

SINDROMES DIGESTIVOS

Cátedra de Semiología.
UHMI N°1. HNC
-2016-
Dra. Patricia Kitzman

Síntomas digestivos...



disfagia

dispepsia

constipación

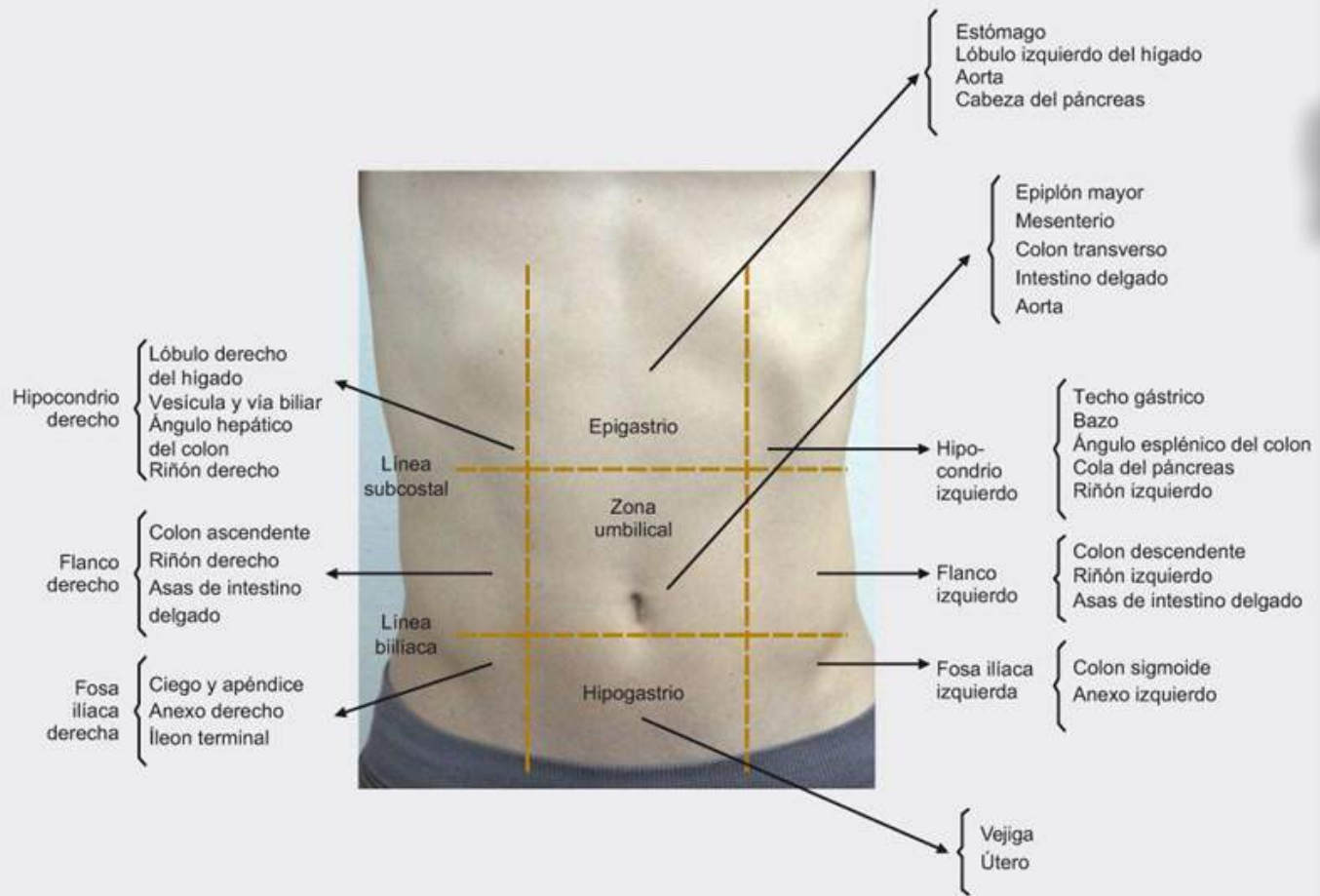
náuseas

hemorragia

síntomas
anorectales

diarrea

vómitos



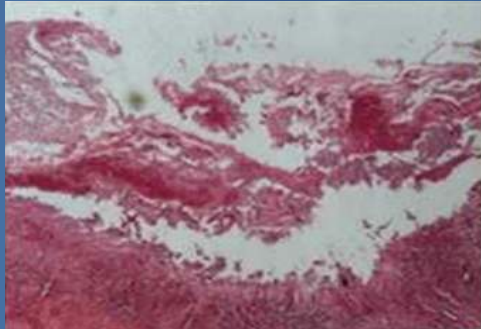
Síndromes Gástricos

Úlcera Péptica

Gastritis

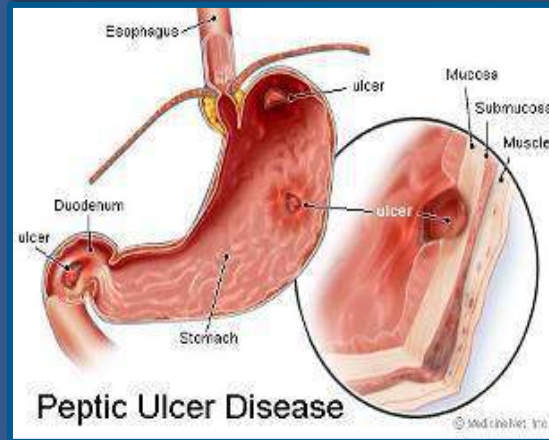
Definición

Conjunto de signos y síntomas producidos por una pérdida de sustancia de la pared gástrica que rebasa la membrana mucosa y la torna accesible al CIH y al reflujo alcalino.



Factores defensivos:

- barrera mucosa gástrica (lámina epitelial, producción de moco, secreción de bicarbonato)
- flujo sanguíneo local
- Pg E2



Factores agresivos:

- CIH
- pepsina
- ***Hp***
- AAS. AINE
- tabaco, stress
- factores genéticos
- S. Zollinger-Ellison

