



Claudia Patricia Abarca Jiménez

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Resumen

Técnicas quirúrgicas básicas

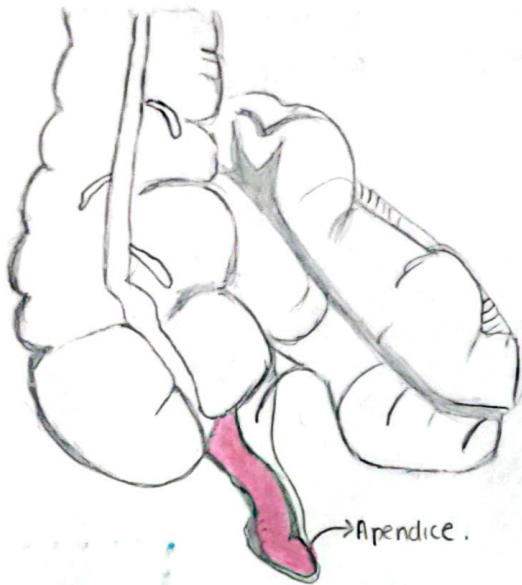
6º

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de julio del 2025

Apendicitis

* A G U D A *



DEFINICION=

Es una inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda, crónica o reactiva.

LOCALIZACION=

- * Retrocecal 65%.
- * Sub-cecal
- * Post-ileal
- * Pre-ileal
- * Pelvica.

>> ETIOLOGIA = <<

Infección → problema obstructivo

① Hiperplasia de folículos linfoides submucosos.
60% : infección

② Fecalito 30% → causa principal en adultos

③ Cuerpo extraño 4%.

④ Tumor apendiculares 1%.

>> Factor de riesgo=

- Edad (10-30 años)
- Sexo (hombres)
- Antecedentes familiares.

FASES=

Fase 1= Congestiva=

Obstrucción proximal de la luz de apéndice (Dolor visceral).

Fase 2= Supurativa

- Obstrucción linfática y venosa (B. fragilis)
- Dolor somático (irradiación).

Fase 3= Gangrenosa

↓ del flujo arterial con isquemia de mucosa.

Fase 4= Perforación

Perforación secundaria a isquemia (24-72 hrs)



>> EPIDEMIOLOGIA <<

- Infancia 1-5 años
- Adultos >70 = 1 / de cada 100
- ↓ Riesgo CUCI
- ↑ Riesgo de Crohn.
- 10% probables son IVUS

Fisiología:

Órgano inmunitario que secreta inmunoglobulinas sobre todo IgA.

Fisiopatología

Obstrucción → ↑ presión intraluminal

↓
↑ secreción de mucosa

↓
↑ Edema / inflamación

↓
Proliferación bacteriana

Obstrucción
Flujo venoso
y linfático

Obstrucción
Flujo arterial

↓
Necrosis

↓
Perforación

↓
Peritonitis

CLINICA

- * Dolor abdominal difuso
- * Migración de dolor a FI derecha
- * Hiperalgia cutánea
- * Náuseas / vómito
- * Fiebre.

Signos clínicos=

① McBurney
dolor en
tercio externo
de FI derecha

② Blumberg (rebote)
Dolor después
de hacer presión
= irritación peritoneal

③ Psoas
Decubito lateral izq.
Realizar una
hiperextensión
de cadera derecha

④ Rosving (respo)

Presión en CID / Dolor en CID

CLINICA

EMBARAZO {
- Padecimiento quirurgico no obstetrico mas comun
- Anatomia: ↑ su altura 12 cm.
- Clinica = Dolor en FID o hipocostrio derecho
- Diagnostico = ^{20 SDG} USG, ^{20 SDG} Razonancia magnetica.
- T. Quirurgico = Manejo laparoscopico → < 28 SDG
Manejo x abierta → > 28 SDG.

LACTANTES=

- ▲ Irritables
- ▲ Distensión abdominal
- ▲ Diarrea semilíquida (color normal)

Dx = USG ①
Laboratoriales ②

Niños=

- ▲ 6-10 años
- ▲ Aiperplasia de folículos linfoides
- ▲ Dolor abdominal / incapacitante
- ▲ Náuseas / vómito
- ▲ Pose en gútillo

Adulto Mayor=

- ▲ Dolor general poco intenso
- ▲ Deterioro cognitivo súbito

Dx = ① Rx abdominal Descarta oclusión
② TAC.

