

RESUMEN.

Nombre del alumno:
Katia Marlen Espinosa Sánchez.

Nombre del profesor:
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Parcial: 4to parcial.

6to. semestre / 6to. D.

Materia: Técnicas Quirúrgicas Básicas.

APENDICITIS AGUDA.

Clínica Qx

D	M	A
---	---	---

Apendice → Parte accesoria del ciego (intestino)

Flora intestinal → E. Coli

10-20 cm

Inflamación del apéndice vermiforme.

- Crónica.
- Aguda.
- Reactiva.

+ Frecuente en edad pediátrica → (hiperplasia linfóide)

- Feculito 30%

- C. extraños 4%

- Tumor 1%

LB

Principal
causa.

Localización de presentación:

- Retrocecal 74%
- Pelvica 21%
- Paracecal 2%

Feculito → + en adultos jóvenes.

Fases: Catarral / congestiva → 4-6 hrs

Dolor visceral.

Obstrucción proximal de lcz

Suppurativa → 6-12 hrs.

Dolor somático.

Obstrucción linfática y venosa con invasión bacteriana

Gangrenosa → 12-24 hrs.

Fiebre.

↓ de flujo arterial con isquemia de la mucosa.

Perforación → 24-72 hrs.
perdida de continuidad

Signo de rebote.

Signo de McBurney.

Dolor en la unión del tercio externo con los 2/3 internos de una línea trazada entre ombligo a espina iliaca derecha.

Signo de Blumberg (rebote) + importante.

Dolor después de soltar súbitamente una compresión abdominal (indica irritación peritoneal).

Signo de Rovsing (espejo).

Dolor en cuadrante inferior derecho a la palpación en cuadrante inferior izquierdo (movimiento del gas).

Signo de psoas.

Px en decúbito l Izq (hiperextensión de cadera derecha y si genera dolor se considera (+)).

Signo de obturador.

Px en decúbito en dorsal con la rodilla derecha en alto.

• Dato clínico + importante.

Dato cardinal → Migración de dolor a fosa iliaca der.

1er Sys clínico → Dolor abdominal y hiperalgesia cutánea.

D. Clínicos con alto valor predictivo (+):

- Dolor en cuadrante ↓ der., signos de irritación peritoneal, migración del dolor.

D. Clínicos en adulto mayor:

- Dolor abdominal constante generalizado de larga evolución (3 días).

D. Clínicos en niños:

- Cuadro diarreico agudo.

• Escala de Alvarado (MAN TRELS) •

<u>Síntomas</u>	1 Migración del dolor	• 9-10 = A. aguda
	1 Anorexia	• 7-8 = Probable A.
	1 Náuseas o vómito.	• 5-6 = Posible A.
<u>Signos</u>	2 <u>Toque</u> (Dolor en FID).	• 0-4 = Negativo.
	1 Rebote (Signo de blumberg).	
	1 Elevación de temp. ($>37.3^{\circ}\text{C}$).	
<u>Lab.</u>	2 <u>Leucocitosis</u> ($>10000/\text{mm}^3$).	
	1 Shift (Desviación) $>75\%$ de neutrófilos.	

• Pruebas complementarias:

- P. de embarazo.
 - USG (elección en pediátricos / inicial en embarazo).
 - TAC (elección en adultos mayores).
 - Rx abdominal.
- Tomografía → Confirmatorio.
- ↓
- Tomografía depende SDG.

Apendicitis aguda en el embarazo.

Durante el , el apéndice puede desplazarse hasta 3-9 cm, por arriba de su localización normal y 10 días postparto regresa a su posición habitual.

Epidemiología:

- Pico de crecimiento Qx no obstétrico + común.

- Incidencia 1/1500 embarazos.

- + frecuente en 2do trimestre.

Clinica:

- Dolor en fosa iliaca derecha (57%).
- Migración caudal del apéndice.
(Fosa iliaca o hipocondrio derechos).

Dx diferencial → Colecistitis.

Dx:

- Inicial → USG

> SDG 20 →

• Tomografía

- Elección → Resonancia magnética.

- TAC (establecer dx).

Quirúrgico → Apendicectomía (3er trimestre).

