CUESTIONARIO CIRUGÍA I

1. **¿En qué consiste la Maniobra de Landivar?**

Consiste en reducir la hernia y comprimir el anillo inguinal profundo con una mano (se lo localiza a 2 cm. por encima de la parte media del pliegue inguinal o a dos traveses de dedo por debajo y dentro de la espina ilíaca antero superior), se le pide al paciente que realice una maniobra de valsalva y se observa o palpa con la otra mano que pasa con la tumoración herniaria:

- Si no aparece o no se palpa: **indirecta.**
- Si aparece o se palpa: **directa.**

2. **¿Por qué la hernia oblicua externa es de origen congénita?**

Se da por falla en la obliteración del conducto peritoneo-vaginal.

3. **¿Qué capa de la pared abdominal se debe atravesar para que sea un traumatismo abdominal penetrante?**

Peritoneo parietal.

4. **¿Qué es un plastrón apendicular?**

Es una reacción inflamatoria local, que tiende a localizar la infección evitando q se extienda al resto del abdomen. Consiste en una masa generalmente palpable de carácter inflamatorio formada por epiplón y paredes intestinales.

5. **¿Cuáles son las Vías de resolución de un plastrón apendicular?**

- Antibioticoterapia de 7 a 10 días.
- Drenaje percutáneo, si hay absceso.
- Observación.
- Apendicetomía electiva 8 a 12 semanas.

6. **Definición de diéresis y síntesis**

- Diéresis: Toda maniobra que realiza el cirujano para abrirse una vía de acceso a través de los tejidos, lo misma puede ser seccionándolos o simplemente separándolos.

- Síntesis: es el tiempo quirúrgico que tiene por objetivo aproximar los bordes de la herida incididas previamente.

7. 3 instrumentos de síntesis

Porta Agujas, Agujas Quirúrgicas

8. Diferencia entre hernia inguinal y crural

Si está por encima del canal inguinal es Inguinal y sin esta por debajo de él es crural o femoral.

9. 2 suturas absorbibles

Catgut Simple, Catgut Cromico, Poligalctine 910

10. Clasificación de los Drenajes según finalidad y mecanismo de acción

- Según finalidad: Profilactico y curativo
- Según Mecanismo de Accion: Simple, Pasivo o espontaneo, Combinado con la Compresion, Activo o Espirativo.

11. Clasificación de las heridas según altemeyer

- Clase I. Limpias.
- Clase II. Limpias Contaminadas.
- Clase III. Contaminadas.
- Clase IV. Sucias

12. ¿Qué es punta de hernia?

Cuando solamente pasa del peritoneo al conducto inguinal, pero aún no está en el conducto, propiamente dicho.

13. Límites del conducto inguinal

- Posterior: Fascia Transversalis.
- Techo: Tendón Conjunto.
- Anterior: Aponeurosis de los músculos anterolaterales del abdomen.
- Piso: Ligamento Inguinal.

14. Complicaciones del periodo post operatorio

- Mediato: Fiebre (Atelectasia, Neumonia), Hemorragias.

- Inmediato: Infección de Herida Qx, Hematomas de Pared, Seromas, Abscesos de Pared, fugas de Anastomosis, Evisceración.

- Tardío: Eventraciones, Obstrucción intestinal por bridas y adherencias, dehiscencia de la herida Qx, Cicatrices Hipertroficas (Queloides)

15. Diga 3 hernias de la pared abdominal anterior

- Umbilicales, Inguinales, Crurales, De Spigel, Epigástricas, Obturatrices

16. Diferencia entre Emergencia y Urgencia

- Urgencia: Es una situación que se presenta repentinamente sin riesgo de vida y puede requerir asistencia médica dentro de un periodo de tiempo aproximado de 2 o 3 Horas.

- Emergencia: Es la Situación de Salud que se presenta repentinamente, requiere inmediata atención médica y lleva implícita una alta probabilidad de riesgo de pérdida de vida.

17. Diga 1 ejemplo de hernia congénita y 1 de adquirida

- Congénita: Hernia Inguinal Indirecta.
- Adquirida: Hernia Umbilical.

18. ¿Qué es colecistitis y causa principal?

Inflamación de la Pared de la Vesícula Biliar, Ocasionada principalmente por obstrucción del Conducto cístico.

19. Maniobras apendiculares.

Maniobra de Holman.