DIAGNOSTICO

① Mujer en edad fértil =
Prueba de embarazo → PEE

② USG =
• Elección en pediatras
• Metodo de inicio en embarazo

③ TAC =
• Gold estándar
• Adulto mayor confirmatorio
• Mujer no embarazada

④ Radiografía abdominal =
• Solo en adulto mayor
• Descarta oclusión.

Paciente en urgencias =
① EGO
② Formola blanca
③ USG

⑤ RM =
• Embarazadas con USG no concluyente.

ALVARADO (MANTRES)		
Síntomas	Migración de dolor	1
	Anorexia	1
	Náuseas / vómito	1
Signos	Toque (dolor en FID)	2
	Rebote (Blumberg)	1
	Elevación de temperatura	1
Laboratorios	Leucocitosis (>100,000/mm ³)	2
	Shift	1

- * 0-4 puntos = Negativo
- * 5-6 puntos = Posible apendicitis Solicitar Bh.
- * 7-8 puntos = Posible apendicitis Realizar laparoscopia.
- * 9-10 puntos = Apendicitis.

Profilaxis antib =
Cefazolina 1-2 grs
iv + Metronidazol
Dosis única.

TRATAMIENTO

Primera linea=

Cefalosporina 1 y 2da gen +
Metronidazol.

* Analgesico = Paracetamol

Alergia = Amikacina.

Quirurgico =

- Elección = Apendicectomía laparoscópica (1-2 semanas de recuperación).
- Apendicectomía abierta =
 - Niños < 5 años
 - Adulto mayor @ comorbilidades
 - 2-3 semanas de recuperación

Patología biliar.

COLECISTITIS

>> DEFINICIÓN

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por cálculos y en menor frecuencia por toxic biliar.

* FACTORES DE RIESGO =

- ① Femenino
- ② Fat = Obesidad
- ③ Fármacos
- ④ Fertilidad
- ⑤ Edad >40 años
- ⑥ Anticonceptivos.

ETIOLOGÍA

- Mixtos (1 frecuente)
 - Colesterol
 - Pigmento biliar sales de calcio
- Colesterol 80%.
- Pigmentarios (hemolisis).

Epidemiología =

- * 10-20% de la población tiene cálculos biliares
- * 30% presenta colecistitis aguda (complicación)
- * Principal motivo de consulta y ex más frecuente.

Fisiología.

- ▲ Órgano pequeño en forma de 
- ▲ Debajo del hígado
- ▲ Concentra y almacena la bilis
- ▲ liberándola al intestino delgado
- ▲ a través del conducto cístico.

Fisiopatología.



DIAGNOSTICO.

① USG

- Engrosamiento de pared >3mm
- Alcargamiento vesicular >8 x 4cm
- Líquido perivesicular
- Litio incarcerated
- Sombra acústica

② Laboratorios

- Bn.
 - Leucocitos predominio en neutrófilos
- Qs
 - creatinina
 - BUN
- Hemocultivo =
 - Elección de Antib.

CLÍNICA

- Dolor / Resistencia en HD
- Murphy +
- Náuseas / vómito
- Fiebre >38°

Signo Murphy =

Compresión de hipocóndrio derecho en inspiración profunda
Dolor → positivo.

Criterios TOKIO

Criterios TOKIO	
A	Signos inflamación local
	① Murphy + ② Masa, dolor, defensa en HD
B	Signos de inflamación sistémica
	① Fiebre ② PCR elevada ③ Recuento de glóbulos blancos ↑
C	Hallazgos en imagen
	- Engrosamiento de pared >4mm - Agrandamiento (8cm x 4cm) • Cálculos retenidos • líquido peri-vesicular

TRATAMIENTO

① AINES =

- Diclofenaco 75mg Im DU

② Antibióticos =

- * Grado 1 = 1 antib
- * Grado 2 = Cefalosporina amplio espectro + Metronidazol
- * Grado 3 = Ceftriaxona + Metronidazol.

