



# Universidad del sureste

Materia: patología del adulto

Nombre del trabajo: mapa conceptual

Nombres de los alumnos: Jesús Adalberto Gerónimo Avalos

Grado: 6to cuatrimestre

Grupo: Q

Docente: Juana Inés Hernández López

Villahermosa Tabasco 09 de julio del 2020

# Patologías digestivas

## Problemas esofágicos

**1.- Enfermedad por reflujo gastroesofágico:** es el paso del contenido gástrico al esófago de forma espontánea, en ausencia de algo que lo provoque

Los síntomas más característicos del ERGE son: Acidez y la regurgitación ácida, Otros síntomas ; dolor de pecho, jadeos, dolor de garganta, afonía por irritación causada por el contenido ácido en la laringe, tos, asma o dificultad respiratoria por aspiración de ácido por la vía respiratoria, entre otros

**2.-Cáncer de esófago:** se origina en la capa más interna (la mucosa) y crece hacia fuera (a través de la submucosa y la capa muscular). Debido a que dos tipos de células pueden cubrir el esófago,

**Adenocarcinoma:** Los cánceres que se originan de células glandulares (células que producen mucosidad) se denominan adenocarcinomas. Este tipo de cáncer ocurre generalmente en la parte distal (tercio inferior) del esófago. Antes de que se pueda desarrollar un adenocarcinoma, las células glandulares tienen que reemplazar un área de las células escamosas, como en el caso del esófago de Barrett. Esto ocurre principalmente en la parte inferior del esófago, donde se origina la mayoría de los adenocarcinomas.

**Carcinoma de células escamosas:** El esófago está normalmente cubierto por células escamosas. El cáncer que se origina de estas células se denomina carcinoma de células escamosas. Este tipo de cáncer puede ocurrir en cualquier lugar a lo largo del esófago, pero es más común en la porción del esófago de la región del cuello y en los dos tercios superiores de la cavidad torácica

existen dos tipos principales de cáncer de esófago

## Problemas gástricos

**1.-Gastritis:** es una enfermedad estomacal y digestiva, que consiste en la inflamación de la membrana que recubre el estómago, y dependiendo de si se mantiene o no en el tiempo (lo que depende de su causa y del tratamiento médico prescrito) puede presentarse de manera aguda o crónica

**La gastritis aguda** tiende a estar producida por infecciones virales, bacterianas o parasitarias, incluso por el consumo de determinados medicamentos principalmente aquellos que son inflamatorios, consumo de bebidas alcohólicas, o de manera alérgica a algunos medicamentos, o mediante la ingestión de ácidos corrosivos

**La gastritis crónica** puede ser causada por determinantes infecciones, por el consumo continuado y excesivo de bebidas alcohólicas, por el consumo de tabaco y posteriormente por la anemia perniciosa

**2.-Úlcera gástrica:** también es conocida como úlcera péptica, causa clásicamente dolor quemante o retortijones, con frecuencia de aparición nocturna, que se alivian de manera rápida con la ingestión de alimento o antiácidos

En los pacientes en los que se sospecha una úlcera péptica se debe evaluar la presencia de una infección por *Helicobacter pylori*. La serología (que documenta una infección presente o pasada) y la prueba de urea en el aliento (que demuestra la presencia de una infección actual) son pruebas menos invasoras y costosas que la endoscopia con biopsia

En los pacientes en que persisten los síntomas de tipo ulceroso a pesar del tratamiento está indicado realizar una endoscopia para excluir un tumor maligno gástrico, y lo mismo sucede con los que presentan "signos de alarma" (pérdida de peso, anemia, hemorragia).

