



Luis Alberto Ballinas Ruiz

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Resumen

Técnicas quirúrgicas básicas

6º

“C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de julio de 2025.

Colecistitis

Definición:

Es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos, y con menor frecuencia por todo biliar.

Fisiopatología:

Impacción de litos biliares en el conducto cístico - edema de la vesícula → respuesta inflamatoria → infección secundaria (bacteriana)

Epidemiología:

Edad > 40 años

M > H (2:1)

30 - 40% de las complicaciones de la Culelitiasis. Es la 2da causa más común de cirugía abdominal.

Clinica:

- Signo de Murphy positivo: Cese de la respiración al palpar cSD.
- Cole. aguda complicada: Vesícula palpable + fiebre > 39° C escalofríos + inestabilidad hemodinámica.

Etiología:

- Ocurre cuando el cálculo obstruye el conducto cístico, lo que provoca:
- Estasis biliar
- Distensión vesicular.

Diagnóstico

- Tercera elección: ultrasonido
- Hallazgos: pared engrosada > 5 mm
- Esoinfiltración Cgammografía Vesicular: 5-97%

Factores de riesgo:

- Infecciones biliares
- DM
- Inmunosupresión
- Neoplasias
- Cardiopatía isquémica.

Tratamiento

Tx médico: reposo intestinal, hidratación IV, analgesia Tx quirúrgica: Coleistectomía laparoscópica temprana (en los primeros 7 días, ideal antes del 4to día)



Colelitiasis

Definición:

Presencia de litos en la Vesícula biliar

Epidemiología:

- Afecta aprox. la 10-20% de la población adulta
- Mujeres (relación M-H de 2-3:1).
- >40 años
- obesidad y sobrepeso

Etiología

- Cálculos de colesterol 80% de los casos
- Sobresaturación de colesterol en la bilis.
- Hipomotilidad Vesicular (Estasis biliar).

Factores de riesgo

Edad > 40 años
Sexo femenino
obesidad
Embarazo
Pérdida rápida de peso
Fármacos que provocan
Colestasis

Fisiopatología:

- Saturación de colesterol de bilis + aceleración en la nucleación del colesterol + disminución de la motilidad Vesicular.

Clinica

- 80% asintomáticos
- 1-2% Sintomáticos
- FB para el desarrollo del Sx. trastornos hemolíticos, litos > 2.5 cm y obesidad mórbida.
- Episodios de cólico biliar
- Dolor constante en HCD o epigástrico

Diagnóstico

- De elección:
Ultrasonido (98%)
- Hallazgo: litos

Tratamiento:

- De elección:
Colecistectomía laparoscópica
- Otras opciones terapéuticas (litotricia Cautelamente no se recomienda).

Coledocolitiasis

Definición:

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

Epidemiología:

- A 10-15% de coledolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis.
- En el 4-12% de los casos tienen antecedentes de colestectomía.

Etiología:

- Migración de cálculos biliares desde la vesícula biliar hacia el colédoco

Factores de riesgo:

- Pérdida rápida de peso
- Edad avanzada
- Obesidad
- Sexo Femenino
- Colelitiasis
- Historia previa de cirugía biliar

Fisiopatología:

- Dieta alta en grasas: el hígado secreta un aumento de colesterol hacia la bilis = colesterol insoluble
- = sales biliares, lecitina = micelas
- = Formación de microcristales = aumento de la motilidad = inflamación = crecimiento de los cristales = adhesión = agregación = cálculos.

Clinica:

- Dolor similar a cólico biliar
- Coluria y acolia
- Ictericia en mucosas = Bilirrubina total $\geq 2.5 \text{ mg/dl}$

Diagnóstico:

- Inicial: Usg de vías biliares
- Colédoco dilatado $> 6 \text{ mm}$ + litias
- Gold standard: CPRE (Colon-
giografía retrógrada endoscópica).
- Estudios (Imagen) de elección: Abngia: - resonancia.

Tratamiento

- Litotricia: Si el lito es único, y pequeño $\leq 6 \text{ mm}$
- CPRE
- Quirúrgico

Colangitis

Definición:

Es una infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, bacterias benigna postrquirúrgica y menos frecuente tumores de la vía biliar.

Epidemiología:

- El 1% de los pacientes con coledocolitiasis presentan coangitis.
- Se asocia a pacientes de septimo decada.
- Paciente de navarro tienen 70% de mortalidad.

Etiología

- obstrucción del conducto biliar común Coledoco $\rightarrow$ se produce estasis biliar, proliferación bacteriana e infección.
- 50% es causada por la impacción de un lito. - obstrucción de un silent biliar.

