



**UNIVERSIDAD
OCOSINGO.**

DEL

SURESTE, CAMPUS

MATERIA: Patología 2

TRABAJO: patologías digestivas

TITULAR DE LA ASIGNATURA: Dr. Oscar Fabian González Sánchez

ALUMNA: Karen Uldarely Encino Hernández

CUATRIMESTRE: 6

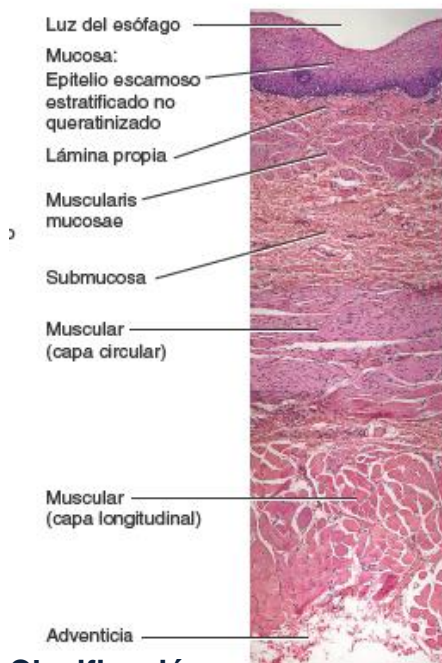
Ocosingo, Chiapas a 08 de julio,2020

Problemas esofágicos: cáncer de esófago

El cáncer de esófago es un tumor que se forma en los tejidos que revisten el esófago, el tubo muscular a través del cual los alimentos pasan desde la garganta al estómago.

Los dos principales tipos de cáncer de esófago son el carcinoma de células escamosas (carcinoma escamocelular) y el adenocarcinoma. El primero comienza en las células planas que forman el revestimiento interno del esófago, mientras que el adenocarcinoma comienza en las células que producen y liberan moco* y otros líquidos.

El esófago desde la profundidad hasta superficie esta son mucosa, submucosa, muscular y serosa.



Clasificación

Estadio	Definición
Estadio 0	El tumor se denomina carcinoma in situ, lo cual indica que afecta únicamente al epitelio* o que la exploración histopatológica* no mostró cáncer pero sí muestra displasia de alto grado. La displasia consiste en la organización desordenada de las células que revisten el esófago. El tumor no se ha diseminado a los ganglios linfáticos* ni a otras partes del cuerpo.
Estadio I	El tumor invade la pared esofágica más en profundidad. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo.
Estadio IA	El tumor invade la mucosa* (T1a) o la submucosa* (T1b).
Estadio IB	El tumor invade la capa muscular propia (T2).
Estadio II	El tumor invade la capa más profunda de la pared esofágica, llamada túnica adventicia, o ha afectado a 1 o 2 de los ganglios linfáticos cercanos. No se ha extendido a otras partes del cuerpo.
Estadio IIA	El tumor invade la túnica adventicia (T3). No hay diseminación del tumor a los ganglios linfáticos.
Estadio IIB	El tumor invade la mucosa (T1a), submucosa (T1b) o capa muscular propia (T2) y afecta a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.

Estadio III	<i>El tumor afecta a más de 2 ganglios linfáticos o ha comenzado a invadir los tejidos cercanos. No se ha extendido a otras partes del cuerpo.</i>
Estadio IIIA	<ul style="list-style-type: none"> – <i>El tumor invade la pleura*, el pericardio* o el diafragma* y no hay diseminación a los ganglios linfáticos o</i> – <i>El tumor invade la túnica adventicia y afecta a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos o</i> – <i>El tumor invade la mucosa, submucosa o capa muscular propia y afecta a 3 o 6 ganglios linfáticos cercanos.</i>
Estadio IIIB	<i>El tumor invade la túnica adventicia y afecta a 3 o 6 ganglios linfáticos cercanos</i>
Estadio IIIC	<ul style="list-style-type: none"> – <i>El tumor invade la pleura*, el pericardio* o el diafragma* y afecta a entre 1 y 6 los ganglios linfáticos o</i> – <i>El tumor invade los tejidos cercanos, como la aorta, una vértebra o la tráquea (vías respiratorias) independientemente de la afectación de los ganglios linfáticos o</i> – <i>Más de 6 ganglios linfáticos están afectados, independientemente de la invasión local del tumor.</i>
Estadio IV	<i>El tumor se ha diseminado a otras partes del cuerpo, independientemente de su invasión a nivel local y de la medida en que afecte a los ganglios linfáticos.</i>