**3.- Cáncer de estómago:** aparece como consecuencia de una proliferación anormal de células en cualquier parte del estómago, la cual puede ser benigna o maligna, si se trata de una afección maligna el 90% de los casos se deben al adenocarcinoma gástrico y suele surgir como consecuencia de una compleja interacción entre la infección por *Helicobacter pylori*, la propia predisposición genética y la alimentación, los síntomas iniciales suelen ser molestias abdominales en la zona del estómago, puede surgir o no náuseas y vómitos, malestar general pérdida de peso

# Patologías digestivas

## Problemas del tracto intestinal

**1.-Colitis ulcerosa:** los pacientes con UC de larga evolución tienen mayor riesgo de presentar displasia epitelial del colon y carcinoma. Diversas características distinguen los cánceres de colon esporádicos de los asociados con colitis

En primer lugar, los esporádicos suelen ocurrir sobre un pólipo adenomatoso, mientras que los asociados a colitis se originan a partir de una displasia plana o una lesión o masa asociada a una displasia

En segundo lugar, los cánceres de colon sincrónicos múltiples aparecen en 3 a 5% de los casos esporádicos, mientras que se producen en 12% de los asociados a colitis.

En tercer lugar, la edad media de los individuos con cáncer esporádico se sitúa en el séptimo decenio, mientras que la de los pacientes con cáncer asociado a colitis lo hace en el cuarto decenio

**2.- Cáncer de colon:** desarrollan a partir de adenomas de colon previos, y el cáncer colorectal se puede evitar en su mayor parte detectando y reseando los pólipos adenomatosos del colon. La detección de pólipos y de cánceres precoces asintomáticos se puede realizar analizando la presencia de sangre oculta en heces y mediante el examen directo de la mucosa.

En quinto lugar, los cánceres mucinosos y anaplásicos son más frecuentes en los tumores asociados a colitis que en los esporádicos. A escala molecular, las mutaciones de p53 son mucho más precoces, y las del gen APC mucho más tardías, en el cáncer asociado a colitis que en el esporádico

En cuarto lugar, en el cáncer esporádico predomina la localización en el lado izquierdo, mientras que el asociado a colitis se distribuye de una manera más uniforme por todo el colon.

Las personas con mayor peligro de cáncer de colon incluyen aquellas con el antecedente de enteropatía inflamatoria, pólipos colorectal, el antecedente familiar de pólipos adenomatosos o cáncer en parientes de primer grado, o algunos síndromes cancerosos familiares estas consideraciones también modifican las recomendaciones para la detección. Se considera en términos generales que la persona sin los factores mencionados presenta un riesgo promedio

**3.-Ostomias:** es una exteriorización del intestino en la pared del abdomen realizada con el objetivo de poder evacuar las heces debido a un problema médico que impida eliminarlas por el ano. En ciertas ocasiones y dependiendo de la complejidad de la enfermedad y de la intervención, el cirujano decide realizar un estoma. Enfermedades como el cáncer de colon, cáncer de recto, diverticulitis con peritonitis

## Problemas abdominales

**1.-Enfermedad diverticular:** es un problema común que afecta a personas de 60 años de edad y a casi todos de 80 años, solo un pequeño porcentaje de las personas con diverticulosis tienen síntomas y un número a un menor necesita cirugía

La causa de la diverticulosis y la diverticulitis no se conoce con precisión, pero es más común en las personas que consumen una dieta baja en fibra. Se cree que consumir una dieta baja en fibra durante varios años crea mayor presión en el colon y forma bolsas o divertículos

**2.-Apendicitis aguda:** la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta en el segundo y tercer decenios de la vida. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es relativamente rara en los dos extremos de la vida. Afecta por igual a ambos sexos, salvo entre la pubertad y los 25 años, cuando la proporción es de 3:2 a favor de los varones. La perforación es más frecuente en la lactancia y en los ancianos, períodos durante los cuales la mortalidad es mayor

**3.-Hernias:** es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo). El saco pasa a través de un agujero o área débil en la capa fuerte de la pared abdominal que rodea el musculo, denominada fascia. El tipo de hernia depende de la ubicación.

Hernia femoral es una protuberancia en la parte superior del muslo, justo debajo de la ingle. Este tipo es más común en las mujeres que en los hombres.

Hernia hiatal se presenta en la parte superior del estómago. Una porción de la parte superior del estómago se adentra en el tórax.

