



Carlos Alberto Hernández Meza

DR. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Técnicas quirúrgicas

Grado: 6

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: B

1. Apendicitis Aguda

→ Inflamación del apéndice veriforme generalmente causada por obstrucción de su lumen, que progresa a necrosis

→ Epidemiología

- Afecta a 8% de la población
- Incidencia más alta entre 10 y 30 años
- Ligero sesgo en hombres

→ Etiología

- Obstrucción del lumen apendicular
- Hiperplasia linfática (más común en niños y adolescentes)
- feculitas (fragmentos de heces endurecidas)
- Cuerpos extraños, parásitos

→ Factores de riesgo

- Edad (10-30 años)
- Historia familiar de apendicitis
- Dieta baja en fibra y rica en carbohidratos

→ II Clínico

- Dolor abdominal: inicio en epigastrio o periumbilical → migra a fosa iliaca derecha
- Náuseas, vómito
- Anorexia
- fiebre low
- Signos físicos
 - McBurney
 - Blumberg
 - Psoas

→ Dx

- Clínico
- Laboratorio: Leucocitos y PCR
- Imagen: Eco abdominal
TAC
IRM

→ Tx

- Inicial

- Ayuno, hidratación IV
- Analgesia (paracetamol, AINEs, opioides)
- Antibiótico de amplio espectro (piperacilina-tazobactam o Ceftriaxona)

- Definitivo

- Apendicectomía laparoscópica

2. Colelitiasis y Colecistitis

- Colelitiasis: Presencia de cálculos en vesícula biliar

- Colecistitis: Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar secundaria a una obstrucción

→ Epidemiología

- Afecta al 10-20% de la población adulta
- más común en mujeres
- mayor prevalencia después de 40 años

→ Etiología

- Colelitiasis
 - Cálculo de colesterol
 - Cálculos pigmentarios
- Colecistitis
 - Obstrucción del conducto cístico
 - Colecistitis alitiasica

→ Factores de Riesgo (SF)

- female (Sexo femenino)
- Fertil (edad)
- fat (obesidad)
- forty (>40 años)
- fair (raza blanca)

▲ Coledocolitiasis

Fecha

→ I Clínico

- Colelitiasis (no complicada)

- Ausencia en la mayoría de los casos
- Puede causar cólico biliar: dolor en hipocóndrio derecho o epigastrio, irradiado al hombro derecho

- Colecistitis Aguda

- Dolor intenso y continuo en hipocóndrio Der (>6 hrs)
- fiebre, náuseas, vómito
- Murphy (+)
- Leucocitos

→ Dx

- Lab

- Leucocitosis con desviación a la izquierda
- ↑ PCR y ESR
- Enzimas hepáticas

- Imágenes

- Ecografía abdominal (elección)
- Pared engrosada (>3mm)
- TAC abdominal
- Gama gamma hepática

→ Tx

- Inicial

- Ayuno, hidratación
- Analgesia (AINEs o)
- Antibióticos de amplio espectro (Ceftriaxona + metronidazol)
- Control de náuseas y vómito

- Definitivo

- Colecistectomía laparoscópica

- Presencia de uno o más cálculos biliares en el coledoco.

→ Epidemiología

- Se presenta en un 10-15% de los Px con colelitiasis
- La frecuencia aumenta con la edad
- Px > 60 años

- Predomina en sexo femenino

→ Etiología

- Cálculos secundarios: se originan en vesícula biliar
- Cálculo primario: se forma directo en vía biliar, asociado a infecciones crónicas

→ Factores de riesgo

- Antecedentes de colelitiasis
- Edad avanzada
- Dilatación de la vía biliar
- Cx previa

→ II Clínico

- Puede ser asintomático
- Dolor en hipocóndrio derecho
- Ictericos, cólicos, acolia
- náuseas, vómito, fiebre

→ Dx

- Lab
 - bilirrubina ↑, fosfatos alcalinos
 - Transaminasas (ALT, AST)
- Imágenes
 - Eco abdominal, CPM, CPRE

→ Tx

- Inicial: Ayuno, hidratación IV, Analg, Antibióticos si hay fiebre
- Definitivo: CPRE

▶ Patología biliar (Colelitiasis y Colecistitis)

→ Conjunto de enfermedades que afectan a la Vesícula biliar y a los conductos biliares, siendo la más Comunes la Colelitiasis

→ Epidemiología

- mas frecuente en mujeres
- mayor incidencia entre los 40-60 años

- Afecta entre el 10-20% de la población adulta

→ Etiología

- Colelitiasis: formación de Cálculos de colesterol o pigmentos
- Colecistitis: Obstrucción del Conducto cístico por un cálculo

