

Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

César Samuel Morales Ordóñez.

Dr.Erick Antonio Flores Guiltiérrez.

“RESUMEN”.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS.

Grado: 6

Grupo: “A”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de Julio del 2025.

"Apendicitis Aguda"

- ① D: inflamación Aguda del Apéndice Veriforme; generalmente 2^{do} a una obstrucción luminal que puede progresar a **Isquemia; Necrosis y Perforación.**
- ② **ETIOLOGÍA:**
- ① obstrucción luminal (70%) → - Fecalito. - Tumores. - Hiperplasia linfoide.
 - ② infecciones Virales o Bacterianas → obstrucción.
- ③ **Epidemiología:**
- Dieta Baja en fibra. → Más común en Hombres.
 - causa más común de Abdomen Agudo Quirúrgico.
 - incidencia: 100-200 casos x 100.000 anualmente.
- ④ **Factores de Riesgo:**
- dieta Baja en fibra.
 - Antecedentes fam. de Apendicitis.
 - infecciones G.I Recientes.
 - Adulto Joven / Adolescente / Niño
 - Sexo Masculino.
- ⑤ **FISIOPATOLOGÍA:**
- ① obstrucción del lumen Apendicular. → ② ↑ presión intraluminal. + congestión Venosa. = Isquemia.
 - Proliferación Bacteriana. ③ ←
 - ④ ← **PERFORACIÓN**
 - Peritonitis Localizada / Generalizada.
- ⑥ **Signos y síntomas:** → **Atípicos en:** Adulto Mayor / Embarazadas / Niños.
- Dolor Abdominal Migratorio (Epigástrico / periumbilical a FID).
 - Náuseas / Vómitos.
 - Anorexia.
 - Febícula / fiebre
 - punto McBurney.
- ⑦ **Exploración Física:**
- Dolor en FID a la palpación profunda.
 - Obturador.
 - signo de McBurney.
 - signo de Rovsing.
 - signo de psoas.
 - Blumberg(++)
- ⑧ **Diagnóstico:**
- Adulto Mayor:**
- Atípico y Tardío.
 - Uso de TAC.
 - < intenso al dolor.
 - Lab: PCR/V
 - > Riesgo perforación.
- Embarazadas:**
- desplazamiento más craneal conforme avanza la gestación.
 - USG ó RM
 - > Riesgo de Perforación.
- Pediatrícos:**
- < 5 años = irritabilidad.
 - diarrea ✓
 - Ecografía.
- ⑨ **TRATAMIENTO.**
- ① **Quirúrgico.**
- **Apendicetomía** Abierta ó Laparoscopia.
 - Absceso o Plastrón: Antibioticoterapia + drenaje Percutáneo.
- ② **Farmacológico.**
- Hidratación I.V.
 - Analgesia: Paracetamol / opiáceos
 - ATB Prequirúrgicos: Ceftriaxona + Metro. nidadol.

"Colecistitis y Colelitiasis".

- ① **Colecistitis**: inflamación de Vesícula Biliar secundaria a Cálculos Biliares.
Colelitiasis: obstrucción del conducto cístico secundario a Cálculo Biliar.

② **Factores de Riesgo:**

- "Las 4 F" Otros: Antecedentes. - Dieta Alta en grasas.
- Agunos prolongados. - Anticonceptivos Orales.
• Femenino. - Enf. Hemolíticas. - Cirrosis / Crohn / resección ileal.
• Fat (obesidad).
• Forty (> 40 años).
• Fertile (Multiparidad; Estrógenos Elevados).

- ③ **Epidemiología:** - México: Colelitiasis Mujeres (30-50 años).
- Afecta 10-20% Población Mundial. - 1-3% pacientes con colelitiasis desarrollan colecistitis Aguda al año.

④ **FISIOPATOLOGÍA.**

- ① Colelitiasis: Formación de Cálculos. → Alt. de la Composición Biliar.
② Colecistitis Aguda: obstrucción del conducto cístico → ↑ presión intravesicular
gangrena/perforación/absceso. ← Inflamación Química.

⑤ **Signos y Síntomas.**

- Colelitiasis:**
- Asintomática.
- cólico Biliar.
- Náuseas / Vómitos.
- Colecistitis Aguda:**
- Dolor constante en H. derecho (> 6 hrs).
- Náuseas / Vómitos / Fiebre / Anorexia.

⑥ **Exploración Física**

- Signo de Murphy positivo. - Dolor en Hipocondrio Der. - Taquicardia.