20. Incisiones oblicuas.

- Kocher, Pribram, Chevrom, Mc Burney.

21. Criterios clínicos y paraclínicos para dar de alta a un px. con plastrón.

- Mejoría de Síntomas (Ausencia de Dolor en FID y Fiebre)
- Disminución de tamaño de la LOE

22. Tratamiento médico del plastrón

- Antibioticoterapia de 7 a 10 Días.

23. Causas de hernia

- Aumento de la Presión intraabdominal.
- Obesidad
- Estreñimiento
- Tos Crónica

24. ¿Qué es asepsia?

Ausencia de Microorganismos q pueden causar enfermedad.

25. Proceso fisiopatológico de la apendicitis

1. Obstrucción de la Luz Apendicular.
2. Aumento de la Presión intraluminal.
3. Obstrucción linfática y venosa.
4. Isquemia de la Mucosa Apendicular.
5. Infección Bacteriana.
6. Perforación.

26. Clínica del plastrón

Dolor en FID, Fiebre, Vómitos, Masa Palpable en FID

27. Objetivo del preoperatorio

Garantizar el bienestar del px al ingresar a la cirugía.

28. Qué es el punto de Mc Burney

Se traza una línea imaginaria desde el ombligo hasta el Borde anterosuperior de la espina iliaca, se divide en tres partes iguales, el punto de Mc burney está en la unión del tercio externo con el tercio medio

29. 3 patologías que den diagnóstico diferencial de hernia inguino-escrotal

Lipoma, Dilatación del Cayado de la vena Safena, Adenopatía Crural.

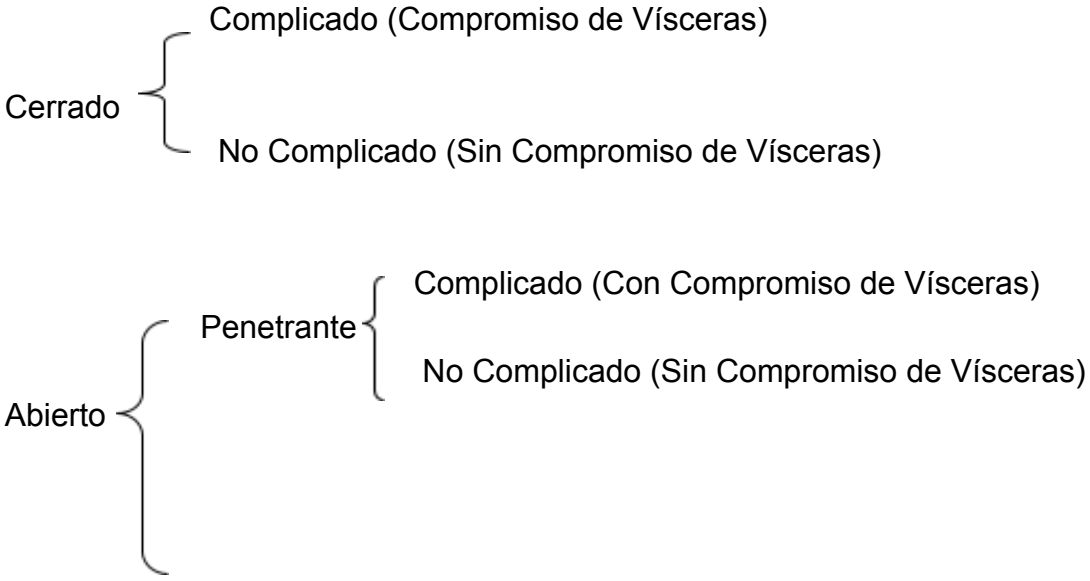
30. Complicación de litiasis vesicular

Colecistitis aguda, Hidrocolecisto, Piocolecisto, Gangrena, Perforación, Peritonitis.

31. Clínica de la obstrucción intestinal

- Deshidratación
- Distención Abdominal
- Dolor Abdominal
- Vómitos
- Ruidos Intestinales al principio aumentado, luego disminuyen progresivamente hasta llegar al cese del mismo
- Ausencia de evacuaciones y Flatos

32. Clasificación del traumatismo abdominal



No Penetrante { Complicado / No Complicado

33. Componentes habituales de los cálculos biliares

- 90% son de Litio de colesterol (> 50% de colesterol) y mixtos (20 a 50% de Colesterol).

