

Diego Caballero Bonifaz

DR: Erik Antonio

Resúmenes

Técnicas quirúrgicas

6

B

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de julio de 2025.

APENDICITIS AGUDA

Es una inflamación del Apéndice vermiforme que puede ser Aguda Crónica o Reactiva

- Su localización mas frecuente es peritrocecal.

Etiología

La infección es causada por un problema obstructivo

- 1- Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos 60% secundaria a una infección
- 2- Fecalito o Apendicolito (30%) es la causa principal
- 3- Cuerpos extraños (4%)
- 4- Tumores Apendiculares 1%

Epidemiología

La probabilidad de tener Apendicitis es de 1 cada 5 niños pero en adultos > 70 años 1 cada 100

- Patología quirúrgica mas frecuente
- 10% Probables Apendicitis son ilusos

Clinica

- Signo McBurney
 - Signo Blumberg
 - Signo Psoas
 - Signo Rosving
- Principal síntoma dolor
otro síntoma clínico
dato clínico mas importante
irritación dolor FID
• Hiperalgesia cutánea
• signo irritación peritoneal

Fisiopatología
Fase consensiva 1 o 2

Obstrucción proximal de luz de Apéndice
Capacidad luminal 0-1ml

Fase 2 o supurativa

Obstrucción linfática y venosa con invasión
bacteriana (Bacteroides Fragilis)

Fase 3 gangrenosa

disminución del flujo Arterial con isquemia
de moco → Fiebre

Fase 4 Perforación

continúa la isquemia y se perfora la pared
Apéndice 24-72 Hrs inicio Síntoma

2x

Escala Alvarado

0-4 puntos negativo

5-6 puntos Posible Apendicitis vea
observación Activa (Bolicia Bil)

7-8 puntos probable Apendicitis Realizar
Apendicectomía laparoscópica

9-10 puntos Apendicectomía Realizar
Apendicectomía

Pru^{ta} de embarazo
toda pt fenómeno en edad reproductiva
USG
• Elección en pediátricos
• Método integral para embarazo

AC
• duda en niños con USG
• Mujeres no embarazada
• Solo Standard Adultos mayores

Radioisotopía Abdominal
• Solo Adulto mayor, en busca de dt diferentes

TX
Cefaloespina 1^o o 2da generación + neu
nizado, en caso Alergias a cefaloespina
Amikacina

TX quirúrgico
Apendicectomía laparoscópica por nero,
2^o de los

Definición: **Coleescistitis Aguda**
Inflamación de la vía biliar
ocasionada por litios y con menor
frecuencia por todos lados.

Etiología

- Presencia
litios
- Consumo ácido
grasos
- Ex. riñón
- Ácido graso.

epidemiología
edad > 40 años
M > H 2:1

Manifestaciones clínicas

- signo Murphy
- Coleescistitis aguda complicada, vesícula
palpable + fiebre + leucocitosis
- dolor en ITCD
- Presencia fiebre
- leucocitosis $> 11,000$
- duración síntomas > 24 hrs
- litio, engrosamiento de la pared de
la vesícula biliar

Ex

Fisiopatología

impacción biliar en el conducto cístico
edema de la Vesícula → Respuesta inflamatoria
→ infección bacteriana

CX

Pdta. Confirmar signo esintoma local signo
sistémico + imagen positiva

1. primera elección USG: Hallazgos de la
Ved engrosada > 5mm líquido perivascular
y signo Murphy

2. Escintigrafía (gammagrafía vesicular)
OTI.

3. TAC o RMN

TX

• Nefeso Intestinal

• Hidratación IV

• Difenoxato 75mg IM

• Meprobidina (narcótico) → dolor intenso

Antibiótico

Grado 1 — colestecistitis
leve Asuda

Antibiótico

(Antibiótico

C+

colestecia
lia +

laparoscopia

Grado 2 — 2 Antibióticos — colestecia
2 laparoscopia

Definición Colelitiasis

Presencia de litios en la vesícula biliar

Ex de Riesgo:

• Saturación de colesterol
de la bilis + Aceleración en
la nucleación del colesterol,
+ disminución de la motilidad

- edad > 40 años
- sexo F
- Dieta Rica en grasas
- obesidad
- embarazo
- DM
- Penicilinas
- Fibrosis quística

Manifestaciones clínicas

80% Asintomático

1-2% sintomático

- FN para el desarrollo de st trastornos
litogénicos litros > 2-5cm y obesidad
no biliar
- se presenta con episodios de cólico biliar
dolor constante en HCB o epigastrio
que Aumenta de intensidad

B. Overdose biliar.

dx

de elección uso (98 H-): HALLAZGO INTR

Tx

colecistectomía laparoscópica

otras opciones terapéuticas

Litotomía (Actualmente no se realiza
ya)

Colección coledociana

Definición: obstrucción de la vía biliar por cálculos se presenta de manera crónica e intermitente

Epidemiología

- 4-11% de los PX con coledoclitiasis

• Fx vesigo secundario / residual se forman vesícula

- Se forman 2 años después posterior a colecistectomía

Manifestaciones clínicas

- Dolor típico en CBD
- Ictericia intermitente
- Forma temprana: escleras y mucosa
- Coluria y Acolia

CX

Estudio inicial: US Abdominal

Hallazgos: dilatación de la vía biliar (CBD) en el litio, en el coledoco y pérdida de la vejiga

