



Mi Universidad

mapas mentales

Brayan Emmanuel López Gómez

Parcial IV

Fisiopatología

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Humana

Cuarto semestre grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 06 de julio del 2025.

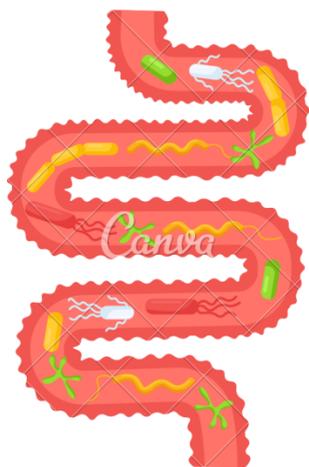


TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Dieta especializada: sin gluten (celíacos), sin lactosa (intolerancia), alta en proteínas y calorías
- Soporte nutricional: nutrición enteral o parenteral en casos graves
- Educación al paciente

TRATAMIENTO

- Suplementación de nutrientes: hierro, B12, calcio, vitaminas
- Antibióticos: si hay sobrecrecimiento bacteriano
- Antidiarreicos
- Enzimas digestivas: en insuficiencia pancreática

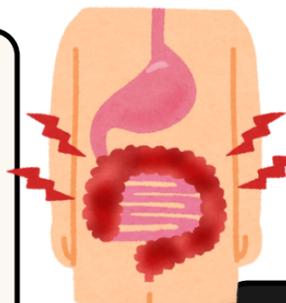


PREVENCIÓN

Dieta
Actividad física, Hidratación, Manejo del estrés

DEFINICIÓN

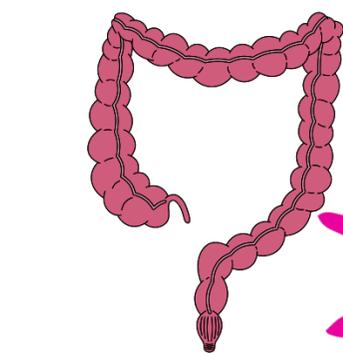
Trastorno caracterizado por la incapacidad del intestino delgado para absorber adecuadamente los nutrientes, electrolitos o agua.



EPIDEMIOLOGIA

- Afecta a personas de todas las edades.
- Mayor prevalencia en regiones con enfermedades infecciosas gastrointestinales (tropicales).
- Común en pacientes con enfermedad celíaca, Crohn, resección intestinal, o insuficiencia pancreática.
- mas frecuentes en mujeres

SX DE INTESTINO IRRITABLE



DIAGNOSTICO

- Laboratorio: Pruebas de grasa fecal, albúmina, niveles vitamínicos
- Endoscopía con biopsia: Evaluar mucosa intestinal
- Pruebas de absorción: D-xilosa, test de aliento
- Estudios de imagen: TAC, entero-TC, cápsula endoscópica

FISIPATOLOGIA

- Alteración del eje cerebro-intestino
- Comunicación anormal entre el sistema nervioso central y el intestino
- Aumenta la hipersensibilidad visceral (dolor con estímulos normales)
- Disbiosis intestinal
- Desequilibrio de la microbiota intestinal
- Favorece inflamación leve, gases y distensión

CLINICA

- Diarrea crónica
- Pérdida de peso
- Distensión abdominal
- Flatulencias
- Deficiencias nutricionales: hierro, B12, calcio, vitaminas liposolubles (A, D, E, K)



PREVENCIÓN

- Detección temprana en grupos de riesgo
- Educación y conciencia
- NO retirar el gluten sin diagnóstico
-

DEFINICIÓN

- Enfermedad autoinmune crónica inducida por el consumo de gluten (proteína presente en trigo, cebada y centeno). Provoca daño en la mucosa del intestino delgado, con atrofia de vellosidades y malabsorción.

EPIDEMIOLOGIA

- afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.
- Más frecuente en personas con antecedentes familiares y enfermedades autoinmunes (tiroiditis, diabetes tipo 1).
- Mayor incidencia en mujeres.