- 10% Pigmentarios (< 20 % de Colesterol, Bilirrubina Amorfa y sales de Calcio).

34. Qué es el signo de Kher

Dolor Referido en Hombro Izquierdo en caso de irritación del nervio Frénico y Ruptura Esplénica.

35. Qué son vómitos fecaloides

Vómito de materia fecal que se produce en casos de oclusión intestinal de larga duración.

36. Qué es el signo de Joubert

Perdida de la Matidez Hepática a la Percusión, Por Interposición de Asas Intestinales o Ruptura de una visera hueca

37. Causa más frecuente de obstrucción intestinal

Abdomen Indemne: Hernias
Abdomen No Indemne: Bridas y Adherencias.

38. Diferencia entre hernia y eventración

- **Hernia:** Protrusión de Peritoneo Parietal Acompañando o No de Vísceras Abdominales por un Orificio Anatómico o Preexistente.

- **Eventración:** Protrusión de Vísceras abdominales, sin Peritoneo por un defecto de la Pared (herida Quirúrgica).

39. Qué es la ley de La Place

Esta Ley Establece que la tensión parietal (T) es proporcional de modo a la presión transmural (P) y al radio del vaso (r) e inversamente proporcional al grosor de la pared Vascular (w)

40. 3 causas de hemorragias digestivas

- **Hemorragias Digestivas Superior:**
  - Ulcera Duodenal
  - Gastritis Erosiva
  - Ulcera Gástrica
  - Esofagitis Erosiva
  - Gastroduodenitis
  - Síndrome de Mallory Weiss.
  - Varices Esofágicas.

- **Hemorragia Digestiva Inferior:**
  - Diverticulitis de Merckel Sangrante.
  - Enfermedad de Crhon.
  - Intususcepción.
  - Isquemia Intestinal.

41. Diferencia radiológica entre obstrucción intestinal de asas delgadas y gruesas

- **Asas Delgadas:** Copa Invertida

- **Asas Gruesas:** Pila De Monedas.

42. Diagnóstico radiológico de obstrucción intestinal

- Rx de Abdomen, Endoscopia.

43. 3 órganos más afectados (en orden de frecuencia) en traumatismo abdominal cerrado

- Bazo, Riñones, Intestinos, Hígado, Pared Abdominal, Mesenterio, Páncreas, Diafragma.

44. Complicaciones más frecuentes del síndrome hemorroidal

- Sangrado, trombosis, necrosis, abscesos

45. Describa la regla de Goodsall salmon

En la Mayoría de las fistulas anteriores, su orificio interno está en la misma línea proyectada sobre la línea Pectínea. Si son posteriores generalmente siguen un trayecto semicurvo y terminan en la línea media porterior.

46. Diferencia entre fistulotomía y fistulectomía

- Fistulectomía: Extirpación del Trayecto de una Fistula.

- Fistulotomía: Cirugía que se realiza para reparar una fistula cerca del Ano.

47. 5 patologías diagnóstico diferencial con apendicitis aguda

- **Mujeres:**
  Embarazo Ectópico Roto.
  Torsión de anexos
  Quiste de Ovario.
  Endometriosis.

- **Hombres:**
  Torsión Testicular.
  Epididimitis.

48. Clasificación de hemorragias digestivas según su localización

Hemorragia Digestiva Superior.
Hemorragia Digestiva Inferior.

49. Clasificación de quemaduras según su profundidad.

Primer Grado
Segundo Grado
Tercer Grado

50. ¿Px masculino de 18 años de edad que se va a operar de hernia inguinal, qué exámenes preoperatorios se le realizan?

- **Hematología Completa** (Htco, Hb, Plaquetas, Formula y Cuenta Blanca, Tipiaje)

- **Química Sanguínea** (Glicemia, Urea Creatinina)

- **Tiempo de Coagulación** (Tiempo de Protrombina, tiempo Parcial Tromboplastina).

- **Serología:** VIH, VDRL.

- **Exámenes de Orina y Heces** (Uroanalisis, Examen de Orina, Coproanalisis)

- **Rx de Abdomen.**

51. Características de una Obstrucción intestinal Parcial

- Disminución de Ruidos Hidroaereos.
- Disminución de Evacuaciones.
- Disminución de Eructos y Flatos.

