

**Nombre del alumno: Rashel Citlali
Rincón Galindo**

**Nombre del profesor: Erick Antonio
Flores Gutiérrez**

Nombre del trabajo: Resúmenes

**Materia: Técnicas Quirúrgicas
Básicas**

Grado: 6

Grupo: B

⇒ APENDICITIS AGUDA ⇐

Es la inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda, crónica o reactiva
o Localización más frecuente es Retrocecal (65%)

Etiología = Infección originada por un problema obstructivo.

- ① Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos (60%)
- ② Tecalitos o Apendicolito (30%) en adultos causa principal
- ④ Cuerpos extraños (4%)
- ④ Tumores apendiculares (1%) tumor carcinoide

Epidemiología =

- o Probabilidad en la infancia es de 1 de cada 5 niños, pero en adultos >70 años 1 de cada 100.
- o Es la patología quirúrgica más frecuente
- o La apendicetomía reduce el riesgo de CUCI y aumenta el riesgo de CROHN
- o Cáncer de ovario 30% puede afectar el apéndice
- o El 10% de las probables apendicitis (dolor abdominal) son IVUs

Factores De Riesgo =

- ▷ Edad ▷ Sexo ▷ Antecedentes Familiares
- ▷ Dieta ▷ Infecciones gastrointestinales

Síntomas = — Clínica —

- ▷ Dolor abdominal difuso
- ▷ Dolor en FID
- ▷ Signos de irritación peritoneal
- ▷ Migración del dolor
- ▷ Hiperalgia cutánea

S. McBurney:

Dolor en la unión del tercio externo con los 2/3 internos de una línea trazada entre ombligo a espina iliaca derecha.

S. Blumberg (Rebote)

Dolor después de soltar súbitamente una compresión abdominal (Clínica irritación peritoneal).

Signos =

S. Psoas

Px en decubito lateral izquierdo, se realiza una hiperextensión de cadera derecha (muñeca).

S. Rovsing (Espejo)

Dolor en cuadrante inferior derecho a la palpación en cuadrante inferior izquierdo (movimiento del gas).

Diagnostico = Prueba de embarazo
o Toda px femenina en edad reproductiva.

Radiografía abdominal
o Solo en adulto mayor en busca de diagnostico diferenciales.

USG
o Elección de pediátricas
o Metodo Inicial de embarazo.

Resonancia Magnética
o Embarazadas con USG no concluyente

TAC
o Duda en niños con USG
o Mujeres no embarazadas
o Adultos mayores (confirmatorio)

Tratamiento =

- o Antibioticos = Cefalosporina 1° a 2° generación + metronidazol
- o En caso Alergias a cefalosporina = Amikacina
- o Analgesico = Paracetamol

Tratamiento Quirurgico =

Elección = Apendicetomía laparoscópica por menos Inyección (2) veces y menos riesgo de íleo (29) veces.

- ▷ En el embarazo la nueva actualización de GRC, No consideran las SDG para el abordaje
- ▷ Solo en niños menores de 5 años y adultos mayor con enfermedades crónicas considerar la apendicetomía abierta.

APENDICITIS EN EL EMBARAZO

- Durante el embarazo el apéndice aumenta su altura y 10 días postparto regresa a su posición habitual.

Epidemiología =

- ▷ Padecimiento quirúrgico no obstructivo (obstétrico) más común durante el embarazo la incidencia $\pm 1/1500$ embarazos
- ▷ Se presenta con más frecuencia en el segundo trimestre.

Clinica =

- ▷ Dolor en fosa iliaca derecha es el signo más confiable (57%)
- ▷ La migración caudal del apéndice, el dolor puede presentarse en la fosa iliaca o hipocondrio derecho.

Diagnóstico =

- En mujeres embarazadas con dolor abdominal, se recomienda el (ultrasonido) como primer estudio de imagen diagnóstica.
- Se recomienda el uso de la resonancia magnética (sin gadolinio intravenoso) por encima de la tomografía computarizada, para establecer el diagnóstico de apendicitis aguda.

Tratamiento Quirúrgico =

- En el tx en cualquier trimestre el embarazo, se recomienda el manejo laparoscópico (en caso de contar con la disponibilidad técnica y de personal) (como técnica de elección).

COLANGITIS

- Es una infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna posquirúrgica y menos frecuente tumores de la vía biliar y periampulares.

