



PASIÓN POR EDUCAR



Nombre del Alumno: Leonardo López Roque

Nombre del tema: Resúmenes

Nombre de la Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas

Nombre del docente: Dr Flores Gutiérrez Erick Antonio

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 4to

Grado y grupo: 6 - B

Semestre: 6to

Apendicitis aguda

Definición: Es una inflamación del apéndice vermiforme que puede ser aguda o crónica.

Etiología:

Epidemiología:

> Es la patología quirúrgica más frecuente

> Apendicetomía: Reduce el riesgo de CUCI y ↑ de costo

> Aproximadamente el 10% el dolor abdominal corresponden a IIV

1- Hiperplasia de los folículos linfoides causa

Más frecuente. -º común en niños

2- Fecalito o apendicolito -º común en adultos

3- Cuerpos extraños

4- Tumores apendiculares (tumor carcinoides)

Factores de riesgo: - Edad - Hombres - Infecciones gástricas
- Dieta baja en fibra

Fisiopatología: Obstrucción del lumen apendicular causada por una hiperplasia linfoides o fecalito.

> Acumulación de moco y secreciones

> Isquemia > daño mucosa -> Progresión a inflamación transmural

Ecuado clínico: De acuerdo a las fases

• congestiva

• Supurativa

• Gangrenosa

- Obstrucción proximal de la apendicular (0.1 ml)

- Obstrucción linfática y

- Flujo arterial ↓ y isquemia

venosa (Invasión bacteriana)

de mucosa

• Dolor visceral

• Dolor somático (irradiación)

• Fiebre

- 4-6 horas

• Náuseas y vómitos

• 12-24 horas

• Anorexia

- 6-12 horas

• Perforación

Dato cardinal:

- continúa la isquemia y se perfora la

- Migración del dolor a la

Pared apendicular

Fosa iliaca derecha

• Signo de rebote

- Hiperalgesia cutánea

- 24-72 horas

- Irritación peritoneal

Diagnóstico: Clínica ✓

Síntomas → Dolor abdominal
difuso

Maniobras a realizar:

Signo de McBurney: Dolor al tercio medio/hombro

• Escala de Alvarado: evalúa

Signo de Blumberg: indica irritación peritoneal

3 parámetros: Signos, síntomas y
laboratorio

Signo de Psoas: Hiperextensión de cadera

Signo de Rovsing: espeso

• 9-10: Apendicitis

> Gold standard: TAC - confirmatorio

Tratamiento:

Farmacológico

Quirúrgico

• Cefalosporina 1 o 2º generación + metronidazol

• Apendicetomía laparoscópica

• Antiérgicos: Amikacin

• Analgésico: Paracetamol

"Herida quirúrgica más común - complicación"

Escala diagnóstica de Alvarado

Síntomas	Migración del dolor	1	- 0-4	- 5-6
	Anorexia	1	Negativo	Probable apendicitis
	Náuseas o vómito	+		
Signos	Dolor en FID	2	- 7-8	- 9-10
	Rebote +	1	Apendicetomía	Apendicitis
	Fiebre $>37.3^{\circ}\text{C}$	1	Laparoscópica	
Laboratorios	Leucocitosis $>10,000$	2		
	Shift $>75\%$ de neutros	1		

Apéndice en el embarazo

Apéndice en el embarazo

"Padecimiento obstétrico más común", se presenta en el 2do trimestre

Diagnóstico:

- 1- Ultrasonido como primer estudio de imagen
- 2- RM $\rightarrow$ Establece diagnóstico en cualquier momento del embarazo
- 3- PCR $> 55 \text{ mg/l}$ sospecha de perforación

Tratamiento

- Apéndice en el 3er trimestre
- Abordaje laparotómico
- = Apéndice laparoscópica

Apéndice aguda - adulto mayor

"cuadro subagudo < 3 días, atípico (poco intenso-difuso) + fiebre + Perforación

Diagnóstico

- Radiografía Abdominal: Descartar diagnóstico diferencial
- Radiografía de tórax: Dx diferencial
- Manejo $\rightarrow$ TAC + vigilancia

Tratamiento

- Apéndice aguda

Edad pediátrica

"Frecuente entre los 6-10 años". Lactantes cursan un cuadro de diarrea semilíquida

