

Mi Universidad

MAPA MENTAL

Manuel Alexis Albores López

Parcial IV

Fisiopatología III

Dr. Gerardo Cnacino Gordillo

Licenciatura en Medicina Humana

Cuarto Semestre grupo "C"

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

- Con estreñimiento (SII-C): Heces duras > 25%, blandas < 25%
- Con diarrea (SII-D): Heces duras < 25%, blandas > 25%
- Mixto (SII-M): Heces duras > 25%, blandas > 25%



- Alimentación balanceada
- Fibra dietética
- Evita desencadenantes
- Manejo del estrés

- Bromuro de Pinaverio, Butilioscina PRN, Loperamida PRN, o psyllium

Sin respuesta favorable en 4 a 6 sem

Agregar antidepresivos: -IRSS para SII-C o SII-M -Tricíclicos para SII-D

Sin respuesta: -Neomicina (SII-M o SII-D), -polietilenglicol (SII-C), -cambio de antidepresivo

- Retirar alimentos altos en FODMAPs, irritantes
- Incremento en la ingesta de líquidos y de la fibra



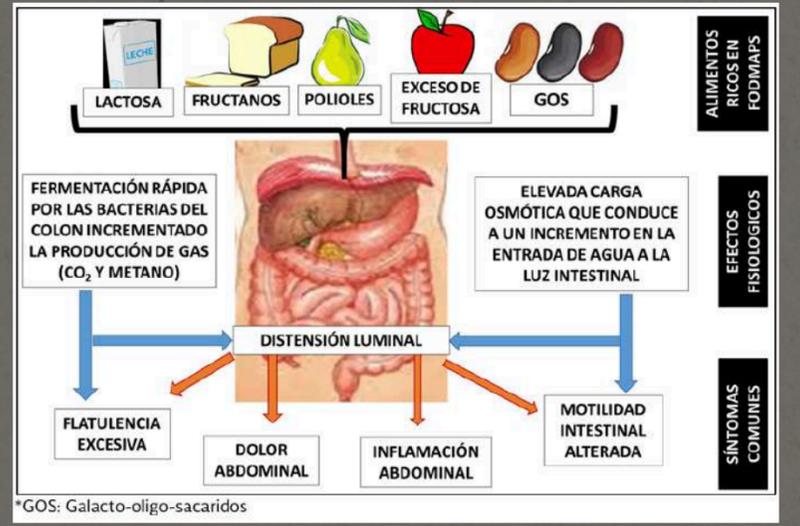
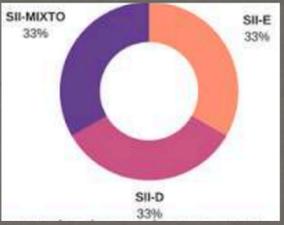
Afectación crónica de dolor o molestia abdominal asociado a alteraciones en el hábito intestinal, sin causa orgánica que lo justifique

- Frecuentemente a los 30 a 50 años
- 60-75% de los afectados son mujeres

- 10 a 20% de la población general
- Mayor en nivel socioeconómico bajo

DEFINICIÓN

EPIDEMIOLOGÍA



FISIOPATOLOGÍA

- Trastornos de la motilidad
- Hipersensibilidad visceral
- Eje cerebro-intestino

Factores psicológicos

Inflamación de la pared intestinal

Síntomas extraintestinales

Prevención

Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Terapia cognitiva conductual
- Terapia nutricional



DIAGNÓSTICO

Criterios de ROMA III

- **Datos de Alarma**
- Sangrado rectal (melena o hematoquezia)
 - Dolor abdominal nocturno o progresivo.
 - Pérdida de peso inexplicable.
 - Fiebre sin causa aparente.
 - Anemia, elevación en VSG, PCR o alteraciones electrolíticas.
 - Aparición en mayores de 50 años.
 - Antecedentes familiares de cáncer de colon, ovario o enfermedad celiaca.