→ factores de riesgo

- Obesidad, embarazo, dieta rica en grasas
- Pérdida de peso rápido
- DM
- uso de anticonceptivos orales

→ fisiopatología

- Obstrucción del conducto cístico → estasis biliar → inflamación → Sobn Infección bacteriana

→ II Clínico

- Dolor abdominal en hipocóndrio derecho o epigástrico
- náuseas, Vómito
- fiebre, Signo de Murphy (+)
- Icteric (si hay obstrucción biliar)

→ Diagnóstico

- Ecografía abdominal (prueba de elección)
- Pruebas de función hepática: bilirrubina y fosfatasa alcalina
- Leucocitosis

→ Tratamiento

- Inicial: Ayuno, hidratación IV, analgesia (AINEs u opioides), antibióticos (colecistitis)
- Definitivo: Colecistectomía Laparoscópica (preferida)

▶ Pancreatitis AGUDA

→ inflamación súbita del páncreas por activación intrapancreática de enzimas digestivas

→ Etiología

- Litiasis biliar (40-50%)
- Alcohol (20-30%)
- Hipertigliceridemia, trauma, medicamentos (furosemida, isotretinoina)

→ factores de Riesgo

- Consumo de alcohol en exceso
- Enfermedades biliares
- Cirugías recientes
- Hipertlipidemia

→ fisiopatología

- La autodigestión del páncreas por activación prematura de la tripsina lleva a inflamación, necrosis y complicaciones locales y sistémicas

→ ☐ Clínico

- Dolor epigástrico irradiado a la espalda
- Escorcio, Vómito
- Distensión abdominal, fiebre
- Signo de Cullen (equimosis periumbilical) o Grey-Turner (flora)

→ Diagnóstico

- Elevación de amilasa y lipasa (> 3 veces lo normal)
- Tac abdominal con contrasto (para estadificación)
- Ultrasonido para evaluar litiasis biliar

→ Tratamiento

- Inicial: Ayuno, hidratación IV, analgesia, Oxígeno si necesario
- Definitivo: Tx de la causa (colecistectomía si es de origen biliar, abstinencia alcoholica)

→ Factores de Riesgo

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- mutaciones genéticas
- hipercolesterolemia, hipotriglicéidemia

→ fisiopatología

- La inflamación crónica causa fibrosis del páncreas, obstrucción de conducto y pérdida progresiva función exocrina

→ II Clínico

- Dolor epigástrico persistente
- Esteatorrea (malabsorción)
- DM
- Pérdida de peso

→ Diagnóstico

- TAC y RM pancreática: Calcificaciones, atrofía, dilatación de conducto
- Prueba de función pancreática
- Niveles de elastasa fecal

→ Tratamiento

- Inicial: Control del dolor, enzimas pancreáticas, dieta baja en grasas, Suplementos nutricionales
- Definitivo: Abstinencia al alcohol Cx (pancreaticoduodenal o Whipple) tx de la diabetes

→ Pankreatitis Crónica

- Inflamación persistente del páncreas que lleva a fibrosis progresiva, destrucción glandular e insuficiencia pancreática

→ Epidemiología

- más común en hombres
- Relacionada con consumo crónico de alcohol

→ Etiología

- Alcoholismo crónico (70-80%)
- autoinmune, genético (PRSS1, CFTR)

▲ Colangitis

Fecha

→ Infección bacteriana del árbol biliar, secundario a una obstrucción del conducto biliar

Común

→ Epidemiología

- Común en adultos mayores 50 años

- Presente en 10-15% en hospitalizado

→ Etiología

- Coledocolitiasis (más frecuente)

- Estenosis biliar benigna o maligna

- Complicaciones tras CPRE

→ Factores de Riesgo

- Cálculos biliares en el coledoco

- Manipulación de la vía biliar (CPRE, drenaje)

- Edad avanzada

- Inmunosupresión

→ II Clínico

- Tríada de Charcot

• fiebre, ictericia, dolor en hipocóndrio der

- Pentada de Reynolds

• Tríada Charcot (+), hipotensión

Alteraciones del estado mental

- Otros síntomas

• náuseas, vómitos, colorio y acolia

→ DX

- Lab

• Leucos, ↑ bilirrubina directa

Hemo cultivos positivos

Imágenes

• Eco abdominal, CPRM, CPRE, Tac abdominal

→ TX

- Inicial (urgencia)

• Hidratación IV y soporte hemodinámico

• Antibióticos amplio espectro IV

• monitoreo en UCI ^{→ Ceftriaxona}

- Definitivo (CPRE)

HERNIAS

▲ Umbilical

→ protrusión de contenido abdominal, (generalmente grasa o intestino) a través del anillo umbilical

