

HIPOCRATICUM

REVISTA MEDICO-CULTURAL Y CIENTIFICA

VOLUMEN 12

@CAEMUAEH

<https://caemuah.wixsite.com/website>



SCOMP
PUBLICACIONES MÉDICAS



HIPOCRATICUM

FOTOGRAFÍA EXTRAÍDA DE LA BIBLIOTECA DE CANVA

TABLA

03

NOTA DEL EDITOR

04

MENSAJE DE PRESIDENCIA

05

MENSAJE DEL LOMP

06

EQUIPO EDITORIAL

07

SECCIÓN MÉDICO-CULTURAL

19

SECCIÓN CIENTÍFICA

20

ÁRTICULO DE REVISIÓN: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE



**CONTENIDOS
IMPORTANTES**

NOTA DEL EDITOR

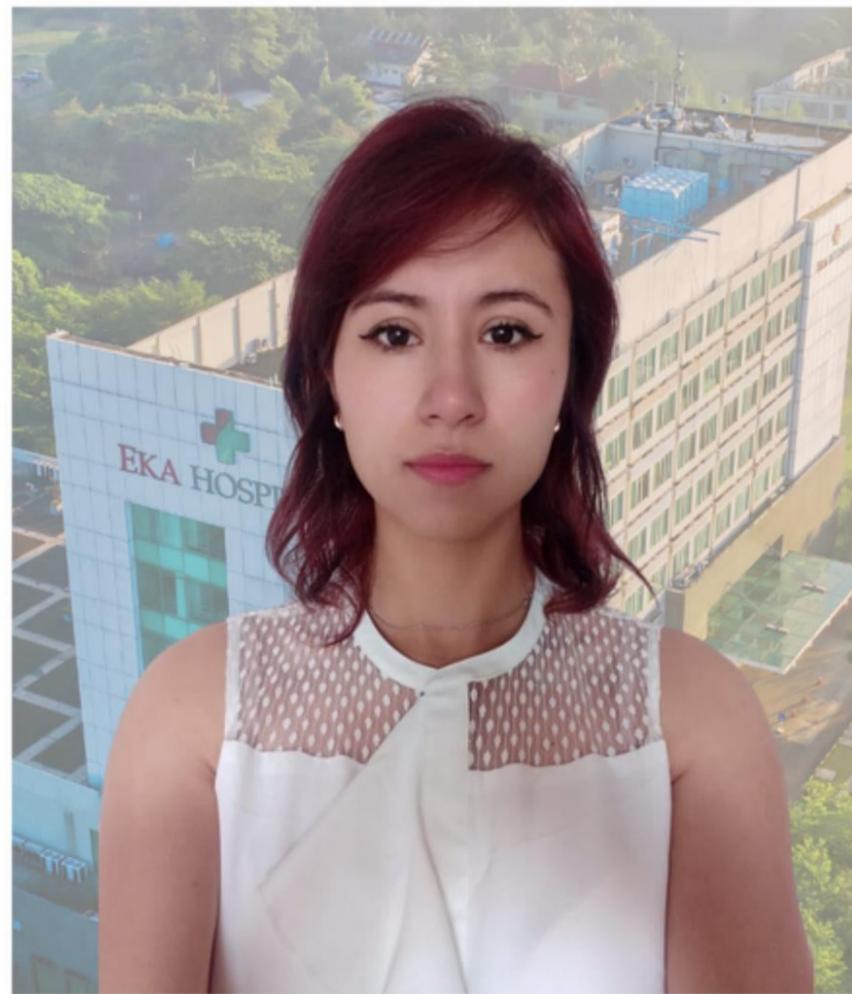
Con este ejemplar #12 iniciamos su 2do año de vida con cambios relevantes que llevarán a la consolidación y madurez de nuestra revista. Los editores de HIPOCRATICUM nos hemos comprometido con su renovación para mantenerla en lo alto a nivel local y nacional.

La periodicidad mensual, otorgará a los lectores la oportunidad de tener contenido actualizado sobre CAEM UAEH, la AMMEF A.C. y las posteriores actividades y convocatorias para nuestros queridos MA's.

Hemos adoptado un nuevo código de ética y se trabajará en la logística de recepción de artículos, haciendo especial énfasis en la revisión exhaustiva de los artículos para detectar plagios, así como también contenido y uso inadecuado del lenguaje.

Queremos agradecer públicamente el apoyo que ha recibido la revista de parte de nuestros docentes que se dedican a la investigación ya que así hacen posible que cada vez más y más alumnos se animen a realizar investigaciones y a la publicación de artículos científicos y culturales.

**¡Bienvenidos lectores a HIPOCRATICUM...
una revista con visión!**



***"La investigación es el
motor de la sabiduría"***

A handwritten signature in black ink, which appears to be "Monica Duran".

MONICA DURAN

Editor en Jefe HIPOCRATICUM



PRESIDENTA CAEM UAEH

Hola queridos lectores.

Para todos los miembros de los Comités Académicos de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (CAEM UAEH) y aquellos que se esfuerzan en mantener vivo este proyecto, es un placer poder presentar este número de un nuevo y renovado HIPOCRATICUM, un número enriquecedor además de servir como puente de comunicación en todos los que nos leen por primera vez y quieren sumarse a esta familia.

Podrán conocer desde las experiencias de los miembros en diferentes eventos, los intercambios que se realizan hasta una enriquecedora sección científica con el fin de ofrecer un espacio a los estudiantes del área de la salud para acercarse al ámbito de una revista estudiantil.

Los CAEM UAEH les abren las puertas para conocer a más personas con ideas y esfuerzos en común, estamos comprometidos con esta etapa de crecimiento y desarrollo.

Esperamos disfruten este número y aprendan de I tanto como nosotros con el deseo de que el objetivo siga siendo el mismo siendo leales a nuestro lema:

“Con excelencia y humanismo formando líderes en salud”



**"EL CAMINO AL EXITO
ES UNO MISMO"**

FRIDA PÉREZ
PRESIDENTA DE CAEM UAEH



HIPOCRATICUM

LOMP

CAEM UAEH

Bienvenidos lectores a HIPOCRATICUM, revista mixta de los CAEM UAEH.

Si te interesan los intercambios, la investigación o enterarte de las últimas actualizaciones estás en el lugar correcto.

Disfruta de nuestro artículo sobre el síndrome de intestino irritable con las actualizaciones sobre el tema y nuevos tratamientos, el curioso caso de la columna "ojo clínico" traído desde Madrid, España, las experiencias en la asamblea nacional número XIII, conoce los comités de intercambio y las oportunidades dentro de estos, aprende sobre lactancia materna con la columna "Flashcards" y no te pierdas la caricatura de Illustratum.

HIPOCRATICUM está de vuelta y esta vez para quedarse y posicionarse como una gran revista estudiantil a nivel nacional.

Felicidades y agradecimientos al equipo editorial y todos aquellos que creyeron en el proyecto.



**"LA INVESTIGACIÓN
ES LA UNICA FORMA
DE AYUDAR A
MILLONES A LA VEZ"**

USMAR FRANCO
LOMP DE CAEM UAEH



EQUIPO EDITORIAL



Mónica Durán

EDITORA EN JEFE DE
HIPOCRATICUM



Marifer Hernández

EDITORA EN JEFE DE
INVESTIGACIÓN



Jeazul Martínez

EDITORA DE TEXTO Y ESTILO



Vivian Carrillo

EDITORA EN JEFE DE SOCIO-
CULTURAL



Leslie González

ESCRITORA DE CIENTÍFICA



Juan Godínez

ESCRITOR DE CIENTÍFICA



Jesus Perez

ESCRITOR DE CIENTÍFICA



Areli Díaz

ESCRITORA DE SOCIO-
CULTURAL



Areli Bútron

ESCRITORA DE SOCIO-
CULTURAL





SECCIÓN
**MEDICO
CULTURAL**

TAMPICAN: ASAMBLEA NACIONAL XIII

¿QUÉ ES UNA ASAMBLEA NACIONAL?