- Laparotomía

≤ 28 SDG

> SDG 28

Complicación → Pérdida fetal:

- NO perforada 3-5 %

- Perforada 20 %.

Apendicitis aguda...

D	M	A
---	---	---

Adulto mayor

- Cuadro subagudo (>3 días).
- Atípico (Poco intenso / difuso).
- Fiebre.
- Leucocitosis con mayor tendencia a perforación.
- Distensión abdominal.
- Meteorismo.
- ↓ Peristalsis
- Masa en el ciego

Obstrucción intestinal.

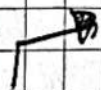


Principal Dx diferencial.

Dx diferencial

- Enf. biliares.
- Vasculares (TIM).
- Tumores.

- BH.
- EGO.
- CREA



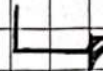
Primer instancia.

- Rx de abdomen (obstrucción intestinal).

Manejo



- TAC + vigilancia.



Confirmatorio.

- Laparotomía → Sin contraindicaciones.
- Apendicectomía abierta → con S

EDAD PEDIÁTRICA.

D	M	A

- 6-10 años.
- 4-1000 en relación A2/M1.
- Tasa de perforación 69-100% (<1 año).

Clinica:

- Dolor abdominal (claudicante/incapacitante)
- Náuseas / Vómito.
- Fiebre (<38.5°C).

Lactante → • Diarrea (escasa/semilíquida).

Laboratorios

-
- Leucocitosis >11000.
 - Neutrófilos >75%.
 - PCR >8 mcg/dl.

Dx

-
- USG. → Elección.
 - TAC.
 - EGO.
 - BH.

Tx

-
- Apendicectomía abierta (<5 años).
 - Laparoscópica (>5 años).

Colecistitis y colelitiasis.

- Inflamación de vesícula por cálculos (litos), con menor frecuencia por bazo (lodo).
- Presencia de litos en vesícula biliar.
- Cólico biliar → Dolor en CSD 1-5 hrs, duración < 24 hrs, sede con analgésicos. (Diclofenaco) 75mg IM
- Tamaño → 7-10 cm de largo y 4 cm de ancho.
- Funciones →
 - Ayuda a la mejor absorción de grasas que ingresan al intestino (lípidos).
 - Elimina desechos en el organismo.

Colecistocinina → Funciones

- Contracción de vesícula biliar.
- Relajante de esfínter de Oddi.

Etiología →

- Colesterol puro.
- Mixto →
 - + frecuente, combinación de
 - 80% colesterol todos los litos.
 - 20% pigmenta. Colesterol > 50%
- Pigmentarios →
 - Negros.
 - Malignos o pardo.

Epidemiología:

- Frecuente en mujeres.
- Edad > 40 años (20%).
- 70 años (30%).

5 F:

- F → Female.
- F → Forty (>40 años).
- F → Farmacos.
- F → Fatty (obesidad).
- F → Fertil (embarazo).
- Embarazo.
- Obesidad.
- DM.
- Fármacos (Fibratos / ceftriaxona).
- Dislipidemia.
- Ant. Familiares

Colelitiasis →

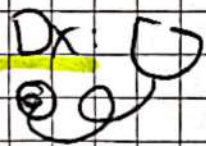
- Hipomotilidad de VB.
- ↑ secreciones de moco.
- Obesidad.
- Embarazo.

Signos y síntomas:

- Signo de Murphy (+) {
 - Edema.
 - Inflamación.
 - Dolor.
 - Resistencia muscular.
- Masa palpable en CSD.
- Náuseas / Vómito.
- Fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$
- Inestabilidad hemodinámica.
- Dolor > 24 hrs.

Clasificación $\rightarrow$ Tokio

- Grado 1 $\rightarrow$ Leve. $\rightarrow$ Leucos < 18000 Náuseas / Vómito < 72 hrs
- Grado 2 $\rightarrow$ Moderado. $\rightarrow$ Masa pal. CSD Leucos > 18000 > 72 hrs
PCR > 3
- Grado 3 $\rightarrow$ Grave. $\rightarrow$ Enzimas pancreáticas -
Bilirrubinas
PCR $\rightarrow$ 98% sensibilidad

Dx: 

• Laboratorio $\rightarrow$ BH

• Es. Imagen $\rightarrow$ Ultrasonido.

