



Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.

Nombre de docente: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Nombre del trabajo: Resúmenes

Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Grado y grupo: 6° "B"

Carrera: Medicina humana.

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de julio de 2025

Apendicitis aguda



Definición: Inflamación del apéndice cecal o vermitiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por acúmulo de moco asociado a poca elasticidad de la serosa

Epidemiología

- La probabilidad de tener apendicitis en la infancia es 1 de cada 5 niños
- En adultos >70 años 1 de cada 100
- Es la patología quirúrgica más frecuente.
- Apendicetomía
 - Reduce el riesgo de cecocolitis
 - Aumenta el riesgo de CMO/N
- El 10% de las probables apendicitis (dolor abdominal) son IVUs.

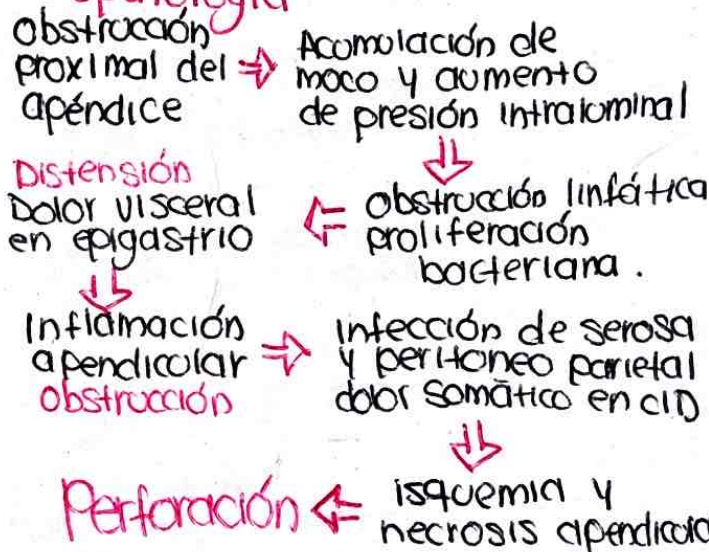
Etiología

La infección es originada por un problema obstructivo

- 1.- Hiperplasia de folículos linfoides submucosos
60% secundaria a una infección. En general es la causa más frecuente.
- 2.- fecalito o apendicolito
30% en adultos es la causa principal

- 3.- Cuerpos extraños 4%
- 4.- Tumores apendiculares 1%
Tumor carcinóide.

Fisiopatología



Fases clínicas.

1. Congestiva
4-6 hrs
obstrucción proximal de luz de apéndice
Dolor abdominal visceral generalizada
- 2.- Supurativa
6-12 hrs
obstrucción linfática y venosa con invasión bacteriana.
(Bacteroides fragilis)

3.- Gangrenosa/Necrosada 12-24 hrs

Disminución del flujo arterial
con isquemia de mucosa
fiebre

4.- Perforación 24-72 horas

continúa la isquemia y se
perfora la pared apendicular
Signo de Blumberg positivo.

Manifestaciones clínicas.

- Dolor abdominal difuso
- Migración del dolor a fosa ilíaca derecha
- Hiperalgia cutánea
- Dolor en FID
- Signos de irritación peritoneal
- fiebre 38°

* signos apendiculares.

• signo de McBurney

Dolor en la unión del tercio externo con los 2/3 internos de una línea trazada entre ombligo y espinas ilíacas derechas.

• signo de Blumberg (rebote)

Dolor después de soltar subitamente una compresión abdominal.

• signo de psoas

paciente en decúbito lateral 129, se realiza una hiperextensión de cadera derecha.

• signo Rovsing (espejo)

Dolor en CID a la palpación en cuadrante inferior 129.

Diagnostico

* Escala de alvarado

Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia	1
	Náuseas y vómito	2
Signos	Dolor en CID	1
	Rebote (Blumberg)	1
	fiebre 38°	1
Laboratorio	Leucocitosis > 10000	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos con neutrofilia 75%	1

0-4 puntos $\rightarrow$ dx diferencial

5-6 puntos $\rightarrow$ probable apendicitis

7-7 puntos $\rightarrow$ Apendicitis

* Estudios de imagen

USG

Elección en pediátricos
Método inicial en embarazadas.

