

Elvin Caralampio
Admex Suarez 3:00

Alteración más frecuente del tubo digestivo

SINTOMAS: Ocurren después de las comidas, son breves y esporádicamente causan problemas más graves

Con daño a la mucosa: esofagitis erosiva
Sin daño a la mucosa: enfermedad por reflujo no erosiva.

Esofago de Barrett: cambio de epitelio, adenocarcinoma esofágico, en mayores de 50 años.

Causas: tono del esfínter disminuye, comidas copiosas, alcohol, tabaco

Dx: dx clínico, pH metría, esofagoscopia.
Tx: bajar de peso, evitar irritantes, se calma cuando te acuestas los síntomas.

Reflujo gastroesofágico

Desplazamiento retrógrado de contenido gástrico hacia el esófago, una condición que causa ardor epigástrico o pirosis.

Esfínter esofágico inferior regula el flujo de alimento desde el esófago hacia el estómago

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

M. INTRÍNSECO: Músculos circulares del esófago distal.

M. EXTRÍNSECO: Porción del diafragma que rodea al esófago.

Músculos oblicuos del estómago localizados de bajo del esfínter esofágico inferior, forman un colgado que contribuye a la función antirreflujo del esfínter interno.

Relajación del esfínter esofágico inferior es un reflejo del tronco encefálico regulado por el nervio vago en respuesta a cierto número de estímulos diferentes.

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

Distensión gástrica y los alimentos altos en grasas aumentan la frecuencia de la relajación.

El material del reflujo regresa al estómago mediante ondas peristálticas secundarias del esófago, y la saliva tragada neutraliza y arrastra el ácido que refluye

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Manifestaciones clínicas:

- Pirosis (sensación de quemazón en el área retroesternal).
- Regurgitación (percepción de flujo o reflujo de contenidos gástricos hacia la boca o la hipofaringe).
- Intenso y se presenta 30-60 min. después de ingerir alimentos.
- Empeora cuando la px dobla la cintura o se recuesta.
- Síntomas por la noche.

Causas:

- Estenosis del esófago
- Cambio del tejido normal
- Esófago de Barrett

Dx:

- Clínico por síntomas del px
- Pruebas de supresión ácida
- Esofagoscopia.
- Vigilancia ambulatoria de pH esofágico.

Tx:

- Evitar posiciones y condiciones que incrementen el reflujo.
- Evitar comidas abundantes y alimentos que reducen el tono del esfínter esofágico inferior.
- Antiácidos

Síntomas de daño en la mucosa producidos por el reflujo anómalo de contenidos gástricos hacia el esófago o más allá, hacia la cavidad bucal (incluyendo laringe) o los pulmones.

Relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior por debilidad o incompetencia.

Permite el reflujo, además una menor eliminación del ácido que refluye desde el esófago, lo que como resultado efectos irritantes.

Barrera de mucosa gastrica

Dañar:

- Acido acetilsalicilico más alcohol.
- Acidos biliares.

Recubrimiento del estomago suele ser impermeable al acido que secreta, propiedad que permite al organo contener acido y pepsina.

- Cubierta superficial de las celulas epiteliales con uniones excepcionalmente estrechas.
- Moco firme y espeso que secretan las celulas y que generan una cubierta protectora para la pared interna, la cual contiene bicarbonato y sirve para mantener el pH neutro.

Tipos de moco:

1: NO SOLUBLE =

- Menos espeso.
- En contacto con el contenido gastrico.

2: HIDROSOLUBLE =

- Más denso.
- En contacto atras del no soluble
- Atras de las celulas epiteliales.

Prostaglandinas:

- Ayuda a la producción de moco, bicarbonato que mantendra el control del acido.

Elvin Caralampio
Gomez Suarez 3="C"

Gastritis

AGUDA:

- Proceso inflamatorio agudo de la mucosa, de naturaleza transitoria.
- Inflamación acompañada de emesis, dolor y en algunos casos graves hemorragia y ulceración.
- La forma erosiva es una causa importante de hemorragia GI.
- Se asocia con irritantes locales como el ácido acetilsalicílico y otros AINE, así como con alcohol o toxinas bacterianas.

Inflamación de la mucosa gástrica.

Crónica:

Ausencia de erosiones macroscópicas y presencia de cambios inflamatorios crónicos, llevan a la atrofia del epitelio glandular estomacal.

