



Nombre del alumno: Axel Adnert Leon Lopez

Nombre del profesor: Dr. Erick
Antonio Gutierrez flores

Nombre del trabajo: resúmenes
quirúrgica

Materia: Quirúrgica

Grado: 6to

Grupo: B

Colecistitis:

► DEFINICIÓN:

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos y con menor frecuencia por todo biliar.

► EPIDEMIOLOGIA:

mas prevalente en mujeres con el 15,7% y >50 años de edad. • 20% de casos evoluciona

► FACTORES DE RIESGO:

- Colicos biliares
- Edad >40 años
- Sexo femenino
- Anticonceptivos orales
- Mujeres
- Obesidad
- >40 años
- Embarazo
- farmacos

► CLINICA

• **No complicada:** Morphy positiva, masa en cuadrante superior derecho
nausea, vomito

• **Complicada:** fiebre >40, vesícula palpable, inestabilidad hemodinamica

► FISIOPATOLOGIA:

inflamacion de la vesícula biliar por obstruccion del conducto cistico debido a calculos biliares, la obstruccion provoca acumulacion de bilis, lo que lleva a la inflamacion

► DIAGNOSTICO

• USG abdominal → Engrosamiento pared vesicular >5mm

* • Gamagrafia * SI • Tomografia → Aumento de densidad de pared.

Colangiorensonancia → Gold Standar. CUS

► TRATAMIENTO

Leve o grado 1 → Alb: ciprofloxacino o levofloxacino

moderado o grado 2: → Doble Alb: piperacilina con tazobactam.

Grado 1 y 2: Colecistectomía laparoscópica temprana, en próximos 7 días Cefo, 2da generación

Grave o grado 3: → Doble alb: cefalosporina 3ra generación o 4ta.

• monobactámicos

• metronidazol

Grado 3: Colecistectomía laparoscópica tardía después de 2-3

semanas

TOKIO.

Colelitiasis.

► DEFINICION.

Presencia de calculos dentro de la vesicula biliar y se clasifican como:

- De colesterol
- De pigmento
- Mixto

► EPIDEMIOLOGIA.

- Prevalencia 14.3 %.
- Relacion 3 a 1 afectando a mujeres
- Promedio para desarrollar → 37 - 40 años

► FACTORES DE RIESGO

- Sexo femenino
- Sobre peso
- Dieta alta en grasa
- medicamentos

► CLINICA

No complicada: Murphy positivo, masa y dolor en cuadrante superior derecho, nausea, vomito

Complicada: fiebre $>39^{\circ}$, vesicula palpable, inestabilidad hemodinamica

► FISIOPATOLOGIA:

La formacion de calculos ocurre debido a un desequilibrio en componentes de la bilis, especialmente concentracion de colesterol y sales biliares

► DIAGNOSTICO

- USG, TAC, Auxiliar como gammagrafia.

► TRATAMIENTO.

- Colico biliar: Diclufenaco 75mg o opioides
- Acido quenosolico y ursol: Disuelven litos <5 mm tarda 1 a 2 años
- Litotricia: Lito unico y <3 cm.
- Colectostomia percutanea

Coledocolitiasis

► DEFINICIÓN:

Presencia de cálculos en conducto biliar común. Puede tener origen en vesícula biliar (primario) o del propio conducto (secundario).

► Epidemiología:

- Afecta a hispanoamericanos
- Incidencia mayor en sexo femenino.

► FACTORES DE RIESGO

- Obesidad
- Edad >40
- Mujeres
- Medicamentos
- Alimentos altos en grasa.
- Genética

► CLÍNICA

- Dolor abdominal en cuadrante superior derecho, se irradia.
- Ictericia en esclera.
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Coluria
- Acolia.

► FISIOPATOLOGÍA.

Los cálculos pueden obstruir el flujo biliar, en mayoría de casos los cálculos se forman en vesícula y se trasladan.

► DIAGNÓSTICO.

- BIL
- UDG
- TAC
- CPRE Gold Standard
- Bilirrubina sérica elevada.

► TRATAMIENTO:

- Extirpación endoscópica
- Colectomía.
- Ácido ursodesoxicólico

CPRE y posterior
colecistectomía.

