



Karen Guadalupe Alvarez de la Cruz.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Patología abdominal.

Técnicas quirúrgicas básicas.

6to

“C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio del 2025.



Apendicitis

Inflamación del apéndice vermiforme, la cual puede ser aguda, crónica o reactiva.

EPIDEMIOLOGIA

- * La probabilidad de tener apendicitis en la infancia es 1 de cada 5 niños, pero en adultos >70 años es de 1 por cada 100
- * Patología quirúrgica más frecuente en cirugía

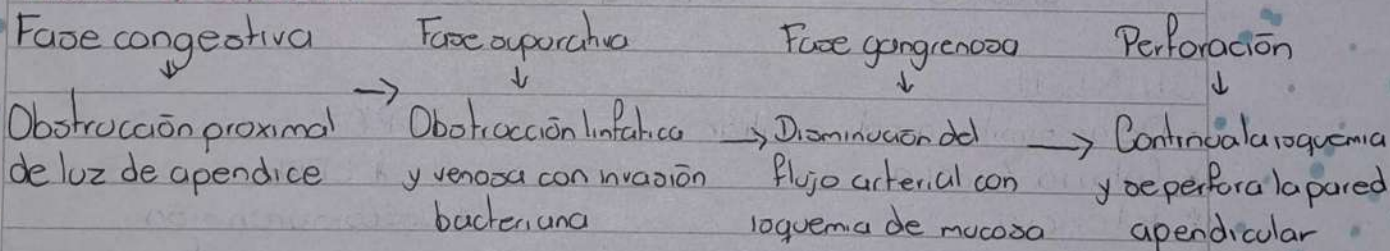
ETIOLOGIA

- * Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos secundaria a una infección. Causa más frecuente
- * Feculito o apendicolito en adultos es la causa principal
- * Cuerpos extraños
- * Tumores apendiculares

FACTORES DE RIESGO

- * Edad entre 10-30 años
- * Infecciones gastrointestinales previas
- * Sexo > Hombres
- * Estilo de vida
- * Ant. familiares
- * Inmunosupresión

FISIOPATOLOGIA



Clinica

- * Fiebre
- * Náuseas/vómito
- * Dolor que migra a fosa ilíaca derecha
- * Signo de McBurney +
- * Signo de Blumberg +
- * Signo de psoas +
- * Signo del obturador +

DIAGNOSTICO

- * Prueba de embarazo
- * USG > Elección en niños, inicial en embarazo
- * TAC > confirmatorio

TRATAMIENTO

- * Cefalosporinas 1a o 2da generación + metronidazol
- * Apendicectomía laparoscópica

Colecistitis



Inflamación de la vesícula, generalmente causada por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar, aunque también puede presentarse sin litiasis.

EPIDEMIOLOGIA

- Ocurre en el 5-20% de los pacientes con colelitiasis
- Predominio en mujeres 2:1

ETIOLOGIA

- Obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar.

FACTORES DE RIESGO

- Edad > 40 años
- Uso de anticonceptivos
- Sexo femenino
- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Embarazo
- Pérdida rápida de peso

FISIOPATOLOGIA

Obstrucción del conducto cístico → Estasis biliar → Distensión vesicular → Inflamación de la mucosa

CLINICA (SIGNOS Y SINTOMAS)

- Signo de Murphy positivo
- Cólico biliar > hipocondrio derecho, irradiado a espalda
- Náuseas / vómito / fiebre / escalofríos

Diagnóstico

- Clínico > signo de Murphy
- Laboratorio > leucocitosis
- USG > Pared engrosada > 5 mm, líquido perivesicular, cálculo impactado

TRATAMIENTO

- Grado I > Buena evolución con Tx
 - * Cefalosporinas 3ra y 4ta generación + metronidazol
- Grado II > No responde a tx antibiótico
 - * Drenaje de vía biliar
- Grado III > Disfunción orgánica múltiple
 - * Penicilina de amplio espectro + metronidazol

DEFINITIVO

- Colecistectomía laparoscópica

Colelitiasis



Formación de cálculos en la vesícula biliar que pueden causar obstrucción o inflamación.

Epidemiología

- * 10-20% de toda la población tiene cálculos
- * Principal factor de riesgo para colecistitis aguda
- * Causa más frecuente de consulta quirúrgica.

Etiología

- * Saturación de colesterol de la bilis
- * Aceleración en la nucleación del colesterol
- * Disminución de la motilidad vesicular.

Factores de Riesgo

- | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------|
| • Edad >40 años | • Obesidad | • Diabetes |
| • Sexo Femenino | • Embarazo | • Hiperlipidemia |
| • Dieta rica en grasas | • Pérdida rápida de peso | |

Fisiopatología

Obstrucción del conducto cístico → Distensión vesicular → Inflamación

Clinico (signos y síntomas)

- * Cólico biliar > Hipocondrio derecho, dura 4-5 hrs, puede irradiarse a espalda.
- * Náuseas / vómito
- * Signo de Murphy positivo

Tratamiento

- * Colectomía laparoscópica (elección)
- Disolución de ácidos biliares (ácido ursodesoxicólico, ácido quenodesoxicólico).