Diagnóstico

- Laboratorio: Leucocitosis $> 10,000$ neutrófilos $> 75\%$ $>$
- PCR $> 8 \text{ mg/dL}$
- TAC + EGO + BH
 - Gold standar $\rightarrow$ USG

Tratamiento

- Apéndice aguda

Colecistitis y colelitiasis

Definición: Inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos
X menor frecuencia por barro biliar

Colelitiasis: Presencia de litos en la vesícula biliar

Epidemiología:

- > Principal causa de consulta en urgencias
- > Mayor frecuencia: > 40 años
- > Predominio: femenino
- > Principal motivo de cirugia general

Factores de riesgo:

- > 40 años
- Obesidad
- Embarazo
- Fármacos
- Antecedentes
- Dislipidemia
- Enfermedad de ileón
- Enfermedades hepáticas y metabólicas

Etiología: Litos

Fisiopatología: Desequilibrio en la composición de la bilis, nucleación y formación de cristales causando una estasis biliar.

Cuadro clínico

- Signo de Murphy positivo
- Náuseas y vómitos
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Fiebre > 38°C
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en cuadrante superior derecho
- Cállos frios
- Complicación: coledocolitiasis -
colangitis

Diagnóstico

Enfases

Laboratorio

- > BH $\rightarrow$ Leucocitosis
- > Proteína C reactiva $\rightarrow$ Inflamación
- > Prueba de función hepática
- > Amilasa sérica $\rightarrow$ complicaciones

USG: Engrosamiento de la pared vesicular

- > 5 mm
- Líquido perivesicular
- > Lito encapsulado
- > Alargamiento vesicular 8 cm axial y 4 cm diametral
- > Sombra acústica

> Gammagrafía biliar con Tc-HIDA

> TAC: Alargamiento vesicular y engrosamiento de la pared vesicular

• Rx: Pericolecistitis

Tratamiento

Pa con alto riesgo quirúrgico

- Ácido ursodesoxicólico Periodo 1-2 años
- Ácido quenodeoxicólico

Sospecha de angerebiosis, agregar

Metronidazol



Criterios de
Tokyo

• Dolor: Diclofenaco 75 mg/im

• Tratamiento quirúrgico → Colecistectomía laparoscópica

- Colecistectomía temprana seguida de CPRE

Criterios de Tokyo

Grado 1	Sin disfunción orgánica con inflamación leve + leucocitos $\leq 18,000$ 7 cuadro ≤ 72 hrs	Un antibiótico • Ciprofloxacina o levofloxacina
Grado 2	Leucocitosis $>18,000$ + cuadro >72 hrs de evolución, masa palpable en CSD o inflamación local	Doble antibiótico • Piperacilina con Tazobactam • ceftazidima - cefalosporina de 2da generación
Grado 3	Gravedad Moderada + disfunción orgánica múltiple	Doble antibiótico • Cefalosporina de 3 o 4ta. • Monobactámicos • Metronidazol
Grado 1 y 2	Colecistectomía laparoscópica = Primeros 7 días temprana	
Grado 3	Colecistectomía laparoscópica = Después de los 2-3 meses tardía	

Coledocolitiasis

Definición: Presencia de cálculos en los conductos biliares, procedente de la Vesícula biliar o de los mismos conductos

Epidemiología: El 70-15 de coledocolitiasis tienen coledocolitiasis

* Factores de riesgo:

- Sexo femenino
- Embarazo
- Edad > 40 años
- Terapia hormonal

* 4-12 antecedentes de colecistectomía

Etiología: Cálculos secundarios

Primarios

Formados en vesícula - Presentes hasta 2 años después de la colecistectomía

- Formados por coledoco

Fisiopatología: Obstrucción del coledoco - estasis biliar, irritando y dañando la mucosa biliar llevando a cabo una inflamación crónica

Triada de Charcot

Clínica

Dolor abdominal

Fiebre

Ictericia

* ictericia y acolia

* Dolor cólico biliar típico > 6 h

* Ictericia en mucosa: Bilirrubina $\geq 2.5 \text{ mg/dl}$

* Signo de Murphy positivo

* Resistencia focal en el CSD

* Prurito localizado

Diagnóstico:

