



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

6 "A"

TECNICAS QUIRURGICAS

RESUMENES

CATEDRATICO:

DR. ERICK ANTONIO FLORES GUTIERREZ

ALUMNA:

MARIA CELESTE HERNANDEZ CRUZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS; 01/07/2025

APENDICITIS AGUDA

Patología Quirúrgica más frecuente.

La apendicitis aguda, es la inflamación del apéndice que puede ser aguda, crónica o reactiva.

Causas:

① Hiperplasia linfática → 60% (Causa más frecuente) Niños

② Fecalito → 30% Adultos.

③ Cuerpos extraños

④ Tumores

Localización:

① Retrocecal 74%

② Pélvica 21%

③ Paracecal 2%

- La apendicitis se puede clasificar en 4 grados los cuales son los siguientes:

- Fase 1 o congestiva → 4-6 hrs, Obstrucción proximal de luz del apéndice, en la cual clínicamente podemos encontrar dolor visceral.

- Fase 2 o supurativa → 6-12 hrs, Obstrucción linfática y venosa con invasión bacteriana, clínicamente se refiere dolor somático.

- Fase 3 o gangrenosa → 12-24 hrs, disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa, clínicamente el px tendrá fiebre.

- Fase 4 o perforación → 24-72 hrs, se continúa con isquemia y se perfora la pared apendicular.

Clínica

- Exploración →

* Signo de McBurney (dolor a la palpación)

* Signo de Blumberg (Rebote)

* Signo de Psoas

* Signo de Rousing

Clínica

- * Dolor abdominal 99-100%
- * Dolor tipo cólico agudo que se irradia a FID en 24 hrs
- * Dolor en CID
- * Náuseas / vómito
- * Rebote positivo
- * Diarrea $\rightarrow$ Pediátricos

Diagnóstico

- Escala clínica $\rightarrow$ Alvarado MANTRELS

- Síntomas

- Signos

- Laboratorios

- Síntomas (1 Ponto)

o Migración del dolor

o Anorexia

o Náuseas o vómito

- Signos

- Dolor FID $\rightarrow$ 2 Puntos

- Signo de blumberg 1P

- Temperatura $>37.3^{\circ}\text{C}$ 1P

- Laboratorios

o Leucocitosis $>10,000/\text{mm}^3$ 2 Puntos

o Shift $>75\%$ de neutrófilos 1 Ponto

Clasificación

* 0-4 Puntos $\rightarrow$ Negativo

* 5-6 Puntos $\rightarrow$ Posible apendicitis

* 7-8 Puntos $\rightarrow$ Probable

* 9-10 Puntos $\rightarrow$ Apendicitis.

- Imagen

① USG

② TAC $\rightarrow$ Gold Standard

③ Rx abdominal $\rightarrow$ Adultos

Tratamiento médico ① Cefoxitima

- Cefalosporina 2da Generación + Metronidazol
- Cefazolina 1-2 g IV + metronidazol 500 mg

Alérgicas → Amikacina ② Gentamicina

Analgésico → Paracetamol

- Tratamiento quirúrgico

- Appendicetomía laparoscópica (elección)
- Appendicetomía abierta → Niños y adultos mayores con comorbilidades

Appendicitis en embarazo

Procedimiento quirúrgico no obstétrico más común.

- Más frecuente en el 2do trimestre → 14-27 SDG
- Dolor en fosa iliaca derecha

Dx

- clínica
 - Forma blanca
- ① USG
 - EGO
- ② RM sin gadolinio (elección)

Tratamiento

- Manejo laparoscópico
- Laparotomía → 3er trimestre

Appendicitis en edad pediátrica (+) Frecuente

* 5-10 años

- Dolor abdominal
- Náuseas/vómito
- Fiebre $> 38.5^{\circ}\text{C}$

* **Diarrea**

Tratamiento

- Appendicetomía abierta < 5 años
- Laparoscópica > 5 años.

