

**Alumno: LEONARDO LEOLID LÓPEZ PÉREZ**

**Profesor: MARIO ANTONIO CALDERON CHAVEZ**

**Actividad: súper nota**

**Materia: patología del adulto**

**Grado: 6° Cuatrimestre/LEN**

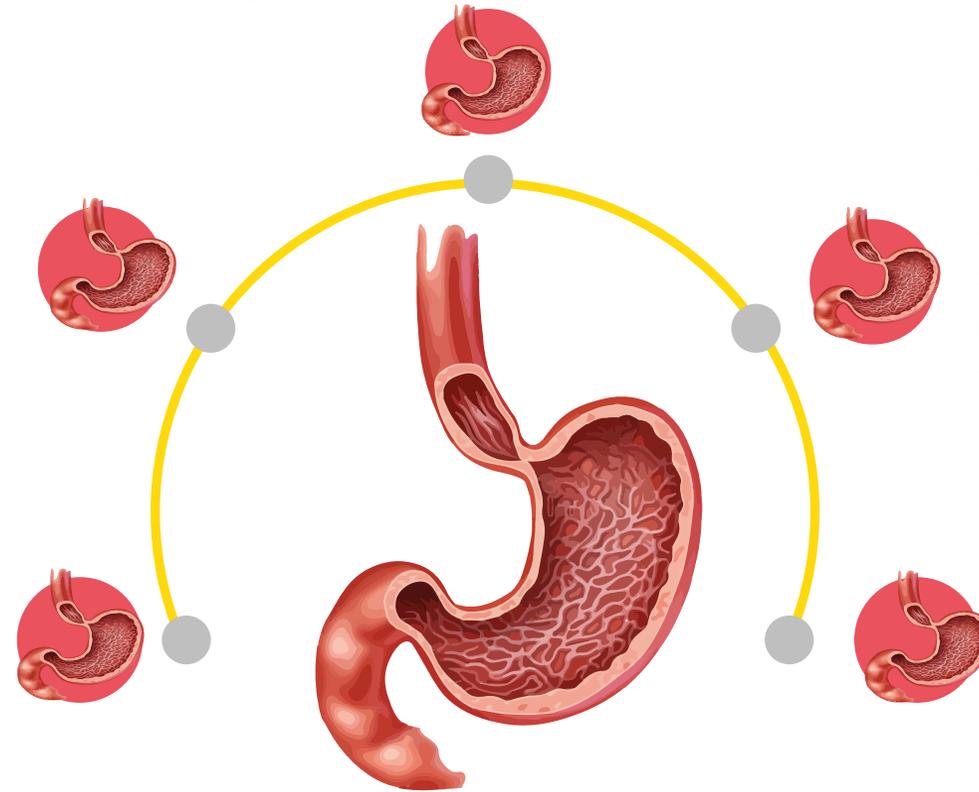
**Grupo: "B"**

# APARATO DIGESTIVO PROBLEMAS GÁSTRICOS: GASTRITIS. ÚLCERA GÁSTRICA

La gastritis crónica es causada por determinadas infecciones, consumo continuado y excesivo de bebidas alcohólicas, tabaco y posteriormente por la anemia perniciosa.

La gastritis aguda tiende a estar producida por infecciones virales, bacterianas o parasitarias, incluso por el consumo de determinados medicamentos principalmente aquellos que son inflamatorios, consumo de bebidas alcohólicas, o de manera alérgica a algunos medicamentos, o mediante la ingestión de ácidos corrosivos.

**GASTRITIS:** Es la inflamación de la membrana que recubre el estómago, y dependiendo de si se mantiene o no en el tiempo (lo que depende de su causa y del tratamiento médico prescrito) puede presentarse de manera aguda o crónica.