Inicio de síntomas 6 meses antes
 Dolor o molestia abdominal más de 3 días por mes en los últimos 3 meses
 Por lo menos dos de los siguientes:
 -Mejora con la defecación
 -Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones
 -Se acompaña de variaciones de la forma de las deposiciones

Cuadro clínico

Síntomas gastrointestinales

- Dolor abdominal crónico
- Hábitos intestinales alterados (diarrea o constipación o alternancia de estos)
- Reflujo gastroesofágico
- Disfagia
- Saciedad temprana
- Dispepsia intermitente
- Náuseas
- Dolor precordial de origen no cardíaco
- Flatulencia
- Eructos

- Depresión mayor
- Ansiedad
- Desorden somatomorfo
- Insomnio
- Disfunción sexual
- Dispareunia
- Dismenorrea
- Incremento de frecuencia urinaria
- Urgencia urinaria
- Síntomas de asma
- Cefalea primaria





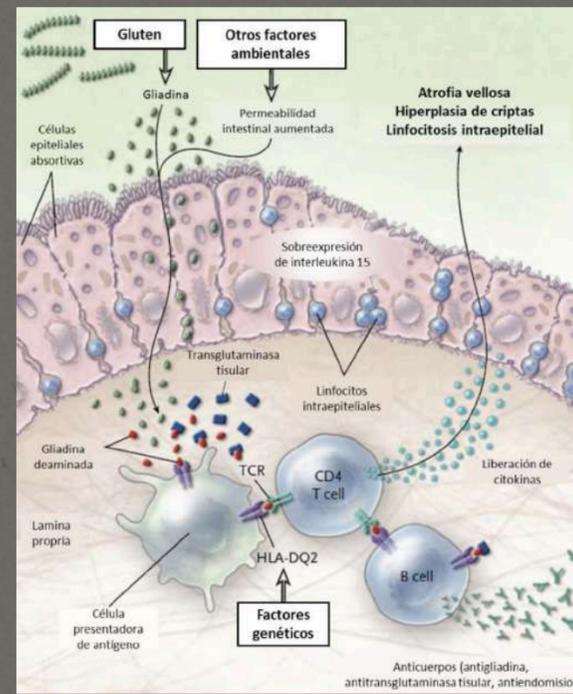
Enfermedad inflamatoria de origen autoinmune que afecta la mucosa del intestino delgado en pacientes genéticamente susceptibles y cuyo desencadenante es la ingesta de gluten

Es 2 a 3 veces más común en mujeres que en hombres, relación que decrece luego de los 65 años

La mortalidad es dos veces mayor que en la población general

Prevalencia entre 0.75-1% de la población general diagnosticada por serología y/o biopsia

Su prevalencia tiende a ser mayor en países europeos



Mayor producción de citocinas que causan daño

La gliadina es presentada entonces a T CD4+

En situaciones de aumento de la permeabilidad intestinal, la gliadina entra a la lámina propia, permite interacción con el HLA-DQ2 o HLA-DQ8 de la superficie de las células presentadoras de antígenos

Los linfocitos dañan los enterocitos que expresan proteínas de stress

En el epitelio el daño provoca sobreexpresión de IL-15, que a la vez activa los linfocitos intraepiteliales

No existe nada comprobado para prevenir la enfermedad

¿Qué alimentos pueden comer los celíacos?

| Prohibidos | Permitidos |
|--|----------------------------------|
| Harinas de trigo, avena, cebada, espelta y centeno | Lleche, queso y derivados |
| Pan y Pasta | Carnes y pescados |
| Bollos, pasteles y tartas | Huevos |
| Bebidas elaboradas a partir de cereales con gluten | Verdura, hortalizas y tubérculos |
| | Frutas |
| | Arroz y maíz |
| | Legumbres |

Pueden contener gluten

Embutidos, patés, salsas, queso fundidos, conservas de carne o pescado, frutos secos tostados, golosinas, algunos helados y sucedáneos de chocolate

- Dieta libre de gluten
- Evitar el trigo, cebada y centeno

- FARMACOLÓGICO
- LV003 y AN-PEP: proteasas que lisan el gluten en el lumen gástrico, en estudio
 - Larazotide: Bloquea receptor zonulina
 - Nexvax2: desensibiliza HLA-DQ2

