



MARIO MORALES ARGUETA

RESUMEN

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

6º "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a 03 de Julio de 2025

Pancreatitis crónica

Definición: Enfermedad inflamatoria crónica (fibrosis parenquimatosa, pérdida de tejido funcional) Insuficiencia pancreática exocrina y endocrina

Epidemiología: Incidencia anual: 4 casos por cada 100,000 personas - año
Prevalencia: 35-50 casos por cada 100,000 habitantes

Etiología: Tóxico-metabólica: alcohol (susceptibilidad y/o progresión) 7-5 bebidas diarias
tabaco (documentar paquetes/años) no fumador (<100 paquetes) ex-fumador. Genética:
Sospecha: genotipado no disponible o limitado, autosómica recesiva, genética compleja

Factores de riesgo: Alcoholicismo crónico, tabaquismo, pancreatitis aguda recurrente, Obstrucción del conducto pancreático, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, trauma abdominal.

Signos de gravedad Insuficiencia exocrina: esteatorrea, pérdida de peso progresiva, deficiencia de vitaminas liposolubles. Insuficiencia endocrina: Hiperglucemia o hipoglucemias recurrentes
necesidad de insulina. Marcadores de inflamación o daño persistente: dolor abdominal crónico e intenso, anemia, desnutrición, síntomas de obstrucción biliar.

Síntomas: Dolor abdominal crónico, pérdida de peso involuntaria, esteatorrea, diabetes mellitus, náuseas, vómitos, fatiga crónica y debilidad

Diagnóstico: Colangiopancreatografía por resonancia magnética, ecocndoscopia, TAC, RM, Pruebas de función pancreática, CPRE

Tratamiento: La base del tratamiento es la modificación del estilo de vida, analgésicos, hidratación, suplementación con enzimas pancreáticas, CPRE. Qx: el procedimiento de puestos modificando, procedimiento de Whipple.

Colecistitis

- Definición:** La inflamación de la vesícula biliar generalmente secundaria a la obstrucción del conducto cístico, en la mayoría de los casos por un cálculo.
- Epidemiología:** Se presenta alrededor del 10-15% de los pacientes con colelitiasis. Mas frecuente en personas de edad media avanzada (mayores de 40 años), mujeres multíparas, uso de anticonceptivos hormonales y dieta rica en grasas.
- Etiología:** Litiasica (90%): estasis biliar, inflamación de la pared vesicular, infección que evoluciona a isquemia/necrosis. Alitiasica (5-10%): isquemia vascular, estasis biliar por ayuno prolongado o nutrición parenteral, procesos infecciosos.
- Factores de riesgo:** Obstrucción del conducto cístico, infección de VB, ayuno prolongado, inmunosupresión, edad avanzada, enfermedades crónicas, trauma severo / cirugía mayor / Sepsis.
- Signos de gravedad:** Fiebre alta persistente, dolor abdominal intenso y continuo, signo de Murphy positivo e intenso, taquicardia, ictericia, signos de irritación peritoneal.
- Diagnóstico:** inicial (primera elección): ultrasonido 98% de sensibilidad, segunda elección: Gammagrafía biliar o escintigrafía, tomografía para detectar obstrucciones hepáticas o RMN.
- Tratamiento:** farmacológico: Diclofenaco 75 mg. Furazolidona: levofloxacino, ciprofloxacino. Penicilinas de amplio espectro: ampicilina con sulbactam.

Colelitiasis:

- Definición:** presencia de calculos o litos en el interior de la vesícula biliar. los calculos biliares pueden estar compuestos de colesterol, pigmentos biliares.
- Epidemiología:** Afecta aproximadamente al 10-20% de la población adulta en países desarrollados. En México se estima una prevalencia del 14 al 27% dependiendo de edad y sexo. Es más frecuente en mujeres (2 a 3 veces más que en hombres), mayores de 40 años.
- Etiología:** calculos de colesterol (86%), calculos pigmentarios (negros), calculos pigmentarios marrones.
- Factores de riesgo:** Obesidad, dieta rica en grasas y carbohidratos, dislipidemias, embarazo o el uso de anticonceptivos orales, diabetes mellitus.
- Signos de gravedad:** Dolor o resistencia en hipocondrio derecho entre 30 min a 6 hrs. náuseas, vómitos, sensación de distensión abdominal, masa en cuadrante derecho.
- Diagnóstico:** Ultrasonido 98% de sensibilidad, gammagrafía biliar, RMN, elevación de leucocitos, PCR, amilasa, hemocultivo, cultivo.
- Tratamiento:** Acido ursodesoxicólico, acido quenodeoxicólico.

