

CAVIDAD ORAL

ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE: -caries: deterioro dental causado por la desmineralización focal de la estructura del diente por productos ácidos de la fermentación bacteriana del azúcar. -gingivitis: inflamación de la mucosa oral a causa de el cúmulo de placa dental, puede ocurrir a cualquier edad, es más frecuente en la adolescencia. -peridontitis: proceso inflamatorio que afecta a estructuras de soporte de los dientes, al hueso alveolar y al cemento

LESIONES INFLAMATORIAS: -ulceras aftosas o aftas: son más frecuentes en las dos primeras décadas de vida, aparecen como úlceras mucosas hiperémicas únicas o múltiples cubiertas por exudado fino y delimitadas por eritema -lesiones fibrosas proliferativas: -fibroma traumático: masa nodular submucosa que se genera por traumatismos en repetición -granuloma piógeno: lesión inflamatoria de crecimiento rápido, es un omangioma, es de color rojo/violeta, genera úlceras con frecuencia, histológicamente son proliferación de tejido e granulación organizado vasculante. :

CAVIDAD ORAL (cont)

LESION POR INFECCIONES: -herpes simple: lesiones en forma vesiculada frecuentes en niños, se conoce como faringitis en adultos e infección mucocutánea en pacientes inmunocomprometidos, la mayoría son causadas por el virus herpes simple de tipo1 (VHS-1) pero también ocurren infecciones orales/genitales por el tipo2 (VHS-2). puede avanzar y comprometer la mucosa intestinal (gingivostomatitis herpética aguda). test de tzanck. -candidiasis oral: es una enfermedad micótica oportunista, puede ser pseudomembranosa (membrana inflamatoria superficial, de color gris a blanco, se puede raspar fácilmente) eritematosa o hiperplásica. -micosis profundas: asporosis, histoplasmosis. --leucoplasia vellosa: lesión en el borde lateral de la lengua causada por VEB/EPSTEIN BARR, hiperplasia endotelial. -eritroplasia: lesión precancerosa asociada al tabaco, área roja aterciopelada y erosionada. -leucoplasia: placa blanca que no se puede desprender, no se puede clasificar como otra enfermedad

LESIONES CANCEROSAS: -Carcinoma escamocelular: precedido de lesiones pre-malignas se asocia al consumo de tabaco, radiación o infección por VIH, genera placas elevadas, mucosa engrosada, masas ulceradas y bordes irregulares.

CAVIDAD ORAL (cont)

QUISTES: -quiste
dentigeno: se origina en la corona del diente no erupcionado, como resultado de la acumulacion de liquido entre el diente en desarrollo y el folículo dentario. -queratocquiste: es agresivo a nivel local, genera una capa delgada de epitelio escamoso estratificado, se expande agresivamente, se concidera un tumor. -quiste radicular: lesion inflamatoria que se localiza en el vertice del diente, se desarrolla como resultado de una inflamacion prolongada del diente, puede proucir necrosis

tumores: -
amieloblastoma:
surge del epitelio odontogeno, es quisticvo de crecimiento lento y localmente invasivo, evolucion indolente, es maligno. -odontoma: depositos de esmalte y dentina, representan hamartomas en su mayoria.

CAVIDAD ORAL (cont)

NEOPLASIA GLANDULA SALIVAL:
frecuentes en adultos y en la glandula parotida, son generalmente benignos. a medida que la glandula es mas pequena el tumor es mas infrecuente, pero, mas probable que sea maligno. -adenoma pleomorfo: neoplasia mas frecuente, es una masa movul bien delimitada de crecimiento lento. -tumor mixto maligno: llamado carcinoma ex-adenoma pleomorfo se cactracteriza por nodulos encapsulados, por tener componente mesenquimal y epitelial, areas condromatoides que asemejan cartilago. -tumor warthin: solo se presenta en la glandula parotida, es asociado a fumadores, se caracteriza por estructuras epiteliles sobre el estroma y fondo linfoide. -carcinoma mucoepidermoide: es maligno con componente mucinoso y escamoso (mixto) es el mas frecuente, de consistencia solida, si tiene un comportamiento mas escamoso se considera mas agresivo, se divide en bajo grado (invasion local con RARA metastasis) y alto grado (invasivo) - carcinoma adenoquistico: crecimiento lento con diseminacion a hueso e higado, tiene un patrón adenoide. -carcinoma celular acinar; esta principalmente en la glandula parotida

