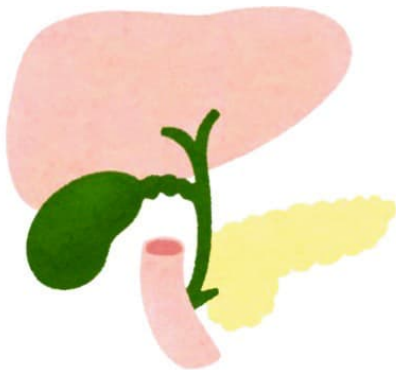




Resumenes



Nombre del alumnos: Jennifer González Santiz

Grado y grupo: 6° D

Materia: Tecnicas Quirúrgicas

Nombre del docente: Dr. Erick Antonio Flores

Colangitis

Definición: Inflamación de la vía biliar secundaria a infección bacteriana.

→ Secundario a coledocolitiasis

Etiología

Obstrucción de la vía biliar y crecimiento bacteriano.

Agentes causales

1º E. coli

2º Klebsiella pneumoniae

Epidemiología

Secundario a una obstrucción

Principal complicación de la coledocolitiasis

Mortalidad 5-10

Fisiopatología

Esfínter de Oddi

→ se sigue abriendo permitiendo el paso del patógeno

Bilis se contamina

Tratamiento

• Leve → Cefalosporina 3º generación
Ceftriaxona + Metronidazol

• Moderado-severo → Penicilina de amplio espectro
Piperacilina con tazobactam
+ Metronidazol

• CEPRE → 1ª elección

Clinica

Agudo → Triada de Charcot



Pentada de Reynolds

Triada de Charcot + Deterioro con fusional + Inestabilidad hemodinámica (hipotensión).

→ Shock séptico

Dx diferencial

Taquicardia

Inestabilidad hemodinámica

Elevación de enzimas hepáticas

Diagnóstico

Clinico + Exp. física

Laboratorios → Leucocitosis con neutrofilia

↑ PCR

Hemocultivos (+)

ANH de las PTHS

Imagen → colocación de pvs

Goleocolitis

Definición: es la ocupación total o parcial del conducto por cálculos produciendo obstrucción del cólecoco.

Etiología:

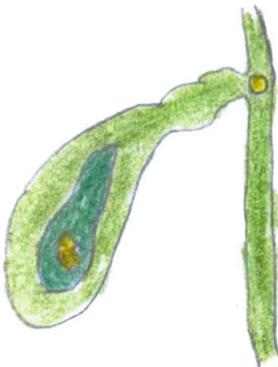
- Primario → De la misma vía 5%
- Secundario → De una coledocolitis migran los cálculos y es la más frecuente.

Epidemiología

- 10% de los px portadores de coledocolitis presentan coledocolitis
- Aprox 5-10% px con litiasis sintomática
- Mortalidad 2-4% en adultos mayores
- 85% sintomáticos
- 14% sintomáticos

Fisiopatología

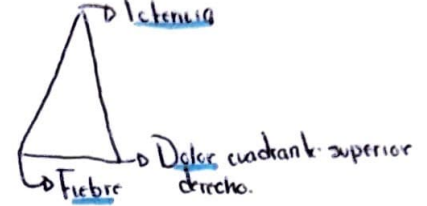
Cálculos → Migración a conductos biliares → Obstrucción
↓
Colangitis
Compl. → Pancreatitis
daño hepático.



Clinica

Colico biliar
Ictericia → sint. importante
Coluria

Triada de Charcot



Diagnostico

Inicial → Clínica + Exploración física

Laboratorios → Transaminasas
GGT
Bilirrubinas

Estudios de imagen → Ictericia

- USG de vías biliares
→ Dilatación del cólecoco > 6mm
- Total 0,3 - 1 mg/dL
- Directa 0,1 - 0,3 mg/dL
- Indirecta 0,2 - 0,7 mg/dL

- CPRE → Gold estándar
- Colangio resonancia → 2da elección

Tratamiento

1ª elección

CPRE: es una inserción endoscópica a través del tracto digestivo

2ª elección

Colecistectomía laparoscópica

Litolitruia

Indicaciones:

- Lito único, no calcificado y < 3cm.