52. Características de una Obstrucción intestinal Total

- No hay Ruidos Hidroaereos.
- No hay Evacuaciones
- Distensión Abdominal
- Vómitos
- No hay Flatos.

53. Características de la Sutura Ideal.

- Monofilamento.
- Aplicable a cualquier Cirugía.
- Fácil de Manejar
- Mínima Reacción Tisular.
- Alta Resistencia Tensíl.
- Anudado Seguro.
- Absorbible
- Absorción Predecible.

- Estéril.
- Económica.

54. Líneas de Langer

Se denominan líneas de Langer, las líneas que se forman en las zonas donde la piel tiene menos elasticidad. Normalmente se sitúan en las zonas con arrugas, perpendiculares a la contracción del músculo donde se encuentran. Cuando se produce una incisión en la piel, se realiza en la misma dirección que estas líneas, ya que si se realizan en esa zona su cicatrización es más rápida y deja menos cicatriz

55. Maniobra de Carnet

Se coloca al paciente en decúbito supino y se presiona el punto doloroso al mismo tiempo que el paciente contráe los músculos del abdomen intentando levantar la cabeza de la almohada contra una resistencia. Si el dolor persiste es superficial, mientras que si desaparece o mitiga es visceral

56. Capas del tejido Celular Subcutáneo.

- Fascia de Camper.
- Fascia de Scarpa.

57. Dolor Irradiado

- Dolor producido por irritación de una raíz o tronco nervioso.

58. Dolor referido

- Dolor visceral o musculoaponeurótico percibido en una zona cutánea distante.

59. Clasificación de Goldman

Es un indice multifactorial que evalua el riesgo cardico en intervenciones no cardiacas

60. Clasificación de ASA

Es un Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Clasificación ASA	Descripción	Mortalidad perioperatoria
I	Paciente sano, sin comorbilidad	0-0,3%
II	Enfermedad sistémica leve a moderada, sin limitación funcional	0,3-1,4%
III	Enfermedad sistémica moderada a severa, con limitación funcional	1,8-5,4%
IV	Enfermedad sistémica severa, con riesgo vital constante	7,8-25,9%
V	Paciente moribundo, con pocas probabilidades de sobrevivir las próximas 24 h, con o sin cirugía	9,4-57,8%
VI	Paciente en muerte cerebral (candidato a trasplante de órganos)	100%

61. Test o Prueba de Schiller

Es una prueba que se utiliza para ubicar los sitios convenientes para hacer biopsias del exocérvix y llamar la atención sobre zonas aparentemente sanas que pueden no serlo, es un método evaluativo no diagnóstico.

- **Fundamento**

Las células intermedias del epitelio pavimentoso exocervical y vaginal son ricas en glucógeno, y se tiñen con el yodo de color castaño oscuro o caoba. Schiller propuso esta prueba para reconocer los epitelios normales de los que no lo son, destacando estos últimos.

- En casos normales se observará el color caoba en toda la superficie del exocérvix (prueba del yodo positiva o de Schiller negativa)

- En cambio el epitelio que carezca de glucógeno (epitelio cilíndrico ectópico o pavimentoso anormal) *presentará un color amarillento u ocre* (zona yodo negativa o Schiller positiva)

- **Procedimiento**

Mediante una colposcopia, se introduce a través del espéculo una solución de Lugol al 2%, observando cómo se tiñen las células cervicales. Si los resultados son anormales se tomará una muestra mediante biopsia para un diagnóstico más preciso.

62. Clasificación de las intervenciones quirúrgicas

- **Urgencia extrema:** es necesaria una intervención inmediata, ya que entra en juego la vida o la función de algún órgano del paciente.

- **Urgencia**: hay que intervenir cuanto antes, en un plazo máximo de 24 a 48 horas, ya que la situación puede poner en riesgo la vida o la función de algún órgano del paciente.
- **Planeada:** son las intervenciones quirúrgicas que se programan, ya que la solución del problema no es de urgencia, pero debe ser solucionado para evitar mayores riesgos en el futuro.
- **Diagnóstica:** es necesaria la intervención quirúrgica para conocer el origen y el comportamiento de las células que causan el problema.
- **Electiva:** el paciente puede decidir si someterse o no la intervención quirúrgica, y el no someterse a ella no conlleva graves consecuencias. Un ejemplo de ello es la vasectomía.

