



Universidad del sureste

Fisiología

Asesora: Doctora Magali Guadalupe Escarpulli Siu

Investigación “Enfermedades del tubo digestivo”

Mi Universidad

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

1.- CANDIDIOSIS ORAL

En la candidosis oral, el hongo *Candida albicans* se acumula en el revestimiento de la boca. *Candida* es un microorganismo normal de la boca, pero a veces puede proliferar en exceso y ocasionar síntomas.

La candidosis oral se manifiesta, por lo general, con placas blancas en la lengua o en el interior de las mejillas. En ocasiones, la candidosis oral puede afectar la parte superior de la boca y alcanzar las encías, las amígdalas o la parte posterior de la garganta.

Síntomas

Niños y adultos

Al principio, es posible que no observes síntomas de candidosis oral. Algunos de los signos y síntomas son:

- Lesiones blancas cremosas en la lengua, mejillas internas y, a veces, en el techo de la boca, encías y amígdalas
- Lesiones ligeramente elevadas con aspecto similar al requesón
- Enrojecimiento, ardor o inflamación que pueden ser lo suficientemente graves como para provocar dificultad para comer o tragar
- Sangrado leve si las lesiones se frota o rascan
- Agrietamiento y enrojecimiento en las comisuras de la boca
- Sensación algodonosa en la boca
- Pérdida del gusto
- Enrojecimiento, irritación y dolor debajo de las dentaduras (estomatitis protésica)

En casos graves, por lo general, vinculados con el cáncer o un sistema inmunitario debilitado a raíz del VIH o sida, las lesiones pueden propagarse hacia el esófago, el tubo largo y muscular que se extiende desde la parte posterior de la boca hacia el estómago (esofagitis por *Candida*). Si esto ocurre, puedes presentar dificultad

para tragar y dolor o tener la sensación de que los alimentos se quedan atascados en la garganta.

Lactantes y madres en período de lactancia

Además de las lesiones blancas distintivas en la boca, los lactantes pueden tener problemas para alimentarse o estar molestos e irritables. Pueden transmitir la infección a la madre durante el amamantamiento. La infección puede ir y venir entre el pecho de la madre y la boca del bebé.

Las mujeres cuyos senos están infectados con *Candida* podrían padecer estos signos y síntomas:

- Pezones rojos, sensibles, agrietados o con picazón de forma inusual
- Piel brillante o escamosa en el área más oscura y circular alrededor del pezón (areola)
- Dolor inusual durante el amamantamiento o pezones dolorosos entre las tomas
- Dolores punzantes dentro de la mama

Causas

En condiciones normales, el sistema inmunitario trabaja para expulsar los organismos invasores dañinos, como los virus, las bacterias y los hongos, a fin de conservar el equilibrio entre los microbios «buenos» y «malos» que, por lo general, habitan en tu cuerpo. Sin embargo, en ocasiones, este mecanismo de protección falla, lo que hace proliferar el hongo *Candida* y producir candidosis oral.

El tipo de hongo *Candida* más frecuente es el *Candida albicans*. Hay varios factores, como el hecho de tener el sistema inmunitario debilitado, que pueden aumentar el riesgo de presentar candidosis oral.

actores de riesgo

Es posible que tengas un mayor riesgo de padecer una infección por candidosis oral si presentas una de las siguientes condiciones:

- **Sistemas inmunitarios debilitados.** Es más probable que los bebés o los adultos mayores presenten candidosis oral debido a la reducción de la inmunidad. Algunas enfermedades y tratamientos pueden inhibir el sistema inmunitario, como el cáncer y sus tratamientos, los trasplantes de órganos, los medicamentos que inhiben el sistema y el VIH o sida.
- **Diabetes.** Si tienes diabetes sin tratar, o si la enfermedad no se controla adecuadamente, es posible que la saliva contenga altas cantidades de azúcar, lo cual favorece el crecimiento de la cándida.
- **Candidosis vaginal.** La candidosis vaginal es originada por el mismo hongo que provoca la candidosis oral. Es posible que le transmitas la infección a tu bebé.
- **Medicamentos.** Los medicamentos como la prednisona, los corticoesteroides inhalables o los antibióticos que alteran el equilibrio natural de los microorganismos del cuerpo pueden aumentar el riesgo de padecer candidosis oral.
- **Otras afecciones orales.** Usar dentadura postiza, en especial, la dentadura superior, o padecer enfermedades que provocan sequedad de boca pueden aumentar el riesgo de tener candidosis oral.

Complicaciones

La candidosis oral raramente es un problema en niños y adultos sanos.

Sin embargo, puede ser más grave para personas que tienen el sistema inmunitario debilitado, por ejemplo, como resultado de tratamientos oncológicos o del VIH/sida. La candidosis oral sin tratar puede llevar a infecciones sistémicas por cándida más graves. Si tienes el sistema inmunitario debilitado, la candidosis oral puede diseminarse al esófago o a otras partes del cuerpo.

2.- ACALASIA

La acalasia es un trastorno poco frecuente que dificulta el paso de alimentos y líquidos desde el esófago, que conecta la boca con el estómago, hacia el estómago.

La acalasia se produce cuando se dañan los nervios del esófago. En consecuencia, el esófago se paraliza y se dilata con el tiempo y, finalmente, pierde la capacidad de empujar la comida hacia el estómago. Entonces, la comida se acumula en el esófago. A veces, se fermenta y regresa a la boca, donde puede tener un sabor amargo. Algunas personas la confunden con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sin embargo, en la acalasia, la comida viene del esófago, mientras que en la enfermedad por reflujo gastroesofágico, viene del estómago.

La acalasia no tiene cura. Una vez que el esófago se paraliza, el músculo no puede volver a funcionar correctamente. Sin embargo, los síntomas habitualmente se pueden tratar con endoscopia, procedimientos mínimamente invasivos o cirugía.

3.- ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago (tubo de deglución). Los alimentos van desde la boca hasta el estómago a través del esófago. La ERGE puede irritar el tubo de deglución y causa acidez gástrica y otros síntomas.

Causas

Cuando usted come, el alimento pasa desde la garganta hasta el estómago a través del esófago. Un anillo de fibras musculares en la parte inferior del esófago impide que el alimento deglutido vuelva a subir. Estas fibras musculares se denominan esfínter esofágico inferior (EEI).