No farmacológico =

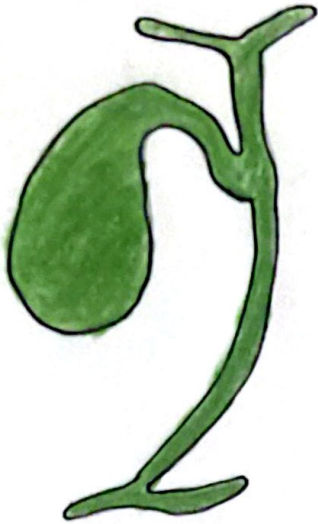
- 1-2 años → Ácido ursodesoxicólico
- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido ursodesoxicólico

- Dx sospechoso = A + B
- Dx Definitivo = A + B + C.

Quirúrgico

- * Grado 1 =
 - Colecistectomía temprana laparoscópica.
- * Grado 2 =
 - Drenaje, Colecistectomía.
 - CPRE
- * Grado 3 =
 - Manejo falla orgánica
 - Drenaje
 - Colecistectomía.

COLELITIASIS



>> DEFINICION =

Es la presencia de piedras o depósitos sólidos en la vesícula biliar.

Tipos de calculo =

- ① Colesterol puro (10-15%) = Amarillos
- ② Pigmentarios (5-19%) = Hemolisis
- ③ Carbonato de calcio = hiperparatiroidismo
- ④ Cálculos mixtos (80%)
 - Colesterol
 - Bilirrubina
 - sales de cat

Fisiopatología.

Proceso de 3 etapas que involucra la sobresaturación de bilis con colesterol, la precipitación de este colesterol en forma de cristales y la agregación y crecimiento de estos cristales.

>> FACTOR DE RIESGO =

- Genética
- Edad >50 años
- Mujer 3:1
- Embarazo
- Obeso
- Dislipidemia
- DM2

Epidemiología =

- Δ Genética
- Δ Prevalencia Occidental 10-20%
- Δ Prevalencia en mujeres
- Δ Frecuente en Chile.
- Δ Prevalencia se eleva con la edad.

CLINICA

- >> Asintomático = 60-80%
- >> Sintomático 20%

Clinica se relaciona sus complicaciones

- Dolor en H. derecho >6 hrs
- Signo Murphy (+)
- Náuseas / Vómito
- Sin fiebre, ictericia ni defeca

DIAGNOSTICO.

Paraclínicos = laboratorios normales

- 1) USG = • litos de hasta 1.5 mm y barro biliar
 - >> Método de elección
 - Realizar tras ayuno ≥ 8 hrs
- 2) Radiografía = • Detecta litos
- 3) CPRE = • prueba invasiva
- 4) CPRM = (colangiopuncurografía por RM)
- 5) Grammagrafía biliar

Farmacológico =

Analgesicos / espasmodicos
Estatinas = ↓ Colelitiasis

Acido ursodesoxico 10-15 mg/kg/día. En litos <10 mm de colesterol.

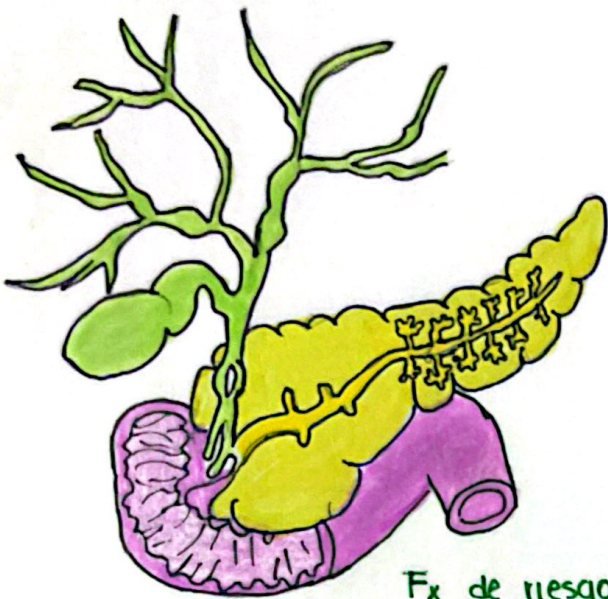
- 1) Colecistitis aguda: colico biliar >6 hrs Obstrucción completa (cisto)
- 2) Síndrome Mirizzi: retención, compresión biliar
- 3) Coledocolitiasis: litos enclavados en cualquier segmento.
- 4) Colangitis aguda = Obstrucción biliar / sepsis
- 5) Ileo biliar = Oclusión.