TAMPICAN XIII
Asamblea Nacional AMMEF
FEBRERO 2023

Hola querido lector, hoy quiero hablarte de la Asamblea Nacional (AN) por lo cual comenzaremos por conocer un poco de los comités académicos de estudiantes de medicina (CAEM UAEH) que forma parte de la AMMEF (Asociación Mexicana de Médicos en Formación), y está a su vez afiliada a la IFMSA (International Federation of Medical Students Associations) que acoge a estudiantes de medicina de todas partes del mundo.

La AMMEF A.C está constituida por diferentes Comités Locales (CL) a lo largo del país, como CAEM UAEH en Hidalgo, SINESP por parte de la UANL en Monterrey, AMEP por parte del IPN y LEMEP por parte de la UNAM en CDMX, esto solo por mencionar a algunos, sin embargo, no hay que confundir los comités locales (todos los que han sido mencionados según ciudad) con los comités permanentes, estos pueden ser de proyectos (SCOMP, SCOME, SCOPH) o de intercambios (SCONE, SCORE, SCOPE).



Mi primera Asamblea Nacional fue en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, o "Tampican" como le dicen de cariño, donde en esta ocasión el Comité Organizador (OC) fue el Comité Local de la Universidad Autónoma de Tamaulipas "CEUAT". Ingresé a las sesiones de Consejo Ejecutivo y a las sesiones de SCORE para posteriormente al final del día asistir a las sesiones plenarias.

Estas reuniones son de 4 días donde por las mañanas se llevan a cabo lo que se conoce como "sesiones permanentes" y por la tarde-noche las "sesiones plenarias", déjame explicar un poco más de estas sesiones:



Las **sesiones permanentes** generalmente se llevan a cabo en instalaciones de la universidad y estas se dividen en:

1. **Sesiones para consejo ejecutivo:** donde ingresan generalmente los presidentes o vicepresidentes de cada comité local
2. **Sesiones de comités permanentes:** ya sea de intercambios o de proyectos
3. **Sesiones de NMO-management:** donde se habla sobre las divisiones de soporte

Estas son las encargadas de ayudar a coordinar las actividades de todos los comités permanentes, las hay de proyectos, de entrenamientos y de relaciones estudiantiles (DSP, DSE y DSRE en ese mismo orden).



Paralelamente a las sesiones plenarias y permanentes (obligatorias) puedes acceder a algún plan académico y/o plan social:

- **Plan académico:** enfocado en desarrollar destrezas y habilidades en algún área específica de tu formación médica

Por ejemplo yo tomé el curso de “reanimación neonatal” que fue impartido por un cirujano pediatra, al finalizar el curso me entregaron mi constancia, aunque debo contarte que había otros muy interesantes al igual que el que yo tome.

- **Plan social:** se realiza en la noche una vez finalizadas las sesiones plenarias, es una cena enfocada a una temática, y finalmente hay **“la muestra cultural”**, donde todos los asistentes llevan algo para comer o beber representativo de su estado y/o ciudad, personalmente probé muchos dulces y el bacarona que como tip les recomiendo tomarlo con mucha precaución si desean mantenerse en sus cinco sentidos.



Si no deseas asistir al plan social puedes ir por tu cuenta con tus amigos a visitar lugares cercanos al lugar donde se están hospedando todos los asistentes, es una experiencia que les recomiendo vivir a todos definitivamente, terminé viendo el amanecer en la playa de Tampico, rodeado de varios amigos de la facultad y de nuevos amigos.

Te saluda tu amigo **David Jeshua Resendiz Daniel**

SCORE

"...ESTAR AQUÍ EN MÉXICO, EN EL INTERCAMBIO DE INVESTIGACIÓN FUE ALGO QUE REALMENTE DISFRUTÉ. TODOS FUERON MUY ACOGEDORES Y PUDE PARTICIPAR EN TRABAJO DE LABORATORIO, CUYA OPORTUNIDAD NO TENGO EN MI UNIVERSIDAD. ESTA EXPERIENCIA AMPLIÓ MIS HORIZONTES."

DARIA CZECZUK, ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD DE MEDICINA DE VARSOVIA.

EDICIÓN DE JULIO



ANGELICA SOLÍS
LORE

Estimados lectores de la revista **Hipocraticum**, les doy la más cordial bienvenida a esta fantástica sección donde te presentamos el comité SCORE. Mi nombre es **Angélica Solís Hernández** actual Oficial Local de Intercambios de Investigación (LORE) y te llevaré de la mano a conocer este increíble comité el cual forma parte de **CAEM UAEH**, Comité Local de nuestra Universidad.

El **Comité Permanente de Intercambios de Investigación o Standing Committee on Research Exchange** por sus siglas en inglés, es un equipo con la finalidad de permitir a los estudiantes de ciencias de la salud de la **UAEH** y del mundo a participar en proyectos de investigación en México y el extranjero.

Bajo la guía de tutores a través de programas que brinden el acceso a dichos proyectos y capacitación que otorgue las competencias necesarias para desarrollarse como investigadores.

TALK TO US

+52 771 160 5011

score.caemuaeh.ammef@gmail.com

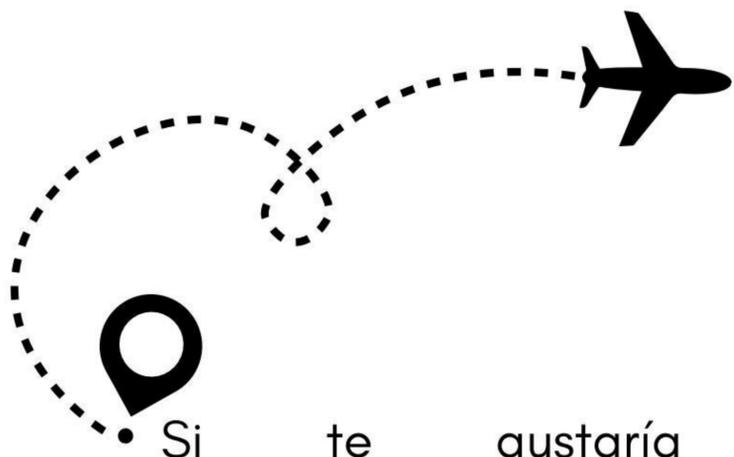
¡HOLA! SOY REOWL
EL BÚHO Y SOY LA
MASCOTA DE SCORE