⑦ **Diagnóstico.**

- Laboratorio: Leucocitosis (Neutrofilia). ↑ Bilirrubina y F.A si hay obstrucción. • ↑ PCR.
• USG: Engrosamiento parietal > 3mm. • Lodo / cálculos Biliar.
• TAC / RM y Grammageografía Biliar.

⑧ **Tratamiento.**

- Analgesicos (Ketorolaco). - ATB Empíricos: Ceftriaxona + Metronidazol.
- colecistectomía Laparoscópica. → Temprana (< 72 hrs). ó Percutánea.

"COLEDOCOLITIASIS"

① : presencia de 1 ó más Cálculos en el conducto Colédoco lo que obstruye el Flujo Biliar → ICTERICIA.

② Factores de Riesgo.

- Antecedentes de Colelitiasis.
- > 60 años.
- Mujeres.
- Obesidad.
- Embarazo.
- Hepatopatías.
- dilatación del colédoco > 8 mm.
- Cálculos > 5mm.

③ Epidemiología.

- 15% de pacientes con Colelitiasis + coledocolitiasis. Asociada.
- prevalencia 20-30% con pancreatitis Biliar o Colangitis.

④ Fisiopatología. ① Cálculos en Colédoco → ② obstrucción parcial ó Total del Flujo Biliar. ↓
↑ Bilirrubinemia ← ③ COMPLICACIONES ← ③ Colestasis.

⑤ Signos y Síntomas.

- Dolor en Hipocóndrio Derecho / Epigastrio.
- Ictericia.
- Coloriza / Acoliza.
- Náuseas / Vómitos.
- Fiebre.
- Triada de Charcot: Fiebre + Ictericia + dolor CSD.
- Pentada de Reynolds (sepsis). Charcot + Hipertensión + Alt. del Estado Mental.

⑥ Exploración Física:

- Ictericia Visible.
- Dolor en Hipocóndrio derecho. → Signo de Murphy ocasional.
- Fiebre + Taquicardia.

⑦ Diagnóstico:

- Laboratorios.
- USG. → dilatación > 6mm
- CPRE: Gold Standard.
- EUS / MRCP.

- Ultrasonido Endoscópico.
- Colangiografía Intraoperatoria.

Laboratorios:

↑ Bilirrubina directa.

↑ FA, GGT, AST/ALT

Leucocitos (Colangitis).

Amilasa / Lipasa → pancreatitis.

⑧ Tratamiento.

- CPRE con Esfinterotomía.
- Colangiografía intraoperatoria.
- Colangio Exploración quirúrgica.
- Colectomía Laparoscópica.

"COLANGITIS"

① : Infección Ascendente del Árbol Biliar. secundario a una Coledocolitisis.

② Factores de Riesgo

- Coledocolitisis #1
- Estenosis Biliar
- Tumores de Páncreas o colédoco
- Manipulación Biliar previa CPRE
- Colangiopatía por VIM
- Edad Avanzada

③ Epidemiología

- > Prevalencia en Adultos Mayores
- 5-10% > Mortalidad
- 15% px con coledocolitisis tiende a desarrollarla
- Se Asocia a Comorbilidades (DM / Cancer / ERC)

④ Fisiopatología: ① Obstrucción Biliar → ② ↑ presión intraductal → ③ Infección Ascendente
E. Coli / Klebsiella / Enterococcus / Enterobacter ← Germenes Frecuentes. ⑤ ← Bacteremia. ④ ↓

⑤ Signos y Síntomas

- ① Tríada de Charcot: Fiebre / Ictericidad / dolor en Hipocóndrio derecho
- ② Graves: Pentada de Reynolds: T. de Charcot / Hipotensión / Alt. del Estado Mental
- ③ Otros posibles: Náuseas / Vómitos / Coluria / Acoluria / prurito

⑥ Exploración Física:

- Ictericidad en Piel y Mucosas
- Fiebre $> 38.5^{\circ}\text{C}$
- Dolor en H.D.
- Estado Mental Alterado

⑦ Diagnóstico

- Criterios de Tokyo
- Laboratorios → procalcitonina / PCR / Leucocitos
- Imagen
 - USG Abdominal
 - Colangio - RM
 - TAC
 - CPRE

= Sepsis: Taquicardia / Taquipnea / Hipotensión

⑧ Tratamiento

- Coleciatomecía diferida
- Primero Resolver colelitiasis → después Biliar
- ATB: Sepsis: Ceftriaxona + Metro
- Leve + Mod: Ceftriaxona + Metro
- Grave: Vancomicina

"Pancreatitis Aguda - Crónica"

① Inflamación del Páncreas.