Helicobacter pylori

Gastritis antral

Aumento de la secreción
gástrica

Aumento de la acidez

Metaplasia gástrica en
duodeno

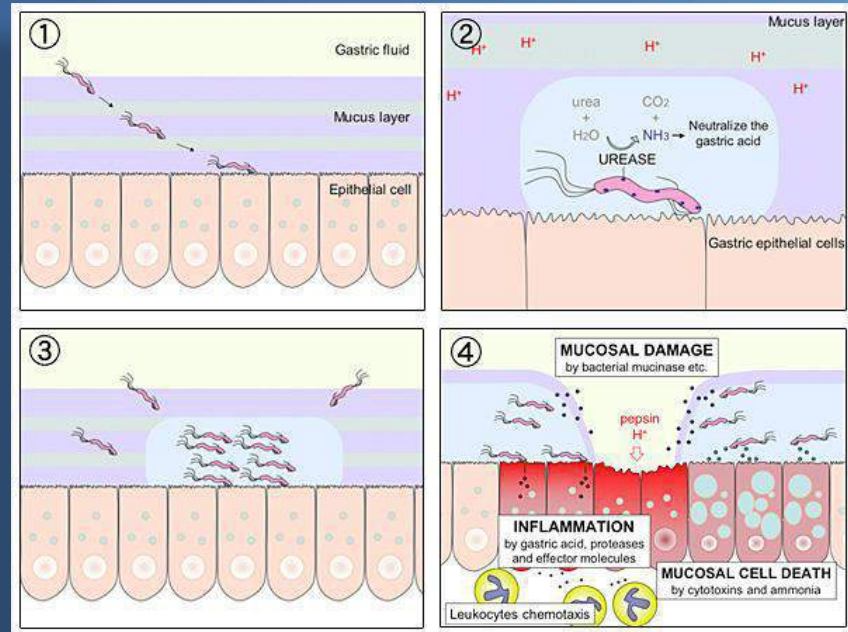
Colonización *Hp*

GASTRITIS

ULCERA PÉPTICA

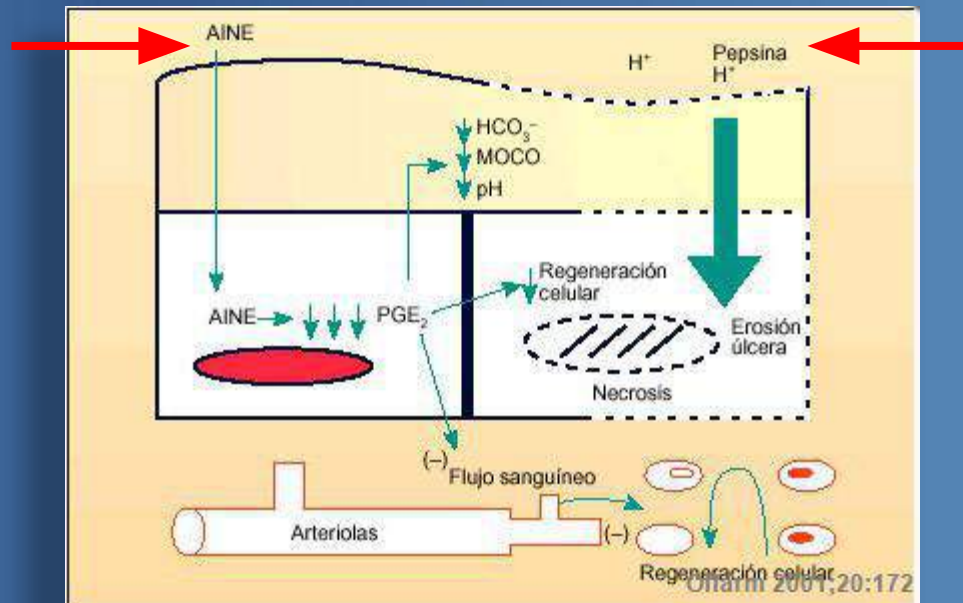
50% Población mundial

Bacilo Gram (-) espiralado



AINE

Acción sistémica



Acción local

Quemaduras
Sepsis
Hipotensión severa
Insuf. Respiratoria
severa

Stress fisiológico

Corticoides



Alcohol

Mate
Café

Tabaco

CAMBIOS EN HÁBITOS DE VIDA

Anamnesis

Edad

MC. AEA.

Episodios previos.
Métodos complementarios
previos.

- **Dolor:**
 - a la mañana temprano, entre comidas, durante la noche
 - calma con la ingesta de alimentos o antiácidos
 - dolor penetrante o quemante. Hambre dolorosa.

- Acidez. Pirosis
- Náuseas. Vómitos
- Hematemesis. Melena
- Anorexia. Pérdida de peso

- **Evolución:**
 - crónica y recurrente. Variación estacional.

Anamnesis

APF

Patrón alimentario

- Tipo de comida
- Horarios de ingesta

AHF

TM

- Tabaco. Alcohol.
- Medicamentos

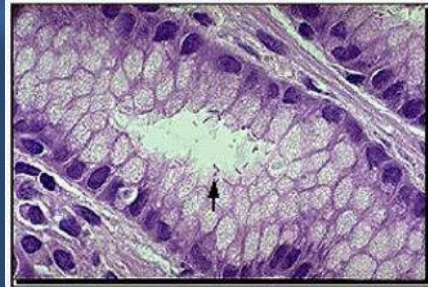
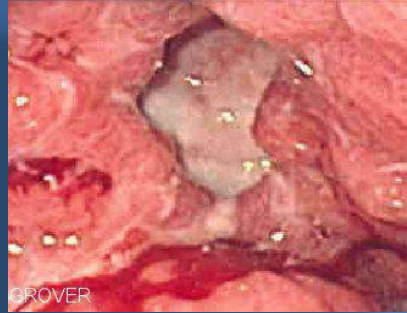
Examen Físico

- Puede presentarse discreto dolor epigástrico a la palpación.