Colangitis

- Definición:** inflamación de las vías biliares secundaria a una infección bacteriana.
- Epidemiología:** mujeres y edad adulta mayor. En pacientes sin síntomas de coledocolitiasis es de 0.3 - 1.6%. Casos graves es de 12.3%, choque: 7-22%.
- Etiología:** Obstrucción de vía biliar, colestasis, proliferación bacteriana - infección pancreatitis, parásitos en la vía biliar.
- Factores de riesgo:** coledocolitiasis, cirugías biliares previas, tumores (páncreas, colangiocarcinoma) manipulaciones endoscópicas.
- Signos de gravedad:** Triada de Charcot (fiebre, ictericia, dolor abdominal en hipocondrio derecho). Pentada de Reynolds: hipotensión, alteración del estado mental, Taquicardia, elevación marcada de bilirrubina y enzimas hepáticas, acidosis metabólica.
- Síntomas:** Náuseas y vómitos, malestar general, sudoración profusa, orina oscura, heces claras, hepatomegalia.
- Diagnóstico:** Clínica: historial de patología biliar, dolor del hipocondrio derecho. Laboratorios: proteína C reactiva o USG elevadas, alteraciones en pruebas hepáticas: elevación de fosfatasa alcalina, GGT, transaminasas.
- Tratamiento:** farmacológico: cefalosporinas + metronidazol, quinolonas + metronidazol de día 7 días después de controlar la infección. Drenaje biliar: percutáneo, o abierto.

Coledocolitiasis

- Definición:** Presencia de cálculos (litios) dentro de la vía biliar principal. Coledocolitiasis secundaria (más frecuente) coledocolitiasis primaria.
- Epidemiología:** se estima que afecta al 10-15% de los pacientes con coledocolitiasis, aumenta con la edad, es más común en adultos mayores, hay una incidencia mayor en mujeres debido a factores hormonales.
- Etiología:** tamaño de los cálculos vesiculares, historial de pancreatitis biliar, historial de coledocolitiasis, anomalías anatómicas, vesícula biliar pequeña.
- Factores de riesgo:** Sexo: más frecuente en mujeres, genética y AHF, comorbilidades, Condicionantes: embarazo, pérdida de peso, DM o cirrosis.
- Diagnóstico:** Triada de Charcot, enzimas hepáticas elevadas, bilirrubina sérica elevada. Clínica: ictericia, fiebre, cólico biliar, emesis, náuseas.
- Tratamiento:** CPRE; o laparoscópica, o abierta. Se administra indometacina rectal para prevenir la pancreatitis postoperatoria en caso de manipulación de conducto pancreático.

Hernia inguinal y femoral

Definición: El origen de las hernias inguinales está en el orificio musculopectíneo. La hernia femoral o crural se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopúbica de Thompson.

Epidemiología: la prevalencia y frecuencia, representan el 75-80% de todas las hernias abdominales, más comunes en hombres (90% de los casos), el riesgo de por vida hombres 27% mujeres: 3%.

Hernia femoral: su prevalencia es mucho menos frecuente (2-4% de todas las hernias) más comunes en mujeres, representan el tipo de hernia con mayor riesgo de complicaciones. Se ve en mujeres mayores de 50 años.

Etiología: hernia inguinal: persistencia del conducto peritoneovaginal (una estructura embrionaria), más común en niños y jóvenes, pasa por el anillo inguinal interno → canal inguinal → escroto de labios mayores (en mujeres).

Hernia femoral: debilidad de la fascia transversalis y del anillo femoral, el saco hernario protruye por debajo del ligamento inguinal, en el canal femoral.

Factores de riesgo: Genéticos: historia familiar de hernias, trastornos del tejido conectivo. Sexo masculino (más en inguinales) sexo femenino (femorales). Edad: aumento de la edad (pérdida del tono muscular y elasticidad). Aumento de presión intraabdominal: Tos crónica (EPOC, tabaquismo), estreñimiento crónico, levantamiento de objetos pesados, obesidad o sobrepeso.

Signos de gravedad: Dolor intenso y súbito, aumento rápido del volumen, fiebre, hernia irreducible, náuseas, vómitos, distensión abdominal, ausencia del tránsito intestinal (no hay gases ni evacuaciones) cambio de color en la piel (rojo, morado, negro) Signos de choque (hipotensión, taquicardia, sudoración fría).

Síntomas: Bulto o masa en la ingle, dolor o molestias en la ingle, sensación de pesadez o ardor, molestia al caminar o agacharse, aumento del tamaño del bulto.

Diagnóstico: Región inguinal: tumores de cordón espermático / testículo, quiste de epidídimo e hidrocele. Región femoral: neuritis, compresión radicular, pubitis postraumática, inguinalia postraumática crónica.

Tratamiento: Realizar procedimientos dx solamente en px con dolor de origen oscuro o abultamiento dudoso de la región inguinal. Vigilancia: Hí minimamente sintomática o asintomática. Cirugía: fines reconstructivos, material protésico o tec. plásticas indicadas. Tx ax -- vía abierta: Lichtenstein, coro, sistema pre formado.

