

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

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

**NOMBRE DEL TRABAJO: PATOLOGÍAS
DIGESTIVAS.**

MATERIA: PATOLOGÍA DEL ADULTO.

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 10 DE JULIO 2020.

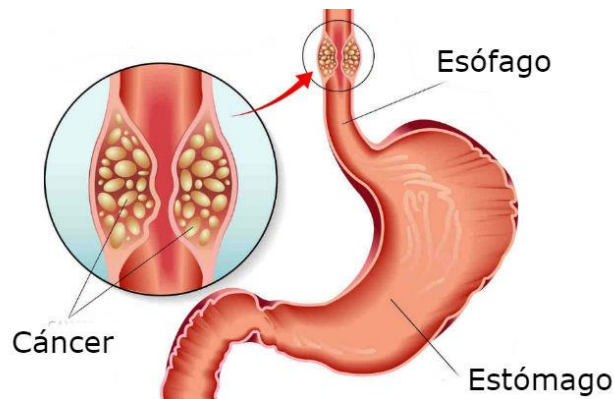
PROBLEMAS ESOFAGIOS

CÁNCER ESOFÁGICO

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.

El cáncer de esófago es un tumor de comportamiento agresivo, que suele diagnosticarse en etapas avanzadas. La ausencia de serosa permite su rápida propagación a estructuras vecinas del mediastino, y una extensa red de drenaje linfático facilita la diseminación tumoral incluso en estadios precoces.

El esófago es un tubo muscular que conecta la faringe con el estómago, cuya pared está formada por cuatro capas: mucosa, submucosa, muscular y adventicia. El esófago no tiene serosa, característica que facilita una rápida diseminación del cáncer a estructuras vecinas del cuello y el mediastino



✚ CLASIFICACIÓN

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. La frecuencia de ambos tipos es la misma.

El cáncer de células escamosas, relacionado con el consumo de alcohol y tabaco, globalmente es el más frecuente en todo el mundo.

El adenocarcinoma se asocia a la enfermedad por reflujo gastro-esofágico crónico, principalmente con el “esófago de Barrett”, el cual, puede considerarse como una lesión premaligna, por lo que en estos casos debe hacerse un seguimiento endoscópico estrecho, para detectar la aparición de una displasia de alto grado sobre la metaplasia de Barrett, o de un adenocarcinoma en etapa temprana. En el carcinoma epidermoide está demostrada la relación entre, consumo de alcohol y el hábito de fumar, en este orden, con un notable aumento en el riesgo de padecerlo, si ambos factores se asocian.

✚ ETIOLOGÍA

Los principales factores de riesgo de carcinoma escamocelular de esófago son las siguientes:

Tabaquismo: fumar y mascar tabaco aumenta el riesgo de carcinoma escamocelular. El riesgo se aumenta si, además, la persona fuma durante más tiempo o varios cigarrillos al día.

Alcoholismo: la probabilidad de aparición de carcinoma escamocelular se asocia con la cantidad de alcohol que se consume. La combinación de consumo de alcohol y de tabaco aumenta el riesgo en mucha mayor medida que cada uno de los factores por separado.

Los principales factores de riesgo de 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.

✚ CUADRO CLÍNICO:

Inicialmente, los tumores esofágicos producen poca sintomatología. Con más frecuencia se encuentra la presencia de disfagia, la cual suele ser rápidamente progresiva tanto para líquidos como sólidos, que puede llegar a llevar a episodios de impactación de alimentos, así como regurgitación. Otras manifestaciones pueden ser anorexia, pérdida de peso, odinofagia, náuseas, vómitos y sangrado digestivo alto. Se debe sospechar invasión mediastínica en pacientes que cursan con dolor retroesternal con irradiación a área dorsal. En etapas más tardías se puede encontrar invasión a órganos vecinos o metástasis a distancia. Pueden presentar síntomas relacionados con la invasión de las estructuras circundantes como por ejemplo fístula respiratoria, o ronquera debida a la invasión del nervio laríngeo recurrente, hiposecundario a invasión del nervio frénico, o simplemente el dolor causado por la propagación local.

algunos síntomas pueden indicar la posible presencia de cáncer esofágico:

- 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

- ✚ Anamnesis
- ✚ Examen físico

- ✚ Examen general, evaluar capacidad funcional (índice de Karnofsky) y estado nutricional. Evaluar si existe disfonía (parálisis recurrencial). Aparato respiratorio: buscar signos de deterioro funcional respiratorio o de bronco-aspiración (áreas de condensación, estertores), o de fístula traqueo o bronco-esofágica. Buscar signos de metástasis a distancia, en particular en hígado y ganglios cervicales.

Exámenes complementarios

- ✚ Estudios de laboratorio clínico: hemograma, eritrosedimentación, coagulograma, estudio de la función hepática y renal, glicemia, y otros.
- ✚ Estudios imagenológicos
- ✚ Estudios endoscópicos

TRATAMIENTO

El tratamiento principal del cáncer de esófago es la resección quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico es la principal modalidad en estos enfermos cuando no existen contraindicaciones ni enfermedad metastásica conocida. Su objetivo es la erradicación total de la enfermedad, con bordes de resección proximal y distal adecuados; realizar linfadenectomía regional, aliviar la disfagia, conservar la contigüidad del tubo digestivo, y ofertar con ello una mejor calidad de vida.

