

Carrera enfermería

Nombre del alumno leyvi Christian lopez lopez

Materia patología del adulto

Trabajo problemas esofagicos gástricos abdominales

Fecha de entrega 10 / 07 / 20

Catedrático DR : GONZÁLEZ SÁNCHEZ OSCAR FABIÁN

Cancer esofágico

El cáncer de esófago es una neoplasia relativamente poco frecuente, pero de gran letalidad. Se detecta generalmente en etapas avanzadas, sintomáticas (disfagia), habiendo ya invadido al menos la muscularis propia, y casi siempre con metástasis a ganglios linfáticos u otros órganos. Los tumores pequeños, confinados a la mucosa o submucosa, altamente curables por cirugía, son hallazgos casuales durante endoscopías gástricas

Suele presentarse a partir de la quinta década de la vida, y es más frecuente en el hombre, que en la mujer. El pronóstico es muy malo. Menos del 20% de los operados, permanecerán vivos a los cinco años. Por tanto, los esfuerzos deben concentrarse en la prevención.

Etiología y factores de riesgo

Dependiendo del tipo histológico (adenocarcinoma ó carcinoma epidermoide) existen diferentes factores de riesgo asociados con su aparición.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de carcinoma epidermoide de esófago son:

1. Tabaco.
2. Alcohol.
3. Extracción social baja.
4. Dieta: déficit nutritivos, hipovitaminosis, ingesta de alimentos con alto contenido de nitrosaminas (carne conservada, pescado ahumado, seco...).
5. Achalasia.
6. Esófago de Barret.
7. Lesiones por cáusticos.
8. Ptilosis.
9. Síndrome de Plummer-Vinson.
10. Neoplasias de cabeza y cuello.
11. Cáncer de mama cuyo tratamiento haya comprendido la radioterapia.
12. Ingesta de bebidas calientes.

Existe una mayor frecuencia de segundos tumores del tracto respiratorio y digestivo superior entre los pacientes con carcinoma epidermoide de esófago, mayoritariamente como resultado de la exposición al tabaco.

Los factores de riesgo más asociados al desarrollo de adenocarcinoma de esófago son:

1. Reflujo gastroesofágico.
2. Obesidad.
3. Infección por *H. pylori*.
4. Sexo masculino (7:1).
5. Extracción social baja.
6. Dieta: déficits nutritivos, hipovitaminosis, ingesta de alimentos con alto contenido de nitrosaminas (carne conservada, pescado ahumado, seco...).
7. Tabaco.

El adenocarcinoma de esófago distal y de la unión gastroesofágica surge típicamente en un epitelio con metaplasia, circunstancia conocida como esófago de Barret. Esta condición premaligna se caracteriza por la presencia de un epitelio columnar que abarca a tres o más centímetros del esófago tubular distal, ya sea en presencia o en ausencia de hernia de hiato. El esófago de Barret es dos veces más prevalente en varones que en mujeres, y su frecuencia se incrementa con la edad. Pese a asociarse con la enfermedad por reflujo crónico, su verdadera causa es desconocida. Aproximadamente el 60% de los casos de adenocarcinoma de esófago distal o de la unión gastroesofágica presentan evidencia de esófago de Barret. El manejo habitual de los pacientes con esófago de Barret es el seguimiento mediante la realización de endoscopias periódicas y biopsias para ver el grado de degeneración del tejido (displasia). En los casos de displasia de alto grado se recomienda un seguimiento más intenso, incluso la resección quirúrgica.

Prevención

Como resulta lógico pensar, la prevención pasa por evitar los factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer de esófago.

No se ha descrito ningún programa de detección precoz (screening) eficaz en la población sana, ni existen datos concluyentes que lo apoyen.

En el caso de existencia de esófago de Barret (trastorno en el cual el revestimiento del esófago presenta daño causado por irritación a causa de los ácidos gástricos que se han filtrado hacia el mismo), es aconsejable la realización periódica de endoscopia (observación del tubo digestivo

mediante un tubo flexible) con toma de biopsia (extracción de una muestra de tejido de la zona para estudio al microscopio) con el fin de detectar cambios premalignos (displasia) de forma precoz. En los casos de displasia de alto grado se recomienda un seguimiento más intenso, incluso la resección quirúrgica.

Signos y síntomas al diagnóstico

En las etapas iniciales de la enfermedad, el cáncer de esófago habitualmente es asintomático, por lo que su diagnóstico suele ser casual durante el estudio de otros problemas de salud.

Los síntomas más frecuentemente asociados al cáncer de esófago, por los que el paciente acude al médico, son:

1. **Disfagia:** dificultad para tragar o sensación de que el alimento se ha quedado detenido en la garganta o en el tórax. Inicialmente la disfagia es para alimentos sólidos, siendo posteriormente, conforme progresa la enfermedad, para líquidos.
2. **Pérdida de peso:** provocada por la imposibilidad para alimentarse adecuadamente, y por una pérdida de apetito y cambios en el metabolismo inducidos por la enfermedad.
3. **Dolor:** se localiza habitualmente en el tórax, por detrás del esternón. Se trata de un síntoma inespecífico, pues puede aparecer en procesos benignos del esófago, como en el reflujo gastroesofágico. Si aparece en un paciente con cáncer de esófago suele asociarse a un tumor de gran tamaño.
4. **Síntomas respiratorios:** tos e infecciones respiratorias. Suele ser derivado de la afectación del árbol respiratorio secundaria al tumor esofágico. Si aparece en un paciente con cáncer de esófago suele asociarse a un tumor avanzado.
5. **Otros síntomas:** sangrado, disfonía (ronquera) e hipo.

Es importante resaltar que estos síntomas también pueden estar causados por otras enfermedades del esófago, o por otras causas menos serias

Estudios diagnósticos

Una vez que consulte a su médico, éste le interrogará sobre sus síntomas y su historial médico previo. Igualmente le realizará un examen físico completo.

Posteriormente, y basándose en las sospechas diagnósticas, en el estudio del cáncer de esófago se pueden realizar diferentes pruebas diagnósticas entre las que podemos incluir:

