

Nombre del alumno:

Hania Paola Domínguez Franco

**Nombre del profesor. Dr. Erick Antonio
Flores Gutierrez**

Nombre del trabajo. Patologías

Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Grado: 6.

Grupo: "C"

-Cholangitis-

D M A

Scribe

Definición. Infección de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis, también por estenosis benigna posquirúrgica.

Epidemiología.

- 1% de pacientes con coledocolitiasis presentaron colangitis
- Asociado a la 3ra década de la vida.
- 20% que presentan la Pentada de Reynolds tienen mayor mortalidad.

Factores de riesgo.

- Tercerino
- >40 años
- Obesidad
- Taimacos
- Embarazo.

Etiología.

Patógenos: E. Coli
Klebsiella

Fisiopatología

1) Obstrucción del flujo biliar → estasis biliar → Infección bacteriana → Inflamación

Clínico.

o Triada de Charcot

- 1- Fiebre
- 2 Dolor abdominal
- 3- Ictericia

o Pentada de Reynolds

Triada de Charcot +

Alteración conciencia, hipotensión.

Diagnóstico.

US de hígado, vías biliares

Cholangio-resonancia

B.S. CPRE

Tratamiento médico

Cefalosporina 3ra y 4ta generación

o Ceftriaxona

o Cefepime

Metronidazol.

Tratamiento quirúrgico

Descompresión temprana + antibiótico

- 1- Esfinterectomía por CPRE exigente.
- 2- Drenaje biliar transhepático

- Pancreatitis aguda -

o Definición. Inflamación aguda y reversible del páncreas.

o Epidemiología.

- Mayor frecuencia en mujeres
- Mayor incidencia entre 50-60 años
- Etiología alcohólica predomina en hombres.

o Etiología

- Litiasis biliar
- Etanol
- Hipertiglicidemia
- Hipercalcemia
- Tumores citotóxicos, telitoxina
- Traumatismo

o Fisiología.

- o Litiasis biliar
- o Consumo de alcohol
- o Hipertiglicidemia
- o Hipercalcemia
- o Medicamentos
- o CPRE

o Fisiopatología

- 1ra fase. Activación intrapancreática de enzimas y lesión de células acinares
- 2da fase. Activación, quimioatracción, leucocitos y macrófagos.
- 3ra fase. Enzimas proteolíticas y citocinas producen efectos a órganos distantes.

o Clínica

- o Dolor abdominal. Súbito, continuo, localizado en epigastrio, que se irradia en forma de hemiciintura hacia la espalda.
- o Llegan a flexionarse hacia delante (posición de goliard)
- o Otros: fiebre, taquicardia, taquipnea (hipotensión).

o Diagnóstico

1) Laboratorio. Amilasa, lipasa elevada por 3.

PCR. Gold Standard para pronóstico de la gravedad.

2) Imagen. USG:

o Si TAC abdominal con contraste (C.Balk)

o Radiografía abdomen: íleo, Signo de asc. centinela.

° Tratamiento

1) Dieta. Alimentación Ideal VO, idealmente debe restablecerse dentro de las primeras 48 horas.

Indicaciones para VO. Ausencia de dolor, disminución de amilasa, lipasa.

Apoyo parenteral. Si no se tolera VO, se coloca sonda nasoyeyunal, en caso de hemorragia digestiva, necrosis infectadas, abscesos pancreáticos, obstrucción intestinal.

2) Soluciones. Corrección rápida y correcta del Volumen IV.

a) Ringer lactato o Hartmann.

b) Corrección de alteraciones hidroelectrolíticas.

3) Analgésicos. Toma escalonada.

4) Antibióticos. 1° Imipenem, 2° ciprofloxacina, gram positivos Vancomicina.

5) Pancreatitis biliar. Colecistectomía.

6) Manejo quirúrgico. Necrosectomía + drenaje

1- Sospecha de perforación o íleo intestinal

2- Hemorragia por ruptura de un pseudoaneurisma no controlable por angiografía.

° Severidad.

- Escala de BISAP.

- Marcadores de severidad en la evolución de la pancreatitis aguda según la APE.

