



**Erwin Emmanuel Pérez Pérez**

**Parcial IV**

**Fisiopatología III**

**Dr. Gerardo Cancino Gordillo**

**Medicina Humana**

**Cuarto semestre**

**Grupo A**

# **MAPAS MENTALES**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de julio de 2025**

## DEFINICIÓN

El SII se caracteriza por síntomas persistentes o recurrentes de dolor abdominal, alteraciones en la función intestinal y malestares diversos como flatulencias, distensión abdominal, náuseas y anorexia, estreñimiento o diarrea y ansiedad o depresión.

## EPIDEMIOLOGIA

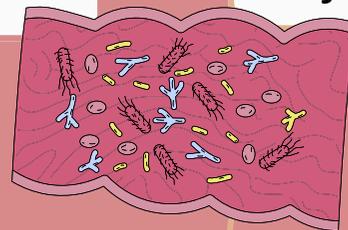
- Afecta entre el 10-15% de la población mundial.
- Es más común en mujeres (2:1 en comparación con hombres).
- Suele aparecer entre los 20 y 40 años.
- Es una de las principales causas de consulta en gastroenterología.

## PREVENCIÓN

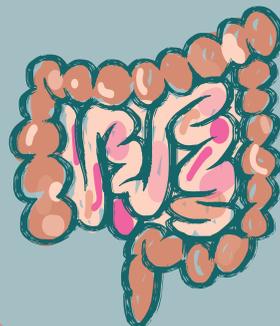
- Buena higiene intestinal (alimentos seguros, evitar infecciones).
- Manejo del estrés crónico (meditación, terapia cognitivo-conductual).
- Alimentación balanceada, evitando los alimentos gatillo.

## TRATAMIENTO

- **SII-E (estreñimiento):**
- Laxantes osmóticos (ej. polietilenglicol).
- Lubiprostona o linaclotida (casos refractarios).
- **SII-D (diarrea):**
- Loperamida.
- Rifaximina (antibiótico no absorbible).
- Alosetrón (solo en mujeres y casos severos).
- Dolor abdominal:
- Antiespasmódicos (ej. hioscina, mebeverina).
- **Medidas generales**
- Educación del paciente y manejo del estrés.
- Modificación de la dieta:
- Dieta baja en FODMAPs.



SII



## FISIOPATOLOGIA

- Alteración en la motilidad intestinal (hiper o hipomotilidad).
- Hipersensibilidad visceral (percepción dolorosa exagerada a estímulos normales).
- Disbiosis intestinal (alteración de la microbiota).
- Factores psicológicos: ansiedad, estrés y depresión influyen en los síntomas.
- Eje cerebro-intestino disfuncional.

## CUADRO CLÍNICO

- Dolor o molestia abdominal (mejora con la defecación).
- Alteración en el hábito intestinal:
- Diarrea (SII-D).
- Estreñimiento (SII-E).
- Mixto (SII-M).
- Distensión o hinchazón abdominal.
- Sensación de evacuación incompleta.
- Flatulencias.

## DIAGNÓSTICO

- Colonoscopia
- Biometría hemática
- Presencia de signos y síntomas de dolor o molestia abdominal

## DEFINICIÓN

La enfermedad celíaca, también conocida como esprúe celíaco y enteropatía sensible al gluten, es una alteración de mediación inmunitaria desencadenada por la ingesta de cereales que contienen gluten (entre otros, trigo, cebada y centeno)

## PREVENCIÓN

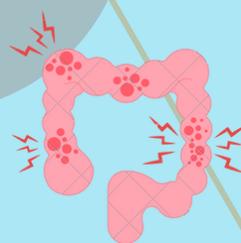
- No existe prevención absoluta en personas predispuestas.
- En niños de alto riesgo (con familiares celíacos), se recomienda:
- No retrasar ni adelantar la introducción del gluten
- Evitar infecciones intestinales y mantener una microbiota saludable podría ser beneficioso

## TRATAMIENTO

- **Dieta estricta sin gluten de por vida:**
  - Eliminar trigo, cebada, centeno y sus derivados.
  - Cuidado con contaminaciones cruzadas y productos procesados.
- **Suplementación:**
  - Hierro, calcio, vitamina D, ácido fólico o B12 si hay deficiencias.
- **Monitoreo:**
  - Seguimiento con serología (anti-tTG IgA) y evaluación nutricional.

