



Esmeralda Jiménez Jiménez

**DR. ERICK ANTONIO FLORES
GUTIÉRREZ**

Resúmenes

PASIÓN POR EDUCAR

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

Grado: 6°

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 5 de Julio 2025

APENDICITIS AGUDA

Consiste en la inflamación del apéndice vermiforme, la cual puede ser aguda, crónica o reactiva. Es la enfermedad quirúrgica más frecuente y tiene mayor probabilidad de presentarse a menor edad tenga el paciente (predominio en edad escolar).

Etiología

Es originada por un problema obstructivo:

- 1- Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos, Sec. a una infección $\rightarrow$ en general la causa + frecuente.
- 2- Feculito o Apendiculito en adultos $\rightarrow$ causa principal
- 3- Cuerpos extraños
- 4- Tumores Apendiculares (Gloria carcinoides)

Clinica

- Dolor abdominal $\rightarrow$ rebote (+)
- Dolor en CID $\rightarrow$ Defensa muscular
- Náuseas y Vomito $\rightarrow$ Defensa
- Migración del Dolor

Dato Clínico + Importante:

- Dato Cardinal $\rightarrow$ Migración del Dolor a fosa ilíaca derecha.

1er Síntoma y Signo Clínico, Dolor abdominal difuso y Hiperalgia cutánea.

► Escala Diagnóstica de Alvarado (MANTREIS)

Tratamiento

- Profilaxis es efectiva para prevención de complicaciones postoperatorias
- Elección $\rightarrow$ Cefalosporinas 1º-2º Gen + Metronidazol
- Alergias $\rightarrow$ Cefalosporinas $\rightarrow$ Amikacina
- Analgesia $\rightarrow$ Paracetamol

Epidemiología

- La probabilidad de tener apendicitis en la infancia es de 1 de cada 5 niños
- En adultos > 70 años 1% / 100
- Es la patología + frecuente en cirugía.

Diagnóstico

- Prueba de Embarazo $\rightarrow$ Si es un embarazo ectópico y no Apendice
- Ultrasonido $\rightarrow$ elección: pediátricos
Inicial: para embarazo
- TAC $\rightarrow$ Duda en niños con US / Mujeres no embarazadas
Adultos mayores (confirmar) Gold Standard
- Radiografía Abdominal $\rightarrow$ Solo en Adulto Mayor en busca de un diagnóstico diferente

Quirúrgico

- Elección: Apendicelantía laparoscópica
para menor infección (17 veces)
y menor riesgo (29 veces)
- Acude la GPC emergencias obstétricas (2000) el Ho de elección durante el embarazo es vía laparoscópica sin importar la SDG
- Solo en niños menores de 5 años y Adulto mayor con enf. crónica considerar la apendicectomía abierta

Apendicitis Aguda en el Embarazo

Durante el embarazo el apéndice puede desplazarse hasta 3-4 cm por arriba de su localización normal y 10 días post parto regresar a su posición habitual

Epidemiología

- Es el padecimiento Qx no obstétrico + común durante el embarazo (Incidenca 1/200 embarazadas)
- Se presenta con mas frecuencia en el 2do Trimestre (14-27 SDG)

Diagnostico

Inicial: En embarazadas con dolor abdominal realizar USG como 1er Diagnostico.

Eleccion: La RM (Sin yodulina) esta por encima de la TAC para establecer el diagnostico

En cualquier trimestre se recomienda el manejo laparoscopico como tecnica de eleccion

Apendicitis en Adulto Mayor

Adulto mayor 3-10%

• Cuadro solo agudo (>3 dias), atipicos (poco intenso) (difuso) ±

Fiebre / leucocitosis mayor tendencia a la perforacion

• Distension abdominal, ↓ peristaltica, meteorismo, marea en el CID, deterioro confusional agudo.