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.

Existen dos modalidades de tratamiento radioterápico:

- **Radioterapia externa:** consiste en la utilización de una máquina fuera del cuerpo para enviar la radiación al área concreta que se desea tratar.
- **Radioterapia interna:** en ésta, una sustancia radioactiva se coloca (mediante un sistema sellado) muy cerca o dentro del tumor, permitiendo así alcanzar más dosis de radiación con menores efectos secundarios sobre los tejidos sanos. En el cáncer de esófago generalmente se utiliza para el tratamiento de la disfagia.

La extensión y el tipo del tratamiento dependerán del estadio del cáncer, de las características del tumor y de los riesgos para el paciente.

COMPLICACIONES:

A medida que el cáncer de esófago avanza, puede causar complicaciones, como:

- **Obstrucción del esófago.** El cáncer puede dificultar o impedir el paso de alimentos y líquidos a través 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 DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

Evitar los factores de riesgo y aumentar los factores de protección puede ayudar a prevenir el cáncer.

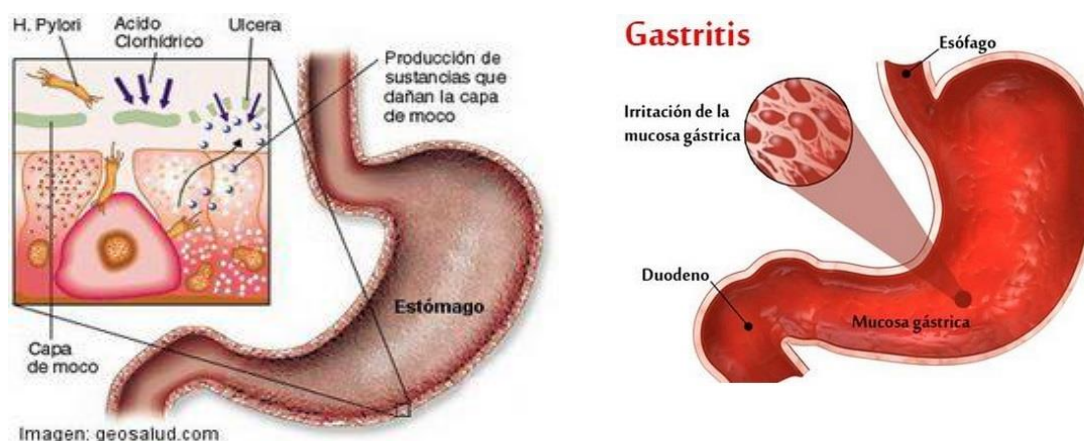
Evitar los factores de riesgo del cáncer, como fumar, tener sobrepeso y no hacer suficiente ejercicio quizá ayude a prevenir ciertos tipos de cáncer.

PROBLEMAS GASTRICOS

GASTRITIS:

Se define gastritis, como la inflamación aguda o crónica de la mucosa gástrica. La gastritis aguda puede ser debida a causas exógenas o endógenas. La gastritis hemorrágica es una forma especial y frecuente de gastritis aguda, a menudo grave.

Estrictamente hablando gastritis se refiere a los hallazgos histológicos de la mucosa gástrica inflamada. La mayoría de los sistemas de clasificación distinguen gastritis aguda (gastritis a corto plazo) y gastritis crónica (gastritis a largo plazo). Los términos agudo y crónico también son usados para describir el tipo de infiltrado inflamatorio. El infiltrado inflamatorio agudo típicamente es caracterizado por neutrófilos y el infiltrado inflamatorio crónico por células mononucleares



La gastritis es toda lesión inflamatoria que afecte a la mucosa gástrica. El estómago es la parte del tubo digestivo comprendido entre el esófago y el intestino delgado. La válvula que comunica el esófago con el estómago es el cardias, seguido del cuerpo gástrico con sus dos curvaturas (la curvatura menor y la curvatura mayor) para desembocar en el duodeno atravesando el píloro. El estómago tiene dos funciones fundamentales: la secretora, que inicia el proceso de la digestión, y la motora, que tritura, mezcla y finalmente evacua el quimo hacia el duodeno. La actividad secretora se produce a través de:

- ✚ Glándulas cardiales. Productoras de moco y pepsinógeno II.
- ✚ Glándulas del cuerpo gástrico. Tienen la secreción más específica a cargo de las células parietales productoras del CLH y factor intrínseco.
- ✚ Células principales. Segregan pepsinógeno I.

ETIOLOGÍA: La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*.

Factores exógenos

- ✚ Helicobacter pylori y otras infecciones
- ✚ AINES
- ✚ Irritantes gástricos
- ✚ Drogas
- ✚ Alcohol
- ✚ Tabaco
- ✚ Cáusticos
- ✚ Radiación

Factores endógenos

- ✚ Acido gástrico y pepsina
- ✚ Bilis
- ✚ Jugo pancreático
- ✚ Urea (Uremia)
- ✚ Inmunes

CLASIFICACIÓN

La gastritis se divide en dos categorías en función de su gravedad:

- ✚ Erosiva
- ✚ No erosiva

La gastritis erosiva es más grave que la gastritis no erosiva. Esta forma produce tanto inflamación como desgaste (erosión) de la mucosa gástrica. Las células que producen moco para proteger la mucosa gástrica del ácido faltan o están dañados. La gastritis erosiva suele evolucionar de forma repentina (lo que se conoce como gastritis erosiva aguda), aunque también puede desarrollarse lentamente (lo que se denomina gastritis erosiva crónica), por lo general en personas que están por lo demás sanas.

