



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Patologías quirúrgicas

Nombre del alumno: Antonia Berenice Vázquez Santiz

Grupo: "A"

Grado: 6to Semestre

Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Nombre del Docente: Dr. Molina Román Romeo Antonio

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de noviembre del 2024

Pancreatitis aguda

Es una condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, SRIS, fallo orgánico y muerte.

FX DE RIESGO

- ✓ Tabaquismo
- ✓ Obesidad
- ✓ DM2
- ✓ Cirrosis hepática

PATOGENIA

Activación prematura de las enzimas digestivas:

- Páncreas exocrino
- Tripsinógeno a tripsina
- Autodigestión
- Citoquinas proinflamatorias

ETIOLOGIA

Cálculos biliares 40% mujeres
Consumo prolongado de alcohol 30% hombres
Hipertrigliceridemia 2-5% >1000mg/dL 20.2%
Fármacos <5%
Polimorfismos genéticos
Idiopática
Autoinmunes <1%
Infecciosas

EPIDEMIOLOGIA

- Es uno de los trastornos GI más comunes que requieren hospitalización
- Incidencia anual de 13-45 x 100,000 personas
- La mayoría son leves y autolimitadas
- Moderadamente graves 30%
- Graves 10%
- Mortalidad 3-6% y aumenta a 30% en PA grave

TIPOS

- PA intersticial edematosa: 80-90% Inflamación sin necrosis Resuelve en 1 semana
- PA necrotizante: Inflamación más necrosis Forma más agresiva

FASES

- Fase temprana: Resuelve en 1-2 semanas SIRS y/o FO
- Fase tardía: Dura semanas o meses Signos sistémicos + complicaciones

DIAGNOSTICO

- Dolor abdominal superior característico
- Niveles elevados de lipasa y amilasa sérica 3 veces el valor normal
- Hallazgos en estudios de imágenes: USG, TAC, RM

CUADRO CLINICO

- Dolor abdominal
- Inicio súbito
- Irradiación a tórax y espalda media
- Asociada a ingestión de comida
- Náuseas, vómitos
- Sensación de llenura
- Distensión abdominal indigestión y oliguria.

EXAMEN FISICO

- Fiebre, Hipotensión
- Alteración del estado de la conciencia
- Taquicardia, Taquipnea
- Ictericia, Diaforesis
- Hipersensibilidad y resistencia a la palpación abdominal
- Signo de Cullen
- Signo de Grey Turner

ESTUDIO DE IMAGEN

- Estudios de imagen:
- USG abdominal
 - TAC abdominal 72-96 horas
 - RM
 - ERCP

CONTROL DE DOLOR

Los opioides son los analgésicos de elección Se mencionan: bupremorfina, petidine, pentazocina, fentanyl y morfina.

TRATAMIENTO

- La PA Leve puede tratarse con analgesia oral, sin embargo la mayoría requiere hospitalización las primeras 48-72 hrs. Deben enfocarse en detectar empeoramiento monitoreando la Presión arterial, saturación de oxígeno y gasto urinario cada 1-2 hrs.
- La presencia de taquicardia, hipotensión, hipoxemia, y oliguria >48 hrs indica FO persistente y si no responde con fluidoterapia iv adecuada requiere manejo en UCI y abordaje endoscópico y quirúrgico.
- El examen físico debe repetirse c/4-8 hrs vigilando por alteración del estado mental y/o rigidez abdominal que indica liquido en el tercer espacio.
- En las primeras 6-12 hrs. Debe realizarse panel metabólico completo, hematológico, niveles séricos de calcio, magnesio, glucosa y BUN, según el estado del Px.

Definición

COLELITIASIS: Presencia de litos en las vesícula biliar
COLECISTITIS: Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos (90%) en menor frecuencia por barro biliar

Etiología

mixtos + frecuentes
 colesterol (80%)
 pigmentarios (hemolisis)

Epidemiología

- 10-20% de la población tiene cálculos biliares
- 30% presentará colecistitis aguda (principal complicación)
- principal motivo de consulta y cirugía electiva más frecuente en servicio de cirugía general en México.