Colangitis.

► DEFINICION:

Enfermedad sistémica que puede presentarse desde una enfermedad leve hasta grave. E. coli y Klebsiella.

► EPIDEMIOLOGIA:

- Afecta a mujeres 3-1
- Casos graves incluye un 7-25% y 3.5-7.7% con Síndrome de Reynolds.

► FACTORES DE RIESGO

- Sexo femenino
- >40
- Obesidad
- Medicamentos
- Colesterol alto.
- Embarazo

► FISIOPATOLOGIA

obstrucción biliar causada por litos, aumenta la presión intrahepática, hay translocación bacteriana, posterior la inflamación.

► CLINICA

Triada Charcot: ^{ictericia.} • Fiebre • Cefalea • Dolor abdominal y en ocasiones síndrome de Reynolds

► DIAGNOSTICO:

USG^x • BH • TAC • CRM. USG: Acomulación líquida
1 criterio de inflamación + 1 de colestasis + imagen colangio (ETE)

► Tx

- Colangitis leve: cefalosporina +/- metronidazol o quinolona
- Grave: Piperacilina/tazobactam, cefepime/cefazidima +/- metronidazol, imipenem o meropenem
- Qx: Drenaje biliar

Hernia Umbilical

► DEFINICION:

Abultamiento al rededor del ombligo, que puede contener epiploon, parte de l. delgado o grueso. Secundario a debilitamiento de la fascia del tejido conectivo.

► EPIDEMIOLOGIA: → 5% de la poblacion padece de hernia Umbilical y predomina en mujeres 2 mujeres x hombre

► FACTORES DE RIESGO

- Obesidad
- EPOC
- Tos cronica
- Prostatismo
- multiparidad
- Ascitis
- Constipacion

► CLINICA:

Exploracion fisica con aumento del Area umbilical, especial ante esfuerzos (Maniobra de Valsalva)

► DIAGNOSTICO:

- Clinico, no se recomienda estudio de gabinete, pero tambien:
- USG
- Herniografia.

► TX:

- Cirugia ambulatoria. → Herniorrafia umbilical abierta (sin maza) con tecnica de maza
 - Cuando tiene >3 cm usar material protesico.
 - Por operatorio ketorolaco en primeras horas, posterior cambiar a paracetamol

Hernia Ventral

- ▶ Protrusion del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto anterolateral

▶ EPIDEMIOLOGIA.

- Se presenta en 11-23% después de laparotomía
- Recidiva posterior a reparación alcanza el 54% sin material protésico y 32% con material protésico.

▶ FACTORES DE RIESGO

- Cirugía previa
- Obesidad
- Tabaquismo
- EPDC
- Mal nutrición
- Trabajo de fuerza.

▶ CLÍNICA.

- Dolor en sitio de hernia
- Estreñimiento.
- Distensión.
- Deformidad de la pared

▶ DIAGNÓSTICO

- Es clínico junto con historia clínica.
- Ultrasonido abdominal
- maniobra de Valsalva.

▶ TRATAMIENTO:

- Reparación quirúrgica con material protésico para disminuir recidiva con técnica de Paves.

Hernia inguinal:

► DEFINICION:

Aquellas que se producen arriba del ligamento inguinal y se dividen en directas e indirectas dependientes del triángulo de Hesselbach.

► EPIDEMIOLOGIA.

- Afecta mayormente a mujeres
- 63% son inguinales.

► FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Sexo femenino
- Obesidad
- Embarazo

► CLASIFICACION: (NYHOS)

- I → H. inguinal indirecta con anillo inguinal normal
- II → H. inguinal indirecta con anillo inguinal interno dilatado.
- III → Defecto de pared posterior → • Directa • Indirecta • femoral

► CLINICA: Protrusion o abultamiento en zona inguinal que puede ser dolorosa o no, aumenta al deambular

► DX: • Rx simple de abdomen • USG • Herniografía.

► Tx:

Quirúrgico con Hernioplastia abierta con malla.

- Plastia sin tensión con malla tipo Lichtenstein (Gold Standard)
- Plastia con tensión sin malla tipo Shouldice.

