

**NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL
LÓPEZ SANTIZ.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: DR. FABLÁN
GONZÁLEZ SÁNCHEZ.**

**NOMBRE DEL TRABAJO: PATOLOGÍAS
URINARIAS Y RENALES .**

MATERIA: PATOLOGÍA DEL ADULTO.

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 24 DE JULIO 2020.

PIELONEFRITIS



DEFINICION

El término pielonefritis denota inflamación de la pelvis renal y del riñón. es una infección del parénquima renal, más frecuente en mujeres que en hombres.

CLASIFICACION

Se clasifica en complicada o no complicada según la presencia de riesgos de microorganismos resistentes, alteraciones hemodinámicas o un trastorno anatómico o funcional de la vía urinaria que puede influir en la respuesta al tratamiento y en la evolución.

*No Complicada: infección afebril en un paciente sin alteraciones estructurales o funcionales del aparato urinario.
*Complicada: pielonefritis o prostatitis o con alteraciones estructurales o funcionales renales (cálculos, enfermedad renal quística, obstrucción, anomalías anatómicas, vejiga neurógena, cuerpos extraños, diabetes, embarazo, trasplante renal).

ETIOLOGIA

La pielonefritis es una infección urinaria se define como la presencia de gérmenes en la orina. Habitualmente son bacterias (bacteriana) y excepcionalmente, hongos (micótica) o virus (vírica). La causa principal de la pielonefritis es el ascenso de microorganismos a través de los uréteres procedentes de la

PREVENCION

*Consumir mucho líquido puede ayudar a limpiar las bacterias de los riñones y la vejiga
*Para las personas que tienen episodios de pielonefritis recurrentes, tomar antibióticos a largo

CUADRO CLINICO

La PNA no complicada es la consecuencia de infección ascendente desde el tracto urinario inferior. La infección y el proceso inflamatorio se extienden al sistema pielocalicial y al parénquima medular renal. El cuadro clínico puede caracterizarse por manifestaciones de cistitis (PNA "subclínica" en un 30-50 % de los casos de la cistitis no complicada) hasta una sepsis urológica. En los casos típicos aparecen dentro de las primeras 24 h: dolor en la región lumbar de diversa intensidad, malestar, escalofríos y fiebre. Puede acompañarse de disuria, náuseas y vómitos.

DIAGNOSTICO

Se detecta en los urocultivos P. mirabilis o E. coli. Se obtienen imágenes por TC para detectar cálculos u otras obstrucciones. Las imágenes muestran una masa avascular con un grado variable de extensión alrededor del riñón.

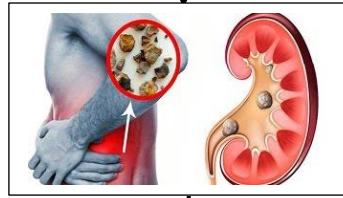
TRATAMIENTO

Tratamiento debe basarse en el resultado del urocultivo y prolongarse 10-14 días. Iniciar tratamiento empírico hasta obtener el resultado del cultivo. Pacientes con síntomas leves, en buen estado general y que cumplen las recomendaciones médicas: se pueden tratar ambulatoriamente.
*Fármacos de elección: fluoroquinolonas VO durante 7-10 días (p. ej. ciprofloxacino 500 mg 2 x d o levofloxacino 500 mg x 1 d).
*Fármacos alternativos (si no es posible utilizar un fármaco de elección) VO durante 10-14 días: cefpodoxima 200 mg 2 x d, ceftibuteno 400 mg 1 x d, cotrimoxazol 960 mg x 2 d, amoxicilina con ácido clavulánico 1,0 g x 2 d.

COMPLICACION

Existencia de un daño renal permanente (puede producir una insuficiencia renal crónica), el desarrollo de un absceso renal (acúmulo de pus en el riñón), o la aparición de una sepsis, que es una causa potencial de muerte, especialmente en pacientes ancianos.

