

UDS.  
UDS.

Universidad del sureste  
UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Nombre: Cristian Pérez Núñez  
NOMBRE: CRISTIAN PEREZ NUÑEZ

Carrera. Licenciatura en enfermería  
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA

6to cuatrimestre  
6TO CUATRIMESTRE

Actividad; patologías digestivas  
ACTIVIDAD: PATOLOGIAS DIGESTIVAS

Materia: patología del adulto  
MATERIA: PATOLOGIA DEL ADULTO

Docente: Dr. Fabián González Sánchez  
DOCENTE: DR. FABIAN GONZALEZ SANCHEZ

## PROBLEMAS ESOFÁGICO:

### Cáncer de esófago

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.

El cáncer de esófago es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del esófago.

El esófago es el tubo hueco y muscular por el que pasan los alimentos y los líquidos desde la garganta hasta el estómago. La pared del esófago se compone de varias capas de tejido, que incluyen la membrana mucosa, el músculo y el tejido conjuntivo. El cáncer de esófago comienza en el revestimiento interno del esófago y se disemina hacia afuera a través de las otras capas a medida que crece.

### Clasificación

**Carcinoma de células escamosas:** cáncer que se forma en las células delgadas y planas que revisten el interior del esófago. Este tipo de cáncer se encuentra con más frecuencia en la parte superior y media del esófago, pero se presenta en cualquier lugar del esófago. También se llama carcinoma epidermoide.

**Adenocarcinoma:** cáncer que comienza en las células glandulares. Las células glandulares en el revestimiento del esófago producen y liberan líquidos como el moco. Los adenocarcinomas se suelen formar en la parte inferior del esófago, cerca del estómago.

### Etiología

- Tener enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Fumar
- Tener cambios precancerosos en las células del esófago (esófago de Barrett)
- Ser obeso
- Consumir alcohol
- Tener reflujo biliar

- Tener dificultades para tragar debido a un esfínter esofágico que no se relaja (acalasia)
- Tener el hábito constante de tomar bebidas muy calientes
- No consumir suficientes frutas ni vegetales
- Someterse a un tratamiento con radiación en el pecho o en la parte superior del abdomen

## **Cuadro clínico**

- Disfagia
- regurgitación
- Ardor o dolor retrosternal
- Sialorrea
- Tos (afección respiratoria asociada o por bronco aspiración Tos al deglutir en la fístula traqueo-esofágica)
- pérdida de peso.

## **Diagnostico**

### **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.

### **Exámenes complementarios**

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

- Rx tórax (valoración pre-operatoria y para evaluar invasión mediastinal o presencia de metástasis pulmonares, presencia de procesos infecciosos pleuro-pulmonares.)

- Rx de esófago, estómago y duodeno (EED): permite apreciar las características del tumor (localización exacta de sus límites superior e inferior, tamaño en sentido vertical, grado de grado de estenosis y dilatación pre-estenótica, infiltración por

contigüidad), y valorar el estado morfológico de estómago y duodeno (con vistas a decisiones de técnica quirúrgica).

### **Estudios endoscópicos:**

- Esófago-gastro-duodenoscopia: permite el diagnóstico definitivo por toma de biopsia y contribuye al estadiamiento. Determinar localización, caracteres macroscópicos, grado de permeabilidad de la luz esofágica.

- laparoscopia y la toracoscopia han sido adoptadas por muchos, como estudios habituales de estadiamiento, para evitar operaciones innecesarias. Con estos métodos se mejora aún más el estadiamiento N en tórax y abdomen

**Otros exámenes:** pruebas funcionales respiratorias, evaluación cardiovascular (ECG, y/o ecocardiograma pre-operatorio), estudios microbiológicos (exudado naso-faríngeo y esputo bacteriológico, si fuera necesario).

### **Tratamiento**

El tratamiento principal del cáncer de esófago es la resección quirúrgica. La mayoría de los casos se detectan en etapa avanzada, con pobre sobrevida. En los tumores en etapa temprana la cirugía es el tratamiento de elección. En la mayoría de los pacientes sintomáticos, generalmente la lesión ha invadido al menos la muscularis propia, y tiene grandes posibilidades de diseminación a ganglios regionales o a sitios distantes.

