



FISIOPATOLOGIA

Alumna: Karla Jharumi Sanchez Salas

Docente: Del Solar Villareal Guillermo

Segundo Semestre Grupo A

Nombre De La Licenciatura: Medicina
Humana

Tema: 5 Patologias

Hiperplasia.

Hiperplasia Prostática

* Es el tumor benigno más común en los hombres. Clínicamente se relaciona con la edad. Los factores de riesgo aún no se conocen;

Factores de riesgo

- * **Edad:** la incidencia aumenta con la edad, especialmente en hombres mayores de 50 años
- * **Historia familiar:** Antecedentes familiares de HPB.
- * **Obesidad:** Mayor riesgo en hombres con sobrepeso u obesidad.
- * **Diabetes:** Condiciones metabólicas puede influir en el desarrollo de HPB.
- * **Estilo de vida:** Sedentarismo y dieta alta grasas pueden ser factores contribuyentes

Fisiopatología

- **Crecimiento proliferativo:**
La HPB se caracteriza por un aumento en el número de células en la glándula prostática, lo que lleva a una obstrucción del tracto urinario
- **Hormonas:** Los andrógenos, especialmente la dihidrotestosterona (DHT), juegan un papel crucial en la proliferación celular.
- **Inflamación:** Procesos inflamatorios locales pueden

Contribuir al desarrollo de la enfermedad.

• Etiología

- **Hormonal**: Desbalance en los niveles de hormonas androgénicas y estrogénicas.
- **Genética**: Variaciones genéticas pueden predisponer a la HBP.
- **Factores Ambientales**: Exposición a ciertas sustancias químicas pueden ser un factor.

• Estudios de diagnóstico

- **Historia clínica y examen físicos**: evaluación de síntomas urinarios y examen rectal digital.
- **Pruebas de laboratorio**: Análisis de Sangre para medir el antígeno prostático específico (PSA).
- **Ecografía**: Puede ayudar a evaluar el tamaño de la próstata y la presencia de obstrucción.
- **Fluorimetría**: mide la velocidad del flujo urinario para evaluar la obstrucción.

Tratamiento Médicos:

- Inhibidores de la 5 α -reductasa:
Como finasterida y dutasterida, que reducen el tamaño de la próstata.

- Alfa-bloqueantes: Como tamsulosina, que ayudan a relajar los músculos de la próstata y el cuello de la vejiga.

- Tratamiento quirúrgicos:

• Resección Transuretral de la Próstata (RTUP):
Procedimiento común para eliminar tejido prostático.

- Terapias mínimamente invasivas: Como la Ablación con láser.

○ Artículos Recientes

1.- Se desarrolló un programa de formación para fomentar la aplicación de los médicos de atención primaria en el manejo óptimo de la hiperplasia benigna de próstata.

El objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en la mejor y manejo de la HBP tras la implementación de un Programa de formación.

(Resumen A.1)

- Este estudio observacional retrospectivo de cohorte se llevó a cabo entre 2014 y 2020. El programa de formación tuvo un impacto altamente positivo en el manejo de los pacientes con HBP en atención primaria, pero el período total del estudio no puede ser suficiente para reflejar los efectos sobre algunos indicadores de resultados (como el número de cirugías).

20 Los hombres con síntomas leves son aptos para la espera vigilante.

A todos los hombres con LUTS molestos se les debe ofrecer asesoramiento sobre el estilo de vida o al mismo tiempo de cualquier tratamiento.

Los hombres con agrandamiento de próstata, ~~se~~ especialmente aquellos > 40 ml, se benefician de los inhibidores de la 5 α -reductasa (S-ARI) que reduce lentamente los LUTS y la probabilidad de retención urinaria o la necesidad de cirugía. Los

antimuscarínicos podrían considerarse para pacientes que tienen síndrome predominante del almacenamiento de vesiga.

— Conclusión (Resumen)

Estas pautas orientadas a los síntomas brindan una guía práctica para el tratamiento de los hombres que padecen síntomas

del tracto Urinario Inferior.

www.uroweb.org/gls/pdf/12-Male-LUTS.pdf).