Hernia femoral

Aquella hernia que se produce debajo del ligamento inguinal y es un defecto de la fascia transversalis.

► EPIDEMIOLOGIA:

- Afecta a mujeres con un predominio de 3-1
- Común en mujeres adultas

► FACTORES DE RIESGO.

- Sexo femenino
- Edad
- Obesidad
- Embarazo

► CLASIFICACION

III → Defecto en pared posterior

- Directa pequeña
- Indirecta pequeña
- femoral
- mixta

► CLINICA.

Protusión o abultamiento en región femoral que puede doler o no, aumenta al esfuerzo y desaparece o disminuye en decubito.

► DIAGNOSTICO.

- Rx abdominal
- UCG
- Herniografía

► Tx: Hernioplastia abierta con material protésico

- Plastia sin tensión (con malla) tipo Lichtenstein

► Apendicitis Aguda.

► EPIDEMIOLOGIA.

Inflamación del apéndice vermiforme. 1 de cada 5 en infantes y en adultos 270 es de 1/100 que puede ser aguda, crónica y reactiva.

► ETIOLOGIA.

La infección es producida por un problema obstructivo

- Hiperplasia de folículo linfático submucoso
- Fecalito / Apendicolito.
- Cuerpos extraños
- Tumores

► FACTORES DE RIESGO.

- Edad
- Sexo
- H. familiar
- Obstrucción intestinal
- Hiperplasia linfática
- Fecalito
- Parasitos

► FASES:

- Fase 1 o congestiva → Obstrucción proximal de luz del apéndice (Capacidad luminal 0.7 ml). 4-6 hrs.
- Fase 2 o supurativa → Obstrucción linfática y venosa con invasión Bacteroides fragilis. 6-12 hrs.
- Fase 3 o gangrenosa → Disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa. 12-24 hrs.
- Fase 4 o Perforación → Continúa la isquemia y se perfora la pared apendicular, 24-72 hrs post síntomas.

► EXPLORACION FISICA.

- Signo McBurney: → Unión del tercio externo con los 2/3 internos una línea trazada entre ombligo.
- Signo Blumberg → Dolor después de retirar súbitamente
- Signo Psoas → Hiperextensión de cadera derecha (Muslo).
- Signo Rovsing → Dolor en C10 a palpación en RLL

ESCALA DE ALVARADO

• Síntoma	Migración de dolor	1
	Anorexia	1
	Náusea o vomito.	1
• Signos	Toque (Dolor FID)	2
	Rebote	1
	Elevación temperatura	1
• Laboratorios	Leucocitos ($>10,000/mm^3$)	2
	Shift (Desviación)	1
• 0-4 Pts → Negativo	• 5-6 Pts → Posible	
• 7-8 Pts → Probable	• 9-10 Pts → Apéndice	

► DIAGNOSTICO

- Prueba de embarazo
- USG
- TAC
- Rx abdominal
- Resonancia magnética

► TRATAMIENTO

- AB: Cefalosporina 1 o 2ª generación + metronidazol, Amikacina (Alergia)
- Analgesico: Paracetamol

Quirúrgico: Elección → Apéndicectomía laparoscópica.

- niños < 5 años y adulto mayor con enfermedad crónica.

Considerar apéndicectomía abierta.

Apendicitis en embarazo.

- Padecimiento quirúrgico obstétrico más común
- Frecuente en 2do trimestre.

• Durante embarazo el apéndice aumenta altura y 10 días posparto regresa a su lugar.

► CLÍNICA

- Dolor fosa ilíaca derecha
- migración caudal de apéndice.

► DIAGNÓSTICO.

- USG como primer estudio
- RM sin gadolinio 1º.

► Tx Quirúrgico:

Tx laparoscópico como técnica de elección en cualquier trimestre de la gestación.

ADULTO MAYOR

- Cuadro subagudo (2-3 días) Poco intenso - Difuso +/- fiebre
- Mayor tendencia perforación / Delirio neurológico súbito.
- Dilatación abdominal, ↓ Peristalsis, masa en C/D
- ⇒ Solicitar BH, EGO, FS, CREA, Rx abdomen y * torax, TAC.