DEFINICIÓN

Prevención

NO FARMACOLÓGICO

Tratamiento

EPIDEMIOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

Enfermedad celíaca (EC)

Cuadro clínico

Síntomas menores



Síntomas mayores

Evidentes síntomas de malabsorción:

- Diarrea
- Esteatorrea
- Baja de peso
- Calambres
- Tetania
- Edema periférico debido a alteraciones electrolítica
- Hipoalbuminemia

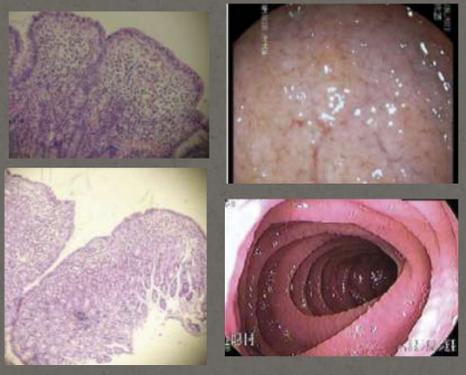
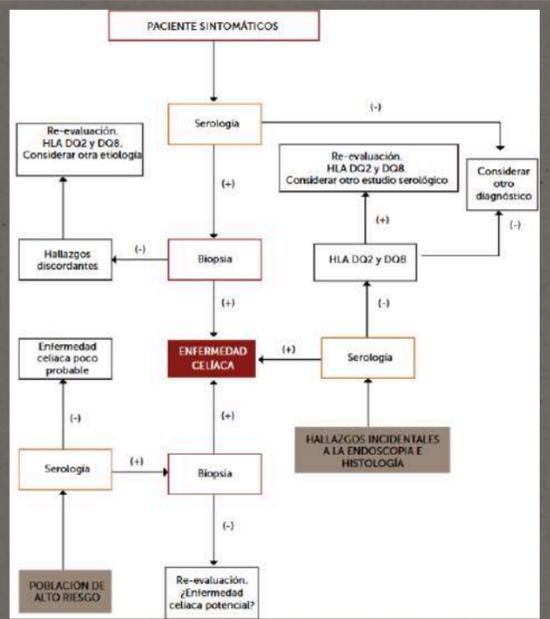


Molestias transitorias, inespecíficas:

- Dispepsia
- Distensión abdominal
- Alteraciones leves del tránsito intestinal similares a las de SII
- Anemia de causa no precisada
- Fatiga aislada
- Hipertransaminasemia de causa no precisada
- Infertilidad
- Alteraciones neurológicas centrales y periféricas
- Osteoporosis
- Talla baja
- Defectos del esmalte dental
- Dermatitis herpetiforme

| CRITERIO HISTOLÓGICO | | | MARSH | MARSH MODIFICADA (GOBERHUBER) | CORAZZA |
|--|------------------------|----------------------|--------|-------------------------------|---------------------------|
| Aumento de linfocitos intraepiteliales | Hiperplasia de criptas | Atrofia vellositaria | Tipo 0 | Tipo 0 | - |
| No | No | No | Tipo 1 | Tipo 1 | Grado A |
| Si | No | No | Tipo 2 | Tipo 2 | |
| Si | Si | No | Tipo 3 | Tipo 3a | Grado B1 (sin villosidad) |
| Si | Si | Si, parcial | Tipo 3 | Tipo 3b | Grado B2 (sin villosidad) |
| Si | Si | Si, subtotal | Tipo 3 | Tipo 3c | Grado B3 (sin villosidad) |
| Si | Si | Si, total | Tipo 3 | Tipo 3c | Grado B4 (sin villosidad) |

* > 40 linfocitos intraepiteliales por cada 100 células epiteliales para clasificación de Marsh modificada y > 25 linfocitos intraepiteliales por cada 100 células epiteliales para la clasificación de Corazza. Adaptado de referencia (23).