1- Inicial: USG de vías biliares: coledoco dilatado $\geq 6 \text{ mm}$ + litos

2- Estudio de imagen: Colangio - resonancia **elección**

3- Gold standard: CPRE (colangiografía retrógrada endoscópica)

Cp presencia de litos, coledoco dilatado $\geq 6 \text{ mm}$, pancreatitis biliar - ictericia

4- Fosfatasa alcalina elevada * Prueba de función hepática * TP prolongado

Tratamiento = CPRE y la colecistectomía por laparoscopia ✓

Complicación: Pancreatitis post-cpre, infección por herida quirúrgica y septicemia

Colangitis

Definición: Es una infección de la vía biliar, secundaria a coledocolitiasis, estenosis benigna posquirúrgica,

Etiología:

- Etiología:** Obstrucción del conducto
- ° El 1% con coledocolitiasis presentará colangitis y septicemia
 - ° Pentada de Reynolds 70% mortalidad
- coledoco > secundario septicemia

Factores de riesgo:

- > Antecedentes de cálculos biliares
- > Coledocolitiasis
- > Edad > 40 años
- > Femenino

Fisiopatología: → Resultado de la obstrucción de la vía biliar y el crecimiento bacteriano en la bilis.

Cuadro clínico:

Pentada de Reynolds

- ° Fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$
 - ° Alteración de la conciencia > hipotensión
 - ° Dolor abdominal tipo cólico
 - ° Ictericia
 - ° Malestar general
 - ° Coluria
 - ° Dolor en HSD
 - ° Signo de Murphy negativo
 - ° Hepatomegalia leve
- Pentada de Reynolds + Charcot + shock obstrucción

- Diagnóstico:** Inicial → USG de hígado vías biliares
- ° Vías biliares $> 2\text{ mm}$
 - ° Estudio de imágenes: colangio - resonancia elástica
 - ° **GDIO standard:** CPRE
 - ° Diámetro del coledoco $> 6\text{ mm}$
 - ° Hipercoгенidad con sombra acústica

Tratamiento

Farmacológico

Quirúrgico

Colangitis leve

- 1- Descompresión temprana + antibiótico
 - 2- Esfinterectomía por **CEPRE** urgente
 - 3- Drenaje biliar transhepático
- ° Cefalosporinas 3-4 generación Ceftriaxona o Cefepime y Metronidazol igual que la

Colangitis grave

Complicación: Absceso hepático

Pancreatitis aguda

Definición: Proceso inflamatorio agudo del páncreas involucra tejido peripáncreático y puede involucrar órganos y sistemas distantes.

Etiología:

Etiología: Litiasis biliar ✓

> Causa común: litiasis biliar

> 20% puede presentar un curso severo

> 2da causa: Alcoholicismo 31-41%

Factores de riesgo:

- > cólico biliar
- > Fármacos
- > Ingesta de alcohol
- > Trauma abdominal
- > Post-CEPNE
- > Hipertrigliceridemia $> 1000 \text{ mg/dl}$
- Afectación en la función exocrina

Fisiopatología: 1) oclusión del conducto pancreático: aumento de la permeabilidad epitelial ocasionando salida de enzimas (tripsinas, fosfolipasas y proteasas) causando daño del tejido y inflamación.

Cuadro clínico:

- Dolor abdominal transfricativo periumbilical irradia a hipocóndros (hemiciintura)
- Empeora a la ingesta de alimentos
- Náuseas y vómitos
- Ictericia
- Distensión abdominal por íleo paralítico

Signos de gravedad:

Diagnóstico

- Gold-standar: TAC contrastada
- Permite ver derrame pleural, neumonía;
- Rx de tórax
- 1) signo de Grey Turner: En flancos
- 2) signo de Cullen: Periumbilical
- 3) signo de Fox: Insuñal
- Taquicardia > fiebre
- Shock hipovolémico

Criterios de diagnóstico - laboratorio

- 1- Dolor abdominal epi-mesogástrico de tipo transfricativo de aparición súbita con irradiación a la espalda y mejora en posición de fémur.
- 2- Elevación de amilasa $> 600 \text{ U/L}$ y Lipasa 3 veces por encima del valor normal
- 3- TAC de abdomen con contraste pancreatografía -> A partir de las 48 hrs del cuadro

