



Jorge Yair Alvarado Ramirez

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

Resumen

Técnicas Quirúrgica

6 “C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 03/07/2025

Apendicitis aguda

Inflamación del apéndice vermiforme (aguda, crónica o reactiva).

Localización más común $\rightarrow$ retrocecal (65%).

Etiología

Obstrucción de la luz apendicular por

1. Hiperplasia de folículos linfoides

2. Fecalito o apendicolito

3. Cuerpos extraños

4. Tumores apendiculares

Epidemiología

- 1 de cada 5 niños

- Frecuente en segundo trimestre

- Urgencia quirúrgica más común (abdominal)

- 10% de casos simulados son IUV

Factores de riesgo

- Edad extrema (niños, ancianos)

- Obesidad, embarazo, enf. intestinales

- EII

Fisiopatología

1. Obstrucción de luz apendicular

2. Invasión bacteriana

3. Isquemia por disminución del flujo arterial

4. Perforación de la pared (24-72 hrs)

Clinica

- Dolor abdominal difuso que migra a fosa ileaca derecha

- Náuseas, vómito, fiebre, anorexia

Signos: McBurney, Blumberg, Psoas, Rousing

- Niños $\rightarrow$ Puede iniciar con diarrea
- Adultos mayores $\rightarrow$ Dolor constante y generalizado
- Embarazados $\rightarrow$ Dolor puede estar en flanco o hipocondrio derecho

Diagnostico

- Escala de Alvarado (D-10): $\rightarrow$ 7 apendicitis
- Imagen:
 - USG $\rightarrow$ Primera eleccion en niños y embarazo
 - TAC $\rightarrow$ Patrón de oro
 - RMN $\rightarrow$ Embarazo con USG no concluyente
- Prueba de embarazo en mujeres de edad fértil

Tratamiento

- ATB $\rightarrow$ cefalosporina 1^a o 2^a gen + Metronidazol
- Alergia $\rightarrow$ Amikacina
- Cirugía $\rightarrow$ Laparoscópica (preferida), abierta < 5 años o adultos mayores, embarazo $\rightarrow$ laparoscopia

Complicaciones

- Infección de herida quirúrgica
- Perforación
- Absceso, fistula, sepsis
- Embarazo $\rightarrow$ Pérdida fetal 3-5% sin perforación, 20% con perforación

Coledocolitiasis

Presencia de calculos en los conductos biliares

- Secundarios $\rightarrow$ Formados en la vesícula, pueden aparecer en 2 años tras colecistectomía
- Primaria $\rightarrow$ Formados directamente en el colédoco

Epidemiología

- Presente en 10-15% de pacientes con colecistectomía
- 4-12% tienen antecedente en el colédoco

Clinica

- Dolor tipo cólico biliar
- Coluria y acolia
- Ictericia (Bilirrubina > 2.5 mg/dl)

Etiología

- Infección bacteriana ascendente tras obstrucción de la vía biliar $\rightarrow$ común: E.coli y Klebsiella. calculos secundarios y primarios

Factores de riesgo

- Colelitiasis
- Cirugías previas de vías biliar
- Edad avanzada > 40

Fisiopatología

El calculo obstruye el flujo biliar $\rightarrow$ aumento de presión en la vía biliar $\rightarrow$ ictericia, coluria y riesgo de infección

Diagnóstico

- USG: colédoco dilatado > 6 mm + litos
- Imagen de elección: colangiografía resonancia
- Gold standard: CPRE

Tratamiento

- CPRE para extracción de l. l. as
- Posterior colecistectomía

Colangitis

Infección de la vía biliar, generalmente secundaria a:

- Coledocolitiasis
- Estenosis benigna posquirúrgica
- Tumores de la vía biliar y periampolares

Etiología

- Obstrucción de la vía biliar $\rightarrow$ estasis biliar $\rightarrow$ sobreinfección
- Germen más comunes $\rightarrow$ E. coli y Klebsiella

Epidemiología

- Ocurre en el 1% de px con coledocolitiasis
- Asociada a pacientes en su 7ª década de vida
- La Pentada de Reynolds se asocia con 70% de mortalidad

