

Síndrome del intestino irritable

Es una alteración en el funcionamiento del tubo digestivo caracterizada por una combinación variable de síntomas intestinales crónicos y recurrentes

1-4 personas sufren SII a nivel mundial

Principal característica dolor abdominal con ulno al defecar se asocia con cambios en la consistencia y la frecuencia de las heces

Dolor intermitente tipo cólico ubicado en abdomen inferior

Mujeres más afectadas que hombres exacerbación de síntomas en el periodo menstrual sugiere componente hormonal

Las personas con SII experimentan un aumento en la motilidad y contracciones intestinales anormales en respuesta a situaciones de estrés psicológico y fisiológico

El Dx se basa en signos y síntomas de dolor o molestia abdominal, distensión estreñimiento o diarrea o cuadros sucesivos de estreñimiento y diarrea

Criterios diagnósticos: síntomas continuos 12 semanas de duración con malestar abdominal o dolor en los 12 meses precedentes

Frecuencia anormal de evacuaciones (más de 3 veces por día o 3 veces por semana)

metodos de control de estres

Evitar alimentos dañinos y seguir dietas estrictas que omiten grasas, alimentos productores de gases alcohol y bebidas con cafeina

espasmodicos, anticolinergicos

alosetron antagonista de 5-HT Formado aprobado FDA para tx de SII

~~11.9.5~~
Turu entobaliti

Enfermedad intestinal inflamatoria

El término enfermedad intestinal inflamatoria se usa para designar a dos alteraciones relacionadas: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa

Se ven involucradas todas las capas del intestino, capa mucosa sobre mayor afectación

Respuesta inflamatoria de tipo granulomatosa afecta cualquier área del tubo digestivo

Mayor frecuencia en el íleon terminal e el ciego

Evolución lenta, progresiva y generalmente discapacitante

Afecta a personas con 20 a 30 años, mujeres más proclives

Elemento característico lesiones granulomatosas bien delimitadas rodeadas de tejido mucoso de apariencia normal

Enfermedad de Crohn

Curso clínico variable los síntomas se relacionan con la ubicación de las lesiones

Diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, alteraciones hidroelectrolíticas, malestar y fiebre

complicaciones: formación de fistulas, abscesos abdominales y obstrucción intestinal

Puede desarrollarse también en vejiga, vagina, uretra y la piel

Diagnostico

cuidadosa exploración física y revisión de los antecedentes del paciente

sigmoidoscopia

coprocultivos y análisis de heces frescas

Radiografías con contraste

Tomografía computerizada

Tratamiento

El tratamiento se centra en terminar con la respuesta inflamatoria y promover la cicatrización

Nutrición adecuada y previniendo y tratando las complicaciones

inhibir la reacción de la inflamación: corticosteroides sulfasalazina, metronidazol azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato, e infliximab

dieta alta en calorías, vit y proteínas

dietas elementales en fase aguda

Enfermedad intestinal inflamatoria

El término enfermedad intestinal inflamatoria se usa para designar a dos alteraciones relacionadas: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa

se ven involucradas todas las capas del intestino, capa mucosa sobre mayor afectación

Respuesta inflamatoria de tipo granulomatosa afecta cualquier área del tubo digestivo

mayor frecuencia en el íleon terminal o el ciego

evolución lenta, progresiva y generalmente discapacitante

Afecta a personas con 20 a 30 años, mujeres más proclives

Elemento característico lesiones granulomatosas bien delimitadas rodeadas de tejido mucoso de apariencia normal

Enfermedad de Crohn

curso clínico variable los síntomas se relacionan con la ubicación de las lesiones

Diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, alteraciones hidroelectrolíticas, malestar y fiebre

complicaciones: formación de fistulas, abscesos abdominales y obstrucción intestinal

Puede desarrollarse también en vejiga, vagina, uretra y la piel

Diagnostico

cuidadosa exploración física y revisión de los antecedentes del paciente

sigmoidoscopia

coprocultivos y análisis de muestras fecales frescas

Radiografías con contraste

Tomografía computarizada

Tratamiento

El tratamiento se centra en terminar con la respuesta inflamatoria y promover la cicatrización