Etiología

Del carcinoma escamocelular de esófago son las siguientes:

tabaquismo

alcohol

Ingesta de frutas y vegetales frescos baja: se ha observado un aumento del riesgo de carcinoma escamocelular en las personas que consumen cantidades insuficientes de frutas y vegetales.

Determinados trastornos médicos:

La acalasia aumenta el riesgo de aparición de carcinoma escamocelular. Esta enfermedad impide que el músculo que cierra la parte inferior del esófago se relaje correctamente. Puesto que la comida y los líquidos que se tragan se almacenan entonces en el esófago, la parte inferior se dilata.

Otras enfermedades raras, como la tilosis* y el síndrome de Plummer-Vinson* también aumentan el riesgo de carcinoma escamocelular del esófago.

adenocarcinoma esofágico son:

Esófago de Barrett: se denomina así a una situación en la cual el revestimiento con células normales de la parte interior del esófago se ve sustituido por unas células semejantes a otras que suelen encontrarse en el intestino. Este cambio de un tipo de células que suele hallarse en un órgano determinado a otro tipo de célula se denomina metaplasia.

Reflujo gastroesofágico: en ocasiones llamado «enfermedad de reflujo ácido», es un trastorno en el que el ácido gástrico refluye al esófago de forma regular.

La obesidad aumenta el riesgo de esófago de Barrett y de adenocarcinoma esofágico mediante diversos mecanismos. Esto se explica parcialmente por el aumento del riesgo de reflujo gastroesofágico, pero también hay una relación causal directa. El reflujo ácido es más frecuente e intenso en las personas obesas,

especialmente en los casos en los que la grasa se acumula en el abdomen en lugar de en muslos y caderas.

tabaco y el consumo de alcohol pueden aumentar el riesgo de adenocarcinoma, aunque el efecto es menor que en el carcinoma escamocelular.

Cuadro clínico

- dificultad para tragar (disfagia), hipo o devolución de comida desde el esófago
- pérdida de peso inexplicada
- dolor o molestias en garganta o espalda
- ronquera
- tos persistente
- vómitos o tos con sangre

diagnostico

exploración física: Esto incluye una exploración del abdomen y de los ganglios linfáticos* de cuello y axilas.

Exploración endoscópica: Durante una exploración endoscópica del tubo digestivo superior o esofagogastroscofia, consiste en pasar un tubo delgado, flexible y emisor de luz denominado endoscopio por la garganta del paciente hasta el estómago. Esto le permite ver el revestimiento interno del esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado. se observan zonas anómalas, pueden tomarse biopsias* (muestras de tejido)

ecografía endoscópica, durante la cual se introduce por la garganta al esófago una sonda de ecografía que ofrece imágenes de las diversas capas de la pared esofágica, además de los ganglios linfáticos* y otras estructuras cercanas (para determinar la diseminación del cáncer)

exploración radiológica

Examen histopatológico: Esto incluye la definición del tipo histológico* (bien escamocelular, si el tumor se compone de las células planas de revestimiento interno del esófago o adenocarcinoma, si consiste en las células que elaboran y liberan moco* y otros líquidos).

Tratamiento

Esto incluye la definición del tipo histológico (bien escamocelular, si el tumor se compone de las células planas de revestimiento interno del esófago o adenocarcinoma, si consiste en las células que elaboran y liberan moco y otros líquidos).