Clinica

- Triada de Charcot: Fiebre, dolor abdominal, ictericia
- Pentada de Reynolds: Triada de Charcot + Alteraciones del estado de conciencia + hipotensión

Diagnostico

- Inicial: USG de hígado y vías biliares
- Imagen de elección: Colangio-RM
- Gold standard: CPRE

Tratamiento medico

- Cefalosporina de 3ª-4ª generación: Ceftriaxona o cefepime
- Metronidazol

Tratamiento quirúrgico

- Descompresión temprana + Antibióticos
- CPRE urgente
- Drenaje biliar transhepático si no se puede hacer CPRE

Recomendaciones

- Para casos leves: cefalosporina + metronidazol
- También se puede usar fluoroquinolonas + metronidazol

Colecistitis

Inflamación aguda de la vesícula biliar, generalmente secundaria a obstrucción del conducto cístico por un cálculo (colecistitis litiasica).

Epidemiología

- 90-95% de casos son por litiasis
- Afecta más a mujeres 40-60 años
- ↑ Riesgo en px con obesidad, ayuno prolongado o nutrición parenteral

Etiología

- 1ª Obstrucción por cálculo biliar
- Bacterias - E. coli, Klebsiella, Enterococcus, Clostridium

Factores de riesgo

- Colelitiasis
- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Obesidad
- Embarazo
- Ayuno prolongado o nutrición parenteral

Fisiopatología

- La obstrucción del conducto cístico provoca acumulación de bilis, distensión vesicular, inflamación y proliferación bacteriana. Puede progresar a necrosis, gangrena o perforación

Clinica

- Dolor en hipocondrio derecho
- Nausea y vomito
- Fiebre
- Signo de Murphy positivo
- Ictencia leve

Diagnostico

- Laboratorio: Leucocitosis y elevacion de bilirrubina y FA
- Gabinete: USG abdominal y TAC

Tratamiento

- Medico inicial:
 - Aguna, hidratación IV
 - Analgesicos y antiinflamatorios
 - ceftriaxona + metronidazol

- Definitivo
colecistectomia laparoscopica

Colelitiasis

Presencia de cálculos en la vesícula biliar, formados por cristalización de colesterol o pigmentos biliares.

Epidemiología

- Afecta 10-20% de la población adulta
- Más frecuente en mujeres, especial en edad fértil
- ↑ incidencia en obesidad, embarazo y personas con pérdida rápida de peso

Etiología

- Desequilibrio entre los componentes de la bilis que favorece la precipitación de cristales
 - Colesterol
 - Pigmentarios → Negros y pardos

Factores de riesgo

- 5 "F" Female, Forty, Fat, Fertile, Fair
- Obesidad, embarazo, ↓ peso, hemolisis, anticonceptivos

Fisiopatología

- El exceso de colesterol o bilirrubina en la bilis lleva a la formación de cristales, que se agrupan o forman cálculos. Manteniéndose en la vesícula o migrar, generando complicaciones.

Clinica

- Mayoría asintomáticos
- Cuando hay síntomas: Cólico biliar → Dolor en hipocóndrio derecho o epigastrio, posprandial, náuseas, vómitos, irradiado a escápula

Diagnostico

• USG abdominal -

• PFM normales sino hay obstrucción o inflamación

Tratamiento

• Asintomático → observación

• Sintomáticos → colecistectomía laparoscópica

Pancreatitis Aguda

Inflamación aguda y reversible del páncreas que puede generar complicaciones locales o sistémicas

Epidemiología

Frecuente en mayores de 55 años. Asociada a microlitiasis biliar y alcoholismo

Etiología

- Litiasis biliar
- ALRE
- Alcoholismo
- Infecciones
- Hipertrigliceridemia
- Autoinmune

Factores de riesgo

Edad > 55 años, IMC > 30, necrosis pancreática extensa, falla orgánica al ingreso, derrame pleural

Fisiopatología

Activación de enzimas pancreáticas dentro del páncreas → autodigestión → inflamación local y sistémica

Clinica

- Dolor abdominal epigástrico transfixiante, irradiados a flancos
- Náuseas, fiebre, vómito
- Signos → Cullen, Grey turner, Fox