Nutrición adecuada y previniendo y tratando las complicaciones

inhibir la reacción de la inflamación: corticosteroides, sulfasalazina, metronidazol, azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato, e infliximab

dieta alta en calorías, vit y proteínas

dieta elemental en fase aguda

Colitis ulcerosa

La colitis ulcerosa es una alteración inflamatoria inespecífica del colon

Manifestaciones clínicas

Diagnóstico

Tx

la respuesta inflamatoria está limitada principalmente a la capa mucosa y submucosa y confinada al recto y al ano

incidencia pico entre 15 y 25 años

rasgo caract. lesiones que se forman en la lieberkühn en la base de la capa mucosa

El proceso inflamatorio lleva a hemorragias mucosa puntiformes después abscesos criptas

cuadros recidivantes marcados por episodios de diarrea. Puede persistir días semanas o meses

las heces suelen contener sangre o moco

Diarrea nocturna

Dolor cólico intestinal leve e incontinencia fecal

anorexia, debilidad y fatiga

anamnesis y la exploración física

sigmoidoscopia, colonoscopia, biopsia y resultados (-) en estudios de heces

medida de control para manifestaciones agudas

evitar cafeína, lactosa comidas muy condimentadas y las que producen grasas

emplear suplementos con fibra

componentes no absorbibles: 5-ASA (mesalamina, olzalasina)

corticosteroides

farmacos inmunomoduladores y tx ant TNF

Enterocolitis infecciosa

Cierto grupo de agentes infecciosos, incluidos virus, bacterias y protozoarios pueden afectar el tubo digestivo

causan diarrea y, algunas veces, cambios ulcerativos e inflamatorios en el intestino delgado y grueso

Es un problema global, causa más de 12 000 muertes al día entre niños en países en desarrollo

Es menos frecuente en los países industrializados, estas alteraciones aun existen con tasas de infección que solo son un tercio de las por el resfriado común

La mayoría de las infecciones se diseminan por vía fecal-oral, en general, a través del agua o los alimentos contaminados

Reflujo gastroesofagico

El término reflujo se refiere al movimiento en sentido retrogrado

una condición que causa ardor epigástrico o pirosis.

Los síntomas de esta afección por lo general ocurren después de las comidas, son breves y esporádicamente causan problemas más graves

El esfínter esofágico inferior regula el flujo de alimento desde el esófago hacia el estómago

Mecanismo de tipo extrínseco y intrínseco trabajan para mantener la función antirreflujo de este esfínter

Extrínseco

Porción del diafragma que rodea al esófago

Intrínseco

Musculatura circular del esófago distal

Después de las comidas, es habitual que se presente una relación transitoria con reflujo

La distensión gástrica y los alimentos altos en grasas aumentan la frecuencia de la relajación

Martin Lopez Robles

Barrera mucosa gastrica

Protección de la mucosa gastrica

Las células del epitelio gastrico están conectadas por conexiones estrechas, y están cubiertas por una capa hidrofoba de lípidos

secreción de acido clorhidrico va acompañada por HCO_3^- .

El moco que protege la mucosa gastrica es de dos tipos

cubierta superficial de las células epiteliales

moco firme y espeso que secretan las células la cual contiene bicarbonato y mantiene pH neutro

El acido acetilsalicílico es capaz de cruzar esta capa de lípidos

El alcohol también puede irrupir en la barrera mucosa

Por cada ión de H^+ secretado se produce un HCO_3^- . Producción igual no se lesiona la mucosa.

hidrosoluble

no hidrosoluble

se desprende de la superficie de la membrana

Forma un gel delgado y estable

Su naturaleza viscosa lo convierte en un lubricante

Forma una capa intacta, la cual atrapa al HCO_3^-

Cuando se toma en combinación aumenta de manera significativa la permeabilidad y se produce daño celular

los cambios en el flujo sanguíneo gastrico, tienden a reducir la producción de HCO_3^-

El acido acetilsalicílico y los AINE también alteran la secreción de HCO_3^- al inhibir la COX gastrica tipo I

Gastritis crónica

Se caracteriza por ausencia de erosiones macroscópicas y presencia de cambios inflamatorios crónicos

Helicobacter pylori

- Prevalencia asociada a estatus socioeconómico
- mayor edad
- grupos étnicos latinoamericanos y afro.

Transmisión persona a persona a través de:

- saliva
- vómitos
- agua contaminada

Enfermedad inflamatoria crónica de la porción inferior (antro) y cuerpo del estómago.

