



Nombre del Alumno: Ailyn Yamili Antonio Gómez

Nombre del tema: resúmenes 4ta unidad

Parcial: 4°

Nombre de la Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Nombre del profesor: Dr Erick Antonio flores Gutiérrez

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

Semestre: 5to

Comitán de Domínguez, Chiapas a 29 de junio de 2025

Hernias

- Defecto en la continuidad de la estructura músculo aponeurótica de la pared abdominal.



Anillo herniario
Saco herniario

epidemiología :

- Prevalencia > con la edad.
- Hernia inguinal + 25 veces en el hombre.
- Hernia femoral umbilical + frecuente en mujeres.

- Hernia reductible.
- Hernia irreductible.
- Hernia estrangulada.

hernia Umbilical

Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical.

Epiploon.
Intestino delgado.
Intestino grueso.

FR: IMC > 35 Kg/m²

EPAC.
TOO crónica.
Ascitis.
Constipación.
Estreñimiento / constipación.



Epidemiología

5% de la Población padece de hernia

- 10.1% son umbilicales
- predominio en mujeres 2:1 hombres
- 6% niños

Ailyn GA /

Etiología %

- secundario a un debilitamiento de las fascias de tejido conectivo del área umbilical, asociado a FR.

Factores de riesgo:

Obesidad Ascitis
EPOC GOU

Tratamiento %

Ketorolaco 30gr c/8 hrs
Paracetamol 500mg - 1gr
c/6 hr VO x 5 d.

Fisiopatología %

- presión intradominal → Defecto en el anillo umbilical.

Hernia Inguinal

- Protusión del contenido intr~~abdominal~~ a través del conducto inguinal.

Epidemiología

- 75 % de todas las personas abdominales.
- 2/3 son indirectas > cadencia (50-70 años).

Fisiopatología

- Hernia Inguinal indirecta.
- Hernia Inguinal directa.

Diagnóstico

- E. E. Hc
- USb Inguinal
- TAC - RM

Tratamiento %

- Almioplastia ● Técnica abierta (Lichtenstein en malla)
- Laparoscopia ● Cirugía inmediata si es HI
- Rep an malla ● Incarcerada o estrangulada.

Ailyn GA

Pancreatitis Crónica

- Cambios morfológicos, funcionales del páncreas, provocados por un proceso inflamatorio persistente o irreversible.

Epidemiología:

- Frecuente en hombres
tercera década de la vida.

- complicación:
• Insuficiencia
pancreática.

Factores de riesgo:

- Alcoholismo crónico 4-150 días por 6-12
↳ Principal etiología.
- Tabaquismo
- Autoinmune, mutación del gen RNS1, SPN1, LTR, ETR.

Fisiopatología:

- Fibrosis Atrofia, destrucción irreversible de las enzimas pancreáticas.

Diagnóstico:

- ① Inicial = uso abdominal
- ② TAC = wiring > 4mm + glándula aumentada su tamaño.
 - Patión van Hamor

- ③ Gold estándar CPRE

TTO:
Dieta baja en grasa
control de
Analogía
control glicémico.

Etiología: Alcohol

- > 5 bebidas al día.
- Ex fumado o fumador activo.

Apéndice agudo

- Se define como la inflamación del apéndice cecal, causada por obstrucción de la luz, puede evolucionar a una perforación o peritonitis en casos graves

• Causas:

- Hipertrofia linfática
- Fecalito
- Cuerpos extraños

• Tumores

• Localización:

- Retrocecal
- Pelvica
- Porocecal

• Fases:

① Congestiva

- Duración de 4-6 hrs
- Obstrucción proximal de la luz del apéndice
- Clínicamente hay dolor visceral

② Suprativa

- Duración 6-12 hrs
- Hay una obstrucción linfática y venosa con invasión bacteriana
- Dolor somático

③ Gangrenosa

- Duración 12-24 hrs
- Disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa.
- Fiebre

④ Perforación

- 24-72 hrs
- Hay disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa y se perfora la pared apendicular.

↓ Clínica ↓

- Signo McBurney
- Signo de Blumberg
- Signo de Psoas
- Signo de Rousing

- Dolor abdominal
- Dolor tipo cólico agudo que progresa a FID en 24 hrs
- Dolor en CID
- Náusea vómito

Apéndice 6A

Apendicitis en el embarazo ...

Durante el embarazo el apéndice puede llegar a desplazarse hasta 3-4cm por arriba de su localización normal.