El tratamiento suele combinar métodos de intervención que:

actúan sobre el cáncer a nivel local, como intervención quirúrgica o radioterapia

actúan sobre las células cancerosas en todo el cuerpo, mediante un tratamiento sistémico* como la quimioterapia.

Del estadio 0 al III

1. El tumor se considera operable: La intervención quirúrgica es el tratamiento recomendado. Se extirpará la parte del esófago que contiene el tumor.

2. En el estadio III: Dependiendo de la extensión y del estadio del tumor, puede administrarse quimioterapia* antes y después de la operación, o puede administrarse una combinación de quimio y radioterapia* antes de la operación. Esta estrategia pretende reducir el tamaño del tumor y eliminar las células cancerosas que no podrán ser extirpadas con la intervención quirúrgica, de forma que se mejoren los resultados de la operación.
3. Terapia adyuvante: Una terapia adyuvante es un tratamiento que se administra además del tratamiento principal que, en este caso, es la extirpación del tumor mediante una intervención quirúrgica. La quimioterapia antes de la operación y, si es posible, después de ella es el tratamiento estándar.
4. Quimioterapia es el uso de fármacos con el objetivo de eliminar las células tumorales o limitar su crecimiento. Cuando se administra antes de la operación quirúrgica, la intención es reducir el tamaño del tumor y facilitar su extirpación mediante cirugía. Los fármacos utilizados para tratar el adenocarcinoma son cisplatino*, fluorouracilo* y, posiblemente, epirrubicina*.
5. La quimiorradiación* es la combinación de quimio y radioterapia paralelamente de acuerdo a un esquema específico. Quimioterapia es el uso de fármacos que pretenden eliminar las células tumorales o limitar su crecimiento. La radioterapia pretende eliminar las células cancerosas usando la radiación dirigida específicamente a la zona del tumor

El cáncer se considera inoperable cuando:

Para aquellos pacientes que no se encuentren lo suficientemente bien o que no estén dispuestos a someterse a una operación quirúrgica, la quimiorradiación* es más eficaz que la radioterapia* por sí sola. El tratamiento siempre se discutirá en un equipo multidisciplinar*. Los fármacos que suelen utilizarse son cisplatino* y 5-fluorouracilo.

Tratamiento para enfermedad metastásica* (estadio IV)

El tumor es de tipo escamocelular o adenocarcinoma, y se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como pulmones o hígado, independientemente de la invasión local del tumor y la afectación de los ganglios linfáticos.

Tratamiento local:

Braquiterapia es un tipo de radioterapia* en el que se coloca un material radioactivo directamente en el tumor o cerca de él. Debido a la localización cercana con respecto al tumor y a la corta distancia que debe viajar la radiación, pueden administrarse dosis de radiación más elevadas que en la radioterapia externa, que usa radiación procedente del exterior del cuerpo y dirigida a la zona del tumor. Esta estrategia puede aliviar las molestias y dificultades para la deglución (para tragar) en los pacientes con cáncer metastásico de esófago, y ha demostrado producir mejores efectos a largo plazo y menos efectos nocivos que la colocación de un stent. Un stent es un tubo metálico colocado en el interior del esófago para impedir

que sea bloqueado por el crecimiento del tumor y, con ello, permitir el paso de los alimentos.

Tratamiento sistémico:

Un tratamiento sistémico tiene el objetivo de actuar en todas las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo. La quimioterapia* es el principal tipo de tratamiento sistémico. En contraposición al tratamiento local, como la cirugía o la radioterapia*, que actúa sobre las células cancerosas en una zona definida.

La quimioterapia puede contribuir a reducir los síntomas y debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes en buen estado de salud y general.

Complicaciones:

Obstrucción del esófago

Dolor. El cáncer esofágico avanzado puede provocar dolor. sangrado esofágico. El cáncer esofágico puede provocar sangrado. Si bien el sangrado, por lo general, es gradual, en ocasiones puede ser repentino e intenso.