TRATAMIENTO.

- 1) Colectectomía = Elección
lito >3 cm
- 2) Laparoscopia 1era elección

Quirúrgico.

COLEDOCOLITIASIS



DEFINICIÓN=

Es la presencia de cálculos biliares, procedentes de la vesícula biliar o de los mismos conductos (de novo, son de bilirrubinato de calcio).

Calculos=

- * Secundarios= Formados en vesícula, pueden estar presentes >2 años después de colestectomía.
- * Primarios= Formados en el colédoco.

Epidemiología.

- ① 10-15% de coledocolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis.
- ② 4-12% Antecedente de colecistectomía.

Fisiopatología

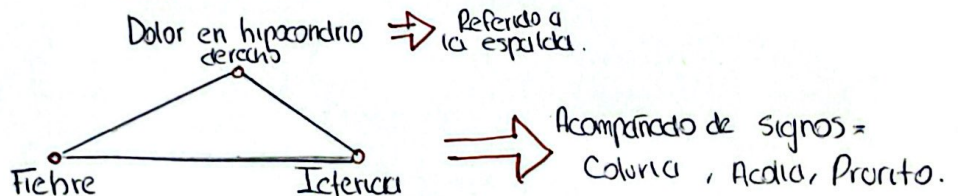
- Formación de cálculos en vesícula biliar
- ↓
- Migración a vía biliar
- ↓
- Obstrucción conducto biliar
- ↓
- Coledocolitiasis
- ↓
- Clínica..

Fx de riesgo=

- * Edad avanzada
- * Sexo femenino
- * Genética
- * Embarazo
- * Obesidad
- * Ayuno prolongado
- * ↓ peso
- * Anticonceptivos

CLÍNICA

Triada de Charcot=



DIAGNOSTICO:

Laboratoriales=

- ① Inicial: USG vías biliares
Colédoco >6mm + litos
- ② Estudio de imagen= Elección → Colangiografía resonancia
- ③ Gold estándar → CPRE (Colangiografía retrógrada endoscópica)

- Hiperbilirrubinemia directa (>15 mg/dl usualmente)
- Fosfatasa alcalina elevada
- TP ligeramente prolongado
- Pruebas de función hepática norm.

TRATAMIENTO

Indicaciones de litotricia=

- ① Cálculos >25mm
- ② Lito único
- ③ Lito no calcificado

* Estinterotomía endoscópica

* 85-90% de cálculos se extraen con CPRE

* Colecistectomía laparoscópica

⇒ Penicilina amplio espectro
⇒ Cefalosporina 3ª generación

* Fragmentación por litotricia mecánica

* Colocación de endoprótesis para drenaje biliar e impedir reobstrucciones

COLANGITIS



>> DEFINICIÓN <<

→ Es una infección de vía biliar, generalmente secundaria a coledolitiasis, estenosis benigna posquirúrgica y menos frecuente tumores de vía biliar y peritumulares.

ETIOLOGIA=

- E. coli
- Klebsiella.

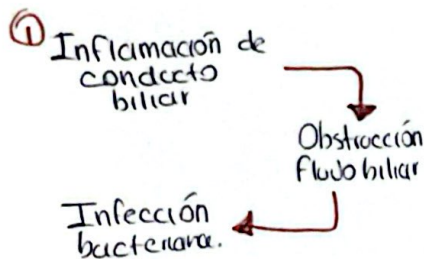
FACTOR DE RIESGO=

- Δ Presencia cálculo biliar
- Δ Estrechamiento de conductos
- Δ Infecciones previas
- Δ Antecedente de colangitis.
- Δ Anomalías congénitas
- Δ CPRE.

EPIDEMIOLOGIA

- ✱ 1% de px con colangitis se asocia en la 7ma década
- ✱ 70% de mortalidad en la Pentada de Reynolds.

Fisiopatología.



DIAGNOSTICO=

① USG en hígado y vía biliar
Estudio de imagen:
Elección → Colangio-resonancia
Gold estándar = CPRE

CLINICA

Triada de Charcot

- Dolor abdominal
- Fiebre
- Ictericia



Pentada de Reynolds.