TAC (gold standard)

Mujeres no embarazadas
Adultos mayores

Rx abdominal

Solo en adulto mayor en busca de diagnóstico diferencial

RM

Embarazadas con USG no concluyente.

Tratamiento

Quirúrgico

Apendicectomía laparoscópica

Niños < 5 años y adulto $>$

Apendicectomía abierta.

Antibiótico

cefalosporina 1 $^{\circ}$ o 2 $^{\circ}$ generación
+ Metronidazol 500mg IV cefazolina 1-2gr

*Alergia

Amikacina.

Analgesia

Paracetamol

Colecistitis y Colelitiasis



Definiciones

- **colelitiasis**
litos en la vesícula biliar.
- **Colecistitis**
inflamación de la vesícula biliar principalmente por litos.
Alitálica
colecistitis aguda sin litos en vesícula, solo pared engrosada.
- **cólico biliar**
Dolor dura entre 1-5 horas pero < 24 hrs. y cede a la aplicación de analgésico

Epidemiología

10-20 % total de población tienen cálculos y 1/3 desarrollan colecistitis.

Etiología

- **Litos de colesterol**
80 % de litos
- **Litos marrones**
Relacionado con infecciones de vesícula biliar.

- **Litos negros**
Relacionado con hemólisis y hepatopatías
- **Microorganismos relacionados**
 - E. coli
 - Klebsiella pneumoniae.

factores de riesgo

- Mujeres 5f'
- Edad > 40 años
- obesidad
- Embarazo
- fármacos (Estrógenos, ACOs, tiorazoles, ceftriaxona)
- Dislipidemia
- Enf. del íleon, hepáticas y metabólicas

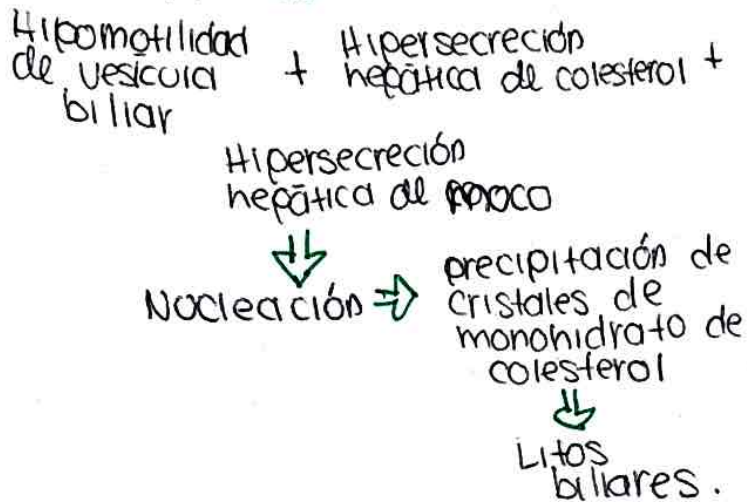
CLÍNICA

- Dolor abdominal tipo cólico localizado en H.D. o epigastrio
- Irradiación a espalda u hombro derecho.
- Aparición nocturna o posterior a alimentos.
- Signo de morphy positivo
cese de la respiración al palpar el CSD

