



Javier Adonay Cabrera Bonilla

Erick Antonio flores Gutiérrez

Técnicas quirúrgicas básicas

Resumen

6°

“B”

Comitán de Domínguez, Chiapas a 06 de julio del 2025.

Apendicitis aguda

Inflamación del apéndice vermiforme de forma aguda

Etiología

Hiperplasia (60%)

Feculitas (30%)

Cuerpos extraños

Neoplasias

Epidemiología

65% (retrocecal)

Fases

Constitución

Luz del apéndice

Suprativa

Bacteriana

Clinica

Signo de McBurney

Blumbers

Psoas

Dolor abdominal

FID

Dolor cutáneo hiperalgesia

Compresión

6 flujos (72 quemias)

perforante

perforación de la pared

Clinica

Dolor en FID

Irritación peritoneal

Dolor migratorio

Diagnóstico

Embarazo

USG

TAC

RA - TAC

Niños

Alvarado 0-4 negativo

Signos 5-6 posible

Síntomas 9-10. positivo

Laboratorios

Tratamiento

metronidazol Camata sin

+ cefalosporina 1^{ra} 2^a

Analgesia (paracetamol)

Apendicectomía abierta (niños < 3 años)

Laparoscopia (elección)

Apendicitis aguda en el embarazo mas comun (ex no obstructiva)

Clinica

Dolor en FID

Dolor HD

Diagnostico

USG

RM CSin sobolito intravenoso (cualquier momento)

Tratamiento

Prueba de embarazo

Laparoscopia

RM (elección)

Apendicectomia

Apendicitis en el adulto mayor

Clinica

Subagudo (3 dias)

Fiebre

Leucocitosis

Hipoperistalsis

metiorismo

Delirio confusivo

Diagnostico

BH, EDO

TACT visilancia

RX torax

Tratamiento

Sin comorbidades

Laparoscopia

comorbidades

apendicectomia abierta

pediatria

6-10 años

Clinica

Dolor abdominal

Fiebre

Diarrea (Semiliquida)

Diagnostico

Leucocitosis

neutrofilos (75%)

PER

USG (DX)

Tratamiento

Apendicectomia

Abierta < 5 años

Laparoscopia > 5 años

Dolor incapacitante
cateter

Patología biliar (coledocolitiasis)

Presencia de cálculos en el coledoco

Factores de riesgo

Edad
Sexo
Genética
Obesidad
Embarazo
DM
Drogas
Fisiopatología

Etiología

colecistitis local
migración de cálculos

migración de cálculos (obstrucción → colangitis)

Clinica

Náuseas
Vómitos
Fiebre
Coluria

Tríada de Charcot

- dolor en CSD
- Ictericia
- fiebre

Diagnóstico

Clinica + exploración
Laboratorios
Transaminasas
GGT
FA, GB
Ecografía (3ª elección)

Tratamiento

CERRE (1ª elección)
colecistectomía (2ª elección)

Colecistitis y colelitiasis

Inflamación de la vesícula biliar, por litiasis
obstrucción

presencia de litos en vesícula biliar (asintomático)

Etiología

5 F

fem (mujer)

farmacos (anticonceptivos) → principal factor

fam (obesidad)

fouv (740 años)

fertiliti (embarazo)

E. coli, Klebsiella (2 etiología)

Clinica

Tokio

1: inflamación, murphy +

vómitos, leucocitosis $< 18,000$

2: inflamación

leucocitosis $> 18,000$

masa palpable

3: disfunción orgánica

Signo de Murphy

palpación en BCD

paciente inspirando

Murphy en palpación profunda

Diagnóstico

Imagen (USG)

8 cm Cxial

Engrosamiento

Gammagrafía

2: elección

Cuías biliares)

TAC (3: elección)

Colangiografía

Laboratorios

BH

PCR

Tratamiento

Tokio I

Levofloxacin

Ciprofloxacino

Tokio II

Penicilinas

Pipetazocilinas)

S00MS (bazoletam)

penicilina → sulfacetan

+ cefalosporinas

Tokio III

2 esquemas

Cefalosporinas

Ceftriaxona

Cefbaxidina

Lactámico (Castro)

metronidazol

Acido ursodesoxicólico

(sin tratamiento ox)

Colangitis

Inflamación de la vesícula biliar
Secundaria a infección

Etiología

Colelocolitis
Estenosis benigna
E. coli
Klebsella

Epidemiología

1% (Colelocolitis)
Pentada de Reynolds (75% muerte)

Clinica

Triada de Charcot
Fiebre
Dolor abdominal
Ictericia

Pentada de Reynolds
Triada de Charcot +
Alteraciones de la conciencia
Hipotensión

Diagnóstico

Clinica
USG
Colangio-resonancia
(PRE C Bold)

Tratamiento

Ceftriaxona
o Cefepime
+ metronidazol

Descompresión temprana
+ antibiótico
CBBE ursolico (esfinterectomía)
Drenaje transhepático

