



Nombre del alumno:

Jesús López Gómez.

Nombre del profesor:

Doc. Fabián

Nombre del trabajo:

Materia:

Insuficiencia cardiaca.

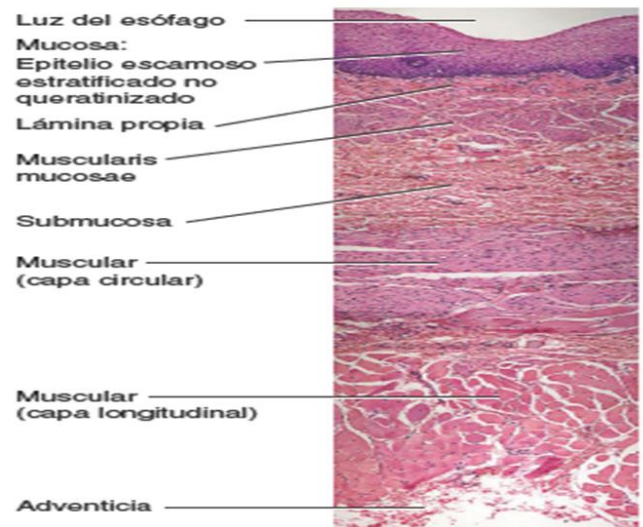
Grado:

Grupo:

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.



Clasificación

Estadio	Definición
Estadio 0	<i>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.</i>
Estadio I	<i>El tumor invade la pared esofágica más en profundidad. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo.</i>
Estadio IA	<i>El tumor invade la mucosa* (T1a) o la submucosa* (T1b).</i>
Estadio IB	<i>El tumor invade la capa muscular propia (T2).</i>
Estadio II	<i>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.</i>
Estadio IIA	<i>El tumor invade la túnica adventicia (T3). No hay diseminación del tumor a los ganglios linfáticos.</i>
Estadio IIB	<i>El tumor invade la mucosa (T1a), submucosa (T1b) o capa muscular propia (T2) y afecta a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.</i>

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

1. Del carcinoma escamocelular de esófago son las siguientes:
2. tabaquismo
3. alcohol
4. Ingesta de frutas y vegetales frescos baja.
5. Determinados trastornos médicos: La acalasia aumenta el riesgo de aparición de carcinoma escamocelular.
6. Del adenocarcinoma esofágico son: Esófago de Barrett:
7. Reflujo gastroesofágico:
8. Obesidad

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
- Hematemesis

Diagnostico

- ✓ exploración física:
- ✓ Exploración endoscópica: 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
- ✓ Examen histopatológico
- ✓ Exploración radiológica

Tratamiento

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 .

- El tumor se considera operable: La intervención quirúrgica es el tratamiento recomendado. Se extirpará la parte del esófago que contiene el tumor.
1. En el estadio III: Dependiendo de la extensión y del estadio del tumor, puede administrarse quimioterapia
 2. Terapia adyuvante:

Quimioterapia

Quimio radiación

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.

Gastritis

Gastritis es una enfermedad inflamatoria Aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica.

Clasificación

Gastritis y Gastropatías Agudas

- Infección aguda por H. pylori
- Lesiones agudas por estrés
- Gastropatía por AINES

Gastritis Crónica

- Gastritis crónica asociada a H.
- pylori
- Gastritis crónica activa
- Gastritis crónica atrófica multifocal
- Gastritis aguda Vírica
- **Gastritis Crónicas Infrecuentes**
- Gastritis granulomatosas
- Enfermedad de Crohn
- Sarcoidosis
- Linfoma
- **Gastritis Hipertróficas**
- Ácido acetilsalicílico
- Alcohol
- Cocaína
- Reflujo biliar
- Congestión vascular

Etiología

Factores exógenos

1. Helicobacter pylori y otras infecciones
2. AINES
3. Irritantes gástricos
4. Drogas
5. Alcohol
6. Tabaco

Factores endógenos

1. Acido gástrico y pepsina
2. Bilis
3. Jugo pancreático
4. Urea (Uremia)
5. Inmunes

Cuadro clínico

En aquellos con gastritis secundaria a infecciones agudas o toxinas bacterianas (estafilocócica) puede haber:

- Malestar general
- Diarrea
- Cólicos
- Fiebre
- Escalofríos
- Cefalea
- Deshidratación

Diagnostico

Manifestaciones clínicas: Ardor, dolorabilidad o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, nausea, distensión abdominal

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 (cimetidina, 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, te, alcohol, y bebidas cola
- Disminuir ingestión de chocolate y dejar de fumar

Complicaciones

- hemorragia digestiva
- perforaciones
- penetración
- estenosis pilórica
- pancreatitis
- icter obstructivo
- obstrucción de vaciamiento gástrico

Prevención

- Evitar el consumo prolongado de irritantes como la aspirina, los medicamentos antiinflamatorios o el alcohol
- Comer bien y a sus horas
- Masticar adecuadamente y despacio
- Comer sentado y sin prisa
- No tomar líquidos abundantes con las comidas
- Tomar líquidos a pequeñas tragos
- No comer exageradamente
- No tomar alimentos muy calientes o muy fríos
- No acostarse inmediatamente después de comer

Úlceras gástricas

Es una lesión que penetra la capa mucosa y en ocasiones la capa muscular del estómago o duodeno, formando una cavidad con inflamación aguda y crónica a su alrededor, siendo esta la principal causa de sangrado digestivo alto.