Cuando este anillo muscular no se cierra bien, los contenidos del estómago pueden devolverse hacia el esófago. Esto se denomina reflujo o reflujo gastroesofágico. El reflujo puede causar síntomas. Los ácidos gástricos fuertes también pueden dañar el revestimiento del esófago.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo del reflujo están:

- Consumo de alcohol (posiblemente)
- Hernia de hiato (una afección en la cual parte del estómago pasa por encima del diafragma, el músculo que separa el tórax y la cavidad abdominal)
- Obesidad
- Embarazo

- Esclerodermia
- Tabaquismo
- Recostarse a menos de 3 horas después de comer

La acidez gástrica y el reflujo gastroesofágico se pueden producir o empeorar por el embarazo. Los síntomas también pueden ser causados por ciertos medicamentos, como:

- Anticolinérgicos (por ejemplo, para el mareo)
- Broncodilatadores para el asma
- Bloqueadores de los canales del calcio para la presión arterial alta
- Fármacos dopaminérgicos para el mal de Parkinson
- Progestina para el sangrado menstrual anormal o el control natal
- Sedantes para el insomnio o la ansiedad
- Antidepresivos tricíclicos

Si usted sospecha que uno de los medicamentos le puede estar causando acidez gástrica, hable con su proveedor de atención médica. Nunca cambie ni suspenda un medicamento que usted tome regularmente sin hablar con su proveedor.

4.- ESOFAGO DE BARRETT

El esófago de Barrett es una afección en la que el revestimiento plano y rosado del esófago que conecta la boca con el estómago se daña por el reflujo ácido, lo que hace que el revestimiento se engrose y se vuelva rojo.

Entre el esófago y el estómago hay una válvula de importancia crucial, el esfínter esofágico inferior. Con el tiempo, el esfínter esofágico inferior puede comenzar a fallar, lo que conduce a un daño ácido y químico del esófago, una afección llamada enfermedad por reflujo gastroesofágico. La enfermedad por reflujo gastroesofágico suele ir acompañada de síntomas como la acidez estomacal o la regurgitación. En algunas personas, esta enfermedad por reflujo gastroesofágico puede desencadenar un cambio en las células que recubren la parte inferior del esófago, causando el esófago de Barrett.

El esófago de Barrett se relaciona con un aumento en el riesgo de contraer cáncer de esófago. Aunque el riesgo de desarrollar cáncer de esófago es pequeño, es importante realizarse controles regulares con pruebas por diagnóstico cuidadosas y biopsias extensas del esófago para comprobar si hay células precancerosas (displasia). Si se descubre la presencia de células precancerosas, estas pueden tratarse para prevenir el cáncer de esófago.

Síntomas

El desarrollo del esófago de Barrett se atribuye con mayor frecuencia a la enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga data, que puede incluir estos signos y síntomas:

- Acidez estomacal frecuente y regurgitación del contenido del estómago
- Dificultad para tragar alimentos
- Dolores en pecho, en menor medida

Curiosamente, aproximadamente la mitad de las personas con un diagnóstico de esófago de Barrett reportan pocos o ningún síntoma de reflujo ácido. Por lo tanto, debes conversar sobre tu salud digestiva con tu médico en relación con la posibilidad de esófago de Barrett.

Causas

Se desconoce la causa exacta del esófago de Barrett. Mientras que muchas personas con esófago de Barrett tienen enfermedad por reflujo gastroesofágico desde hace mucho tiempo, muchos no tienen síntomas de reflujo, lo cual se conoce como "reflujo silencioso".

Ya sea que el reflujo ácido esté acompañado por síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico o no, el ácido estomacal y las sustancias químicas vuelven al esófago, dañan el tejido y provocan cambios en su revestimiento, lo cual da lugar al esófago de Barrett.

Factores de riesgo

Algunos de los factores que aumentan el riesgo de tener el esófago de Barrett comprenden:

- Antecedentes familiares. Las probabilidades de tener el esófago de Barrett aumentan si tienes antecedentes familiares de esófago de Barrett o cáncer de esófago.
- Ser hombre. Los hombres son mucho más propensos a desarrollar el esófago de Barrett.
- Ser de raza blanca. Las personas de raza blanca tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad con respecto a las personas de otras razas.
- Edad. El esófago de Barrett puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en los adultos mayores de 50 años.
- Acidez estomacal y reflujo ácido crónicos. Tener una enfermedad por reflujo gastroesofágico que no mejora al tomar medicamentos conocidos como inhibidores de la bomba de protones o tener una enfermedad por reflujo gastroesofágico que requiere medicación periódica puede aumentar el riesgo del esófago de Barrett.
- Fumar en la actualidad o haber fumado.
- Sobrepeso. La grasa corporal alrededor del abdomen aumenta aún más el riesgo.

Complicaciones

Las personas con el esófago de Barrett tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de esófago. El riesgo es pequeño, incluso en personas que tienen cambios precancerosos en las células del esófago. Afortunadamente, la mayoría de las personas con esófago de Barrett nunca desarrollarán cáncer de esófago.

5.- ESOFAGITIS

La esofagitis es una inflamación que puede dañar los tejidos del esófago, que es el tubo muscular que hace transitar la comida desde la boca hasta el estómago.

Si tienes esofagitis, puedes tener dificultad para tragar y puedes sentir dolor al hacerlo, también en el pecho. Las causas de la esofagitis incluyen el regreso del ácido estomacal al esófago, una infección, el tomar medicamentos por vía oral y las alergias.

El tratamiento para la esofagitis depende de la causa subyacente y de la gravedad del daño que presentan los tejidos. Si no se trata, la esofagitis puede dañar la

mucosa que recubre el esófago e interferir con su función normal, que es hacer transitar la comida y los líquidos desde la boca hasta el estómago. La esofagitis también puede llevar a complicaciones como cicatrización o estrechamiento del esófago y dificultad para tragar.

Síntomas

Los signos y síntomas comunes de la esofagitis incluyen:

- Dificultad para tragar
- Dolor al tragar
- Dolor en el pecho, especialmente detrás del esternón, que se presenta al comer
- Comida tragada que se atasca en el esófago
- Acidez
- Regurgitación ácida

En los bebés y los niños pequeños, particularmente aquellos demasiado jóvenes para poder explicar el malestar o dolor, los signos de esofagitis pueden incluir:

- Problemas para comer
- Falta de crecimiento

Causas

La esofagitis generalmente está categorizada de acuerdo a los factores que la causan. En algunos casos, hay más de un factor que puede estar causando la esofagitis.

