



GASTROENTEROLOGÍA

LUÍS LÓPEZ LÓPEZ



ACALASIA CRICOFARINGEA (DISFAGIA OROFARINGEA)

Definición :

- Es una disfunción del musculo cricofaringea en la que no se relaja con la deglución, sin que haya evidencia de otra enfermedad neurológica o muscular.

ACALASIA CRICOFARINGEA

Epidemiología

- Se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años.
- Aparece de forma aislada.
- En ocasiones con divertículo de zenker.
- En pacientes con síndrome de distrofia muscular oculofaríngea.

ACALASIA CRICOFARINGEA

Clínica

- Misma que la de la disfagia orofaríngea.

En casos más graves.

- Episodios de aspiración broncopulmonar.
- Regurgitación nasal.

ACALASIA CRICOFARINGEA

Clínica

- Radiológica
- Estudios realizados con bario.
- La aparición de una indentificación prominente en la pared posterior de la faringe.

ACALASIA CRICOFARINGEA

Tratamiento.

- En caso más graves es la.
- Miotomia cricofaringea.
- Descartando previamente la existencia de flujo gastroesofágico. (RGE).
- Ya que la Presencia de este contraindicarían la intervención.
- En este caso, el tratamiento de realiza con dilatación endoscópica con balón.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Definición :

- Significa incapacidad para relajarse, y describe la característica cardinal de este trastorno: la mala relajación del esfínter esofágico inferior (EEI).

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Etiología

- Obstrucción funcional de esófago.
- Síntomas como disfagia
- Regurgitación
- Molestia torácica
- Pérdida de peso.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Síntomas

- Obstrucción funcional del esófago.
- Disfagia
- Regurgitación
- Molestia torácica
- Pérdida de peso.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Clasificación.

- Acalasia tipo I (clásica)
- Acalasia tipo II (vigorosa)
- Acalasia tipo III (espástica).

Fisiopatología :

- Acalasia primaria, se pueden detectar anomalías en los componentes musculares y nerviosos, aunque se considera que la lesión nerviosa es de vital importancia.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Fisiopatología

- Lo más importante es una marcada reducción de los cuerpos neurales de los plexos mientéricos.
- Sobre todo en las neuronas inhibitoras.
- Alteraciones en las ramas del vago.
- Alteraciones en el núcleo motor dorsal del vago.
- En el tronco del encéfalo.

Fisiopatología en acalasia vigorosa.

- Los relacionados producen son más leves.
- Por su parte, la acalasia secundaria se ha relacionado.
- Con enfermedades neoplásicas.
- Enfermedad de Chagas.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Clínica

- Acontece en todas las edades.
- Más común a partir de partir la tercera y quinta edad.
- Igual en ambos sexo

Síntomas

- Disfagia
- dolor torácico.
- Regurgitación.
- Pérdida de peso.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Diagnóstico

- Radiografía de tórax.

Acalasia y obstrucción al flujo de UGE	Criterio
Acalasia tipo I (acalasia clásica)	<ul style="list-style-type: none">• Mediana de IRP elevada (> 15 mmHg), 100% peristalsis fallida (DCI < 100 mmHg/s/cm)• Contracciones prematuras con DCI < 450 mmHg/s/cm se consideran peristalsis fallida
Acalasia tipo II (con compresión esofágica)	Mediana de IRP elevada (> 15 mmHg), 100% peristalsis fallida, presurización panesofágica \geq 20% de las degluciones
Acalasia tipo III (acalasia espástica)	Mediana de IRP elevada (> 15 mmHg), 100% peristalsis anormal, contracciones prematuras (espásticas) con DCI > 450 mmHg/s/cm con \geq 20% de las degluciones

UGE: unión gastroesofágica; IRP: presión de relajación integrada; DCI: integral de la contracción distal

Acalasia 3 estudios.

- Estudios inicial. Serie esofagogastroduodenal (serie EGD con bario).
- diagnóstico diferencial. Endoscopia
- estudio confirmatorio. Manometría de alta resolución.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Diagnóstico diferencial.

- Pseudoacalasia (Acalasia secundaria). El 75% de las pseudoacalasia se relacionan con trastorno neoplásicos (adenocarcinoma de esófago).

Otras enfermedades

- Otras enfermedades no tumorales son amiloides.
- enfermedad de Chagas.
- trastornos posvagotomía.
- pseudoobstrucción intestinal crónica idiopática.
- posradiación
- algunos tóxicos y fármacos.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Complicaciones

- Las principales complicaciones.
- esofagitis
- Aspiración broncopulmonar en relación con la regurgitación.
- Carcinoma esofágico.

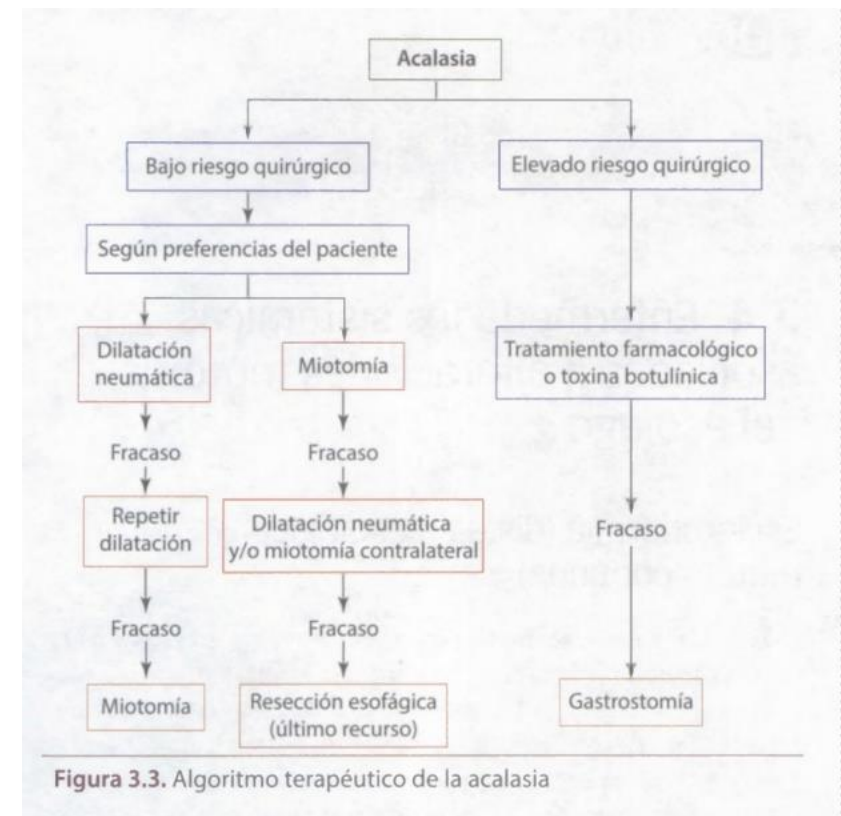
Aspiración broncopulmonar en relación con la regurgitación.

- Acontece hasta en el 30% de los pacientes.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Tratamiento :

- El tratamiento está encaminado a mejorar los síntomas y la prevención de las complicaciones.
- tratamiento médico
- Endoscopia
- Quirúrgica



ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Tratamiento médico.

- Nitrito.
- calcioantagonista.
- nifedipino el más eficaz.
- pero aún mejor el isosorbida. (mayor efecto secundario). Antes de comida.

Tratamiento endoscopico.

- Existen 3 técnicas.
- dilatación endoscópica con balón.
- Inyección endoscópica de toxina botulínica en el EEI.
- POEM (técnica endoscópica) emergente a la capa muscular.

ACALASIA (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR CONTINUARÁ).

Tratamiento quirúrgico.

- La técnica es la Miotomía de heller.

ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR INTERMITENTE).

Definición

- Es un trastorno caracterizado por múltiples contracciones Espontánea o inducida por la deglución que son de comienzo simultáneo, de gran amplitud, de larga duración y repetitiva.

ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR INTERMITENTE).

Anatomía patológica

- Degeneración parcheada localizada en el nervio.
- más en los cuerpos neurales.
- contrario a lo que ocurría en la acalasia.

ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR INTERMITENTE).

Clínica

- La edad media de presentación es alrededor de los 40 años
- Disfagia. Aparece tanto como para sólido y líquido.
- Dolor torácico. El dolor es generalmente retroesternal y puede tener la misma irradiación que el de la cardiopatía isquémica.
- Otros síntomas. Menos frecuentes la pirosis. Generalmente no asociado a REG. Trastorno psicológicos (ansiedad y depresión) evoluciona a acalasia.

Síntomas

- Dolor torácico
- Disfagia
- o ambos

ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR INTERMITENTE).

