



Universidad del sureste

Campus Tuxtla Gutiérrez

**“Patologías de Intestino Delgado y
Grueso”**

Fisiopatología

Dr. Eduardo Zebadúa Guillen

Br. Viridiana Merida Ortiz

Estudiante de Medicina

2do Semestre

17 de junio del 2020, Tuxtla Gutiérrez

Chiapas

1. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Definición: Conocido como colon espástico o colitis espástica, es una alteración funcional presente durante 3 meses, que se caracteriza por un grupo de síntomas gastrointestinales asociados frecuentemente con el estrés.

Factores de riesgo:

- Estrés psicológico (el más frecuente)
- Ingesta de irritantes (café, frutas o vegetales crudos)
- Intolerancia a la lactosa
- Abuso de laxantes
- Cambios hormonales (menstruación)
- Alergia a ciertos alimentos o medicamentos
- 20-30 años
- Más frecuente en mujeres

Fisiopatología: Parece reflejar alteraciones motoras de todo el colon en respuesta a estímulos. Algunos músculos del intestino son particularmente sensibles a las anomalías motoras y la distensión; otros lo son a ciertos alimentos y medicamentos. El paciente puede ser sensible en extremo a las hormonas gastrina y colecistocinina. El dolor del SII parece ser causado por contracciones del músculo liso intestinal inusualmente fuertes, como la reacción a la distensión, los irritantes o el estrés.

Cuadro clínico:

- Náuseas y vómitos
- Dolor abdominal bajo de tipo cólico que se presenta durante el día y se alivia con la defecación o la expulsión de flatos
- Dolor que se intensifica 1-2 h después de una comida
- Estreñimiento que alterna con diarrea, con predominio de uno
- Expulsión de moco por el recto
- Distensión abdominal

Diagnóstico:

- El enema de bario muestra un espasmo de colon
- Sigmoidoscopia o colonoscopia

Tratamiento:

- Antiespasmódicos
- Posiblemente, loperamida o alosetrón
- Antidepresivos, como inhibidores de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos

- Ansiolíticos leves

2. SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Definición: Es la hemorragia digestiva que se origina por encima del ligamento de Treitz y corresponde al sangrado del esófago, el estómago o el duodeno.

Factores de riesgo:

- Úlcera gástrica o duodenal
- Gastroduodenitis
- Várices esofagogástricas
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Esofagitis
- Neoplasias
- Ectasias vasculares
- Lesión de Dieulafoy

Fisiopatología: Las varices esofágicas ocurren por hipertensión portal, que es la presión en la vena porta a más de 12mmHg. Esta es ocasionada por la cirrosis hepática en su mayoría B y C, al general cambios en la estructura del hígado. El sangrado no variceal va haber una apertura de la mucosa del tubo digestivo exponiendo los planos más profundos donde están los vasos haciendo que estos liberen la sangre que tenían contenida. Afecta más en la curvatura menor superior y la cara posterior del bulbo duodenal. Puede haber riesgo de recidiva esto se puede determinar por la escala de Rockall, más de 5 puntos riesgo alto. También se utiliza la escala de Forrest.

Cuadro clínico:

- Hematemesis de sangre fresca o manifestaciones de hipovolemia sugieren una pérdida de sangre de al menos 1000-1500 mL
- Palidez de piel y mucosas, masas abdominales, visceromegalias, ascitis.
- Melena
- Debilidad
- Mareos
- Lipotimias
- Signos de hipovolemia: Frialdad, sudoración, hipotensión arterial, taquicardia, sequedad en la boca
- Síntomas previos: dispepsia, pirosis, dolor abdominal, etc.

Diagnóstico:

- Endoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Arteriografía
- Angiografía abdominal selectiva
- Laparotomía

Tratamiento:

- Ranitidina
- Administración de soluciones cristaloides (glucosado o salino al 0,9%)
- Transfusión sanguínea está indicada cuando el hematocrito es inferior al 25% o con hemoglobina inferior a 8 g/dL.
- SNG
- Tratamiento específico de la lesión hemorrágica
- Electrocoagulación multipolar y la coagulación con gas argón
- La inyección de adrenalina puede conseguir la hemostasia o al menos reducir la hemorragia
- IBP
- Hipertensión portal-somatostatina

3. SANGRADA DE TUBO DIGESTIVO BAJO

Definición: Es la hemorragia digestiva que se origina por debajo del ligamento de Treitz y corresponde al sangrado del intestino delgado, el colon, el recto y el ano.