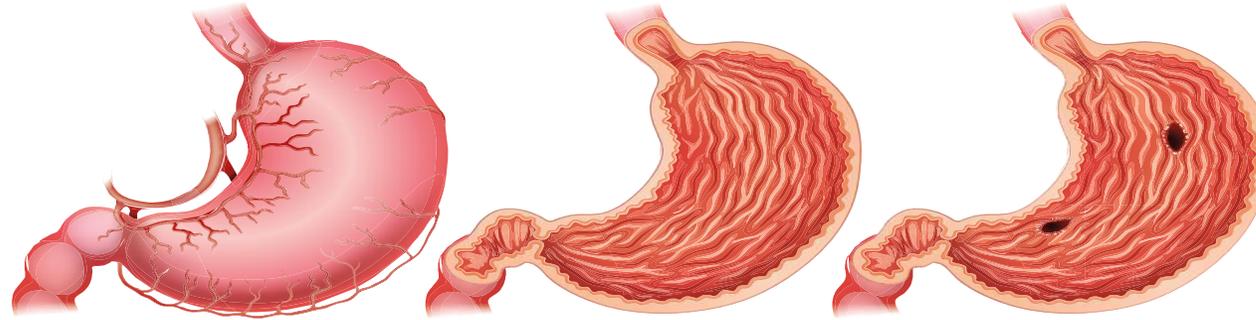


**ÚLCERA GÁSTRICA:** Es conocida como úlcera péptica, causa clásicamente dolor quemante o retortijones, con frecuencia de aparición nocturna y se alivia de manera rápida con la ingestión de alimento o antiácidos.

La serología (nos dice infección presente o pasada) y la prueba de urea en el aliento (que demuestra la presencia de una infección actual) son pruebas menos invasoras y costosas que la endoscopia con biopsia



# PROBLEMAS DEL TRACTO INTESTINAL. COLITIS ULCEROSA. CÁNCER DE COLON. OSTOMÍAS.



**COLITIS ULCEROSA:** Los pacientes con UC de larga evolución tienen mayor riesgo de presentar displasia epitelial del colon y carcinoma. Diversas características distinguen los cánceres de colon esporádicos de los asociados con colitis. En primer lugar, los esporádicos suelen ocurrir sobre un pólipo adenomatoso, mientras que los asociados a colitis se originan a partir de una displasia plana o una lesión o masa asociada a una displasia. En segundo lugar, los cánceres de colon sincrónicos múltiples aparecen en 3 a 5% de los casos esporádicos, mientras que se producen en 12% de los asociados a colitis.