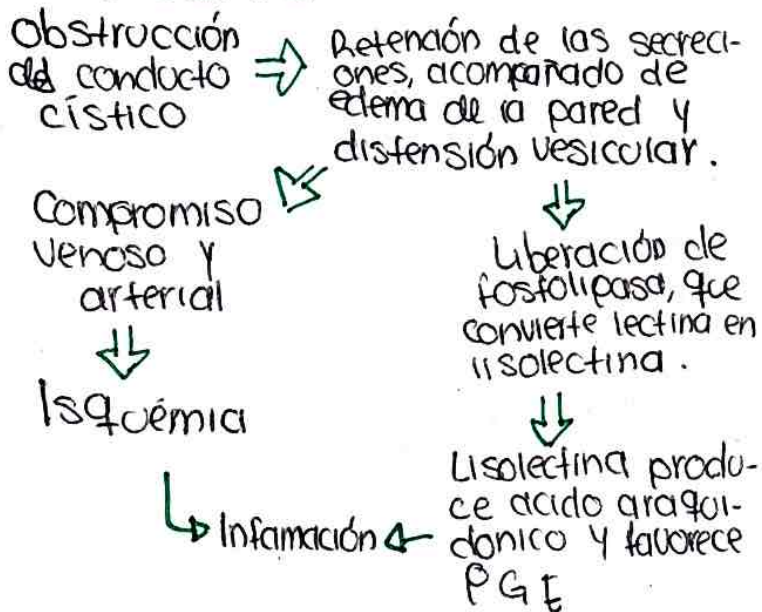
- Masa en CSD
- Dolor en CSD
- Resistencia muscular en CSD
- Náuseas
- Vómito

Fisiopatología

*colelitiasis



*colecistitis



Diagnostico

1. Ultrasonido

- Engrosamiento de la pared vesicular > 5 mm
- Líquido perivesicular.
- Signo de Murphy ultrasonográfico positivo.
- Alargamiento vesicular 8 cm axial y 4 cm diametral

- Lito encarelado
- Imagen de doble riel
- Sombra acústica

2. Gammagrafía biliar

Exclusión vesicular
signo de RIM
Aumento de radioactividad alrededor de fosa vesicular

3. Tomografía

Para detectar obstrucciones extra hepáticas.

Auxiliares

- Elevación de leucocitos
- PCR
- Amilasa
- Hemocultivo y cultivo (fiebre)

critérios de tokió

Grado I

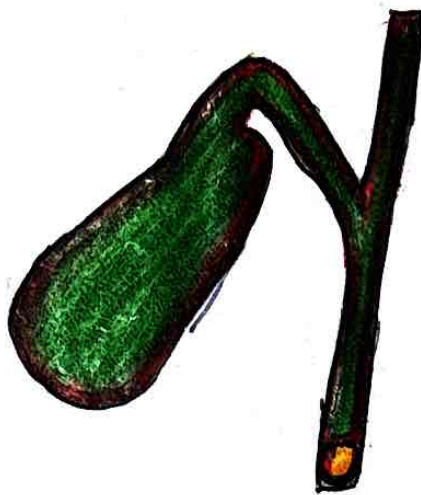
- Paciente sin disfunción orgánica con cambios inflamatorios leve
leucocitos < 18.000 y cuadro < 72 hrs.
- 1 antibiótico
ciprofloxacino / levofloxacino
- colecistectomía laparoscópica temprana en los próximos 7 días

Grado II

- Leucocitosis > 18000, cuadro > 72 hrs de evolución, masa palpable en CSD o inflamación local
- Doble antibiótico
piperacilina con tazobactam
Ampicilina con sulbactam
- colecistectomía laparoscópica temprana en los próximos 7 días

Grado III

- Gravedad moderada + disfunción orgánica múltiple.
- Doble antibiótico + metronidazol
Cefalosporina 3º o 4º generación
Monobactámicos
- colecistectomía laparoscópica tardía después de 2-3 meses.



Colangitis

Definición

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

Epidemiología

- El 1% de px con coledocolitiasis presentará Colangitis y se asocia a px de séptima década.
- Pentada de Reynolds tiene 70% de mortalidad

Etiología

- Secundaria a coledocolitiasis
- Estenosis benigna
- Tumores de vía biliar.

Patógenos asociados

- E. coli
- Klebsiella.