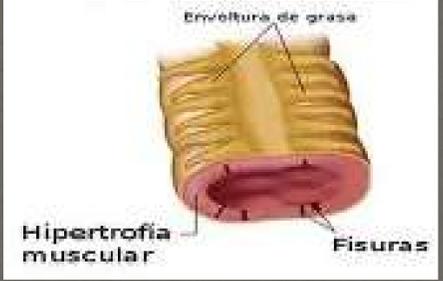


- Anticuerpos anti-endomysio (EMA) y anti-transglutaminasa tisular (tTGA)
- Evaluación endoscópica: Pérdida de pliegues mucosos, mosaico, pliegues festoneados, nodularidad, fisuras y prominencia de la vasculatura submucosa
- Histología: LIE >25 o 40 por cada 100 células epiteliales, hiperplasia de criptas, distintos grados de atrofia vellositaria

La gran mayoría se localizan en el íleon, el ciego y el colon

Trastorno inflamatorio crónico transmural que puede involucrar cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano

Se caracteriza por ser una entidad con períodos de remisiones y exacerbaciones

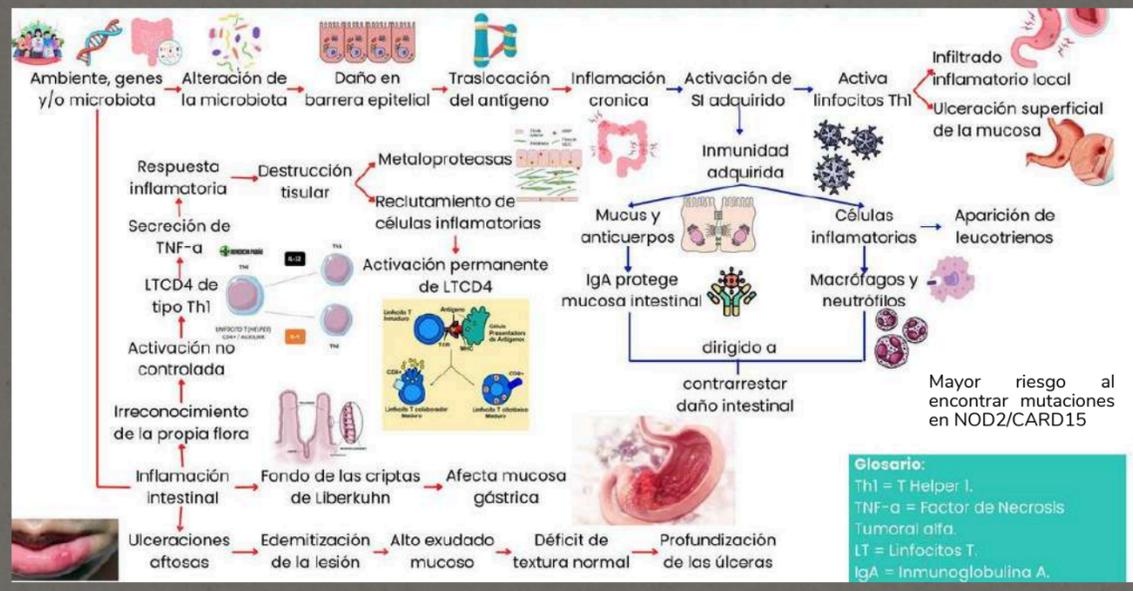


DEFINICIÓN

Su presentación en adultos mayores no es infrecuente

Siendo más frecuente en la segunda y tercera década de vida

Observándose un aumento progresivo de casos a nivel mundial



La propagación de la inflamación causa linfedema y engrosamiento de la pared intestinal y el mesenterio

Comienza con inflamación y abscesos de las criptas, que progresan a pequeñas úlceras aftoides focales

Interacción entre factores genéticos y ambientales, junto con la disregulación del sistema inmune

No se puede determinar exactamente qué la puede prevenir, Sin embargo, modificando hábitos se puede, en mayor probabilidad, evitar la enfermedad e incluso prevenir su desarrollo o una recaída, una vez ha aparecido

- Reducir el consumo de grasas y carbohidratos.
- Evitar el estrés.
- Consumir vegetales no ácidos como la zanahoria, brócoli, espinaca, etc.
- Evitar al máximo alimentos derivados de los lácteos, el pescado o que sean altos en contenido de levaduras.
- Consumir mucha fibra para mantener una evacuación diaria.
- Reducir el consumo de bebidas negras como la cafeína, los té y la cola.
- Eliminar el alcohol y el cigarro.
- Beber mucha agua.

