

REPÚBLICA ARGENTINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FCM - HNC
Clínica Médica II UHMI Nº1 - HNC



PATOLOGÍA GASTROENTÉRICA

Dra. Dina E. Castro

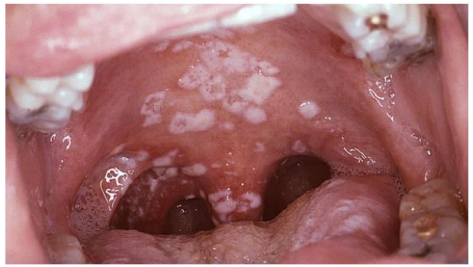
PATOLOGÍAS DE LA BOCA

- “...La boca es el inicio del sistema digestivo.”

Muchas enfermedades sistémicas se manifiestan primero en la cavidad oral.



Lesión purulenta por Actinomicosis



Candidiasis oral (pcte. inmunodeprimido)



Lesión verrucosa HPV

PATOLOGÍAS DE LA BOCA



Leucoplasia lingual



Macroglosia nodular - Amiloidosis



Lengua fisurada en contexto de psoriasis



Hipertrofia gingival en pcte. Trasplantado renal - uso de inmunosupresores

PATOLOGÍAS DE LA BOCA

Patologías de la lengua y las encías

- lengua geogŕafica (psoriasis, dermatitis atópica, S. de Reiter; Candidiasis, etc).
- Glositis atrófica: dificiencias nutricionales (vitamina B);
- Hiperplasia Gingival: leucemias, diabetes, hipotiroidismo, neutropenias **SIDA**; medicaciones (anticonvulsivantes, Ant. Cálcicos; **ciclosporina**).
- Macroglosia: Amiloidosis; hipotiroidismo, Sme de Down.
- Leucoplasias de la mucosa: lesiones blanquecinas que plantean diversos Dx. Diferenciales).

PATOLOGÍAS DE LA BOCA

INFECCIONES

- Candidiasis: lesiones blanquecinas de facil desprendimiento (Cándida Albicans).
- Infecciones por V. herpes Simple 1 y 2; y por Varicela- Zóster: lesiones vesiculares y ulceradas (gingivoestomatitis herpética).
- Infección por V. Epstein-Barr: Leucoplasia vellosa oral en contexto de infección por VIH/ SIDA.
- Infección por V. Coksackie A: Sme pie-mano-boca.
- Infección por V. Papiloma Humano: lesiones verrucosas en la mucosa oral.
- Infección por. T. Pallidum: chancro; gomas dientes de Hutchinson
- Infección por Actinomyces spp. de la flora normal: abscesos y fístulas.

PATOLOGÍAS DE LA BOCA

Enf. Inflamatorias

- Aftas y estomatitis aftosa recurrente: úlceras dolorosas solitarias o múltiples de tamaño variable rodeadas de halo eritematoso (multifactorial).
- Sme de Sjögren: xerostomía, hiposialia/asialia.
- Lupus: ulceras, placas y queilitis en el 20% de los afectados
- Enf. de Behçet: ulceraciones complicadas y asociadas a lesiones similares en región genital.
- Estomatitis y queilitis de contacto: lesiones irritativas por contacto con distintas sustancias.

PATOLOGÍAS DE LA BOCA



Afta - estomatitis aftosa



Úlceras - Enf. de Behçet

PATOLOGÍAS DE LA BOCA

LESIONES PRECANCEROSAS y CÁNCER

- relacionados con tabaquismo, alcoholismo, infecciones víricas
- lesiones Precursoras de carcinoma oral (carcinoma escamoso)
  - leucoplasia
  - eritroleucoplasia
- Cáncer: lesiones leucoplásicas o eritroleucopláiscas que evolucionan a nódulos o úlceras. Tratamiento y pronóstico dependen de tamaño, grado de diferenciación, invasión y localización.

PATOLOGÍAS DE LA BOCA

Patología de las Glándulas salivales

- trastornos funcionales: **HIPERSIALORREA** (ptialismo)
- Sialoadenosis: trastornos metabólicos/malabsortivos
- Sialolitiasis
- **SIALOADENITIS**
  - infecciosa
  - **AUTOINMUNITARIA**: Sme de Sjögren: infiltración linfocitaria y arofia acinar.
  - actínicas: por irradiación.
- Tumores y linfomas (MALT).