LITIASIS RENAL



DEFINICION

La litiasis renal se define por la presencia en las vías urinarias de cálculos que se forman a consecuencia de la precipitación de las sustancias químicas contenidas en la orina, cuando su concentración excede el límite de solubilidad.

Es una enfermedad caracterizada por la aparición de cálculos en el aparato urinario

CLASIFICACION

Se pueden clasificar según la composición de los cálculos o según la anomalía metabólica responsable de su formación. Por otra parte, las anomalías metabólicas pueden clasificarse de forma sencilla en dos tipos: aquellas que favorecen la formación de cristales cuando están en situación de sobresaturación urinaria (calcio, ácido úrico, oxalato, y cistina) y aquellas que la favorecen en caso de déficit de inhibidores de la cristalización

ETIOLOGIA

La urolitiasis es un cuadro complejo en el que intervienen factores genéticos y ambientales, especialmente dietéticos. Las causas más frecuentes de formación de cálculos son las alteraciones metabólicas primarias (hipercalciuria, hiperuricosuria, hipocitrauria, hiperoxaluria)

CUADRO CLINICO

La manifestación típica es el cólico renal, que es un dolor en la región lumbar, que se extiende a la sínfisis púbica, genitales externos y cara interna de los muslos. En caso de obstrucción uretral se desarrolla dolor suprapúbico. El dolor aparece cuando el cálculo pasa forzosamente por el uréter con la luz estrecha. Pueden presentarse también náuseas y vómitos, tenesmo y polaquiuria, escalofríos y fiebre (con ITU acompañante), incluso hipotensión y síncope (en casos con dolor muy fuerte), a veces hematuria.

DIAGNOSTICO

*Se diagnostican mediante exploración física por los síntomas del cólico renal, junto con dolor de la zona lumbar e ingle o dolor en la zona de los genitales, sin una razón aparente.
*Los análisis microscópicos de la orina pueden revelar la presencia de sangre o pus, así como también pequeños cristales que forman el cálculo.
*Otras pruebas diagnósticas que se realizan son: radiografía de abdomen, urografía endovenosa, urografía retrógrada, ecografía abdominal y tomografía computarizada.

TRATAMIENTO

Los tratamientos se plantean según las distintas situaciones clínicas: manejo médico del cólico renal y terapia expulsiva para resolución espontánea del cuadro; manejo quirúrgico, cuyas técnicas más frecuentes son la nefrolitotomía o ureterolitotomía endoscópica rígida o flexible, litotricia extracorpórea (LEC), nefrolitotomía percutánea (NLP).

COMPLICACION

A largo plazo, la litiasis renal puede dar lugar a:
*Pérdida de función renal.
*Pielonefritis xantogranulomatosa.
*Carcinoma epidermoide.
*Pérdida de función renal

PREVENCION

*Aumentar la ingesta de líquidos (diuresis diaria ≥ 2 l).
*Limitar el consumo de alimentos que contienen componentes de cálculos urinarios
*Limitar el consumo de sal a <6 g/d (debido al efecto calciurético de sodio en la mayoría de las formas de nefrolitiasis) y de proteínas animales distintas a las lácteas (puesto que la dieta rica en proteínas animales reduce la pH de la orina y disminuye la excreción de citratos con la orina).

CANCER RENAL



DEFINICION

El cáncer de células renales (también llamado cáncer de riñón o adenocarcinoma renal) es una enfermedad en la que se encuentran células malignas o cancerosas que se originan en el revestimiento de los túbulos del riñón (en la corteza renal).

CLASIFICACION

- *Carcinoma de células claras: Las células claras pueden tener un crecimiento que varía de lento hasta rápido.
- *Carcinoma papilar: Se divide en dos subclases: tipo 1 y tipo 2 (este último de comportamiento más agresivo).
- *Carcinoma cromóforo y oncocitoma: Este último es de crecimiento muy lento y rara vez tiene capacidad para diseminarse.
- *Carcinoma de los conductos colectores: se comporta de modo similar al carcinoma de células transicionales de vejiga y vías urinarias
- *Variante sarcomatoide: Puede coexistir con cualquiera de los subtipos anteriores y conlleva un comportamiento más agresivo del tumor por su crecimiento más rápido.

