

## Higado

El hígado es el órgano más grande, con un peso aproximadamente de 1500g. Se ubica en el cuadrante superior derecho de la cavidad abdominal, por debajo del diafragma y a protección por la caja torácica. El hígado se conserva en su lugar por la acción de varios ligamentos, es redondo y un remanente de la vena umbilical obliterada; entra a la izquierda de hilo hepático en el borde frontal del ligamento falohepático.

El hígado tiene una irrigación dual, que consiste de la arteria hepática y de vena porta. La primera suministra casi 25% de la irrigación, en tanto que la vena porta representa casi el 75% restante. La Arteria hepática propia se divide en las arterias hepáticas derecha e izquierda, esta anatomía "clásica" o estándar se presenta casi 75% de los casos, mientras que el 25% restante tiene anatomía variable. Es fundamental comprender las variantes de la anatomía arterial para evitar complicaciones quirúrgicas cuando se opera hígado, vesícula biliar, páncreas u órganos adyacentes, cuando hay una arteria hepática derecha arterial o proveniente de otro sitio, por lo común atraviesa por detrás de la vena porta y más tarde forma su posición lateral derecha antes de dividirse en el interior del parénquima hepático. Esto puede identificarse por visualización directa en una tomografía computarizada o resonancia magnética nuclear, y se confirma por la palpación del hilo hepático cuando se percibe una pulsación posterior derecha.

Conductos Biliares y hepáticos, en el interior del ligamento hepatoduodenal, la vía biliar común se ubica en dirección anterior y a la derecha, da origen al conducto cístico hacia la vesícula biliar y se transforma en el conducto hepático común antes de dividirse en los conductos hepáticos derecho e izquierdo. La bifurcación del conducto hepático anterior derecha por la común entra al hígado por arriba de la placa biliar. El conducto hepático izquierdo por la común tiene un trayecto extrahepático largo antes de dar origen a ramas segmentarias por detrás de la vena porta izquierda en la base de la vena porta.

### Vesícula biliar y sistema Biliar extrahepático

Es un saco en forma de pera, de alrededor de 7 a 10 cm de largo con una capacidad promedio de 30 a 50 ml cuando hay una distensión se distiende en grado notable y puede hasta 500 ml. Se encuentra en una fosa en la superficie inferior del hígado alineado con la división anatómica del mismo en los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo, se divide en cuatro áreas anatómicas, fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello. El fondo es el extremo ciego y redondeado que se extiende en condiciones normales, 1 a 2 cm más allá del borde del hígado, contiene la mayor parte del músculo liso del órgano, a diferencia del cuerpo que es el área principal de almacenamiento e incluye casi todo el tejido elástico, el cuerpo se proyecta desde el fondo y se abulta hacia el cuello, un área en

forma de embudo que se abre al conducto biliar  
el cuello tiene una curvatura directa, cuya convexidad  
puede estar cerrada para formar el infundíbulo o bolsa de  
húterman se encuentra en la parte más profunda de la base  
de la vesícula biliar, y se extiende hacia la parte libre del  
ligamento hepatoduodenal

La misma capa peritoneal que recubre el hígado recubre el  
líado y la superficie e inferior de la vesícula biliar, en  
ocasiones, la vesícula posee un recubrimiento peritoneal completo  
y está suspendida de la superficie inferior del hígado en un  
mesenterio, y rara vez se encuentra encajada en el páncreas

### Hepática

La vesícula biliar está recubierta por epitelio glandular alto y unido  
plegado de forma excesiva, y con contenido de colesterol y  
glóbulos de grasa, el moco secretado hacia la vesícula  
biliar elaborado en las glándulas tubuloalveolares de la mucosa  
que recubre el infundíbulo, el cuello de este órgano, pero no  
al cuerpo y el fondo

