



**Marvin López Roblero**

**Flores Gutiérrez Erick Antonio**

**Técnicas Quirúrgicas Básicas**

**Resúmenes**

**6°**

**“B”**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 04 de julio del 2025.

# Colangitis

**Definición:** Ent. sistémica que puede presentarse desde una ent. leve hasta grave.

## Epidemiología

- Mujeres - hombres 3-1 - Casos graves incluye un 7-25% y 33-77% con Pseudotumor de Reynolds

## Factores de Riesgo

- Sexo femenino • >40 años • Obesidad • Embarazo • Colesterol alto • Medicamentos

## Fisiopatología

Es una obstrucción biliar causada por litos, aumento la presión intrabiliar, por translocación bacteriana posterior la inflamación

## Clinica

Triada Charcot: - Fiebre - Ictericia - Dolor abdominal y en ocasiones pseudotumor de Reynolds

## Diagnostico

- USG • BH • TAC • CAM

1 criterio de inflamación + 1 de colestasis + imagen

## Tx

- Colangitis leve: Cefalosporina +/- Metronidazol o quinolona
- Grave: P. peracilina / tazobactam, ampicilina / ceftazidima +/- metronidazol, imipenem o meropenem
- Ox: Drenaje biliar

# Hernia Umbilical

**Definición:** Abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiploas, parte del intestino delgado o grueso. Secundario a debilitamiento de la fascia del tejido conectivo.

**Epidemiología:** 5% de la población padece de hernia umbilical, predomina en mujeres

## Factores de riesgo

- Obesidad - Ascitis - Multiparidad - EPOC - Tos crónica

**Clinica** - Exploración física: hernia mas prominente con tos y esfuerzo

**Diagnostico:** - Clinico - no se recomienda estudio de gabinete, pero tambien: - USG - Herniografía

**Tx:** - Cirujia ambulatoria - Herniografía umbilical abierta (sin malla) con tecnica de Mayo

- Cuando tiene >3 cm usar material protesico
- Pos operatorio: Ketorolaco en primeras hrs, posterior cambiar a paracetamol



## Hernia Ventral

**Definición:** Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto anterolateral

**Epidemiología:** en 11-23% después de laparotomía

- Recidiva posterior a reparación alcanza en 54% sin material protésico y 32% con material protésico.

**Factores de riesgo:** • Mal nutrición • Tabaquismo

• Obesidad • Cirugía previa • EPOC • Tránsito de fuerza

**Clinica:** - Dolor en sitio de hernia - Estreñimiento

- Distensión - Deformidad de la pared

**Diagnóstico:** Es clínico junto con historia clínica

- ultrasonido abdominal \* Maniobra de Valsalva

**Tratamiento:** \* Reparación quirúrgica con material protésico para disminuir recidiva usar técnica de Rives

**Definición:** Aquella hernia que se produce debajo del ligamento inguinal y es un defecto de la fascia transversales

**Epidemiología:** - Afecta a mujeres con un predominio de 3-1 - común en mujeres adultas

**Factores de riesgo:** - Sexo femenino - Edad - Obesidad

**Clasificación:**

III -> defecto en pared posterior

• Directa pequeña • Indirecta pequeña • Pequeña • Mixta

**Clinica:** Protrusión o abultamiento en región femoral que puede dolor o no, aumenta al esfuerzo y desaparece o disminuye en decubito.

**Diagnóstico:** • Rx abdominal • USG • Herniografía

**Tratamiento:** Hernioplastia abierta con material protésico • Plastia sin tensión (con malla tipo Lichtenstein)

## Hernia Inguinal

**Definición:** Aquellos que se producen arriba del ligamento inguinal y se dividen en directas e indirectas dependiendo del triángulo de Hesselbach

**Epidemiología:** Con mayor afectación en mujeres • 63% son inguinales

**Factores de riesgo:** • Edad • Obesidad • Embarazo

• Sexo femenino

**Clasificación:** (NYHUS)

I -> H. Inguinal indirecta con anillo inguinal normal

II -> H. Inguinal indirecta con anillo inguinal interno dilatado

III -> Defecto de pared posterior -> • Indirecta • Femoral

• Directa

**Clinica:** Protrusión o abultamiento en zona inguinal que puede ser dolorosa o no, aumenta al deambular

**Diagnóstico:** - Rx simple de abdomen - USG

- Herniografía

**Tratamiento:**

Quirúrgica con hernioplastia abierta con malla

\* Plastia sin tensión con malla tipo Lichtenstein

(Gold Standard) \* Plastia con tensión sin malla tipo Shouldice



# Hernia Femoral

**Definición:** Aquella hernia que se produce debajo del ligamento inguinal y es un defecto de la fascia transversalis

**Epidemiología:** ~ Afecta a mujeres con un predominio de 3-1 ~ Común en mujeres adultas

**Factores de riesgo:** ~ Obesidad ~ Embarazo ~ Edad ~ Sexo femenino

**Clasificación:**

III -> Defecto en poros posteriores

- Directa pequeña
- Indirecta pequeña - femoral
- Mixta

**Clinica**

Protusión o abultamiento en región femoral que pueda doler o no, aumenta al esfuerzo y desaparece o disminuye en decubito