63. Diferencia entre biopsia y citología

- **Citología:** Es el estudio de un grupo de células.
- **Biopsia:** Es el estudio de un tejido vivo o no necrótico.

64. Tipos de Citología

_ *Por Impronta*
_ *Por Raspronta*
_ *Por Punción-Aspiración*

65. Tipos de Biopsia

_ *Insicional:* Se toma una muestra representativa de la lesión
_ *Excisional:* Se extrae toda la lesión
_ *Por raspado o curetaje*
_ *Por punción:* Se emplea un trucut, NO se aspira.

66. ¿Cómo calcular el hematocrito a partir de hemoglobina?

La relación hemoglobina (Hb) - hematocrito (Hto), consiste en calcular el valor de la hemoglobina al dividir el Hto entre un factor, usualmente entre 3,0 a 3,3, y la relación inversa de obtener el Hto a partir de multiplicar la concentración de Hb por dicho factor.

67. Test de Guayacol

Es un análisis con el que se detecta sangre oculta en una muestra de materia fecal. El guayacol es una sustancia proveniente de una planta que se usa para

recubrir las tarjetas usadas en este test. Si hay presencia de sangre la tarjeta cambia de color, ya que mide los azucares reductores.

68. Densidad y pH de la orina

- Los valores normales de la densidad varían de **1005 a 1035**. Orinas con **densidad** cerca de 1005 están bien diluidas; cercanas a 1035 están muy concentradas, indicando deshidratación.
- Los valores normales fluctúan entre **4.6 y 8.0** en el **pH**.

Un pH alto en la orina puede deberse a:

- Riñones que no eliminan apropiadamente los ácidos (Acidosis tubular renal)
- Insuficiencia renal
- Bombeo del estómago (succión gástrica)
- Infección en el tracto urinario
- Vómitos

Un pH bajo en la orina puede deberse a:

- Cetoacidosis diabética
- Diarrea
- Demasiado ácido en los líquidos corporales (acidosis metabólica), como la cetoacidosis diabética
- Inanición

69. ¿Qué es VDRL?

Venereal Disease Research Laboratory, es una prueba serológica realizada en medicina con sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis.

Un VDRL positivo (reactivo), es un parámetro altamente sugestivo de sífilis, pero nunca sinónimo de ésta, por lo que debe evaluarse en combinación con la historia clínica del sujeto y sus antecedentes epidemiológicos. También se puede obtener un VDRL con falso positivo, en enfermedades:

- **Por espiroquetas:** frambesia, pinta, bejel, fiebre recurrente, leptospirosis, enfermedad de Lyme y otras borreliosis.
- **Infecciosas:** como tuberculosis, lepra, neumococo, endocarditis infecciosa, mononucleosis infecciosa, neumonías virales, sarampión, varicela, paludismo y tripanosomiasis

- **No Infecciosas:** Anemias hemolíticas autoinmunes, enfermedades del colágeno como el LES, debido a que esta prueba mide los niveles de cardiolipinas (es un lípido que se encuentra de forma exclusiva en la membrana bacteriana o en la membrana mitocondrial interna)

El resultado no reactivo (negativo) tampoco descarta sífilis, porque durante el período de incubación de la enfermedad y hasta 15 días después de la aparición del chancro sifilítico, aún no se han producido anticuerpos.

70. Tipos de Urografía de eliminación

- STANDART
- MINUTADA
- POR INFUSION
- REFORZADA

71. ¿Qué es Varicocele? ¿Por qué es más frecuente del lado izquierdo?

Es la dilatación patológica permanente del plexo venoso pampiniforme del cordón espermático. Es más frecuente del lado izquierdo debido al trayecto de la vena espermática izquierda que desemboca en la vena renal. La vena espermática derecha drena directamente en la vena cava inferior, un trayecto considerablemente menor.

En el varicocele femenino, la dilatación se produce en la vena ovárica y da lugar a varices pélvicas y en piernas, ocasionando el denominado síndrome de congestión pélvica.

72. ¿Qué es un Hidrocele? ¿Cuáles son los tipos de hidrocele?

Es una colección de líquido seroso en el proceso peritoneo-vaginal que puede ser comunicante o no con la cavidad peritoneal, puede rodear por completo al testículo o quedar limitado al cordón espermático. El 1-2 % de los RN varones presentan hidrocele.

