 

DOCENTE:

D. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:

JONATHAN SURIANO CRUZ

MATERIA:

CLINICAS QUIRURGICA COMPLEMENTARIA

TEMA:

RESUMEN

DEFINICIÓN: El SII es un trastorno funcional crónico y recurrente caracterizado por dolor y distensión abdominales, y cambios en el patrón evacuatorio. Es muy frecuente en la población general y constituye una de las primeras causas de consulta a medicina general y gastroenterología. Aunque su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados, en general va de 10 a 20% de la población general, con predominio del sexo femenino (relación mujer/hombre 2:1); se relaciona con disminución importante de la calidad de vida y altos costos de la atención médica.

Los criterios de Roma constituyen un esfuerzo de homologar a los pacientes con el objeto de incluirlos en estudios clínicos. Los criterios de Roma II son más sencillos de recordar y aplicar, pero difieren de los de Roma I en que son más restrictivos y poseen menor sensibilidad. Los criterios de Roma III se basan en el cambio de forma y consistencia de la evacuación, que es uno de los mejores predictores del tránsito intestinal en los pacientes con SII.

FISIOPATOLOGÍA: El SII es un trastorno multifactorial. Hasta el momento no existe una causa bien definida ni un agente etiológico único discernible. Es una alteración a la que puede aplicarse un enfoque biopsicosocial a causa de los múltiples factores que participan en su desarrollo. Con objeto de simplificar las diversas teorías, éstas se dividen en: trastornos de la motilidad; hipersensibilidad visceral y el concepto del eje cerebro-intestino; inflamación de la pared intestinal, y factores psicológicos.

Los pacientes con SII tienen diversos trastornos de la motilidad con mayor frecuencia que la población general. Se describen alteraciones en la actividad eléctrica gástrica, aumento de la frecuencia del complejo motor migratorio, con incremento de las contracciones yeyunales y la propulsión ileal, y respuestas motoras exageradas al alimento y el estrés emocional, sobre todo en el colon. Múltiples estudios demuestran que los sujetos con SII tienen una percepción anormal de dolor ante un estímulo visceral que no es doloroso para un sujeto normal; este fenómeno se denomina hipersensibilidad visceral (HV). El ejemplo clásico experimental sería la distensión de un balón en el recto. Los sujetos con HV tendrán una sensación de dolor o de querer evacuar el recto con presiones más bajas que los sujetos control. Esta percepción de las sensaciones viscerales la determinan fibras aferentes de pequeño diámetro que llevan la información a la médula espinal y el tallo cerebral, y de estos sitios de relevo se proyecta al hipotálamo y la amígdala, entre otros.

En otras palabras, las sensaciones viscerales como dolor, náusea, saciedad y hambre son experiencias subjetivas y conscientes que resultan de sensaciones moduladas por diversos factores emocionales, cognitivos y motivacionales representadas a nivel de la corteza insular. Mediante estudios de resonancia magnética cerebral funcional (MRIf) se han determinado diversos patrones de actividad cerebral en pacientes con SII que difieren de los de sujetos normales y que involucran la corteza insular, la amígdala y el puente dorsal.

En 7% a 15% de los individuos con SII puede obtenerse el antecedente de gastroenteritis al inicio de la sintomatología. Se cree que estos pacientes pueden tener una inflamación de bajo grado o inflamación microscópica no específica caracterizada por incremento de la celularidad de la lámina propia del colon con aumento de los mastocitos e hiperplasia de las células enterocromafines, así como mayor permeabilidad de la mucosa.

Cuadro clínico y datos de alarma: Como el paciente con SII tiene síntomas crónicos, al momento de la entrevista es importante determinar qué fue lo que lo motivó a buscar atención médica en ese momento específico. Muchos individuos con SII tienen miedo de padecer una enfermedad orgánica seria, como cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal, o algún evento estresante exacerbó los síntomas. Es importante desarrollar una buena relación médico-paciente desde el principio, porque de ello depende en menor o mayor grado el éxito del tratamiento. En el SII el dolor abdominal suele localizarse en la parte baja del abdomen, puede ser cólico, calambre o punzante y, por definición, la evacuación debe brindar algún alivio. No obstante, el dolor también puede presentarse en otros sitios del abdomen. Es importante hacer una semiología completa del dolor para establecer el diagnóstico diferencial adecuado con otras causas de dolor abdominal, como trastornos biliares, enfermedad ulceropéptica y urolitiasis, y con problemas ginecológicos, entre otros.

