



Mi Universidad

Esquemas

Nombre del alumno: Hannia González Macías

Nombre del tema: Alteraciones digestivas

Grado: 3er semestre Grupo: "A"

Nombre de la materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Dr. Miguel Basilio Robledo

Licenciatura: Medicina Humana

Tapachula, Chiapas. 18 de noviembre del 2023

Enfermedades del
esófago

ERGE

Definición

lesiones síntomas histopatológicos del esófago por el contenido gástrico o gastroduodenal al esófago

Etiología

- Mujeres embarazadas
- Edad mayor a 55 años
- Reflujo: fisiológico (corto, no de noche) y patológico (síntomas, día y noche)

Factores de riesgo

- Hernia hiatal
- Alcohol
- Tabaco en exceso
- Comidas
- Fármacos

Manifestaciones clínicas

- No erosiva: sx de la enfermedad (pirosis o regurgitaciones y sin lesiones)
- Erosiva: manifestaciones (pirosis y regurgitaciones) y erosivo
- Esófago de Barrett: metaplasia intestinal en el esófago

Diagnóstico

- Clínica:
- Endoscopia
 - Prueba terapéutica
 - PH metria

Tratamiento

1. Antiácidos (antirreflujo)
2. Agonistas de receptores H₂ *
3. Inhibidores de la bomba de protones
4. Cirugía antirreflujo

Definición

Generada por pérdida de células ganglionares del plexo mientérico esofágico

Etiología

Ganglionesis

- Neuronas excitadoras: colinérgicas
- Neuronas inhibitorias: óxido nítrico

Fisiopatología

- Ausencia conduce a relajación anómala del EEI para la deglución (peristalsis)
- Inmunitario: herpes simple tipo 1

Alcalasia

Manifestaciones clínicas

- Disfagia: sólidos/líquidos
- Regurgitación: retiene alimentos, líquidos y secreciones del esófago dilatado
- Dolor torácico
- Pérdida de peso

Diagnóstico

- Chagas y pseudoalcalasia
- Infiltración pulmonar
- Endoscopia
- CT o ECO endoscópica
- Tago de bario, manometría esofágica (o ambas)

Tratamiento

1. Mistomía de Heller
2. Dilatación neumática
3. Tóxina botulínica
4. Farmacológico (sublingual)
 - Mifedipino 75%
 - Isosorbide 87%

Definición

Hernia de visceras, con más frecuencia la cavidad gástrica, hacia el mediastino, a través del hiato esofágico del diafragma.

Clasificación: Tipo I/HH

Unión gastroesofágica al diafragma, nivel del hiato

Factor de riesgo

- Edad
- Propensión de presentar ERGE

Fisiopatología

Incremento de la presión intraabdominal, deglución y respiración.

Hernia hiatal

Clasificación tipo II, III y IV

- II: unión gastroesofágica, fija en el hiato
- III: hernia mixta, por deslizamiento y paraesofágica
- IV: pasan visceras distintas del estómago al interior del mediastino, con más frecuencia en el colon

Consecuencia del desgaste

Presión intraabdominal por obesidad central, embarazo, etc.

Tratamiento

Preparación quirúrgica en las hernias paraesofágicas grandes, especialmente sintomática.

Enfermedades del
estómago

Definición

Se refiere a los hallazgos histológicos de la mucosa gástrica inflamada. La mayoría de los sistemas de clasificación distinguen gastritis aguda (gastritis a corto plazo) y gastritis crónica (gastritis a largo plazo).

Etiología

- 70 a 95% común por *H. Pylori*
- Aguda: úlceras de Cushing, úlceras de Curling, fármacos (aspirina, AINES, ácidos biliares), toxinas (alcohol, drogas)

Factores de riesgo

- La utilización de AINES
- Edad avanzada
- Antecedentes de úlcera péptica

Gastritis A (atrófica)
Gastritis B (*bi*vho-*H. pylori*)

Gastritis aguda y crónica

Manifestaciones clínicas

- Molestia en epigastrio (boca del estómago).
- Pesadez postprandial.
- Aerofagia.