Clínica

• Triada de Charcot

fiebre
Dolor abdominal (H.D)
Ictericia

• ⁺ Pentada de Reynolds

Triada de Charcot + Alteración de conciencia, Hipotensión

Fisiopatología

Obstrucción del tracto biliar $\Rightarrow$ Estenosis biliar con $\uparrow$ de la presión intraductal

$\Downarrow$
Infección bacteriana asciende al tracto biliar $\Leftarrow$ Translocación bacteriana en conductos biliares

Sepsis

Diagnóstico

USG de hígado y vías
biliales → inicial

Colangio - resonancia → de
elección

CPRE → Gold standar

Tratamiento

Cefalosporina 3° - 4° generación
Ceftriaxona / Cefepime

+ Metronidazol

Quinolona (Ciprofloxacino / Levofloxacina)

+ Metronidazol

Quirúrgico

Est intersección por CPRE

Drenaje biliar transhepático

Coledocolitiasis



Definición

Presencia de cálculos en conductos biliares, procedentes de la vesícula biliar o de los mismos conductos

Epidemiología

- 10-15 % de coledocolitiasis sintomática tiene coledocolitiasis.
- 4-12 % tienen antecedentes de colecistectomía

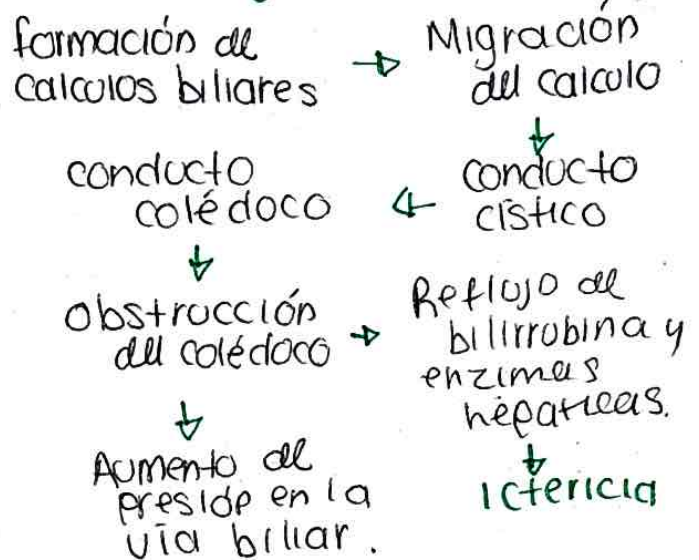
Etiología

Calculos primarios
formados en el coledoco
Calculos secundarios
formados en vesícula

Clínica

- Dolor similar a cólico biliar
- coloria y acolia
- ictericia en mucosa:
BT 72.5 mg/dL

Fisiopatología



Diagnostico

USG de vías biliares → inicial
coledoco dilatado > 6 mm +
litos.

Colangio-resonancia → elección
CPRE → Gold standar

Auxiliares

- fosfatasa alcalina elevada
- TP ligeramente prolongado
- función hepática normal
- hiperbilirrubinemia obstructiva.

Tratamiento

CPRE

Presencia de litos por imagen

coledoco > 6 mm

Pancreatitis biliar

Ictericia

Extracción de litos.

Pancreatitis

Aguda y

Crónica



Definiciones

• Aguda

Se trata de un proceso inflamatorio del páncreas frecuentemente involucra tejido peripancreático

• crónica

Síndrome fibroinflamatorio patológico del páncreas que desarrollan respuestas patológicas

Epidemiología

• Aguda

Litiasis biliar 49-52%

Alcoholismo 37-41%

Edad 55 años.

• crónica

Alcoholismo 70%

Hereditaria 10%

Metabólica 10-15%

Idiopática

7 frec en ♂ 40-50 años.

Etiología

• Aguda

obstructivos

Metabólico

Toxinas y fármacos

Trauma.

Misceláneas

Hereditarias.

• crónica

Toxico

Idiopático

Genéticos

Autoinmune

Pancreatitis recurrente

obstructiva.

factores de riesgo

obesidad

Toxicomanías tabaquismo/Alcohol

Enfermedades crónicas

Dieta

clínica

Dolor abdominal intenso.

ictérica

esteatorrea

Diagnóstico

2/3

Aguda

Dolor abdominal típico
Elevación de amilasa y/o
lipasa 73 veces el límite
superior normal
Hallazgos en imagen

Auxiliares.

