



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



CAMPUS COMITAN DE DOMÍNGUEZ

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

Nombre de la alumna: Carol Sofía Méndez Ruiz

Nombre del docente: Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Tema: Resúmenes

Materia técnicas quirúrgicas básicas

Grado 6to semestre

Grupo D

APENDICITIS aguda

DEFINICIÓN

- Forción accesorio del ciego.
- La inflamación del apéndice vermiforme, la cecocolitis aguda, crónica o reactiva.

EPIDEMIOLOGÍA

- 1/5
- $270 = 1/100$
- Apendicectomía y cecocolitis crónica

ESCALA

- 0-4 negativo
- 5-6 Posible AP
- 7-8 Probable
- 9-10 Apendicetomía lap.

ETIOLOGÍA

1. Hiperplasia (obstrucción) de los folículos linfoides submucosos sec. a una infección
2. Feculito o apendicetomía - adultos
3. Cuerpos extraños - 4.1.
4. Tumores apendicelarios

CLÍNICA

- Fiebre 37.5°C • Vomitos <2
- Signo psoas • Neutrofilia • Repetido
- Dolor tipo colico agudo periumbilical que se irradia a la cadera

DIAGNÓSTICO

- USG - Realitico
- Embarratadas
- TAC - Cola Estándar
- Radiografía abd.

FASES

1. Cefalea 4-6 hrs del primer síntoma (Dolor abd. y vómito difuso).
2. Supratenua 6-12 hrs Dolor somático Obstrucción intestinal y vómito.
3. Gangrenoso 12-24 hrs Fiebre $>38.5^{\circ}\text{C}$ y leucocitosis.
4. Perforación 24-72 hrs Pérdida de signos clínicos y signo de reactivación

TRATAMIENTO

- Apendicetomía abierta $<5\text{ años}$
- Ección AP
- Cefalosporinas 1 y 2da
- Octoxinolona - 1
- Cefotaxima - 3

COLELITIASIS y COLESISTITIS



DEFINICIÓN

- **Colelitis:** Inflamación de la Vesícula biliar, ocasionada por litos.
- **Colelitiasis:** Presencia de litos en la Vesícula biliar.

ETIOLOGÍA

- Colesterol puro → Cálculos mixtos de colesterol
- Pigmentarios → Negros (enf. hemolíticos)
- Marrones / pardos → Infecciones + fec. E. coli

EPIDEMIOLOGÍA

- Frecuente en mujeres
- Edad: 40-70 años
- Embarazo Obesidad
- Fármacos: Fibratos y ceftria

FISIOPATO

- Hipomotilidad de la Vesícula b.
- Aumento de secreciones de moco
- Obesidad
- Embarazo.

CUADRO CLÍNICO

- Vómito • Náuseas • Masa en cuadrante derecho
- Vesícula palpable • Fiebre $>39^{\circ}\text{C}$ • Calcóscico
- Inestabilidad hemodinámica
- Sx de Murphy: Al acc. de la respiración.

DIAGNÓSTICO

— Criterios de Tokio:

1. Dolor Náuseas Vómito (leve)
2. Moderado / datos o signos de inflamación: $+18000$ leucocitos Masa Per. cistado Palpable.
3. Tokio 2+ datos. Pk con dolor en Hipocóndrio derecho

- Gd E. USG
- Gd: Engrosamiento de pared + 5mm signo de Murphy ⊕
- Doble no sombra acústica.
- Gd: Gammagrafía:
- Gd: Signo de Rim
- TAC.
- Gd: Alargamiento Vesicular

TRATAMIENTO

- Cirugía: Tokio 3
- Ácido uracoxílico - Pk que no ocupen cirugía Colico biliar - Diclofenaco 75mg
- Grado 1: Levofloxa. 500 c/24 hrs x 7 días
→ Flucloxacilona + cefalosporinas de 2da G.
- Grado 2: Doble antibiótico "Pipetazo"
→ Penicilina de amplio espectro + cefmetazol
- Grado 3: cefalosporinas de 3ra x 4ta G + metronidazol.

COLEDOLITIASIS

DEFINICIÓN

Presencia de cálculos (litos) en la Vesícula biliar

DATO DIFERENCIAL

- * Ictericia → Por un retorno de la bilis al T.S

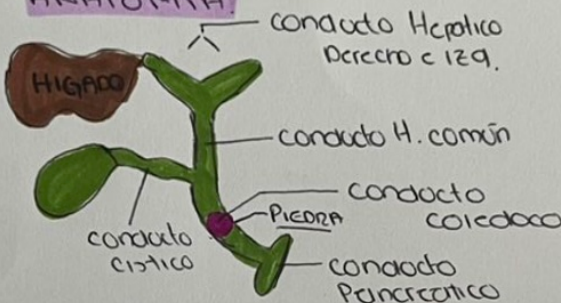
ETIOLOGÍA

- * ① Primaria s.l. → Cálculos en la misma vía biliar
- * ② Secundaria q.s.l. Migración del cálculo biliar

DIAGNÓSTICO

- * ① USG de vías biliares
Gd → Dilatación del coledoco $>6\text{mm}$
- * ② Colangiografía.
- * Gd E. Cpre.
- * Labs: BT normal: 0.3-1 max 1.2
Bd normal: 0.1-0.2
BI normal: 0.2-0.7

ANATOMÍA



FUNCIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR

Almacenar la bilis.