- Aguda: súbita / Reversible / potencialmente Mortal.
- Crónica: progresiva / Irreversible / lleva a la desnutrición. → insuficiencia en Pancreática.

② Factores de Riesgo:

- Alcoholismo. - Fármacos. - Litiasis Biliar (40-60%). - Post-CPRE.
- Dislipidemias. - Hiperparatiroidismo. - Infecciones Virales. - Trauma Abdominal.

③ Epidemiología.

• Aguda:

- 13-45 casos x 100.000 habitantes.
- > en Adultos Mayores.
- > Mortalidad x Necrosis (SIRS).

• Crónica:

- prevalencia 27-50 casos x 100.000 H.
- Más común en Hombres Alcohólicos.
- Alta Mortalidad.

④ Fisiopatología:

* Aguda. → Inflamación Local → SIRS → falla Orgánica.

* Crónica → Fibrosis → Atrofia Acinar + destrucción ductal.

⑤ Signos y Síntomas.

- Dolor en Epigastrio. - Eructos. - Pérdida de Peso
- D.M. secundaria.

⑥ Exploración Física.

- Aguda: Abdomen sensible / Rigidez / ↓ Ruidos intestinales.
- Crónica: Abdomen Blando / ~~Sarcopenia~~ / signos de Mala Absorción.

⑦ Diagnóstico.

① Laboratorio.

- Amilasa / Lipasa (x 3 / Normal).
- Leucocitosis.
- Glucosa.

② USG Abdominal.

③ TAC Contrastada (72 h).

④ RM ó CPRE selectiva.

⑧ Tratamiento.

- Analgesia → opiáceos.
 - ATB → Colangitis. (CPRE).
 - Colecolecistomía diferida si hay litiasis Biliar.
 - drenaje de pseudocistes
- Otra: dieta Hipocalórica

"HERNIA UMBILICAL"

① Protrusión del contenido Umbilical (Abdominal) a través del anillo Umbilical.

② Factores de Riesgo.

- Niños: prematuridad / congénita (Mal cierre de la pared Abdominal). / Bajo peso al nacer. / Antecedentes.
- Adultos: obesidad / Multiparas / Ascitis Crónica / EPOC / Cirugía Abdominal previa. / Tabaquismo (Alt. en Colágeno).

③ Epidemiología.

- Niños: 10-15% en RN → prematuros.
- Adultos: 5-10%. Hernias Abdominales.

• Mujeres: ♀ → Embarazo: Hombres: ♂ > común > 50 años.

④ Fisiopatología.

- * Niños: defecto Congénito del cierre del Anillo Umbilical.
- * Adultos: debilidad de la fascia Umbilical 2^{da} ↑ presión intraabdominal.
- * protrusión Reducible → incarceration o Estrangulada.

⑤ Signos y Síntomas.

- Abultamiento umbilical Blando / Generalmente Asintomático. (Niños)
- Adultos: Tumorción Umbilical / Dolor leve o sensación de presión / Náuseas. Vómitos y Eritema → signos de Estrangulación.

⑥ Exploración Física.

- Tumorción palpable. - Atenua a Maniobra de Valsalva. - Dolor a la Palpación de incarceration. - Eritema (E)

⑦ Diagnóstico.

* Clínico: Inspección + palpación.

* Gabinete:

- USG. de pared Abdominal.
- TAC Abdominal

⑧ Tratamiento.

- Niños: observación de 2-4 años.
- Cirugía: hernia > 2 cm a los 2 años.
- Hernia persistente 4-5 años.
- Adultos: cierre con Malla
- Abierta o Laparoscópica

"HERNIA INGUINAL"

① Protrusión del contenido Intrabdominal a través del conducto Inguinal.

② Factores de Riesgo.

- Sexo Masculino (9:1 vs Mujeres).
- Edad Avanzada
- Tabaquismo
- EPOC.
- Obesidad / Pérdida de peso Acelerada.
- Estreñimiento crónico.
- Levantamiento de peso Frecuente.
- Antecedente Familiar.
- Qx Abdominal Previo.

③ Epidemiología

- 75% de todas las Hernias Abdominales.
- 2/3 son indirectas.
- > incidencia (50-70 años).
- > prevalencia en ocupaciones de Esfuerzo físico.
- 20% de Masculinos cursaran con esta a lo largo de su Vida.

④ Fisiopatología.

- * H.I. Indirecta: Congénita → persistencia del conducto peritoneo-Vesical.
(Jovenes / Niños).
- * H.I. Directa: debilidad de la Pared post. del canal inguinal (Triángulo de Hesselbach). → protuye Medial a los Vasos Epigástricos. (Adultos Mayores).

⑤ Signos y Síntomas.