1. Gold: CPRE

2. Descompresión

TX

1. CPRE
2. descompresión y Abiti-
ta de la
vía biliar

Definición: Es una complicación de la colangitis

Epidemiología

La incidencia máxima es en 7ma década vida

- El 50% de los px tiene cultivos positivos para gram negativos

Fx Viesso

- Infección gram
- Colelitiasis
- Proliferación Bacteria Ascendente

Manifestaciones clínicas

- Triada de Charcot: Fiebre + dolor en HCD + ictericia
- Período Reynolds: triada Charcot + hipotensión y alteración mental
- Complicaciones: Bacteremia sepsis, pancreatitis y formación abscesos

Dx

- Estudio inicial: USS Abdominal
- De elección: colangiopancreatografía por RM
- Gold standard: CPRE

Tx

descompresión biliar y Administración Anti

1- Antibióticos elección

- A. Penicilinas con inhibidores beta lactamasa
- B. Cefalosporinas 3ra y 4ta generación

2- descompresión

- A. Esfinterotomía por CPRE
- B. drenaje biliar

Pancreatitis Aguda
Definición: Inflamación Aguda y reversible del páncreas

Etiología:

- Litiasis biliar (49-52%)
- Pico incidencia 50-60 años
- Etanol 37-41%
- MCH

Epidemiología

Riesgo

- Litios
- Alcool
- Hipercalcemia
- Colesterol Alto
- Realización esfinterotomía
- disfunción esfínter oddi
- Hepatitis A, B, C, MCH

Fisiopatología

1. Fase: Activación intra pancreática de enzimas de enzimas digestiva y lesión celular
- 2da Fase: Activación y migración y secreción de leucocitos y macrófagos

Fase las enzimas proinflamatorias y citoquinas producen efecto a órganos distantes

Cuadro clinico

- dolor Abdominal súbita continuo localizado en epigastrio o HCD de forma difusa
- Inicio dolor 30-60 minutos
- Signo Cullen
- Signo Grey Turner
- Ascitis
- disminución peristalsis
- signo Felt

dx

- Laboratorio: Lipa
- Lipasa sérica ≥ 3
- ALT AST elevada
- razón Lipasa/Amylasa ≥ 2

Gold standard

- USG
- Escala Balthazar
- RMN en embarazada

tx

- Dieta
- Soluciones colección vómitos
- Analgesico
- CPVE urgente

Hernias Generales

son un defecto en la continuidad de la estructura del músculo-Anoneurótico de la Pared Abdominal. Permiten A la salida de los elementos.

Hernia inguinal

se originan en el orificio miopectíneo de Fluclard esta conformado por 3 triángulos: lateral-medial (triángulo de Scarschach)

- sexo M **FX Riesgo**
- Alta F de Hernia
- dieta pobre proteina
- tabaquismo
- EPOC

epide miología

75% - en tipo de Hernia

A 113 indirectas 60% - más frecuente

B 113 directas 30%

se dividen en directas y indirectas

Manifestaciones clínicas

- Protusión o abultamiento en la región inguinal o femoral, reducible o no, aumenta de tamaño al esfuerzo y disminuye o desaparece decubierto súbito.

- En caso complicación aguda. cambios coloración. dolor intenso, vómitos repetitivos. en el alto local y otros dolores de oclusión intestinal.

dx

Estudios de imagen solo en PT con dolor de origen obscuro o Abultamiento de dolo en región inguinal

1- Estudio inicial en caso de USG → No rutina
2- Estudio en caso de duda de después del US → Rmn

3- Estudio con mayor S+E → Herniografía

Clasificación N-IHV's de los Hernia,

Tipo I Hernia inguinal indirecta con Anillo interno normal

Tipo II Hernia inguinal indirecta con Anillo interno ligeramente dilatado pero por debajo

Tipo III defecto de la pared posterior

A) Hernia inguinal directa

B) Hernia inguinal indirecta con dilatación pero pared ligeramente dilatado

Tipo IV : directa : femoral
 : indirecta : combinado

TX cirugía colocación de malla protésica o sistema protésica o sistema perifora por vía Abierta.

• Técnica de elección Plastia Lichstern

• Técnica Shouldice.

- Defecto de **Hernia umbilical** de la pared Abdominal a nivel umbilical
- Pueden contener una porción del epiplo o sesos del ID o grases

FX Riesgo

- IM $> 35 \text{ kg/m}^2$
- EPOC
- Tos crónica
- Ascitis
- Enfermedad obstructiva
- VO urinaria
- Constipación y estreñimiento
- Multiparidad

Epidemiología

- MSH (1:7)
- Más común edad Avanzada

Manifestaciones clínicas

Aumento en el área peri umbilical, especialmente ante los esfuerzos voluntarios

dx

- No es necesario Hacer estudios imagen ya que es clínico

tx

Cirugía Ambulatoria

- Herniografía o Hernioplastia: reparación de la continuidad Abdominal por vía Abdominal con Técnica de Mayor defecto $< 3 \text{ cm}$ mientras que los defectos $> 3 \text{ cm}$ se recomienda usar malla protésica

MATERIAL PROTÉSICO

- 1- defectos Herniarios 21-5cm a cualquier edad.
- 2- defectos persistentes después de 2 Años

Hernia femoral

se produce por un defecto de la m.
transversal por debajo de la cintura
pubiana de Thompson en uno de los puntos
debiles del orificio tropectico flaco

- Presentan un incidencia de encastre
mientras elevado

Fx Riesgo

Epidemiología

edad > 65 Años

Más común en

Sexo masculino

AHF de Hernias

- dieta pobre proteina,

Manifestaciones clínicas

- Abultamiento en el Área femoral do
o indolora reducible unio obilateria,

dx

igual que Hernias inguinales,
Estudios de inasem solo en PT con dolor
o visen obscure o Abultamiento dudoso
en región inguinal, se realizan.

tx

colocación de conos protésico, o sistema
perforados por CT Abreño

- presencia de contraindicaciones para
colocar material protésico.