Diagnóstico

- * Laboratorios (BH)
- * USG confirmatorio

- Leucocitos $> 11,000$
- Neutrófilos $> 75\%$
- PCR $> 8 \text{ mg/dL}$

COLELITITIS

⊕ Mujeres > 40 años

Scribe

Inflamación de la vesícula biliar, generalmente secundaria a la obstrucción del conducto cístico.

- Causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico
- 10-15% Px con colelitiasis

Factores de riesgo (4 F)

- o Femenino
- o > 40 años
- o Obesidad
- o Uso de anticonceptivos orales

Etiología

- o Litiasica 90%
- o Acalculosa 5-10%

Litos

Puros (colesteral) 80%

Mixtos (bilis)

Marrones

Negros → Hemólisis y hepatopatías

Clinica

- o Dolor o resistencia en hipocondrio derecho
- o Dolor Persistir durante más de 6 hrs = irradia a hombro derecho.
- o Náuseas/vómito
- o Masa en codo derecho superior derecho
- o Fiebre
- cólico biliar = Dolor en hipocondrio derecho, que no dura más de 24 hrs y remite con analgésicos (Si no remite indica colelititis)
- AINES → Diclofenaco 75 mg IV

Clasificación

- Criterios de Tokio

- Grado I (leve) → cambios inflamatorios leves
- Grado II (moderado) → Masa palpable, leucocitos elevados $> 18,000 \text{ mm}^3$
- Grado III (grave) → Disfunción orgánica

Diagnóstico

① USG → se debe tener en sero y síntomas locales y sistémicos ⊕

② Gammaografía biliar

- Criterios ecográficos

- o Engrosamiento de la pared vesicular $> 5 \text{ mm}$
- o Líquido Perivesical
- o Signo de Murphy

Tratamiento

① Dicofenaco 75mg IM

② Metopiridina

* Grado I

Fluoroquinolona: oral

- Levofloxacino
- ciprofloxacino

cefalosporinas orales

- cefotiam
- cefcapene

* Grado II

II, IV, III → esquema doble de A+B

- Ceftriaxona + metronidazol

cefalosporinas de 2da generación

- cefmetazole
- Biperazol ← Penicilina

* Grado III

- cefalosporinas de 3ra o 4ta generación

- ceftriaxona
- Bonabactámico

Tratamiento Quirúrgico → Elección

* con colestectomía

- Temprano → Inicio de síntomas 1-7 días para cirugía

- Tardía → Grado III → ① Manejar la disfunción orgánica ② 2-3 meses cirugía cuando se mejore el cuadro clínico

COLELITIASIS

⊕

Mujeres

> 40 años

Puede ser secundario a colecistitis

Presencia de cálculos o litos en el interior de la vesícula biliar

o Afecta 10-20% de la población adulta en países desarrollados

o México → Prevalencia del 14-27%

Factores de riesgo

- Mujeres

- > 40 años

- Obesidad

(mismos factores que en colecistitis)

Etiología

⊕ Mixtos

Pigmentarios

cálculos → colesterol 80%

- Negros

- Marrones

Clínica → Puede ser asintomática

o Dolor o resistencia en hipocóndrio derecho entre 30 min a 6hrs

o Náuseas / vómito

o Masa en el cuadrante superior derecho

Importante

Si el dolor persiste más de 6 hrs,
o si hay fiebre, ictericia o signo de sepsis
Se debe sospechar de una complicación como:
colecistitis aguda, colelitiasis o colangitis

Diagnóstico

① USG

Tratamiento médico

- o Ácido ursodeoxicólico
- o Ácido ~~queno~~ deoxicólico > 1-2 años

Tratamiento ax

① colecistectomía

② Litotricia → Px con litiasis única, no calcificada, con diámetro de 20-30 mm

COLEDOCOLITIASIS

④ Mujeres

Presencia de cálculos dentro de la vía biliar Principal Conducto coledoco

④ complicación de la colelitiasis

Clasificación

o colelitiasis Primaria 8 Formados en el coledoco

o secundarios 8 Formados en la vesícula (más frecuente).

