



**Nombre del alumno: HATZIRY GÓMEZ
HERNÁNDEZ**

**Nombre del profesor: Dr. Erick
Antonio Flores Gutiérrez**

Nombre del trabajo: resumen

Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Grado: 6to

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de julio del 2025.

PATOLOGIA Abdominal

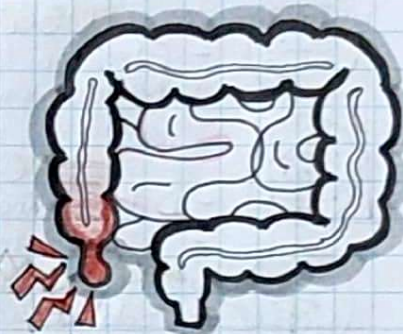
APENDICITIS AGUDA

Es una inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda, crónica o reactiva.

— Localización + frecuente es Retrocecal (65%)

◦ **EPIDEMIOLOGIA:** probabilidad en la infancia es de 1 en cada 5 niños → adultos >70 años 1 de cada 100.

- Patología quirúrgica + frecuente.
- Cáncer de ciego: 30% = afectar el apéndice.
- 10% probable apendicitis son IVUs.
- Apendicetomía = ↓ riesgo de CVL y ↑ el riesgo de CROHN.



◦ **ETIOLOGIA:** Originada por un problema obstructivo

- ① Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos (60%) secundaria a una infección = causa + frecuente.
- ② Fecalito o apendicolito (30%) = adultos causa principal.
- ③ Cuerpos extraños = (4%).
- ④ Tumores apendiculares (1%).

◦ **FACTOR DE RIESGO:**

- ① Edad = 10-30 años
- ② Sexo = + hombres
- ③ Dieta ↓ en fibra
- ④ Alimentos procesados
- ⑤ Antec. familiar
- ⑥ Infec. gastrointestinal.

◦ **CLINICA:**

— Síntomas —

- Dolor abdominal dño
- Náuseas y vómito
- Fiebre $< 38.5^{\circ}\text{C}$
- Ø de apetito
- Migración del dolor

— Signos —

① **S. McBurney:** dolor en unión del tercio externo = 2/3 internos de línea traal entre bndigo + Esp. ilica derecha.

② **S. Blumberg (Rebote):** Dolor después de soltar. Subitamente una compresión abdominal = irritación peritoneal.

③ **S. Psoas = ex:** en decubito lateral izq, se realiza una hiperextensión de cadera derecha (muslo).

◦ **DIAGNOSTICO:**

> Escala dx de Alvarado

- 0-4 Puntos = No apendicitis
- 5-6 Puntos = Posible apendicitis
- 7-8 = Probable
- 9-10 = Apendicitis.



S	Migración al dolor Anorexia Náuseas o vómito
S	Toque (dolor FIO) Rebote (S. blumberg) ↑ de temperatura $> 37.3^{\circ}\text{C}$
L	Leucositos $> 10,000/\text{mm}^3$ Shift (Desviación) $> 75\%$ de neutros

④ **S. Rousing (Espejo):** Dolor cuadrante infe. dño a la palpación en cuadrante infe. izq (movimiento del gas).



PRUEBA DE EMBARAZO

- Toda paciente femenina en edad reproductiva



USG

- Elección en pediátricos
- Método inicial para embarazo



TAC = Gold estándar = en duda dx.

- Duda en niños con USG
- Mujeres no embarazadas
- Adulto mayor = confirmatorio.



RADIOGRAFIA ABDOMINAL

- Solo en adulto mayor en busca de dx diferenciales.



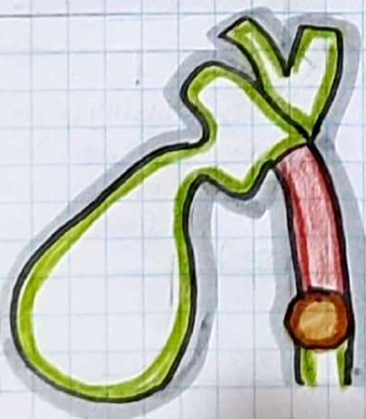
RESONANCIA MAGNÉTICA

- Embarazadas con USG no concluyente.