Esofagitis por reflujo

Una estructura similar a una válvula, llamada esfínter esofágico inferior, normalmente mantiene el contenido ácido del estómago fuera del esófago. Si esta válvula se abre cuando no debe o si no se cierra adecuadamente, el contenido del estómago puede retroceder al esófago (reflujo gastroesofágico). La

enfermedad por reflujo gastroesofágico es una afección en la que esta regurgitación de ácido es un problema frecuente o continuo. Una complicación de esta enfermedad es la inflamación crónica y el daño a los tejidos del esófago.

Esofagitis eosinofílica

Los eosinófilos son glóbulos blancos que tienen un rol clave en las reacciones alérgicas. La esofagitis eosinofílica ocurre cuando hay una gran concentración de estos glóbulos blancos en el esófago, probablemente en respuesta a un agente que causa alergias (alérgeno), al reflujo ácido o a ambos.

En muchos casos, este tipo de esofagitis puede ser desencadenada por alimentos como la leche, los huevos, el trigo, la soya, los maníes, los frijoles, el centeno y la carne de res. No obstante, las pruebas convencionales para la alergia no identifican de manera confiable estos alimentos.

Las personas con esofagitis eosinofílica pueden tener otras alergias que no se relacionen con la comida. Por ejemplo, algunas veces, los alérgenos inhalados, como el polen, pueden ser la causa.

Esofagitis linfocítica

La esofagitis linfocítica es una afección poco común del esófago en la que se produce un aumento del número de linfocitos en el recubrimiento del esófago. La esofagitis linfocítica puede estar relacionada con la esofagitis eosinofílica o con la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Esofagitis inducida por medicamentos.

Hay varios medicamentos que pueden causar daño a los tejidos si están en contacto con el revestimiento del esófago por mucho tiempo. Por ejemplo, si tomas una pastilla con poca agua, o sin agua, la pastilla misma o cualquier residuo pueden permanecer en el esófago. Los fármacos que se han asociado a la esofagitis incluyen:

- Analgésicos, como la aspirina, el ibuprofeno (Advil, Motrin, otros) y el naproxeno sódico (Aleve, otros)
- Antibióticos como la tetraciclina y la doxiciclina
- Cloruro de potasio, que se usa para tratar la deficiencia de potasio
- Bifosfonatos, incluido el alendronato (Fosamax), un tratamiento para los huesos débiles y frágiles (osteoporosis)
- Quinidina, que se usa para tratar los problemas cardíacos

Esofagitis infecciosa

Una infección bacteriana, viral o fúngica en los tejidos del esófago puede causar esofagitis. La esofagitis infecciosa es relativamente poco común y se presenta con más frecuencia en las personas con una función deficiente del sistema inmunitario, como aquellas que tienen VIH/SIDA o cáncer.

Un hongo que normalmente existe en la boca, conocido como *Cándida albicans*, es una causa común de esofagitis infecciosa. Estas infecciones con frecuencia están asociadas con una función deficiente del sistema inmunitario, diabetes, cáncer o el uso de esteroides o antibióticos.

Factores de riesgo

Factores de riesgo para la esofagitis varían dependiendo de las diferentes causas del trastorno.

Esofagitis por reflujo

Los factores que aumentan el riesgo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, y por lo tanto son factores de riesgo de esofagitis por reflujo, incluyen los siguientes:

- Comer inmediatamente antes de acostarse
- Factores de alimentación, como exceso de alcohol, cafeína, chocolate, y alimentos con sabor a menta
- Comidas muy abundantes y grasosas

- Tabaquismo
- Sobrepeso, incluido el del embarazo

Varias comidas puede empeorar los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico o esofagitis por reflujo:

- Alimentos a base de tomate
- Frutas cítricas
- Cafeína
- Alcohol
- Comidas picantes
- Ajo y cebollas
- Chocolate
- Alimentos con sabor a menta

Esofagitis eosinofílica

Los factores de riesgo de la esofagitis eosinofílica, o esofagitis relacionada con alergias, pueden incluir:

- Antecedentes de ciertas reacciones alérgicas, incluyendo rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica
- Antecedentes familiares de esofagitis eosinofílica

Esofagitis inducida por medicamentos

Los factores que pueden aumentar el riesgo de la esofagitis inducida por medicamentos generalmente están relacionados a problemas que previenen el pasaje rápido y completo de un comprimido al estómago. Algunos de estos factores son:

- Tragar una pastilla con poca agua, o sin agua
- Tomar medicamentos cuando estás recostado

- Tomar medicamentos justo antes de acostarte, probablemente debido en parte a una menor producción de saliva y a que tragas menos durante el sueño
- Edad avanzada, posiblemente por cambios en los músculos del esófago relacionados con la edad, o por una menor producción de saliva
- Comprimidos grandes o de forma inusual

Esofagitis infecciosa

Los factores de riesgo de la esofagitis infecciosa suelen relacionarse con los medicamentos, como esteroides y antibióticos. Las personas con diabetes también tienen mayor riesgo de padecer, en especial, esofagitis por candida.

Otras causas de esofagitis infecciosa pueden estar relacionadas con una función deficiente del sistema inmunitario. Esto se puede deber a un trastorno inmunitario, VIH/SIDA o ciertos tipos de cáncer. Además, determinados tratamientos oncológicos y fármacos que bloquean las reacciones del sistema inmunitario a los órganos trasplantados (inmunosupresores) pueden aumentar el riesgo de esofagitis infecciosa.

Complicaciones

Si no se trata, la esofagitis puede producir cambios en la estructura del esófago. Algunas de las posibles complicaciones son las siguientes:

- Cicatrices o estrechamiento (constricción) en el esófago
- Desgarros en el tejido que reviste el esófago por las arcadas (si se atasca la comida) o durante la endoscopia (debido a la inflamación)
- Esófago de Barrett, caracterizado por cambios en las células que revisten el esófago, lo que aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de esófago

6.- HERNIA HIIATAL

La hernia de hiato se produce cuando la parte superior del estómago protruye a través del músculo grande que separa el abdomen del tórax (diafragma).

El diafragma tiene un pequeño orificio (hiato) a través del cual pasa el tubo de alimentación (esófago) antes de unirse al estómago. En la hernia de hiato, el estómago empuja hacia arriba para pasar por este orificio e ingresar en el tórax.

Cuando la hernia de hiato es pequeña no suele generar problemas. Es posible que nunca te enteres de que tienes una, a menos que el médico la descubra mientras hace un control a causa de otra afección.