1. Análisis de sangre, incluyendo pruebas de función renal, hepática. Es importante la evaluación nutricional del paciente previa a la toma de decisiones en el tratamiento, así como en el transcurso del mismo, con el fin de favorecer su éxito.
2. Tránsito esofago-gastro-duodenal: estudio radiográfico con contraste (habitualmente bario). Tras ingerir el contraste, éste recubre toda la pared de esófago y estómago marcando su contorno, permitiendo así apreciar, mediante la realización de radiografías, si existe alguna lesión que haga sospechar la existencia de un cáncer.
3. Endoscopia: observación del tubo digestivo mediante un tubo flexible. La endoscopia del esófago se denomina esofagoscopia. El tubo flexible permite, mediante una luz y una cámara en su extremo, visualizar las paredes del esófago. En caso de que se observe alguna lesión sospechosa, se procede a tomar una biopsia (extracción de una muestra de tejido de la zona para estudio al microscopio). En algunas ocasiones la lesión esofágica provoca el estrechamiento del esófago, impidiendo así el paso del endoscopio, lo que resta utilidad a esta prueba.
4. Ecografía transesofágica (ecoendoscopia): observación de las paredes del esófago mediante un endoscopio al que se le acopla una sonda de ecografía. Ayuda a conocer la extensión local del tumor (profundidad que alcanza en la pared del esófago, extensión a ganglios cercanos y extensión a estructuras vecinas). Permite toma de biopsias tanto de la mucosa del esófago como de ganglios linfáticos regionales sospechosos.
5. Tomografía Axial Computerizada (TAC) de tórax y abdomen: permite conocer, basándose en su tamaño, la extensión local del tumor, la posible afectación de ganglios cercanos, y la extensión a otros órganos (pulmón, hígado...).
6. Tomografía de Emisión de Positrones (PET): estudio del cuerpo entero que ayuda a conocer la extensión de la enfermedad (local y a distancia), basándose no en el tamaño de las estructuras, sino en su comportamiento metabólico. Habitualmente es una técnica complementaria a la TAC. Es especialmente útil para evaluar la afectación de ganglios linfáticos y metástasis a distancia ocultas mediante otras técnicas, evitando así la agresividad de tratamientos locales (quimioterapia, radioterapia, y cirugía) en pacientes con enfermedad diseminada.
7. Pruebas de función respiratoria: con el fin de prevenir las posibles complicaciones respiratorias que puedan derivarse del tratamiento.

8. **Broncoscopia:** observación del árbol respiratorio mediante un endoscopio para descartar alteraciones derivadas de la extensión del tumor esofágico. Esta técnica se realiza habitualmente ante tumores que afectan a la porción de esófago situada por encima de la bifurcación traqueal (carina).

Otras técnicas que en ocasiones pueden resultar útiles en el diagnóstico y estudio del cáncer de esófago son la laringoscopia (examen laríngeo mediante espejo ó laringoscopia), la toracoscopia (procedimiento quirúrgico para la valoración de los órganos intratorácicos en busca de zonas anormales), y la laparoscopia (procedimiento quirúrgico para examinar los órganos intraabdominales buscando signos de enfermedad),

Los principales tipos histológicos de cáncer de esófago son:

1. **Carcinoma escamoso o epidermoide:** derivado de las células planas (escamosas) de la mucosa (parte más superficial de la pared) del esófago. Su incidencia ha decrecido de forma muy notable en los últimos 20 años.
2. **Adenocarcinoma:** derivado de células glandulares. El factor causante más importante es el esófago de Barret (trastorno en el cual el revestimiento del esófago presenta daño causado por irritación a causa de los ácidos gástricos que se han filtrado hacia el mismo), que provoca que la mucosa habitual del esófago se cambie por otra de tipo glandular. Es frecuente en el tercio inferior del esófago y en la unión esofagogástrica. Su incidencia se ha visto aumentada en las últimas décadas.

Existen tumores malignos esofágicos no epiteliales (no carcinomas), de presentación infrecuente, entre los que podemos destacar el leiomioma (derivado de la musculatura del esófago).

Clasificados como tumores benignos esofágicos se encuentran, entre otros, el papiloma escamoso, el adenoma esofágico, y los pólipos.

Tratamiento: aspectos generales

Existen diferentes opciones de tratamiento para los pacientes con cáncer de esófago. En ocasiones el tratamiento se basa en una sola de estas opciones, mientras que en otros casos el tratamiento óptimo surge de la combinación adecuada de las mismas (tratamiento multidisciplinar). El tratamiento idóneo se deriva del consenso alcanzado en comités en los que las diferentes especialidades (anatomía patológica, radiodiagnóstico, cirugía, medicina digestiva, oncología radioterápica y oncología médica) se encuentran representadas.

Antes de empezar el tratamiento, es conveniente que los pacientes consideren participar en un ensayo clínico (estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre tratamientos nuevos para pacientes con cáncer).

Existen tres opciones fundamentales de tratamiento para el cáncer de esófago:

Cirugía:

Su objetivo es extirpar el tumor con márgenes libres, es decir, sin dejar enfermedad residual. Se considera indicada en estadios iniciales de la enfermedad (resecable). Es el tratamiento más frecuentemente utilizado para el cáncer de esófago. El tipo de cirugía varía en función del tamaño, localización y extensión de la enfermedad. La esofagectomía es la extirpación quirúrgica de parte o la totalidad del esófago, conectando la parte sana restante al estómago, para así permitir la alimentación del paciente. Es factible la utilización de parte del intestino para realizar la conexión.

En la esofagectomía se incluye la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos al esófago, para su estudio al microscopio, con el fin de conocer el grado de extensión de la enfermedad.

En ocasiones puede ser necesaria la realización de una gastrostomía de alimentación, ante imposibilidad para la ingesta de alimentos (condicionada por un estrechez infranqueable del esófago). Esta técnica puede realizarse vía endoscópica o de manera quirúrgica.

Radioterapia:

Consiste en la utilización de radiaciones ionizantes de alta energía para el tratamiento local o locorregional del tumor. La radioterapia se puede emplear como tratamiento único ó formando parte de una estrategia multidisciplinar (combinada con la cirugía y/o la quimioterapia).

Se utiliza con intención curativa, en estadios iniciales de la enfermedad, ó con intención paliativa, en estadios avanzados, para aliviar síntomas tales como el dolor y la disfagia.

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.

Quimioterapia:

Consiste en la introducción de un fármaco al torrente sanguíneo (quimioterapia sistémica) para eliminar las células cancerosas de todo el cuerpo (dentro y fuera del esófago).

La quimioterapia se puede emplear como tratamiento único ó formando parte de una estrategia multidisciplinar (combinada con la cirugía y/o la radioterapia).

Se utiliza con intención curativa, en estadios iniciales de la enfermedad, ó con intención paliativa, en estadios avanzados.

Otros tratamientos con posible indicación en el cáncer de esófago son la terapia láser (destrucción del tumor con láser), y la colocación de prótesis esofágicas (stent), consistente en la implantación endoscópica de un tubo expandible. Esta última técnica se utiliza para resolver la estrechez esofágica provocada por el tumor y permitir así la adecuada alimentación del paciente.

Cualquiera que sea la opción de tratamiento considerada, ésta deberá de ir acompañada del oportuno tratamiento de soporte. Dentro del denominado tratamiento de soporte se incluye el manejo de aspectos tales como la nutrición, el control del dolor, el apoyo psicológico, así como todas aquellas circunstancias que puedan impactar en la calidad de vida del paciente, desde el diagnóstico, durante el tratamiento, y en la evolución posterior de la enfermedad.