Factores de riesgo:

- Diverticulosis
- Angiodisplasia
- Neoplasias
- Hemorroides, fisura anal
- Colitis isquémica
- Divertículo de Meckel

Fisiopatología: El elevado número de causas que pueden producir hemorragia digestiva baja y su relativa frecuencia, van a estar condicionadas por la edad de presentación del paciente. Las hemorroides pueden ser el origen de un 2- 9% de las HDB, aunque la hemorragia suele ser leve. La causa suele ser la hipertensión portal intrahepática. El divertículo de Meckel consiste en la persistencia del conducto vitelino y generalmente se localiza próximo a la válvula ileocecal, Si aparece una hemorragia, ésta se debe a que el divertículo está cubierto por una mucosa gástrica, que produce ácido y ulcera el divertículo o la mucosa ileal adyacente. Angiodisplasia son vasos sanguíneos ectásicos, es el resultado de contracciones musculares intermitentes crónicas o aumento de la presión intraluminal que hacen que la vena perforante de la capa muscular se obstruya parcialmente, provocando al cabo de años dilataciones de las venas submucosas

Cuadro clínico:

- Hematoquecia
- La hemorragia acompañada de diarrea sugiere enfermedad inflamatoria del intestino o infección
- El estreñimiento puede asociarse a hemorroides, úlcera rectal o tumor.

- El cambio del ritmo deposicional junto con rectorragias debe hacer sospechar un proceso neoplásico
- rectorragia

Diagnóstico:

- Endoscopia
- Arteriografía
- Colonoscopia
- Angiografía mesentérica
- Rectoscopia
- Gammagrafía con hematíes
- TC

Tratamiento:

- Mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia y la corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea.
- Resección quirúrgica

4. SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Definición: fracaso intestinal que incluye todas las entidades que pueden causar un defecto de la función intestinal.

Factores de riesgo:

- Isquemia intestinal
- Enfermedad de Crohn
- Daño por radiación
- Enteritis necrotizante
- Pseudoobstrucción intestinal cónica

Fisiopatología: resulta esencial distinguir dos tipos de síndrome de intestino corto: aquellos en los que se ha resecado también el colon y aquellos en los que persiste el colon. Debido a un fallo en la liberación de hormonas intestinales con capacidad para inhibir la secreción gástrica (enterogastronas), siendo una causa conocida de hipergastrinemia.

En la resección ileal, la más común en esta entidad, desaparecen receptores esenciales en la absorción normal de la vitamina B12 y de las sales biliares, a menudo es extirpada la válvula ileocecal, favoreciendo la migración y colonización de bacterias procedentes del colon, y además es muy probable que siga existiendo enfermedad en el segmento de intestino remanente.

Cuadro clínico:

- Diarrea
- Esteatorrea

- Déficits de macro y micronutrientes
- Sobrecrecimiento bacteriano
- Desnutrición
- Deshidratación

Diagnóstico:

- Citrulina (menor del 20 $\mu\text{mol/l}$)
- Análisis de sangre o heces
- Radiografía de bario
- TC
- RM

Tratamiento:

- Antidiarreicos (loperamida)
- Colestiramina
- Inhibidores de la bomba de protones
- Suplementos de vitaminas
- Bloqueantes H_2

5. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CUCI (COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA) Y ENFERMEDAD DE CROHN

Definición: La enfermedad de Crohn, también denominada enteritis regional o colitis granulomatosa, es la inflamación de cualquier parte del tubo digestivo que se extiende a través de todas las capas de la pared intestinal.

Factores de riesgo:

- Obstrucción linfática
- Alergias y trastornos inmunitarios
- Infección
- Predisposición genética
- Adultos de 20-40años

Fisiopatología: La inflamación se extiende de manera lenta y progresiva. Los ganglios linfáticos crecidos bloquean el flujo de linfa en la submucosa. La obstrucción linfática da lugar a edema, ulceración de la mucosa, fisuras, abscesos y, a veces, granulomas. Las ulceraciones de la mucosa se llaman lesiones salteadas porque no son continuas, como en la colitis ulcerosa.

Se desarrollan parches ovalados y elevados de folículos linfáticos estrechamente empacados, llamados placas de Peyer, en el revestimiento del intestino delgado. La fibrosis subsiguiente engrosa la pared del intestino y causa estenosis (o estrechamiento de la luz). La membrana serosa se inflama (serositis), las asas intestinales inflamadas se adhieren a otras enfermas o normales, y

los segmentos de intestino afectados se entremezclan con los sanos. Por último, las partes afectadas del intestino se hacen más gruesas, estrechas y cortas.

