



Dannia Gissela Díaz Díaz

4to parcial

Fisiopatología III

Doctor: Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Humana

4to Semestre, Grupo "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de julio del 2025

PREVENCIÓN

- Evitar comidas altamente procesadas.
- Comer porciones peq., lentamente con horario regular.
- Aumentar fibra soluble
- Manipulación higiénica de alimentos.
- Control del estrés
- Ejercicio físico regular
- Dormir al menos 7-8 horas
- Evitar automedicación

DEFINICIÓN

Es un trastorno funcional crónico del tracto gastrointestinal, se presentan disfunciones en la motilidad intestinal, sensibilidad visceral, procesamiento central del dolor, y factores psicosociales.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia mundial: 10-15% de la población general.
- Afecta principalmente a:
 - Mujeres (2:1 respecto a los hombres).
 - Adultos jóvenes (20-40 años).
 - Causa frecuente de ausentismo laboral y consultas en gastroenterología.

FISIOATOLOGÍA

- Alteración de la motilidad intestinal: Hiper o hipomotilidad, según el subtipo de SII (con diarrea o con estreñimiento).
- Aumento de la percepción del dolor intest. con estímulos normales (distensión, gases).
- Alteraciones en la señalización entre el sistema nervioso central y el sistema entérico.
- Algunos pacientes muestran activación inmunitaria leve en la mucosa intestinal.
- Alt. de la microbiota intestinal
- Influyen facts. psicológicos como Ansiedad, depresión y estrés aumentan el umbral de percepción del dolor y la sintomatología.

TX NO FARMACOLÓGICO

- Educación del paciente:
- Reasegurar que no hay enfermedad grave.
- Rutina regular, ejercicio físico moderado.
- Sueño adecuado.
- Evitar alimentos: cafeína, alcohol, grasas, picantes.
- Dieta baja en carbohidratos
- Aumentar fibra soluble (como psyllium)
- Manejo del estrés:
 - Técnicas de relajación.
 - Hipnoterapia intestinal

TX FARMACOLÓGICO

- Dolor abdominal:
 - Antiespasmódicos: butilhoscina, mebeverina, dicyclomina.
 - Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina e
- Para diarrea: Loperamida, Rifaximina, Eluxadolina, Colestiramina s
- Para estreñimiento: Laxantes osmóticos suaves, procinéticos, lubiprostona y linaclotida
- Probióticos:

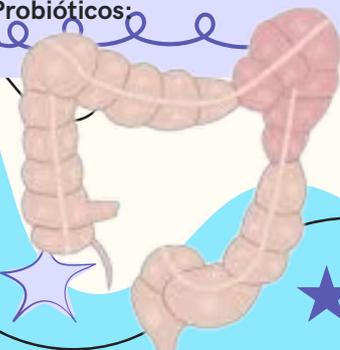
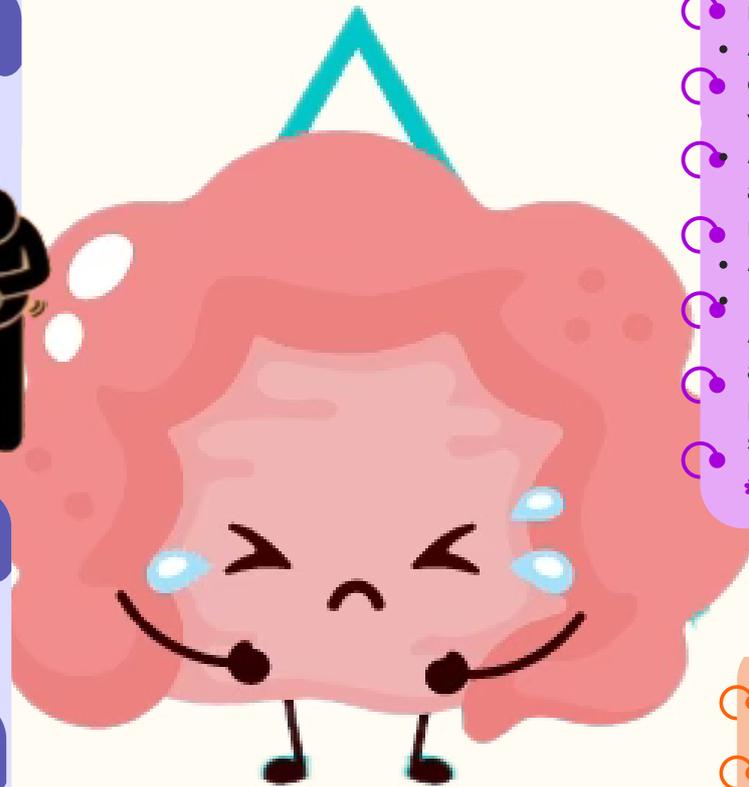
CUADRO CLÍNICO