Prevención

Evitar el consumo de alcohol

Evitar el consumo de tabaco

Alimentación, peso corporal

Realizar actividad física

Tratar enfermedades que pudieran ser un factor de riesgo para desarrollar el cáncer de esófago

Gastritis

Se define gastritis, como la inflamación aguda o crónica de la mucosa gástrica.

Clasificación

GASTRITIS AGUDA

Puede ser debida a causas exógenas o endógenas. Las causas exógenas se resumen en: alimentarias; tóxicas; por radiación; cáusticas; alérgicas; infecciosas (bacteriana o viral), por irritantes, mecánicas y térmicas; y flegmonosa o supurativa. Las causas endógenas de la gastritis aguda son: metabólicas (uremia); por enfermedades sistémicas (EPOC, colagenosis); y por enfermedades graves (politraumatismos, choque).

Cuadro clínico

Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar manifestaciones clínicas leves y moderadas como epigastralgia, anorexia, mareos y vómitos. En niños debilitados, puede haber deshidratación y choque en caso de vómitos intensos.

GASTRITIS HEMORRÁGICA

Es una forma especial y frecuente de gastritis aguda, a menudo grave. Hay presencia de lesiones agudas sobre la mucosa gástrica (LAMG), con erosiones y úlceras múltiples superficiales agudas de la mucosa gástrica extendidas por del cuerpo y el antro junto a zonas de mucosa congestiva y con pequeñas petequias.

Etiología

Puede ser debida a. uso de ácido acetilsalicílico y sus derivados; a los AINEs; a quemaduras (úlceras de Curling); a lesiones del SNC (úlceras de Cushing); por politraumatismo; por otros fármacos potencialmente gastroerosivos; y en algunas ocasiones no tiene una causa conocida

GASTRITIS CRÓNICA

Es la inflamación crónica e inespecífica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple, con mecanismos patogénicos diversos. Su evolución es progresiva, por lo cual algunas lesiones inflamatorias superficiales de la mucosa gástrica pueden terminar en atrofia.

Etiología y patogenia: Los factores etiológicos y patogénicos son múltiples; pueden agruparse en infecciosos, irritantes químicos, inmunológicos y genéticos. En cuanto a la etiología infecciosa, varios gérmenes pueden causar la gastritis crónica siendo el más frecuente el Hp.

GASTRITIS CRÓNICA POR HELICOBACTER PYLORI

El Hp, es un bacilo espirilado gram negativo, microaerófilo y flagelado, móvil y no esporulado con potente actividad ureásica que cataliza la hidrólisis de urea en amonio y CO₂, además coloniza la mucosa gástrica o las áreas de metaplasia gástrica.

Cuadro clínico

Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar manifestaciones clínicas leves y moderadas como epigastralgia, anorexia, mareos y vómitos. En niños debilitados, puede haber deshidratación y choque en caso de vómitos intensos.

Manifestaciones clínicas: Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, sino atribuibles a ella, como es la presencia de ardor, dolor o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náusea, distensión abdominal

Diagnostico

Hallazgos endoscópicos: Los signos endoscópicos asociados a esta entidad incluyen edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos

Exámenes de laboratorio: Las pruebas de laboratorio pueden usarse para determinar algunas causas de gastritis.

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

- Antagonistas de los receptores H₂ (cimetida, ranitidina o famotidina)
- Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol)
- Tratamiento dietético y postural
- Antiácidos (hidróxido de aluminio y el hidróxido de magnesio)

Tratamiento no farmacológico

- No acostarse hasta 2 o 3hrs después de comer
- Elevar la cabecera de la cama

- Reducir el consumo de grasa
- Disminuir ingestión de café, té, alcohol, y bebidas cola
- Disminuir ingestión de chocolate y dejar de fumar

Complicaciones

Hemorragia y perforación

Prevención

Evitar el consumo de AINES

Tomar líquidos a temperatura ambiente

Evitar comer irritantes

No consumir alcohol

Evitar el consumo de tabaco

Úlcera gástrica

La úlcera péptica es una enfermedad de origen multifactorial que se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por la lesión localizada y en general solitaria de la mucosa del estómago o del duodeno y que se extiende, como mínimo, hasta la muscularis mucosae

etiología

La mayoría de casos de úlcera péptica dependen de la infección por bacteria helicobacter pylori, en otros casos del consumo de antiinflamatorios no esteroideos y en casos excepcionales de altos niveles de ácido. El tabaco y los factores psíquicos estarían en segundo plano. Finalmente, algunos casos raros de enfermedad serían condicionados genéticamente.