La mayoría de los pacientes, sin indicación de cirugía potencialmente curativa, serán tratados de forma sintomática, básicamente para aliviar la disfagia: endoprótesis, RT externa con QT (mejor que RT sola), recanalización por láser o electrocoagulación endoluminal, otras.

### **Tratamiento según estadios clínicos**

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. 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.

## 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

- Dejar de fumar
- Comer más frutas y vegetales. Agrega una variedad de frutas y vegetales
- Mantén un peso saludable.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol
- Alimentación, peso corporal y actividad física

## PROBLEMAS GASTRICOS

### 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.

Existen entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de eritema o edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio pero si cuentan con daño epitelial o endotelial, acuñándose para estas la denominación de gastropatías

En la práctica clínica, se utiliza el término de gastritis tanto para las gastritis propiamente dichas como para las gastropatías, por tener manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos muy parecidos

## **CLASIFICACIÓN**

Existen diversas clasificaciones de las gastritis y gastropatías, basadas en criterios clínicos, factores etiológicos, endoscópicos o patológicos, no existiendo una clasificación totalmente aceptada.

### **Clasificación Anatomopatológica de Gastritis, Basada en su Presentación, Prevalencia y Etiología**

#### **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
- Otras gastritis/gastropatías agudas
- Gastritis aguda Vírica
- Gastritis atrófica corporal difusa

#### **CMV**

- Herpes virus
- Bacteriana
- Gastritis flemonosa
- Gastritis aguda necrotizante
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Mycobacterium avium*
- Actinomicosis
- Sífilis
- Fúngicas
- *Candida sp*
- *Histoplasma capsulatum*
- Parasitaria
- Anisakiasis
- *Strongyloides stercoralis*
- *Cryptosporidium*
- *Ascaris*

#### **Gastritis Crónicas Infrecuentes**

- Gastritis granulomatosas
- Enfermedad de Crohn
- Sarcoidosis
- Linfoma
- Enfermedad de Whipple
- Histiocitosis de cel. de Langerhans
- Vasculitis

- Gastritis xantogranulomatosa
- Gastritis eosinofílica
- Gastritis colágena y gastritis linfocítica

### **Gastritis Hipertróficas**

- Enfermedad de Menetrier
- Gastritis hipertrófica hipersecretora
- Síndrome de Zollinger Ellison
- Gastropatías
- Acido acetilsalicílico
- Alcohol
- Cocaína
- Cáusticos
- Radiación
- Reflujo biliar
- Isquemia
- Bezoar
- Congestión vascular
- Gastropatía de la hipertensión portal
- Traumatismo local
- Sonda nasogástrica
- Úlceras de Cameron

## **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 Factores endógenos**

#### **Factores exógenos**

1. *Helicobacter pylori* y otras infecciones
2. AINES
3. Irritantes gástricos
4. Drogas
5. Alcohol
6. Tabaco
7. Cáusticos
8. Radiación

#### **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

Dolor en epigastrio como corrosivo y suele hacer su aparición entre 1 y 3 horas después de las comidas o por la noche durante las horas de sueño.

Reflujo gastroesofágico

Pirosis

Ardor o acidez que desaparecen con la toma de algún agente alcalino como el bicarbonato o los antiácidos.

También náuseas

Vomito

Perdida de peso

Sangrado

## Diagnostico

Para el diagnóstico de gastritis no existe una buena correlación de las manifestaciones clínicas, los hallazgos endoscópicos e histológicos, ya que es posible encontrar en ocasiones severas gastritis en individuos asintomáticos o mucosas gástricas normales en pacientes con síntomas acentuados atribuibles a gastritis.

- **Manifestaciones clínicas:** Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, sino atribuibles a ella, como es



la presencia de ardor, dolorabilidad o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náusea, distensión abdominal, síntomas que también pueden estar presentes en dispepsia no ulcerosa, úlceras o neoplasias gástricas o duodenales y aún en el colon irritable. Además pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melena.

