Mapas mentales

Damaris Yamileth Espinosa Albores

Parcial IV

Fisiopatología III

Dr. Gerardo Gordillo Cancino

Licenciatura en Medicina Humana

Cuarto Semestre grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de julio de 2025.

Apendicitis

Definición

Inflamación del apéndice cecal (vermiforme) por obstrucción de su luz (fecalitos, parásitos, hipertrofia linfoide, etc.).

Epidemiología

- 1° causa de abdomen agudo quirurgico
- Mayor incidencia:
  - 12-20 años: hipertrofia del tejido linfoide
  - Adultos: fecalitos
- Disminuye en extremos de la vida.
- No hay diferencias entre ambos sexos.
- Común en raza blanca

Fisiopatología

Obstrucción → aumento de presión intraluminal → isquemia → proliferación bacterian → inflamación → necrosis/perforación.

Cuadro clínico

- dolor visceral
  - fase congestiva
  - capa serosa toca el peritoneo visceral (dolor generalizado)
- dolor somatico
  - fase flemosa
  - contacto con p. parietal (dolor localizado)
- fiebre >38°c
  - fase gangrenada
- periotonitis
  - fase perforada
  - abdomen en tabla

signos

- Punto de McBurney
  - Después de 6 a 12 horas iniciado el cuadro de inflamación el apéndice se extiende a órganos adyacentes y al peritoneo parietal; motivo por el cual el punto de MacBurney es positivo al dolor.

- Signo de Rovsing
  - Dolor en fosa iliaca derecha al comprimirse la fosa iliaca izquierda. Es explicado por el desplazamiento de gases a través del colon descendente, transverso y ascendente provocando así distensión del ciego.

- Signo del Psoas
  - Aumento del dolor en fosa iliaca derecha al realizar la flexión del muslo con la pierna estirada. Es sugestivo de un apéndice retrocecal.

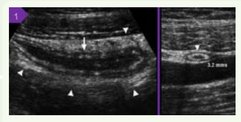
- Signo de Bloomberg
  - Dolor provocado al descomprimir bruscamente la fosa iliaca derecha. 80% casos.

- Signo del Obturador
  - La rotación interna de la cadera genera dolor por contacto con el musculo obturador. Hace referencia a una inflamación pélvica.

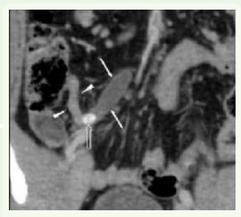
- Signo de Dunphy
  - Aumento del dolor en fosa iliaca derecha con la tos.

Diagnóstico

- Clínico (80%).



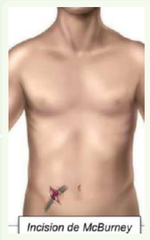
- Ecografía: apéndice >6 mm, no compresible.



- TAC: imagen de apendicitis.

- RX: puede mostrar apendicolito o signo del asa centinela.

Tratamiento



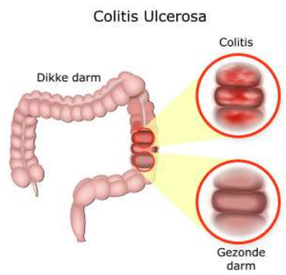
- Apendicetomía abierta

- Apendicetomía laparoscópica

Presented with xmind

COLITIS ULCEROSA

Definición



Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta exclusivamente al colon y al recto, caracterizada por inflamación continua y superficial de la mucosa intestinal.

Epidemiología

Incidencia: 9–20 casos por cada 100,000 personas/año.

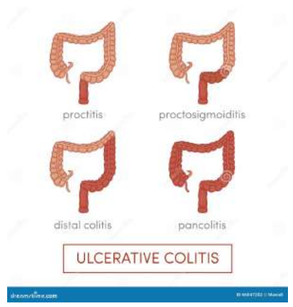
Más frecuente entre los 15 y 40 años.

Predomina ligeramente en hombres.

Mayor prevalencia en países desarrollados y zonas urbanas.

Asociada a antecedentes familiares y factores ambientales.

Fisiopatología/Patogenia



Respuesta inmunitaria anómala frente a la microbiota intestinal.

Inflamación limitada a la mucosa y submucosa del colon.

Comienza en el recto y se extiende de forma continua hacia el colon (proctitis → pancolitis).

Infiltrado inflamatorio con neutrófilos, criptas distorsionadas y úlceras superficiales.

Cuadro clínico

Diarrea con moco y sangre.

Tenesmo (urgencia para defecar).

Dolor abdominal tipo cólico, más frecuente en el cuadrante inferior izquierdo.