- Alteración conciencia
- Hipotensión.

TRATAMIENTO.

Farmacológico.

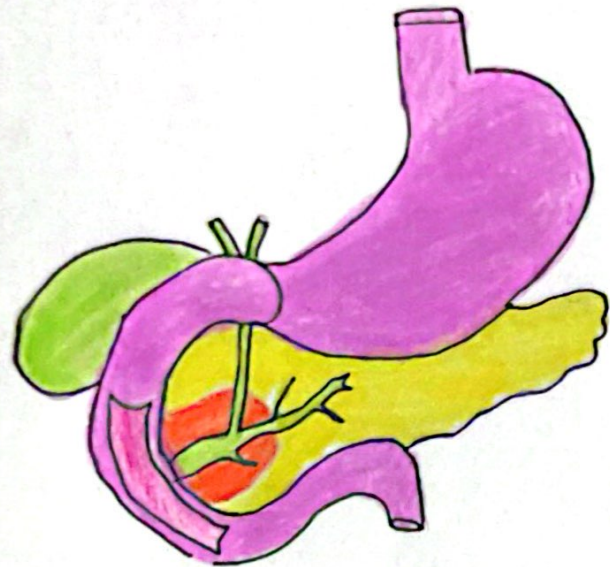
- ① Cefalosporina 3era y 4ta generación
 - Ceftriaxona / Cefepime.
- ② Metronidazol

Quirúrgico=

Descompensación temprana + antibiótico

- ① - Esfinterectomía por CPRE urgente
- ② - Drenaje biliar transhepático.

Pancreatitis aguda



Fisiología=

Páncreas = Glandula mixta con fx exocrinas y endocrinas. Crucial para la digestión y metabolismo de glucosa.

- Exocrina → Enzimas digestivas
- Endocrina → Insulina y glucagón.

Fisiopatología=

Activación prematura de las enzimas digestivas dentro del páncreas = Autodigestión de tejido pancreático.

DIAGNOSTICO=

* 2 o + criterios=

- ① Dolor abdominal característico
- ② Niveles ↑ lipasa y amilasa
- ③ Hallazgos en imagen.

Laboratorio=

- Bh
- Panel metabólico
- ↑ Lipasa / amilasa (3 veces +)
- Urea y creatinina

Imagen=

- ① USG
- ② TAC
 - 1 → 24 hrs
 - 2 (contraste) 72-96 hrs
- ③ RM
- ④ CPRE

>> DEFINICION=

Es un proceso inflamatorio de los Acs pancreáticos (Reversible)

CAUSA = Activación prematura de enzimas pancreáticas.

Tx de resp=

- Cálculos biliares
- Alcoholismo
- Dislipidemia
- Hipercalcemia
- Infección viral
- Trauma abdominal
- Diuréticos

>> EPIDEMIOLOGIA

- 4.9 y 80 casos por cada 100,000
- Mortalidad → 5-10%. Más común en adultos (Sexta década).

CLINICA

Leves=

Disfunción orgánica mínima

Graves=

20% → tienen evolución grave.

>> Síntomas=

- Dolor abdominal
 - Epigastrio R. periumbilical
 - irradia = Espalda / Torax
- Fiebre
- Taquicardia
- Hipotensión
- Dificultad respiratoria.

TRATAMIENTO

- ① Rehidratación hídrica
- ② Soporte nutricional
- ③ Alimentación temprana
- ④ Control del dolor

Balthazar

- A Normal → 0
- B inflamación focal / difusa → 1
- C Grasa peripancreática → 2
- D 1 colección pancreática → 3
- E ≥ 2 colecciones y Gas → 4

Pancreatitis Crónica.

Definición =

Inflamación del páncreas que ocasiona una destrucción progresiva del parénquima y su sustitución por tejido fibroso

» Progresivo e irreversible «

Epidemiología =

- Afecta al sexo masculino
- Tercera y cuarta década
- Prevalencia: 42/100 000, casos.

