



**Jorge Morales Rodríguez**

**Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez**

**Resumen**

**Técnicas Quirúrgicas Básicas**

**Sexto Semestre.**

**"A"**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de julio del 2025**



# APENDICITIS AGUDA.

## Definición:

Inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda, crónica o reactiva.

Epidemiología: Patología quirúrgica más frecuente.

- en la infancia es 1 de cada 5 niños

- Adultos > 70 años 1 de cada 100

- Apendicetomía: Reduce el riesgo de COCI y ↑ el riesgo de

CRONN

## Etiología:

1. Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos.

2. Fecolito o Apendicolito

3. Cuerpos extraños 4. Tumores apendiculares.

## Factores de riesgo:

- Edad [10-30 años] - Historia familiar

- Sexo masculino - Infecciones gastrointestinales.

## Clinica:

x Signos McBurney, Blumberg, Psoas, Movsing.

x Dolor abdominal difuso. x Migración del dolor fosa iliaca derecha

x Hiperalgesia cutánea x Signos de irritación peritoneal

x Anorexia x Vómito - náuseas x Niños --> Diarrea.

## Diagnóstico:

- Escala de Alvarado

° Px mujeres y adultos mayores se confirma con imagen.

- Prueba de embarazo --> Todo Px femenina en edad reproductiva.

° USG --> Elección en pediátricos y Método inicial para embarazo.

° TAC --> Duda en niños con USG, Mujeres no embarazadas.

Adultos mayores --> Confirmatorio

° Radiografía abdominal

Solo en busca de Dx diferencial.

° RMN --> Embarazadas con USG no concluyente.

## Tratamiento:

- **Antibióticos:** Cefalosporina 1 o 2ª generación + Metronidazol.
- En caso de alergias a cefalosporina: Amikacina
- **Analgésico:** Paracetamol

## Tratamiento Quirúrgico:

**Inicial:** Apendicectomía laparoscópica por menos infección y menos riesgo de íleo.

- Niños < de 5 años y adulto mayor con enfermedades crónicas considerar:

Apendicectomía abierta.

- Apendicectomía laparoscópica para:

Mujeres jóvenes, personas obesas y personas que trabajan.

- Apendicectomía laparoscópica está contraindicada en

Pacientes < de 5 años y adulto mayor.

# APENDICITIS EN EL EMBARAZO.

## Definición:

Es el padecimiento quirúrgico no obstétrico más común durante el embarazo.

## Epidemiología:

• Incidencia 1/1500 embarazos

• Se presenta más frecuente en el **segundo trimestre**.

## Etiología:

1- Feculito o apendicolito

2- Infecciones 3- Cuerpos extraños.

## Factores de riesgo:

\* Más común en mujeres jóvenes \* Antecedentes familiares

\* Compresión del apéndice por el útero en crecimiento.

## Clinica:

• Dolor en la fosa iliaca derecha signo más confiable.

• Migración caudal del apéndice, por lo que el dolor en caso de apendicitis puede presentarse en la fosa iliaca o hipocóndrio derecho.

## Diagnóstico:

• Ultrasonido primer estudio de imagen

• BUN para establecer el Dx, en cualquier momento del embarazo.

• Px con PCR  $> 55$  mL/L sospechas en gestación.

## Tratamiento:

- Manejo laparoscópico en cualquier trimestre de gestación.

# COLELITIASIS

## Definición:

--> Presencia de cálculos o litos en el interior de la vesícula biliar.

## Epidemiología:

- En México, se estima una prevalencia del 74 a 27%.
- Afecta aprox. 70-80% en edad adulta en países desarrollados.

## Etiología:

- Litos de colesterol en un 80%
- Litos marrones con infecciones de vesícula biliar.
- Litos negros se relaciona con hemólisis y hepatopatías.

## Factores de riesgo:

- Mujeres > de 40 años
- Obesidad
- Embarazo
- Fármacos: Estrogénicos, ACOs, fibratos y Ceftriaxona.
- Enf. hepáticas y metabólicas
- Dislipidemia.

## Fisiopatología:

### Nucleación de los Cristales:

↳ Proceso fisiopatológico en donde el colesterol, cambia de un estado líquido a otro sólido en forma de microcristales.