Diagnóstico

- * Ultrasonido abdominal
 - Pared engrosada >5mm
 - Híctos
 - Signo ecográfico de Murphy.

Coledocolitiasis

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

EPIDEMIOLOGIA

- * El 10-15% de coledolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis
- * En el 4-12% de los casos tienen antecedente de colecistectomía.

ETIOLOGIA

- * Migración de cálculos de la vesícula
- * Cálculos formados en el coledoco.

FACTORES DE RIESGO

- * Litiasis vesicular previa
- * Obesidad y síndrome metabólico
- * Edad >40-60 años
- * Embarazo
- * Sexo femenino
- * Terapia hormonal
- * Cirugía previa de vesícula o vías biliares
- * Disfunción del Esfínter de Oddi

FISIOPATOLOGIA

Formación de cálculos biliares → Migración del cálculo al coledoco → Obstrucción del conducto

CLINICA

- * Dolor oromilar a cólico biliar
- * Coluria / acolia
- * Ictericia

TRATAMIENTO

- * CPRE
- * Descompresión quirúrgica abierta de la vía biliar

DIAGNOSTICO

- * USG de vías biliares > coledoco dilatado >6mm + litos
- * Colangio-resonancia (elección)
- * CPRE (Gold standard)



Colangitis

Es una infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis.

EPIDEMIOLOGIA

- * El 1% de los pacientes con coledocolitiasis presentarán colangitis
- * Pentada de Reynolds tiene 70% de mortalidad.

ETIOLOGIA

Obstrucción del conducto biliar común → Se produce estasis biliar, proliferación bacteriana e infección ascendente.

FACTORES DE RIESGO

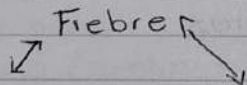
- * Coledocolitiasis
- * CPRE
- * Infecciones parasitarias
- * Edad > 60-65 años

FISIOPATOLOGIA

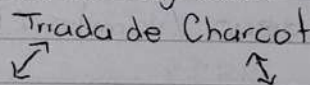
Obstrucción de la vía biliar → Aumento de la presión intraductal → Infección bacteriana ascendente → Respuesta inflamatoria sistémica

Clinica (signos y síntomas)

Triada de Charcot



Pentada de Reynolds



Dolor abdominal ↔ Ictericia

Hipotensión ↔ Alteración del estado mental

Diagnostico

* Colangio-reconstrucción (elección)

* CPRE > Gold standard

TRATAMIENTO

* Cefalosporinas 3-4ta generación + metronidazol

* CPRE > Gold standard

Pancreatitis

AGUDA

Es la inflamación aguda y reversible del páncreas, que puede involucrar al tejido pancreático y órganos remotos o presentar complicaciones locales, como necrosis pancreática o formación de pseudoquistes.

Epidemiología

- * En pancreatitis aguda recurrente pensar en microlitiasis
- * Aclarar se ha asociado a casos de pancreatitis aguda
- * Afecta a la población económicamente activa, con una media de edad de presentación de 55 años

Etiología

- * Litiasis biliar > Más común
- * Alcohólico
- * Otros: Hipertrigliceridemia, diabetes, trauma, post CPRE, infecciosa, autoinmune, iatrogena y hereditarias.

Factores de riesgo

- * Colelitiasis
- * Consumo excesivo de alcohol
- * Hipertrigliceridemia
- * Traumatismo abdominal

FISIOPATOLOGIA

Daño o estímulo → Activación intrapancreática de enzimas → Autodigestión del tejido pancreático
↓
Infección ← Necrosis ← Inflamación local

CLINICA

- * Dolor abdominal transfixivo en epigastrio o hipocondrio izq irradiado a flancos
- * Náuseas / vómitos
- * Fiebre
- * Signo Cullen
- * Grey Turner
- * Signo Fox

Diagnostico

- * 2 de 3 criterios
Clínico + Alteraciones bioquímicas + Imagenológico
USG, TAC, CPRE
- * Amilasa, lipasa, PCR ↑

Tratamiento

- * Ayuno + hidratación con ringer lactato
- * Opioides
- * Drenaje percutáneo
- * Laparotomía
- * Necrosectomía pancreática + lavado



CRÓNICA

Es un proceso patológico caracterizado por daño irreversible del páncreas, por un proceso inflamatorio crónico que lleva fibrosis y pérdida de la función.

EPIDEMIOLOGIA

* Menos común que la pancreatitis aguda.

ETIOLOGIA

* Alcoholismo - Adultos

* Fibrosis quística - Niños

FACTORES DE RIESGO

* Alcoholismo crónico

* Tabaquismo

* Hombres entre los 35 y 55 años

* Pancreatitis aguda recurrente.