Clasificación

Tipo 1 o de Johnson: Es la más frecuente, se asocia con baja producción de ácido. Se localiza en la incisura angular en la curvatura menor, cercana al borde entre antro y cuerpo estomacal.

Tipo 2: Es la presencia de una úlcera gástrica y una duodenal. Se asocia a hipersecreción ácida.

Tipo 3: Es una Úlcera prepilórica con hipersecreción ácida.

Tipo 4: Ocurre cerca de la unión gastroesofágica.

Etiología

La causa de la úlcera es un desequilibrio entre los factores agresivos para la mucosa gastroduodenal y los defensivos entre los agentes agresivos los más importantes son la secreción del ácido gástrico que se realiza por las células parietales secretoras de ácido clorhídrico

La infección por la bacteria helicobacter pylori (causante de la mayoría de los casos)

Helicobacter pylori es un bacilo Gram-negativo cuyas propiedades biológicas le han permitido adaptarse al medio ácido del estómago. Existiría la posibilidad de transmisión fecal-oral y la posibilidad de transmisión persona a persona.

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. Hay veces no presentan síntomas o el dolor es atípico.

- Dolor epigástrico
- Ardoroso asociando náuseas
- Vómitos
- Tos
- Meteorismo
- en ocasiones pérdida de peso.

Complicaciones

- Hemorragia
- La penetración: a órganos vecinos. Supone la penetración de la úlcera de todas las capas del estómago o duodeno alcanzando la cavidad peritoneal.
- La estenosis pilórica es secundaria a procesos de cicatrización y retracción en úlceras pilóricas y duodenales.

Prevención

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

- dejar de fumar
- cuidado con los medicamentos
- cero estrés físico o emocional
- no consumir alimentos ácidos
- dejar de beber alcohol
- lavarse las manos

Cáncer de estómago

El cáncer de estómago 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, 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

Etiología

- La edad mayor a 55 años y el sexo masculino. (alimentación ahumados) con el cáncer de estómago
- 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, náusea, 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
- Historia clínica y examen físico complemento, 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

- 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
- Se recomienda quimioterapia con triple agente (epirrubicina o docetaxel, cisplatino y fluorouracilo) en pacientes con etapa avanzada y estado funcional de 0 o 1.
- La cirugía paliativa debe ser considerada en aquellos pacientes con enfermedad avanzada pero sin carcinoma avanzada.

Apendicitis

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.

Clasificación:

- a) Apendicitis congestiva o catarral.
- b) Apendicitis flegmonosa o supurada.
- c) Apendicitis gangrenosa o microscópicamente perforada.
- d) Apendicitis perforada.

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:

- Evolución no mayor de 24-36 horas.
- Inapetencia.
- Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha.
- Nauseas y/o vómitos.
- Estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5

Diagnóstico:

La enfermedad puede empezar en una forma atípica e insidiosa, con dolor constante poco intenso y temperatura normal, con ligera elevación e incluso hipotermia.

Frecuentemente el dolor se presenta en forma generalizada de larga duración (más de tres días), distensión abdominal, existe parálisis intestinal con meteorismo, siendo este uno de los síntomas más frecuentes, obstrucción intestinal.

Signos de irritación abdominal y puntos dolorosos específicos como Murphy y Mc Burney, explorar ambas regiones inguinales y genitales. (Mc Burney punto localizado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos, en una línea imaginaria que une espina ilíaca anterosuperior con el ombligo

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:

- a. Fluidos endovenosos en cantidad adecuada en relación a su estado de hidratación.
- b. Analgésicos endovenosos.
- c. Antibióticos endovenosos

Hernias de la pared abdominal:

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

Etiología:

Las hernias tienen un saco y un contenido los cuales pasan a través de un defecto parietal. La 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

Clasificación:

- Hernia Inguinal.
- Hernia femoral.
- Hernia umbilical.
- Hernia incisional
- Hernia epigástrica
- Hernia hiata

Cuadro clínico:

El motivo de consulta más frecuente es una tumoración en la región inguinal. Lo primero es constatarlo observando, con el paciente de pie, si existe tal tumoración, donde está situada y si la misma impulsa con maniobras que aumenten la presión intrabdominal. Frente a la duda, puede además palparse suavemente.

Diagnóstico:

El diagnóstico continúa siendo básicamente clínico. Se realiza frente a la constatación de una tumoración situada en la región inguinal y que impulsa con maniobras de Valsalva. Frente a la duda, se sugiere remitir el paciente a consulta con cirujano. Los estudios de imagen (ecografía o tomografía computada) son útiles particularmente en pacientes obesos, pero su interpretación requiere experiencia.

Tratamiento:

El tratamiento de las hernias es quirúrgico y su objetivo es revertir los síntomas y prevenir complicaciones mecánicas (estrangulación). La reparación del defecto parietal puede hacerse con los tejidos propios del paciente y suturas (herniorrafia) o con materiales protésicos irreabsorbibles (mallas); esta última se denomina hernioplastia y es el procedimiento más común en la actualidad.

Complicaciones:

La complicación es la estrangulación del contenido, siendo una de las etiologías de oclusión intestinal con compromiso vascular primario. Clínicamente debe plantearse ante la tríada de irreductibilidad aguda, dolor y tensión local en una hernia hasta entonces reductible; en una hernia ya irreductible, los elementos diagnósticos son el dolor agudo y el aumento de la tensión local