



**Nombre del alumno: Leslie Dennis
Cabrera Sanchez**

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

Actividad: Resúmenes

**Materia: Técnicas Quirúrgicas
Básicas**

Grado: 6

Grupo: B

COLECISTITIS

- Es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por el edema biliar, aunque en raras ocasiones ninguno de estos dos está presente.

Etiología:

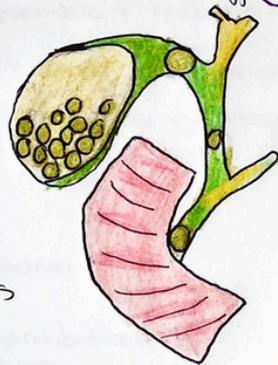
- Obstrucción del conducto cístico
- Causado por cálculos biliares.

Epidemiología

- Se presenta en el 5-20% de coledocitis
- 95% se producen cálculos biliares.
- 25% complicaciones
- ↑ Prevalente en mujeres.

Rx de riesgo:

- Femenil
- Post V (>40 años)
- Fatty (obesidad)
- Fetal (embarazo)
- Fármacos (Estrógenos, ACO₂, Certiorona)



Fisiopatología:

Ocurre una obstrucción del drenaje biliar.

Incrustación de un cálculo en la fosa de HARTMANN o conducto cístico.

Proceso:

Parcial:

- corta duración
- cólico biliar

Completa:

- ↑ de la presión intravesicular.

Provoca compromiso del retorno venoso y circulación linfática.

ocasiona edema

↳ Irrigación arterial

↳ Isquemia.

CLÍNICA:

- Dolor abdominal tipo cólico (localizado en hipocóndrio D. o epigástrico).
- Irradia hombro derecho
- Posterior a la ingestión de comida.
- Signo de Murphy positivo.

Complicaciones:

- Vesícula palpable
- fiebre >39°C
- Cefaleas
- Inestabilidad.

Diagnostico:

- 1era. eleccion: USG abdominal
- 2da. eleccion: Gammagrafia biliar o Escanografía.
- 3.- Tomografía (obstrucciones extra hepáticas).

Tratamiento:

- Cólico biliar: Diclofenaco 75 mg IM.
↳ si no responde → metoperidina y nalbufina.
- Acido querosolico y acido orxodesoxicolico:
↳ Disuelve litos < 5mm tarda: 1-2 años
↳ Px que no quieren cirugía.
- Litotricia:
↳ Litos < de 3mm.
- Colecistectomia percutanea
↳ Px graves -
↳ no mejora con antibioproctico.
↳ No candidatos a cirugía.

TX Quirúrgico:

- Eleccion: colecistectomia laparoscópica.
- Cirugía abierta → Colestitis avanzada.

COLELITIASIS GUDA

- Presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar o pueden hacerse a cualquier nivel del tracto biliar.

Etiología

- La formación de cálculos se debe principalmente a un desequilibrio en la composición de la bilis.

Epidemiología

- Prevalencia 14.3%.
- Afecta 7 mujeres.
- Promedio de edad 37-40 años.

Fx de riesgo:

- Sexo femenino
- Edad
- Obesidad
- Sedentarismo
- Dieta alta en grasas.

Clinica:

- ↳ signo de Murphy positivo
- ↳ masa en cuadrante sup. Derecho.
- ↳ Dolor en cuadrante sup. Derecho
- ↳ Náuseas
- ↳ Vómito.

Complicada

- fiebre $> 39^{\circ}C$
- Vesícula palpable
- Inestabilidad Hemodinámica.

Fisiopatología.

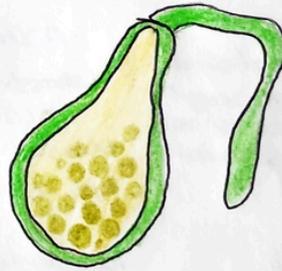
1era etapa:

2da etapa:

- Sobre saturación de la bilis con colesterol.

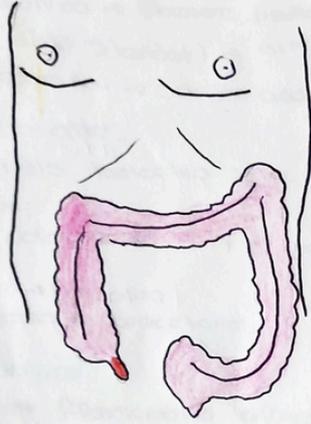
2da. Exceso de colesterol en la bilis (Precipitación de colesterol)

3ra. Agregación y crecimiento de cristales.