**Hallazgos endoscópicos:** Los signos endoscópicos asociados a esta entidad incluyen edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos, presencia de signos de atrofia de la mucosa dada por visualización de vasos submucosos con aplanamiento o pérdida de los pliegues acompañados o no de placas blanquecinas que corresponden a áreas de metaplasma intestinal.

**Hallazgos histológicos:** No se debe abusar del diagnóstico de gastritis, por lo que se requiere realizar la biopsia para confirmación histológica, establecer la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori* o de otras formas de gastritis específicas.

**Exámenes de laboratorio:** Las pruebas de laboratorio pueden usarse para determinar algunas causas de gastritis, como en el caso del *Helicobacter pylori* a través de métodos invasivos como la endoscopia y biopsias para el estudio histológico, realizar la técnica de la ureasa rápida, el cultivo y o el empleo de métodos no invasivos como la serológica para Ig G,

**En la gastritis asociada a *Helicobacter pylori*:** El tratamiento está dirigido a su erradicación, promoviendo la curación con disminución notoria en la recurrencia.

**En la gastropatía por hipertensión portal:** Está indicado el uso de propanolol o nadolol que reducen la incidencia de sangrado agudo recurrente por reducción de la hipertensión portal.

## **TRATAMIENTO**

### **Medidas terapéuticas generales**

Ante la presunción clínica de gastritis y mientras se lleve a cabo la endoscopia y confirmación histológica se indican medidas terapéuticas que alivien los síntomas del paciente, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes (café, tabaco, alcohol, ají ) así como también drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica indicando ya sea antiácidos orales, citoprotectores de la mucosa gástrica (sucralfato, bismuto, misoprostol), antagonistas de receptores H<sub>2</sub>, Inhibidores de la bomba de protones, a los que se puede añadir gastrocinéticos (metoclopramida,

domperidona, cisaprida, mosaprida, cinitaprida) si existe evidencias de trastornos de motilidad gastroesofágica o gastroduodenal.

### **Medidas de tratamiento específico**

**Gastritis por AINES:** Los síntomas pueden mejorar con el retiro, reducción o la administración de la medicación con alimentos, en aquellos pacientes en quienes persisten los síntomas se les debe someter a endoscopia diagnóstica y estudio histológico para confirmar la etiología por AINES y en base a ello ser tratados sintomáticamente con el uso de sucralfato 1 gr. 4 veces por día, antes de los alimentos y al acostarse, misoprostol un análogo de prostaglandina 200 mg 4 veces por día y/o antagonistas de receptores H2 (ranitidina 150 mg 2 veces por día) o inhibidores de la bomba de protones en una dosis diaria (omeprazol 20 mg, rabeprazol 20 mg, pantoprazol 40 mg o lansoprazol 30 mg, esomeprazol 40 mg).

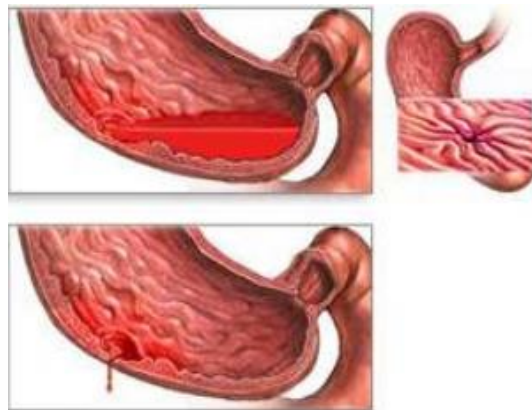
Gastritis alcohólica: Se prescriben antagonistas de receptores H2 o sucralfato por 2 a 4 semanas.

Gastritis por Estrés: Existe la profilaxis farmacológica para su prevención, con el uso endovenoso de antagonistas de receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones o sucralfato por vía oral, evidenciándose una franca reducción de la incidencia de sangrado digestivo hasta de un 50%.