- Dolor abd. tipo cólico, en Fosa Iliaca izq
- Distensión abdominala
- Heces duras o en forma de bolitas
- Flatulencia y meteorismo
- Moco en las heces
- Sensación de evacuación incompleta
- Fatiga crónica.
- Dolor de cabeza o migraña.
- Dolor pélvico crónico
- Trastornos urinarios
- Ansiedad, depresión

DIAGNÓSTICO

- Biometría hemática
- PCR o VSG para descartar inflamación activa.
- Coproparasitoscópico o calprotectina fecal.
- Pruebas para celiaquía si hay sospecha.
- Colonoscopia solo si hay datos de alarma.

SX DE INTEST. IRRITABLE



PREVENCIÓN

- Diagnóstico temprano previene complicaciones graves.
- Prevención de complicaciones
- Cumplimiento riguroso de dieta.
- Evaluación anual de: Peso, talla, niveles de hierro, vitaminas, anticuerpos.
- Evitar automedicación, suplementos o productos dudosos.

DEFINICIÓN

- Es una enf. autoinmune sistémica crónica, provocada por
- la exposición al gluten en individuos genéticamente
- susceptibles (HLA-DQ2 o HLA-DQ8). Se caracteriza por una
- resp. inmune mediada por linfocitos T que daña la mucosa
- del intestino delgado.

EPIDEMIOLOGÍA

- Más frecuente en mujeres
- Aumenta en personas con: Diabetes mellitus tipo 1, Tiroiditis autoinmune, Sx de Down o Turner
- Familiares de primer grado con EC

ENFERMEDAD CELIACA

TX NO FARMACOLÓGICO

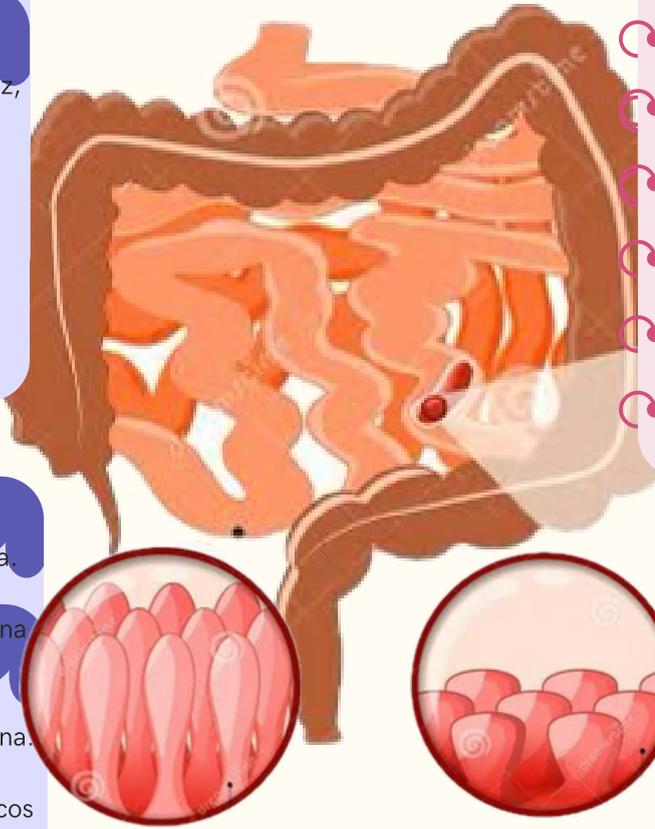
- Dieta estricta sin gluten de por vida:
- Evitar trigo, cebada, centeno, espelta y triticale, alimentos procesados; sustituir por arroz, maíz, papa, amaranto.
- Educación nutricional:
- Prevenir contaminación cruzada
- Apoyo con nutriólogo especializado.
- Aumentar adherencia al tx.

