

# ÍNDICE

## ESÓFAGO

Juan A. Gil Mariño e Iván Goñi Moreno

1. Anatomía, histología, fisiología, 1,  
*Juan A. Gil Mariño*  
Anatomía, 1  
Histología, 2  
Fisiología, 2, *Juan Alva Correa*
2. Examen del enfermo, 5,  
*Juan A. Gil Mariño*  
Manometría del esófago, 6,  
*Juan Alva Correa*  
Esofagoscopia, 9, *Juan C. Arauz*
3. Atresia, divertículos, 11,  
*Iván Goñi Moreno*  
Atresia, 11  
Divertículos, 13  
Divertículo de Zenker, 13  
Divertículos no esfinterianos o medio-  
torácicos, 14  
Divertículos yuxtaesfinterianos epifré-  
nicos, 14
4. Esofagitis, hernias del hiato, 16,  
*Iván Goñi Moreno*  
Esofagitis, 16  
Hernias diafragmáticas. Hernia hiatal, 21
5. Heridas, rupturas, cuerpos extraños, 28,  
*Iván Goñi Moreno*  
Heridas y rupturas, 28,  
Ruptura espontánea o posemética, 29  
Desgarro sangrante del cardias o síndrome  
de Mallory-Weiss, 29  
Cuerpos extraños, 30, *Juan C. Arauz*
6. Cáncer, 32, *Juan A. Gil Mariño*
7. Alteraciones neuromusculares del esófago, 39,  
*Iván Goñi Moreno*

Espasmo difuso del esófago, 39  
Acalasia, cardioespasmo, megaesófago, 40  
Alteraciones motoras del esófago en colage-  
nopatías y otras neuropatías, 45

8. Várices, enfermedades infrecuentes, 46,  
*Iván Goñi Moreno*  
Várices esofágicas, 46  
Síndrome de Plummer-Vinson, 46  
Tumores benignos, 47

## ESTÓMAGO

9. Anatomía y fisiología gastroduodenal, 48,  
*Juan Cortés*  
Anatomía, 48  
Histología, 49  
Fisiología, 50  
Fisiología del estómago-duodeno opera-  
dos, 52
10. Fisiología y fisiopatología de la secreción gá-  
strica, 53, *Miguel A. de los Santos*  
Patología de la secreción gástrica, 57  
Enzimas, mucus, electrolitos, 58
11. Examen clínico del enfermo gastroduodenal,  
60, *Juan Cortés*
12. Exámenes complementarios del enfermo gas-  
troduodenal, 64, *Juan Cortés*  
Radiología, 64  
Examen del contenido gástrico, 64  
Examen del contenido duodenal, 67  
Gastroscoopia, 67  
Gastrofotografía, 68  
Biopsia por succión, 68  
Otros métodos complementarios, 69
13. Enfermedad ulcerosa gastroduodenal, 72,  
*Jorge Manrique*  
Etiopatogenia de la úlcera gastroduode-  
nal, 72

- Patología, 77
- Sintomatología, 78
- Diagnóstico, 81
- Tratamiento, 86
- Complicaciones de la enfermedad ulcerosa, 89
  - Perforación, 89
  - Síndrome pilórico, 91
  - Hemorragia, 94
  - Dolor intratable, 94
- Tratamiento quirúrgico, 95, *Adolfo Rey*
- Úlcera duodenal, 95
  - Gastrectomía subtotal, 95
  - Vagotomía con gastroenteroanastomosis o piloroplastia, 98
  - Resección gástrica económica con vagotomía, 100
  - Balance final. Selección del procedimiento, 100
- Úlcera gástrica, 101

- 4. Gastritis, 107, *Oscar Laudano*
  - Gastritis aguda, 107
  - Gastritis hemorrágica, 107
  - Gastritis crónica, 110
  - Enfermedad de Menetrier, 112
  - Gastritis hipertrófica hipersecretora, 112

- 5. Tumores gástricos, 114, *Vicente P. Gutiérrez Maxwell*
  - Tumores malignos, 114
    - Epidemiología, 114
    - Etiología y patogenia, 114
    - Patología, 114
    - Cuadro clínico, 116
    - Diagnóstico, 117
    - Tratamiento, 118
    - Pronóstico, 119
  - Tumores conjuntivos malignos, 120
  - Tumores benignos, 120

- 5. Miscelánea, 123, *Vicente P. Gutiérrez Maxwell*
  - Divertículos gástricos, 123
  - Vólvulo gástrico, 123
  - Estómago en cascada, 124
  - Dilatación aguda del estómago, 124
  - Cuerpos extraños en el estómago, 125
  - Bezoares, 125