TRATAMIENTO

- Antibiótico = cefalosporina 1o 2do generación + Metronidazol, en caso de alergia a cefalosporina = Amikacina.
- Analgésicos = Paracetamol.
- QUIRÚRGICO -
 - Elección = apendicetomía laparoscópica por menos efecto y menos riesgo de íleo = beneficio en mujeres jóvenes.
 - Embarazo = NO SDG para el abordaje.
 - Niños < 5 años y adulto mayor con enf. crónicas considerar la apendicetomía abierta.

COLEDOCOLITIASIS



- Presencia de cálculos en los conductos biliares, procedentes de la vesícula biliar o de los mismos conductos (de novo, en ese caso suelen ser de bilirrubinato cálcico).

- ① Cálculos secundarios = formados en vesícula → 2 años después de una colestectomía
- ② Cálculos primarios = formados en colédoco.

EPIDEMIOLOGIA:

- 10-15% de coledolitiasis sintomática = coledocolitiasis.
- 4-12% antecedentes de colestectomía.

◦ **ETIOLOGIA**: migración de cálculos desde la vesícula biliar (colelitiasis) hacia el coledoco.

- Cálculos secundarios = + común 85-90%
- Cálculos primarios = - común 10-13%

◦ **FACTOR DE RIESGO**:

- ① Colelitiasis previa
- ② Edad avanzada
- ③ Sexo femenino
- ④ Obesidad
- ⑤ Embarazo
- ⑥ Enf. hepática crónica

- ⑦ Cirugías previas de vía biliar
- ⑧ Infecciones de vía biliar

◦ **CLINICA**:

- Dolor similar a cólico biliar
- Coluria y acolia
- Ictercia en mucosas = bilirrubina total $> 2.5 \text{ mg/dl}$

Síntomas

- > Dolor abdominal
- > Ictericia
- > Orina oscura
- > Heces pálidas
- > Náuseas y vómito

Signos

- > Fiebre
- > Dolor a la palpación = cuadrante superior derecho del abdomen
- > Ictercia = piel y ojos.

◦ **DIAGNOSTICO**:

- Inicial = USG de vías biliares: coledoco dilatado $> 6 \text{ mm}$ + Litos
- Estudio de imagen $\rightarrow$ de elección = colangio-resonancia
- Gold Standard = CPRE $\rightarrow$ pancreatitis pos $\approx 5\%$

◦ **TRATAMIENTO**:

- Inicial = ◦ colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
 - Esfinterectomía
 - Extracción de cálculos
- Definitivo = ◦ Colexistectomía
 - CPRE con esfinterotomía y extracción de cálculo
 - Cirugía abierta o laparoscópica

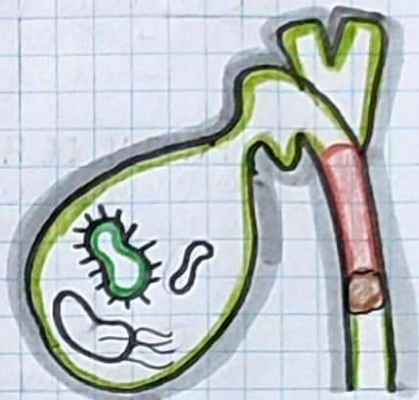


- Antibiótico
- Drenaje biliar

COLANGITIS

- Es una infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna posquirúrgica y, menos frecuente, tumores de la vía biliar y periampulares.

- Patógenos asociados =
E. coli y Klebsiella



◦ EPIDEMIOLOGIA:

- 1% de los pacientes con coledocolitiasis presentan colangitis y se asocia a pacientes de séptima década.
- Pentada de Reynolds tiene 70% de mortalidad.

◦ ETIOLOGIA:

- Obstrucción biliar
- Infección
- Colangitis esclerosante primaria
- Colangitis autoinmune
- Trauma o cirugía

◦ FACTOR DE RIESGO:

- Edad = + común > 60 años
- Enfermedades subyacentes = DM, enf. hepática
- Cirugía previa.