Con respecto al hábito intestinal, debe determinarse lo que estreñimiento o diarrea significan para el paciente. Estreñimiento puede significar frecuencia disminuida para una persona y sólo pujo para otra. La diarrea puede consistir en evacuaciones sólidas, pero más frecuentes para alguno mientras que para otro es una sola evacuación líquida diaria.

Evaluación diagnóstica: En pacientes jóvenes sin datos de alarma el diagnóstico de SII puede establecerse con certeza mediante bases clínicas y requieren pocos procedimientos diagnósticos adicionales. En ellos debe evitarse el uso excesivo de pruebas diagnósticas con una probabilidad "pretest" baja porque la mayor parte de tales estudios será falsos positivos, lo que promueve el encarnizamiento diagnóstico. Los estudios mínimos a solicitar consisten en biometría hemática completa para descartar anemia y velocidad de eritrosedimentación o proteína C reactiva para excluir procesos inflamatorios concomitantes. Si el paciente tiene diarrea además se incluye exámenes de heces en busca de leucocitos, sangre, huevos o parásitos.

TRATAMIENTO: dieta, fibra, Estos fármacos actúan a través de un efecto anticolinérgico o como relajantes directos de la musculatura lisa, ya sea bloqueando los canales de calcio o como antagonistas de opiáceos. Son de uso generalizado, pero su eficacia es variable. Antidiarreicos Como los antiespasmódicos, estos agentes se usan para controlar síntomas de acuerdo con el predominio individual. La loperamida es un agente antidiarreico agonista de los receptores opiáceos que disminuye el tránsito intestinal, la diarrea, la urgencia y la incontinencia. Laxantes: En los pacientes con predominio de estreñimiento, los laxantes osmóticos, como el polietilenglicol y el disacárido no absorbible lactulosa, son los agentes de primera elección. Los osmóticos deben emplearse con cuidado y a dosis escaladas porque producen flatulencia y cólico abdominal.

Tegaserod: Este fármaco agonista de los receptores 5HT4 es efectivo y está aprobado para pacientes con SII y predominio de estreñimiento. Es efectivo para disminuir el dolor abdominal, la distensión y el estreñimiento. Lubiprostona: Este agente es un ácido graso bíciclico que estimula la secreción de agua al activar los canales tipo 2 que se localizan en la membrana apical del enterocito. Inicialmente se aprobó para el estreñimiento crónico y después se comprobó su eficacia contra placebo en el SII con predominio de estreñimiento.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal, que suele afectar el segmento distal del íleon y el colon, pero puede localizarse en cualquier parte del tubo digestivo. Los síntomas incluyen diarrea y dolor abdominal. Pueden ocurrir abscesos, fístulas internas y externas y obstrucción del intestino.

La enfermedad de Crohn comienza con inflamación y abscesos de las criptas, que progresan a pequeñas úlceras aftoides focales. Estas lesiones mucosas pueden evolucionar a úlceras longitudinales y transversales profundas, con edema de la mucosa interpuesta, lo que crea un aspecto de empedrado típico del intestino. La propagación transmural de la inflamación causa linfedema y engrosamiento de la pared intestinal y el mesenterio. Por lo general, la grasa mesentérica se extiende sobre la superficie serosa del intestino. A menudo, se observa agrandamiento de los ganglios linfáticos mesentéricos. La inflamación extensa puede causar hipertrofia de la muscular de la mucosa, fibrosis y formación de estenosis, que pueden provocar obstrucción intestinal.

Los abscesos son comunes, y las fístulas suelen penetrar hasta estructuras contiguas, como asas intestinales, vejiga o músculo psoas. Las fístulas pueden extenderse incluso a la piel de la pared abdominal anterior o de los flancos. Independientemente de la actividad de la enfermedad intraabdominal, se observan fístulas y abscesos perianales en el 25-33% de los casos; estas complicaciones suelen ser los aspectos más problemáticos de la enfermedad de Crohn. La enfermedad de Crohn se clasifica en 3 patrones principales: (1) fundamentalmente inflamatorio, que después de varios años suele evolucionar a (2) fundamentalmente estenótico u obstructivo o a (3) fundamentalmente penetrante o fistulizante. Estos diferentes patrones clínicos imponen distintos enfoques terapéuticos. Algunos estudios genéticos sugieren una base molecular de esta clasificación.