Epidemiología

- Pico de incidencia obstétrica más común durante el embarazo
- Se presenta con más frecuencia en el 2 trimestre

Clinica

- Dolor en fosa ilíaca derecha
- Migración caudal del apéndice

Diagnostico

- Inicial con USG
- RM > 18 sem

Tx

→ se recomienda manejo laparoscópico como técnica de elección

Pediatricos

- Frecuencia 6-10 años
- Clinica = - Dolor abdominal, náusea/vómito, fiebre < 38.5°C
- Laboratorio = Diarrea / leucocitos / semi líquido
- Lab = Leucocitosis < 11,000
Neutrófilos 75%
PCR > 8 mg/dL

Diagnostico = USG
- TAC
- EGO
- BH

Tx = Apendicetomía Abierta < 5 años

Adulto mayor

- Cauda subcega > 3 años
- Poco intenso / difuso
- ± Fiebre / Leucocitos
- Mayor tendencia a perforación
- Distensión abdominal
- Meteorismo
- No se en CID
- Dx diferencial =
 - Enf biliares
 - Obstrucción intestinal
 - Tumor
- Estudios =
 - BH
 - EGO
 - RX abdomen y tórax
- Manejo =
 - TAC + vigilancia

COLECISTITIS

Ailyn 6A

Se define como la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar.

Epidemiología

- Representa 10-15 % de px con colelitiasis
- Mas frecuentes en mujeres, personas de edad media
- Mayores de 40 años, mujeres multiparas
- Uso de anticonceptivos en mujeres
- DIETA RICA EN GRASA

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Obesidad
- Edad avanzada
- Embarazo
- Comidas colecistoliquéticas
- Dislipidemias
- Ayunos prolongados
- DM.

Etiología

- Cálculos biliares
- Cálculos pigmentarios
- Cálculos pigmentarios mullones

Fisiopatología

- Hay una excesiva cantidad de bilis con colesterol.
- Esto provoca una sobrecarga, disminuyen sales biliares, afectando entre otros

Entonces la vesícula se distiende lo que comprime los vasos sanguíneos de su pared, la bilis que esta retenida se vuelve mas espesa, lo que irrita e inflama la pared de la vesícula.

Clinica

- Dolor en hipocondrio derecho duración de 30-60 min
- Náuseas, vomito, distensión abdominal
- Fiebre
- Murphy +

Ailyn 6A

Diagnostico

- Primera eleccion: Ultrasonido
- 2da eleccion: gammagrafia biliar o escintigrafia
- Tomografia: solo para detectar obstrucciones hepaticas

Hallazgos ecograficos

- Engrosamiento de la pared vesicular biliar ≥ 3 mm
- Liquido perivesicular
- Signo de Murphy ecografico

Embarazados

- Formacion de calculos de colesterol
- Asintomatico
- Calculos < 10 mm

Tratamiento

- Diclofenaco 75 mg IM
- Metipiridina

Grado 1

- Fluoroquinolona oral
 - Levofloxacina
 - Ciprofloxacino

Cefalosporinas oral

- Cefotiam
- Cefcapene

Grado 2

- Cefalosporina de 2 generacion
 - Cefmetazole
 - Biperaczone

Grado 3

- Cefalosporina de 3 gen
 - Ceftriaxona
 - Bonabactamica

TX Quirurgico

- ① Colcistectomia

Calculitis

Se define como la presencia de cálculos o litos en el interior de la vesícula biliar. Pueden estar compuestos los cálculos por colesterol y pigmentos biliares.

Epidemiología

- Afecta al 10-20% de la población adulta en países de desarrollo
- Prevalencia en México de 14-27%
- Mas frecuente en mujeres 740 años

Rx

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Obesidad
- Embarazo
- Dietas ricas en grasas

Etiología

- Mixtos 80%
- Pigmentarios - Megalos - Mucron

Clinica

- Puede ser asintomática
- Dolor persistente en hipocóndrio derecho de 30-60 min
- Músculo Iquiritis
- Masa cuadrante superior derecho

Cs: el dolor persistente puede complicarse a una colecistitis aguda, colelitiasis o colangitis.

Diagnostico

USG

Ailyn 6A

Cálculas

TX Médico

- Acido urico oxalico
 - Acido quercetico oxalico
- 1-2 años

TX quirúrgico

- Colectectomía
- Litotricia → Px con litiasis única no calcificada y el diametro de 20-30 mm

COLEDOLITIASIS

Se define como la presencia de calculos o litos en los cuales estan ubicados en el conducto coledoco.

