



Mapas mentales

Yahir Franco Cristiani Vázquez

Cuarto parcial

Fisiopatología III

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Humana

Cuarto semestre, grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de julio del 2025

Síndrome del Intestino Irritable

Epidemiología

- Afecta al 10-15% de la población en Estados Unidos.
- A nivel mundial, una de cada cuatro personas podría tener esta alteración.
- Las mujeres se ven más afectadas que los hombres.
- Se ha asociado con el inicio de la menarca y suele agravarse en el período premenstrual.



Definición

- El síndrome del intestino irritable (SII) es una alteración funcional del tubo digestivo.
- Caracterizada por síntomas intestinales crónicos y recurrentes que no se explican por anomalías estructurales ni bioquímicas.



Fisiopatología

- Implica una disregulación de la actividad motora intestinal y de las funciones nerviosas centrales controladas por el SNC.
- Las personas con SII muestran aumento de la motilidad intestinal (contracciones anómalas) frente al estrés.
- Estas respuestas, aunque normales, están exageradas en quienes padecen SII.



Patogenia

- Aunque no está completamente esclarecida, se piensa que los factores psicológicos y hormonales tienen un papel importante.
- El estrés (físico o emocional) parece ser un desencadenante, y existe una asociación con alteraciones hormonales femeninas.



Cuadro clínico

- Dolor abdominal recurrente o persistente, generalmente tipo cólico, en el abdomen inferior, que mejora con la defecación.
- Cambios en la frecuencia y consistencia de las evacuaciones: diarrea, estreñimiento o ambos.
- Otros síntomas: flatulencias, distensión abdominal, náuseas, anorexia, ansiedad o depresión.
- Raramente interrumpe el sueño o se presenta de noche.



Diagnóstico

- Se basa en síntomas presentes durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) dentro de los últimos 12 meses.
- Deben cumplirse al menos dos de las siguientes tres condiciones:
 1. El malestar mejora con la defecación.
 2. Inicia con cambios en la frecuencia de las evacuaciones.
 3. Cambios en el aspecto de las heces.
- Síntomas que respaldan el diagnóstico:
 - Evacuaciones anormales (>3 al día o <3 a la semana).
 - Heces duras, escíbalos o acuosas.
 - Pujo, urgencia, tenesmo, moco en heces, distensión abdominal.



Tratamiento

Farmacológico

- Espasmódicos y anticolinérgicos (con eficacia variable).
- Alosetrón: antagonista 5-HT₃, reduce la motilidad y la sensibilidad visceral. Se aprobó para mujeres con SII y diarrea grave. Fue retirado en 2000 por efectos adversos (colitis isquémica, estreñimiento grave) y reintroducido en 2002 bajo programa de prescripción restringida.