Las manifestaciones iniciales más comunes de la enfermedad de Crohn son: Diarrea crónica con dolor abdominal, fiebre, anorexia y pérdida de peso. El abdomen es doloroso a la palpación, y puede palparse una masa o zona ocupada. La rectorragia macroscópica es inusual, excepto en la enfermedad colónica aislada, que puede tener manifestaciones similares a las de la colitis ulcerosa. Algunos pacientes debutan con un abdomen agudo que simula apendicitis aguda u obstrucción intestinal. Alrededor del 33% de los pacientes tienen enfermedad perianal (en especial, fisuras y fístulas), que a veces es la manifestación más notoria o, incluso, la inicial.

En los niños, las manifestaciones extraintestinales suelen predominar sobre los síntomas digestivos; la artritis, la fiebre de etiología desconocida o el retraso de crecimiento pueden ser un síntoma de presentación, mientras que puede no haber dolor abdominal ni diarrea. En caso de enfermedad recurrente, los síntomas varían. El dolor es muy frecuente y aparece tanto con la recurrencia simple como con la formación de abscesos. Es probable que los pacientes con exacerbación intensa o absceso presenten marcado dolor a la palpación, defensa, dolor a la descompresión y aspecto tóxico general. Los segmentos estenóticos pueden causar obstrucción intestinal, con dolor cólico, distensión, estreñimiento y vómitos. Las adherencias de cirugías previas también pueden provocar obstrucción intestinal, que comienza rápidamente, sin el pródromo de fiebre, dolor y malestar general típicos de la obstrucción secundaria a exacerbación de la enfermedad de Crohn.

DIAGNOSTICO: Radiografías baritadas de intestino delgado. TC abdominal (convencional o enterografía por TC). En ocasiones, enema de bario, enterografía por resonancia magnética (RM), endoscopia alta, colonoscopia y/o videoendoscopia con cápsula.

TRATAMIENTO: Loperamida o antiespasmódicos para alivio sintomático. Ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) o antibióticos. Otros fármacos según los síntomas y la gravedad (p. ej., fármacos inmunomoduladores y agentes biológicos). En ocasiones cirugía.

La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) es una enfermedad inflamatoria del colon (intestino grueso). Está caracterizada por la inflamación y ulceración de la pared interior del colon. Los síntomas típicos incluyen diarrea (algunas veces con sangre) y con frecuencia dolor abdominal.

Tipos de colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI)

Cuando la CUCI afecta solamente la parte inferior del colon, el recto, se llama proctitis ulcerosa. Si la enfermedad afecta solamente el lado izquierdo del colon, es llamada colitis limitada o distal. Si involucra el colon completo, es llamada pancolitis.

Se desconoce la causa de esta enfermedad. No se cree que sea causada por estrés emocional o por alimentos, o que sea transmitida directamente de persona a persona. Existen un gran número de estudios de investigación que han indicado que la inflamación en los casos de enfermedad inflamatoria intestinal involucra una interacción compleja entre los genes heredados por el paciente, su sistema inmunológico y algunos elementos del medio ambiente como infecciones bacterianas.

El primer síntoma de la CUCI es un aflojamiento progresivo del excremento. El excremento generalmente tiene sangre y puede asociarse con retortijones de dolor abdominal y severa urgencia de evacuar. La diarrea puede empezar lentamente o de repente. Adicionalmente, puede haber lesiones en la piel, dolores en las articulaciones, y en niños, falta de crecimiento adecuado.

Los médicos diagnostican la CUCI basados en la historia clínica del paciente. La principal meta de los exámenes médicos es diferenciar la CUCI de otras causas infecciosas de diarrea. Así, se realizan exámenes de excremento para eliminar la posibilidad de diarrea causada por bacteria, virus y parásitos y después, generalmente los pacientes son sometidos a una evaluación del colon llamado colonoscopia, en donde también se toman muestras del tejido del colon que son analizadas por los especialistas en patología. Este estudio, además de determinar el tipo de enfermedad inflamatoria, permite descartar otro tipo de padecimientos como cáncer de colon u otros no cancerígenos, pero igualmente importantes.

En pacientes con CUCI leve a moderada activa de cualquier extensión más allá de proctitis se recomienda la combinación de 5-ASA oral en dosis entre 2 a 4.5g/día y tratamiento tópico con mesalazina a dosis de 1 a 4g/día sobre el tratamiento oral único para inducir la remisión.