

FISIOPATOLOGIA

ALUMNO:

Brayan Henry Morales López

GRADO: Cuarto Semestre

GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas; a 06 de junio del 2025.



Mi Universidad



SX Intestino Irritable

Prevención

No existe una prevención primaria. La prevención secundaria se enfoca en evitar los desencadenantes conocidos (dietéticos y de estrés) para minimizar la frecuencia e intensidad de los síntomas.

Diagnostico

Basado en criterios clínicos (**Criterios de Roma IV**): Dolor **abdominal recurrente**, al menos 1 día a la semana en los **últimos 3 meses**, asociado a dos o más de los siguientes: **relacionado con la defecación**, asociado con un **cambio en la frecuencia de las heces**, o asociado con un **cambio en la forma (aparición) de las heces**

Otros:

hemograma, serología celíaca), análisis de heces y, en ocasiones, colonoscopia.

Tratamiento Farmacologico

- Antiespasmódicos: (Butilioscina, otilonio) para el dolor.
- Antidiarreicos: (Loperamida)
- Laxantes: (Polietilenglicol, lubiproston) para SII-E.
- Antidepresivos a dosis bajas: (Amitriptilina, ISRS) para modular el eje cerebro-intestino y el dolor.

Tratamiento No farmacológico

- Aumentar la fibra soluble (psyllium) en SII-E; evitar fibra insoluble.
- Evitar alimentos desencadenantes (caféina, alcohol, grasas, picantes).
- Estilo de vida: Ejercicio regular, manejo del estrés.

Epidemiologia

- Prevalencia global: 10-15% de la población.
- Más común en mujeres (proporción 2:1).
- Generalmente se diagnostica en personas menores de 50 años.

Fisiopatologia

Multifactorial:

- Hipersensibilidad visceral
- Alteración de la motilidad intestinal
- Alteración del eje cerebro-intestino: (ansiedad, depresión)
- Disbiosis intestinal: Desequilibrio en la microbiota intestinal.
- Microinflamación: Aumento de células inmunes en la mucosa intestinal.
- Genética
- Post-infeccioso: Puede desarrollarse después de una gastroenteritis.

Cuadro Clínico

- Dolor abdominal: Crónico, recurrente, tipo cólico, que típicamente mejora tras la defecación.

Alteración del hábito intestinal:

Predominio de diarrea.

Predominio de estreñimiento.

Otros síntomas: distensión abdominal, sensación de evacuación incompleta, moco en las heces, urgencia defecatoria.

Definicion

Trastorno funcional crónico del tracto gastrointestinal. Se caracteriza por dolor abdominal recurrente y cambios en el hábito intestinal (diarrea, estreñimiento o ambos) sin evidencia de anormalidades estructurales o bioquímicas.

Enfermedad Celíaca

Prevención

No es posible prevenir la aparición de la enfermedad. La prevención se centra en evitar las complicaciones a largo plazo (osteoporosis, linfoma intestinal) mediante la adherencia estricta a la dieta sin gluten.

Diagnostico

- Serología: (IgA anti-transglutaminasa tisular [tTG-IgA] es el principal).
- Pruebas genéticas: Detección de HLA-DQ2/DQ8. Un resultado negativo prácticamente descarta la enfermedad.
- Biopsia endoscópica: "estándar de oro". Se observa atrofia de las vellosidades, hiperplasia de las criptas e infiltrado linfocitario.

Tratamiento Farmacologico

- No hay un tratamiento farmacológico curativo.
- Suplementos para corregir deficiencias nutricionales (hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D, B12).
- En casos refractarios (raros), se pueden usar corticoides o inmunosupresores.

Tratamiento No farmacológico

- Dieta estricta y permanente sin gluten (DSG): Eliminar de por vida el trigo, la cebada, el centeno y sus derivados. Es el único tratamiento efectivo.
- Asesoramiento por un nutricionista experto.
- Vigilar la contaminación cruzada.

Epidemiologia

- Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.
- Más frecuente en mujeres.
- Puede diagnosticarse a cualquier edad.
- Mayor prevalencia en familiares de primer grado de pacientes celíacos y en personas con otras enfermedades autoinmunes (Diabetes tipo 1)

Fisiopatologia

Diversos factores:

- Genéticos: genes HLA-DQ2 y HLA-DQ8.
- Ambientales: Ingesta de gluten (proteína presente en trigo, cebada y centeno).
- Inmunológicos: La gliadina (fracción del gluten) atraviesa la barrera intestinal y es procesada por las células presentadoras de antígeno. En individuos susceptibles, se presenta a los linfocitos T, desencadenando una respuesta inmune exagerada que ataca a las células del propio intestino (enterocitos) y produce autoanticuerpos (anti-transglutaminasa, anti-endomisio).