Síntomas

En su mayoría, las hernias de hiato pequeñas no generan signos ni síntomas. Pero las hernias de hiato más grandes pueden causar:

- Acidez estomacal
- Regurgitación de comida o líquido a la boca
- Retroceso de ácido estomacal al esófago (reflujo ácido)
- Dificultad para tragar
- Dolor abdominal o en el pecho
- Sentirse lleno poco después de comer
- Falta de aire
- Vómitos con sangre o heces de color negro, que pueden indicar sangrado gastrointestinal

causas

Una hernia de hiato se genera cuando el tejido muscular debilitado permite que el estómago forme una protuberancia a través del diafragma. No está claro por qué ocurre esto. Pero la hernia de hiato puede estar causada por lo siguiente:

- Cambios en el diafragma por la edad
- Lesiones en esta parte del cuerpo, por ejemplo, después de un traumatismo o ciertas clases de cirugía
- Nacer con un hiato inusualmente grande

- Presión persistente e intensa en los músculos circundantes, como al toser, vomitar, presión durante la evacuación intestinal, hacer ejercicio o al levantar objetos

Factores de riesgo

La hernia de hiato es más común si eres:

- Mayor de 50 años
- Obeso

7.- GASTRITIS

La gastritis es un término general para un grupo de enfermedades con un punto en común: la inflamación del revestimiento del estómago. La inflamación de la gastritis generalmente se produce por la misma infección bacteriana que provoca la mayoría de las úlceras estomacales. El uso frecuente de determinados analgésicos y beber demasiado alcohol también pueden contribuir a la gastritis.

La gastritis puede ocurrir súbitamente (gastritis aguda) o puede ocurrir lentamente con el tiempo (gastritis crónica). En algunos casos, la gastritis puede producir úlceras y un mayor riesgo de sufrir cáncer de estómago. Pero, para la mayoría de las personas, la gastritis no es grave y mejora rápidamente con tratamiento.

Síntomas

Los signos y síntomas de la gastritis son:

- Dolor o ardor (indigestión) en la parte superior del abdomen; pueden mejorar o empeorar cuando comes
- Náuseas
- Vómitos
- Sensación de saciedad en la parte superior del abdomen luego de haber comido

La gastritis no siempre provoca signos y síntomas.

Causas

La gastritis es una inflamación del revestimiento del estómago. La debilidad o las lesiones en la barrera mucosa que protege la pared del estómago permiten que los jugos digestivos dañen e inflamen el revestimiento del estómago. Varias enfermedades y afecciones pueden aumentar el riesgo de tener gastritis, entre ellas, la enfermedad de Crohn y la sarcoidosis, trastorno en el que crecen acumulaciones de células inflamatorias en el cuerpo.

Factores de riesgo

Los factores que aumentan el riesgo de tener gastritis incluyen:

- Infección bacteriana. Si bien la infección por *Helicobacter pylori* es una de las infecciones más frecuentes en seres humanos a nivel mundial, solo algunas personas infectadas desarrollan gastritis u otros trastornos del sistema digestivo superior. Los médicos consideran que la vulnerabilidad a la bacteria podría heredarse o podría tener origen en factores de estilo de vida, como el tabaquismo y la alimentación.
- Uso frecuente de analgésicos. Los analgésicos comunes — como la aspirina, el ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros) y el naproxeno (Aleve, Anaprox) — pueden provocar tanto gastritis aguda como gastritis crónica. El uso regular de estos analgésicos, o tomarlos en cantidad excesiva, puede reducir una sustancia clave que ayuda a preservar el revestimiento protector del estómago.
- Edad avanzada. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer gastritis porque el revestimiento del estómago tiende a volverse más delgado con la edad, y porque tienen más probabilidades que las personas más jóvenes de tener infección por *H. pylori*, o de tener trastornos autoinmunitarios.
- Consumo excesivo de alcohol. El alcohol puede irritar y corroer el revestimiento estomacal, lo que hace que el estómago sea más vulnerable a los jugos digestivos. El consumo excesivo de alcohol tiene más probabilidades de causar gastritis aguda.

- Estrés. El estrés intenso debido a una cirugía importante, una lesión, quemaduras o infecciones graves puede provocar gastritis aguda.
- Tu propio cuerpo ataca las células del estómago. La llamada gastritis autoinmunitaria ocurre cuando el cuerpo ataca las células que forman el revestimiento del estómago. Esta reacción puede deteriorar la barrera de protección del estómago.

La gastritis autoinmunitaria es más frecuente en personas con otros trastornos autoinmunitarios, como la enfermedad de Hashimoto y la diabetes tipo 1. La gastritis autoinmunitaria también puede estar asociada a una deficiencia de vitamina B-12.

- Otras enfermedades y trastornos. La gastritis puede estar asociada a otras afecciones de salud, incluyendo(VIH)ySida,la enfermedad de Crohn y las infecciones parasitarias.

Complicaciones

Si no se trata, la gastritis puede causar úlceras y hemorragias estomacales. En raras ocasiones, es posible que algunos tipos de gastritis crónica aumenten el riesgo de cáncer de estómago, especialmente si tienes un revestimiento del estómago muy delgado y hay cambios en las células del revestimiento.

Dile a tu médico si tus signos y síntomas no mejoran a pesar del tratamiento para la gastritis.

8.- ESTENOSIS PILORICA

La estenosis pilórica es una afección poco frecuente en bebés, que obstruye el tránsito de los alimentos al intestino delgado.

Normalmente, una válvula muscular (píloro), que se encuentra entre el estómago y el intestino delgado, mantiene los alimentos en el estómago hasta que están listos para la próxima etapa del proceso digestivo. Cuando hay una estenosis pilórica, los músculos del píloro se engrosan y adquieren un tamaño anormal impidiendo que los alimentos lleguen al intestino delgado.

La estenosis pilórica puede resultar en vómitos forzados, deshidratación y pérdida de peso. Los bebés con estenosis pilórica parecen tener hambre todo el tiempo.

La cirugía cura la estenosis pilórica.

Síntomas

Por lo general, los signos de la estenosis pilórica se observan de tres a cinco semanas después del nacimiento. La estenosis pilórica es poco común en bebés mayores de 3 meses.