Cuadro clínico

El principal síntoma de la úlcera péptica es la molestia o dolor urente localizado en epigastrio que aparece entre media y 3 horas después de la ingesta y suele aliviarse con alcalinos o con una nueva ingesta. Puede despertar al paciente por la noche. Estas molestias afectan al paciente por temporadas más o menos largas y con períodos libres de molestias.

Bastantes pacientes debutan con una complicación, especialmente con una hemorragia; en algunas series hasta el 70% de los pacientes con hemorragia no había presentado previamente síntomas dolorosos. Las úlceras silentes son frecuentes en ancianos y más si están tomando AINE.

Además del dolor, otros síntomas del paciente ulceroso son náuseas, vómitos, anorexia, y modificaciones del peso corporal.

Diagnostico

Endoscopia

Permite detectar más del 95% de las úlceras pépticas y además permite obtener muestras biópsicas y citología lo cual permite el diagnóstico diferencial con el cáncer gástrico. Un 5% de las lesiones malignas gástricas ofrecen aspecto endoscópico de benignidad y esto significa que es obligado obtener entre 4-8 muestras de bordes y fondo de la lesión

Radiología

Puede demostrar hasta un 80-90% de los nichos ulcerosos con técnica meticulosa y doble contraste

tratamiento

El objetivo va a ser lograr la curación definitiva de la enfermedad. La mayoría de las úlceras están asociadas a *Helicobacter pylori* y es obligado entonces intentar erradicar la infección ya que así conseguimos la curación definitiva de la enfermedad y por tanto estamos consiguiendo cambiar el curso de la enfermedad al evitar la recidiva. Cuando la úlcera está causada por un AINE debemos intentar suprimir esta terapéutica, aunque esto es a veces imposible por suponer una disminución en la calidad de vida del paciente.

Medidas generales

La alimentación puede ser libre ya que no hay fundamentos científicos para imponer algún tipo de dieta; sólo hay que restringir los alimentos que según la experiencia del paciente le producen repetidamente síntomas. Por la misma razón pueden consumir café o alcohol de forma moderada.

Debemos recomendar el abandono del hábito tabáquico:

Los AINE deben ser utilizados de forma restrictiva y en caso de ser necesarios hay que realizar tratamiento concomitante con fármacos antiulcerosos ya que así reducimos el riesgo de reagudizaciones o complicaciones graves.

Fármacos

Bloqueadores H₂: son fármacos antisecretores cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir de forma reversible la acción de la histamina sobre el receptor H₂ de la célula parietal gástrica. Se incluyen en este grupo la cimetidina (en desuso), la ranitidina, famotidina, roxatidina y la nizatidina. Han demostrado ser eficaces y seguras en la cicatrización de las lesiones ulcerosas así como en la disminución de las recidivas si se administran de forma continua. En cuatro semanas consiguen cicatrizar el 80-85% de las úlceras duodenales y el 70-75% de las úlceras gástricas.

Complicaciones

Por orden de frecuencia están la hemorragia (con mucho la complicación más frecuente en la práctica clínica), la perforación y penetración a órganos vecinos y la estenosis pilórica.

Prevención

Debemos conseguir un uso racional de los antiinflamatorios no esteroideos mediante unas indicaciones correctas, utilizando las dosis mínimas eficaces y evitando las asociaciones.