DIARREA

es una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años, uno de los problemas de salud publica mas graves en paises en via de desarrollo. es una alteracion en el habito intestinal, las heces se vurlven mas blandas, voluminosas y aumenta su recurrencia con urgencia. se da por la perdida de equilibrio entre ingestion y secrecion

MECANISMOS: 1. motilidad alterada: alteracion peristaltica y de la motilidad intestinal. 2. mala absorcion: estratorrea. 3. osmotica: mas de 500cc de heces que disminuyen con el ayuno, laxantes osmoticos y exceso de carbohidratos liquidos, causada por deficiencia de disacaridad se trata con lactaloea y es causada por la mala absorcion de acidos biliars. 4. secretora: mas de 500cc de heces, la secrecion es isotonica y persiste con el ayuno, la mucosa intestinal sereta liquidos excesivamente que sobrepasa los mecanismos de absorcion



DIARREA (cont)

infecciosa: por rotavirus, calicivirus, adenovirus entericos. infecciones mediada por enterotoxinas: vibrio cholerae, e coli, bacillus cereus, clostridium perfringens. neoplasias: mediado por hormonas como la serotonina, si no es mediado por hormonas es un adenoma veloso de colon distal, la clinica depende del tiempo de evolucion y nivel de deshidratacion.

CLASIFICACION: -segun tiempo de evolucion: aguda (menos de 14 dias) subaguda (2-3semanas) cronica (mas de 4 semanas) es importante tener en cuenta el inicio, la duracion, la severidad y la consistencia

DIARREA (cont)

NO INFLAMATORIA: es acuosa y es la mas frecuente por causa viral, sin sangre, deposiciones liquidas, es autolimitante INFLAMATORIA: deposiciones con sangre, moco, pus, frecuente por bacterias, genera dolor abdominal intenso

se diagnostica con clinica, pcr, endoscopia o cultivos

DIARREA (cont)

ENTEROCULITIS INFECCIOSA: se da en niños menores de 5 años, es infrecuente y no se identifica agente causal, se da por causas infecciosas como e coli y virus como rotavirus, adenovirus

GASTROENTERITIS ROTAVIRUS: las vellocidades de atrofian y se tapizan de celulas secretoras COLITIS PSEUDO MEMBRANOSA: toxoinas A y B de la clostridium dificille, induce a apoptosis de celulas epiteliales, forman pseudomembranas en la mucosa

C

By cats<3 (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 3 of 100.

Sponsored by CrosswordCheats.com
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>

DIARREA (cont)

TRATAMIENTO: rehidratacion, antibioticos, terapias antisecretoras y prebioticos

ENFERMEDAD APENDICULAR

apendicitis aguda: se inicia por aumentos en la presion intraluminal que afecta al flujo venoso, los vasos subserosos están congesti- nados y existe un moderado infiltrado neutrófilo periva- scular dentro de todas las capas de la pared. La reaccion inflamatoria transforma la serosa brillante normal en una superficie eritematosa, granular y opaca. El diagnó- stico de apendicitis aguda requiere una infiltración por neutrófilos de la muscular propia. produce un dolor periumbilical que se localiza en la fosa iliaca derecha, seguido de nauseas y vomitos

TUMORES:
el mas frecuente es el neuroendo- crino bien difere- nciado, tambien pueden aparecer adenomas convencio- nales, adenocarc- ionas productores y no productores de musina (la musina puede disecar y provocar ruptura apendi- cular)

-El tumor más frecuente del apéndice es el tumor neuroendocrino (carcinoide) bien diferenciado, que casi siempre es benigno.
-> La diseminación peritoneal de las neoplasias mucinosas puede provocar un pseudomixoma peritoneal.