• TAC.

• RMN

• Gammagrafía

de VB con

TC-HIDA

- Engrosamiento de pared vesicular $> 5\text{mm}$
- Signo de Murphy (lito encasado)

- Exclusión vesicular
- Signo de RIM
- 2da elección.

Tratamiento:

- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido quensdeoxicólico

Litotricia

• Px con litiasis única

• NO calcificada.

• Con diámetros de 20-30 mm

• laparoscopia. ($< 3\text{cm}$)

• Penicilina con sulbactam.

(piperacilina)

Tazobactam.

• Cefmetazone.

• Aztreonam $\rightarrow$ Monobactámico.

• Ceftriaxona / Ceftriaxona.

$\rightarrow$ Temprana

• Grado 2 $\rightarrow$ Penicilina de amplio espectro

• Grado 3 $\rightarrow$ Cefalosporina de 3ra y 4ta

• Grado 1 $\rightarrow$ Fluoroquinolonas.

$\rightarrow$ Oxx Tardía (laparotomía).

• Agregar metronidazol.

Coledocolitiasis. → Colangitis.

Complicación de coledocolitiasis.

Coledoco → Almacena bilis donde es conducida al duodeno

↓
Favorece la digestión y absorción de grasa.

Presencia de cálculos en el colédoco.

- Primario. 5% → Conducto biliar.

En la misma vía biliar.

- Secundaria. (+ Frecuente). 95%

Coledocolitiasis migración de cálculos.

Fx de riesgo:

- Edad
- Sexo femenino → NO modificables.
- Fx genéticos
- Obesidad
- Embarazo
- Diabetes

S y S:

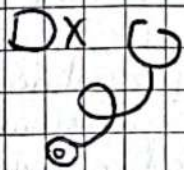
- Px asintomático.

Composición:

- Colesterol 80%
- Pigmentario 20%

- Náuseas / Vómito
- Fiebre
- Coluria
- Dolor cólico biliar
- Colangitis
- Icteria.
- Triada de Charcot

Icteria → Esclera.

DX 

- Clínico y EF

- Laboratorio → Transaminasas

FA.

GGT.

- B. Indl.
- Bilirrubina dire

- Bilirrubina total ~~0.2-0.7~~

↓
0.2-0.7

↓
0.1-0.3

↓
0.3-1

DX * → Ecografía abdominal. → 1va línea.

USG de vías biliares (>6mm)

Colangioresonancia → 2da línea.

CPRE → DX y TX de 1va línea.

TX → Colectomía laparoscópica (2da).

Colangitis.

Inflamación de vía biliar, secundaria a una infección bacteriana.

Coledocolitiasis.

Consecuencia de la obstrucción de vía biliar del crecimiento bacteriano en la bilis.

Epidemiología:

- Causa + frecuente → Coledocolitiasis
- Prevalencia de 10-15 %.
- A. Intecioso → E. Coli.

Clínica:

- Ictericia.
- "Triada de Charcot."

- Sx febril.

- Dolor en hipocondrio derecho.

- "Pentada de Reynolds" → Triada de Charcot.

- Confusión mental.

- Shock circulatorio

Diagnóstico:

- Clasificación de severidad de Colangitis:

- 3° → Severa - Disfunción orgánica.

- Disfunción cardiovascular (hipotensión).

- Disfunción neurológica (Alteración de estado de conciencia).

- Disfunción respiratoria ($PaO_2 / F_iO_2 < 300$).

Tratamiento:

- Ceftriaxona.

- Piperacilina.

- Ácido ursodesoxicólico.

Pancreatitis Crónica.

Inflamación del páncreas (irreversible).

Epidemiología:

- Sexo masculino.
- 30-40 años.
- Mortalidad 5%.

Etiología:

- Tóxicas.
- Alcohol.
- Ideopáticas (10-20%).
- Genética (PRSS1).

Diagnóstico:

Calcificaciones →

- TAC
- Rx

- RM → Tamaño de calcificación.
- Ultrasonografía endoscópica.

Tratamiento:

- ⊗ alcohol y tabaco.
- Enzimas pancreáticas → Somatostatina.
- AINES, Opiáceos → Dolor.
- Endoscopia → Extracción.
- Dieta.
- Ejercicio (30 min).