## Clinica:

- Sensación de distensión abdominal.
- Nauseas
- Fiebre.
- Masa en cuadrante superior derecho
- Vómito

## Diagnóstico:

1. Línea Ultrasonido  
2. Línea Gammagrafía biliar. 3. Tomografía 4. BHI

## Tratamiento:

Ácido Ursodesoxicólico } Durante 1 a 2 años  
Ácido Quenodeoxicólico }

# "COLECISTITIS"

## Definición:

Inflamación de la vesícula biliar, secundaria a la obstrucción del conducto cístico, en la mayoría de los casos por un cálculo.

## Epidemiología:

- Causa + frecuente de abdomen agudo quirúrgico.
- Del 70-75% de los px con colelitiasis.
- Edad > 40 años + frecuente en mujeres.

## Etiología:

Litos de colesterol en un 80%.

## Factores de riesgo:

- Mujeres
- Edad > a 40 años
- obesidad
- Fármacos: estrógenos, ACOs, fibratos, Ceftriaxona.
- Inmunosupresión
- Enfermedades crónicas.

## Fisiopatología:

Obstrucción de un lito en el conducto cístico → Debido a la contracción de la V. biliar por Colecistoquinina → la hormona

## Clinica:

- Dolores en hipocondrio derecho, durante unas 6 hrs e irradia al hombro.
- Náuseas
- Vómitos
- fiebre
- Masa en cuadrante superior derecho.

## Diagnóstico:

1. Líneo ---> Ultrasonido
2. Líneo ---> Gammagrafía biliar
3. Tomografía
4. RMN.

## Dx Auxiliares:

- ↑ de Leucocitos
- PCH
- AMilasa
- Hemocultivo
- Cultivo
- BH
- Colelitolitiasis: > de bilirrubina directa.

## Tratamiento:

- Farmacológico: Diclofenaco 75 mg ---> para el dolor

Grado 1 ---> Fluoroquinolonas, Cefalosporina, Penicilinas de amplio espectro ---> V.o oral

Grado 2 ---> 1° Penicilinas de amplio espectro, Cefalosporina de 2da generación,

Grado 3 ---> 1° cefalosporina de 3ra y 4ra generación.

↳ En presencia de Anaerobios ---> Metronidazol.

## - Quirúrgico:

x Grado 1:

Colecistectomía temprana x laparoscopia

x Grado 2:

Colecistectomía temprana x laparoscopia.

x Grado 3:

- Manejo urgente de la falla orgánica

- Tx de la inflamación de local

- Drenaje de la vesícula

- Colecistectomía ---> Cuando las condiciones de px mejoran.

# COLANGITIS

## Definición:

Inflamación de las vías biliares secundaria a una infección bacteriana.

## Epidemiología:

- Mujeres y edad adulta mayor.
- Incidencia: sin síntomas de Colelitiasis es de 0.3-7.6%
  - Casos graves es de 18.3%
  - Choque 7-28% ◦ Pentada de Reynolds 3.5-7.7%

## Etiología:

- Coledocolitis causa más frecuente.
- Pancreatitis = parásitos = iatrogénica
- Divertículos o SX de Sifón biliar.

## Factores de Riesgo:

- |                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| a) Predisponentes:  | b) Anatómicos o procedimientos: |
| - Colelitiasis      | - Litiasis - Tumores            |
| - Coledocolitis     | - Estenosis benigna             |
| - Cirugías biliares | - Endoscopías → CPEB            |

## Fisiopatología:

Obstrucción → permeabilidad del Esfínter de Oddi

## Colonización

Bacteriana → flujo biliar retrógrado

> de la presión → Contracción de Vesícula Biliar.

Shock → Estenosis - Esclerosis

Clinica → Pentada de Reynolds.

1- Triada de Charcot

2- Hipotensión = fiebre

3- Alteración del estado mental

Clinico: ----> Triada de Charcot.

1º Fiebre - Escalofríos

2º Ictericia

3º Dolor en Hipocondrio derecho.

Diagnóstico:

1º Clínica

2º Laboratorios:

\* Proteína C reactiva o VS6 ↑ \* Alt. en pruebas Hepáticas

3º Imagen: 1. Línea ecográfica abdominal

2. TAC abdominal

3º CBM 4º CPER.