La gastritis no erosiva se caracteriza por alteraciones en la mucosa gástrica que van desde el desgaste (atrofia) a la transformación del tejido gástrico en otro tipo de tejido intestinal (metaplasia). A menudo, varios tipos de glóbulos blancos se acumulan en el estómago y provocan diversos grados de inflamación. Los glóbulos blancos pueden provocar inflamación en la totalidad del estómago o sólo en ciertas partes.

Atendiendo al tiempo de evolución, se clasifican en agudas y crónicas.



Gastritis agudas

En las gastritis agudas, como su nombre indica, la presentación e instauración de los síntomas siguen un curso agudo. Las manifestaciones clínicas que presentan son muy variadas, comprenden desde formas asintomáticas hasta cuadros graves con hemorragias digestivas altas intensas o importante síndrome general infeccioso (gastritis flemonosa) con compromiso del estado general. Las lesiones de la mucosa gástrica se caracterizan por presentar edema y congestión que se limitan al epitelio, excepto en la gastritis flemonosa, en la que también están afectadas las capas subyacentes e incluso se puede formar un absceso ocupando amplias zonas de la pared gástrica. Las gastritis agudas están acompañadas por infiltrados inflamatorios compuestos, sobre todo, de neutrófilos. En la gastritis aguda producida por la ingestión de cáusticos aparecen necrosis y lesiones profundas

La etiología de las gastritis agudas se corresponde unas veces con agentes externos y otras con agentes o productos metabólicos internos

- **Gastritis crónicas**

La gastritis crónica consiste en la inflamación inespecífica de la mucosa gástrica de evolución progresiva y larga, con una etiología múltiple que se caracteriza por presentar lesiones histológicas crónicas. Su localización principal es en el antro y en el cuerpo gástrico. El agente etiológico principal es la infección por *Helicobacter pylori*. Las gastritis crónicas se clasifican en causadas por *H. pylori*, linfocitarias, eosinófilas y granulomatosas.

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas de gastritis varían de individuo a individuo, y en mucha gente no hay síntomas. Pero, los más comunes incluyen:

- ✚ Náusea
- ✚ Vómitos
- ✚ Indigestión
- ✚ Pérdida de apetito
- ✚ Sensación de hinchazón del abdomen
- ✚ Vómitos de apariencia sanguínea o de material de tipo café molido
- ✚ Deposiciones negras de consistencia oleosa

TRATAMIENTO

- ✚ Eliminación del agente etiológico, si se conoce
- ✚ Los inhibidores de bomba de protones son más efectivos que los bloqueadores H₂ en el manejo de gastritis IHQ abierta totalmente el manejo debe de ser hospitalario Omeprazol o Pantoprazol 80 mg intravenosos en bolo seguidos de infusión continua de 8 mg/h por 72

horas). El mantener el PH por arriba de 4 ayuda a restituir la mucosa gástrica

- ✚ El omeprazol es el fármaco de primera elección para el tratamiento de la Gastritis Aguda
- ✚ Modificadores de la motilidad, por ejemplo, metoclopramida
- ✚ Protectores de la mucosa, para proteger úlceras o erosiones

Para erradicar *Helicobacter pylori* hay que utilizar antibióticos en conjunto con un inhibidor de bomba de protones a dosis y tiempos recomendados, y confirmar la erradicación de la bacteria. Pacientes alérgicos a la penicilina la recomendación es utilizar levofloxacino 500 mgs cada 24 hrs, claritromicina 500 mgs cada 12 hrs y omeprazol 20 mgs cada 12 hrs por 10 a 14 días.

COMPLICACIONES

En un elevado porcentaje de los casos, los procesos ulcerosos tienen un cuadro clínico un tanto particular, con períodos de epigastralgia, ardor, dispepsia, entre otros, pero, en otras circunstancias, la patología inicia con su complicación más frecuente, la hemorragia digestiva por lo general alta no obstante esta también puede ser baja, pero en menor porcentaje.

- ✚ Úlcera péptica
- ✚ Úlcera gástrica
- ✚ Hemorragia digestiva alta
- ✚ Cáncer gástrico

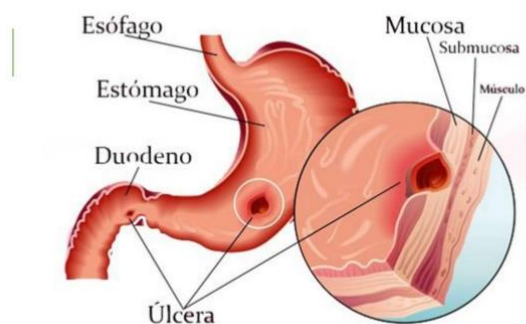
PREVENCION:

Los pacientes con gastritis aguda no deben de suspender su alimentación. Cuando estén hospitalizados es necesario reiniciar su dieta tan pronto puedan tolerar los alimentos La ingesta de alimentos de consistencia blanda como: pan blanco, verduras y frutas cocidas (sin cáscara), pescados, lácteos descremados, carnes magras para evitar de esta manera secreción gástrica ácida Evitar ingerir comidas con irritantes, bebidas alcohólicas en la fase aguda de la gastritis erosiva

ULCERA GASTRICA:

La úlcera péptica, o enfermedad ulcerosa péptica, es una lesión en forma de herida más o menos profunda, en la capa más superficial (denominada mucosa) que recubre el tubo digestivo. Cuando esta lesión se localiza en el estómago se denomina úlcera gástrica y cuando lo hace en la primera porción del intestino delgado se llama úlcera duodenal.