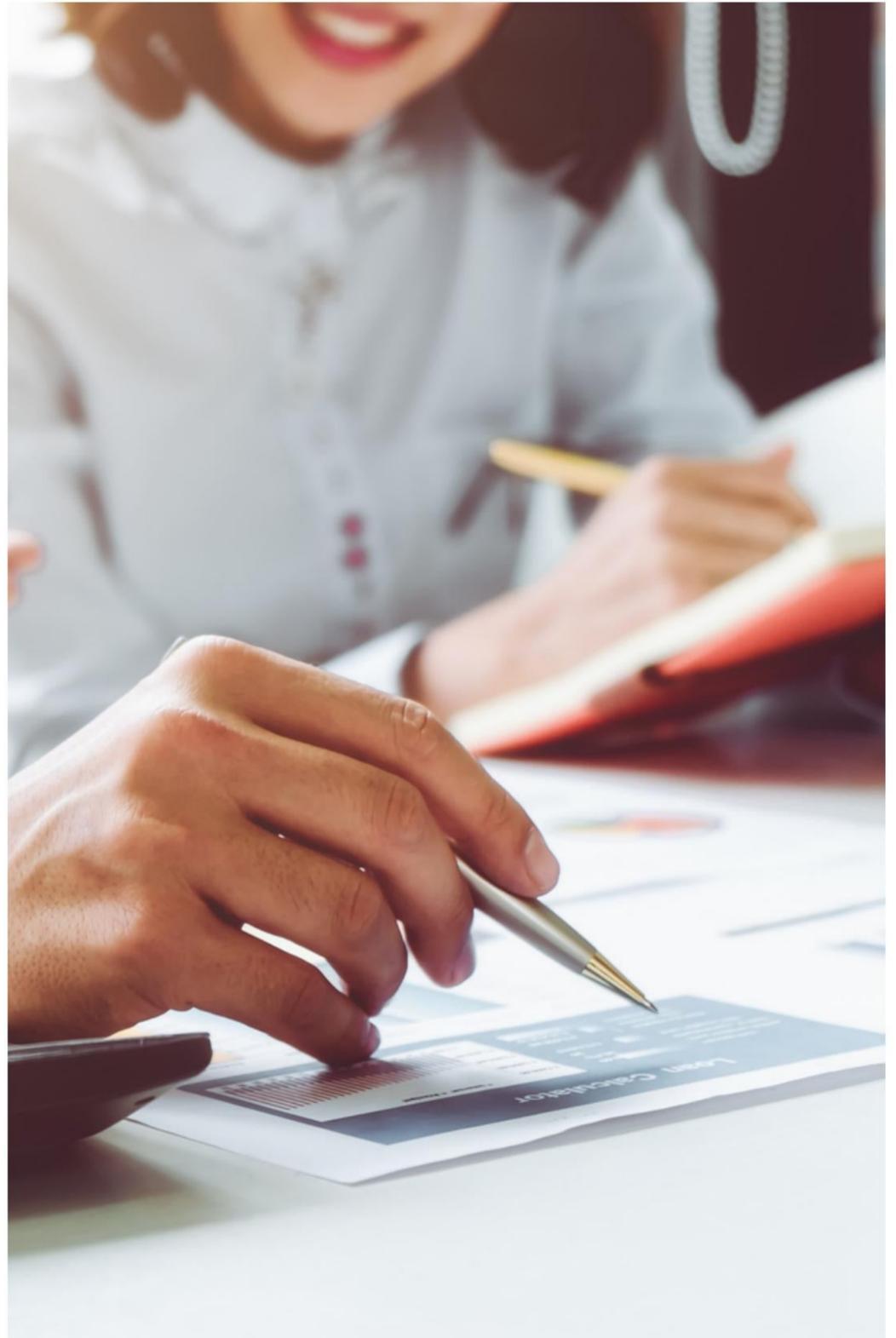
Entonces...

¿QUÉ ES LO QUE HACEMOS?

- Estancias de investigación en México y diferentes partes del mundo con una duración de 4 a 8 semanas.
- Actividades de investigación clínica, preclínica y de enfermedades endémicas.
- Publicación y presentación de nuestros resultados obtenidos durante la investigación.
- Actividades de calidad académica y culturales (cursos, talleres, capacitaciones y eventos).



Si te gustaría realizar investigación, conocer nuevas personas y culturas, trabajar en equipo y, por supuesto, aprender y divertirse, ¡SCORE es para ti!. Nosotros siempre estamos felices y con las puertas abiertas para recibir a miembros con deseo de desarrollarse en el área de investigación.



SCOPE

"NUESTRO DESTINO DE VIAJE NUNCA ES UN LUGAR, SINO UNA NUEVA FORMA DE VER LAS COSAS"

HENRY MILLER.

EDICIÓN DE JUNIO



AXEL GARCÍA
LEO OUT

Hola grandes lectores de Hipocraticum, mi nombre es **Luis Axel Jhair García Martínez** y actualmente ostento el cargo de **LEO OUT** (Oficial Local de Intercambios Profesionales de Outgoings)

Puede que ya lo sepas o incluso te estés preguntando, **¿qué es SCOPE?** Esa es una excelente pregunta, con una interesante respuesta: el Comité Permanente de Intercambios Profesionales se encarga de gestionar la movilidad a través de los países que conforman la IFMSA (**International Federation of Medical Students Associations**), gracias a este proyecto miles de miembros activos (MA) se han ido de intercambio a países como España, Marruecos, Polonia, Perú, Brasil, etc.

SCOPE forma parte del Comité Local (CL) de nuestra universidad: **CAEM UAEH**, al cual le tenemos mucho cariño gracias a la amplia gama de oportunidades que nos ha brindado a todos los estudiantes del **área académica de medicina** con el fin de tener una experiencia increíble, durante 4 grandes semanas en los hospitales más destacados de diferentes países, junto con la oportunidad de conocer una nueva cultura y otra visión de la medicina, así que no lo pienses más...

"Abre tus alas y forma parte de este asombroso Comité"

SCOPE

"NUESTRO DESTINO DE VIAJE NUNCA ES UN LUGAR, SINO UNA NUEVA FORMA DE VER LAS COSAS"

HENRY MILLER.

EDICIÓN DE JUNIO

¡Hola! Es un gusto saludar a todos los lectores de esta maravillosa revista.

Soy **Karen Bautista Montiel**, Oficial Local del Comité Permanente de Intercambios Profesionales de Incomings (**LEOin**) y junto con mi compañero **Axel García** formo parte del **SCOPE team**. Me encargo de que los chicos que vienen de otros países "incomings" la pasen increíble en su estadía en nuestro bello México.

SCOPE permite conocer diferentes culturas, lugares y personas, siendo miembro activo de este CL puedes participar en muchas actividades, como: poder salir con el SCOPE team y nuestros incomings, para conocer su cultura, puntos de vista, comida e incluso practicar su idioma. Te aseguro que es un comité único y auténtico, que te ayudará a desarrollarte en muchas aspectos tanto personales como académicos.



KAREN BAUTISTA
LEO IN

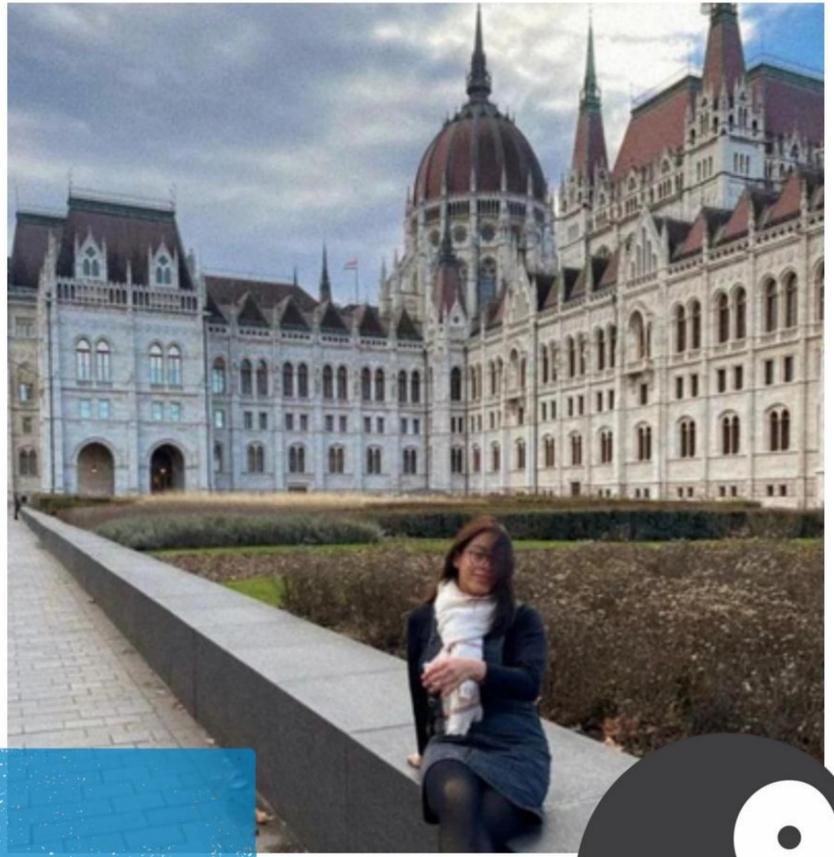
Con mucho aprecio:
SCOPE team CAEM UAEH, [ex]change the world

