



**Nombre del Alumno: Montserrat
peñuelas Toledo**

Nombre del tema: patologías

Nombre de la Materia: fisiopatología

**Nombre del profesor: DR. Guillermo Del
Solar**

Nombre de la Licenciatura: Medicina

Hiperplasia prostática

Etiología

En la etiología de la hiperplasia prostática se ven implicados diversos factores

- Edad avanzada
- El aumento de los estrógenos y de algunos metabolitos de la testosterona
- Factores de crecimiento

Fisiopatología

La hiperplasia prostática determina un aumento de la resistencia uretral que conduce a alteraciones compensadoras de la función vesical. La disfunción del músculo detrusor provocada por la obstrucción, junto con alteraciones de la función del sistema nervioso relacionados con el envejecimiento, la hiperplasia prostática comienza en la zona de transición periretral de la próstata. Esta zona de transición aumenta de tamaño con la edad pero el tamaño de la próstata no se correlaciona necesariamente con el grado de obstrucción.

Estudios diagnósticos

- Examen digital del recto
- Análisis de sangre

- Análisis de Orina
- Ecografía de próstata
- Micciometría
- RMN de la próstata
- Puntuación de Síntomas

Tratamiento

Hay muchos tratamientos (medicamentos, cirugías y procedimientos que incluyen o no corte)

Medicamentos

- Alfa bloqueadores
- Inhibidores de 5-alfa reductasa
- Terapia combinada
- Tadalafil (Cialis)

Cirugías y Otros

- Incisión transuretral de la próstata
- Resección transuretral de la próstata
- Terapia con láser
- Elevación de próstata
- Térmica con vapor

Artículos

Avances en terapia láser para el tratamiento de la HPB (2025)

Este artículo destaca la eficacia y seguridad de las técnicas HoLEP y ThuLEP en el manejo de la HP ofreciendo una recuperación más rápida y menos complicaciones

Impacto de los Inhibidores de la Fosfodiesterasa-5 en síntomas urinarios y función erectil (2024)

Se evaluó el uso de tadalafil en pacientes con HP, observándose una mejora significativa en los síntomas urinarios y en la función erectil, sugiriendo una doble ventaja terapéutica

Comparación de α -bloqueantes en el tratamiento de la HP (2024)

Este estudio comparó la eficacia y efectos secundarios de diferentes α -bloqueantes, concluyendo que, aunque mejoran los síntomas, la elección debe basarse en el perfil de efectos secundarios y las características individuales del paciente

Problemas en el diagnóstico

Sintomatología inespecífica: los síntomas de HP pueden solaparse con otras afecciones urológicas
Retinencia a buscar atención médica: Muchos hombres consideran los síntomas urinarios como una parte normal del envejecimiento
Dependencia excesiva del PSA
Variabilidad en la interpretación del tacto renal

Preguntas

¿Ha experimentado una necesidad frecuente de orinar?

¿Tiene dificultad para iniciar la micción?

¿Siente que su vejiga no se vacía completamente después de orinar?

¿Ha notado goteo al final de la micción?

¿Ha tenido infecciones urinarias recurrentes o sangre en la orina?

Síndrome de Cushing

Etiología

La gran mayoría se debe a un adenoma hipofisario. Estos tumores tienen sobreexpresados receptores tanto para CRH tipo 1 como para Vasopresina tipo V3. En la enfermedad hay una hipersecreción de ACTH hipofisaria con su ritmo cardíaco.

Fisiopatología

En condiciones normales, neuronas de la porción parvocelular de los núcleos paraventriculares del hipotálamo producen CRH, que actúa sobre los corticotropos de la hipófisis anterior induciendo la liberación de la ACTH a partir de una molécula precursora llamada proopiomelanocortina de la cual también se deriva la hormona estimulante de los melanocitos. La ACTH tiene una acción directa sobre la corteza suprarrenal y estimula la producción de cortisol en la zona fasciculada y testosterona en la zona reticular. Una vez liberado, el cortisol ejerce un efecto de retroalimentación negativa en hipotálamo y en la hipófisis, permitiendo que se regulen las concentraciones hormonales en la sangre.