ETIOLOGIA

El cáncer de células renales se presenta más frecuentemente de forma esporádica (sin antecedentes familiares) y raras veces forma parte de un síndrome hereditario (5% de los casos). Entre los factores etiológicos se incluyen algunos del estilo de vida, como el tabaquismo, la obesidad y la hipertensión. El consumo de cigarrillos es un factor de riesgo definido para el CCR.

CUADRO CLINICO

El carcinoma de células renales se asocia con una gran variedad de signos y síntomas, lo cual hace más difícil el diagnóstico. Muchos pacientes no experimentan síntoma alguno hasta que la enfermedad se ha extendido a otros órganos. Se ha descrito como típica la asociación de hematuria (sangre en la orina), masa y dolor en costado, La anemia (descenso en cifras de Hemoglobina), fiebre y pérdida de peso son relativamente frecuentes en este tipo de tumores. Menos frecuentes son la policitemia (aumento en la cifra de hemoglobina) y la hipercalcemia (esta última debe obligarnos a descartar una extensión del tumor a los huesos).

DIAGNOSTICO

- *Exploración física y antecedentes
- *Analítica de sangre
- *Analítica de orina
- *Ecografía abdominal:
- *TAC (Tomografía Axial Computerizada) con contraste
- *RNM (Resonancia Nuclear Magnética)
- *Arteriografía renal:
- *Biopsia o punción-aspiración con aguja fina (PAAF)

TRATAMIENTO

El tratamiento recomendado del CR depende de una variedad de factores como: tamaño y localización del tumor, diseminación local o a distancia, función renal, comorbilidades y estado funcional del paciente. El tratamiento quirúrgico (Nefrectomía parcial o total) es la única opción de tratamiento curativo del CR. Tratamientos sistémicos:

- *Inmunoterapia
- *Antiangiogénicos
- *Inhibidores mTOR
- *Quimioterapia
- *Radioterapia paliativa
- *Bifosfonatos

COMPLICACION

Los tumores malignos tienden a extenderse hacia los vasos sanguíneos y linfáticos y formar metástasis, principalmente en los ganglios linfáticos, el pulmón y los huesos y más infrecuentemente en el hígado y el cerebro. Incluso la muerte.

PREVENCION

Fomentar los cambios en el estilo de vida para disminuir los factores de riesgo del CR tales como:

- *Obesidad
- *Tabaquismo
- *una dieta con alto contenido de frutas y verduras y bajo contenido de grasa

INFECCION URINARIO (IVU, ITU)



DEFINICION

La infección del tracto urinario consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Se denomina pielonefritis si afecta al riñón y a la pelvis renal; cistitis si implica a la vejiga; uretritis si afecta a la uretra, y prostatitis si se localiza en la próstata.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Por su localización

Infecciones inferiores

- *Cistitis
- *Uretritis.
- *Prostatitis.

Infecciones superiores o de vías altas

- *Pielonefritis aguda.
- *Nefritis bacteriana aguda focal o difusa.
- *Absceso intrarrenal.
- *Absceso perinéfrico

ETIOLOGIA

Las bacterias que generalmente producen IVU son Gram negativas de origen intestinal. De estas, *Escherichia coli* (*E. coli*) representa 75-95%; el resto es causado por *Klebsiella sp*, *Proteus sp* y *Enterobacter sp*. Es mas frecuente en mujeres

CUADRO CLINICO

Los síntomas clásicos de la IVU son (disuria, polaquiuria, urgencia miccional) en sexo femenino se presenta purito o flujo vaginal, puede presentar fiebre, dependiendo de la gravedad de la enfermedad puede acompañarse de nauseas, vomito, escalofrío o dolor abdominal.