**GLUTEN FREE**

# ENFERMEDAD CELIACA



## EPIDEMIOLOGÍA

- Más frecuente en personas de ascendencia europea.
- Mayor incidencia en mujeres (2:1 respecto a hombres).
- Puede aparecer en cualquier edad, pero es más común entre los 6 meses y 40 años.
- Asociada con otras enfermedades autoinmunes

## FISIOPATOLOGÍA

- Es una enfermedad autoinmune crónica desencadenada por el consumo de gluten (proteína presente en trigo, cebada y centeno)
- En individuos genéticamente predispuestos (HLA-DQ2 y/o DQ8), el gluten provoca:
  - Activación inmunitaria.
  - Inflamación crónica del intestino delgado.
  - Atrofia de las vellosidades intestinales, lo que causa malabsorción.

## CUADRO CLÍNICO

### Clásico (más común en niños):

- Diarrea crónica.
- Distensión abdominal.
- Esteatorrea (heces grasosas).
- Retraso del crecimiento y pérdida de peso.

### Atípico (adultos):

- Anemia ferropénica.
- Osteopenia u osteoporosis.
- Fatiga crónica.
- Infertilidad.

## DIAGNÓSTICO

### Pruebas serológicas (con dieta con gluten activa):

- Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular IgA (tTG-IgA)
- Anticuerpos antiendomiso IgA
- Confirmación con biopsia intestinal
- Pruebas genéticas (HLA-DQ2/DQ8)

## DEFINICIÓN

La enfermedad de Crohn es una respuesta inflamatoria de tipo granulomatoso que puede afectar cualquier área del tubo digestivo.

## EPIDEMIOLOGÍA

- Pico de aparición: entre los 15 y 35 años (aunque puede aparecer a cualquier edad).
- Afecta por igual a hombres y mujeres.
- Existe predisposición genética

## PREVENCIÓN

No existe una prevención primaria clara, pero se pueden reducir riesgos:

- Evitar el tabaquismo (factor de riesgo importante).
- Diagnóstico y tratamiento temprano para evitar complicaciones.
- Seguimiento regular para monitorear actividad inflamatoria y efectos adversos del tratamiento.

## TRATAMIENTO

### Inducción de remisión:

- Corticoides (prednisona, budesonida).
- Aminosalicilatos (mesalazina) → menos efectivos que en colitis ulcerosa.
- Antibióticos (metronidazol, ciprofloxacino) en fístulas o abscesos.

### 2. Mantenimiento:

- Inmunomoduladores: azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato.
- Biológicos:
  - Anti-TNF (infliximab, adalimumab).
  - Anti-integrinas (vedolizumab).
  - Anti-interleucinas (ustekinumab).

### 3. Cirugía:

- Reservada para complicaciones (estenosis, fístulas, perforación).
- No es curativa

# ENFERMEDAD DE CROHN

## DIAGNÓSTICO

### Clínico + pruebas complementarias

- Historia compatible con síntomas crónicos y signos sistémicos.
- Endoscopia y biopsia:
- Colonoscopia con visualización de lesiones segmentarias
- Imagenología: **TAC**

## FISIOPATOLOGÍA

- Trastorno inflamatorio crónico autoinmune del tubo digestivo.
- Afecta todas las capas de la pared intestinal
- Puede comprometer cualquier parte del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, aunque predomina en el ileon terminal y colon.
- Causas multifactoriales:
- Genéticas (mutaciones como NOD2).
- Ambientales (dieta, tabaco).
- Disbiosis intestinal.
- Alteración inmunológica

