



**Nombre del alumno:**

**Miguel Angel Calvo Vazquez**

**Nombre del profesor:**

**Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez**

**Nombre del trabajo: Resumen**

**Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas**

**Grado: 6<sup>o</sup> semestre**

**Grupo: C**

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de julio del 2025

# Colecistitis

## Definición:

Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar, generalmente secundaria a obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar

## Epidemiología

- Es la complicación más frecuente de la colelitiasis
- 10-20% de adultos tiene cálculos biliares pero solo 1-3% desarrollo colecistitis aguda
- Más común en mujeres 2:1 especialmente > 40 años

## Etiología

- 90-95% obstrucción por cálculo en el conducto cístico
- 5-10% colecistitis alitiásica (isquemia, infección grave, trauma, agudo prolongado, sepsis).

## Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Obesidad
- Dieta rica en grasa
- Embarazo
- Pérdida de peso

## Fisiopatología

Obstrucción del conducto cístico → estasis biliar → distensión de vesícula → isquemia → inflamación → posible infección secundaria

# Colecistitis

## Clinica

- Dolor en CDD o epigastrio que irradia o hombro derecho
- Fiebre
- Nauseas / vómito
- Signo de Morphy positivo
- Leucocitosis

## Diagnóstico

ultrasonido abdominal

leucocitosis

PCR y FA

TAC o gammagrafia

## Tratamiento

Inicial -> Ayuno, líquidos iv, analgésicos y antibiótico  
ceftriaxona + metronidazol

Definitivo -> colecistectomía laparoscópica

# Colelitiasis

## Definición

Presencia de calculos en la vesicula biliar que provocan inflamación

## Epidemiología

- Prevalencia del 10-20% en adultos
- Mas comun en mujeres mayores de 40 años con obesidad
- Mayor prevalencia en hispanos y nativos americanos

## Etiología

- Alteración en la composición de la bilis exceso de colesterol, pigmento biliar, sales biliares
- Hipomotilidad vesicular

## Factores de riesgo

- 5 "F"
- Embarazo, uso de anticonceptivo oral
- Pérdida de peso rápido
- Cirrosis, diabetes, dislipidemia

## Fisiopatología

Presipitación de colesterol o bilirrubinato  $\rightarrow$  formación de cristales  $\rightarrow$  calculos

# Colelitiasis

## Clinica

- Asintomático
- cólico biliar: dolor cólico en CSD o epigastrio postprandial autolimitado sin fiebre

## Diagnóstico

USG Abdominal

## Tratamiento

- Asintomático: no requiere tratamiento
- Sintomático: colecistectomía laparoscópica

# Coledocolitiasis

## Definición

Presencia de uno o más calculos en el coledoco (conducto biliar comun)

## Epidemiología

- 10-15% de pacientes en coledocolitiasis
- Riesgo aumenta en mayores de 60 años y antecedentes de calculos

## Etiología

- Migración de calculos desde vesicula
- Formación primaria en coledoco comun en cirrosis o parasitosis

## Factores de riesgo

- Colelitiasis previa
- Historia de colangitis
- Dilatación de la vía biliar
- Pancreatitis biliar previa

## Fisiopatología

Obstrucción parcial o total del flujo biliar  
Ictericia, colestasis, posibles infecciones

## Clínica

- Dolor en CDP
- Ictericia
- Náuseas / vómito
- Acolia
- Coluria

# Colicistitis

## Diagnostico

- USG  $\rightarrow$  dilatación vía biliar  $> 6$  mm
- Colangiografía
- CPRE
- Bilirrubina directa
- Transaminasas,  $\uparrow$  FA,  $\uparrow$  GGT

## Tratamiento

Intercal  $\rightarrow$  soporte + antibiotico si hay infección

Definitivo  $\rightarrow$  CPRE con extracción de calculo y colestectomía laparoscópica

# Colangitis

## Definición

Infección del árbol biliar, generalmente secundaria a obstrucción biliar por cálculos, estenosis

## Epidemiología

- Incidencia baja, pero potencialmente mortal si no se trata
- Se asocia a coledocolitiasis en 50-70% de los casos

## Etiología

- Obstrucción por cálculos
- Tumores, estenosis, parásitos, procedimientos por CPRE
- Bacterias como E. coli, enterococcus

## Factores de riesgo

- coledocolitiasis
- Estenosis biliar benigna o maligna
- CPRE previa
- Instrumentación vía biliar