En cuanto a la prevención de la infección por *H. Pylori* no se conocen bien los mecanismos de transmisión. Los presumibles avances en la vacunación podrían provocar un cambio en la epidemiología de la úlcera péptica. Las vacunas que se están experimentando tienen un doble efecto, preventivo al evitar nuevas infecciones

y terapéutico al curar infecciones ya presentes.

Cáncer de estomago

El cáncer de estomago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, en las formas metastásicas, las celas tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera penetrar la circulación sanguínea para diseminarse a otras partes del cuerpo .

Clasificación

(AJCC). Clasificación para Carcinoma de Estómago

Tumor primario (T)

TX	No puede determinarse tumor primario
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión a la lamina propia
T1	El tumor invade lamina propia o submucosa
T2	El tumor invade muscular propia o subserosa †
T2a	El tumor invade muscular propia
T2b	El tumor invade subserosa
T3	El tumor penetra serosa (peritoneo visceral) sin invasión a estructuras adyacentes
T4	El tumor invade estructuras adyacentes (bazo, colon transverso, hígado, diafragma, páncreas, pared abdominal, glándula adrenal, riñón, intestino delgado y retroperitoneo. La extensión intramural a duodeno o esófago se clasifica por la profundidad de invasión mayor a alguno de esos sitios, incluyendo el estómago).

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX	No pueden determinarse ganglios regionales
N0	No hay metástasis linfáticas regionales §
N1	Metástasis en 1 a 6 ganglios linfáticos regionales
N2	Metástasis en 7 a 15 ganglios linfáticos regionales
N3	Metástasis en más de 15 ganglios linfáticos regionales

Metástasis a distancia (M)

MX	No pueden determinarse metástasis a distancia
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Grado histológico (G)

GX	No puede determinarse el grado
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Poco diferenciado
G4	Indiferenciado

Agrupamiento por etapas

Etapa 0	Tis	NO	MO
Etapa IA	T1	NO	MO
Etapa IB	T1	N1	MO
	T2a/b	NO	MO
Etapa II	T1	N2	MO
	T2a/b	N1	MO
	T3	NO	MO
Etapa III A	T2a/b	N2	MO
	T3	N1	MO
	T4	NO	MO
Etapa III B	T3	N2	MO
Etapa IV	T4	N1-3	MO
	T1-3	N3	MO
	Cualquier T	Cualquier N	M1

* Usado con permiso del American Joint Committee

Clasificación del estado funcional (ECOG)	
ECOG 0.	El paciente encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1.	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas. El paciente solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2.	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que lo obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, pero no supera el 50 % del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades solo.
ECOG 3.	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
ECOG 4.	El paciente permanece encamado el 100 % del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria.
ECOG 5.	El paciente se encuentra moribundo o morirá en horas.

Etiología

En el caso del cáncer se desconoce bien que es lo que lo causa, pero si hay factores de riesgo que pudieran desencadenar el cáncer.

La edad mayor a 55 años y el sexo masculino. (alimentación ahumados) con el cáncer de estomago

El tabaco es un factor de riesgo independiente para el cáncer gástrico, presentando una dosis dependiente.

Los pacientes con infección H. pylori, gastritis atrófica severa, gastritis predominante en el cuerpo del estómago, y/o metaplasia intestinal tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago.

Cuadro clínico:

Los pacientes con cáncer de estómago, pueden ser asintomáticos, en etapas avanzadas la sintomatología puede ser: saciedad temprana, nausea, vómitos persistentes, sangrado y anemia.

Disfagia, pérdida de peso, anorexia

Pacientes con datos de dispepsia.

Diagnostico

Exámenes de laboratorio y gabinete

La endoscopia flexible gastrointestinal con toma de biopsia es el procedimiento de elección para el diagnóstico con sospecha de cáncer gástrico. A los pacientes a quienes se les realiza el diagnóstico de cáncer gástrico por primera ocasión, se deberá realizar con fines de estadificación, historia clínica y examen físico complementario, así como endoscopia completa del trato gastrointestinal alto, citometría hemática completa, química sanguínea, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, TAC torácica, TAC abdominal, TAC o USG de pelvis en las mujeres y prueba de detección de *h. pylori*

Tratamiento

El tratamiento es multidisciplinario y aplicado conforme a la estadificación, una vez que se corrobore el diagnóstico.

