



**Nombre del alumno: Yereni Monserrat
Perez Nuricumbo**

**Nombre del profesor: Dr. Erick
Antonio flores**

Nombre del trabajo: resúmenes

Materia: Quirurgica

Grado: 6

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de julio de 2025

Apendicitis Aguda

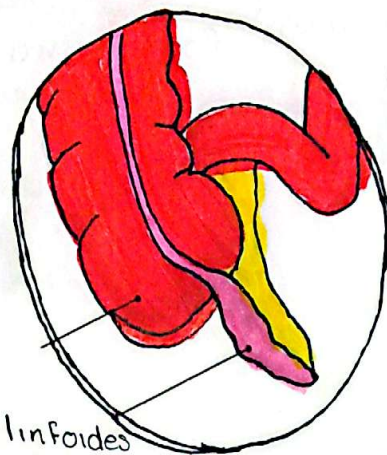
Fisiología

Introducción

concepto descriptivo amplio que define una situación clínica de urgencia o emergencia. Es una razón habitual de asistencia al servicio de urgencias. Intervención quirúrgica. Predomina una de las + practicadas.

Definición

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



Localización

+ = Retrocecal (65%)

Etiología

- 0 = Problema obstructivo → Linfoides
- ① = Hiperplasia de los folículos submucosos = 60%. 2^a = Infección (+F)
- ② = Fecalito o apendicolito = 36%. Adultos → ①
- ③ = Cuerpos extraños. (4%)
- ④ = Tumores apendiculares [1%]. [Tumor carcinoide]

Epidemiología

Probabilidad → A. Infancia = 1-5 → Adultos >70 = 1-100.

Patología ① (+F)

Apendicetomía = ↓ R = CUCI y ↑ CROHN.

Cáncer ovario = 30% Apendice.

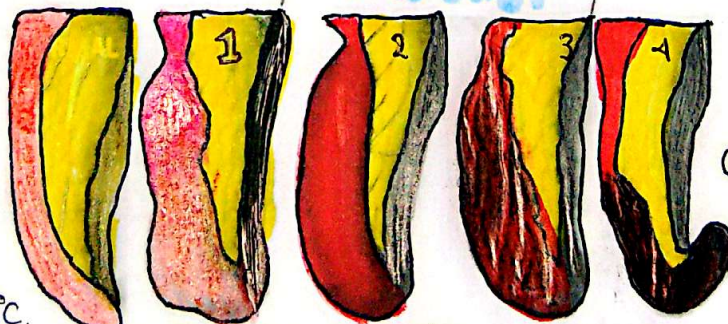
10% P = Apendicitis → D. Abdominal = 11us.

Factores de Riesgo

- Edad 10-30 años • > Hombres.
- Dieta baja fibra • Ant. Familiares.
- Infecciones gastrointestinales

Adulto: Dolor Abdominal constante generalizado.
- larga evolución (3 días).

Clasificación



⇒ **perforación**
cont. isquemia y perfora pared apendicular.
24-72h.
0sr.

Alcanado (Mantrel)
Síntomas: Migración dolor, anorexia, náuseas o vómito.

Signos: Toque (D.F.), Rebote (Blumberg).

Elevación Tem >37.3°C.

Leucocitosis >10.000/mm³.

Shift (Desviación >75% Neutros Obs. Proximal de la luz de A. Luminal 0.1 ml.

0-4 = (-)

5-6 = Posible

7-8 Probable A. R = Apendicetomía Laparoscópica.

sol. BH.

A⁹⁻¹⁰ Laparosc.

Congestiva

Supurativa

0 = linfático y venoso.

Inu. Bacteriana

B. Fragilis.

Gangrenosa

↓ F. Arterial con isquemia de mucosa.

Fiebre.

x imq.

Embarazada = + 2 trimestre = Clínica = Dolor FID → + común
↳ Migra^{OH} codo = Apendice.

Dx = - USG

- RM - TAC. Tx = Quirúrgico = Laparoscopia -
complicación = pérdida fetal

Adulto > = □ cu. Subagudo - 3 días
Poca Intenso.

Cx = Fiebre
perforación. Dx =
Rx Abdominal
TAC y vigi-
lancia

Niños = + 6-10 años

Trata = Apendicectomía A.

Cx = Diarrea
S.L.