Definicion

Enfermedad autoinmune sistémica provocada por la ingesta de gluten y prolaminas relacionadas en individuos genéticamente susceptibles. Causa una inflamación crónica y atrofia de las vellosidades del intestino delgado, lo que lleva a una mala absorción de nutrientes.

Cuadro Clínico

Manifestaciones Gastrointestinales (típicas):

- Diarrea crónica, esteatorrea (heces grasas y malolientes).
- Pérdida de peso, retraso del crecimiento en niños.
- Dolor y distensión abdominal, flatulencia.

Manifestaciones Extraintestinales (atípicas):

- Anemia ferropénica (por falta de hierro) resistente a tratamiento.
- Dermatitis herpetiforme (lesiones cutáneas pruriginosas).
- Osteoporosis u osteopenia (por malabsorción de calcio y vitamina D).
- Aftas orales recurrentes, elevación de transaminasas, fatiga crónica, migrañas, infertilidad.

Enfermedad de Crohn

Prevención

No hay prevención primaria. La prevención secundaria se enfoca en dejar de fumar, adherencia al tratamiento para mantener la remisión y vigilancia endoscópica para la detección precoz de displasia o cáncer colorrectal

Diagnostico

- Análisis de sangre y heces: Anemia, elevación de reactantes de fase aguda (PCR, VSG), calprotectina fecal elevada (marcador de inflamación intestinal).
- Endoscopia (ileocolonoscopia)
- Estudios de imagen: **Enterografía por TC o RM** para evaluar el intestino delgado. Cápsula endoscópica.
- Histología (**biopsia**): Inflamación transmural, granulomas no caseificantes (hallazgo patognomónico pero no siempre presente).

Tratamiento Farmacologico

- Aminosalicilatos (5-ASA): (Mesalazina) para enfermedad leve.
- Corticoides: (Prednisona, budesonida) para inducir la remisión en brotes moderados a severos.
- Inmunomoduladores: (Azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato) para mantener la remisión.

Tratamiento No farmacológico

- Dejar de fumar: Obligatorio.
- Soporte nutricional: Dieta equilibrada. En brotes severos, puede requerirse nutrición enteral exclusiva (especialmente en niños) o parenteral.

Epidemiologia

- Mayor incidencia en países desarrollados (Norteamérica, norte de Europa).
- Distribución bimodal de edad de inicio: pico principal entre los 15-30 años y un segundo pico menor entre los 60-80 años.
- Afecta ligeramente más a mujeres.
- El tabaquismo es un factor de riesgo importante.

Fisiopatologia

- Genética: Más de 200 genes asociados (ej. NOD2/CARD15).
- Alteraciones en la Microbiota
- Disfunción de la barrera intestinal
- Factores ambientales: Tabaquismo (factor de riesgo más importante) uso de AINEs.
- La inflamación crónica conduce a úlceras profundas, estenosis (estrechamientos), fístulas (conexiones anormales) y abscesos.

Definicion

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica, de **causa desconocida** y mediada inmunológicamente, que puede **afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal**, desde la boca hasta el ano. La inflamación es transmural (afecta todo el espesor de la pared intestinal) y segmentaria (deja áreas de tejido sano entre las zonas afectadas, "lesiones en empedrado").

Cuadro Clínico

Varía según la localización y severidad.

- **Síntomas comunes:** Dolor abdominal (frecuentemente en **fosa ilíaca derecha**), **diarrea** (puede o no ser sanguinolenta), **pérdida de peso**, **fiebre**, **fatiga**.
- **Complicaciones:** Obstrucción intestinal por **estenosis**, fístulas (**enterocutáneas**, **perianales**), abscesos intraabdominales.
- **Manifestaciones extraintestinales:** Artritis, uveítis, eritema nodoso, colangitis esclerosante primaria.

Prevención

No hay prevención primaria. La prevención secundaria incluye la adherencia al tratamiento de mantenimiento y la vigilancia mediante colonoscopias periódicas para la detección de cáncer colorrectal, cuyo riesgo aumenta después de 8-10 años de enfermedad.

Diagnostico

- Análisis de sangre y heces: Anemia, aumento de PCR, calprotectina fecal elevada.
- Colonoscopia con biopsias: Es el método diagnóstico de elección.
- Histología: Infiltrado inflamatorio en la lámina propia, distorsión de la arquitectura de las criptas, abscesos crípticos.