Exámenes complementarios

- Endoscopía
- Biopsia
- Rx
- Estudio *Hp*
- Laboratorio



CUADRO 42-2-1. Sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas para *Helicobacter pylori*

Prueba diagnóstica	Sensibilidad	Especificidad
Serología	88-99%	86-95%
Prueba de la urea espirada	90-97%	90-100%
Endoscopia con cultivo	77-92%	100%
Con histología	93-99%	95-99%
Con prueba de la urea	89-98%	93-98%

©2013 Editorial Médica Panamericana

Estudio del *Hp*

Complicaciones

Síndrome Pilórico:

- **Oclusión del canal pilórico**

Hemorragia Digestiva:

- **Aguda:** hipovolemia
- **Crónica:** anemia ferropénica

Perforación:

- **Dolor epigástrico intenso**
- **Signos peritoneales**



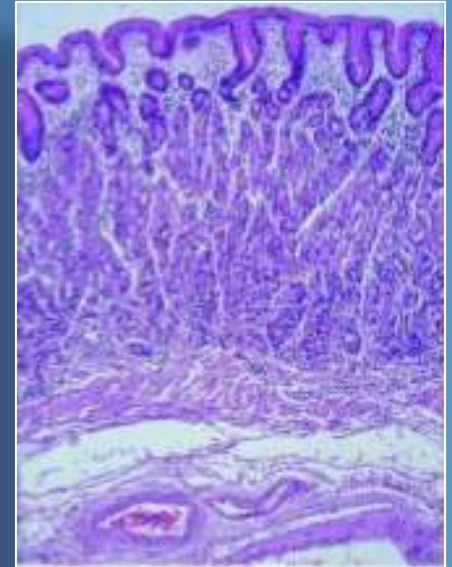
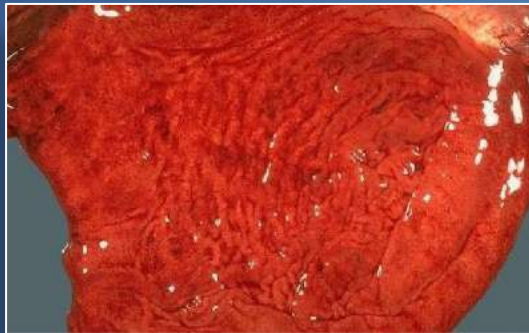
Síndromes Gástricos

Úlcera Péptica

Gastritis

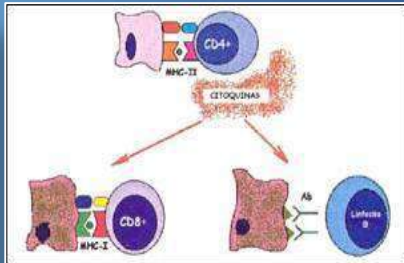
Definición

Inflamación de la mucosa gástrica asociado a un aumento de células inflamatorias de la mucosa.



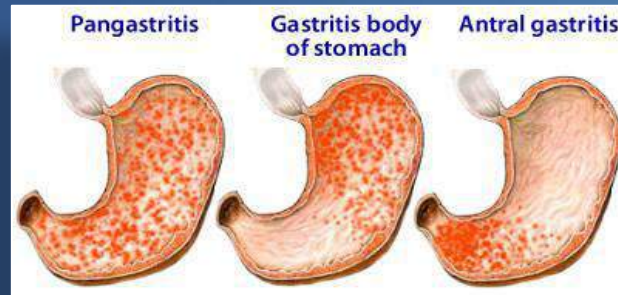
Etiología

- Reacciones de hipersensibilidad
- Secundarias a infecciones o procesos autoinmunes
- Fármacos
- Situaciones de máximo stress



Clasificación

- **De acuerdo a la evolución:** aguda - crónica
- **De acuerdo al segmento afectado:** antral - del techo - cardias.
- **De acuerdo al comportamiento:** erosiva - no erosiva (de glándulas fúndicas o Tipo A; superficial o Tipo B; pangastritis o tipo AB)



Manifestaciones Clínicas

- **Gastritis erosiva:**

- Asintomática o malestar epigástrico (dolor, acidez, náuseas)
- Hemorragia digestiva (hematemesis, melena)