APENDICITIS AGUDA

- Consiste en la inflamación del apéndice vermiforme, lo cual puede ser aguda, crónica o reactiva.



FISIOPATOLOGIA.

1. Obstrucción de la luz apendicular.
↳ causa + común
2. Distensión y ↑ de la presión.
3. Proliferación bacteriana.
4. Leucemia e inflamación
5. Proliferación y peritonitis.

Fases:

- Fase 1 congestiva (4-6 hrs)
 - Obstrucción proximal de la luz del apéndice.
 - Dolor visceral.
- Fase 2 supurativa (6-12 hrs)
 - Obstrucción linfática y venosa, invasión bacteriana
 - Dolor somático.
- Fase 3 gangrenosa:
 - ↑ del flujo citotético
 - Isquemia de mucosa.

Etiología

- Problema obstructivo:
 1. Hiperplasia de los folículos
↳ folículos submucosos
↳ por una infección.
 2. Feculito o Apendiculito.
 3. Cuerpo extraño
 4. Tumores apendiculares

EPIDEMIOLOGIA.

- 1 de cada 5 niños en la infancia
- Adultos > 70 años
- Patología + frecuente en cirugía.

CLINICA

- Dolor abdominal
 - Dolor en D1D
 - Náuseas/vómito
 - Migración del dolor
 - Rebote Ct)
 - Defensa muscular.
- Importante:
Migración del dolor a fosa iliaca derecha

Fase 4 perforación.

- Isquemia
- Perforación de la pared del apéndice.
- Signo de rebote.

Diagnostico:

- Escala de ALVARADO

Pruebas:

- Ultrasonido → Eleccion: pediatricos (inicial en embarazadas)
- TAC → (Gold Standard) → niños con uso l mujeres no embarazadas.
- Rx abdominal → solo en adulto mayor.

Tratamiento:

↳ Profilaxis selectiva para prevenir complicacion.

↳ Eleccion:

↳ cefalosporina 1° y 2° generacion + rifampicina IV

↳ Analgesia → Amikacina

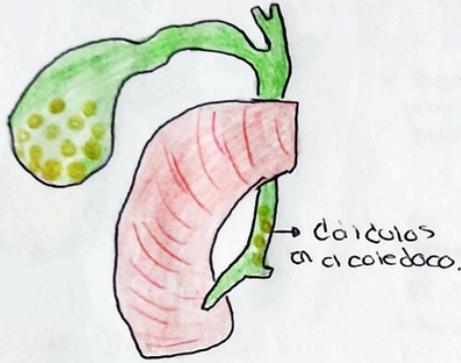
↳ Analgesia → Paracetamol.

Quirurgico:

↳ Eleccion: Appendicetomia Laparoscopica.

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).



FISIOPATOLOGÍA

- 1.- Formación de cálculos.
- 2.- Migración a la vía biliar común.
- 3.- Obstrucción del conducto biliar.
- 4.- Efectos de la obstrucción.
 - Ictericas obstructivas
 - Colangitis
 - Pancreatitis biliar
 - Dolor.

DIAGNOSTICO

- Inicial: USG → vías biliares
- Estudio imagen → Elección → Colangio Resonancia.
- CPRE → Gold standard.

Etiología

- Migración de cálculos desde la vesícula biliar → hacia el coledoco.

EPIDEMIOLOGIA

- En el 10-15% de aditiasis. Sintomática tienen Colecistolitiasis.
- En el 4-12% de los casos tienen antecedentes de colecistectomía.

CLINICA

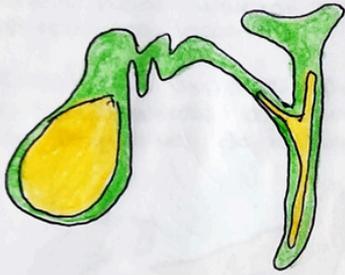
- Dolor típico Cuadrante Sup. Derecho.
- Ictericas intermitente
 - ↳ ictericia
 - ↳ Acalia
- Hiperbilirrubinemia temprana.

TRATAMIENTO

- CPRE

COLANGITIS

- Infección de la vía biliar, secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna posquirúrgica y menos frecuentes tumores de la vía biliar y periampulares.



Factores de riesgo:

- Factores asociados a la presentación de coledocolitiasis y colecistitis aguda.
 - ↳ obesidad
 - ↳ Terapia de reemplazo hormonal.