ETIOLOGIA

Tóxicos = Alcohol > 150g/día (10 años)

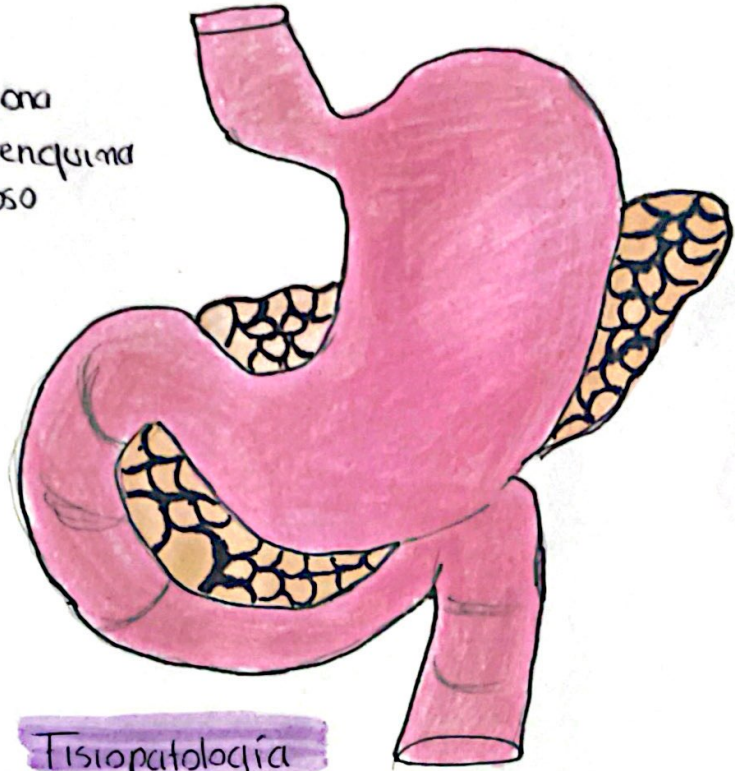
Idiopática: Frecuente en desnutrición

Genética: Mutaciones autosómicas

Autoinmune

Recurrente = Pancreatitis aguda recurrente

Obstructiva = litos, biliar, tumor.



Fisiopatología

- ① Calcificada
- Alcohólica
 - Tapones de proteínas

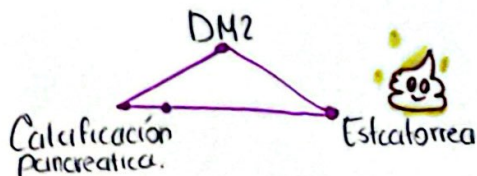
↓
Daño directo a cel. pancreáticas

- ② PC obstructiva
- Colelitiasis
 - Lesión en cabeza de páncreas

↓
Fibrosis, atrofia y dilatación de conducto pancreático

CLINICA:

Triada clásica



~ DIAGNOSTICO ~

» Criterios (2015)

- ① Dolor abdominal superior característico
- ② Niveles de lipasa y amilasa ↑ 3 veces
- ③ Hallazgos en imagen

Imagen =

- ① USG abdominal
- Glandula en forma irregular
 - Calcificaciones
 - Conducto pancreático dilatado

- ② TAC
- ① → 24 hrs
 - ② → 72-96 hrs → contraste

- ③ RM
- ④ MRI
- Criterios Balthazar

TRATAMIENTO.

- ① Abstener alcohol y tabaquismo
Restitución de enzimas + IBP (6 semanas)
- ② Manejo del dolor
- ANES / Opioides
- ③ Litotricia
- ④ Mejorar nutrición
- ⑤ Técnicas endoscópicas

Quirúrgico =

- ① CPRE
- ② Pancrectomía distal/proximal o total.

Hernias.

Defecto de la estructura musculo-aponeurótica de la pared abdominal que permite una protusión.

>> Factores de riesgo = <<

- Antecedentes familiares
- Mal estado nutricional
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- ↑ presión intraabdominal

EPIDEMIOLOGIA =

- Hernia inguinal → + frecuente
- Hernia - frecuente → epigástrica
- H. inguinal y femoral → lado derecho
- Frecuentes en hombres 3:1
- H. femoral → Mujeres.

