



**Nombre del alumno: Luis Fernando
Ruiz Pérez**

**Nombre del profesor: Dr. Erick
Antonio Flores Gutiérrez**

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Sexto Semestre

Grupo: C

Apéndice Agudo

Inflamación apéndice puede ser aguda, crónica o reactiva, tiene mayor probabilidad de presentarse

a menor edad.

Epidemiología

- Probabilidad en infancia 1 cada 5 niños
- Adultos > 70 años de 1 cada 100
- Patología quirúrgica en cirugía
- ↑ riesgo de enfermedad CROHN

Etiología (Fisiopatología)

Fase 1: obstrucción proximal de luz de apéndice

Fase 2: obstrucción linfática y venoso con invasión bacteriana

Fase 3: ↓ flujo arterial con isquemia de mucosa

Fase 4: Perforación de la pared apendicular

Etiología

1. Hiperplasia de los folículos linfoides submucoso
2. Fecalito/apendicolito → causa adulta
3. Cuerpos extraños
4. Tumores apendiculares

Factores riesgo

- Edad 10-30 años
- Sexo (Hombre)
- Antecedente familiar
- obesidad
- Dieta baja en fibra
- Infecciones gastrointestinales
- Sedentarismo

Diagnostico (signos)

Signo de McBurney

Signo de Blumberg

Signo Rovsing

Signo de psoas

Signo de obturador

Clinicas

Dolor migración de dolor fosa iliaca derecha

Dato clinico adulto → dolor abdominal evolución 3 días
náusea, vómito

Dato clinico niño: inicia con diarrea aguda.

Diagnostico

Prueba de embarazo

USG

TAC

Radiografía abdominal

Tratamiento

"Profilaxis"

Cefalosporina 1 o 2 generación + Metronidazol IV

• Alergias a cefalosporina → Amoxicilina

• Analgesico → Paracetamol

Quirurgico (elección) → apendicetomía laparoscópica

COLELITIASIS

Definición:

Presencia de litio en la vesícula biliar

Epidemiología

- obesidad
- sobrepeso
- >40 años
- afecta un 20-10% de la población

Fisiopatología

- saturación de colesterol de bilis, genera una aceleración en la nucleación de colesterol, disminuye la motilidad vesicular.

Etiología

- cálculos de colesterol
- sobresaturación de colesterol en la bilis.
- hipomotilidad vesicular

Factores de riesgo

Edad >40 años
obesidad
Embarazo
Pérdida de peso

Clinica

- 80% asintomático
- 1-2% sintomático
- Dolor hipocóndrio derecho
- litos > 2.5 cm

Diagnostico

USG

Tratamiento

colecistectomía laparoscópica

COLEDOCOLITIASIS

Definición

Presencia de cálculo en las conductos biliares procedente de la vesícula biliar.

Epidemiología

Antecedente de coledocolitiasis

Mujeres > 40 años

Población con dieta rica grasa

Bajo consumo fibra

Prevalencia 10-15% con coledocolitiasis

Fisiopatología

consumo de grasa, hígado secreta un aumento de colesterol hacia la bilis, donde sales biliares, aumenta la presión de la vía biliar y provoca inflamación por el crecimiento de cristales.

Etiología

Migración de cálculo biliar de la vesícula biliar al coledoco

Factores riesgo

Edad avanzada

obesidad

Sexo femenino

Antecedentes coledocolitiasis

Clinica

Dolor similar colico biliar

Bilirrubina > 2.5 mg/dl

coluria

Acolia

Tratamiento

Quirúrgico

CPRE

Diagnostico

- Inicio → USG de vías biliares
- Coledoco dilatado > 6 mm
- Colangiografía retrógrada endoscópica
- Imagen → Colangio-resonancia

COLECISTITIS

Definición

Inflamación de vesícula biliar por lito

Epidemiología

Edad >40 años

30-40% complicaciones de coledolitiasis

2 causa de cirugía abdominal

Fisiopatología

Impacto de litos biliares en el conducto cístico, genera edema de la vesícula provocando inflamación posterior una infección.

Etiología

Distensión abdominal

Estasis biliar

Calculo que obstruye el conducto cístico

Factor de riesgo

• Infección biliares

• DM

• Megalasia

• Cardiopatía
isquémica

Clinica

Signo Murphy (+): cese en la respiración

Complicado: Fiebre + vesícula palpable, escalofrío, inestabilidad hemodinámica

Diagnostico

Ultrasonido (Pared engrosada >5 mm)

Tratamiento

Reposo intestinal, Hidratación IV, analgesia

Quirúrgico → colecistectomía
La laparoscopia

COLANGITIS

Definición

Infección de la vía biliar, secundario a coledocolitiasis
menos frecuente tumores de la vía biliar.

Epidemiología

asocia paciente septima década
complicación pentada Reynolds
Antecedentes

Fisiopatología

Provocado por una obstrucción de calculos en el conducto
coledoco provocando mayor presión en la vesícula, ↑
la presión intraluminal, generando un retrogrado de
la bilis, generando inflamación conducto biliar
provocando una sepsis, aumento de bilis.

Etiología

- obstrucción de calculo del conducto coledoco.
- Provoca infección
- Sol. causada por lito

Factor riesgo

- Litiasis biliar
- Mujeres >40 años
- Cirugía previas
- Cáncer vesícula
- Infección parasitaria

Clinica

- Fiebre
- Dolor hipocondrio dere.
- Ictericia

Diagnostico

USG de hígado

Imagen: colangio-resonancia

Gold standar: CPRE.

