

GASTROINTESTINALES

Hanna Abigail Lopez Merino

4º Semestre "B"

Fisiopatología III

Doc. Gerardo Cancino Gordillo

Comitan de Dominguez, Chiapas a 11 de Julio del 2025

Es una alteración en el funcionamiento del tubo digestivo.

FISIOPATOLOGIA

Alteraciones en la motilidad intestinal

Se observan contracciones anómalas del músculo liso intestinal.

En SII con diarrea (SII-D): aumento del tránsito intestinal.

En SII con estreñimiento (SII-E): enlentecimiento del tránsito.

Estas alteraciones afectan el paso del contenido intestinal, provocando dolor, distensión y cambios en la frecuencia o consistencia de las heces.

Hipersensibilidad visceral

SII presentan una percepción aumentada del dolor ante estímulos normales (como la distensión por gas).

Hay una amplificación de señales nerviosas a nivel del sistema nervioso entérico y central.

Eje intestino-cerebro

El SII se considera un trastorno de la interacción entre el sistema nervioso central (SNC) y el sistema gastrointestinal.

El estrés, la ansiedad y la depresión pueden agravar los síntomas a través de la modulación de neurotransmisores como la serotonina.

EPIDEMIOLOGIA

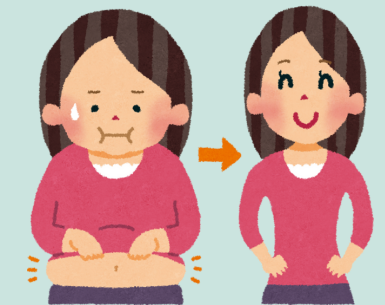
10-15% de la población de los Estados Unidos, así como una cada cuatro a nivel mundial.

Perdida de peso

Anemia

Fiebre

Melena



DIAGNOSTICO

Biometría hemática (para detectar anemia)

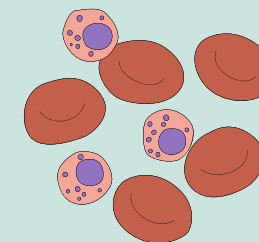
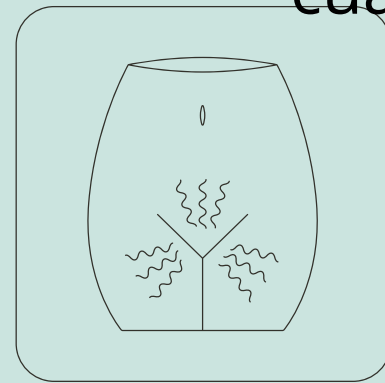
- Examen de heces (parásitos, sangre oculta)
- Prueba de celiaquía (anticuerpos antitransglutaminasa)
- Colonoscopia

TRATAMIENTO

Métodos de control de estrés.

Evitar alimentos dañinos: Café, alcohol, gaseosas.

Anticolinérgicos
Alosetron



INTESTINO IRRITABLE

CUADRO CLINICO



Dolor

Molestias abdominales

Distensión

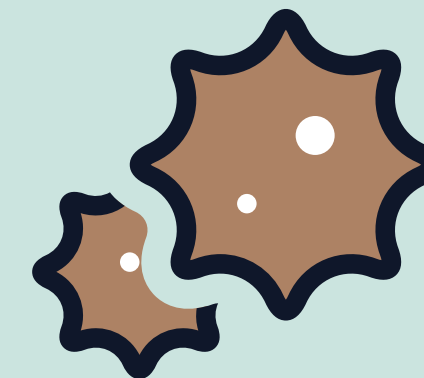
Estreñimiento

Diarrea

Más de 3 veces por día o menos de 3 veces por semana

Forma de heces: Escasas/induradas o semidiarreicas/acuosas

Durante la defecación: Pujo, urgencia o tenesmo.



EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente el 1% de la población mundial

Afecta a cualquier edad, Infancia y adolescentes jóvenes.