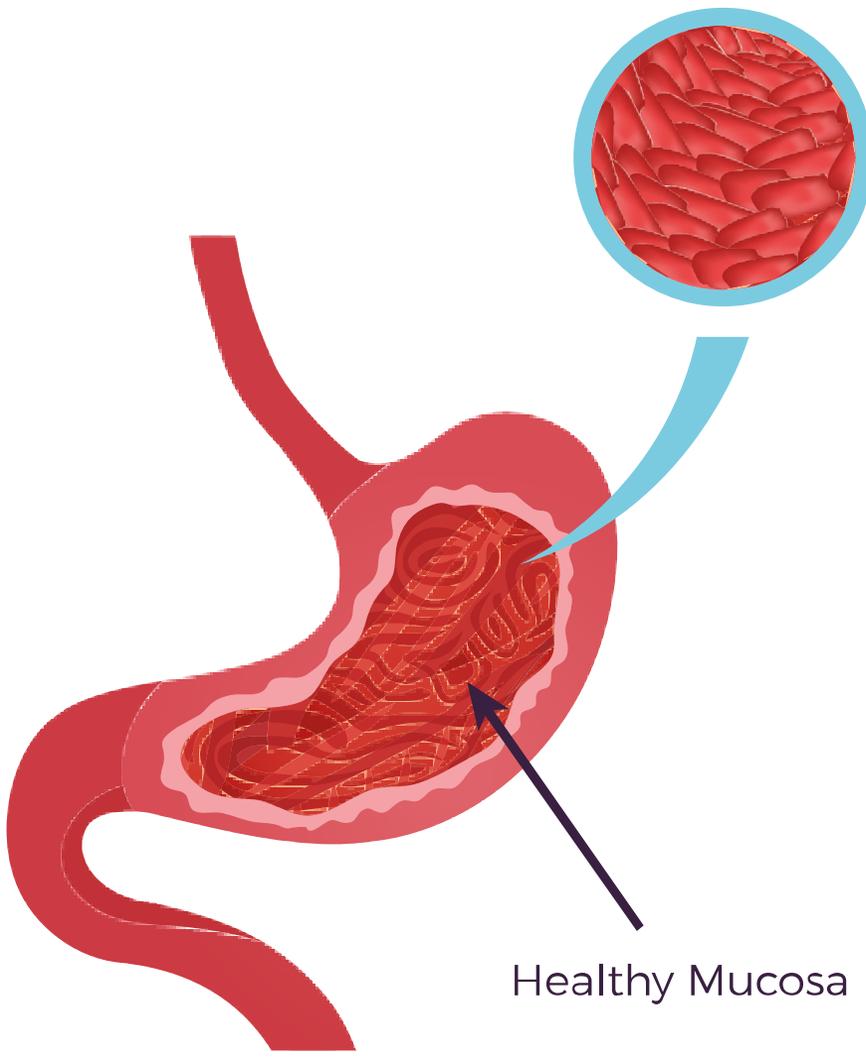
**CÁNCER DE COLON.:** Se desarrollan a partir de adenomas de colon previos, y el cáncer colorrectal se puede evitar detectando y resecando los pólipos adenomatosos del colon. La detección de pólipos y de cánceres precoces asintomáticos se puede realizar analizando la presencia de sangre oculta en heces y por el examen directo de la mucosa.

**OSTOMIAS:** Es una exteriorización del intestino en la pared del abdomen realizada con el objetivo de poder evacuar las heces debido a un problema médico que impida eliminarlas por el ano. En ciertas ocasiones y dependiendo de la complejidad de la enfermedad y de la intervención, el cirujano decide realizar un estoma. Enfermedades como el cáncer de colon, cáncer de recto, diverticulitis con peritonitis.



# PROBLEMAS ABDOMINALES

## ENFERMEDAD DIVERTICULAR.



LA DIVERTICULOSIS

LA DIVERTICULOSIS DEL COLON ES UN PROBLEMA COMÚN QUE AFECTA A PERSONAS DE 60 AÑOS DE EDAD Y A CASI TODOS DE 80 AÑOS,

LOS DIVERTÍCULOS SON BOLSAS QUE SE FORMAN EN LAS PAREDES DE COLON, NORMALMENTE EN LA PARTE IZQUIERDA O COLON SIGMOIDE, PERO PUEDEN ABARCAR TODO EL COLON

LA CAUSA DE LA DIVERTICULOSIS Y LA DIVERTICULITIS NO SE CONOCE CON PRECISIÓN, PERO ES MÁS COMÚN EN LAS PERSONAS QUE CONSUMEN UNA DIETA BAJA EN FIBRA

# PROBLEMAS ABDOMINALES: APENDICITIS AGUDA

## HERNIAS

Una hernia es un saco formado por el revestimiento de la cavidad abdominal (peritoneo). El saco pasa a través de un agujero o área débil en la capa fuerte de la pared abdominal que rodea el musculo, denominada fascia. El tipo de hernia depende de la ubicación

**HERNIA FEMORAL:** Es una protuberancia en la parte superior del muslo, justo debajo de la ingle. Este tipo es más común en las mujeres que en los hombres

**HERNIA HIATAL:** Se presenta en la parte superior del estómago. Una porción de la parte superior del estómago se adentra en el tórax.