La mucosectomía se recomienda realizar endoscópicamente cuando el médico endoscopista cuente con la experiencia suficiente en el procedimiento en lesiones menores de 30mm.

La cirugía para el adenocarcinoma gástrico debe tener como objeto principal obtener una resección completa con márgenes adecuados.

La QT (fluorouracilo y leucovorin)-RT (45Gy) debe emplearse en pacientes con cáncer gástrico T2a T4 con o sin signos ganglios positivos, que se trataron de manera inicial con cirugía

La quimioterapia perioperatoria con EFE se debe emplear en los pacientes con adenocarcinoma gástrico.

Se recomienda quimioterapia con triple agente (epirrubicina o docetaxel, cisplatino y fluorouracilo) en pacientes con etapa avanzada y estado funcional de 0 o 1.

No se recomienda un tratamiento de quimioterapia de segunda línea como estándar

La cirugía paliativa debe ser considerada en aquellos pacientes con enfermedad avanzada pero sin carcinoma avanzado.

Prevención

Evitar el consumo de tabaco

Se recomienda el consumo de frutas y vegetales que contengan vitamina C

Se recomienda no consumir mucha sal en los alimentos

Apendicitis aguda

es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

Etiología

La apendicitis constituye una versión de una diverticulitis, en la cual el apéndice representa un largo divertículo con una luz estrecha. Existe una relación temporal

entre la apendicitis y la aparición y el desarrollo de folículos linfáticos submucosos alrededor de la base del apéndice.

Cuadro clínico

El cuadro clínico clásico de apendicitis 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 (generalmente en 2 ocasiones). Puede haber fiebre de 38° C o más. El dolor se incrementa al caminar y al toser.

Diagnóstico

la exploración física se encuentran datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), defensa y rigidez muscular involuntaria, punto de McBurney, signo de Rovsing, signo de Psoas, signo del Obturador, signo de Summer, signo de Von Blumberg, signo de talopercusión, signo de Dunphy).

La fórmula blanca reporta leucocitosis con neutrofilia y en ocasiones bandemia.

- En todos los pacientes que presenten SOLO una de las 2 primeras manifestaciones cardinales: a) dolor (que migre de la región periumbilical a CID o con localización inicial en CID) o manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales); deberá solicitar fórmula blanca, examen general de orina y si es del género femenino prueba inmunológica de embarazo.

- En urgencias un adulto mayor con dolor abdominal agudo o subagudo su evaluación

inicial debe incluir examen general de orina, biometría hemática, electrolitos séricos, creatinina, placas simples de abdomen y tórax

- El hallazgo habitual en pacientes pediátricos con apendicitis es una leucocitosis por

arriba de 15,000 cel/ mm³ con predominio de neutrofilia. Los datos sugestivos de infección de vías urinarias en el examen general de orina es la presencia de mas de 20 leucocitos por campo de alto poder o nitritos positivos

EXÁMENES DE IMAGEN

- Adultos mayores con cualquiera de las 3 manifestaciones cardinales (dolor característico, manifestaciones de irritación peritoneal, datos de respuesta inflamatoria) solicitar tomografía axial computarizada.

- Niños con cualquiera de las 3 manifestaciones cardinales (dolor característico, manifestaciones de irritación peritoneal, datos de respuesta inflamatoria) solicitar ultrasonido. Si los resultados del ultrasonido son indeterminados o no se logró visualizar el apéndice indicar TAC.

