



Mi Universidad

Mapas Mentales

Moreno Guillen Odalis Poleth

IV parcial

Fisiopatología

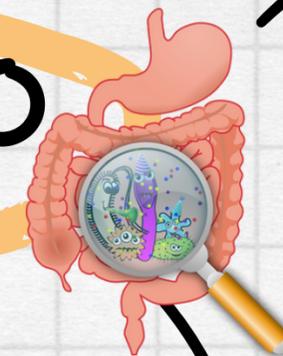
Dr. Cancino Gordillo Gerardo

Licenciatura en medicina humana

Cuarto semestre grupo "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de Julio de 2025

SX INTESTINO IRRITABLE



PREVENCION

- Mantener una dieta equilibrada: Evitar alimentos que irriten el intestino
- Gestionar el estrés: Practicar técnicas de relajación como la meditación o el yoga
- Ejercicio regular: Mejora la función intestinal y reduce el estrés
- Evitar el consumo excesivo de alcohol y cafeína: Pueden irritar el tracto gastrointestinal

DEFINICION

El SII es un trastorno que causa dolor abdominal y cambios en los movimientos intestinales. No debe confundirse con la enfermedad inflamatoria intestinal. A menudo, se presenta después de una infección intestinal bacteriana o parasitaria, o puede estar relacionado con el estrés. El intestino y el cerebro están conectados por señales hormonales y nerviosas que afectan el funcionamiento intestinal y los síntomas del SII

EPIDEMIOLOGIA

- El SII puede presentarse a cualquier edad, pero suele comenzar en la adolescencia o al inicio de la vida adulta. Es más común en mujeres que en hombres. Aproximadamente entre el 10% y el 15% de las personas en los Estados Unidos experimentan síntomas del SII. En México, se estima que entre el 10% y el 20% de la población adulta padece esta condición

TX NO FARMACOLOGICO

- Modificaciones en la dieta: Evitar alimentos que desencadenen síntomas, como aquellos ricos en grasas o fibra insoluble
- Probióticos: Pueden ayudar a mejorar el equilibrio de la flora intestinal
- Terapias psicológicas: La terapia cognitivo-conductual puede ser beneficiosa para manejar el estrés
- Ejercicio regular: Ayuda a mejorar la motilidad intestinal y reducir el estrés

TX FARMACOLOGICO

- Antiespasmódicos: Ayudan a aliviar los cólicos abdominales
- Laxantes o antidiarreicos: Dependiendo de si el paciente presenta estreñimiento o diarrea
- Antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): En casos donde el estrés o la depresión contribuyen a los síntomas

DIAGNOSTICO

No existe una prueba específica para diagnosticar el SII. El diagnóstico se basa en los síntomas del paciente y en la exclusión de otras condiciones. Se pueden realizar exámenes para descartar otras afecciones, como análisis de sangre para detectar anemia o celiaquía, y análisis de heces para buscar sangre oculta

CUADRO CLINICO

- Dolor abdominal y calambres
- Gases y distención abdominal
- Alivio del dolor tras la evacuación intestinal.
- Ausencia de sangre en las heces y pérdida involuntaria de peso

FISIOPATOLOGIA

- Las causas exactas del SII no se comprenden completamente. Se cree que factores como infecciones intestinales previas, alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral y disfunción en la comunicación entre el intestino y el cerebro contribuyen al desarrollo del SII

ENF. CELIACA

DEFINICION

La enfermedad celíaca es un trastorno digestivo e inmunitario crónico que daña el intestino delgado cuando se ingiere gluten dificultando la absorción de nutrientes y provocando malnutrición o complicaciones graves

FISIOPATOLOGIA

Es un trastorno autoinmune mediado por gluten en individuos genéticamente predispuestos (HLA-DQ2/DQ8). La ingestión desencadena inflamación que causa atrofia de las vellosidades intestinales e hiperplasia de criptas, reduciendo la relación vellosidad/cripta por debajo de 2:1, dificultando la absorción de nutrientes

DIAGNOSTICO

- Clínico: identificación de síntomas gastrointestinales y extraintestinales
- Analítica: anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular (tTG) y antiendomiso
- Confirmación: biopsia duodenal (vellositis, atrofia, linfocitosis) mientras el paciente consume gluten

TX FARMACOLOGICO

No existen fármacos curativos aprobados; solo se tratan deficiencias nutricionales con suplementos (hierro, calcio, vitamina D, B12, folatos)

PREVENCION

- No se han demostrado estrategias para prevenir la enfermedad.
- Los genes están presentes desde nacimiento; investigar el tipo o cantidad de gluten en lactantes en estudio, pero sin ninguna recomendación práctica clara
- Tamizar a familiares de primer grado y pacientes con enfermedades autoinmunes, para detectar casos asintomáticos.