Etiología -> Multifactorial (complicación de la coledocolitiasis).

Clínica

Puede ser asintomática

- Dolor tipo cólico
- **Triada de Charcot** (Dolor en hipocóndrio derecho, Fiebre, Ictericia).
- Enzimas hepáticas elevadas

Diagnóstico

Inicial -> (USG de vías biliares (coledoco dilatado > 6mm + litos).

- Colangio resonancia -> elección

- CPRE -> Gold Standard

Tratamiento

- CPRE ①

② Cirugía laparoscópica

③ Cirugía abierta

COLANGITIS

(+) Mujeres

Inflamación de las vías biliares, secundaria a coledocolitiasis

Etiología

o coledocolitiasis

o Pancreatitis

o Ia trogénica

70% -> se debe a
litos biliares

o Más frecuente en mujeres y edad adulta mayor.

- Mismos factores de riesgo que coledocolitiasis.

Clinica

- Triada de Charcot

- Pentada de Reynolds + triada de Charcot

o Hipotensión (shock) } colangitis
o Alteración del estado mental } grave

Diagnóstico

- clínica

- Antecedentes de Patología biliar

- Laboratorios -> Leucocitosis, Proteína C reactiva

o VSG elevados, Alteraciones en Pruebas hepáticas

- Imagen.

Inicial -> USG de Vías biliares @ TAC

CPRE -> Gold Standard Confirmatorio.

- Dx definitivo

o Triada de Charcot

o 2 o más criterios clínicos

o 2 de laboratorio

o Alteración en Imagen.

o Realizar hemocultivo
en todo Proceso Infeccio-
so.

Tratamiento Médico

- Cefalosporina de 3ra Generación + Metronidazol

o Ceftriaxona, cefotaxima

- Quinolonas (Ciprofloxacino, levofloxacino) + metroni-
dazol

Mono terapia 8 Erto Penem o monifloxacin

- Duración $\rightarrow$ 4-7 días después de controlar la infección o obstrucción.

Tratamiento Quirúrgico.

① Drenaje endoscópico (moderado - Grave)

② Percutáneo

o CPRE

③ Qx abierto

PANCREATITIS

Pancreatitis aguda

- Inflamación aguda del Páncreas, a menudo con afectación del tejido Páncreático.

Etiología

Biliar 66%

Por consumo de alcohol 15.9%

④ Mujeres

- Edad Promedio Dx 40 años. - Incrementa en Dx 70 años

Factores de riesgo

>55 años

- INC >30

Falla orgánica al ingreso

Derrame Pleuro

Clinica

El dolor abdominal Puede irradiar a espalda

Iniciales:

- Hipotensión
- Taquicardia
- oliguria

Triada Clásica

- Dolor abdominal (epigastrio)
- Náuseas / vómito
- enzimas pancreáticas elevadas.

Signos de gravedad

- 1) Sx de Grey Turner & Equimosis o decoloración en la región de los flancos
- 2) Sx de Cullen & Equimosis Periumbilical, indica sangrado Intra o extra Peritoneal
- 3) Sx de Fox & Equimosis, que aparece en la región del ligamento inguinal.

Clasificación

- Moderada & Responde al tx
- Severa & Inflamación con complicaciones (afectación a la circulación sanguínea, necrosis).

Diagnostico

- 1) Codo clínico
- 2) Alteraciones bioquímicas
- 3) Alteraciones estructurales en estudio de imagen

2) -> Lipasa > Elevadas
-> Amilasa

Valores normales

- Lipasa 18-140 U/L
- Amilasa 35-127 U/L

- 3) 1) Edema Pancreático Intersticial
- 2) Necrosis

Dx clave

Gold standard

— Lipasa Sérica

Proteína C reactiva.

Imagen

① USG

② TAC → Primeros 24hrs Para clasificar gravedad

③ CAbE → Primeros 72hrs (Pancreatitis aguda, sospecha de litiasis biliar, con o sin ictericia obstructiva).

Criteriaos.

Balthazar (criterios tomográficos).