Diagnóstico y tratamiento

* Prueba del aliento con urea marcada con carbono 13 y 14	Tx Primera línea IBP Lansoprazol o lansoprazol, amoxicilina y claritromicina
* análisis serológicos	
* Prueba de antígeno en heces	2 línea - 14 días con terapia cuádruple
* biopsia endoscópica para detectar ureasa	IBP - Bismuto, tetra, y metronidazol

Gastritis atrofica crónica

se divide en 2

Gastritis atrofica autoinmunitaria

Forma difusa, se limita al cuerpo y el fondo del estómago, con un compromiso mín del antro.

La alteración resulta de la presencia de anticuerpos contra componentes de las células parietales de las glándulas gástricas y del factor intrínseco

Gastritis atrofica multifocal

afecta al antro y las áreas adyacentes del estómago.

se asocia con una reducción en la secreción ácida del estómago la aclorhidria y la anemia son poco frecuentes

Gastropatía química

Lesión gástrica crónica que resulta del contenido alcalinos del duodeno, secreciones pancreáticas y bilis hacia el estómago

forma leve puede aparecer en personas con úlcera gástrica, Enf. de la vesícula biliar o diversas alteraciones de la motilidad estomacal

Gastritis

la gastritis se refiere a la inflamación de la mucosa gástrica

Gastritis Aguda

Gastritis aguda por la general de naturaleza transitoria

Es una alteración autolimitada con regeneración y cicatrización completa dentro de los siguientes días de haber eliminado el agente desencadenante

la inflamación puede ser acompañado de emesis, dolor y, en algunos casos hemorragia y ulceración

la forma erosiva se asocia sobre todo con irritantes locales

molestias

acido acetilsalicílico

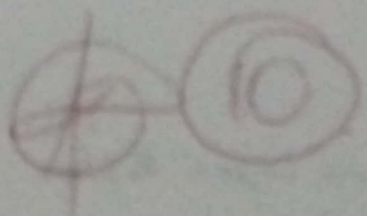
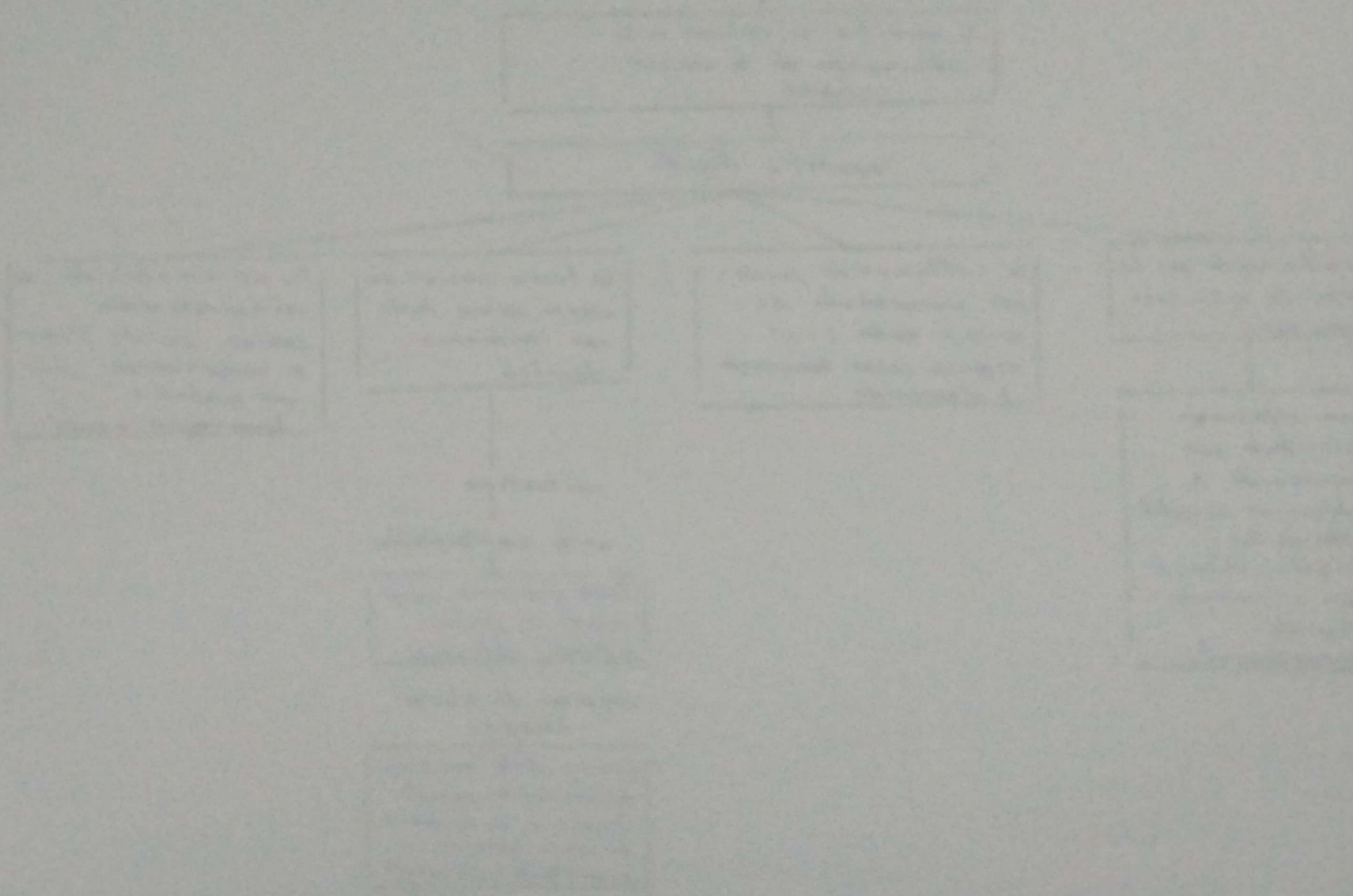
Puede quejarse únicamente de pirosis o acidez estomacal.