- Colelithiasis -

- Definición: Presencia de litos en la vesícula biliar
- Epidemiología:
 - 10-20% de las personas tienen litos
 - 1/3 desarrollan colecistitis aguda
- Etiología:
 - Litos pigmentarios "negros"
 - Litos de colesterol
 - Litos pigmentarios marrones
 - Clínica
 - 80% asintomáticos
 - 1-2% sintomáticos, litos > 2.5 cm, obesidad morbida
- Cólica biliar: dolor constante en HCD o epigastrio que aumenta de intensidad, puede irradiarse a espalda u hombro derecho, que inicia 1 hora después de la ingestión de alimentos copiosos y dura 20-4 horas, remite 2-24 horas, cede con analgésicos (colicofermaco 1m)
- Signos de Morphy positivo, Náuseas, Vómitos.
- Diagnóstico:
 - USG con hallazgos:
 - o Lito encarcerado
 - o Imagen de doble piel
 - o Sombra acústica
 - o Engrosamiento de la pared vesicular > 5mm
 - o Alargamiento vesicular 8 cm axial y 4cm diámetro
- Tratamiento:
 - 1) De elección: colecistectomía laparoscópica.
 - 2) Litotricia
 - Uso de ácido ursodesoxicólico y ácido quenodesoxicólico
 - Colecistectomía percutánea, para los que no son aptos para cirugía.

- Cholecistitis -

D

M

A

Scribe®

o Definición. Inflamación de la vesícula biliar, mayormente por litos y con menor frecuencia por todo biliar.

o Epidemiología

>40 años de edad

Mayor frecuencia en mujeres.

o Etiología

• Litiasis

• Tumores

• Parásitos

o Factores de riesgo

• Principal factor de riesgo la Colelitiasis.

• Pérdida rápida de peso

• Triebrosis quística

• Obesidad

• Embarazo

• Pérdida de sales biliares

• Diabetes mellitus

• Nutrición parenteral total

• Tóxicos

• Tumores ciliares, esfluorados

o Topografía

Impactación de litos biliares en el conducto cístico

Edema en vesícula

Respuesta inflamatoria.

o Clínica

• Signo de Morphy positivo

• Dolor en hipocondrio derecho

• Sensibilidad moderada-severa

• Fiebre

• Duración síntomas >24 horas

• No remite con analgésicos

o Diagnóstico

Confirmación: Signo/síntoma local + signo sistémico + imagen positivo.

1º USG: Pared engrosada >5mm, Signo Morphy, litiasografía positiva, alargamiento vesicular de 8cm axial, 4cm diametro, Imagen doble vel, presencia sombra acústica

2º Escintigrafía. Cuando Clínico y USG no es concuyente

3º TAC / RMN: Oligos en dx difícil

Clasificación y manejo

1.º Tratamiento médico:

- Purgos Intestinal
- Hidratación IV
- Analgesia Diclofenaco 75mg Im / Meperidina
- Antibióticos

2. Manejo quirúrgico Colecistectomía laparoscópica temprana

3. Paciente con alto riesgo quirúrgico Colecistectomía peritoneal o descompresión endoscópica con EPRE.

Clasificación de gravedad y tratamiento antimicrobiano:

Tokyo Guidelines

Grados	Clinicas	Antibióticos	Quirúrgica
1 Leve	Colecistitis aguda en px sano, inflamación leve.	1 antibiótico	colecistectomía laparoscópica temprana.
2 Moderada	Colecistitis + Leucos >18.000 Masa palpable >22 horas Inflamación local marcada (absceso perivesicular/hepática, cole gangrenosa)	2 antibióticos	colecistectomía laparoscópica temprana. ¿Inflamación grave? Drenaje temprano quirúrgico o peritoneal con diferimiento de la colecistectomía.
3 Severa	Colecistitis + Distensión reológica, respiratoria, renal, hepática, hematológica, cardiovascular.	2 antibióticos	- Manejo de falla orgánica urgente. - Tratamiento de inflamación local - Drenaje vesicular. o Colecistectomía laparoscópica se difiere hasta que mejora el paciente.

