



Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.

Nombre del profesor: Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Nombre del trabajo: Resumen.

Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas.

Grado: 6

Grupo: "C"

Patología Biliar

DÍA	MES	AÑO

Colceistitis:

Definición:

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

Epidemiología:

- Común en ♀ > 40 años.
- Obesidad
- Embarazo.
- Fármacos: Estrogenos, ACOs, fibratos y ceftriaxona.

Etiología:

- 90-95% por litiasis.
- Resto $\rightarrow$ Infección isquémica (alitiásica).

Fx de riesgo:

- Obesidad.
- Embarazo.
- Ayuno prolongado.
- Edad avanzada.

Fisiopatología:

Obstrucción $\rightarrow$ distensión vesicular $\rightarrow$ isquemia $\rightarrow$ infección secundaria $\rightarrow$ inflamación

Clinica

- Dolor en CSD irradiado a hombro derecho. $\rightarrow$ En la noche o posterior a ingesta de comidas.
- Vómito / Náuseas.
- Fiebre.
- Signo de Morphy (+).

Norma

Diagnóstico:

- Laboratorio: BH (leucocitosis); PFHs ($\uparrow$ de bilirrubinas).

- Imagen $\rightarrow$ ① * USG.
 $\rightarrow$ ② Gammagrafía.

Tratamiento:

- Inicial: Ayuno, líquidos IV, analgesia, ATB.
 $\rightarrow$ Ceftriaxona 1-2 g IV c/24 hrs. + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs.
- Definitivo: Colectomía laparoscópica (ideal en primeras 72 hrs).

Coliclitiasis

DIA	MES	AÑO

Definición:

Presencia de cálculos en la vesícula biliar.

Epidemiología:

- Afecta hasta el 20% de adultos.
- + común en ♀.
- Personas con obesidad.

Fisiopatología:

- Alteración de la composición de la bilis → Formación de litos.

Etiología:

- Precipitación de colesterol o pigmentos.

Fx de riesgo:

- 5 F →
 - Female (♀).
 - Forty (> 40 años).
 - Fatty (obesidad).
 - Fármacos: Estrógenos, ACOs, fibratos, coft.
 - Fertil: Embarazo, progesterona relaja M.L.

Clinica:

- Asintomática en 80%.
- Signo de Murphy (+).
- Sintomática → Dolor postprandial tipo cólico en CSD.
- Náuseas / vómitos.

Diagnóstico:

- ① Primera elección: USG (98%) ★
- ② Segunda elección: Gammagrafía
- ③ Tomografía

Tratamiento:

- Asintomático: Vigilancia.
- Sintomático: Colectectomía laparoscópica.
- Alternativa: Ácido ursodesoxicólico 8-10 mg/kg/día por 6-12 meses.

Coledocolitiasis:

Definición:

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

Epidemiología:

- 10-15 % de coledocolitiasis sintomática tienen coledocolitiasis.
- 4-12 % de los casos tienen antecedente de colecistectomía.

Etiología:

- Cálculos secundarios: Formados en vesícula (presentes hasta 2 años después de colecistectomía).
- Cálculos primarios: Formados en el colédoco.

Fx de riesgo:

- S F → • Female
 - • Fourthy (>40 años).
 - • Fatty (obesidad).
 - • Fármacos: Estrógenos, ACOs, fibratos, cefl.
 - • Fertil: Embarazo.

Fisiopatología:

Obstrucción biliar → colostasis e inflamación
posible colangitis

Clinica:

- Dolor similar a cólico biliar.
- Ictericia en mucosas
- Coloria y acolia. → BT: > 2.5 mg/dL

Diagnóstico:

- Inicial: USG de v.b. → Colodoco dilatado > 6 mm + litos
- Elección: Colangio - resonancia.
- ★ CPRE.
- Auxiliares: Enzimas pancreáticas, TP ligeramente prolongado.

Tratamiento:

- CPRE.
- Colocistectomía.

Colangitis

Definición:

Infeción de la vía biliar, generalmente secundaria a coledocolitiasis.

Epidemiología:

- 1% con coledocolitiasis presentan colangitis → 7ma década.
- Pentada de Reynold → 70% de mortalidad.

