



Nombre del Alumno: Fany Adilene González Arreola

Parcial: 1er parcial

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Dr. Guillermo De Solar

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

semestre: 2 A

Hiperplasia Prostática

- La hiperplasia benigna de próstata se produce cuando su próstata aumenta de tamaño, pero el crecimiento no es canceroso. La hiperplasia benigna de próstata puede dificultar la micción (hacer pipí), ya que la próstata agrandada puede comprimir el conducto que transporta la orina (uretra).

Factores de riesgo:

- **Edad:** Es más común en mayores de 50 años.
- **Historia familiar:** Si un hombre tiene un historial familiar de hiperplasia prostática, especialmente en parientes de primer grado.
- **Obesidad**
- **Dieta:** Llevar una dieta rica en grasa y pobre en frutas y verduras aumenta el riesgo de desarrollar esta enfermedad.
- **Uso de ciertos medicamentos**
- **Genética**
- **Hormonas**
- **Inflamación:** La inflamación crónica en la próstata puede contribuir al desarrollo de hiperplasia prostática.

Fisiopatología:

- El sitio anatómico de la próstata en el cuello de la vejiga contribuye a la fisiopatología y sintomatología de la HPB.
- Existen dos componentes prostáticos de las propiedades obstructivas de la HPB y la generación de síntomas de las vías urinarias inferiores: Dinámico y estático.
- El dinámico de la HPB se relaciona con el tono de músculo liso prostático
- El componente estático de la HPB se relaciona con un incremento de tamaño de próstata y de origen a síntomas como chorro urinario débil, gote posmiccional, polaquiuria y nocturia.
- La importancia clínica del HPB se relaciona con el tono del músculo. Reside en su tendencia a comprimir la uretra y causar obstrucción parcial o completa del flujo de salida de la orina. A medida que esta obstrucción aumenta puede ocurrir retención de líquidos.

Diagnostico

El American Urological Association Symptom Index (AUASI) consiste en 7 preguntas acerca de los síntomas de vacuamiento completo, frecuencia, carácter intermitente, urgencia, debilidad del chorro, esfuerzo y nocturia. Cada pregunta contiene un puntaje de 0 a 7 (0 → leve, 7 → intenso).

Durante la exploración física, luego se realiza una anamnesis, examen rectal digital (tacto rectal), análisis de orina, pruebas de sangre en busca de antígeno prostático específico (APE) y uroflujometría. Los análisis de sangre y orinas se utilizan como adyuvantes para determinar complicaciones de HPB.

- El tacto rectal se emplea para inspeccionar la superficie externa de la próstata. El crecimiento por HPB, se caracteriza una próstata palpable y grande.
- Es posible medir la orina residual por ecografía o por sondaje posmiccional.

Etiología:

Se desconoce la causa exacta de la HPB. Pero si existen algunos posibles factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta enfermedad, como lo son: la edad, antecedentes familiares, etnicidad, consumo de grasa y carne y factores hormonales.

- La incidencia de HPB aumenta con la edad y es máxima en afroestadounidenses y mínima en japoneses nativos.

Tratamiento:

El tratamiento de la HPB es determinado por el grado de síntomas que el trastorno produce y las complicaciones debidas a la obstrucción.

En la década de los 80' la cirugía era la piedra angular del tratamiento para aliviar la obstrucción urinaria por HPB.

En la actualidad se hace un hincapié de métodos terapéuticos menos traumáticos, como el consumo de fármacos. Cuando se producen signos de obstrucción más graves, está indicada la cirugía para dar confort y evitar daño renal grave.

Reflexión

La hiperplasia prostática benigna es el crecimiento de la próstata por envejecimiento con formación de lesiones grandes, bien delimitadas en la región periuretral de la próstata.

Estas lesiones comprimen la uretra y producen síntomas de disuria, dificultad para orinar:

- La próstata rodea la uretra y su crecimiento periuretral causa manifestaciones de obstrucción urinaria.

Preguntas:

- ¿Bebe suficientes líquidos durante el día?
- ¿Tiene antecedentes de enfermedades médicas, como la diabetes, hipertensión o enfermedad cardiovascular?
- ¿Ha notado algún cambio en la frecuencia o urgencia para orinar?
- ¿Ha experimentado dificultad para vaciar completamente la vejiga?
- ¿Tiene algún familiar cercano que haya tenido problemas de próstata?

