



José Carlos Cruz Camacho

Dr. Erick Flores Gutiérrez

Resumen

Técnicas Quirúrgicas Básicas

6to semestre

"A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de julio del 2025

Apendicitis Aguda

D M A

Scribe®

Definición: La Apendicitis Aguda es la inflamación del Apéndice cecal, generalmente causada por obstrucción de su luz, lo que puede evolucionar a Perforación y peritonitis si no se trata a tiempo.

Epidemiología: Es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico por de edad a los 10 y 30 años, afecta más al Sexo masculino.

Etiología: Obstrucción luminal, Fecalito, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, Parasitos, Tumores apendiculares.

Factores de Riesgo: Dieta baja en Fibras, Infecciones gastrointestinales, Historia familiar, Inmunosupresión.

Fisiopatología: Obstrucción luminal → ↑ presión intraluminal
La isquemia de la pared → proliferación bacteriana → inflamación.
↓
peritonitis ← perforación ← Necrosis

Clinico: Dolor Abdominal que migra a epigastrio y después se localiza en la fosa iliaca derecha
• Fiebre • Náuseas • Vómito • Anorexia

Diagnóstico: Signos clínicos positivos
- McBurney - Rovsing - Psoas - Obturator

Laboratoriales: Leucocitosis con desviación a la izquierda.
- Proteína C Reactiva elevada
- Ecografía - TAC Abdominal - Alvarado

Tratamiento: ceftriaxona + metronidazol / Sulbactam
Qx: Apendicectomía Laparoscópica, Abierta

Colecistitis

D

M

A

Scribe®

Definición: Inflamación de la vesícula biliar, secundaria a una obstrucción del conducto cístico, por un cálculo.

Epidemiología: Representa una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. 10-15 px con colelitiasis.

Etiología: Más frecuente en Mujeres, Mayores de 40 años. Litiasis (90%) (Alitiasis 5-10%).

Factores de Riesgo: uso de Anticonceptivos orales, hormonales. Dieta rica en grasa, Inmunosupresión, Edad Avanzada.

Fisiopatología

Migración de litos → Al conducto cístico

Provocando una

Inflamación de Estg.

Clínica: Dolor en hipocóndrio derecho > 6 horas
Náuseas, Vómito, Masa en Cuadrante superior derecho
Fiebre

Diagnóstico: - USG 98% Sensibilidad (1) elección.
- Gammagrafía o Escintigrafía (2) elección.
- TAC
- RM

Dx

Auxiliar: - PCR - Amilasa - hemocultivo
- Leucocitosis - Pruebas de función hepática.

Tratamiento Farmacológico:

- Diclofenaco 75 mg

(1) grado: Levofloxacino
+ cefotiam + Ampicilina.

(2) grado: Ampicilina con Sulbactam
+ Oxacetoem

(3) grado: Ceftriaxona + Metronidazol.

Tratamiento quirúrgico

(1) colecistectomía Lapa

(2) drenaje de vesícula
Colecistectomía Abierta

Colelitiasis

D

M

A

Scribe®

Definición: La presencia de cálculos o litos en el interior de la vesícula biliar. Estos principalmente están compuestos de (Colesterol y Pigmentos biliares).

Epidemiología: Afecta de 10-20% de la población adulta México: una prevalencia de 14 a 27 dependiendo la edad y Sexo. Mujeres son el grupo más afectado > 40 años.

Etiología:

- Cálculo de colesterol (80%)
- Cálculos pigmentarios (Negros).
- Cálculo pigmentarios (Marrones). + frecuente.

Factores de riesgo:

- Obesidad
- Edad Avanzada
- Ayuno prolongado.
- Embarazo
- Sexo femenino

Fisiopatología:

Acomulación de colesterol

Formando litos → provocando así la
Vesícula → la → En → Formación de litos

Clinica: Dolor en hipo. Derecho, Náuseas, vómito
Fiebre, Distensión Abdominal, (prob. Ictericia o Sig. de sepsis).