-- Reflexión --

• Los síntomas de la HPIB, con dificultad para orinar, aumento de la frecuencia urinaria y urgencia, pueden superponerse con otras condiciones, como infecciones del tracto urinario o cáncer de próstata.

- Esto puede llevar a diagnosticar cosas erróneas o a la subestimación de la gravedad de la HPIB.

• Falta de conciencia y estigmatización
• Muchos hombres son reacios a discutir problemas urinarios debido a estigmas sociales o a la creencia de que son parte del envejecimiento normal.

- El impacto de esta y la evolución de los síntomas puede ser subjetiva y variar entre pacientes. Herramientas como el cuestionario I-PPO, pueden no ser utilizadas consistentemente.

- La falta de un enfoque estandarizado puede resultar en una subestimación o sobreestimación de la gravedad de la enfermedad.

- Limitaciones en las Pruebas de diagnóstico.

• Pruebas como el antígeno prostático específico (PSA) pueden no ser específicos para la HPB.

- Dificultades en la evaluación física.

• El examen rectal digital (PSA) (podría no ser ~~específico~~ ~~para~~ la HPB) aunque es una herramienta importante, puede ser incómodo y no siempre se realiza de manera adecuada.

* Preguntas

1- ¿Ha notado algún cambio en su patrón de micción?

R- el paciente puede informar sobre un aumento de la frecuencia urinaria, especialmente por la noche.

2- ¿tiene urgencia para orinar, incluso si no tiene mucho orina en la vesiga?

R- el paciente podría describir episodios de urgencia, donde siente la necesidad de orinar de manera repentina.

3.- ¿Ha experimentado algún dolor o molestia al orinar?

R= El paciente puede mencionar dolor o ardor al orinar, aunque en muchos casos de HPB, el dolor puede no estar presente.

4.- ¿Ha notado que le cuesta Vaciar Completamente la vejiga después de orinar?

R= El paciente podría indicar que siente que todavía tiene orina en la vejiga después de haber terminado.

5.- ¿Ha tenido episodios de Incontinencia Urinaria?

R= El paciente puede reportar episodios de Incontinencia urinaria?

R= El paciente puede reportar episodios de pérdida involuntaria de orina que pueden ser ocasionales o más frecuentes.

- Bibliografía -

Joseph, R. (2020). Benign Prostatic Hyperplasia: Diagnosis and treatment. Springer.

~~Current Management of BPH~~

Roehrborn, C. G., & McVary, K. T. Urology (2023)

Atrofia

- síndrome de Cushing

o factores de riesgo

- Edad: Mayor incidencia en adultos de 30 a 50 años
- Sexo: Más común en mujeres
- Tumores: Presencia de tumores hipofisarios o suprarrenales

Fisiopatología

- Síndrome de Cushing se caracteriza por una exposición crónica a niveles elevados de cortisol

o Puede ser causada por: Hiperplasia adrenal o aumento de tamaño de las glándulas suprarrenales

o Tumores - hipofisarios

o Producción ectópica de ACTH

Algunos tumores extra-adrenales producen ACTH, estimulando la producción de cortisol.

Etiología

- enfermedad de Cushing: Tumor hipofisario que secreta ACTH.

- Cushing ectópico: producción de ACTH por tumores no pituitarios por ejemplo el Cáncer de pulmón.

- Cushing adrenal: Tumores en las glándulas suprarrenales que producen cortisol.

* Estudios de diagnóstico

• prueba de cortisol: Medicación de cortisol en Sangre (orina de 24 hrs. o Saliva)

- Prueba de presión con dexametasona - Para evaluar la respuesta del eje HPA.

- Tratamiento =

* - Quirúrgico: Resección del tumor hipofisario o Suprarrenal

* farmacológico: Medicamentos que inhiben la Producción de cortisol (por ejem. metirapona, Ketoconazol).

* Radio terapia.