Diagnóstico

- Para el diagnóstico de un sangrado de tubo digestivo alto es la endoscopia (esofago-gastroduodenoscopia EGD)
- El color negro de la evacuación (MELENA)
- Puntaje de Rockall (mayor a U2)

Tratamiento

- Los inhibidores de bomba de protones son más efectivos que los bloqueadores H₂ en el manejo de gastritis ITHQ abierta totalmente el manejo debe de ser hospitalario
- Mantener el PH por arriba de 4 ayuda a restituir la mucosa gástrica

Definición

Dolor o malestar localizado en la "boca del estómago" o ingestión, suele acompañarse de náuseas, sensación de llenura, distensión, eructos.

Etiología

- Asociada a dispepsia son en ERGE, úlcera péptica y cáncer gástrico
- 25% durante las últimas cuatro semanas

Factores de riesgo

- | | |
|--------------------------|-------------|
| • Consumo de tabaco | • Estrés |
| • Alcohol | • Ansiedad |
| • Café | • Depresión |
| • Dietas ricas en grasas | • Neurosis |
| • AINES | |

Dispepsia

Manifestaciones clínicas

- Plenitud postprandial molesto
- Saciedad temprana
- Dolor epigástrico
- Ardor epigástrico

Diagnóstico

- Clínica
- Endoscopia (H. Pylori)
- BHC, USG y QS

Tratamiento

- Tratamiento empírico en pacientes con signos y síntomas:
 - a) Procinéticos, como metoclopramida
 - b) Ranitidina
 - c) Omeprazol
- Tratamiento no farmacológico: plan nutricional, programa de ejercicio, control del peso, suspender tabaquismo y moderar la ingesta de alcohol y grasas

Úlcera péptica

Definición

Daño o lesión de la pared gástrica o duodenal

Etiología

- 70% entre los 25 y 64 años
- Leve tendencia al sexo masculina, no significativa

Factores de riesgo

- H. Pylori
- AINES
- Tabaquismo

Manifestaciones clínicas

- Dolor epigástrico (posterior al alimento 2-5 h), dolor nocturno
- Hematemesis
- Sangrado en posos de café
- Melena

Diagnóstico

- Biometría hemática completa
- Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina)
- Aminotransferasas (AST, ALT). TP, TPT e INR
- Electrocardiograma seriado y enzimas de daño miocárdico en situaciones especiales

Tratamiento

- Soporte vital (restricción de la vía oral, reanimación con líquidos)
- Coordinación del equipo médico, quirúrgico y radiográfico
- Terapia de supresión de ácido (inhibidor de bomba de protones)
- Tratamiento para H. pylori
- Descontinuar AINE, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes
- Cirugía de urgencia

Enfermedades del
intestino delgado y colon

Definición

Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente

Etiología

- Rigidez abdominal
- Incremento de la sensibilidad abdominal, con o sin rebote
- Defensa o resistencia involuntaria.

Abdomen agudo no traumático

- | | |
|--|---|
| <p>Gastrointestinales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Perforación de víscera hueca (por enfermedad ácido-péptica)• Salmonella• Divertículo de Meckel• Isquemia intestinal• Diverticulitis aguda• Cáncer• Sangrado de tubo digestivo• Pancreatitis, oclusión intestinal | <p>Gineco-Obstétricas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad pélvica inflamatoria, salpingitis aguda, quiste de ovario complicado• Embarazo ectópico, apendicitis aguda, colecistitis aguda• Otras |
|--|---|

Abdomen agudo

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal de instauración reciente
- Repercusión del estado general
- Acompañado con uno o más signos de peritonismo (rigidez abdominal, incremento de la sensibilidad abdominal, con o sin rebote, resistencia abdominal involuntaria)

Diagnóstico

- No invasivos (Ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética, además de sus versiones helicoidal y tridimensional)
- Invasivos (Punciones guiadas o no por ultrasonido, Lavado peritoneal, laparoscopia o endoscopia)
- Laboratorios y gabinete de acuerdo a la sospecha diagnóstica: BH, QS, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, examen de orina, etc.