BH, perfil hepático,
electrolitos, BUN/creatinina
TAC contrastada.
USG abdominal

crónica

Clínica → dolor epigástrico,
Pérdida de peso, esteatorrea,

TAC o RM abdominal
prueba de función hepática
Glucosa o HbA1c

Tratamiento

Aguda

Hidratación con cristaloides.
Analgesia
Ayuno

CPRE → origen biliar.

Drainaje o drenaje
necrosis infectada
pseudquistes.

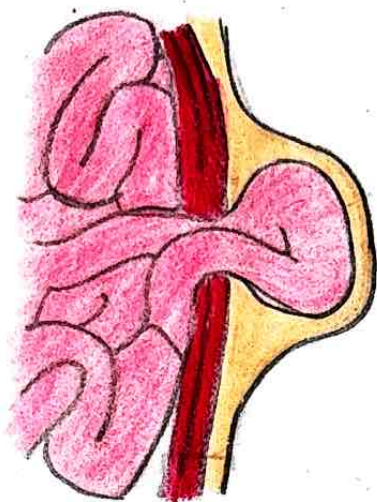
crónica

Evitar alcohol y tabaco
Dieta fraccionada

Terapia enzimática
Análogos de somatostatina
Analgesia

Quirúrgicas

Pancreo y yeyunostomía
pancreatectomía



Hernia Umbilical

Definición

Se define como un abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiploon, parte del intestino delgado o grueso.

Secundaria a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo

Epidemiología

Representa el 4-13% de hernias de la pared abdominal.

Etiología

Congenita

- Cierre y retracción cicatricial incompleta del anillo umbilical en 1ª semana de vida.
- Remisión espontánea
- 10% persisten después de los 2 años.
- 7 frecuente en prematuros

Adquirida 80-90%

- cierre incompleto del anillo umbilical
- Aumento de PIA crónica: Embarazos, Ascitis, dialisis peritoneal
- Alteración en la disposición de la fascia umbilical

Factores de riesgo

- **obesidad** (IMC > 35)
- EPOC
- **TOS crónica**
- Enfermedad obstructiva urinaria
- **ASCITIS**
- constipación y estreñimiento
- prostatismo
- Multiparidad

Fisiopatología

Alteración estructural sistémica en el metabolismo de la cáteína de la matriz extracelular

↓ cambios patológicos en el tejido conectivo

↓
Deficiente acción del diafragma muscular ↓

Disparidad mecánica entre resistencia de la pared abdominal y la presión

↓
Aumento de la presión intraabdominal

• persistencia de la hernia después de los 2 años de edad

• Médico

Iniciar con ketorolaco 30 mg IV c/8 hrs.

Posteriormente paracetamol a 500 mg - 1 gr VO c/6 hrs hasta por 5 días

* NIÑOS

ketorolaco 0.75 mg/kg c/8 hrs IV (1 o 2 dosis)

paracetamol 10 - 30 mg/kg/dosis c/6 hrs VO hasta 5 días

Manifestaciones clínicas

- Tumoración reductible
- Asintomáticas
- Bulto visible

Diagnostico clínico

No se recomienda realizar estudios de laboratorio para confirmación

Maniobra de Valsalva.

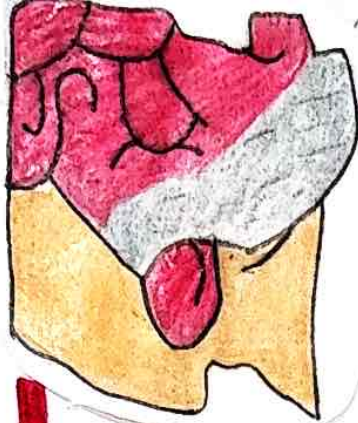
Tratamiento

Herniorrafia umbilical abierta con técnica de mayo utilizando material absorbible.

