



Pérez Pérez Karla Guadalupe

DR. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Resumen

Clínica quirúrgica

6C

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de julio de 2025

APENDICITIS AGUDA

ETIOLOGIA

Aguda es originada por un problema obstructivo

1. Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos secundaria a una infección

2. Fecalito en adultos es la causa principal

3. Cuerpos extraños

4. Tumores apendiculares

¿? Inflammacion del apendice la cual puede ser aguda, crónica o reactiva

función inmunológica

Hiperplasia 60%

Fecalito 30%

C. extraños 4%

Tumor 1%

Presentación retrocecal 74%

Pericecal 21%

Para-cecal 7%

FASES

Fase 1 congestiva 4-6 hrs

Obstrucción proximal de luz de apendice (capacidad luminal)

Dolor visceral

Fase 2 Supurativa 6-12 hrs

Obstrucción intaitica y venosa con invasión bacteriana

Dolor somático

EPIDEMIOLOGIA

1 de cada 5 niños

Más frecuente de cirugía

Reduce el riesgo de CUCI y

aumenta el riesgo de enf. de crono

12-24 hrs

Fase 3 Gangrenosa

Disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa

FIEBRE

Fase 4 perforación

Continúa la isquemia y se perfora 24-72 hrs. del inicio

SIGNO DEL REBOTE

SIGNOS

McBurney

Dolor en la unión del tercio externo con 2/3 internos de una línea trazada entre ombligo o espina ilíaca derecha a la palpación

Blumberg (rebote)

Dolor después de soltar súbitamente una compresión abdominal indica irritación peritoneal

Al rebote

Signo Rovsing (espejo)

Dolor en cuadrante inferior derecho a la palpación en cuadrante inferior izquierdo

PSOAS

Paciente en decúbito lateral izquierdo el examinador realiza una hiperextensión de cadera derecha y si genera dolor se considera positiva

Oblitador

Paciente decúbito en dorsal con rodilla derecha en alto y flexionada, luego se realiza en rotación interna, si incrementa el dolor la maniobra es positiva

Psoas

DUMPHY

Pedirle que tosa, para aumentar el dolor

Apandicitis pélvica

Px pediátricos

CLINICA

Dato cardinal: Migración del dolor a fosa ilíaca derecha

Primer síntoma y primer signo clínico: Dolor abdominal difuso y hipoalgesia cutánea

Náuseas y vómito

Clinica con alto valor predictivo positivo:

Dolor en cuadrante inferior derecho, signos de irritación peritoneal, migración del dolor.

Datos clínicos en adulto mayor: se manifiesta como un dolor abdominal constante.

DIAGNOSTICO

ALVARADO 0-4 negativo 5 posible apendicitis

7-8 es apendicitis 9-10 quirúrgico

Prueba de embarazo: toda paciente femenina en edad reproductiva

Forma blanca, examen general de orina y sícs femenino: prueba inmunológica de embarazo, grupo y RH, grupo de coagulación

Ultrasonido en niños y embarazadas Radiografía de abdomen para descartar obstrucción abdominal en px mayores de edad

TM GOLD STANDARD cuando hay duda diagnóstica y adulto mayor

Tx farmacológico cefalosporina Cefazolina 1-2 gr +

Metronidazol

Amoxicilina + Metronidazol Sícs alérgico

Paracetamol Analgésico

Quirúrgico

Laparoscópico

Apendicectomía abierta en pediátricos, que este perforado.

Complicaciones: Infección de herida quirúrgica, sepsis, seromas, hemorragia, perforación

Apendicitis aguda en el embarazo

- ✓ Se desplaza 3-4 cm por acúmulo visceral (arriba)
- Podemos confundirla con colecistitis
- Procedimiento quirúrgico más habitual
- ✓ Dolor abdominal en hipocóndrio derecho o flanco
- ✓ Incidencia 1-1500 embarazos ✓ 2do trimestre 14.27 SDG

✓ Diagnóstico

Clinica

USG primer estudio

- ✓ GOL STANDARD Resonancia magnética >20 SDG

TM a partir de 20 SDG

↓
TAC

✓ Tratamiento

Laparoscópico <28 SDG

Apendicectomía abierta >28 SDG

✓ Complicaciones

Pérdida fetal

Adyita mayor 3-10%

Cuadro subagudo

Dolor abdominal difuso, poco intenso, de 1-3 días.

