



Mi Universidad

Mapas mentales

Carlos Javier Velasco Sarquiz

Mapas mentales

Cuarto Parcial

Fisiopatología I I I

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Humana

Cuarto semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de julio del 2025

Enfermedades gastrointestinales

Tratamiento farmacológico:

Depende del subtipo de SII:

- SII con diarrea (SII-D):
 - Loperamida
 - Rifaximina (en casos con sobrecrecimiento bacteriano)
 - Antiespasmódicos (butilioscina, mebeverina)
 - Antidepresivos tricíclicos en dosis bajas (amitriptilina)
- SII con estreñimiento (SII-E):
 - Laxantes suaves (polietilenglicol)
 - Agentes procinéticos
 - Lubiprostona, linaclotida (donde esté disponible)

Diagnóstico

Es un diagnóstico clínico, basado en los criterios de Roma IV:

- Dolor abdominal recurrente al menos 1 día a la semana en los últimos 3 meses, asociado con al menos dos de los siguientes:
 - a.Relación con la defecación
 - b.Cambio en la frecuencia de las deposiciones
 - c.Cambio en la forma (aparición) de las heces

Estudios complementarios se realizan solo para descartar otras patologías:

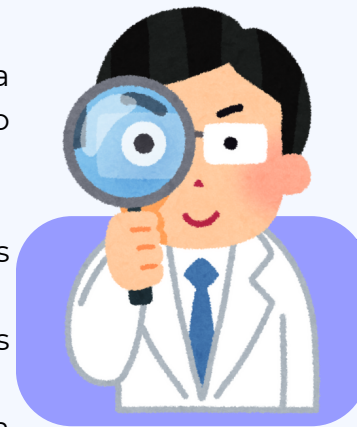
- Coproparasitoscópico
- Pruebas de función tiroidea
- Biometría hemática

Síntomas

Los síntomas típicos del SII incluyen:

- Dolor o molestia abdominal que mejora con la defecación.
- Alteraciones en el ritmo intestinal:
 - Diarrea (SII-D)
 - Estreñimiento (SII-E)
 - Mixto (SII-M): alternancia entre ambos
- Distensión abdominal (hinchazón)
- Sensación de evacuación incompleta
- Presencia de moco en las heces
- Los síntomas suelen empeorar con el estrés o ciertos alimentos

Tratamiento

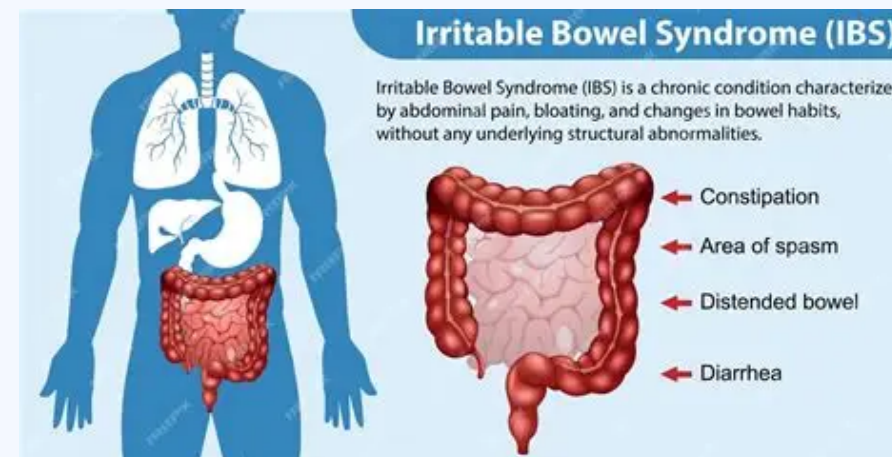


Prevención

No existe una prevención definitiva, pero se pueden reducir los episodios mediante:

- Educación y conciencia del paciente sobre los factores desencadenantes.
- Hábitos dietéticos saludables y regulares.
- Control del estrés y problemas emocionales.
- Evitar automedicación y uso excesivo de antibióticos.
- Identificar y manejar oportunamente infecciones gastrointestinales.