Estudios diagnósticos

- Análisis de Sangre y Orina
- Prueba de Cortisol Salival
- Prueba de Supresión con dosis baja de dexametasona
- Test Combinado dexametasona - CRH
- Test de desmopresina

Tratamiento

Si es por un tumor en la hipófisis

- Cirugía
- Radioterapia
- Medicamento

Si es por tumor en otra parte del cuerpo

- Tratamiento del tumor
- Medicamentos
- Reducción gradual de la dosis de corticoides

Artículos

Efectividad de la radioterapia en enfermedad de Cushing (2023)

La radioterapia en adenomas hipofisarios ha mostrado mejor control del cortisol a largo plazo

Impacto metabólico del síndrome de Cushing (2022)

Se encontró que los pacientes con Cushing tienen mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares

Avances en el Tratamiento Farmacológico (2023)
Se evalúa el uso de Ossidrolat como una alternativa para el manejo de Cushing refractario

Problemas en el diagnóstico

Síntomas inespecíficos pueden confundirse con obesidad o Síndrome metabólico

Pruebas hormonales pueden dar falsos positivos debido al estrés o medicamentos

Falta de acceso a estudios avanzados como resonancia hipofisaria

Preguntas

¿Ha notado aumento de peso en el abdomen pero pérdida de masa muscular en brazos y piernas?

¿Tiene debilidad muscular o fatiga persistente?

¿Le han salido moretones fácilmente?

¿Ha notado cambios en la piel como adelgazamiento o estrías?

¿Ha presentado hipertensión o diabetes recientemente sin antecedentes previos?

Esofago de Barret

Etiología

El esofago de barret se define como el remplazo del epitelio escamoso estratificado esofagico normal por un epitelio columna simple

Fisiopatología

El desarrollo de EB es producto de un daño esofagico cronico con esofagitis, la cual ha sido clasificada como acida y no acida. Estudios que utilizan la monitorización del pH esofagico han demostrado que el tiempo de exposición acida se asocia con la presencia y longitud del EB

Factores de riesgo

- Edad Frecuente en edad mediana y avanzado
- Genero Frecuente en hombres
- Raza Raza Blanca
- Antecedentes familiares
- Fumar
- Acidez estomacal
- Sobrepeso

Estudios diagnosticos

El esofago de Barret se diagnostica mediante endoscopia y biopsias

Tratamiento

- Control de reflujo con Inhibidores de la bomba de protones
- Modificación del estilo de vida
- Cirugía en casos graves
- Ablación con radiofrecuencia

Resúmenes de artículos

Uso de ablación con radiofrecuencia en esófago de Barrett (2023)

Un estudio encontró que la ablación con radiofrecuencia reduce el riesgo de progresión a cáncer en pacientes con displasia de alto grado

Impacto de la obesidad en la progresión del esófago de Barrett (2022)

Se evidenció que el tejido graso abdominal aumenta la inflamación y el daño esofágico, acelerando la progresión a la displasia

Eficacia de los inhibidores de la bomba de protones a largo plazo (2023)

Se demostró que los IBM reducen la inflamación y el riesgo de progresión aunque su uso prolongado debe ser monitoreado por posibles efectos adversos

Reflexión

El esófago de Barret suele ser asintomático lo que retrasa el diagnóstico

No todas las personas con ERGE desarrollan Barret, lo que complica la identificación

temprana

Falta de acceso a endoscopias lo que lleva a diagnósticos tardíos

Diagnóstico incidental muchos casos se detectan por casualidad durante una endoscopia realizada por otros motivos lo que indica que podría haber más casos no diagnosticados

Preguntas

- ¿Con qué frecuencia experimenta acidez o reflujo ácido?
- ¿Siente dolor o dificultad para tragar ciertos alimentos?
- ¿Ha notado pérdida de peso sin causa?
- ¿Ha tenido episodios de vómito con sangre o heces oscuras?
- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de esófago o esófago de Barret?