Diagnóstico: ① USG ③ TAC
② Grammagrafía

Tratamiento:

- Ácido Ursodesoxicólico 1 o 2 años.
- Ácido quenodesoxicólico
- (- Litotricia) → ① elección para el px.

Coledocolitiasis

D

M

A

Scribe®

Definición: Presencia de cálculos dentro de la vía biliar principal → Conducto colédoco, Es la complicación frecuente de la colelitiasis, Se clasifican en primarias y secundarias → más frecuente.

Epidemiología: 53 mujeres (77.9%) y 15 hombres (22.1%)
1 de cada 4 pacientes con coledocolitiasis es Asintomático.
de 14-15% de los pacientes con colelitiasis Sintomática

Etiología: Multifactorial, Mayor complicación de colelitiasis
Historia de pancreatitis biliar, historia de colangitis.

Factores de Riesgo: Ser mujer, Edad > 40 años,
Genética y AIT, Comorbilidades. Embarazo
DM y Cirrosis.

Fisiopatología: Formación de pigmentos marrones
→ Originados por la vía biliar
Secundario a colesterol. → Migrando este lito a el
conducto colédoco (obstrucción).

Clínica: Puede ser Asintomática, Dolor tipo cólico
en CSD, vómito, Náuseas, Ictericia y coluria.

Mayor Complicación: → Colangitis. Mal estado
General y fiebre.

Diagnóstico: Triada de Charcot + Enzimas hepáticas ↑
bilirrubina sérica elevada.

- USG vías biliares, -TAC -, CPRE

Tratamiento de elección:

(1) CPRE

(2)da opción: Laparoscopia

(3)ra opción: cirugía Abierta.

Colangitis

D

M

A

Scribe®

Definición: Inflamación de las vías biliares secundaria a una infección bacteriana.

Epidemiología: Más frecuente en sexo femenino, en edad adulta mayor. 12.3 % casos graves, 722 % choque. 0.8-12.7 % posterior a una CPRE.

Etiología: Causa más frecuente: Coledocolitiasis. 70 % de los casos se deben a los litos biliares.

Fisiopatología: Obstrucción → Permeabilidad Estéril de duodeno → Flujo biliar retrogrado → Shock!!! → Estenosis ← Permeabilidad ↑ ← Colonización bacteriana.

Factores de Riesgo: Litiasis, Estenosis benigna, CPRE, cirugía biliar previa, coledocolitiasis previa. Microorganismos como: E. coli, Klebsiella, Enterococcus.

Clínica: Triada de Charcot: Fiebre, Ictericia, Dolor en HD. (Bacteremia, PCR +, ↑ Bilirrubinas, Leucocitosis).

Diagnóstico: clínica + Laboratorios + Imagen. Obstrucción biliar (Criterios de Tokio).

Tx farmacológico: Ceftriaxona, cefotaxima + metronidazol. Ciprofloxacino, Levofloxacino + metronidazol. Monoterapia: Ertapenem o moxifloxacino. y a 7 días.

Tx quirúrgico: Drenaje endoscópico (Percutáneo o Abierto).