DIAGNOSTICO

- *El diagnóstico de las IVU no complicadas se realiza con base en el cuadro clínico.
- *La sospecha de IVU debe confirmarse mediante la realización de un examen general de orina (EGO) y urocultivo
- *Cuando se sospeche de litiasis, la tomografía de abdomen simple y contrastada, y la urografía excretora, son los estudios que deben realizarse.

TRATAMIENTO

- En las IVU no complicadas, el tratamiento inicial puede ser empírico y basado siempre en la sensibilidad local. En los pacientes con IVU complicada, se inicia el tratamiento empírico, siempre basado en la sensibilidad local a antimicrobianos, e incluyendo a las especies de *Pseudomonas*.
- La población adulta, la elección del antibiótico empírico se basa, sobre todo, en las tasas de resistencia de aislamientos en la comunidad. En los últimos años se ha observado un incremento importante en la resistencia de *E. coli* para ampicilina, amoxicilina, trimetoprima-sulfametoxazol y quinolonas (en las que se incluye el ácido nalidíxico)
- En embarazadas se ha recomendado el uso de nitrofurantoína, fosfomicina y cefalosporinas

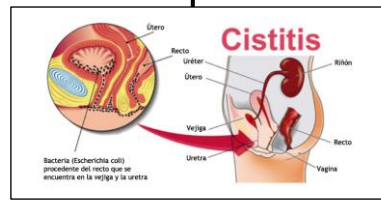
COMPLICACION

- *Absceso renal corticomedular.
- *Abscesos corticales múltiples.
- *Absceso perinefrítico
- *Pionefrosis.
- *Pielonefritis gangrenosa

PREVENCION

Las medidas recomendadas son las habituales para la prevención de la IVU e incluyen una adecuada hidratación (no se recomienda la hidratación forzada porque la ventaja teórica de una rápida disminución del recuento de bacterias se cancela con el inconveniente de la dilución de los agentes antimicrobianos, el aseo de la región vulvoperineal y el vaciado vesical antes y después del coito, cuando este ha sido identificado como el factor desencadenante.

CISTITIS



DEFINICION

La cistitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación de la vejiga por varias causas y con distintos síntomas.

CLASIFICACION

Aguda: es una infección en la vejiga o del tracto urinario inferior que aparece de repente y dura hasta 14 días.
Crónica: Es el resultado de una cistitis aguda mal tratada o es más de 3 episodios de cistitis en un año
Se distingue entre cistitis no complicada, en la que la estructura y funcionamiento de la vejiga son correctos, y cistitis complicada, en la que están alterados

ETIOLOGIA

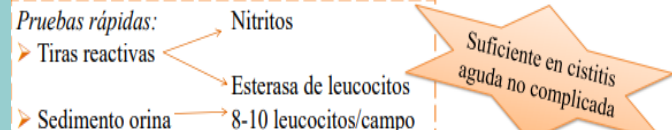
El principal agente etiológico es E. coli, y está asociada a varios factores de riesgo, algunos evitables.
Infecciones por especies de Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, Serratia y Providencia, así como por enterococos, estafilococos y hongos, son relativamente más comunes.

CUADRO CLINICO

hematuria, disuria, polaquiuria, dolor lumbar bajo, y suprabubico, orina turbia y de olor fétido, leucocituria

DIAGNOSTICO

Se realiza principalmente por la clínica



Cuando tiene tendencia a complicarse, o aparecen recidivas, se lleva a cabo un urocultivo, para conocer la etiología de la infección y elegir el tratamiento adecuado.

El diagnóstico por imagen es realizado para conocer la morfología y funcionamiento de las vías urinarias.

*Cisteurografía.

*Urografía con placa postmiccional

*Ecografía renal o vesical.

TRATAMIENTO

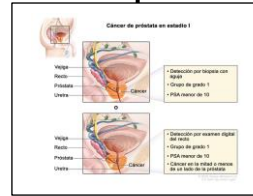
El tratamiento inicial es empírico, con antimicrobianos, por lo que es importante conocer la etiología de la enfermedad para elegir el más adecuado. En cistitis no complicadas se prefieren tratamientos cortos, mientras que en complicadas deben alargarse varios días.