Inmunoterapia:

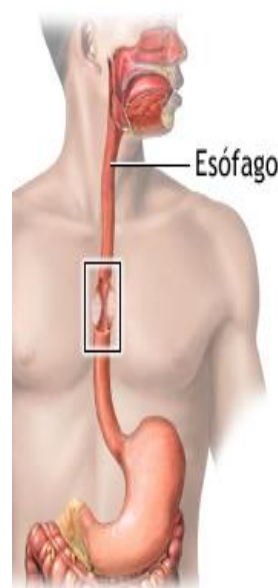
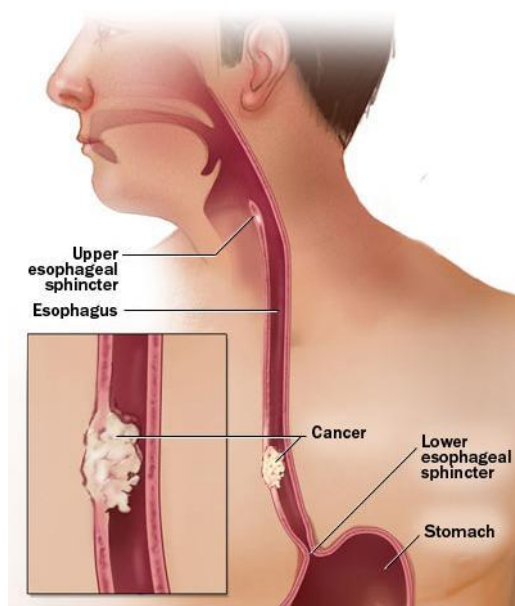
Estudios recientes de inmunoterapia han abierto la oportunidad a que esta estrategia de tratamiento se incorpore al arsenal terapéutico frente al carcinoma de esófago, especialmente en el contexto de la histología epidermoide, tras fallo del tratamiento de primera línea, y sin estar

completamente definidos los criterios de selección que permitan predecir mayor probabilidad de eficacia del tratamiento.

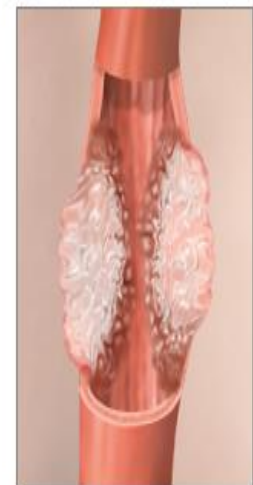
El tratamiento principal del cáncer de esófago es la resección quirúrgica.

TRATAMIENTO SEGUN ESTADIOS CLINICOS Etapa 0, I y IIA • Tratamiento estándar: cirugía. • Alternativa: si rechazo a la operación o criterios (médicos) de inoperabilidad: RT-QT

Etapa IIB • Tratamiento estándar: Cirugía más RT - QT adyuvante concurrente • Alternativa: si rechazo a la operación o criterios (médicos) de inoperabilidad: RT-QT Etapa III • Tratamiento estándar: RT-QT. Puede requerirse, de forma temporal o permanente, un método adicional de paliación de la disfagia (ver anexo). En lesiones T3N1M0 puede realizarse, cirugía más RT-QT adyuvante concurrente. • Alternativa: sólo tratamiento paliativo de la disfagia (ver anexo). Valorar inclusión en ensayo clínico con nuevos métodos de tratamiento. Etapa IV • En algunas lesiones técnicamente resecables en estadio IVA del esófago distal, puede hacerse tratamiento quirúrgico con linfadenectomía del tronco celíaco. • Tratamiento: sólo sintomático, principalmente la paliación de la disfagia (ver anexo). En particular: colocación de endoprótesis, y/o recanalización endoluminal con láser o electrofuguración, y/o RT-QT. • Valorar inclusión en ensayo clínico, cuidando no empeorar la calidad de vida.



Esófago de estrechamiento tumoral



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. La gastritis crónica es la inflamación crónica e inespecífica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple, con mecanismos patogénicos diversos. El Hp, puede afectar varias zonas anatomopatológicas: puede estar localizado en el antro o incluso afectar todo el estómago. Cuando se localiza en el antro, produce: enfermedad gástrica con inflamación crónica; actividad de polimorfonucleares; niveles de ácido aumentados; y enfermedad duodenal con metaplasia gástrica, infección crónica activa y úlcera duodenal. La gastritis alcalina es una lesión de la mucosa gástrica producida por el paso del contenido duodenal (bilis con enzimas pancreáticas) hacia la luz gástrica, como consecuencia de trastornos funcionales de la región antropilórica o por la eliminación quirúrgica de esta región.

Hallazgos endoscópicos: Pueden ser eritema; edema con aumento de volumen de los pliegues; evidencia de hemorragia; friabilidad; exudados; erosiones pequeñas; nodularidad, e hiperplasia o atrofia de los pliegues.

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). **Manifestaciones clínicas:** 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. A la endoscopia se observan erosiones múltiples, superficiales con sangrado activo en forma de babeo, mucosa eritematosa alternando con zonas pálidas. Pueden presentarse con hematemesis y/o melena de cuantía diversa. **Causas:** 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.

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, microaerofílico 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

Factores de riesgo: Son factores de riesgo para adquirir la infección por Hp: la edad y la raza; el nivel socioeconómico; el abastecimiento de agua; el tabaquismo; y la ubicación geográfica. Se ha querido asociar a algunas entidades, y con relación a púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), Bisogno et al., al estudiar 36 niños menores de 15 años con diagnóstico de PTI, y dado a la mejoría espontánea en el conteo de plaquetas que ocurre en niños con PTI, no fueron capaces de demostrar que el Hp juega un papel importante en la PTI en la edad pediátrica¹⁰. **Vías de transmisión:** Se puede adquirir la infección por Hp, por: ingesta de agua contaminada; interpersonal; por medios diagnósticos; y vía orofecal. Konno et al. del Japón, reportan a la transmisión madre-hijo como la principal ruta de infección por Hp¹

Diagnóstico clínico: Los niños con Hp pueden tener varias presentaciones clínicas: asintomáticos,

con dolor abdominal recurrente, dispepsia, vómito, hematemesis, úlcera duodenal o enteropatía perdedora de proteínas.

Diagnóstico complementario: Incluye endoscopia y biopsia, cultivos, prueba de ureasa, prueba del aliento, IgG sérica, ELISA, técnicas moleculares como hibridación (sondas marcadas, oligonucleótidos, DNA específico) y secuencia de genes¹³

Indicaciones de tratamiento: No se recomienda comenzar tratamiento en pacientes asintomáticos y con dispepsia no ulcerosa; más debe considerarse tratar en todo paciente con úlceras infectados con Hp, en úlceras duodenales recurrentes, y en niños con gastritis activa erosiva, metaplasia intestinal, hiperplasia folicular linfoidea y enfermedad ulceropéptica previo diagnóstico endoscópico y microbiológico.