Pancreatitis aguda

Inflamación aguda del páncreas

Etiología

Litos (mujeres)

F. de riesgo

coledoclitiasis

Embarazadas

>40 años

Anticonceptivos orales

Fisiopatología

obstrucción anterior

del a ampulla de

bathetercinactiva

Pérdida de funciones

Endocrina y exocrina

Amilasa y lipasa

Clinica

Dolor tipo cólico (HI → espalda)

Náuseas y vómitos

Cullen (equimosis)

Grey Turner (equimosis lumbar)

Bryant (equimosis escrotal)

Clasificación

moderada

sin complicaciones

Grave

Falla orgánica <48 horas

Severa

Falla orgánica >48 horas

Diagnóstico

Baltazar (A, B, C, D, E)

Clinica

Amilasa

Lipasa (específica)

BH

USG

TAC (24-72 hrs)

Tratamiento

Hidratación (Hartman)

Nutrición

Dolor

Aines

opioides

opioides + aine

neuropáticos

Estable (colecistectomía)

Verstizante (fluoroquinolonas)

CERRE

Pancreatitis crónica

Fibrosis del parénquima pancreático

Pérdida de sus funciones (endocrina exocrina)

Etiología

Alcoholismo

Hombres (predominante)

Clínica

Epistruisias

Dolor después de
consumir alcohol

Dolor recurrente

Esteatorrea

Diagnóstico

USB

Clínica

Tomografía

Evitar

Alimentos

Alcohol

Tratamiento

1- Somatostatinas (octreotida)

Enzimas

Analgesia (aínes)

2- Falla

Whipple (técnica qx)

Hernias

Defecto de la continuidad de la estructura musculo-aponeurotica de la pared abdominal

Protrusión de elementos

Elementos

Anillo herniado

Saco herniado

Componente herniado

F. riesgo

Genética

Nutrición

Tabaquismo

Sedentarismo

Epidemiología

Inguinal 75% (indirecta 2/3)

Episástrica (frecuente)

Derecho

Recidiva 2-3% (directas)

Hombres (3:1)

Mujeres (femoral)

Clasificación

Reductible

Localización

normal

incarcerable

sale después de la

reducción

Incarcerada

Dolorosa y blanda

no se reduce

estrangulada

Dolorosa y violácea

compromiso vascular

Tipos

Littre

D. de Meckel

Richter

Intestino delgado

Amoeboma

Anguinal

Apéndice vermiforme

Pantalón

Inguinal directa +

Indirecta

Spigel

lateral al músculo

recto abdominal

Femoral

mujeres

Hernia umbilical

Abultamiento alrededor del ombligo
Opión, intestino descendido o grueso

Etiología

debilitamiento de la
fascia del tejido conectivo

f. de riess
obesidad (IMC > 36)
tos crónica
EPOC
prostatismo

Clinica

Aumento de volumen
en area umbilical

Epidemiología

5% de la población
Abdominal (10% umbilicales)
mujeres (2:1)

Diagnóstico

Clinica

Tratamiento

Herniorrafia Abierta
Técnica mayo (sin malla)
> 3 cm (protésico)

Mujeres
> 1.5 cm
2 años

Hernia Inguinal y Femoral

Inguinal

Por arriba del ligamento inguinal
Orificio músculo-pectíneo (consent)

Epidemiología

Indirecta (63%) fuera del triángulo de Hesselbach
Directa (37%) nivel del triángulo de Hesselbach

femoral

Defecto de la fascia transversalis
Debajo de la cintura iliopubiana de Thompson

Clasificación (Ny Hus)

1	2	3	4
Directa Anillo normal	Indirecta dilataado	Defecto de pared posterior A directa pequeñas B indirecta directa grande C femoral	recurrente A directa B indirecta C femoral D mixta

clínica

Protusión o
Abultamiento
en región
Inguinal o femoral

Diagnóstico

Oclusión (RS de abdomen)
Onda CUSG)
Herniografía (oro)

Tratamiento

Hernioplastia abierta (malla)
sin tensión (malla) Lichtenstein (oro)
con tensión (Santalal) Shouldice
Infección de herida

Complicaciones

50-20% incarceration (dolor, obstructivo)

2% estrangulan (mas convulsivo)

indirectas

Femorales (15-20%)

Hernia ventral

Protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto anterolateral del abdomen

Epidemiología

11-25-1. (laparotomías)

Reparación recidiva

54% protésico

32% Sin material protésico

Clinica

Dolor local

Estreñimiento

Distensión abdominal

Deformidad de la pared

→ oclusión intestinal

Diagnóstico

Clinica

ultrasonido abdominal

TAC de contraste oral

Walsauva

Tratamiento

Elección

Reparación con
material protésico

Desminución de recidiva
(Técnica de Rivers)

Referencia bibliográfica:
Guía de práctica clínica (GPC)