



Oscar Eduardo Guillén Sánchez

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Técnicas quirúrgicas básicas

PASIÓN POR EDUCAR

Resumen

6to

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de julio del 2025

Patologías Biliares.

Definición:

- **Colelitiasis:** Presencia de cálculos en la vesícula
- **Colecistitis:** Inflamación súbita de la vesícula biliar.
- **Coledocolitis:** Presencia de cálculos en el conducto coledoco.
- **Colangitis:** Infección del árbol biliar frecuentemente a obstrucción.

Etiología.

- **Colelitiasis:** ↑ de colesterol, sales biliares y lecitina. Formación de cálculos
- **Colecistitis:** Obstrucción del conducto mayormente ocasionado por cálculos.
- **Coledocolitis:** Migración de cálculos al conducto coledoco.
- **Colangitis:** Obstrucción por cálculos, estenosis, tumores, con proliferación bacteriana.

Fisiopatología.

Litogénesis ocasionada por:

- sobresaturación de colesterol en la bilis.
- Alteración de la motilidad vesicular.
- ↓ de solventes (sales biliares, lecitina)
- La obstrucción biliar produce un aumento de presión intravesicular, inflamación, isquemia y proliferación bacteriana.

Epidemiología.

- **Colelitiasis:** Afecta 10-20% de la población adulta, + común en mujeres. edades entre 40-60 años.
- **Colecistitis:** Complicación + común de la colelitiasis, 10-15% de los casos.
- **Coledocolitis:** Presente entre 10-15% de los casos de pacientes con colecistitis.
- **Colangitis:** Urgencia médica, alta mortalidad si no se trata a tiempo.

Factores de Riesgo.

- Sexo femenino
- Edad >40 años
- Obesidad → pérdida de peso rápido
- Embarazo o terapia con estrógenos
- Eñf. hemolíticas.
- Cirrosis o eñf. de cirrós.

Clinica.

- **Colelitiasis:** Ocasionalmente asintomático. Dolor tipo cólico en hipocóndrio derecho o epigastrio, Náuseas Post-Pandreal.
- **Colecistitis:** Dolor intenso hipocóndrio derecho, fiebre, náuseas, vómitos, Murphy Positivo
- **Coledocolitis:** ~~Tanda de charcot~~ Ictericia, coluria, acolia, Dolor tipo biliar persistente.
- **Colangitis:** Tanda de charcot → Fiebre, ictericia, dolor en hipocóndrio derecho, Pentax de Reynolds + Hipotensión y alteración estado men.

Diagnostico

Laboratorios = P de transaminasas,
fosfatasa alcalina, bilirrubina, leucocitos,
ultrasonido abdominal: Primer linea
Para colelitiasis y colecistitis.
CPRE = Diagnostico en coledocolitiasis
y colangitis (colangiopancreatografía
retrograda endoscópica)
Colangiorensonancia: visualización de
vía biliar.

Bibliografía.

- Diagnostico y tratamiento de colecistitis aguda GPC SSA IMI
- Townsend CM - Sabiston. Tratado de cirugía 21ª ed. Elsevier 2021.
- Williams NS Bailev y Louis Hart predict OP Surger 29ª ed CR Press. 2018.

Pancreatitis Aguda y Crónica.

Definición:

Pancreatitis Aguda (PA): Inflamación súbita del páncreas, caracterizado por activación prematura de enzimas pancreáticas dentro del órgano, lo que causa autodigestión y respuesta inflamatoria sistémica.

Pancreatitis Crónica (PC): Proceso inflamatorio prolongado del páncreas caracterizado por fibrosis, pérdida progresiva de la función exocrina y endocrina, y episodios recurrentes de dolor.

Epidemiología.

Factores de riesgo.

PA

- Incidencia 13-45 casos/100,000 personas/año
- Frecuent 30-60 años
- Mortalidad 54. hasta 64. casos graves.

PC

- Incidencia 5-12 casos/100,000 personas/año.
- Prevalencia en pacientes con consumo de alcohol
- > riesgo en hombres

PA.

- Colangi bilares
- Dislipidemia
- Tabaquismo
- Historia familiar

PC

- Ingesta crónica de alcohol (>5 años)
- Tabaquismo activo
- Predisposición genética
- Pancreatitis aguda

Etiología.