CAVIDAD PERITONEAL

ENFERMEDAD INFLAM- ATORIA: llamada peritonitis, puede ser consecuencia de una invasion bacteriana o irritacion quimica. -infeccion peritoneal: se produce cuando las bacterias de la luz del gastro intestinal son liberadas en la cavidad abdominal, usualmente luego de un perforacion intestinal, genera repuesta inflamatoria, puede formas abscesos hepaticos y subdia- grammaticos.

retroperi- tonitis escler- osante: llamada enfermedad de ormond se caract- eriza por una fibrosis densa que se extiende hasta afectar el mesenterio, se desconocen sus causas



CAVIDAD PERITONEAL (cont)

TUMOR: MESOTELIOMAS, usualmente se relacionan a altos niveles de asbesto, el mas frecuente es el tumor desmoplásico de células redondas pequeñas, aparece en niños y adultos jóvenes

HIPERTENSION PORTAL Y CIRROSIS

CIRROSIS: es una enfermedad irreversible, causa fibrosis de el hígado producida por procesos inflamatorios crónicos, se genera cuando hay un daño crónico que supera la capacidad de regeneración del hígado, sus principales causas son el alcohol, la hepatitis virica. morfología: formación de tabiques en puentes que alteran la arquitectura del hígado haciendo que pierda su función. fisiopatología: las células quecientos producen colágeno tipo 4 en el hígado, cuando hay daño hepático estas células se convierten en fibroblastos y producen colágenotipo 1 y 2, formando puentes de colágeno entre espacios porta, haciendo que se pierda la arquitectura. clínica: anorexia, pérdida de peso y debilidad, signos/síntomas de insuficiencia hepática y síndrome hepatopulmonar.

HIPERTENSION PORTAL: la porta desemboca en el hígado, si este pierde su estructura se dificulta el paso de sangre, causando un aumento de presión en el sistema venoso portal, hay diferentes causas, pre hepáticas (trombosis obstructiva, esplenomegalia masiva, que es el aumento del tamaño del bazo) intrahepáticas (la mas frecuente es la cirrosis y la hiperplasia nodular regenerativa) y posthepáticas (asociadas a trombosis de las venas suprahepáticas, membrana en VCI) consecuencias clínicas: ascitis (acumulación de líquido en el abdomen) formación de derivaciones venosas portosistémicas, esplenomegalia congestiva, encefalopatía hepática (por no metabolismo del amoníaco producido por la microbiota, el amoníaco se digiere en el hígado)

HIPERTENSION PORTAL Y CIRROSIS (cont)

todo paciente con hepatitis crónica está en riesgo de adquirir carcinoma hepatocelular



TUBO DIGESTIVO/esofago

TUBO DIGESTIVO: es un tubo hueco el cual se extiende desde la boca hasta el orificio anal, consta de segmentos distintos formados por esofago, estomago, intestino delgado, colon, recto y ano.

ANOMALIAS CONGENITAS: -atresia, fistulas y duplicaciones: en la atresia no se forma un segmento del esofago, lo que deja un cordón delgado sin canalizar que provoca obstrucción mecánica, la **ESTENOSIS** es una forma incompleta de la atresia, en la que el calibre de la luz se encuentra reducido ya que se engruesa la pared, lo que se traduce en una obstrucción parcial o completa. -hernia diafragmática onfalocelo: aparece cuando la formación incompleta del diafragma permite que las vísceras abdominales se hernien a la cavidad torácica, el onfalocelo ocurre cuando el intestino extraembrionario no regresa a la cavidad abdominal, es decir, el cierre de la musculatura abdominal es incompleto debido a que el intestino protuye de esta. -gastroquiasis: es similar a onfalocelo, pero afecta a todas las capas de la pared abdominal. -ectopia: nodulos de tejidos ectópicos/restos de desarrollo, son asintomáticos, pero provocan daño e inflamación local, el sitio más frecuente es el tracto superior del esofago, donde se denomina parche esofágico, puede llevar a esofago de Barrett. -divertículo de Meckel: evaginación ciega del tubo digestivo, se forma una bolsa ciega, se produce por un fallo en la involución del conducto vitelino. -estenosis pilórica: puede ser congénita o adquirida, es

TUBO DIGESTIVO/esofago (cont)

ESOFAGO: -obstrucción esofágica: esofago en cascánueces (obstrucción funcional del esofago por contracciones intensas, el tránsito puede ser normal o presentar regiones estrechas en forma de cascánueces) espasmo esofágico difuso (contracciones repetidas y simultáneas, son de amplitud normal). -acalasia: relajación incompleta del esfínter esofágico, aumento del tono del esfínter esofágico y aperistaltismo, presenta disfagia dolor torácico y dificultad para eructar, se divide en alacasia primaria (es infrecuente, causada por la degeneración de neuronas productoras de óxido nítrico que provocan relajación del esfínter) acalasia secundaria (puede aparecer en la enfermedad de Chagas ya que puede producir destrucción del plexo mientérico, dilatación esofágica y falla del peristaltismo)