Dx Diferencial

- Enf. biliares • Obstruccion Intestinal • Tumores vasculares (TM)

Solicitar

Manejo → TAC

- BH • EGO • Rx de abdomen

Edad Pediatrica

Epidemiologia → Frecuente 6-10 años con frecuencia 4/1000

H → 2 M → 1

Tasa de perforacion → 64-100% (<1 año)

Clinica → Dolor abdominal → Nauseas

Vomito → Fiebre (<38.5°C)

Lactante → Diarrea escasa / semiliquida

Lab → Leucocitos > 11,000, Neutrofilos > 75%

Clinica

- Dolor en fosa ilíaca derecha es el signo mas frecuente (57%)
- La migración caudal del apéndice por lo que el dolor en caso de apendicitis puede presentarse en fosa ilíaca o hipocóndrio derecho

Quirurgico

- Se realiza apendicectomía en el 3er Trimestre el abordaje laparoscopico

Diagnostico → USG (5-9% / E 97%)
TAC + EGO + BH

Tratamiento → Apendicectomía (<5 años)

H. INGUINALES y Femoral

Las hernias inguinales se producen por arriba del ligamento inguinal, teniendo su origen en el orificio musculo-pectíneo. Se $\div$ en directas e indirectas con referencia en el Δ de Hesselbach.

Indirecta o Congénita (67% H. Inguinal)

- Pasa por fuera del Δ de Hesselbach saliendo de la cavidad abdominal por el orificio inguinal profundo.
- Se debe a persistencia de conducto peritoneo vaginal y anillo inguinal grande.
- El riesgo de encarcelación de la hernia es alto.

Hernia Femoral

- Defecto de la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopúbica de Thompson.
- Al pasar através del orificio femoral presentan la alta incidencia de encarcelamiento y estrangulación.
- Se produce debajo del ligamento inguinal y predomina en mujeres.

Diagnostico

- Ante datos de oclusión intestinal: Rx simple de abdomen $\rightarrow$ E. Inicial así como Tele Torax.
- En duda dx el USG es el inicial.
- Estándar de Oro: la herniografía es el estudio con mayor sensibilidad y especificidad que se realiza ante duda diagnóstica.

Quirúrgico

- Hernioplastia abierta con material protésico (con malla).
- Plastia sin tensión (con malla) tipo Lichtenstein.

Directa o adquirida (33%)

- Rotura ataca del suelo del canal inguinal por debilidad de fascia transversalis, a nivel del Δ Hesselbach.
- Defecto se origina en la pared posterior también llamado conducto inguinal.
- Riesgo de encarcelación es bajo.

Clinica

- Protusión o Abultamiento en regional en zona inguinal o femoral que puede ser dolorosa o no. Puede aumentar al deambular o esfuerzo y desaparecer o disminuir en el decubito.

Clasificación de NYHUS

- I $\rightarrow$ H. Inguinal indirecta - Con anillo inguinal libr.
- II $\rightarrow$ H. Inguinal indirect - Con anillo Inter. Doblado
- III $\rightarrow$ Defecto en la pared posterior
A: Directas pequeñas
B: Indirecta o Directas grandes
C: H. Femoral
- IV $\rightarrow$ Hernias recurrente
A: Directa
B: Indirecta
C: Femoral
D: Mixta.

HERNIA UMBILICAL

Es abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiploon, parte del intestino delgado o grueso. Secundario a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo

Factores de Riesgo

- Obesidad (IMC > 35)
- EPOC
- Tos crónica
- Prostatismo
- Multiparidad
- Obstrucción urinaria
- Ascitis
- Constipación
- Estrés

Clinica

- Exploración física con aumento de volumen en área umbilical especialmente ante esfuerzos (Valsalva)

Diagnostico

▶ Clínico

- ▶ No se recomienda utilizar / realizar estudios de laboratorio o gabinete para su confirmación

- ▶ Ante la sospecha diagnóstica, se recomienda enviar al px a la especialidad correspondiente, con exámenes preoperatorios realizados en su unidad familiar



Epidemiología

- ▶ Aprox. el 5% de la población padece de hernia abdominal. De estos, el 10% son umbilicales y predominan en mujeres (2 mujeres por 1 hombre).

Quirurgico

Quirujía ambulatoria: Herniorrafia umbilical abierta (sin malla) con técnica de mayo utilizando material absorbible

- Cuando tiene mas > 3 cm se recomienda material protésico
- En niños se realiza reparación quirúrgica en defectos > 1.5 cm o persistencia de la hernia después de los 2 años de edad



En la Hernioplastia o herniorrafia se sugiere un periodo óptimo de incapacidad laboral que varía de 14 a 42 días



Para el control del dolor en el posoperatorio se recomienda usar Ketorolaco en las primeras horas y posteriormente, continuar con paracetamol.

HERNIA VENTRAL

Las hernias ventrales es la protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral del abdomen que puede ser detectado por clínica o estudios de imagen.