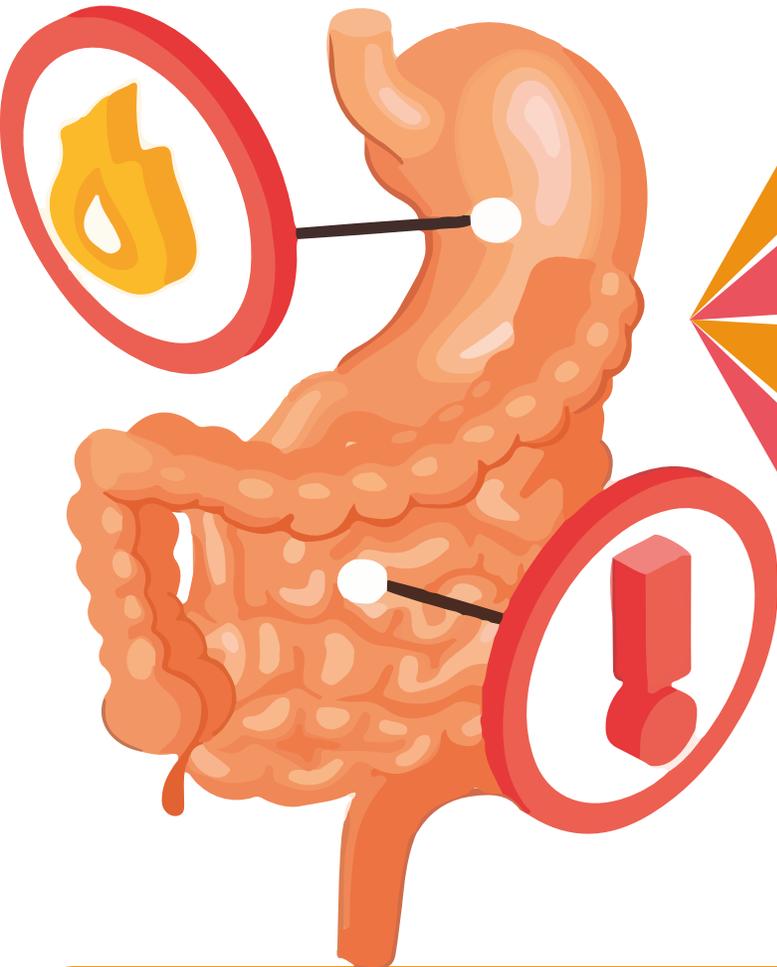
**HERNIA UMBILICAL:** Es una protuberancia alrededor del ombligo. Sucede cuando el musculo alrededor del ombligo no se cierra completamente después del nacimiento. .

**HERNIA INGUINAL:** Es una protuberancia en la ingle. Este tipo es más común en los hombres, puede bajar hasta el escroto.



# PADECIMIENTOS ANORRECTALES

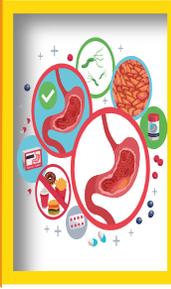
## HEMORROIDES



LAS HEMORROIDES, TAMBIÉN LLAMADAS ALMORRANAS, SON VENAS HINCHADAS EN EL ANO Y LA PARTE INFERIOR DEL RECTO, SIMILARES A LAS VENAS VARICOSAS



**INCIDENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**  
LAS HEMORROIDES SINTOMÁTICAS AFECTAN EN EL MUNDO OCCIDENTAL CADA AÑO A MÁS DE UN MILLÓN DE PERSONAS. LA PREVALENCIA DE DICHO TRASTORNO NO MUESTRA PREFERENCIA POR EDADES NI SEXOS.



**CUADRO INICIAL Y EVALUACIÓN**  
EL ENFERMO ACUDE AL MÉDICO A MENUDO POR DOS RAZONES: HEMORRAGIA Y PROTRUSIÓN. EL DOLOR ES MENOS FRECUENTE QUE EL QUE SURGE EN LAS GRIETAS ANALES, Y EN CASO DE APARECER, SE DESCRIBE COMO UNA MOLESTIA SORDA POR INGURGITACIÓN DEL TEJIDO HEMORROIDAL. EL DOLOR INTENSO PUEDE DENOTAR LA TROMBOSIS DE UNA HEMORROIDE.