Síndrome de intestino irritable



Definición

El Síndrome del Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal caracterizado por dolor o malestar abdominal recurrente asociado a cambios en el hábito intestinal (diarrea, estreñimiento o ambos), sin que exista una causa orgánica demostrable. Es una condición crónica que afecta la calidad de vida, pero no causa daño estructural ni aumenta el riesgo de cáncer.

Epidemiología

- afecta entre 10-15% de la población general.
- Es más común en mujeres que en hombres, con una relación aproximada de 2:1.
- La mayoría de los casos se presentan entre los 20 y 40 años de edad.
- Tiene una elevada carga económica y social debido a ausencias laborales y utilización de servicios de salud.

Fisiopatología

La fisiopatología del SII es compleja y multifactorial, aún no completamente entendida. Incluye:

- Alteraciones en la motilidad intestinal: tránsito acelerado o lento, según el subtipo.
- Hipersensibilidad visceral: respuesta exagerada al dolor intestinal.
- Disfunción del eje cerebro-intestino: mala comunicación entre el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal.
- Factores psicosociales: estrés, ansiedad

Enfermedad celiaca

Definición

La enfermedad celíaca es un trastorno autoinmune crónico que se desencadena por la ingesta de gluten —una proteína presente en el trigo, la cebada y el centeno— en personas genéticamente predispuestas. Esta condición provoca una inflamación del intestino delgado, con daño en las vellosidades intestinales

01

Epidemiología

- La prevalencia global se estima entre 1% y 2% de la población mundial.
- Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación aproximada de 2:1.
- Se presenta comúnmente en personas con antecedentes familiares de enfermedad celíaca y en pacientes con otras enfermedades autoinmunes como diabetes tipo 1, tiroiditis autoinmune y síndrome de Down.
- Muchos casos permanecen sin diagnóstico debido a formas atípicas o asintomáticas.

02



Fisiopatología

- En personas genéticamente susceptibles (portadoras de los alelos HLA-DQ2 o HLA-DQ8), el gluten ingerido desencadena una respuesta inmune anómala.
- Las gliadinas (fracciones del gluten) se presentan a las células T del intestino delgado a través de las moléculas HLA-DQ2/DQ8.
- Esto provoca la activación de linfocitos T CD4+, liberación de citoquinas inflamatorias (como interferón-gamma) y producción de autoanticuerpos, especialmente contra la transglutaminasa tisular (anti-TTG).
- El resultado es el daño de la mucosa intestinal, con atrofia de las vellosidades, hiperplasia de criptas y linfocitosis intraepitelial, lo que reduce la absorción de nutrientes.

03



Prevención

- Actualmente no existe una estrategia efectiva para prevenir la enfermedad en individuos genéticamente predispuestos.
- Las investigaciones han descartado que la introducción temprana o tardía del gluten en la dieta del lactante prevenga la enfermedad.

Tratamiento

No farmacológico (principal):

- Dieta estricta sin gluten de por vida: eliminación total de trigo, cebada, centeno y sus derivados.
- Educación nutricional para evitar contaminación cruzada.
- Suplementación nutricional si hay deficiencias (hierro, calcio, vitamina D, B12, ácido fólico).

Farmacológico (casos específicos):

- No existe un fármaco curativo.
- Se usan medicamentos en casos con complicaciones:

06



Diagnostico

05



- Pruebas serológicas:
- Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (anti-TTG IgA)
- Anticuerpos anti-endomisio (EMA IgA)
- Anticuerpos antigliadina desamidada (DGP)
- Verificación de niveles de IgA total para descartar deficiencia
- Confirmación histológica:
- Biopsia del intestino delgado (duodeno).