• Per- Pronóstico de gravedad = Etiología biliar

Criterios tomográficos de Balthazar

Grado de lesión	Puntuación - necrosis	Puntuación
A) Normal 0	0%	0
B) Agrandamiento difuso del páncreas 1	<30%	2
C) Anomalías intrínsecas del páncreas - cambios del tejido 2	30-50	4
D) Presencia de colección mal definida 3	>50%	6
E) Presencia de 2 o más colecciones, 1 quística mal definida 4		

- 0-3 8% Morbilidad 3% Mortalidad
- 4-6 35% Morbilidad 6% Mortalidad
- 7-10 92% Morbilidad 17% Mortalidad

Criterios de Ranson

A la ingreso	A las 48 horas
L: $\text{leucocitos} > 16,000$	HE: HTO - descenso $> 10\%$
L: $\text{LDH} > 350 \text{ UI/L}$	CREA: creatinina $\text{Bun} > 5 \text{ mg/dl}$
E: Edad > 55 años	A: Albúmina $< 3.2 \text{ g/dl}$
G: Glucosa $> 200 \text{ mg/dl}$	L: Déficit de líquidos $> 4 \text{ litros}$
A: AST: GOT $> 250 \text{ UI/L}$	O: $\text{PAO}_2 < 60 \text{ mmHg}$
	CA: calcio $< 8 \text{ mg/dl}$
0-2 Puntos: PA leve	D: Déficit de bases $> 4 \text{ mEq/L}$
> 3 Puntos: PA Grave	

Clasificación - ATLANTA

Pancreatitis aguda - leve

- Ausencia de falla orgánica
- Ausencia de complicaciones locales

PA moderadamente severa

- Complicaciones locales / o falla orgánica transitoria $\leq 48 \text{ h}$

PA aguda-severa

- Falla orgánica persistente $> 48 \text{ h}$

Tratamiento

- Fluidoterapia intensiva: 250-500 ml/h durante 12-24 h
- Dieta - azono - sonda nasogéstrica
- Analgesia: Brufenorfin
- Antibióticos: Formas graves: Imipenem, ciprofloxacina o Metronidazol **Elección**
- Px con PA grave + signo de colangitis: CPRE con esfinterotomía endoscópica

Complicaciones → Necrosis pancreática y Pseudociste → Absceso

Pancreatitis crónica

Definición: Cambios morfológicos y funcionales del páncreas, provocados por un proceso inflamatorio persistente e irreversible.

Epidemiología: Frecuente en hombres

Factores de riesgo:

→ tercera década de la vida

→ Alcoholismo crónico > 150 g/día por 6-12 años → Principal etiología

→ Tabaquismo → Autoinmune → mutaciones del gen PRSS1, SPNK1, CTSC > CFTR

Fisiopatología: Fibrosis, atrofia y destrucción irreversible de las acinas pancreáticas

Diagnóstico

1) Inicial: US abdominal

2) TAC: hirsutismo > 4 mm + glándula aumentada

su tamaño

• Patrón de Van Kamen

3- Gold-standard: **CPRE**

complicación: Insuficiencia pancreática

Clínica

• Dolor epigástrico postprandial

• Esteatorrea

• Náuseas > vómitos

• Ictericia

• DM tipo 2

Tratamiento

→ Dieta baja en grasas → Control de esteatorrea

→ Analgesia - escala de OMS → control glicémico

Definitivo: Técnica de Puestow:

Duodenopancreatostomía de Whipple

Hernia Umbilical

Definición: Abultamiento alrededor del ombligo, que puede tener epiploón, parte del intestino delgado o grueso.

Etiología: Debilitamiento de la fascia del tejido conectivo

Epidemiología

- Predominio mujeres
- 5% padecen de hernia umbilical
- 70% son umbilicales

Factores de riesgo: > Obesidad $IMC > 35$

> EPOC > Prostatismo > Multiparidad

> Obstrucción urinaria > Ascitis

Fisiopatología: Debilidad o falta de cierre completo de la apertura umbilical de la pared abdominal

Clasificación: Congénita y adquirida

Clinica: Exploración física:

- Aumento de volumen en área umbilical especialmente en esfuerzos (Valsalva)

Complicación: Incarceración y estrangulación

Diagnóstico: Es clínico

- No se recomienda estudios de laboratorio y gabinete

Tratamiento

Elección -> Cirugía ambulatoria: Herniorrafia umbilical abierta (sin malla)

Con técnica de Mayo - Material absorbible

• > 3 cm -> Material Protésico

• Niños reparación quirúrgica en defectos > 1.5 cm o hernia después de los 2 años de edad

- Control del dolor posoperatorio: Ketorolaco primeras horas y continuar con Paracetamol

Hernia Inguinal y Femoral

Definición: Se producen por arriba del ligamento inguinal, teniendo origen en el orificio músculo pectíneo.