- 5. Patología duodenal no ulcerosa, 126, *Vicente P. Gutiérrez Maxwell*
  - Obstrucción duodenal, 126
  - Tumores del duodeno, 127
  - Divertículos del duodeno, 127
  - Duodenitis, 128

- 18. Hemorragias digestivas altas, 129, *Jorge Manrique*
  - Etiología y patogenia, 129
  - Fisiopatología de la volemia, 131
  - Diagnóstico, 133
  - Diagnóstico etiológico, 133
  - Clasificación clínica, 135
  - Tratamiento, 137

## INTESTINO DELGADO

### Ignacio de Larrechea y Adolfo Schapira

- 19. Anatomía y fisiología, 142
  - Anatomía, 142
  - Histología, 143
  - Fisiología, 147
  - Digestión y absorción, 149
    - Hidratos de carbono, 149
    - Grasas, 151
    - Proteínas, 154
    - Absorción de agua y electrolitos, 155

- 20. Estudio del enfermo, 158
  - Anamnesis, 158
  - Examen físico, 160
  - Exámenes de laboratorio, 161
  - Radiología, 166
  - Biopsia intestinal, 167

- 21. Síndrome de malabsorción I, 170
  - Enfermedad celiaca. Enteropatía por gluten, 173
    - Anatomía patológica, 173
    - Manifestaciones clínicas, 175
    - Laboratorio, 178
    - Radiología, 179
  - Malabsorción selectiva, 181
    - Diagnóstico, 182
    - Tratamiento, 183
  - Pronóstico, 185

- 22. Síndrome de malabsorción II, 188
  - Alteración selectiva de la absorción de los hidratos de carbono, 188
    1. Síndrome de malabsorción de disacáridos, 188
    2. Síndrome de malabsorción de monosacáridos, 192
  - Alteración selectiva de la absorción de aminoácidos, 192
  - Deficiencia congénita de betalipoproteína, 193
  - Malabsorción y diabetes mellitus, 195
  - Síndrome del asa ciega, 196
  - Malabsorción por iatrogenia quirúrgica, 199
  - Malabsorción por iatrogenia médica, 206

Malabsorción y giardiasis, 207  
 Enteropatía perdedora de proteínas, 208  
 Disgammaglobulinemia, 213  
 Enteritis regional, 214  
 Enfermedad de Whipple, 218

23. Tumores del intestino delgado, 228  
 Tumores benignos, 228  
 Síndrome de Peutz-Jeghers, 229  
 Tumores malignos, 230
24. Obstrucción intestinal, 239, *Ernesto Katz*  
 Tratamiento, 249
25. Hemorragias digestivas bajas: intestinos delgado y grueso, 254, *Horacio A. Dolcini, Ignacio de Larrechea y Julián T. Arabehty*  
 Hemorragias del intestino delgado, 254  
 Hemorragias digestivas del intestino grueso, 256
26. Patología vascular de los intestinos delgado y grueso, 261, *Horacio A. Dolcini y Julián T. Arabehty*

### INTESTINO GRUESO

**Julián T. Arabehty y Luis Bustos Fernández**

27. Estudio del enfermo, 271  
 Anatomía del colon, 271  
 Histología, 273  
 Fisiología, 273  
 Método de estudio de las enfermedades del colon, 275  
 Fibrocolonoscopia, 282
28. Diarrea, 285, *Ignacio de Larrechea y Erman Crosetti*  
 Clasificación, 285  
 Diagnóstico, 294  
 Tratamiento, 296
29. Constipación, 299  
 Etiopatogenia, 299  
 Consecuencias, 300  
 Tratamiento, 301
30. Colon irritable, 304  
 Etiopatogenia, 304  
 Consecuencias, 305  
 Tratamiento, 305
31. Enfermedad diverticular del colon, 307  
 Anatomía patológica, 307  
 Etiopatogenia, 308  
 Diverticulosis, 315

Diagnóstico radiológico, 316  
 Diverticulitis, 314  
 Sigmoiditis diverticular, 319  
 Diagnóstico diferencial, 320  
 Tratamiento, 321