**Diagnostico**

- Rx abdominal
- Hemiografía
- USG

**Tratamiento**

Herniografía abierta con material protésico

\* Plastia sin tensión (con malla tipo liechtenstein)

# Coledocolitiasis

**Definición:** Presencia de calculos en conducto biliar común puede tener origen e vesícula biliar (primario) o del propio conducto (secundario)

**Epidemiología:**

~ Afecta a hispanoamericanos ~ Incidencia mayor en sexo femenino

**Factores de riesgo**

~ Alimentos altos en grasa ~ Genética ~ Mujer ~ Medicamentos ~ Obesidad ~ Edad > 40 años

**Clinica**

~ Ictericia ~ Fiebre ~ Náuseas ~ Vómito ~ Dolor abdominal en cuadrante superior derecho, se irradia

**Fisiopatología**

Los calculos pueden obstruir el flujo biliar, en mayoría de casos los calculos se forman en vesícula y se trasladan

**Diagnostico**

~ BH ~ USG ~ TAC

**TRATAMIENTO**

- ~ Extirpación endoscópica
- ~ Colectomía
- ~ Acido ursodesoxicólico



# Colelitiasis

Definición: Presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar y se clasifican como:  $\times$  De colesterol  $\times$  De pigmento  $\times$  Mixto

## Epidemiología

- Prevalencia 14.3% - Relación 3 a 1 afectando a mujeres
- Promedio para desarrollarse  $\sim 33-40$  años

Factores de Riesgo:  $\sim$  Sobrepeso  $\sim$  Medicamentos  
 $\sim$  Dieta alta en grasa  $\sim$  Sexo femenino

## Clinica

No complicada: Murphy positivo, masa y dolor en cuadrante superior derecho, náusea, vómito

Complicada: fiebre  $\geq 39^\circ$ , vesícula palpable inestabilidad hemodinámica

## Fisiopatología

La formación de cálculos ocurre debido a un desequilibrio en componentes de la bilis, especialmente concentración de colesterol y sales biliares

## Diagnostico

$\sim$  USG  $\sim$  NTAK  $\sim$  Auxiliar como gammagrafía

## Tratamiento

- $\sim$  Colico biliar: Diclofenaco 75 mg u opiodes
- $\sim$  Acido quemadosoxicólico y ursó: Disuelven litos  $\leq 5$  mm tarda 1 a 2 años
- $\sim$  Litotricia: litotricia única y  $\leq 3$  cm
- $\sim$  Colectomía: percutánea

# Colesistitis

Definición: la inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos y con menor frecuencia por todo biliar

## Epidemiología

Más prevalente en mujeres con el 15.7% y  $\geq 50$  años de edad  $\sim 20\%$  de casos evolucionan

## Factores de Riesgo

- $\sim$  Colicos biliares  $\sim$  Edad  $\geq 40$  años  $\sim$  Sexo femenino
- $\sim$  Anticonceptivos orales  $\sim$  Fármacos  $\sim$  Embarazo

## Clinica

No complicada:  $\sim$  Murphy positivo, masa en cuadrante superior derecho  $\sim$  Náuseas  $\sim$  Vómito

Complicada:  $\sim$  Fiebre  $\geq 40^\circ$   $\sim$  Vesícula palpable

$\sim$  Inestabilidad hemodinámica

## Fisiopatología

Inflamación de la vesícula biliar por obstrucción del conducto cístico debido a cálculos biliares, la obstrucción provoca acumulación de bilis, lo que lleva a la inflamación

## Diagnostico

- $\sim$  USG abdominal - Esgrozamiento de la pared vesicular  $\geq 3$  mm
- $\sim$  Gammagrafía  $\sim$  Tomografía - Aumento de densidad de pared

## Tratamiento

Grado 1 - Ant. Ciprolaxacina o levofloxacina

Grado 2 - Doble Ant. Piperacilina con tazobactam

Grado 1 y 2: Colectomía laparoscópica temprana en 7 días

Grado 3 - Doble Ant:  $\sim$  Clotrimazol 3ra generación o 4ta  $\sim$  Monobactámicos  $\sim$  Metronidazol

Grado 3: Colectomía laparoscópica tardía después de 7-3 meses



# Pancreatitis Aguda

Condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, SIRS, fallo orgánico y muerte

ETIOLOGIA: ~ Consumo prolongado de alcohol  
~ Fármacos ~ Autoinmunes ~ Infecciones  
~ Cálculos biliares 40%.

