

**Universidad del Sureste.**

**Campus Tuxtla Gutiérrez.**

**Iris Rubí Vázquez Ramírez.**

**Lic. En medicina humana.**

**Segundo semestre.**

**Enfermedades del aparato digestivo.**

**Fisiología.**

**Dra. Magalli Guadalupe Escarpulli Siu.**

**Lunes 14 de junio del 2021.**

## ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO:

### 1.- CANDIDIOSIS ORAL

El microorganismo *candida albicans* se encuentra en la boca de más del 40% de los individuos sanos. El desarrollo de procesos infecciosos producidos por este germen se debe más a una disminución de la capacidad de resistencia del individuo que al poder patogénico del microorganismo. Las formas clínicas de candidiasis oral son: seudomembranosa o muguet, atrófica, hiperplásica, epidérmica perioral o perleche, estomatitis subprotésica dental y forma mucocutánea crónica.

La forma seudomembranosa o muguet se caracteriza por el desarrollo de placas que se desprenden fácilmente con el rascado, para dejar una superficie hemorrágica. La forma atrófica o glositis candidiasica atrófica se distingue por un eritema mucoso marcado con atrofia papilar que afecta especialmente al dorso de la lengua. En la forma hiperplásica se desarrollan placas blanquecinas, hiperqueróticas, que no se desprenden con facilidad; afecta especialmente a la cara lateral de la lengua. La forma epidérmica perioral o perleche se caracteriza por el desarrollo de erosiones superficiales y fisuración y afecta a las comisuras labiales.

La estomatitis subprotésica dental afecta especialmente al paladar superior con prótesis muy ajustadas y se caracteriza por maculas eritematosas bien delimitadas en las zonas de oclusión. La candidiasis mucocutánea crónica se expresa con sintomatología clínica semejante al muguet, aunque de duración más prolongada. Esta lesión puede deberse a un defecto de la inmunidad celular o humoral, de herencia autosómica dominante o recesiva. Existen formas de candidiasis crónicas asociadas a alteraciones endocrinas y a la presencia de autoanticuerpos.

### 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.

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, hernia de hiato, 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, 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 o el control natal, sedantes para el insomnio o la ansiedad o antidepresivos tricíclicos.

#### 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

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.

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 y 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.

## 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.

Se presenta dificultad para tragar y 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.

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 y 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 y falta de crecimiento

## 6.- HERNIA HIATAL

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. Sin embargo, una hernia de hiato grande puede permitir que la comida y el ácido se vuelvan por el esófago, y esto ocasiona acidez estomacal. Por lo general, las medidas de cuidado personal o los medicamentos pueden aliviar estos síntomas. Cuando la hernia de hiato es muy grande puede requerir cirugía.

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 y vómitos con sangre o heces de color negro, que pueden indicar sangrado gastrointestinal.

## 7.- GASTRITIS

La infección por *H. pylori* se asocia siempre a un mayor o menor grado de reacción inflamatoria en la mucosa gástrica. La respuesta inflamatoria puede adoptar dos patrones distintos: la gastritis crónica activa también denominada gastritis tipo B y la gastritis multifocal.

La gastritis crónica activa se caracteriza por la presencia de un inflamatorio crónico por linfocitos y plasmocitos de predominio astral, asociado a un infiltrado inflamatorio por polimorfonucleares. Dicho infiltrado polimorfonuclear es signo de una reacción inflamatoria aguda, pero dado el carácter crónico de la lesión, en este caso es más correcto denominarlo gastritis “activa”. Puede observarse también lesión del epitelio foveolar, depleción de moco y la aparición de folículos linfoides. Se observa *H. pylori* en la superficie epitelial y en el interior de las glándulas gástricas. El componente activo de la gastritis desaparece rápidamente con la curación de la infección. Sin embargo, infiltrado inflamatorio crónico y los folículos linfoides pueden persistir durante años.