- En casos donde la cirugía no es posible o el tumor es resistente

* Artículo 5

7o- El artículo atrofia del músculo esquelético en pacientes con síndrome de Cushing describe la debilidad muscular proximal que puede causar el síndrome de Cushing o el tratamiento con glucocorticoides

2.- Nuevas perspectivas en el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Cushing
ACTH-dependiente avanzado
- pronóstico del paciente tratado de Síndrome de Cushing

(Resumen para ambos artículos)

La sospecha clínica del síndrome de Cushing, es un reto complejo.

Para mejorar su diagnóstico, se ha escrito el análisis de imágenes faciales mediante técnicas de Computación.

Uno de los métodos aplica en análisis semiautomático, respecto a predeterminados como relevantes en el SC.

Ese método no funciona tan bien en un entorno menos restringido, tiene varias limitaciones: precisa fotografías de frente y perfil, con requerimientos estrictos de orientación de la Cabeza, y se requiere tamaño de muestras grandes para entrenar adecuadamente ese software.

Esta metodología, que no ha demostrado su utilidad en la retinopatía diabética, puede ser entrenada con una pequeña cantidad de datos para ofrecer un buen resultado y sirve solo una fotografía frontal, sin requerimientos estrictos de orientación de la Cabeza.

- Preguntas - -

1. ¿Ha notado un aumento de peso, especialmente en la Parte Superior del cuerpo o en la cara?

- R= Si, he ganado peso en los últimos meses especialmente en la cara.

*2. ¿Experimenta Cambios en su piel?

R= La paciente ha notado esos cambios en su piel como moretones

*3. ¿Siente un mayor fatiga o debilidad muscular, especialmente en las extremidades?

R= Se ha sentido cansado

4. ¿Ha tenido Cambios en su estado emocional como ansiedad, depresión o irritabilidad? R= Se encuentra más ansiosa o menudo suele estar de mal humor

5. ¿Ha notado algún cambio en su patrón de sueño, como insomnio o dificultades para dormir?

R= le cuesta dormir y no concilia el sueño

* Bibliografía

R. p. Kosilek, J. Schophl, M. Grunk, M. Reincke, C. Dimopoulos, Gk, Stalla, et al. automatic face classification of Cushing's Syndrome in women - A novel screening approach. JAP (Jm Endocrinol Diabetes, 121 (2018), pp. 561-564

- Reflexión -

El diagnóstico del síndrome de Cushing es un proceso complejo que enfrenta múltiples desafíos, lo que lleva a retrasos significativos en la identificación y tratamiento de esta condición. Los problemas más comunes que se presentan en este contexto.

1- Síntomas Ambiguos - Uno de los principales obstáculos es la naturaleza no específica de los síntomas. El aumento de peso, la fatiga y los cambios emocionales son quejas comunes en muchas patologías.

2- Variabilidad en presentación - Cada paciente puede presentar una combinación diferente de síntomas, lo que añade otra capa de complejidad.

3- Conocimiento limitado - A pesar de ser una condición bien documentada, no todos los profesionales de salud están suficientemente familiarizados con el síndrome de Cushing.

4- Estigma y Barreras psicológicas.

Los síntomas físicos y emocionales asociados con el síndrome de Cushing a menudo están estigmatizados.

5- Complejidad de las pruebas diagnósticas - El diagnóstico requiere una serie de pruebas que pueden ser invasivas y costosas.

Esófago De Barret

metaplasia

* Factores de riesgo

• Reflujo gastroesofágico (RGE): La exposición crónica del esófago a los ácidos del estómago es el principal factor de riesgo.

- obesidad -

El ~~a~~ exceso de peso aumenta la presión intradominal, favoreciendo el reflujo

- Tabaquismo -

Fumar puede aumentar el riesgo de RGE y, por ende de Barret

- Edad -

Es más común en personas mayores de 50 años

- Sexo -

Es más frecuente en hombre que en mujeres.

- Antecedentes familiares -

Tener familiares con esófago de Barret o Cáncer esofágico puede aumentar el riesgo

- Fisiopatología -

La metaplasia de Barret ocurre cuando el epitelio escamoso normal del esófago se reemplaza por un epitelio columnar, un proceso llamado metaplasia intestinal.