CLINICA

>> Asintomáticas

>> Sintomáticas =

- Molestia inespecífica
- Masa
- Dolor = H. inguinal, encarcerado
- Parestesias = > cuando son grandes
- Distensión
- Vómitos
- Obstrucción abdominal

Exploración física =

① Inspección
Masa

② Auscultación
↑ Ruidos hidroaéreos

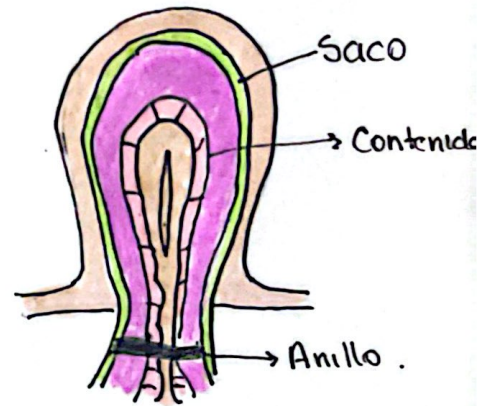
③ Palpación
Masa
Anillo
Dímetro

COMPONENTES =

① Anillo herniario =
- Delimita el defecto

② Saco herniario =
- Peritoneo en donde pujan los órganos.

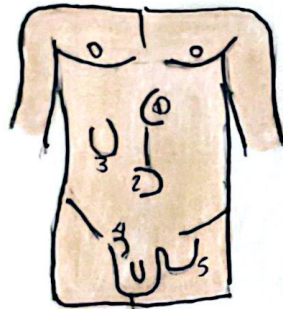
③ Componente herniario =
- Contenido abdominal que protuye.



CLASIFICACION

Localización =

- ① Epigástrica = Hernia - frecuente
- ② H. umbilical = Frecuente en niños
- ③ H. ventral = Antecedente de cirugía
- ④ H. Inguinal = Hernia más frecuente
- ⑤ H. Femoral = Frecuente en mujeres.



POR SU CONDICION =

1 Reducible
2 Incarcerada (Sale después)



3 Incarcerada
No se reduce

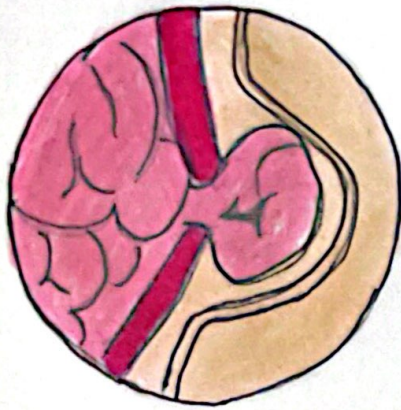


4 Estrangulada
Compromiso vascular.

POR SU CONTENIDO =

- Epiplóide
- Enterocecal
 - Total
 - parcial
- Divertículo Meckel.
- Colón
- Apéndice

Hernia ventral.



Definición=

Protrusión de contenido abdominal, antero-lateral

Confusión=

Diastasis de rectos

(No existe anillo herniario)
Separación rectos anteriores

>> Epidemiología

- > laparotomías 11-23%
- 54% de recidiva sin material protésico

>> Factor de riesgo

- Reparación qx
- Obesidad
- Tabaquismo
- Aneurisma aórtico
- EPOC
- Malnutrición
- IRC - corticoesteroides

Clinica=

Dolor localizado
Estreñimiento
Distensión abdominal
Deformidad
Oclusión intestinal

~ Diagnóstico ~

- 1 Clínico
- 2 USG → inicial
- 3 TAC Gold estándar
- 4 Maniobra Valsalva

* Tratamiento = *

Quirúrgico=
Reparación con material protésico (Rivers).

Hernia umbilical.

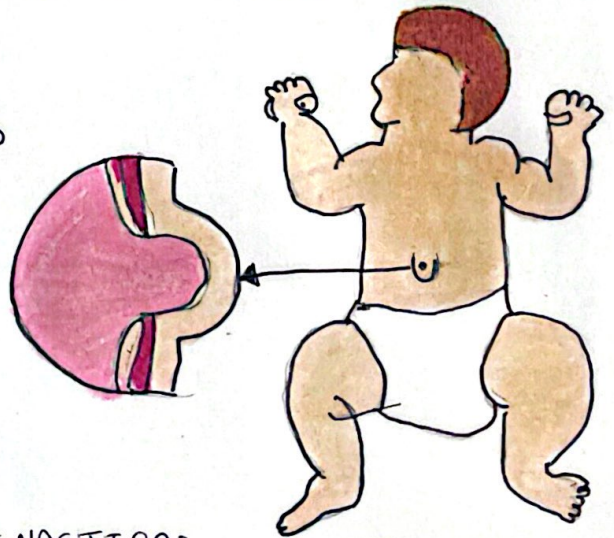
Es un abultamiento al rededor del ombligo
Secundario a debilidad de fascia del tejido conectivo.

