

Erivan Robely Ruiz Sanchez

**Dr. Erick Antonio Flores
Gutierrez**

**Resumen patologia
abdominal**

**Técnicas quirúrgicas
básicas**

Sexto "A"

Apendicitis aguda

Definición

Es la inflamación del apéndice cecal o veriforme que indica obstrucción de la luz apendicular seguido al incremento de la presión intraluminal por acumulo de moco asociado a la poca elasticidad de la capa serosa.

Etiología

Originada por un problema obstructivo
+ Hiperplasia de los folículos submucosos sec. Inf (60%)
+ fecalito o apendicolito (30%)
+ Cuerpos extraños (4%) + Agentes asociados
+ Tumores apendiculares B. fragilis y E. coli

Epidemiología

- Enf. quirúrgica más frecuente en Cx gral
- Apendicectomía: ↓ reduce riesgo de CUCI y aumenta riesgo de enf. CROHN
- Factores de riesgo
obstrucción intestinal, perforación, Absceso peripendicular, peritonitis generalizada.

Fisiopatología

obstrucción de luz → hipersecreción y distensión del apéndice

Sobrecrecimiento bacteriano → Dif. retorno venoso y linf. bacteriano → infección, isquemia, necrosis y Perf.

Clasificación

- 1 Congestiva o edematosa: crecimiento bacteriano
- 2 Supurativa aguda: Inf. bacteriana en pared apéndice
- 3 fase necrótica - Dism. flujo arterial
- 4 Apéndice perforada: isquemia y perforación de pared apendicular (24-72 hrs inicio síntomas)

Cuadro clínico

Esc. Alvarado

Dolor abdominal tipo cólico y ubicación periumbilical que posteriormente migra cuadrante inf. derecho generalmente en menos de 24 hrs

Se acompaña de náuseas, anorexia, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$

Signos con mayor valor predictivo

- Dolor fosa ilíaca derecha, signos irritación peritoneal, Migración de dolor del mesogastrio a fosa ilíaca derecha

2-3 datos cardinales valoración Gx gral.

Exp. física

Signos importantes = McBurney, Rosving, Psoas, obturador, summer, talopercusión, Dumphy.

Signos de irritación peritoneal, Blumberg

Lab -

Leucositos >11000 + neutrofilia (70-90%)

Desviación leucos - Piuria hematuria

Dx → Clínico

USG - elección pediátricos

- Método int. - embarazada

Rx = Adulto mayor

Dx diferenciación

TAC - Niños con No USG

Mujeres emb, Adu. Mayores

RM = Embarazadas

con USG no conclu.

Tx

Elección Apendicetomía laparoscópica

Niños-adulto may = Apendicectomía abierta

Embarazadas = 3er trimestre

↓

Manejo laparoscópico

Colecistitis

Definición

Inflamación de la vesícula biliar, secundaria a una obstrucción del conducto cístico por cálculos y menor frecuencia barr@ biliar

Epidemiología

Remisión completa 1-4 días 25-30% requiere Cx

Perforación 10-15%

10-20% población tiene cálculos y 1/3 desarrolla colecistitis aguda

Etiología

Impactación de un cálculo en el conducto cístico por más de 6hrs

Asociado a inf. E. coli

Clinica

Signo Murphy positivo

Masa en CSD

Dolor en CSD

- Grado 1: leve

Grado 2: Moderada

Grado 3: Severa

factores de riesgo

FAT - obesidad

Female - Mujer 2:1

Fertile - fertil

Forty >40 años

Diagnostico

Lab = Bilirrubina, BUN, Cr, TP, Amilasa

Estudiode imagen

USG: Primera elección

Gammagrafia biliar: USG no concluyente, TAC, RM

- Engrosamiento de la pared TX

- Líquido perivesicular

- Murphy (+)

>8cm y 4cm diametro

Lito encarcelado

Imagen en doble riñel

Sombra acustica

Ecos intramurales

Farmacologico = A. Ursodeso

Xicolico, queno deoxicolico

- Analgesia = Diclofenaco 75mg

ATB = Grado I = mono, II, III = 2 terapia

Litotricia

colecistectomia

- Laparoscopica (1ª - 21 días)

Colangitis

Definición

Inf. vía biliar por vía portal, obstrucción de vía biliar y crecimiento bacteriano en bilis.