Fiebre, fatiga, pérdida de peso en casos graves.

Manifestaciones extraintestinales: artritis, uveítis, eritema nodoso.

Diagnóstico

Colonoscopia con biopsia: mucosa friable, edematosa, úlceras superficiales; inflamación continua.

Laboratorio: anemia, PCR y VSG elevadas, hipoalbuminemia.

Serología: p-ANCA positiva en algunos casos.

Coprocultivo para descartar infecciones.

Diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn.

Tratamiento

Farmacológico

Aminosalicilatos (mesalazina) → primera línea.

Corticoides (prednisona, budesonida) para brotes.

Inmunomoduladores (azatioprina, ciclosporina).

Biológicos (anti-TNF: infliximab, golimumab).

No farmacológico

Dieta según tolerancia.

Apoyo psicológico.

Cirugía (colectomía) en casos refractarios o con displasia.

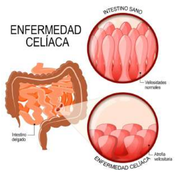
Prevención

No hay prevención primaria conocida.

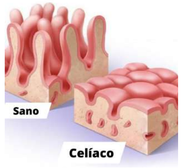
En pacientes con enfermedad extensa y de larga duración, vigilancia con colonoscopía regular para prevenir cáncer colorrectal.

Presented with xmind

ENFERMEDAD CELÍACA



Definición

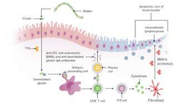


Trastorno autoinmune crónico causado por la ingesta de gluten (proteína del trigo, cebada y centeno), que provoca inflamación y daño en la mucosa del intestino delgado en personas genéticamente susceptibles.

Epidemiología

- *Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.*
- *Más frecuente en mujeres*
- *Mayor prevalencia en Europa y América del Norte.*
- *Puede presentarse en cualquier edad, incluso en adultos mayores.*

Fisiopatología/Patogenia



- *Ingesta de gluten*
  - *fracción gliadina pasa al epitelio*
    - *modificada por la enzima transglutaminasa tisular (tTG)*
      - *presentación al sistema inmune (HLA-DQ2/DQ8)*
        - *respuesta inflamatoria*
          - *atrofia de vellosidades intestinales.*
- *atrofia de vellosidades.*

Cuadro clínico

- *Forma clásica (gastrointestinal)*
  - *diarrea crónica, pérdida de peso, distensión abdominal, malabsorción*
- *Forma atípica*
  - *anemia ferropénica, osteoporosis, infertilidad, aftas, fatiga.*
- *Forma silenciosa*
  - *sin síntomas, hallazgos en estudios.*

Diagnóstico

- *Serología:*
  - *Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (tTG-IgA).*
  - *Anticuerpos antiendomisio (EMA).*
- *Biopsia intestinal*
  - *atrofia de vellosidades.*

Tratamiento

- *Farmacológico*
  - *no hay fármacos curativos actualmente.*
  - *Suplementos vitamínicos y minerales si hay deficiencias.*
- *No farmacológico*
  - *Dieta estricta sin gluten de por vida.*
  - *Educación nutricional, seguimiento médico-nutricional.*

Prevención

- *No hay prevención conocida.*
- *En personas en riesgo (familiares de primer grado), se recomienda vigilancia con serología.*
- *Introducción del gluten en lactantes de forma gradual y con lactancia materna puede ayudar, pero no previene completamente.*

Presented with xmind

ENFERMEDAD DE CROHN

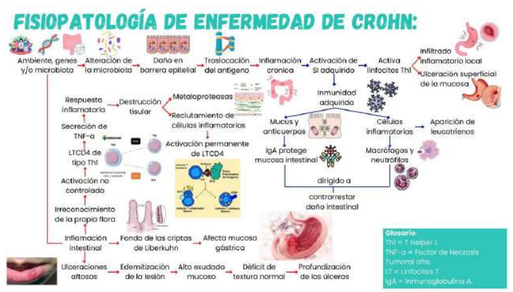
Definición

Enfermedad inflamatoria intestinal crónica de causa autoinmune que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo (de la boca al ano), caracterizada por inflamación transmural y discontinua (lesiones en parches).