Clasificación

- Colodocolitiasis secundaria ①
- Colodocolitiasis primaria

Etiología

- Dependiendo del tamaño de los calculos biliares
- Anatomía del arbor biliar
- Dependiendo si son primarios o secundarios
- Puede proceder por pancreatitis o colangitis

Factores de riesgo

- Ser mujer
- Embarazo
- >40 años
- DM
- Genético
- Cirrosis

Fisiopatología

- ① Formación de pigmentos (mucinos) originados ya sea por viles hepaticas o biliares
- ② Secundario a colesterol
- ③ Migración al conducto coledoco

Clinica

- Puede llegar a ser asintomática
- Dolor tipo cólico Csb (vómito)
- Ictericia
- Coloria

Puede complicarse a una COLANGITIS

Ailyn GA

Diagnostico

- Triada de Charcot
- Enzimas hepáticas elevadas
- Bilirrubino sérico elevada
- USG de vías biliares
- TAC
- CPRE

TRATAMIENTO

- ① CPRE
- ② Laparoscopia
- ③ Cirugía abierta (por otra complicación o recurrencia)

COIANGITIS

Se define como la inflamación de los vías biliares secundaria a una infección bacteriana

Epidemiología

- Mas frecuente en sexo femenino
- Adulto mayor
- Choques
- Posterior a CPRE

Etiología

- Por coledocolitiasis
- 70% casos de litos biliares

Fisiopatología

- ① Obstrucción - Hay falta de permeabilidad del esfínter de Oddi
Flujo biliar retrogrado → Colonización bacteriana - Estenosis
y en caso grave shock

Fx

- | | | |
|---------------------|-------------------------|----------------|
| • Litiasis | • Cirugía biliar previa | • Klebsiella |
| • Estenosis benigna | • Coledocolitiasis | • Enterococcus |
| • CPRE | • E.coli | |

Diagnostico

- Clínica + laboratorio
- Imagen
- Criterios de Tokio

D	M	A
---	---	---



Tx Farmacológico

- Ceftriaxona + cefotaxima + metronidazol
- Ciprofloxacino, levofloxacino + metronidazol
- E dapsona + moxifloxacina 4-7 días

Tx Quirúrgico

Drenaje endoscópico (percutáneo o abierto)

Pancreatitis

Aguda ♥

Se define como la inflamación aguda del páncreas, a menudo con afeción al tejido peripaneático y potenciamiento de órganos distantes.

Epidemiología

- 40 años
- Sobrepeso obesidad
- Mortalidad en 5% mayor

Etiología

- Biliopancreática más común
- Por alcohol
- Hipertrigliceridemia

- Alcohólico en hombre

• Post-CEPRE

Factores de Riesgo

- Obesidad
- Mujeres
- >40 años

Fisiopatología

- ① Hay una obstrucción pancreática
- ② Activación de enzimas pancreáticas
- ③ Inflamación aguda

- ④ Aumento de todo eso liberación de IL 1, IL 6, TNF- α , interleucinas y citoquinas

- ⑤ Aumento de permeabilidad capilar

Clinica

- Dolor abdominal en epigastrio (continuo)
- Náusea vómito
- Hipotensión

- Taquicardia
- Oliguria

Diagnóstico

- Lipasa elevada
- Amilasa ↑
- Proteína C reactiva

USG
TAC

Tratamiento

- Reposo lq, Oxigenoterapia
 - Analgesia
 - Antibiótico profiláctico
 - Aspiración con sonda FNE
- QX: CPRE + Esfinterotomía.

Hernia Femoral

Defecto de la fascia transversal por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson

Epidemiología

- Representa 2-4% de todas las hernias
- Mas común en mujeres
- Alto riesgo de estrangulación

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Estreñimiento crónico
- Obesidad
- Edad avanzada

Fisiopatología

- Hay una debilidad del ensanchamiento del anillo femoral
- Esto permite que los vísceras abdominales se hernien
- Aumentando la presión característica debajo del ligamento inguinal

Clinica

- Protusión abdominal
- Dolorosa o no.
- Aumento con esfuerzo

Diagnóstico

- HC
 - Exploración física
 - Imagen (USG, RM, TAC)
- Gold estándar:
Herniografía

Tratamiento

- Hernioplastia abierta con material protésico
- Técnica Lichtenstein (malla)

Arlyn GA

Hernia ventral

Protrusión anormal del contenido intraabdominal a través de un defecto en la pared abdominal anterior, no ocurre en los sitios anatómicos típicos de hernias, como los la ingle y el ombligo.

Epidemiología

- 10-15% de todos los hernias abdominales
- 10-20% son sometidos a CX
- Común en adultos 45-65 años
- Mujeres / hombres

Etiología

- Primaria: espontánea debilidad congénita adquirida de la pared abdominal
- Secundaria: cirugías abdominales previas

Fisiopatología

- Defecto en los músculos de la fascia de la pared abdominal, a través de este protruyen tejidos como epiploon intestinal o gran peritoneo
- Se incarceration o estrangula el contenido herniado

Fx

Cirugía abdominal: obesidad, edad avanzada, embarazos múltiples

Clinica

Tumoración, abombamiento visible en pared abdominal, aumento con esfuerzo

DX Clínico

USG

TAC

TX

uso de faja abdominal

Quirúrgico =

- hernioplastia abierta o laparoscópica
- con malla protésica