Diagnóstico

- I. Serie EGD. Puede ser normal, o encontrar la imagen típica en “ sacacorchos”
- II. Endoscopia. Puede ser normal o con datos de enfermedad por RGE (ERGE)
- III. Manometria. Importante tener en cuenta que el espasmo esofágico puede progresar a acalasia
III.manometria gool STANDARD.

Mejor.

- Manometria goold STANDARD.

ESPASMO ESOFÁGICO DIFUSO Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DISFAGIA ESOFÁGICA MUSCULAR INTERMITENTE).

Tratamiento

- El tratamiento está enfocado en tratar los síntomas.
- fármaco. Nitroglicerina sublingual.
- dinitrato de isosorbida.
- calcioantagonista. (nifedipino y diltiazem)
- utilidad sobre todo con la trazodona.

Dilatación con balón de la parte inferior del esófago.

- Se intenta en aquellos pacientes en los que falla el tratamiento farmacológico.
- Y resulta útil sobre aquellos que se quejan de disfagia
- MIOTOMÍA LONGITUDINAL DE LA CAPA MUSCULAR CIRCULAR DEL ESÓFAGO.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS ASOCIADAS A ALTERACIONES MOTORAS DEL ESÓFAGO.

Definición de esclerodermia.

- Se produce efectacion esofágica en el 74% d los casos.
- existen atrofia de musculo liso del esófago
- con debilidad de los dos tercio inferior de lo mismo.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS ASOCIADAS A ALTERACIONES MOTORAS DEL ESÓFAGO.

Síntomas

- Disfagia para sólido.
- así como para líquido.
- En decubito.
- acompañada o no de síntomas de RGE.

Complicaciones

- Disfagia persistente por estenosis peptídica.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS ASOCIADAS A ALTERACIONES MOTORAS DEL ESÓFAGO.

Diagnóstico.

- Manometria. Demuestra disminución de la amplitud de las contracciones esofágicas.
- qué puede ser peristáltica o no
- Pero la relajación con la deglución es normal.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS ASOCIADAS A ALTERACIONES MOTORAS DEL ESÓFAGO.

Tratamiento.

- Paliativo
- consiste en tratar los síntomas.
- con inhibidores de la bomba de protones (IBP).
- Procinéticos
- con ERGE se realiza Funduplicatura Parcial.



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

LUÍS LÓPEZ LÓPEZ



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Epidemiología

- (EII) Crónica comprende trastornos caracterizado por una tendencia a la activación inmunitaria.
- (EC)Y (CU) Representa los dos tipos de la (EII)
- EC= Mayor incidencia
- CU = Permanece estable (igual)
- 20% tienen familiares afectado.

Riesgo

- 10 veces superior afectado
- pico máximo de incidencia ocurre entre los 15-35 años.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Patogenia

- Se desconoce su etiología
- lo mas aceptado es que existe una pérdida en la tolerancia a la microbiota del intestino
- Genera una respuesta inflamatoria descontrolada.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Factores de riesgos.

- Dieta. Consumo de azúcar refinada.
Hipersensibilidad a las proteínas de la leche de vaca.
 - Tabaco. Es un factor de riesgo para la EC
 - Efecto protector en la CU crónica.
 - factor genético
 - Factores de Autoinmunidad.
- Raza. Se ha observado mayor incidencia en caucásicos
 - fármacos. El uso de Estrógenos puros se asocia a mayor riesgo de presentar EII.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Asimismo

- Posibles existencia de anomalías estructurales en las células intestinales. (agentes infecciosos o toxinas).
- existe la posibilidad de un aumento de la permeabilidad intestinal.

- Se ha sugerido que intervengan agentes infecciosos, pero no se han demostrado.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Factores protectores

- Dieta. Rica en zinc. Se ha demostrado que disminuye el riesgo de presentar EC hasta en un 40%. Dieta rica en verduras y pobre en carne.
- Raza. La incidencia es menor en la raza hispana.
- Demografía. La resistencia en zona rural se asocian a menor riesgo de presentar EII.
- Fármaco. El uso de estatinas se asocian con disminución en el riesgo de presentar EII.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Anatomía patológica.

- COLITIS ULCEROSA. Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a la mucosa del intestino grueso.

Caso grave.

- La parte superficial de la mucosa
- comienza en el recto..
- 25% de las enfermedades esta limitada en el recto.
- 25-50 en el colon descendente.
- 33% en el esplénico.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Cambios al microscopio

- Histologicamente. Aumento de células inflamatoria en la lámina propia y distorsión del las criptas de lieberkuhn.

Grado de la inflamación.

- Determina la actividad : en la fase activa, las células inflamatorias son polimorfonucleares.
- romperse en su vértice
- vertiendo su contenido a la luz intestinal o hacia su base.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Hallazgos en la endoscopia.

- Los cambios endoscópicos consisten en ausencia del patrón vascular normal de la mucosa con fina granularidad.
- granulacion gruesa.
- ulceraciones puntuales
- hemorragias confluentes con mayor cantidad de moco.

- Hemorragia
- exudado de moco.



Figura 13.1. Colitis ulcerosa: múltiples ulceraciones

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Enfermedad de Crohn.

- La EC puede afectar a cualquier segmento o combinación de ellos del tracto digestivo desde la boca hasta el ano.
- Afectación de íleon terminal y colon derecho.

- 30% se afecta solo el Colón
- y 30% en íleon.
- 40 % intestino delgado.

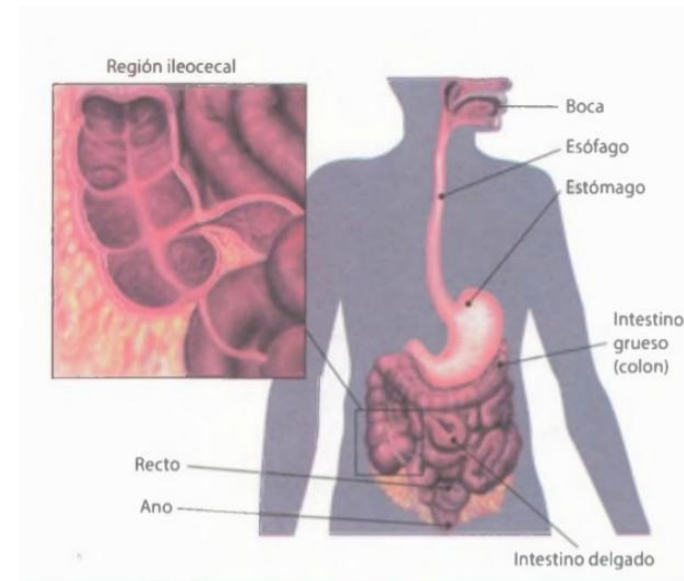


Figura 13.2. Patrones de localización de la enfermedad de Crohn

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Cambios al microscopio.

- Inflamación de las criptas
 - forman microabcesos de neutrófilos
 - ulceraciones
 - a diferencia de la CU, la inflamación es más profunda.
- Invade la lámina propia por agregados linfoides y macrófagos
 - produce una inflamación transmural inespecífica.
 - un 50% de los casos conducen a la formación.
 - granulomas no caseificantes.. Muy características de la enfermedad.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Hallazgos en la endoscopia.

- Macroscopicamente, en la EC se observa afectaciones segmentarias y discontinua.
- úlceras aftoides que se extiende de forma lineal.
- dejando mucosa normal entre ellas.
- dando el tipo aspecto de empedrado.
-