Más a mujeres que a hombres

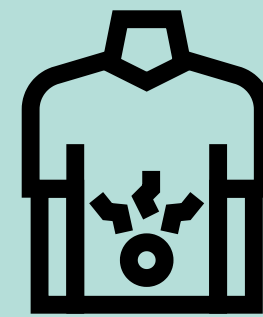
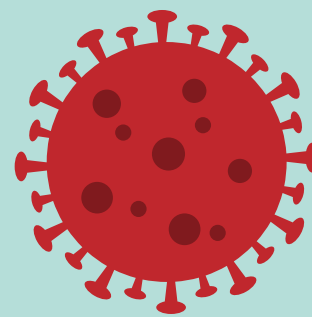
FISIOPATOLOGIA

Asociados a los alelos HLA-DQ2 y HLA-DQ8

El gluten, al ser ingerido, es modificado por la enzima transglutaminasa tisular generando un complemento antigénico por los HLA.

Esto desencadena una respuesta inflamatoria con producción de anticuerpos (anti-tTG, anti-endomisio, anti-gliadina) y daño en las vellosidades intestinales.

Atrofia de las vellosidades, hiperplasia de criptas y linfocitosis intraepitelial lo que causa mala absorción.



La enfermedad celiaca es una enfermedad autoinmune crónica del intestino delgado.

ENFERMEDAD CELIACA

CUADRO CLINICO

Diarrea crónica

Distensión abdominal

Pérdida de peso

Esteatorrea

Flatulencias



SINTOMAS EXTRAINTESTINALES

Anemia ferropénica

Aftas orales

Osteopenia/osteoporosis

Fatiga crónica

DIAGNOSTICO

Serológico: Anticuerpos anti-transglutaminasa

Biopsia duodenal: Endoscopia

TRATAMIENTO

No hay un tratamiento farmacológico curativo

Corticosteroides o inmunosupresores

Suplementación de vitaminas y minerales

(hierro, calcio, vitamina D, ácido fólico, B12)

NO FARMACOLOGICO

Dieta estricta sin gluten de por vida

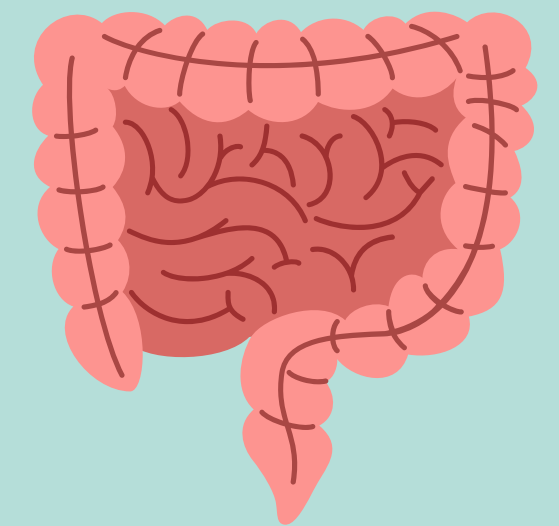
Evitar comida contaminada

Educación nutricional y apoyo psicológico

PREVENCION

Modulación de la introducción del gluten

Lactancia materna



EPIDEMIOLOGIA

Afecta a personas que se encuentran alrededor de 20 a 30 años de edad
Mujeres

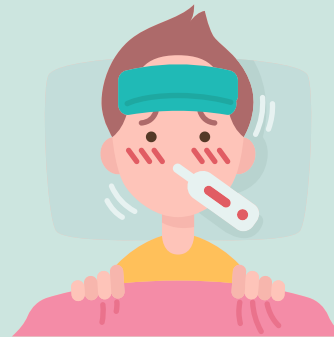
CUADRO CLINICO

Diarrea
Dolor abdominal
Pérdida de peso
Alteraciones hidroelectrolíticas
Malestar
Fiebre