La úlcera péptica se define como la ulceración circunscrita de la mucosa que penetra en la muscularis mucosa y afecta al área expuesta al ácido y a la pepsina. Aparecen la mayoría de las veces en los primeros centímetros del duodeno, en lo que se conoce como bulbo duodenal (úlceras duodenales). También son frecuentes a lo largo de la curvatura menor del estómago (úlceras gástricas). Con menor frecuencia, las úlceras se localizan en el canal pilórico (úlceras pilóricas), en el duodeno inmediatamente después del bulbo (úlceras posbulbares) o en un divertículo de Meckel que contenga islotes de mucosa gástrica secretora.



CLASIFICACIÓN

La úlcera péptica se puede clasificar de varias maneras.

Por su localización.

- ✚ Gástrica
- ✚ Duodenal
- ✚ Esofágica
- ✚ Marginal o de boca anastomótica
- ✚ En un divertículo de Meckel.

Según su actividad, se usa la clasificación de Sakita.

- ✚ Lesión activa
- ✚ Lesión en fase de cicatrización
- ✚ Cicatriz de úlcera (blanca o roja)

ETIOLOGIA:

Hoy en día, se considera a un agente infeccioso bacteriano, denominado *Helicobacter pylori*, la causa principal en el origen de la enfermedad ulcerosa péptica, el uso desmedido de AINES y tabaquismo

CUADRO CLINICO:

El síntoma más frecuente es la sensación de malestar en la zona central y superior del abdomen, en forma de “hambre dolorosa” o acidez de estómago, que calma con la toma de los alimentos y que vuelve a aparecer unas horas después. Otros síntomas menos frecuentes son las náuseas y los vómitos.

Dolor epigástrico que tiene periodicidad y horario, es el llamado dolor de los cuatro tiempos, inicia después de las comidas, suele ceder espontáneamente antes de una nueva ingestión de alimentos; pirosis; vómitos pituitosos o alimentarios.

Sensación ardorosa o dolor en el epigastrio quemante, el dolor aparece de dos a cinco horas.

DIAGNOSTICO

La mejor prueba para diagnosticar una úlcera es la endoscopia o gastroscopia. La gastroscopia consiste en un tubo flexible que lleva incorporada una cámara de tal forma que permite ver con claridad las paredes del estómago.

La endoscopia es una herramienta efectiva en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la hemorragia de la UPAC y ha mostrado en estudios aleatorizados una reducción de los requerimientos transfusionales, acortar la estancia en la UCI, días de estancia intrahospitalaria, disminuir la necesidad de cirugía y la tasa de mortalidad

Se recomienda realizar en pacientes con sangrado digestivo alto los siguientes estudios de forma inicial:

- ✚ Biometría hemática completa.
- ✚ Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina).
- ✚ Aminotransferasas (AST, ALT).
- ✚ TP, TPT e INR.
- ✚ Electrocardiograma seriado y enzimas de daño miocárdico en situaciones especiales (adultos mayores, pacientes con historia de enfermedad arterial coronaria, o pacientes con dolor precordial y disnea).

Se recomienda realizar de primera intención una radiografía de tórax en bipedestación en busca de aire libre subdiafragmático ante la sospecha de perforación.

TRATAMIENTO

El tratamiento para las úlceras gástricas se realiza con el uso de medicamentos que disminuyen la acidez del estómago como los antiácidos o los inhibidores de

la acidez como, por ejemplo: omeprazol, pantoprazol o esomeprazol. Se puede a analgésicos para controlar los dolores y los calmantes para que la persona se relaja ya que el ácido gástrico se produce en mayor cantidad bajo estrés. Para eliminar la *H. pylori* se prescribe antibiótico como la amoxicilina y la claritromicina.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones de úlcera péptica incluyen:

- ✚ Sangrado.
- ✚ Perforación.
- ✚ Penetración.
- ✚ Obstrucción de la salida gástrica.

Las complicaciones de úlcera péptica pueden ocurrir ante cualquier etiología, sin embargo, se debe de investigar antecedentes para las principales causas implicadas en perforación y sangrado:

- ✚ Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluyendo dosis bajas de aspirina.
- ✚ Infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).
- ✚ Cáncer.

PREVENCIÓN:

- ✚ Evitar el consumo de tabaco, alcohol, café, té y los refrescos que contienen cafeína.
- ✚ No realizar comidas excesivamente copiosas ni usar condimentos picantes.
- ✚ No tomar antiinflamatorios, si éstos son la causa de la afección

CÁNCER DE ESTÓMAGO:

El cáncer gástrico es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo en todo el mundo. El término cáncer gástrico se refiere a los adenocarcinomas del estómago, que representan un 95% de los tumores malignos de este órgano.

El cáncer de estómago también es llamado cáncer gástrico. En este se aprecia un crecimiento celular maligno con capacidad de invasión y destrucción de otros órganos y tejidos, principalmente del intestino delgado y del esófago. El cáncer de estómago tiende a desarrollarse lentamente y puede demorar muchos años. Antes de que pase a ser un verdadero cáncer, por lo general suceden cambios precancerosos en el interior del estómago.