73 cm utilización de material protésico

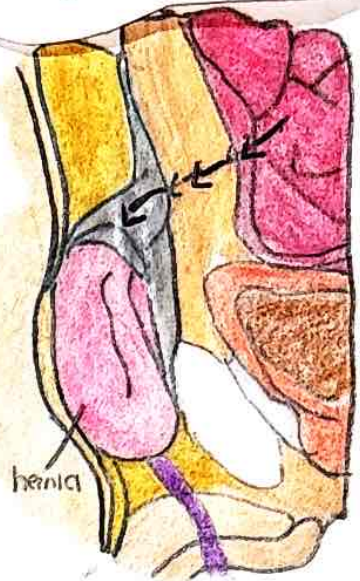
* NIÑOS

- Quirúrgico en defectos > 1.5



Hernia Femoral

Hernia Inguinal



Definición

Hernia inguinal

Se produce por arriba del ligamento inguinal, teniendo origen en el orificio músculo-pectíneo

Hernia femoral

Defecto de la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson

Epidemiología

femoral

2-5 % de las hernias
7 frec en ♀

Inguinal

7 frec en ♂
En los 30-59 años.

Etiología

Inguinal

- Indirecta / congénita
- Por fuera del triángulo de Hesselbach
- persistencia de conducto peritoneo vaginal y anillo inguinal grande.
- Directa / adquirida
- protruye a través del suelo del canal inguinal por debilidad de fascia transversalis.
- originado en la pared post. también llamado conducto inguinal

femoral

- Estreñimiento
- TOS crónica
- Levantamiento objetos pesados
- obesidad
- Envejecimiento.

Fisiopatología

Anillo femoral no flexible

saco herniario se abre paso por anillo femoral/inguinal

Lateral

Al ligamento lacunar

→ Por encima de ligamento Cooper

Clínica

- Protusión o abultamiento en región inguinal o femoral dolorosa o no.
- Aumenta al deambular o esfuerzo desaparece o disminuye en decúbito.

Clasificación de NYHUS

- I. Hernia indirecta → Anillo inguinal normal
- II. Hernia indirecta → Anillo inguinal interno dilatado
- III. Defecto en Pared Post →
 - A → Directa pequeñas
 - B → Indirecta / directa grande
 - C → Hernia femoral
- IV. Hernia recurrente →
 - A → Directa
 - B → Indirecta
 - C → femoral
 - D → Mixta.

Diagnóstico

Ante datos de oclusión intestinal

Rx simple de abdomen.

En duda diagnóstica

USG es el estudio inicial

↳ En duda

↳ RM

Herniografía

Duda diagnóstica
Gold standard.

Procedimientos diagnósticos en
Pacientes con dolor de origen
oscuro o abultamiento
dudoso, en el siguiente orden

1.- ultrasonido.

2.- RM

3.- considerar herniografía

Tratamiento

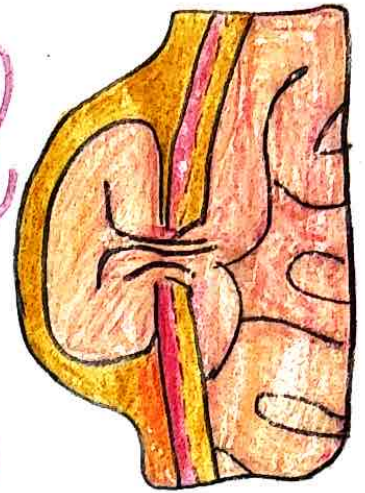
- Restauración de continuidad
músculo aponeurótica

- Hernioplastia abierta con
material protésico.

- plastia sin tensión tipo
Lichtenstein (Gold standard)

- plastia con tensión tipo
shouldice

Hernia Ventral



Definición

Protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral del abdomen

Epidemiología

11-23% después de laparotomía

factores de riesgo

- Reparaciones quirúrgicas previas
- obesidad
- Tabaquismo
- Aneurisma aórtico
- EPOC
- Sexo ♂
- Actividad laboral y física.
- Estreñimiento crónico
- Malnutrición
- IR
- prostatismo

clínica

Dolor en sitio de la hernia
Estreñimiento
Distensión abdominal
Deformidad de la pared

Diagnostico

clínico + historia clínica
USG abdominal
TAC con contraste
Maniobra de Valsalva

Tratamiento

Reparación quirúrgica con material protésico para disminuir recidiva.
Técnica de Rivers.