Tratamiento

- Laparoscopia pura
- Laparotomía abierta
- Citar a los 7 a 14 días para valoración y retiro de puntos por consulta externa y valoración de alta o referencia según su diagnóstico

Definición

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular y como consecuencia el incremento de la presión intraluminal por el cumulo de moco

Etiología

- Obstrucción de la luz apendicular
- Fecalitos, obstrucción por cuerpos extraños, hiperplasia del tejido linfático, parásitos

Factores de riesgo

- Causas urológica (infección de vías urinarias, litiasis)
- Parásitos

Apendicitis

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal agudo, cólico
- Migración del dolor de la región periumbilical al CID
- Con o sin vómitos
- Anorexia
- Fiebre 38°C
- MC Burney

Diagnóstico

- Manifestaciones cardinales
- Tiempo transcurrido entre el inicio del dolor y momento de la consulta
- Tomografía axial computarizada
- Laparoscopia

Tratamiento

- Apendicectomía
- Antibióticos profilácticos antes de incisión quirúrgica (apendicitis no complicada)
- Antibióticos: ampicilinas, fluroquinolonas, cefalosporinas de 3ra generación (apendicitis perforada)

Definición

Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto

Etiología

- Obstrucción mecánica: lesiones intrínsecas del intestino (congenitas, inflamatorias, neoplásicas), lesiones extrínsecas (hernias), cuerpos extraños (cálculos biliares, objetos externos, parásitos)
- Obstrucción no mecánica (alteraciones neuromusculares)

Síndrome de Ogilvie

Dilatación aguda del colon en ausencia de una obstrucción asociada.

Obstrucción intestinal

Manifestaciones clínicas

- Anorexia
- Intolerancia a la vía oral
- Náuseas
- Vómito
- Distensión
- Dolor tipo cólico
- Estreñimiento/diarrea

Diagnóstico

- Anamnesis
- Exploración física
- Rx simple de abdomen
- Rx con contraste
- Tomografía computarizada

Tratamiento

- Recuperación: sonda nasogástrica, vía venosa, sonda urinaria
- Quirúrgico: lisis de adherencia o hernia encarcelada, enterotomía para retiro de cuerpo extraño

Definición

Se define como un cuadro clínico similar al de una obstrucción de intestino, sin que exista ningún tipo de oclusión de la luz intestinal.

Etiopatogenia

Alteración de la motilidad del intestino delgado, debida a una alteración de la capacidad con tráctil de la pared intestinal (miopatías) o a una alteración del control de la motilidad digestiva (neuropatía)

Clasificación

- Primaria: se debe generalmente a una neuropatía del plexo mientérico, menos frecuentes
- Secundaria: son las enfermedades del colágeno (esclerodermia), la amiloidosis, algunas miopatías somáticas (distrofia miotónica) y enfermedades degenerativas del sistema nervioso (esclerosis sistémica progresiva)

Manifestaciones clínicas

- Obstrucción intestinal con cierre intestinal
- Distensión abdominal
- Dolor
- Náuseas
- Vómitos

Diagnóstico

Una vez descartada la obstrucción mecánica (1), se debe realizar una manometría intestinal (2). Si se confirma una alteración de tipo neuromiopático, hay que descartar una enfermedad de base y sobre crecimiento bacteriano (3).
Farreras

Tratamiento

- Íleo adinámico con reposición hidroelectrolítica y control acidobásico
- Náuseas o vómitos se instaura aspiración nasogástrica
- En sospecha de pseudoobstrucción intestinal, el primer aspecto es evitar una laparotomía de urgencia

Pseudoobstrucción intestinal crónica

Definición

Se define como una afectación crónica de dolor o molestia abdominal asociado a alteraciones en el hábito intestinal, durante al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, sin causa orgánica que lo justifique.

Etiología

- Etiología desconocida
- Causa multifactorial en la que pueden coexistir distintos factores
- Frecuente a la edad de 30-50 años
- Afecta a ambos sexos

Clasificación

- SII con constipación. Heces duras más del 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia menos del 25% de las veces).
- SII con diarrea. Deposiciones disminuidas de consistencia más del 25% de las veces y heces duras menos del 25% de las veces.
- SII mixto. Heces duras más del 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia más del 25% de las veces).

Síndrome de intestino irritable

Manifestaciones clínicas

- Gastrointestinales: dolor abdominal crónico, hábitos intestinales alterados, reflujo gastroesofágico, disfagia, saciedad temprana, dispepsia intermitente, náuseas, dolor precordial de origen no cardíaco, flatulencia y eructos
- Extraintestinales: depresión, ansiedad, disfunción sexual, dismenorrea, entre otros

Diagnóstico

Criterios de Roma II:

- Inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.
- Dolor o molestia abdominal recurrente más de 3 días por mes en los últimos 3 meses.
- Por lo menos dos de los siguientes:
 - Mejora con la defecación.
 - Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones.
 - Se acompaña de variación de la forma de las deposiciones.