En la gastritis asociada a Helicobacter pylori: El tratamiento está dirigido a su erradicación, promoviendo la curación con disminución notoria en la recurrencia.

### **Complicaciones**

- hemorragia digestiva
- perforaciones
- penetración
- estenosis pilórica
- pancreatitis
- icterobstructivo
- 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

Se define como 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. Actualmente se reconocen como las principales causas de la úlcera péptica: la infección por *Helicobacter pylori* y el uso desmedido de AINES.

La úlcera péptica se define como la pérdida de sustancia en la mucosa, extendida por lo menos hasta la musculares mucosae y sin sobrepasar la serosa. Se manifiesta mediante una lesión en forma de herida más o menos profunda localizada siempre en regiones del tracto digestivo expuestas a la acción del ácido clorhídrico y pepsina, siendo necesario como sustrato mucosa gástrica o áreas de metaplasia gástrica (en localizaciones diferentes a la cavidad gástrica)

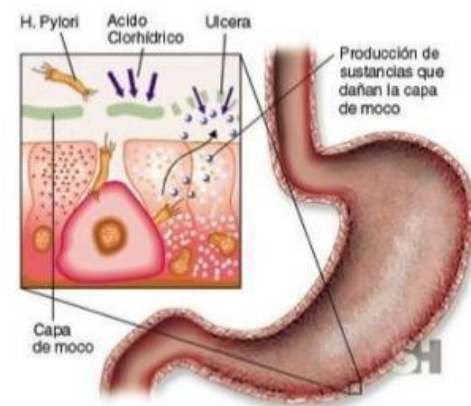
### Clasificación

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 gástrica 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)

Infección por Helicobacter pylori

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.

## **Diagnóstico**

Para el diagnóstico de los pacientes con clínica sugerente de úlcera péptica debemos cumplir los siguientes objetivos: excluir patología tumoral, confirmar o no la presencia de una úlcera péptica y finalmente, si existe dicha úlcera, determinar si hay o no infección por Helicobacter.

### **Endoscopia**

Permite detectar más del 95% de las úlceras pépticas y además permite obtener muestras biópsicas y citología lo cual permite el diagnóstico diferencial con el cáncer gástrico

### **Radiología**

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

**Prueba del aliento (urea C13)** La curación de la infección por *Helicobacter* significa en la mayoría de casos la cicatrización simultánea de la úlcera

## **El tratamiento**

De la úlcera péptica consiste en sanar la lesión y prevenir complicaciones.

**Triple terapia erradicadora de *H. pylori*:** Por medio de ésta se consigue acelerar el proceso de cicatrización evitando la aparición de complicaciones.

## **Fármacos**

**Bloqueadores H2:** son fármacos antiseoretos cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir de forma reversible la acción de la histamina sobre el receptor H2 de la célula parietal gástrica. Se incluyen en este grupo la cimetidina (en desuso), la ranitidina, famotidina, roxatidina y la nizatidina.

**Inhibidores de la bomba de protones (IBP):** el omeprazol, el lansoprazol y el pantoprazol inhiben la secreción gástrica de forma muy efectiva. Son más rápidos y eficaces que los bloqueadores H2 en lograr alivio sintomático y cicatrizar las lesiones.

**Fármacos antimicrobianos:** los principales antibióticos usados en el tratamiento erradicador, que tienen efecto sistémico, son la amoxicilina, la claritromicina, el metronidazol y el hidroclicloruro de tetraciclina

**Agentes de acción local.** “Protectores de la mucosa”: el sucralfato, el subcitrato de bismuto coloidal y el acexamato de cinc cicatrizan las lesiones ulcerosas por mecanismos que favorecen las defensas de la mucosa.

**Sucralfato:** Es un agente protector de la mucosa gástrica, con muy pocos efectos secundarios. Se ha descrito su uso 1 hora antes de cada comida y antes de acostarse en la noche.