Factores de riesgo:

- Coledocolitiasis biliar
- Estenosis biliar
- Cáncer de vía biliar
- Colangioma

Fisiopatología:

- obstrucción biliar $\rightarrow$ Por Coledoco en el coledoco
- $\rightarrow$ estasis de bilis $\rightarrow$ La bilis no puede drenarse al intestino $\rightarrow$ Facilita el crecimiento bacteriano. Presión en conductos biliares $\rightarrow$ translocación de bacterias y toxinas.

Clinica:

- Fiebre
- Dolor abdominal
- Ictericia
- Alteración de conciencia
- Hipotensión

Diagnóstico:

- iniciales de USG de hígado y vías biliares.
- Estudio de imagen de elección: Colangio - resonancia
- Gold: diagnóstico y terapia

Tratamiento:

- Colaba por 3-4 la generación Continuada o colapido y metronidazol.
- T. quirúrgica: descompresión temprana + antibiótico.
- Esfinterectomía por apre urgente
- Drenaje biliar transhepático.



Pancreatitis Aguda

Definición:

inflamación aguda y reversible del páncreas.

Epidemiología:

- Aprox. 13-45 casos por 100,000 personas/año, con aumento en los últimos decenios.
- Más común entre 30-60 años.
- Jóvenes: alcohol.

Etiología:

- Litiasis biliar (49-52%)
Causa más frecuente.
- $M > H$
- Pico de incidencia: 50-60 años
- Etanol (37-41%)
- Hipertrigliceridemia ($>1,000 \text{ mg/dl}$)
- Hipercalemia.

Factores de riesgo:

- Realización de esfinterectomía de la papila menor
- Disfunción del esfínter de Oddi.
- Antecedentes de pancreatitis post-CPRE
- Adultos jóvenes (<60 años)

Fisiopatología:

- 1a fase: Activación intrapan de enzimas digestivas y lesión de células acinares.
- 2da fase: activación, quimiotaxis y secreción de leucocitos y macrófagos
- 3ra F: las enzimas proteolíticas y lipasas producen lesiones a órganos distantes $\rightarrow$ SIRS, SDBA.

Clinica:

- Dolor abdominal en de insinuación súbita, continuo, localizado en Epigastrio o HCD o de forma difusa, irradiado en forma de Hemiciinturón hacia la espalda.
- El inicio del dolor alcanza su máxima a los 30-60 minutos, luego con posición en "gacilo"

Diagnóstico:

- Clínica

- Laboratorio: deben de ser interpretados con base al tiempo de evolución.
- Amilasa sérica: $>3 \times$ ALT
- Nivel $>150 \text{ U/L}$

- Tratamiento:

- Dieta: alimentación lb
- Soluciones: Solución rápida y correcta del Volumen IV
- Analgésicos: Ppi, laxiz antibolco

Pancreatitis Crónica

Definición:

Es un síndrome heterogéneo de enfermedades inflamatorias de los conductores biliares, con inflamación persistente y fibrosis progresiva.

Fisiopatología:

Autoinmune (cep/PBC):
Infiltración linfocítica → destrucción del epitelio biliar
→ inflamación crónica y fibrosis progresiva.

Epidemiología:

- Incidencia 11/200,000 personas/año
- Predomina en hombres (70%)
- Edad media 40-41 años

Clinica:

Cep: asintomático inicialmente
luego prurito, fatiga, ictericia, hepatomegalia.
PBC: Fatiga intensa (80%)
Prurito, ictericia tardía, alteración colestásica.

Etiología:

- Trastorno autoinmune con fuerte relación HLA.
- Obstrucción crónica por cálculos biliares

Diagnóstico:

Laboratorio:

- Enzimas colestásicas:
FA y GGT elevados.
- Cep: p-ANCA (50%)
hiper-IgM.
- PBC: AMA positiva 90-95%
- CPRE

Factores de riesgo:

- Infecciones piogénicas recurrentes
- Mujeres de 40-60 años
- Infección por helmintos parasitarios.

Tratamiento:

- Antibióticos
- CPRE
- Cirugía



Hernia Umbilical

Definición:

Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical. puede contener una porción del epiploon o segmentos del ID o grasea.