ESOFAGITIS: -desgarros: denominados desgarros de Mallory-Weiss, relacionados con arcadas/vómito seguido a una intoxicación aguda de alcohol, la relajación falla durante los vómitos prolongados, lo que provoca reflujo del contenido gástrico. -esofagitis por reflujo: el reflujo se dirige a la parte inferior del esofago. esofagitis eosinofílica: inflamación esofágica aguda con predominio de eosinófilos asociada a enfermedad atópica, los pacientes presentan disfagia y vómito, el esofago adopta aspecto de anillos apilados.

TUBO DIGESTIVO/esofago (cont)

ESOFAGO DE BARRETT: es una de las complicaciones de la esofagitis por reflujo crónica, caracterizada por una metaplasia intestinal dentro de la mucosa escamosa esofágica, se asocia con riesgo de cáncer (adenocarcinoma esofágico) se presenta como mucosa roja aterciopelada metaplasia con mucosa escamosa de color amarillo/pardo

una masa abdominal dura, ovoide. enfermedad de hirschprung: obstruccion funcional del colon, el diagnostico se basa en la confirmacion de la ausencia de celulas ganglionares en el segmento afectado, se manifiesta con un fallo en la eliminacion de meconio en el periodo prenatal, luego aparece un estreñimiento/obstruccion con peristaltismo visible, se caracteriza por distencion abdominal y vomitos biliosos



By **cats<3** (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 6 of 100.

Sponsored by **CrosswordCheats.com**
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>

TUBO DIGESTIVO/esofago (cont)

displasia: se clasifica en leve o grave, en ambos casos se encuentran mitosis atípicas

TUBO DIGESTIVO/esofago (cont)

LESIONES NEOPLASIAS: la mayoría de tumores esofágicos son adenocarcinomas o carcinomas epidermoides.

ADENOCARCINOMA: se origina por esofago de Barrett o ERGE de larga duración, suele aparecer en el tercio distal del esofago, inicialmente aparece como parches planos o elevados en una mucosa precancerosa, puede crecer hasta generar grandes masas de 5cm o más, pueden infiltrar de manera difusa o ulcerarse e invadir en profundidad, a nivel histológico forman glandulas. en cuanto a características clínicas los pacientes presentan dolor/dificultad para tragar, pérdida de peso, hematemesis, vomito. generalmente causado por la mutación de TP53, CDKN2A

TUBO DIGESTIVO/esofago (cont)

CARCINOMA EPIDERMÓIDE: asociado a la mutación de TP53, CDH1. , aparece en el tercio medio del esofago, comienza como una lesión in situ (displasia escamosa) las primeras lesiones aparecen como engrosamiento en forma de placa blancas/grisáceas que con el tiempo se pueden convertir en masas tumorales que obstruyen la luz, es de aparición lenta los pacientes suelen presentar disfagia, odinofagia (dolor al tragar) u obstrucción en el momento de la presentación y pueden haberse adaptado sin saberlo a la obstrucción esofágica progresiva modificando la dieta, pasando de sólidos a líquidos, resulta en adelgazamiento y debilitamiento



TUBO DIGESTIVO/esofago (cont)

CONCEPTOS CLAVE: alteraciones de motilidad esofagica-esofago en cascaneas y espasmo difuso. acalasia-relajacion incompleta del esfinter. causa mas frecuente de esofagitis-ERGE(reflujo de acido gastrico hacia el esofago) las varices esofagicas estan relacionadas con la hipertension portal y aparecen en pacientes con cirrosis. el adenocarcinoma epidermoide se asocia con el consumo de alcohol, abuso de tabaco, alcalasia y sindrome de plummer-vinson

INTESTINO DELGADO/COLON

INTESTINO DELGADO/COLON (cont)

ANGIODISPLASIA: se caracteriza por una malformacion de los vasos sanguineos mucosos o submucosos que presentan dilatacion y par4edees delgadas, se caracteriza por nidos ectasicos de venas