**Antiácidos:** Útiles para aliviar el dolor abdominal.

**Prostaglandinas:** Actúan como agentes antiseoretos aumentando la producción de moco gástrico

## **Complicación**

El examen físico es de suma importancia para determinar y descartar aparición de complicaciones de la úlcera péptica.

- **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

## **PROBLEMAS ABDOMINALES**

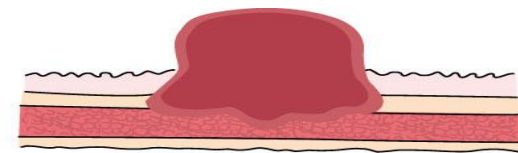
### **Cáncer de estomago**

El cáncer de estómago es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos que revisten el estómago. La mayoría comienza en las células de la capa interna del estómago (la mucosa), que suele elaborar y secretar moco\* y otros líquidos. Estos tipos de cáncer se llaman adenocarcinomas y representan el 90 % de los casos de cáncer de estómago.

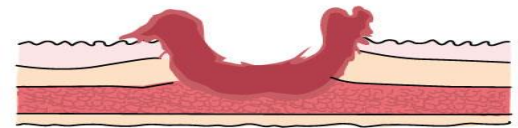
El cáncer de estomago, conocido también como cáncer gástrico es un cáncer que se origina en el estomago. El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo

## Clasificación

- tipo 1: tumor polipoide o fungoide. masas polipoideas que se proyectan hacia la luz gástrica
- tipo II: masa ulcerada con bordes sobresalientes y delimitados
- tipo III: tumor ulcerado infiltrante
- tipo IV: difusante infiltrativas (linitis plástica)



Tipo I. Polipoide



Tipo II. Ulcerada de bordes elevados



Tipo III. Ulcerada de bordes infiltrantes



Tipo IV. Linitis plástica

- Estadio 0 o carcinoma in situ: Es la etapa más inicial del cáncer. Se localiza en la parte más superficial de la mucosa, y no infiltra las otras capas del estómago, no invade los ganglios regionales ni produce metástasis a distancia.
  - Estadio I: El tumor invade la capa más profunda de la mucosa (lámina propia) o la submucosa sin afectación de ganglios linfáticos (estadio IA) o con afectación de 1 a 6 ganglios (IB), o invade la capa muscular o la subserosa sin afectación ganglionar (IB). No hay metástasis a distancia. Después del estadio 0, es el mas favorable.
  - Estadio II y Estadio III: Son etapas intermedias. El estadio II tiene mejor pronóstico que el III. Para establecer estos estadios, se tienen en consideración tanto el nivel de afectación de la pared gástrica como el número de ganglios afectados por el tumor.
  - Estadio IV: Es la etapa más avanzada. Su pronóstico es el peor. Existe metástasis a distancia en hígado, pulmón, huesos, ovarios, ganglios alejados del estómago, etc.

## Etiología

se han descubierto diferentes factores asociados con las aparición del cáncer gástrico en especial el consumo de alimentos preservados, ahumados, curados, y salados con alto contenido de nitritos y nitratos que por acción bacteriana se convierte en nitrosaminas que es un agente cancerígeno alta entente conocido

Estas causas causan daño a la mucosa gástrica apareciendo gastritis crónica, metaplasia intestinal que regresa a displacia y posteriormente carcinoma.

Ingesta de nitratos: (alimentos secos, ahumados, embutidos o salados)

Bacterias convierten nitratos carcinogénicos:

- h. pylori

- pérdida de acidez gástrica
- aclorhidria (antrectomía previa, gastritis atrófica, anemia perniciosa, grupo sanguíneo A)
- mutación de la línea germinal del gen *cdh1* (e.cadherina) carcinoma gástrico difuso familiar

## **Cuadro clínico**

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
- 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: 1) insidioso, 2) obstructivo y 3) úlcera gástrica.

En los estadios más avanzados del cáncer de estómago se presentan los siguientes signos y síntomas:

- Sangre en la materia fecal.
- Vómitos.
- Pérdida de peso sin razón conocida.
- Dolor de estómago.
- Ictericia (color amarillento de los ojos y la piel).
- Ascitis (acumulación de líquido en el abdomen).
- Dificultad para tragar.

