

**Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Medicina Humana**

**Lizbet Noelia Estrada Carballo.**

**Mapas conceptuales**

**Técnicas quirúrgicas básicas.**

**6° “A”**

**Dr. Romeo Antonio Molina Román.**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre de 2024**

# PANCREATITIS CRONICA

Enfermedad fibroinflamatoria progresiva del páncreas.  
Caracterizada por fibrosis irreversible, insuficiente exocrina y endocrina.

## EPIDEMIOLOGÍA

Afecta la calidad de vida de los pacientes.

## FX RIESGO

Consumo de alcohol (>150 gr/día)

## CLÍNICA

- Dolor abdominal persistente.
- Pérdida de peso y malabsorción

## DX

- Laboratorios: Amilasa y lipasa.
- Triada dx: Dolor, insuficiencia pancreática y cambios estructurales.
- Estudios de imagen: TAC (sencibilidad 56-95%, especificidad 85-100%).

## SECONDARY IDEA

- Analgesia: AINES (dolor leve), Tramadol o propoxifeno (dolor moderado o intenso)
- Reposición enzimática: enzimas pancreáticas + IBP (6 semanas)
- tratamiento intervencionista: CPRE para obstrucción del conducto biliar
- Tratamiento quirúrgico: pancreatectomía distal parcial

# PANCREATITIS AGUDA

inflamación del páncreas que puede causar daño local, SRIS, fallo orgánico y muerte

## ETIOLOGIA

- Cálculos biliares (40%, mayor en mujeres).
- Alcohol (30%, mayor en hombres).
- Hipertrigliceridemia (>1000 mg/dl).
- fármacos, polimorfismo genéticos, infecciosas, idiopática.

## EPIDEMIOLOGÍA

- Una de las enfermedades GI más comunes con necesidad de hospitalización.
- Mortalidad: 3-6% en casos graves.

## TIPOS Y FACES

- Tipos: PA intersticial (leve, sin necrosis) y PA necrotizante (con necrosis).
- faces: temprana (1/2 semana) y tardía (dura semanas a meses).

## FACTOR DE RIESGO

- Tabaquismo, obesidad, DM2, cirrosis hepática.

## DIAGNÓSTICO

- Criterios: dolor abdominal, elevación de lipasa y amilasa, hallazgos en imagen (USG, TAC, RM).

## CC

- dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, hipotensión, taquicardia, ictericia.

## LAB Y EST. IMAGEN

- Hematología, panel metodológico, amilasa/lipasa, USG, TAC, RM.

## TX

- Dolor: opioides.
- Fluidoterapia: cristaloides (lactato de ringer).
- Nutrición: NE preferida sobre NTP.
- Antibióticos: solo en infecciones confirmadas.
- Endoscópico y quirúrgico: según

## COMPLICACIONES

- FO (respiratoria, cardiovascular, renal), complicaciones locales (coleciones líquidas, pseudoquistes, abscesos).

# COLECISTITIS Y COLELITIASIS

- Colelitiasis: presencia de cálculos en vesícula biliar.
- colecistitis: inflamación de la vesícula biliar, generalmente por cálculos (90%).

## ETIOLOGÍA

- saturación y precipitación de sustancias, colecistoquinéticos, infecciones.

## EPI. Y FX RIESGO

- Más frecuente en adultos, con riesgo elevado por obesidad, diabetes, etc.

## CLÍNICA

- colecistitis no complicada: dolor en hipocondrio derecho, sin ictericia sugiere complicación.
- colelitiasis asintomática: no se trata a menos que sea >2.5 cm, vesícula en porcelana, o anemia falciforme.

## DIAGNÓSTICO

- Estudios de imagen: USG (ecografía abdominal).
- Laboratorio: pruebas hepáticas, inflamación local y sistémica.

## TRATAMIENTO

- Colecistitis Leve (Grado I): Colecistectomía laparoscópica temprana
- Colecistitis Moderada (Grado II): Drenaje percutáneo si hay inflamación grave, luego colecistectomía

- Coledocolitiasis: Sospechar en ictericia o colangitis post-colecistectomía
- Diagnóstico: USG, colangiografía, CPRE
- Tratamiento: CPRE con esfinterotomía

Colangitis: Infección de la vía biliar

- Clínica: Triada de Charcot (fiebre, ictericia, dolor), Pentada de Reynolds en casos graves.
- Tratamiento: Antibióticos y CPRE; cirugía descompresiva urgente si no mejora.

- Colecistitis Grave (Grado III): Manejo de fallo orgánico, drenaje de vesícula, colecistectomía post-estabilización
- Colecistectomía Temprana: 1-7 días después del episodio agudo
- Colecistectomía Tardía: 2-3 meses después del episodio agudo