La gastritis crónica atrofica multifactorial se asocia con una infección por *H. pylori* de larga evolución. El infiltrado inflamatorio es difuso y afecta al cuerpo y el antro. Además, se observa atrofia glandular y metaplasia de mucosa de tipo intestinal, con vellosidades, células con ribete en cepillo y células de Paneth. La erradicación de la infección puede producir una mejoría de la atrofia, pero la metaplasia intestinal raramente desaparece tras la erradicación.

La infección por *H. pylori* es, en general, asintomática y cuando se asocia a síntomas estos son los de las enfermedades relacionadas: úlcera péptica y sus complicaciones o neoplasia gástrica.

## 8.- ESTENOSIS PÍLORICA

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.

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.

## 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.

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.

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.

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); rastornos 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.

#### 10.- SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Es un trastorno digestivo caracterizado por alteración de los hábitos intestinales y dolor o malestar abdominales en ausencia de anomalías estructurales detectables. Su diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas. Los síntomas aparecen y desaparecen con el paso del tiempo y a menudo se superponen con otros trastornos funcionales, como fibromialgia, cefalea, dorsalgia o síntomas genitourinarios. La gravedad de los síntomas varía y puede alterar de manera significativa la calidad de vida. Intervienen de manera variable los siguientes factores: alteración de la interacción gastrointestinal, hiperplasia visceral, trastornos de la interacción entre encéfalo e intestino, procesamiento anormal en el sistema nervioso central, episodios autónomos y hormonales, factores genéticos y ambientales y trastornos psicológicos, depende del individuo.

Afecta a todas las edades, aunque la mayoría de los pacientes inicia con síntomas antes de los 45 años. Los síntomas fundamentales son dolor o molestia abdominal. Estos síntomas mejoran con la defecación, o bien pueden relacionarse con cambios de la frecuencia de la evacuación o la forma de las heces. El estreñimiento o la diarrea indolora no satisfacen los criterios diagnósticos para clasificar la alteración como IBS. Los síntomas de apoyo que no son parte de los criterios diagnósticos incluye esfuerzo durante la defecación, urgencia, tenesmo, evacuación de moco y distensión abdominal.

#### 11.- SINDROME DE INTESTINO PEREZOSO

El síndrome de intestino perezoso es un término que describe el movimiento muscular lento, débil o detenido en el colon que provoca que los desechos se muevan lentamente o, incluso, no se muevan. Si bien es cierto que con este término o hace referencia a un trastorno médico diagnosticable, ya que en realidad se trata de un síntoma, su uso está muy extendido para referirse a las personas que realizan digestiones lentas. También se conoce como colon atónico o estasis de colon.

La digestión lenta resulta en movimientos intestinales poco frecuentes, lo que los médicos llaman estreñimiento de tránsito lento. Una de las características de quienes la sufren es la dureza de sus heces. Esto hace que sean más difíciles de eliminar, lo que, a su vez, puede provocar complicaciones como hemorroides y

deposiciones dolorosas. Además, el intestino perezoso puede provocar otros efectos, como distensión abdominal y dolor y náuseas.

Sus causas suelen ser: el uso de laxantes, las personas que usan laxantes estimulantes durante períodos prolongados pueden tener dificultades para defecar sin ellas. Los laxantes estimulantes estimulan el peristaltismo, una serie de contracciones musculares que el cuerpo usa para mover los alimentos a través del tracto digestivo. Con el tiempo, el cuerpo puede volverse dependiente de esta estimulación y puede desarrollar un peristaltismo más lento o menos efectivo.

Toma de medicamentos. Algunos medicamentos, incluidos los opioides, pueden retrasar la digestión y causar estreñimiento.

Bloqueo físico. Una posibilidad es que por diferentes motivos se produzca un bloqueo físico dentro del tracto digestivo, lo que, obviamente, puede retrasar la digestión.