Fiebre, leucocitosis

Distensión abdominal, meteorismo, ↓ de peristaltismo.

Antes pensar en obstrucción intestinal

Radiografía de abdomen y tórax

Tomografía confirm

Dx diferencial: tumores

BH, EGO, Leucos sericos,

Edad pediátrica

6-10 años: Masculinos 2:1 Perforación < 1 año

Clínica: dolor abdominal claudicante hasta el 100%
e incapacitante

Posición en gatillo

Náuseas / vómito

Fiebre

Lactante < 1 año.

Diarrea aguda escasa semilíquida.

Laboratorio

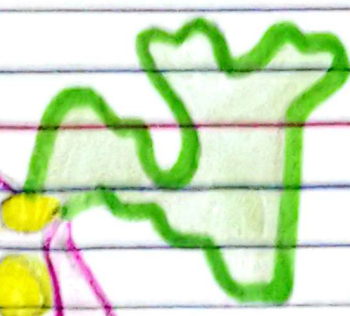
Dx. USG, TM

BH

< 5 apendicectomía abierta

> 5 laparoscópica

Colecistitis



Mujer >40 años.
Obesidad
Escandinavos

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por cálculos o todo biliar.

EPIDEMIOLOGÍA

1 lugar como causa de consulta en cirugía general.
Colecistectomía: intervención quirúrgica más frecuente en cirugía general.

CLÍNICA

No complicada
Dolor en TID
Signo de Murphy +
Náuseas / vómito.

DIAGNOSTICO

1 signo / síntoma local +
1 signo sistémico + 1 estudio imagenológico positivo.

Complicada
Vesícula palpable
Fiebre >38°C
Inestabilidad hemodinámica

BH, AS, PCR, PTH, amilasa
Ultrasonido 1ra elección

TRATAMIENTO

colecistectomía temprana
laparoscópica: grado I, II,
sin inflamación grave.

Drenaje percutáneo o qx:
grado II con inflamación grave,
posterior coe laparosc.

Manejo de la litia orgánica,
drenaje vesicular: grado III,
mejorar condiciones

I leve: colecistitis aguda
II Moderado: ictericia
>18,000 mm B.
Masa palpable, cistitis
>72h, peritonitis
biliar.
III grave: disfunción
cardiovascular,
neurologica, respiratoria,
renal, hepática.

Diclofenaco: 1M 75 mg.

Grado I... Antibiótico

Grado II... 2 antibióticos

Grado III... 2 antibióticos + Metronidazol

TOKIO

--- Colangitis ---

Complicación de coledocolitiasis.

> 50 años Femenino.

Factores de riesgo

Litiasis biliar.

Cáncer de vesícula

Estenosis biliar.

Inf. parasitarias

Mujeres > 40 años

Inmunosupresión

Triada de Charcot: fiebre, ictericia, dolor abdominal

Forma grave: Pontada de Reynold's

Laboratorio:

Bilirrubina directa 0.3

Enzimas pancreáticas

Signo sistémico + signo de obstrucción + Imagen

Fiebre.

Coledocolitiasis

Observar los escleros para ver ictericia

Torxo: Leve, moderado, oscuro

Grado I buena evolución con tratamiento

Grado II ausencia de falla orgánica existiendo al menos dos de los siguientes.

Leucocitosis > 12.000 / mL o leucopenia < 4000

Fiebre

Grado III Disturbio de algún órgano / sistema

Hipotensión, alteración del nivel de conciencia.

Ultrasonido

Colangiorensonancia

GOLESTANDB CPRE.

Tx

Leve tercera y cuarta generación.

Moderada y severa. Penicilina de amplio espectro.

Mipolazo f metionidazol

PANCREATITIS

PANCREATITIS AGUDA

Inflamación aguda y reversible del páncreas.