EPIDEMIOLOGIA

- Afecta al 1-2% de la población mundial, con variaciones geográficas, y es muy subdiagnosticada
- Factores de riesgo: portadores de genética HLA-DQ2 o DQ8, familiares de pacientes, mujeres, personas con síndromes genéticos (Down, Turner, Williams)
- Afecta a todas las edades, con un 20% de los diagnósticos en mayores de 60 años

CUADRO CLINICO

Gastrointestinal

- Diarrea crónica, esteatorrea, distensión abdominal, dolor, náuseas o vómito, estreñimiento

CUADRO CLINICO

Extraintestinal

- Anemia
- Fatiga
- Hepatitis leve
- Aftas

TX NO FARMACOLOGICO

- Dieta libre de gluten de por vida, evitando trigo, cebada, centeno, avena sin certificación libre de gluten y cuidando contaminaciones
- Educación nutricional y vigilancia en la preparación de alimentos
- Seguimiento médico con control de anticuerpos, síntomas y densitometría ósea



Definición

La enfermedad de Crohn es una forma de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), caracterizada por la inflamación crónica que suele afectar el final del intestino delgado y el comienzo del intestino grueso, aunque puede manifestarse en cualquier parte del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano

Epidemiología

- Puede aparecer a cualquier edad, con mayor frecuencia entre los 15 y 35 años, aunque su incidencia aumenta también en personas mayores
- Factores de riesgo incluyen antecedentes familiares, genética (se observa más en personas blancas y de ascendencia judía europea), factores ambientales y tabaquismo

Fisiopatología

Se trata de una enfermedad autoinmune en la que el sistema inmunológico reacciona de forma inapropiada frente a las bacterias intestinales normales, ocasionando inflamación crónica y engrosamiento de la pared intestinal

Prevención

- No existe cura definitiva; el tratamiento busca controlar la inflamación, prevenir recidivas y mantener la calidad de vida
- Dejar de fumar mejora el pronóstico
- Se recomienda vigilancia periódica (colonoscopias) especialmente en enfermedad de larga evolución con colon afectado debido al riesgo aumentado de cáncer

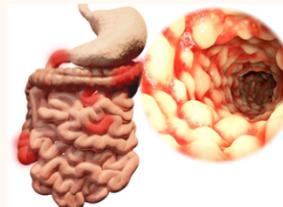
Tx no farmacológico

- Soporte nutricional
- Dieta balanceada, porciones pequeñas y frecuentes
- Evitar alimentos ricos en fibra, grasos, picantes o lácteos mal tolerados
- Suplementación de hierro, calcio, vitamina D y B12 según necesidad
- Manejo del estrés y apoyo emocional

Tx farmacológico

- Antidiarreicos y suplementos de fibra para síntomas leves
- Aminosalicilatos (5-ASA) en casos leves/moderados
- Corticoides (prednisona, budesonida) para brotes moderados a graves
- Antibióticos para complicaciones como abscesos o fístulas
- Inmunosupresores (azatioprina, 6-MP) y biológicos o moléculas pequeñas para mantenimiento a largo plazo

ENF. DE CROHN



Cuadro Clínico

Síntomas digestivos comunes

- Dolor abdominal tipo cólico
- Diarrea, que en ocasiones puede ser sanguinolenta
- Pérdida de peso, fiebre y fatiga
- Tenesmo en afectación rectal

Manifestaciones extraintestinales

- Inflamación articular
- Problemas oculares
- Úlceras bucales y protuberancias cutáneas
- Fístulas perianales con drenaje de pus o moco

Diagnostico

- Exploración física: sensibilidad abdominal, masas, úlceras bucales, articulaciones inflamadas
- Exámenes de laboratorio: elevación de PCR, ESR, calprotectina fecal, alteraciones nutricionales
- Estudios de imagen y endoscopia: colonoscopia (con biopsia), TC/RM abdominal, tránsito intestinal, cápsula endoscópica

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que causa inflamación y ulceración continua del revestimiento interno del colon y recto, comenzando normalmente en el recto y extendiéndose hacia arriba sin guardar áreas libres entre segmentos

Cuadro Clínico

Diarrea sanguinolenta, moco, tenesmo

Dolor abdominal tipo cólico, especialmente en hipogastrio; también fiebre, fatiga, pérdida de peso

Tratamiento

- 5-ASA (mesalazina, sulfasalazina) para la inflamación leve/moderada
- Corticoides (prednisona, budesonida) en los brotes moderados a graves
- Inmunomoduladores (azatioprina, mercaptopurina) para mantenimiento
- Biológicos y moléculas pequeñas: infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab—este último aprobado para CU moderada a grave