ARTÍCULO

Hiperplasia prostática Benigna

La hiperplasia benigna de próstata es el tumor más común en los hombres. Clínicamente se relaciona con la edad, los factores de riesgo aún no se conocen con exactitud pero: la historia clínica de la familia es muy importante por que se ha informado que los parientes de primer grado de pacientes con hiperplasia Benigna de próstata tienen un riesgo relativo cuatro veces superior al normal de desarrollar hiperplasia prostática Benigna.

Los objetivos del tratamiento son mejorar los síntomas y la calidad de vida, evitar la progresión clínica de la enfermedad y reducir riesgos de complicaciones.

- Autor: Mauricio Barboza Hernández

- Agosto 2017.

Hiperplasia Prostática Benigna

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una patología caracterizada por un aumento en el número total de células epiteliales y estromales dentro de la zona de transición de la glándula prostática, afectando principalmente a hombres mayores de 45 años (media de edad de 60 años). El diagnóstico se basa en la historia clínica considerando examen rectal, antígeno prostático específico (APE) y estudios de imagen, confirmando por medio de biopsia prostática. El tratamiento se divide en médico, quirúrgico tomando como principal determinante el volumen prostático.

- Ciencia latina

- Autor: - José Angel Elí Sandoval Gutierrez

- Judith Esmeralda Fonseca Andrade

- José Itzan Bautista Fraysto

- Carlos Alejandro Mora Vazquez

- Guadalajara - México.

Síndrome de Cushing

Síndrome de Cushing

Es un trastorno endocrino causado por la exposición prolongada a niveles elevados de cortisol, una hormona producida por la glándula suprarrenal. El cortisol es esencial para la respuesta del cuerpo al estrés, la regulación del metabolismo y la función inmunológica.

Factores de riesgo:

Edad: Puede afectar a personas de cualquier edad, pero es más común en adultos de 20 a 50 años.

Sexo: Las mujeres son más propensas que los hombres.

Relacionados con la salud:

- Obesidad

- Diabetes

- Enfermedades renales

- Hipertensión

- Enfermedades hepáticas

Relacionados con el estilo de vida:

- Uso de corticosteroides

- Falta de ejercicio

Relacionados con lo genético:

- Historia familiar

- Mutaciones genéticas

Otros factores:

Tumores: Los tumores en la glándula pituitaria o suprarrenal pueden aumentar el riesgo de desarrollar este síndrome.

Enfermedades autoinmunes:

Fisiopatología

En esta enfermedad existe una producción excesiva de cortisol.

- Estimulación de la glándula pituitaria, por la hormona liberadora de corticotropina (LRH) para producir la hormona adeno corticotrópica (ACTH).

- Producción de ACTH: Es producida por la glándula pituitaria y estimulada por la producción de cortisol en la glándula suprarrenal.

- Producción excesiva de cortisol:

- La glándula suprarrenal produce cortisol en exceso debido a la estimulación excesiva de ACTH.

Etiología:

El síndrome de Cushing puede ser debido a exposición a medicación que contenga glucocorticoides o a un tumor.

A veces hay tumor en las glándulas suprarrenales que produzcan demasiado cortisol.

Otras veces está en la hipófisis. Algunos tumores de la hipófisis producen una hormona denominada adrenocorticotropa (ACTH) que estimula las glándulas suprarrenales y hace que produzca en exceso cortisol.

Diagnóstico:

Se utilizan pruebas de laboratorio que determinan si existe un exceso de cortisol.

También se pueden confirmar si existe producción excesiva de cortisol tomando una pequeña pastilla llamada desametasona.

Cateeterismo de senos petrosos inferiores o (CSP).

Resonancia magnética (RM)

Tratamiento

- El único tratamiento eficaz para la enfermedad de Cushing es extirpar el tumor, para reducir su capacidad de secretar ACTH, o extirpar las glándulas suprarrenal.
- Extirpación del tumor mediante cirugía: Para aquellas que tienen el tumor afuera de la hipófisis y cuyo estado general es lo suficientemente bueno para someterse a la anestesia.

Reflexión:

El síndrome de Cushing es un trastorno endocrino complejo y multifacético que se caracteriza por la exposición prolongada a niveles elevados de cortisol.

La producción excesiva de cortisol puede causar una variedad de síntomas clínicos y complicaciones graves, diabetes, osteoporosis, y cambios en el estado de ánimo. El diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Preguntas:

- ¿Han notado cambios en el peso, ya sea que aumente o disminuye?
- ¿Ha experimentado cambios en estado de ánimo?
- ¿Se le dificulta realizar actividades físicas?
- ¿Tiene antecedentes familiares de tumores, cáncer?
- ¿Cómo distribuye su alimentación?