PEDIÁTRICO

- EPIDEMIOLOGÍA: más frecuente entre 6-10 años.

Frecuencia de 4/1000 en relación H:2 M:2

- CLÍNICA: Dolor abdominal c/ claudicante / incapacitante.

nausea, vomito, Fiebre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$.

- Lactante: Diarrea crasa y semilíquida

- LABORATORIOS: leucocitosis > 11.000 , Neutrós 75% y PCR > 8

- DX: USG, TAC + EGO + BH

Tx: Apendicectomía abierta. <5 años

Pancreatitis Aguda.

- Condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, SIRS, fallo orgánico y muerte.

Etiología.

- Cálculos biliares 40%.
- Consumo prolongado de alcohol.
- Fármacos.
- Autoinmunes.
- Infecciosas.

Epidemiología.

- Incidencia anual de 13-45 x 100,000 personas.
- Moderadamente graves 30%.
- Graves 30%.
- Mortalidad 3-6%.

TIPOS.

FASES

- PA intersticial edematosa 60-60%., Sin necrosis.
- Temprana → Resuelve en 1 o 2 Semanas SIRS / FO.
- Resuelve en 7 una semana.
- Tardia → Semanas o meses.
- Necrotizante. → + Agresivo.
- Hay signos sistémicos.

FACTORES DE RIESGO

- Fármacos.
- Trauma.
- Mujeres.
- Obesidad.
- Tabaquismo.

Cuadro clínico

- Dolor abdominal.
- Inicio súbito.
- Irradiación a torax.
- Náuseas / vómitos.
- Sensación abdominal.
- Ictericia.

Examen físico.

- Cúrculo.
- Signo de Grey Turner.
- Hipersensibilidad a palpación.
- Alteración estado de conciencia.
- Signo de Fox.

Diagnóstico.

- Niveles elevados de lipasa y amilasa 3 veces valor normal.
- Hematología completa.
- DHL.
- USG.
- TAC en 24 hrs.
- ERCP.
- 72-96 Contraste.

► CLASIFICACION ATLANTA

- PA leve → Ausencia de FO y complicaciones locales o sistémicas. Resuelve durante 7 semanas. No exámenes de imagen. Proceso inflamatorio.
- PA moderadamente grave → Presencia de FO transitoria o complicaciones locales o sistémicas. Falla orgánica < 48 hrs.
- PA grave → Presencia de FO y una o mas complicaciones locales o sistémicas. Falla orgánica > 48 hrs.

► TRATAMIENTO.

- Control de dolor → Opioides: buprenorfina, petidina, morfina, fentanyl.
- R. con fluidos primeros 12-24 hrs.
- Nutrición: Sin FO o necrosis → dieta blanda o sólida.
- Abx: Carbapenémicos → imipenem, ulastatin. **CPRC**
Quinolonas: Mefloxicloro y Cefalosporinas.

Ramson y Baltazar.

Pancreatitis crónica.

- ▶ Enfermedad fibroinflamatoria progresiva del páncreas caracterizada por la fibrosis irreversible de la glándula con el eventual fallo de sus células exocrinas y endocrinas.

▶ EPIDEMIOLOGÍA

Casos 42/100,000, afectando a toda la población y no específica

▶ FACTORES DE RIESGO.

- Alcoholismo 70-80% • Cálculos biliares • Idiopáticos
- Hereditario • Tabaco • Pancreatitis tropical

▶ CLÍNICA.

- Dolor precipitado por el consumo de alimentos. intensidad, frecuencia y duración aumentada
- Pérdida de peso • Anorexia • Esteatorrea.

▶ DIAGNÓSTICO.

- Clínica • Imagen • Laboratorio
- Elastasa 1 • Grasa fecal

- Triada Dx: → Calificaciones pancreáticas
• Esteatorrea • DM.

TAC (Gold Standard) • Rx • UG

▶ TRATAMIENTO

Aines → Dolor leve Opiáceos de acción prolongada

Tx intervencionista: CPRE

CPM

Análogos de somatostatina octreotida