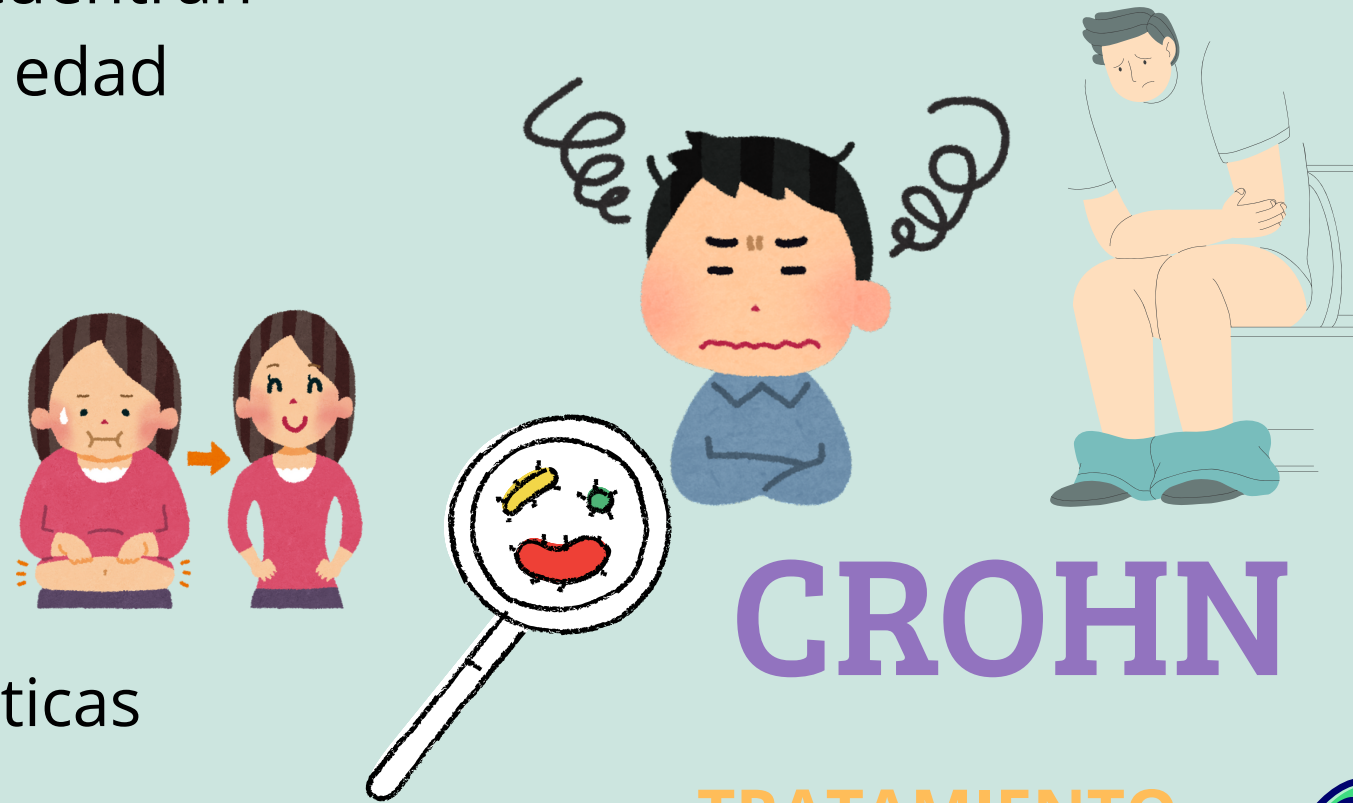


DIAGNOSTICO

Exploración física
Sigmoidoscopia
Biopsia
Crocultivo
Análisis de muestra fresca
Tomografía computarizada



Es una respuesta inflamatoria de tipo granulomatoso que puede afectar cualquier área del tubo digestivo.

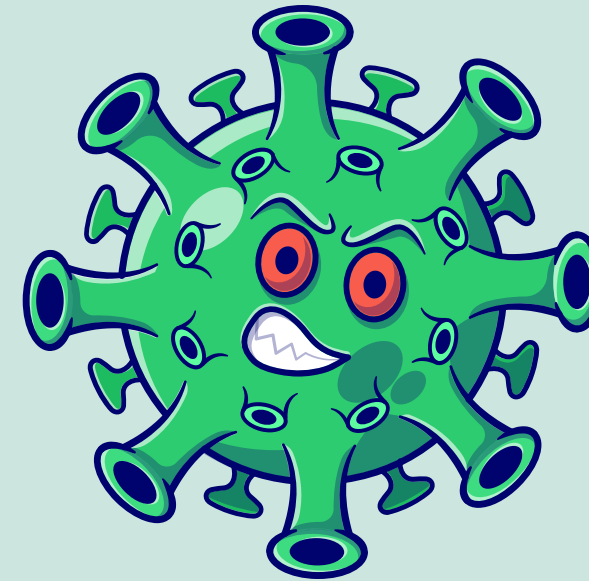


CROHN

TRATAMIENTO

Corticoesteroides
Sulfasalazina
Metronidazol,
Azatioprina

Infliximab
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO
Dieta individualizada: Evitar alimentos que irriten, grasas, lácteos
Suspender tabaco
Suplemento nutricionales.