32. Megacolon y fecaloma, 325  
 Megacolon, 325  
 Megacolon aganglionar, 325  
 Megacolon aganglionar congénito, 325  
 Megacolon aganglionar del adulto, 329  
 Megacolon orgánico, 330  
 Megacolon funcional, 331  
 Megacolon idiopático, 332  
 Fecaloma, 332
33. Colitis ulcerosa inespecífica y colitis granulomatosa, 336  
 Colitis ulcerosa inespecífica, 336  
 Anatomía patológica, 338  
 Histología, 339  
 Embarazo y colitis ulcerosa, 341  
 Características clínicas, 341  
 Evolución, 346  
 Diagnóstico, 346  
 Complicaciones, 353  
 Curso y pronóstico, 357  
 Tratamiento, 357  
 Colitis granulomatosa, 363
34. Parasitosis intestinales, 373
35. Tumores benignos del colon y del recto, 386  
 Métodos generales de diagnóstico, 386  
 Clasificación, 389  
 Características particulares, 389  
 Diagnóstico diferencial, 401
36. Cáncer del intestino grueso, 403  
 Forma de crecimiento, 406  
 Sintomatología y diagnóstico, 408  
 Síndromes de localización, 411  
 Diagnóstico, 411  
 Complicaciones, 415  
 Tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto, 417
37. Miscelánea, 423  
 Procesos inflamatorios específicos del intestino grueso, 423  
 Tuberculosis, 423  
 Linfogranuloma venéreo, 425  
 Sífilis anorrectal, 425
38. Proctología elemental, 427  
 Prurito anal, 427  
 Hemorroides, 428

Hipertrofia papilar, papilitis, criptitis, 430  
 Fisura de ano, 430  
 Prolapso rectal, 431  
 Fístulas de la región anorrectal, 432

## PANCREAS

Oswaldo M. Tiscornia

39. Fisiología del páncreas exocrino, 434  
 Concepto de unidad anatomofuncional, 441
40. Estudio del enfermo pancreático, 456  
 Semiología, 456  
 Exploración funcional del páncreas exocrino, 460
41. Fisiopatogenia de la inflamación pancreática, 470  
 Factores etiológicos, 471  
 Interpretación fisiopatogénica de las pancreatopatías agudas, 474
42. Análisis clínico de la inflamación pancreática, 477  
 Pancreatitis aguda, 477  
 Exámenes de laboratorio, 481  
 Variedades etiopatogénicas, 485  
 Tratamiento, 488  
 Complicaciones y secuelas, 493  
 Pancreatitis aguda recidivante, 494
43. Pancreatitis crónica, 496  
 Etiopatogenia y clasificación, 496  
 Carencia proteica y PCCP, 502  
 Sintomatología, 503  
 Pancreatitis crónica con episodios agudos recidivantes, 506
44. Tumores del páncreas, 511  
 Tumores benignos, 511  
 Cáncer primitivo, 511  
 Carcinoma secundario, 518
45. Páncreas endocrino, 532  
 Anatomofisiología, 532  
 Tumores insulares, 525
46. Formaciones quísticas del páncreas, 533  
 Seudoquistes, 533  
 Quiste verdadero, 533  
 Quiste proliferativo, 534  
 Quiste parasitario, 535
47. Enfermedad fibroquística del páncreas, 541

## HÍGADO Y VIAS BILIARES

Víctor Pérez

48. Anatomía. Metabolismo, 544  
 Anatomía, 544  
 Metabolismo hepático, 549
49. Estudio del enfermo hepático, 554  
 Anamnesis, 554  
 Síntomas, 554  
 Estudio de laboratorio, 557  
 Radiología, 562  
 Estudios isotópicos, 567  
 Sondeo duodenal, 569  
 Biopsia hepática, 540  
 Laparoscopia, 571
50. Síndromes hepáticos, 574  
 Ictericias, 574  
 Clasificación fisiopatológica, 574  
 Estudio del enfermo icterico, 578  
 Hipertensión portal, 578  
 Ascitis, 580  
 Coma hepático, 582
51. Hepatitis, 585  
 Hepatitis viral, 585  
 Antígeno australiano, 586  
 Hepatitis crónica, 589  
 Hepatitis tóxica, 592
52. Cirrosis, 598  
 Etiopatogenia, 598  
 Anatomía patológica, 599  
 Cuadro clínico, 600  
 Datos de laboratorio, 601  
 Radiología, 602  
 Biopsia hepática, 602  
 Laparoscopia, 603  
 Centellograma hepático, 603  
 Cirrosis biliar, 603  
 Hemocromatosis, 604  
 Enfermedad de Wilson, 605  
 Tratamiento de la cirrosis, 606
53. Quistes, abscesos, granulomas, linfomas. 612  
 Quistes, 612  
 Abscesos hepáticos, 614  
 Carcinoma primario de hígado, 615  
 Tumores hepáticos benignos, 617  
 Granulomas y linfomas. 617
54. Vías biliares, 620  
 Fisiología biliar, 620  
 Malformaciones congénitas de las vías biliares, 620