INFARTO INTESTINAL: en pacientes ancianos oen reposo prolongado, la lesion inicial es isquemica por reperfusion, luego se reestablece la irrigacion generando inflamacion produciendo radicales libres en mucosa. -angiodisplacia: malformaciones vasculares. -hemorroides: dilataciones varicosas de los paquetes hemorroidales, generan dolor y sangrado

<p>OBSTRUCCION: - hernias: protusión de una bolsa del peritoneo, debido a cualquier debilidad/defecto en la pared abdominal. - adherencias: causada por inflamación peritoneal, ya sea por intervenciones quirúrgicas o infección provoca adherencias entre los segmentos intestinales, la pared abdominal o los sitios quirúrgicos, se forman puentes fibrosos que pueden crear asas cerradas por las cuales las víceras pueden deslizarse y quedar atrapadas, lo que lleva a una hernia interna. - invaginación: se produce cuando un segmento del intestino construido por una onda de peristaltismo se pliega, una vez atrapado el segmento invaginado el peristaltismo lo empuja generando un jalón del mesenterio, puede evolucionar a compresión de los vasos mesentéricos e infarto. es frecuente en menores de 2 años, se asocia con la vacuna del rotavirus -volvulo: aparece cuando un asa del intestino se retuerce alrededor de sí misma, es infrecuente</p>	<p>ENFERMEDAD ISQUEMICA INTESTINAL: En una gran mayoría de los casos, la obstrucción aguda está producida por trombosis o embolia. El factor de riesgo más importante de trombosis es la aterosclerosis grave. Los émbolos obstructivos se originan con mayor frecuencia a partir de ateromas aórticos o trombos cardíacos parietales. La trombosis venosa mesentérica, puede deberse a estados de hipercoagulabilidad heredados o adquiridos, neoplasias invasivas, cirrosis, traumatismos o masas abdominales que comprimen el drenaje portal. La hipoperfusión intestinal también puede aparecer en ausencia de obstrucción vascular en el contexto de insuficiencia cardíaca, shock, deshidratación o uso de fármacos vasoconstrictores. Normalmente, la isquemia aguda del colon se manifiesta con la aparición repentina de un dolor abdominal cólico en la fosa ilíaca izquierda, deseo de defecar y expulsión de sangre o diarrea hemorrágica</p>
---	---



By **cats<3** (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 8 of 100.

Sponsored by **CrosswordCheats.com**
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>

INTESTINO DELGADO/COLON (cont)

ENFERMEDAD DE DIVERTICULAR: el divertículo es un saco ciego recubierto por mucosa que sobresale de la pared intestinal y comunica con la luz, genera dolor abdominal y tenesmo del recto, el divertículo suele salir sobre el borde mesentérico, suelen salir hacia la grasa

ENFERMEDAD DE CROHN: puede aparecer en cualquier área del tubo digestivo, se limita al intestino delgado, genera lesiones salteadas, inicia con una úlcera aftosa, que puede evolucionar. en la mayoría de pacientes la primera manifestación son crisis intermitentes de diarrea leve acompañada de fiebre y dolor abdominal, puede generar nódulos cutáneos formados por granulomas, es una enfermedad que avanza rápidamente, puede generar fístulas o perforaciones, macroscopia: úlceras, fístulas en parches y fisuras, microscopia: pérdida de la arquitectura, formación de granulomas no caseificantes, inflamación aguda, abscesos cripticos

INTESTINO DELGADO/COLON (cont)

COLITIS ULCERATIVA: compromiso superficial limitado a mucosa y submucosa, compromiso del recto. su afección se limita a colon y recto. las lesiones extraintestinales constan de poliartritis migratoria, sacroilítis, uveítis y lesiones cutáneas, la pared del colon NO se engruesa, no se producen estenosis, clínica: crisis de diarrea hemorrágica con material mucoide fibroso, dolor abdominal y cólicos que se alivian temporalmente con la defecación

NEOPLASIAS: pueden aparecer gracias a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, - polipos: hiperplásicos (proliferaciones epiteliales benignas, resultantes del recambio de células epiteliales y un retraso en el desprendimiento de las células epiteliales se encuentran con mayor frecuencia en el colon descendente y suelen medir menos de 5mm, se componen de células calcificantes. -síndrome de Peutz-Jeghers: síndrome autosómico dominante que se presenta a una edad promedio de 11 años, se manifiesta con múltiples polipos hamartomatosos digestivos e hiperpigmentación mucocutánea, adopta la fórmula de maculas de color azul/marrón en los labios, orificios nasales, mucosa bucal, superficies palmares de las manos, los genitales y la región perianal, los polipos de esta enfermedad pueden iniciar una invaginación intestinal que en ocasiones puede llegar a ser mortal, frecuente en el intestino delgado, a nivel macroscópico se evidencian polipos grandes y pediculados con contorno lobulado