Epidemiología

- Se puede presentar en 11-23% después de las laparotomías
- La posibilidad de recidiva posterior a reparación alcanza hasta el 54% sin material protésico y un 32% cuando se utilizó material protésico

Clinica

Lo más frecuente es que presenten dolor en sitio de la hernia, estreñimiento, distensión abdominal, deformidad de la pared, datos inespecíficos. Pueden presentarse como una oclusión intestinal

E Son factores para su aparición: reparaciones quirúrgicas previas, obesidad, tabaquismo, aneurismas, enf. pulmonar, sexo masculino, malnutrición, uso de corticosteroides, insuficiencia renal, prostatismo

Diagnostico

- Diagnostico es clínico junto con historial clínico
- El estudio inicial es el Ultrasonido abdominal
- El mejor estudio diagnóstico es la TAC con contraste oral y maniobra de Valsalva.

Quirúrgico

- De elección: reparación quirúrgica con material protésico para disminuir la recidiva (técnica de Rives)

COLANGITIS

Es una enfermedad crónica del hígado caracterizada por la destrucción autoinmune de pequeños conductos biliares intrahepáticos y colédocos.

ETIOLOGIA

Respuesta inmune exagerada por endobacterias intestinales y por inflamación difusa de la vía biliar que conduce a fibrosis y estenosis del sistema biliar.

Clinica

► Triada de Charcot

- Dolor en HD - Ictericia - Fiebre

► Pentada de Reynolds

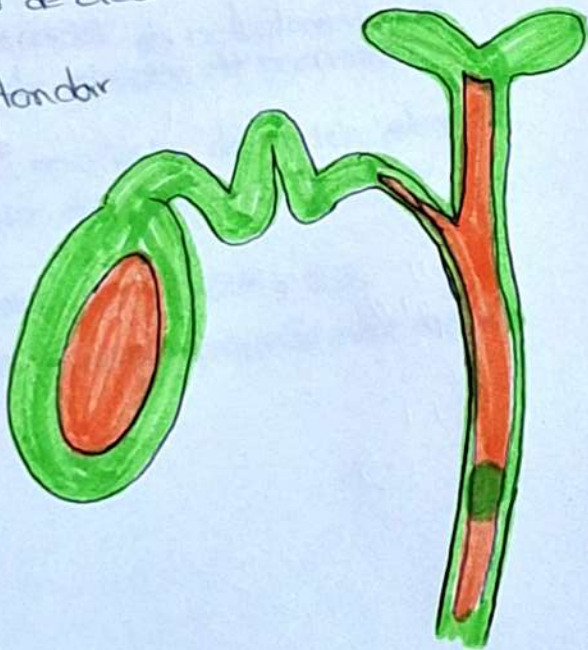
Charcot + Confusión mental + Shock

Diagnostico

► Ultrasonido
1er estudio en realización

► MRCP
Estudio de elección

► CPRE
Gold Standard



Factores de Riesgo

- 2/3 de los pacientes se acompañan de Colitis Ulcerosa
- Pentada de Reynolds tiene 70% de mortalidad
- H+ colédocoitis primaria → colangitis

Fisiopatología

Consta de 3 puntos clave:

- 1- Obstrucción
- 2- Inflamación
- 3- Proliferación bacteriana

Criterios de TOKIO

- A → A1: Fiebre
→ A2: leucocitos, PCR elevada
- B → B1: Ictericia
→ B2: DFT anormales
- C → C1: Distensión biliar
→ C2: Evidencia de obstrucción

Tratamiento

► CPRE con Esfinterotomía

Depresión biliar y administración de antibióticos:

• Penicilina combinada con β -lactamas:

Diperacilina - tazobactam

• Cefalosporinas de 3º o 4º generación:

Ceftriaxona, cefepime.

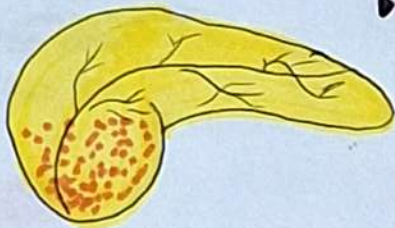
PANCREATITIS CRÓNICA

Es un proceso inflamatorio crónico, el cual conduce al desarrollo de lesiones fibroticas permanentes con perdida progresiva de la función exocrina y endocrina.