◦ CLÍNICA:

- Fiebre
 - Dolor abdominal
 - Ictericia
 - Alteración de conciencia
 - Hipotensión
- Triada de Charcot.
- Pentada de Reynolds.

◦ DIAGNOSTICO:

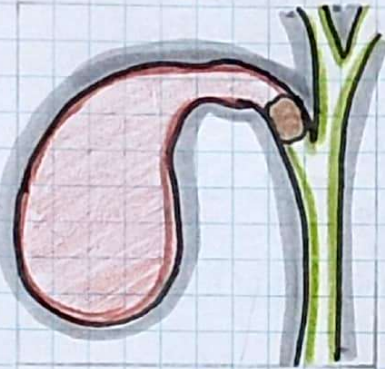
- Inicial = USG de hígado vías biliares
- Estudio de imagen de elección → Colangio-resonancia
- GOLD = dx y terapéutico: CPRE

◦ TRATAMIENTO:

- Cefalosporinas 3-4ta generación (ceftriaxona o cefepime) y Metronidazol

>> Quirúrgico << → Descompresión temprana + atb.
↳ Esfinterectomía por CPRE urgente
– Drenaje biliar transhepático.

COLECISTITIS Y COLELITIASIS



- ① Colelitiasis = presencia de cálculos (piedras) en la vesícula biliar.
- ② Colecistitis = inflamación de la vesícula biliar, generalmente por obstrucción del conducto cístico por un cálculo.

>> EPIDEMIOLOGIA =

- Afecta al 10-20% de la población adulta.
- Más común en :
 - Mujeres
 - Edad >40 años
 - Personas con sobrepeso/obesidad.

>> ETIOLOGIA:

- ① Colelitiasis =
 - Cálculos de colesterol (80%) = sobresaturación de colesterol.
 - Cálculos pigmentarios (20%) = hemodilisis crónica o infecciones.
- ② Colecistitis =
 - 90% causada por obstrucción del conducto cístico por un cálculo.
 - Colecistitis alitiasica (sin cálculo) = (-) corón, grave, px crónicos.

>> FACTOR DE RIESGO: = 5 "F"

- ① Femenino.
- ② Fármacos.
- ③ Forty = >40 años.
- ④ Fertile = embarazo.
- ⑤ Fat = obesidad.



>> CLÍNICA:

→ Colelitiasis ♂

- Dolor tipo cólico biliar = hipocóndrio dcho o epigastro.
- Irradiación a escápula o hombro dcho.
- Aparece tras comida picadas o grasosas.
- Duración < 6 horas.
- Náuseas y vómito

→ Colecistitis ♂

- Dolor continuo (>6 hrs) hipocóndrio derecho
- Fiebre
- Náuseas, vómitos
- Signo de Murphy positivo
- Leucocitosis
- Puede haber ictericia leve = obstrucción parcial.

>> DIAGNOSTICO:

① Colecistitis → ↓

- Primero = USG abdominal
- Imagen en doble riel.
- Segundo = gramografía biliar
- Signo de ring → indicar
que hay líquido perivesicular.

↓
TONOGRAMIA

Criterios de Tokyo = + utilizados.

↳ ① Signos locales de inflamación

- a) Signo de Murphy
- b) Músculo dolor o defensa hipocóndrio dcha.

② Signos sistémicos de inflamación.

- a) Fiebre $> 37,5^{\circ}\text{C}$
- b) Proteína C reactiva elevada
- c) Leucocitos $> 10000 \text{ mm}^3$

③ Hallazgos imagenológicos de CA

- a) Edema = pared $> 5 \text{ mm}$
- b) Vesícula distendida
- c) Murphy radiológico
- d) Líquido perivesicular
- e) Colelitiasis.

② Colelitiasis → Clínico

↳ Ecografía abdominal = elección.

- Otros =
- ① USG endoscópico
 - ② Colangio - RM.