Esto es una respuesta adaptativa a la irritación crónica por el ácido.

La metaplasia puede ser un precursor del adenocarcinoma esofágico, ya que las células metaplásicas pueden sufrir displasia y eventualmente transformarse en cáncer.

- Etiología -

Reflujo ácido: la exposición prolongada al ácido gástrico provoca daño en el epitelio esofágico.

- Infecciones -

Algunas infecciones como la infección por *Helicobacter Pylori*, pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad.

- Factores genéticos.

Alteraciones genéticas pueden predisponer a los individuos a desarrollar esófago de Barret.

- Estudios de diagnóstico -

* Endoscopia

- permite visualizar el esófago y tomar biopsias de áreas sospechosas

- Biopsia -

El análisis histológico de las muestras biopsiadas es fundamental para confirmar la metaplasia y evaluar la presencia de displasia.

* pH-metría cáustica: mide la cantidad de ácido en el esófago y ayuda a evaluar la gravedad del reflujo.

Imágenes por resonancia magnética (IRM) o tomografía computarizada (TC):

- Pueden ser útiles para evaluar complicaciones o la extensión de la enfermedad.

* Tratamiento

modificaciones en el estilo de vida:

- Perdiendo peso, dejar de fumar y evitar ~~perder~~ alimentos que desencadenen el reflujo.

- medicamentos: Inhibidores de la bomba de protones (IBP) para reducir la producción de ácido y proteger el esófago.

- Tratamientos endoscópicos

- Ablación por radiofrecuencia o resección endoscópica para eliminar el tejido metaplásico

- Seguimiento - Vigilancia regular mediante endoscopia y biopsias para detectar cambios displásicos.

2 artículos

1o - Artículo de Revisión

- El esófago de barret se produce cuando el epitelio escamoso estratificado esofágico es sustituido por epitelio de tipo columnar y se confirma mediante biopsia la presencia de metaplasia intestinal.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es su principal factor de riesgo.

Los progenitores de las células metaplásicas no son bien conocidas y pueden ser a partir de células maduras del epitelio escamoso o de células progenitoras inmaduras.

- Objetivo

Hacer un resumen de lo expuesto en la literatura para que valga de herramienta de consulta.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de PubMed en inglés y español.

Conclusiones-

La comprensión de la fisiopatología que tienen en cuenta las células que originan la metaplasia intestinal y la identificación temprana de los estados progresión al adenocarcinoma, ha ganado una significativa atracción en la investigación a través de modelos humanos y animales durante los últimos años.

2o- Salen igual que la primera (artículo 1 y 2)

* Reflexión

El diagnóstico del esófago de Barrett es un desafío significativo en la práctica clínica, y varios factores en la práctica clínica ~~van~~ a la que contribuye una complejidad de su identificación.

- Síntomas No específicos

Los síntomas del esófago de Barrett a menudo se superponen con los de otras condiciones gastrointestinales, como el reflujo digestivo gastroesofágico (ERGE) o la gastritis.

- Variabilidad en la presentación clínica

Cada paciente puede presentar una combinación diferente de síntomas, lo que añade una capa de complejidad al diagnóstico.

- Falta de conciencia y formación

A pesar de ser una condición bien documentada, no todos los médicos están suficientemente informados sobre el esófago de Barrett.

- Estigmatización y barreras psicológicas

Los síntomas físicos y emocionales asociados en el esófago de Barrett pueden estar estigmatizados, lo que puede hacer que los pacientes se sientan reacios a buscar atención médica.

- Preguntas -

1a - ¿Ha experimentado síntomas de reflujo ácido, como acidez estomacal?

R2 - La paciente ha notado esos síntomas

2a - ¿Tiene antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico o ha sido diagnosticado previamente con esófago de Barrett?

R - El paciente asiente ante la pregunta y tener dichos síntomas ya mencionados

3.- ¿Fuma o ha fumado en el pasado?

R= el paciente sigue Consumiendo esas Sustancias

4.- ¿Ha notado dificultad para tragar, dolor al tragar o pérdida de peso?