## **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:**

- Examen general, valorando capacidad funcional y estado nutricional.
- Examen del abdomen, precisando si hay tumor palpable o hepatomegalia nodular.
- Examen de fosas supraclaviculares (ganglio de Virchow).
- Examen de axila izquierda (ganglio de Irish)
- Tacto rectal explorando fondo de saco (anaquel de Blumer).
- Tacto vaginal explorando ovarios en mujeres (tumor de Krukenberg).

### **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.

### **Estudios endoscópicos:**

- Gastroscofia con biopsia: puede incluirse cepillado o lavado gástrico para estudio citológico. El endoscopista debe ser capaz de apreciar bastante exactamente la clasificación morfológica del tumor según los criterios japoneses para el cáncer precoz, o de Borrmann para el cáncer avanzado.

**Tomografía axial computada (TAC)**, ésta tiene una exactitud global del 90% para evaluar enfermedad hepática, 60% para enfermedad ganglionar y 50% para enfermedad peritoneal. La predictibilidad para resección de tumores por TAC se sitúa en 91% de valor predictivo positivo y 90% de valor predictivo negativo.

**Ultrasonido endoscópico (UE)** está siendo cada vez más usado para evaluar en el preoperatorio.

**Laparoscopia:** las limitaciones de la TAC y UE para valorar enfermedad peritoneal han llevado al uso de laparoscopia en pacientes con enfermedad metastásica no sospechada.

## 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 preoperatoria

TRATAMIENTO por Etapas Clínicas

### · Estadio 0

- cirugía + linfadenectomía regional.

### · Estadio IA

- cirugía + linfadenectomía regional tipo D1

### · Estadio IB

- cirugía + linfadenectomía regional tipo D2, seguido de:
- RT más QT adyuvante concurrente para pacientes con ganglios metastásicos (N1) e invasión de la capa muscular (T2)

### · Estadio II-III y IV (resecables sin metástasis a distancia M0)

- cirugía + linfadenectomía regional tipo D2, seguido de:
- RT más QT adyuvante concurrente

Estadio IV (con metástasis a distancia M1)

Todos los pacientes con M1 deben considerarse candidatos para inclusión en ensayos clínicos.

La QT logra en algunos pacientes una paliación significativa, y ocasionalmente ocurren remisiones duraderas. La cirugía es el mejor tratamiento paliativo, en particular si existe obstrucción o hemorragia.

- cirugía paliativa: Resección gástrica sólo si sangrado u obstrucción, o la derivación sin resección.

- QT paliativa.
- re-canalización endoscópica con láser o colocación de endo-prótesis trans-tumoral.

### **Extirpación del estómago**

En los casos de estadios Ib a III de cáncer de estómago, el estómago es extirpado parcial o completamente.

### **Extirpación de los ganglios linfáticos**

En el caso de una gastrectomía parcial o total, se extraen también al menos 15 ganglios linfáticos en torno al estómago.

### **Extirpación de otros órganos**

Si otros órganos cercanos, por ejemplo el páncreas, están invadidos por las células tumorales y si el paciente está suficientemente saludable, estos órganos pueden extirparse también. El bazo, que se sitúa en el lado izquierdo del estómago, debe extirparse en el caso de un tumor en este lado del estómago, porque algunos ganglios linfáticos\* están muy cerca del bazo y, de este modo, los médicos pueden asegurarse de que se extirpan todos los ganglios linfáticos\* entre el estómago y el bazo.

### **Complicación**

- diseminación del cáncer (metástasis) a otros órganos o tejido
- pérdida de peso
- acumulación de líquido en el vientre (ascitis)
- dehiscencia de herida operatoria en zona media abdominal
- evisceración
- hipovolemia/shock
- hemorragia
- infección (peritonitis)
- retención urinaria (obstrucción ureteral)
- ascitis
- obstrucción y perforación intestinal}
- íleo paralítico
- depresión grave
- suicidio

### **Prevención**

- evitar dietas altas en sal, vinagre y ahumados
- comer por lo menos cinco porciones de frutas frescas, verduras y alimentos de granos enteros al día
- limitar la ingesta de carnes rojas
- limitar la ingesta de alcohol
- no consumir tabaco

## PROBLEMAS ABDOMINALES

### Apendicitis aguda

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.