Etiología

coledocolitiasis, estenosis benigna post qx, tumores vía biliar

Asociado a E. coli y Klebsiella

Epidemiología

Poco común, más adultos, Incide 6-7 a década de la vida, Solo 1% Coledocolitiasis presenta Colangitis

Clinica

Triada de Charcot + Pentada de Reynolds

D. Hipo-der.

Alteración conciencia

fiebre

Hipotensión

Ictericia

Diagnostico

Inicio USG colangio - RM Elección

CPRE - Gold estándar → Dx y terapia

Guía Tokio

A + B o C = Dx sospechoso

A + B + C = Dx confirmatorio

Tx

medico = ATB cefalosporinas 3-4 + metronidazol

Qx = CPRE = si falla descompresión Qx urgente.

● Coledocolitiasis

Definición

Calculos en vía biliar

Etiología

- Calculos migrados de la vesícula biliar
- Asociado a inf. u obstrucción en vía biliar

Clinica

- Colico biliar
- Ictericia obstructiva $BT > 2.5 \text{ mg/dL}$
- Colangitis ascendente y pancreatitis

Diagnostico

Inicial USG

Elección = Colangio-RM, ecoendoscopia

CPRE - Gold Estándar

+

Según riesgo

- sin riesgo = Colesistectomía + colangiografía
- Moderado = Colangio RM
- Alto = CPRE + esfinterectomía

Tratamiento

- Colangiografía trans hepática percutánea para descompresión de vía biliar

- CPRE

Dx y terapéutico

Colangiografía intraoperatoria cole/laparo-
Cx abierta.

Pancreatitis Aguda

Definición

Inflamación aguda del páncreas, a menudo con afeción del tejido peripáncreático y potencial de órganos distales

Etiología

Biliar 66%, por alcohol 15.9%, hipertrigliceridias post-CPRE

Epidemiología

Mujeres 40 años, px con sobrepeso/obesidad

Mortalidad 5%, Biliar (mujeres) Alcohólica (Hombres)

Cuadro clínico

Dolor abdominal agudo localizado en epigastrio y se irradia a la espalda

- Puede presentarse

Náuseas, vómitos, Distensión abdominal

Estreñimiento, fiebre, Ictericia.

* Hipotensión, taquicardia, Oliguria

Diagnóstico

Cuadro clínico sugestivo, actividad lipasa/amilasa, hallazgos en estudio de imagen

Ultrasonido = estudio inicial

Tomografía axial = Gold estándar

RM = embarazadas y con px falla renal

Tx

Reposición líquidos, oxigenoterapia, analgesia
ATB, Aspiración con aguja fina

Tx = si es leve no requiere

Absceso = Drenaje percutáneo/endoscópico

Pancreatitis biliar A: CPRE + Esfinterectomía

Pancreatitis crónica

Definición

Proceso inflamatorio crónico, que conduce al desarrollo de lesiones fibroticas permanentes y perdida progresiva del páncreas, exocrino & endocrino

Etiología

Multi factorial - consumo alcohol, tabaco.
Predisposición genética y condiciones obstructivas

Epidemiología

25% Idiopáticos, causa mas fr = Alcoholismo C.

Cuadro clínico

Dolor abdominal, Insuficiencia pancreática exocrina, Ins. pancreática endocrina
complicaciones = estenosis biliar, ascitis, trombosis
Cáncer.

Dx

Clinico y estudio de imagen

Endoscopia - atrofía, calcificaciones

Pba sensible = Estimulación secretina o
colecistoquinina.

