



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar*

*Nombre del tema: Fisiopatología gastrointestinal*

*Nombre de la Materia: Fisiopatología*

*Nombre del profesor: Miguel Basilio Robledo*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: 3°*

-cirugía antirreflujo

• ETAPA IV

Deben administrarse un min. 8 semanas de Tx inicial y otros de mantenimiento - largo plazo.

Logran cicatrizar 80% esofagitis.



- IBP's: omeprazol, lansoprazol, esomeprazol

• ETAPA III

- Procinéticos (Domperidona, metoclopramida)

- Antagonistas de receptores H<sub>2</sub> (ranitidina, famotidina, nizatidina)

• ETAPA 2

- antiácidos

- Modificación de estilo de vida

• ETAPA 1

Tx

Dx

- Esofagograma
- Endoscopia
- PH-metría - muy útil para reflujos.
- Manometría
- IEL con PH intraesofágico.
- Prueba terapéutica con Inhibidor de bomba de protones (omeprazol 20mg BID, lansoprazol 30mg BID) por 1-2 semanas con mejoría en 50% - es ERGE.

1. Distorsión de barrera antirreflujo en la unión esofagogastrica
2. Relaxaciones transitorias de EEI (Esterio esofagico inferior).
3. Motilidad anormal o inefectiva del cuerpo esofagico
4. Modificación de vaciamiento gástrico
5. Mayor productividad de colico y componentes. fumadores también.

**Trisopatología**

Comprende un conjunto de síntomas o lesiones histopatológicas del esófago causados por retorno del contenido gástrico o gastroduodenal hacia el esófago.

**Definición**

**Epidemiología**

- 3 a 4% de la población
- ↑ hasta 5% en >55 años
- Mujeres embarazadas - incidencia más ↑ de síntomas ya que el 48-79% tiene pirosis diaria.

**Enfermedad por**

**reflujo gastroesofágico**  
**ERGE**

**clínica**

Barret = metaplasia intestinal en esofago

**Manifestaciones esofágicas**

- Pirosis - sensación de quemadura retroesternal que se irradia a garganta.
- Regurgitación
- Disfagia - sensación que alimento se atorra en esofago
- ↳ De forma progresiva puede indicar desarrollo de adenocarcinoma esofágico.
- Hemorragia GI - 2 a 6%.
- hipo, eructos, halitosis o sialorrea.

**Extraesofágicas**

- Disfonía, dolor faríngeo, otitis, laringitis, estenosis y carcinoma laríngeo

**Etiología.**

- Después de las comidas.
- Relaxaciones transitorias del EEI (RTEEI - por liberación de gastrina y colecistocinina)
- Falla motora de M. del cuerpo de esofago. esta motilidad provoca retraso en vaciamiento gástrico - a causa de la anomalía.
- La menor producción de saliva

**PULMONARES**

- Asma bronquial
- Neumonía
- Apnea
- Bronquiectasia
- Fibrosis pulmonar idiopática
- Dolor torácico no cardiaco
- Pérdida de esmalte de dientes.

## Trastorno primario de la motilidad esofágica

Caracterizado por una deficiente relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), pérdida de peristalsis esofágica

"Falla para relajarse"

### Definición

### Epidemiología

A pesar de baja incidencia (1:100 000 habitantes), segunda causa de cirugía esofágica en mundo.

# Acalasia

### Etiología

Teorías

- Componente genético por mayor prevalencia del antígeno DQW1
- Viral o isquémica del esófago
- hasta ahora se considera idiopático

### Clinica

- Entre tercera y quinta décadas de la vida
- Disfagia tanto a sólidos como a líquidos - asociado con regurgitación
- Dolor torácico - mitad de sujetos
- Pérdida de peso
- Pirosis - por lo cual se puede confundir con ERGE
- No responden a IBP'S.

### Dx

- Radiografía de tórax.
- Esofagograma con bario
- Endoscopia
- Manometría.

### Tx

- Toxina botulínica tipo A 100 U
- Endoscópico.
  - Nifedipino.
  - Dinitrato
  - BCC y nitratos por vía sublingual
- Tx farmacológico

### Fisiopatología

Hallazgo de anticuerpos circulantes contra el plexo mientérico - por lo cual se considera autoinmunitaria

Anormalidades motoras debidas a pérdida de las neuronas mientéricas, que coordinan peristalsis esofágica y relajación de esfínter esofágico inferior

← Presión del esfínter esofágico < 6 mmHg

- Quirúrgico →
- Procinéticos
- IBP's
- Bloqueadores H<sub>2</sub>
- Dieta hipocalórica

Son aquellas en las cuales, una parte o la totalidad del estómago pasa a través del hiato esofágico hacia el mediastino posterior

por 3 mecanismos dados entre sí:

- Aumento de presión intraabdominal
- Dilatación del hiato esofágico, un encogimiento del esófago por un proceso de sobre estimulación vagal o anomalías congénitas

Tipos

- Tipo I: Por deslizamiento
- Tipo II: Paraesofágica
- III: Mixta - Paraesofágica y deslizamiento
- IV: Mixta - además de rotación gástrica existe herniación de otros órganos abdominales como ID, hígado, colon inclusive páncreas

• Se desconoce - se considera que es por estiramiento de las inserciones fasciales entre el esófago y el diafragma.

# Hernia hiatal

Tx

Fisiopatología

Etiología

Dx

Clínica

Clasificación

• Serie esofagogastrica (telerradiografía de tórax o una placa lateral de tórax)

• Endoscopia

• Endoscopia con toma de biopsia

- No manifiestan síntomas
- Dolor urente retroesternal y epigástrico
- Regurgitación - Después de comer
- Esfínter esofágico inferior defectuoso
- Disfagia - cuando hay edema de la mucosa por inflamación, estenosis o peristalsis inadecuada
- Hemorragia - puede ser úlcera (no péptica)
- > 40 y 50 años.

Tipo I: Esofagogastrica directa o por deslizamiento del cardias al mediastino.

Tipo II: Paraesofágica o por enrollamiento. Desplazamiento de fundus hacia arriba con cardias en posición normal.