Dx = Dx
Lab. Gro = USG.

BH + TAC + EGO
Apendicectomía A.

Colangitis

definición

- Infección de la vía biliar 6 → 2 vía
- Coledocolitiasis
- Estenosis benigna. Pos quirúrgica
- Tumores V.B
- Periambitales.

Etiología

- E. Coli
- Klebsiella
- 1.- coledocolitiasis
- 2.- Neoplasias.
- oclusion Maligna

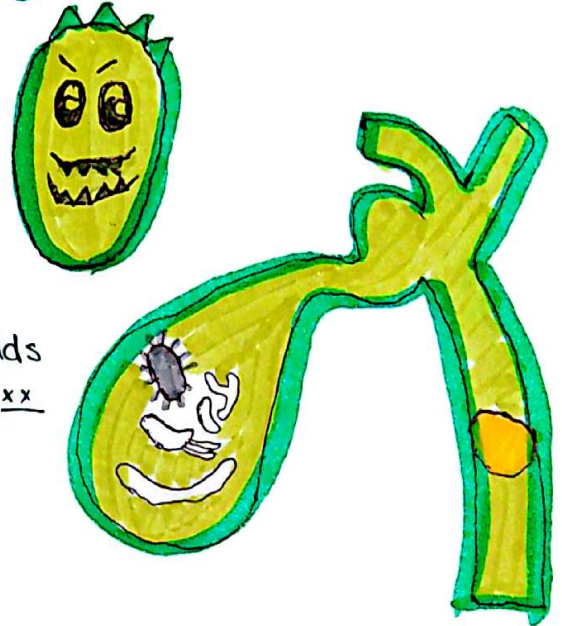
Epidemiología

1% pacientes

= Coledocolitiasis
P = Colangitis.

Asociada

Px = 7ma década.



Clinica

Triada Charcot

Fiebre intermitente.

Ictericia

Dolor en hipocóndrio derecho

+

Pentada de Reynolds

Alteración conciencia

Hipotensión

Tratamiento Quirúrgico

Descompresión temprana + Antibiótico.

Estínterecto x CPRE urgente.

2. Drenaje Biliar transhepático.

Diagnóstico

① = USG Hígado V. Biliares

E. Img = Elección = Colangio - resonancia

Gold = Dx y Terapéutico = CPRE

• Leucocitosis → Neutrofilia

Hemacultivo = Kleb y E. coli.

PCR

tratamiento

• Cefalosporina 3-4ta generación (ceftriaxona - cefepime)

• Metronidazol = colelititis grave.

créditos Tokio

A) Inflamación sistémica

↳ 1 F > 38°C o Escabfrios

↳ 2. Datos de laboratorio = E. R = Inflamatoria
 < 4000 o > 10000
 PCR > 1mg/dl

B) - Colelisis

↳ 1 Ictericia (BT > 2mg/dl)

↳ Pruebas F. Hepática Anormales



Imagen
 C-1 dilatación V. Biliar
 C2 - E. Etio x Ima.

1 Colecistitis y colelitiasis 2

1 Inflamación de la vesícula por litos

2 presencia de litos en la v. Biliar. o colico B.

Factores de Riesgo:

Femenina - Anticoncep-
+40 años - tivos O.
Obesidad
Enfermedad hepática.
Embarazo.

Etiología 1 colesterol 80% p. Biliares = Hemo-
sales de calcio lisis y
Hepatopatías

Clinica

1 Dolor H.D.
Nauseas - Vomito.
+ = Murphy
F° = >39°C.

Dx = 1 sig 0 5x + 1 3g / 5x local + Imgen
(+)

✓ Gamagrafia - 2da - Tomo = obstrucc-
Laboratorios = iones.

1
Dx USG.

- Creatinina - Leucocitosis
- BUN - ↑ Neutrofilos.
↑ Bilirrubina Ind.

Tratamiento:

Grave
G° 3

Gravedad moderad

+
disfunción org. Múltiple

2ble Atb.

- Cefalosporina 3-4ta
gen.

Monobactamicos (Aztreonam).

+
Metronidazol.

=
colecistectomia lapa
+ tardía

D. 2-3(m)

1 clasificación

Leve o
grado I =

Px. Sindifusión
orgánica, cambios
inflamatorios leves.
leucitos <18000
<72 hrs.