FISIOPATOLOGIA

Son lesiones granulomatosas, bien delimitadas, rodeadas de tejido mucoso de aparición normal.

La pared intestinal suele volverse dura e inflexible.

El mesenterio adyacente puede desarrollarse inflamación; los ganglios linfáticos regionales y los conductos linfáticos pueden aumentar su tamaño.

PREVENCION

No hay una prevención como tal ya que puede ser una enfermedad autoinmune.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia y prevalencia de la colitis ulcerosa (2-10 y 35-100/100 000, respectivamnete.

Aparece a culquier edad 15 a 25 años.

CUADRO CLINICO

Diarrea
Heces con sangre y moco
Dolor colico intestinal leve
Anorexia
Debilidad y fatiga
Fiebre
Artriltis
Uvelitis
Trombosis venosa profunda



Anamnesis
Exploracion fisica
Sigmoidoscopia
Colonoscopia
Biopsia

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

No faramcologico: Evitar la cafeina
lactosa, comidas muy condimentadas
Farmacologico
Mesalamina o isalazina
Cortoesteroides: Disminuir la respuesta inflamatoria aguda

FISIOPATOLOGIA

Origen autoinmune: En individuos geneticamnete susceptibles, factores ambientales (microbiota,infecciones,diets a) alteran la respuesta inflamatoria.
Se activa la inmunidad innata y adaptativa (lin T, citocinas inflamatorias9 causando inflamacion en la mucosa del colon.

PREVENCION

Vigilancia endoscopica periodica para deteccion precoz de displacia o cancer de colorrectal (1-3 años, tras 8-10 años de evolucion)
Vacunacion: Influenza, hepatitis B, neumococo



Es una alteracion inflamatoria inespecifica del colon.



COLITIS ULCERATIVA



EPIDEMIOLOGIA

Afecta principalmente a personas entre los 10 y 30 años.

La incidencia mundial es de aproximadamente 86 casos por cada 100 000 personas al año.

Ligeramente más común en hombres que en mujeres

FISIOPATOLOGIA

Comienza por la obstrucción de la luz del apéndice

Hiperplasia linfoide

Feculitos

Cuerpos extraños

La obstrucción produce acumulación de moco, proliferación bacteriana y aumento de la presión intraluminal. Esto lleva a isquemia, necrosis.

F. congestiva o catarral (0-12 hrs)

F. Supurativa o eútermatosa (12-24 hrs)

F. ganglionosa o necrótica (24-36 hrs)

Perforada (>36 hrs)



Es una inflamación aguda del apéndice vermiforme, una pequeña prolongación en forma de tubo que se proyecta desde el ciego.



APENDICITIS

TRATAMIENTO

Apendicectomía: Laparoscopia o abierta

Ayuno

Hidratación intravenosa

PREVENCIÓN

Dieta rica en fibras (fruta, verduras, cereales integrales)

Atención rápida



CUADRO CLÍNICO

Dolor abdominal que inicia en el epigastrio o periumbilical y migra a la fosa ilíaca derecha

Fiebre leve

Náuseas, vómito

Hipersensibilidad en el punto de McBurney

Taquicardia, taquipnea

DIAGNÓSTICO

Exploración física

Ultrasonido de abdomen

Tomografía abdominal

Resonancia Magnética

BH, EGO, QS, GRUPOS DE SANGRE, TIEMPOS DE COAGULACIÓN

Puntos de Morris

Punto de Lanz

Punto de Lanz

Punto de Levene

Signo de Sumner

Signo de Mussy



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Porth, C. y Matfin, G. (2009). Fisiopatología: conceptos de estados de salud alterados (10ª ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Recuperado el 02 de julio del 2025