Los signos incluyen los siguientes:

- Vómitos después de la alimentación. El bebé puede vomitar con fuerza, expulsando la leche materna o la fórmula hasta varios metros de distancia (vómitos en proyectil). Los vómitos pueden ser leves al principio y volverse progresivamente más intensos a medida que la abertura del píloro se estrecha. Los vómitos a veces pueden contener sangre.
- Apetito constante. Los bebés que tienen estenosis pilórica a menudo quieren comer poco después de vomitar.
- Contracciones de estómago. Es posible que notes contracciones en forma de ondas (peristalsis) que se extienden por la parte superior del abdomen del bebé poco después de comer, pero antes de vomitar. Esto se debe a que los músculos del estómago intentan forzar la comida a través del píloro estrechado.
- Deshidratación. Tu bebé podría llorar sin lágrimas o volverse letárgico. Es posible que notes que cambias menos pañales mojados o que los pañales no están tan mojados como esperabas.
- Cambios en las deposiciones. Dado que la estenosis pilórica impide que los alimentos lleguen a los intestinos, es posible que los bebés con esta afección estén estreñidos.
- Problemas de peso. La estenosis pilórica puede impedir que el bebé aumente de peso y, en ocasiones, puede hacer que pierda peso.

Causas

The causes of pyloric stenosis are unknown, but genetic and environmental factors might play a role. Pyloric stenosis usually isn't present at birth and probably develops afterward.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la estenosis pilórica se pueden mencionar los siguientes:

- **Sexo** La estenosis pilórica es más frecuente en los varones, sobre todo en los primogénitos.
- **Raza** La estenosis pilórica es más frecuente en individuos de raza blanca de ascendencia proveniente de Europa del norte, menos frecuente en personas de raza negra e infrecuente en asiáticos.
- **Nacimiento prematuro.** La estenosis pilórica es más frecuente en los bebés que han nacido prematuramente en comparación con los que han nacido a término.
- **Antecedentes familiares.** Algunos estudios han encontrado un mayor porcentaje de casos de este trastorno en ciertas familias. La estenosis pilórica puede presentarse en, aproximadamente, 20 % de los descendientes de sexo masculino y 10 % de los descendientes de sexo femenino de madres que han padecido este trastorno.
- **Tabaquismo durante el embarazo.** Esta conducta casi duplica el riesgo de estenosis pilórica.
- **Empleo temprano de antibióticos.** Los bebés a los que se les administran ciertos antibióticos durante las primeras semanas de vida, como por ejemplo eritromicina para la tos ferina, tienen un riesgo más elevado de estenosis pilórica. Además, los bebés nacidos de madres que han tomado ciertos antibióticos en las últimas etapas del embarazo pueden tener un riesgo más elevado de padecer estenosis pilórica.
- **Alimentación a biberón.** Algunos estudios sugieren que la alimentación con biberón en lugar del amamantamiento puede aumentar el riesgo de estenosis pilórica. La mayoría de los participantes de estos estudios utilizó leche de fórmula en vez de leche materna, por lo cual no queda claro si el riesgo

aumentado se debe a la leche de fórmula o al mecanismo de alimentación a través del biberón.

Complicaciones

La estenosis pilórica puede causar:

- Problemas de crecimiento y desarrollo.
- Deshidratación. Los vómitos frecuentes pueden causar deshidratación y un desequilibrio mineral (electrolítico). Los electrolitos ayudan a regular muchas funciones vitales.
- Irritación estomacal. Los vómitos repetidos pueden irritar el estómago del bebé y pueden causar un sangrado leve.
- Ictericia. Rara vez, se puede producir la acumulación de una sustancia segregada por el hígado (bilirrubina), lo que causa una decoloración amarillenta de la piel y los ojos

9.- GASTRODUODENITIS

La gastritis es una inflamación del revestimiento del estómago. La duodenitis es una inflamación del duodeno o de la primera parte del intestino delgado, que está ubicada justo debajo del estómago. Tanto la gastritis como la duodenitis tienen las mismas causas y tratamientos. Ambos trastornos pueden ocurrirle a hombres y mujeres, así como a las personas de todas las edades. Estos trastornos son curables y en general no producen complicaciones duraderas.

Tipos

La gastritis y la duodenitis pueden ser agudas o crónicas. Las formas agudas aparecen repentinamente y son de breve duración. Las formas crónicas pueden progresar lentamente y durar meses o años.

Causas

La causa más común de la gastritis y la duodenitis es una bacteria llamada *Helicobacter pylori*. Cuando grandes cantidades de la bacteria invaden el estómago e intestino delgado, puede ocurrir una inflamación.

La *Helicobacter pylori* puede transferirse de una persona a otra. También puede transmitirse a través de alimentos y agua contaminados, pero esto no es común en los Estados Unidos. Según National Digestive Diseases Information Clearinghouse [Repositorio Nacional de Información sobre Trastornos Digestivos],

aproximadamente del 20 al 50% de las personas en los Estados Unidos podrían estar infectadas con *Helicobacter pylori* y hasta un 80% de las personas en los países en desarrollo están infectadas con la bacteria (NDDIC, 2012).

Otras causas comunes de la gastritis y la duodenitis incluyen el uso a largo plazo de ciertos medicamentos, tales como aspirina, ibuprofeno o naproxeno, o el consumo excesivo de alcohol.

Entre las causas menos comunes se incluyen las siguientes:

- enfermedad de Crohn (inflamación del tubo digestivo)
- trastornos autoinmunitarios (cuando el cuerpo produce anticuerpos que atacan las células que recubren el estómago), conduzca a una gastritis atrófica (destrucción del recubrimiento del estómago)
- reflujo biliar (cuando la bilis fluye del duodeno al estómago)
- ciertas infecciones virales, tales como las producidas por el virus herpes simple, junto con un sistema inmunitario debilitado
- lesión traumática al estómago o el intestino delgado
- estar en un respirador
- estrés extremo provocado por una cirugía mayor, trauma corporal grave o choque
- ingerir sustancias cáusticas o venenos
- fumar cigarrillos o consumir alcohol en exceso
- radioterapia para el tratamiento del cáncer
- quimioterapia para el tratamiento del cáncer

Gastritis, duodenitis y enfermedad intestinal inflamatoria (EII)

La enfermedad inflamatoria de los intestinos (EII) es una inflamación crónica de todo o parte del tracto digestivo. Se desconoce la causa exacta, sin embargo los médicos creen que la EII pudiera ser hereditaria o consecuencia de trastornos inmunitarios. Entre los ejemplos de EII se incluyen la colitis ulcerativa (inflamación del colon y del recto) y la enfermedad de Crohn, que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo y a menudo se disemina más allá del recubrimiento intestinal y afecta otros tejidos.

Un estudio publicado en *Inflammatory Bowel Diseases* [Enfermedades Intestinales Inflamatorias] informa que las personas con una enfermedad intestinal inflamatoria tienen muchas más probabilidades de tener alguna forma de gastritis o duodenitis que no sea provocada por la bacteria *Helicobacter pylori* que las personas que no tienen dicha enfermedad (Sonnenberg y otros, 2010).