- Hidrocele Comunicante

Es congénito, el proceso vaginalis permite la transferencia de líquido peritoneal a la túnica vaginal del testículo.

- Hidrocele No Comunicante

Son Adquiridos, por epididimitis, torsión testicular en un 25-50% de los casos o por un traumatismo contuso

- Hidroceles Raros

_ Hidrocele del canal de Nuck: Quiste del canal de Nuck o hidrocele femenino, llamado también divertículo, se define como un divertículo del peritoneo parietal que se extiende al canal inguinal acompañando al ligamento redondo de la mujer que generalmente se encuentra obliterado. En la mujer, la persistencia del proceso o túnica vaginal se denomina Canal de Nuck.

_ Hidrocele abdominoescrotal (Reloj de arena): Consiste en una colección de líquido de gran tamaño que se extiende del escroto al interior del abdomen a través del canal inguinal. Se debe sospechar el diagnóstico de hidrocele abdominoescrotal cuando se detecte una masa abdominal que se continúa con una hidrocele escrotal, característicamente se aprecia que durante la palpación el tamaño de la masa escrotal se incrementa al comprimir el componente abdominal y viceversa. se ha asociado con ureterohidronefrosis secundaria, linfedema, apendicitis, criptorquidia, etc.

73. ¿Qué es una Ranula?

Es una neoplasia benigna en la región sublingual, un tipo de mucocele, que se produce por extravasación o acumulación de mucina debido a una obstrucción de los conductos de la glándula salival sublingual, suele ser unilateral, transparente o violáceo con diámetro de 2- 5 cm. Su nombre hace en referencia al vientre de una rana.

74. Capaz del testículo

Los testículos están envueltos en 7 capas que, de fuera a dentro son:

1) **Escroto**: es la piel, tiene superficialmente unas arrugas.
2) **Dartos**: túnica muscular, de musculatura lisa, que divide a la bolsa escrotal en dos cavidades, una derecha y otra izquierda.
3) **Capa celular subcutánea**: Es delgada y contiene a los vasos y nervios superficiales de la región escrotal.
4) **Túnica o fascia espermática externa:** deriva del músculo oblicuo externo del abdomen. (El cual es arrastrado en el descenso testicular).

5) **Túnica muscular o Cremáster:** Su función es elevar el testículo en condiciones de frío y temor, deriva del músculo oblicuo interno.
6) **Túnica espermática interna:** Es una evaginación de la fascia transversalis.
7) **Túnica vaginal:** Derivada del peritoneo, esta se refleja desde el testículo a la superficie interna del escroto, formando las capas visceral y parietal.

75. Síndrome de Maffucci

El síndrome de Maffucci, también conocido síndrome de discondrodisplasia con hemangiomas, o síndrome de Kast-Maffucci, corresponde a una displasia mesodérmica congénita no hereditaria caracterizada por la presencia de hemangiomas que suelen corresponder a hemangiomas cavernosos, encondromas que se caracterizan por la persistencia ectópica de cartílago en las metáfisis y diáfisis de los huesos, lo que provoca su deformidad y la tendencia al desarrollo de lesiones degenerativas benignas y/o malignas.

76. Síndrome Fitz Hugh Curtis

Es una perihepatitis producida por el ascenso de bacterias, como resultado de una enfermedad inflamatoria pélvica. Esta perihepatitis se manifiesta en su etapa crónica como adherencias fibrosas «en cuerda de violín» entre la cápsula hepática, la cúpula diafragmática o la pared abdominal adyacente, asociada a infecciones del tracto genital femenino, principalmente por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae.*

Los síntomas de presentación típicos son fiebre y dolor en hipocondrio derecho, asociados o no a síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante TAC o por hallazgo accidental en el transoperatorio, de las adherencias "en cuerda de violín".

77. Signos de Chevostev y Trousseau

- **Signo de Chevostev:** También conocido como signo de Weiss es uno de los signos de tetania observado en situaciones de Hipocalcemia. Se produce un espasmo facial, especialmente de la comisura labial al percutir el nervio facial por delante de la oreja en el área de la parótida.

- **Signo de Trouseeau**: al igual que Chevostev es un signo observado en situaciones de hipocalcemia, se manifiesta como un espasmo muy doloroso en el

carpo al aumentar la presión con un esfigmomanómetro por encima de las cifras sistólicas durante 3 minutos.