### Páncreas

Órgano nexorable del cuerpo humano, tanto que la mayoría  
de los cirujanos prefieren extirarlo, e incluso no palpado  
a menos que sea necesario, situado en un punto profundo  
en el centro del abdomen, al páncreas lo rodean múltiples  
estructuras y vasos sanguíneos mayores, un traumatismo en  
aparición menor al páncreas puede inducir la inflamación de

La fusión incompleta de los conductos pancreáticos dorsal y ventral originan el páncreas dividido, pero puede haber muchas anomalías de la ducta. La colangiopancreatografía por resonancia magnética y la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada permite identificar estas anomalías y es importante conocer el paten ductal del páncreas antes de intentar una intervención. Sin importar la causa el tratamiento de la fase temprana de la pancreatitis aguda es causal para obtener un resultado exitoso. La intervención quirúrgica en la pancreatitis se reserva solo para pacientes con colelitiasis infectada o renales infecta o para aliviar un cálculo biliar impactando en la ampolla, siempre que no se cuente con tratamientos endoscópicos o radiológicos o que no se obtengan resultados exitosos.

La aparición de la pancreatitis aguda en la tomografía computarizada es muy variable y casi siempre se requieren múltiples estudios diagnósticos para establecer la extensión de la enfermedad.

### Bazo

El bazo humano tiene un papel inmunológico clave en la defensa contra diversos microorganismos. En especial las bacterias encapsuladas, el bazo puede causar mellitadas significativas / trastornos hematólogicos si se fusiona.

umenta (hiposplenismo) o si experimenta hiperplasia (esplenomegalia) existe un amplio espectro de enfermedades no traumáticas para las cuales la esplenectomía electiva puede ser curativa o paliativa. En términos generales, puede clasificarse como trastornos eritrocitarios y hemoglobínicos, trastornos leucocitarios, trastornos plaquetarios, trastornos de la sangre oscura, infecciones y abscesos, quistes y tumores, enfermedades por almacenamiento y trastornos intestinales y trastornos diversos.

La esplenectomía parcial puede ser una alternativa adecuada a esplenectomía total para ciertos trastornos de hiposplenismo o esplenomegalia, sobre todo en niños en los que muy importante conservar la función inmunológica.

La embolización preoperatoria de la arteria esplénica para la esplenectomía electiva tiene ventajas y desventajas tal vez no sea adecuada en caso de crecimiento esplénico, no existen datos concluyentes.

La vacunación del paciente sometido a esplenectomía se mantiene como la estrategia preventiva más efectiva, contra la opsi, lo más prudente es la vacunación antes de la esplenectomía electiva. La esplenectomía laparoscópica produce síntomas resaca hemodinámica con menor intensidad que la operación abierta.

### Pared Abdominal

Las características anatómicas musculoesqueléticas de la pared abdominal son distintas arriba y abajo de la línea

aparece en la cara posterior de la vena del recto  
La defecación del conducto procto de descendente de la pared  
abdominal en el feto puede ocurrir de varias formas  
la que causa hernia persistente del intestino medio o  
anomalías del desarrollo del conducto vitelino  
el tratamiento de las hernias de la vena del  
recto consiste en la reversión de cualquier embriogénesis  
congelación y adhesión, a menos que haya inestabilidad  
hemodinámica o con el crecimiento anormal  
quirúrgico

Las hernias incircunscritas de la pared abdominal anterior  
pueden ocurrir hasta en la a 20% de la población  
abdominal previa de cualquier tipo

La reparación quirúrgica con sutura de las hernias incircunscritas  
de la pared abdominal se relaciona con una tasa  
de incidencia alta de recurrencia lo que ha impedido  
el uso frecuente de material protético de malla para la  
reparación de hernias

La reparación laparoscópica de una hernia incircunscrita ofrece  
ventajas importantes sobre las reparaciones abiertas, incluida  
el menor uso de analgésicos, regreso más temprano  
a la función normal y tal vez una menor protección  
contra la recurrencia de la hernia