Etiología:

- E. Coli y Klebsiella.

Fx de riesgo:

- S.F.
- CPRE previa.
- Litiasis biliar.
- Colangiocarcinoma.

Fisiopatología:

Estasis biliar → proliferación bacteriana → sepsis.

Clinica:

- Triada de Charcot
 - • Fiebre.
 - • Dolor abdominal.
 - • Ictericia.
- Alteración de conciencia.
- Hipotensión.
- Pentada de Reynolds

Diagnóstico:

- Inicial: USG de hígado, v. b.
- Elección: Contagio-resonancia.
- ★ CPRE.
- Otros: Enzimas pancreáticas.

Tratamiento:

- Cefalosporinas 3-4ta gen → Ceftriaxona o cefopime + metronidazol.
- Qx: Descompresión temprana + ATB.
- ↳ ① CPRE urgente; ② Drenaje biliar transhepático.

Pancreatitis

DÍA	MES	AÑO

Pancreatitis aguda:

Definición:

Inflamación aguda y reversible del páncreas, que puede involucrar al tejido pancreático y órganos remotos.

Epidemiología:

- Recurrente pensar en microlitiasis.
- Ascariasis asociada.
- Edad: 55 años.
- Afecta a población económicamente activa.

Etiología:

- ① Litiasis biliar (49-52%) → + común.
 - ② Alcoholismo (37-41%).
- Otras: CPRE, hereditaria, hipertrigliceridemia, etc.

Fx de riesgo:

- SF.
- Litiasis vesicular.
- Alcoholismo.

Fisiopatología:

Activación intrapancreática de enzimas → Autodigestión.

Clinica:

- Dolor abdominal transfixivo en Epigastrio o HS que irradia a Flancos. → Hemicinturon.
- Náuseas / fiebre / vómitos.

Norma

- Signo Cullen (equimosis periumbilical).
- Grey Turner (" lateral).
- Signo Fox (" en porción inf. del L. I).

Diagnóstico:

* 2-3 criterios clínicos + alteraciones bioquímicas + imagen.

• CLÍNICA.

• Criterios bioquímicos: Amilasa > 3 veces, lipasa o eleva 6-8 hrs. x 7-14 días, PCR (> 48 hrs).

• Imagen → USG (inicial).

→ ★ TAC con contraste.

→ CPRE (en < 72 hrs).

Tratamiento:

① Ayuno (< 48 hrs). + hidratación con ringer lactato.

② Analgésicos.

③ ATB → Imipenem o ciprofloxacino.

• Qx → Drenaje percutáneo.

→ Necrosectomía pancreática + lavado.

→ Laparotomía.

Pancreatitis crónica:

Definición:

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

Epidemiología:

- Microlitiasis
- Asociada a ascariasis.
- Edad: 755 años.
- Enzima activa.

Etiología:

- ① Alcoholismo (+ común) → Adultos.
- ② Fibrosis quística (+ común en niños).

Fx de riesgo:

- S.F.
- Oclusión.
- Litos.
- Alcoholismo
- Sx de intestino irritable.

Fisiopatología:

Inflamación crónica → fibrosis → pérdida funcional.

Clinica:

- Inicial: Dolor abdominal o pérdida de peso.
- Digestión deficiente: Diarrea crónica, esteatorrea, adelgazamiento y fatiga.
- **Tirada**: Calcificaciones pancreáticas + esteatorrea + DM.

Diagnóstico:

- Inicial: USC o TAC.
- Estimulación hormonal con secretina.
- ★ CPRE.

Tratamiento:

- Enzimas pancreáticas + octreotida.
- Analgesia.
- Cx o drenaje.

Hernias

DÍA	MES	AÑO

Hernia umbilical:

Definición:

Abultamiento alrededor del ombligo que puede contener epiploon, parte de ID o IG; secundario a un debilitamiento de la fascia del TC.

Epidemiología:

- 5% de la población lo padecen.
- 10% en ♀ • 2% en ♂.

Etiología:

- Defecto congénito o adquirido.