Atb = ciprofloxacino

colecistectomia.
L. temprana.
Prox. 7 dias

Moderado
grado II

Leucocitosis >18000
>72hrs evolución

Masa palpable

SD - Inf. local.

2ble atb = piperacilina
con tazobactam
- Ampt con sulbactam

=
colecistectomia L.T.
P. 7 dias.

Coledocolitiasis

definición

Presencia de calculos en los conductos biliares, procedentes de la vesícula biliar o mismo C. Novo.

Clinica

Dolor similar - colico B.
coloria y acolia.

Icteria en Mucosas = BT = $> 2.3 \text{ mg dl.}$

calculos 2.100

F = Vesícula

P = 2 años cole.

Arros = F = colédoco

Epidemiología

10-15 = colelitiasis Sx = coledocolitiasis.

4-12% Ant = colecistectomía.

Diagnostico

① USG B. Biliares = coledoco dilatado $> 6 \text{ mm}$
litos. +

E. Img Elección = colangio - Resonancia.

Gold = CPRE $\rightarrow$ Presencia litos x Img.
+ coledoco dilatado

$\geq 6 \text{ mm}$
Pancreatitis Biliar.
ictérica.

Auxi =

- Hiperbilirrubinemia = obstructivo (D)
- Fosfatasa alcalina $\uparrow$
- TP = Prolongado.
- Prueba F. hepática = Normales.

Complic

Inmediatas = Infeción preoperatoria
Reacción transfusional
Manejo C. Purulentas

24-72

Flebitis Septica
Neumonía

24 hrs = Atelectasias Inf. Henda. Qx.

$> 72 \text{ h}$ = Inf = Henda Qx
IVU TUP - TEP.

Pancreatitis Aguda y crónica

Definición

Inflamación aguda del páncreas.

- Leve - Autolimitada - Grave
- Falla Múltiples órganos.

Etiología: cálculos +
Etanol Triglicéridos
Idiopático.
- Metabólicas - Vasculares.
Infecciones

Clínico

- 72 horas =
 Dolor Intenso Abdomen Superior
 Nauseas → Nauseas
 Vómito → Anorexia
 I = Hombro izquierdo.

+ 72 hrs = Disfunción Orgánica
Masa dura supraumbilical.

• **Lab:** Niveles de amilasa
lipasa - Bometría H.
- uroanálisis
- PCR.

Factores Riesgo

Sedentarismo
Obesidad
Tabaquismo
Alimentos con exceso de Grasa.

Diagnóstico

= Dolor Abdominal
• 2 o + → puntaje o criterios
Aumento lipasa, Amilasa.

• USG • RM • TAC. • x E. Física
 ↓ Obstrucción sig. vitales
 Sig. Deshidratación Abdominal

Imágenes:

USG

Rx = calcificaciones.

Tratamiento

■ crónica = Suspende alcohol
Tabaco. Quirúrgico = CRM/CPRE.

Dolor = AINES - OPIOCEAS.
Técnicas endoscópicas

■ Aguda R- Hidratación → Ringer Lactato
→ Sol. Salina. = 0.9%

Criterios Ranson

■ Leucos > 16.000 mm³
 ■ LDH = > 350 U/l
 ■ Edad > 55 años
 ■ Glicemia > 200 mg/dl
 ■ AST > 250 U/l.

Pancre Crónica

Enf. Inflamatoria progresiva del páncreas que provoca daño irreversible, pérdida de función.

Clínica

Diabetes - calcificaciones
Mala absorción

Criterios

■ Daño haza
 ■ A. Normal 0
 ■ B. Focal / dif 1
 Páncreas
 ■ Grasa peripan 2
 colección P.P 3
 ■ E ≥ 2 cole 1 g 4
 g w 4.

Compli = Necrosis
Infecciones
F. Orgánica

Hernia ventrales

Definición

H.V. Es la protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral del abdomen

Clinica

- Dolor oitio de la hernia.
- Estreñimiento
 - Distensión abdominal
- Deformidad de pared.
- Puede = Oclusión Intestinal

diagnostico

① Clínico - Historia clínica

E = Ultrasonido abdominal.

✓ = Tac con contraste oral.

Maniobra de Valsalva.