CLASIFICACIÓN:

- ✚ **Adenocarcinoma:** Un cáncer de estómago o cáncer gástrico casi siempre es un adenocarcinoma. Estos cánceres se originan en las células que forman la capa más interna del estómago (la mucosa).
- ✚ **Linfoma:** Se refiere a los tumores cancerosos del sistema inmunitario que algunas veces se detectan en la pared del estómago. El tratamiento y el pronóstico dependen del tipo de linfoma.
- ✚ **Tumores del estroma gastrointestinal (GIST):** Estos tumores poco comunes se originan en formas muy tempranas de células de la pared del estómago llamadas células intersticiales de Cajal. Algunos de estos tumores no son cancerosos (benignos), mientras que otros son cancerosos. Aunque los tumores estromales gastrointestinales se pueden encontrar en cualquier lugar del tracto digestivo, la mayoría se descubre en el estómago.
- ✚ **Tumores carcinoides:** Estos tumores se originan de células productoras de hormona del estómago. La mayoría de estos tumores no se propaga a otros órganos.

ETIOLOGÍA:

Se ha demostrado que ciertas condiciones se asocian con un mayor riesgo de cáncer. La anemia perniciosa se asocia con un riesgo de 4 a 6 veces mayor de contraer cáncer gástrico que la población general. La cirugía gástrica por padecimientos benignos a largo plazo (posterior a 15 años), se asocia con un incremento del riesgo de cáncer gástrico en los bordes de los tejidos residuales de la gastrectomía. También se evidencia un incremento de riesgo de carcinoma gástrico después de vagotomía con piloroplastia.³ Existe un mayor riesgo de carcinoma gástrico en trabajadores de las minas de carbón, chacareros, ceramistas, trabajadores del caucho y personas relacionadas con procesamiento

de la madera. No se ha determinado si este riesgo es profesional o refleja en realidad el estrato socioeconómico de estos trabajadores.

En la génesis del cáncer gástrico se consideran factores intrínsecos (factor genético) que son susceptibles a agresiones del medio ambiente o de la dieta, factores extrínsecos, los que a lo largo del tiempo producen mutaciones genéticas las que son reconocidas como lesiones pre malignas, por ejemplo, la displasia, los adenomas y más comúnmente la gastritis.

Factores de riesgo

Los factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer estomacal en el cuerpo del estómago son:

- ✚ Una alimentación alta en alimentos ahumados y salados
- ✚ Una alimentación baja en frutas y verduras
- ✚ Antecedentes familiares de cáncer de estómago
- ✚ Infección por *Helicobacter pylori*
- ✚ Inflamación de estómago a largo plazo
- ✚ Anemia perniciosa
- ✚ Tabaquismo
- ✚ Pólipos estomacales

CUADRO CLÍNICO:

Los rasgos clínicos dependen del tiempo de enfermedad, edad del paciente y la localización, la extensión y el tipo de tumor. En su fase más temprana, el carcinoma del estómago se asocia con escasos síntomas sistémicos. Los tumores localizados en los tractos de entrada o salida del estómago se relacionan con síntomas dispépticos leves antes de provocar los de obstrucción. Los carcinomas del cuerpo del estómago pueden mantenerse clínicamente silenciosos hasta una fase muy tardía o asociarse con síntomas vagos como anorexia o molestias epigástricas.

Los síntomas más frecuentes de cáncer de estómago son: dolor epigástrico e indigestión, anorexia, pérdida ponderal, vómitos o hematemesis, melena, disfagia, lesión ocupante del abdomen, diarrea y esteatorrea.

Los síntomas son inespecíficos. No existen signos o síntomas patognomónicos del carcinoma gástrico. Las llamadas manifestaciones clásicas corresponden a una fase avanzada de la enfermedad. La inespecificidad de los síntomas tempranos es una de las razones de la frecuencia del diagnóstico tardío. Se reconocen 3 patrones clínicos usuales:

- ✚ **Insidioso:** Estos tumores son los que representan mayores dificultades diagnósticas debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales

- ✚ **Obstructivo:** Los síntomas de estos tumores varían según la localización en el cardias o en el píloro. En ambos casos, las manifestaciones clínicas son consecuencia de la obstrucción. Si el tumor se ubica en la unión gastroesofágica o cerca de ella, el paciente en general refiere disfagia creciente, en un primer momento para los sólidos y luego para los líquidos
- ✚ **Úlcera gástrica:** Alrededor de un tercio de los pacientes con carcinoma gástrico se presentan con antecedentes de dispepsia de varios años de evolución antes del descubrimiento del tumor maligno.

DIAGNOSTICO

- ✚ Anamnesis: antecedentes patológicos familiares de cáncer digestivo. Antecedentes patológicos personales de úlcera péptica, gastritis crónica y hábitos alimentarios. Tipo de síntomas, precisando tiempo y secuencia de su aparición (dispepsia, dolor epigástrico, vómitos, hematemesis, pirosis, síntomas generales).
- ✚ Examen físico
- ✚ La endoscopia flexible del estómago permite visualizar la lesión y tomar la biopsia respectiva, la cual es obligada existiendo hasta ocho tomas de biopsias para obtener la mayor posibilidad diagnóstica.