Síntomas

La gastritis y la duodenitis no siempre producen signos o síntomas. Cuando lo hacen, los síntomas entre comunes están los siguientes:

- náuseas
- vómitos
- sensación de ardor o de cólicos en el estómago
- indigestión o sensación de llenura apenas se comienza a comer o poco después

En algunos casos, las heces pueden ser de color negro y el vómito puede parecer café molido, lo que puede indicar un desangramiento interno. Si presenta alguno de estos síntomas, comuníquese con el médico de inmediato.

Diagnóstico

Hay diversas pruebas que el médico puede utilizar para diagnosticar la gastritis y la duodenitis. La bacteria *Helicobacter pylori* puede detectarse por medio de pruebas de sangre, heces o aliento. Para la prueba de aliento, se le indicará que beba un líquido transparente sin sabor y que luego respire en una bolsa. Si está infectado por *Helicobacter pylori*, se podrá detectar un exceso de dióxido de carbono en el aliento.

El doctor también podría realizar una endoscopía superior con biopsia. Durante este procedimiento, se bajará una pequeña cámara unida a un tubo flexible, largo y delgado (un endoscopio) por la garganta para observar el estómago o el intestino delgado y detectar inflamaciones. Si no se puede detectar visualmente una inflamación, el médico podrá tomar algunas muestras pequeñas de tejido para hacer análisis adicionales.

Tratamiento

Dependiendo de la causa del trastorno, los síntomas podrían desaparecer sin tratamiento. El tipo de cuidado que reciba dependerá de la causa y la gravedad de la gastritis o duodenitis. Normalmente, la gastritis y la duodenitis desaparecen sin complicaciones.

Antibióticos

Las infecciones de *Helicobacter pylori* se tratan con antibióticos. El médico puede recomendar una combinación de fármacos para destruir la infección y será necesario que la mayoría de las personas tomen antibióticos por dos semanas o más.

Reductores de acidez

Podrían recomendarle bloqueadores de ácidos de venta libre (medicamentos que reducen la cantidad de ácido liberada en el tubo digestivo) tales como cimetidina (Tagamet), famotidina (Pepcid) y ranitidina (Zantac).

También se utilizan para tratar estos trastornos los inhibidores de la bomba protónica (medicamentos que bloquean las células que producen ácido) tales como esomeprazol (Nexium), lansoprazol (Prevacid) y omeprazol (Prilosec). El

médico podría recetarle fuertes reductores de acidez para impedir que el ácido del estómago irrite el recubrimiento del tracto digestivo.

Antiácidos

El médico podría sugerirle antiácidos tales como Roloids(r), carbonato de calcio (Tums), Alka-Seltzer o hidróxido de magnesio (leche de magnesia) para neutralizar el ácido estomacal y aliviar el dolor. Los antiácidos pueden impedir que el organismo absorba otros medicamentos, así que se recomienda que tome los antiácidos al menos una hora antes de otros medicamentos para evitar este efecto secundario.

Cambios en los hábitos

Evite fumar y consumir alcohol, alimentos condimentados, bebidas ácidas y medicamentos (tales como aspirina) que le hagan daño al estómago. Todos estos pueden empeorar los síntomas.

Los casos sin tratar de gastritis y/o duodenitis pueden volverse crónicos. Esto puede provocar úlceras y hemorragias estomacales. En casos poco comunes, el adelgazamiento extenso del recubrimiento del estómago puede cambiar las células de este recubrimiento con el transcurso del tiempo, lo cual aumenta el riesgo de tener cáncer de estómago.

10.- SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno que lleva a dolor en el abdomen y cambios en el intestino.

Este síndrome no es lo mismo que enfermedad intestinal inflamatoria (EII).

Causas

Las razones por las que se presenta el SII no son claras. Se puede presentar después de una infección intestinal bacteriana o por parásitos (yardiasis). Esto se denomina SII posinfeccioso. Igualmente, puede haber otros desencadenantes, incluso el estrés.

El intestino está conectado al cerebro usando señales hormonales y nerviosas que van y vienen entre el intestino y el cerebro. Estas afectan el funcionamiento intestinal y los síntomas. Los nervios pueden volverse más activos durante momentos de estrés, lo que puede provocar que los intestinos sean más sensibles y se compriman o se contraigan más.

Este síndrome se puede presentar a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o a principios de la vida adulta y es dos veces más común en las mujeres que en los hombres.

Es menos probable que se desarrolle en adultos mayores sobre los 50 años.

Aproximadamente de 10% a 15% de las personas en los Estados Unidos tiene síntomas SII. Esta afección es el problema intestinal más común que lleva a que las personas sean remitidas a un especialista en intestinos (gastroenterólogo).

11.- SINDROME DE INTESTINO PEREZOSO

La pereza intestinal es un trastorno de lo que, a pesar de la difusión generalizada, todavía se habla poco y que a menudo se confunde con patologías como el estreñimiento.

Algunos de los síntomas más recurrentes asociados con este problema son muy comunes:

- Hinchazón abdominal
- Tránsito intestinal difícil
- Flatulencias
- Evacuación irregular o difícil
- Gas intestinal

Sin embargo, a diferencia del estreñimiento, la pereza intestinal es un trastorno que podemos aliviar con soluciones naturales y actuando sobre nuestros hábitos diarios.

De hecho, en cuanto al intestino perezoso hay varias causas, entre las cuales:

- Estrés psico-físico
- Malos hábitos alimenticios
- Toma de medicamentos
- Falta de ejercicio
- Viajes frecuentes

Para recuperar la regularidad intestinal y disminuir los síntomas como gases no deseados y hinchazón abdominal, podemos obtener ayuda de los ingredientes 100% naturales que contiene la línea Frutas&Fibras. Una ayuda suave, pero efectiva, con dos formulaciones diseñadas para aquellos con problemas intestinales ocasionales o frecuentes.

12.- POLIPOSIS INTESTINAL

Un pólipo en el colon es un pequeño conjunto de células que se agrupan en el revestimiento del colon. La mayor parte de los pólipos en el colon son inofensivos.

Pero con el tiempo, algunos pólipos en el colon pueden convertirse en cáncer de colon, que suele ser mortal si se descubre en los últimos estadios.