Tipo III: Mixta. Desplazamiento del cardias y fundus

Tipo IV: Víscera diferente al estómago como colon, ID, bazo o páncreas

# Dispepsia

Conjunto de síntomas que se caracteriza por dolor o malestar referido a la parte central y mitad superior del abdomen - 25% en las últimas 4 semanas. No guarda relación con ingesta y no hay causa orgánica o alteración metabólica que justifique síntomas. (Dolor abdominal epigástrico.)

## Definición

## Factores de riesgo.

- Consumo de tabaco.
- Alcohol
- Café
- dietas ricas en grasas
- AINEs
- Estrés
- Ansiedad
- Depresión
- Neurosis
- uso de AINE'S

## Mecanismos que contribuyen

- Reflujo gastroesofágico.
- Disfunción motora gástrica
- Hipersensibilidad visceral aferente
- Activación inmunitaria eosinófilos y mastocitos.
- H. pylori.

## Tx

- Sin signos y síntomas de alarma o ERGE Tx empírico.
- Procinéticos, como metoclopramida
- Ranitidina
- Omeprazol. No seguir si hay mejoría después de 4 a 12 semanas.
- Después de 4 a 12 sin mejoría Iniciar Tx contra H. pylori
- Siempre y cuando no existan Sx de ERGE - Incorporando bismuto (terapia cuádruple)
- con datos de dispepsia y Pirosis. - tratar como ERGE.
- AINE que no sea posible suspenderse debe indicar omeprazol o reemplazar AINE por paracetamol (dolor) o celecoxib. si es necesario y no existe contraindicado.
- con antecedentes y recurrencia de síntomas después de 6 meses - se debe repetir Tx.

## Fisiopatología

Intervienen factores

- Psicosociales: estrés, personalidad o rasgos neurotóxicos
- Inflamatorios gástricos: Infección H. pylori, exceso de contenido de A. del estómago
- Inflamatorias duodenales: por virus, bacterias, alergia alimentarias

## Dx

- Endoscopia - Elección
- Primera consulta - BHC, USG y asociadas. (patologías) QS - por anemia.
- PPH, radiografías simples o serie esofagoduodenal (SEGD)
- Prueba de aliento - elección y para comprobar erradicación en Bx con H. pylori.

• Reflujo gastroesofágico: tanto distensión gástrica como anómala percepción de ácido

• Trastornos de motilidad GI

## Clínica

- Dolor o malestar referido a la parte central y mitad superior del abdomen - al menos en 25% de los días en las últimas 4 semanas.
- Ausencia de daño orgánico demostrado por endoscopia GI alta
- Recurrencia de síntomas en los últimos 1 y 6 meses - Datos de alarma:
- > 50 años
- Distagia
- Anemia
- Pérdida de peso no intencionada o inexplicable > 5%
- Hemorragia digestiva manifestada por hematemesis y/o melena
- Vómito persistente
- Accesos de tos con broncoaspiración nocturna.

Hallazgos histológicos de mucosa gástrica inflamada. Se distingue en (aguda-corto plazo, crónica-largo). También se usa para el tipo de infiltrado inflamatorio (Agudo - por neutrófilos), (crónico - por c. monocelulares).

## Epidemiología

2008  
 Mujeres: 66.86% - 2,269.67  
 Hombres: 1,230.12  
 100,000 habitantes.

## Etiología

- Bacterianas
- AINES
- Alcohol
- Enfermedades graves asociadas.
- H. pilory.

## Clinica.

- Con ingesta alta de AINES  
 ↑ riesgo - dispepsia
- Aparición de sangrado gástrico digestivo alto (melena o hematemesis).
  - Color negro de evacuación puede ser de utilidad en determinar si sangrado es agudo
  - Sangrado repetido de 72 hrs - morbilidad y mortalidad.
  - Cardiopatía congestiva / fallo renal - Para hospitalización - Escala ROCKALL.
  - Sangrado en tubo digestivo.
  - Anticoagulantes se suspenden - Aspirina y AINES y Clopidogrel, ticlopidina, dipyridamol y Inhibidores de GP IIb/IIIa

## Definición

# Gastritis Aguda y crónica

## Dx

- Elección - endoscopia EGD.
- Puntaje mayor de 2 - ROCKALL

## Fisiopatología

se basa en capacidad de la barrera gástrica para resistir efectos de su propia secreción, contiene componentes preepiteliales, epiteliales y subepiteliales.

Aguda: caracterizada por infiltrado inflamatorio predominio neutrófilos y es usualmente transitorio. en su naturaleza puede ser con hemorragia de mucosa, erosiones y si las lesiones son muy severas - asociarse a sangrado

Crónicas: infiltrado de linfocitos, células plasmáticas o ambas, si presentan plasmocitos toma denominación: Gastritis crónica activa.

## Tx

Inicial.  
 - IBP's > eficacia a bloqueadores H<sub>2</sub>.  
 Afectan resultados en endoscopia.

Omeprazol - primera elección  
 Eradicación H. pilory.

- Mono terapia
- Triples o cuádruples (bismuto)
- Amaxi - 2 veces día 1g.
- Clari - 500 mg 2 veces día
- IBP - Dosis doble x 14 días.

En alergia a amoxicilina - tetraciclina (500 mg 4 veces / día) o metronidazol.

- Sales de bismuto - 4 tomas día y dosis promedio de 525 mg.

Alergia a penicilina,  
 levofloxacino 500 mg c/12 hrs.  
 Clari - c/12 hrs 500 mg.  
 Omeprazol 20 mg c/12 hrs x 10 a 14 días.

erradica H. pilory - 80% a 10 días.

# Tx

- Soporte vital
- Terapia de supresión de ácido (inhibidor de bomba de protones).

• Tx - *H. pylori*

- Descontinuar AINE, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes.

- Cirugía de urgencia

En Rx con Hb > a 10g/dL difícilmente requiriran transfusión de paquetes globulares

- IBP

- Agentes procinéticos

Tx con úlcera con coágulo adherido lavar energicamente y tratar la lesión encontrada.

# Dx

- Alto:
- BHC
  - QS (glucosa, urea, creatinina)
  - Aminotransferasas (AST, ALT)
  - TP, TPT e INR
  - EKG seriado y enzimas de daño miocárdico
- Primera intención:
- Radiografía de tórax en bipedestación
  - Ultrasonografía
  - Endoscopia

Patología del tracto GI caracterizada por el desequilibrio entre secreción de pepsina y producción de  $\text{H}^+$  clorhidrico que provoca daño a la mucosa del estómago, duodeno proximal, la del esófago distal, aunque también puede afectar al duodeno y yeyuno.