TALK TO US

LEOout, Axel García: +52 1 712 194 0999

LEOin, Karen Bautista: +52 779 133 6150

scope.caemuaeh.ammef@gmail.com



Y TÚ

QUE ESPERAS



PARA

VIAJAR



SCONE

"CREA HISTORIAS Y APRENDE VIAJANDO"



DAVID JESHUA RESENDIZ DANIEL
LONE

Hola querido lector, me gustaría agradecerte el interés que tienes hacia Hipocráticum, estoy seguro de que algo de esta revista te será de mucho valor, tanto personal como académicamente

Me llamo **David Jeshua Resendiz Daniel**, soy el Vicepresidente de Intercambios (VPX) y actual Oficial Local de Intercambios Nacionales (**LONE**) de CAEM UAEH, como VPX ayudo a coordinar las actividades de los tres comités permanentes de intercambios: los nacionales, internacionales profesionales e internacionales en investigación, cuyas siglas en inglés son en ese orden SCONE, SCOPE y SCORE.

Aquí se ofertan intercambios a nivel nacional:

Periodos:

Verano, invierno y semana santa, sin interferir en tus actividades académicas

Tipo de intercambio:

Preclínico: Antes de cursar propedéutica medica

Clínico (después de haber cursado propedéutica médica): Para rotar en un hospital o clínica en área de especialidades

Investigación: Estarás en un proyecto de investigación con un tema específico y tutor enseñándote y supervisando tus actividades durante tu estancia de investigación. (4 semanas)

Intercambios Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva.

Duración general de intercambios:

- 2 semanas
- 3 semanas
- 4 semanas

Proceso para aplicar:

- Se publica la convocatoria a nivel nacional por parte de la AMMEF, "Listado de plazas ofertadas"
- Asistir a la junta informativa para ese periodo, facilitada por el LONE de CAEM UAEH.
- Cumplir con los requisitos mínimos de la convocatoria y los requisitos específicos de la sede a la cual deseas aplicar.
- Enviar tu documentación en tiempo y forma.



¡HOLA! SOY SCONEJITO
Y SOY LA MASCOTA DE
SCONE, EL MORADO ES
NUESTRO COLOR



No te pierdas la oportunidad de aprender y conocer sobre la cultura de otra ciudad en nuestro bello México.

Para conocer algunas de las ciudades que están disponibles puedes acceder al siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/1MrCFo3gCyLaRYDtgO--SBgqcvFjCGgkw/view>

La GARZA

de la
UAEH

La Garza blanca (*Ardea Alba*) es una especie de ave pelecaniforme de la familia *Ardeidae*.

Fue seleccionada por los universitarios como su mascota.



La escultura perteneció a una de las fuentes del antiguo Parque Porfirio Díaz, el actual Parque Hidalgo, construido en 1885. La Garza elaborada en bronce, cumplió sus objetivos en aquel parque cuando un día del año 1935 fue trasladada al ICLA y se colocó en el jardín interno del edificio, que empezaron a llamar de la Garza.



Durante mucho tiempo los estudiantes se han retratado con la Garza como un recuerdo de su paso por el plantel; con el tiempo esta práctica se hizo de la estatua un símbolo de la Institución.



Desde el Instituto Científico y Literario ya era costumbre que los alumnos de nuevo ingreso, durante su primer año de estudios, debían rendir veneración a la impávida escultura. Este tributo consistía en hacer una gesticulación de veneración y pleitesía, y se esperaba una respuesta o una señal de la Garza; pero aquel alumno que abusaba de esas cortesías cometía un agravio a las normas estudiantiles de la época y, en consecuencia, se hacía acreedor a la aplicación de una sanción juvenil.



Olalde



SECCIÓN

Vol. 12 Issue
JULIO 2023

CIENTIFICA

ICSA, LABORATORIOS

Los artículos a continuación son escrito por alumnos de ICSa y sus tutores de investigación correspondientes, los CAEM UAEH no se hacen responsables de su contenido.

ARTÍCULO DE REVISIÓN: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

REVIEW ARTICLE: IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Franco-Andrade U. J. 1, Hernandez-Tuz K.N. 1, Muratalla-Pérez C. 1, Tovar-Juárez J. A. 1
Dra. Porta-Lezama M. 2

1 Estudiantes de Medicina del [ICSa – UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

2 Profesora en Licenciatura Médico Cirujano [ICSa – UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Intestino
Irritable
Epidemiología
Etiología
Signos
Síntomas
Diagnóstico
Tratamiento
Dieta FODMAP
Pronóstico

RESUMEN

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo crónico y recurrente caracterizado por dolor y distensión abdominales, y cambios en el patrón evacuatorio. El nombre clínico de este síndrome se utiliza poco en la población mexicana general y en su lugar se distinguen múltiples sinónimos que médicos y pacientes usan de manera coloquial, como "colitis", "colitis espástica", "colitis nerviosa" y "colitis funcional", entre otros.

Su prevalencia varía de acuerdo con la población y los criterios diagnósticos utilizados, sin embargo generalmente va de 10 a 20% de la población general, con predominio del sexo femenino; se relaciona con disminución considerable en la calidad de vida del paciente y altos costos de la atención médica.

En base a los criterios de Roma II, la prevalencia de SII en la población general mexicana urbana puede ser tan alta como 35%.

Hasta el momento no existe una causa bien definida ni un agente etiológico único discernible. Es una alteración a la que puede aplicarse un enfoque biopsicosocial a causa de los múltiples factores que participan en su desarrollo.

La función de los alimentos en el SII es controversial. Aunque la calidad de la evidencia es baja, es recomendable obtener una historia detallada de los alimentos para identificar cuáles pudieran contribuir a los síntomas. Una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP) puede ser eficaz en el tratamiento de los pacientes pediátricos con síndrome de intestino irritable (SII). Su complejidad y efectos secundarios hacen de la misma una alternativa terapéutica secundaria.

KEY WORDS

Irritable bowel
syndrome
epidemiology
Etiology
Signs
Symptoms
Diagnosis
Treatment
FODMAP diet
Forecast

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome is a chronic and recurrent functional digestive disorder characterized by abdominal pain and distention, and changes in bowel movements. The clinical name of this syndrome is rarely used in the general Mexican population and instead multiple synonyms are distinguished that doctors and patients use colloquially, such as "colitis", "spastic colitis", "nervous colitis" and "functional colitis", among others. Its prevalence varies according to the population and the diagnostic criteria used, however, it generally ranges from 10 to 20% of the general population, with a predominance of females; it is related to a considerable decrease in the quality of life of the patient and high costs of medical care.

Based on the Rome II criteria, the prevalence of IBS in the general urban Mexican population can be as high as 35%. So far there is no well-defined cause or a single discernible etiologic agent. It is an alteration to which a biopsychosocial approach can be applied due to the multiple factors that participate in its development. The role of food in IBS is controversial. Although the quality of the evidence is low, it is advisable to obtain a detailed history of foods to identify those that may contribute to symptoms.

A diet low in fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols (FODMAP) may be effective in treating pediatric patients with irritable bowel syndrome (IBS). Its complexity and side effects make it a secondary therapeutic alternative.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional caracterizado principalmente por dolor y malestar abdominal que se asocia con alteraciones del hábito intestinal y con otros síntomas gastrointestinales como distensión y sensación de inflamación abdominal, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo (3).