Cuadro clínico

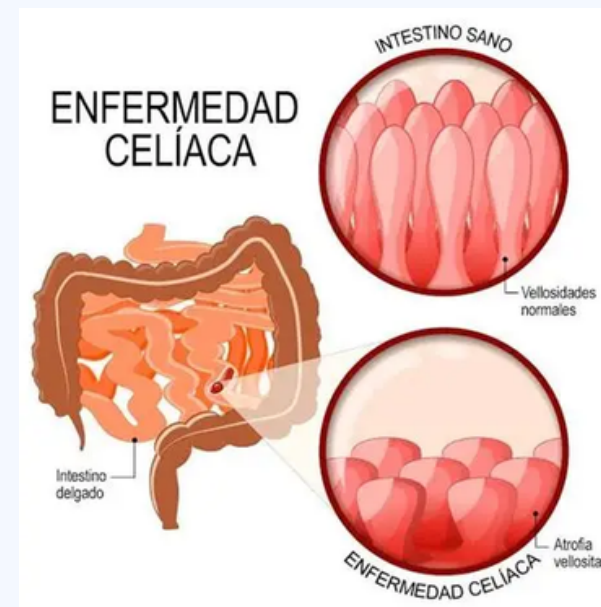
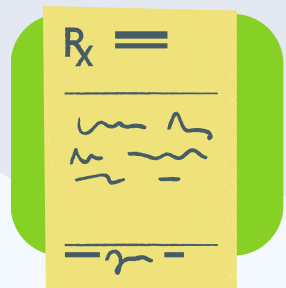
Formas clásicas (más comunes en niños):

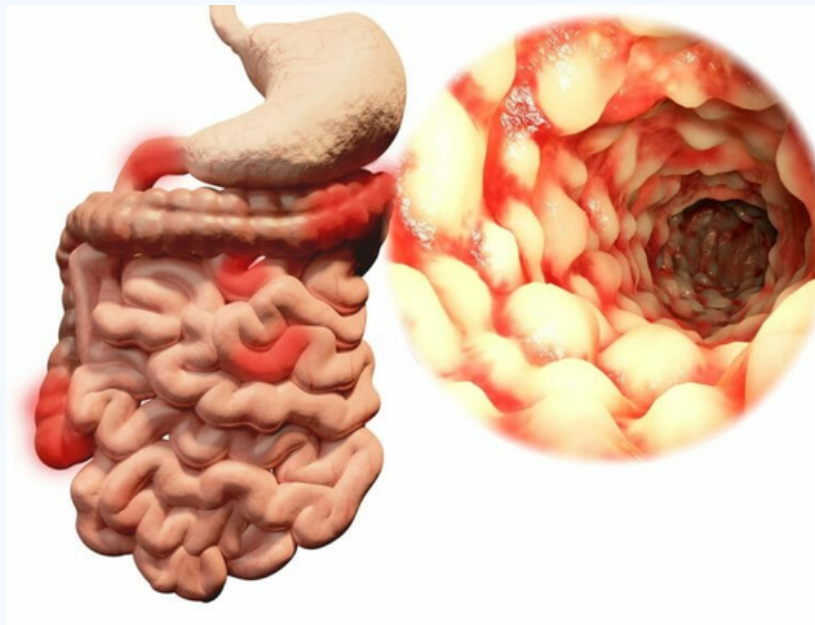
- Diarrea crónica
- Pérdida de peso
- Retraso en el crecimiento
- Distensión abdominal
- Anorexia

Formas atípicas (más comunes en adultos):

- Anemia ferropénica resistente a tratamiento
- Fatiga crónica
- Dolor abdominal intermitente
- Estreñimiento
- Osteopenia u osteoporosis

04





Definición

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal que forma parte de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), junto con la colitis ulcerosa. Se caracteriza por una inflamación transmural (afecta todas las capas del intestino), que puede comprometer cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, aunque comúnmente afecta el íleon terminal y el colon. La inflamación puede ser discontinua, dejando áreas sanas entre segmentos afectados, fenómeno conocido como “lesiones en salto”.

Epidemiología

La enfermedad de Crohn es más prevalente en países desarrollados, con una mayor incidencia en Europa del Norte y América del Norte. Afecta por igual a hombres y mujeres, con un pico de aparición entre los 15 y 35 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. Se estima una prevalencia de 100-200 casos por cada 100,000 habitantes en algunas regiones de Europa y EE. UU. Su incidencia ha ido en aumento, posiblemente debido a factores ambientales, cambios en la dieta y estilo de vida.