ETIOLOGIA

Se usa el acrónimo TIGAR-O que agrupa los factores etiológicos de PC

Tóxico
Idiopático
Genético
Autoinmune
Recurrente
Obstruiva



80% es causado por alcoholismo crónico y tabaquismo

DIAGNOSTICO

A través de técnicas de imagen

- Radiografía simple de abdomen, para identificar calcificaciones en pancreas

- Ecoendoscopia es actualmente la prueba de elección de pancreatitis crónica

- La CPRE, revela la distorsión, estenosis u obstrucción de la Vía pancreática y biliar

- Otras técnicas son TC, RM y USE.

- La amilasa y lipasa usualmente están normales.

CUADRO CLINICO

► El dolor es el síntoma principal, suele iniciarse en el epigastrio o en todo el hemiabdomen superior e irradia a la espalda, el paciente suele adoptar la posición fetal

► La Esteatorrea se manifiesta por deposiciones de color amarillento, esponjasas, de aspecto acetoso y que flotan en el agua

► Otras manifestaciones son pérdida de peso, con diarrea o sin ella, síntomas de Diabetes

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalencia global aprox. 50 casos por cada 100.000 habs.
- Incidencia 10-35-55 años
- + común en hombres

TRATAMIENTO

- ETIOLOGICO → Se debe restringir el consumo de alcohol y tabaco

- DOLOR: Paracetamol, Salicatos u otros AINES, a veces se recurre al uso de Morfina.

- INSUFICIENCIA PANCREÁTICA: preparaciones pancreáticas enzimáticas además es necesario el uso de Insulina.

- PANCREATITIS AGUDA: se recomienda el uso de glucocorticoides, el uso de Prednisona a dosis habitual la primera 1-2 meses, para luego disminuir. La respuesta se evalúa con técnicas de imagen al 2-4 semanas

PANCREATITIS AGUDA

Es la inflamación aguda y reversible del páncreas que puede involucrar al tejido pancreático y órganos remotos o presentar complicaciones locales. Se considera en fase temprana en <1 semana de inicio y tardía en >1 semana de inicio.

EPIDEMIOLOGIA

- Es la enf. pancreática + frecuente en el mundo, se administra una incidencia de 4.9 a 80 casos por 100,000
- Tiene una mortalidad del 5%

DIAGNOSTICO

Se realiza con 2 de 3 características:
Clínico + alteraciones bioquímicas + imagenológicas

1- Criterios Clínicos

- Dolor abdominal inicio agudo de un dolor epigástrico, persistente e intenso que a menudo se irradia a la espalda. Acompañado de náuseas, vómitos, distensión abdominal o fiebre.

2- Criterios enzimáticos

- Act. de lipasa serica (o amilasa) > límite sup. de lo normal. Es de elección ante la sospecha de pancreatitis aguda.
- Lipasa es la + específica.

3- Criterios de Imagen

- Inicial: USG de hígado y vías biliares
- TAC con contraste en px que no cumplen criterios clínicos y enzimáticos
- RM en no candidatos a TAC

Px graves generalmente presentan signos de Cullen, Grey Turner o Fox.

FISIOPATOLOGIA

Causada por la activación prematura de enzimas pancreáticas. Esto provoca daño celular y una resp. inflamatoria que puede llevar a complicaciones graves.

Causas:

- Cálculos biliares
- Consumo excesivo de alcohol
- Medicamentos
- Traumatismo

ETIOLOGIA

- Representa el 90%
- Cálculos biliares 28-66%
- Alcohólicos 16-41%
- Bst-CPE 1-16%
- Hipertigliceridemia 1-8%

FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo para la recurrencia, así como para la progresión a pancreatitis crónica, son el consumo de alcohol y el tabaquismo. La recurrencia se presenta en un 20% de pacientes.

TRATAMIENTO

- Reanimación Hídrica No agresiva
 - Sol. Ringer lactato (Hartmann) Plúnea
 - Sol. Salina 0.9% 2ª línea.

- Alimentación Temprana
 - PA leve → 24-48hs VO

PA grave → primeros 72hs enteral (NG post-pílorica o nasoyeyunal) o parenteral

- Analgesia
 - Escalera Analgésica de OMS

- Quirúrgico

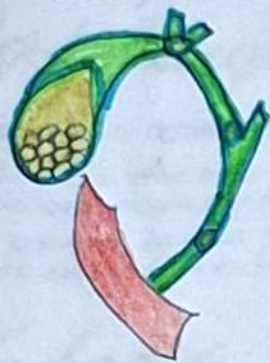
- Necrosis Pancreática Infeccionada: cirugía mínimamente invasiva

PA de Origen Biliar: Colectomía temprana.