TIPOS:

- Por *Helicobacter pylori*.
- Atrofia metaplasica.
- Gastropatía química.

H. Pylori:

- Causa más frecuente
- Estatus socioeconómico.
- Mayor edad
- Grupos étnicos latinoamericano y afroamericano.
- Puede producir atrofia gástrica y úlcera péptica y se asocia con mayor riesgo de adenocarcinoma

Enfermedad por úlcera péptica.

Úlceras en tubo digestivo superior

Por medicamento o *H. pylori*.

Gástricas:

- Equitativa en hombre y mujer
- En adultos de edad media.

Duodenales:

- Sucesos más frecuentes
- Más frecuente en hombres
- Entre los 30-60 años.

Afección en:

- Tra o todas las capas del estómago o duodeno
- Cicatrización imperfecta lleva a reparación.

Etiología y patogenia.

- Por fracaso de mecanismos de protección a la mucosa.
- Ácido acetilsalicílico
- Aines
- *H. pylori*.
- Lesión a la mucosa
- Inhibición de síntesis prostaglandinas.

Clinicas:

NO COMPLICADA:

- Malestar
- Dolor ardoroso punzante o tipo cólico.
- En epigastrio.
- Alivio al comer o antiácidos.

COMPLICADA:

- Hemorragia: hematemesis melena
- Perforación por úlcera erosiva
- Penetración se extiende a dx adyacentes.
- Obstrucción de la salida gástrica = edemas, espasmos, saciedad temprana.

Tx = Hidróxido de magnesio y aluminio

Elvin Caralampio
Gómez Suárez
3: "C"

Síndrome de Zollinger-Ellison

Por tumor secretor de gastrina (gastrinoma)

Complicaciones

- ERGE
- Enfermedad grave por ulcera peptica.

Tumores

- Únicos y múltiples
- 50% son malignos

Diagnósticos

- [] elevadas de gastrina serica ácido gastrico basal.

Descartar metástasis = Tc

Ecografía abdominal

Angiografía selectiva.

Síndrome de neoplasia endocrina múltiple de tipo 1 (NEM 1)

Hiperparatiroidismo y neoplasias endocrinas múltiples.

Cuadro clínico

- Diarrea
- Inactivación de lipasas, alteración en la digestión de grasa

Tratamiento:

- IBP
- Tx de la neoplasia maligna
- Resección quirúrgica por tumor maligno sin metástasis.

Úlceras por estrés

Por estrés fisiológico importante.

Alto riesgo en:

- Úlcera de Curling
- Traumatismos
- Infección.
- SDRA
- Insuficiencia hepática grave
- Procedimientos quirúrgicos mayores.
- Quemaduras extensas

En fondo y cuerpo del estomago

Isquemia del t. mucoso.

Tratamientos

- IBP

Úlcera de Cushing

Úlceras en duodeno y esofago

Px con lesión intracraneal, operaciones o tumores

Hipersecreción de ácido gastrico por estimulación del N. vagal.

Síndrome del intestino irritable

Gómez Suárez
3="C"

Etiología:

- El 10-15% de la población en Estados Unidos tiene esta alteración
- Mujeres suelen ser más afectadas que los hombres.

Cuadro clínico:

- Dolor abdominal intermitente
- Alteración en la función intestinal
- Malestares diversos

Alteración en el funcionamiento del tubo digestivo caracterizado por una combinación variable de síntomas intestinales

Tratamiento:

- Control del estrés
- Fármacos = espasmolíticos, anticolinérgicos (alosetron)
- Recomendaciones =
 - + Ingesta de fibra
 - + Evitar alimentos productores de grasas, gases, alcohol y bebidas con cafeína.

Diagnóstico Clínico

- Presencia de síntomas por lo menos 12 semanas de duración.
- 12 meses con dos de las tres características acompañantes:
 - 1: Alivio que se relaciona con la defecación
 - 2: Crisis que inician con modificaciones en la frecuencia de las evacuaciones
 - 3: Cambios morfológicos con las heces.

Scribe

Enterocolitis

Infección viral.

ROTAVIRUS:

- Frecuente en menores de 5 años.
- Lactantes.
- Disemina de vía oral-fecal.
- Se elimina varios días antes y después del desarrollo del cuadro clínico.
- Requiere pocas viriones infectantes.

Infección bacteriana.