- Coledocolitiasis -

Definición Obstrucción de la Vía biliar común por litos
Epidemiología.

- Se presenta en el 4% de los pacientes con coledocolitiasis sometidos a colestectomía.
- 10-15% de coledocolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis.

Factores de riesgo

- Colelitiasis previa
- >60 años
- Mujeres
- Obesidad.

Clínica

- Dolor típico en cuadrante superior derecho
- Latencia intermitente
- o Tormo temprana escleras, mocosas.
- Icteria
- Acolia.

Diagnóstico

o USG abdominal

Hallazgos: Dilatación de la Vía biliar >6mm
Litos en el coledoco

Pérdida de la relación porta/Vía biliar.

o BS CPRE

o Estudio de elección. Colangiopancreatografía por RMN

Tratamiento

o CPRE

o Descompresión quirúrgica abierta de la Vía biliar.

Etiología

1) Cálculos primarios.

Tomados en coledoco.

2) Cálculos secundarios.

Tomados en la vesícula.

Hasta 2 años después de una colestectomía

Patología

• Formación de litos

• Migración hacia el coledoco

• Obstrucción parcial/total

• Estasis biliar

Apendicitis aguda.

D M A

Scribe®

Definición. Inflamación del apéndice Vermiforme que puede ser aguda, crónica, reactiva.

Epidemiología.

- Es la patología quirúrgica más frecuente
- 10% de las probables apendicitis son lvs.
- Patología más frecuente en la infancia 1 de cada 5 niños.

Etiología.

- 60% hiperplasia de los folículos linfoides submucosa
- 30% Teófilo
- 4% cuerpos extraños
- 1% Tumores apendiculares.

Factores de riesgo.

- Obstrucción por lvs
- Niños 2/10 años
- Infección gastrointestinal
- Dieta baja en fibra.

Fisiopatología.

Obstrucción del lumen - compromiso del flujo sanguíneo - proliferación bacteriana - perforación.

Clinica. De acuerdo a la escala clínica de Alvarado.

Síntomas	Migraión del dolor	0-4 puntos. Negativo
	Anorexia	5-6 puntos. Posible
	Nausea/Vómito.	7-8 puntos
Signos.	Tórpe dolor TTD	9-10 puntos. Apendicitis.
	Rebote signo de blumberg	
	Elevación de la temperatura	

Laboratorios. Leucocitosis $>10,000/mm^3$
Shift (desviación) $>75\%$ neutrófilos.

Diagnóstico.

Prueba de embarazo. EAO

Bh.

1º USG

2º TAC

3º Radiografía abdominal. → Diagnósticos diferenciales.

Tratamiento.

- Profilaxis antibiótica
- Cefazolina + metronidazol IV
- Analgesia paracetamol
- Apendicelomía laparoscópica

Pancreatitis crónica

Definición: Proceso inflamatorio progresivo e irreversible del páncreas

Epidemiología

Más común en hombres

30-50 años

Mayor incidencia con el consumo de alcohol.

Etiología

Alcoholismo crónico

Tóxicos

Medicamentos.

Factores de riesgo.

- Consumo de alcohol

- Tabaquismo

- Obstrucción pancreática

- Hipercalcemia

Tratamiento

- Lesión crónica

- Destrucción progresiva

- Obstrucción del flujo de enzimas

- Pérdida de función exocrina y endocrina.

Clínica

Dolor abdominal crónico

Pérdida de peso

Esteatorrea

- Diabetes mellitus

- Náuseas

- Vómitos

Diagnóstico

Aumento de enzimas pancreáticas

Radiografía simple. Calcificaciones pancreáticas

Tratamiento

Dieta hipocalórica

Analgésicos

Insulina

Drenaje de pseudquistes. Si hay.