Tratamiento

- Tratamiento no farmacológico: alimentos bajos en hidratos de carbono de cadena corta (FODMAPs)
- Tratamiento farmacológico: antiespasmódicos, antidepresivos (valoración con escala de Hamilton), antibióticos

Definición

Interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto

Etiología

- Diverticulosis: sin clínica, divertículos
- Diverticulitis: inflamación, con clínica

Prevención de diverticulitis

- Aumento de fibra, protege
- Dieta baja a estreñimiento
- Consumo de semillas no está asociado

Enfermedad diverticular

Manifestaciones clínicas

- Enfermedad diverticular: dolor crónico en CII, no fiebre, no leucocitosis, sangrado leve
- Diverticulitis: dolor en FII, fiebre, leucos, datos de irritación peritoneal, sangrado masivo

Diagnóstico

- PCR > 50 predictores
- BHC
- ECO
- Imagen: tx abdominal, USG (si no hay tx)

Tratamiento

- Tratamiento con la escala de Hinchey
- 0: fibra, AINE, probióticos
 - 1-2: hospitalización, monoterapia
 - 3-4: quirúrgico de primera elección con resección de sigmoide con anastomosis, Hartmann de segunda elección/quirúrgico selectivo con sigmoidectomía con cuadro de diverticulitis, laparoscopia

Definición

La diarrea aguda, se define como el aumento en el contenido de líquido, volumen o frecuencia de las deposiciones (mayor que lo habitual para la persona), con una duración menor de 14 días.

Etiología

- Origen infeccioso (virus, bacterias, parásitos y hongos)
- No infeccioso (efectos adversos de medicamentos, enfermedades gastrointestinales, endócrinas)

Factores de riesgo

- Consumo de aguas y alimentos contaminados
- Medidas deficientes de higiene (personal y preparación de alimentos)
- Falta de saneamiento básico
- Aumento de los viajes a lugares endémicos

Diarrea

Prevención

- Lavado correcto de manos: después de defecar, del cambio de pañales, antes de preparar y comer alimentos
- Contaminación cruzada de otros alimentos o superficies de cocción y utensilios durante la preparación de alimentos
- Agua clorada

Diagnóstico

- Historia clínica: tipo y la duración de los síntomas, las condiciones médicas subyacentes, los viajes recientes y la terapia farmacológica reciente o actual.
- Clínica: inicio, duración, gravedad y frecuencia de la diarrea, con especial atención a las características de las evacuaciones (acuosa, con sangre, con moco, purulenta, entre otras).

Tratamiento

- Los pacientes con diarrea aguda sin sangre en heces con una deshidratación moderada, deben rehidratarse por vía oral y no necesitan antibióticos
- La terapia con antibióticos solo se recomienda para la disentería
- El tratamiento para la diarrea persistente se basa en la posible causa: antihelmíntico para la sospecha de parasitosis y metronidazol para la sospecha de giardiasis

Definición

Es un trastorno inflamatorio crónico transmural que puede involucrar cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, la gran mayoría se localizan en el íleon, el ciego y el colon.

Incidencia

- < 10 años (5%)
- < 18 años (20-25%)
- 20-29 años (70%)

Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Anticonceptivos orales
- Antibióticos > 1 medicamento durante el primer año de vida
- Gastroenteritis infecciosa
- Dietas ricas en proteína

Enfermedad inflamatoria intestinal

Manifestaciones clínicas

- Aspecto empredado (boca-ano)
- Diarrea (esteatorrea) 3-6 evacuaciones al día
- Dolor (FID)
- Fiebre 50% (No >39°C), fiebre despertina

Diagnóstico

- Rx
- Colonoscopia
- Endoscopia

Tratamiento

- Lactancia materna como factor protector
- La mesalazina tiene beneficios limitados en la enfermedad levemente activa
- La sulfasalazina puede ser utilizada en pacientes con enfermedad levemente activa

Enfermedades de
ano y recto

Definición

Son cojines de tejido vascular submucoso ubicado en el canal anal comenzando justo distal a la línea dentada.

