



Nombre de alumnos:

Sari Gómez Sánchez

Nombre del profesor:

Oscar Fabian Gonzales Sánchez.

Nombre del trabajo:

Problemas Tracto Intestinal.

Materia:

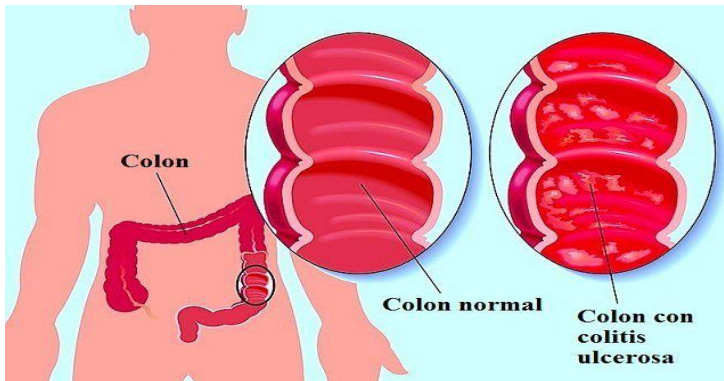
Patología del adulto.

Grado: 6º

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 17 de mayo de 2020

COLITIS ULCEROSAS



La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad intestinal inflamatoria crónica. Si bien la causa específica se desconoce, se sabe que intervienen tanto factores genéticos como ambientales, tales como alteración de las bacterias intestinales y aumento de la permeabilidad intestinal que desregulan la inmunidad intestinal, causando una respuesta inmunológica exagerada que provoca lesión gastrointestinal.

CAUSA

El mal funcionamiento del sistema inmunitario es una causa posible.

CUADRO CLINICO

una colitis ulcerosa son la urgencia e incontinencia para defecar, tenesmo (sensación de vaciado incompleto), incremento de la frecuencia de movimientos intestinales, mucosidad en las heces, defecación nocturna, flatulencia, dolor abdominal y sangre en las heces.

En los casos más graves pueden tener lugar episodios de fiebre y pérdida de peso. Las manifestaciones extra intestinales también podrían ser a nivel del musculo esquelético, cutáneas, oculares y hepatobiliares.

DIAGNOSTICO

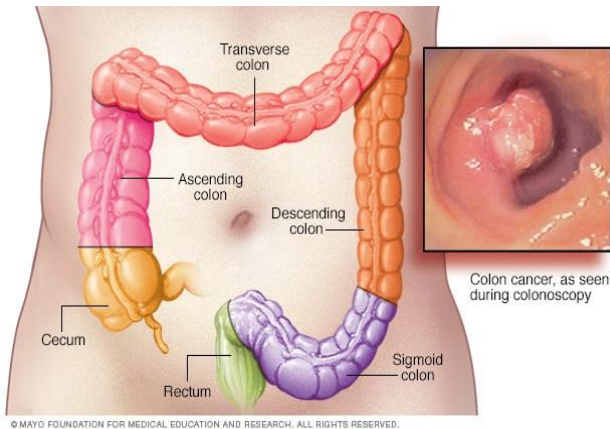
- la endoscopia, análisis de tejidos.
- biopsia para observar posibles cambios en la pared intestinal.
- diagnóstico diferencial que descarte otras patologías que puedan causar un cuadro clínico similar.

TRATAMIENTO

- Mejorar y mantener el bienestar general de los pacientes, optimizando su calidad de vida y su estado nutricional.
- Tratar la enfermedad aguda: Eliminar los síntomas, reducir la inflamación intestinal y si es posible hacer cicatrizar la mucosa.