No farmacológico

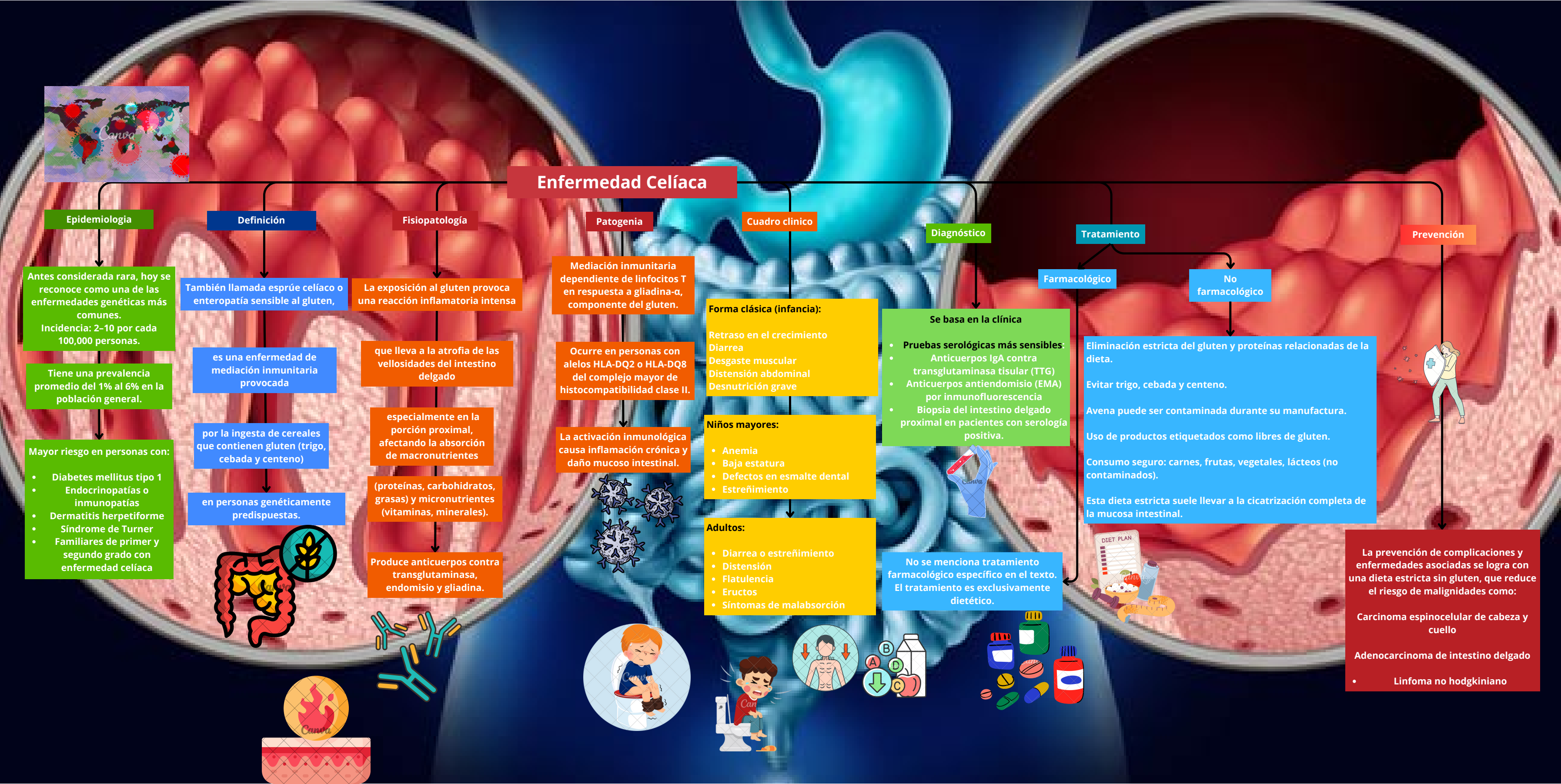
- Control del estrés (psicológico o fisiológico).
- Apoyo emocional y tranquilizar al paciente.
- Dieta con alto contenido de fibra.
- Evitar alimentos irritantes: grasos, que producen gases, cafeína, alcohol.
- Considerar intolerancia a lactosa o azúcares como factores desencadenantes.