Fisiopatología

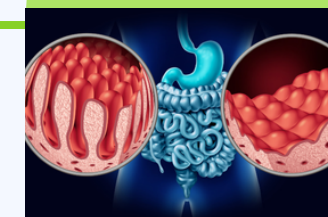
La patogenia de la enfermedad de Crohn es compleja y multifactorial, involucrando:

- Factores genéticos: Se han identificado mutaciones en genes como NOD2/CARD15, que afectan la respuesta inmunitaria intestinal.
- Disbiosis intestinal: Alteración del equilibrio de la microbiota intestinal.
- Factores inmunológicos: Se observa una activación anormal del sistema inmune innato y adaptativo que genera una respuesta inflamatoria descontrolada.
- Factores ambientales: Tabaquismo, dieta alta en grasas, estrés y uso de antibióticos en la infancia.

03



02



01



Prevención

No existe una prevención específica para la enfermedad de Crohn debido a su etiología multifactorial. Sin embargo, se pueden tomar medidas para reducir el riesgo de brotes o complicaciones:

- Evitar el tabaco
- Controlar el estrés
- Mantener seguimiento médico regular
- Cumplir el tratamiento prescrito

07



05



06



04



Cuadro clínico

Los síntomas varían según la localización y extensión de la enfermedad, pero los más comunes incluyen:

- Dolor abdominal (frecuentemente en cuadrante inferior derecho)
- Diarrea crónica (puede ser con sangre o moco)
- Fiebre
- Pérdida de peso y apetito
- Fatiga
- Masa palpable en el abdomen (por inflamación)
- Manifestaciones extraintestinales: artritis, uveítis, eritema nodoso, aftas orales

Diagnostico

El diagnóstico es clínico, apoyado en estudios de laboratorio, endoscópicos e imagenológicos:

- Laboratorio: anemia, leucocitosis, aumento de PCR y VSG, calprotectina fecal elevada.
- Endoscopia (colonoscopia): visualización directa de úlceras, estenosis, lesiones en salto; permite tomar biopsias.
- Biopsia intestinal: evidencia inflamación transmural, granulomas no caseificantes (no siempre presentes).
- Estudios de imagen: TAC, resonancia magnética o enterografía por TC para valorar complicaciones como abscesos o fistulas.

Tratamiento

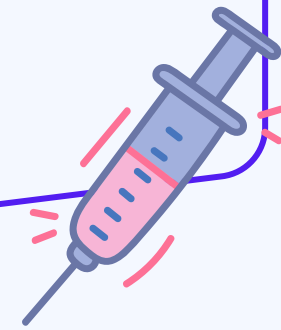
El objetivo es inducir y mantener la remisión, así como tratar las complicaciones:

1. Aminosalicilatos (como mesalazina): menos usados en Crohn que en colitis ulcerosa.
2. Corticoides (prednisona, budesonida): para brotes agudos.
3. Inmunosupresores (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato): mantenimiento de la remisión.
4. Antibióticos (metronidazol, ciprofloxacino): para infecciones o fistulas.
5. Biológicos:

Cuadro clínico

Los síntomas más comunes incluyen:

- Diarrea crónica, muchas veces con sangre y moco.
- Tenesmo rectal (sensación de evacuación incompleta).
- Dolor abdominal tipo cólico, sobre todo en el cuadrante inferior izquierdo.
- Pérdida de peso.
- Fiebre, en casos más graves.
- Fatiga y debilidad.



Diagnostico

- Historia clínica detallada y exploración física.
- Pruebas de laboratorio:
- Hemograma: anemia, leucocitosis.
- VSG y PCR: elevadas en inflamación.
- Calprotectina fecal: marcador de inflamación intestinal.
- Colonoscopia: es el estudio de elección, mostrando mucosa friable, ulcerada y sangrante; se toman biopsias.

Tratamiento

El tratamiento depende de la extensión y gravedad de la enfermedad:

1. Leve a moderada:

- Aminosalicilatos (5-ASA): mesalazina o sulfasalazina (vía oral y/o rectal).