## Fisiopatología

obstrucción -> aumento presión intraluminal porque la vesícula biliar comienza a aumentar la contracción generando retrogrado biliar generando una inflamación conducto biliar y provocando una sepsis

# Colangitis

## Clinica

- Triada de Charcot: Fiebre, ictericia y dolor en CSD
- Pentada de Reynolds: hipotensión y alt. del estado mental

## Diagnostico

- Lab: leucocitosis, ↑ bilirrubina directa, FA, GGT transaminasas
- USS o TAC
- Colangiografía y CPRE

## Tratamiento

- Inicial: atb de amplio espectro ceftriaxona + metronidazol, Hidratación IV, soporte hemodinámico si hay sepsis
- Definitivo: Drenaje biliar urgente con CPRE

# Apendicitis Aguda

## Definición

Inflamación súbita del apéndice vermiforme considerado la emergencia quirúrgica abdominal

## Epidemiología

- Incidencia 10-20 años
- Mas común en hombres 4:1
- 7-8% de la población la desarrollara
- Menos frecuente en extremos de la vida

## Etiología

- Obstrucción de la luz apendicular
- Hiperplasia linfoide (niños)
- Fecalito (adultos)
- Parasitos
- Neoplasia y estenosis

## Factores de riesgo

- Edad Joven
- Dieta baja en fibra
- Infecciones gastrointestinales previas
- Ant. familiar

## Fisiopatología

obstrucción de la luz  $\rightarrow$  Acumulación de moco y  $\uparrow$  de presión  $\rightarrow$  isquemia  $\rightarrow$  proliferación bacteriana  $\rightarrow$  inflamación  $\rightarrow$  necrosis  $\rightarrow$  perforación

# Apendicitis Aguda

## Clinica

- Dolor abdominal migratorio inicio periumbilical
- Náusea, vómito
- Fiebre baja
- Anorexia
- McBurney positivo
- Rosving positivo

## Diagnóstico

- Clínico
- Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia y PCR ↑
- USG abdominal
- TAC abdominal

## Tratamiento

- Inicial, líquidos IV, analgésico + antibiótico preoperatorio  
ceftriaxona + metronidazol
- Definitivo: Apendicectomía laparoscópica

# Pancreatitis Aguda

## Definición

Inflamación súbita del páncreas, reversible que ocurre por activación prematura de enzimas pancreáticas dentro de la glándula

## Epidemiología

- Incidencia 30-50 casos por 100,000 personas al año
- Mayor prevalencia en adultos jóvenes
- Causa más común en el mundo: litiasis biliar y alcoholismo

## Etiología

I diopatía	S teroides	H ypertriglyceridemia
G (colelitiasis)	M umps y virus	E RCP
E tanol	A utoinmune	D rugs
T rauma	S corpion sting	

## Fisiopatología

obstrucción ductal o daño directo → Activación prematura de tripsina → Autodigestión del parénquima → inflamación  
→ edema, necrosis, hemorragia

## Clinica

- Dolor epigástrico súbito, irradiado en cinturón a dorso
- Náuseas y vómito
- Fiebre y taquicardia
- Abdomen sensible y distendido
- Signo graves: Cullen y Grey-Turner

# Pancreatitis Aguda

## Diagnóstico

Se requieren 2-3 criterios

1 Dolor abdominal característico

2 Amilasa / lipasa  $\geq 3$  veces el límite superior normal

3 Hallazgos en TAC, eco y RM

- Labi:  $\uparrow$  lipasa, leucocitosis,  $\uparrow$  transaminasa, hipocalcemia  
 $\uparrow$  glucosa

## Tratamiento

hidratación intensiva con cristaloideos IV, ayuno, analgesia y oxigenación

- imipenem / meropenem si hay infección

- CPRE si hay colangitis o colestectomía tras resolución

# Pancreatitis Crónica

## Definición

Inflamación progresiva, irreversible del páncreas con fibrosis y pérdida de función exocrina y endocrina

## Epidemiología

- Menos frecuente que la aguda
- Mas común en hombres adultos > 40 años
- Mayor causa alcoholismo crónico 70-80% de los casos

## Etiología

- Alcohol crónico
- Hipercalcemia, hipertrigliceridemia
- Tóxicos, genéticos, fibrosis quística, PRSS1, autoinmune
- Pancreatitis recurrente