En el 2009 la Asociación Mexicana de Gastroenterología reunió a un grupo de gastroenterólogos que elaboraron las guías de diagnóstico y tratamiento en el SII que se denominan criterios Roma (3). Los criterios de Roma IV, fueron establecidos por un grupo de expertos en trastornos gastrointestinales funcionales y constituyen el estándar actual para diagnosticar el SII. Según estos criterios el SII se clasifica en cuatro subtipos: SII con diarrea, SII con estreñimiento, SII con síntomas mixtos de estreñimiento y diarrea, o SII inespecífico (1).

El objetivo del trabajo es el presentar una revisión profunda del estado actual del SII que permita identificar las principales bases del diagnóstico y tratamiento del SII, integrando las nuevas evidencias científicas publicadas a nivel mundial, con especial énfasis en los estudios realizados en México.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia reportada a escala mundial oscila entre 7 y 21%, y varía de acuerdo con el estilo de vida y contexto geográfico; en Asia su prevalencia es de 4.6 a 21%, mientras que en América del Norte y Europa esta cifra fluctúa entre 10 y 15% y se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad. (2)

El SII a menudo se manifiesta en la infancia, aunque la prevalencia máxima parece ser en la edad adulta temprana. Las mujeres se ven afectadas en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres y hasta la mitad de las personas afectadas buscan atención médica. (1)

Se estima que 3% de la atención médica otorgada a escala global se debe a esta patología, la cual propicia una derivación al servicio de gastroenterología hasta en un 50% de los casos. (3) Esto genera un alto costo económico para las instituciones de salud por la demanda de servicios de urgencias que derivan en ingresos hospitalarios.

La incidencia del SII en México se desconoce y no existen informes al respecto. Aunque en México se han realizado varios estudios de buena calidad sobre la epidemiología del SII, en ninguno de ellos se establece el número de casos nuevos de la enfermedad que surgen en un periodo de tiempo determinado, por lo que la incidencia de este trastorno funcional en nuestro país se desconoce hasta la fecha. (3)

Sin embargo, los estudios realizados en México, con propósito de averiguar el subtipo más frecuente de este trastorno, han encontrado que predomina el del estreñimiento (SII-E), seguido del tipo alternante o mixto (SII-M). Solo un estudio ha informado una mayor frecuencia del subtipo con predominio de diarrea (SII-D) sobre el SII-M, pero aun en ese trabajo el subtipo predominante fue el SII-E. (3)

ETIOLOGÍA

La etiología es compleja, aun no se determina una causa específica. Existen varios factores que ejercen influencia en la causa del síndrome irritable, se deben

analizar los aspectos psicosociales de los pacientes. Dentro de las causas encontramos alto nivel de estrés, ansiedad, alteraciones dietéticas, aumento en la ingesta de grasas, carbohidratos y azúcares.

Marcadores genéticos: Muchos pacientes refieren tener familiares con el mismo diagnóstico, esto sugiere un componente genético. Los marcadores que se han sugerido para el desarrollo de la enfermedad son el gen SLC6A4 que codifica el transportador de recaptación de serotonina. Genes que codifican sacarasa isomaltasa, un canal de sodio que depende del voltaje, que podría estar relacionado con la intolerancia a los disacáridos. (2)

Sistema Inmune: los pacientes con SII tienen aumento de mastocitos y linfocitos, además de citocinas como factor de necrosis tumoral alfa, IL 6, factor de inducción linfocitario, el factor de crecimiento nervioso e IL 1.(1) La respuesta inflamatoria causada por estos nos provoca un aumento en la permeabilidad de la barrera con pérdida de fluido intersticial lo que explica la diarrea y estreñimiento cuando esto se normaliza a valores normales.

Alimentación: demasiados alimentos desencadenan los síntomas abdominales. La ingesta de carbohidratos agravan los síntomas debido a su escasa absorción por el intestino delgado, falta de actividad de las hidroxilasas en los oligosacáridos. Es por ello que se recomienda una dieta que reduzca las cantidades de polisacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles (FODMAP). (2)

Deficiencia de vitamina D: Controla la absorción de calcio y fósforo, además de la secreción de la hormona paratiroidea, su

disminución se relaciona con la inflamación del intestino y con el desarrollo de cáncer colorrectal debido a alteración en la movilidad intestinal.

Microbiota intestinal: Una interrupción en la biodiversidad y composición de la microbiota intestinal (disbiosis) se asocia con un aumento de la percepción del dolor y mayor permeabilidad de la mucosa provocada por defectos en la barrera epitelial. Se asocia además con alteraciones en la motilidad intestinal y alteraciones en el sistema nervioso entérico.

Factores psicológicos: el estrés, ansiedad, depresión, se asocia con SII. El sistema nervioso central puede alterar la fisiología intestinal, como la motilidad y sensibilidad, lo que causa la sintomatología del SII.

Sexo femenino: hay mayor prevalencia en mujeres, debido a mayor percepción del dolor y mayor activación de los centros asociados con las emociones cerebrales durante la estimulación visceral, el estrés, el dolor en los primeros años de la vida y diferencia en los mecanismos serotoninérgicos (3).

Problemas del sueño y sedentarismo: la apnea y alteraciones del sueño causan modificaciones en el sistema nervioso simpático lo que aumenta la actividad visceral. La falta de ejercicio y sedentarismo son un factor para desarrollar SII.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas característicos del SII pueden ser variados dependiendo de la vía fisiopatológica que sea dominante en cada paciente. El dolor abdominal es el principal síntoma de esta enfermedad y usualmente se asocia a la defecación, aunque es normal que esté presente también durante períodos de estreñimiento.(1)

Un estudio realizado en México en pacientes con SII, utilizando el cuestionario Roma III, demostró diferencias en la asociación de síntomas dependiendo del subtipo de SII. Así, el subtipo SII-M se asoció más con síntomas como halitosis, vómito y saciedad temprana de mayor intensidad, el SII-E se asoció con pujo y tenesmo, mientras que el SII-D se asoció con urgencia para evacuar e incontinencia fecal diurna o nocturna. (3)

La distensión abdominal también es un síntoma común y está asociado a un aumento en la cantidad de gas intestinal que puede llevar a un aumento del meteorismo. El SII tiene un componente interesante ya que puede variar el patrón defecatorio de los sujetos y producir tanto diarrea como estreñimiento.

Otros síntomas intestinales pueden ser la presencia de moco en las heces, urgencia y esfuerzo al evacuar; síntomas digestivos como la pirosis, dolor epigástrico, saciedad precoz, pesadez postprandial y náuseas.(2) El SII también se ha asociado con una variedad de trastornos psicológicos en los que la evidencia de una verdadera asociación es menos firme. La ansiedad y la depresión son síntomas que se han registrado y que, por tanto, se ha propuesto que estos trastornos debieran considerarse un cofactor que, sí está presente, modificaría la respuesta de cada individuo a los diferentes síntomas del SII.(3)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SII se basa totalmente por la clínica, se utilizan principalmente la escala de Bristol, los criterios de Manning y los criterios de Roma IV (1).

ESCALA DE BRISTOL

Tipo 1		Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad
Tipo 2		Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos
Tipo 3		Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie
Tipo 4		Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave
Tipo 5		Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente
Tipo 6		Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida

FIGURA 1. ESCALA DE HECES DE BRISTOL

CRITERIOS DE ROMA IV

Para establecer el diagnóstico de SII debe de haber dolor abdominal recurrente por más de un día a la semana por 3 meses o más durante los últimos 6 meses previos al diagnóstico asociado a dos o más criterios positivos (1):

1. Dolor asociado a la defecación.
2. Cambios en la frecuencia de las heces.
3. Cambios en la apariencia de las heces.

CRITERIOS DE MANNING

Para establecer el diagnóstico de SII debe de haber 3 o más criterios positivos (1):

1. Alivio del dolor con la defecación.
2. Heces pastosas al inicio del dolor.
3. Inicio del dolor asociado a un aumento de los movimientos intestinales.
4. Distensión abdominal visible.
5. Diarrea con moco.
6. Sensación de evacuación incompleta.