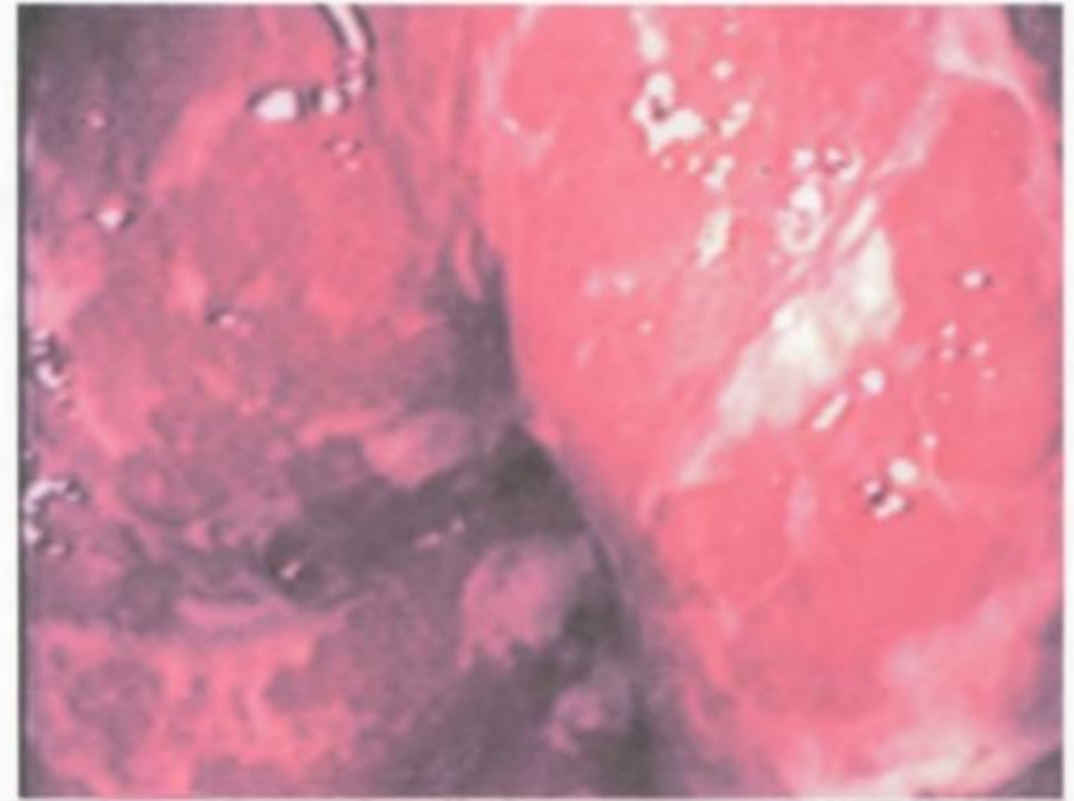


Figura 13.3. Visión endoscópica de la enfermedad de Crohn con afectación de colon

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Causa dos patrones de enfermedades.

- Estenosis
- fistula = la más común son las fistulas enteroentericas, sin embargo no suelen ser sintomaticos.
- fistula más frecuentes que son sintomaticos son las enterovesicales.

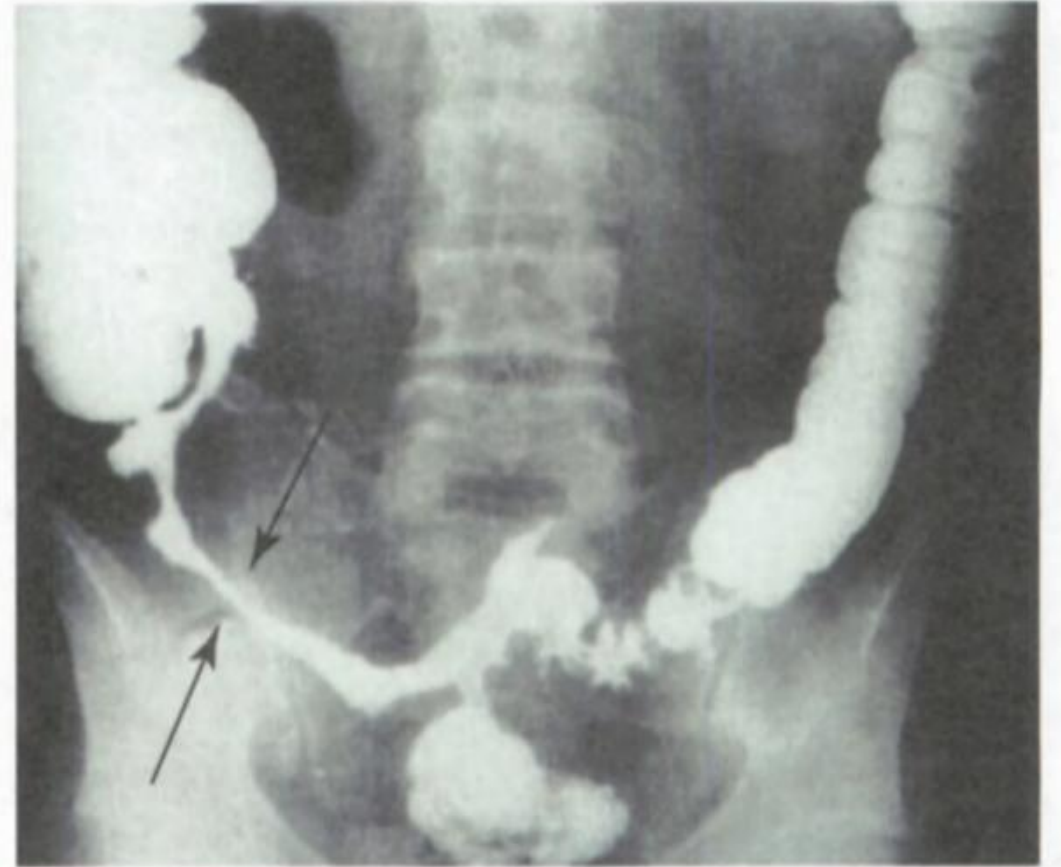


Figura 13.4. Enfermedad de Crohn ileal

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

CU y EC

- Se puede distinguir entre CU y EC por que en el Crohn haya afectado focal, transmural, aftas o ulcerosas lineales.
- Afectación perineal
- Y En el intestino delgado.

Claves

- Los hallazgos no permiten una clara diferenciación de las enfermedades.
- considerándose como colitis indeterminada.
- con la evolución suele marcarse las diferencias.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Clínica y diagnóstico

- COLITIS ULCEROSA.
- SÍNTOMAS. Depende de la extensión y de la gravedad de la inflamación.
- Fragilidad De la mucosa provoca sangre con facilidad.
- habitualmente la rectorragia.

Con proctitis

- Sangrado rectal
- Tenesmo.
- eliminación de moco y pus.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Clínica CU

- Consistencia de heces es variable
- incluso pueden estar estriñidos.
- Más extensa la Afectación, más probable es la diarrea.
- En general sanguinolento.

Gravedad

- Aparición de síntomas como.
- fiebre,
- malestar
- náusea
- vómito

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Clínica

- No muy frecuente el dolor abdominal
- suele ser leve
- Cólico y alivia con la defecación.
- período en remisión, suele seguir eliminando moco en heces.

Síntomas y signos más frecuente.

- Dierrea sanguinolenta.
- los dos datos de laboratorio revela la gravedad.
- Puede existir aumento de reactantes de fase aguda.
- Anemia ferropénica.
- Hipoalbuminemia.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico CU.

- El diagnóstico se establece al demostrar, en un paciente con clínica sospechosa, si signos endoscópicos propio de la enfermedad.
- Datos histológicos compatibles
- Descartando a su vez otros cuadros de etiología específicas.

Eleccione.

- Sigmoidoscopia flexible es el método de elección
- necesario posteriormente una Colonoscopia completa para evaluar la extensión.
- En algunos casos, facilita la diferencia con Crohn.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Enfermedad de Crohn.

- Síntomas depende del lugar de afectación.
- Afectación gastrointestinales
- sintomatología parecida a la de una úlcera peptídica
- afección en el intestino delgado.
- Dolor abdominal
- Diarreas

Clínica

- Si se afecta el colon puede existir :
- dolor abdominal.
- diarrea sanguinolenta
- INFLAMACIÓN TRANSMURAL :
- Conduce a fibrosis.
- Lo que lleva a obstrucción intestinal.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Clínica

- Disminución de peso. Por diarrea o mala absorción
- más frecuentes en Crohn que en CU.
- Afectación ileal . Se presentan con dolor iliaca derecha con una masa a ese nivel.
- Presencia de masas o plastrones es propia de esta entidad.
- Como reflejo de la inflamación transmural.

Clínica.

- Precencia de fistulas.
- puede ser enteroentericas
- Manejo quirúrgico.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Hallazgos endoscópico.

- Mucosa eritomatosa y úlceras aftoides transversales y longitudinales.
- pólipos inflamatorios que dan la imagen en empedrado.
- estudio de baritado. Se observan edema.
- separación de asas
- úlceras
- fibrosis y fistulas.

Clínica gamagrafía.

- Leucocitos marcados
- De gran utilidad para valorar la extensión y el grado de actividad.
-

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico Crohn

- Se establece al demostrar, en un paciente con clínica sospechosa, signo endoscópico propios de la enfermedad
- datos histológicos compatibles
- descartando a su vez otros cuadros de etiología específica.
-

Sigmoidoscopia flexible.

- Es el método de elección, aunque son necesarias posteriormente Colonoscopia completa.
- tránsito gastrointestinal
- capsula endoscopia y gastroscopia.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico definitivo.

- Histológico en ambos enyifafss.
- Aún qué a veces los hallazgos pueden ser equívocos.
- debe hacerse diagnóstico diferencial con varias enfermedades infecciosas.