→ Epidemiología

- Congénita: afecta 10-30% de los RN

- Adquirido: más frecuente en adultos, especialmente mujeres

- En adultos 6-14% en todos los sexos

→ Factores de Riesgo

- Obesidad

- Embarazo múltiple

- Cx previa

- Tos crónica (EPOC)

- Prematuridad

→ II Clínico

- niños

• masa blanda y reducción en posición

• Generalmente asintomático

• Raras complicaciones

- Adultos

• Protrusión en región umbilical

• Dolor o molestia local

→ DX

- Clínico: Inspección y palpación abdominal
- Eco abdominal
- TAC abdominal

→ TX

- Inicial
 - Observación hasta los 4-5 años
 - no se reconocida vendos ni faja
- Definitivo
 - Cx herniaria

Δ Inguinal

→ Protusión de Contenido

Intraabdominal

- Indirecta: pasa por el anillo

Inguinal interno, sigue el trayecto del cordón

- Directa: protruye a través de un defecto en la pared posterior del canal inguinal

Δ Epidemiología

- Es la más frecuente 75%
- Afecta al 27% de los hombres y 3% de las mujeres

Indirecta: más común en niños

- Directa: más frecuente en hombres mayores

Δ Etiología

Congénita indirecta: persistencia del Conducto Peritoneo-Vaginal

Adquirida directa: debilidad progresiva de la pared posterior del Canal Inguinal

→ Factores de Riesgo

- Sexo masculino
- Edad avanzada
- AHF
- Esfuerzo físico excesivo

→ II Clínica

- protuberancia en región inguinal más evidente al toser
- Dolor o molestia inguinal
- masa reducible en reposo

→ DX

- Clínico

- Inspección y palpación en bípedo y al realización manuebras
- Evaluación del anillo inguinal

- Inageneología

- Eco inguinal
- TAC o RMN

→ TX

- Inicial

- Reposo relativo y evitar esfuerzos

- Definitivo Cx (hernioplastia)

- H. Sintomático
- H. de gran tamaño
- H.

- Técnica QX

- Hernioplastia abierta
- Reparación laparoscópica

▲ Hernia femoral

- protrusión de contenido intra-abdominal a través del canal femoral, situado por debajo del ligamento inguinal y medial a la vena femoral
- Epidemiología
 - Representa entre 2-4% de todas las hernias abdominales
 - más común en mujeres
 - la incidencia aumenta con la edad siendo más frecuente en adultos mayores
- Etiología
 - pueden ser congénitas o adquiridas
- Factores de riesgo
 - Sexo femenino
 - Edad avanzada
 - Embarazos múltiples
 - Obesidad o pérdida de peso
 - Estrés/inactividad
- II Clínico
 - masa o bulto doloroso en pared sup. del muslo,
 - Dolor o molestia en la ingle, especialmte al estar de pie
- DX
 - Clínico: EF con maniobras de Valsalva puede reducir la hernia
 - TC o RM: Indicada cuando el DX no es claro o para planear CX en especial en Px obesas

→ TX

- Inicial
 - en hernia no complicada: Evolución electiva y programación Qx
 - manejo sintomático: analgesia, reposo y evitar aumento de presión intraabdominal
- Definitivo
 - Qx: la reparación puede ser abierta o laparoscópica
 - Abierta (McVay, Lichtenstein o reparación con malla)
 - Laparoscópica (TAPP o TEP) menos dolor postoperatorio, recuperación rápida

▲ Hernia ventral

- Protrusión del contenido intraabdominal a través de un defecto en la pared abdominal anterior fuera de la regiones inguinal y femoral
- Epidemiología
 - Representa aprox el 20% de todas las hernias abdominales
 - más frecuente en Px de edad avanzada
- Etiología
 - Primaria: debilidad congénita o adquirida de la pared abdominal
 - Secundaria: defecto en el cierre de una hernia

- Factores de riesgo
- Cx abdominal previa
- Obesidad
- edad avanzada
- Tabaquismo
- malnutrición
- DMA
- Embarazo múltiple

→ II Clínico

- masa visible o palpable en el abdomen, que aumenta con maniobra de Valsalva
- Dolor o molestia en sitio de hernia
- Complicada
 - Heccepción: masa irreductible, dolor persistente
 - Estrangulación: dolor intenso, náuseas, vómito

→ Dx

- Clínico
- Eco abdominal

TC

→ Tx

- Inicial
 - en hernias asintomáticas o pacientes vigilancia activa
 - Si hay signos de estrangulación: hospitalización y

Cx urgente

- medidas generales: Control del dolor, Evitar esfuerzo, uso de faja abdominal

- Definitivo

- Cx de forma abierta o laparoscópica