* Factor de riesgo = *

- Obesidad
- EPOC
- Tos crónica
- Multiparidad
- Obstrucción urinaria
- Ascitis
- Estreñimiento

~ Epidemiología = ~

- >> 5% población parece hernia
- >> 10% umbilicales
- >> Predomina en mujeres.



CLINICA=

→ Aumento de volumen en área umbilical en esfuerzo

Hernia >1.5cm
<2 años =
Vigilancia por
consulta hasta
2 años

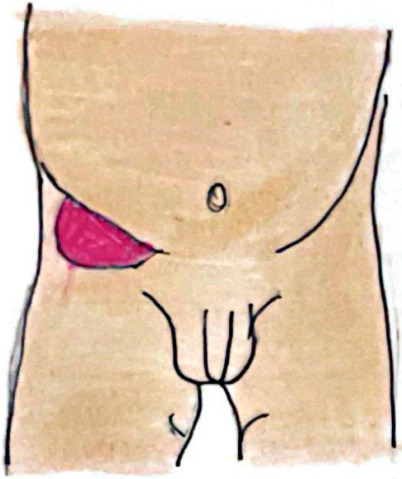
DIAGNOSTICO=

- 1 Clínico
Maniobra Valsalva
- Laboratorios no necesarios.

→ Tratamiento = ←

- Elección =
- Herniorrafia umbilical abierta (Técnica mayol)
 - >3 cm = Material protésico

Hernia inguinal y femoral.



Hernia inguinal
Hernias inguinales se producen por arriba del ligamento inguinal tienen su origen en el orificio musculo-pectíneo

↓
Se dividen en Triángulo Hesselbach.

Indirecta / congénita

- por fuerza del Δ hesselbach
- Persistencia conducto peritoneo vaginal
- Acompaña al cordón espermático puede llegar al escroto

Directa / adquirida

- Debilidad de fascia transversalis
- Defecto en pared posterior / conducto inguinal
- Nunca llega al escroto.

Hernia femoral

- * Defecto de fascia transversalis
- * Debido de cintilla iliopubiana de Thompson.
- * Presentan ↑ incidencia de encarcelamiento y estrangulación
- * Debido ligamento inguinal
- * Predomina en mujeres.

CLINICA

- Protusión / abultamiento
- Zona inguinal
- Disminuye en decúbito
- Aumenta al deambular.

~ Diagnostico = ~

- 1 Datos de oclusión = Radiografía de abdomen

- 2 USG

- 3 RM

- 4 Herniografía Gold estándar

Clasificación de NYHUS.

I	Hernia inguinal directa. Con anillo inguinal normal
II	Hernia inguinal indirecta. Anillo interno dilatado
III	Defecto en pared posterior. A = Directa pequeñas B = indirecta o directa grandes C = Hernia femoral
IV	Hernias recurrente A = Directa B = indirecta C = Femoral D = Mixta.

>> TRATAMIENTO <<

- Elección = Hernioplastia abierta con material protesico malla (Lichtenstein)
- **Plastia sin tensión Lichtenstein**
- **Plastia con tensión sin malla (Shouldice)**

Gold estándar

REFERENCIA

- Diagnóstico Y Tratamiento de Colecistitis Y Colelitiasis.
- Guía de Referencia Rápida Diagnóstico Y Tratamiento de Pancreatitis Aguda.
- Peláez-Luna, M. “Pancreatitis Crónica Y Pancreatitis Autoinmune.” Revista de Gastroenterología de México, vol. 78, 1 Aug. 2013, pp. 42–44.
Guía de Referencia Rápida Diagnóstico de Apendicitis Aguda.
- “Hernias de La Pared Abdominal - Trastornos Gastrointestinales.” Manual MSD Versión Para Público General.