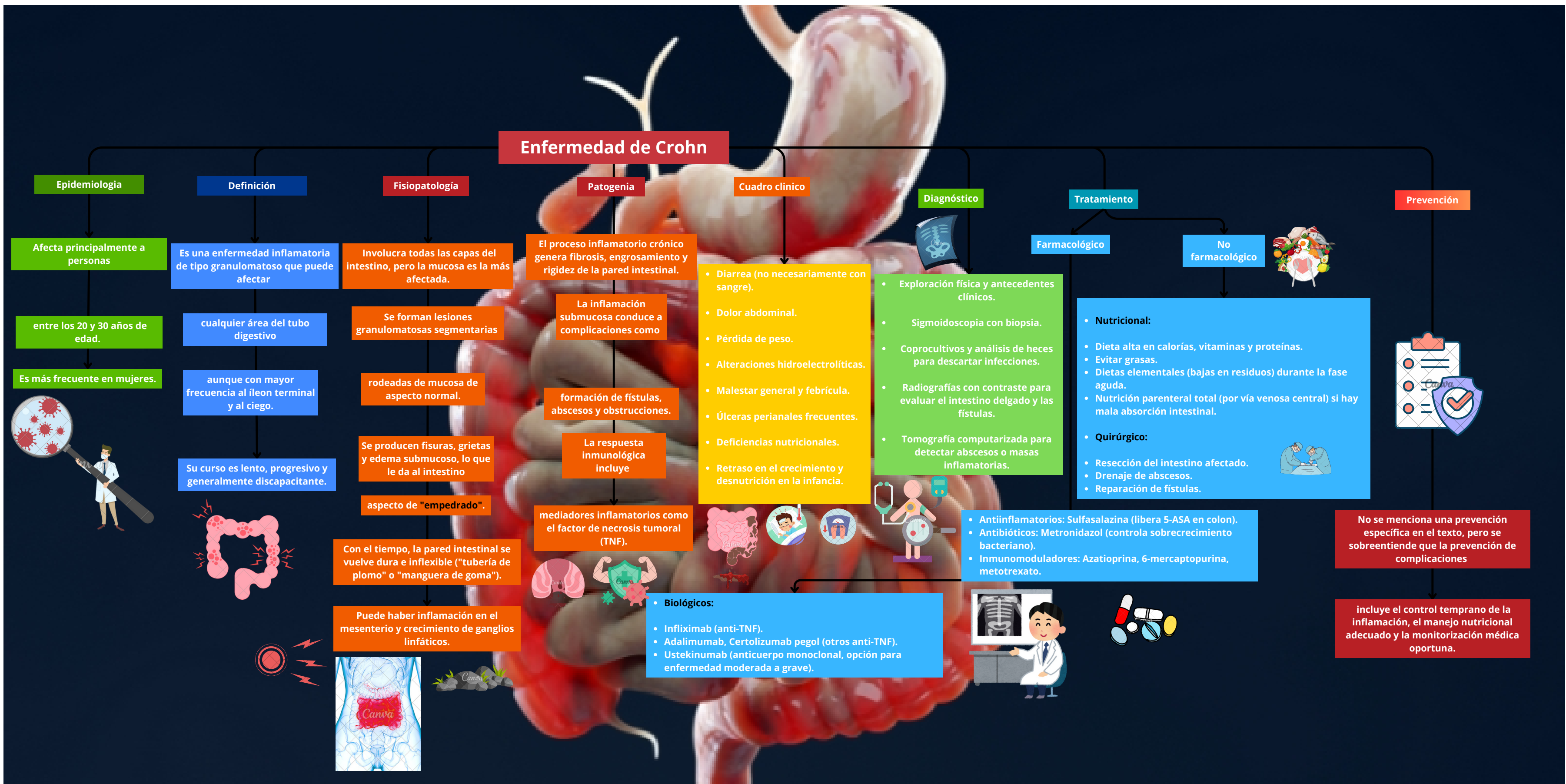


Prevención



- se sugiere que el manejo del estrés y el control dietético pueden reducir la aparición o gravedad de los síntomas.





Colitis ulcerosa

Epidemiología

Incidencia: 2-10 por cada 100,000 personas.

Prevalencia: 35-100 por cada 100,000 personas.

Más común en poblaciones caucásicas de Norteamérica y el norte de Europa.

Puede aparecer a cualquier edad, con un pico de incidencia entre los 15 y 25 años.



Definición

Es una enfermedad inflamatoria inespecífica del colon, limitada principalmente a la capa mucosa y submucosa.

A diferencia de la enfermedad de Crohn, afecta exclusivamente al recto y colon,

y suele comenzar en el recto y extenderse en sentido proximal.

La colectomía es curativa.



Fisiopatología

Inicia en el recto y se propaga de manera continua hacia el colon.

Inflamación confinada a la mucosa (y a veces a la submucosa).

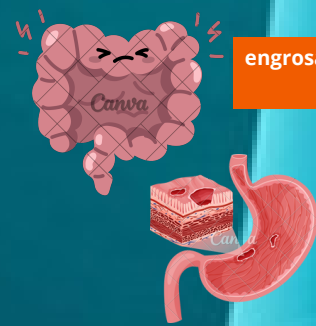
Lesiones en las criptas de Lieberkühn

formación de abscesos cripticos,

ulceraciones superficiales o extensas,

desarrollo de pseudopólipos y

engrosamiento de la pared intestinal.



Patogenia

Etiología desconocida.

osibles causas: disfunción inmunitaria,

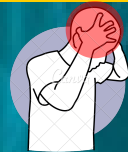
genética, alteraciones en la flora bacteriana intestinal

factores ambientales.

Se asocia con daño al ADN, inestabilidad genómica incluso en áreas sin displasia.



Manifestaciones extraintestinales (6-47%): artritis (más común), uveítis, trombosis venosa profunda, colangitis esclerosante primaria, espondilitis anquilosante.



Cuadro clínico

Diarrea recurrente con sangre y moco, que puede durar días a meses.

Diarrea nocturna, dolor cólico leve, incontinencia fecal, anorexia, debilidad y fatiga.

Clasificación por gravedad:

- Leve: <4 evacuaciones/día, sin toxicidad.
- Moderada: >4 evacuaciones/día, mínima toxicidad.
- Grave: >6 evacuaciones/día, con fiebre, taquicardia, anemia, VSG elevada.
- Fulminante: >10 evacuaciones/día, hemorragias continuas, fiebre, distensión abdominal, megacolon tóxico.



Diagnóstico

Basado en historia clínica y exploración física.

Confirmación con:

- Sigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Biopsia

Estudios de heces para descartar infecciones

Contraindicado realizar colonoscopia en enfermedad grave por riesgo de perforación.

Se recomienda colonoscopia de seguimiento para vigilancia de cáncer.



Tratamiento

Farmacológico

Evitar: Cafeína, lácteos, alimentos condimentados y productores de gases.

Suplementos de fibra: Para disminuir diarrea y síntomas rectales.

Cirugía: Resección del recto y colon con ileostomía o anastomosis ileoanal, en pacientes que no responden al tratamiento médico.



No farmacológico

5-ASA no absorbibles: Mesalamina, Olsalazina.

Corticoesteroides: Para inflamación aguda (oral o rectal).

Inmunomoduladores y anti-TNF: Para casos graves.

Prevención



Vigilancia del cáncer colorrectal:

- Colonoscopia inicial a los 8 años del inicio de los síntomas.
- Repetir cada 1-3 años dependiendo de hallazgos.

Appendicitis