#### Clasificación

Apendicitis catarral: Cuando ocurre la obstrucción de la luz apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el apéndice. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, el acúmulo de bacterias y la reacción del tejido linfoide.

Apendicitis flemonosa: La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias.

Apendicitis necrótica: Cuando el proceso flemonoso se vuelve intenso y se produce una distensión del tejido.

Apendicitis perforada: En este caso, las perforaciones pequeñas pasan a ser grandes.

-apendicitis aguda

1. apendicitis no perforada
2. apendicitis no perforada hiperermica
3. apendicitis no perforada edematosa
4. apendicitis no perforada necrótica

-apendicitis aguda perforada

1. fase purulento
2. fase de adceso
3. con peritonitis local
4. con peritonitis generalizada

## **Etiología**

En su etiología interviene como mecanismo inicial la obstrucción con aumento de la presión intraluminal del apéndice cecal, disminución del drenaje venoso, trombosis, edema e invasión bacteriana de la pared del apéndice, seguida de perforación

- infecciones ascaris lumbricoide o larva de taenia
- obstrucción de la luz del apéndice
- fecalitos
- hiperplasia linfoide
- semillas
- parasitos
- cuerpos extraños
- tumores carcinoides

## **Cuadro clínico**

- Inapetencia.
- Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha.
- Nauseas y/o vómitos.
- Estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5°.
- En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y ilíaca derecha, hipogastrio, flanco contralateral, o generalizado).
- Hipertermia mayor de 38-38,5°.
- Dolor a la descompresión y defensa más generalizados.
- Palpación de una masa tumoral en flanco derecho, fosa ilíaca derecha y/o hipogastrio (plastrón).
- Escalofríos.
- Temblores.
- Estreñimiento o diarrea.
- Falta de apetito.

## **Diagnostico**

- ✓ exploración física y en la historia clínica
- ✓ análisis de sangre, orina
- ✓ radiografía simples de abdomen de pie en de cubito
- ✓ ecografía abdominal y TAC abdominal simple entre otros

## Tratamiento

- el TX es quirúrgico
- apendicitis aguda sin perforaciones: Apendicectomía inmediata
- apendicitis perforada y con peritonitis o flemón: cirugía preparación con líquido I.v corregir el deseq. hidroeléctrico, antibiótico sit. y aspiración nasogástrica
- apendicitis perforada y con peritonitis difusa: cirugía preparación más prolongada (rara vez mas de 3hrs)
- apendicitis con absceso periapendicular: prepara signos vitales leucocitos tamaño de la masa
- tratamiento preoperatorio: flora bacteriana mixta (aerobios/anaerobios) bacteroides fragilis tx con clidamicina mas aminoglicosido o un agente único cómo el metronidazol

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 preoperatorios que cubran un amplio espectro de organismos gastro-intestinales dado que está demostrado que el uso de antibióticos endovenosos preoperatorios reduce la incidencia de abscesos de pared e intraabdominales

## Complicaciones

La apendicitis puede causar complicaciones graves:

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

## **Prevención**

Los pasos principales para prevenir la apendicitis se basan en:

- Llevar una dieta rica en fibra, que facilitan un mayor movimiento en el proceso digestivo. Entre los alimentos recomendables se encuentran la mayoría de las frutas y verduras y, sobre todo, los cereales integrales.
- Durante el proceso de tratamiento y, sobre todo en las fases iniciales, es importante la ingesta de antibióticos que prevengan la proliferación de microorganismos en el aparato digestivo que sean responsables de infecciones y de esta manera evitar que la enfermedad se agrave.
- Evitar el estrés y mantener un descanso adecuado.