COLEDOCOLITIASIS

DEFINICION

Presencia de calculos biliares en el conducto biliar común



EPIDEMIOLOGIA

- 24% Mujeres tienen enf. litiasica vesicular
- 12% hombres tienen enf. litiasica vesicular
- Prevalencia Mexico 14%
- Occidente → 1° Causa = Litios Vesiculares
- Oriente → Infecciones piógenas del árbol biliar
→ Infección parasitaria por *Cirariensis*

Etiopatogenia

- ▶ **Primario** → Calculos formados en la Vía biliar
- ▶ **Secundario** → Litios que han migrado de la vesícula al Coledoco
- ▶ **Anemia falciforme** → aumento concentración de pigmentos biliares, hispanos, caucasicos y nativos americanos

CUADRO CLINICO

• Ictericia • Acolia • Dolor abdominal

↑ Bilirrubinas (expendio directo)

↑ Fosfatasa alcalina

↑ GGT

No Complicada

- Dolor abdominal - hipocostado derecho
- Náuseas / Vómito
- Ictericia
- Hipersensibilidad abdominal
- Signo de Courvoisier → Vesícula palpable por obstrucción de la Vía biliar.

Complicada

Colangitis

- Infección bacteriana por obstrucción de la vía.
- Tríada de Charcot
✓ Fiebre ✓ Dolor ✓ Ictericia
- Colangitis grave o supurativa
→ Péndulo de Reynolds → Severe → Choque / m. → Confusión mental

Pancreatitis Aguda

- Dolor abdominal en Epigastrio
- Intolerancia vía oral
- Deshidratación
- Estado de choque
- Resp. Inflamatorio Sistémico

Diagnostico

- USG → Dilatación de la Vía biliar > 8mm
→ Dilatación de Coledoco > 6mm

- RM

- CPRE → Más Sensible

- PFH

USG
Vesícula dilatada
↑
Cálculo biliar
+
Ictericia

CPRE x Colangitis

Signo de Borel y Plot → Vesícula biliar palpable no dolorosa sin colangitis ni colangitis por obstrucción neoplásica.

Tratamiento

CPRE

↳ Sinofuncion = Cx definitiva

• **Anemia falciforme** se asocia a Colangitis.

COLELITIASIS

Es la presencia de calculos dentro de la vesícula biliar, habitualmente los calculos biliares se forman en la vesícula biliar, pero pueden hacerlo a cualquier nivel del tracto biliar.

Epidemiología

- Prevalencia aproximadamente 14-31.
- La relación entre sexos es de 3-1 afectando más a mujeres
- El promedio de edad para desarrollar esta enfermedad es de 37-40 años

Factores de Riesgo

- Sexo femenino
- Ser nativo Americano
- Sedentarismo
- Dieta alta en grasa

• Edad

5"F"

- 1-Fat (obesidad)
- 2-Female (mujeres)
- 3-Fer Hic (Ferri o Hemocromatosis)
- 4-Foreign (Extranjeros)
- 5-Forty (>40 años)

Clinica

- Dolor repentino y que se intensifica rápidamente en el hipocóndrio derecho, este dolor puede propagarse al tórax, hombros y espalda
- Dispepsia, Náuseas y Vómito, especialmente después de comer alimentos grasos
- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante sup. derecho y Dolor

Diagnostico

- Bilirrubinas sericas
- Ultrasonido abdominal
- RMN abdominal
- Gammagrafia de Vías biliares