COLITIS POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE:

- Alteración de la flora microbiana, permite su colonización junto a la liberación de toxinas.
- Transmisión vía orofecal.
- No es invasivo.
- Suele adquirirse en los hospitales.

Manifestaciones clínicas:

- -9 días tras el inicio del tx antibiótico.
- Diarrea leve a moderada.
- Dolor cólico intestinal en el hemiabdomen inferior.
- No existen manifestaciones sistémicas.

Dx:

- Anamnesis.
- Pruebas de laboratorio (presencia de toxinas en las heces).

Tx:

- Suspensión del antibiótico.
- Vancomicina.
- Metonidazol.

COLITIS SEUDOMEMBRANOSAS

- Membrana inflamatoria.
- Lugares en donde presentan daño mucosa.
- Pone en riesgo la vida.

Manifestaciones clínicas:

Scribe

10

Enfermedad intestinal inflamatoria

Elvin Caralampio
Gomez Suarez

Etiología y patogenia:

- Sistema inmunitario de la mucosa siempre esta listo para responder a patógenos, e inocua con la microflora intestinal normal.
- Estado normal de homeostasis se ve alterado en el III
- Llevando respuestas inmunitarias exageradas y poco reguladas.

- * TABAQUISMO presentar enf. de crbn
- * EXFUMADORES presentar colitis ulcerosa.

scriba

Antibióticos = altera toda la flora intestinal eliminando todas las bacterias buenas y malas (entran a colonizar por que queda sin protección)

- Dx:** Cuidadosa exploración física y revisión de antecedentes familiares.
- Sigmoidoscopia.
 - Coprocultivos y análisis de muestras fecales
 - Radiografías y tomografías.

- Tx:** Nutrición adecuada
- Prevenir y tratar complicaciones
- MEDICAMENTOS:** Corticosteroides, sulfabalin, metronidazol, azitropina metotrexato, infliximab.

Designa a dos alteraciones relacionadas la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Enf. de Crohn.

Respuesta inflamatoria de tipo granulomatosa.
Afecta a cualquier area del tubo digestivo.
20-30 años (mujeres un poco más proclives).

CARACTERÍSTICAS: Lesiones granulomatosas, bien delimitadas, rodeadas de tejido mucoso aparentemente normal. Lesiones segmentarias. Mayor afección en capa mucosa. Apariencia de emparedado en superficie del intestino. Capas del ML cambios inflamatorios y fibroticos. Pared intestinal suele volverse dura y inflexible. Conductos linfáticos pueden aumentar su tamaño.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Diarrea
- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Malestar
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Fiebrícula
- Ulceración de piel perianal
- Deficiencias nutricionales.

COMPLICACIONES: Formación de fistulas, abscesos abdominales, obstrucción intestinal.

EN NIÑOS: retraso del crecimiento y desarrollo significativa.

Colitis ulcerosa

Inflamación del colon
Afecta capa mucosa, submucosa y confinada al recto y colon.
15-25 años
Inicia en recto y se disemina en sentido proximal

CARACTERÍSTICAS:

- Lesiones en criptas de Lieberkuhn
- Proceso inflamatorio - formación de hemorragias mucosas puntiformes con el tiempo supuración y se desarrollan abscesos cripticos, necrosis y ulcerarse.
- Pseudopolpos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Diarrea
- Anorexia
- Debilidad
- Heces con sangre y moco
- Fatiga
- Dolor colico intestinal leve e incontinencia fecal

LEVE: 4 evacuaciones al día, sin signos sistemicos de toxicidad.

MODERADA: "

GRAVE: 6 evacuaciones emeticas al día y evidencia de toxicidad sistémica (fiebre, taquicardia, anemia y VSG elevada).

FULMINANTE: 10 evacuaciones al día, hemorragias continuas, fiebre, distensión abdominal dolor al tacto, necesidad de transfusiones sanguíneas y dilatación colonica en Rx abdominales

COMPLICACIONES: artritis, uveitis, trombosis venosa profunda, colangitis esclerosante primaria, espondilitis anquilosante y cancer de colon.

Dx: Anamnesis y exploración física, sigmoidoscopia, colonoscopia, biopsia

Tx: medidas de control para las manifestaciones agudas y prevención de la recurrencia.

- Evitar cafeina y lactosa
- Emplear suplementos de fibra.
- Tx quirurgico
- Fármacos similares a los de crohn.