R= El paciente tiene estos problemas. Se dio cuenta hace poco cuando comía

¿od tiene antecedentes fam. de esófago de Barret o Cáncer esofágico?

R= El paciente comenta que ha tenido familiares con estas patologías.

* Bibliografía

Alpers, D. H. et al. (2012).
Gastroenterology and Hepatology. McGraw Hill.

Actamed centro vol. 16 no. 2 Santa Clara abr. - jun. 2022
6 pub 30 - jun (2022)

Acomulación intracelular

Esteatosis hepática.

- Factores de riesgo

obesidad - Aumento del tejido adiposo, especialmente en la zona abdominal

- Diabetes tipo 2 - Resistencia a la insulina que contribuye a la acumulación de grasa en el hígado.

- Consumo de alcohol: el consumo excesivo puede causar daño hepático y esteatosis

- medicamentos -

Algunos fármacos pueden causar esteatosis hepática.

- Genética - Predisposición hereditaria a enfermedades metabólicas

* Fisiopatología

Se caracteriza por la acumulación de triglicéridos en las hepatocitos

Aumento de la síntesis de ácidos grasos -
estimulo por insulina y dieta

- Disminución de la oxidación de ácidos grasos -
Alteraciones en las mitocondrias

Norma

Etiología

- La esteatosis hepática puede clasificarse:
 - Esteatosis hepática ~~pero~~ No alcohólica -
EHNA = Asociada a factores metabólicos
Como obesidad y diabetes
 - Esteatosis hepática alcohólica = Resultante
del consumo excesivo de alcohol.

Otros como medicamentos, infecciones,
enfermedades metabólicas hereditarias

* Estudios de diagnóstico

- Ecografía hepática
 - Método inicial para detectar la acumulación
de grasa
- Tomografía Computarizada (TC) y Resonancia
Magnética = métodos más precisos para evaluar
la cantidad de grasa
- Análisis de Sangre - evaluación de enzimas hepáticas
(ALT-AST), perfil lipídico y pruebas de función
hepática

* Tratamiento

Modificación del estilo de vida:

Pérdida de peso, ejercicio regular y
dieta equilibrada

Manejo de enfermedades comorbilidades?

- Control de diabetes hipertensión y dislipidemia

- medicamentos en algunos casos, se pueden usar medicamentos como la pioglitazona o el ácido ursodesoxicólico.

5 Preguntas

1. ¿Ha notado algún cambio en su peso recientemente?

R = ha ganado alrededor de 5 Kg en los últimos seis meses

2. ¿Consumo alcohol?

R = la paciente afirma que suele tomar los fines de semana

3. ¿Tiene antecedentes fam. de enfermedades hepáticas o metabólicas?

R = la paciente afirma tener un padre que tenía diabetes y su madre tuvo problemas hepáticos aunque no sé exactamente qué tipo

4. ¿Ha experimentado síntomas como fatiga, malestar abdominal o pérdida de apetito?

R = ella afirma que se ha sentido más cansada de lo habitual

5. ¿Está siguiendo alguna dieta específica o tiene hábitos alimenticios que considere poco saludables?

R = la paciente niega tener una dieta específica / suele comer comida rápida y consume carbohidra

*Reflexión

El diagnóstico de la esteatosis hepática, caracterizado por la acumulación intracelular de grasa en los hepatocitos, presenta varios desafíos en la práctica clínica.

~~1- Síntomas No Específicos~~ Los Síntomas de la esteatosis

1- Asintomatología

— Muchas pacientes con esteatosis hepática son asintomáticas, lo que dificulta la identificación de la enfermedad en etapas tempranas.

2- Síntomas vagos y no específicos.

— Cuando los pacientes presentan síntomas, estos suelen ser vagos y pueden incluir fatiga, malestar abdominal o pérdida de peso.

3- Limitaciones en las pruebas diagnósticas
Las pruebas de imagen, como la ecografía, son útiles pero no siempre son suficientemente sensibles para detectar la esteatosis leve.