TABLA 1. Criterios diagnósticos de los subtipos de síndrome de intestino irritante (1).

Subtipo	Criterio de Roma IV
SII-C (SII con predominio de estreñimiento)	>25% de las heces catalogadas con la Escala de Bristol 1-2 y <25% de las heces catalogadas con la Escala de Bristol 6-7
SII-D (SII con predominio de diarrea)	>25% de las heces catalogadas con la Escala de Bristol 6-7 y <25% de las heces catalogadas con la Escala de Bristol 1-2
SII-M (SII con hábitos intestinales mixtos)	>25% de las heces catalogadas con la Escala de Bristol 1-2 y >25% de las heces catalogadas con la Escala de Bristol 6-7
SII-U (no clasificado)	Los pacientes cumplen con los criterios para el diagnóstico de SII, pero su patrón de heces no se puede categorizar en ninguno de los otros subtipos.

*Abreviatura: SII síndrome de intestino irritante

Fuente: traducido y adaptado de Grad S, Dumitrascu DL. Irritable Bowel Syndrome Subtypes: New Names for Old Medical Conditions. Dig Dis. 2020;38(2):122-7

Se deben vigilar datos de alarma entre los que destacan: antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal, poliposis intestinal, diagnóstico de enfermedad celíaca después de los cincuenta años. Al realizar la exploración física se debe valorar que no exista una masa abdominal palpable, visceromegalias, adenopatías, bocio o rectal anormal (2). No hay estudios de laboratorio ni de gabinete que confirmen el diagnóstico, se puede evaluar la hemoglobina para descartar datos de anemia o infección, proteína C reactiva

y velocidad de sedimentación globular para determinar actividad inflamatoria. El uso de radiografías o ultrasonidos no tiene utilidad para el diagnóstico. La realización de colonoscopia está indicada en caso de pacientes con síntomas de alarma, factores de riesgo para cáncer de colón, incremento y exacerbación de síntomas y falta de respuesta al tratamiento (2).

Signos de alarma.

Los signos de alarma incluyen pérdida de peso, despertar nocturno debido a síntomas gastrointestinales, sangre en las heces, antecedentes familiares de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal, uso reciente de antibióticos y fiebre (3).

Diagnóstico diferencial.

Entre los diagnósticos diferenciales para el SII podemos destacar las patologías tiroideas, la infección por Clostridium difficile, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, la colitis microscópica y las neoplasias intestinales principalmente el cáncer de colon y recto (1).

TRATAMIENTO

El tratamiento para SII es complejo y muchas veces se tiene que cambiar por lo que primero se debe iniciar identificando el subtipo de SII y la gravedad de los síntomas que presenta el paciente para así determinar el mejor tratamiento. 3 Existen medidas farmacológicas y no farmacológicas que han demostrado mejorar considerablemente los síntomas (1).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Dieta: Se ha demostrado que la dieta baja en oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles

(FODMAP) reduce los síntomas en pacientes con SII (1).

- El paciente debe evitar comidas grasosas, legumbres, repollo, coliflor, brócoli, algunos carbohidratos, exceso de cafeína y bebidas carbonatadas (3).
- Investigaciones científicas han demostrado que algunos pacientes muestran mejoría de síntomas al llevar una dieta libre de gluten, sin embargo, no todos presentan este beneficio (1).

Se ha reportado que estos cambios en la alimentación pueden suponer una mejoría de hasta 85% en relación con el dolor abdominal, 79% respecto a problemas de meteorismo, 69% en cuanto a la producción de flatulencias y borborigmos, náuseas en 46% y fatiga hasta en 69% (2).

Como tratamiento complementario se puede recomendar el uso de probióticos (lactobacilos y bifidobacterias) los cuales tienen un efecto en la función intestinal, estos reducen la hipersensibilidad visceral y la inflamación con una buena respuesta a dosis bajas a 10⁹ -10¹⁰ cfu/día (2).

Atención psicológica:

- Es importante buscar otras causas de estrés como trastornos del sueño, ya que al corregirlos se ha visto mejoría (1).
- La realización de ejercicio físico de 20 a 60 minutos por sesión y de tres a cinco sesiones a la semana mejoran las características de las heces y disminuyen la intensidad de los síntomas (2).

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO

Antiespasmódicos

- Primera línea para aliviar dolor abdominal tipo cólico y espasmos (1)

- Limitado en el subtipo de SII con constipación (1).

TABLA 2. Principales tratamientos para los subtipos de síndrome de intestino irritable (1)

Subtipo	Terapias farmacológicas
SII-C (SII con predominio de estreñimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Fibras solubles como el lubiprostone y el PEG 3350. • Fibras insolubles. • Agua.
SII-D (SII con predominio de diarrea)	<ul style="list-style-type: none"> • Loperamida. • Eluxodoline. • Antiespasmódicos como la hiosciamina y la dicitlomina. • ISRR y TCAS como la fluoxetina y las amitriptilinas. Secuestradores de sales biliares como la colestiramina. • Antagonistas del receptor 5HT₃ como el alosetron.

Abreviatura: SII: síndrome de intestino irritante. TCAS: antidepresivos tricíclicos. ISRR: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Fuente: Adaptada de Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Prim Care Clin Off Pract. 1 de diciembre de 2017;44(4):655-71.

Antidiarreicos

- Indicados en el SII-D (1).
- Loperamida actúa prolongando el tránsito intestinal (1).
- Eluxodoline, un agonista de los receptores opioides μ y κ y antagonista del receptor opioide δ (2).
 - Actúa mejorando la consistencia de las heces y reduce el dolor abdominal en algunos pacientes (2).

Antagonistas del receptor 5-hidroxitriptamina (5-HT) tipo 3

- Alosetron y Ondansetron los cuales tienen un efecto sobre las neuronas entéricas, periféricas y centrales que afectan la regulación del dolor visceral, las secreciones gastrointestinales y el tránsito colónico, los cuales se relacionan con la fisiopatología del SII (2).
 - Indicado solo en mujeres con SII-D grave (1).

Laxantes

- Para los pacientes que presentan SII con constipación (1).
- Dentro de los más comúnmente utilizados se puede mencionar lactulosa, leche magnesia y polietilenglicol (PEG) (1).
- El lubiprostone es un activador de los canales de cloro que suavizan las heces y facilita la evacuación de estas, también ha demostrado ser útil en el manejo del SII (1).

Antidepresivos

- Los antidepresivos tricíclicos reducen el tiempo de tránsito intestinal por sus efectos anticolinérgicos, lo que favorece su uso en el SII con diarrea (1).
- También se ha demostrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRR) mejoran los síntomas con respecto al placebo (2).

Probióticos

- Son empleados para lograr una homeostasis en la microbiota intestinal (2).
- Dentro de los efectos adversos presenta un aumento en la producción de gas, causando meteorismo y distensión abdominal (1).

DIETA FODMAP

Dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP). Los FODMAP se encuentran principalmente en alimentos saludables como las frutas, las verduras y algunos cereales. Por otro lado, existe una inmensa variedad de productos alimenticios procesados, que abarcan desde productos “sin azúcar”, en los que se incluyen chicles, caramelos, bebidas, zumos, bollería y galletas, hasta cereales, panadería repostería y cárnicos, a los que se les han añadido fructosa, polioles o lactosa como aditivos (6).

Estos carbohidratos de cadena corta, que se absorben de manera incompleta en el tracto gastrointestinal, pueden inducir alteraciones en el intestino, como alteración de la motilidad gastrointestinal, aumento de la fermentación, hipersensibilidad visceral y disregulación del eje neuroentérico (4).