FISIOPATOLOGIA

Estímulo crónico → Inflamación persistente → Activación de células estrelladas → Fibrosis + pérdida de tejido glandular

CLINICA

* Dolor abdominal o pérdida de peso

* Digestión deficiente: Diarrea crónica, esteatorrea, adelgazamiento y fatiga.

DIAGNOSTICO

* UEG o TAC

* Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

* Estimulación hormonal con secretina

TRATAMIENTO

Control del dolor y la malabsorción

HERNIAS



Las hernias son un defecto en la continuidad de la estructura músculo - aponeurotica de la pared abdominal. Permiten la salida o protrusión de elementos que no deben pasar por ahí.

Elementos

- * Anillo herniario
- * Saco herniario
- * Componente herniario

Terminos

- * Hernia reductible
- * Hernia irreductible o incarceration
- * Hernia estrangulada

HERNIAS INGUINALES

Se originan en el orificio miopectineo de Fruchaud (esta conformado por 3 triángulos: lateral, medial (triángulo de Hesselbach, inferior).

FACTORES DE RIESGO

- * Sexo masculino
- * Dieta pobre en proteínas
- * AITF de hernias
- * Tabaquismo
- * Enfermedades pulmonares crónicas

EPIDEMIOLOGIA

- ↳ Fuera del triángulo de Hesselbach
- * La hernia indirecta se presenta en un 60% > Más frecuente
- * La hernia directa se presenta en un 30%
- ↳ Dentro del triángulo de Hesselbach

Etiología

- * Indirecta > Generalmente congénito
- * Directa > Debilidad de la pared muscular - fascia transversalis.

Clinica.

- * Protrusión o abultamiento en la región inguinal o femoral, reductible o no, aumenta al deambular o al esfuerzo y disminuye o desaparece en decubito supino.
- * En caso de complicación aguda: cambio de coloración, dolor intenso, ruidos repetitivos en el área local y otros datos de oclusión intestinal.

DIAGNOSTICO

- * Clínico > Imagen solo en sospecha diagnóstica
- * USG → RMN
- * Mayor sensibilidad y especificidad > Herniografía

TRATAMIENTO

- * Cirugía Colocación de una malla protésica)
 - Técnica > Plastia de Lichtenstein
 - Técnica en caso de encarcelamiento o contumacia > De Shouldice

HERNIAS FEMORALES O CRURALES

Se produce por un defecto en la fascia transversalis, por debajo de la cintilla iliopúbica de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio miopectíneo de Fruchaud.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- * Abultamiento en el área femoral, dolorosa o indolora, reductible o irreductible, uni o bilateral

FACTORES DE RIESGO

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------|
| * Antecedentes familiares | * Mal estado nutricional | * Tos crónica |
| * Sedentarismo | * Tabaquismo | * Abcitis. |

DIAGNOSTICO

- * Clínico > Imagen solo en sospecha diagnóstica
- * USG → RMN
- * Mayor sensibilidad y especificidad > Herniografía.

TRATAMIENTO

- * Colocación de conos protésicos o sistemas preformados por cirugía abierta.
- * En caso de contraindicaciones > Técnica de McVay (aproximación del ligamento Cooper al tracto iliopúbico)

HERNIA UMBILICAL

Abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiplón, parte del intestino delgado o grueso. Secundaria a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo

Epidemiología

- * Más común en mujeres
- * Más común en edad avanzada

Factores de riesgo

- * IMC > 35
- * AOMPA
- * EPOC
- * Tos crónica
- * Asiatís
- * Multiparidad
- * Constipación y estreñimiento

Manifestaciones Clínicas

- * Aumento de volumen en el área periumbilical

Diagnóstico

- * Clínico

TRATAMIENTO

- * Herniorrafia o hernioplastia: Técnica Mayo en defectos ≤ 3 cm, en defectos > 3 cm se recomienda usar material protésico.
- * En la población pediátrica cirugía indicada en los siguientes escenarios:
 - Defectos herniarios > 1.5 cm a cualquier edad
 - Defectos persistentes después de los 2 años sin importar el tamaño

HERNIA VENTRAL

Es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral del abdomen que puede ser detectado por clínica o estudios de imagen.

EPIDEMIOLOGIA

- * Se puede presentar en 11-23% después de las laparotomías
- * La posibilidad de recidiva posterior a reparación alcanza hasta el 54% sin material protésico y un 32% cuando se utiliza material protésico

FACTORES DE RIESGO

- * Reparaciones quirúrgicas previas
- * EPOC
- * Uso de corticosteroides
- * Obesidad
- * Sexo masculino
- * Insuficiencia renal
- * Tabaquismo
- * Estreñimiento crónico
- * Prostatismo
- * Aneurisma aórtico
- * Malnutrición

CLINICA

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

DIAGNOSTICO

- * Clínico
- * USG abdominal
- * TAC con contraste > Mejor estudio > Maniobra de Valsalva oral

TRATAMIENTO

- * Reparación quirúrgica con material protésico para disminuir la recidiva (técnica de Rivers)