ARTÍCULO

Síndrome de Cushing.: Clínica y laboratorio

El síndrome de Cushing se presenta como resultado de la exposición a altas concentraciones de cortisol. Apesar de que se considera una enfermedad rara, se caracteriza por una alta morbilidad, si no se trata; por lo tanto, el diagnóstico temprano y la identificación de su causa son indispensables para un manejo adecuado del paciente.

El diagnóstico de síndrome de Cushing es un desafío para el endocrinólogo, quien debe conocer la utilidad y la correcta interpretación de las pruebas diagnósticas.

- El diagnóstico incluye dos pasos: Primero, confirmar el estado de hipercortisolemia con la ayuda de varias pruebas de tamización; y segundo, identificar la causa de la hipercortisolemia.
- Los resultados de laboratorio deben ser interpretados en forma conjunta con las manifestaciones clínicas y con los hallazgos radiológicos.
- Han pasado casi 100 años desde Harvey Cushing describió por primera vez el Síndrome de Cushing; Sin embargo es una entidad que aún se presentan como un desafío clínico, ya que ningún hallazgo físico es patognomónico de esta enfermedad.
- El desarrollo de la tecnología tanto de laboratorio como de imágenes ha mejorado el escenario diagnóstico de esta entidad, pero su diagnóstico continúa siendo complejo y son necesarias las pruebas para llegar a un buen diagnóstico y tratamiento.

Autor: Johaayro Gutiérrez Restrepo.
Guillermo Latore Sierra
Germán Campuzano Maya.

ARTÍCULO

Síndrome de Cushing: Desafíos diagnósticos y terapéuticos

El hiper cortisolismo endógeno es característicamente una entidad que debe diagnosticarse y tratarse en centros de referencia, con la participación de varios especialistas.

El síndrome de Cushing representa la expresión clínica de la exposición programada y prolongada a glucocorticoides, independientemente de su origen.

El término de enfermedad de Cushing se refiere solamente a hiper cortisolismo resultante del exceso de secreción de corticotropina (ACTH) por un adenoma hipofisario.

Los mecanismos que dan lugar al hiper cortisolismo endógeno son complejos y su diagnóstico diferencial preciso constituye uno de los más grandes desafíos de la endocrinología moderna.

- Esta revisión analiza la fisiopatología diagnóstico diferencial y tratamiento de las distintas formas del síndrome de Cushing.

• Autor: Moisés Mercado y Ana Laura Espinosa de los Monteros.

• Recepción: 3 de septiembre

• Aceptación: 11 de noviembre de 1999.

Esófago de

Barret

• Esófago de Barret

El esófago de Barret es una condición médica en la que el revestimiento del esófago se ve alterado debido a que la exposición crónica del ácido estomacal. Esto puede ocurrir como resultado de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), lo que es una condición en la que el ácido fluye hacia atrás, hacia el esófago.

Factores de riesgo:

➤ Estilo de vida:

- Fumar: Puede debilitar los músculos del esófago y producir ERGE.
- Obesidad: Debido a la presión intraabdominal aumentada la ERGE, inflamación crónica, alteraciones hormonales y reducción de motilidad esofágica.
- Consumo excesivo de alcohol: Por sus efectos en el esófago.

➤ Salud:

- Enfermedades por reflujo gastroesofágico
- Historia familiar por reflujo, cáncer de esófago u esófago de Barret.
- Edad: Aumenta el riesgo con la edad
- Diabetes
- Uso de ciertos medicamentos.

Fisiopatología:

El esófago de Barret es una condición adquirida en la cual el epitelio escamoso estratificado propio de la mucosa del esófago es reemplazado por epitelio de metaplasia con una extensión proximal $\geq 1\text{cm}$ a partir de la unión esófago-gástrica (UEG).

Diagnóstico:

> Diagnóstico endoscópico e histológico:

- El diagnóstico de EB debe integrarse considerando los hallazgos endoscópicos sugerentes (mucosa, color salmón mayor a un centímetro) y confirmación histológica.
 - Para la confirmación histológica se deben tomar biopsias
- > Estudio hepatológico: Deben confirmar o descartar displasia.

