



JUAN PABLO ABADIA LOPEZ

Dr. FLORES GUTIEREZ ERICK ANTONIO

Cuadro

ITECNICAS QUIRURGICAS

6

B

Comitán de Domínguez Chipas a 03 de marzo del 2025

COLELITIASIS



- Es la presencia de cálculos (litiasis) dentro de la vesícula biliar o los conductos biliares. La mayoría son asintomáticos, pero pueden causar dolor biliar o complicaciones.
- Su Epidemiología es muy común afectando al 10-15% de la población adulta en países occidentales y mayor prevalencia en mujeres.
- Etiología: Es un desequilibrio en la composición de la bilis, llevando a la sobresaturación de colesterol (cálculos de colesterol) o disminución de calcio (cálculos pigmentados).

Riesgos:

- Sexo (mujer)
- Obesidad
- Multipara
- >40 años
- Unión pancreática
- Enfermedades ileales

Clinica: Cólico biliar: dolor agudo y constante, en hipocóndrio derecho o epigastro que irradia a espalda o hombro derecho. Suele aparecer después de comidas grasas y duras horas (nocturnas) (vómitos).

Diagnóstico: Historia Clínica y Examen físico • **Definitivo:** Ecografía abdominal

TRATAMIENTOS

Inicio: Manejo del dolor (AINEs antinflamatorios)

Definitivo: Colecistectomía laparoscópica (extracción quirúrgica de la vesícula biliar) en pacientes sintomáticos, en casos asintomáticos, obstrucción, síncopes, etc.

COLECISTITIS AGUDA

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

EPIDEMIOLOGÍA: Complicación más común de la Colelitiasis. Incidencia aumenta con la edad.

ETIOLOGÍA: Obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar, lo que lleva a la distensión, isquemia e inflamación de la vesícula. En un 5-10% de los casos es acausal, asociada a pacientes críticamente enfermos.

FACTORES DE RIESGO: Colelitiasis previa, sexo, antecedentes. Trauma mayor, cirugía mayor, NPT prolongado, diabetes.

FISIOPATOLOGÍA: Eleva la presión intraluminal causada por edema e isquemia de la pared vesicular. La estasis biliar favorece la proliferación bacteriana secundaria (*E. coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus*).

CLÍNICA: Dolor súbito y constante en hipocóndrio derecho, que irradia al hombro o espalda.

• Signo de Murphy positivo (dolor a la palpación profunda).
• Fiebre, náuseas, vómitos, anorexia, leucocitosis.

DIAGNÓSTICO: Clínica sugestiva, fiebre, leucocitosis. Ecografía abdominal. Gammagrafía con HIDA si la ecografía no es concluyente.

TRATAMIENTO: Reposo intestinal, hidratación intravenosa analgésicos, antibióticos de amplio espectro.

DEPARTAMENTO: Colelitomía (preferentemente laparoscópica).

PANCREATITIS AGUDA

Inflamación aguda de Páncreas, que puede variar desde una enfermedad leve y autolimitada hasta una condición severa y potencialmente mortal.

EPIDEMIOLOGÍA: Incidencias en aumento, aproximadamente 5-80 casos por 100,000 habitantes/año. La obesidad y el alcoholismo son las comorbilidades más frecuentes.

ETIOLOGÍA: Cálculos biliares (coledocolitiasis), alcoholismo crónico, hipertrofia, hipercalcemia, fármacos (Tiazidas, 9^{ta} hipina, Post-Cere), Traumatismo, infecciones virales (Papavirus), Idiopáticas.

EX DE RIESGO: Colelitiasis, consumo excesivo de alcohol, hipertriglicéridos ($> 1000 \text{ mg/dL}$)

CLÍNICA: Dolor abdominal súbito, súbito en epigastro, que irradia a la cintura a la espalda, náuseas, distensión abdominal, fiebre, leucocitosis hipertrófica.
• Signos de hemorragia retroperitoneal (arroz): Signo de Cullen

DIAGNÓSTICO:
1. Clínica compatible (dolor abdominal localizado)
2. Elevación de amilasa y/o lipasa sérica al menos 3 veces el límite
3. Hallazgos característicos en pruebas de imagen (TAC)

TRATAMIENTO

INICIALES: Soporte vital. Fluidoterapia intravenosa agresiva (para prevenir complicaciones y necrosis), analgésicos potentes (opioide) control de náuseas. Soporte nutricional.

DEFINITIVOS: manejo de causas subyacentes. Para pancreatitis sévera con necrosis irreversible, drenaje percutáneo o neofistulización quirúrgica.