Litiasis biliar MUJER

Alcoholismo

Hipertriglicéidemia

Dilatación

Trauma

PANCREATITIS CRÓNICA

Daño irreversible del páncreas, por proceso inflamatorio crónico que lleva fibrosis y pérdida de función.

Alcoholismo (en adultos es la causa más común clínicamente manifestada)

Fibrosis quística (niños)

Clasificación de ATLANTA

Severidad de la pancreatitis aguda

Aguda - Moderada

Sin falla orgánica

Sin complicaciones locales / sistémicas

Aguda - Moderada - Severa

Falla orgánica que resuelve en < 48 hrs

Complicaciones locales / sistémicas SIN falla orgánica persistente

Aguda - Severa

Pancreatitis orgánica persistente > 48 hrs

MASCULINO

FUNCIONES

Endocrina: Islotes de Langerhans

liberan Glucagón, Somatostatina

Exocrina: liberación líquida

pancreática lipasa y amilasa,

CLÍNICA

Dolor epigástrico y en hemicostado, intenso, postprandial.

Náuseas, vómitos y anorexia

Signos necrohemorrágicos

SIRS: fiebre, taquicardia y taquipnea

< 72 hrs

Distensión orgánica

DIAGNOSTICO

• TFC

• Elevación > 3 Amilasa y Lipasa

• USG

TRATAMIENTO

• Analgesia

• Colectomía

• CPRE

HERNIAS

Defecto en la continuidad de la estructura músculo-aponeurotica de la pared abdominal

EPIDEMIOLOGÍA

Inguinal 25% H 4% M

Femoral 1% H 3% M

COMPOSICIÓN

Anillo herniario

Saco herniario

Componente herniario

INGUINAL

Se origina en el orificio miopectíneo de Fruchaud

DIVISIÓN

Directa

Indirecta

FR

Sexo masculino

Atf de hernias

Dieta pobre en proteínas

Tabaquismo

Más frecuente

30%

Fuera del Δ

Dentro Δ

CLÍNICA

Protusión o abultamiento en la ingle o femoral

Diagnóstico

Herniografía

Tratamiento

Técnica de elección: Plastia de Lichtenstein

FEMORAL

Se produce en la fascia transversaria

Diagnóstico

Herniografía

Tratamiento

Colocación de conos protésicos

o sistemas preformados por cirugía abierta

CLÍNICA

Abultamiento en el área femoral

Dolor / indoloro

Reducible

Uni o bilateral

VENTRALES

Protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared anterolateral.

FR: Obesidad, tabaquismo, COPD, sexo masculino, estiramiento crónico, malnutrición, neoplasias, prolatismo.

Dx

clasificación

Exploración física

Mediales: localizadas entre el borde lateral del músculo recto, el apéndice xifoideo y pubis.

Tratamiento

Quirúrgico

Laterales

Tx de elección: cierre del defecto con técnica de separación y intercostal y colocación de material protésico.

Tamaño: limitarse a la cavidad

HIATAL

Defectos del hiato esofágico

Clinica

Pirosis (87%)

Regurgitación

Disfagia

Síndrome temprano

Dx

Contrastado con bario

Endoscopia para detectar lesiones

Tx

Quirúrgico

Laparoscópico. Aberto

Tx qx de elección →

excisión del saco herniario

UMBILICAL

Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical

Epiplicn o segmentos del ID o gruesos

EPIDEMIOLOGIA

M = 14 1,7 : 1

Edad avanzada

Factores de riesgo

IMC > 35 kg/m²

EPOC

Tos crónica

Aseltis

Multiparidad

Col. obstructiva urinaria

Estreñimiento

CLINICA

↑ de volumen onológico

periumbilical

Valsalva +

DIAGNOSTICO

CLINICO

TRATAMIENTO

Herniorrafia o hernioplastia

reparación de la continuidad

abdominal por vía abierta con

técnica de Mayo < 3 cm

usar material protésico

REFERENCIA

Todos los adultos y

solamente los niños que

cumplan los criterios

Defectos herniales

> 1.5 cm

Defectos persistentes

después de los 2 años