Antibiótico	Posología
Fosfomicina trometamol	Una dosis de 3g.
Nitrofurantoína	100g/12h durante 3-7 d.
Ceftibuteno	400mg/24h durante 3-7 d.
Ceftidoren	200mg/12h durante 3-7 d.
Trimetoprim-sulfametoxazol	160mg/800mg /12 h, 3-5 d.
Ciprofloxacino	500mg/12h durante 3-5 d.
Levofloxacino	500mg/24h durante 3-5 d.
Amoxicilina-clavulánico	500mg/125mg / 8 h, 3-7 d.

PREVENCION

Ingerir más de un litro de agua al día.
•No posponer la micción.
•Orinar antes y después de mantener relaciones sexuales.
•Correcta higiene íntima.
•Usar ropa interior de material orgánico
•Evitar el uso de diafragmas y espermicida

CANCER DE PROSTATA



DEFINICION

El adenocarcinoma prostático es la neoplasia maligna más frecuente en hombres, Su ocurrencia se incrementa rápidamente después de los 50 años y la mediana de edad al momento del diagnóstico es de 72 años.

CLASIFICACION

*Adenocarcinoma acinar: es el tipo más común de cáncer de próstata. El adenocarcinoma acinar se desarrolla en las células glandulares externas de la próstata.
*Adenocarcinoma ductal: este tipo de cáncer de próstata se desarrolla en las células que recubren los conductos de la glándula prostática. tiende a crecer más rápidamente que el adenocarcinoma acinar.
*Cáncer de células transicionales (o urotelial): este cáncer se desarrolla en las células de la uretra. Por lo general, comienza en la vejiga y se disemina a la próstata.
*Cáncer de células escamosas: este tipo de cáncer se desarrolla a partir de las células planas que cubren la próstata y tiende a crecer más rápidamente que los adenocarcinomas.
*Cáncer de células pequeñas: este es un tipo de cáncer neuroendocrino compuesto por células redondas pequeñas, que a veces también se llama cáncer de células en avena.

ETIOLOGIA

Desde el punto de vista etiológico, se considera que el cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial, en la que participan principalmente factores hormonales, además de los relacionados con la raza, la dieta y una historia familiar de cáncer prostático.

CUADRO CLINICO

El cáncer de próstata puede ser totalmente asintomático si se localiza en el lóbulo posterior y no hay hipertrofia glandular. Sin embargo, lo más frecuente es que se presente con el típico cuadro que define el síndrome prostático, aunque con una evolución más rápida:
* Síntomas de tipo irritativo. En ellos incluimos urgencia miccional, disuria, nicturia, polaquiuria.
* Síntomas de tipo obstructivo. En ellos citamos descenso de la fuerza y calibre del chorro miccional, goteo posmiccional, aumento del tiempo de vaciado vesical, retención e incontinencia por rebosamiento, dificultad en el inicio de la micción.
* Hematuria. Se presenta en menos del 5% de los casos.
* Pérdida de peso.

DIAGNOSTICO

La sospecha inicia de cáncer de próstata se basa en un tacto rectal con hallazgos anormales (presencia de nódulos o induraciones).
Diagnostico de laboratorio y gabinete:
*Antígeno prostático específico
*Biopsia transrectal de próstata.
*Tomografía Axial Computarizada (TAC)
*Gamagrama óseo

TRATAMIENTO

Su tratamiento dependerá del tamaño, localización y estadio del tumor
Existen tres estrategias consideradas estándar para el manejo del cáncer de próstata localizado:
*Cirugía
*Radioterapia con/sin hormonoterapia (El tratamiento más adecuado para el cáncer confinado a la próstata,
*Quimioterapia

COMPLICACION

*Incontinencia urinaria
*Disfunción eréctil
*Metástasis del cáncer
*Muerte

PREVENCION

Mantener un peso saludable y una alimentación equilibrada, no fumar, evitar el consumo de alcohol y realizarse los exámenes de detección recomendados para el cáncer.