Artículos

7- la enfermedad hepática grasa no alcohólica. Comprende un espectro de afecciones hepáticas que va desde la simple esteatosis a la esteatohepatitis, fibrosis y hasta cirrosis. Su prevalencia aumenta con la edad, la obesidad y está fuertemente asociado con la presencia de síndrome metabólico y aumento de la mortalidad cardiovascular y por enfermedades malignas. Se produce por una acumulación de triglicéridos en los hepatocitos relacionada con la resistencia hepática y muscular. En estados de fibrosis el índice transaminasas glutámico oxalacético - glutámico piruvico aumenta así como la ferritina en sangre y el valor del NAFLD fibrosis score, siendo de alta especificidad para el diagnóstico.

(Esta misma pag explica este artículo bien y no ~~puede~~)
encontre más esa pag. es la única que me aparece /
Artículos

Desequilibrios Nutricionales
* Obesidad

Factores de riesgo

* Genéticos y Historia familiar de Obesidad

* Ambientales: Disponibilidad de alimentos poco saludables y estilo de vida sedentario

* Psicológicos - estrés, depresión y trastornos alimentarios

* Socioeconómicos = menor nivel educativo y condiciones socioeconómicas desfavorables

* Fisiopatología

La obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo, que altera la homeostasis energética

o Acomulación de grasa visceral - esto asociado con la inflamación crónica, resistencia a la insulina y disfunción metabólica.

* Etiología

- Hiperfagia: Consumo excesivo de calorías

- Sedentarismo: falta de act. física

- Factores psicológicos - Comportamientos alimentarios impulsivos o emocionales

Estudios de diagnóstico.

- 1- Índice de masa Corporal: Herramienta básica para evaluar el peso en relación con altura.
- 2- Circunferencia de la cintura
- 3- Análisis de sangre
- 4- evaluaciones dietéticas.

Tratamiento

- modificación del estilo de vida:
Cambios en la dieta y aumento de la actividad física
- Terapia psicológica: para abordar trastornos alimentarios y factores emocionales.
- medicamentos: — En algunos casos, fármacos que ayudan a la pérdida de peso
- Intervenciones quirúrgicas:
Como la Cirugía bariátrica.

Artículos

El sobrepeso y la obesidad son la consecuencia de un desequilibrio entre la ~~consecuencia~~ ^{consecuencia} de la ingesta calórica (alimentación) y el gasto calórico (act física)

En la mayoría de los casos, la obesidad es una enfermedad multifactorial que se debe a un entorno obesogénico, factores psicosociales y variantes genéticas.

El entorno obesogénico que exagera la probabilidad de la obesidad en individuos, poblacionales y en diferentes entornos está relacionado con factores estructurales

Reflexión

El diagnóstico de la obesidad, especialmente en relación con la acumulación intracelular de grasa.

La obesidad se define comúnmente a través del índice de masa corporal (IMC), pero esta medida no siempre refleja con precisión la acumulación del tejido adiposo.

La variabilidad en la presentación clínica

La Obesidad puede manifestarse de diferentes maneras en distintos individuos.

- factores psicológicos y

- Comportamientos

Los factores psicológicos, como la depresión o la ansiedad, puede manifestarse de diferentes maneras en distintos individuos.

*5 Preguntas

1. ¿Cuál es su altura y peso?

R = mide 1.70 y pesa 95 kg

2-c ¿Ha notado un aumento de peso recientemente?

R= el paciente afirma y ha ganado 10 Kg en el último año

3-c ¿Qué tipo de alimentos consume con más frecuencia en su dieta diaria?

R= el paciente suele comer comida rápida

4-c Realiza alguna act. física?

R= el paciente no hace ejercicio, es sedentario

5-c ¿Ha tenido antecedentes fam. de obesidad o enfermedades relacionadas, como diabetes o enf. cardíacas?

R= su madre y su padre eran obesos y ambos tenían diabetes tipo 2

Bibliografía

Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (Eds.). (2021). Harrison's principles of internal medicine (20th ed.). McGraw-Hill Education

Pag. original de la OMS, obesidad.