Como :

- Mycobacterium avium
- C. Dificiles.
- C. Jejuni
- Amebiasis.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Clasificación gravedad .

- A lo largo de la historia de la enfermedad. El paciente alternara períodos de remisión y períodos de exervacion o brotes.
- descontrol de enfermedad o el paciente se somete a ciertos factores detonantes como embarazo o tabaco.
- Es importante conocer la severidad del brote pues de la misma dependen las maniobras Terapéutica.

	Leve	Moderado	Grave
Deposiciones sanguinolentas/día	< 4	≥ 4 si,	≥ 6 y
Frecuencia cardiaca	< 90 lpm	≤ 90 lpm	> 90 lpm
Temperatura	< 37,5 °C	≤ 37,8°C	> 37,8 °C
Hemoglobina	> 11,5 g/dl	≥ 10,5 g/dl	< 10,5 g/dl
VSG	< 20 mm/h	≤ 30 mm/h	> 30 mm/h
PCR	Normal	≤ 30 mg/l	> 30 mg/l

Tabla 13.1. Actividad de la enfermedad en CUCI, adaptado de los criterios de Truelove y Witts

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Complicaciones.

SANGRADO RECTAL

- El sangrado rectal se intenta controlar con endoscopia o embolización por arteriografías. Si esto es infloctuoso, está indicado la colectomía.

Megacolon tóxico.

- Es la efectación que puede aparecer en cualquier enfermedad inflamatoria que afecte al colon.
- Mas frecuentes en la colitis ulcerosa.
- lo presentan el 5% de los pacientes.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Complicaciones más graves

- Produciéndose una dilatación del colon asociado con un aumento de dolor abdominal.
- Distensión con o sin síntomas de peritonitis
- Fiebre
- taquicardia
- deshidratación
- disminución de los ruidos intestinales.

Megacolon tóxico

- Se debe sospechar en cualquier paciente con colitis tóxica

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico

- Con la presencia de dilatación mayor de 6 cm en colon transverso (Radiografía simple de abdomen)
- requiere una estrecha monitorización con exploración física,
- radiología
- estudios de laboratorio repetidos.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Tratamiento

- Tratamiento inicial es médico, se trata como un brote grave.
- tratamiento escalonado, si en un lapso de 24-48 horas no se ha resuelto el brote o se presentan datos de peritonitis.
- Perforación
- sangrado o deterioro del estado general.

Tratamiento.

- Cirugía de urgencia
- realizando colectomía total con ileostomía terminal.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Perforación

- Ocurre en pacientes que han desarrollado un brote grave o se han complicado con megacolon tóxico.
- se sospecha en el paciente que se presenta con datos clínicos de brote grave.
- posteriormente con datos de abdomen agudo.
- siendo candidato a cirugía de urgencia.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Riesgo de Neoplasias.

- Existe un aumento del riesgo de adenocarcinoma colorrectal en los pacientes con EII con afectación colónica.

Factores de riesgos.

- Duración prolongada de la enfermedad
- Presencia de una afectación inflamatoria extensa.
- asociada a Colangitis esclerosante primaria
- existencia de antecedentes de cáncer colorrectal en la familia.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

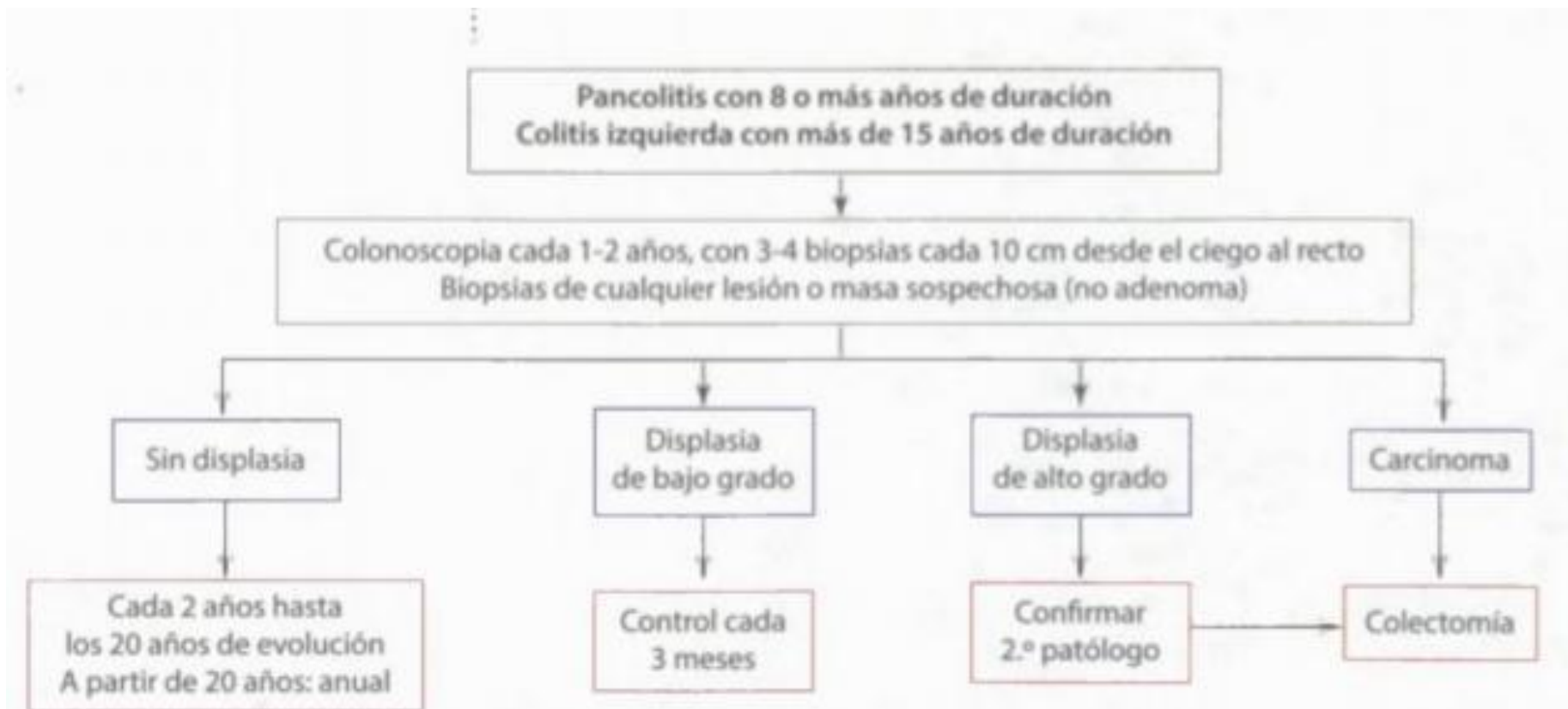


Figura 13.5. Algoritmo de tamizaje de cáncer de colon y manejo de lesiones preneoplásicas en EII

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Reservoritis

- La proctocolectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio es el tratamiento quirúrgico de elección en la colitis ulcerosa.
- Tras la cirugía, en un intervalo de tiempo variable.
- Reservorio experimenta un proceso de adaptación funcional y morfológica.

Riesgo

- Desarrollarla a 1,5 y 10 años tras la cirugía es del 15%, 30%, y 46% respectivamente.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Etiología

- Aun no esta clara y se ha considerado como una colitis ulcerosa del recervorio en cuyo desarrollo las bacterias ejercen un papel fundamental.

Clínica

- Frecuencia defecatoria
- rectorragia
- dolor abdominal
- Fiebre
- urgencia fecal.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Endoscópicamente

- Se observa edema
- granularidad
- friabilidad
- pérdida del patrón vascular
- exudado mucoso
- ulceraciones.

Biopsia

- Se observa infiltrado inflamatorio agudo.
- infiltrado polimorfonucleares
- abscesos de criptas
- úlceras y depleción de mucina
- crónico (atrofia, hiperplasia de criptas y metaplasia colica)

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico

- Requiere la presencia de síntomas junto con la existencia de alteraciones endoscópicas
- E histológico típicas de la enfermedad.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Tratamiento

- RESERVORITIS AGUADA.
- Inflamación aguda del reservorio con buena respuesta al tratamiento antibióticos convencionales.
- ciprofloxacino y metronidazol
- Enemas de budesonida
- probióticos

Reservoritis crónica

- Menos de 3 meses
- más de 4 meses y más episodios en agudo de un año
- metronidazol
- alternativas : budesonida oral
- casos refractarios : infliximab

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Manifestación extraíntestinales

- 30% de los pacientes se puede presentar con manifestaciones extraíntestinales.