Tratamiento

Cefaloxima 3-4 generacion (ceftriaxona / cefepime) +
metronidazol

Quirúrgico: CPRE

PANCREATITIS AGUDA

Definición

Inflamación aguda y reversible de páncreas

Epidemiología

- Aproximadamente 13-45 casos por 100,000 hab.
- Común en jóvenes
- 30-60 años

Fisiopatología

- 1 fase: activa intrapancreática de enzima digestiva y lesión de célula acinar
- 2 fase: se activa, quimioatracción y sequestro de leucocito y macrófagos.
- 3 fase: enzima proteolíticas y citoquinas produce fractura de órgano distante

Etiología

Aca incidencia 30-60 años

Etanol

Hipercalcemia

Hipertigliceridemia ($>1000 \text{ mg/dl}$)

Citrosis biliar (causa más común)

Factor riesgo

- Distinción en interoddi
- Antecedente pancreática
- Adulto jóvenes (< 60 años)

Diagnostico

Clinico

- Dolor abdominal súbito, continuo
- Localiza hipocóndrio derecho
- Irradia en forma de cinturón o la espalda

- Clínico
- Laboratorio

- Amilasa sérica ≥ 3
- Lipasa sérica ≥ 3
- ALT Nivel $> 150 \text{ U/L}$

Tratamiento

Dieta VO

Solución rápida

Analgesico

Profilaxis antibióticos

Hernia umbilical

Definición de la pared abdominal a nivel umbilical, puede contener una porción del epiploon

Epidemiología

- Prevalencia aumenta con la edad
- Posibilidad de tener una hernia aumenta en el sexo masculino
- Edad avanzada
- Incidencia en prematuros
- 10-30% afecta Recien nacido

Factor riesgo

- obesidad
- Tos crónica
- Ascitis
- cirrosis hepática

Fisiopatología

Defecto anillo umbilical, se debilita con el tiempo se forma defecto por donde puede protruir estructuras, aumenta la presión intraabdominal.

Clinica:

- Bulto región abdominal
- Dolor abdominal
- Náusea, vómito
- Eritema

*Diagnostico

- Clínico
- Aumento de volumen en el área periumbilical ante un esfuerzo.

Tratamiento

- Cirugía ambulatorio
- Hernioplastia

Hernia Inguinal

Definición

Defecto en la continuidad de la estructura musculo aponeurotica de la pared abdominal, se origina en el orificio miopectineo de la pared abdominal.

Epidemiología

- 25% en hombre
- 4-7% en mujeres
- Prevalencia adulta mayores
- Presentarse en prematuros

Fisiopatología

Defecto en el conducto peritoneo vaginal, a través del conducto el contenido. → Indirecta

Directa:

- Debilidad de la pared posterior de canal inguinal
- atravesar el triángulo de Hessellbach.

Etiología:

Congénita: falla cierre del anillo umbilical

Adulto: debilitamiento de la musculatura abdominal

Factores riesgo

- Tabaquismo
- EPOC
- Antecedente de hernia
- Masculino
- Edad avanzada
- Obesidad
- Tasa crónica
- Esfuerzo físico

Clinica

Abultamiento en región inguinal (debido a un esfuerzo)

- cambio de coloración

Diagnostico

- Clínica
- USG
- Resonancia Magnética

Tratamiento

Quirúrgico

Técnica (+) utilizada: Técnica de Lichtentein

GER: Técnica Shuldice

Hernia femoral

una protrusión del contenido intraabdominal debajo ligamento de Gimbernat

Epidemiología

3-5% de hernia abdominal

frecuente mujeres

40-70 años :M

Fisiopatología

contenido intraabdominal, a través del canal femoral debajo ligamento inguinal. genera en este canal es estrecho y rígido, aumenta el riesgo de estrangulación

Etiología

Debilidad pared abdominal inferior

↑ presión intraabdominal

Factores riesgo

• femenino

• Edad avanzada

• Embarazo múltiple

• Tos crónica

• Ascitis

Clinica

Abultamiento en el área femoral

Dolor al caminar / pie

vómito, náusea

Piel enrojecida

Diagnostico

• Clínica • USG

• Herniografía

Tratamiento

• colocación de ceros protésicos o sistema preformado por cirugía abierta

Hernia ventral

Definición

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared anterior lateral.

Epidemiología

- Aproximadamente 10-15% de todas hernias abdominal
- Adultos 40-70 años
- Antecedente de cirugía abdominal

Fisiopatología

Debilidad de la estructura de la fascia abdominal, aumenta la presión intraabdominal

Factores riesgo

- Cirugía abdominal
- Infecciones quirúrgico
- Obesidad
- Edad Avanzada
- Tabaquismo
- Tos crónica
- DM

Etiología

- Espontánea
- Umbilical / Fallo cicatrización
- Traumatismo abdominal
- Debilidad congénita

Clinico

- Bulto pared abdominal
- Dolor intenso • vómito
- Fiebre • Dolor al realizar esfuerzo

Diagnostico

- Clínico (palpación abdomen)
- USG
- Tomografía computarizada

Tratamiento

Quirúrgico