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO

se clasifican

- de acuerdo al tercio afectado
  - disfagia motora orofaríngea (esófago superior - orofaringe)
  - cuerpo esofágico y unión esófago gástrica
- primario o secundario

Disfagia motora orofaríngea
(esófago superior - orofaringe)

CUADRO 17-2 Causas de disfagia motora orofaríngea

Afecciones del sistema nervioso central
Accidentes cerebrovasculares
Enfermedad de Parkinson
Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica
Poliomielitis bulbar
Disautonomía familiar
Tumores con afectación del suelo del IV ventrículo

Afecciones del sistema nervioso autónomo
Difteria, tétanos, botulismo
Polineuritis (alcohólica, diabética)
Parálisis del nervio recurrente (yatrógena o tumor mediastínico)

Afecciones de la placa motora
Miastenia grave

Afecciones musculares
Dermatopolimiositis
Distrofia miotónica y otras afecciones musculares degenerativas
Miopatías endocrinas y metabólicas
Causa yatrógena (glucocorticoides, diuréticos, calcitonina)

Origen no bien conocido
Disfunción del músculo cricofaríngeo

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO

- Primarios (no tienen etiologìa definida)
  - **ACALASIA:**
    - **alteración funcional por disminución de los mecanismos inhibidores de la contracción muscular.**
    - comienza en la primera infancia y afecta tanto a mujeres como a varones. 1.5 casos/100.000hab.
    - Se manifiesta como disfagia a lìquidos y sólidos. Puede exacerbarse con la tensión emocional. También como dolor toráccico (dx. diferencial con precordalgia) o regurgitación.
    - Diagnóstico con manometría esofágica. Radiografía con contraste baritado (signo de *pico de pájaro o cola de ratón).*
    - Tratamiento: antagonistas cálcicos, dilatación neumática, toxina botulínica, miotomía de Heller y endoscópica.
    - Cuidado con **seudo-acalasia**: no hay trastorno motor, hay un problema intrínseco/extrínseco que simula: ej. cáncer esofágico.

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO

- Primarios (no tienen etiologìa definida)
  - Obstrucción al flujo de la unión gastroesofágica
  - Espasmo esofágico distal (abordaje similar a la acalasia- dx. diferencial)
  - Esófago hipercontráctil (*esófago en “cascanueces”)*



FIGURA 17-8 Radiografía con contraste en un caso de acalasia, en la que se observa un esófago muy dilatado de aspecto sigmoide y afilamiento de la zona cardial.



FIGURA 17-9 Radiografía con contraste en un caso de espasmo esofágico difuso, que muestra un esófago con imagen «en sacacorchos».

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO

- Secundarios: tienen como origen enfermedades extraesofágicas (colagenopatías, neuropatías, miopatías, infecciones, etc) o lesiones orgánicas del esófago (esofagitis, estenosis, poscirugía).
  - **Esclerodermia**
  - **Enf. de Chagas**
  - Polimiositis y dermatomiositis
  - Enfermedades endocrinas y metabólicas
    - diabetes mellitus
    - enfermedades tiroideas (hipertiroidismo)
    - Amiloidosis
    - Alcoholismo

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

Apéndice A: Criterios diagnósticos de Roma IV para los trastornos gastrointestinales funcionales

A. Trastornos esofágicos

A1. DOLOR TORÁCICO FUNCIONAL

Criterios de diagnóstico* – Deben incluir todos los siguientes:

1. Dolor o molestia retroesternal en el pecho**
2. Ausencia de síntomas esofágicos asociados, como acidez estomacal y disfagia.
3. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico o la esofagitis eosinofílica sean la causa del síntoma.
4. Ausencia de trastornos motores esofágicos importantes†

*Criterios cumplidos durante los últimos 3 meses con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico con una frecuencia de al menos una vez por semana

**Deben descartarse las causas cardíacas

†Acalasia/obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico difuso, esófago en martillo neumático, peristalsis ausente

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

A2. ACIDEZ ESTOMACAL FUNCIONAL

Criterios de diagnóstico* – Deben incluir todos los siguientes:

1. Molestia o dolor retroesternal con sensación de ardor
2. No se observó alivio de los síntomas a pesar de la terapia antisecretora óptima.
3. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico** o la esofagitis eosinofílica sean la causa del síntoma.
4. Ausencia de trastornos motores esofágicos importantes†

*Criterios cumplidos durante los últimos 3 meses con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico con una frecuencia de al menos dos veces por semana

**Tiempo de exposición al ácido elevado y/o asociación de síntomas con reflujo

†Acalasia/obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico difuso, esófago en martillo neumático, peristalsis ausente

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

A3. HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO

Criterios de diagnóstico* – Deben incluir todos los siguientes:

1. Síntomas retroesternales que incluyen acidez estomacal y dolor de pecho.
2. Endoscopia normal y ausencia de evidencia de que la esofagitis eosinofílica sea la causa de los síntomas.
3. Ausencia de trastornos motores esofágicos importantes**
4. Evidencia de desencadenamiento de síntomas por episodios de reflujo a pesar de la exposición ácida normal en la monitorización de pH o pH-impedancia†