Hernia femoral - Defecto de la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopectínea de Thompson

Epidemiología - Femoral

< Presentan alta incidencia de encarcelamiento

y estrangulación

< Predomina mujeres

Epidemiología - Inguinal

> Predomina hombres

> Puede ser directa e indirecta

Clasificación

Directa: Protruye del suelo del canal inguinal

de la fascia transversalis del triángulo de

Hesselbach > Nunca llega al escroto

Indirecta: Pasa por fuera del triángulo saliendo

de la cavidad abdominal - orificio inguinal profundo

> Llega al escroto

Femoral: Encarcelada porción del

intestino atrapada

• Estrangulación: Tejido atrapado - isquemia

Factores de riesgo

> Antecedentes de hernias > Edad

> Estreñimiento crónico > Fuerza excesiva

Fisiopatología: Protrusión del tejido

abdominal a través de puntos débiles o defectos

en la pared abdominal

Clinica: Abultamiento en región

inguinal o femoral que puede ser dolorosa o no

- Aumenta en deambular o disminuir en decúbito

Diagnóstico:

> Datos de inclusión intestinal: Rx simple de abdomen estudio íntelctal

> Duda diagnóstica: USG estudio íntelctal -> Se justifica realizar RM

• **Estándar de oro** -> Herniografía

Clasificación de Nyhus

I	Hernia inguinal indirecta, Anillo inguinal normal
II	Hernia inguinal indirecta, Anillo interno dilatado
III	Defecto en pared posterior
	A: Directa prescías
	B: Indirectas o directas grandes
	C: Hernia femoral
IV	Hernias recurrentes
	A: Directa
	B: Indirecta
	C: Femoral
	D: Mixta

Tratamientos: Inguinal y Femoral

Elección: Hernioplastia abierta con material protésico (mallas)

- Plastia sin tensión (con mallas) tipo Lichtenstein → **Estándar de oro**
- Plastia con tensión (sin mallas) tipo Shouldice → Infección de herida, Perforación o segmento intestinal resecado.
- Laparoscópica

Hernia inguinal asintomática: Vigilancia

Complicaciones → Hernia estrangulada - femorales

- Hernia incarcerada: cuadro obstructivo

Hernia Ventral

Definición: Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral del abdomen

Epidemiología

Factores de riesgo:

- > Obesidad
- > Tabaquismo
- > Aneurisma aórtico
- > EPOC
- > Masculino
- > Estreñimiento crónico
- > Prostatismo

> Puede presentarse después de la laparotomía 23%

> Recidiva a la reparación protésica 54%

Etiología: Congénita - defecto pared abdominal

Fisiopatología: Protrusión cuando el intestino pasa a través de una zona debilitada de la pared abdominal.

Clinica: Dolor en sitio de la hernia

- o Estreñimiento
- o Distensión abdominal
- o Deformidad de la pared
- o Puede haber oclusión intestinal

Diagnóstico: Es clínico junto con historia clínica

Indica: -> USG abdominal

Estándar de oro: TAC con contraste oral y maniobra de Valsalva

o Valorar bordes músculo-aponeuróticos

Tratamiento

De elección -> Reparación quirúrgica con mallas protésicas

Para disminuir la recidiva (técnica de Rivus).

Complicaciones: Encarcelamiento e estrangulación

Bibliografía

Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de colelitiasis y colecistitis

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GER.pdf>

Alberto, M. C. C. (2012). *Factores Predictivos Para El Diagnostico de Coledocolitiasis*. Eae Editorial Academia Espanola.

Ramrakha, P. S., Moore, K. P., & Sam, A. H. (2019). *Gastroenterological emergencies*. Oxford University Press.

Revelo Luna, D., Revelo, M. B. E. M., & Martinez Oviedo, E. J. (2020). *Cirugia General I: Tomo 2*. Independently Published.