Pancreatitis Aguda

D

M

A

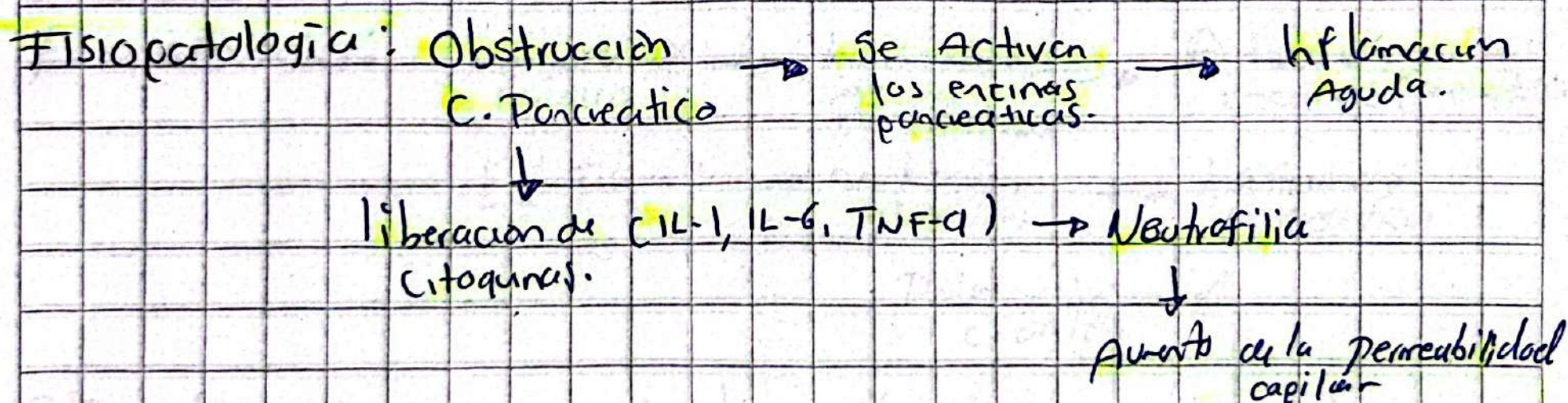
Scribe®

Definición: Inflamación aguda del páncreas, a menudo con afectación del tejido peripancreático y potencialmente de órganos distantes.

Epidemiología: edad 40 años, Paciente con sobrepeso u obesidad. Mortalidad del 5% (biliar mujeres) (Alcohólica hombres).

Etiología: Biliar 66%, más común, por Alcohol 15.9%,
Hipertrigliceridemia 7.8%, Post-CPRE 2.5%.

Factores de Riesgo: Obesidad, Mujeres, Sobrepeso, 40 años



Clinica: Dolor Abdominal, Epigástrico con irradiación a la Espalda, Náuseas, Vómito
(Hipotensión, Taquicardia, Oliguria).

Diagnóstico: Lipasa elevada, Amilasa elevada,
Proteína C Reactiva.
Imagen: USG, TAC

Tratamiento: Reposición de líquidos, Oxigenoterapia. Analgesia
- Antibiótico profiláctico, Aspiración con Aguja Fina.

TX QX: No requiere cirugía si es leve

Absceso Pancreático: Drainaje percutáneo o endoscópico.

Pancreatitis Aguda biliar: CPRE + Esfinterotomía (Litiasis biliar).

Pancreatitis Crónica

D

M

A

Scribe®

Definición: Enfermedad Inflamatoria crónica
Fibrosis Pancreática y pérdida de tejido funcional.

Epidemiología: Incidencia Anual 4 casos por cada 100,000 personas, Prevalencia 35-50 casos por 100,000 habitantes.
(Principal causa Alcoholismo).

Etiología: Alcohol, >5 bebidas día, Ex fumador o Fumador activo.

Factores de Riesgo: Ser hombre y Ser Alcohólico.

Fisiopatología:

```
graph LR
    A[Inflamación crónica] --> B[Lesión de los Acinos Pancreáticos]
    B --> C[Activación de las enzimas pancreáticas]
    A --> D[Fibrosis]
    D --> E[Destrucción glandular]
    E --> F[Insuficiencia pancreática]
```

Dolor Abdominal crónico.

Clinica: Pérdida de peso, heces fetidas, Dolor Abdominal

Diagnóstico: Colangiopancreatografía por RM
• TAC • RM • Pruebas de función pancreática

Tratamiento: Modificación del estilo de vida.
• Analgésicos • Hidratación • Suplementación de enzimas pancreáticas.

Tx Qx: - Procedimiento de Puestow modificado
- Procedimiento de Whipple.