78. **¿Qué es un higroma quístico?**

El higroma quístico o Linfangioma Quístico es un tumor benigno congénito que se origina de tejido linfático embrionario debido a la obstrucción del drenaje linfático. En el 75 % de los casos se presenta en la región cervical en el triángulo posterior del cuello, con más frecuencia hacia el lado izquierdo y el resto, puede localizarse en la axila, la región inguinal, o mediastino.

79. Síndrome de Claude Bernard Horner

Es un conjunto de signos y síntomas que se producen por una lesión de los nervios simpáticos de la cara y se caracteriza por miosis, Ptosis palpebral, anhidrosis y enoftalmo. Una causa común de este síndrome es el tumor de Pancoast, el cual produce una compresión de los ganglios o fibras eferentes de la vía simpática.

80. Síndrome de Leriche

Es una enfermedad oclusiva aortoiliaca que consiste en la oclusión a nivel de la aorta abdominal e iliaca comunes por placas de ateromas, cursa con un triada que define el diagnóstico, *pulsos femorales ausentes o disminuidos, claudicación o dolor al caminar en miembros inferiores (cadera y pantorrillas) y disfunción eréctil*.

81. De donde a dónde va el ligamento redondo del útero

El ligamento redondo del útero se origina en la cara antero-lateral del útero, discurre a través del canal inguinal y sus fibras se despliegan hasta que se insertan en los labios mayores.

82. Tipos de Imen

- Imperforado, Anular, Cribiforme, Semilunar, Dentado.

83. Fositas Inguinales

- **Fosita inguinal externa**: Se encuentra por fuera de la arteria epigástrica y en ella se encuentra el anillo inguinal profundo, *lugar por donde protruyen las hernias indirectas u oblicuas externas.*

- **Fosita inguinal interna.** Se encuentra entre la arteria epigástrica y la arteria umbilical obliterada. Se corresponde con el punto débil o el llamado triángulo de Hesselbach y por aquí *protruyen las hernias directas.*

- **Fosita vesicopubiana o suprapubiana**. Está situada entre el cordón de la artería umbilical obliterada y el uraco. Por aquí *protruye la hernia oblicua interna o hernia supravesical interna*

Cuadrilátero miopectíneo de Fruchaud. Es el área por donde aparecen todas las hernias inguinocrurales.

84. Causas de hernias directas

85. Tipos de apendicetomía

- Diferida, convencional y laparoscópica.

86. Diferencia entre una hernia inguinal directa e indirecta.

- **Directas:** el contenido abdominal, pasa a través de una debilidad de la pared adbominal posterior y protruye en el área del triángulo de Hesselbach. Las hernias directas, son reducibles y rara vez ingresan al escroto. Por lo general, no recorren por el conducto inguinal.2 Son las menos frecuentes. Son más comunes en adultos mayores de 45 años**.**

- **Indirectas:** se producen cuando el contenido abdominal protruye a través del anillo inguinal interno o profundo. Bajan a lo largo del canal inguinal, paralelas al cordón espermático y, con el tiempo, suelen llegar al escroto. Son más frecuentes, con un posible factor genético y muy común en los niños.

87. Presentación clínica de una hernia inguinal Indirecta

- Punta de Hernia
- Funicular
- Bubonocele
- Inguino Escrotal

88. ¿Por qué se produce el divertículo de Meckel?

Se produce por persistencia del conducto onfalomesentérico (estructura embrionaria que comunica el intestino medio con el saco vitelino), este divertículo es una saculación congénita del íleon distal presente en el 2 a 3% de la población, se localiza a 100 cm de la válvula ileocecal y suele contener tejido pancreático o gástrico heterotópico, se considera como el único divertículo verdadero ya que posee todas las capas de la pared del íleon.