>> TRATAMIENTO <<

COLELITIASIS

- ① Definitivo = colesistectomía laparoscópica electiva.
- ② Inicial = dieta baja en grasa, analgésicos (AINES ≠ Ketorolaco)

COLECISTITIS

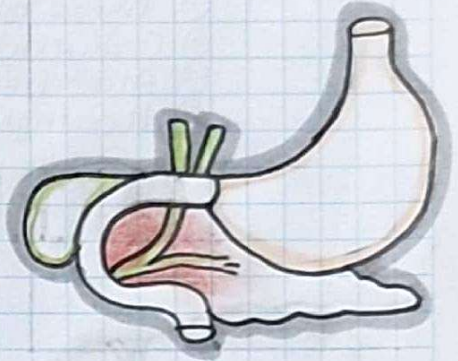
- ① Inicial = ayuno, líquidos IV, analgesia, antibióticos (ceftriaxona + metronidazol)
- ② Definitivo =
- colesistectomía laparoscópica temprana (primeras 72 hrs)

PANCREATITIS AGUDA

- Inflamación súbita del páncreas, causada por la activación anormal de enzimas pancreáticas que autodirigen el tejido pancreático.

>> EPIDEMIOLOGIA :

- 30-50 casos por cada 100,000 per/año.
- Una de las causas + común de hospitalización.
- + frecuencia = 30-60 años.
- + frecuente en hombres → Origen biliar = + en mujeres.



>> ETIOLOGIA :

- Litiasis biliar → + común 40-50%
- Alcohol → 2da causa 20-30%
- Hipertrigliceridemia → Triglicéridos > 1000 mg/dl
- Fármacos → azitromicina, furosemida, tiazidas y AINES
- Post-CPRE → Complicación endoscópica
- Infecciones → Virus coxsackie, parotiditis, etc.
- Idiopática → 10-20%

>> FX DE RIESGO :

- Consumo excesivo de alcohol
- Colelitiasis
- Hipertrigliceridemia
- Obesidad
- Tabaquismo
- Antecedentes familiares
- Procedimientos = CPRE.

>> CLÍNICA :

- Dolor abdominal → epigástrico, súbito, irradiado a espalda
- Náuseas/vómito
- Fiebre
- Distensión abdominal
- Signo de collar = equimosis periumbilical-grave
- Signo de Grey-Turner = grave
- Taquicardia, hipotensión.

>> DIAGNOSTICO :

- Laboratorios :
 - Lipasa / amilasa ↑
 - Leucocitosis
 - PCR ↑
 - Calcio ↓
 - Triglicéridos ↑
 - Función renal y hepática alterada
- Imagenología
 - Ecografía abdominal
 - TAC contrastada (48-72 hrs)

Criterios de Atlanta → 2 de 3

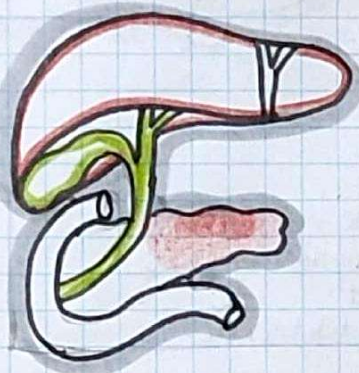
- ① Dolor abdominal típico
- ② Lipasa o amilasa > 3 veces al límite sup normal
- ③ Hallazgos en imagen compatible (TC, RM, ecografía).

• Colangio - RM.

>> TRATAMIENTO :

- ① Litiasis biliar = colecistectomía laparoscópica
- ② Obstrucción biliar aguda = CPRE
- ③ Alcohol = abstinencia
- ④ Hipertrigliceridemia = insulina IV, aferesis o heparina (casos graves).

PANCREATITIS CRÓNICA



- Inflamación prolongada e irreversible del páncreas que lleva a fibrosis progresiva, con pérdida de la función exocrina y endocrina.

>> EPIDEMIOLOGIA :

- Incidencia de 5-10 casos por 100,000 personas/año.
- + en hombres.
- 30-60 años.
- Subdiagnosticada en etapas iniciales.
- + en consumidores de alcohol.