- Pacientes con dolor abdominal agudo periumbilical o en cuadrante inferior derecho con sospecha o diagnóstico de embarazo realizar ultrasonido obstétrico para confirmar embarazo y edad gestacional. De confirmarse la gestación requiere valoración inmediata en conjunto por médico Cirujano y Obstetra

- La ultrasonografía tiene una sensibilidad de 86% para el diagnóstico de apendicitis aguda, por seguridad es el método ideal a utilizar en la paciente embarazada

principalmente durante el primero y segundo trimestre aunque se limita durante el tercer trimestre por el crecimiento uterino.

Tratamiento

A pesar de la elevada frecuencia de la apendicitis, existen controversias sobre el mejor manejo terapéutico clínico de esta enfermedad. Una vez hecho el diagnóstico de apendicitis aguda, existe consenso en que el paciente debe recibir:

Fluidos endovenosos en cantidad adecuada en relación a su estado de hidratación.
Analgésicos endovenosos.

Hernia

Una hernia interna se define como aquella protusión de una víscera a través de una apertura peritoneal o mesentérica, dentro de la cavidad peritoneal, que conduce a su encapsulación dentro de un compartimento en el interior de la cavidad abdominal.

Clasificación

Se pueden clasificar en dos grandes grupos: las que protuyen a través del peritoneo, y aquellas que lo hacen a través del epiplón o mesenterio. También se podrían clasificar en abdominales y retroperitoneales.

Etiología

es multifactorial La menor resistencia muscular por una inserción alta del tendón conjunto o por alteración biológica también es un factor predisponente. El músculo, sus fascias y ligamentos son un tejido dinámico

Cuadro clínico

Dado que la herniación suele ser intermitente, en muchas ocasiones los pacientes permanecen asintomáticos durante gran parte de su recurrente, de localización periumbilical, como un disconfort acompañado de una sensación de distensión, náuseas y vómitos, especialmente después de una comida copiosa.

Los síntomas pueden modificarse en función de la posición del paciente. En el caso extremo, la clínica progresa hasta alcanzar los síntomas y signos típicos de una obstrucción intestinal completa. Muchos pacientes pueden haber sido vistos en varias ocasiones por diferentes especialistas por el dolor crónico, descartando otras enfermedades como el reflujo gastroesofágico, gastritis y patología biliar, y etiquetándose de «neuróticos». Debe sospecharse una hernia interna en todo paciente con signos de obstrucción intestinal, en ausencia de enfermedad inflamatoria intestinal, hernia externa o cirugía previa

diagnostico

leucocitosis mayor de 18 000/

mm³ y desviación izquierda en la fórmula >6 %.

Otros factores predictivos publicados han sido la edad mayor de 70 años, presencia de shock (taquicardia >90p/min), hipotermia, sangrado rectal y la presencia de rigidez abdominal. Una

historia de dolor crónico intermitente es indicador negativo de complicación.

b) Radiológico

Dependerá del momento en el que se realice la exploración. Un paciente con hernia intermitente puede presentar estudios de imagen totalmente normales cuando está asintomático, mientras que en el momento agudo de la herniación puede mostrar un encapsulamiento del intestino delgado en la parte superior.

En ocasiones, la tomografía puede mostrar unas imágenes más definidas y ofrecer un diagnóstico exacto del origen de la lesión.

Tratamiento

quirúrgico. El procedimiento preferible dependerá de los cambios anatómicos, del riesgo del paciente, de la experiencia del cirujano y su facilidad o acceso técnico. Una adecuada resucitación (hidratación intensa) y descompresión nasogástrica son primordiales para reducir la morbimortalidad, antes de plantear la laparotomía. Es preciso un cuidadoso examen de la cavidad para identificar las estructuras que participan de la obstrucción y valorar la presencia de isquemia, necrosis, perforación y contaminación

complicaciones

La complicación más frecuentemente asociada a las hernias internas es su mortalidad, que puede alcanzar el 30-50 % de los casos según Cruz (2006). Por ello, ante cualquier paciente portador de un síndrome oclusivo de intestino delgado debe descartarse siempre la posibilidad de una hernia interna como posible origen del cuadro.