Prevención

Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Abandonar hábito tabáquico
- Evitar factores exacerbantes: infecciones, AINE, estrés
- Corregir las deficiencias: Desequilibrio electrolítico, la hipoalbuminemia, la deficiencia de vit. B12 y la anemia
- Hidratar

FARMACOLÓGICO

- 5 aminosalicilatos (mesalamina, sulfasalazina)
- Antibióticos (metronidazol, ciprofloxacina)
- Corticosteroides (prednisona, budesonida)
- Inmunomodulador (azatioprina, 6mercaptopurina, metotrexato)
- Biológicos (Infliximab, Adalimumab)
- Cirugía

| Clasificación de PARIS | |
|------------------------|--|
| Edad al diagnóstico | A1a: 0-9 años A1b: 10-16 años A2: 17 a 40 años A3: >40 años |
| Localización | L1: 1/3 distal íleon ± ciego L2: colon L3: íleo y colon L4: enfermedad alta, distal al Treitz y proximal al tercio distal del íleon |
| Conducta | B1: no estenosante, no penetrante B2: estenosante B3: penetrante B2B3: Estenosante y penetrante P: enfermedad perianal |
| Crecimiento | G0: sin retraso del crecimiento G1: con retraso del crecimiento |

EPIDEMIOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

Enfermedad de Crohn

Cuadro clínico

DIAGNÓSTICO

Enfermedad ileal (L1): Diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso, síntomas sistémicos con febrícula o fiebre y la malabsorción en casos de enfermedad extensa



30%



Enfermedad colónica (L2): Diarrea sanguinolenta, afectación perianal

Enfermedad ileocolónica (L3): Más frecuente en el niño, dolor abdominal cólico, más intenso en cuadrante inferior derecho, y si existe estenosis el dolor puede ser desencadenado por la ingesta

Cuarta parte de los niños sangre mezclada con las heces, malnutrición, fracaso del desarrollo

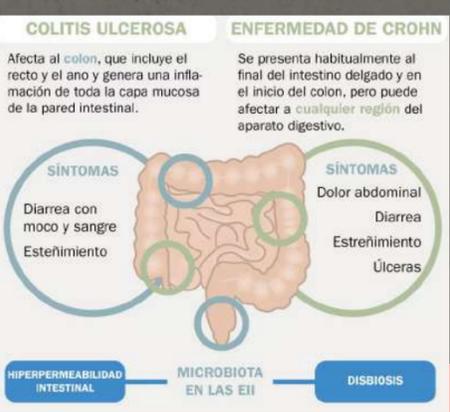
- Colonoscopia: Lesiones en parche, mucosa adoquinada
- Histología: Inflamación intramural
- RM, TC, Bh
- ASCA, Anti-OmpC, pANCA
- Calprotectina fecal



Enfermedad gastrointestinal alta (L4): Úlceras aftosas orales, pirosis o dolor retroesternal, epigastralgia, náuseas, vómitos y pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea, dolor abdominal cólico

Enfermedad perianal (modificador p): Úlceras, fisuras, fístulas y abscesos, repliegues cutáneos (skin tags)

Manifestaciones cutaneomucosas, osteoarticulares, oculares y hepatobiliares



Según su extensión, se clasifica en proctitis (afectación de recto), proctosigmoiditis (recto y sigma), colitis izquierda (hasta el 1er ángulo del colon, llamado ángulo esplénico), colitis extensa (hasta el 2do ángulo, llamado hepático) o pancolitis (afectación de todo el colon)

Hay una mayor incidencia de la enfermedad en los países occidentales y desarrollados