Exámenes complementarios

- ✚ Estudios de laboratorio clínico: hemograma, eritrosedimentación, coagulograma, estudio de la función hepática y renal, glicemia, y otros. Sangre oculta en heces fecales.
- ✚ Estudios imagenológicos: Rx tórax (valoración pre-operatoria y presencia de metástasis a distancia).
 - Rx estómago con doble contraste hipotónico: precisa la localización de la lesión, y sus características morfológicas.
 - US de abdomen superior: metástasis hepática, adenopatías intra-abdominales.
 - TAC de abdomen: para precisar compromiso ganglionar y/o visceral.
- ✚ La endoscopia es el mejor método para el diagnóstico del cáncer de estómago. Tiene la ventaja de permitir la visualización directa de la lesión y la obtención de material para biopsia o citología exfoliativa.

TRATAMIENTO:

El tratamiento principal del cáncer gástrico es la resección quirúrgica (gastrectomía correspondiente según la localización del tumor en el estómago más la linfadenectomía regional) por lo que todos los pacientes a los que se les diagnostique un cáncer de estómago son candidatos para cirugía con la excepción de aquellos en los que se demuestre la presencia de metástasis a distancia (M1) de forma pre-operatoria.

La cirugía es la opción de tratamiento más común en el cáncer de etapa temprana. Existen tres opciones principales para el cáncer gástrico:

- ✚ **Gastrectomía Total:** Remoción quirúrgica del estómago completo.
- ✚ **Gastrectomía Parcial o subtotal:** La remoción quirúrgica de una sección específica del estómago.
- ✚ **Resección:** Remoción quirúrgica del tumor y parte del tejido que lo rodea

COMPLICACIÓN:

Posibles complicaciones

- ✚ Acumulación de líquido en el área abdominal (ascitis)
- ✚ Sangrado gastrointestinal
- ✚ Diseminación del cáncer a otros órganos o tejidos
- ✚ Pérdida de peso.
- ✚ Muerte.

PREVENCIÓN:

No existe una manera segura de prevenir el cáncer de estómago, aunque hay medidas que puede tomar y que podrían reducir su riesgo de padecerlo.

- Alimentación, nutrición, peso corporal y actividad física.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Tratamiento de la infección con H pylori

Los efectos protectores de la dieta rica en vegetales, frutas, cítricos y fibras son contundentes. La ingesta adecuada de ácido ascórbico está asociada con un riesgo menor de carcinoma gástrico. Ha sido demostrado que el ácido ascórbico inhibe la formación de compuestos N-nitroso^{2,3} y retrasa la progresión de clonas celulares transformada

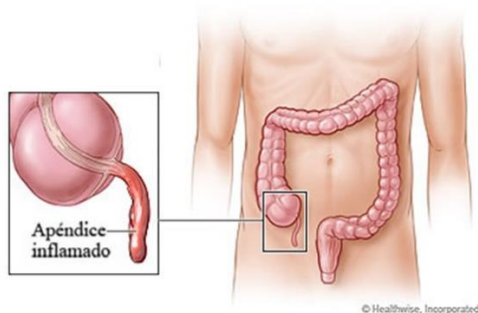
PROBLEMAS ABDOMINALES

APENDICITIS AGUDA

La apendicitis es una inflamación del apéndice una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho la mayoría el dolor empieza alrededor del ombligo y luego se desplaza.

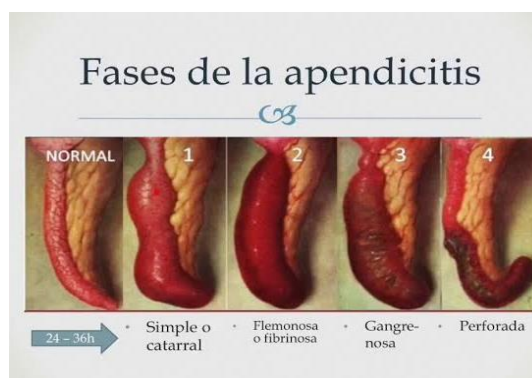
Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.

A menudo se cree que se debe a obstrucción de la luz, ya sea por heces duras impactadas (un fecalito), por gusanos *Enterobius* o por hiperplasia reactiva del tejido linfoide en la pared del apéndice.



CLASIFICACIÓN

- ✚ **Apendicitis catarral:** cuando ocurre la obstrucción de la luz apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el apéndice.
- ✚ **Apendicitis flemonosa:** la mucosa empieza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida entero bacterias.
- ✚ **Apendicitis necrótica:** cuando el proceso flemonoso se vuelve intenso y se produce una distinción del tejido
- ✚ **Apendicitis perforada:** en este caso las perforaciones pequeñas pasan a ser grandes.



ATILOGIA

La obstrucción apendicular se puede deber a factores lumbinales, parietales o extralumbinales, entre ellos, los más frecuentes son la hiperplasia de los tejidos linfoides 60%, fecalito 20%, parásitos (entamoeba, áscaris, estrongiloides) y cuerpos extraños.

CUADRO CLINICO

- ✚ Dolor repentino que comienza en el lado derecho de la parte inferior del abdomen.
- ✚ Náuseas y vómitos
- ✚ Pérdida de apetito
- ✚ Fiebre ligera que puede empeorar a medida que la enfermedad avanza
- ✚ Hinchazón abdominal.