Tratamiento Farmacologico

- Aminosalicilatos (5-ASA): (Mesalazina, sulfasalazina) son la base del tratamiento para enfermedad leve a moderada, tanto para inducir como para mantener la remisión. Pueden ser orales o tópicos (supositorios, enemas).
- Corticoides: Para brotes moderados-severos.
- Inmunomoduladores: (Azatioprina, 6-mercaptopurina) para mantener la remisión en pacientes dependientes de corticoides.

Tratamiento No farmacológico

- Dieta equilibrada.
- Cirugía (colectomía): Se indica en casos de enfermedad refractaria al tratamiento médico, displasia o cáncer, o complicaciones agudas como megacolon tóxico.

Epidemiologia

- más común en países desarrollados.
- Incidencia con picos de edad entre 15-30 años y 50-70 años.
- Ligero predominio en hombres.
- El tabaquismo, a diferencia de Crohn, parece ser un factor protector. Ser ex-fumador aumenta el riesgo.

Colitis Ulcerosa (CU)

Fisiopatologia

- Similar a la EC, implica una respuesta inmune desregulada a la microbiota intestinal en individuos genéticamente predisuestos.
La inflamación es superficial (confinada a la mucosa y submucosa) y difusa.
La formación de abscesos en las criptas es característica.
No hay granulomas.

Definicion

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica que causa inflamación y úlceras superficiales limitadas a la mucosa del colon. La afectación es continua, comenzando siempre en el recto y extendiéndose de forma proximal en una longitud variable. No afecta a otras partes del tubo digestivo.

Cuadro Clínico

- Síntoma cardinal: Diarrea con sangre y moco.
- **Otros síntomas:** Urgencia rectal (**tenesmo**), **dolor abdominal tipo cólico** (generalmente en cuadrante inferior izquierdo), fiebre y pérdida de peso en casos severos.
- **Clasificación según extensión:** Proctitis (solo recto), colitis izquierda (hasta ángulo esplénico), colitis extensa (pancolitis).
- **Complicaciones:** Megacolon tóxico (dilatación aguda y severa del colon), hemorragia masiva, perforación y aumento del riesgo de cáncer colorrectal.
- **Manifestaciones extraintestinales:** (artritis, uveítis, etc.), siendo la colangitis esclerosante primaria más común en CU.

Apendicitis

Prevención

- No existe una forma segura y comprobada de prevenir la apendicitis. Algunos estudios sugieren que una dieta rica en fibra podría reducir el riesgo al disminuir la probabilidad de formación de fecalitos

Diagnostico

- Principalmente clínico: Basado en la historia y el examen físico.
- Análisis de laboratorio: Leucocitosis (aumento de glóbulos blancos)
- Ecografía abdominal: Útil en niños y mujeres embarazadas, puede mostrar un apéndice engrosado y no compresible.
- Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste: Es la prueba de imagen más precisa en adultos.

Tratamiento Farmacologico

- Antibióticos: Se administran antes de la cirugía para cubrir bacterias aerobias y anaerobias del intestino y se continúan después si hay perforación o peritonitis.
- **Analgesia: Para controlar el dolor.**

Tratamiento No farmacológico

- Apendicectomía: Extirpación quirúrgica del apéndice. Es el tratamiento estándar y definitivo.

Epidemiologia

- Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes (pico entre 10 y 30 años).
- Ligero predominio en el sexo masculino.
- Incidencia a lo largo de la vida: 7-8%.

Fisiopatologia

Obstrucción de la luz apendicular: Es el evento inicial en la mayoría de los casos.

- Causas: Fecalito (heces endurecidas), hiperplasia del tejido linfoide (común en jóvenes), cuerpos extraños, parásitos o tumores.

Definicion

Inflamación aguda del apéndice vermiforme, (la primera parte del intestino grueso). Es una de las causas más comunes de dolor abdominal agudo que requiere cirugía de emergencia.

Cuadro Clínico

- **Clásicamente migratorio:** Comienza como un dolor vago en la región periumbilical o epigástrica.
- En unas horas, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen, en el punto de McBurney.
- El dolor se agudiza y empeora con el movimiento, la tos o la palpación.
- Otros síntomas: Náuseas, vómitos (generalmente posteriores al inicio del dolor), pérdida de apetito (anorexia), fiebre de bajo grado.
-
- Signos al examen físico: Dolor a la palpación en el punto de McBurney, signo de Blumberg (**dolor de rebote**), **signo del psoas**, **signo del obturador**.