ENFERMEDAD CELÍACA

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Dieta libre de gluten de por vida
- Eliminar trigo, cebada, centeno y derivados
- Educación nutricional
- Seguimiento con nutricionista
- Detección y tratamiento de complicaciones

TRATAMIENTO

- No hay tratamiento farmacológico curativo.
- Tratamiento de complicaciones:
- Suplementos: hierro, calcio, ácido fólico, B12, vitaminas liposolubles
- Corticoides en casos de celiacía refractaria



DIAGNOSTICO

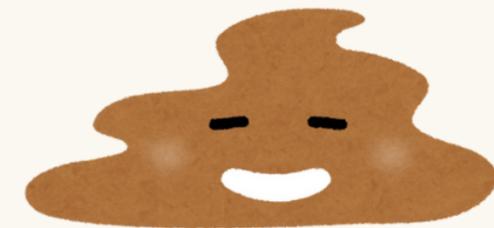
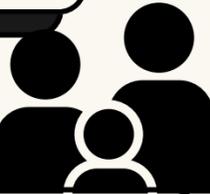
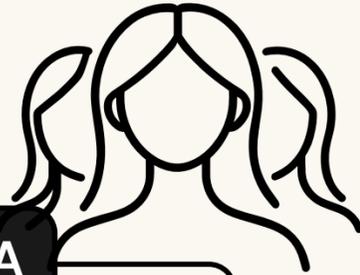
- Serología:
 - Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (anti-TTG IgA)
 - Anti-endomisio (EMA)
 - Anticuerpos anti-gliadina (menos específicos)
- Biopsia duodenal:
 - Atrofia de vellosidades, hiperplasia de criptas, infiltrado linfocítico
- Genética: HLA-DQ2/DQ8 (descarta si negativo)

FISIPATOLOGIA

- Ingesta de gluten
- Gliadina desaminada por transglutaminasa tisular
- Activación del sistema inmune en individuos genéticamente predispuestos
- Inflamación y destrucción de vellosidades intestinales
- Malabsorción de nutrientes

CLINICA

- Diarrea crónica
- Pérdida de peso
- Distensión abdominal
- Anemia por deficiencia de hierro
- Esteatorrea (heces grasosas), Fatiga, dolor óseo, infertilidad
- Trastornos neurológicos (ataxia, neuropatía)
- Dermatitis herpetiforme (erupción pruriginosa)





TAMIENTO NO FARMACOLOGICO

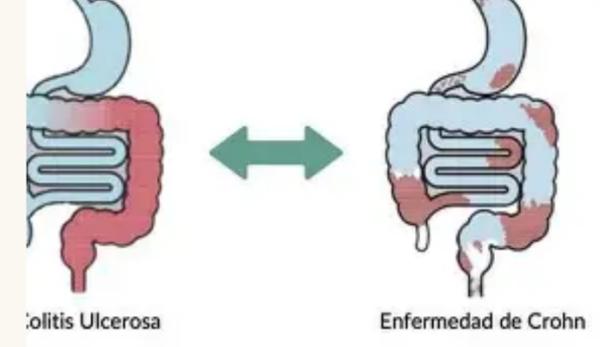
- Dieta equilibrada, evitar alimentos desencadenantes
- Suplementación nutricional (vitamina B12, hierro, calcio)
- Nutrición enteral (en niños o casos graves)
- Cirugía:
- En complicaciones: estenosis, abscesos, fístulas
- No curativa, alto riesgo de recurrencia

PREVENCIÓN

- Evitar alimentos irritantes (picantes, lácteos, fritos, ultraprocesados)
- Dieta baja en fibra durante brotes
- Suplementación si hay déficit nutricional (hierro, B12, vitamina D)

DEFINICIÓN

enfermedad inflamatoria intestinal que causa inflamación, es decir hinchazón e irritación, en los tejidos del tracto digestivo.