En la mayoría de los casos la apendicitis es secundaria a la obstrucción de la luz del apéndice por fecalitos y menos frecuentemente por parásitos, procesos neoplásicos o casos de hiperplasia linfóide inflamatoria. Todas estas posibles causas conllevan a inflamación que, secundariamente, al aumentar la presión intraluminal, producen disminución en el retorno venoso, y terminan por ocluir vasos arteriales, produciendo isquemia. A su vez, dicha obstrucción facilita la infección de la submucosa por invasión bacteriana con posterior formación de abscesos y necrosis. La infección se extiende gradualmente hasta comprometer el peritoneo adyacente y conducir a peritonitis. Los síntomas más frecuentes y característicos de la apendicitis aguda consisten en la aparición de dolor abdominal difuso o localizado en epigastrio, que luego migra a fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre, anorexia, náuseas y/o vómitos.

DIAGNÓSTICO

- ✚ El diagnóstico se basa en la clínica en los síntomas y signos
- ✚ Exploración física
- ✚ Recuento de leucocitos: la leucocitosis no suele ser muy marcada, salvo en las apendicitis complicadas, gangrenosas o perforadas.
- ✚ Radiografía simple de abdomen: en ocasiones permite observar un apendicolito.
- ✚ El ultrasonido (US) y la tomografía abdominal (TAC) han sido comparadas en los últimos años con el fin de afinar el diagnóstico de la apendicitis.

TRATAMIENTO

El objetivo del manejo de la apendicitis aguda es el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica inmediata, siendo la apendicectomía el tratamiento estándar

Está proscrito:

- ✚ Administrar alimentos, analgésicos, sedantes y antibióticos, antes de hacer el diagnóstico. - Administrar purgantes y enemas a constipados con dolor abdominal.

- ✚ Una alternativa es la terapia con antibióticos
- ✚ El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico

PREVENCIÓN

La apendicitis no se puede prevenir. Las investigaciones sugieren que puede haber beneficios preventivos al mantener una dieta alta en fibra. Esto incluiría frutas y vegetales.

COMPLICACIONES

- **Perforación del apéndice:** esto puede causar que la infección se esparza Por el abdomen
- **Una acumulación de pus que se forma en el abdomen:** si el eondice se revienta es posible que se cree una acumulación de infección.

HERNIA:

Se definen como la protrusión del contenido abdominal a través de una zona anatómicamente débil de la pared abdominal

Una hernia es la protrusión de un órgano fuera de la cavidad del cuerpo, es decir, se da cuando una víscera sale a exterior del abdomen vía una apertura ya existente en la capa muscular. Se generan por la incapacidad de resistir de la pared abdominal cuando hay un incremento de la presión intraabdominal.

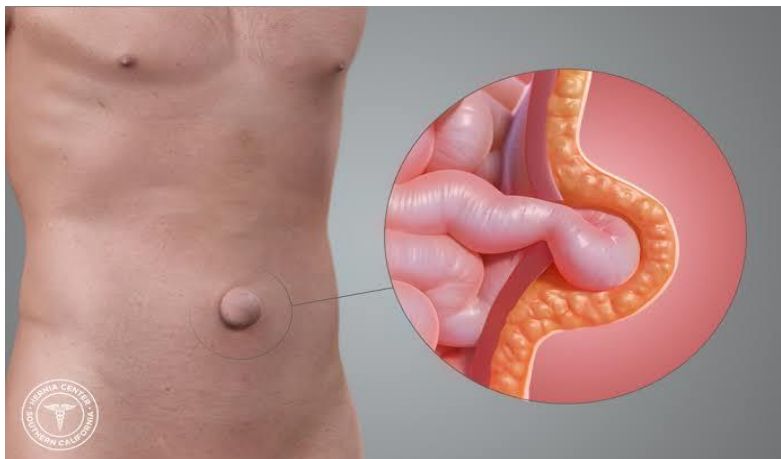
CLASIFICACIÓN:

Existen diferentes tipos de hernias, que puede agruparse en cuatro categorías:

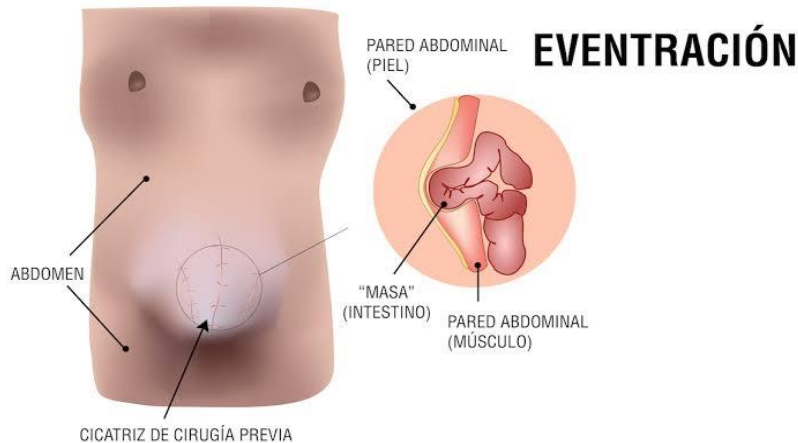
- **Hernia inguinal y crural:** las más habituales, se ubican en la zona de la ingle. Las inguinales se dan más a menudo en el sexo masculino, y en ocasiones pueden descender hacia los testículos. Por otro lado, las crurales son más habituales en el sexo femenino y se asemejan a ganglios en la ingle.