Tx

Abandono consumo alcohol

Lipasa - Dolor = analgesia suave
Progresar con opiodes

DM - uso de insulina

Cx = Procedimiento de Puestow mod.
Procedimiento whipple

Hernia umbilical

Definición

Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical puede contener una porción del epiploon o segmentos del ID o grueso

Epidemiología

M:H (1:7:1)

Común en edad avanzada

Factores de riesgo

IMC > 35 kg/m²

EPOL

Tos crónica

Ascitis

Enfermedad obstructiva urinaria
constipación y estreñimiento
Multiparidad

Cuadro clínico

Aumento de volumen en el área periumbilical especialmente ante los esfuerzos (Valsalva)

Diagnóstico

No es necesario estudio de imagen, el Dx clínico

Tratamiento

Cirugía ambulatoria

- Herniorrafia o hernioplastia = reparación a la continuidad abdominal por vía abierta con técnica mayo en defectos < 3cm, mientras que los defectos > 3cm se recomienda usar material protésico.

Indicada en todos los adultos

En la población pediátrica la cx =

1- Defectos herniarios > 1.5 cm a cualquier edad

2- Defectos persistentes después de los 2 años (sin importar tamaño)

Hernia inguinal

Generalidades

Se origina en el orificio miopectineo de fruchaud (3 triangulos lateral, medial, (Triangulo de Hesselbach, inferior).

Principales fx de riesgo:

Factor de riesgo

Sexo masculino

Tabaquismo

ATF de hernias

Ent. Pulmonares Crónicas

Dietas pobre en proteínas

Se divide

Indirectas y directas Δ de Hesselbach

> Hernia inguinal indirecta + frecuente

Etiología

Hernia Indirecta

- Gral congenito (alt. Proceso vaginalis)

Hernia directa

- Debilidad de la pared muscular fascia transversalis (musculo transverso)

Triangulo Hesselbach

- Fuera Δ indirecta
- Dentro Δ directa

Manifestaciones clínicas

- Protusión o abultamiento en la region inguinal o femoral, reductible
- Cambios de coloración, dolor intenso, ruidos repetitivos

Dx = px con dolor de origen obscuro -abultamiento

1 US - No es de rutina,

2 RM - 3 - Gold Fherniografica

Tx = cx - malla protesica o sistema perforado por via abierta

- Técnica de elección Plastia de Litchtenstein

GPC - Técnica de Shouldice.

Hernia femoral

Contenido intraabdominal protruye a través del canal femoral, debajo del ligamento inguinal, medial de los vasos femorales

Factores de riesgo

- > Prevalencia / incidencia Sexo fem 4:1
- > 50 años - Multiparidad - Obesidad - Ascitis
- EPOC - estreñimiento - Cx previos

Epidemiología

3-5% de todos las hernias abdominales
10 veces + frecuente en mujeres - Anciana
40% de este tipo de hernias se estrangulan
Posible Dx diferencial Hernia Inguinal

Fisopatología

Protruye del Anillo femoral - Epiplon o ID - estrangulación.

Cuadro clínico

Tumoración en región Inguino-cruval
- Pequeña, dolorosa, firme
- Daño inguinal irradiado a muslo

Exp física

masa palpable debajo del lig. Inguinal

Dx

- Clinico = Inspección + palpación → de cubito/bidipesta.
2 - USG = Inguinal / Cruval
3 - TAC - Abdomino-pélvico → Abscesos
4 - RM =

Tx

Hernioplastia con malla.

- 1 Abierta = Técnica Mayay / Lotheissen / Lockwood
- 2 Laparoscópica

ATB - Terapia.

Referencia bibliografica

- AMIR. (2020). Manual de Cirugía AMIR (9ed.). AMIR.
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Reparación de la Hernia Umbilical, México; Instituto Mexicano del Seguro Social
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/068GER.pdf>
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de las Hernias Inguinales y Femorales, México; Instituto Mexicano del Seguro Social
<http://www.facmed.unam.mx/sq/css/GPC/SIDSS-GPC/gpc/docs/SSA-015-08-RR.pdf>
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda, México; Instituto Mexicano del Seguro Social
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GER.pdf>
- Archundia García, A. I. (2018). Cirugía (2ª ed.). Editorial Alfil.
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la pancreatitis aguda. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC;
<https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-011-22/ER.pdf>