> Descripción endoscópica: Debe realizarse de acuerdo con la clasificación de Praga. Deben descubrirse sus relaciones anatómicas (pinzamiento diafragmático, UEG, unión escamocolumbar).

Tratamiento:

Tratamiento endoscópico:

En los casos de DGB confirmado y sin morbilidades limitantes, la terapia endoscópica es el tratamiento de elección.

- Los pacientes con DAG, cuya incidencia actual de AcaE es de 77. (1 caso 5-8) son candidatos a tratamientos endoscópicos.
- En AcaE solo los casos tempranos (confirmado y la mucosa) puede considerarse el tratamiento endoscópico.

Vigilancia endoscópica

- Durante la vigilancia endoscópica se deben tomar biopsias.

Quimioprevención

- No se recomienda quimioprevención con IBP a dosis estándar.
- No se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o estatinas como quimioprevención en pacientes con EB.

Reflexión:

El esófago de Barret es una condición crónica y premaligna que se caracteriza por la transformación de la mucosa del esófago con un tejido similar al intestino.

El esófago de barret se debe a diferentes factores en los que incluye el estilo de vida, genética (cuando se presentan antecedentes familiares).

El EB requiere tratamiento y seguimiento para prevenir la progresión a cáncer.

Preguntas:

- ¿Consume muchos irritantes?
- ¿Con que frecuencia ha presentado síntomas de reflujo?
- ¿Ha tenido pérdida de peso inexplicable?
- ¿Fuma o fumaba?
- ¿Con que frecuencia consume alcohol?

ARTÍCULO

Esofago de Barret: Actualización en el diagnóstico y tratamiento.

- El esófago de Barret (EB) se define como la condición en la cual la mucosa columnar metaplásica pre-dispuesta a neoplasia reemplaza la mucosa escamosa del esófago distal. Las guías actuales recomiendan que el diagnóstico requiere el hallazgo de metaplasia intestinal (MI) con células caliciformes de al menos 1 cm de longitud. El EB afecta aproximadamente al 1% de la población general y hasta en 14% de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El EB es precursor del adenocarcinoma esofágico (ACE), neoplasia en aumento en países occidentales. Los principales factores de riesgo descritos para ACE asociado a EB son: sexo masculino, edad > 50 años, obesidad central y tabaquismo. El riesgo anual de ACE en EB sin displasia, displasia de bajo grado (DBG) y alto grado es 0,1-0,3%, 0,5% y 5-8% respectivamente. El tratamiento del EB no displásico consiste en un cambio de estilo de vida saludable, quimioprevención mediante inhibidores de la bomba de protones y vigilancia endoscópica cada 3 a 5 años. Se recomienda que a partir de la presencia de DBG los pacientes sean referidos a un centro experto para la confirmación del diagnóstico, estadio y así definir su manejo. En paciente con EB y displasia o cáncer incipiente, el tratamiento endoscópico consiste en la resección y ablación, con un éxito cercano al 90%. El principal evento adverso es la estenosis esofágica que es manejada endoscópicamente.

ARTÍCULO

Esofago de Barrett, diagnóstico y vigilancia

En las reuniones anuales de la Unión Europea del 2019 y de los Estados Unidos de América (EUA) del 2020 se presentaron diversos trabajos de gran interés sobre el tamizaje, diagnóstico y vigilancia de esófago de Barrett. Dentro de los más destacados se encuentran estudios sobre la técnica de muestreo amplio transpitelial y análisis histológico tridimensional asistido por computadora tanto en el diagnóstico como en la vigilancia del esófago de Barrett, otros estudios en la evaluación de técnicas de inteligencia artificial en la detección de displasia/neoplasia en esófago de Barrett, entre otros de la actualidad.

- En los últimos han documentado avances en el diagnóstico del EB y en la detección de displasia / neoplasia añadido en la toma de biopsias convencional, técnicas adicionales de muestreo.
- Se confirma que la displasia de bajo grado debe diagnosticarse de manera precisa por su riesgo de progresión a displasia de alto grado.
- Se está evaluando a nivel mundial la aplicabilidad de la inteligencia artificial en la detección de displasia/neoplasia en EB.
- Los lineamientos de la vigilancia del EB se han extendido a aquellos pacientes que ya han recibido tratamiento endoscópico y que debemos conocer cómo y cuando vigilarlos.

Autor: Francisco Valdovinos - Andriaca y Héctor A. Díaz-Hernández.

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México.
- Endoscopia 2020.

popis

Obesidad

Es un síndrome caracterizado por la acumulación excesiva de grasa que compromete a la salud.