Etiología

- La edad es un factor de riesgo (45 y 65 años)
- Alimentación con escasa fibra y abundante grasa se acompaña de estreñimiento y esfuerzo, con la formación de hemorroides sintomáticas

Factores de riesgo

- Bajo consumo de fibra
- Estreñimiento
- Diarrea

Clasificación

- Internas (base al prolapso)
- Externas (agudas, trombosis hemorroidal)

Enfermedad hemorroidal

Manifestaciones clínicas

- Rectorragia
- Dolor
- Prurito

Diagnóstico

- Exoliración física: trombosis o excoriación
- Anoscopia

Tratamiento

- Dependerá de la etapa en la que se encuentra
- Etapa 1, 2 y 3: ligadura de banda elástica
- Etapa 3 y 4: hemorroidectomía

Abscesos anorrectales

Definición

Es una cavidad anormal llena de líquido situada en dicha región. Considerable infección de las glándulas que rodean al conducto anal

Localización

- Área perianal en 40-50% de los pacientes
- Isquiorrectales en 20-25%
- Interesfintéricos en 2-5%
- Superiores al elevador del ano en 2.5% de los casos

Presentación y valoración

- Dolor perianal y fiebre
- Dificultad para orinar y expulsa sangre en las heces
- Absceso prostático, incluye disuria
- Antecedente con ETS
- Leucocitosis

Manifestaciones clínicas

- Dolor
- Pus

Diagnóstico

- Exploración física

Tratamiento

- Drenaje
- Los antibióticos se necesitan sólo en los pacientes:
 - Inmunodeprimidos
 - prótesis valvular cardiaca
 - prótesis articulares
 - Diabetes
 - Enfermedad inflamatoria intestinal

Definición

Enfermedad caracterizada por la presencia de un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal y lumen del recto con la piel

Presentación y valoración

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

Factores de riesgo

- Complicación de un absceso anorrectal

Manifestaciones clínicas

Desgarre lineal del anodermo que se extiende del margen del ano a la línea dentada

Complicaciones

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

Tratamiento

- Fistulectomía
- Dieta que incluya agentes para aumentar el volumen de las heces, analgésicos no narcóticos y baños de asiento después de la operación de fistula

Fístula anal

Enfermedades del
páncreas

Definición

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

Etiología

- Litiasis biliar (49-52%)
- Alcoholismo (37-41%)
- Causa sin identificar (10 y 30%)

Recomendaciones

- Reducir el riesgo de desarrollar complicaciones graves secundarias a pancreatitis, se debe recomendar mantener un peso corporal óptimo
- La edad avanzada y las enfermedades asociadas en el momento del cuadro agudo grave
- Se deben vigilar los signos vitales de la función respiratoria, circulatoria y renal así como la presión intraabdominal

Pancreatitis aguda/crónica

Manifestaciones clínicas

- Fase inicial puede presentar hipotensión, taquicardia y oliguria
- Presencia de fiebre (60% durante la primera semana)
- Resistencia muscular abdominal (80%)
- Disminución de la peristalsis (60%) e Íleo paralítico (55%)

Diagnóstico

- Signos de Grey Turner's, Cullen's y Fox's
- Estado de conciencia, presencia de síndromes pleuropulmonares
- Manifestaciones clínicas, elevación de enzimas extrapancreáticas y estudios de imagen

Tratamiento

- Administración de líquidos por vía intravenosa con la finalidad de corregir el déficit
- La analgesia es fundamental en el tratamiento de la pancreatitis aguda grave (vía epidural)
- Antibiótico profiláctico hasta 14 días o más si persisten las complicaciones locales o sistémicas

Evitar necrosamiento

Enfermedades
hepáticas

Definición

Presencia de cálculos (litos) en vesícula biliar- generalmente de progreso benigno

Etiología

- Alteraciones en •colesterol, ácidos biliares y lecitina- bilis se vuelve litogénica
- Embarazo, (más frecuente - litos de colesterol)
- Más frecuente - 40 años (20%), adultos en > 70 años (30%)

Factores de riesgo

- Fármacos (anticonceptivos, fibratos, ceftriaxona, análogos de somastatina)
- AHF
- Obesidad
- DMI y DM2
- Transplante de órganos (riñón y MO)
- Dislipidemia
- Enfermedades hepáticas (cirrosis) y metabólicas

Colelitiasis

Manifestaciones clínicas

- Vasícula palpable
- Fiebre mayor de 39°C
- Calostriós

Diagnóstico

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en cuadrante superior derecho
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Náusea
- Vómito