Fisiopatología:

- Defecto en el anillo umbilical
- Se debilita con el tiempo, se forma un defecto por donde pueden protruir estructuras
- ↑ Presión intraabdominal sobre
- sobre pared abdominal debilitada

Epidemiología:

- La prevalencia aumenta con la edad
- La posibilidad de tener una hernia nueva aumenta en el hombre
- M > H (1.7 : 1)
- Mas común en edad avanzada

Clinica:

- Aumento de Volumen en area periumbilical, especialmente ante los esfuerzos.

Etiología:

- Congenita:
- Falta en el cierre del anillo umbilical tras el nacimiento
- Adquirida: debilidad del tejido conectivo o aumento de la presión intraabdominal.

Diagnóstico:

- Aumento de Volumen en el area periumbilical, especialmente ante los esfuerzos.
- Dx clinico
- No es necesario hacer estudio de imagen.

Factores de riesgo:

- IMC > 35 kg/m²
- EPOC
- Tos crónica
- Ascitis
- Enf. obstructiva Urinaria
- Constipación y estreñimiento
- Multiparidad

Tratamiento:

- Cirugía ambulatoria
- Herniorrafia o hernioplastia



Hernia inguinal

Fisiopatología:

Definición:

Es un defecto en la continuidad de la estructura músculo aponeurotica de la pared abdominal. Se origina en el orificio miopectíneo de Fruchau. Cesta conformada por 3 triángulos lateral, medial, Hasselbach.

Epidemiología:

- 25% en hombres
- 4% en mujeres
- H. Indirecta 30%
- H. directa: 60% sin derechos
- H. directa en fascia espermática

Etiología

- Congénita
- El saco herniario pasa por el anillo inguinal profundo. Adquirida: Protruye directamente a través de la pared posterior del conducto inguinal (Triángulo de Hasselbach)

Factores de riesgo:

- Sexo masculino
- AHT de hernias
- Dieta pobre en proteínas
- Tabaquismo
- Enfermedades pulmonares crónicas.

- H. directa: Persistencia de conducto falza transverales y contenido abdominal protruye por este punto débil

- H. indirecta: persistencia del conducto peritoneo vaginal a través de este conducto el contenido intrabdominal protruye.

Clinica:

Protrusión o abultamiento en la región inguinal o femoral, reducible o no, aumenta al deambular o al esfuerzo.

- En caso de complicación:
- Cambios de coloración, dolor intenso.

Diagnóstico:

- Clínico
- Usg (no es de rutina)
- Rx Simple de abdomen
- Estudio con TSG y G →

Herniografía

Tratamiento:

- Quirúrgico
- Técnica de elección: Plástica de Lichtenstein
- GPC: Técnica de Shulldice



Hernia Femoral

Fisiopatología:

Diagnóstico:

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

→ Debilidad del anillo

Femoral → Aumento de presión intraabdominal
→ este empuje facilita que el contenido abdominal se introduzca en el canal femoral

Epidemiología:

- 1% en hombres
- 3% en Mujeres

Clinica:

- Aumento en área femoral dolorosa o indolora, reducible o irreducible, uni o bilateral.

Etiología:

- Presentan una incidencia de encarcelamiento elevada.

Diagnóstico:

- Clínico
- USG Cuentos de retinal
- Estudio con mayor S y E → Endoscópico.

Factores de riesgo:

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Constipación delgada
- Embarazos múltiples
- obesidad
- Ascitis

Tratamiento:

- Colocación de los anillos protésicos o sistemas preformados por cirugía abierta.
- Aproximación del ligamento Cooper al tracto iliopectíneo (Técnica de Navy)

Hernia Ventral

Fisiopatología:

Definición:

Es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared antero lateral. Antecedente de cirugía previa

→ Debilidad estructural de la fascia abdominal → presión intraabdominal → empuja contenido intraabdominal hacia afuera del abdomen a través del defecto en la pared.

Epidemiología:

- Aprox. el 10-15% de todas las hernias abdominales
- Mas común en adultos 40 y 70 años
- Antecedentes de cirugía abdominal

Etiología

- Primaria: es espontánea, epigastroma
- Umbilical de Soigel secundaria incisional por cirugías previas, traumatizada.

Factores de riesgo:

- Cirugía previa
- obesidad
- Tabaquismo
- Epac
- Sexo masculino
- Estreñimiento crónico
- Malnutrición

Clinica:

- Masa o abultamiento en el abdomen.
- puede haber dolor abdominal leve o moderado.

Diagnóstico:

- Dx clínico
- ultrasonido
- TAC con contraste oral.

Tratamiento:

- Quirúrgico
- Tx de obediencia
- Cierre del defecto del conducto con técnicas de separación y colocación de material protésico.