Relacionadas con la actividad	No relacionadas con la actividad
<ul style="list-style-type: none">• Eritema nodoso• Oculares (salvo uveitis HLA-B27[+])	<ul style="list-style-type: none">• Espondilitis anquilosante• Pioderma gangrenoso• Colangitis esclerosante primaria

Tabla 13.7. Manifestaciones extraintestinales de la EII y su relación con la actividad de la enfermedad

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Manifestación cutáneas

- Eritema nodoso. Lesión cutánea más frecuente y se Correlación con la actividad de la enfermedad.
- aparece en las piernas y responde al tratamiento de la enfermedad subyacente o a esteroides tópicos
- pioderna gangrenosa
- . Estomatitis y aftas orales.

Manifestación oculares

- Conjuntivitis
- episcleritis e iritis
- la uveítis asociada a HLA-B27
- EVOLUCIÓN DE FORMA INDEPENDIENTE

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Complicaciones hepatobiliar

- Colelitiasis(colesterol secundaria)
- sales biliares en la enfermedad de Crohn
- estenosis.
- pericolangitis
- Colangitis
- Colitis úlcerosas

Complicaciones renal

- Litiasis renal urica.
- deshidratacion
- por oxolato
- uropatia
- amiloidosis

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Principales enfermedades músculoesquelético

- OSTEOPOROSIS Y OSTEOMALACIA.
- Como consecuencia del tratamiento esteroideo y por disminución de la absorción de vitamina D y calcio.

Artritis periféricas de grandes articulaciones.

- Rodilla, codo, tobillos, suele ir paralela a la inflamación intestinal

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Espondilitis y sacroileitis asociada a HLA-B27.

- Evoluciona de forma independiente de la enfermedad.

Manifestación hematológicas

- Anemia hemolítica coombs positiva por déficit de hierro, fosfato o B 12 en el Crohn, leucocitosis y trombocitosis.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Complicaciones relacionadas con fertilidad, embarazo y lactancia.

- El 30-50% de los pacientes embarazadas presentan un brote durante el embarazo.
- Este es un factor detonante
- es de suma importancia evitar todo tipo de tratamiento que sea teratogénico.

- Generalmente se controla con corticoides y 5-ASA.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Tratamiento.

- EL TRATAMIENTO DE LA EII ES ESCALONADO.
- Mesalazina y aminosalicilatos
- antibióticos
- corticoides
- inmunosupresores
- terapias biológicas
- granulocitoaféresis

Mesalazina y aminosalicilatos

- Indicaciones. Orales :
- inducción a la remisión en brote leve /moderado posterior a empleo de esteroides intravenoso con cambio a vía oral.
- mantenimiento de la remisión.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Antibióticos

- Contraindicados en EII, su empleo está limitado únicamente a las siguientes condiciones, en las cuales lo más común es emplear quinolonas
- ciprofloxacino
- metronidazol

Efecto secundario

- Quinolonas : náuseas y vómito, diarrea
- metronidazol : sabor metabólico de boca e intolerancia digestiva.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Corticoides

- Existen diferentes tipos de corticoides.
- hidrocortisona
- prednisona
- 6- metilprednisolona
- Budesonida
- Via tópica.

Indicaciones

- Inducción a la remisión
- vía oral : brote moderada de CU o EC.
- Vía parenteral : brote grave de CU e EC.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Otras formas de colitis

- Colitis microscópica
- linfocítica
- colitis colagena

- Son dos enfermedades de etiología desconocida con inflamación de la mucosa colónica, pero sin ulceración.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Otras formas de colitis

- Algunos autores consideran que ambos trastornos pertenecen al mismo aspecto de enfermedad, y se han descrito algunos casos
- de evolución de una microscópica a colagena.

Principal síntoma

- Es la diarrea acuosa crónica.
- Pérdida de pesos
- intensidades fluctuante
- sangrado
- Esteatorrea

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

La microscópica

- Se da igual en ambos sexos
- pero la colagenasa es más frecuente en mujeres.
-

Se asocia a muchas enfermedades.

- Artritis
- hipotiroidismo
- hipertiroidismo
- diabetes mellitus
- hepatitis crónica activa
- celiacía

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico

- Colonoscopia, la mucosa suele tener un aspecto macroscopico normal.
-

Diagnóstico es histológico.

- En la colitis microscópica
- hay un infiltrado inflamatorio mixto
- agudo y crónico con neutrofilos
- Células plasmáticas
- sin ulceración ni microabcesos

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Diagnóstico

- En la colagenasa
- Edemas
- Hay engrosamiento de la capa su epitelial de colágeno.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Tratamiento

- Antidiarreicos
- si no existe mejoría se pasa a antiinflamatorios
- comenzando con aminosalicilatos
- y cambiando a esteroides
-

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Definición

- El síndrome del intestino irritable es la enfermedad gastrointestinal más frecuentes

Características

- Alteraciones del ritmo intestinal
- Estreñimiento o diarrea
- dolor abdominal
- ausencia de anomalías estructurales detectable l

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Fisiopatología

- Alteraciones bioquímica
 - microbiológico
 - ni histológicos
- Anomalía motora y mioeléctrica del intestino
 - disminución del umbral
 - Actividad anormal motora intestinal fisiopatología

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Clínica

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- diarrea o bien ambos
- en periodo alternales.
- Comienza en adultos
-

Clínica más frecuentes

- Alteraciones del ritmo intestinal.
- Generalmente Estreñimiento con diarrea

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Clínica

- No existe mala absorción,
- pérdida de peso
- ni sangre
- hemorragias

Clínica

- Varía intensidades y localización del dolor abdominal.
- No altera el sueño.
-

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Diagnóstico

- La ausencia de características patognomónicas conduciría a que el diagnóstico fuese de exclusivo.
- Para facilitar el diagnóstico y disminuir la necesidad de múltiples y costosas exploración
- Se ha desarrollado un papel de criterios diagnóstico
- qué define el síndrome de intestino irritable.

El paciente debe presentar en los últimos 3 meses de forma continua o recurrente como mínimo 3 días al mes dolor o disconfort abdominal asociado a dos o más de los síntomas siguientes:

- Mejora con la defecación
- Se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Se asocia a un cambio en la consistencia de las heces

Tabla 13.10. Criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable según Roma III

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Diagnóstico

- El diagnóstico se establece con facilidad utilizando los criterios diagnóstico por lo que no se requiere pruebas específica.

Recomendaciones

- Que todos los pacientes tenga un hemograma y estudio bioquímico completo
- pruebas de función tiroideas
- procultivo e investigación de parasitismo en heces.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Diagnóstico

- Pacientes con dispepsia estudio radiológico del tracto superior o esofagogastroduodenoscopia.
- En pacientes con dolor posprandial de hipocondrio derecho, es aconsejable una ecografía de la vesícula biliar .

- Pérdida de peso, anemia, rectorragias, sangre oculta en heces positiva
- Aumento de la VSG
- Fiebre
- Antecedente de estancias en países en los que existen enfermedades parasitarias endémicas
- Presentación nocturna de los síntomas
- Edad al inicio de la sintomatología mayor de 50 años
- Historia familiar de cáncer de colon
- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal
- Historia familiar de enfermedad celíaca
- Presencia durante la exploración física de dermatitis o artritis
- Signos de malabsorción
- Signos de disfunción tiroidea

Tabla 13.12. Datos clínicos de alarma en el síndrome de intestino irritable

Laboratorios

- Irían en contra al diagnóstico de intestino irritable son.
- Anemia
- Leucocitos
- sangre en heces

- **SII-estreñimiento:** heces duras o $\geq 25\%$ de las defecaciones y heces blandas o acuosas en $< 25\%$ de las defecaciones
- **SII-diarrea:** heces blandas o líquidas en $\geq 25\%$ de las deposiciones y heces duras o bolas en $< 25\%$ de las defecaciones
- **SII-mixto:** heces duras o bolas $\geq 25\%$ de las defecaciones y heces blandas o acuosas en $\geq 25\%$ de las defecaciones
- **SII-no clasificable:** cuando no cumple criterios para ninguna de las tres anteriores

Tabla 13.11. Subgrupos diagnósticos del síndrome del intestino irritable según Roma III

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Diagnóstico diferencial

- Después de las manifestaciones clínicas predominante
- cuando hay dolor epigástrico o periumbilical.
- Hay que investigar (enfermedad biliar)
- úlceras péptica
- isquemia intestinal
- cáncer de estómago o de pancreas

Diagnóstico diferencial

- Sin dolor abdominal
- enfermedad diverticular
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Cáncer de colon
-

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Diagnóstico diferencial

- Con dolor posprandial
- distensión
- náuseas y vómito
- se hará diagnóstico diferencial con gastroparesias
- obstrucción Parcial o infección por GIARDIA.