Hernia quirúrgica o eventración puede darse a través de una cicatriz

Hernia umbilical es una protuberancia alrededor del ombligo. Sucede cuando el musculo alrededor del ombligo no se cierra completamente después del nacimiento

Hernia inguinal es una protuberancia en la ingle. Este tipo es más común en los hombres, puede bajar hasta el escroto

# Patologías digestivas

## Problemas de recto y ano

**1.-Hemorroides:** las hemorroides sintomáticas afectan en el mundo occidental cada año a más de un millón de personas. La prevalencia de dicho trastorno no muestra preferencia por edades ni sexos. Sin embargo, se sabe que el envejecimiento tiene un efecto nocivo para el conducto anal. La prevalencia de la enfermedad hemorroidal es menor en los países subdesarrollados. La típica alimentación occidental con poca fibra vegetal y abundantes grasas se acompaña de estreñimiento, de la maniobra de Valsalva (pujar) y de la aparición de hemorroides sintomáticas.

**2.-Fisura anal:** las grietas anales afectan a personas de cualquier edad, pero son más frecuentes entre los 30 y los 59 años de edad. Constituye la causa más común de hemorragia rectal en los lactantes. Su prevalencia es igual en mujeres y varones; se asocia a estreñimiento, diarrea, infecciones causales, traumatismo perianal y enfermedad de Crohn.

**3.-Fistula anal:** La fístula del ano se define como la comunicación anormal de una cavidad de absceso con un orificio interno identificable dentro del conducto anal. Dicho orificio suele estar situado al nivel de la línea dentada, donde las glándulas anales penetran en el conducto anal. Las personas que perciben la expulsión continua de material de drenaje después de tratar un absceso perianal muy probablemente tienen una fístula anal. Estas fístulas se clasifican según su relación con los músculos del esfínter anal: 70% son interesfinterianas; 23%, transesfinterianas, 5% supraesfinterianas y 2% extraesfinteriana.

El tratamiento de las hemorroides sangrantes se basa en el estadio de la enfermedad. En toda persona que sangra hay que pensar en otras causas posibles. En individuos jóvenes sin el antecedente familiar de cáncer colorrectal, la enfermedad hemorroidal puede ser tratada en primer término y si persiste la hemorragia, se hará un examen colonoscópico. Los ancianos a quienes no se ha hecho un estudio de cribado en busca de cáncer colorrectal deben ser sometidos a colonoscopia o sigmoidoscopia con aparato flexible.

El tratamiento de las grietas agudas es conservador. En personas estreñidas cabe utilizar reblandecedores de heces, aumentar la cantidad de fibra vegetal en la alimentación y usar anestésicos locales, glucocorticoides y baños de asiento; con tales medidas, sanarán de 60 a 90% de ellas. Se considera que una grieta es crónica cuando ha persistido por más de seis semanas; en ella cabe probar modalidades orientadas a disminuir la presión de reposo del conducto anal como serían la pomada de nitroglicerina (0.2%) aplicada tres veces al día, y la toxina botulínica de tipo A en dosis incluso de 20 U inyectadas en el esfínter interno a cada lado de la grieta.

Tratamiento: la fístula con drenaje recién diagnosticada se trata mejor con la colocación de sedal, un asa de material de sutura para vasos o seda, colocados y anudados a través del trayecto fistuloso para así conservar el conducto abierto y amortiguar la inflamación vecina que surge con el bloqueo repetitivo del conducto anómalo (fig. 279-4). Una vez que se ha aplacado la inflamación, se podrá identificar la relación exacta del trayecto fistuloso con los esfínteres anales. En el caso de la fístula interesfinteriana y en las transesfinterianas bajas (que abarquen menos de la tercera parte del músculo), cabe realizar una fistulotomía simple sin menoscabo de la continencia.

El tratamiento quirúrgico comprende la dilatación anal y la esfinterotomía interna lateral. Por lo común, hay que seccionar un tercio del esfínter interno; los músculos se identifican fácilmente porque están hipertróficos. Las cifras de recidiva después del tratamiento médico son altas, pero es mayor el peligro de incontinencia después de la esfinterotomía. La esfinterotomía interna lateral más a menudo origina incontinencia en mujeres.