4º Dx definitivo:

- Triada de Charcot + 2º o más criterios clínicos  
+ los 2 laboratorios + Alteración en imagen.

Tratamiento:

Farmacológica:

\* Cefalosporina + Metronidazol

\* Quinolonas + Metronidazol

\* Monoterapia: Estapem o Moxifloxacino.

\* Duración de Tratamiento: 4 o 7 días

Quirúrgico:

\* Primera opción: Drenaje endoscópico

\* Tiempo recomendado para drenaje:

Leve: Solo si no hay mejoría tras 24 h

Modorada: Drenaje temprano

Grave: Drenaje urgente.

# COLEDOCOLITIASIS

## Definición:

Presencia de cálculos dentro de la vía biliar principal Conducto colédoco.

## EPIDEMIOLOGÍA:

- ° Prevalencia 14-15% de los pacientes con Colelitiasis.
- ° > en mujeres
- ° 1 de cada 4 px con coledocolitiasis es asintomático.

## ETIOLOGÍA:

- ° En su mayoría por una complicación de Colelitiasis.
- ° Multifactorial ° Historia de Colangitis
- ° Tamaño de los cálculos Vesiculares.
- ° Historia de Pancreatitis biliar. ° Anomalia anatómica de V. biliar

## FACTORES DE RIESGO

- ° Más frecuente en Mujeres ° Genética ° Embarazo
- ° > con la edad ° Comorbilidades
- ° Pérdido de peso ° DM ° Cirrosis.

## FISIOPATOLOGÍA

Obstrucción de un cálculo o lito dentro del Conducto colédoco

## CLÍNICA:

- ° Asintomática ° Dolor tipo cólico ° Náuseas
- ° Vómito ° Ictericia ° Coluria
- ° Colangitis ° fiebre.

## DIAGNÓSTICO:

- ° USG de V. biliares ° Tomografía ° CPRE
- ° Clínica ° Enzimas hepáticas elevadas.

## TRATAMIENTO:

- ° CPRE --> 1ra opción
- ° Cirugía Laparoscópica --> 2da línea
- ° Cirugía Abierta - - - - -> 3ra línea

# PANCREATITIS AGUDA

## Definición:

Es la inflamación aguda y reversible del páncreas, que pueden involucrar al tejido pancreático y órganos adyacentes o presentar complicaciones locales.

## Epidemiología:

- Ascendit se ha asociado a casos de Pancreatitis aguda.
- Afecta a población económicamente activo.
- Edad 55 años
- En pancreatitis aguda recurrente pensar en Microfiliidias.

## Etiología:

- A) Biliós --> lo más común
- B) Por consumo de alcohol
- C) Hipertriglicéridemia
- D) Post-CEPBE

## Factores de Riesgo:

- Edad > 55 años
- IMC > 30
- falla orgánica
- Dexametasona
- Infiltrados.

## Fisiopatología:

Act. Vación de Enzimas Pancreáticas --> Inflamación --> Disfunción Microvasculad.

## Clínica:

### Síntomas Iniciales:

- Hipotensión
- Taquicardia
- Oliguria

### Tríada clásica:

- Dolor abdominal
- Náuseas - Vómitos
- Enzimas Pancreáticas ↑

## Diagnóstico:

Se realiza con 2 de 3 criterios:

- x clínico
- x Alteraciones bioquímicas
- x Criterios de imagen.

## Diagnóstico:

### Criterios clínicos:

- Dolor abdominal transitorio

- Náuseas - fiebre - vómito

- Signo Cullen

- Grey Turner

- Signo Fox

### BiQUímicos:

- Amilasa se ↑

a las 6 hrs

positiva cuando se

↑ 3 veces.

- Lipasa se ↑

a las 6-8 hrs

- PCR se ↑

en los primeros

48 hrs.

### Imagen:

- Inicial:

Ultrasonido

- TAC con

Contraste

Estándar.

- CABE

en < de 72 hrs

## Tratamiento:

1. Ayudo < 48 hrs + hidratación con sales lactata y manejo en un segundo nivel.

2. Analgésicos - - - -> de forma escalonada.

Opioides - - -> Meperidina, o analgesia epidural.