- Conseguir mantener las remisiones sin tener que recurrir a los corticosteroides.
- Evitar complicaciones como el cáncer y la cirugía.
- Tratamiento medicamentoso de la CU:
- CU leve-moderada: La terapia de primera línea son los aminosalicilatos (5-ASA), que pueden ser administrados como supositorios, enemas o formulaciones orales. Los pacientes que no responden a los ASA pueden ser tratados con corticosteroides.
- La aféresis de absorción de granulocitos monocitos (GMAA) es una terapia segura y eficaz en el tratamiento de CU, en comparación con la terapia con corticoides.
- CU moderada-grave: Se contempla el uso de tiopurinas, fármacos biológicos o ambos.
- Cirugía en la CU: se aplica entre el 15 y 30% de los pacientes cuando presentan hemorragia incontrolada, perforación intestinal, o carcinoma colorrectal. La cirugía también está indicada en la CU aguda grave refractaria o que no responde al tratamiento.

CANCER DEL COLON



El cáncer colorrectal es un crecimiento incontrolado de las células del colon y/o del recto. La mayoría de los cánceres colorrectales comienzan como un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto, que recibe el nombre de pólipo.

CAUSA

- Edad: La mayor parte de los casos de cáncer de colon se localizan en personas entre los 65 y los 75 años y las personas entre 50 y 65 se consideran de riesgo intermedio.

- Dieta: El cáncer de colon parece estar asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra. En este sentido, actualmente se están llevando a cabo numerosas investigaciones.
- Herencia: En el cáncer de colon desempeña un importante papel la genética, ya que existe la posibilidad de que se transmita hereditariamente y predisponga a la persona a sufrir la enfermedad.
- Historial médico: Se ha demostrado que quienes tienen una mayor predisposición a padecer esta enfermedad son las personas que tienen o han tenido pólipos (crecimiento benigno) de colon o recto, colitis ulcerosa (enfermedad inflamatoria intestinal), cáncer de mama, útero u ovarios.
- Parientes de primer o segundo grado que también han tenido cáncer de colon.
- Estilo de vida: Existen ciertos factores que dependen del estilo de vida y que predisponen a la aparición del cáncer de colon, como, por ejemplo, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

CUADRO CLINICO

- Cambios en el ritmo intestinal.
- Sangre en las heces.
- Dolor o molestias abdominales.
- Pérdida de peso sin causa aparente, pérdida de apetito y cansancio constante.

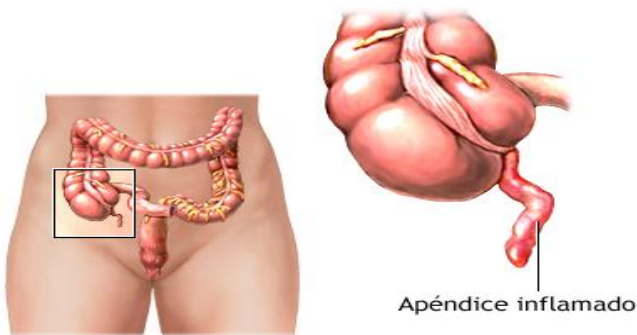
DIAGNOSTICO

- un test de sangre oculta en las heces que averigua si hay presencia de sangre o no.
- historia clínica, realizar una exploración física y un tacto rectal.

TRATAMIENTO

El tratamiento contra el cáncer de colon, por lo general, involucra cirugía para extirpar el cáncer. También se pueden recomendar otros tratamientos, como radioterapia y quimioterapia.

APENDICITIS



La apendicitis es la inflamación del apéndice, un tubo cerrado de tejido que se encuentra unido al intestino largo en la parte inferior derecha del abdomen. La inflamación puede ocurrir cuando el apéndice se infecta o bloquea con heces, con objetos foráneos o con un tumor.

CLASIFICACION

- Apendicitis catarral: Cuando ocurre la obstrucción de la luz apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el apéndice. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, el acúmulo de bacterias y la reacción del tejido linfóide.
- Apendicitis flemonosa: La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias.
- Apendicitis necrótica: Cuando el proceso flemonoso se vuelve intenso y se produce una distensión del tejido.
- Apendicitis perforada: En este caso, las perforaciones pequeñas pasan a ser grandes.