INTESTINO DELGADO/COLON (cont)

CÁNCER COLORECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSOSO: se produce por mutaciones hereditarias en genes de reparación de errores de emparejamiento que ocurren durante la replicación de ADN.

ADENOCARCINOMA: neoplasia maligna más frecuente, usualmente los que crecen en la porción proximal crecen como masas exofíticas polipoideas, por el contrario los de la porción distal tienden a ser lesiones anulares que producen estenosis en ANILLO DE SERVICLETA y estrechamiento luminal



By **cats<3** (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 9 of 100.

Sponsored by **CrosswordCheats.com**
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>

INTESTINO DELGADO/COLON (cont)

NOTAS: -Casi todos los cánceres de colon son adenocarcinomas. Los dos factores pronósticos más importantes son la profundidad de la invasión y la presencia o ausencia de metástasis ganglionares.

ESTOMAGO

ESTOMAGO (cont)

GASTRO- -enfermedad ulcerosa peptida:
PATIA: erosión de la mucosa, puede
inflam- comprometer mucosa y sub-
ación de mucosa, relacionada a helico-
la bacter pylori, pacientes con
mucosa epoc, cigarrillo y síndrome de
pero las zollinger-edinson (tumor
celulas secretor de gastrina en el
inflam- pancreas) suele ser: bien
atorias delimitada, menor a 0,3 cm, de
son profundidad variable con base
infrecuen- limpia y lisa. produce
tes/no se telomeros cicatrizantes
encuen- dejando zonas de estenosis,
tran, sus es infrecuentemente maligna,
causas histología: inflamación crónica,
mas necrosis, cuadro clínico: ardor
habituales epigástrico, dolor continuo que
son la empeora en la noche o 3
bilis, el horas después de las
consumo comidas, dolor irradiado a la
de alcohol. espalda, hipocondrio izquierdo
puede ser o torax, vómitos, náuseas,
asinto- eructos si hay pérdida de peso
matica o indica neoplasia maligna, rx:
relaci- sombra negra entre el
onarse a diafragma y el neumoperit-
dolor oneo. es una úlcera crónica de
epigas- la mucosa que afecta al
trico, duodeno o al estomago,
náusea- genera metaplasia foveolar
s/vomito

GASTRITIS: -	gastritis quística:
aguda: inflamación	proliferación epitelial
de la mucosa	reactiva, atrapamiento de quistes
gástrica, tiene	por epitelio,
neutrófilos	inducida por
presentes, se	traumatismo previo.
asocia con dolor	- gástrapatías
epigástrico y	hipertroficas:
náuseas o vómito. -	agrandamiento de
gastritis quística:	los pliegues de la
proliferación epitelial	mucosa, es infrecuente y se caracteriza por pliegues frondosos causados por secreción
reactiva, atrapamiento de quistes	excesiva de TGP-alfa (factor de crecimiento) genera edema en las extremidades e hiperplasia foveolar
por epitelio,	gastritis linfocítica:
inducida por	esta relacionada a la enfermedad celíaca (síndrome de malabsorción)
traumatismo previo.	infiltrado de linfocitos en la mucosa. -gastritis granulomatosa:
- gástrapatías	granulomas en la lámina propia, principal causa infecciosa es tbc, hongos y cmb, son idiopáticas y relacionadas a enfermedad de crohn (colitis ulcerativa, se inflama el intestino) puede ser causada por reacción a un cuerpo extraño
hipertroficas:	síndrome Zollinger-Ellison: se debe a tumores secretores de gastrina, generan úlceras duodenales y diarrea crónica, aumento de células parietales
agrandamiento de los pliegues de la mucosa, es infrecuente y se caracteriza por pliegues frondosos causados por secreción excesiva de TGP-alfa (factor de crecimiento) genera edema en las extremidades e hiperplasia foveolar	
gastritis linfocítica:	
esta relacionada a la enfermedad celíaca (síndrome de malabsorción)	
infiltrado de linfocitos en la mucosa. -gastritis granulomatosa:	
granulomas en la lámina propia,	
principal causa infecciosa es tbc,	
hongos y cmb, son idiopáticas y relacionadas a	
enfermedad de crohn (colitis ulcerativa, se inflama el intestino) puede ser causada por reacción a un cuerpo extraño	
síndrome	



By **cats<3** (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 10 of 100.