PANCREATITIS CRÓNICA

Síndrome caracterizado por inflamación progresiva y fibrosis del páncreas que conduce a la destrucción permanente del parénquima pancreático, con deficiencia grave de las funciones exocrinas y endocrinas.

EPIDEMIOLOGÍA: Menos común que la aguda, incidencia de 5-100 casos por 100,000 habitantes/año

ETIOLOGÍA: Más común Alcoholismo crónico (70-80%), obstrucción de conductos (tumor, estenosis), genética (Fibrosis quística)

FA DE RIESGO: Alcoholismo crónico, tabaquismo, antecedentes de pancreatitis aguda reciente

FISIOLOGÍA: La agresión repetida (alcohol) causa episodios subclínicos de inflamación que conducen a la fibrosis y la pérdida de los células acinares y de los islotes de Langerhans

CLÍNICA: Dolor abdominal • Eructos • Náuseas • Vómitos

DIAGNÓSTICO: Historia Clínica • Pruebas de imagen (TAC • RMN - CPRE • CPRE)

TRATAMIENTO

• MANEJO del dolor (Escalado Inyectado narcóticos a consumo)
• Suplementos de enzimas pancreáticas.

HERNIA UMBILICAL

Protrusion del contenido intraabdominal (usualmente grasa peritoneal u omento, raramente intestino) a través del orificio umbilical

EPIDEMIOLOGÍA: NIÑOS: Muy común en recién nacidos, especialmente prematuros. Adultos: más común en mujeres, asociados con obesidad, obesidad, embarazos múltiples.

ETIOLOGÍA: Niños: cierre incompleto del anillo umbilical después del nacimiento. Adultos: Aumento de la presión intraabdominal crónica junto con debilidad de la pared abdominal.

Fx de Riesgo: Obesidad, anemia, embarazos, tos crónica, estreñimiento crónico, multiparidad.

Patofisiología: Persistencia o reapertura del orificio en el anillo umbilical permitiendo el paso del contenido abdominal.

CLÍNICA: • Tumores o bultos palpables en la región umbilical que aumentan con la tos o el esfuerzo. • Dolor leve o intenso si hay incarceration.

DIAGNÓSTICO: Inicialmente Granuloma co saliente. Definitivo: Generalmente no necesitan estudios de imagen. En casos complejos o otros datos diagnósticos o TAC.

TRATAMIENTO: Muchos observación. Cirugía solo si Persistencia o llo de los 4-5 años lo grande o causa síntomas.

Adultos: Siempre requieren cirugía dada al riesgo de incarceration y estrangulación.

HERNIA INGUINAL

Protrusion de contenido abdominal o través del conducto herniario
Se clasifican en Indirecta o Indirecta.

EPIDEMIOLOGIA Muy común especialmente en hombres (90-95%
o lo largo de la vida) ("más frecuente Indirecta")

ETIOLOGIAS INDIRECTAS Persistencia de proceso vaginal (anomalía embrionaria)

DIRECTAS La debilidad de la fascia transversales en el triángulo de Hasselbach permite la protrusion directa a través de la pared abdominal.

Fx de Riesgos • Sexo masculino, edad avanzada, aumento de la Presión Intraabdominal (tos crónica, estreñimiento, levantamiento de peso)

CLINICA • Bulto o hinchazón en la región inguinal o escrotal
• Dolor o molestia, que empeora con el esfuerzo, b tos o el levantamiento de peso • Sensación de pesadez o presión.
• Dolor agudo, náuseas/vómito, Cambios en el Estómago Intestinal si hay Incarceración

DIAGNOSTICOS • Examen Físico y maniobras de Valsalva de b en el escoto para ver el origen.

TRATAMIENTOS Reparación Quirúrgica (hernioplastia)
Técnica de Lichtenstein, Bassini, Shouldice) o laparoscópica (TAPP, TEP) uso de malla. Proteses para reforzar Pared.

HERNIA FEMORAL

Protrusion de contenido abdominal a través del conducto femoral, por debajo del ligamento inguinal medio, o los vasos femorales.

EPIDEMIOLOGIA: Menos común que la inguinal, más frecuente en mujeres (debido a una pelvis más ancha y ligamento inguinal largo).

ETIOLOGIA: Debilidad adquirida en el anillo femoral, provocada por un aumento de la presión intraabdominal.

CLINICA: Bulto o masa en la parte superior del muslo lateral.
• Aumento de la incarceration y estrangulación, por un color azulado púrpura.

DIAGNOSTICO: Examen físico (diferenciar la hernia ya que puede ser de Pouch) Por encima por debajo del ligamento.
• Ecografía o TAC.

TRATAMIENTO: Reparación quirúrgica urgente incluso si es asintomática debido al alto riesgo de estrangulación.