CAUSA

- Aumento de los tejidos linfáticos por infección viral o bacteriana.
- Obstrucción por otras circunstancias más complejas: tumores o lombrices intestinales.

CUADRO CLINICO

inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos.

DIAGNOSTICO

Se puede realizar un ultrasonido pélvico o abdominal. El ultrasonido es un tipo de examen por imágenes que usa ondas de sonido para crear imágenes del interior del abdomen y/o pelvis.

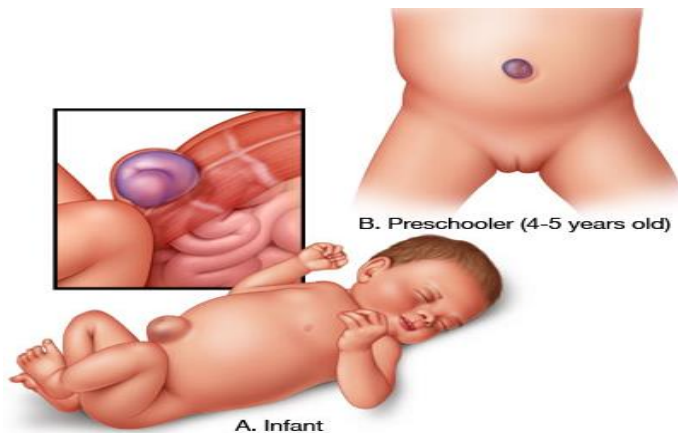
TRATAMIENTO

una apendectomía, o cirugía para remover completamente el apéndice. Sin embargo, en algunos pacientes, el apéndice puede romperse y llevar a la formación de un absceso, o colección de pus.

PREVENCIÓN

- Llevar una dieta rica en fibra, que facilitan un mayor movimiento en el proceso digestivo. Entre los alimentos recomendables se encuentran la mayoría de las frutas y verduras y, sobre todo, los cereales integrales.
- Evitar el estrés y mantener un descanso adecuado.

UMBILICAL



Es una protuberancia hacia afuera (protrusión) del revestimiento abdominal o de los órganos abdominales a través del área alrededor del ombligo.

CAUSAS

Las hernias umbilicales son comunes en los bebés, La mayoría de las hernias umbilicales no están relacionadas con ninguna enfermedad. Algunas hernias están asociadas con afecciones poco frecuentes, como el síndrome de Down.

SIGNOS Y SINTOMAS

Una hernia puede variar de ancho de menos de 1 centímetro (cm) a más de 5 cm. Se presenta una hinchazón blanda sobre el ombligo que protruye cuando el bebé está sentado,

llora o hace un esfuerzo. La protuberancia puede ser plana cuando el bebé está quieto y acostado boca arriba. Las hernias umbilicales generalmente son indoloras.

la aparición de un bulto a nivel umbilical que varía de tamaño (aumenta y disminuye) y, en la mayor parte de casos, la presencia de dolor en el ombligo y en la zona abdominal.

DIAGNOSTICO

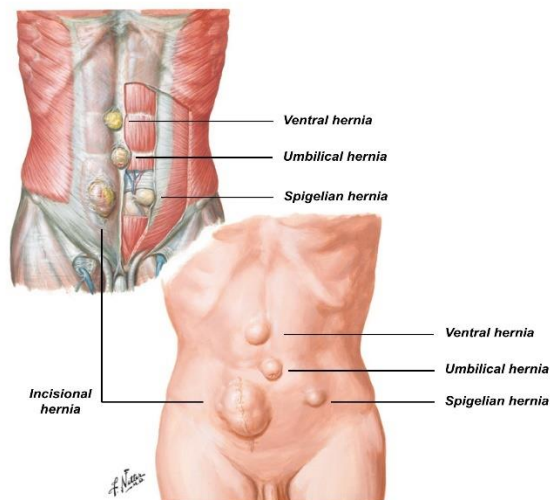
Los signos y síntomas de una hernia en el ombligo son tan evidentes y reconocibles que normalmente no hace falta otras pruebas. Sin embargo, en muy pocos casos, se hace necesario completar o afinar el diagnóstico de la hernia umbilical con una prueba de imagen como una Ecografía.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hernia umbilical en adultos es quirúrgico. En cuanto a las opciones de operación de la hernia en el ombligo, hay cirujanos que, si el orificio de la hernia mide menos de 1,5-2 cm de diámetro, prefieren suturarlo para cerrarlo sin más (herniorrafia). Solo utilizan una malla (además de la sutura) para reforzar la zona cuando este orificio es mayor de esos 2cm (hernioplastia).