FISIOPATO

Colelitiasis - Comp. colelitolit.
Coledocolitiasis - comp. colangiolit.
Colangitis - pancreatitis.

SIGNOS Y SINTOMAS



Triada de Charcot =

- Ictericia
- Fiebre
- Dolor en Hipocóndrio Derecho

TRATAMIENTO

- * cPRE: Colangiografía pancreatografía Retrograda Endoscópica.
- * 2da línea: Colicostectomía laparoscópica
- * 3ra: Litotricia Indicación: Pk con litio único no calcificado $<3\text{cm}$

COLANGITIS



DEFINICIÓN:

Inflamación de la vía biliar
Secundario a una colelitiasis
que provoca una infección
bacteriana

ETIOLOGIA

- Colelitiasis = infección bacteriana.
- Principal agente infeccioso = E. coli.
- 2do = Klebsiella pneumoniae.

FISIOPATOLOGIA



1. Obst. del conducto coledoco
2. Flujo de la bilis retrógrada
3. Esfínter de Oddi. Permite el paso de patógenos
4. suben e infectan a la bilis
5. Hígado
6. Torrente sanguíneo

CUADRO CLINICO

- Triada de Charcot
 - Fiebre
 - Ictericia
 - Dolor en hip. derecho
- Pentada de Reynolds.
 - Ictericia
 - Fiebre
 - Dolor en hip. derecho
 - Inestabilidad Hemodinámica (Hipotensión)

DIAGNOSTICO

- Diferencial:
 - * Clínico: Pentada de Reynolds
 - Inestabilidad Hemodinámica
 - Fiebre
 - Hipotensión
 - Alt. neuro
 - * Labo: Aumento en las Pruebas Hepáticas
 - * USG: Obstrucción coledoco
 - * Aumento de la Bilirrubina Directa
 - * Cirugía: CPRE.

TRATAMIENTO

- Leve → Ceftriaxona + Metronidazol.
- Moderado - severo: Penicilina de amplio espectro + Metronidazol
- Pipetazo: Piperacilina con tazobactam. Agregar Metronidazol

pancreatitis crónica

DEFENICIÓN

Inflamación del páncreas por
Ocasiona una destrucción
progresiva del parenquima y
su sustitución por tejido fibroso

EPIDEMIO

+ frecuente en pacientes
masculinos.

FACTORES DE RIESGO

Alcoholismo
prolongado

FISIOPATO

Gen → PRSS1
→ Fibrosis → Atrofia
Abandono de los
acinos.
→ Dilatación de los
conductos pancreáticos

CLINICA

- Δ → calcificaciones
 - Extratorica
 - D.M.
 - * Pérdida de peso
 - * Estreñimiento
 - * Dolor abdominal
 - * Flatulencias
- Dolor recurrente
Extratorica → popo el grasa.

DIAGNOSTICO

- * Clínico
- * Antecedentes
- * Tac

TRATAMIENTO

- * Enzimas pancreáticas
Octiotide
- * Qx → Resección pancreática
Whipple.
- * Evitar alcohol y alimentos con
grasa.



PANCREATITIS AGUDA

ANATOMIA



FUNCIONES

- Endocrino → Islotes de Langerhans (cola)
 - α-glucagon
 - β-insulina
 - γ-somatostatina
- Exocrino: → Jugo pancreático:
 - Lipasa: Degradación de lípidos
 - Amilasa: Degradación de carbohidratos

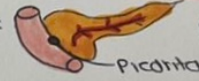
EPIDEMIOLOGIA

- Enf. pancreático + frecuente.
- Niño: Poco frecuente.
- Origen biliar - 64.1.
- Origen alcohólico 13.1.
- Hipertriglicéidemia: 5.1.
- Mujeres

ETIOLOGIA

- Agudo - biliar - Reversible
- Crónico - alcohólico - Irreversible
- Niño - Fibrosis quística.
- Mecánico: Secundario a cálculo biliar / CPE

FISIOPATOLOGIA



- Obstrucción a nivel de la ampolla de Vater.
- = No pasa el jugo pancreático.

CUADRO CLINICO



- Dolor agudo tipo cólico transitorio que inicia en epigastrio y se irradia en cinturón.
- Náuseas • Vómito • Fiebre • Ictericia
- Abdomen en madera.
- Signo de Cullen: Equimosis umbilical
- Signo de Grey Turner: Equim. en flancos y región lumbar
- Signo de Fox: Equim. en la porción inferior del inguinal
- Signo de Bryant: Equim. escrotal

Dx

- Inicial: clínico Escalas de Ranson
- Labo: ↑ Enzimas pancreáticas lipasa + específica
 - normal: 0-160
 - Amilasa → 25-85
- Uxg: Descarte - colecistitis
- TAC: simple (24hrs) contrastado 72-96hrs
- Severidad del CCA → Necrosis pancreática.