>> ETIOLOGIA :

- Alcoholismo crónico → + común 70%
- Idiopática 10-20%
- Mutaciones SPINK1, PRSS1, CFTR
- Autoinmune - IgG4
- Obstructiva = tumores
- Hipercalcemia
- Hipertrigliceridemia
- Tabaquismo.

>> FACTORES DE RIESGO :

- Alcohol crónico
- Tabaquismo
- A. familiar
- Hipercalcemia
- P. aguda recurrente
- Fibrosis quística.

>> CLÍNICA <<

- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Esteatorrea
- DM
- Náuseas/vómito
- Signo malnutrición

>> Diagnóstico <<

◦ Escala de Cambridge

- 0 → Normal.
- I → Anormalidades mínimas.
- II → /// moderadas.
- III → /// graves.

- TAC abdominal
- Colangio - RM
- Ecoendoscopia

Función pancreática

- Elastasa fecal = $< 200 \mu\text{g/g}$
- Test de secretina
- Prueba de grasa fecal = $> 7 \text{ g/día}$ = esteatorrea.

>> TRATAMIENTO :

① Control del dolor :

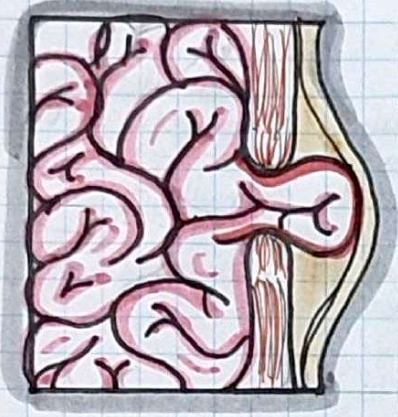
↳ Paracetamol = 500 - 1000 mg VO/IV c/6-8 hrs
Tramadol = 50-100 mg VO/IV c/6-8 hrs
Morfina = 2.5-5 mg IV c/4-6 = dolor intenso
AINEs = 400 mg VO c/8 hrs

② Quirúrgico o endoscópico

- Drenaje quirúrgico (Duestow) = conducto pancreático principal > 7 mm + dolor
- Resección parcial del páncreas
- Endoscopia (CPRE).

Hernias

UMBILICAL



- Protrusión del contenido abdominal (grasa o asas intestinales) a través del anillo umbilical, que normalmente se cierra después del nacimiento. Puede presentarse en niños o adultos, puede ser reductible o complicarse (encarceración o estrangulación).

>> EPIDEMIOLOGIA:

- Neonatos y lactantes = + común 20% RN
- Prematuros = >80%
- Adultos = mujer con sobrepeso >50 años

>> ETIOLOGIA:

- No se cierra completamente tras nacimiento.
- Adultos = el deterioro de la fascia umbilical por ↑ de la presión intraabdominal facilita la formación de la hernia.

>> FACTORES DE RIESGO:

>> Niños <<

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- Antecedente familiar
- Sx genéticos

>> Adultos <<

- Obesidad
- Embarazo múltiple
- Ascitis crónica
- Cirrosis hepática con hiper. portal.
- Tos crónica, estreñimiento o esfuerzo prolongado.

>> CLINICA <<

- ① Masa umbilical visible = protuberancia blanda, más evidente al llorar, o hacer esfuerzo
- ② Reductible = regresar espontáneamente o con presión suave
- ③ Dolor = indolora en niños, adultos → molestia o presión.
- ④ Complicaciones = dolor intenso, eritema, masa irreductible, vómitos (estrangulación).

>> DIAGNOSTICO <<

- E. Física = maniobra de Valsalva



- ① Ecografía abdominal = contenido herniario, evalúa encarceración.
- ② TC abdominal = adulto con obesidad o sospecha de complicación.