Sponsored by **CrosswordCheats.com**
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>

ESTOMAGO (cont)

A medida que progresa el daño, las erosiones, es decir, las lesiones superficiales de la mucosa, se acompañan de infiltrados neutrófilos y exudado que contiene fibrina dentro de la luz. La hemorragia puede ocasionar puntos oscuros dentro de la mucosa hiperémica. La erosión y la hemorragia coincidentes se denominan gastritis hemorrágica erosiva aguda.

GASTRITIS CRONICA: se produce con mayor frecuencia por infección por *H. pylori*. - gastritis atrofica autoinmunitaria: suele acompañarse de hipergastrinemia, se caracteriza por AC contra células parietales y factor intrínseco, hiperplasia de células endocrinas, deficiencia B12 y secreción defectuosa de ácido gástrico. se asocia con la pérdida de células parietales, responsables de la secreción del ácido gástrico y factor intrínseco, la ausencia de la liberación de ácido aumenta la liberación de gastrina que provoca hipergastrinemia e hiperplasia de células G, La pérdida de factor intrínseco da lugar a una absorción ileal defectuosa de vitamina B12, que, en última instancia, conduce a una deficiencia de vitamina B12 y anemia perniciosa. se caracteriza por un daño difuso a la mucosa oxíntica, dentro del cuerpo, con la ATROFIA la mucosa aparece notablemente adelgazada y lisa (se pierden los pliegues rugosos)

ESTOMAGO (cont)

-polipos no neoplásicos: corresponden al 90% son polipos hiperplásicos, de glándulas fundicas, fibrosos inflamatorios y peutz segheis (hamartoma) - polipos neoplásicos; adenomas (con displasia de bajo grado) con alta probabilidad de malignidad, corresponden al 10%, los polipos son a causa de gastritis crónica, debido a que genera una hiperplasia reactiva que lleva al crecimiento del polipo

POLIPOS: -polipos hiperplásicos: se correlacionan con infección con *H. pylori*, frecuentes en personas 50-60 años y suelen asociarse a gastritis crónica, inicia la lesión que conduce a hiperplasia reactiva y crecimiento del polipo, mide menos de 1 cm de diámetro, frecuentemente son múltiples. -polipos de glándulas fundicas: su incidencia es mayor en pacientes con PAF, se relaciona con gastritis crónica atrofica con metaplasia intestinal. genera epitelio metaplasico proliferativo, s son sesiles aparecen de forma esporádica y en personas con mutaciones germinales del gen APC, KRAS, P53 están asociados a el uso de inhibidores de la bomba de protones que conduce a una mayor secreción de gastrina, suelen aparecer en el cuerpo y el fondo gástrico, son lesiones bien delimitadas con superficie lisa. -polipos gástricos: nódulos o masas por encima de la mucosa, puede ser pediculado o sesil, se descubren como hallazgos incidentales, como consecuencia generan hiperplasia, inflamación, ectopia y neoplasia.

ESTOMAGO (cont)

TUMORES: -adenocarcinoma gástrico: produce displasia, se genera por el consumo de alimentos salados, ahumados, picantes, infección por *H. pylori*, gastritis crónica. son esporádicos, por componentes genéticos como grupo sanguíneo A, prevalece en la zona del antro, el difuso se identifica por lesiones precursoras (el difuso presenta células en anillo de sello) los indicadores pronósticos dependen de la profundidad de la invasión. - adenocarcinoma gástrico: se divide en intestinal (tiende a formar masas voluminosas) y tipo difuso (infiltra y engruesa la pared)

- **TUMOR DE KRUKENBERG:** adenocarcinoma gástrico con metástasis ovarica (metastásico bilateral)

LINFOMAS: -MALT: linfomas de tejido linfoide asociado a mucosas, se dividen en células grandes (mas frecuentes) y células pequeñas Los síntomas de presentación más frecuentes son dispepsia y dolor epigástrico. También pueden aparecer hematemesis, melenas y síntomas inespecíficos, como adelgazamiento



By **cats<3** (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 11 of 100.