Hernia Ventral

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

Epidemiología

- Representan 10-15% de todas las hernias abdominales
- Mas frecuente entre 40 y 70 años

Factores de riesgo

- Estreñimiento crónico
- Neoplasias
- Manipulación
- Prostatismo
- Uso de corticoides
- Deficiencia en la técnica de sutura
- Insuficiencia renal

Etiología

- Defecto congénito
- Traumatismos
- Embarazo
- Cirugías previas
- Obesidad
- Tos crónica

Triptología

Debilidad del suelo abdominal - aumenta la presión intraabdominal

Clínica

Lo mas frecuente es que presenten dolor en el sitio de la hernia, estreñimiento, distensión abdominal, deformidad de la pared.

Diagnóstico

Clínico

Estudios de imagen como: OBG

TAC con contraste oral.

Tratamiento

- o De elección. Técnica de Prives
- o De elección en un paciente con IMC >30 : Cirugía laparoscópica.

Hernia inguinal.

Definición. Es un defecto en la continuidad de la estructura muscular aponeurótica de la pared abdominal. Originado en el anillo inguinal de Truchaud.

Epidemiología.

- La prevalencia aumenta con la edad.
- La posibilidad de tener una hernia inguinal aumenta 25 veces en el hombre.
- Mas frecuente en mujeres.

Etiología. Hernia indirecta
o generalmente congénita

Hernia directa,
Debilidad de la pared muscular-
fascia transversalis.

Factores de riesgo

- o Sexo masculino
- o Antecedente familiares de hernias
- o Dieta pobre en proteínas
- o Tabaquismo
- o Enfermedades pulmonares crónicas

Clínica

- Abultamiento en la región inguinal, reducible o no, aumenta al caminar o al esfuerzo y disminuye o desaparece en decubito supino
- En caso de complicación aguda. Hay cambios de coloración, dolor intenso, ruidos repetitivos en el área local y otros datos de oclusión intestinal.

Diagnóstico

Clínico

- 1º OSB, en caso de duda diagnóstica
- 2º RMN, cuando el OSB no es concluyente
- 3º Herniografía.

Tratamiento.

Quirúrgico : Técnica de elección: Plastia de Lichtenstein,
una contraindicación que este encarcelamiento, aplicar la técnica de Shouldice.

hernias femorales

Definición. Se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la anilla iliopubica de Thompson, en uno de los puntos debiles del anillo.

Epidemiología.

- Mayor frecuente en mujeres
- 1% en hombres
- 3% en mujeres.

Etiología

- Debilidad congenita/adquirida
- Mujeres
- Cirugías previas

Factores de riesgo.

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Multiparidad
- Obesidad.

Clínica

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

Fisiopatología.

Debilidad del anillo abdominal $\rightarrow$ Aumento de la presión intraabdominal $\rightarrow$ protrusión del contenido abdominal.

Diagnóstico

- Clínico
- Estudios de imagen solo en paciente con dolor de origen obscuro / abultamiento doloroso:

1° USG.

2° RMN

3° Hemografía

Tratamiento.

Colocación de mallas protésicas o sistemas preformados por cirugía abierta.

Hernia Umbilical

Definición. Abcillamiento alrededor del ombligo que puede contener cualquier parte del intestino delgado o grueso.
Secundario a un debilitamiento de la fascia de tejido conectivo.

Epidemiología.

- o Mas frecuente en hombres
- o Mayor riesgo conforme aumenta la edad

Factores de riesgo.

- o Obesidad (IMC > 35)
- o EPOC
- o Tos crónica
- o Ascitis
- o Multiparidad

Fisiopatología.

Debilidad del anillo umbilical $\rightarrow$ Aumento de la presión intraabdominal
protrusión de contenido abdominal.

Clínica. Aumento de Volumen en el área periumbilical, especialmente ante los esfuerzos (Valsalva).

Etiología

- 1) Congénita. Falla al cierre del anillo umbilical tras el nacimiento
- 2) Adquirida. Debilidad muscular

Diagnóstico. Clínica

Tratamiento

Herniorrafia / hernioplastia. Reparación de la continuidad abdominal, técnica Mayo defectos < 3 cm, mientras que los defectos > 3 cm se usa material protésico

- o Indicado para todos los adultos
- o Pediátricos: Defectos herniarios > 1.5 cm a cualquier edad
Defectos persistentes después de los 2 años.