



Diego Alejandro Flores Ruiz

Resúmenes

Técnicas quirúrgicas

Sexto B

Comitán de Domínguez Chiapas a 27 de junio del 2025.

APENDICITIS AGUDA

Inflamación aguda del apéndice vermiforme, generalmente causada por una obstrucción de su lumen. Es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico

Epidemiología

- Incidencia: 7-10% de la población general
- Edad más común: 10 a 30 años
- Cigieramente más frecuente en hombres
- Mayor incidencia en países desarrollados

Etiología:

- Obstrucción luminal por:
 - Feculito (más común)
 - Hiperplasia linfóide
 - Cuerpos extraños, parásitos (oxiuros), tumores

Fx

- Dieta baja en fibra
- Infecciones gastrointestinales
- Historia familiar
- Hiperplasia del tejido linfóide (niños y adolescente)

Fisiopatología

1. Obstrucción del lumen apendicular → acumulación de moco y proliferación bacteriana
2. Distensión de la apéndice → isquemia e inflamación
3. Si no se trata → Necrosis, Perforación y Peritonitis

Clinica

- Dolor abdominal tipo cólico que inicia en epigastro y migra a fosa ilíaca derecha
- Náuseas, vómito (posteriores al dolor)
- Fiebre baja

- Anorexia
- Signos Clásicos:
 - McBurney Positivo (dolor a la palpación en FID)
 - Rousing (dolor en FID al comprimir FII)
 - Psoas y Obturador (si retrocecal)

Diagnóstico:

- Clínico: Historia + exploración física
- Laboratorio
 - leucocitosis con neutrofilia
 - PCR puede elevarse
- Gabinete
 - USG abdominal (elección en niños y embarazadas)
 - TAC de abdomen (Mayor sensibilidad/especificidad en adultos)
- Escalas útiles:
 - Alvarado
 - AIR score

Tratamiento

- Inicial:
 - ayuno, hidratación IV, analgésicos
 - Antibióticos (ej. Ceftriaxona + metronidazol) si hay signo de perforación o sepsis

Definitivo:

- Apendicectomía (preferentemente laparoscópica)
- Si hay drenaje + antibiótico, y cirugía diferida (en algunos casos)

COLECISTITIS AGUDA

Definición:

Inflamación aguda de la vesícula biliar, generalmente causada por obstrucción del conducto cístico por un cálculo

Epidemiología:

10-20% de los adultos tienen cálculos biliares, afecta principalmente a mujeres de edad mediana

Etiología:

90-95% Por litiasis vesicular (colecistitis vascular)
menor común: isquemia, infección (E. coli, Klebsiella, Enterobacter)

Rx:

Edad > 40 años, sexo femenino, obesidad, embarazo, ayuno prolongado

Fisiopatología:

Obstrucción del conducto cístico → acumulación de bilis → inflamación, infección secundaria y edema de la pared vesicular

Clinica:

- Dolor en hipocóndrio derecho (>6h) irradiado a escápula derecha
- Fiebre, náuseas, vómitos
- Signo de Murphy Positivo

Diagnóstico:

- USG: engrosamiento de la pared (>4mm), lodo biliar, vesícula distendida
- BH: leucocitosis
- PFTs: Puede haber leve elevación de la transaminasa y FA

Tratamiento:

- Inicial: ayuno, líquidos IV, analgésicos (AINEs u opioides), antibiótico (ceftriaxona + metronidazol)
- Definitivo: colecistectomía laparoscópica (ideal dentro de 72h)

COLEDOCOLITIASIS

Definición:

Presencia de uno o más cálculos en el coledoco (vía biliar Prim.

Epidemiología

- Se presenta en hasta 15% de los pacientes con coledocitomas
- Riesgo aumenta con la edad

Etiología

- Migración de cálculos desde la vesícula hacia el coledoco
- Formación Primaria en el coledoco (menos frecuente)

Fx

Litiasis vesicular previa, antecedente de colelitiasis, edad avanzada

Fisiopatología

- Obstrucción de coledoco $\rightarrow$ estasis biliar $\rightarrow$ dilatación de vías biliares $\rightarrow$ elevación de bilirrubina directa y enzimas hepáticas

Clinica:

- Dolor tipo biliar, ictericia, coloria y acolia
- Ausencia de fiebre si no hay colangitis

Diagnostico:

- PFTs; bilirrubina directa elevada
- FA, GGT $\uparrow$
- USG $\rightarrow$ dilatación de vías biliares
- CPRE (diagnostico y terapeutico)
- Colangiorensonancia si CPRE no está

Clinica:

- dolor tipo biliar, ictericia, coloria y acolia
- Ausencia de fiebre si no hay colangitis

Tratamiento:

Intermitente: manejo de dolor, hidratación

Definitivo: CPRE para extracción de cálculos + colicistectomía

Posterior.