Patogenia:

- Calcificada 70-80%.
- Obstruiva ↓ FRE.

Clínica:

- Dolor recurrente.
- Anorexia.
- Vómitos.
- Estreñimiento.
- ↓ Función endocrina.
- ↓ Peso.
- Estetorrea.
- Ictencia.

• Qx → >50% pérdida.

cx → WHIPPLE.

Pancreatitis.

Inflamación aguda y reversible del páncreas.

Endocrina → • Glucagón.

• Insulina.

• Somatostatina.

Exócrina → • Lipasa.

• Amilasa.

Epidemiología:

- 80% Leve → + Mujeres
- 20% Crónica → + Hombre
- 69% Biliar
- 13% Alcohólico

Fx de riesgo:

- >40 años.
- Fármacos.
- Sexo femenino.
- Hipertriglicéidemia
- >1000mg/dl.

Fases:

- Temprana → Inflamación aguda del páncreas
- Tardía → Inflamación asociada a necrosis.

Etiología:

- Genético.
- Vasculares → Shock
- Infecciones → Parotiditis.
- Mecánicos → • Litos biliares.
• Traumatismos.
- Metabólicos → • Alcoholismo.
• Hiperlipoproteína.
• Diabetes.

Tratamiento:

- Ddr → AINES / Opioides
- Apoyo nutricional.
- ATB → Fluoroquinolonas
Cefalosporina 3/4
- Qx →
- Necrosis pancreática
TC - cont.
- Balthazar → D y E.
- Neurectomía.

Degradación → + de enzimas.

Ampolla de Batter.

Clasificación:

"ATLANTA"

- Moderada → Sin falla orgánica.
- Moderada / Severa →
 - Falla orgánica < 48 hrs.
 - complicaciones locales.
 - Sin sintomatología.
- Severa → Falla orgánica persistente > 48 hrs.

Clinica:

- Dolor agudo (Inicia en cuadrante ↑ epigastrio y se irradia a la espalda).
- Náuseas / Vómito.
- Fiebre.
- Anorexia.
- Deshidratación.
- Signo de Bryant (esquimosis escrotal).
- Distensión abdominal.
- Rigidez abdominal.
- Ictericia.

Signos:

- FOX → Porción inferior ligamento inguinal.
- CULLEN → Equimosis periumbilical.
- GREY-TURNER → Flanco y región lumbar.

Diagnóstico:

- Clínica.
- Amilasa.
- Lipasa > 3 superiores a lo normal.
- USG → Etiología por litos.
- TAC → Balthazar.
- TAC simple (24 hrs).
- TAC contrastada.
- Criterios RANSÓN.

Hernias.

Defecto en la continuidad de la estructura músculo aponeurótica de la pared abdominal.

Epidemiología →

- Prevalencia > edad.
- H. inguinal + 25 hombre.
- H. femoral - umbilical + mujeres.

Hernia umbilical.

- Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical.

Etiología →

- Adquirida $\leftarrow$
 - ↑ Presión abdominal.
 - Debilidad muscular.
- Congenita — Defecto en pared abdominal.

- Niños
- + Mujeres.
- Edad avanzada.

- Epiploon.
- Intestino delgado/grueso.

Fx de riesgo:

- EPOC.
- IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$.
- Tos crónica.
- Ascitis.
- Constipación.
- Estreñimiento.
- Multiparidad.

Clínica:

Diagnóstico: • Clínico

- Ultrasonido.

- Herniografía. ★

Tratamiento:

- Cirugía ambulatoria. → Técnica de Mayo.

- Defectos $< 3 \text{ cm}$.

- Adultos.

- Pediátricos — $> 1.5 \text{ cm}$ / persiste > 2 años.

- Descartar hipotiroidismo — Pruebas de función tiroidea.

- SX de Down.

Hernia Inguinal.

Protusión o salida al exterior del contenido de una cavidad, generalmente a través de un orificio natural o de una zona de debilidad.

- + Hombres.
- ↑ Crónicos o repetitivos de presión intraabdominal.

FX de riesgo :

- AHF de hernias.
- Sedentarismo.
- Mal estado nutricional.

Clasificación :

- Hernia inguinal directa. (Ingle).
- Hernia inguinal indirecta. (Escroto).