Factores de riesgo:

- Factores de riesgo genéticos:

- Historia familiar de obesidad: Si uno o más padres son obesos es más probable que los hijos también lo sean.
- Genética: Mutaciones de genes que regulan el apetito.

- Factores de riesgo ambientales:

- Dieta alta en calorías o grasas
- Falta de actividad física
- Entorno obesogénico

- Factores de riesgo psicológicos:

- Estrés crónico: El estrés crónico puede llevar a un aumento en el consumo de alimentos y una disminución del apetito.
- Trastornos alimentarios: Puede aumentar el riesgo de obesidad.
- Depresión: Lleva a un aumento por el consumo de alimentos y una disminución en la actividad física.

- Factores de riesgo médicos:

- Enfermedades crónicas
- Medicamentos.
- Hormonas.

- Factores de riesgo sociales:

- Nivel socioeconómico bajo
- Educación limitada
- Cultura y tradiciones.

Fisiopatología:

La obesidad es la acumulación excesiva y anormal de tejido adiposo en el cuerpo. En la mayoría de los casos las personas presentan un estado inflamatorio crónico del adipocito que puede ser a causa de factores genéticos y ambientales lo cual provoca efectos negativos en la salud.

- El adipocito es la principal célula encargada de almacenar, el exceso de energía en forma de triglicéridos, y también se encarga de numerosos procesos fisiológicos y metabólicos.

El adipocito se divide en dos: El adipocito blanco y el adipocito marrón y beige.

— El adipocito blanco:

• Cerca del 80% de los sujetos con obesidad producen un remodelado del tejido adiposo a nivel estructural y funcional que provoca un proceso crónico inflamatorio, denominado lipoinflamación. Esta inflamación crónica es clave para relacionar la obesidad con la DM2 y la resistencia a la insulina.

Al 20% restante se le conoce como "Obesos metabólicamente sanos".

— Adipocito Marrón y beige:

El tejido adiposo marrón (TAM) presenta diferencias estructurales, funcionales y de composición en comparación con el tejido adiposo blanco, pero principalmente en su distribución en el organismo. El TAM solo se encuentra en mamíferos y su principal función es termogénica a través de la disipación de la energía en forma de calor.

El TAM está inversamente relacionado a la obesidad, por su capacidad de usar ácidos grasos y glucosa en su actividad.

Etiología

Aunque existen influencias genéticas, conductuales, metabólicas y hormonales en el peso corporal, la obesidad ocurre cuando se ingieren más calorías de las que se queman con las actividades diarias típicas y el ejercicio.

— El cuerpo almacena ese exceso de grasa, de calorías en forma de grasa.

— La obesidad puede ocurrir por múltiples factores que contribuyen a aumentar el riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Diagnóstico

Durante la valoración y diagnóstico de la obesidad se deben abarcar aspectos como la antropometría, la determinación de comorbilidades o causas secundarias de obesidad, riesgo actual y futuro de complicaciones, evaluación nutricional y psicológica, así como la solicitud de estudios de laboratorio todo esto con la finalidad de realizar un abordaje multidisciplinario y minimizar el riesgo de posibles complicaciones.

Existen nuevos métodos que pueden identificar de forma precisa la composición corporal (CC) del paciente, específicamente la del porcentaje de grasa corporal (GC) en donde se destaca el uso de la absorciometría dual fotónica de rayos X (DXA), una tecnología nueva técnica que se utiliza como método de referencia para investigación en composición corporal.

Un punto importante a destacar para el abordaje del diagnóstico se deriva de considerar la solicitud de exámenes de laboratorio con la intención de identificar complicaciones en el estado de salud del paciente.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico de la obesidad:

- Manejo psicológico y nutricional: Debe incluir la combinación de alimentos bajos en calorías, educación nutricional, terapia conductual.
- Ejercicio o actividad física: Deben ir a la par del manejo nutricional y psicológico, disminuye la presencia de reacciones adversas generadas por los medicamentos.

Tratamiento farmacológico:

- El fármaco más utilizado para la obesidad es el orlistat.
- Cirugía bariátrica: Es utilizada en pacientes con obesidad comúnmente con un IMC mayor a 35 kg/m^2 .

Reflexión:

La enfermedad de la obesidad es un síndrome de riesgo para el desarrollo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, esto es debido a diferentes mecanismos celulares en donde está implicado el tejido adiposo, ya que aumenta o induce a estos adversos locales y sistémicos.