Aclaramiento: Es la imposibilidad de detectar el microorganismo durante el tratamiento. **Erradicación:** Cuando el germen no se detecta a partir de un mes después de finalizar el tratamiento. **Ventajas de la erradicación:** Varias son las ventajas de erradicar el Hp: conduce a la curación; reduce significativamente la recurrencia posterior al tratamiento; disminuye el costo de tratamiento; no hay esquema de tratamiento que elimine la infección en el 100% de los casos; y las tasas de erradicación

Características del tratamiento ideal: Tiene una eficacia superior al 90%; es de corta duración (1 semana); con resultados consistentes y reproducibles, con escasos efectos secundarios y de fácil cumplimiento

Recomendaciones terapéuticas: Usar indistintamente IBP en terapias triples por 1 semana; no aconsejar como primera opción la combinación de IBP, amoxicilina y nitroimidazol; puede incluirse como tratamiento erradicador la combinación de ranitidina con citrato de bismuto con dos antibióticos (claritromicina con amoxicilina) o un nitroimidazol; una pauta de primera elección sería un IBP, claritromicina y amoxicilina por 1 semana; sustituir la amoxicilina por metronidazol en casos de alergia a la penicilina; el tratamiento previo con IBP no disminuye la eficacia de terapias triples; en casos de úlceras complicadas hay que administrar antiseoretos hasta confirmar erradicación; ante fracaso de la combinación IBP con amoxicilina con claritromicina se recomienda utilizar IBP con bismuto con metronidazol y con 1 antibiótico; y hay alta eficacia en los tratamientos cuádruples por lo que no es necesario indicar cultivo previo al tratamiento.

Complicaciones

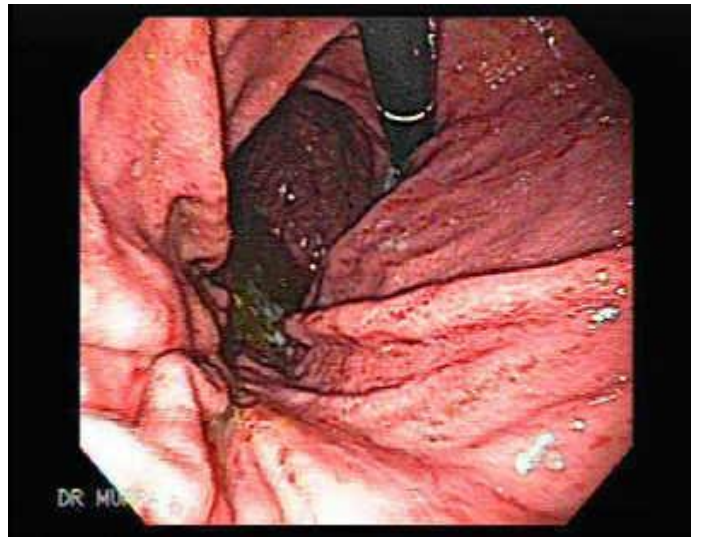
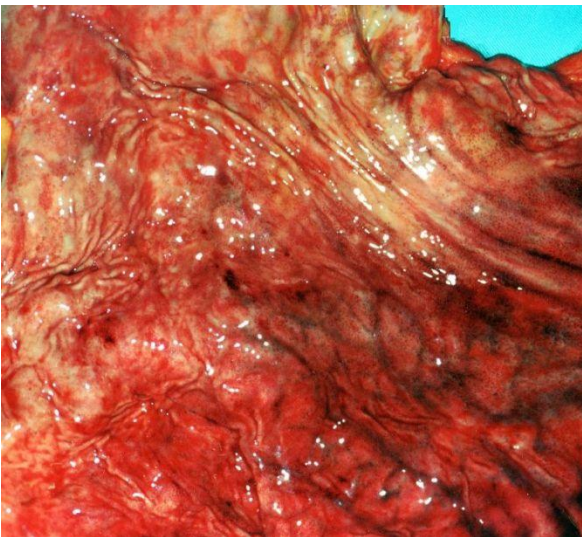
Si no se trata, la gastritis puede causar úlceras y hemorragias estomacales. En raras ocasiones, es posible que algunos tipos de gastritis crónica aumenten el riesgo de cáncer de estómago, especialmente si tienes un revestimiento del estómago muy delgado y hay cambios en las células del revestimiento.

Dile a tu médico si tus signos y síntomas no mejoran a pesar del tratamiento para la gastritis.

Prevención

Prevención de la infección por H. pylori

No está claro cómo se propaga el H. pylori, pero hay ciertos indicios de que se puede transmitir de persona a persona o a través de comida y agua contaminadas. Puedes tomar medidas para protegerte de infecciones, como el H. pylori, lavándote frecuentemente las manos con agua y jabón y comiendo alimentos que estén completamente cocidos.



Úlcera gástrica

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. Es una enfermedad frecuente que en Europa occidental afecta a aproximadamente el 5- 10% de la población en algún momento de sus vida

producción excesiva de ácido clorhídrico (ácido que en condiciones normales produce el estómago para ayudar a hacer la digestión de los

alimentos) era el principal responsable de la enfermedad ulcerosa péptica. Aunque actualmente se continúa considerando a este ácido un factor importante en el origen de la úlcera péptica

hoy en día, se considera a un agente infeccioso bacteriano, denominado *Helicobacter pylori*, la causa principal en el origen de la enfermedad ulcerosa péptica. Esta bacteria infecta el estómago en una gran parte de la población mundial (aproximadamente al 50%), aunque ello no quiere decir que estas personas tengan molestias digestivas ni que tengan o vayan a tener úlcera péptica.

SÍNTOMAS 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. Independientemente de estos síntomas, las personas que tienen una úlcera péptica tienen el riesgo de que esta se complique. De más a menos frecuente, las complicaciones principales de esta enfermedad son la hemorragia digestiva (producida cuando la úlcera es profunda y erosiona un vaso sanguíneo provocando una pérdida de sangre hacia el tubo digestivo), la perforación (cuando la lesión es tan profunda que rompe la pared intestinal) y la estenosis (cicatriz que se produce en úlceras antiguas y que puede provocar una estrechez del intestino que dificulta el paso del alimento).

Las complicaciones principales de esta enfermedad son la hemorragia digestiva (producida cuando la úlcera es profunda y erosiona un vaso sanguíneo provocando una pérdida de sangre hacia el tubo digestivo), la perforación (cuando la lesión es tan profunda que rompe la pared intestinal) y la estenosis (cicatriz que se produce en úlceras antiguas y que puede provocar una estrechez del intestino que dificulta el paso del alimento).

TRATAMIENTO Cuidados generales y régimen de vida —Se puede y debe llevar una vida normal. —En relación con la dieta, durante mucho tiempo se ha sido muy estricto con los pacientes ulcerosos. Hoy se conoce que la dieta en sí ni es un causante ni un agravante para la enfermedad. Sólo se recomienda a los pacientes con úlcera no tomar aquellos alimentos que a cada uno “le sienten mal”. Es recomendable no abusar del café, no fumar y no ingerir bebidas alcohólicas. —Salvo casos muy especiales, los pacientes ulcerosos no deben tomar antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ni Aspirina®. Si fuesen imprescindibles, se recomienda proteger la mucosa gástrica y duodenal mientras dure el tratamiento con fármacos denominados

inhibidores de la bomba de protones (IBP), como el omeprazol y otros similares

Causas

Las úlceras pépticas se presentan cuando el ácido en el aparato digestivo corroe la superficie interior del estómago y del intestino delgado. El ácido puede crear una llaga abierta que tal vez supure.