# Definición

# Epidemiología

Países desarrollados.  
- 36 a 170 casos x 100.000 habitantes  
En México se reportan tasas de mortalidad: 3:1 en hospital.

# Úlcera peptídica

# Etiología

- Uso de AINE's incluyendo dosis bajas de aspirina.
- Por *H. pylori*
- Cáncer
- Tabaquismo
- Ayuno prolongado
- Cirugía bariátrica después de bypass gástrico.
- Cáncer gástrico.

# Fisiopatología

Existe una secreción desequilibrada entre pepsina y  $\text{H}^+$  clorhidrico, hay daño a mucosa de estómago, duodeno, esófago distal, yeyuno en una hematemesis con origen de sangrado proximal a ligamento de Treitz.

- Fases
1. primeras 2 hrs
  2. 2 a 12 hrs
  3. > 12 hrs.

Dolor abdominal súbito. por lo que se piensa Rx mejorá a dolor y rigidez

# Clinica

- con sangrado:
- Hematemesis
  - Sangrado en posos de café - sangrado intenso
  - Melena
  - Vómito con sangre fresca:
  - Hematoquezia
  - anemia
  - Fatiga, mareo, Palidez
  - Presíncope / síncope
  - Hipotensión arterial
  - Taquicardia ortostática

- UPC: Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho
- Taquicardia
  - hipovolemia leve o moderada

El tx sera dado conforme sean las afecciones presentadas

Ejem-

- Cambios en dieta
- Ejercicio
- Antibióticos
- Analgésicos
- AINES
- laparotomía.

Conforme sea necesario

Tx

Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente. (generalmente de <math>48</math> hrs).

Definición

# Abdomen agudo

Dx

- Cirugía laparoscopia 95%
- Anamnesis, EF
- No invasivos
- USG
- TAC
- Resonancia magnetica
- Invasivos
- Punciones guiadas o no por usg
- Lavado peritoneal
- laparoscopia
- Endoscopia
- laparotomía

Peri-umbilical:

- Obstrucción intestinal
- Pancreatitis aguda
- Diverticulitis

CIID:

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Salpingitis aguda
- Quiste de ovario complicado
- Embarazo ectópico roto
- Tumor o cuerpo extraño en colon descendente
- Colículo uretral

Clínica.

Por área abdominal

- **ESD:** Pancreatitis aguda
- Hepatitis aguda
- Hepatomegalia congestiva aguda
- Neumonía con reacción pleural
- Pielonefritis aguda
- Angina de pecho
- Absceso hepático

CSI:

- Pancreatitis aguda
- Aneurisma aórtico
- Colitis aguda
- Pielonefritis
- Neumonía
- T.A.M.

Epidemiología

- 6 a 65%. mortalidad atribuible a traumatismo abdominal es de un 10%.
- México - Primer causa de muerte en personas jóvenes

Etiología - fisiopatología

- Traumático.
- No traumáticos:
- Perforación de víscera hueca (por enfermedad)
- ácido péptico/salmonella,
- divertículo de meckel
- Isquemia intestinal,
- Diverticulitis aguda
- Cáncer
- Sangrado de T. digestivo
- Pancreatitis
- Oclusión intestinal
- litos en coledoco o válvula ileocecal.
- Gineco-obstétricas
- Enfermedad pélvica inflamatoria, Salpingitis aguda, quista de ovario complicado
- Embarazo complicado - ectópico
- Apendicitis aguda
- colecistitis aguda



## Epidemiología

Causa más común de cirugía abdominal, > en occidente 70% de pacientes tiene < 30 años y son mayormente varones

## Etiología

- Por obstrucción de luz apendicular.
- Feculitos - obstrucción por cuerpos extraños, hiperplasia del T. linfático.

Inflamación del apéndice cecal o vermiforme; con obstrucción de luz apendicular ↑ de presión intraluminal - acumulo de moco.

## Definición

# Apendicitis

## Clínica Fisiopatología

- Síntomas inespecíficos
- Dolor en cuadrante derecho
- Rigidez abdominal
- Migración del dolor periumbilical en CID
- Vómito
- Anorexia
- Fiebre

- Por un proceso obstructivo
- Inflamación de mucosa por c. polimorfonucleares y desarrolla microabscesos en pared
- Se desarrolla apéndice con litos

## Clasificación

- No complicada: Catarral o mucosa, fibrinosa, purulenta.
- Complicada: Gangrenosa y perforada.

## Apendicitis no perforada

- Quirúrgico laparoscopia abierta o vía laparoscópica.