Hernia Umbilical

Definición: Es una protrusión o salida de una parte del intestino u otro tejido abdominal a través del ombligo, una zona natural de debilidad en la pared abdominal.

Epidemiología: 5% de la población padece hernia abdominal, el 10% son umbilicales. El promedio en mujeres 2:1 hombres y el 6% se presenta en niños.

Etiología: Congénita (presente al nacer): recién nacidas, especialmente prematuros o de bajo peso al nacer, bebés con síndromes genéticos. Adquirida: Obesidad, embarazo, Ascitis, levantamiento de objetos pesados.

Factores de riesgo: Obesidad, EPOC, tos crónica, EOU, Ascitis, constipación, prostaticismo, multiparidad.

Signos de gravedad: Dolor intenso y constante, cambio de color en la piel sobre la hernia, hernia irreducible, vómito y náuseas persistentes, fiebre.

Síntomas: Bebés y niños: bulto visible en el ombligo, generalmente no causa dolor. Adultos: protuberancia en el ombligo, dolor o molestia abdominal leve a moderada, sensación de presión, crecimiento progresivo.

Diagnóstico: ex abierta sin malla, ex abierta con malla.

Tratamiento: corroborado: aumento del volumen, defecto ans neurotico en área.

Hernia Central

Definición: Es un tipo de hernia de la pared abdominal que ocurre a lo largo de la línea media del abdomen, entre el ombligo y el esternon (zona epigástrica).

Epidemiología: Presenta aproximadamente el 3-5% de todas las hernias de la pared abdominal. Puede presentarse a cualquier edad, pero más común en adultos entre 20 y 50 años. Afecta con mayor frecuencia a los hombres.

Factores de riesgo: Obesidad, aumento de la presión abdominal, tos crónica, estreñimiento crónico, debilidad congénita, historial de cirugías abdominales.

Etiología: Se produce por un defecto o debilidad en la línea alba, lo que permite que el tejido abdominal pro tuya hacia afuera.

Signos de gravedad: Dolor abdominal intenso, bulto irreducible, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones o gases.

Síntomas: Abultamiento en la línea media del abdomen, sensación de presión, dolor intermitente.

Diagnóstico: Palpación del bulto, evaluación en posición de pie, ecografía abdominal.

Tratamiento: reparación abierta (sutura o malla) cirugía laparoscópica.

Pancreatitis aguda

Definición: Es una inflamación aguda del páncreas, a menudo con afectación del tejido peripancreático y potencialmente de órganos distantes.

Epidemiología: Tiene como mortalidad global del 5% y esta incrementa en px >70 años con un 10% y esta es más común en mujeres.

Etiología: Biliar 60% (más común), por el consumo de alcohol 15.9%, hipertriglicéridemia con un 7.8% y post-CEPRE 2.1%.

Factores de riesgo: Como >55 años de edad, IMC >30, falla orgánica al ingreso, derrame pleural, infiltrados.

Signos de gravedad: Sx de Grey Turner, Sx de Cullen, Sx de Fox.

Síntomas: Iniciales: hipotensión, taquicardia, oliguria; encontramos a la triada clásica: dolor abdominal, náuseas y vómito, enzimas pancreáticas elevadas.

Diagnóstico: Prueba de dx clave: lipasa sérica: mejor parámetro bioquímico, sensibilidad de 90-100% y especificidad de 99%. Golden estándar: proteína C reactiva: punto de corte de 150 mg/l a las 48 hrs sensibilidad de 88%. Enzimas extra pancreáticas: necesarios para el apoyo del dx de pancreatitis aguda. Imagenología: USG 1ra instancia en px con sospecha de P.A., TAC en 1era 24 hrs para clasificar gravedad. CPRE: realizar dentro de la 1era 72 hrs de presentados de los sx en px con: P.A.G., sospecha o evidencia de litiasis biliar, con o sin ictericia obstructiva.

Tratamiento: reposición de líquidos: administrar líquidos I.V. temprana y adecuadamente para corregir la volemia y prevenir. Oxigenoterapia: controlar la situación de O₂ con pulsoximetría durante 48-72 hrs. Analgesia: administrar analgésicos escalonados según la intensidad del dolor. Antibióticos profilácticos: uso de ATB de alto espectro si es gram (-): imipenem, ciprofloxacino, ofloxacino. Aspiración con aguja fina: indicada en px con síntomas persistentes, necrosis pancreática.

Tratamiento Qx: pancreatitis aguda leve: no requiere cirugía, absceso pancreático y pseudociste: drenaje percutáneo o endoscópico para abscesos y drenaje para pseudociste con diámetro creciente.