El aparato digestivo está cubierto por una capa mucosa que normalmente lo protege del ácido. Pero si la cantidad de ácido aumenta o se reduce la mucosidad, podrías tener una úlcera. Algunas de las causas más frecuentes son:

- **Una bacteria. La bacteria *Helicobacter pylori* comúnmente vive en la capa mucosa que cubre y protege los tejidos que recubren el estómago y el intestino delgado. Con frecuencia, esta bacteria no causa problemas, pero puede inflamar el revestimiento interior del estómago, y entonces se produce una úlcera.**

No está claro cómo se disemina la infección con *H. pylori*. Puede contagiarse de una persona a otra por contacto cercano, por ejemplo, al besarse. La gente también puede contagiarse con *H. pylori* por la comida y el agua.

- **Uso frecuente de ciertos analgésicos. Tomar aspirina, al igual que determinados analgésicos de venta libre o con receta, llamados antiinflamatorios no esteroideos, puede irritar o inflamar el revestimiento del estómago y del intestino delgado. Estos medicamentos incluyen ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros), naproxeno sódico (Aleve, Anaprox, otros), ketoprofeno, y otros. No incluyen el acetaminofén (Tylenol).**

Las úlceras pépticas son más comunes en los adultos mayores que toman estos medicamentos para el dolor con frecuencia, o en las personas que toman estos medicamentos para la osteoartritis.

- **Otros medicamentos. Tomar determinados medicamentos, como esteroideos, anticoagulantes, aspirina de baja dosis, inhibidores**

selectivos de la recaptación de serotonina, alendronato (Fosamax), y risedronato (Actonel) junto con antiinflamatorios no esteroides puede aumentar en gran forma la posibilidad de tener úlceras.

Factores de riesgo

Además de tomar antiinflamatorios no esteroides, puedes tener un riesgo más alto de úlceras pépticas si:

- **Fumas.** Fumar puede aumentar el riesgo de las úlceras pépticas en las personas infectadas con *H. pylori*.
- **Consumes alcohol.** El alcohol puede irritar y corroer la mucosa que reviste el estómago, y aumenta la cantidad de ácido estomacal que se produce.
- **Tienes un estrés no tratado.**
- **Comes alimentos condimentados.**

Estos factores por sí mismos no causan las úlceras, pero pueden hacerlas empeorar y que sea más difícil curarlas.

Complicaciones

Si no se tratan, las úlceras pépticas pueden resultar en:

- **Sangrado interno.** El sangrado puede ocurrir en forma de pérdida lenta de sangre que lleva a la anemia, o como una pérdida grave de sangre que quizás requiera internación en el hospital o una transfusión de sangre. La pérdida grave de sangre puede causar vómitos o heces negros o sanguinolentos.
- **Infección.** Las úlceras pépticas pueden hacer un agujero (perforación) a través de la pared del estómago o del intestino delgado, lo que pone a riesgo de infección grave en la cavidad abdominal (peritonitis).
- **Obstrucción.** Las úlceras pépticas pueden bloquear el pasaje de comida del aparato digestivo, haciendo que te sientas satisfecho fácilmente, que vomites y pierdas peso, ya sea por hinchazón por inflamación, o por cicatrización.

Prevención

Puedes reducir tu riesgo de úlceras pépticas si sigues las mismas estrategias recomendadas como remedios caseros para tratar las úlceras.

También quizás sea útil:

- **Protegete de las infecciones. No está claro cómo se propaga el H. pylori, pero hay ciertos indicios de que se puede transmitir de persona a persona o a través de comida y agua.**

Puedes tomar medidas para protegerte de infecciones, como el H. pylori, lavándote frecuentemente las manos con agua y jabón y comiendo alimentos que estén completamente cocidos.

- **Ten cuidado con los analgésicos. Si tomas con frecuencia los analgésicos que pueden aumentar tu riesgo de úlceras pépticas, toma medidas para reducir tu riesgo de problemas estomacales. Por ejemplo, toma tus medicamentos con las comidas.**

Colabora con el médico para encontrar la dosis más baja posible que aún te brinde alivio para el dolor. Evita tomar alcohol cuando tomes la medicación, ya que los dos pueden combinarse para aumentar tu riesgo de malestar estomacal.

Si necesitas tomar un antiinflamatorio no esteroide, quizás también tendrás que tomar medicamentos como un antiácido, un inhibidor de la bomba de protones, un bloqueador de ácido, o un agente citoprotector. Una clase de antiinflamatorios no esteroides, llamadas inhibidores de COX-2, quizás cause menos úlceras pépticas, pero existe la posibilidad de que aumente el riesgo de ataques cardíacos.

Cáncer de estomago

Definición El cáncer gástrico es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo en todo el mundo.^{1,2} El término cáncer gástrico se refiere a los adenocarcinomas del estómago, que representan un 95% de los tumores malignos de este órgano.^{3,4} Salvo en Japón, el carcinoma del estómago en general se encuentra en una fase evolutiva avanzada en el momento del diagnóstico, con infiltración más allá de la submucosa e invasión de la pared gástrica.³

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.^{3,4} 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.

Síntomas y signos Los rasgos clínicos dependen del tiempo de enfermedad, edad del paciente y la localización, la extensión y el tipo de tumor.¹ En su fase más temprana, el carcinoma del estómago se asocia con escasos síntomas sistémicos.^{3,4} 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.³ Los síntomas más frecuentes de cáncer de estómago son: dolor epigástrico¹ 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.^{3,7} Las llamadas manifestaciones clásicas corresponden a una fase avanzada de la enfermedad

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de cáncer de la unión gastroesofágica es la historia clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico y de obesidad.

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**

Prevención

No está claro qué es lo que causa el cáncer de la unión gastroesofágica o de estómago, por lo que no hay manera de prevenirlo. Sin embargo, puedes adoptar medidas para reducir el riesgo de padecer cáncer de la unión gastroesofágica y de estómago haciendo pequeños cambios en tu vida cotidiana. Por ejemplo, trata de hacer lo siguiente:

- **Haz ejercicio. El ejercicio regular está asociado a un menor riesgo de cáncer de estómago. Trata de incorporar la actividad física en tu rutina y practicarla la mayoría de los días de la semana.**
- **Come más frutas y vegetales. Trata de incorporar más frutas y vegetales a tu dieta todos los días. Elige entre una amplia variedad de frutas y vegetales coloridos.**
- **Reduce la cantidad de alimentos salados y ahumados. Limita estos alimentos para proteger el estómago.**
- **Deja de fumar. Si fumas, deja de hacerlo. Si no fumas, no empieces a hacerlo ahora. Fumar aumenta el riesgo de padecer cáncer de estómago, así como muchos otros tipos de cáncer. Dejar de fumar puede ser muy difícil, así que pídele ayuda a tu médico.**
- **Pregúntale al médico sobre el riesgo de tener cáncer de la unión gastroesofágica o de estómago. Habla con el médico si tienes un mayor riesgo de padecer cáncer de la unión gastroesofágica o de estómago. Juntos pueden planear endoscopias regulares para buscar signos de cáncer de estómago.**

Diagnóstico del cáncer de estómago y de la unión gastroesofágica
comprenden:

- **Una pequeña cámara en el interior del estómago (endoscopia superior). Un tubo delgado que contiene una cámara pequeña se introduce por la garganta hasta llegar al estómago. El médico puede buscar signos de cáncer. Si encuentra alguna región que le genera**

sospechas, se puede tomar una muestra de tejido (biopsia) para analizarla.