COLANGITIS AGUDA

Definición:

Infección de las vías biliares secundaria a obstrucción (generalmente por coledocolitiasis).

Epidemiología:

- Urgencia médica. Potencialmente letal.
- Más frecuente en adultos mayores con cálculo.

Etiología:

- Cálculos biliares (principal causa)
- Estenosis, tumores, manipulación biliar previa.

Fx

- Colelitiasis, CPRE previa, cirugía biliar, inmunosupresión.

Fisiopatología:

Obstrucción del coledoco → Proliferación bacteriana ascendente → Sepsis.

Clinica

- Triada de Charcot: Fiebre, ictericia y dolor en hipocóndrio derecho.
- Pentada de Reynolds (en casos severos): anterior + hipotensión + alteraciones del estado mental.

Diagnostico

- PFTs = bilirrubina directa y FA muy elevadas.
- BH = leucocitosis.
- USG/TAC: dilatación de las vías biliares.
- Hemocultivos + colangiografía o CPRE.

Tratamiento:

- Inicial: Antibiótico amplio espectro (ceftriaxona + metronidazol o piperacilina-zosobactam) soporte vital.
- Definitivo: drenaje biliar urgente (CPRE).

PANCREATITIS AGUDA

Definición:

Inflamación súbita del Páncreas, reversible

Epidemiología:

- Más común en adultos de 30-50 años
- Frecuente en personas con litiasis biliar o consumo de alcohol

Etiología

- Biliar (más común), alcohol, hiperlipidemia, fármacos

Fx

- alcoholismo, colelitis, hipertrigliceridemia

Fisiopatología:

Activación prematura de enzimas pancreáticas → autodigestión → inflamación

Clinica:

- Dolor epigástrico irradiado a espalda
- Náusea, vómito, fiebre, distensión

Diagnostico:

- Amilasa y lipasa elevada ($>3x$)
- TAC abdominal si duda diagnóstica o mala evolución

Tratamiento:

- Inicial: Ayuno, hidratación IV, analgesia
- Definitivo: tratar causa subyacente (ej. colecistectomía si es biliar)

PANCREATITIS CRÓNICA

Definición:

Inflamación Pancreática Persistente con daño irreversible

Epidemiología:

- Asociada a alcoholismo Crónico
- Más Frecuente en hombres adultos

Etiología:

- Alcohol ($>70\%$), Genética, Autoimmune

Fx:

- Ingesta Crónica de alcohol, tabaquismo

Fisiopatología:

Inflamación crónica $\rightarrow$ Fibrosis $\rightarrow$ Insuficiencia exocrina y endocrina

Clinica:

- Dolor abdominal Crónico, Pérdida de Peso, esteatorrea, diabetes secundaria

Diagnóstico:

-TAC, CPRE, Niveles de elastasa fecal

Tratamiento:

Inicial: control del dolor, Sustitución de enzimas Pancreáticas

Definitivo: abstinencia de alcohol, cirugía si complicaciones.

HERNIAS ABDOMINALES

Definición:

Protrusión de un órgano o tejido a través de un defecto de la pared abdominal

UMBILICAL

- Epidemiología: Común en recién nacidos y adultos obesos
- Etiología: Defecto congénito o aumento de presión intraabdominal
- Clínica: abultamiento umbilical, reducible, asintomático o doloroso
- Diagnóstico: Clínico
- Tratamiento:
 - Inicial: observación si pequeña y asintomática
 - Definitivo: Cirugía si > 2cm o sintomática

INGUINAL

- Epidemiología: más frecuente (75%), hombres adultos
- Etiología: Defectos congénitos (indirecta) o debilidad de la pared (directa)
- Clínica: Masa en ingle, dolor al esfuerzo, reducible
- Diagnóstico: Clínico; USG en casos dudosos
- Tratamiento:
 - Inicial → soporte y observación
 - Definitivo → herniografía o hernioplastia

FEMORAL

- Epidemiología: Más común en mujeres > 50 años
- Etiología: Debilidad del canal femoral
- Clínica: Masa en la región femoral, mayor riesgo de incarceration
- Diagnóstico: Clínico o USG
- Tratamiento: Quirúrgico por alto riesgo de complicaciones

VENTRAL (INCISIONAL)

- Epidemiología: Secundaria a cirugía Previa
- Etiología: debilidad en cicatriz quirúrgica
- Clínica: Abultamiento en sitio quirúrgico
- Tratamiento: Curo, Reparación con malla.