Fisiopatología:

- obstrucción biliar
- Estasis biliar
- Infección bacteriana
- Tronqueación bacteriana
- Inflamación.
 - ↳ Toxinas bacterianas?

Diagnóstico:

- Inicial -> USG
- Elección -> Colangio-pancreatografía
- Estándar de oro -> CPRE.

Etiología

- Resultado de la obstrucción de la vía biliar y el crecimiento bacteriano en la biliar.

Epidemiología:

- El 11% de los px con coledocolitiasis presentan colangitis
- Px de la séptima década.
- Incidencia posterior a CPRE.

Clinica:

TRIADA DE CHARCOT

- ↳ fiebre
- ↳ Dolor abdominal
- ↳ ictericia

PENTADA DE REYNOLDS

- ↳ fiebre
- ↳ dolor abdominal
- ↳ ictericia
- ↳ Alteración conciencia
- ↳ Hipotensión.

Tratamiento:

- Antibióticos empíricos:
 - Leve: cefalosporina 3-4 generación + metronidazol.
 - Moderado-grave: piperacilina/tazobactam + metronidazol.
- OX.
- Drenaje endoscópico -> elección
- O Anticromía.

PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA

- Pancreatitis aguda: In inflamación aguda y reversible del páncreas puede involucrar T. pancreático y órganos remotos o presentar complicaciones locales.

- Pancreatitis crónica: Proceso inflamatorio crónico, el cual conduce al desarrollo de lesiones fibrosas permanentes con pérdida progresiva de la función exocrina y endocrina.



Etiología

Crónica

Tóxico
Idiopático
Genético
Autoinmune
Recurrente
Obstrucciona.

Aguda:

- Cálculos biliares
- Alcohólica
- Post-CPRE
- Hipertrigliceridemia

Fx de riesgo

- Progresión a pancreatitis crónica
- Consumo de alcohol
• Tabaquismo

Epidemiología:

- Más frecuente en el mundo
- Incidencia de 4,9 a 80 casos por 100,000.
Mortalidad del 5%.
• 20% de evolución → PA moderado o grave.

Fisiopatología

Aguda:

• Activación intracáncor de enzimas
• Auto digestión
• Liberación de mediadores infla.
• Respuesta inflamatoria
• Complicaciones locales
• Disfunción orgánica.

Crónica:

• Inflamación persistente del páncreas
↳ fibrosis y atrofia del tejido.
↳ causando daño irreversible
↳ pérdida de la función tanto exocrina como endocrina.

Diagnostico

- **Aguada crónica**
- Se realica con 2 de 3 características: Clínicas alteraciones bioquímicas + Imagenológicas.
- ↳ Criterios clínicos:
 - ↳ Dolor abdominal, Dolor epigástrico Persistente e intenso → irradia a espalda
 - ↳ Náuseas
 - ↳ vómitos
 - ↳ Distensión abdominal
 - ↳ fiebre.
- ↳ Criterios enzimáticos:
 - ↳ Actividad de lipasa sérica
 - ↳ > al límite superior de lo normal
- ↳ Criterios de Imagen:
 - ↳ Inicial + USG
 - ↳ TAC con contraste en px que no cumplen criterios clínicos
 - ↳ RM +.

Tratamiento Agua:

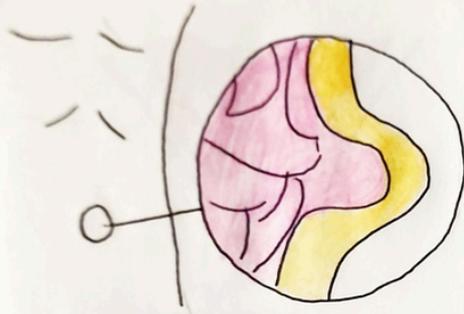
- Inicial → Reanimación hídrica de tipo conservador (con solución ringer lactato (Hartman)).
- Analgesia
- px que no toleran vía oral → vía nasogástrica o nasoyeyunal.
- Necesario → esquema antimicrobiano empírico de amplio espectro → Cirugía.
- Colecistectomía.

Crónica

- Dolor → AINES
- Insuficiencia pancreática → PIBP
- Pancreatitis Autoinmune → Glucocorticoides
 - ↳ prednisona 1-2 meses.

HERNIAS

HERNIA UMBILICAL



Epidemiología

- + común en niños
- Resolverse espontáneamente
- Asociada a fx de riesgo

Fisiopatología

- ↳ Defecto de la pared abdominal
- ↳ salida del contenido abdominal
- ↳ complicaciones.