- No farmacológico
- Dieta adaptada: evitar fibra, lácteos, grasas, picantes en brotes
 - Hidratación, ingestión de líquidos y nutrición adecuada
 - Suplementos de hierro, calcio, vitamina D/B12 según necesidades
 - Atención al estrés y apoyo psicosocial

Diagnostico

Historia clínica + examen físico, incluyendo evaluación de signos de inflamación sistémica

Laboratorio: anemia, leucocitosis, PCR/VSG elevadas, calprotectina fecal

Imágenes (TC/RM) sólo si hay complicaciones

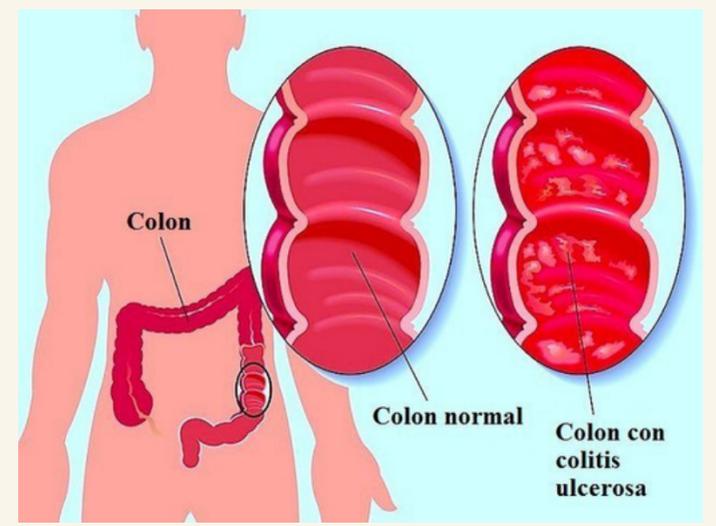
Epidemiología

Edad de inicio más común entre 15-30 años, con un segundo pico entre 50-70 años

Afecta a aproximadamente 1 millón de personas en EE.UU., y a 2-299 por cada 100 000 habitantes anualmente

Fisiopatología

Se origina por una respuesta inmune anormal contra flora intestinal en individuos genéticamente predispuestos (HLA-B27). La inflamación se limita principalmente a la mucosa y submucosa, provocando pérdida del patrón vascular normal, erosiones, úlceras y, en casos graves, pseudopólipos



COLITIS ULCERATIVA

PREVENCION

- No existe prevención primaria específica.
- Dieta rica en fibra puede reducir el riesgo
- Reconocimiento y manejo temprano de síntomas abdominales.
- En contextos especiales (exploradores, aislados), a veces se realiza apendicectomía profiláctica

DEFINICION

inflamación del apéndice vermiforme, es una pequeña bolsa con forma de dedo que sobresale del colon en la parte inferior derecha del abdomen, cuando se llena de pus



EPIDEMIOLOGIA

- Afecta con mayor frecuencia a personas de 10 a 30 años
- Es la causa más común de abdomen agudo y de cirugía abdominal de urgencia en niños
- Incidencia anual 10 por cada 10 000 habitantes; la apendicectomía se realiza en un 12% de hombres y 25% de mujeres

TX NO FARMACOLOGICO

Apendicectomía:

- Laparoscópica: recuperación más rápida y menos dolor/cicatriz
- Cuidados postoperatorios: reposo (3-5 días laparoscópico, 10-14 días abierto), control de dolor, movilidad, higiene de heridas

APENDICITIS



FISIOPATOLOGIA

- Obstrucción del lumen (fecalito, hiperplasia linfoide, parásitos o tumores) que provoca secreción de moco
- Aumento de presión intraluminal → isquemia y necrosis
- Translocación bacteriana → inflamación, formación de pus (apendicitis supurativa) y posible perforación
- Complicaciones: gangrena, perforación, absceso, flemón, y peritonitis generalizada



TX FARMACOLOGICO

- Inicio con antibióticos de amplio espectro; ampicilina, cefuroxima + metronidazol o clindamicina + aminoglucósido; junto con analgesia e hidratación

DIAGNOSTICO

- Clínico: historia + examen físico + escalas como Alvarado
- Laboratorio: leucocitosis, PCR, análisis de orina para descartar UTI o cólico renal
- Imagen
 - Ecografía
 - TAC con contraste

CUADRO CLINICO

- Dolor abdominal inicial periumbilical que migra al cuadrante inferior derecho
- Náuseas, vómito, anorexia, fiebre ligera que puede aumentar
- Aumento del dolor al toser, caminar, moverse
- Estreñimiento o diarrea, distensión abdominal, gases