**TRATAMIENTO**  
EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES SANGRANTES SE BASA EN EL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD. EN INDIVIDUOS JÓVENES SIN EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL, LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL PUEDE SER TRATADA EN PRIMER TÉRMINO Y SI PERSISTE LA HEMORRAGIA, SE HARÁ UN EXAMEN COLONOSCÓPICO



# FISURA ANAL

Una fisura anal es un pequeño desgarro en el tejido delgado y húmedo (mucosa) que recubre el ano. La fisura anal puede producirse cuando evacúas heces grandes y duras, suelen provocar dolores y sangrado durante la evacuación intestinal.



## INCIDENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las grietas anales afectan a personas de cualquier edad, pero son más frecuentes entre los 30 y los 59 años de edad.

La fisura anal constituye la causa más común de hemorragia rectal en los lactantes.

## ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOPATOLÓGICOS

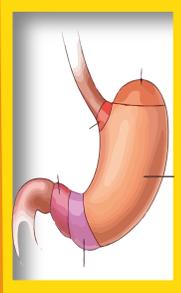
Después de evacuar puede haber traumatismo anal en su porción anterior o, a la mitad posterior. La irritación causada por el traumatismo en dicha estructura hace que aumente la presión en reposo del esfínter interno. Los vasos que irrigan el esfínter y la mucosa del ano penetran en sentido lateral, por esa razón, el mayor tono del esfínter origina una isquemia relativa en la región de la grieta, y dificulta la cicatrización después de la lesión, la grieta que no está en posición posterior o anterior debe plantear la sospecha de que depende de otras causas como tuberculosis, sífilis, enfermedad de Crohn y cánceres.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de las grietas agudas es conservador. En personas estreñidas cabe utilizar reblandecedores de heces, aumentar la cantidad de fibra vegetal en la alimentación y usar anestésicos locales, glucocorticoides y baños de asiento; con tales medidas, sanarán de 60 a 90% de ellas.

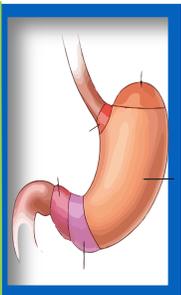
El tratamiento quirúrgico comprende la dilatación anal y la esfinterotomía interna lateral. Por lo común, hay que seccionar un tercio del esfínter interno; los músculos se identifican fácilmente porque están hipertróficos

# FISTULA ANAL



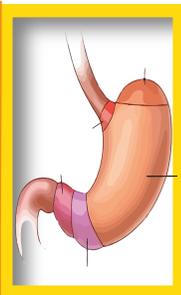
## FISTULA ANAL

Una fístula anal es el término médico para un túnel infectado que se desarrolla entre la piel y la abertura muscular al final del tubo digestivo (ano).



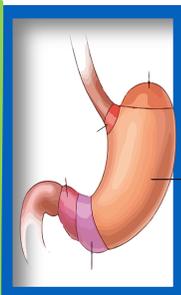
## INCIDENCIA Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia y la prevalencia de los cuadros fistulosos de la zona perianal corresponden a las del absceso anorrectal. En promedio, 30 a 40% de los abscesos culminarán en la aparición de una fístula anal .



## ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOPATOLÓGICOS

La fístula del ano se define como la comunicación anormal de una cavidad de absceso con un orificio interno identificable dentro del conducto anal. Dicho orificio suele estar situado al nivel de la línea dentada, donde las glándulas anales penetran en el conducto anal.



## TRATAMIENTO

La fístula con drenaje recién diagnosticada se trata mejor con la colocación de sedal, un asa de material de sutura para vasos o seda, colocados y anudados a través del trayecto fistuloso para así conservar el conducto abierto y amortiguar la inflamación vecina que surge con el bloqueo repetitivo del conducto anómalo.