Existen dos categorías principales de pólipos, los neoplásicos y los no neoplásicos. Los pólipos no neoplásicos pueden ser pólipos hiperplásicos, pólipos inflamatorios y pólipos hamartomatosos. Estos tipos de pólipos, en general, no se hacen cancerosos. Los pólipos neoplásicos pueden ser adenomas o pólipos serrados. Por lo general, cuanto más grande es el pólipo, mayor es el riesgo de padecer cáncer, en especial en el caso de los pólipos neoplásicos.

Síntomas

Muchas veces, los pólipos en el colon no provocan síntomas. Es posible que no sepas que tienes un pólipo hasta que el médico lo encuentre durante un examen de los intestinos.

Sin embargo, algunas personas con pólipos en el colon tienen:

- Sangrado rectal. Esto puede ser un signo de pólipos en el colon, cáncer de colon u otras afecciones, como hemorroides o desgarros leves del ano.
- Cambio en el color de las heces. La sangre puede presentarse como rayas rojas en las heces o hacer que las heces tengan color negro. El cambio de color también puede ser provocado por alimentos, medicamentos o suplementos.
- Cambios en los hábitos intestinales. El estreñimiento o la diarrea que perduran por más de una semana pueden indicar la presencia de un pólipo de gran tamaño en el colon. Pero muchas otras afecciones también pueden causar cambios en los hábitos intestinales.
- Dolor. Un pólipo de gran tamaño en el colon puede obstruir parcialmente los intestinos y provocar dolor abdominal con cólicos.
- Anemia por deficiencia de hierro. El sangrado de los pólipos puede ocurrir lentamente con el tiempo, sin sangre visible en las heces. El sangrado crónico elimina el hierro necesario para producir la sustancia que permite que los glóbulos rojos transporten oxígeno por el cuerpo (hemoglobina). El

resultado es la anemia por deficiencia de hierro, que puede provocarte cansancio y dificultad para respirar.

Causas

Las células sanas crecen y se dividen de manera ordenada. Las mutaciones en ciertos genes pueden causar que las células sigan dividiéndose incluso cuando ya no se necesitan células nuevas. En el colon y el recto, este crecimiento no regulado puede provocar la formación de pólipos. Estos pólipos pueden aparecer en cualquier parte del intestino grueso.

Existen dos categorías principales de pólipos, los neoplásicos y los no neoplásicos. Los pólipos no neoplásicos pueden ser pólipos hiperplásicos, pólipos inflamatorios y pólipos hamartomatosos. Generalmente, los pólipos no neoplásicos no se vuelven cancerosos.

Los pólipos inflamatorios pueden aparecer con la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn en el colon. Aunque en sí mismos, los pólipos no son una amenaza significativa, tener colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn en el colon aumenta el riesgo general de padecer cáncer de colon.

Los pólipos neoplásicos pueden ser adenomas o pólipos serrados. La mayoría de los pólipos en el colon son adenomas. Los pólipos serrados pueden volverse cancerosos, según su tamaño y su ubicación en el colon. Por lo general, cuanto más grande es el pólipo, mayor es el riesgo de padecer cáncer, en especial en el caso de los pólipos neoplásicos.

Factores de riesgo

Algunos factores que pueden contribuir a la formación de pólipos en el colon o de cáncer son:

- Edad. La mayoría de las personas con pólipos en el colon tienen 50 años o más.
- Enfermedades intestinales inflamatorias, como colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

- Antecedentes familiares. Tienes más posibilidades de presentar cáncer o pólipos en el colon si alguno de tus padres, hermanos o hijos sufren esas afecciones. Si muchos familiares las tienen, tu riesgo es aún mayor. En algunas personas, esa conexión no es hereditaria.
- Consumo de tabaco y de alcohol.
- Obesidad y falta de ejercicio.
- Raza. Los afroamericanos tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de colon.
- Diabetes tipo 2 que no está bien controlada.

Trastornos de pólipos hereditarios

En raras ocasiones, las personas heredan mutaciones genéticas que causan la formación de pólipos en el colon. Si sufres de alguna de estas mutaciones genéticas, tienes un riesgo mucho mayor de padecer cáncer colorrectal. Los exámenes de detección de cáncer y la detección temprana pueden ayudar a prevenir el desarrollo o la expansión de estos tipos de cáncer.

Entre los trastornos hereditarios que causan pólipos en el colon se incluyen los siguientes:

- Síndrome de Lynch, también llamado cáncer colorrectal hereditario no polipósico. Las personas que tienen síndrome de Lynch tienden a desarrollar relativamente pocos pólipos en el colon, pero esos pólipos pueden volverse malignos rápidamente. El síndrome de Lynch es la forma más común de cáncer de colon hereditario y también se asocia con tumores en las mamas, el estómago, el intestino delgado, las vías urinarias y los ovarios.
- Poliposis adenomatosa familiar, un trastorno raro que causa el desarrollo de cientos o incluso miles de pólipos en el revestimiento del colon durante la adolescencia. Si los pólipos no se tratan, el riesgo de padecer cáncer de colon es de casi el 100 %, generalmente antes de los 40 años. Los análisis genéticos pueden ayudar a determinar tu riesgo de desarrollar poliposis adenomatosa familiar.
- Síndrome de Gardner, una variante de poliposis adenomatosa familiar que causa el desarrollo de pólipos en todo el colon y el intestino delgado. Es

posible que también desarrolles tumores no cancerosos en otras partes de tu cuerpo, como la piel, los huesos y el abdomen.

- Poliposis asociada al gen MYH, un trastorno similar a la poliposis adenomatosa familiar causado por mutaciones en el gen MYH. Las personas con poliposis asociada al gen MYH suelen desarrollar varios pólipos adenomatosos y cáncer de colon a una edad temprana. Los análisis genéticos pueden ayudar a determinar el riesgo que presentas de desarrollar poliposis asociada al gen MYH.
- Síndrome de Peutz-Jeghers, un trastorno que suele comenzar con pecas en todo el cuerpo, incluyendo los labios, las encías y los pies. Después, se generan pólipos no cancerosos en los intestinos. Estos pólipos pueden volverse malignos, por lo que las personas con este trastorno presentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer de colon.
- Síndrome de poliposis serrada, un trastorno que genera varios pólipos adenomatosos serrados en la parte superior del colon. Estos pólipos pueden transformarse en malignos.

Complicaciones

Algunos pólipos en el colon pueden ser cancerosos. Cuanto antes se extraigan, habrá menos probabilidades de que se vuelvan malignos.

13.- FISTULA RECTO-PERIANAL.