- Pruebas de diagnóstico por imágenes. Las pruebas por imágenes para la detección del cáncer de estómago constan de la tomografía computarizada y un tipo especial de radiografía a veces llamada «ingesta de bario».

Determinar el grado (la etapa) del cáncer de estómago

La etapa del cáncer de estómago le permite al médico decidir los tratamientos más adecuados para ti. Entre las pruebas y los procedimientos utilizados para determinar la etapa del cáncer, se incluyen los siguientes:

- Pruebas de diagnóstico por imágenes. Las pruebas pueden incluir tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP).
- Cirugía exploratoria. El médico puede recomendarte cirugía para buscar signos que indiquen que el cáncer se ha esparcido más allá del estómago dentro del abdomen. La cirugía exploratoria generalmente se realiza mediante laparoscopia. Este significa que el cirujano realiza varias incisiones pequeñas en el abdomen e introduce una cámara especial que transmite imágenes a un monitor en la sala de operaciones.

Se pueden usar otras pruebas para determinar la etapa, según tu situación.

Estadios del cáncer de estómago

Las etapas del adenocarcinoma del estómago o el esófago incluyen las siguientes:

- Etapa I. En esta etapa, el tumor está limitado a la capa superior del tejido que recubre el interior del esófago o el estómago. También es posible que las células cancerosas se hayan diseminado a un número limitado de ganglios linfáticos cercanos.
- Etapa II. El cáncer en esta etapa se ha diseminado de forma más profunda y ha crecido hacia dentro de la capa del músculo de la pared

del esófago o el estómago. El cáncer también puede haberse diseminado hacia más ganglios linfáticos.

- **Etapa III.** En esta etapa, el cáncer pudo haber crecido a través de todas las capas del esófago o el estómago y haberse diseminado a estructuras cercanas. O bien, puede ser un cáncer más pequeño que se ha diseminado más extensamente a los ganglios linfáticos.
- **Etapa IV.** Esta etapa indica que el cáncer se ha diseminado a áreas lejanas del cuerpo.

Tratamiento

I

Las opciones de tratamiento para el cáncer de la unión gastroesofágica y el cáncer de estómago dependen de la etapa de la enfermedad, la salud general y las preferencias.

Cirugía

La cirugía se realiza para extirpar el cáncer de estómago en su totalidad y, cuando sea posible, un margen de tejido sano. Las opciones incluyen lo siguiente:

- **Extirpación de tumores en su fase inicial de la membrana del estómago.** Los tumores muy pequeños localizados en la membrana interna del estómago pueden extirparse a través de un procedimiento denominado «mucosectomía endoscópica». El endoscopio es una sonda con una luz y una cámara que se introduce por la garganta hasta llegar al estómago. El médico utiliza herramientas especiales para extirpar el tumor y un margen de tejido sano de la membrana del estómago.
- **Extirpación de una parte del estómago (gastrectomía parcial).** Durante la gastrectomía parcial, el cirujano extirpa solo la parte del estómago afectada por el cáncer.

- **Extirpación de todo el estómago (gastrectomía total).** La gastrectomía total consiste en extirpar todo el estómago y parte del tejido circundante. Luego, el esófago se conecta directamente con el intestino delgado para que la comida circule por el sistema digestivo.
- **Extirpación de los ganglios linfáticos a fin de determinar si hay cáncer.** El cirujano examina y elimina los ganglios linfáticos en el abdomen a fin de determinar si hay células cancerosas.
- **Cirugía para aliviar los signos y síntomas.** En el caso de las personas con cáncer de estómago avanzado, la extirpación parcial del estómago puede generar un alivio de los signos y síntomas de un tumor en crecimiento. Si este es el caso, la cirugía no curará el cáncer de estómago avanzado, pero puede hacerte sentir más cómodo.

La cirugía acarrea el riesgo de sangrado e infección. Si el estómago se extirpa en forma parcial o total, puedes tener problemas digestivos.

Radioterapia

La radioterapia emplea haces de energía de gran potencia, como los rayos X y los protones, para eliminar las células cancerosas. Los haces de energía salen de una máquina que se mueve a tu alrededor mientras permaneces acostado en una mesa.

La radioterapia puede utilizarse antes de la cirugía (radiación neoadyuvante) para encoger un tumor de estómago de modo que resulte más fácil extirparlo. La radioterapia también puede utilizarse después de la cirugía (radiación adyuvante) para eliminar las células cancerosas que queden cerca del estómago. Con frecuencia, la radiación se combina con quimioterapia. En casos de cáncer avanzado, la radioterapia también puede utilizarse para aliviar los efectos secundarios provocados por un tumor de gran tamaño.

La radioterapia en el estómago puede causar diarrea, indigestión, náuseas y vómitos.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento con medicamentos que emplea sustancias químicas para eliminar las células cancerosas. Los medicamentos utilizados en quimioterapia se desplazan por todo el cuerpo y eliminan las células cancerosas que puedan haberse extendido fuera del estómago.

La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía (quimioterapia neoadyuvante) para ayudar a reducir el tamaño de un tumor, de modo que sea más fácil extirparlo. La quimioterapia también se utiliza después de la cirugía (quimioterapia adyuvante) para eliminar las células cancerosas que puedan quedar en el cuerpo. A menudo, la quimioterapia se combina con radioterapia. La quimioterapia puede utilizarse sola en personas con cáncer de estómago avanzado para ayudar a aliviar los signos y síntomas.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de los medicamentos utilizados. El tipo de cáncer de estómago que tengas determina qué medicamentos recibirás en la quimioterapia.



Apendicitis

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.

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.