Apendicitis

Aguda....

Definición: consiste en la inflamación del apéndice vermiforme, la cual puede ser aguda, crónica o reactiva.
→ Predominio en edad escolar.

Etiología

- Hiperplasia de los folículos linfoides submucosos
- Irritación
- Cuerpos extraños
- Tumor

Epidemiología

- Apendicitis en la infancia 1: 5 niños y adultos > 40 años 1: 100
- Patología más frecuente en cirugía
- La apendicetomía reduce el riesgo de cecitis y aumenta el riesgo de em. de ciego
- Aprox. 10% de los px con dolor son valorados en el servicio de urgencia.

Datos clínicos

- Alto valor predictivo (H): dolor en cuadrante inferior derecho, signos de irritación peritoneal, migración del dolor.
- Adultos mayores: dolor abdominal evaluación 3 días
- Niños: cuadro de dolor agudo.

Tratamiento

Elección → Cefalosporina 1^{ra} y 2^{da} generación + Metronidazol IV

Analgesia: Aspiracina
• Analgesia: Paracetamol

Quirúrgico Elección → Apendicectomía laparoscópica

- * Emergencia obstétrica
- * < 5 años
- * Adultos mayores

Complicaciones → Infección de la herida de px
• Otras: sepsis, hemorragia, oclusión intestinal, absceso intraabdominal, sepsis abdominal y fistula
• Perforación

Fases

Fase 1 o congestiva: obstrucción proximal de luz de apéndice (capacidad luminal 0.1ml)
→ Dolor visceral

Fase 2 o supurativa: obstrucción linfática y venosa con invasión bacteriana (bacterias fragiles)
→ Dolor somático

Fase 3 o gangrenosa: disminución del flujo arterial con isquemia de mucosa
→ fiebre

Fase 4 o perforación: continua la isquemia y se perfora la pared apendicular 24-48 hrs de inicio
→ Signo de rebote.

Signos

- S. de McBurney
- S. de Blumberg → irritación peritoneal (rebote)
- S. Rousing (espiga) → movimiento de gas
- S. de Boas → hiperextensión de cadera derecha
- S. de Obturador → flexionar la rodilla.

Escala de Alvarado (NANTRELS)

Signos	Migración de dolor	1
	Anorexia	1
	Náuseas/vómito	1
Signos	Toque (dolor en RL)	2
	Rebote (S. de blumberg)	1
	Elevación temp. (>37.3°C)	1
Laboratorio	Leucocitosis >10,000/mm ³	2
	Desviación >75% neutros	1

Diagnóstico

- Prueba de embarazo → Rx femeninas
- USG → elección pediátrica o embarazadas
- TAC → Adultos mayores (confiable), No emb y niño con duda usar
- Rx abdominal → Adulto mayor para dx diferencial

Apendicitis

EMBARAZO

Durante el embarazo el apéndice puede desplazarse hasta 4-5cm, por arriba de su localización normal
→ 10 días post parto regresa a su posición.

Epidemiología

Padeamiento obs

Clinica

Dolor fosa ilíaca derecha
Migración cecal del apéndice
Fosa ilíaca → hipocóndrio derecho

Diagnóstico

Inicial → USG

Elección → RM (siempre delinco)
por encima TAC.



Tratamiento

Apendicectomía en el 3er trimestre
laparoscopia
considerar → laparotomía

Complicaciones

Pérdida fetal
No perforada 3-5%
Perforada 20-40%

ADULTO MAYOR...

Cuadro subagudo (>3 días)
Atípico (poco intenso/difuso)
± Fiebre / Leucocitosis con mayor
tendencia a perforación.



- Distensión abdominal
- ↓ Peristalsis
- Meteorismo
- Masa en el ciego
- Deterioro confusional agudo

Dx diferencial

- Enf. biliares
- Obstrucción intestinal
- Tumores
- Vasculares (TM)

Síntomas:

- BH • ECG
- CREA • Rx de abdomen y tórax

Manejo TAC + vigilancia.