Grado	Puntuación	
A Normal	0	0-3 Bajo Cíel
B Agrandamiento difuso	1	4-6 Medio (moderado)
C Anomalías intrínsecas (cambios en el tejido pancreático)	2	7-10 Alto (grave).
D una colección líquida	3	
E 2 o más colecciones líquidas mal definidas	4	

Clasificación de Atalanta

De acuerdo a la morfología

1º Pancreatitis edematosa intersticial (tipo más frecuente, sin necrosis) -> Inflamación aguda

2º Pancreatitis necrosante

De acuerdo a su contenido y tiempo de evolución

- colección líquida pancreática aguda -> Primeras 4 semanas de evolución

- Pseudociste -> colección encapsulada + necrosis mínima o nula, más de 4 semanas

- colección necrotizada aguda.

- Necrosis encapsulada - Posterior a las 4 sem de la necrosis aguda.

Criterios de RANSON

o Predecir gravedad, consta de 11 Parámetros

5 al momento de ingreso

6 a las 48 hrs

Tratamiento farmacológico

- ① Oxigenoterapia
- ② Analgesia → según la intensidad del dolor
- ③ Antibióticos profilácticos → Bacterias Gram -
(Cimipenem, ciprofloxacino)
+ Gram + → Vancomicina
- ④ Aspiración con sonda fina.

* CPRE → Monjes
Primeros 72hrs

Tratamiento no farmacológico

- o Nutrición (ve) → Después de 4hrs de ayuno
- Grave → enteral C.D. alcohólica
- Parenteral → casos graves (complicaciones)

Pancreatitis crónica. (+) Hombres.

Enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por fibrosis parenquimatosa y pérdida del tejido funcional

- Lesión irreversible, que persiste y progresa.

Etiología → TICAR

- o Alcohol → 150 g/día durante 6-12 años.
- existe insuficiencia pancreática exocrina

Clínica

- o Dolor abdominal en epigastrio
- o Insuficiencia Pancreática
- o ~~esteatorrea~~
- o Diarrea cloridia

Triada

- o Calcificaciones Pancreáticas
- o esteatorrea
- o DM

Diagnostico

- o clínica

o CPRE Gold Standard.

① endoscopia

② TAC

③ RM

Tratamiento

Modificación en el estilo de vida

- Analgésicos

- Hidratación

- suplementación con enzimas Pancreáticas

o co-tricotide

o CPRE

Qx

- Procedimiento de Whipple (Pancreatoma).

HERNIAS

⊕ Mujeres

Hernia Gástrica (hiato)

Protrusión anormal de una porción del estómago hacia la cavidad torácica, a través del hiato diafragmático.

- Afecta 10-20% de la población general
- 50% > 60 años

Factores de riesgo

Edad
obesidad
Embarazo
Tabaquismo

Clasificación

- ① Deslizamiento 8 unión gastroesofágica (sobena al brax)
95%
- ② Paraesofágica 8 el fondo gástrico es el punto de herniación.
- ③ Mixta (Tipo I y II) 8 Herniación del fondo gástrico y de la unión gastroesofágica
- ④ Tipo IV 8 Herniación de otros órganos.

Clínica

Síntomas típicos

Pirosis 87%

Regurgitación 72%

Dolor torácico posprandial y disfagia 60%

Signos de alarma

Pérdida de peso

Anemia

Hematemesis

Diagnostico

Endoscopia digestiva alta (Gold standar)

Manometria esofágica

pH-metría de 24hrs (Episodios de reflujo)

Rx con contraste (H. Paraeosofágicas)

Tratamiento

Medico -> Inhibidores de bomba de protones, antiácidos y Procinéticos, modificación en el estilo de vida.

Quirúrgico & Laparoscópica

Abierta

> 5cm -> se recomienda colocación de malla Protésica

Hernia Inguinal y femoral

o Las hernias Inguinales se producen por arriba del ligamento inguinal, teniendo origen en el orificio Mesoalio - Pectíneo.

- Se dividen en directas e indirectas con referencia en el triángulo de Hesselbach.