3. Antibióticos. - - - -> Imipenem - ciprofloxacino en caso de sepsis o PCR > 120 mg/dL.

## Tx Quirúrgico:

- Drenaje percutáneo

- Necrosectomía pancreática + Lavado

- Laparotomía.

## PANCREATITIS CRÓNICA.

### = Definición:

Es un proceso patológico caracterizado por daño irreversible del páncreas, por un proceso inflamatorio crónico que lleve a fibrosis y pérdida de función.

### Epidemiología:

incidencia: 4 casos por cada 100,000 personas al año.

Prevalencia: 35-50 casos por cada 100,000 personas

### = Etiología:

= Alcoholismo      = fibrosis quística

### = Clínico:

Inicial: Dolor abdominal o pérdida de peso

Digestión deficiente: Diarrea crónica, esteatorrea, fatiga.

### = Diagnóstico:

Inicial: USG o TAC

Gold standard: CPRE

### = Tratamiento:

\* Suplementos con enzimas pancreáticas

+ octreotida

\* Cirugía cuando existe alguna alteración de vías biliares

# "HERNIA VENTRAL"

## DEFINICIÓN:

Protrusión del contenido Intraabdominal a través de un defecto de la pared abdominal anterior, fuera del Conducto inguinal, umbilical o femoral.

## EPIDEMIOLOGÍA:

- 10-15% de las laparotomías en ocurrencia
- Mujeres más frecuente y Múltiples cirugías abdominales.
- Hernias incisionales representan el 80% de hernias ventrales adquiridas.

## FACTORES DE RIESGO

- \* Reparaciones quirúrgicas previas
- \* Obesidad
- \* Tabaquismo
- \* Aneurisma aórtico
- \* Hombres
- \* Malnutrición
- \* Enf. Pulmonar obstructiva crónica
- \* Ineficiencia renal
- \* Protototismo

## FISIOPATOLOGÍA:

Debilidad o defecto - - - -> Salida del contenido peritoneal de la pared abdominal anterior

## CLÍNICA

- Dolor en sitio de la hernia
- Estreñimiento
- Distensión abdominal
- Deformidad de la pared
- OCLUSIÓN intestinal

## DIAGNÓSTICO

- \* Clínico
- \* Estudio inicial es el ultrasonido abdominal
- \* El mejor estudio es la TAC con contraste oral y maniobra de Valsalva.

## TRATAMIENTO - -> QUIRÚRGICO

- Reparación quirúrgica con material protésico
- ↳ Técnica de M'Verns.

# "HERNIA UMBILICAL"

## Definición:

Abultamiento alrededor del ombligo, que pueda contener epiploon, parte del ID o gástrico. Secundario a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo.

## Epidemiología:

- 5% de la población padece hernia abdominal
- 70% son umbilicales
- Predominio en mujeres 2: hombres
- 6 se representan en niños.

## Factores de riesgo:

- Niños: defecto congénito del cierre del anillo umbilical.
- Adultos: postparto, Multiparidad, Tumoración umbilical, dolor leve o sensación de presión, náuseas, vómitos y eritema.

## Fisiopatología:

↑ de la presión intraabdominal → defecto en anillo umbilical → Progresión del intestino o tejido del abdomen

## Clínica:

- \* Aumento del volumen
- \* Deformidad de pared abdominal
- \* dolor leve o sensación de presión
- \* náuseas \* vómitos \* eritema.

formación de saco herniario

Diagnóstico --> Historia Clínica y Exploración Física

\* Maniobra de Valsalva.

\* USG de pared abdominal

\* TAC abdominal

Tratamiento:

• Antes de los 2 años --> observación

• Defecto que persiste después --> Reparación Quirúrgica  
de 2 años

• Cirugía --> 1ra Elección --> Cirugía abierta sin malla

2da Elección --> Cirugía abierta con malla

Hernia > 3 cm.

• Analgesia postoperatorio -->

• Ketorolaco 30 mg IV C/8 hr } Adultos

• Paracetamol 500 mg - 1g C/6 hr }

• Ketorolaco 0.75 mg / kg / C/8 hr

• Paracetamo 10-15 mg / kg

# "HERNIA INGUINAL"

## Definición:

Protrusión del contenido intraabdominal a través del conducto inguinal.

