO - 9.1 36

 15. CUADRO Y GRAFICO - 10 37

 16. CUADRO Y GRAFICO - 11 38

 17. GRAFICO - 11.1 39

 18. CUADRO Y GRAFICO - 12 40

 19. CUADRO Y GRAFICO - 13 41



517
X512

PANCREATITIS AGUDA

U.M.S.S.

Desde 1901, año en que Opie formuló su clásica teoría fisiopatológica del cálculo enclavado en la ampolla de Vater, se reconoce a la litiasis biliar como a una de las principales causas de pancreatitis aguda. Ranson (1983), la encuentra en el 60% de los casos de PA no alcohólica. Acosta (1980) encuentra cálculos en la ampolla de Vater en el 75% de sus pacientes operados dentro de las primeras 48 horas de iniciada la crisis. Por otro lado, el estudio de tamizado de heces en pacientes con PA ha revelado la existencia de cálculos en su mayoría de tamaño milimétrico, en un porcentaje que va del 10% al 30% (Acosta 1974).

XIII JORNADA DEPARTAMENTAL

Es por lo tanto, razonable pensar que en la mayoría de estos casos el paso de estos cálculos (o micro cálculos) a través del esfínter de Oddi, juega un rol decisivo en su fisiopatogenia.

DE RESIDENCIA MEDICA

Sin embargo, no todos los trabajos publicados al respecto llegan a conclusiones similares. En efecto, Kelly encuentra que sólo en un 5 al 8% de sus pacientes operados de PAB, hay cálculos enclavados en la ampolla de Vater. El resto podría explicarse por los mecanismos:

PANCREATITIS AGUDA

1.- Cálculos que han sido expulsados al duodeno y que hubieran sido encontrados en la papila de haber sido operados precozmente estos enfermos. De hecho, no es excepcional que el endoscopista encuentre la clásica imagen de "papila forzada" en estos casos.

1991 - 1995

2.- La segunda alternativa (probablemente la más frecuente) permite explicar el origen de la alta incidencia de cálculos de muy pequeño tamaño recuperados en las heces de estos enfermos: tratándose de lo que se conoce como micro-litiasis biliar.

AUTOR : Dr. Luis Eduardo Plaza S.

**TUTORES: Dr. Enrique Santiago M.
Dr. Walter Antezana C.**

Invisibles a las técnicas aún más sofisticadas de la morfología de las vías biliares, estos micro cálculos de 1 mm de diámetro actuarían produciendo, ya sea por acción directa del conducto común, de acción temporal (pero que se encontraría presente según el estudio de Kelly en el 80% de los casos, pero con una longitud muy variable de un sujeto a otro), la irritación con el consecuente espasmo del esfínter de Oddi.

H.C.V.