.-De las manifestaciones clínicas y de laboratorio, las que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis (manifestaciones cardinales) son: a) Dolor característico (migración de la región periumbilical al CID o localización inicial en CID b) Manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales) c) Datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos)

DIAGNÓSTICO ADULTO MAYOR 1.-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, disminución de ruidos intestinales, existe parálisis intestinal con meteorismo, siendo este uno de los síntomas más frecuentes, puede hacer pensar en obstrucción intestinal; se puede palpar una masa en cuadrante inferior derecho del abdomen, escasa o nula defensa abdominal. El adulto mayor puede presentar cuadro confusional agudo y deterioro del estado general. 2.- Es infrecuente la presencia de leucocitosis en la biometría hemática. Se suelen encontrar alteraciones hidroelectrolíticas y aumento de la creatinina, lo que puede llevarnos a diagnosticar casos de íleo paralítico secundario a alteraciones hidroelectrolíticas, en vez de pensar que son la consecuencia de la apendicitis. 3.- En todo adulto mayor con dolor abdominal de evolución aguda o subaguda interrogar el tiempo de evolución, evaluar signos vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura. En abdomen auscultar ruidos peristálticos, buscar mediante palpación superficial y profunda tumoraciones, signos de irritación abdominal y puntos dolorosos específicos como Murphy y Mc Burney, explorar ambas regiones inguinales y genitales. 4.- En los adultos mayores la perforación puede ocurrir antes, y como la evolución es subaguda y el dolor puede ser de menor intensidad, generalmente acuden a atención médica en forma más tardía. 5.- La mayor frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas, cuadro clínico subagudo y generalmente atípico y la tendencia a la perforación más temprana ensombrecen el pronóstico. 6.- La causa de dolor abdominal agudo en orden de frecuencia son las enfermedades biliares, la obstrucción intestinal, tumores y causas vasculares. Además, no se debe pensar únicamente en enfermedades abdominales; es frecuente el dolor abdominal referido, procedente de padecimientos torácicos. 7.- En pacientes ancianos solicitar fórmula blanca, examen general de orina, creatinina, electrolitos séricos, placa simple de abdomen de pie y decúbito, y teleradiografía de tórax

Tratamiento. El objetivo del manejo de la apendicitis aguda es el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica inmediata, siendo la apendicectomía el tratamiento estándar. Una alternativa es la terapia con antibióticos (19, 20) . Al respecto, un reciente meta-análisis de Varadhan et al. 2015 evaluó la seguridad y eficacia de los antibióticos en comparación con la apendicectomía, para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada, basado en 4 ensayos aleatorizados controlados. El tratamiento antibiótico se asoció con una tasa de éxito del 63% en 1 año y con una reducción del

riesgo relativo de complicaciones del 31% (21). Del mismo modo, el estudio NOTA (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis) evaluó la seguridad y eficacia del tratamiento con antibióticos para la sospecha de apendicitis aguda no complicada en un período de seguimiento de 2 años. En un plazo de 7 días

Causas

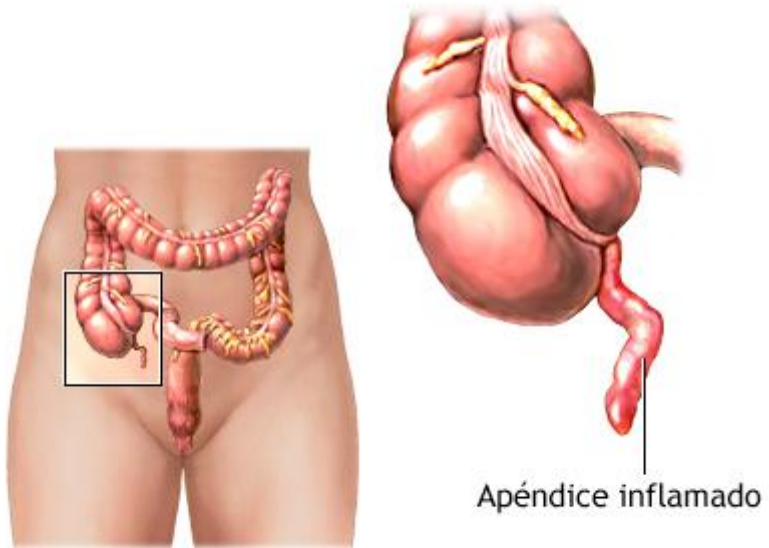
La causa probable de la apendicitis es una obstrucción en el recubrimiento del apéndice que da como resultado una infección. Las bacterias se multiplican rápidamente y hacen que el apéndice se inflame, se hinche y se llene de pus. Si no se trata inmediatamente, el apéndice puede romperse.

Complicaciones

La apendicitis puede causar complicaciones graves, por ejemplo:

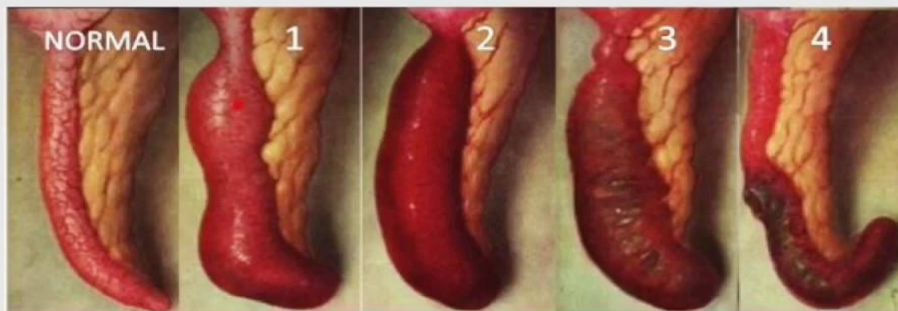
- La perforación del apéndice. Esto puede causar que la infección se esparza por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.
- Una acumulación de pus que se forma en el abdomen. Si el apéndice se revienta, es posible que se cree una acumulación de infección (absceso). En la mayoría de los casos, el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el absceso. El tubo se deja colocado durante aproximadamente dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección.

Una vez que se elimina la infección, se hace una cirugía para extraer el apéndice. En algunos casos, se drena el absceso y el apéndice se extrae de inmediato.



ADAM.

Fases de la apendicitis



24 - 36h

• Simple o catarral

• Flemonosa o fibrinosa

• Gangrenosa

• Perforada

Hernias

Una hernia es la protusión de un órgano fuera de la cavidad del cuerpo, es decir, se da cuando una víscera sale a l'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

Tipos de hernias

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 pararrectales o de Spiegel, o las hernias lumbares.

Síntomas de las hernias

Habitualmente, las hernias pueden identificarse cuando aparece un bulto de forma espontánea, por ejemplo con la realización de un esfuerzo o al levantarse, y que pueden esconderse posteriormente al tumbarse o manualmente.

Aunque rara vez ocurre, cuando el bulto es visible y no se esconde a la cavidad abdominal, debe ser operada urgentemente

Diagnóstico

En general, solo se necesita realizar una exploración física para diagnosticar una hernia inguinal. El médico verificará si hay un protuberancia en la zona inguinal. Es posible que el médico te solicite que te pares y tosas o que hagas un esfuerzo, porque estas acciones permiten determinar con mayor facilidad si hay una hernia.

Si el diagnóstico no es evidente, es posible que el médico pida un diagnóstico por imágenes, como una ecografía abdominal, una tomografía computarizada o una resonancia magnética.

.