consumo de alcohol excesivo

causa dolor gástrico transitorio, puede llevar a vomitos y en casos graves a hemorragia y hematemesis

la administración de corticosteroides orales puede llegar a complicarse por una gastritis hemorrágica aguda

Marvin Lopez Roblero



Apendicitis

La apendicitis se origina por la obstrucción intraluminal debido a un fecalito, calculos biliares, tumores, parásitos o tejido linfático

El apéndice se inflama, se edematiza y se gangrena, y puede perforarse si no es tratado a tiempo.

Suele tener inicio abrupto con dolor en el epigastrio o en el área periumbilical

El dolor es causado por la distensión del apéndice durante el proceso inflamatorio

Pueden aparecer náuseas

Al inicio el dolor es vago se incrementa de forma gradual en un periodo de 2-12 hrs hasta volverse de tipo colico.

Puede encontrarse un recuento de leucocitos elevado

La palpación profunda del abdomen generalmente revela dolor en el cuadrante inferior derecho

Por lo general se encuentra cerca del sitio del apéndice inflamado

Es posible encontrar dolor a la descompresión

El diagnóstico se basa en los síntomas y los hallazgos de la exploración física se puede observar leucocitosis neutrofila

Se puede usar ecografía y tomografía computarizada

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del apéndice.

Complicaciones: peritonitis, formación de absceso periapendicular y septicemia.

Marvin Lopez Roblero

Diarrea

Es la eliminación excesivamente frecuente de heces reblandecidas o poco formadas. Puede ser aguda o crónica y derivar de infecciones por microorganismos, intolerancia alimentaria, fármacos o enf. intestinal.

Diarrea aguda

Diarrea de inicio agudo < 2 semanas es causada por agentes infecciosos, se divide en inflamatoria (pequeño volumen) y no inflamatoria (gran volumen).

La diarrea no inflamatoria se caracteriza por grandes volúmenes de heces acuosas, no sanguinolentas, cólicos periumbilicales, distensión abdominal y náusea o vómito.

Por lo general es leve, puede llegar a ser abundante y derivar a deshidratación, hipocalcemia y acidosis metabólica.

Con frecuencia es leve, es causada por bacterias productoras de toxinas (P.C). *S. aureus*, *E. coli* enterotoxigénica.

La diarrea inflamatoria se caracteriza por la presencia de fiebre y disenteria.

Es ocasionada por la invasión de las células (P.C) shigella, salmonella) toxinas asociadas con *C. difficile* o infección por *E. coli* O157:H7.

La diarrea es frecuente pero de menor volumen, se acompaña de cólicos en el cuadrante inferior izquierdo, urgencia y tenesmo.

Si persiste más de 14 días no puede atribuirse a patógenos bacterianos y la persona debe ser evaluada por un cuadro de diarrea crónica.