Se han observado alteraciones relativamente pequeñas en el balance de energía producen cambios significativos en el peso.

El primer manejo en el tratamiento es nutricional y conductual para poder tener una buena salud.

Preguntas:

¿ Realiza actividades físicas o algún deporte?

¿ Tiene antecedentes de enfermedades crónicas como Diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares?

¿ Se cansa rápido al llevar un día habitual?

¿ Consume alimentos saludables?

¿ Cada que frecuencia tiene para consumir comida chatarra?

ARTÍCULO

Enfoque actual en obesidad.

Diciembre 2021

Se define la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que llega a ser perjudicial para la salud. Una forma simple de evaluar el estado de Obesidad es un valor índice de masa corporal de 30 kg/m^2 o mayor.

La prevalencia de la población ha ido en aumento.

La obesidad involucra un gran número de factores relacionados para su desarrollo, tales como la genética, la cultura y nivel socioeconómico.

Siendo el principal problema nutricional, evidencia clínica relaciona a la obesidad con múltiples patologías, tal como el rol del este con la diabetes mellitus, la infertilidad, y el riesgo de embarazo.

- La obesidad es una interacción compleja entre múltiples factores genéticos, socioeconómicos y culturales que también están asociados con las comorbilidades existentes o resultantes y sus tratamientos.

La prevalencia de obesidad sigue siendo elevada, al igual que las comorbilidades asociadas y los costos sanitarios. Se necesitan una intervención temprana y un tratamiento eficaz de la obesidad para reducir los costos y mejorar los resultados de estos pacientes.

- Enfoque actual en obesidad

- Artículo de revisión

- Autor: Talavera Domínguez

> Estudiante de Médico Cirujano en UNAM.

- Diciembre 2021.

ARTICULOS

REVISTA CIENTÍFICA DE FAREM - Estelí

La obesidad: una amenaza para nuestra salud.

En este artículo se presenta una revisión bibliográfica acerca de la obesidad, la cual constituye una amenaza para la salud y ha alcanzado proporciones a nivel mundial. Entre los principales factores que inciden en esta condición están los estilos de vida, hábitos alimenticios, problemas psicológicos y genéticos, entre otros. La obesidad se clasifica según el índice de masa corporal en grado I, II, III y IV. Siendo sus principales complicaciones: Síndromes metabólicos, enfermedades pulmonares, cardíacas y articulares. Su tratamiento requiere una alimentación balanceada la cual cumple una doble función de prevenir y tratar. Por ello, los alimentos que se consumen deben tener las cantidades adecuadas de macro y micronutrientes; esto de acuerdo a la edad y actividad física de cada persona. Dicho problema, ocasiona cambios físicos, psicológicos y fisiológicos que deterioran la salud; disminuyendo así, la calidad y expectativa de vida por lo que es primordial aplicar estrategias de prevención eficientes y eficaces que sensibilicen a la población sobre los riesgos de tan devastadora enfermedad.

- 25 Mayo 2019. — Aceptado el 3 de Septiembre 2019.

Autor:

- Ingrid Adriana Rivera Perez
- Jason Ariel Urrutia Teller
- Maria Gabriela García Herrera.
- Graciela Alejandra Farrach Úbeda.

Estetosis

hepatica

Esteatosis hepática

La esteatosis hepática es una condición médica en la que se acumula grasa en las células del hígado, lo que puede llevar a una inflamación y daño hepático.

Factores de riesgo:

> Estilo de vida:

- Obesidad
- Sedentarismo
- Dieta desequilibrada
- Consumo excesivo de alcohol.

> La salud:

- Diabetes
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Enfermedades hepáticas previas.

> Genética

- Historia familiar de enfermedades hepáticas
- Genética: Algunos pueden tener una predisposición genética para desarrollar esteatosis hepática.

> Medio ambiente:

- Exposición a sustancias tóxicas: Como pesticidas o metales pesados pueden influir para desarrollar esta condición
- Contaminación del aire y del agua.

Fisiopatología

El hígado graso es un trastorno complejo muy heterogéneo en su fisiopatología que resulta de la interacción de múltiples elementos, factores genéticos, ambientales, culturales, entre otros. Todo ello en conjunto producen acumulación de grasa hepática, resistencia a la insulina, alteraciones hormonales y microbiota intestinal, lo que genera daño hepatocelular a través de la formación de radicales libres de oxígeno y activación de la fibrogenesis hepática.