La prevalencia de la CU a nivel global es de 7,6-246 100.000 pac/año

Afecta indistintamente a hombres y mujeres

Suele afectar a personas jóvenes, entre los 15-30 años, aunque puede aparecer a cualquier edad

- Reacción inmunológica exagerada ante determinados estímulos ambientales en pacientes con predisposición genética

- Se piensa que un agente inicial desconocido pone en marcha una serie de cambios inflamatorios en el intestino, que son anormalmente intensos y que pueden aparecer en personas que están genéticamente predisuestas

- Causa desconocida, no es una enfermedad infecciosa ni tampoco hereditaria

Enfermedad inflamatoria idiopática que afecta de forma continua, proximalmente desde el recto, una longitud variable de la mucosa del colon

- Dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, cereales integrales y proteínas magras, puede contribuir a la salud intestinal general
- Manejo del estrés y actividad física

DEFINICIÓN

EPIDEMIOLOGÍA

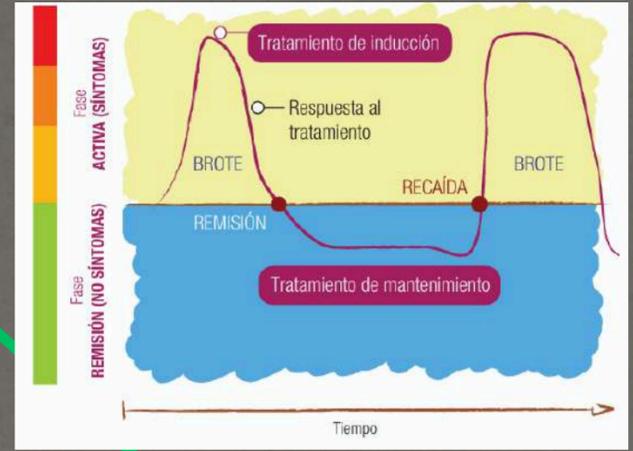
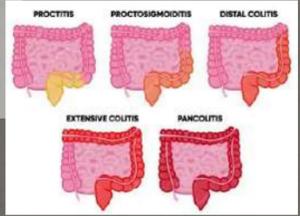
FISIOPATOLOGÍA



Prevención

Colitis ulcerosa (CU)

Cuadro clínico



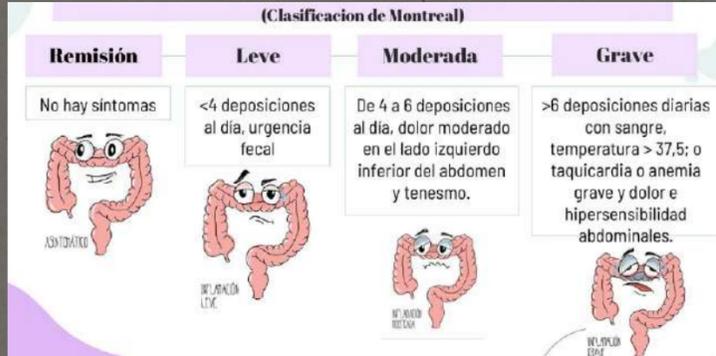
FARMACOLÓGICO

- Aminosalicilatos: Mesalazina, Sulfasalazina
- Corticosteroides: Prednisolona, Metilprednisolona, Budesonida, otros
- Inmunomoduladores: Azatioprina, Ciclosporina, Mercaptopurina
- Biológicos: Adalimumab, Infliximab
- Intervención quirúrgica en: colitis fulminante, megacolon tóxico y hemorragia

Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Evitar factores desencadenantes y AINES
- No existen recomendaciones dietéticas específicas, excepto seguir una dieta completa y equilibrada y rica en fibra
- Actividad física, manejo del estrés, descanso



DIAGNÓSTICO

- Colonoscopia: Inflamación y ulceración mucosa y submucosa, pérdida haustras
- Histología: transmural, granulomas, abscesos crípticos
- PCR, caplrotectina, p.ANCA
- Bh, RX



Manifestaciones intestinales

- Diarrea
- Dolor abdominal: Suele aliviar tras la defecación
- Rectorragia
- Tenesmo
- Pérdida de peso
- Anemia
- Fiebre
- Cansancio y fatiga
- Anorexia



Manifestaciones extraintestinales

- 10%
- En articulaciones: artritis periférica oligoarticular o poliarticular, espondiloartropatía
- En piel: pioderma gangrenoso, eritema nodoso, aftas
- En ojos: uveítis, episcleritis
- En hígado: colangitis esclerosante primaria

Escaleta de ALVARADO

Sistema de puntuación que se usa en el dx de apendicitis aguda.