Síndrome del intestino irritable. Este síndrome puede ser causa de estreñimiento, gases, diarrea y otros problemas digestivos.

Enfermedad de la tiroides. No es extraño que algunas personas con tiroides hipoactiva o hipotiroidismo experimentan estreñimiento crónico y una digestión lenta.

Lesiones nerviosas. Sufrir este tipo de problemas puede retrasar la digestión y causar el síndrome del intestino perezoso. Las lesiones neurológicas, como la médula espinal, o las lesiones cerebrales traumáticas, también pueden generar el mismo efecto.

## 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.

Cualquier persona puede padecer pólipos en el colon. Corres un mayor riesgo si tienes 50 años o más, si tienes sobrepeso o fumas, o si tienes antecedentes personales o familiares de pólipos en el colon o de cáncer de colon.

Muchas veces, los pólipos en el colon no provocan síntomas. Es importante someterse a análisis para la detección periódicos, como una colonoscopia, ya que los pólipos en el colon hallados en los primeros estadios generalmente pueden

extirparse por completo de manera segura. La mejor prevención para el cáncer de colon son los exámenes para la detección periódicos.

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.

### 13.- FISTULA RECTO-PERIANAL.

La fístula anorrectal es un canal anómalo que va del ano o el recto hasta la piel próxima al ano, aunque a veces puede ir hacia otro órgano, como la vagina.

Las fístulas anorrectales son frecuentes en personas que sufren un absceso anorrectal, la enfermedad de Crohn o tuberculosis, 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.

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.

#### 14.- VARICES HEMORROIDALES

Las hemorroides son estructuras anatómicas normales que recubren el canal anal. Forman unas almohadillas vasculares compuestas por arteriolas, venas, musculo liso, tejido conectivo y elástico recubierto por mucosa y submucosa.

La enfermedad hemorroidal surge cuando los plexos hemorroidales aumentan de tamaño, originan manifestaciones clínicas y pueden prolapsarse a través del canal ana. El crecimiento del plexo hemorroidal superior origina las hemorroides internas, que se sitúan por encima de la línea dentada, se halla recubierta por mucosa y epitelio columnar. El crecimiento del plexo hemorroidal inferior da lugar a las hemorroides externas, que se localizan por debajo de la mencionada línea y están recubiertas por epitelio escamoso, anodermo o piel; la combinación de ambos tipos de hemorroides constituye las denominadas hemorroides mixtas y es posible la existencia de anastomosis libres entre los dos plexos hemorroidales.

Las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados: 1) hemorroides de primer grado, cuando se proyecta algo sobre la luz del canal anal cuando las venas están congestionadas tras defecar; 2) hemorroides de segundo grado, que se prolapsa a través del canal anal durante la defecación, pero se reducen de forma espontánea; 3) hemorroides de tercer grado, cuando el prolapso requiere reducción manual, y 4) hemorroides de cuarto grado, si son irreducibles.

Los factores que determinan el crecimiento de las hemorroides y su prolapso no se conocen, pero se piensa que debilitan los mecanismos de anclaje (estroma fibroelástico y musculo liso) y/o incrementan la presión en el interior de aquellas. Factores patogénicos que se postulan como predisponentes, aunque no existe una base rigurosa que los sustente, son: estreñimiento, esfuerzo defecatorio intenso y crónico, permanecer sentado prolongadamente en el sanitario, la diarrea, condiciones que aumenten la presión intraabdominal (embarazo, ascitis y lesiones pélvicas ocupantes de espacio) e historia familiar de enfermedad hemorroidal.

Tradicionalmente se atribuye a las hemorroides cinco manifestaciones clínicas: rectorragias, prolapso, prurito, ensuciamiento y dolor. La hemorragia puede estar presente en todos los grados hemorroidales, suele aparecer en relación con la defecación y su intensidad es variable. La sangre es roja y brillante e inmediatamente después de la defecación, al provenir de comunicaciones arteriales del plexo hemorroidal