## Apendicitis no complicada

- Antibióticos protálacticos
- Quirúrgico
- Cefalosporinas de 2da generación

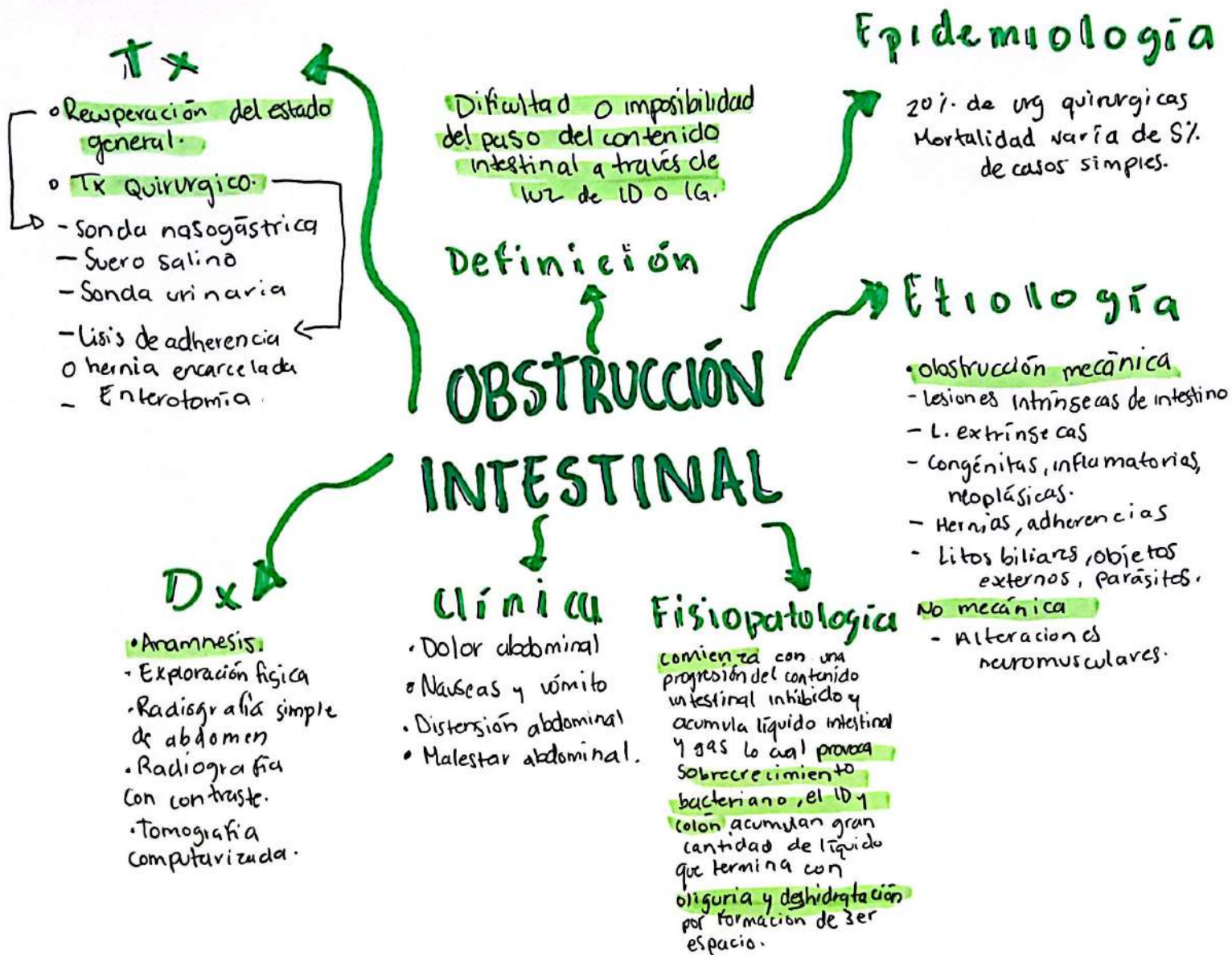
Tx

## Perforada

- Apendicectomía de urg.
- Antibióticos - ampicilinas - fluorquinolonas - cefalosporinas de 3ra generación

## Dx

- Tomografía computarizada
- Ecografía



- suero bitartrato
- sonda urinaria

### Recuperación del estado general

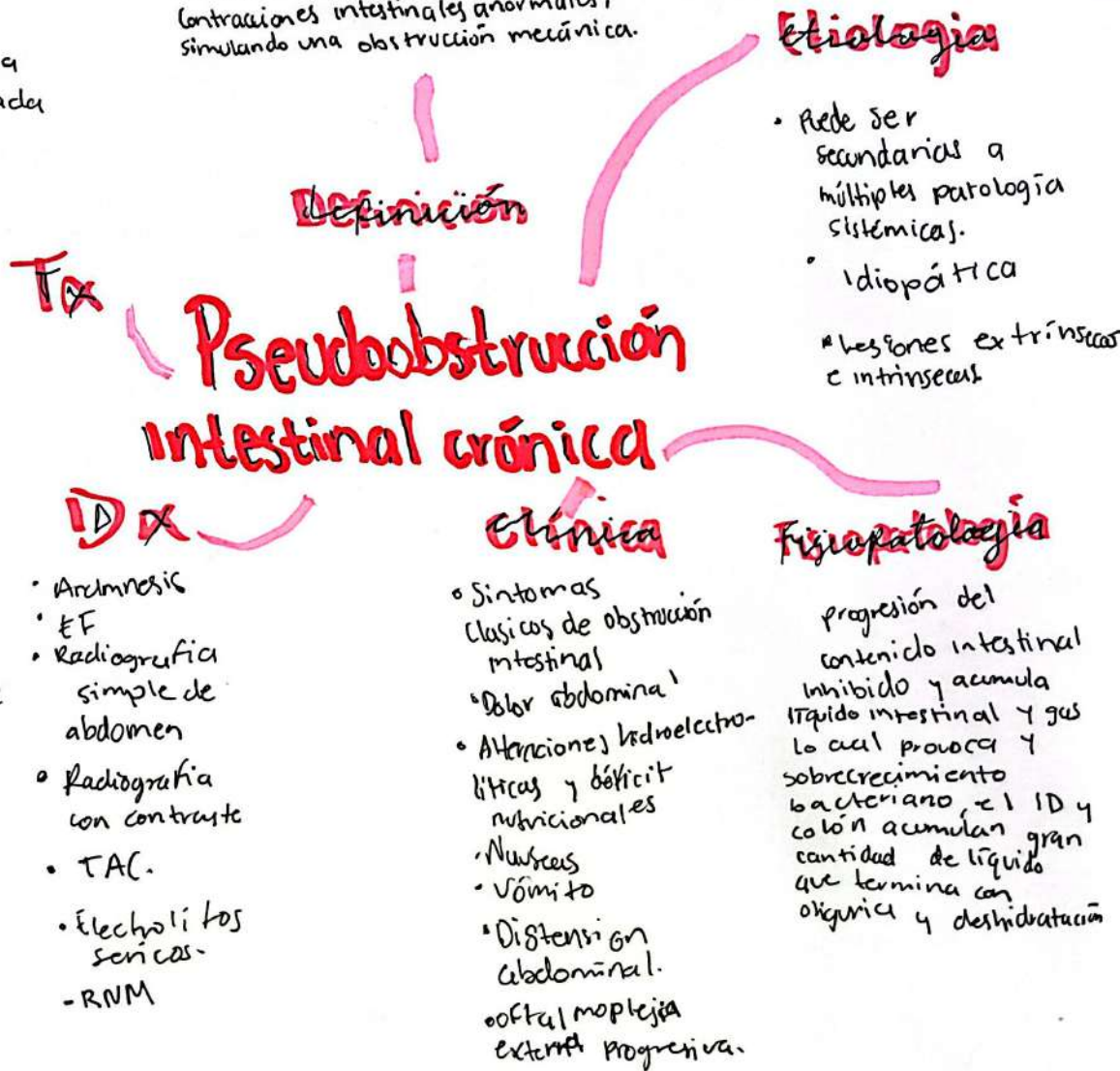
- Lisis de adherencia
  - hernia encarejada
- Entero fobia

### Tx Quirúrgico

- Farmacológico
- Proquinéticos
- Analgésicos

No farmacológico  
Manejo nutricional

Patología poco frecuente, que consiste en un desorden en la motilidad intestinal, produciéndose contracciones intestinales anormales, simulando una obstrucción mecánica.