EDAD PEDIÁTRICA

Epidemiología

6-10 años

Frecuencia 4/1000

Relación H:Z/M:1

Tasa de perforación 69-100% (2 años)

Lactantes: Diarrea (escaza semilíquida).

Clinica

- Dolor abdominal (claudicante/incapacitante)
- Náuseas / Vómito
- Fiebre ($<38.5^{\circ}\text{C}$)

Lab. y otros

- Leucocitosis $>12,000$
- Hctos $>75\%$
- PCR $>8\text{ mg/dL}$

Tratamiento

Apendicectomía
abierta
 <5 años

Hernias

Umbilical

Defecto en la continuidad de la estructura muscular/aponeurotica en la pared abdominal

Defecto de la pared abdominal a nivel umbilical

- Epiplón
- Intestino delgado
- Intestino grueso

Etiología

- Congénita → defecto de la pared abdominal
- Adquirida → Presión abdominal
Debilidad muscular

Epidemiología

- Sexo femenino
- Edad avanzada

Factores de riesgo

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

Clinica

No hay dolor (inolora)

Diagnóstico

- Clínico → Maniobra de Valsalva
- Cíted estándar → Herniografía

Tratamiento

Técnica de Mayo → sin material protésico

- Defectos < 3cm
- Adultos
- Pediátricos > 1.5cm persistente > 2 años.

Hernia

Protrusión salida al exterior del contenido de una cavidad, generalmente a través de un orificio natural o de una zona de debilidad de la pared que lo contiene

Epidemiología

- ↑ 25 veces en hombres
- ↑ crónicas o repetitivas de presión intraabdominal (tos crónica o ascitis)



Factores de riesgo

- Mal estado nutricional
- Tabaquismo
- AHT de hernias
- Sedentarismo



Maniobras:

- 1) Wylllys Andrews
- 2) William Coley
- 3) Valsalva

Inguinal

Clasificación

Indirecta → Triángulo de

- Lateral → vaso epigástrico inf.
- Medial → músculo recto de abdomen
- Inferior → Ligamento inguinal

Directa → Triángulo de Hesselbach



Clinica

- Protrusión o abultamiento
- Cambios de coloración
- Otro dato → oclusión intestinal

Puede ser

- Reductible
- Irreductible → incarcerada
- Irreductible → estrangulada

Clasificación de Nyhus

Diagnóstico

- Inicial → USG
- Rx simple de abdomen
- Herniografía
- Duda de → TAC simple/contrastado

Tratamiento

- Cx • Lichtenstein
- malla plana

- Shouldice
- sin material protésico

HERNIA

FEMORAL

Protrusión de una asa intestinal a través de una sección debilitada de la pared abdominal → asa intestinal

Epidemiología

- 2% a 4% de toda las hernias inguinales
- Más común en mujeres
- Tiene alto riesgo de estrangulación

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Obesidad
- Estreñimiento crónico
- Edad avanzada

Fisiopatología

Debilidad o ensanchamiento del canal femoral

- Remite que las vísceras se hernian a través del
- Debajo del ligamento inguinal

Clinica

- Dolor repentino en la ingle o el muslo
- Sensación de hormigueo o entumecimiento en la zona inguinal
- Náuseas / Vómito

Diagnóstico

- Palpación → inspección visual, de tacto asimetrías o masas.
- Ecografía
- TC

Tratamiento

- Qx → incarcerated o estrangulada
- Sepsis → sin prótesis
- Elección → uso de prótesis
- Lichtenstein
- Cono perforado
- Sistema perforado

HERNIA VENTRAL

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared anterior lateral del abdomen

Factores de riesgo

- Cirugía previas
- Obesidad
- EPOC
- Estreñimiento crónico
- Corticoides tóxicos
- Neoplasia

Clasificación de Charnot

Mediales (M)

- M:1 Subumbilicales
- M:2 Epigástricos
- M:3 Umbilicales
- M:4 Infraumbilicales
- M:5 Suprapúbicos

Laterales (L)

- L:1 Subcostales
- L:2 Flancos
- L:3 Ilíaca
- L:4 Lumbares

Tamaño (w)