EPIDEMIOLOGIA

- Edad de inicio: 15-35 años (más frecuente en adultos jóvenes)
- Incidencia creciente a nivel mundial
- Afecta por igual a hombres y mujeres
- Mayor prevalencia en países desarrollados
- Factores de riesgo: antecedentes familiares, tabaquismo, dieta occidental



ENFERMEDAD DE CROHN



TRATAMIENTO

- Inducción de remisión:
- Corticoides (prednisona, budesonida)
- Aminosalicilatos (menos efectivos que en CU)
- Antibióticos (si hay abscesos/fístulas)
- Mantenimiento:
- Inmunomoduladores (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato)
- Biológicos (anti-TNF como infliximab, adalimumab)
- Nuevos agentes: anti-IL12/23, inhibidores de JAK

DIAGNOSTICO

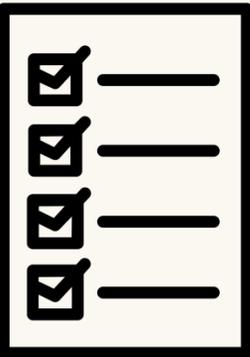
- Clínico + Pruebas complementarias:
- Colonoscopia con biopsia (lesiones parcheadas, úlceras profundas)
- Enterografía por TC o RM (útil en intestino delgado)
- Marcadores inflamatorios: PCR, VSG, calprotectina fecal
- Estudios serológicos (pANCA, ASCA)
- Hemograma: anemia, leucocitosis

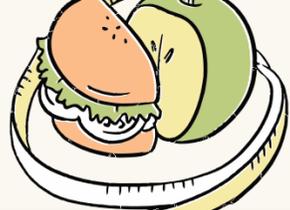
FISIPATOLOGIA

- Respuesta inmunitaria anómala frente a la microbiota intestinal
- Afectación transmural → puede causar fístulas, abscesos y estenosis
- Inflamación granulomatosa (granulomas no caseificantes en biopsia)
- Factores genéticos (NOD2), ambientales e inmunológicos implicados

CLINICA

- Dolor abdominal (frecuente en fosa iliaca derecha)
- Diarrea crónica (a veces con sangre o moco)
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Fatiga
- Masa palpable en abdomen





TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

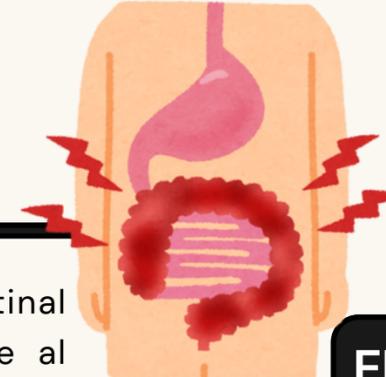
- dieta equilibrada, evitar alimentos irritantes
- Suplementación de hierro, B12 y ácido fólico si hay deficiencia
- Cirugía:
 - Colectomía total es curativa
- Apoyo emocional:
 - Estrés influye en recaídas
- Terapia psicológica y grupos de apoyo

PREVENCIÓN

- Diagnóstico y tratamiento precoz
- Cumplimiento del tratamiento
- Revisiones periódicas (colonoscopías de vigilancia)
- Estilo de vida saludable

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta exclusivamente al colon y al recto. La inflamación es continua y superficial, limitada a la mucosa y submucosa del intestino grueso.



EPIDEMIOLOGIA

- Inicio habitual: 15-35 años
- Leve predominio en mujeres
- Mayor prevalencia en países desarrollados
- Factores de riesgo: genética, disbiosis intestinal, dieta, estrés
- Asociada con mayor riesgo de cáncer colorrectal a largo plazo



COLITIS ULCEROSA

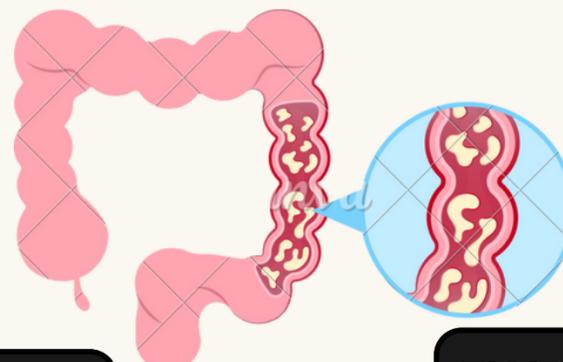
TRATAMIENTO

- Inducción de remisión:
 - Aminosalicilatos (mesalazina): primera línea en casos leves-moderados
 - Corticoides (prednisona, budesonida): para brotes
- Mantenimiento:
 - Mesalazina
 - Inmunomoduladores (azatioprina, 6-MP)
 - Biológicos (anti-TNF, vedolizumab, ustekinumab)