EPIDEMIOLOGIA ~ Incidencia anual de 13 a 45%  
100.000 personas ~ Moderadamente graves 30%

## TIPOS

PA Intersticial edematosa

80-90%, sin necrosis

Resuelve en 7 días

~ Noletificante - t Agresivo

## FASES

~ Temprana - Resuelve en 1 a 2 semanas

~ Tardía - Semanas a meses hay signos sistémicos

## FACTORES DE RIESGO

~ Mujeres ~ TRAUMA ~ FÁRMACOS ~ OBESIDAD

~ TABAQUISMO

## CUADRO CLÍNICO

~ Inicio súbito ~ Irridation a tórax

~ Náuseas vómitos ~ Dolor abdominal ~ Sensación abdominal

## Examen Físico

~ Signos de Grey Turner ~ Hipersensibilidad a palpación

~ Alteración estado de conciencia

## DIAGNOSTICO

~ Niveles elevados de lipasa y amilasa 3 veces lo normal

~ Hematología completa ~ DHL ~ USG ~ TAC

~ ERCP

## CLASIFICACION ATLANTA

~ PA Leve → Ausencia de FO y complicaciones locales o sistémicas. Resuelve durante 7 semana. No exámenes de imagen.

~ PA moderadamente grave → Presencia de FO transitoria o complicaciones locales o sistémicas

~ PA grave → Presencia de FO y una o mas complicaciones locales o sistémicas

## TRATAMIENTO

~ Control de dolor → Opioides ibuprofeno, morfina, petidina, morfina, fentanil

~ R. Con fluidos primeros 12-24 hrs

~ Nutrición: sin FO o necrosis → dieta blanda o sólida

~ Antib: Carbapenémicos → imipenem, Meropenem  
Quinolonas: Moxifloxacilo y cefalosporina



# Pancreatitis Crónica

Enfermedad fibroinflamatoria progresiva del páncreas caracterizada por la fibrosis irreversible de la glándula con el eventual fallo de funciones exocrinas y endocrinas

EPIDEMIOLOGIA: Casos 42/100,000, afectando a toda la población y no específicas

## FACTORES DE RIESGO

~ Alcoholismo 70-80% ~ Cálculos biliares ~ Idiopáticos  
~ Hereditaria ~ Tabaco ~ Pancreatitis tropical

## CLÍNICA

Dolor precipitado por el consumo de alimentos, intensidad, ~ Pérdida de peso ~ Anorexia ~ Esteatorrea

## DIAGNÓSTICO

~ Clínica ~ Imagen ~ Laboratorios ~ Grasa fecal  
~ Calcificaciones pancreáticas  
~ Triada Diagnóstica → - Esteatorrea - DM  
~ TAC (Gold standard) ~ Rx ~ USG

## TRATAMIENTO

AINES → Dolor leve Opiáceos de acción prolongada  
Tx intervencionista: CPRE

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Pancreatectomía distal o proximal  
Pancreatectomía total



# Apendicitis Aguda

Inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda, crónica y reactiva

EPIDEMIOLOGIA: 1 de cada 5 infantes y en adultos  
70 es de 1/100

ETIOLOGIA: La infección es producida por un problema obstructivo ~ Hiperplasia de folículo linfoides submucoso ~ Fecalito - Apendicolito ~ Cuerpos extraños - Tumores

## FACTORES DE RIESGO

~ Edad ~ Sexo ~ H. familiar ~ Obstrucción intestinal  
~ Hiperplasia linfática ~ fecalito ~ Parasitos

## FASES

- \* Fase 1 Congestiva -> Obstrucción proximal de luz del apéndice (capacidad luminal 0.1 ml)
- \* Fase 2 o supurativa -> Obstrucción linfática y venosa con insinación bacteroides fragilis
- \* FASE 3 o Gangrenosa -> Disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa
- \* FASE 4 o Perforación -> Continúa la isquemia y se perfora la pared apendicular, 24-72 hrs post síntomas

## EXPLORACION FISICA

- ~ Signo McBurney: -> Unión del 3er externo con los 2/3 internos una línea trazada entre ombligo
- ~ Signo Blumberg -> Dolor después de soltar subitamente
- ~ Signos Psous -> Hiperextensión de cadera derecha
- ~ Signo Rousing -> Dolor en CID a palpación en CTI

## DIAGNOSTICO

- ~ Prueba de embarazo ~ USG ~ TAC ~ RX abdominal
- ~ Resonancia magnética

## TRATAMIENTO

- ATb: Cefalosporina 1 o 2º generación + metronidazol, Amikacina (Alergia)
- Analgesico: Paracetamol

Quirúrgico: elección: Apendicectomía laparoscópica  
~ niños < 5 años y adulto mayor con enfermedad crónica considerar apendicitis abierta