## **Hernias**

Una hernia como una protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos, ya sean éstos congénitos o adquiridos, de la pared abdominal. El contenido protuido está acompañado siempre del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. Los elementos que con mayor frecuencia están contenidos en el saco herniario son el intestino delgado, el epiplón y el colon

## **CLASIFICACIÓN**

Las hernias se clasifican en primer lugar por su localización anatómica y en segundo lugar por su forma de presentación clínica.

### Por su localización:

-H. Inguinales: Las más frecuentes. El saco herniario se encuentra en el conducto inguinal.

### Por la presentación clínica:

-Hernias reductibles: Son aquellas que se reintroducen con facilidad en la cavidad abdominal. Suelen protuir con esfuerzos, con la tos o con maniobras de Valsalva. Pueden producir molestias locales llegando a producir dolor por la distensión.

Grado I: Hernia indirecta del niño

Grado II: Hernia indirecta en el niño mayor y adulto joven saludable.

Grado III: Tipo intermedio (hernias indirectas grandes, hernias inguinales en adulto jóvenes, pequeñas hernias en ancianos con tejidos fuertes y algunas directas con cuellos del saco estrechos).

Grado IV: Tipo avanzadas (recurrentes, femoral, directas y otras hernias indirectas no especificadas).

### **Etiología**

- congénitas: defecto del desarrollo por persistencia del conducto peritoneo vaginal en el hombre (saco y contenido persistentes al nacer) y persistencia del conducto de NUCK en la mujer
- adquiridas
- recidivantes: posquirúrgico, eventración
- traumática

### **Cuadro clínico**

Los signos y los síntomas de la hernia inguinal incluyen:

- Un bulto en el área sobre cualquiera de los lados del pubis, que se hace más notorio cuando estás erguido y especialmente si toses o haces algún esfuerzo
- Una sensación de ardor o de dolor en el área del bulto
- Dolor o incomodidad en la ingle, especialmente cuando te inclinas, toses o levantas peso
- Una sensación de pesadez o arrastre en la ingle
- Debilidad o presión en la ingle

De vez en cuando, dolor e hinchazón alrededor de los testículos cuando la parte sobresaliente del intestino desciende e ingresa al escroto

### **Signos de problemas**

Si no puedes empujar la hernia hacia adentro, sus contenidos pueden quedar atrapados (encarcelados) en la pared abdominal. Una hernia encarcelada se puede estrangular, lo que interrumpe el flujo sanguíneo hacia el tejido que está atrapado. Una hernia estrangulada puede ser potencialmente mortal si no se trata.

Los signos y síntomas de una hernia estrangulada incluyen:

- Náuseas, vómitos o ambos
- Fiebre



- Dolor repentino que se intensifica rápidamente
- Un bulto de la hernia que se pone rojo, violáceo o de color oscuro
- Incapacidad para evacuar el intestino o eliminar gases

## Diagnóstico

En general, solo se necesita realizar una exploración física para diagnosticar una hernia inguinal.

Observación de la zona inguinal o palpación de la misma

- Estando de pie
- Esfuerzo que aumenta la presión intraabdominal

Hernia inguinal muy pequeña

- se introduce el dedo índice en la base del escroto
- se hace toser o pujar al paciente

## Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

- Tratamiento del saco
- Tratamiento del contenido (reducción o resección)
- Cierre de la pared
- Herniografía
- hernioplastia

Tratamiento

- Técnica totalmente extraperitoneal
- Técnica transabdominal peritoneal

## Hernia inguinal: Tratamiento

- Evaluación pre-operatoria
- Reducción manual (encarceradas)
- Tratamiento quirúrgico:
  - Elección de anestesia
  - Tratamiento del saco
  - Reconstrucción del suelo inguinal
    - Reparación primaria
      - Bassini
      - Mc Vay
      - Shouldice
    - Reparación libre de Tensión (Lichtenstein)

## 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.
- 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 llevar objetos pesados.
- Dejar de fumar. A pesar de su rol en muchas enfermedades graves, fumar causa tos crónica que puede provocar hernia inguinal o agravarla.