DIAGNOSTICO

- Clínico + pruebas complementarias:
 - Colonoscopia con biopsia (inflamación continua, pérdida de vascularización, úlceras superficiales)
 - Calprotectina fecal elevada
 - p-ANCA positivo (en algunos casos)
 - Hemograma: anemia, leucocitosis
 - PCR y VSG elevadas en brotes



FISIPATOLOGIA

- Inflamación autoinmune que inicia en el recto y puede extenderse proximalmente
- Afectación continua y simétrica
- Solo se compromete el colon (nunca intestino delgado excepto en "backwash ileitis")
 - Se limita a mucosa y submucosa
- Predisposición genética + factores ambientales

CLINICA

- Diarrea crónica con sangre y moco
- Tenesmo (deseo continuo de defecar)
- Dolor abdominal tipo cólico (frecuente en hipogastrio)
 - Pérdida de peso
 - Fiebre en brotes severos





TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- En pacientes con apendicitis no complicada (diagnóstico muy preciso)
 - Antibióticos solos (controversial, con riesgo de recurrencia)
 - Bajo indicaciones médicas específicas

PREVENCIÓN

- Conocer y reconocer síntomas clásicos
- Consultar al médico ante dolor abdominal intenso
- Evitar automedicarse



DEFINICIÓN

Inflamación aguda del apéndice vermiforme, habitualmente causada por obstrucción luminal, que puede evolucionar a necrosis, perforación y peritonitis si no se trata a tiempo.



EPIDEMIOLOGIA

- Es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico
- Más frecuente en personas entre 10-30 años
- Ligeramente más común en hombres
- Incidencia: 7-10% de la población general

APENDICITIS

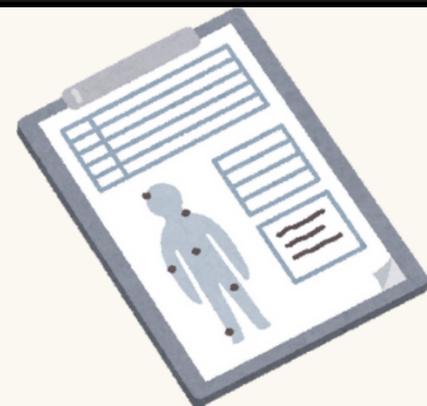
TRATAMIENTO

- Quirúrgico: apendicectomía (laparoscópica o abierta)
 - Electiva o de urgencia según evolución
- Antibióticos:
 - Preoperatorios y en casos con perforación o absceso
 - Ej: ceftriaxona + metronidazol
- En apendicitis complicada (absceso):
 - Antibióticos + drenaje + apendicectomía diferida



DIAGNOSTICO

- Clínico (basado en signos y síntomas)
- Laboratorio:
 - Leucocitosis con desviación a la izquierda
 - PCR elevada
- Imágenes:
 - Ecografía abdominal (útil en niños y embarazadas)
 - TAC abdominopélvico: más sensible y específico
 - Apendicograma (en casos seleccionados)



FISIPATOLOGIA

- Obstrucción del lumen apendicular:
- Causas: fecalito (más común), hiperplasia linfoide, parásitos, tumores
- Aumento de presión → isquemia → proliferación bacteriana → necrosis y perforación
- Evolución en fases: congestiva → supurada → gangrenosa → perforada

CLINICA

- Dolor abdominal:
 - Comienza en epigastrio o mesogastrio
 - Migra a fosa iliaca derecha (signo de McBurney)
 - Náuseas y vómitos
 - Fiebre baja
 - Anorexia (pérdida del apetito)
- Signos físicos:
 - McBurney (+): dolor a la palpación en punto de McBurney
 - Rovsing (+): dolor en FID al presionar FII
 - Psoas (+): dolor con extensión de la cadera