Diagnóstico → Clínica, amilasa/lipasa elevadas, imagen (USG o TAC)

Tratamiento →

- Enzimas pancreáticas + octreotido
- Cirugía si hay alteraciones biliares o pseudoquistes sintomáticos

Pancreatitis crónica

Dato inflamatorio irreversible del páncreas con pérdida progresiva de función

Etiología:

- Alcoholismo (1^{ra} adultos)
- Fibrosis quística (1^{ra} niños)

Clinica:

- Dolor abdominal crónico
- Pérdida de peso
- Mala absorción → Diarrea, fatiga, esteatorrea

Factores de riesgo:

- Consumo crónico de alcohol
- Fibrosis quística
- Pancreatitis recurrente previa

Fisiopatología → Inflamación crónica → fibrosis → calcificaciones → destrucción de la función pancreática

Diagnostico:

- Triada clásica → Calcificaciones + esteatorrea + DM
- USG o TAC
- Gold → CPRE
- Prueba de estimulación hormonal → Secretina

Tratamiento:

- Enzimas pancreáticas + octreótido
- Cirugía si hay alteración en vía biliar

Hernia inguinal y femoral

Protrusión del contenido abdominal a través del canal inguinal o debajo del ligamento inguinal

Epidemiología

- Frecuencia de inguinal (75%)
- La indirecta representa 2/3 de las inguinales
- Las femorales predominan en las mujeres

Etiología y tipos

- Inguinal indirecta $\rightarrow$ Congénita, persistencia del conducto peritoneo
- Inguinal directa $\rightarrow$ Adquirida $\rightarrow$ Debilidad de la fascia transversalis
- Femoral $\rightarrow$ Defecto de la fascia transversalis por debajo del ligamento inguinal

Factores de riesgo

- Sexo masculino, esfuerzo físico, cirugías previas, obesidad, tos crónica, EPOC, embarazo, antecedentes familiares

Fisiopatología

- Debilidad o defecto en estructuras musculares del canal inguinal o región femoral permite la salida del contenido intraabdominal

Clinica

- Protrusión en región inguinal o femoral, que aumenta con maniobra de valsalva. Puede o no haber dolor

Diagnóstico $\rightarrow$ Clínico, USG o TAC (si hay duda), clasificación de Nyhus

- Tratamiento $\rightarrow$ Hernioplastia con malla; vigilancia si es sintomática.

Hernia umbilical

Protrusión en la región umbilical por debilidad de la fascia, que puede contener epiplón o asas intestinales

Epidemiología

- 5% de la población
- 10% son umbilicales $\rightarrow$ frecuencia en mujeres

Factores de riesgo

- Obesidad (IMC ≥ 35), EPOC, embarazo, ascitis, tos crónica, constipación y multiparidad

Clinica

- Aumento del volumen en el ombligo, visible con esfuerzo o maniobras de Valsalva

Diagnóstico:

- Clínico

Tratamiento

- Herniorrafia abierta (técnica de Mayo)
- Uso de malla si defecto ≥ 3 cm
- Reparación quirúrgica tras 2 años de edad en niños si persiste

Hernia ventral

Protrusión a través de un defecto anterolateral del abdomen asociado a cirugías previas

Epidemiología

- Aparece en 11-23% tras laparotomías
- Recidiva -> 54% sin malla, 32% con malla

Factores de riesgo

- Obesidad, cirugías previas, tabaquismo, EPDC, enfermedad pulmonar, sexo masculino, desnutrición

Clinica

- Dolor en sitio herniado
- Distensión abdominal
- Deformidad de la pared
- Puede causar obstrucción intestinal

Diagnostico

- Clínico e imagen
- USG Inicial, Tac con contraste -> lo mejor

Tratamiento

- Cirugía con malla (técnica de Rivers)

Bibliografía

- ***Schwartz, S. I. (2020). Principios de cirugía de Schwartz (11.ª ed.). McGraw-Hill Education.***
- ***Secretaría de Salud. (2016). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda en el Adulto. CENETEC.***
- ***Secretaría de Salud. (2015). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Hernias Inguinales en Adultos. CENETEC.***