*Criterios cumplidos durante los últimos 3 meses con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico con una frecuencia de al menos dos veces por semana

**Acalasia/obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico difuso, esófago en martillo neumático, peristalsis ausente

†La respuesta a la terapia antisecretora no excluye el diagnóstico

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

A4. GLOBUS

Criterios de diagnóstico* – Deben incluir todos los siguientes:

1. Sensación persistente o intermitente, no dolorosa, de un bulto o cuerpo extraño en la garganta, sin que se identifique ninguna lesión estructural en el examen físico, la laringoscopia o la endoscopia.
2. Aparición de la sensación entre comidas
3. Ausencia de disfagia u odinofagia
4. Ausencia de un parche de entrada gástrica en el esófago proximal.
5. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico o la esofagitis eosinofílica sean la causa del síntoma.
6. Ausencia de trastornos motores esofágicos importantes**

*Criterios cumplidos durante los últimos 3 meses con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico con una frecuencia de al menos una vez por semana

**Acalasia/obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico difuso, esófago en martillo neumático, peristalsis ausente

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

A5. DISFAGIA FUNCIONAL

Criterios de diagnóstico* – Deben incluir todos los siguientes:

1. Sensación de que los alimentos sólidos y/o líquidos se adhieren, se alojan o pasan de forma anormal por el esófago.
2. Ausencia de evidencia de que la anomalía de la mucosa esofágica o estructural sea la causa del síntoma.
3. Ausencia de evidencia de que el reflujo gastroesofágico o la esofagitis eosinofílica sean la causa del síntoma.
4. Ausencia de trastornos motores esofágicos importantes**

*Criterios cumplidos durante los últimos 3 meses con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico con una frecuencia de al menos una vez por semana

**Acalasia/obstrucción del flujo de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico difuso, esófago en martillo neumático, peristalsis ausente

ENFERMEDADES ESOFÁGICAS

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ERGE

- Consecuencia del paso del contenido gástrico al esófago, generando complicaciones como la pirosis, regurgitación y hasta esofagitis péptica.
- El 23% de la población Argentina la padece.
- FISIOPATOLOGÍA (**MULTIFACTORIAL)**
  - aumento de la secresión gástrica (HCL)
  - aclaramiento defectuoso del esófago (trastornos motores)
  - aclaramiento lento del estómago
  - hernia hiatal
  - hábitos tóxicos y dieta (tabaco, alcohol, mate, chocolate, menta)
  - medicación: anticolinergicos, benzodiazepinas, xantinas, antagonistas cálcicos.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ERGE

Cuadro clínico

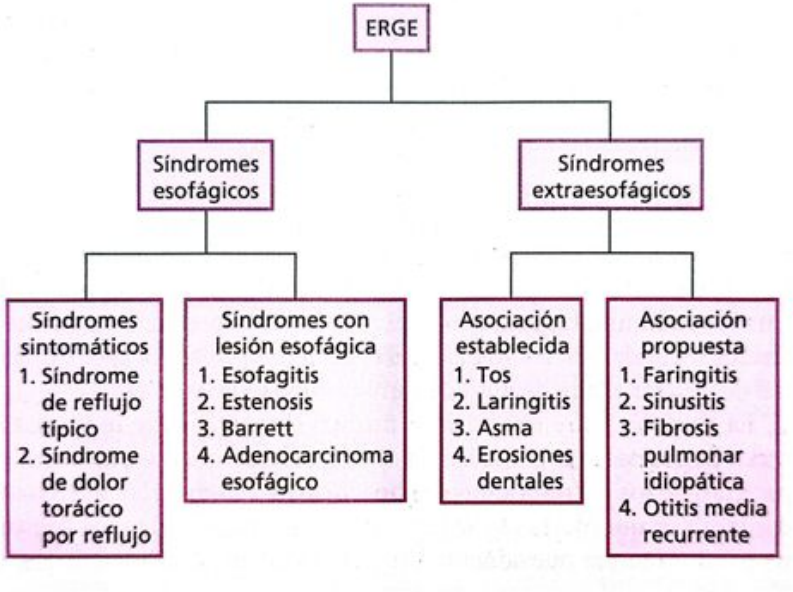


Figura 3-5 Clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) según el consenso de Montreal.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ERGE

Diagnóstico

- **manifestaciones clínicas**
- **Endoscopía**
- pH-metría
- manometría esofágica (control del esfinter esofágico inferior)