Cuadro clínico:

- Dolor de tipo cólico constante en el cuadrante inferior derecho abdominal
- Cólicos, hipersensibilidad
- Pérdida de peso
- Diarrea, esteatorrea, heces sanguinolentas
- Fiebre leve
- Fístula anal
- Absceso perineal

Diagnóstico:

- Radiografía
- El enema de bario revela el signo de la cadena (segmentos de estenosis separados por intestino normal)
- La sigmoidoscopia y colonoscopia
- Biopsia
- La prueba de sangre oculta en heces

Tratamiento:

- Corticoesteroides e inmunosupresores
- Aminosalicilatos, como la sulfasalazina
- Antidiarréicos (contraindicados en los pacientes con obstrucción intestinal significativa)
- Antibióticos, como metronidazol y ampicilina
- Tratamientos biológicos, como el infliximab
- Disminución del estrés y de la actividad física
- Suplementos vitamínicos (y de hierro)
- Intervención quirúrgica
- Evitar frutas y verduras, productos con alto contenido de fibra, picantes o alimentos grasos, lácteos, bebidas carbonatadas o con cafeína, alimentos o líquidos que estimulen la actividad intestinal.

Definición: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria continua que afecta a la mucosa del colon y el recto.

Factores de riesgo:

- Más frecuente en mujeres
- Desconocida

- Posiblemente relacionada con la respuesta inmunitaria anómala a alimentos o bacterias, como *Escherichia coli*
- Herencia

Fisiopatología: La colitis ulcerosa comienza generalmente como una inflamación en la base de la capa mucosa del intestino grueso. La superficie de la mucosa del colon se vuelve oscura, roja y aterciopelada. La inflamación lleva a erosiones que coalescen y forman úlceras. La mucosa se ulcera de manera difusa, con hemorragia, congestión, edema e inflamación exudativa. Los abscesos en la mucosa drenan material purulento, presentan necrosis y se ulceran. La descamación causa heces sanguinolentas, llenas de moco. Conforme se curan los abscesos, puede aparecer cicatrización patológica y engrosamiento en la capa muscular interna del intestino. A medida que el tejido de granulación sustituye a la capa muscular, el colon se estenosa, se acorta y pierde sus bolsas características (haustros).

Cuadro clínico:

- Pérdida de peso
- Heces fétidas
- Diarrea sanguinolenta recurrente, que con frecuencia contiene pus y moco (signo distintivo)
- Cólicos abdominales, urgencia defecatoria
- Debilidad

Diagnóstico:

- Sigmoidoscopia
- Colonoscopia con biopsia
- Enema con bario
- Radiografía abdominal
- Análisis de muestras fecales

Tratamiento:

- Corticotropina y corticoesteroides suprarrenales
- Sulfasalazina
- Antidiarreicos
- Suplementos de hierro
- Vitaminas y suplementos nutricionales

6. CÁNCER COLORRECTAL

Definición: Casi todos los tumores colorrectales son adenocarcinomas, que se desarrollan a partir del revestimiento del intestino grueso y el recto. El cáncer colorrectal suele empezar como un crecimiento en forma de botón en la superficie intestinal o rectal denominado pólipo.

Tipos:

- Adenocarcinoma del colon
- Carcinoma circunferencial del colon transverso
- Adenocarcinoma de yeyuno
- Adenocarcinoma del colon rectosigmoideo

Factores de riesgo:

- Dieta baja en fibra, alta en grasas, hipercalórica
- Otras enfermedades del aparato digestivo
- Antecedente de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- Poliposis hereditaria
- Estrés y obesidad
- Tabaquismo
- Abuso de alcohol
- Diabetes
- Alteración de la hormona de crecimiento
- Radioterapia o antecedente de cáncer o pólipos colorrectales
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal
- >40años

Fisiopatología: La mayoría de las lesiones del intestino grueso corresponden a adenocarcinomas moderadamente diferenciados. Estos tumores tienden a crecer de manera lenta y permanecen asintomáticos durante largos períodos. Los tumores en el colon sigmoideo y el descendente crecen de manera circular y constriñen la luz intestinal. En el momento del diagnóstico, los tumores en el colon ascendente son generalmente grandes y palpables en la exploración física.

Cuadro clínico:

Síntomas de metástasis a distancia (por lo general, al hígado)

Colon ascendente:

- Heces negras alquitranadas, anemia
- Dolor u opresión abdominal, cólicos sordos
- Debilidad, fatiga y disnea de esfuerzo
- Vómitos

Colon descendente:

- Rectorragia; presencia de sangre oscura o rojo brillante o moco en las heces
- Plenitud abdominal o cólicos
- Opresión rectal
- Estreñimiento

- Diarrea
- Heces en forma de cinta o lápiz
- Dolor que se alivia con la expulsión de flatos o la evacuación intestinal

Diagnóstico:

- Tacto rectal
- La prueba de sangre oculta en heces puede resultar positiva
- Los estudios con enema de bario pueden determinar la ubicación de las lesiones, que no suelen detectarse de forma visual o manual
- Tomografía computarizada
- Proctoscopia o sigmoidoscopia

Tratamiento:

- Intervención quirúrgica
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Dieta rica en fibra.