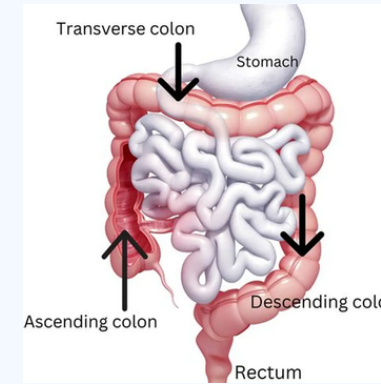
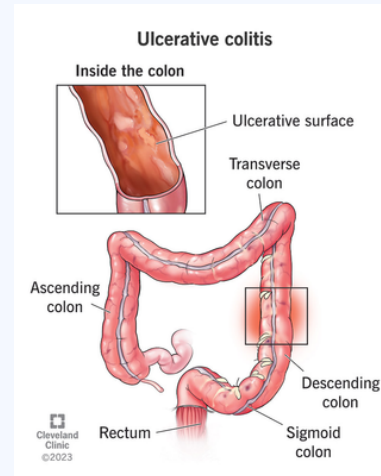
2. Moderada a severa:

- Corticoesteroides sistémicos: prednisona.
- Inmunomoduladores: azatioprina, 6-mercaptopurina.
- Biológicos:

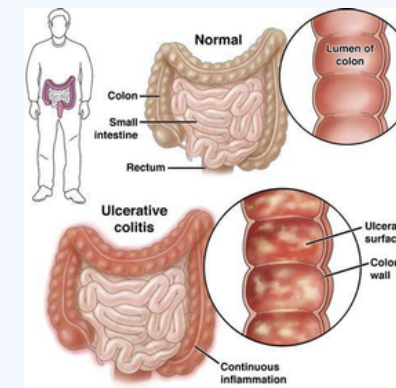
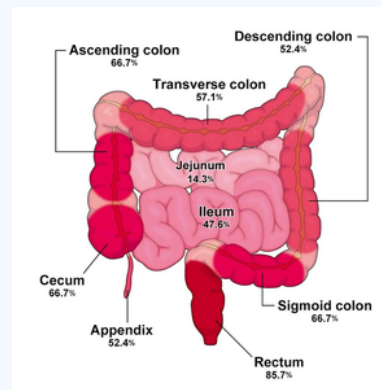
Prevención

No existe una forma clara de prevenir el inicio de la colitis ulcerosa, pero sí se pueden prevenir las recaídas y complicaciones mediante:

- Adherencia al tratamiento de mantenimiento.
- Control periódico con gastroenterólogo.



Colitis ulcerosa



Definición

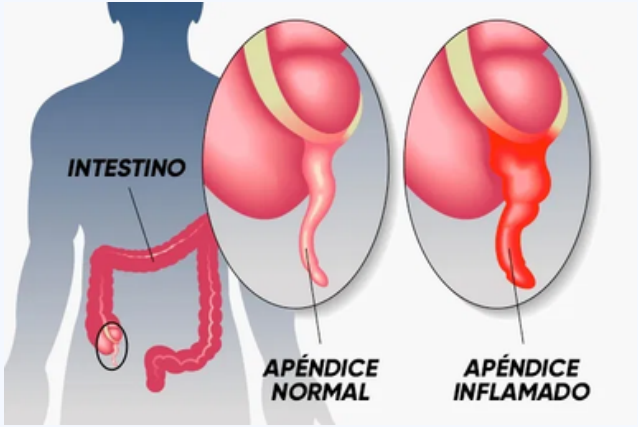
La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica, de origen autoinmune, que afecta exclusivamente al colon (intestino grueso) y al recto, caracterizándose por inflamación continua de la mucosa, con la formación de úlceras superficiales.

Epidemiología

- Edad de inicio: Principalmente entre los 15 y 30 años, aunque puede aparecer en cualquier edad.
- Sexo: Afecta por igual a hombres y mujeres.
- Prevalencia: Más común en países desarrollados, especialmente en Europa del Norte y América del Norte.
- Factores de riesgo:
- Historia familiar de EII.
- Factores genéticos (HLA-B27, entre otros).
- Hábitos dietéticos y ambientales.

Fisiopatología

- Activación de linfocitos T CD4+ y otras células inflamatorias en la mucosa colónica.
- Liberación de citoquinas proinflamatorias como TNF- α , IL-1, IL-6.
- Daño del epitelio colónico, con formación de úlceras, pérdida de células caliciformes y reducción de la barrera mucosa.
- Inflamación que comienza en el recto y se extiende de manera continua hacia segmentos más proximales del colon.