Tratamiento

- **medidas higiénico-dietéticas**
- cese tabáquico y del alcohol
- medicación
  - antagonistas H2: ranitidina 300mg, Famotidina 40mg
  - IBP (de preferencia): omeprazol 20mg; pantoprazol 40mg; esomeprazol 40mg, lanzoprazol 30mg

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ERGE

COMPLICACIONES

- **ESÓFAGO DE BARRETT**: “sustitución del epitelio escamoso del esofágico por epitelio metaplásico intestinal especializado” (lesión premaligna *metaplasia → displasia→ adenocarcinoma*).* Se realiza biopsia para confirmar Dx. y el tratamiento es el de la ERGE.
- Esofagitis por reflujo
- Hemorragia digestiva
- Adenocarcinoma*

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ERGE

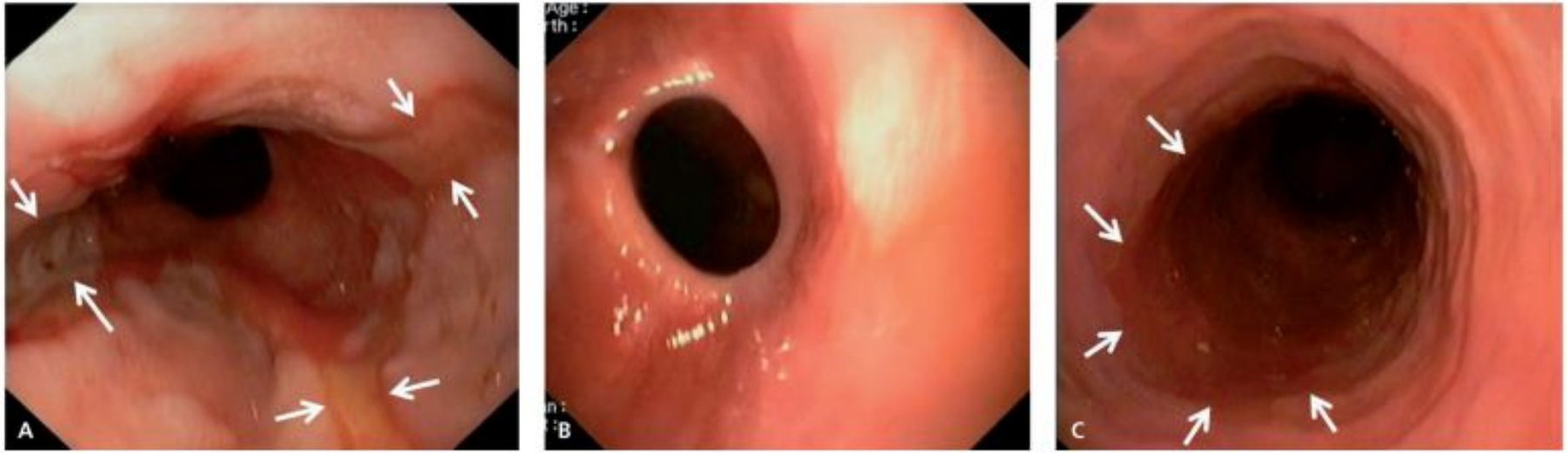
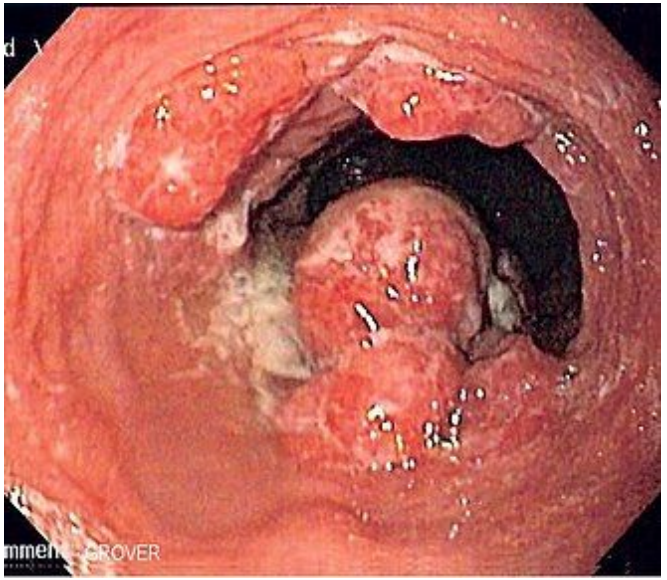


FIGURA 17-4 Lesiones esofágicas producidas por la enfermedad por reflujo gastroesofágico. **A.** Esofagitis erosiva por reflujo con úlcera esofágica asociada. **B.** Estenosis esofágica por reflujo. **C.** Esófago de Barrett.