SINTOMAS

- Migración del dolor 1
- Anorexia 1
- Nauseas/vómitos 1

SIGNOS

- Dolor en FID 2
- Rebote + 1
- Fiebre >38°C 1

LABORATORIO

- Leucocitosis >10.000 2
- Neutrofilia >75% 1

BAJA PROBABILIDAD
1-3 pts
Indicación: Alta, supervisar, otro DX

MODERADA PROBABILIDAD
4-6 pts
Indicación: Obs e ingreso, hacer TAC/ECO Supx12h >4pto QX

ALTA PROBABILIDAD
7-10 pts
Indicación: Cirugía

Su incidencia anual es de 139.54 por 100,000 habitantes; se asocia con sobrepeso en 18.5% y obesidad en 81.5%

El riesgo de presentarla es de 16.33% en hombres y 16.34% en mujeres

Ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida

Fases de la APENDICITIS



FASE CATARRAL O EDEMATOSA: 4-6 HORAS
• Hiperemia de la pared
• Congestión vascular de predominio venoso
• Disminución de flujo linfático y venoso

FASE FLEGMONOSA O SUPURATIVA: 6-12 HORAS
• Mayor congestión venosa con disminución del flujo linfático y venoso
• Aparición de escudado fibrinopurulento

FASE GANGRENOSA: 12-24 HORAS
• Compromiso arterial, linfático y venoso
• Necrosis de pared apendicular con gran componente inflamatorio
• Mas cantidad de contenido purulento

FASE PERFORADA: >24 HORAS
• Pared apendicular se perfora y libera contenido purulento a la cavidad abdominal.
Produce:
• Peritonitis localizada (plastrón o absceso)
• Peritonitis difusa

7. Perforación del apéndice
La falta de irrigación que daña las paredes

6. Dolor en fosa iliaca derecha
Se afecta la capa serosa y el peritoneo parietal

5. Se produce ingurgitación y congestión vascular
Se sobrepasa la presión venosa

4. Aparecen náuseas y vómito

3. Dolor difuso en la parte media del abdomen
Se activan las vías aferentes viscerales

2. Distensión del apéndice
Por la secreción continuada de la mucosa apendicular

Dolor abdominal (periumbilical y epigástrico, y más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho), anorexia, náuseas, constipación/diarrea y fiebre, dolor migratorio ocurre en 50 a 60%

Por la irritación que produce el apéndice, pueden presentarse otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea

DEFINICIÓN

EPIDEMIOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

Prevención

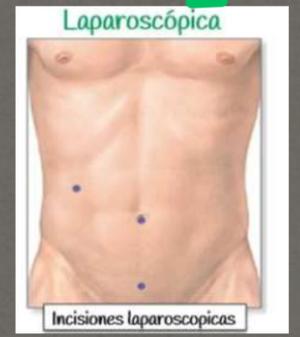
- Mantener una dieta saludable: Alimentos ricos en fibra
- Hidratación adecuada: 8 vasos al día
- Horarios de comida
- Ejercicio

Apendicitis

1. Obstrucción de la luz apendicular (Fecalitos, hipertrofia del tejido linfoide, parásitos, neoplasias, cuerpo extraño)

Tratamiento

QUIRÚRGICO



- Laboratorios: Leucocitosis y desviación izquierda (no todos los pacientes)
- RX de abdomen: De poca utilidad para el diagnóstico (sólo si se ve un fecalito radioopaco o signos de íleo en FID)

Cuadro clínico



Signos clínicos