Factores de riesgo para la hernia

Los factores de riesgo se pueden dividir en diferentes tipos de hernia:

Factores de riesgo de hernia incisional

Debido a que una hernia incisional es el resultado de una cirugía, el factor de riesgo más claro es un procedimiento quirúrgico reciente en el abdomen.

Las personas son más susceptibles entre los 3 y los 6 meses después del procedimiento, especialmente si:

- Están involucrados en actividades intensas
- Han ganado peso adicional
- Están embarazadas

Todos estos factores suponen una tensión adicional en el tejido a medida que sana.

Factores de riesgo de hernia inguinal

Tratamiento

Para una hernia sin síntomas, lo normal es observar y esperar, pero esto puede provocar un riesgo para ciertos tipos de hernia, como las femorales.

A los dos años de diagnosticar hernia femoral, el 40 por ciento deriva en estrangulación intestinal.

No está claro si la cirugía no urgente vale la pena para la reparación de la hernia en los casos en los que no existen síntomas y en los que la hernia puede traspasar el abdomen.

El Colegio Americano de Cirujanos y algunos otros cuerpos médicos consideran la cirugía electiva innecesaria en tales casos, ya que, en su lugar, recomiendan observación atenta.

Otros recomiendan la reparación quirúrgica para eliminar el riesgo de estrangulación posterior del intestino, una complicación en la que se corta el suministro de sangre en un área del tejido, lo cual requiere un procedimiento de urgencia.

Estas autoridades de salud consideran que una operación temprana y rutinaria es preferible a un procedimiento de urgencia con más riesgo.

Aunque las opciones quirúrgicas dependen de las circunstancias individuales, incluida la ubicación de la hernia, existen dos tipos principales de intervención quirúrgica para la hernia:

- Cirugía abierta
- Operación laparoscópica (cirugía por incisión mínima)

La reparación quirúrgica abierta cierra la hernia con suturas, mallas o ambas y la herida quirúrgica en la piel se cierra con suturas, grapas o pegamento quirúrgico.

La reparación laparoscópica se usa en operaciones repetidas para evitar cicatrices previas y, aunque generalmente es más costosa, es menos probable que cause complicaciones como una infección.

La reparación quirúrgica de una hernia guiada por un laparoscopio permite el uso de incisiones más pequeñas, lo que supone una recuperación más rápida de la operación.

La hernia se repara de la misma manera que en una cirugía abierta, pero se guía mediante una pequeña cámara y una luz introducida a través de un tubo. Los instrumentos quirúrgicos se insertan a través de otra pequeña incisión. El abdomen se infla con gas para ayudar al cirujano a ver mejor y darles espacio para trabajar; toda la operación se realiza bajo anestesia general.

Complicaciones

Las complicaciones de una hernia inguinal comprenden:

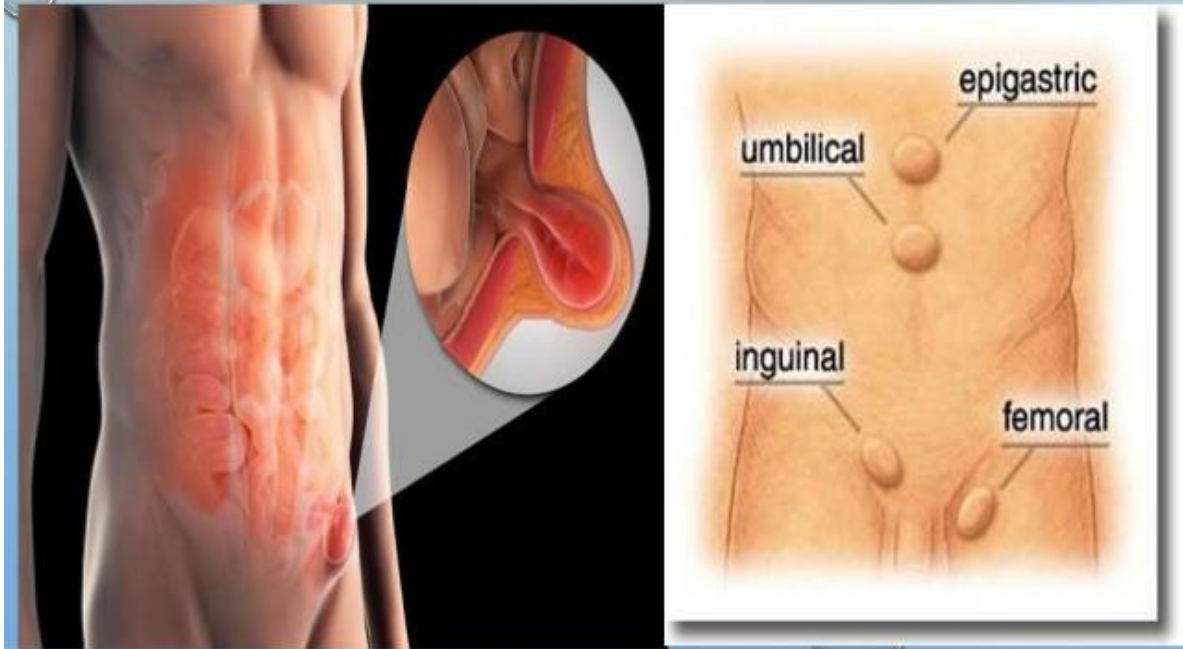
- **Presión en los tejidos cercanos.** La mayoría de las hernias inguinales se agrandan con el tiempo si no son reparadas quirúrgicamente. En los hombres, las hernias grandes se pueden extender hacia el escroto, lo que causa dolor e hinchazón.
- **Hernia encarcelada.** Si los contenidos de la hernia quedan atrapados en un punto débil en la pared abdominal, la hernia puede obstruir el intestino, causando un dolor intenso, náuseas, vómitos y la incapacidad de tener movimiento intestinal o despedir gases.
- **Estrangulación.** Una hernia encarcelada puede cortar el flujo sanguíneo en una parte del intestino. La estrangulación puede producir la muerte de los tejidos intestinales afectados. Una hernia estrangulada es potencialmente mortal y requiere cirugía inmediata.

Prevención

No es posible prevenir el defecto congénito que aumenta la propensión a una hernia inguinal. Pero sí puedes reducir la tensión en los tejidos y los músculos abdominales. Por ejemplo:

- **Mantén un peso saludable.** Consulta con el médico sobre los ejercicios y el plan alimentario que sean mejores para ti.
- **Incorpora más alimentos ricos en fibra.** Las frutas, los vegetales y los cereales integrales contienen fibra que puede ayudar a evitar el estreñimiento y el esfuerzo al evacuar.
- **No levantes objetos pesados o hazlo con cuidado.** Si debes levantar algo pesado, siempre dobla las rodillas, no la cintura.
- **Dejar de fumar.** A pesar de su rol en muchas enfermedades graves, fumar causa tos crónica que puede provocar hernia inguinal o agravarla.

HÉRNIAS INGUINALES Y HÉRNIAS ABDOMINALES



Share on Pinterest