### Etiología

- Puede ser secundarias a múltiples patologías sistémicas.
- Idiopática
- Lesiones extrínsecas e intrínsecas

### IDx

- Anamnesis
- EF
- Radiografía simple de abdomen
- Radiografía con contraste
- TAC.
- Electrolos sericos
- RNM

### Clínica

- Síntomas clásicos de obstrucción intestinal
- Dolor abdominal
- Alteraciones hidroelectrolíticas y déficit nutricionales
- Náuseas
- Vómito
- Distensión abdominal.
- oftalmoplejía externa progresiva.

### Fisiopatología

progresión del contenido intestinal inhibido y acumula líquido intestinal y gas lo cual provoca y sobrecrecimiento bacteriano en el ID y colon acumulan gran cantidad de líquido que termina con oliguria y deshidratación

- Dieta (terapia nutricional) retirar alimentos altos en FODMAPs.

#### Farmacológico.

- Tx inicial
- Bromuro de Pinaverio
- Butilhioscina PRN
- Loperamida PRN.
- Tx inicial con patrón mixto
- Bromuro de Pinaverio.
- Butilhioscina PRN
- Loperamida o psyllium según síntomas.
- con predominio de constipación inicial
- Bromuro de Pinaverio
- Psyllium plantago
- Butilhioscina PRN.

#### Diagnóstico

- Colonoscopia.
- Escala de valoración de ansiedad de hamilton
- Questionario de gravedad del intestino irritable

- Extraintestinales
- Depresión mayor
  - Ansiedad
  - Desorden somatomorfo
  - Insomnio
  - Disfunción sexual
  - Dispareunia
  - Dismenorrea
  - Incremento en la frecuencia urinaria
  - Urgencia urinaria
  - Síntomas de asma
  - Cefalea primaria.

#### Clinica

- Dolor abdominal crónico.
- Hábitos intestinal alterados son las características principales no específicas del SII
- ERGE
- Disfagia
- Saciedad temprana
- Dispepsia intermitente
- Náuseas
- Dolor precordial de origen no cardíaco
- Flatulencia y eructos

Afección crónica de dolor o molestia abdominal o alteraciones en el hábito intestinal, durante al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, sin causa orgánica que lo justifique

#### Definición

# Síndrome del Intestino Irritable

#### TX

#### Fisiopatología

- Se clasifica de acuerdo a factores defecatorios.
- SII con constipación: Heces duras más del 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia menos de 25% de las veces).
  - SII con diarrea: Deposiciones de disminuidas de consistencia > del 25% de las veces y heces duras < 25% de las veces.
  - SII mixto: Heces duras más del 25% de las veces y deposiciones ↓ de consistencia más del 25% de las veces).

#### Epidemiología

- Todos los grupos de edad incluyendo niños y ancianos.
- 30 a 50 años
- Hombres como a mujeres. no obstante 60-75% de afectados son mujeres.

#### Etiología

- Se desconoce
- Se cree que es de causa multifactorial
- se asocia a depresión, ansiedad, trastorno somatomorfo, ideación suicida a un menor desempeño laboral
- Motilidad intestinal alterada
- Distensión luminal
- ↑ CO<sub>2</sub> y metano

## Divertículo

Saculación (herniación) a través de la pared de un órgano hueco.

Afección que se presenta cuando se forman pequeñas bolsas o sacos que sobresalen a través de puntos débiles en la pared del colon.

## Epidemiología

90% divertículos en sigmoides.

<40 años - 5%.

>85 años - 65%.

## Definición

# Enfermedad

## DIVERTICULAR

## Tx

- Ingesta de fibra
- Anticolinérgicos o anti espasmodicos
- Reiniciar dieta
- Antibióticos
- Tx quirúrgico
- Recomendaciones terapéuticas

## Etiología

- Cambios patológicos
- dieta baja en residuos
- Genética.

## Fisiopatología

Se produce en la zona donde ingresa arteria a pared colónica, en mucosa, produciendo el divertículo.

## Dx

- Examen físico
- Colonoscopia
- Exploración física
- BH
- Tomografía axial computarizada
- USG.

## Clinica

- 70% asintomáticos
- Dolor en FII
- Distensión
- Estreñimiento
- Diarrea
- Moco en evacuaciones
- Pacientes en edad avanzada
- Dolor abdominal-FII
- Fiebre
- Plaquetin inflamatorio
- Vómito

Alteración en el movimiento característico del intestino con un incremento en el contenido de agua, volumen o frecuencia de los movimientos intestinales con mayor o igual a 3 evacuaciones en un día.

## Definición

## Epidemiología

causa de morbilidad y mortalidad infantil.  
Niños: 5 mill 473 ml  
660-250 años

## Etiología

- viral
- bacteriana
- Parasitaria

## Factores de riesgo

- Higiene personal ↓
- Desnutrición
- viajes recientes a zonas endémicas
- contaminación fecal del agua y de los alimentos.
- Automedicación.
- Carnes mal cocidas.
- Exposición previa a antibióticos.