Diagnóstico diferencial

- Diarrea
- déficit de lactasa
- Abuso de látex
- De látex enfermedad inflamatoria intestinal
- hipertiroidismo
- diarrea infecciosa
- Estreñimiento

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tratamiento

- Es fundamental una buena relación médico – pacientes
- debe tranquilizar al paciente y explicar en que consiste la enfermedad.
- Que los síntomas son de larga evolución
- pero no de riesgo vital.
- Que son paroxística

Tratamiento

- Generalmente mejora con dl tiempo
- si reconoce algún alimentos que le exacerbe los síntomas, se le aconsejará qué lo retire.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tratamiento para Estreñimiento

- Dietas ricas en fibra
- laxantes formadores de masa
- con efecto osmótica

Estreñimiento que no responde al laxantes

- Tegaserod
- efecto Procineticos

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tratamiento dolor abdominal

- Antibióticos con efecto antiespasmódicos
- siempre y cuando se acompañe de modificaciones en la alimentación y de el estilo de vida.

Dolor

- Analgésicos por tiempo corto.
- Paracetamol
-

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tratamiento diarrea

- Antidiarreicos
- loperamida
- difenoxilato

Tratamiento de caso severo

- Se está empleando como analgésicos el alosetron
- fedotozina

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tratamiento

- En algunos pacientes el sorbitol, cafeína , grasa, alcohol, huevo, trigo, frutos secos o leche pueden exacerbar la sintomatología.
- Aunque las dietas con exclusión de alimentos no han mostrado resultados concluyente.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Tratamiento

- La terapia cognitiva conductual, la psicoterapia y la hipnoterapia han mostrado mejoría de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA .

Digestivo /manual CTO. DE Medicina y cirugía /5.ªed.ENARM.



HEPATITIS VIRICA

LUÍS LÓPEZ LÓPEZ



ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Que es la hepatitis aguada vírica?

- Es una enfermedad sistémica que afecta de forma preferente al hígado y que esta causada por varios virus que tienen un espacio tropismo

Infección por virus.

- Tienen razgos comunes en cuanto las manifestaciones clínicas
- hallazgos histologico y tratamiento que seran revisados en conjunto
- revisión de las particularidades de la infección causada por cada virus.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Cuadro clínico.

- Es similar para todas los virus y ocurre después de un periodo de incubación variable para cada uno 6 de ellos.
- comienza con una fase prodromica
- dura 1-2 semanas

Cuadro de síntomas consistente

- Anorexia
 - Náusea
 - vómitos
 - astenia
 - artralgias
 - mialgias
- dolor de cabeza
 - alteración en olfato y gusto.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

2-6 semanas

- Puede producirse ictericia evidente acompañada de Hepatomegalia
- en el 10 y 25% de los casos, esplenomegalia y adenopatía cervical.

Cuadro bioquímico.

- Se caracteriza por presentarse como daño hepatocelular (índice R>5) con valor de transaminasas mayores a 1.000 U/l
- predominó de la ALT sobre la AST.
- Aumento variable de la bilirrubina a expensas de las dos fracciones.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Cuadro de hepatitis.

- La elevación de transaminasas predomina sobre los parámetros de colestasis.

Puede observarse

- Neutropenia.
- Linfopenia.
- Linfocitosis
- Incluso con linfocitosis atípicas

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Hepatitis fulminante

- Presencia de encefalopatía con aumento en los tiempos de protrombina (INR > 1,5) en hígado previamente sano.

Hepatitis crónica.

- Cuenta con dos caminos posibles : cirrosis hepática y hepatocarcinoma.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Tratamiento

- Es sintomático en el caso de las hepatitis agudas.
- Reposo relativo.
- Control clínico periódico para valorar la posible evolución a formas fulminantes

Tratamiento

- Dieta variada.
- abstinencia alcohólica.
- Especial cuidado en la administración de los fármacos por procesos contaminantes.
- Paracetamol para alivio sintomático.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Infección por el VHA.

- Pertenecen al género hepatovirus, dentro de la familia picornaviridae.
- Esta formado por una capsida pequeña y desnuda que contiene en su interior una molécula lineal de ARN de cadena sencilla.

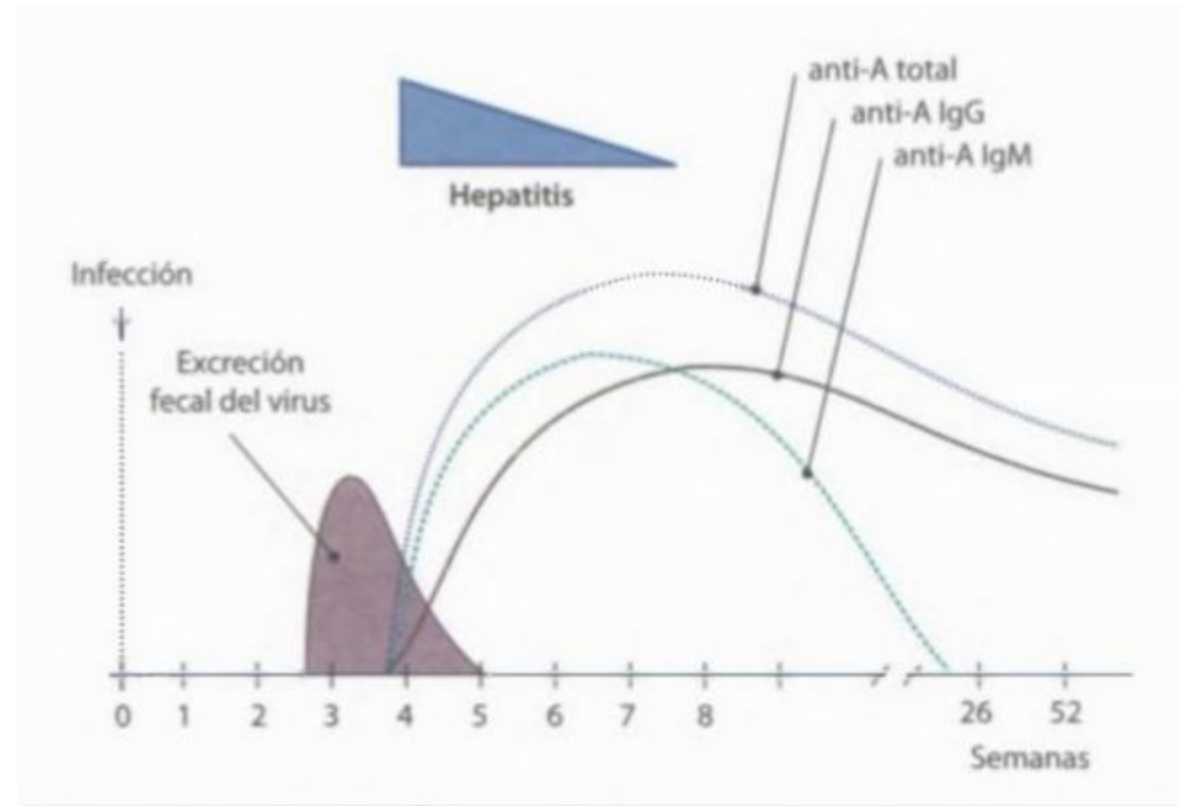


Figura 16.1. Evolución natural de la hepatitis A

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Epidemiología

- Mecanismo de transmisión (fecal – oral)
- la hepatitis A es una enfermedad extendida por todo el mundo
- Más alto en adulto.
- La evidencia de infección es prácticamente universal.
- Se estiman alrededor de 1.4 millones de casos al año a nivel mundial.
- La incidencia ahido disminuyendo des qué se implementó las vacunas.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Particularidades clínica.

- De manera universal, el hepatitis A es asintomática.
- Y subclínica en la mayoría de los casos.
- Tres cuartas partes de la población adulta presentan una infección sintomática.
- A diferencia del 90% de los menores de años, en quienes la infección es asintomática.

Particularidades clínica.

- Existe una relación directa entre la edad.
- Probabilidad de desarrollo de complicaciones.
- Dentro de las más comunes, se encuentran las artralgias.
- La aparición de un rash evanescentes en un 10-15%
- Algunos cursan con vasculitis

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Vasculitis asociados a:

Glomerulonefritis.

Crioglobulineemia

Mioacarditis.

Trombocitopenia

Anemia aplásica.