## Epidemiología:

- = > prevalencia en ocupaciones de Esfuerzo físico
- = 2/3 son indirectas.
- = Incidencia de 50 - 70 años
- = 75 % de todas las hernias abdominales.
- = 20 % de Masculinos padecen con esto a lo largo de su vida.

## Factores de riesgo:

- \* Sexo Masculino
- \* Edad avanzada
- \* Tabaquismo
- \* EPOC
- \* obesidad
- \* Entrenamiento cónico
- \* Levantamiento de peso frecuente
- \* Antecedentes familiares.

## Fisiopatología:

**H.I Indirecta o congénica:** Pasa por fuera del triángulo de Hesselbach, saliendo de la cavidad abdominal por el orificio inguinal profundo.

**H.I Directa o adquirida:**

Protruye a través del suelo del canal inguinal por debilidad de fascia transversalis, a nivel del triángulo de Hesselbach.

## Clinico:

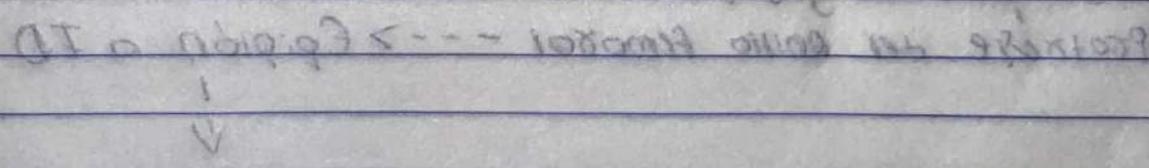
- Tumores inguinal o escrotal
- Molestia o sensación de molestia / peso en la ingle.
- Dolor inguinal - Incarceración - Estrangulación.
- Maniobra de Vesalva
- Palpación del anillo inguinal o borde de dedo  
↳ Hernia directa.

## Diagnóstico:

- Explotación física + Historia clínica
- USG Inguinal ---> Abscesos - Mucosas perforadas
- TAC o RM ---> Hernia oculta

## Tratamiento:

- Hernioplastia
- técnica abierta ---> Lichtenstein
- Laparoscopia
- Cirugía inmediata
- Necrosis ---> Resección sin malla



## Cifrosis:

- Definición: curvatura anormal de la columna vertebral.
- Clasificación: primaria (congénita) y secundaria (adquirida).
- Tipos: cifosis, escoliosis y lordosis.
- Diagnóstico: historia clínica, examen físico, radiografía de columna.
- Tratamiento: observación, fisioterapia, cirugía.

# "HERNIA FEMORAL"

## Definición:

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

## Epidemiología:

- Más frecuente en mujeres ancianas
- Representa 3-5 % de todos los hernias abdominales.

- 40 % de este tipo de hernias se --> **Estrangulan.**

## Factores de Riesgo:

- > 50 años
- EPAC
- Tabaquismo
- Multiparidad
- Estreñimiento
- Cirugía Abdominales
- Obesidad
- Desnutrición
- previas.

## Fisiopatología:

Protruye del anillo femoral ---> Epipión o ID



## Clinica:

### Estrangulación

- Tumoreación en región Inguino-crural
- Daño Inguinal irradiado a Muslo
- Puede ser pequeña, firme y dolorosa
- Estrangulación: Dolor intenso, Náuseas, Vómitos, obstrucción Intestinal
- Masa palpable por debajo del ligamento inguinal.

## Diagnóstico:

- 1 Clínico: Inspección + Palpación ---> **Recobito / Bidedestación**
- 2 USG Inguinal - crural
- 3 TAG Abdomino pélvico ---> **Abcesos**
- 4 RM

Tratamiento:

- Hernioplastia con Malla

② Abierta ---> Técnico Mevay / Lotheissen /  
Lockwood

② Laparoscopia

Otro: ATB terapia.

## **Referencias:**

- *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.*
- *Prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la pancreatitis aguda. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2022*
- *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Reparación de la Hernia Umbilical, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008.*
- *Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales, México: Secretaría de Salud; 2008.*
- *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.*
- *Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernias ventral en el adulto. México: Secretaría de Salud; 2014*