TX FARMACOLÓGICO

- Ácido fólico oral, 1-5 mg/día.
- Calcio y vitamina D Calcio 1000-1500 mg/día + vitamina D 800-1000 UI/día.
- Corticoides: Budesonida, Prednisona, metilprednisolona.
- Dapsona
- Inmunosupresores o biológicos Azatioprina o ciclofosfamida
- Larazotida acetato
- Enzimas glutenasas
- Vacunas anti-gliadina

FISIOPATOLOGÍA

- Se desarrolla cuando personas genéticamente predisuestas consumen gluten, este no se digiere completamente y atraviesa la barrera intest., ahí es modificada por la enzima transglutaminasa tisular mediante la deamidación.
- Esta activación desencadena una res. inmune inflamatoria en la mucosa del ID, con liberación de citoquinas como INF, que dañan el epitelio intestinal.
- Luego ocurre una atrofia de las vellosidades intestinales, lo que lleva a mala absorción de nutrientes.
- Se forman autoanticuerpos contra la gliadina y la transglutaminasa tisular.



DIAGNÓSTICO

- Serología
- Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular : prueba de elección.
- Anticuerpos anti-endomisio
- Medir IgA total
- Biopsia duodenal: Por endoscopia Busca Atrofia de vellosidades, Hiperplasia de criptas.
- HLA-DQ2 / DQ8

CUADRO CLÍNICO

SÍNTOMAS GASTROINTEST

- Diarrea crónica.
- Esteatorrea (heces fétidas, flotantes).
- Pérdida de peso.
- Dolor y distensión abdominal.
- Náuseas, vómitos.
- Anemia ferropénica crónica
- Osteopenia / osteoporosis.
- Fatiga crónica.
- Aftas orales recurrentes.

OTROS SÍNTOMAS

- Trast neurológicos: ataxia, parestesias, epilepsia, cefalea.
- Dermatitis herpetiforme: lesiones pruriginosas, simétricas en codos, glúteos, rodillas.

PREVENCIÓN

- Prevención de brotes
- Adherencia al tx médico.
- Evitar tabaquismo.
- Control del estrés emocional.
- Dieta adecuada en fases de actividad o remisión.
- Prevención de complicaciones
- Suplementación de vitaminas y minerales.
- Vacunación en pacientes inmunosuprimidos (neumococo, hepatitis B, influenza, VPH).

DEFINICIÓN

- Es una enf. inflamatoria intest. crónica autoinmune, tiene predilección por el ileon terminal y el colon.
- Afecta todas las capas de la pared intestinal (transmural).
- Puede provocar estenosis, fístulas, abscesos y granulomas.

EPIDEMIOLOGÍA

- Pico entre los 15-30 años.
- 2do pico entre 50-70 años.
- Leve predominio femenino.
- Facts de riesgo: Historia familiar, Tabaquismo, Microbiota intestinal alterada, Dieta rica en grasas animales y ultraprocesados.

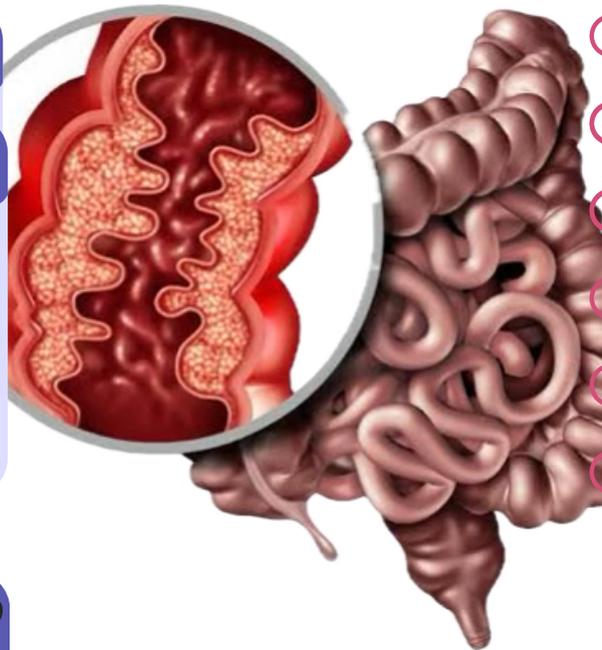
ENF. DE CROHN

FISIOPATOLOGÍA

- Causada por una resp. inmunitaria desregulada por la microbiota intest. en individuos genéticamente susceptibles (como en el gen NOD2/CARD15) que alteran la forma en que el sistema inmune reconoce bacterias intest.
- La disfunción activa cél inmunes (MCF, linfT) que lib citoquinas proinflamatorias como TNF- α , IL-12 e IL-23.
- Promueven la infl. de la mucosa
- Esta puede formar úlceras profundas, engrosamiento de la pared intestinal, y generar complicaciones como fístulas, estenosis y abscesos.