CÁNCER ESOFÁGICO



carcinoma escamoso esofágico



Adenocarcinoma esofágico

CÁNCER ESOFÁGICO

- 15 casos / 100.000 hab por año en Argentina (incidencia y prevalencia depende de la región geográfica)
- Mayormente en varones (relación 4 a 1 con las mujeres)
- Carcinoma escamoso: alcoholismo, tabaquismo, tumores de cabeza y cuello, etc
- **Adenocarcinoma: metaplasia - *esófago de Barrett,*** tabaquismo, ERGE,
- Propagación linfática y por contigüidad (ej ganglio de Virchow - adenopatía supraclavicular izquierda).
- Tercio medio afectado en el 50% de los casos seguido por el tercio distal 35%.
- Síntoma principal: **DISFAGIA** tipo mecánico, progresiva: sólidos y luego lìquidos (**¡¡síntoma tardío!!**)
- Diagnóstico: clínica (sospecha) + endoscopía con toma de biopsia
- Tratamiento: abordaje multidisciplinario: cirugía

ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO

INFECCIONES ESOFÁGICAS

- CÁNDIDA
- HERPÉTICA
- CITOMEGALOVIRUS

DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS (zENKER)

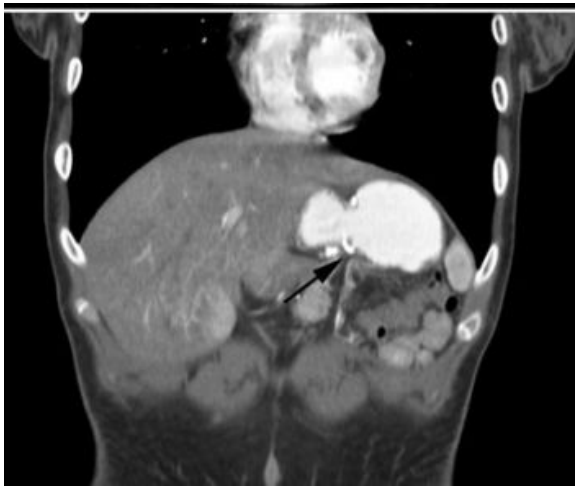
ESOFAGITIS: ACTÍNICA, MEDICAMENTOSA, ETC

LESIONES TRAUMÁTICAS DEL ESÓFAGO

- Síndrome de Mallory-Weiss
- Síndrome de Boerhaave
- Hematoma esofágico intramural

LESIONES EXTRÍNSECAS (COMPRESIÓN)

ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO



Sme. De Boerhaave



Sme. de Mallory - Weiss

ENF. DEL ESTÓMAGO y DUODENO

GASTRITIS y GASTROPATÍA

- GASTRITIS: respuesta inflamatoria de la mucosa gástrica (aguda o crónica)
- GASTROPATÍA: daño mucoso secundario a agentes físicos o químicos.
    - Agudas: H. Pylori, AINES, estrés
    - Crónicas: Gastritis atrófica corporal difusa (anemia perniciosa); granulomatosa; eosinofílicas, hipertróficas.

ÚLCERA PÉPTICA

- defecto de la mucosa gastrointestinal que se extiende a través de la *muscularis mucosae* y que permanece como consecuencia de la actividad de la secreción ácida del jugo gástrico.
- Alta prevalencia en Argentina. Afecta ambos sexos por igual mayormente entre los 55 y los 65 años de edad.
- Relacionado con H. Pylori, AINES, tabaquismo, etc.
- es de grado variable de acuerdo a la pérdida de sustancia de las capas histológicas gastro duodenal.
- Se debe a un desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa.
- Dolor epigástrico episódico postprandial de intensidad creciente.