Aunque no existe un consenso claro sobre este punto, en general, el uso sistemático de la malla de refuerzo disminuye la posibilidad de recidiva.

HERNIAS DE PARED ABDOMINAL



Una hernia de la pared abdominal es una protrusión o salida de un órgano interno o un tejido fuera de la cavidad abdominal a través de un orificio o área débil en la fascia.

Las hernias se encuentran entre las afecciones más antiguas registradas en el hombre y la mayoría de ellas ocurren en la región inguinal.

Las hernias de la pared abdominal son comunes, con una prevalencia de 1.7 % para todas las edades y de 4 % en personas mayores de 45 años. Las hernias inguinales son las más frecuentes y constituyen aproximadamente 75 % de todas las hernias de la pared abdominal, con un riesgo a lo largo de la vida de 27 % en los hombres y de 3 % en las mujeres.

CLASIFICACION

Hernia epigástrica: Este tipo de hernia se desarrolla a través de la entrada de los vasos y nervios perforantes de la línea blanca y la mayoría son asintomáticas. Generalmente son pequeñas y, en raras ocasiones, son muy voluminosas.

Las hernias umbilicales infantiles: son causadas por un trastorno del desarrollo. Durante la gestación, el contenido abdominal puede protruir a través de un anillo umbilical rudimentario y habitualmente regresa a la cavidad abdominal al término de la décima semana.

Las hernias postincisionales: se originan al perderse la continuidad del cierre de la aponeurosis. A diferencia de otras hernias de la pared abdominal, estas se consideran como yatrogénicas. Constituyen una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal.

CAUSA

- Esfuerzo en el inodoro (debido al estreñimiento prolongado, por ejemplo)
- Tos persistente
- Fibrosis quística
- Próstata agrandada
- Esfuerzo para orinar
- Sobrepeso u obesidad
- Fluido abdominal
- Levantamiento de objetos pesados
- Diálisis peritoneal
- Mala nutrición
- Consumo de tabaco
- Esfuerzo físico
- Testículos no descendidos

CUADRO CLINICO

- Dolor
- Náusea
- Vómitos
- El bulto no se puede regresar a su posición normal dentro del abdomen.

DIAGNOSTICO

Las hernias de la pared abdominal se diagnostican en ecografía al visualizar contenido abdominal desplazándose bien a través de un defecto en la pared abdominal o protruyendo debido a un adelgazamiento anormal de la misma.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las hernias es siempre quirúrgico y consiste en "reparar" el defecto, reduciendo la hernia y reforzando la pared abdominal bien con material de sutura o bien con una malla de material plástico, siendo esta última la opción más utilizada en nuestros días por su menor índice de recidivas.

BIBLIOGRAFIA

<http://www.barnaclinic.com/blog/patologia-pared-abdominal/hernia-umbilical/>

<https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2011/2011-vol22-n1-act1.pdf>

<https://www.cmed.es/cirugia-hernias-de-la-pared-abdominal.html>

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/apendicitis.html>

<https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=appendicitis>

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GRR.pdf>

<https://www.alimmenta.com/dietas/colitis-ulcerosa/>