>> TRATAMIENTO <<

Niños

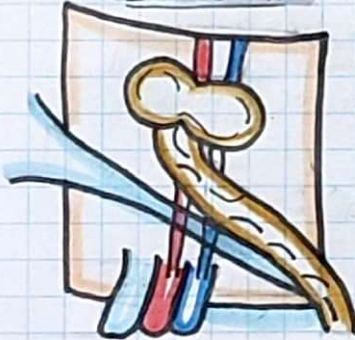
- < 2 años y < 1.5 cm = Observación
- > 2-4 años y > 1.5-2 cm = herniorrafia.
- Hernia encarcelada o sintomática = Cirugía urgente.

Adultos

- Herniografía o hernioplastia =
 - ① Herniografía simple → < 2 cm
 - ② Hernioplastia con malla → > 2 cm o recurrencia
 - ③ Laparoscopia = pr con obesidad o recurrencia

INGUINAL

INDIRECTA



- Protrusión del contenido intraabdominal (grasa, epiploón o asas intestinales) a través del canal inguinal.

- ① Indirecta = atraviesa el anillo inguinal interno, siguiendo el trayecto del cordón espermático.
- ② Directa = protruye a través de la pared posterior del canal inguinal por un área de debilidad.

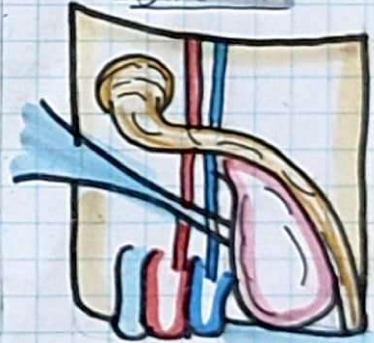
>> EPIDEMIOLOGIA <<

- + común en hombres.
- Indirecta + frecuente.
- 27% H y 3% M.
- RN y adultos > 50 años.

>> ETIOLOGIA <<

- ① Indirecta = conducto peritoneo-vaginal
- ② Directa = debilidad adquirida de la pared abdominal (Triángulo de Hesselbach).

DIRECTA



>> FACTORES DE RIESGO <<

- Sexo masculino
- Ant. familiar
- Envejecimiento
- ↑ de P. Intraabdominal
- EPOC
- Esfuerzo físico excesivo
- Estreñimiento crónico
- Hiperplasia prostática benigna
- Cirugías previas abdominales

>> CLINICA <<

- ① Bulto en región inguinal → @ o palpable, aumenta con maniobra de Valsalva
- ② Dolor inguinal leve o presión = + común en actividad física o al final del día
- ③ Reducibilidad = regresar espontáneamente o con presión.
- ④ Signos de alarma = dolor súbito, intenso, masa irreducible, eritema, náuseas / vómito.

>> DIAGNOSTICO <<

- Clínico = Historia + examen físico = inspección y palpación en bipedestación y decúbito, con maniobra de Valsalva

- ① Ecografía inguinal = 1ra elección ex delgados
- ② TAC de abdomen / pelvis = casos difíciles
- ③ RMN = dolor sin masa evidente

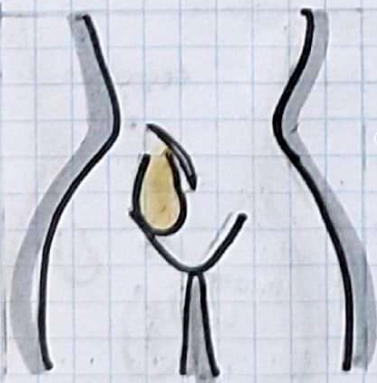
- Cirugía = Clasificación de Nyhus

↳ Según localización y estado de anillo inguinal

- Tipo I → Her. Indirecta con anillo inguinal interno normal (+ niños)
Tipo II → H. indirecta anillo interno dilatado, sin debilidad al piso.
Tipo IIIA → H. directa
Tipo IIIB → H. indirecta con compromiso del piso posterior
Tipo IIIC → Hernia Femoral
Tipo IV → Hernia recurrente.

>> TRATAMIENTO <<

- ① Conservador = @ clínica, Ø esfuerzo y uso de faja herniaria
- ② Quirúrgico =
 - ① Hernioplastia abierta (Lichtenstein) + uso de, colocación de malla
 - ② Laparoscópica (TEP / TAPP) = H. bilateral
 - ③ Cirugía sin malla = niños.