# Diarrea

## Clinica

## Etiopatógenia

- Contexto epidemiológico.
- aparición de heces (moco y sangre).
- Duración > 2hrs
- 3 o más evacuaciones
- < 14 días
- Dolor abdominal
- Vómito

- Diarrhea adquirida en comunidad: Después de acudir a eventos o transgresiones alimentarias.
  - Salmonella
  - Shigella
  - Campylobacter
  - Vibrio cholerae.
  - Calicivirus
- Nosocomial
  - Antecedentes de ingreso hospitalario
  - Dx que requieren de cuidados especiales en casa, asilos u otros
  - Clostridium difficile.
- Diarrhea persistente: > 7 días.
  - Falla en Dx o Tx inicial
  - Causas parasitarias: giardiasis intestinal
  - Parasitarias: Entamoeba, Cyclospidium sp.

## Dx

- Estudios de materia fecal:
  - Coprocultivo
  - Pruebas serológicas
  - EGU
  - Leucocitos en moco fecal.
  - BH
- Electrolitos sericos.

- Reposición líquidos y electrolitos
- Dx
- Farmacología
- Patógeno
- Addl. Shigella sp - ciprofloxacino  
500 mg 2 veces día - 1 a 3 días
- Alternativa: trimetoprim / sulfametoxazol:  
800/160 mg 2 veces día.
- Salmonella sp.
- Trimetoprim/sulfam.  
800/160 mg;
- Ciprofloxacino 800 mg  
dos veces día por 5 a 7 días.
- E. coli:
- Trimetoprim / sulfam 800/160 mg;  
x 7 días.
- Giardia sp -  
Metronidazol -  
250 a 500 mg  
3 veces día  
durante 7 a diez días.

## Factores de riesgo.

- Clase socioeconómica baja
- Tabaquismo, AINES, estrés, dieta
- uso de anticonceptivos orales
- Antibióticos > 1 medicamento.
- Genes: procesos biológicos XBP1, ORMDL3 inmunidad innata y adaptativa IL2...
- Ambientales: Mycobacterium paratuberculosis, virus de sarampión

trastorno inflamatorio crónico transmural que puede ser de boca hasta ano.

## Definición

# Enfermedad de Crohn

## Epidemiología.

70% en segunda y 4ta década de vida

# Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

## Clinica

↳ Diarrea: Esteatorrea y forma variables, suele despertar a px -olor. 3 a 6 evacuaciones/día.

Dolor-FID, intensidad y forma variables

Fiebre - 50% px pero no > 39°C., vespertina.

EF

- Desnutrición, deshidratación, palidez en mucosas y piel, dolor a palpación - CID, Nivel perianal - abscesos o fístulas y dolor al tacto.

- Piel: Eritema nodoso, pioderma gangrenoso

- Ojos: uretritis

- Artritis, sinovitis.

- Hígado: colangitis esclerosante primaria

Se distinguen por predisposición genética, factores de riesgo, características clínicas, endoscópicas e histológicas.

## Fisiopatología

Da a eritrocito camino "empedrado": ileocecal - 40-50%, ID y colon - 90%. caso ileon terminal

Microscópicas

terras: úlceras a foides, abscesos cripticos focales  
granulomas + fisuras  
puede llegar hasta fístulas

## Dx

- Colonoscopia y radiología
- Toma de biopsias - GOLD STANDARD
- Enterografía.
- TC, RM, colon por enema y tránsito intestinal.

## Colitis ulcerosa

Por Dx histológico, Endoscopia, biopsia, muestra Qx.

boca a ano

↳ Macroscópico

**Hemorroides:** cojines de tejido vascular submucoso ubicado en canal anal comenzando justo distal a línea dentada.  
 → Debido a desplazamiento bajo de cojines vasculares.  
 Sangrado rectal - más frecuente manifestación

## Epidemiología

ter lugar en enfermedades por IG y del recto  
 >40 años - 50%

## Definición

# Tx Enfermedad Hemorroidal

## Etiología

• Debido a desplazamiento bajo de cojines vasculares.

## Dx

- Examen físico
- Clínica
- Anuscopia
- Rectosigmoidoscopia
- Colonoscopia, colon por enema o tomografía axial computarizada).

## Clinica

- Historia clínica
- Examen físico
- procesos prolapsantes del canal anal
- Prurito
- Secreción mucosa
- Sangrado
- Lesiones perianales
  - fistulas
  - abscesos
  - fisuras.

- Modificar dieta
- Sedentarios con agua templada - Episodios agudos.
- Suplementos de fibra.
- Flavonoides (embarazada)
- Si fallan
  - ligadura con banda elástica (más eficaz).
  - Escleroterapia
  - Foto coagulación - rayos infrarrojos
  - Hemorroidectomía

## Fisiopatología

Es dado por desplazamiento bajo de cojines vasculares, causa inflamación de de las venas, erosión por act. que ↑ presión intraabdominal.



- < 2 años de manera conservadora
- > 2 años quirúrgicamente

### Inicial

- Drenaje (sin importar edad)

### Usg

- Antibiótico - que cubra flora bacteriana intestinal
- Resonancia magnética

### Tx

Se define como una colección de pus en espacios perianales. Consecuencia de obstrucción de glándula anal, con estasis bacteriana

### Definición

# ABSCESO

# anorrectal

### Diagnóstico

- Exploración física
- Clínico
- Rectoscopia o anoscopia - dolor severo
- Usg endoanal

### Clínica

- Dolor intenso y progresivo (anal) de aparición súbita.
- ataque al estado general
- Fiebre, dolor no localizado y tenesmorectal

### Epidemiología

#### Más frecuentes

• Perianal - 60%

• 30% pacientes con VIH

### Etiología - Fisiopatología

- Obstrucción de una cripta anal, dependiendo de su afectación será grado o complejidad de dicho absceso
- Lactobacilos pediátricos

Salida constante de material de drenaje perianal junto con una tumorción firme, que se intensifica con la defecación

- Trayecto tubular con abertura en el canal anal

## Definición

## Etiología

Obstrucciones de glándulas que con el tiempo provocan aparición de la fistula.

## Tx

- Simple:
  - ligadura sencilla de trayecto fistuloso interno
- Dieta
- Fistulotomía (elección)
- marsupialización
- Complejas
- Tx con setón

# Fistula anal

## Fistopatología

producto de una lesión o cirugía. Infecciones o inflamaciones también pueden provocar que se forme una fistula

## Dx

- Ultrasonografía anal
- Manometría
- Anoscopia
- Proctoscopia
- Fistulografía
- TC
- Resonancia magnética

## Clinica

- Retención de orina
- Hemorragia
- Tardías
- Incontinencia temporal y permanente.