Epidemiología =

- El 1% de los pacientes con coledocolitiasis presentan colangitis y se asocia a pacientes de septima década
- Pentada de Reynolds tiene 70% de morbilidad

Clinica =

- Fiebre
- Dolor abdominal
- Ictericia
- Alteración conciencia
- Hipotensión

Diagnostico =

- ▷ Inicial = USG de hígado biliares
- ▷ Estudio = (Imagen) de elección = colangio-resonancia
- ▷ GOLD = Diagnostico y terapeutico = CPRE

Tratamiento =

- Cefalosporina 3 - 4ta generación
(ceftriaxona o cefepima) metronidazol
(Igual que colecistitis grave).

T. Quirúrgico = Descompensación Temprana + antibiotico

- ① Esinterecctomia por CPRE (urgente)
- ② Drenaje biliar transhepático.

COLEDOCOLITIASIS

Es la presencia de cálculos en los conductos biliares, procedentes de la vesícula biliar o de los mismos conductos (de novo, en ese caso suelen ser de bilirrubinato cálcico).

Epidemiología=

- El 10-15% de coledolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis
- En el 4-12% de los casos tienen antecedentes de colecistectomía

Calculos Secundarios = Formados en vesículas pueden estar presentes hasta los 2 años después de una colecistectomía.

Calculos Primarios = Formados en coledoco.

Clinica= Dolor similar a cólico biliar

- ▷ Coluria y acolia
- ▷ Ictericia en mucosas = Bilirrubina total $> 2.5 \text{ mg/dl}$

Auxiliares=

- ▷ Hiperbilirrubinemia tipo obstructivo (directa)
- ▷ Fosfatasa alcalina elevada
- ▷ TP ligeramente prolongado
- ▷ Pruebas de función hepática normales.

Diagnostico= Inicial = USG de vías biliares = coledoco $> 6 \text{ mm}$ + litos
Estudio Imagen de elección = colangio - resonancia
Gold standard = CPRE
(Colangiografía Retrograda endoscópica)
diagnostico y terapéutica.

Tratamiento =

- o ERCP + esfincterotomía tratamiento de elección para extracción de cálculos (Balon - canastilla)
- o Cálculos grandes (>10 mm o difíciles) = Se recomienda esfincterotomía + dilatación con balón de gran calibre (15-20 mm)

Indicaciones de CPRE =

- ▷ Presencia de litos +
 - Coledoco dilatado = >6 mm
 - Pancreatitis biliar
 - Ictericia

COLECISTITIS

COLELITIASIS

o Presencia de litos en la vesícula biliar

Etiología =

- o Mixtos + frecuentes
 - Colesterol
 - Pigmentos biliares
 - Sales de calcio
- o Colesterol 80%

o Pigmentarios
(Hemolisis)

Epidemiología = - 10-20% población tiene cálculos biliares
- 30% Presentara colecistitis aguda
- Principal motivo de consulta

Factores de Riesgo =

- o Edad 40 años
- o Sexo Femenino
- o Obesidad
- o Dislipidemia
- o Embarazo
- o Anticonceptivos Orales
- o Enfermedad Inflamatoria

Clinica =

No complicada

- o Dolor o resistencia en hipocóndrio derecho
- o Murphy(+)
- o Náusea Vómito

Diagnostico = (USG)

- 98% Sensibilidad para colelitiasis
- Engrosamiento pared > 5mm
- Alargamiento vesicular > 8 x 4 cm
- Líquido perivesicular

Laboratorio = - Leucocitosis con aumento en neutrófilos

- Creatinina
- BUN
- En caso de fiebre selección antibiótica

Tratamiento Quirúrgico

Grado I = Colectectomía temprana laparoscópica
(Primera elección)

Grado II = Sin inflamación grave

con inflamación =

Drenaje percutáneo o quirúrgico, posterior
colectectomía

Grado III = Manejo de la falla orgánica, drenaje de
la vesícula, colectectomía mejora
condiciones al px.

PANCREATITIS CRÓNICA

Inflamación persistente del páncreas que provoca daño estructural irreversible, fibrosis, y estenosis ductales con deterioro progresivo de las funciones exocrinas y endocrinas.