## Fisiopatología

Inflamación crónica → destrucción de acinos → fibrosis → calcificaciones → insuficiencia pancreática exocrina (maldigestión) y endocrina (DM pancreatogénico tipo 3c)

## Clinica

- Dolor epigástrico crónico o intermitente irradiado a espalda
- Malabsorción (esteatorrea, pérdida de peso)
- DM y náuseas, vómito

# pancreatitis crónica 4

## Diagnóstico

- Lab: Amilasa / lipasa elevadas
- Insuficiencia exocrina: ↓ elastasa fecal < 200
- TAC o RM (calcificaciones, atrofia, dilatación del conducto)
- CPRE o ecoendoscopia

## Tratamiento

- Evitar alcohol y tabaco
- Analgésicos
- Sustitución enzimática pancreática (lipasa, amilasa)
- Control de glucosa si hay DM
- Cirugía si dolor intratable -> obstrucción ductal

# Hernia Inguinal

## Definición

Protusión del contenido abdominal a través del canal inguinal, es la hernia más frecuente

## Epidemiología

- 75% de todas las hernias abdominales
- 90% ocurre en hombres
- Más común en el lado derecho

## Tipos

**Indirecta:** pasa por el anillo inguinal profundo, lateral a las vasos epigastricas

**Directa:** protruye por la pared posterior del canal inguinal medial a vasos epigastricas

## Factores de riesgo

- Masculino
- Esfuerzo físico crónico
- Envejecimiento
- Historia familiar

## Clinica

- Bulto o masa inguinal que puede aumentar con maniobra de Valsalva
- Dolor o molestia inguinal
- Incarceración / estrangulación

# Hernia Inguinal

## Diagnostico

Clinico (maniobra de valsalva)  
Ecografia o TAC

## Tratamiento

Quirurgico : hernioplastia con malla

# Hernia Umbilical

## Definición

Protrusión a través del anillo umbilical, frecuentemente por debilidad congénita o adquirida

## Epidemiología

- Común en niños < 2 años
- En adultos común mujeres
- Obesidad y ascitis

## Factores de riesgo

- Obesidad
- Embarazo múltiple
- Cirrosis con ascitis
- Debilidad abdominal

## Clinica

- Bulto en ombligo más evidente al toser o estar de pie
- Puede ser reductible o doloroso si se complica

## Diagnóstico

- Clínico
- USG o TAC si se sospecha de complicaciones

## Tratamiento

- En niños < 2 años observación
- En adultos cirugía electiva con malla

# Hernia Ventral

## Definición

Hernia que ocurre a través de una cicatriz quirúrgica previa o defecto en pared abdominal anterior

## Epidemiología

- 10-15% de px post-laparotomía
- Aumenta en cirugías contaminadas
- obesidad, mala técnica

## Factores de riesgo

- Cirugía previa (laparotomía)
- Desnutrición
- Infección de herida quirúrgica
- Tasa crónica o ascitis
- Obesidad

## Clinica

- Masa en zona de cicatriz previa
- Aumenta con esfuerzo
- Dolor o molestia
- Riesgo de incarceration

## Diagnóstico

- Exploración física
- TAC abdominal

## Tratamiento

- Quirúrgico con malla (abierto o laparoscópico)
- Corrección electiva recomendada para evitar complicaciones

# Hernia Femoral

## Definición

Protrusión del contenido abdominal por el canal femoral, inferior al ligamento inguinal medial a la vena femoral

## Epidemiología

→ 5ª de las hernias abdominales

- Maso común en mujeres, especialmente en mayores
- Mayor riesgo de estrangulación

## Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Aumento de presión intraabdominal

## Clinica

- Maso o dolor en región femoral inferior a pliegue inguinal
- Frecuente incarceration o estrangulación → dolor intenso o nauseas

## Diagnostico

- Difícil clínicamente
- TAC abdominal
- Eco para dx diferencial

## Tratamiento

- Quirúrgico obligatorio
- Técnica de malla vía abierta o laparoscopia

## Bibliografía

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Colecistitis Aguda*. Ciudad de México: IMSS; 2017

Sociedad Mexicana de Cirugía General. *Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Colangitis Aguda*. Basada en las recomendaciones internacionales (Guías de Tokio 2014)

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Coledocolitiasis*. Ciudad de México: IMSS; 2017

Secretaría de Salud. *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda*. Ciudad de México: CENETEC; 2016

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Hernia Umbilical y Hernias Abdominales*. Ciudad de México: IMSS; 2009.