Marvin

Diarrea crónica

completar.

~~AS~~ AS

La diarrea se considera crónica cuando los síntomas persisten durante 4 semanas o más se relaciona con EII, SII, síndrome de mala absorción, alteraciones endocrinas o colitis por radiación.

Existen 4 razones principales que pueden ocasionar diarrea crónica

Diarrea osmótica

El agua es atraída hacia el interior del intestino por la naturaleza hiperosmótica de su contenido el colon es incapaz de reabsorber el exceso del líquido

En personas con deficiencia de lactasa se produce intolerancia a la lactosa

Diarrea secretora

se presenta cuando se intensifican los procesos de secreción del intestino

se da por exceso de ácidos biliares

Proceso patológicos del íleon

Puede producirse por sobrepoblación bacteriana

Tumores

diarrea inflamatoria

se asocia con inflamación aguda o crónica

Enfermedad intrínseca como: colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn

se identifica por la frecuencia de las evacuaciones

se presenta con tenesmo, manchado fecal de la ropa, urgencia para defecar nocturno

Dx y tx

El Dx se basa en el informe de evacuaciones frecuentes y revisión de antecedentes de los factores u acompañantes como comorbilidades, uso de medicamentos y exposición a posibles patógenos intestinales

El reemplazo de líquidos y electrolitos se considera el objetivo terapéutico principal en el tx de la diarrea

Los medicamentos para tx son el difenoxilato y loperamida, que son derivados opiáceos.

adsorbentes como el kaolin y la pectina adsorben irritantes y toxinas del intestino

Úlceras pépticas

30-11-23
RESUMI MDS
(10)

Úlcera péptica término para describir a un grupo de alteraciones ulcerativas que aparecen en áreas del tubo digestivo superior.

Las formas más frecuentes de úlcera péptica son la gástrica y la duodenal

Las duodenales son 5 veces más frecuentes que las gástricas.

Rango de edad 30 y 60 años para úlceras duodenales

Úlceras gástricas más prevalentes en adultos de edad media

Predominancia masculina de las úlceras duodenales

Úlcera gástrica de manera igual en hombres y mujeres

Úlcera péptica afecta a una o todas las capas del estómago o duodeno, puede llegar a mucosa o penetrar al músculo liso

La cicatrización de la capa muscular incluye reemplazo con tejido cicatricial

Factores H. Pylori y ácidos acetilsalicílico y otros AINEs

H. Pylori induce inflamación y estimula la liberación de citoquinas y otros mediadores de la inflamación contribuye al daño de la mucosa

Úlceras inducidas por AINE se cree que consisten en la lesión de la mucosa e inhibición de la síntesis de prostaglandinas depende de dosis, existe riesgo con dosis de 81 mg/día

La lesión del duodeno por ácido promueve el desarrollo de metaplasia gástrica, permitiendo al patógeno colonizar estas áreas e inducir el desarrollo de úlceras duodenales

Factores independientes que potencializan H. Pylori y úlceras por AINE. incluyen edad, antecedentes de úlcera péptica, uso de múltiples AINE, alcohol tabaquismo

Manifestaciones clínicas

manifestaciones clínicas de la úlcera péptica no complicada se centran en el malestar y el dolor se describe como erdo purzante o de tipo cólico; suele ser rítmico y aparecer cuando el estómago está vacío. Por lo general, el dolor se localiza en el epigastro, proximo a la cúpula xifoidea puede irradiar abajo del borde costal hacia la espalda en ocasiones en el hombro derecho. Las complicaciones → hemorragia, perforación y penetración y obstrucción de la salida gástrica. Una característica adicional del dolor por úlcera es su periodicidad: semanas o meses

Diagnostico y tratamiento

Diagnostico: anamnesis, las pruebas de laboratorio, los estudios radiológicos, así como las exploraciones endoscópicas. Al revisar los antecedentes, se debe poner especial atención en un posible uso de ácido acetilsalicílico u otros AINE. Se puede emplear endoscopia.

El tratamiento farmacológico se enfoca en erradicar H. Pylori, aliviar los síntomas y cicatrizar el cráter ulceroso. Esencialmente se utilizan tres tipos de antiácidos: carbonato de calcio, hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio. Agentes que mejoran las defensas de la mucosa están el sucralfato y los análogos de prostaglandinas