FEMORAL

- Protrusión de contenido intraabdominal a través del anillo femoral, localizado por debajo del ligamento inguinal, lateral a la vena femoral y medial a la arteria femoral.

>> EPIDEMIOLOGIA <<

- 3-5% de todas las hernias abdominales
- + en mujeres
- + común en adultos > 50 años
- ↑ tasa de encarcelación y estrangulación 40%

>> ETIOLOGIA <<

- Debilidad adquirida del anillo femoral
- ↑ de Presión intraabdominal crónica
- Defectos congénitos de la fascia transversalis.

>> FACTORES DE RIESGO <<

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Multiparidad
- Obesidad o desnutrición
- Tos crónica, estreñimiento, ascitis
- Cirugía abdominal previa

>> CLINICA <<

- Masa en región inguino-crural → dolorosa
- Dolor inguinal → de pie o hacer esfuerzo
- Reducibilidad variable → + irreducible
- Náuseas/vómito = encarcelación o estrangulación
- Signo de estrangulación = dolor intenso, piel eritematosa, masa firme y sensible.

>> DIAGNOSTICO <<

- ① Clínico = E. Física = bipedestación
- ② Ecografía inguinal =
- ③ TAC de abdomen/pelvis = px obesos o duda dx
- ④ RMN = mujeres jóvenes = dolor pelvico crónico.

>> TRATAMIENTO <<

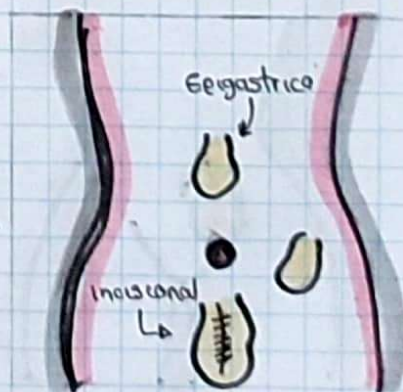
- ① Quirúrgico =
 - ① Abierta (McVay, Lotheissen)
 - ② Laparoscópica (TAPP o TED)
 - ③ Malla protésica

VENTRAL

- Protusión de contenido abdominal a través de un defecto adquirido o natural, en la pared anterior del abdomen, distinto de la región inguinal o femoral.
- Incluye hernias epigástricas, umbilicales, hipogástricas, de Spiegel y h. insicionales.

>> EPIDEMIOLOGIA <<

- Insicional 60-80%
- Umbilical 10-20%
- Spiegel = raro
- Epigástrica = 3-5%



>> ETIOLOGIA <<

- Falla en la cicatrización del tejido conjuntivo después de cirugía.
- Defectos congénitos en la línea media
- Debilidad estructural en áreas anatómicas.

>> FX DE RIESGO <<

- Cirugía abdominal previa
 - Obesidad
 - Edad avanzada
 - Tabaquismo
 - Enf. de colágeno = sx de marfan
 - ↑ de presión intraabdominal
-
- Ascitis
 - Embarazo
 - Tos crónica
 - Estreñimiento

>> CLÍNICA <<

- Masa abdominal visible / palpable
- Dolor o molestia local
- Reducibilidad
- Náuseas / vómito
- Signos de alarma → dolor súbito intenso, eritema, fiebre = estrangulación.

>> DIAGNOSTICO <<

- Clínico = historia clínica + exploración física.
- Imagen =
 - ① Ecografía abdominal = elección niños
 - ② TAC de abdomen y pelvis = estándar en adultos
 - ③ RNM

>> TRATAMIENTO <<

- ① **Inicial** = **QA** y modificación de fx de riesgo = hernias pequeñas y asintomáticas.
- ② **Quirúrgico** =
 - Reparación abierta con malla = + común
 - Reparación laparoscópica
 - Herniorrafia sin malla. < 2 cm.

BIBLIOGRAFÍA

- Sabiston tratado de cirugía C.M Townsend, edición 19ª, ED. Elsevier.
- Gpc, diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda.
- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.