H. inguinal indirecta → 60% derechas, + hombres
Δ de hesselbach (Fuera).
Acceso al conducto inguinal (orificio inguinal profundo).

H. Inguinal directa → 30% (- frecuente).
Acceso al conducto inguinal (pared posterior del conducto inguinal).
Δ de hesselbach (Dentro).

Clinica :

- Cambios de coloración.
- Ruidos repetitivos en el área local.
- Datos de oclusión intestinal.

Puede ser → Reducible, Irreducible (incarcerada), Irreducible (estrangulada).

Clasificación de Nyhus:

- Tipo 1 → Hernia indirecta.
 - Tipo 2 →
 - Tipo 3 → Defectos de la pared posterior
 - Tipo 4 → Hernias recurrentes
- ↓
- A. Hernia directa.
 - B. Hernia indirecta.
 - C. Hernia femoral.
 - D. (Combinación de todas).
- A. H. inguinal directa - o +.
- B. H. inguino-escrotal y en pantalón.
- C. A. femoral.

Diagnóstico:

- Maniobra de Wyllys Andrews.
- Maniobra de William Cdey.
- Maniobra de Valsava.

Imagen →

- Ultrasonido.
- Rx simple de abdomen.
- Herniografía.

Tratamiento:

- Cirugía → Colocación de una malla protésica o sistema preformado por vía abierta.

- Anestesia → Local, loco-regional, regional.
- Lichtenstein (malla plana).

Hernia femoral.

Protusión de un asa intestinal a través de una sección debilitada de pared abdominal

- + mujeres.
 - 2-4 %
- FX de riesgo:
- Sexo femenino.
 - Obesidad.
 - Edad avanzada.
 - Estreñimiento crónico.

Fisiopatología:

- Debilidad o ensanchamiento del anillo femoral, permite que las vísceras abdominales se hernien a través de él

Clinica:

- Náuseas / Vómito.
- Dolor.
- Sensación de hormigueo o entumecimiento en área inguinal.

Diagnóstico:

- Ecografía.
- TC.

Hernia Ventral.

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

Fx de riesgo:

- Obesidad.
- Tabaquismo.
- EPOC.
- Sexo masculino.
- Insuficiencia venal.
- Desnutrición.
- Estreñimiento.

Diagnóstico:

- Clínico.
- USG.
- TAC contraste oral.
- RMN D.

Tratamiento:

- Qx
- Técnica de Rives stoppa ★
- Qx laparoscópica (IMC >30).

Clasificación:

"CHEVREL"

- Mediales → localizadas entre el borde lateral del músculo recto, el apéndice xifoides y pubis.

M1 → Subxifoideas.

M2 → Epigástricas.

M3 → Umbilicales.

M4 → Infraumbilicales.

M5 → Suprapúbicas.

- Laterales →

L1 → Subcostal.

L2 → Flanco.

L3 → Iliaca.

L4 → Lumbar.

- Tamaño (w) →

w1 → < 4 cm.

w2 → 4-10 cm.

w3 → > 10 cm.

- Recidivantes.

Hernia de Spiegel.

Protusión de grasa preperitoneal que contenga o no un órgano intraabdominal, a través de un defecto congénito o adquirido en la línea de Spiegel.

- Epidemiología:
- 40-70 años.
 - 0.1-2% hernias abdominales.
 - + en hombres.

- Clinica:
- Dolor.
 - Masa palpable.
 - Cambios GI.

Diagnóstico:

- H. Clínica.
- Ultrasonido.
- Tomografía.

Fx de riesgo:

- Obesidad.
- Ant. Cirugía abdominal.
- Sexo masculino.

Tratamiento:

- Reparación primaria con malla o por laparoscopia.

Hernia Littre.

Presencia de un divertículo de Meckel dentro de un saco herniario.

- Epidemiología:
- 1% → Divertículo de Meckel.
 - Hombres.

- Clinica:
- Sangrado rectal.
 - Obs. Intestinal.
 - Diarrea / estreñimiento.
 - Diverticulitis.

Diagnóstico:

- Gammagrafía de Meckel.
- TC.
- RM.

- Tratamiento:
- Reparación Qx del defecto herniario.
 - Diverticulectomía.