Fx de riesgo:

- Obesidad (IMC > 35).
- Tos crónica.
- Prostatismo.
- EPOC.
- Multiparidad.
- Obs. urinaria.
- Ascitis.
- Constipación.
- Estronimiento.

Fisiopatología:

Defecto en la línea alba → salida de contenido intracabdominal.

Clínica:

- EF: ↑ del vol. en área umbilical.

Diagnóstico:

- CLÍNICO.

Tratamiento:

- Herniorrafia umbilical abierta.

↳ > 3 cm: material absorbible.

Norma

Hernia inguinal:

DÍA	MES	AÑO

Definición:

Protrusión en el canal inguinal (directa o indirecta).

Epidemiología:

- + común en o.
- Indirecta → 2/3.
- Frecuente en el 75%.
- H.I indirecta → + Frecuente en el lado derecho.

Etiología:

- Indirecta: Congénita.
- Directa: Debilidad adquirida.

Fx de riesgo:

- Esfuerzo.
- Obesidad.
- EPOC.

Fisiopatología:

Debilidad de la pared → Protrusión del contenido intraabdominal.

Indirecta (puede llegar a escroto) → Directa (no llega a escroto).

Clinica:

- Protrusión o abultamiento regional en zona inguinal.

Diagnóstico:

- Rx simple de torax.
- USC.
- ★ Herniografía.

Tratamiento:

- Hernioplastia abierta.
- ★ Plastracan malla.
- Plastia sin malla.
- Asintomático: Vigilancia.

Hernia femoral:

DÍA	MES	AÑO

Definición:

Defecto de la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopúbica de Thompson.

Epidemiología:

- + frecuente en ♀.
- Lugar: Debajo del ligamento inguinal.
- Alta incidencia de encarcelamiento y estrangulación.

Etiología:

- Debilitamiento o ensanchamiento del anillo femoral.

Fx de riesgo:

- Edad avanzada.
- Multiparas.
- Obesidad.
- Tos crónica.
- Levantar objetos pesados.
- Estreñimiento crónico.
- Esfuerzo para orinar.

Fisiopatología:

Protusión bajo el ligamento inguinal.

Clinica:

- Protusión o abultamiento en región femoral que puede ser dolorosa o no.

Diagnóstico:

- Rx simple de tórax.
- USG.
- ★ Herniografía.

Tratamiento:

- Hernioplastia abierta.
- ★ Plastia con malla.
- Plastia sin malla.

Norma

Hernia Ventral:

DIA	MES	AÑO

Definición:

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto antero-lateral.

Epidemiología:

- 11-23% después de laparotomía.
- Recidiva: Hasta el 54% (con reparación) y sin material protésico (32%).

Etiología:

- Mala técnica.
- Obesidad.
- Esfuerzo.
- Infección.

Fx de riesgo:

- Reparaciones de previas.
- Aneurisma aórtico.
- Obesidad.
- EPOC.
- Actividad física y laboral.
- Tabaquismo.
- Estronimiento crónico.
- Inf. renal.
- Malnutrición.
- Corticosteroides.
- Prostatismo.

Fisiopatología:

Debilidad de la cicatriz → Protrusión.

Clinica:

- Dolor en sitio de herida.
- Estronimiento.
- Distensión abdominal.
- Deformidad de la pared.

Diagnóstico:

- CLÍNICO + HC.
- USG abdominal.
- TAC con contraste oral y maniobra Valsalva.

Tratamiento:

- Reparación Qx con material protésico.

BIBLIOGRAFÍAS

Secretaría de Salud. (2010). *Diagnóstico y tratamiento de colelitiasis*. Guía de Práctica Clínica, México.

Secretaría de Salud. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de colecistitis aguda*. GPC, México.

Secretaría de Salud. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda en adultos*. GPC, México.

Secretaría de Salud. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de hernias abdominales en adultos*. GPC, México.

Sabiston, D. C., & Townsend, C. M. (2021). *Sabiston Textbook of Surgery* (21a ed.). Elsevier.

Schwartz, S. I. et al. (2022). *Schwartz's Principles of Surgery* (12a ed.). McGraw-Hill.