- Hernia Femoral Defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla pubiana de Thompson.

* Indirecta (congénita) 63% H. Inguinales

④ Frecuente

* Pasa por fuera del triángulo de Hesselbach

- Anillo inguinal interno → termina → Canal

- conducto inguinal

* Directa (adquirida) 33%

Debilidad de fascia transversalis a nivel del triángulo de Hesselbach. → termina → intra

- Hernia Femoral ④ Mujeres

- Protrusión del tejido por debajo del ligamento inguinal, en localización medial a los vasos femorales.

Factores de riesgo

- * Alimentación pobre en proteínas
- * Tabaquismo
- * Problemas pulmonares crónicos.

Clínica

o Protusión > inguinal > Puede ser dolorosa
o Abultamiento > Femoral > o no

- * Puede aumentar al deambular o esfuerzo
- * Desaparece o disminuye en decúbito.

Clasificación de NVHs.

- I Hernia inguinal indirecta (normal)
- II H. inguinal indirecta (anillo inguinal interno dilatado).
- III Defecto en pared posterior
 - A → Directa Pequeñas
 - B → Indirecta o directas grandes
 - C → H. femoral
- IV Hernias recurrentes
 - A → Directa
 - B → Indirecta
 - C → Femoral
 - D → Mixta

Diagnóstico

Hc

exploración física

Imagen

① USA

② RM o TAC

Gold Standard

- Herniografía (dada dx)

Tratamiento Quirúrgico)

- Hernioplastia abierta con material protésico
↳ técnica de Luschka (colocación de malla)
↳ standard de oro
- Técnica de Shouldice (Hernias complicadas o utilizando suturas continuas (infección, perforación o resección de segmento intestinal).

Complicaciones

H. Incarcerada 5-20% → Bulto doloroso y cuadro obstructivo

H. estrangurada → complicación grave más común

1-30% Inguinales Indirectas

15-20% → H. Femorales

Hernia Umbilical (+) Mujeres Solo Niños

Es el abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiploon, parte del intestino delgado o grueso.

Factores de riesgo

- Obesidad
- Tos crónica
- Ascitis
- CPD
- constipación
- Multiparidad
- Sx de Down
- Sx de Entero - Duplicados

Adquiridas
congénitas.

Clinica

Aumento de volumen en área umbilical, especial -
mente ante esfuerzo $\rightarrow$ Valsalva

Diagnóstico

clínico

Tratamiento

Pediatricos $\rightarrow$ se debe solicitar USG

$>1.5 \rightarrow$ AX

$<1.5 \rightarrow$ Tx observatorio hasta los 2 años

Quilo $\rightarrow$ cierra hasta una edad de 2 años

Si esta no cierra a la edad se debe manejar
quirúrgico.

- Indicaciones de material Protésico

$<2\text{cm} \rightarrow$ sin malla

$>2\text{cm} \rightarrow$ con malla

$\rightarrow$ * Cirugía abierta

Tratamiento Postoperatorio

Niños

Ketorolaco $0.75\text{mg/Kg c/8hrs IV (1 dosis)}$

Paracetamol $10-30\text{mg/Kg c/6hrs VO x 5 días}$

Adultos

Ketorolaco 30mg IV c/8hrs

Paracetamol $500\text{mg}-1\text{gr c/6hrs VO x 5 días}$

Hernia Ventral

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto anterolateral del abdomen

11-23% después de laparotomía

Factores de riesgo

- Reparación quirúrgica Previa
- Obesidad
- Tabaquismo
- EPOC

Clínica → Puede presentarse como oclusión intestinal

Dolor en sitio de la hernia

Esfuerzo

Distensión abdominal

Deformidad de la pared

Diagnóstico

Clínico

① USG

② TAC con contraste oral
Maniobra de Valsalva

Tratamiento

Quirúrgico con material Protésico

→ Técnica de Pivots en (CH. ventrales)
o ↓ recidiva
o Lanza media en aditos

→ colocación de malla en el espacio retractor