Los estudios realizados hasta ahora en pacientes con SII que han seguido dietas bajas o libres en FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) parece que mejoran los síntomas aunque no suponen una cura definitiva. Es cierto que la dieta baja o libre de FODMAPs es beneficiosa para el paciente, sin embargo, su restricción dietética puede tener un efecto perjudicial sobre la microbiota intestinal. Al ser compuestos no digeribles y fermentados en el colon, tienen efecto prebiótico en la medida en que determinan una estimulación selectiva del crecimiento o actividad de una o varias de las especies de la microbiota intestinal, lo que otorga un efecto beneficioso en la salud del huésped.

Otros efectos beneficiosos gastrointestinales que pueden ser producidos por el consumo de FODMAP incluyen el aumento del volumen del bolo fecal, la mejoría de la absorción de calcio y el aumento de la producción de ácidos grasos de cadena corta (4). Por ello es que la situación es planteada de manera explícita al paciente.

TABLA 3. Alimentos permitidos y excluidos en una dieta libre de FODMAPs.

Permitidos	A evitar
Cereales sin gluten: arroz, avena. Verduras: germinados de alfalfa, pepino, zanahoria, patata, calabaza, aceitunas, pimiento rojo, tomate. Frutas: melón, plátano maduro, limón, mandarina, uva, fresa, frambuesa. Lácteos sin lactosa y quesos duros. Carnes y pescados Bebidas vegetales, huevos y tapioca	Fructosa: manzana, mango, pera, cereza, sandía, kiwi, plátano poco maduro, fruta en almíbar. Verduras: maíz, guisantes. Lactosa: leche, helados, natillas, flan, quesos blandos. Fructanos: espárrago, coles, ajo, cebolla, legumbres, trigo y centeno. Galactanos: legumbres, semillas. Polioles: aguacate, moras, ciruelas, pimiento verde, champiñones, sorbitol, manitol.

Fuente: a partir de la IBS DIETS. FODMAP DIETING GUIDE
<http://www.ibsdiets.org/fodmap-diet/fodmap-food-list/>

Una dieta baja en FODMAP debe implantarse en situaciones apropiadas con la educación adecuada, preferiblemente por un profesional sanitario capacitado. La conciencia de los riesgos de la dieta baja en FODMAP es primordial debido a los riesgos psicológicos y nutricionales de una dieta restrictiva.

Realizar una dieta restrictiva también puede resultar en una reducción simultánea en la ingesta de fibra si los productos de trigo integral o las frutas y hortalizas altas en FODMAP no se reemplazan por alternativas adecuadas. El riesgo de insuficiencia nutricional es una preocupación, particularmente si esta se realiza de forma autónoma o se sigue a largo plazo, ya que puede afectar al crecimiento y desarrollo de la población pediátrica, así como a la adquisición de buenos hábitos alimentarios imprescindibles en la edad infantil (4). Por ello es que no es un tratamiento de primera línea en la población pediátrica.

PRONÓSTICO

Puede ser una afección de por vida, para algunos pacientes los síntomas pueden llegar a ser incapacitantes, reduciendo la capacidad para realizar actividades cotidianas de esfuerzo.

El tratamiento de cada paciente debe ser individualizado, además de que debe ser orientado con respecto a los factores de riesgo que el paciente presenta. Las terapias no farmacológicas como cambio en la fiesta, manejo de estrés, han demostrado ser efectivas y disminuyen los síntomas de los pacientes.

Los pacientes responden muy bien al tratamiento farmacológico, si se realiza una buena intervención no causa daño permanente a los intestinos y no causa una enfermedad más grave.

CONCLUSIONES

Este trastorno aqueja a distintos sectores y no existe un consenso etiológico para determinar las causas para que se presente y las formas en las que podemos prevenirlas.

Es también, una patología que afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento de cada paciente debe ser individualizado de acuerdo con el subtipo de SII que presente. Además, la terapia debe ser multidisciplinaria y orientada con respecto a los factores de riesgo de cada paciente. Para esto, cuando el paciente comienza con un tratamiento, en primera instancia se recomienda mejorar la calidad de vida en relación con el tipo de heces predominantes (los tipos de heces se presentan con la presencia de estreñimiento, diarrea o mixto) y al dolor abdominal. Si el síntoma predominante es el estreñimiento, esto puede ser debido a la falta de ejercicio e ingesta deficiente de fibra dietética, por otra parte la presencia de diarrea se relaciona con la ingesta abundante de cafeína, lactosa y carbohidratos no digeribles. Además, es pertinente que se tenga que visitar al médico para seguir con guías y análisis de la situación del padecimiento de nuestro paciente.

Los mecanismos que gobiernan esta enfermedad son complejos y aún falta mucho que realizar para comprenderla en su totalidad. Sin embargo, la investigación y el conocimiento básico médico nos permite seguir desarrollando resoluciones potenciales lideradas hacia la recuperación del paciente.

REFERENCIAS

1. Zeledón Corrales N., Serrano Suárez J. A., Fernández Agudelo S. Síndrome intestino irritable. *Rev. Méd. Sinerg.* [Internet]. 2021 Feb [citado 2021 Nov 18] 2021;6(2):e645. Disponible en <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/645/1118> Epub 05/12/2020. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.645>
2. Mendoza López G., Becerra Torres E. C., Síndrome de intestino irritable: un enfoque integral. *Aten Fam.* [Internet]. 2020 Mayo [citado 2021 Nov 18] 2020;27(3):150. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2020/af203g.pdf> Epub 01/05/2020 <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.3.75899>
3. Carmona Sánchez R., Icaza Chávez M. E., Bielsa Fernández M. V., Gómez Escudero O., Bosques Padilla F., Coss Adame E., Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino Irritable. *Rev Gastroenterol Mex.* [Internet]. 2016 Julio [citado 2021 Nov 18] 2016;81(3):149–67. Disponible en <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-sobre-el-sindrome-articulo-S0375090616000185> Epub 01/06/2016 DOI: 10.1016/j.rgmx.2016.01.004
4. Suárez González M., Díaz Martín J. J., Treviño S. J., Bousoño García C.. Efecto de la alimentación saludable previa a la intervención con dieta baja en FODMAP en pacientes pediátricos con síndrome de intestino irritable. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Nov 18] ; 36(2): 275-281. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000200275&lng=es Epub 27-Ene-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2234>.

5. Castañeda Sepúlveda R. Síndrome de intestino irritable. Med. Univer. [Internet]. 2009 Jul [citado 2021 Nov 18] ; 12(46): 39-46. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-sindrome-intestino-irritable-X166557961050442X>. Epub Ene-2010.

6. López Valiente C., Cuenca Quesada N. Dieta libre de FODMAPs (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols) y consumo de probióticos indicados en el síndrome del intestino irritable a propósito de un caso. Nutr. Clín. Diet. [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Nov 18] ; 36(3):194-200. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5638701>. Epub 07-Abr-2016. DOI: 10.12873/363lopezvaliente

HIPOCRATICUM



Jesús Antonio Pérez Ríos 1, Gabriel Salcedo Cabañas 2

1. Estudiante de Medicina del [ICSa – UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

2. Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cuello y Mama en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid España

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años de edad, nacido el 21 de agosto de 1978. Casado, con 2 hijos. Comercial de profesión, originario de Ciudad Real (Alcolea).

AHF: No se encuentran enfermedades de relevancia, tampoco relacionadas con el padecimiento actual.

APP: 1 cirugía (adenectomía), sin alergias.

APNP: Exfumador.

CRONOLOGÍA

Diagnosticado a raíz de cuadro de dispepsia y dolor torácico en mayo de 2021 de adenocarcinoma de tipo intestinal/tubular, moderadamente diferenciado de esófago distal con adenopatía supraclavicular derecha (3x5cm) metastásica confirmada mediante BAG cervical.