Infección viral
ROTAVIRUS

Frecuente en menores
de 5 años

Lactantes

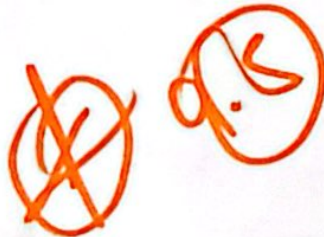
Se disemina varios
días antes y después
del desarrollo del
cuadro clínico

Se requiere pocos
viriones infectados

- Fiebre leve o moderada (2do día)
- Vómito (2do día)
- Desarrollo de evacuaciones
acuosas frecuentes (5 al 7 día)
- Deshidratación
- Tratamiento sintomático
- Vacunación

Incompleto

Elvin Gómez Suárez 3="C"



Infección viral Rotavirus

Características

- Afectan epitelio superficial del intestino delgado.
- Pérdida de agua y electrolitos.
- Absorción incompleta de nutrientes.
- Afecta niños de 6-24 meses de edad.

Generalidades

- Diarrea grave
- Fallecimientos en niños de menos de 5 años.
- Vacuna por la FDA → RotaTeq
- Más grave en niños de 3-24 meses de edad
- Contagio fecal oral.
- Se replica antes y después de la clínica.
- Incubación de 1-3 días.

Manifestaciones clínicas

- Fiebre leve a moderada
- Vómitos
- Evacuaciones frecuentes de heces
- Deshidratación

Tratamiento

Evitar y tratar la deshidratación.

Infección bacteriana
COLITIS POR CLOSTRIDIUM
difficile

- Se relaciona con el tx antibiotico.
- Alteración de la flora microbiana, permite su colonización junto con la liberación de toxinas.
- Transmisión via oral-fecal
- Suele adquirirse en los hospitales
- No es invasivo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

- 4-9 días tras el inicio del tx antibiotico.
- Diarrea leve o moderada.
- Dolor colico intestinal en hemiabdomen inferior
- No existen manifestación sistémica.

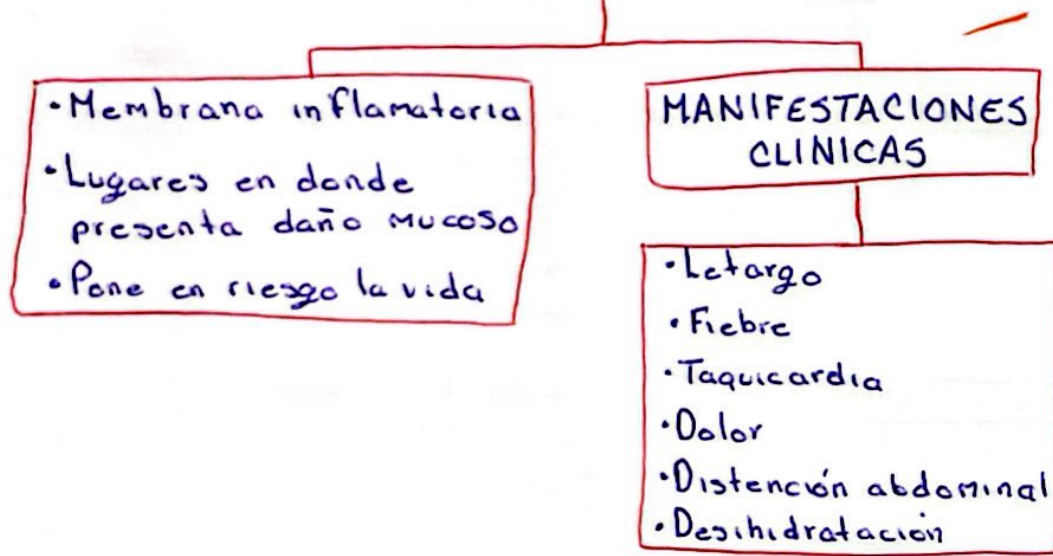
DIAGNOSTICO

- Anamnesis
- Px de laboratorio presencia de toxinas en heces.