- **Hernias umbilicales y epigástricas:** se dan con bastante frecuencia y tienen lugar en el ombligo o por encima de él. Su aparición suele relacionarse en la mayoría de las ocasiones a un embarazo o incremento de peso.



- **Eventraciones:** son aquellas hernias que se presentan por culpa de una cicatriz de una intervención quirúrgica antigua. Frecuentemente, se producen por una mala cicatrización en la operación: esta cicatrización deficiente puede ser causada por sangrado, absceso u otros esfuerzos que han ocasionado un cierre deficiente.



- **Otras hernias:** podemos encontrar otro tipo de hernias, menos frecuentes, como pueden ser las parar rectales o de Spiegel, o las hernias lumbares.

ETIOLOGIA:

Las hernias tienen un saco y un contenido los cuales pasan a través de un defecto parietal. La etiología es multifactorial. Se describen factores congénitos predisponentes, como la persistencia del conducto peritoneo-vaginal permeable (saco de las hernias inguinales oblicuas externas (HIOE)).

Causas: por lo regular, no hay causa clara para una hernia. Algunas veces, se presentan por:

- ✚ Levantar objetos pesados
- ✚ Hacer esfuerzo al usar el baño
- ✚ Realizar cualquier actividad que eleve la presión dentro del abdomen

CUADRO CLINICO:

Una hernia se observa primero como un pequeño bulto o protuberancia. La mayoría de las veces, la presencia de hernia no provoca dolor, pero puede causar malestar. La hernia se puede agrandar si realiza ejercicios o tose. En la primera etapa, la hernia se conoce como:

Reducible, debido a que su contenido (generalmente intestino) puede ser regresado al abdomen. Sin embargo, en algunos casos, la hernia puede progresar hasta el punto que se conoce como:

Encarcelación, lo que significa que ya no se puede regresar el contenido de la hernia a la pared abdominal.

DIAGNOSTICO:

Normalmente el diagnóstico es clínico, aunque en ocasiones puede determinarse con fiabilidad, especialmente en pacientes con obesidad, dolor o cicatrices en la pared abdominal. Además, una vez diagnosticada una hernia mediante exploración, puede ser difícil establecer el tipo de hernia, ya algunas de ellas se sitúan anatómicamente muy próximas entre sí. Ocasionalmente un paciente que se presenta clínicamente con un diagnóstico de hernia puede resultar que tiene otra causa para esos síntomas.

Para el diagnóstico es necesario una detallada historia clínica, donde se detallen si existen antecedentes herniarios, la antigüedad de esa hernia, el tiempo de evolución desde que comenzó con el dolor, las molestias o la tumoración.

Las pruebas de imagen están indicadas cuando la presentación es equívoca o cuando sospechan complicaciones tanto de la hernia como su reparación quirúrgica.

Ultrasonidos

La ecografía y la TAC son útiles para la detección de pequeñas hernias. En algunos casos, la hernia alcanza un gran tamaño, siendo aparentes a simple vista. El diagnóstico diferencial debe realizarse sobre todo con el varicocele y el hidrocele.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de las hernias es quirúrgico y su objetivo es revertir los síntomas y prevenir complicaciones mecánicas (estrangulación).

Hay dos grandes tipos de operación para la hernia: la reparación abierta y la reparación laparoscópica.

- ✚ **Reparación abierta de hernia:** En este procedimiento, que se puede realizar con anestesia general o anestesia local y sedación, el cirujano realiza una incisión en la ingle y empuja el tejido que sobresale al interior del abdomen. Luego, el cirujano cose el área debilitada y con frecuencia la refuerza con una malla sintética (hernioplastia). La abertura se cierra después con puntos, grapas o adhesivo quirúrgico.
- ✚ **Laparoscopia:** En este procedimiento mínimamente invasivo, que requiere anestesia general, el cirujano opera a través de varias incisiones pequeñas en el abdomen. Se usa gas para inflar el abdomen y hacer que sea más fácil ver los órganos internos. un tubo pequeño equipado con una cámara diminuta (laparoscopio) se inserta por una incisión. Guiado por la cámara, el cirujano inserta pequeños instrumentos a través de las otras incisiones para reparar la hernia con una malla artificial.

COMPLICACIONES:

- **Estrangulación:** La presión puesta en los contenidos herniarios puede comprometer el abastecimiento de sangre a una sección de un órgano o de un tejido, llevando a la isquemia, a la muerte celular e incluso a la gangrena. Una hernia estrangulada es peligrosa para la vida y requiere cirugía inmediata.
- **Obstrucción:** Cuando la parte de los herniates de la tripa, los contenidos del intestino pueden no más poder pasar con el área herniada, llevando a las grapas, a la ausencia de defecación y a vomitar.

PREVENCIÓN:

Las medidas de prevención para evitar las hernias son:

- ✚ Utilizar técnicas apropiadas para levantar peso.
- ✚ Bajar de peso en caso de sobrepeso.
- ✚ Aliviar o evitar el estreñimiento comiendo alimentos con fibra, bebiendo líquido regularmente y yendo al baño tan pronto se sienten ganas.
- ✚ Hacer ejercicio físico de forma regular