TRATAMIENTO

- Hidratación: Terapia hidrática el sol. Ringer lactato 0.5ml/kg/hr
- Apoyo nutricional (24-48ml)
- ATB: Fluorocinolona / cefalosporinas 3a y 4ta
- Dolor: Escala del dolor OMS.
 - ① AINES ② Opioides débiles + AINES
 - ③ Opioides ↑ + AINES ④ Tx invasivo

hernias

DEFINICIÓN

Protrusión en la continuidad de la estructura musculo aponeurotica de la pared abdominal.

EPIDEMIO

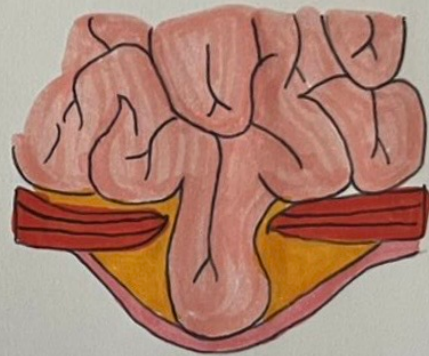
- Prevalencia > con la edad
- Hernia inguinal, + 25 veces
- + frec. → Hombres
- Hernia femoral / umbilical
- + frec. → Mujeres.

TIPOS

- Hernia reductible (a la palpación reduce)
- H. irreductible (a la palpación reduce y luego protruye)
- H. Encarcelada (no reduce en ningún punto No compromiso vascular. Dolor Blando)
- H. Extrínsecas (no se reduce. - compromiso isquémico - Dura - caliente - Violáceo.

COMPONENTES

- Anillo
- Saco
- Contenido



CLINICO

- Indolora.
- Maniobra de Valsalva
- ↑ presión abdominal

Dx

- Clínico
- ③ Uxg
- Gold Estándar: Herniografía.

Tratamiento: Herniorrafia (sin material) Técnica de Mayo Protético solo si el defecto < 3cm. Pediatría defecto > 1.5cm < 1.5 esperar 2 años

- H. UMBILICAL -

→ Nivel umbilical 13cm ↑ ↓

Etiología: → congénita: Defecto en la pared abdominal
→ Adquirida: ↑ presión abdominal debilidad muscular.

EPIDEMIO

- Femenino
- Niños

Riesgo

- IMC > 35 kg/m²
- EPOC
- Tos crónica
- Multiparidad
- Ascitis
- Constipación

Hernia Inguinal

EPIDEMIOLOGIA:

- + frecuente
- + frecuente en hombres
- + frecuente es la indirecta

CLASIFICACIÓN

- Directa — Δ Triángulo de Hasselbach
- Indirecta — Escroto.



Clasificación Niños

- ① ② → H. ing. indirecta
- ③ ④ → H. ing. directa

- ④ los vasos epigastricos inferiores
- ⑤ Músculo recto del abdomen
- ⑥ Ligamento inguinal

CLÍNICA:

- Color? solo cuando esta incarcerationada o cuando son estranguladas

TRATAMIENTO:

- Cirugía — Técnica de Lichtenstein
- Técnica con Shouldice — citenión (px con hernia extrapleural)

DIAGNOSTICO

- Maniobra de Wyllies Andrews
- Maniobra de William Coley
- Maniobra de Valdivia.

USA

Hernia Ventral

FACTORES DE RIESGO.

Antecedentes de cirugía abdominal
Obesidad • Tabaquismo
Neoplasia • Estreñimiento
Malnutrición

EPIDEMIOLOGIA

- + frec. en Hombres

CLASIFICACIÓN DE CHEVREL

- <4cm — chico
- 4-10cm — mediano
- >10cm Grande.

DIAGNOSTICO

- Clínico
- TAC — contrastada

TRATAMIENTO

- Técnica de Rivers — c/m. Protalo
- Técnica de Stopper — sin protalo

Hernia Femoral

DEFINICIÓN:

Se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson.

EPIDEMIOLOGIA:

- + común en mujeres
- + común en inglc, morio labros.

TRATAMIENTO

- Cano y malla plana sistemas preformados
- Malla preperitoneal (Stoppa o Wantz)
- Malla plana FLICHTENSTEIN

FACTORES DE RIESGO.

- Antecedentes genéticos
- Alimentación pobre en proteínas
- Tabaquismo
- Problemas pulmonares crónicos

DIAGNOSTICO

- ① USG → muy bajo
- ② RMI → Especificada
- ③ Herniografía — sensibilidad alta
- ④ Maniobra de Valdivia.