Hernia Umbilical

D

M

A

Scribe®

Definición: Abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener el epiploon, parte del intestino delgado o intestino grueso.

Epidemiología: 5% de la población padece de hernia
- 101% son umbilicales
- predominio en mujeres 2:1 hombres - 6% en niños

Etiología: Secundario a un debilitamiento de las fascias de tejido conectivo del área umbilical. Asociado a FR.

Factores de riesgo:
• obesidad • EPOC • Ascitis
• constipación • Multiparidad • Tos crónica • EOU

Fisiopatología:

↑ Presión Intraabdominal ⇒ Defecto en el Anillo Umbilical!
↳ progresión de intestino a través del defecto ⇒ Formación del saco herniario.

Cuadro Clínico:

↑ del Volumen Defecto Aponeurótico en el área.

Diagnóstico: 100% Clínico, Corroborar ↑ Volumen, Defecto Aponeurótico en el Área.

Exploración Física:

- Maniobra de Valsalva.

- Esfuerzo para toser o pujar

Tratamiento:
2 clases: ex Abierta sin malla
2 clases: ex Abierta con malla

Ketorolaco: 30 mg iv c/8 hrs

Paracetamol: 500 mg - 1 gr c/8 hrs VO x 5 d.

Hernia Inguinal

D

M

A

Scribe®

Definición: Protusión del Contenido Intraabdominal a través del conducto inguinal

Epidemiología: 75% de todos los hernias Abdominales
2/3 Son Indirectas → incidencia (50-70 años).

↑ prevalencia en Ocupaciones Físicas

20% de los masculinos cursan con esta a lo largo de su vida.

Factores de Riesgo: Sexo masculino (9:1 vs Mujeres)

- edad Avanzada
- Tabaquismo
- EPOC
- obesidad
- Pérdida de peso
- Ejercicio
- Traumatismo Abdominal.

Fisiopatología: Hernia Inguinal Indirecta → Congénita

Hernia Inguinal Directa

↳ Debilidad de la pared posterior

↳ del canal inguinal

↓
Persistencia Conducto peritoneo-visceral.

Δ → de Hesselbach

Clínica: • Tumorización, Inguinal, • Aumenta con el Esfuerzo y
Disminuye en Reposo • Dolor Inguinal, • Encarceración.
Estrangulación.

Diagnóstico: Clínico (Maniobra de Valsalva). Palpación del anillo inguinal

- E.F. HC
- USG Inguinal
- TAC-RM Hernia oculta.

Tratamiento: - Amnioplasia

- Técnica Abierta (Lichtenstein con malla).

- Laparoscopia.

- Cirugía Inmediata si es H.I

Encarcerada o Estrangulada.

Cirugía de Necrosis

- Rep. en malla.

Hernia Femoral

D M A

Scribe

Definición: Contenido intraabdominal protruye a través del Canal Femoral por debajo del ligamento inguinal, medial a los Vasos. Femorales.

Epidemiología: Representa 3-5 % de todas las hernias Abdominales, 20 veces más frecuente en el Sexo femenino
- 10 % de este tipo de hernias se Estrangulan
- Se Confunde con las hernias Inguinales.

Factores de Riesgo: + Mujer - Aumenta con la edad.

Fisiopatología:

Protrusión en el
Anillo Femoral

→ Epiplon o Intestino delgado

↓
Formando una Estrangulación.

Clínica: • Tumoreación o en la Región Inguinal - Crural
• Daño Inguinal irradiado a muslo.
Dolorosa Pequeña y Firme.

Diagnóstico: clínico Inspección + palpación.

- USG Inguinal / Crural
- TAC Abdominal / Crural - pelvico - Abscesos.
- RM

Tratamiento:

Hernioplastia con malla
Abierta: Técnica Mayay
Chotcheissen / Lockwood
- Laparotomía

otro: ATB terapia.