ÚLCERA PÉPTICA

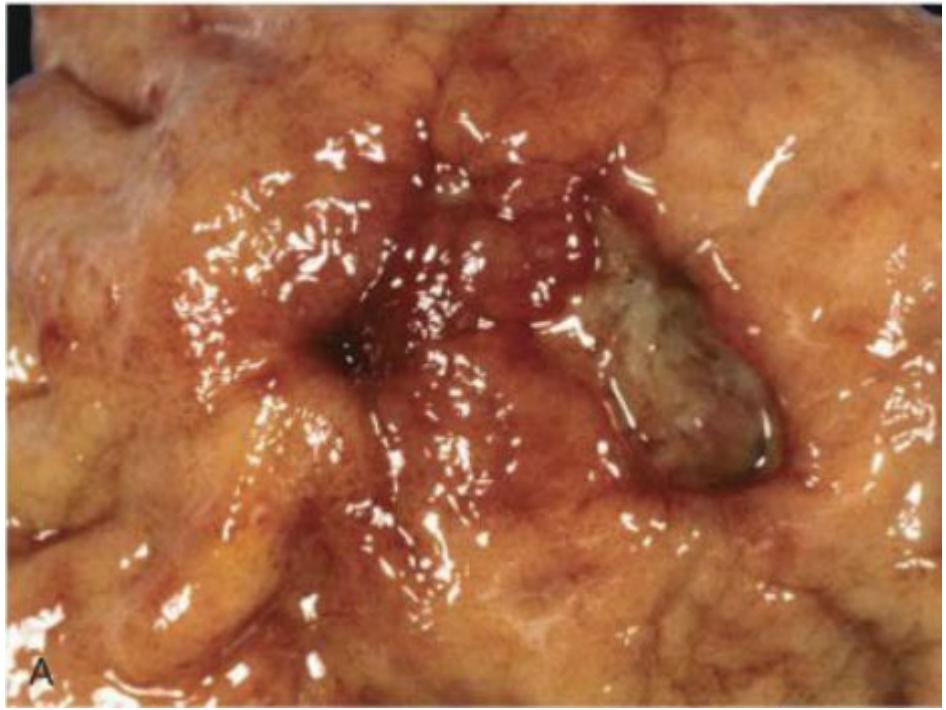
DIAGNÓSTICO

- Sospecha clínica + endoscopía

TRATAMIENTO

- factores de riesgo: AINES, otros irritantes.
- Secresión gástrica: IBP (omeprazol, pantoprazol, etc); anti H2 (ranitidina, etc).
- Tratamiento erradicador de H. Pylori (depende de la localización geográfica)

ÚLCERA PÉPTICA



ÚLCERA PÉPTICA

PRINCIPAL COMPLICACIÓN

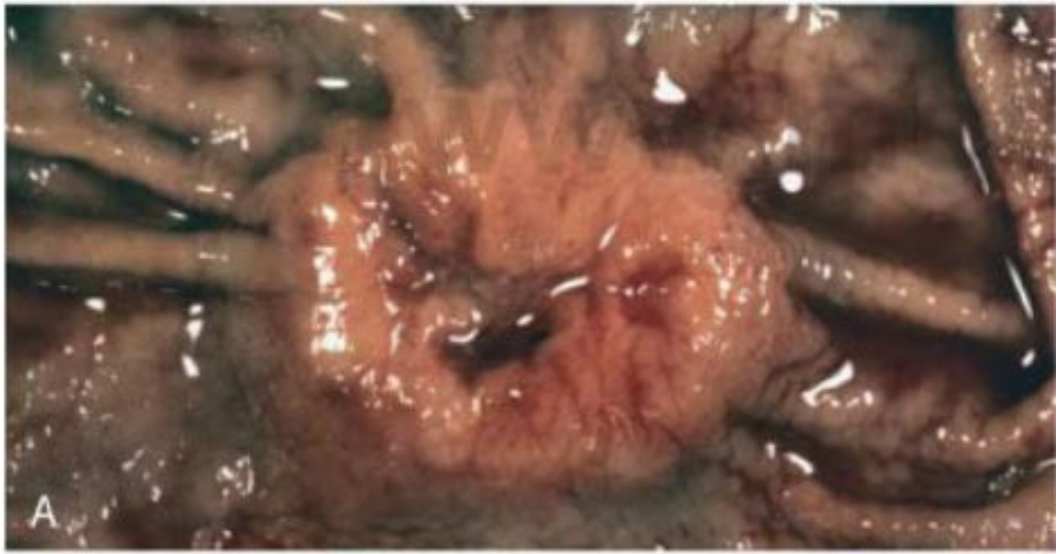
HEMORRAGIA DIGESTIVA

- **ALTA**: existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. Dolor epigástrico y aparición de **melena**. Se trata con IBP en dosis alta, endoscopía y cirugía si procede.
- **Baja:** localizada por debajo del ángulo de Treitz. patología anorectal, patologías del intestino delgado.

CÁNCER GÁSTRICO

- **adenocarcinoma gástrico:** entre el 90 y el 95% de los casos, seguido por linfomas, mesenquimales (*GIST)* y tumores neuroendócrinos/carcinoides
- 4 a 10 casos / 100.000 hab. en Argentina.
- De causa multifactorial:
  - H. Pylori
  - Hábitos dietéticos, tabaquismo, alcohol, etc
  - lesiones premalignas: gastritis atrófica, gastritis hipertrófica (Ménétrier); pólipos gástricos.
- el 80% de los casos cursa asintomático. Se debe sospechar en pctes con dispepsia, anorexia, pérdida de peso.
- Según la invasión de la pared gástrica se puede clasificar en precoz y tardío.
- Endoscopía, marcadores tumorales (CA 72-4, el CEA y el CA 19-9).