Epidemiología

- *Afecta tanto a hombres como mujeres, con inicio habitual entre los 15 y 35 años.*
- *Más prevalente en países industrializados (Europa, América del Norte).*
- *Incidencia en aumento en países en desarrollo.*
- *Mayor riesgo en personas con antecedentes familiares.*

Fisiopatología/Patogenia

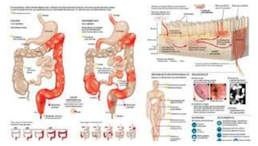


- *Alteración de la respuesta inmunitaria del huésped frente a la microbiota intestinal.*
- *Infiltrado inflamatorio que afecta toda la pared intestinal (transmural).*
- *Formación de úlceras profundas, fístulas, abscesos y estenosis.*
- *Asociada con genes como NOD2/CARD15 y factores ambientales (dieta, tabaquismo).*

Cuadro clínico

- *Dolor abdominal crónico (especialmente en fosa ilíaca derecha).*
- *Diarrea crónica (a veces con sangre), fiebre, pérdida de peso.*
- *Fístulas anales, abscesos perianales.*
- *Manifestaciones extraintestinales: artritis, eritema nodoso, uveítis.*

Diagnóstico



- *Endoscopía (colonoscopía + biopsia):* *lesiones en "piedra de empedrado", úlceras profundas, afectación salteada.*
- *Imagenología: enteroresonancia, TAC abdominal.* *enteroresonancia, TAC abdominal.*
- *Laboratorio:* *PCR, VSG elevadas; anemia, hipoalbuminemia.*
- *Serología:* *anticuerpos ASCA (no diagnósticos, pero útiles).*
- *Diagnóstico diferencial con colitis ulcerosa.*

Tratamiento

- *Farmacológico*
  - *Aminosalicilatos (uso limitado).*
  - *Corticoides (budesonida, prednisona) para brotes.*
  - *Inmunomoduladores (azatioprina, metotrexato).*
  - *Biológicos (anti-TNF: infliximab, adalimumab).*
  - *Antibióticos en complicaciones infecciosas.*
- *No farmacológico:*
  - *Dieta individualizada según tolerancia.*
  - *Apoyo psicológico, control del estrés.*
  - *Cirugía en casos de estenosis, fístulas, abscesos o fracaso terapéutico.*

Prevención

- *No existe prevención primaria.*
- *Evitar el tabaquismo (empeora el curso).*
- *Detección temprana en personas con antecedentes familiares.*
- *Monitoreo regular para detectar complicaciones como cáncer colorrectal.*

Presented with xmind

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

Definición

Trastorno funcional gastrointestinal caracterizado por dolor abdominal crónico y alteración en el hábito intestinal (diarrea, estreñimiento o ambos), sin evidencia de daño estructural.

Epidemiología

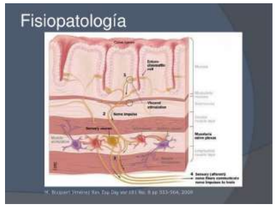
Afecta al 10–15% de la población mundial.

Más frecuente en mujeres .

Inicio común entre los 20–40 años.

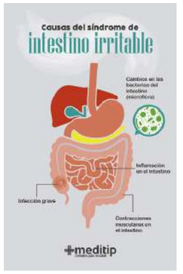
Impacto importante en calidad de vida y productividad.

Fisiopatología/Patogenia



- *Multifactorial*
  - *Alteración de la motilidad intestinal.*
  - *Hipersensibilidad visceral.*
  - *Disbiosis intestinal.*
  - *Factores psicosociales (estrés, ansiedad)*
  - *Inflamación de bajo grado y activación inmune en algunos casos.*

Cuadro clínico



- *Dolor o molestia abdominal recurrente.*
- *Cambios en frecuencia o forma de las evacuaciones.*
- *Distensión o hinchazón abdominal.*
- *Puede clasificarse como: con predominio de diarrea, estreñimiento o mixto.*

Diagnóstico

Dolor abdominal al menos 1 día por semana en los últimos 3 meses, relacionado con la defecación y cambios en la frecuencia o forma de las heces.

Clínico, según criterios de Roma IV

Exclusión de enfermedades orgánicas (colonoscopia, estudios de laboratorio si hay signos de alarma).

Tratamiento

- *Farmacológico*
  - *Antiespasmódicos (butilhioscina, mebeverina).*
  - *Laxantes suaves (en SII-E).*
  - *Antidiarreicos (loperamida en SII-D).*
  - *Antidepresivos tricíclicos o ISRS (modulan dolor).*
- *No farmacológico*
  - *Dieta baja en FODMAPs.*
  - *Fibra soluble.*
  - *Reducción del estrés, psicoterapia cognitivo-conductual.*
  - *Actividad física.*

Prevención

- *No existe prevención definitiva.*
- *Modificar dieta, evitar alimentos irritantes, buena salud mental y control del estrés pueden reducir aparición de síntomas.*

Presented with xmind