Diagnostico

- Pruebas de función hepática
- Bilirrubina serica <10 mg/dl
- Fosfatasa alcalina >400 U/l
- Se confirma con la detección de anticuerpos IgM contra VHA en la fase aguda.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Diagnóstico

- Los pacientes son contagiosos durante el período de incubación
- Se manifiesta así hasta una semana posterior a la aparición de los síntomas.
- Debido a que durante este período de tiempo el VHA se réplica en el hígado
- Se elimina por las heces.

Profilaxis .

- La profilaxis frente al VHA se basa en medidas higiénicas generales e inmunoprofilaxis.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Medidas higiénicas generales.

- Encaminadas a mejorar la higiene pública
- Cloración de agua
- Tratamiento de los residuos residuales
- También en este orden irían las medidas encaminadas al aislamiento.

Inmunopprofilaxis.

- Se puede hacer de forma pasiva o activa con vacunas.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Inmunoprofilaxis pasiva.

- Puede utilizarse preexposición o postexposición.
- Con carácter de preexposición.
- Se podría utilizar en personas no inmunes que van a viajar a zonas de alta endemia
- Actualmente lo indicado en esta situación es la vacuna.
- utilizarse antes de que transcurran 2 semanas debe el posible contacto.
- Se recomienda en contactos domésticos o íntimos del paciente.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Inmunoprofilaxis activa.

- Se dispone de vacunas preparadas con cepas de VHA inactivadas con formalizar.
- Dosis 90% en jóvenes y 77% en adultos de más de 40 años a los 15 días.
- Recomienda administrar una segunda dosis a los 6 a 12 meses de la primera
- Eso aumenta la protección al 100%

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Tratamiento.

El manejo sera de soporte, evitando medicamentos que se metabolicen en el hígado.

se aislara a los pacientes durante la fase infectocontagiosa.

Hepatitis colestasica

- 5%
- Se le conoce como prolongada cuando la ictericia dura mas de 3 meses .
- generalmente se resuelve espontáneamente y se recomienda administrar colestiramina para disminuir el prurito.
- No se recomienda el uso de corticoides.

ASPECTO GENERALES DE LAS HEPATITIS AGUDAS VÍRICAS.

Hepatitis autoinmune.

- Se han descrito algunos casos aislados en los que la infección por VHA es el detonante de la enfermedad.

Recaída de la infección. (10%)

- Estos pacientes presentan síntomas dentro de los 6 meses posteriores a la infección aguda.
- las recaídas generalmente son menores a 3 semanas.
- durante los episodios de recaída se observa valores de VHA en heces.
- son contagiosos..

INFECCIÓN POR EL VHB.

Virulencia.

- Pertenece al género Orthohepadnavirus, dentro de la familia hepadnaviridae.
- El virion del VHB o partícula de Dane
- tiene esfera de una esfera de unos 42 nanometro de diámetro
- dentro de la núcleo capsida se encuentran al ADN.

Virus de la hepatitis B (VHB)

- Parcialmente de cadena doble.
- Esta cadena de ADN esta unida de forma covalente a una enzima.
- Actividad ADN polimerasa (ADNp).

INFECCIÓN POR EL VHB.

Genoma del VHB.

- Esta formado por una molécula circular de ADN de doble elipse parcialmente inconsciente.
- La cadena esta completa en la denomina L.

Regiones

- Región S. Su dividida actualmente en pre-S1, pre-S1 y S, propiamente dicha, qué codifican la síntesis de las proteínas de la cubierta del virus.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Región c

- Controla la síntesis de las proteínas estructurales de la cápsida AgHBc y AgHBc.

Región p

- Codifica la síntesis de la enzima con actividad ADN polimerasa.
- Región o gen X. Codifica la síntesis de la proteína X (AgHBx)

INFECCIÓN POR EL VHB.

Epidemiología.

- Prevalencia en niños.
- Adquirida generalmente en el período perinatal.
- Principalmente en la infancia.
- Es crónica.

3 mecanismo de transmisión.

- Transmisión percutánea o parenteral.
- contacto íntimo o transmisión sexual.
- Transmisión perinatal de la madre infectada a sus hijos.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Particularidades clínica.

- Periodo de incubación varía entre 1-6 meses.

Manifestación clínica

- Erupción maculosa.
- Artralgias, artritis
- GUILLAIN-BARRE
- encefalitis
- linfocitos.
- Anemia aplásica.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Hepatitis agudas por VHB.

- Aproximadamente el 70-75 % de los pacientes con hepatitis aguda cursan asintomáticas
- mientras que el 25-30% desarrollo hepatitis icterici.
- La hepatitis fulminante es Sumamente rara. Se presentan en el 0.1-0.5% de los pacientes.
- Se debe a una lisis exagerada a nivel hepática

Riesgos

- En la etapa perinatal es del 90% desde los 2 hasta los 5 años del 20-50% y menos del 5% en la etapa adulta.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Hepatitis crónica por VHB

- Una gran cantidad de los pacientes con VHB crónica son asintomáticos.
- Solo se vuelve sintomáticos cuando tienen descomposición
- cirrosis hepática
- Presentan manifestación extra hepáticas.

Exploración física

- Puede ser normal.
- Estigma de enfermedades hepática como :
 - Ascitis.
 - Ictericia.
 - Esplenomegalia.
 - Encefalopatía.
- Se presentan entre el 10-20% de los paciente.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Fases clínicas de la hepatitis.

- Fases de tolerancia inmune.
- Fase de inmunidad activa (aclaramiento)
- fase de resolución.
- Fase portador inactivo (fase de control inmunológico)
- infección de VHB (AgHBe)

Variantes

- Mutuamente precore (hepatitis crónica activa con AgHBe)
- Mutante de escape.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Diagnóstico.

- El diagnóstico de infección aguda por VHB.
- Los test de detección cuantitativa de VHB todavía tienen importantes limitaciones en cuanto a la estandarización
- hacen difícil su interpretación .

Los marcadores serológicos de la infección por VHB.

- AgHBs: antígeno de superficie del VHB. Su persistencia más allá de 6 meses indica cronificación de la infección.
- Anti-HBs : anticuerpos de superficie del VHB .Indican infección pasada con desarrollo de inmunidad
- AgHBc.
- Anti – HBc.
- .

INFECCIÓN POR EL VHB.

	AchBc IgM	AchBc IgG	AgHBs	AchBs	AgHBe	AchBe	ADN
Hepatitis aguda	+	-	+	-	+	-	+
Hepatitis aguda en periodo ventana	+	-	-	-	-	-	+
Hepatitis B crónica replicativa	-	+	+	-	+	-	+
Mutante <i>precore</i>	-	+	+	-	-	+	+
Portador inactivo de la hepatitis B	-	+	+	-	-	+	-
Hepatitis B curada	-	+	-	+	-	+	-
Vacunación	-	-	-	+	-	-	-

Tabla 16.2. Marcadores serológicos de la infección por el VHB

INFECCIÓN POR EL VHB.

Aborto de aclaramiento inmune.

- Este grupo de pacientes presenta dos evoluciones torpidas.
- Progresión a cirrosis hepática.
- Progresión a hepatocarcinoma.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Progresión.

- De todas las infecciones aguda por VHB.
- Aproximadamente el 75% son infecciones subclínica.
- El 25% son infecciones clínica.
- El 1% desarrollo hepatitis fulminante con una alta mortalidad
- el 99% se recupera.
- 5% aproximadamente, a menos, de ellos, el 70-90 %.

Factores que predicen la progresión de la enfermedad.

- Factores propiamente de la infección por VHB.: El compartimento de los siguientes factores incluye en el desenlace de la enfermedad :
- AgHBe. Replicación constante.
- DNA VHB. El factor predictor más importante de progresión es la carga viral.

INFECCIÓN POR EL VHB.

AgHBs.

- En pacientes con carga vital baja, AgHBe(-), pero AgHBs alto (>1.000UI)
- Genotipo VHB.
- Variantes mutante.

Factores ambientales.

- Consumo de alcohol
- coinfección con VHC.
- Coinfección (hepatitis agudas por VHB+VHC aguda)
- sobre infección (hepatitis crónica por VHB+VHC aguda)
- Coinfección con VHD
- Sobreinfección con VHD.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Profilaxis

- Basado en tres pilares :
- medidas higiénicas generales. : aquellas que tratan de evitar el VHB en individuos susceptible.
- Inmunoprofilaxis pasiva. Se hace con inmunoglobulina específica anti ANTI-VHB.

Indicaciones.

- Vacunación universal de recién nacidos /niños.
- Vacunación universal de adolescentes no vacunados previamente.
- Vacunación selectiva de grupos de riesgo.
- Exposición laborales.
- Pacientes en discapacitado mentales.
- Recién nacidos de padres portadores.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Profilaxis postexposición.