Etiología

Ingesta excesiva de calorías, grasas saturadas puede provocar una esteatosis hepática:

- Carbohidratos, bebidas azucaradas:

- Sobrepeso, obesidad.

- Diabetes Mellitus (Azúcar)

- Síndrome metabólico o inadecuada nutrición.

Ingesta de una cantidad excesiva de alcohol puede provocar esteatosis hepática.

Diagnóstico

La esteatosis hepática se diagnostica con análisis de sangre y pruebas de imagen como:

- Ecografía: Método no invasivo más accesible para diagnosticar la esteatosis hepática

- Tomografía computarizada: Permite observar el depósito de grasa en el hígado

- Resonancia magnética: Útil para detectar esteatosis focal.

- Biopsia hepática: Método más preciso para detectar esteatosis hepática

Reflexión

La esteatosis hepática es una condición médica que se caracteriza por la acumulación de grasa en las células del hígado, es importante conocer los factores de riesgo que pueden contribuir a desarrollar esta enfermedad y así poder prevenirla antes de adquirirla, pero también es muy importante que cuando ya tengamos esta enfermedad en curso de no poder prevenirla, poder detectarla a tiempo para poder tratarla de manera adecuada y evitar llegar a complicaciones crónicas

Tratamiento:

> Tratamiento no farmacológico:

- o Pérdida de peso: Se recomienda perder al menos 10 % del peso corporal.
- o Ejercicio regular: Ayuda a mejorar la función hepática.
- o Dieta saludable:
- o Control de azúcar en la sangre:

> Tratamiento farmacológico:

- o Medicamentos para reducir la grasa
- o Medicamentos para controlar el azúcar en la sangre.
- o Medicamentos antiinflamatorios

> Tratamiento quirúrgico:

o Cirugía bariátrica:

o Transplante de hígado: En casos avanzados de esteatosis hepática, este procedimiento puede ser la única opción para salvar la vida.

Preguntas:

o ¿Realiza alguna actividad física?

o ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

o ¿Consumes alguna sustancia tóxica?

o ¿Su estilo de vida es sedentario o activo?

o ¿Cuáles son sus hábitos para cuidar su salud?

ARTÍCULO

la esteatosis hepática no alcohólica: Una enfermedad silenciosa.

A la esteatosis hepática se le denomina enfermedad del hígado graso no alcohólico, y es la enfermedad hepática crónica más común. Es una condición clínico-patológica caracterizada por la acumulación de lípidos en el hígado que genera daños similares a los producidos por el consumo de alcohol, pero en individuos sin historial de consumo crónico.

- La esteatosis hepática no alcohólica es una enfermedad originada por alteraciones en el metabolismo lipídico hepático, produciendo una acumulación excesiva de lípidos y con una compleja fisiopatología. Debido a que dicha enfermedad está íntimamente relacionada con otros padecimientos, en los cuales el metabolismo de lípidos también se ve modificado, como en las dislipidemias, la obesidad, diabetes mellitus, resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. Por lo que su prevalencia va en aumento al ser todas estas enfermedades un problema de salud pública y siendo actualmente una pandemia.

Actualmente no existe un tratamiento cien por ciento efectivo la esteatosis hepática es una enfermedad a la cual se debe poner especial atención, teniendo presente el aumento a nivel mundial de pacientes con síndrome metabólico.

Autor: Asdrúbal Aguilera - Méndez

Recibido: 06 / 02 / 2017

Aceptado: 07 / 06 / 2017

Esteatosis Hepática Alcohólica

La esteatosis hepática alcohólica se produce como consecuencia de los cambios en el metabolismo por lípidos ocasionados por el alcohol. El depósito de grasa en el citoplasma de los hepatocitos es la lesión hepática más frecuente y se observa en la mayoría de los alcohólicos como lesión única o asociado a otras alteraciones.

Factores de riesgo

- ✧ Relacionados con el consumo de alcohol
 - Consumo excesivo de alcohol: Principal factor de riesgo.
- ✧ Relacionados con la salud:
 - Obesidad
 - Diabetes
 - Hipertensión
 - Enfermedades hepáticas previas.
- ✧ Factores de riesgo genéticos
 - Historia familiar
 - Genética

Etiología

La esteatosis hepática alcohólica se produce por la ingestión excesiva de alcohol en un período que oscila entre semanas o incluso años.