TRATAMIENTO

- Suspensión inmediata del antibiotico.
- Metonidazol V.O, V.I
- Vancomicina V.O

COLITIS SEUDOMEMBRANOSA



INFECCIÓN POR E. COLI

- Causa importante de colitis.
- Identifica en leche y heces contaminada, carne de vaca, pollo y cerdo.
- Frutas, vegetales, lagos contaminados, visitantes de granjas y zoológicos.
- Infección por transmisión alimentaria
- Transmisión directa (casos, guarderías, hospitales).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- No genera síntomas.
- Diarrea aguda no sanguinolenta.
- Colitis hemorrágica
- Síndrome urémico hemolítico.
- Dolor cólico intestinal
- Evoluciona a diarrea sanguinolenta (5-10 días)

E. COLI ENTEROHEMORRÁGICA

- Libera toxinas similares a las de Shigella
- Ingresan al sistema circulatorio, plasma, plaquetas y monocitos.

COMPLICACIONES

- Síndrome urémico hemolítico
- Anemia hemolítica
- Trombocitopenia
- Predominante en lactantes y niños pequeños
- Causa frecuente de insuficiencia renal aguda en niños.
- PTP
- Insuficiencia renal
- Fiebre, síntomas neurológicos.

TRATAMIENTO

- No hay tx específico
- Manejo de efectos de las complicaciones.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Instrucción al público a la transmisión primaria de la infección a partir de las fuentes de animales.

APENDICITIS

¿Que sucede?
Inflama, edematiza
y se gangrena

Origen
Obstrucción intraluminal
debido a un fecalito,
calculos biliares, tumores
parasitos o tejido
linfatico

Generalidades
Mujeres 12%
Hombres 25%

Dolor
Causado por distención
del apendice durante
el proceso inflamatorio
temprano.

INICIO: DOLOR VAGO
2-12 hrs: incremento
gradual puede volver
de tipo colico
Dolor en cuadrante
inferior derecho.
Elevado recuento
de leucocitos
(no todos los
casos).

COMPLICACIONES
Peritonitis
Formación de
absceso periapendicial
y septicemia.

Diagnostica
Síntomas y hallazgos
a exploración física
Leucocitosis
neutrofilia
Ecografía
Tomografía
computarizada

Tratamiento
Resección
quirurgica del
apendice

Diarrea

Eliminación excesivamente frecuente de heces reblandecidas o poco formadas.

AGUDA:

- Persiste durante menos de 2 semanas
- Por agentes infecciosos
- Inflamatoria (pequeño volumen)
- No inflamatoria (de gran volumen)

Inflamatoria = presencia de fiebre y diarrea sanguinolenta (disenteria)

- Shigella, salmonella, yersinia, campylobacter, E. coli.
- Si dura más de 14 días puede volverse crónica.

No inflamatoria: grandes volúmenes de heces acuosas, no sanguinolentas, cólicos periumbilicales, distensión abdominal, náuseas o vómitos.

- S. aureus, E. coli enterotoxigena, cryptosporidium parvum, vibrio cholerae.

CRÓNICA:

- Persiste durante 4 semanas o más
- Relaciona con alteraciones como EII, SII, sx de mala absorción, alteraciones endocrinas.
- Lo puede provocar la presencia de contenido luminal hiperosmótico, mayor actividad de secreción intestinal, alteraciones inflamatorias y procesos infecciosos

Diagnóstico = Informe de evacuaciones frecuentes y en la revisión de los antecedentes de los factores acompañantes como comorbilidades, uso de medicamentos y exposición a posibles patógenos intestinales.

Tratamiento = Difenoxilato y loperamida

Estreñimiento

Evacuación poco frecuente,
incompleta o difícil de las heces.

Causas frecuentes:

- Retraso en entender la urgencia para defecar
- Deficiencia de fibra en la dieta
- Ingesta inadecuada de líquidos.
- Debilidad de los músculos abdominales
- Inactivo o reposo en cama
- Embarazo
- Hemorroides

3 Categorías:

- De tránsito normal.
- De tránsito lento.
- Alteraciones en la evacuación defecatoria o rectal.

Diagnósticos:

- Antecedentes de evacuaciones infrecuentes, el paso de heces duras y escurridas, o sensación de evacuaciones incompletas.
- Exploración rectal para detectar si hay retención fecal, estenosis o presencia de masa rectales.
- Pruebas de cuantifican el tiempo de tránsito colónico y problemas de defecación.

Tratamientos:

- Se dirige a aliviar el estreñimiento.
- Horario para evacuar.
- Adoptar posición similar en cuclillas.
- Consumo de un volumen adecuado de líquidos en la dieta.
- Ejercicio.