Fx de riesgo

- ↳ obesidad (IMC > 35)
- ↳ EPOC
- ↳ Tos crónica
- ↳ Prostatismo
- ↳ Multiparidad
- ↳ obstrucción urinaria
- ↳ PCITIS
- ↳ Constipación
- ↳ Estrés crónico.

- Abultamiento alrededor del ombligo, puede contener epiploon, Parte del Intestino delgado o Grueso.

- Secundario a un debilitamiento de la fascia del T. conectivo.

Etiología

- 5% de la población padece de hernia abdominal.
- 10% umbilicales
- Predomina en mujeres.

Clinica

- Exploración física
- ↳ ↑ volumen área umbilical
- Esfuerzo (Valsalva)

Diagnostico

- Clínico
- NO se recomienda estudios de gabinete.

Tratamiento

- Quirúrgico:
- ↳ Hermioplastia umbilical abierta (sin malla) con técnica mayo
- >3cm → material protésico.

HERNIA INGUINAL



Ép. demología

- Más frecuente en hombres
- Crónicos o repetitivos
- Presión intraabdominal.

Fx de riesgo

- Sedentarismo
- Mal estado nutricional
- AHF de hernias

Clinica.

- Cambios de coloración
- Ruidos repetitivos en la área local
- Dolor de oclusión intestinal

uede ser:

- ↳ Reducible
- ↳ Irreducible
- ↳ Estranguada.

- Protusión o salida a exterior del contenido de una cavidad, generalmente a través de un orificio natural o de una zona de debilidad.

Etiología

- Por factores que debilitan la Pared abdominal y ↑ de la Presión dentro del abdomen.

Clasificación

- Hernia Inguinal directa (ingle)
 - ↳ (- frecuente 30%)
 - ↳ Acceso al conducto inguinal
 - ↳ Triángulo de hesselbach.
- Hernia inguinal indirecta (eseroto)
 - ↳ 60% (más frecuente hombres)
 - ↳ Triángulo de hesselbach.
 - ↳ Acceso al conducto inguinal.

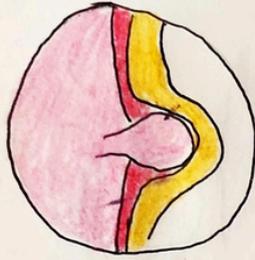
Diagnostico

- Maniobra de William color
- Maniobra de Walsow.
- Maniobra de Wills Andrews
- IMAGEN
 - ↳ USG
 - ↳ Rx Simple de abdomen
 - ↳ Herniografía.

Tratamiento

- Cirugía
 - ↳ colocación de una malla protésica o sistema preformado por vía abierta.
- Linchman (Malla plana).

HERNIA FEMORAL



- Protrusion de un asa intestinal a través de una sección debilitada de pared abdominal.

Etiología

- Debilidad congénita
- Esfuerzo abdominal.

Epidemiología

- Representa menos del 5% de todas las hernias de la pared abdominal.
- + común en mujeres
- Mujeres con antecedentes de parto

Fx de riesgo

- Sexo femenino
- obesidad
- Edad avanzada
- Estreñimiento crónico.

Fisiopatología

- Debilidad o ensanchamiento del anillo femoral.
- Permite que los visceros abdominales se hernien a través de él.

Diagnóstico:

- Ecografía
- TC

Clinica

- Dolor
- Náuseas
- Vómito
- Sensación de hormigueo
- Entumecimiento en áreas inguinal.

Tratamiento.

- Quirúrgico
 - ↳ Claseon: Hernioplastia abierta con malla protésica.
 - Lichtenstein → estándar de oro.

HERNIA VENTRAL



- Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral del abdomen que puede ser detectado por clínica.

Etiología

- Debilidad de la pared abdominal.
- ↑ de la presión intraabdominal.

Fx de riesgo

- ↳ obesidad
- ↳ Tabaquismo
- ↳ EPOC
- ↳ sexo masculino.
- ↳ estreñimiento.

Epidemiología

- Se presenta en 11-23% después de las laparotomías
- Posibilidad de recidiva posterior a reparación
↳ 54%
- sin material protésico.

Clinica

- Dolor en sitio de la hernia
- Estreñimiento
- Distensión abdominal
- Deformidad de la pared
- Oclusión intestinal

Diagnostico

- Clínica → Historia clínica
- USG abdominal
- TAC con contraste oral
- Maniobra de valcava.

Tratamiento

- Quirúrgico → Elección:
 - ↳ Reparación quirúrgica con material protésico
 - ↳ Técnica Rivas.