Colecistitis y colelitiasis

Factores de riesgo

- edad >40 años
- embarazo
- sexo femenino 2:1
- anticonceptivos orales
- obesidad
- dislipidemia

Clínica: Colecistitis no complicada

- 1.- dolor o resistencia en hipocondrio derecho.
 - 2.- Murphy +
nausea o vomito
- el diagnostico se realiza con 1 signo o síntoma sistémico + 1 signo o síntoma local + estudio de imagen positivo

DX USG:

- 98% sensibilidad para colelitiasis (elección)
- engrosamiento de pared >5mm
- alargamiento vesicular >8 x 4 cm
- liquido perivesicular

Pruebas de laboratorio:

- leucocitosis con aumento en leucocitos
- creatinina
- bun
- en caso de fiebre para mejorar selección antibiótica

Tx qx

Tx no qx

Colecistitis Aguda

Cirugía

CRITERIOS DE TOKIO

Sensibilidad: 91.2% Especificidad: 91.9%

A	SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL. 1. Signo de Murphy. 2. Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho.
B	SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA. 1. Fiebre. 2. PCR elevada. 3. Recuento de glóbulos blancos elevados
C	HALLAZGO IMAGENOLÓGICO CARACTERÍSTICO DE COLECISTITIS AGUDA. Engrosamiento de pared (>4mm), agrandamiento de vesícula biliar (>8cm largo y 4cm ancho), cálculos biliares retenidos, líquido peri-vesicular.
Diagnóstico SOSPECHOSO : Un ítem de A + un ítem de B.	
Diagnóstico DEFINITIVO : Un ítem de A + un ítem de B + un ítem de C.	

Para la disolución de los cálculos biliares en pacientes en situaciones especiales (pacientes con alto riesgo quirúrgico y aquellos que rehúsan la cirugía) el tratamiento de elección es con ácidos biliares orales como:

- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido quenodeoxicólico

Por un periodo de 1 a 2 años

- E** Indicaciones para realizar litotricia:
- Pacientes con litiasis única
 - No calcificada
 - Con diámetros de 20 a 30 mm

R En presencia de cálculos biliares y para evitar el progreso de la colecistitis aguda se recomienda una dosis de 75 mg de diclofenaco (intra-muscular)

MEPERIDINA SI COLECISTITIS Y DOLOR SEVERO

El tratamiento con antibiótico se indicará usando como premisa la gravedad de la colecistitis:

- Colecistitis grado I un antibiótico
- Colecistitis grado II.....doble antibiótico
- Colecistitis grado III.... doble antibiótico

Agregar metronidazol cuando se detecta o se sospecha presencia de anaerobios

colecistitis grado I: colecistectomía temprana laparoscópica (1ra elección)
 colecistitis grado II: sin inflamación grave colecistectomía temprana laparoscópica (1ra elección)
 colecistitis grado II: con inflamación grave drenaje percutáneo o qx, posterior colecistectomía una vez disminuida la inflamación
 colecistitis grado III: manejo de la falla orgánica; drenaje de la vesícula; colecistectomía al mejorar condiciones del paciente

colecistectomía temprana: 1-7 días posterior a episodio agudo
 colecistectomía tardía 2-3 meses posterior a episodio agudo

EPIDEMIOLOGIA

- EEUU- 42/100,000
- EUROPA- 26/100,000

FX DE RIESGO

- alcoholismo (70-80%)
- cálculos biliares (50%)
- idiopáticas
- pancreatitis tropical
- hereditaria



TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA

- cpre (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)
- tratamiento para la obstrucción sintomática del conducto biliar.
- son necesarias varias sesiones debido a la recidiva de los síntomas
- cprm

PANCREATITIS CRONICA

La pancreatitis crónica es una enfermedad fibro-inflamatoria progresiva del páncreas caracterizada por la fibrosis irreversible de la glándula con el eventual fallo de las funciones exocrinas y endocrinas.

DIAGNOSTICO

- Clínica: 
- Imagen: tac (Gold estandar) radiografía (30%) usg 
- Laboratorios: eleastasa 1 evaluar la función exocrina >200 mcg—normal 100-200 leve <100 grave. grasa fecal: < 7 gr día diagnostico de esteatorrea

PANCREATECTOMIA DISTAL PARCIAL

- alteraciones inflamatorias focales localizadas en el cuerpo y cola del páncreas
- efectividad en un 40-80%
- causa menos morbilidad que otros procedimientos

CLINICA

Dolor:

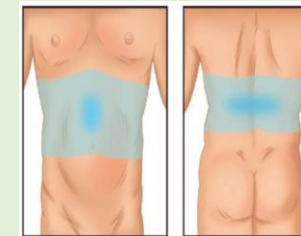
- precipitado por consumo de alimentos
- intensidad, frecuencia y duración aumentan

Perdida de peso (anorexia):

- dejan de alimentarse por dolor al consumir alimentos (eleastasa 1)

Esteatorrea:

- heces con exceso grasa



TX QX

- pancreatectomía distal
- pancreatectomía proximal
- pancreatectomía total

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

**Shawartz principios de cirugía
Decima edición**