PA

- Litiasis biliar (35-45%)
- Alcoholismo (20+30%)
- Hipertrigliceridemia
- Fármacos
- Post-CPRE.
- Idiopática

PC

- Alcoholismo crónico (90%)
- Genética
- Autoimmune
- Obstrucción ductal crónica
- Pancreatitis tropical.

Fisiopatología.

→ Pancreatitis aguda

- Activación intrapancreática (tripsinas)
- Autodigestión del tejido pancreático
- Inflamación local y sistémica
- Puede evolucionar a necrosis, colecciones líquidas y fallo multi-^{to} orgánico.

→ Pancreatitis crónica

- Daño inflamatorio repetido → Fibrosis
- Obstrucción ductal → Atrofia acinar → Pérdida funcional.
- Desarrollo de diabetes pancreatogénica (Ins 3c)
- Pérdida de función exocrina → Mala absorción.

Clinica.

PA

- Dolor en epigastrio irradiado al dorso.
- Náuseas, vómito
- Distensión.
- Fiebre.
- Taquicardia.
- Signo de Collén o Grey-Turner.

PC

- Dolor epigástrico crónico periantral.
- Diarrea esteatorreica
- Pérdida de peso
- DM secundaria.

Tratamiento.

PA

- Hospitalización, reposo digestivo
- Hidratación con cristaloide.
- Analgesia (Opioides)
- Nutrición enteral precoz
- Antibiótico
- Tx etiológico

PC:

- Abstinencia total al alcohol y tabaco
- Control del dolor.
- suplemento enzimático pancreático.
- Control glucémico
- Intervención Quirúrgica en obstrucción ductal o dolor inabordable.

Diagnóstico.

Laboratorio = Elevación de amilasa y lipasa (>3 veces USN), Elastasa fecal ↓

Imagen = USG abdominal, TAC contrastada RMN o Colangio RMN.

Enteroscopia severidad en PA:

Apache II, Banson, Balthazar.
y criterios de Atlanta.

Bibliografía.

- Diagnóstico y tratamiento pancreatitis aguda A.C. IMSS.
- síndrome tratado de cirugía 21o ed. Elsevier 2021
- Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis crónica. CENETEC. IMSS.

Hernias.

(Umbilical, Inguinal, Femoral, ventral)

Definición:

Hernia: Protusión de un órgano o tejido a través de un defecto en la pared que lo contiene

- Hernia Inguinal: Protusión a través del canal inguinal; Puede ser indirecta (a través del anillo inguinal profundo) o directa (a través del triángulo de Hesselbach).

- Hernia umbilical: Protusión de contenido abdominal a través del anillo umbilical.

- Hernia Femoral: Protusión a través del canal femoral, por debajo del ligamento inguinal + frecuente en mujeres.

Hernia Ventral o Incisional.
Se desarrolla en el sitio de incisión que ocurre en la pared abdominal.

Epidemiología.

- Hernia Inguinal: + común 75% de todas las hernias + en hombres.

- Hernia Umbilical: Común en neonatos 20%; adulto + frecuente en mujeres.

- Hernia Femoral: Representa 2-4% de hernias + comunes en mujeres.

- Hernia Ventral/Incisional. Incidencia de 10-20% por laparotomía

Etiología.

- Aumento de Presión Intraabdominal

- Debilidad congénita o adquirida de la pared abdominal

- Fallo del cierre del anillo umbilical en neonatos.

- Técnicas Quirúrgicas inadecuadas.

- Enf. del Tejido Conectivo.

Factores del Riesgo.

→ Obesidad

→ Embarazo

→ Estreñimiento crónico

→ Tabaquismo

→ Ascitis

→ Esfuerzo físico repetitivo

→ Ex. abdominal, previo

→ Enf. pulmonar obstructiva crónica

Fisiopatología

La debilidad de una zona específica de la pared abdominal junto con un aumento de la presión intraabdominal (Por tos, esfuerzo, embarazo, etc) Favorece el paso de contenido peritoneal (intestino, cecum) a través de defectos anatómicos naturales o adquiridos:

- Inguinal indirecta: Persistencia del conducto peritoneo-vaginal
- Inguinal directa: Debilidad del suelo inguinal (triángulo de Hesselbach)
- Femoral: Debilidad del anillo femoral.
- Umbilical: Fallo del cierre del anillo umbilical
- Ventral: Delirscencia o debilidad post-op

Clinica.