- w:1 < 4cm
- w:2 4-10cm
- w:3 > 10cm

Diagnóstico

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

Tratamiento

- Qx
- Técnica de rivas o rivas stopper → 70% de éxito
- La laparoscopia → IMC > 30

Colelitiasis / colesistitis

Colesistitis: es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar

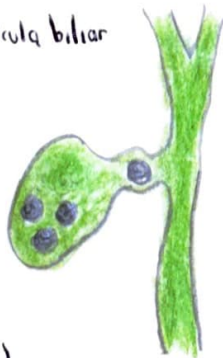
Colelitiasis: presencia de litos en la vesícula biliar

Etiología

Colesterol puro

Mixtos

Hemólisis → Pigmentarios
Negros (vesícula)
Harrones (vías biliares)



Signos y síntomas

Sx de Murphy (+)

Masa en cuadrante sup. derecho

Náuseas / Vómito

Palpación → Edema
Inflamación
Dolor
Resistencia muscular

Complicada → Fiebre > 39°C
Inestabilidad hemodinámica
Vesícula palpable

Criterios de Tokio

(A)

Signos inf. local

1. Signo de Murphy
2. Masa, dolor o defensa en el hipocóndrio

(B)

Signos inf. sistémicos

1. Fiebre > 38°C
2. PCR elevada (> 3mg/dL)
3. Leucocitosis (> 10,000)

(C)

Ultrasonografía

1. Sx de Murphy ultrasonográfico
2. Pared de la vesícula biliar > 4mm
3. Aumento del tamaño de la vesícula > 8cm o > 4cm
4. Lito incarcerationado
5. Líquido perivesicular

Laboratorios

BH → leucocitos
PCR → inflamación

Coagulación

- Bilirrubina
- BUN
- Creatinina
- Tiempo de protrombina
- Amilasa sérica

Fiebre sospecha de infección

- Hemocultivo
- Cultivo

Imagen

(1) USG

- Engrosamiento de la pared > 5mm
- Líquido perivesicular
- Sx de Murphy (+)
- Lito incarcerationado
- Imagen de doble piel
- Sombra acústica
- Ecos intramurales
- Alargamiento vesicular axial 8cm y diámetro 4cm

(2)

Gammagrafía de vías biliares con Tc-HIDA

• Signo de RIM

(3)

TAC / RINN

• Monoclonales
• Metronidazol → Anaerobios

Epidemiología / Factores de riesgo

- Frecuente en mujeres
- Edad: > 40 años 20-30%
- Embarazo
- Obesidad
- DM
- Fármacos
- Dislipidemias
- Enf. de Crohn
- Cirrosis hepática
- Antecedentes familiares

Tratamiento

Farmacológico

Elección → Analgésicos orales

Ac. ursodesoxicólico

Ac. glicolico x 12 días

Colelitiasis → Difenacetato 75mg IM

Antibiótico

Grado 1 (ATb1)

- Fluoroquinolonas orales
- Levofloxacino
- Cefalosporina 2ª oral
- Cefixima / Cefepime

Grado 2 (ATb2)

- Penicilina de amplio espectro
- Piperacilina con tazobactam
- Cefalosporina 3ª gen.
- Ceftriaxona
- Cefixima
- Cefotaxima

Grado 3 (ATb3)

Cefalosporina 3ª y 4ª gen
cefoperazon con sulbactam
ceftriaxona

Monoclonales
ceftriaxona

+ Metronidazol → Anaerobios

No farmacológico

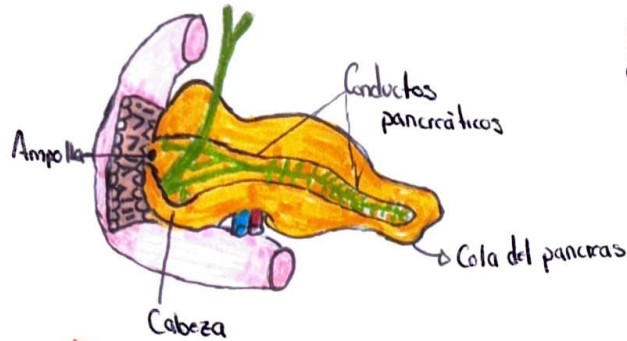
Litolitica → Rx litiasis única no calcificada diámetro 20-30mm