TX NO FARMACOLÓGICO

- Dieta equilibrada
- Evitar alimentos irritantes
- Reducir fibra insoluble
- Suspensión del tabaco
- Suplementos en caso de malabsorción.
- Suplementación de hierro, B12, calcio, vitamina D, folato según deficiencias.
- Nutrición enteral en casos graves.



TX FARMACOLÓGICO

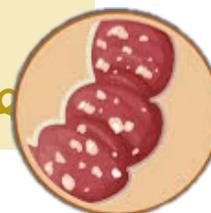
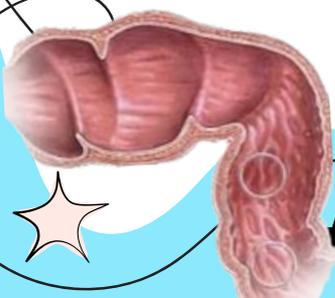
- Aminosalicilatos
- Corticoides: Prednisona, Budesonida
- Inmunomoduladores: Azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato
- Biológicos: Infliximab, adalimumab, certolizumab, Ustekinumab, Vedolizumab
- Antibióticos: metronidazol, ciprofloxacino.

CUADRO CLÍNICO

- Dolor abdominal: en FID, tipo cólico.
- Diarrea crónica
- Pérdida de peso
- Fiebre Baja o febrícula
- Masa palpable en el cuadrante inf D
- Náuseas o vómitos
- Fatiga
- Fisuras y fístulas anales
- Abscesos perianales.
- Úlceras del canal anal.

DIAGNÓSTICO

- Exploración física
- Biometría hemática.
- PCR o VSG: elevadas
- Proteína fecal calprotectina: marcador de infl. intestinal.
- Def. nutricionales: hierro, B12, folato, albúmina.
- Colonoscopia: Ú. profundas
- Biopsia
- Endoscopia digestiva alta:
- RM enterográfica
- TAC abdominal
- Ecografía intestinal



PREVENCIÓN

- Prevención de brotes
- Adherencia al tx médico.
- Evitar AINES.
- Mantener control del estrés.
- Dieta balanceada, evitar irritantes gastrointestinales.
- Colonoscopías de vigilancia a partir de los 8-10 años de dx para detectar CA
- Suplementación nutricional adecuada.
- Vacunación en inmunosuprimidos (hepatitis B, influenza, neumococo, VPH).

DEFINICIÓN

- Es una enf. inflamatoria intest crónica autoinmune hay infl continua y superf. de la mucosa del colon
- Afecta solo el colon y recto.
- La inflamación es continua
- Limitada a mucosa y submucosa
- No se asocia a granulomas ni a fístulas.

EPIDEMIOLOGÍA

- Pico entre 15-35 años y entre los 55-70 años.
- Leve predominio masculino
- Factores de riesgo:
 - Dieta rica en carnes procesadas.
 - Uso de AINES o antibióticos.
 - Tabaquismo

FISIOPATOLOGÍA

- Se origina por una resp. inmunológica frente a la flora intest. en personas genéticamente predispuestas.
- Hay alt del equilibrio microbiano del colon.
- Defecto en la barrera epitelial, permite el paso de ag bacterianos a la mucosa.
- Predominan linf Th2 y producción de IL-5, IL-13, generan infl superf.
- Inflamación de la mucosa del colon, inicia en el recto y avanza en sentido proximal.
- Provoca edema, úlceras superf, sangrado, p. de cél caliciformes y abscesos crípticos.

TX FARMACOLÓGICO

Se divide en **Inducción de remisión** y **Mantenimiento de remisión**

- **Aminosalicilatos:** Mesalazina
- Corticoides: Prednisona, budesonida, hidrocortisona IV
- Inmunomoduladores: Azatioprina, 6-mercaptopurina, Metotrexato
- Biológicos: Anti-TNF: infliximab, adalimumab, Anti-integrina, Anti-IL-12/23.
- Antibióticos

TX QUIRÚRGICO.