• Síntomas comunes

→ Tumoreación reducible o irreducible en la región correspondida.

→ Dolor leve o moderado, exacerbado por esfuerzo o de pre.

→ Náusea, vómitos si hay incarceration.

• Signos de alarma (estrangulación)

→ Dolor intenso, tumoreación no reducible

→ Cambios de color en la piel.

→ Obstrucción intestinal.

Diagnostico.

• Clínico: Inspección y palpación de la zona hernia; manobra de Verbalva útil.

• Ultrasonido: útil para confirmar hernias pequeñas o en pacientes con obesidad.

• TAC: Fundamental en casos complicados, hernias ventrales o para planificación Qx

Tratamiento.

Generalidades.

• Definitivo: Quirúrgico

• Indicación urgente: Si hay estrangulación o incarceration

Tratamiento.

Técnicas Quirúrgicas.

- Hernia Inguinal.
 - Técnica de Lichtenstein (Malla)
 - (Patching de oro)
 - Reparación laparoscópica (TAPP o TEP)
- Hernia Umbilical.
 - Reparación Primaria con o sin malla según el tamaño (> 2 cm usa malla)
- Hernia Femoral
 - Requiere reparación quirúrgica temprana por alto riesgo de estrangulación.
- Hernia ventral / incisional.
 - Reparación con malla en la mayoría de los casos.
 - Técnica abierta o laparoscópica de los casos según características del paciente.

Conservación:

Uso de faja abdominal

Bibliografía.

- CENETEC (2012) Guía Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de hernia inguinal en el adulto. Secretaría de Salud / IMSS / ISSSTE.
- Kingsnorth, A. y LeBlanc, R. (2003) Hernia Inguinal y umbilical. The Lancet. (1561-1571)
- Bittner, A., Amesz, M. E., Bergsørd, T., Dohai, M., Rudelinner, P. et al. (2003) Laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP)

Appendicitis Aguda.

Definición:

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, habitualmente causada por una obstrucción luminal. Representa una urgencia abdominal frecuente que, sin tratamiento oportuno, puede progresar a perforación, peritonitis o sepsis.

Epidemiología.

- Causa más común de abdomen agudo quirúrgico.
- La mayor incidencia se presenta entre 10-30 años.
- Afecta a 1.5 a 1.9 de cada 1000 personas al año.

Factores de Riesgo.

- Dieta baja en fibra.
- Infecciones gastrointestinales.
- Antecedente familiar de apendicectomía.
- Edad entre 10-30 años.
- Sexo masculino.
- Historia de enfermedad inflamatoria intestinal.

Etiología

- Obstrucción de la luz apendicular por:
- Fecalitos (+ común)
 - Hiperplasia linfática (niños y adolescentes)
 - Parasitos (ej. enterobius vermicularis)
 - Tumores (raros)
 - Cuerpo extraño.

Fisiopatología

Obstrucción luminal provoca aumento de la presión intraluminal, isquemia de la mucosa, proliferación bacteriana y eventual necrosis de la pared apendicular. Si no se trata, puede evolucionar a perforación, peritonitis y absceso intrabdominal.

Clinica.

- Dolor abdominal: Inicialmente periumbilical y luego localizado en fosa ilíaca derecha.
- Náuseas, Vómito.
- Fiebre moderada.
- Anorexia.
- Peseo marcado.

Signos clínicos

- Rovings.
- Obturator.
- s Psoas.

Diagnóstico

- Clínica
- Laboratorial:
 - leucocitos
 - PCR elevada
- USG abdominal (primera elección)
- TAC Abdominal
- Escala de Alvarado o Andersson.

Tratamiento

- Quirúrgico: Apendicectomía.
- Antibióticos: pre-quirúrgico y post-op.
- Apendicitis perforada: Manejo con antibióticos y drenaje.

Bibliografía.

- Bronckord, F. C et. al (2022) Schwartz Principios de cirugía 12ª ed. McGraw-Hill Education.
- Secretaría de salud (2014). Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda en el primer y segundo nivel de atención (GPEC). Mexico