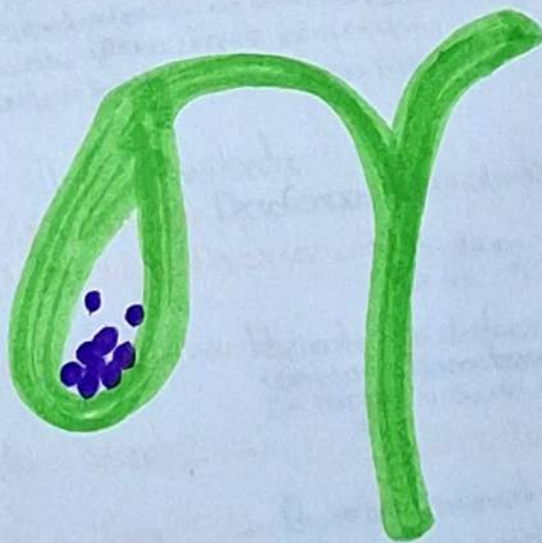
Fisiopatología

Es la formación de calculos biliares en la vesícula biliar debido a un desequilibrio en la composición de bilis. Los calculos pueden ser de colesterol o pigmento y se forman por factores como la apoptosis de enterocitos, la nucleación y la agregación de plaquetas.

- Desequilibrio en la bilis
- Factores de riesgo
- Complicaciones

Tratamiento

- Colectomía laparoscópica si es sintomático
- En presencia de Calculos biliares y para evitar el progreso de la colecistitis aguda se recomienda una dosis de 75mg de Diclofenaco.



COLECISTITIS

Colecistitis Aguda = Es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (bodo) biliar, aunque en raras ocasiones ninguna de estas dos está presente.

Epidemiología

- La colecistitis se presenta en el **5-20% de colelitiasis**
- Se presenta con > frecuencia en mayores de 40 años
- 95% con cálculos biliares y en 2.5% complicaciones secundarias (pancreatitis, coledocolitiasis).

Clinica

- Dolor en hipocóndrio derecho
- Náuseas / Vómito
- Fiebre
- Signo de Murphy positivo
- Anorexia
- Taquicardia
- Diaforesis

Diagnostico

1ra Elección

• Ultrasonido abdominal

- Sombra acústica
- Engrosamiento de la pared mayor de 3mm
- Alargamiento vesicular 8cm axial y 4cm diametral

2da elección

• Gammagrafía Biliar → Signo de RIM

• Tomografía

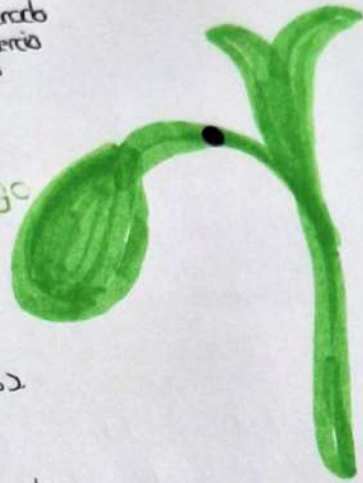
Tratamiento Quirúrgico

Colecistectomía laparoscópica

Factores de Riesgo

5 F.

- Female (mujeres)
- Forty (>40 años)
- Fat (obesidad)
- Fatty (grasas)
- Fertily (Embarazo).



Fisiopatología

Obstrucción del conducto cístico

- Obstrucción → Impide el flujo de bilis
- Inflamación → Causada por la distensión y la infección
- Complicaciones → Perforación, peritonitis, absceso y sepsis

Criterios de Tokio

A Signos locales de inflamación

- 1- Signo de Murphy
- 2- Masa / dolor / inflamación en HD

B Signos sistémicos de inflamación

- 1- Fiebre
- 2- PCR elevada
- 3- Recuento elevado de leucocitos

Hallazgos imagenológicos característicos de Colecistitis Aguda

- C**
- 1- engrosamiento de la pared ≥ 4 mm
 - 2- Agrandamientos de vesícula (2.8×12.4 cm)
 - 3- Cálculos biliares, líquido perivesicular
 - 4- Sombras lineales en tej. adiposo perivesicular

Dx de Sospecha

- 1- Hem en A+
- 1- Hem en B

Dx Definitivo

- 1 Hem en A+
- 1 Hem en B+
- 1 Hem en C

Tratamiento

- Cálculo biliar → Diclofenaco 75mg I-M → Ibuprofeno → Opioides 2 (mipridino / balfina).
- Ácido querosedoxico → Disuelve los litos ≤ 5 mm pero tardan 1-2 años.

Leve o grado 1 → Paciente sin disfunción orgánica con cambios inflamatorios leves (leucocitos < 18000) y cuadro > 72 horas

Modo grado 2 → Colecistectomía laparoscópica temp

Grave o Grado 3 → Gravedad moderada + disfunción orgánica múltiple } Colecistectomía laparoscópica tardía: 2-3 meses después.