Indicaciones

- Hemorragia masiva.
- Megacolon tóxico.
- Perforación intestinal.
- Colitis fulminante.
- Displasia o ca de colon.
- Fracaso del tx médico.

TX NO FARMACOLÓGICO

- Suspensión de AINES
- Abandono del tabaquismo pasivo
- Evitar fibra insoluble, lácteos, cafeína y alcohol.
- Dieta alta en calorías y proteínas si hay desnutrición.
- Suplementación de hierro, calcio, vitamina D, B12, folato, según necesidad.
- Apoyo psicológico y educación: la ansiedad y el estrés pueden empeorar la sintomatología.

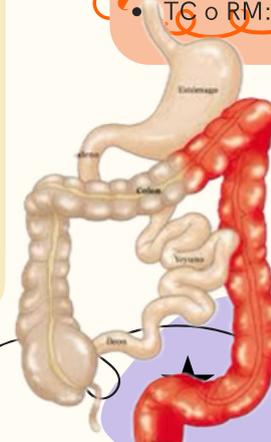
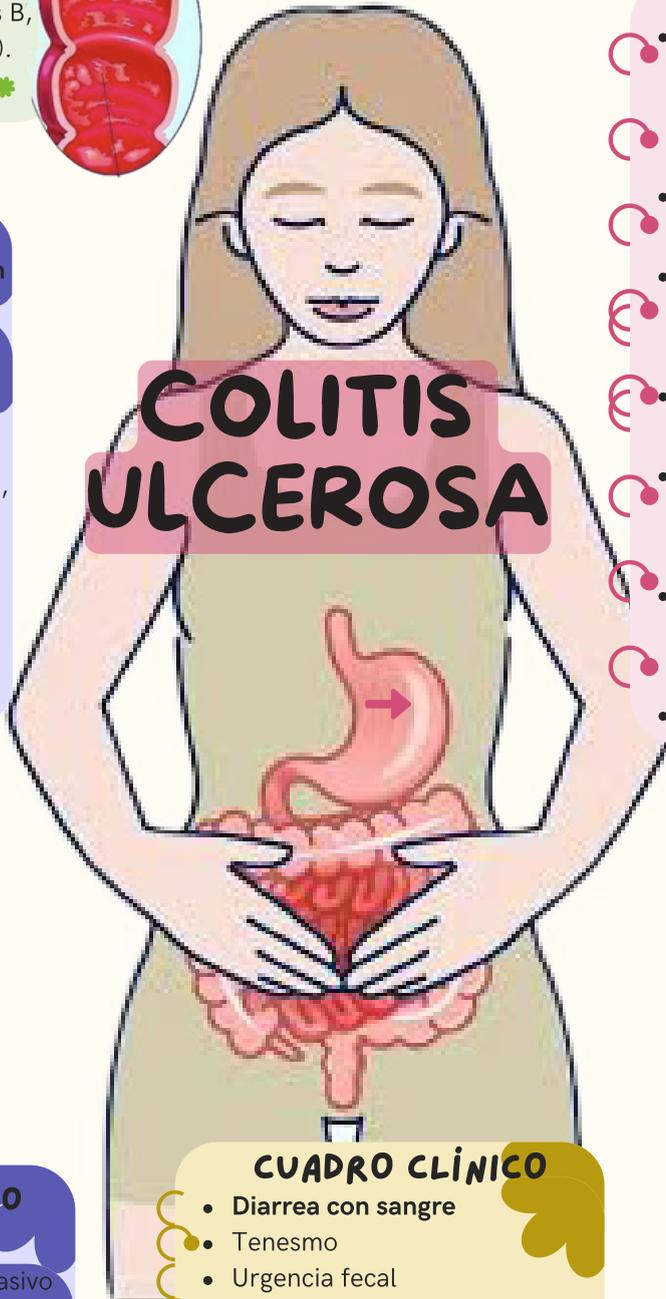
CUADRO CLÍNICO

- **Diarrea con sangre**
- Tenesmo
- Urgencia fecal
- Dolor abdominal: Tipo cólico, más común en flanco izquierdo o hipogastrio.
- Pérdida de peso: En formas moderadas o graves.
- Fiebre En brotes severos o con complicaciones.