- Corrección de PaO<sub>2</sub>.
- Pulsometría por 48 hrs. - 72 hrs
- Analgésicos no opiáceos hasta morfina

- antibiótico profiláctico.  
(Imipenem, ciprofloxacino, ofloxacino)

Antes de CPRE.

- corregir alteraciones. Electrolyticas.
- Apoyo nutricional

• Nutrición parenteral

• Quirúrgico:

- Colangitis aguda.

- Drenaje percutáneo o endoscópico en absceso.

- CPRE + esfinterotomía endoscópica en obstrucción de coledoco o signos de colangitis aguda.

No es debida a cuadros agudos de pancreatitis repetitivos.

## Cronica.

Proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejido peripaneático y puede involucrar órganos y sistemas distantes.

## Aguda

## Definición

# Tx - Pancreatitis

## Dx

- Clasificación Apache II
- Hemofocrito
- BHC.
- Glucosa en ayuno
- Urea, creatinina
- BUN.
- bilirrubinas.
- Tiempo de protrombina
- Proteína C reactiva - GOLD STANDARD.
- Radiografía de tórax
- USG.
- TAC

## Clinica

- Dolor abdominal en epigastrio con irradiación a espalda, intensidad progresiva acompañado de náusea y vómito
- Alteraciones bioquímicas (elevación lipasa y/o amilasa 41 menos 3 veces por encima del valor referencia y alteraciones estructurales. Puede progresar rápidamente a pancreatitis grave

## Etiología - Fisiopatología

- Calculos biliares. (Colocholecistitis).
- Ciertos medicamentos.
- Niveles altos de triglicéridos o calcio en sangre.
- Obstrucción o anomalías del conducto pancreático.
- Cirugía abdominal
- Fibrosis quística
- Abundante consumo de alcohol.
- Litiasis biliar.
- DM.

- colecistectomía
- Litotricia
- No cirugía -
- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido quenodeoxicólico
- Durante 1 a 2 años.
- ANES
- Diclofenaco 75mg.
- Antibióticos.

### TX

Inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por litos y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente.

### Definición

### Epidemiología

Lugar número 7 entre 20 principales causas de egreso a IMMS.  
- Se presenta 5-20% de px con coledocitis.

# Colecistitis

### Dx

- Usg abdominal
- Centellografía
- Tomografía
- gravedad coledocitis: bilirrubinas, BUN.

### clínica

- Aguda
- vesícula palpable
  - Fiebre  $> 38^{\circ}\text{C}$ .
  - Calofríos.
  - Inestabilidad hemodinámica
- Crónica
- Fibrosis de capa muscular (secundaria)
  - No hay fiebre, ni datos de inflamación, solo taquicardia leve en algunos casos - por el mismo dolor.

### fisiopatología

- Igual que en coledocitis.
- Cuando es por litos
- si existe hipersensibilidad difusa o por descomposición puede que exista perforación con peritonitis.
- Puede haber ictericia - posibilidad de cálculo en coledoco.
- Proceso inflamatorio y isquemia se prolongan - favorece proliferación bacteriana.

### Etiología

- Igual que coledocitis.
- Mayor causa es - coledocitis.
- 4 situaciones: (calculosa).
- Después de operación
- Px graves internados en servicio de terapia intensiva
- Px con traumatismo
- Px con quemaduras extensas.
- Lactantes o niños - malformaciones congénitas del sis. biliar.

# Colelitiasis

## Epidemiología

Lugar número 7 entre 20 principales causas de egreso al IMSS.

Presencia de litos en vesícula biliar, suelen ser generalmente de progreso benigno

## Definición

## Tx

- AINES - para cólico biliar y para prevenir aparición de colecistitis.  
• Diclofenaco 75mg para cólicos y evita progresión de colecistitis.

• Antibiótico - De acuerdo a gravedad.

## Etiología

- Alteración en la relación de colesterol ácidos biliares y lecitina-bilis se vuelve litogénica
- Bilirrubina desconjugada
- Anticonceptivos orales y terapia hormonal
- obesidad
- Fármacos - fibratos, Ceftriaxona y análogos de somostatina
- Nutrición

## Manifestaciones

### clínicas

- Forma aguda
- Vesícula palpable,
- = fiebre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .
- Calofríos
- Inestabilidad hemodinámica
- coluria, Acolia
- signo de murphy (+)
- Masa e CSD.
- Dolor en CSD
- Náusea, vómito
- Resistencia muscular en CSD.

## Fisiopatología

Se asocian:  
• sales biliares y lecitina - estos median y transportan colesterol - LDL y HDL, el aumento de colesterol - forma litos de colesterol.

Litos de bilirrubinato de calcio.

- Aparecen en infecciones del árbol biliar
- Presentan grandes cantidades de ácidos grasos.

## Dx

- Ultrasonido abdominal (primera elección).
- Tomografía.
- Centellografía hepatobiliar
- Para gravedad - bilirrubinas, BUN, creatinina, tiempo de protrombina.

• Colecistectomía temprana por laparoscopia - Primera elección

• Litotricia - litos 20 a 30mm

• Con alto riesgo qx y quienes se resisten a cirugía de elección.

- Ácido ursodesoxicólico  
- Ácido quenodesoxicólico Durante 1 o 2 años.

• Igual que  
colelitiasis.

Tx

Presencia de litos en  
conductos biliares procedentes  
de V. biliar o de los  
mismos conductos.

Definición

# Coledocolitiasis

Dx

• Igual que  
colelitiasis

Clínica

- Puede ser  
asintomática pero  
suele presentarse con:
- Ictericia
  - Colangitis - Triada de  
Charcot
  - En algunos casos:  
Cuadros de pancreatitis.
  - Coluria, acolia.
  - Murphy (+).
  - Dolor CSD.

Fisiopatología

Etiología

- Drenaje biliar  
inadecuado -  
Es por estenosis,  
masa en vía  
biliar o  
ampolla de  
Vater.

- Litos primarios:  
(bilirubinato  
de calcio)
- Secundarios:  
litos de  
colesterol.