Epidemiología =

- o Problema relevante en gastroenterología
- o consumo crónico de alcohol (70-90%)
- o Tabaquismo Factor concomitante + frecuente

Clinica =

- ▷ Síntomas Característicos
→ Dolor abdominal epigástrico que irradia (70-97%)
- ▷ Síntomas Malaabsorción
Esteatorrea (heces, grasas, voluminosas) - peso.
(Clásica triada de la enfermedad)

Factores De Riesgo =

- o Alcoholismo
- o Pancreatitis recurrente
- o Tabaquismo
- o causas genéticas

Diagnostico =

Clinico = Función hepática = (Estenosis)
Pruebas de función pancreática.

CPRE = dx + terapia Endoscópica

o Imagenología =

- TAC abdominal
- RM / colangiopancreatografía
- Ecoendoscopia (CUSE)

Tratamiento=

A = Modificación en el estilo de vida

- Abstinencia absoluta al alcohol y tabaco

B = Manejo del dolor

Analgesia escalonada = paracetamol - AINES

C = Insuficiencia exocrina =

Enzimas pancreáticas = 30000 - 40000 de lipasa por comida

D = Tratamiento endoscópico =

CPRE = extracción de cálculos < 5mm

- Litotricia
- Dilatación

HERNIA UMBILICAL

D M A

Scribe®

→ DEFINICIÓN

Se define como un abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiploon, parte del intestino delgado o grueso.

→ EPIDEMIOLOGÍA

5% de la población padece de hernia abdominal - 10% son umbilicales y predominan en mujeres (2 mujeres por un hombre).

En niños, se presentan en 1 de cada 6 niños, más frecuentes en lactantes de bajo peso, prematuros, asociadas a otras enfermedades como el síndrome de Down, hipotiroidismo.

→ Factores de riesgo

• Obesidad (IMC mayor 35) • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Tos crónica
• Enfermedad obstructiva urinaria • Ascitis • Constipación y estreñimiento

→ SINTOMAS

• Bulto en la zona abdominal • Dolor en el área de la hernia • Dolor agudo

→ DIAGNOSTICO

Exámenes de laboratorio (preoperatorios) para la programación de la herniorrafia hernioplastia.

Se sugiere valoración preanestésica a todos los pacientes 5 días antes de su cirugía o previo al acto quirúrgico.

→ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos para las herniorrafias o hernioplastias, dada la baja frecuencia de infección de sitio quirúrgico. Para el control del dolor en el posoperatorio se recomienda usar ketorolaco en las primeras horas y posteriormente, continuar con paracetamol.

HERNIA INGUINAL

D	M	A
---	---	---

Scribe

→ DEFINICIÓN

Es la protrusión de contenido intraabdominal (como intestino, grasa o epiploon) a través del canal inguinal, una zona débil de la pared abdominal localizada en la región inguinal (ingle).

→ EPIDEMIOLOGÍA

- 75% inguinales
- Dos tercios = 1. Indirectas
- + en hombres
- + común H.I.I
- Relación 2.1 en H.I.I y H.I.D
- + en lado derecho
- 10% M y 50% H con H. femoral = sufrirán H. inguinal

→ FX DE RIESGO

- Vejez
- Obesidad
- Torceduras
- Esfuerzo crónico
- Antecedentes familiares
- Trastornos del tejido conectivo
- Embarazo

→ DIAGNOSTICO / H. CLINICA

- síntomas comunes:
- 1 Bulto o masa en la ingle, que aumenta al hacer esfuerzo.
 - 2 Dolor leve a moderado o sensación de pesadez en la ingle.
 - 3 En hernias incarcerationadas: dolor intenso, masa irreducible, náuseas o vómitos.
 - 4 En hernias estranguladas: dolor intenso, signos de isquemia, urgencia quirúrgica.

→ TRATAMIENTO

① QUIRURGICO → ① Hernioplastia Abierta

- Técnica de Lichtenstein.
- Se colocan una malla para reforzar la pared posterior del canal inguinal.
- Recuperación más rápida y menos recurrencias que técnicas sin malla.

② Hernioplastia Laparoscópica

- Técnica típicamente extraperitoneal
- Técnica transabdominal peritoneal
- Menor dolor postoperatorio, recuperación rápida, ideal en hernias bilaterales o recidivantes.