89. Mencione las Variantes del divertículo de Meckel

- De base ancha
- De base angosta
-

90. Hernias de Mayld, Littre, Richter, Aymand, Garengot, En pantalón.

- **Hernia de Mayld:** hernia retrógrada con estrangulación del intestino en el saco herniario, con lo que las asas del intestino toman la forma de una W.
- **Hernia de Richter:** es la protrusión del borde anti mesentérico de un asa intestinal a través de un orificio en la pared abdominal. Generalmente se presenta en el íleon terminal.
- **Hernia de Littre:** presencia de un Divertículo de Meckel encarcelado o estrangulado en cualquier hernia de la pared abdominal.
- **Hernia de Aymand:** herniación inguinal en la que su contenido es el apéndice vermiforme.
- **Hernia de Garengot:** herniación femoral en la que su contenido es el apéndice vermiforme.
- **Hernia en pantalón:** combinación de hernia inguinal directa e indirecta con doble saco herniario separado por los vasos epigástricos inferiores.
- **Hernia de Spiegel:** protrusión herniaria a través de un punto de la línea semilunar del músculo transverso (Línea de Spiegel).
- **Hernia de Rokitansky:** protrusión o invaginación de la mucosa intestinal a través de una dehiscencia de la túnica muscular.

91. Cuales hernias son más frecuentes en niños, mujeres y adultos.

- **Niños:** Hernias Umbilical
- **Mujeres:** Hernia Femoral
- **Adultos:** Hernia Inguinal

92. Diferencia clínica de neumonía, neumotórax y derrame pleural.

Ex. Físico	NEUMONIA	NEUMOTORAX	DERRAME PLEURAL
INSPECCION	- Asimetría torácica. - ⬇Movilidad. - Tiraje intercostal	- Desplazamiento contralateral de la tráquea - Abombamiento	- ⬇ Movilidad - Taquipnea - Abombamiento - Tiraje Intercostal
PALPACION	- ⬇ Expansibilidad. - Aumento de las Vv.	- ⬇ de las Vv. - ⬇Expansibilidad	- ⬇ de las Vv. - ⬇Expansibilidad
PERCUSION	- Matidez	- Hipersonoridad	- Matidez
AUSCULTACION	- ⬇ Murmullo Vesicular - Crepitantes - Pectoriloquia áfona - Broncofonía	- MV Abolido - Silencio - Soplo Anfórico	- ⬇MV o abolidas - Pectoriloquia - Soplo pleurítico - Egofonía

1) Clínica de la apendicitis
2) Clasificación de Gustilo
3) Clasificación de Altemeyer
4) Que es un drenaje y clasificación
5) Periodos Evolutivos de las quemaduras
6) Formula de Parkalnd y Brooke
7) Que son quemaduras Criticas
8) Técnicas de lavado peritoneal
9) Vías de absceso venoso central
10) Clínica y dx. De la Pancreatitis Aguda
11) Criterios de Ranson
12) Clasificación de Balthazar
13) Que es un divertículo

14) Clasificación de Hinchy
15) Complicaciones de la enfermedad Diverticular del colon
16) Divertículo de Zenkel
17) Signos clásicos de la pancreatitis necro hemorrágica.
18) Signo de Cullen, Grey-Turner, Fox y Brayan
19) Que forma el capuchón del clítoris
20) Hematocolvo
21) Hifema y hipopion
22) Oftalmia Simpática
23) Coloboma
24) Complicación más frecuente del postoperatorio
25) Causa más frecuente de fiebre en el postoperatorio mediato
26) Clasificación de la peritonitis
27) Diferencia entre melena, rectorragia y hematoquezia
28) Ley de Stock
29) Sx. De Peutz Jeghers
30) Clasificación de las incisiones
31) Criterios de Hager
32) Que es proctalgia fugaz
33) Hematoma Subpulmonar – Signo del Domo
34) Triada Clínica de la colecistitis
35) Maniobra y signo de Murphy
36) Clasificación de la Obstrucción intestinal
37) Nevus a nivel del ojo.
38) Clasificación de las incisiones
39) División topográfica del cuello
40) División de la cavidad peritoneal
41) ¿Cómo diagnosticar un embarazo ectópico roto al examen físico?
42) ¿Qué es una culdocentesis?
43) ¿Por qué los diabéticos pueden sufrir perforación de la vesícula en una colecistitis?
44) Ulcera de de Curlen y Cushing
45) Síndrome de Mirizzi
46) ¿Cómo funciona un eco? (Lo básico)
47) ¿Cómo se reconoce la Enfermedad de Crohn al tacto rectal?
48) Síndrome de Zolliger Ellison
49) ¿Por qué el cigarrillo y el café producen ulcera?
50) Tratamiento medica de la Ulcera Péptica
51) Ganglio de Virchow y Ganglio de la Hermana María José

52) ¿Cuál es el principal órgano donde fistuliza un divertículo colonico?