CÁNCER GÁSTRICO



SÍNDROME DE MALABSORCIÓN

- conjunto de trastornos producidos por una alteración en la digestión, absorción o transporte de nutrientes en el intestino delgado
- Causado por enfermedades mucosas, insuficiencia pancreática, alteraciones biliares o resección intestinal.
- Se manifiesta principalmente con diarrea crónica, esteatorrea, pérdida de peso y déficits nutricionales (anemia, hipovitaminosis y desnutrición).
- El diagnóstico combina evaluación clínica, estudios de laboratorio y pruebas etiológicas específicas. El tratamiento se basa en corregir la causa y el soporte nutricional

SÍNDROME DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

- **Definición**: grupo de enfermedades inflamatorias crónicas del tubo digestivo que incluye colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
- **Epidemiología**: mayor prevalencia en países desarrollados; aumento progresivo global; pico en adultos jóvenes.
- **Etiopatogenia / Fisiopatología**: respuesta inmune anormal frente a microbiota intestinal en individuos genéticamente predispuestos, con disfunción de la barrera intestinal e inflamación crónica.
- **Clínica**: diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso y manifestaciones extraintestinales (articulares, cutáneas, oculares).
- **Diagnóstico**: clínica + calprotectina fecal + endoscopia con biopsia + estudios de imagen.
- **Tratamiento**: mesalazina, corticoides, inmunomoduladores, biológicos (anti-TNF, vedolizumab, ustekinumab, tofacitinib) y cirugía en casos refractarios.

SÍNDROME DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Enfermedad de Crohn

- **Definición**: enfermedad inflamatoria crónica transmural, segmentaria, que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo.
- **Epidemiología**: aparece en adultos jóvenes; el tabaquismo aumenta riesgo y empeora evolución.
- **Etiopatogenia / Fisiopatología**: alteración inmunológica con predisposición genética y disbiosis intestinal que genera inflamación transmural, granulomas y daño estructural.
- **Clínica**: diarrea crónica no sanguinolenta, dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso y complicaciones (fístulas, estenosis, abscesos).
- **Diagnóstico**: colonoscopia con biopsia, RM/TC enterográfica, marcadores inflamatorios y evaluación de complicaciones.
- **Tratamiento**: budesonida/prednisona, azatioprina, mercaptopurina, metotrexato, anti-TNF (infliximab, adalimumab), vedolizumab, ustekinumab y cirugía en complicaciones.

SÍNDROME DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Colitis Ulcerosa

- **Definición**: inflamación crónica continua limitada al colon y recto, que afecta principalmente la mucosa.
- **Epidemiología**: incidencia en aumento mundial; afecta ambos sexos por igual; frecuente en adultos jóvenes.
- **Etiopatogenia / Fisiopatología**: respuesta inmune aberrante contra microbiota intestinal en individuos predispuestos, con inflamación mucosa continua desde el recto.
- **Clínica**: diarrea con sangre y moco, urgencia defecatoria, tenesmo y dolor abdominal; puede haber brotes.
- **Diagnóstico**: colonoscopia con biopsias, calprotectina fecal, marcadores inflamatorios y evaluación de extensión.
- **Tratamiento**: mesalazina oral y tópica, corticoides (prednisona, budesonida, beclometasona), inmunomoduladores (azatioprina, mercaptopurina), biológicos (infliximab, adalimumab, golimumab, vedolizumab, ustekinumab), tofacitinib y cirugía (colectomía) en casos graves.

ENFERMEDAD CELÍACA

- enteropatía autoinmune desencadenada por el gluten en individuos genéticamente predispuestos.
- inflamación y atrofia de la mucosa del intestino delgado con malabsorción variable.
- se asocia a múltiples manifestaciones y enfermedades sistémicas
  - Diabetes mellitus 1
  - tiroiditis autoinmune
  - dermatitis herpetiforme
  - anemia ferropénica
  - osteoporosis
  - amiloidosis
- El diagnóstico se basa en serología específica y biopsia intestinal.
- el tratamiento consiste en una dieta estricta libre de gluten