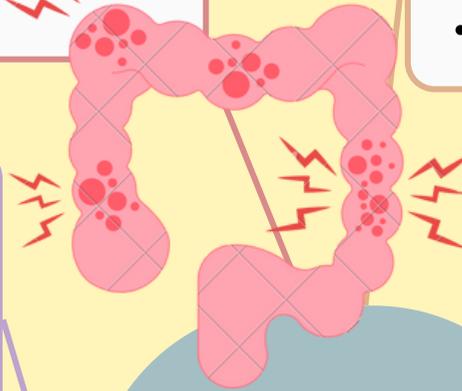
## CUADRO CLÍNICO

### • Síntomas intestinales:

- Dolor abdominal (frecuente en fosa iliaca derecha).
- Diarrea crónica (a veces con sangre o moco).
- Pérdida de peso y fiebre.
- Masa abdominal palpable

### • Síntomas extraintestinales (30-40%):

- Aftas orales.
- Artritis o artralgias.
- Eritema nodoso.
- Complicaciones: Estenosis, fístulas, abscesos, mala absorción y déficit nutricional.



## DEFINICIÓN

La colitis ulcerosa es una alteración inflamatoria inespecífica del colon.

## PREVENCIÓN

No se puede prevenir la aparición, pero sí complicaciones:

- Monitoreo regular con colonoscopías a partir del año 8-10 del diagnóstico en pancolitis, para detección precoz de displasia.
- Tratamiento continuo para evitar recaídas.
- Evitar AINEs y tabaco.

## TRATAMIENTO

### 1. Tratamiento de inducción de remisión:

- Aminosalicilatos: mesalazina (oral o rectal).
- Corticoides: prednisona (oral) o hidrocortisona (rectal/intravenosa en casos graves).
- Biológicos e inmunosupresores en formas refractarias.

### 2. Mantenimiento:

- Mesalazina a largo plazo.
- Azatioprina, 6-mercaptopurina si requiere esteroides frecuentes.
- Biológicos (anti-TNF, vedolizumab, ustekinumab) si enfermedad es moderada-grave.

### 3. Cirugía:

- Colectomía total curativa en casos severos, refractarios o con displasia/cáncer.

## EPIDEMIOLOGÍA

- Más frecuente en Europa, EE.UU. y Canadá.
- Pico de aparición: entre los 15-30 años y un segundo pico a los 60-70 años.
- Ligeramente más común en hombres.
- Mayor riesgo en personas con familiares de primer grado afectados

## FISIOPATOLOGÍA

- Enfermedad inflamatoria crónica del colon.
- Afecta la mucosa y submucosa del intestino grueso, iniciando en el recto y extendiéndose de forma continua hacia el colon (sin áreas sanas entre inflamadas).
- Inflamación no transmural (a diferencia de Crohn).
- Etiología multifactorial:
  - Predisposición genética.
  - Alteración inmunitaria frente a la microbiota.
  - Factores ambientales: dieta, uso de AINEs, infecciones previas.