Consiste en un acúmulo de grasa en el hígado, a consecuencia de las alteraciones metabólicas que se producen por el alcohol.

Fisiopatología

El alcohol puede aumentar la síntesis de triglicéridos en el hígado.

El alcohol puede disminuir la oxidación de los lípidos en el hígado.

El alcohol puede alterar la lipoproteína de baja densidad (LDL) que puede llevar a una acumulación de colesterol en las células del hígado.

El depósito de grasa en el citoplasma de los hepatocitos es la lesión más frecuente.

Es la consecuencia de los cambios en el metabolismo de los lípidos ocasionados por el alcohol.

Se caracteriza por el depósito de vacuolas de grasa de distinto tamaño en los hepatocitos, que se van uniendo hasta formar una vacuola sin membrana que ocupa todo el citoplasma y desplaza al núcleo hacia la periferia de la célula.

Diagnóstico:

➤ Pruebas de laboratorio:

- o Macrocitosis: Aumento del volumen eritrocitario.

- o Aumento de la actividad de GGT en suero.

(enzima producida por alcohol).

- o En ocasiones un leve aumento de la actividad de ALT y AST ($AST > ALT$)

➤ Pruebas de imagen

- o Ecogenicidad hepática aumentada en la ecografía

➤ Examen histológico de la biopsia hepática.

Tu tratamiento

El pronóstico de la esteatosis hepática alcohólica sin otras lesiones asociadas es, la abstinencia de alcohol y administración de una dieta equilibrada con suplementos vitamínicos a la remisión de las lesiones.

Medicamentos para reducir la hinchazón o inflamación del hígado:

- Corticoides - Pentoxifilina - N-Acetilcisteína

Reflexión

La esteatosis hepática alcohólica es una condición médica que requiere un cuidado excesivo y en especial dejando de consumir alcohol, cuidando la alimentación y tener un buen cuidado, desarrollando mejores hábitos que conllevará a un progreso en la salud.

Preguntas:

¿Consumes alcohol?

¿Con qué frecuencia lo hace?

¿Cuánto tiempo lleva consumiendo alcohol?

¿Qué hábitos tiene acerca a sus cuidados de la salud?

¿Realiza alguna actividad física?

¿Consume agua con frecuencia?

ARTÍCULO

Esclerosis hepática alcohólica:

"Enfermedad hepática por alcohol"

La enfermedad hepática por alcohol es una de las enfermedades hepáticas más prevalentes en todo el mundo, y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La enfermedad puede progresar desde estudios leves, como el hígado graso alcohólico, hasta condiciones severas que incluyen cirrosis.

En los casos de enfermedad avanzada el trasplante hepático puede ser la única opción de supervivencia del paciente.

Se requieren estudios para apoyar a estos pacientes a un trasplante hepático con un período de abstinencia requerido menor de 6 meses

— La prevención y el tratamiento de la enfermedad hepática por alcohol debe ser integral, con un abordaje multidisciplinario que incluya el manejo de la dependencia al consumo de alcohol, al igual que el manejo farmacológico o quirúrgico, de acuerdo con la necesidad de cada paciente.

Autor: Jessica Paula Neira-Moreno

Bibliografía

Hiperplasia prostática

Esteban Robinstein, Guillermo Gueglio, Carlos Guidice (2011)

Hiperplasia prostática benigna, Nueva York, Farrera Rozma, 18a Edición

Sheila Grossman/Carol Mattson Porth (2014) Fisiopatología

9ª edición, bookmedicos.org, España

Esófago de Barrett

Mario Peláez-Lona Cénere (2012), Guías de diagnóstico vigilancia del esófago de Barrett 2016 / Amg, Asociado a México Revista

Francisco Valdovinos - Andriaca (2022) Esófago de Barrett Endoscopia, Revista Europea, Estados Unidos y Europa

Obesidad

Ingrid Adriana Rivera, Jason Ariely (sep 2019), La obesidad Una amenaza, Revista científica de Faren - Esteli, Mexicana

Síndrome de Cushing

Sheila Grossman/Carol Mattson Porth (2014), Porth

Fisiología 9ª edición, bookmedicos.org, España

Bibliografía

Esteatosis hepática

Veronica Martin Dominguez, Rosario González (2013)

Etiopatogenia de enfermedad hígado graso no alcohólica

Revista Mexicana, Asociación Mexicana.

Jessica Paola Nerra-Moreno (2016) hepatitis alcohólica

artículo de revisión, Editoria Medica Colombiana