En agosto de 2021, se programa intervención quirúrgica para valorar exploración cervical +/- realización de esofagectomía, pero tras exploración previa cervical donde se evidenció conglomerado adenopático, se suspende la intervención dado el escaso beneficio oncológico de la misma. En la cirugía existió una disección del plano muscular y plano profundo posterior al músculo ECM, donde identifico la adenopatía adherida a la vena yugular, se explora el resto del ganglio evidenciando adenopatías en la región que

imitan el beneficio de la cirugía, por dicho motivo se suspendió.

Agosto 2021: Retoma primera línea con esquema FOLFOX (HER2 negativo y MSS). Se presenta en el comité de tumores EG, evaluando la afección supraclavicular en la 8.ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC) de estadificación de los cánceres epiteliales de esófago y unión esofagogastrica (EGJ). Considerándose como M1 (y no oligometastásica).

Por la edad, asintomático y el ECOG 0 junto con una respuesta parcial mayor a la quimioterapia, se propone la quimioradioterapia de consolidación con intención radical.

En la primera evaluación (febrero 2022) se hayan datos de respuesta parcial. Mayo 2022, respuesta completa.

PADECIMIENTO ACTUAL

- Enero 2023, Reparición de moderada captación de FDG en un segmento de la pared del esófago distal, a nivel de la pared posterior (es de dudoso significado, porque hasta el momento existía una buena respuesta clínica, pudiendo ser por reacción inflamatoria)

- Mayo 2023, sospecha de recrecimiento local sin afectación ganglionar ni a distancia. Pero existe aumento de la captación de FDG (extensión e intensidad) del área de captación en la pared en



Jesús Antonio Pérez Ríos 1, Gabriel Salcedo Cabañas 2

1. Estudiante de Medicina del [ICSa – UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

2. Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cuello y Mama en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid España

esófago distal. Ahora se correlaciona con una lesión/engrosamiento de la pared lateral izquierda. En el reporte Eco-Endoscopia Digestiva Alta HDD, el esófago mide 35-38 cm, de la arcada dentaria se identifica una lesión ulcerada cubierta de fibrina friable que ocupa el 50% de la circunferencia, sin impedir el paso del tubo. Por USE se define como un engrosamiento hiperecogénico y heterogéneo 30x15 mm con pérdida de definición de todas las capas. Se identificaban dos adenopatías paraesofágicas menores de 3mm. Biopsia positiva a adenocarcinoma. Derivado del recurrencia local y a distancia. Se presenta el caso ante el comité de tumores para valorar opciones de rescate quirúrgico.

Peso 94kg, Talla 170, IMC 32.53

TRATAMIENTO

A partir del primer diagnóstico se inicio 5 infusiones de FLOT entre los días 16/04/2021 y 16/06/2021.

Radioterapia externa desde el 25/11/21 hasta el 23/12/21, un total de 20 sesiones, dosis de 5000 cFy eb PTV1 (área supraclavicular y laterocervical derecha afectada con márgenes) + dosis de 5000 cGy sobre PTV2 (tumor esofágico con márgenes).

Actualmente con pantoprazol.

EVOLUCIÓN

15/06/23. Se pide interconsulta al Dr. Nafteux (cirujano dedicado a la cirugía esofágica del hospital universitario de Lovaina en Bélgica) debido a su experiencia en cirugía de rescate tras tratamiento con radio-quimioterapia definitiva. En España son muy pocos los casos similares los que se cuentan. Con base a la información obtenida, se plantea tratamiento con quimioterapia durante 4 ciclos y nueva reevaluación. Si se confirma que la recidiva tumoral está únicamente localizada en el esófago, se valorará la realización de cirugía de rescate (SALVAGE ESOPHAGECTOMY).

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de certeza por Patología Esofagogástrica Maligna - Neoplasia Maligna de Esófago.

LACTANCIA materna

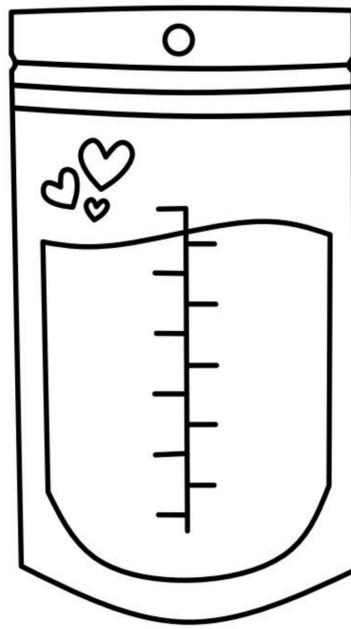


ES UN



Proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos que segregan leche inmediatamente después del parto

Principales hormonas involucradas



Oxitocina



Prolactina

Estas hormonas estimulan la producción de leche y promueven las contracciones uterinas a la hora del parto

¿Calostro?

Es un líquido **NORMAL** de color amarillento claro que segregan las glándulas mamarias de la mujer, unos días después del parto. Es **RICO** en proteínas y sales minerales y se considera es uno de los alimentos más completos

Leche materna

Beneficios de la lactancia materna

- Aumenta los niveles de oxitocina
- Minimiza la pérdida sanguínea postparto
- Ayuda al útero a recuperar su tamaño real
- Reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario
- Aumenta la confianza en la mamá
- Forma lazos con los hijos/as

para la mamá



Único alimento necesario para los recién nacidos. Protege a los lactantes de enfermedades infecciosas crónicas

Beneficios de la lactancia materna



Formada por

AGUA + LÍPIDOS + PROTEÍNAS + HCO +
VITAMINAS + MINERALES

Protege contra leucemia, asma, dermatitis atópica
Tiene beneficios cognitivos y psicológicos
Cumple con las necesidades de los mismos
Beneficios inmunológicos
Equilibra nutrientes para un buen desarrollo y crecimiento

POSICIONES PARA AMAMANTAR

PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA



1. Políticas de lactancia
2. Capacitación de equipo
3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios
4. Ayudar a mujeres para comenzar la LM
5. Mostrar las formas de alimentar por medio del seno materno
6. Alimentar a los bebés UNICA y EXCLUSIVAMENTE con LM
7. Permitir contacto madre hijo 24/7
8. Fomentar la LM
9. No usar chupones
10. Ayudar a grupos de apoyo de LM



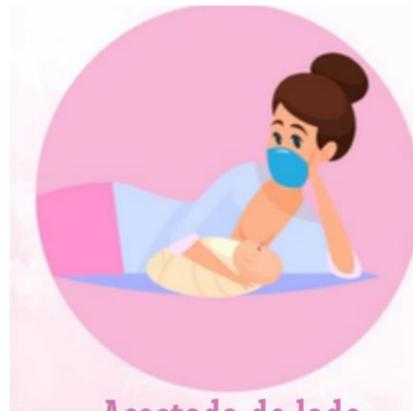
Posición de cuna cruzada



Acostada



Postura de cuna



Acostada de lado



Balón de futbol americano



Reflejo de eyección de la leche

El niño al succionar la mama estimula la liberación de la prolactina y oxitocina por parte de la hipófisis



Mitos y realidades

Mito	Realidad
Las mujeres con pechos pequeños no pueden amamantar	El tamaño del pecho NO influye en la lactancia
No todas las mujeres producen suficiente leche	Las mujeres producen leche de calidad y en cantidad
El calostro es malo y sucio	El calostro es rico en proteínas, vitaminas y minerales
El calostro es amarillo porque está "podrido"	El calostro es amarillo porque es RICO en sustancias que previenen enfermedades



HIPOCRATICUM

NO.12

JULIO 2023
VOLUMEN NO 12
\$25.00