Patología vesicular, 622  
Patología de la vía biliar extrahepática, 626  
Disquinesias biliares, 630

55. Miscelánea, 632

- I. Citología digestiva, 632.,  
*Guillermo Terzano*
- II. Quimioterapia de las neoplasias gastrointestinales, 636,  
*Hugo J. A. Bottelli*

III. Radioterapia en el tratamiento de las neoplasias del tracto gastrointestinal y glándulas anexas, 643, *Bernardo Dosoretz y Daniel E. Dosoretz*

IV. Tomografía computada, 654,  
*Victorino D'Alotto*

V. Ecotomografía abdominal, 667,  
*Roberto Zeilicoff y Miguel Falasco*

# Anatomía, histología y fisiología

## ANATOMIA

JUAN A. DEL MARINO

El esófago (del latín *esophagus*, que deriva de *esophos*, profundo) es un tubo elástico, muscular y voluntariamente por un tercio esférico y esférico y voluntariamente por una capa fibrosa, situada en la submucosa. Mide aproximadamente 25 cm de longitud, comenzando a la altura de la sexta vértebra del cuello para terminar en el estómago a una 2 cm por debajo del hígado.

Este esfago pasa por el diafragma, se sitúa en el plano que pasa por la 7ª vértebra cervical (aproximadamente 2 cm por debajo del malecillo de Chastignier) y su terminación final a la 10ª vértebra dorsal, cuando la cabeza en posición normal, se proyecta sobre la 7ª articulación torácica inferior izquierda.

De sus tres paredes cervical, torácica y abdominal, la torácica es la más gruesa. La estructura se continúa con el cardias y el píloro de la estómago con el esfago torácico.

La pared del esófago mide 4 x 3 cm, la torácica 16 x 10 y la abdominal 2 x 1.

El calibre es variable, 25 mm al nivel de la pirámide laringea y cardias. La luz o cavidad esofágica se encuentra con un círculo de la epiglotis superior. Su musculatura peristáltica muscular, es de tipo por acción de sus fibras longitudinales, durante la peristalsis, se contrae en su longitud después de su posición. Esta acción muscular es esencial en el esófago, para darle más fuerza que el estómago para moverse para escapar la tracción. La pared es gruesa, fibrosa, elástica y espesa para resistir una fuerza de tracción, como un esfago voluntario y involuntario y se aplica sobre la musculatura que proporciona la submucosa.

## ESÓFAGO



Los esfagos cervical y torácico no tienen musculatura propia, siendo éste el principal esófago para explicar la musculatura de sus paredes y anastomosis. Están sólo provistos por ayuda muscular que forma una vaina dorsal abdominal que se prolonga en el esófago, por el que transmiten vasos y nervios.

Los esfagos forman un sistema torácico en su parte longitudinal, lo que permite el esfago escapar de cualquier obstrucción en cualquier momento, especialmente en el caso de un tumor.

Una vez que abandona el esófago, el esfago se divide en tres partes, una superior y una inferior de la superior de la que se divide a nivel de su bifurcación, después en un tercio inferior con el pericardio y finalmente se divide en el abdomen a través de los plexos diafragmáticos. Allí se cubre por la serosa peritoneal que lo rodea, sobre las dos partes que se dividen las esofagostomias.

Entre el esfago superior del torax y el hígado no hay más de 16 a 18 cm y así se forma el esfago torácico de donde sale parte de la luz superior.

En su interior, el esófago se divide en tres partes de su parte superior y inferior y en el abdominal en la parte superior. En la parte superior que se localiza voluntariamente, se proyecta para la parte superior, superior por la parte superior y inferior de la parte superior.

El esófago superior termina el esfago hacia la parte superior de él, en un nivel superior, hacia el abdomen por un punto donde se va que una vez separado de la cavidad superior por el esfago de la luz superior.

Hacia arriba, el esfago termina sobre la columna cervical. Casi de inmediato hacia el abdomen, por debajo, con la trapeza, el centro del hígado izquierdo y el grupo musculoso superior de la parte. En el centro, sobre el punto por la abertura inferior, como un nivel superior. En el punto inferior, el esfago está en relación con el punto de la parte superior de Hüller, que la separa de la parte superior de