- Las fístulas anorrectales son frecuentes en personas que sufren un absceso anorrectal, la enfermedad de Crohn o tuberculosis.
- Las fístulas anorrectales pueden causar dolor y producir pus.
- El diagnóstico se basa en la exploración del paciente y otras técnicas visuales.
- El tratamiento casi siempre consiste en cirugía, pero actualmente existen tratamientos alternativos menos invasivos.

El recto es el segmento del tubo digestivo por encima del ano, donde las heces son retenidas antes de salir del organismo a través del ano. El ano es el orificio

que existe al final del tubo digestivo, por donde los materiales de desecho salen del organismo. (Véase también Introducción al ano y el recto.)

La mayoría de las fístulas comienzan en una glándula profunda de la pared del recto o del ano. A veces, aparecen fístulas después del drenaje de un absceso anorrectal, pero con frecuencia no puede identificarse la causa. Las fístulas son más frecuentes en personas con enfermedad de Crohn o tuberculosis. También pueden ocurrir en personas con tumores, diverticulitis, cáncer o alguna lesión anal o rectal. Las fístulas en los bebés suelen ser un defecto congénito y son más frecuentes en niños que en niñas.

Las fístulas que conectan el recto y la vagina (denominadas fístulas rectovaginales) pueden deberse al tratamiento con radioterapia, al cáncer, a la enfermedad de Crohn o a una lesión sufrida por la madre en el momento del parto.

Síntomas

Una fístula infectada puede ser dolorosa o supurar pus y sangre.

Diagnóstico

- Evaluación médica
- Sigmoidoscopia

El médico normalmente observa uno o más orificios de una fístula o nota su trayecto bajo la piel.

Introduciendo una sonda se puede determinar su profundidad y dirección. El médico puede localizar el orificio interno insertando un anoscopio (un tubo corto y rígido) en el recto y realizando una exploración con la sonda. La inspección con un sigmoidoscopio (véase Endoscopia), un tubo de visualización mucho más largo, ayuda al médico a determinar si el problema está causado por un cáncer, la enfermedad de Crohn o por otro trastorno.

Tratamiento

- Procedimientos quirúrgicos
- Para fístulas causadas por la enfermedad de Crohn, fármacos

Previamente, el único tratamiento eficaz era la cirugía para abrir la fístula (fistulotomía). Durante la cirugía, a veces, el esfínter se corta parcialmente. Si el esfínter se corta demasiado, el paciente puede tener dificultades para controlar

las deposiciones. Los procedimientos quirúrgicos más recientes usan colgajos de avance (los colgajos se estiran sobre la abertura de la fístula) u otros procedimientos para cerrar el orificio interno de la fístula. Los tapones biológicos y las instilaciones de pegamentos de fibrina son alternativas a la fistulostomía.

Generalmente, no se recurre a la cirugía si el paciente tiene diarrea o enfermedad de Crohn, que podrían retrasar la cicatrización de la herida. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Crohn pueden ayudar al cierre de las fístulas.

14.- VARICES HEMORROIDALES

Las hemorroides, también llamadas almorranas, son venas hinchadas en el ano y la parte inferior del recto, similares a las venas varicosas. Las hemorroides pueden desarrollarse dentro del recto (hemorroides internas) o debajo de la piel alrededor del ano (hemorroides externas).

Casi tres de cada cuatro adultos tendrán hemorroides de vez en cuando. Las hemorroides tienen varias causas, pero a menudo la causa se desconoce.

Afortunadamente, existen opciones efectivas para tratar las hemorroides. Muchas personas obtienen alivio con tratamientos caseros y cambios en el estilo de vida.

Síntomas

Los signos y síntomas de las hemorroides generalmente dependen del tipo de hemorroide.

Hemorroides externas

Se ubican debajo de la piel que rodea el ano. Estos son algunos de los signos y síntomas posibles:

- Picazón o irritación en la zona anal
- Dolor o molestia
- Hinchazón alrededor del ano

- Sangrado

Hemorroides internas

Las hemorroides internas se encuentran dentro del recto. En general, no se pueden ver ni sentir, y rara vez causan malestar. Pero los esfuerzos o la irritación al evacuar los intestinos pueden causar:

- Sangrado indoloro durante las deposiciones. Puedes notar pequeñas cantidades de sangre de color rojo brillante en el papel higiénico o en el inodoro.
- Una hemorroide que empuja a través de la abertura anal (hemorroide prolapsada o protuberante), lo que provoca dolor e irritación.

Hemorroides trombosadas

Si la sangre se acumula en una hemorroide externa y forma un coágulo (trombo), puede provocar lo siguiente:

- Dolor intenso
- Hinchazón
- Inflamación
- Un bulto duro cerca del ano

Prevención

La mejor manera de prevenir las hemorroides es mantener tus deposiciones blandas para que pasen fácilmente. Para prevenir las hemorroides y reducir los síntomas de hemorroides, sigue estos consejos:

- Come alimentos ricos en fibra. Come más frutas, verduras y cereales integrales. Hacerlo ablanda las heces y aumenta su volumen, lo que te ayudará a evitar el esfuerzo que puede causar hemorroides. Agrega fibra a tu dieta progresivamente para evitar problemas de gases.

- Bebe mucho líquido. Bebe entre seis y ocho vasos de agua y otros líquidos (no alcohol) por día para mantener tus deposiciones blandas.
- Considera agregar suplementos de fibra. La mayoría de las personas no consumen la cantidad recomendada de fibra (de 20 a 30 gramos al día) en su dieta. Los estudios han demostrado que los suplementos de fibra de venta libre, como el psyllium (Metamucil) o la metilcelulosa (Citrucel), mejoran los síntomas generales y el sangrado de las hemorroides.

Si usas suplementos de fibra, asegúrate de beber al menos ocho vasos de agua u otros líquidos cada día. De lo contrario, los suplementos pueden causar o empeorar el estreñimiento.

- No hagas esfuerzos. Hacer esfuerzos y contener la respiración mientras evacuas los intestinos genera una gran presión en las venas de la parte inferior del recto.
- Ve al baño apenas te urja. Si esperas para evacuar y el impulso desaparece, la materia fecal podría secarse y ser más difícil de evacuar.
- Haz ejercicio. Mantente activo para prevenir el estreñimiento y para reducir la presión en las venas, lo cual puede ocurrir ante períodos largos estando parado o sentado. El ejercicio también puede ayudarte a perder el exceso de peso que podría estar contribuyendo a las hemorroides.
- Evita estar sentado durante mucho tiempo. Estar sentado durante mucho tiempo, en especial en el inodoro, puede aumentar la presión en las venas del ano