- Tumorción Inguinal o Escrotal (Aumenta al Esfuerzo y disminuye en Reposo).
- Molestia o sensación de Molestia / peso en la ingle.
- Dolor Inguinal. (Indirectas).
- incarceration.
- Estrangulación.

⑥ Exploración Física.

- Maniobra de Valsalva
- palpación del Anillo inguinal (Impulso en punta de dedo → Hernia indirecta) ó Borde de dedo → Hernia Directa.

⑦ Diagnóstico.

- EoF + Historia clínica.
- USG Inguinal. → Abscesos / Masas pequeñas.
- TAC o RM → Hernia oculta.

⑧ Tratamiento.

- Hernioplastia.
- Técnica Abierta (Lichtenstein con Malla).
- Laparoscopia.
- ⚠ Vigente (H. Incarcerada o Estrangulada).
- Cirugía inmediata.
- Necrosis
- Rep. con Malla.

"HERNIA FEMORAL"

① Contenido Intraabdominal protruye a través del canal Femoral.
Por debajo del ligamento inguinal, Medial a los Vasos Femorales.

② Factores de Riesgo.

- > Prevalencia / Incidencia en Sexo Femenino (4:1 Hombres).
- > 50 años.
- Multiparidad.
- Obesidad.
- Ascitis.
- EPOC.
- Estreñimiento.
- Cirugías Abdominales previas.
- Desnutrición.
- Tabaquismo.

③ Epidemiología.

- Representa 3-5% de todas las Hernias Abdominales.
- 10 veces más frecuente en Mujeres. → Ancianos.
- 40% de este tipo de Hernias se Estrangulan.
- se confunde con Hernia Inguinal.

④ Fisiopatología.

- Protruye del Anillo Femoral (Espacio Naturalmente Estrecho y no Expansible → Epipión o Intestino delgado → Estrangulación).

⑤ Signos y Síntomas.

- Tumorción en región Inguino-Crural.
- Puede ser pequeña; firme y dolorosa.
- Daño inguinal irradiado a Muslo.
- Estrangulación: dolor intenso / Náuseas / Vómitos / Obstrucción intestinal.

⑦ Exploración Física.

- Masa palpable por debajo del ligamento inguinal.
- No reducción (encarcerada).
- Confusión (ganglios inguinales / lipomas / H. inguinal).
- Peritonitis / Abdomen rígido → compromiso Intestinal.

⑧ Diagnóstico.

① Clínico: Inspección + Palpación → decubito / Bibedestación.

② USG Inguinal / crural.

③ TAC Abdomino-pélvico → Abscesos

④ RM.

⑨ Tratamiento.

- Hernioplastia con Malla.

① Abierta: Técnica McVay / Lotheissen / Lockwood.

② Laparoscópica

Otro: ATB terapia.

"HERNIA VENTRAL"

- ① Protrusión del Contenido Intraabdominal a través de un defecto de la Pared Abdominal anterior, fuera del conducto inguinal; umbilical o femoral.

1.- Primaria → Espontánea.

2.- Secundaria: Cirugía previa (Hernia incisional)

② Factores de Riesgo.

- Cirugía Abdominal previa. (Hernia Incisional).
- Obesidad.
- Infección de Herida Quirúrgica.
- Tabaquismo.
- Edad Avanzada.
- Desnutrición o Hipalbuminemia.
- Diabetes M.
- EPOC.
- Ascitis.
- Estreñimiento crónico.
- Mal cierre fascial o Tensión Excesiva en cirugías previas.

③ Epidemiología.

- Hernias Incisionales representan el 80% de Hernias Ventrales adquiridas.
- Mujeres (> incidencia) con Múltiples cirugías Abdominales.
- 10-15% de las laparotomías. en ocurrencia.
- Alta ocurrencia si no se utiliza Malla (30-50%).

④ Fisiopatología.

- ① debilidad o defecto de la → ② salida del contenido peritoneal.
Pared Abdominal Anterior

⑤ Signos y Síntomas.

- Tumorción visible o palpable en Pared Abdominal Anterior.
- Dolor / Molestia Local (Aumenta con Esfuerzo). - Casos graves: **incarceración** (Masa irreducible). ó **Estrangulación** → dolor intenso, vómitos y peritonismo.
- ↓ de la Mecánica Abdominal.

⑥ Diagnóstico.

- Clínico: inspección + Palpación.
- ② TAC de Abdomen con Valsalva.
- ③ USG de Pared Abdominal.
- ④ RM.

⑦ Tratamiento.

- Reparación Abierta con Malla.
- Reparación Laparoscópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