HERNIA VENTRAL

D

M

A

Scribe

→ DEFINICIÓN

Protrusión a través de la aponeurosis de la pared abdominal anterior. Estos defectos pueden clasificarse como espontáneos o adquiridos, o también por su localización en la pared abdominal.

→ CLASIFICACIÓN

- ① DE LA PARED ANTERIOR: - línea media - umbilicales - epigástricas
- ② HERNIAS VENTROLATERALES: - Spiegel - semilunar

→ LOCALIZACIÓN

EPIGÁSTRICAS → Van desde la apófisis xifoides hasta el ombligo.

UMBILICALES → Se forman en el ombligo

HIPOGÁSTRICAS → Aparecen en la línea media por debajo del ombligo.

→ FACTORES DE RIESGO

• Obesidad • Edad avanzada • Sexo masculino • Enfisema • Prostatismo

→ CUADRO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICO

- ① Dolor en el sitio de la hernia
- ② Estreñimiento
- ③ Distensión abdominal
- ④ Deformidad de la pared
- ⑤ Datos específicos a los órganos involucrados

→ DIAGNÓSTICO

Evaluar la pared abdominal anterior con el paciente en bipedestación y en decúbito supino también se puede realizar una maniobra de Valsalva para determinar la localización y el tamaño de la hernia.

→ TRATAMIENTO

Reparación primaria de las hernias incisionales puede realizarse cuando el defecto es pequeño ($\leq 2-3$ cm de diámetro)

Los defectos mayores ($> 2-3$ cm de diámetro) presentan elevadas tasas de recidiva si se cierran por primera intención y se reparan con una prótesis.

HERNIA FEMORAL

→ DEFINICIÓN

Un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopectínea de Thompson, en 1 de los puntos débiles del orificio musculopectíneo, no cubierto por estructuras musculares, tendinosas o aponeuróticas, exteriorizándose el saco herniario en la región femoral.

→ EXPLORACIÓN FÍSICA

- Presencia de protrusión o abultamiento. - G. Molestia leve o al E.
- Deambular o desaparece. - Complicación aguda - Dolor intenso
- Ruidos repetitivos en área local - Evaluado

→ DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- 1 Abultamiento L o regional en la Z. Inguinal: no dolorosa o reductible.
- 2 Dolor = raro en H. No complicados.
- 3 Complicación A = masa local no reductible y dolor casi constante.
- 4 Puede haber s y sx propios de la oclusión intestinal.

→ LABORATORIOS

Valoración preoperatoria y complicaciones

— REFERENCIA —

- Pacientes 1er nivel al servicio de cirugía general del 2do nivel.
- 2do al 3er nivel → juicio del cirujano → manejo multidisciplinario.

→ TRATAMIENTO

Anestesia local o regional.

MODALIDAD: convencional o ambulatoria.

TÉCNICAS: 1 Cono y malla plana.
2 Sistemas prefabricados

S. Prefabricados. • Abordaje laparoscópico totalmente abdominal o extraperitoneal.

→ Preperitoneal (Stoppa o Wantz) → Plana Lichtenstein.

PANCREATITIS AGUDA

→ Definición

Inflamación súbita y grave del páncreas, caracterizada por dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos.

→ SÍNTOMAS

- Dolor abdominal intenso en el cuadrante superior izquierdo.
- Náuseas y vómitos
- Fiebre
- Taquicardia
- Sensibilidad abdominal.

→ INCIDENCIA

La pancreatitis aguda afecta a aproximadamente 13-15 casos por cada 100,000 personas al año.

→ CAUSAS

- Cálculos biliares (30-40%)
- Consumo excesivo de alcohol (20-30%)
- Otras causas (10-20%): medicamentos, infecciones, traumatismos, etc.

→ FACTORES DE RIESGO

- ① Edad avanzada
- ② Sexo masculino
- ③ Obesidad
- ④ Historia familiar de pancreatitis
- ⑤ Enfermedades subyacentes

→ DIAGNOSTICO

- **ANÁLISIS DE SANGRE:** Elevación de enzimas pancreáticas.
- **IMÁGENES:** Ecografía, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) para evaluar la inflamación pancreática y detectar complicaciones

→ TRATAMIENTO

El tratamiento se enfoca en controlar los síntomas, prevenir complicaciones y tratar la causa subyacente. La gravedad de la condición determina el nivel de atención y el tratamiento específico.