Epidemiología

- Presentar 11-22% después laparotomías.
- Recidiva posterior alcanza = 54% sin material protésico
- 32% Material protésico.

factores

- Obesidad
- Tabaquismo
- Aneurisma aórtico.
- EPOC.
- Protatismo.
- Masculino
- Actividad Laboral.
- Estreñimiento crónico.
- Malnutrición
- Insuficiencia Renal.

Quirurgicos

Elección - Reparación

Quirúrgica = material protésico

↓ Recidiva = T-Rives.

hernia umbilical

Definición

Abultamiento alrededor del ombligo que puede contener epiploon, parte del intestino delgado o grueso.

2^{do} = Debilitamiento de la fuerza del tejido conectivo.

factores Riesgo

Obesidad
IMC = > 35
Multiparidad
Ascitis
estreñimiento
EPOC
Tos crónica
Obstrucción urinaria
constipación

(- Clínica) $\rightarrow$ clínica

Exploración Física = aumento del volumen en área umbilical
Especialmente ante esfuerzo (Valsalva).

Diagnóstico

- 1.- Clínico = No R = Estudios de laboratorio o gabinete para su confirmación
- Sospecha diagnóstica = Enviar al paciente a especialidad correspondiente.
- Ya con exámenes = Preoperatorios.

3 Quirúrgico - Tratamiento

- ① Clínico
- No R = Estudios
- $\rightarrow$ Cirugía ambulatoria
- ① Herniografía umbilical abierta (sin malla).
- Técnica Mayo = M. Absor.
- $> 3\text{cm}$ con M. Protésico.

Niños

$\rightarrow$ Reparación Qx = $> 1.5\text{cm}$
o persistencia de la hernia
Desp. 2 años.

Epidemiología:

5% = padece
Hernia Abdominal
10% umbilicales
+ Mujeres = 2:1H

Fisiología.

Ciene completo del anillo umbilical
Tras nacimiento y el retorno de las asas intestinales a la cavidad abdominal durante el desarrollo fetal.

Hernia Inguinal y femoral

fisiología.

- Por arriba del ligamento 63

O = Orificio Musculo-pectíneo.

fisiología.

• Indirecta

- fuera Δ Hesselbach
- saliendo c. Abdominal = O.
- Inguinal profundo.

persistencia conducto peritoneo vaginal y anillo inguinal grande.

persistencia de conducto peritoneo vaginal y anillo 1. Grande.

código espermático $\rightarrow$ Escudo.

• Vazos epigastrios = laterales.

Clinica

• Protusión / Abultamiento = 2. Inguinal

Dolorosa o no

Femoral.

P = $\uparrow$ deambular G esfuerzo $\downarrow$ Decúbito

Clasificación NYHUS

- I. Hernia Inguinal Indirecta = Anillo I. Normal
- II. H. Inguinal = c. A-I = Interno dilatado.
- III. Defecto pared post =
 - A. Directa pequeñas.
 - B. Indirecta o directas grandes
 - C. Hernia Femoral.
- IV. Hernias recurrente
 - A. Directa.
 - B. Indirecta
 - C. Femoral
 - D. Mixta

Directa 33%

fisiología.

- protruye = solo canal inguinal por debilidad Fascia transversalis. Δ No

Defecto = pared posterior (Conducto Inguinal) $\leftarrow$ Independiente peritoneo.

Definición

Defecto fascia transversalis por debajo de Gintilla i liopubiana. Thompson.

Epidemia

predomina Mujeres

Diagnostico

D. ocusión I = Radiografía Simple $\rightarrow$ Tele de Taux

duda Dx = USG

$\rightarrow$ duda tras USG = RM

Espect. Herniografía > Sen.

Quirúrgico

E = Hernioplastia abierta con mat: Protésico - Malla)

sin T con malla = Lichtenst

con T sin M = Shouldice.

p.T sin malla =

Infección herida = perforación s. Intestinal.

complicaciones

Infecciones de la herida

Perdida del reflejo Cremásterico.

Bibliografía

Sabiston Tratado de Cirugía C.M. Townsend Ed., 19ª Ed. Elsevier (1 vol.). Madrid, 2.013

- EsSalud. (2022). *Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda*. Lima: EsSalud-IETSI.
- Di Saverio, S., Podda, M., De Simone, B. et al. (2020). Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*.
- IMSS/CENETEC. (2009). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda*. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.