ENFERMEDAD CELÍACA

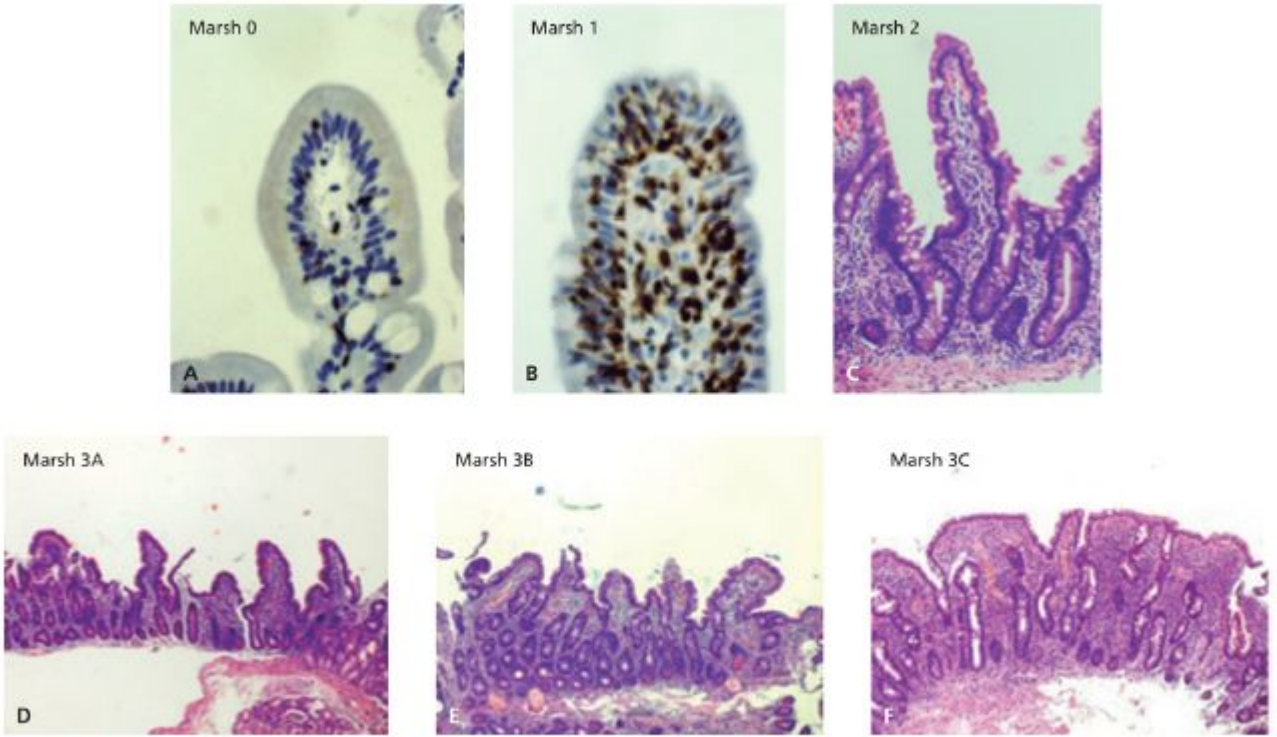


FIGURA 23-5 Clasificación histopatológica de la enfermedad celiaca según Marsh. **A.** Marsh 0: duodeno normal. **B.** Marsh 1: enteritis linfocítica. **C.** Marsh 2: hipertrofia de criptas. **D.** Marsh 3A: atrofia parcial. **E.** Marsh 3B: atrofia subtotal. **F.** Marsh 3C: atrofia total. *(Imágenes cedidas por el Dr. A. Salas, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Mútua Terrassa.)*

SÍNDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DE INTESTINO DELGADO

- El síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado ocurre por proliferación excesiva de bacterias debido a alteraciones del ácido gástrico, motilidad intestinal o inmunidad.
- Las principales causas son trastornos de motilidad, estasis intestinal, uso de inhibidores de bomba de protones, gastrectomía y enfermedades estructurales o funcionales.
- Produce malabsorción de grasas, hidratos de carbono y vitamina B12, causando diarrea, esteatorrea, anemia, pérdida de peso y distensión abdominal.
- El diagnóstico se basa en antecedentes clínicos, hallazgos de malabsorción y pruebas de aliento con glucosa o xilosa.
- El tratamiento incluye corregir la causa subyacente y administrar antibióticos orales como rifaximina, metronidazol o amoxicilina/clavulánico.

SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO

El síndrome del intestino corto ocurre tras resecciones extensas del intestino delgado (< 200 cm remanentes), causando disminución importante de la absorción intestinal.

Las principales causas son infarto mesentérico, enteritis por radiación, anomalías congénitas y enterocolitis necrosante.

Produce malabsorción de nutrientes, vitaminas, electrólitos y agua, ocasionando diarrea, pérdida de peso, desnutrición y anemia.

El diagnóstico se basa en antecedentes quirúrgicos, estudios de imagen y alteraciones de laboratorio como déficit de vitamina B12, calcio, magnesio y albúmina.

El tratamiento incluye soporte nutricional enteral o parenteral, control de diarrea, suplementos vitamínicos y, en casos graves, teduglutida o trasplante intestinal.



MUCHAS GRACIAS