Comprende enfermedades vinculadas al alcoholismo, desde estatois hepática, esteatohepatitis hasta trastornos hepáticos más avanzados - fibrosis y cirrosis.

# Hepatopatía alcohólica

## Etiología

- Etanol
- Genética

## Factores de riesgo para avance de ALC.

- Cantidad de alcohol y forma de beber
- Obesidad
- Factores genéticos
- Género femenino
- Tabaquismo
- ↑ IMC y hepatopatía crónica
- Cambios en microbiota intestinal.

## Clinica

- Asintomático
- Síntomas: Rx con cirrosis descompensa o desarrolla hepatitis alcohólica (>5 años bebiendo).
- Ictencia
- Fiebre
- Malestar general
- Hepatomegalia dolorosa.
- Ascitis, infección bacteriana, Hemorragia por varices y encefalopatía hepática.

## Fisiopatología

- Etanol
  - ↳ Hígado - v. porta.
  - Mayor parte se oxida por ADH
- Forma acetaldehído en hepatocitos - provoca daño a hepatocitos por peroxidación de lípidos y lesión de ADN.
- ↳ Forma acetato por ADH 1 ↓ se convierte en CoA
  - Contribuye a síntesis de á. grasos y triglicéridos.

## Tx

- Abstinencia prolongada
- Aoyo nutricional
- Trasplante hepático (solo si responde a Tx).
- Grave: glucocorticoides. Para quienes no pueden tomar
  - oral: Metilprednisolona
  - combinado - glucocorticoides con venoclisis de N-acetilcisteína

## Dx

- Esteatosis:
- Ecografía
  - Resonancia TC
  - Biopsia

- esteatohepatitis:
- Fibrosis
  - Elastografía transitoria

### Hepatitis alcohólica

- Clínica
- Biopsia

### Cirrosis

- Endoscopia de T. digestivo

### Ops: Ictericia

- Manos: signo de Dupuytren.
- Desnutrición

### Neurológicas.

- Neuropatía periférica
- Abstinencia de alcohol: Taquicardia
- Encefalopatía alcohólica.
- Aparato reproductor
- Ginecomastia
- atrofia gonadal.

- no farmacológico
- Modificación en estilo de vida.
  - Programa de reducción de peso
  - Ejercicio

- Farmacológico
- Pioglitazona 30 mg al día.
  - Vitamina E
  - Aminotransferasas

Tx

• Ácido ursodeoxicólico (no ofrece beneficio)

Escaso: losartán, estorvastatina, probucol

Entidad clínico-patológica compleja que surge de numerosos factores genéticos, etc. ... Denominada esteatosis y comprende hígado graso no alcohólico y la esteatohepatitis no alcohólica.

Definición

Etiología

- factores genéticos
- Ambientales
- Comportamiento
- Origen social.

**Hepatopatía no alcohólica**

Factores de riesgo

- Obesidad
- DM
- Dislipidemia.
- S. metabólico
- Etnia (hispanos, japoneses).
- Asociados: Ovario poliquístico, hipotiroidismo, apnea obstructiva del sueño, hipopituitarismo

Dx

- Biopsia - GOLD STANDARD - Esteatohepatitis no alcohólica y evalúa grado de fibrosis.
- Ultrasonido - de primera elección
- TAC
- IRM.
- relación AST/ALT > 2.

Clinica

- fatiga
- malestar general
- Dolor abdominal "vago" en CSD.
- Asintomáticos

Fisiopatología

- 1) Hígado graso no alcohólico: forma simple de la enfermedad manifiesta por infiltración grasa macrovesicular del hígado en forma de triglicéridos en más del 5% de los hepatocitos.
- 2) Esteatohepatitis no alcohólica: Definida por la necroinflamación con daño hepatocelular y balloización con una variable cantidad de fibrosis y potencial progresión a cirrosis.



- Diuréticos (Espironolactona, Furosemida y amilorida)
- Nutrición - Dieta - hipercalórica
- Ascitis grado II y III (la tensión)
- 1 Paracentesis evacuadora
- 2. Diuréticos
- 3. Reposición de vol.
- Considerar trasplante hepática.

Asociada a falla hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal, que puede presentarse como etapa final de diversas enfermedades hepáticas.

### Definición

# Ex. Cirrosis Hepática

- Dx**
- Ultrasonido hepático convencional
  - Ultrasonido doppler
  - BHC
  - Cuenta de plaquetas ( $> 80\,000 / \text{mm}^3$ )
  - Tiempo de protrombina
  - Na, Cl, K.
  - Gasometría arterial

### Clinica

- Compensada: Asintomática  $< 10\%$   
Otros:
- Anorexia
  - Pérdida de peso
  - Debilidad
  - Fatiga
  - Osteoporosis
- Descompensada:
- Ictericia
  - Ascitis
  - Asterixis
  - Osteoartropatía hipertrofica
  - Hedor hepático
  - Ginecomastia
  - Hepatomegalia
  - Telangiectasias

### Fisiopatología

- Provocan las enfermedades o etiología cambios vasculares intrahepáticos y una  $\downarrow$  de la masa funcional hepática lo que conducirá a hipertensión portal e insuficiencia hepática / cirrosis

## Epidemiología

- 2523 casos con zona neoplásica maligna
- 6332 mujeres
- 20,978 hombres.

## Etiología

- Consumo excesivo de alcohol
- Infección por virus C y B
- Hepatitis autoinmune.
- Cirrosis biliar
- hepatopatías metabólicas.

# Bibliografía

- GPC. (s.f.). *Atención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en adultos en primer nivel de atención.*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y colelitiasis.*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia.*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia hepática crónica .*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y Tratamiento de pancreatitis aguda.*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y Tratamiento De tx de enfermedad no alcohólica del adulto.*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y tratamiento del Intestino irritable en el adulto.*
- GPC. (s.f.). *Diagnóstico y Tratamiento enfermedad de Crohn en población adulta.*
- GPC. (s.f.). *Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en el abdomen agudo.*
- GPC. (s.f.). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea en niños de 2 meses a 5 años.*
- Harrison; principios de medicina interna (21a edición ed., Vol. I y II). (s.f.).*
- PORTH FISIOPATOLOGIA (10 EDICION ed.). (s.f.).*
- Villalobos. (s.f.). *Gastroenterología.*