Sponsored by **CrosswordCheats.com**
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>

ESTOMAGO (cont)

TUMOR NEUROENDOCRINO: se generan a partir de los componentes difusos del sistema endocrino, se asocian con hiperplasia de células neuroendocrinas, los síntomas dependen de las hormonas producidas, a nivel macroscópico son masas intraparietales/submucosas tienden a ser de color amarillo/pardo, histológicamente son bien delimitados compuestos de islotes, trabeculas, glándulas y células de escaso citoplasma granular rosa y núcleo redondo, localización: en colon no son agresivos, en el estómago tienen agresividad intermedia y en el intestino delgado son los más agresivos. inmunohisto: cromogranina-a y sinaptofisina	TUMOR ESTROMA GASTRO-INTESTINAL: (GIST) es el tumor mesenquimal más frecuente de abdomen, la diseminación fuera de abdomen suele ser infrecuente, y su comportamiento depende del tamaño, inmunohisto: C-KIT, CD117. puede alcanzar los 30 cm de diámetro, suelen formar masas solitarias bien delimitadas
--	--

ESTOMAGO (cont)

NOTAS: -Los linfomas gástricos primarios son, con mayor frecuencia, tumores B de bajo grado del tejido linfoide asociado a mucosas (MALTomas) que surgen en el contexto de la gastritis crónica por H. pylori - Los adenomas gástricos aparecen en un contexto de gastritis crónica y están claramente relacionados con la metaplasia intestinal y la atrofia mucosa (glandular). - Los pólipos de las glándulas fúndicas aparecen de forma esporádica, sobre todo como consecuencia del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y en pacientes con poliposis adenomatosa familiar y poliposis asociada a MUTYH.

pancreas

componente exocrino: células acinares que producen enzimas digestivas. componente endocrino: islotes de Langerhans, secretan insulina, glucagón y somatostatina.	PANCREATITIS AGUDA: lesión REVERSIBLE del parénquima pancreático asociada a inflamación. se divide en hereditaria (se presenta en jóvenes, es de causa idiopática, consiste en ataques recurrentes de pancreatitis grave que inician en la infancia). la pancreatitis aguda consiste en la obstrucción del conducto pancreático por neoplasias, parásitos, etc, también es causada por una lesión primaria de células acinares por drogas, isquemia o trauma, lo que conduce a la liberación de proenzimas e hidrolasas. también se causa por daños en el transporte intracelular por exceso de alcohol. el daño es directamente proporcional a la exposición.
MECANISMOS DE AUTOPROTECCIÓN: proenzimas inactivas (enzimas que solo se activan en presencia de proteínas específicas) granulos de cinogénico (proenzimas contenidas) y células acinares resistentes a las enzimas	CLINICA: dolor abdominal, anorexia, abdomen agudo, leucocitosis, hemólisis, secuestro de líquidos, náuseas/vómito. puede dejar como secuela un absceso pancreático estéril



pancreas (cont)

PANCREATITIS CRONICA: inflamacion del pancreas con destruccion IRREVERSIBLE del parenquima exocrino, generando fibrosis, genera fibrosis perialveolar y fibrosis del parenquima, genera mortalidad en un 50% de los casos a los 25 años	QUISTES NO NEOPLASICOS: congenitos (desarrollo anomalo de los conductos pancreaticos) pseudoquistes (por secuela de pancreatitis, no tienen revestimiento epitelial)
---	--

pancreas (cont)

CARCINOMA DE PANCREAS: ademocarcinoma ductal infiltrante del pancreas, la mayoría se desarrolla en la cabeza del pancreas, son masas duras mal delimitadas	COLELITIASIS: calculos pigmentarios morados y negros y calculos de colesterol, genera colico biliar, dolor abdominal en el epigastrio
--	---

C

By cats<3 (M_catalinarm)
cheatography.com/m-catalinarm/

Published 11th September, 2022.
Last updated 11th September, 2022.
Page 13 of 100.

Sponsored by **CrosswordCheats.com**
Learn to solve cryptic crosswords!
<http://crosswordcheats.com>