Tratamiento

- Colectomía temprana por laparoscopia (primera elección)
- Ácidos biliares orales en riesgos quirúrgico (ursodesoxicólico, quenodexicólico)

Definición

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

Etiología

- Colecistitis aguda es la mayor causa de colelitiasis
- Se presenta 5-20% de pacientes con colelitiasis
- Perforación con peritonitis
- Cálculo en colédoco
- Proceso inflamatorio o isquemia (proliferación bacteriana)

Coledocolitiasis

Causada por drenaje biliar inadecuado - dado por estenosis o masa en vía biliar o ampolla de váter

Colecistitis

MC (Coledoco)

- Asintomática
- Ictericia
- Coluria (coca cola), acolia
- Colangitis - triada de charcot
- Pancreatitis

Manifestaciones clínicas

- Signo de Murphy positivo
- Masa y dolor en CSD
- Resistencia muscular en CSD
- Náuseas
- Vómito

Diagnóstico

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en cuadrante superior derecho
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Náusea
- Vómito

Tratamiento

- Esfinterectomía del esfínter de oddi (coledoco)
- AINES, cólico biliar y para prevenir aparición de colecistitis (diclofenaco 75 mg)
- Antibiótico: grado 1 (un antibiótico), grado 2 y tres (doble antibióticos)

Definición

Enfermedades vinculadas al alcoholismo, desde estatois hepática, esteatohepatitis hasta trastornos hepáticos más avanzados (fibrosis y cirrosis)

Etiología

- Consumo excesivo de alcohol
- Infección por los virus C y B
- Hepatitis autoinmune
- Cirrosis biliar primaria
- Probablemente las hepatopatías metabólicas

Factores de riesgo

- Consumo de alcohol
- Obesidad
- Factores genéticos
- Género femenino
- Tabaquismo (cirrosis)
- Hepatopatía (hepatitis viral)
- Cambios en microbiota intestinal

Enfermedad hepática alcohólica

Manifestaciones clínicas

- Ictericia
- Fiebre
- Hepatomegalia dolorosa
- Descompensación de cirrosis (ascitis, infección bacteriana, hemorragia por varices, encefalopatía hepática)
- Neurológicos (neuropatía periférica, encefalopatía hepática, etc)
- Aparato reproductor (ginecomastia, atrofia gonadal, amenorrea, etc)

Diagnóstico

- Esteatosis hepática simple (ecografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, biopsia)
- Progresión de esteatohepatitis, fibrosis (elastografía transitoria)
- Hepatitis alcohólica (clínica, biopsia,)
- Cirrosis (endoscopia de tubo digestivo)

Tratamiento

- Abstinencia prolongada de alcohol
- Apoyo nutricional
- Trasplante hepático (sin respuesta a fármacos)
- Glucocorticoides (prednisolona)
- No fármacos orales (metilprednisolona)

Definición

Es una enfermedad 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 la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas.

Etiología

- Consumo excesivo de alcohol
- Infección por los virus C y B
- Hepatitis autoinmune
- Cirrosis biliar primaria
- Probablemente las hepatopatías metabólicas

Factores de riesgo

- Ingesta crónica de alcohol
- Pacientes con infección crónica por virus B y C de la hepatitis
- Obesidad
- Dislipidemia
- Hiperglucemia

Cirrosis hepática

Manifestaciones clínicas

Insuficiencia hepática temprana:

- Anorexia
- Pérdida de peso
- Debilidad
- Fatiga
- Osteoporosis.
- La exploración física en esta etapa puede ser inespecífica.

Diagnóstico

- Biometría hemática completa con cuenta plaquetaria
- Tiempo de protrombina
- Pruebas de funcionamiento hepático
- Química sanguínea
- Ultrasonido abdominal convencional
- Ultrasonido Doppler

Tratamiento

- Tratamiento no farmacológico: dieta hipercalórica, aporte proteico entre 0.8 hasta 1.5g/kg, rica en fibra, aporte de sodio de 1 a 2 g, restricción de líquidos (hiponatremia)
- Transplante hepático

Bibliografía

- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine 20/E (Vol.1 & Vol.2) (ebook). McGraw Hill Professional.
- Von Domarus, A., & Valentí, P. F. (2020). Farreras Rozman. Medicina Interna (19a ed.).
- De Jesús Villalobos Pérez, J. (2006). 5ta. Edición. Gastroenterología.