Cuadro clínico

Los síntomas clásicos de la apendicitis incluyen:

- Dolor abdominal: inicialmente periumbilical, que luego se localiza en fosa iliaca derecha (FID).
- Fiebre leve.
- Náuseas y vómito.
- Anorexia.
- Signo de Blumberg: dolor a la descompresión brusca en FID.
- Otros signos clínicos útiles: Rovsing, obturador y psoas.

Diagnostico

1. Clínico: historia y exploración física son clave.
2. Laboratorio:
 - Leucocitosis con neutrofilia.
 - PCR elevada.
3. Imágenes:
 - Ecografía abdominal: útil en niños y embarazadas.
 - TAC abdominal: es el gold standard en adultos, especialmente en casos dudosos.
 - RMN: útil durante el embarazo.

Tratamiento no Farmacologico

- Apendicectomía (extracción quirúrgica del apéndice) es el tratamiento de elección.
- Puede ser laparoscópica o abierta.
 - En casos complicados (absceso), puede requerirse drenaje antes de cirugía.

Tratamiento Farmacológico

- Antibióticos:
 - En etapas iniciales o en pacientes no candidatos a cirugía inmediata.
 - Ejemplo: ceftriaxona + metronidazol, o fluoroquinolonas + metronidazol.
- Analgesia: paracetamol o AINES.
- En casos de perforación o peritonitis, antibióticos de amplio espectro intravenosos.



Definición

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice vermiforme, una pequeña estructura tubular unida al ciego, en el intestino grueso. Es una de las causas más comunes de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica. Si no se trata, puede evolucionar a perforación, peritonitis o absceso intraabdominal.

Epidemiologia

- Es más común en personas entre los 10 y 30 años.
- La incidencia anual es de aproximadamente 7-8% en la población general.
- Es ligeramente más frecuente en hombres.
- En países desarrollados, ha habido una disminución leve en la incidencia, posiblemente por cambios dietéticos (mayor consumo de fibra).
- Representa una de las causas más frecuentes de cirugía de urgencia abdominal en todo el mundo.

Fisiopatología

La apendicitis suele iniciarse por una obstrucción de la luz apendicular, que puede deberse

- Hiperplasia linfoide (frecuente en niños).
- Fecalitos (material fecal endurecido).
- Cuerpos extraños o parásitos.

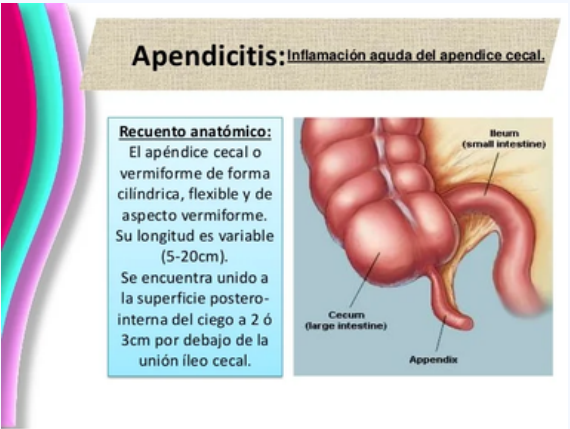
Esta obstrucción lleva a:

1. Proliferación bacteriana y acumulación de moco.
2. Distensión del apéndice, aumento de presión intraluminal y compromiso vascular.
3. Isquemia y necrosis, que favorecen la perforación y diseminación de bacterias hacia la cavidad abdominal (peritonitis).

Prevención

No existe una prevención específica para la apendicitis, pero se ha sugerido que:

- Una dieta rica en fibra podría reducir el riesgo al disminuir la formación de fecalitos y favorecer el tránsito intestinal.
- La detección temprana y atención médica oportuna ante dolor abdominal sospechoso ayuda a prevenir complicaciones graves como perforación o sepsis.



Referencias

1.- Musgo, R. A. (s. f.). Enfermedad de Crohn.
<https://www.cun.es>. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-crohn>

2.- Síndrome del intestino irritable : MedlinePlus
enciclopedia médica. (s. f.).
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000246.htm>

3.- Celiaquía - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (s. f.).
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/celiac-disease/symptoms-causes/syc-20352220>

4.- <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/sindrome-intestino-irritable>