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- PCR y VSG elevadas
- Calprotectina fecal
- **Endoscopia:** Eritema difuso, friabilidad de mucosa, úlceras superf, pseudopólipos.
- Biopsia: Infiltrado linfoplasmocitario, abscesos crípticos, sin granulomas.
- Rx simple de abdomen: buscar megacolon tóxico.
- TC o RM: en complicaciones.

COLITIS ULCEROSA



PREVENCIÓN

- Dieta rica en fibra
- Mantener hidratación adecuada.
- Control de infecciones parasitarias
- Educación ante síntomas abd.
- Dx precoz ante dolor abdominal migratorio y persistente.
- Cirugía temprana evita perforación, peritonitis o abscesos.
- Seguimiento postoperatorio para evitar infecciones de herida, íleo, fístulas.

DEFINICIÓN

Es una inflamación del apéndice vermiforme, provocada por la obstrucción de su lumen, que conlleva proliferación bacteriana, isquemia, necrosis y riesgo de perforación, es una emergencia abdominal frecuente

EPIDEMIOLOGÍA

- Causa más común de abdomen agudo quirúrgico
- Pico de edad: entre 10 y 30 años, aunque se presenta a cualquier edad.
- Más frecuente en hombres
- < incidencia en ancianos, pero mayor riesgo de perforación y complicaciones si ocurre.

APENDICITIS

TX NO FARMACOLÓGICO

- La apendicectomía es el tx estándar
- Ayuno absoluto para preparar al px para cirugía.
- Solución salina o Hartmann para corregir deshidratación.
- Monitoreo
- Consentimiento informado qx.
- Requiere vigilancia estrecha.

CONGESTIVA O CATARRAL SUPURATIVA O FLEMONOSA GANGRENOSA O NECRÓTICA PERFORADA

TX FARMACOLÓGICO

- Paracetamol 500-1000 mg c/6-8 h
- Metamizol 1 g IV cada 8 h.
- Tramadol 50-100 mg IV cada 6-8 h
- Antes de la cirugía (profilaxis):
- Ceftriaxona 1 g IV + Metronidazol 500 mg IV.
- Después de la cirugía:
- Piperacilina/tazobactam 3.375 g IV c/6 h o Ertapenem 1 g IV c/24 h.

SÍNTOMAS

- Dolor abdominal: Inicialmente difuso epigástrico, luego migra a la FID, es un dolor continuo, punzante, que empeora con el movimiento, la tos o palpación.
- Anorexia
- Náuseas y vómito posteriores al inicio del dolor (si es antes, considerar otro diagnóstico).
- Fiebre (<38.5 °C); en fases avanzadas
- Malestar general y letargo: común en pacientes mayores.

SIGNOS FÍSICOS

- Dolor en punto de McBurney: unión del 1/3 externo y medio entre ombligo y espina iliaca
- Rebote + (Blumberg): dolor al retirar la mano al presionar la FID
- Signo de Rovsing: dolor en FID al comprimir FII.
- Signo del psoas: dolor a la extensión de la cadera derecha (a. retrocecal).
- Signo del obturador: dolor con rotación interna del muslo derecho

FISIOPATOLOGÍA

Se origina por la obstrucción del lumen apendicular, causada por un fecalito, hiperplasia linfoides o cuerpos extraños, esto provoca acum de moco, lo que incrementa la presión intraluminal, comprime VS y lleva a isquemia de la mucosa, lo que favorece la invasión bacteriana desencadenando una resp infl aguda, si no se resuelve, la pared del apéndice se necrosa y puede perforarse, provocando peritonitis o formación de abscesos

DIAGNÓSTICO

- Exploración física
- Escala de Alvarado
- 0-4 puntos: bajo riesgo.
- 5-6 puntos: probable, vig o imagen.
- ≥7 puntos: alta probabilidad,
- BH Leucocitosis (>10,000), neutrofilia.
- PCR/ VSG: Elevado en inflamación.
- EGO Normal o con leucocituria
- Pruebas hepáticas / amilasa / lipasa
- Ultrasonido abdominal
- Apéndice >6 mm de diámetro.
- Tomografía abdominal
- Resonancia magnética.

CUADRO CLÍNICO