## CUADRO CLÍNICO

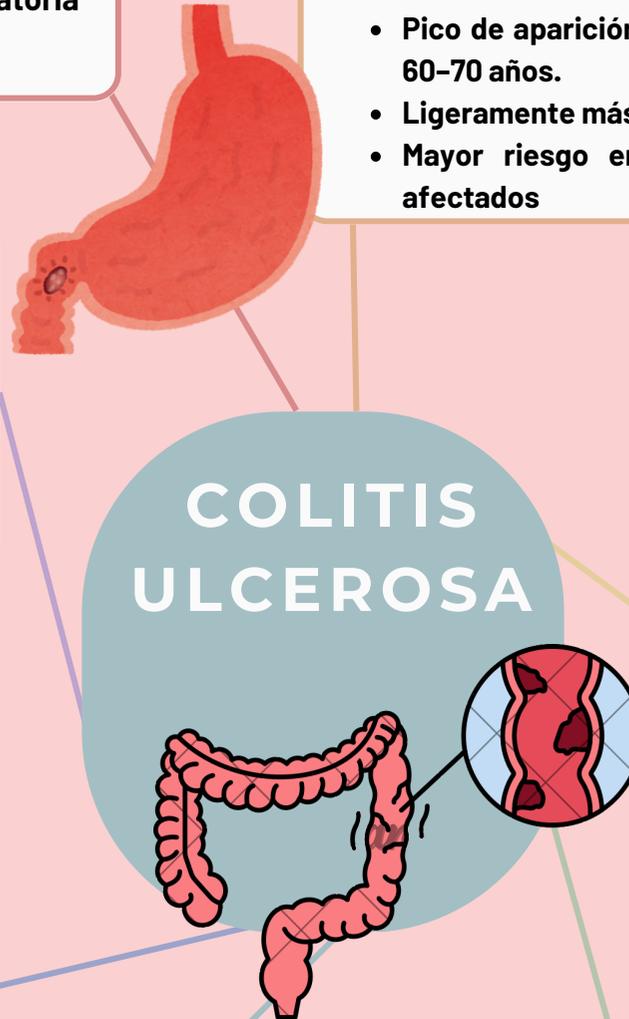
- **Síntomas intestinales:**
- Diarrea con sangre y moco.
- Tenesmo (deseo constante de defecar).
- Dolor abdominal tipo cólico (especialmente en hipogastrio).
- Fiebre y pérdida de peso (en casos graves).
- **Síntomas extraintestinales:**
- Artritis periférica.
- Uveítis, episcleritis.
- Eritema nodoso.

# COLITIS ULCEROSA

## DIAGNÓSTICO

### Clínico + pruebas complementarias:

- Sospecha por síntomas y antecedentes.
- **Endoscopia y biopsia:**
- Colonoscopia
- **Imagenología:**
- TC o RM abdominopélvica



## DEFINICIÓN

La apendicitis se origina por la obstrucción intraluminal debido a un fecalito (porción de heces endurecida), cálculos biliares, tumores, parásitos o tejido linfático.

## EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta a aproximadamente 7% de la población mundial.
- Pico de incidencia entre los 10 y 30 años.
- Más común en hombres que en mujeres.
- Incidencia disminuye con la edad, pero puede presentarse a cualquier edad.

## PREVENCIÓN

- No existe una forma específica de prevenir la apendicitis.
- Dieta rica en fibra (frutas y vegetales) podría reducir el riesgo al prevenir fecalitos.
- Detección y tratamiento temprano son clave para evitar complicaciones graves como perforación, peritonitis o sepsis.

## FISIOPATOLOGÍA

- Inflamación aguda del apéndice vermiforme, usualmente por obstrucción de la luz apendicular.
- Causas comunes de obstrucción:
  - Hiperplasia linfóide (niños y adolescentes).
  - Fecalito (adultos).
  - Cuerpos extraños, parásitos o tumores (menos común).
- La obstrucción provoca:
  1. Distensión del apéndice.
  2. Proliferación bacteriana.
  3. Isquemia y necrosis.
  4. Riesgo de perforación, peritonitis o absceso.

## TRATAMIENTO

### 1. Apendicectomía:

- Tratamiento de elección.
- Puede ser abierta o laparoscópica (preferida por menor dolor y recuperación más rápida).
- Si hay perforación, puede requerirse drenaje y antibióticos prolongados.

### 2. Antibióticos:

- Preoperatorios (ceftriaxona + metronidazol o piperacilina/tazobactam).
- En casos seleccionados, tratamiento conservador con antibióticos puede ser opción en apendicitis no complicada, pero con riesgo de recurrencia.

# APENDICITIS



## DIAGNÓSTICO

### Clínico:

- Historia y exploración física dirigidas.

### Laboratorio:

- Leucocitosis con neutrofilia.

### Imagenología:

- Ecografía abdominal: útil, especialmente en niños o embarazadas.
- TAC abdominal: prueba de mayor precisión

## CUADRO CLÍNICO

- Dolor abdominal que inicia en epigastrio o periumbilical y migra a la fosa iliaca derecha
- Anorexia.
- Náusea y vómito (posterior al dolor).
- Fiebre leve o moderada.
- Signos físicos clásicos:
  - McBurney positivo (dolor a la palpación).
  - Rovsing
  - Psoas y obturador positivos