- Se realiza profilaxis postexposición, con la vacuna +LGHB (vía intramuscular).
- Recién nacidos de madres con AgHBs (+)
- lactante menores de 12 , personas que tienen una infección aguda por VHB.
- Contacto sexual.
- Exposición percutánea.

Pauta y vía de administración.

- Vacunas a los niños recién nacidos (a los 0,2 y 6 meses ; 2,4 y 6 meses de edad)
- adolescente (pauta 0,1,6 meses)
- en hemodializados
- drogadicto y reclusos.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Tratamiento

- Lo principal es determinar la fase en que se encuentra un paciente, para poder tomar decisiones.

Tratamiento de la hepatitis aguda por VHB.

- El tratamiento de la hepatitis aguda por VHB.
- Antivirales.
- Interferon. No se recomienda su uso debido al riesgo de necroinflamación.
- Lamivudina, entecavir o tenofovir. Se debe usar.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Tratamiento de la hepatitis crónica por VHB.

- El principal objetivo del tratamiento en la hepatitis B es la supresión de la replicación del virus de forma persistente
- fase de tolerancia inmune. No se recomienda tratamiento. Se recomienda observación.
- Fase de inmunidad activa (aclaramiento) es la mejor fase para establecer un tratamiento médico.

Hepatitis crónica VHB activa con AgHBe(-) (mutante precore)

- Está indicado el tratamiento médico, ya que en esta fase suele existir daños hepáticos.
- Fase portador. No se recomienda el tratamiento, debido a que no suele haber respuestas al uso de fármacos.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Tratamiento

- El tratamiento dependerá de la fase clínica de la VHB y de la combinación de tres criterios.
- valores de ALT.
- Niveles de ADN-VHB.
- Lesiones hepáticas valorada por biopsia o elastometría.

Tratamiento

- Si los valores de ALT están elevados
- los valores de ADN-VHB son superiores a 2.000 UI/ml
- actividad necroinflamatoria y – o fibrosis moderado.
- Hepatitis crónica. Interferon, lamivudina, adefovir, dipivoxilo
- entecavir, telbivudina, Tenofovir.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Indicación de tratamiento de hepatitis B AgHBe (+)

- Transaminasas normales. No tratar, seguimiento cada 3-6 meses
- se recomienda biopsia hepática
- Transaminasa >2 veces de lo normal. Realiza la bio

Indicación de tratamiento de hepatitis B AgHBe (-)

- ADN-VHB < 2.000 UI / ml
- Transaminasa normales. No tratar
- biopsia hepática
- La razón de no tratar a paciente es por que no responde a los fármaco.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Situaciones peculiares

Cirrosis hepáticas.

VIH.

Coinfección por el VHD.

hepatitis aguda VHB.

INFECCIÓN POR EL VHC.

DEFINICIÓN.

- La infección por VHC es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica
- la mayoría de los trasplantes en EUA son por hepatitis crónica por VHC.

VIROLOGIA

- El de la hepatitis C. Es un virus ARN que se clasifica dentro del género Hepacivirus perteneciente a la familia flaviviridae.
- se distingue seis genotipos principales y más de 80 subtipos.

INFECCIÓN POR EL VHB.

El Genotipo I.

- Es responsable del 70-75 % de todas las infecciones por VHC.
- En México, la prevalencia del Genotipo I es del 72,2%
- Genotipo 2, del 18% y la del Genotipo 3 del 9.8%.

EPIDEMIOLOGIA.

- Mexico se encuentra entre los países con prevalencia intermedia (1-2, 9%, similar a EUA)
- Se estima un aproximado de 1,2 millones de personas infectadas por VHC.

INFECCIÓN POR EL VHB.

FACTORES DE TRANSMISIÓN

- Uso de drogas intravenosas.
- Transfusión.
- Relación sexual con usos de drogas por vías intravenosa.
- Estar en cárcel por más de tres días.
- Lesiones con objetos punzantes
- Usuario de piercings.

Transmisión del VHC.

- Trasmisión parenteral.
- Transmisión materno fetal.
- Transmisión por contacto sexual.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Vacunación

- Para llevar a cabo la vacunación frente a los virus de la hepatitis A y B Principalmente.
- en pacientes nunca vacunados
- Consejo de vacunación
- ya que si no se encuentra vacunado el paciente aumenta el riesgo de una hepatitis.

Particularidades clínica

- El período de incubación varía entre 15-150 días
- son asintomáticos
- 25 % de los pacientes con hepatitis postransfuncional tienen ictericia
- Ictericia 68%
- Coluria 39%
- Nausea 34%
- Dolor abdominal 25%.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Diagnóstico.

- Se refiere como hepatitis aguda a los primeros 6 meses de la enfermedad, posterior a la explosión

Hepatis aguda.

- Se puede encontrar elevación de las enzimas hepática (10-20 veces) por encima del límite superior normal
- elevación de las bilirrubinas patrón mixto.

INFECCIÓN POR EL VHB.

Diagnóstico.

- Se confirma con el uso de PCR para virus de RNA del VHC
- ya que el anticuerpos pueden tardar 12 semanas en aparecer

Paciente con exposion a VHC

- Resultado basal negativo (RNA VHC[-]/transaminasas normales)
- repetir monitoreo a las 4 semanas
- si es negativo
- se repite monitoreo a los 3-4 meses
- si es negativo
- se repite monitoreo a los 6 meses

INFECCIÓN POR EL VHB.

Diagnóstico histológico de la infección crónica por el VHC.

- Biopsia hepática. La obtención de una muestra de tejido hepático previo al tratamiento se puede realizar porque
- Informa del pronóstico y probabilidad de respuesta al tratamiento antivirales

Evolución y pronóstico.

- Infección por VHC se croniza en el 80% de los casos y un 20-35% desarrollan cirrosis.
- evolución de cirrosis es de 21 y 29 años para desarrollar un carcinoma hepatocelular

INFECCIÓN POR EL VHB.

Tratamiento.

- El tratamiento de manera sintomático es similar a otras formas de hepatitis
- en caso de infección aguda sintomática, el interferon a sido eficaz para eliminar la infección
- y eviratar su evolución a la cronicidad
- medicamentos antivirales de acción directa (AAD)
Reduse la tasa de éxito del tratamiento en la fase aguda.

Prefiere el tratamiento en la fase aguda en estos casos.

- Paciente con enfermedad hepática previa.
- paciente con alto riesgo de transmisión (ejemplo. Cirujanos).
- pacientes que lo desean.
- **SE RECOMIENDA AGREGAR RIBAVIRINA, EN PACIENTES CON VIH.**

INFECCIÓN POR EL VHB.

Profilaxis

- El cribado en los donantes ha eliminado casi la transmisión.
- las medidas encaminadas a disminuir la transmisión de VIH (intercambio de jeringa, sexo seguro, etc.)

Infección crónica por elVHC

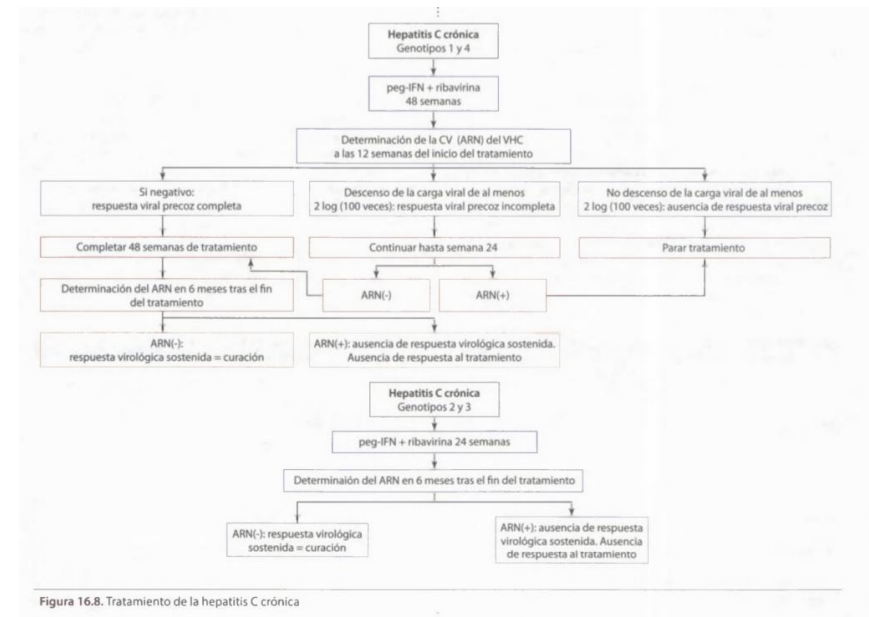


Figura 16.8. Tratamiento de la hepatitis C crónica