Quirúrgico → Colectomía por laparoscopia o laparotomía

Temp. 1-7 días
Tardía 2-3 meses

Pancreatitis

"AGUDA"



Etiología

- Origen biliar 64%
 - Mecánico
 - CPRE 50%
- O. alcohólico 13%
- Hipertiglicéridos 5%
- Microlitiasis
 - suelen ser recurrentes
- Niños → Fibrosis quística

Fisiopatología

- Origen biliar → Litos
- Obstrucción en la ampolla o ampolla de
 - No pasa el jugo pancreático

Clinica

- Dolor epigástrico o cuadrante sup. izq.
- Agudo tipo cólico
- Irradia a espalda (cinturón)
- Náuseas y vómito
- Deshidratación

Signos de equimosis

- S. Cullen's → periumbilical
- S. Grey Turner's → flancos y región lumbar
- S. Fox → porción inferior del ligamento inguinal
- S. de Brayant → escrotal

Definición: proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejido peripancreático y puede involucrar órganos y sistemas distales.

Epidemiología

- Mujeres > 40 años → Anticonceptivos orales
- Obesidad
- Enf. pancreática más frecuente del mundo
 - 80% Leve
 - 20% Moderada - crónica
- Incidencia 5-80/100 000 habitantes
- Tasa mortalidad 10/100 000

Criterios de Atlanta

- Leve → ausencia de falla orgánica y de complicaciones locales
- Moderada - severa → falla orgánica y complicación local < 48 hrs
- Severica → falla orgánica persiste > 48 hrs.

Criterios de Ranson

- Predictores de severidad
- Al momento del ingreso
- Edad --- > 55 años
- Leucocitosis --- > 16,000/mm³
- Glucemia --- > 200 mg/dL
- LDH --- > 350 U/L
- AST --- > 250 U/L

- Criterio
- 1-3 leve
- ≥ 4 severa

Diagnostico

- Inicial → Clínico
- Labs → ↑ Enzimas pancreáticas
 - Lipasa 0-160 U/L
 - Amilasa 25-85 U/L

USG → Descarte valorar la causa litiasis

TAC → simple < 24 hrs → proceso inflamatorio
→ Contraste 24-96 hrs - datos de necrosis

• Criterios de Balthazar

Tratamiento

De acuerdo a la escala ONS

1. AINES
2. Opioides de baja potencia
Tramadol + AINES
3. Opioides de alta potencia
- morfina, fentanilo etc.
+ AINES
4. Tx invasivo analgesia epidural

Pancreatitis crónica

Inflamación crónica del páncreas que ocasiona una destrucción progresiva del parénquima

Epidemiología

- Hombres 30-40 años
- Mortalidad 5%

Etiología

- Tóxica → Alcohol
- Idiopática → Bimodal 20 años → 50-60 años
Desnutrición
- Genética → Gen PRSS1 a los del gen CFTR

Fisiopatología

Fibrosis del parénquima (cicatriz)

↓
Pierde la función endocrina y exocrina

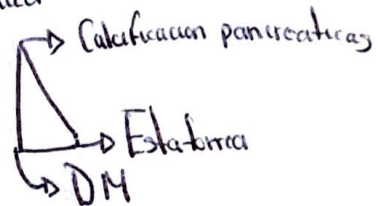
Cáncer → Adenocarcinoma pancreático

Clinica

- Dolor → Recurrente en el epigastrio se irradia a espalda
Difuso
Tras comidas o consumo de alcohol
- Estreñimiento → Obst. del conducto de wirsung
- Flatulencia
- RxM difícil control
- Esteatorrea → Heces con grasa
- Aumento de glucemia → Hiperglucemia

Diagnóstico

Clinica



TAC

Tratamiento

- Octreotida
- Quirúrgico → Procedimiento whipple
• Resección del páncreas.