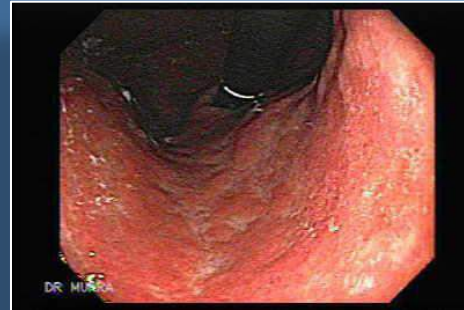
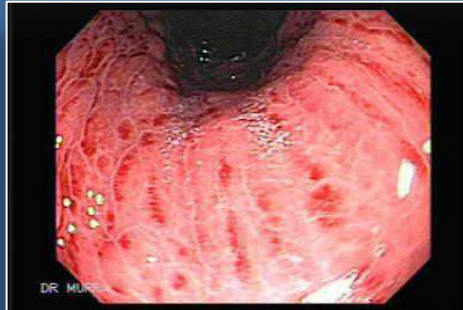


- **Gastritis no erosiva:**

- Asintomática o manifestaciones dispépticas (dolor abdominal recurrente, sensación de plenitud gástrica, meteorismo, eructos, acidez) o síntomas asociados con anemia perniciosa, hiporexia, pérdida de peso, hipotiroidismo.

Diagnóstico

- **Endoscopia**
- **Estudio de Hp**
- **Laboratorio:** alteraciones hematológicas (anemia megalobástica, deficit de Fe, deficit de B12, deficit de Ácido fólico)





Caso clínico

Pablo, de 50 años, fumador de 40 cigarrillos diarios, consulta por un **dolor quemante**, moderadamente intenso, en la **región epigástrica** que aparece 2 horas después de la ingesta y se alivia si vuelve a comer. En algunas ocasiones, el dolor lo ha despertado por las noches. El paciente mantiene un buen estado general, no ha adelgazado y el ritmo de sus deposiciones es normal, aunque en algunas oportunidades ha presentado **estado nauseoso posprandial**. Se le ha realizado una seriada gastroduodenal que se informó como normal, pero que demostró una deformación de los pliegues a nivel del antro y un marcado reflujo duodenal.



Los síntomas son compatibles con un **síndrome ulceroso**.

Se solicitaron estudios complementarios, endoscopia esofagogástrica que demostró una pequeña úlcera en el antro gástrico a nivel de la curvatura menor, con biopsia del borde de la úlcera y toma para el diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*.

Se le indicó tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones, dieta y antiácidos, con lo cual mejoraron los síntomas.

Síndromes Intestinales

**Síndrome de
Intestino Irritable**

Definición

Alteración funcional del tubo digestivo caracterizado por **dolor crónico** o **malestar abdominal** y **alteración en el ritmo intestinal** en ausencia de una causa orgánica por lo menos durante tres meses.

Trastorno gastrointestinal más diagnosticado (10-20% adultos)

El diagnóstico se realiza **por exclusión** de otras enfermedades intestinales orgánicas.



CUADRO 42-7-1. Criterios diagnósticos de Roma III para el síndrome del intestino irritable (SII)

Malestar o dolor abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado con 2 o más de los siguientes criterios:

- Mejoran con la defecación
- Su comienzo se asocia con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Su comienzo se asocia con un cambio en la forma (aspecto) de las deposiciones

Los criterios deben estar presentes en los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado al menos 6 meses antes

Las siguientes manifestaciones no son esenciales para el diagnóstico, pero si están presentes aumentan la seguridad del diagnóstico y pueden usarse para identificar subgrupos de pacientes con SII:

- Frecuencia anormal de las deposiciones (> 3/día o < 3/semana)
- Forma anormal de las deposiciones (grumosas/duras o blandas/acuosas) en más del 25% de las defecaciones
- Defecación anormal (esfuerzo, urgencia o sensación de evacuación incompleta) en más del 25% de los casos
- Eliminación de mucosidad en más del 25% de las defecaciones
- Meteorismo y sensación de distensión abdominal en más del 25% de los días

Fisiopatología:

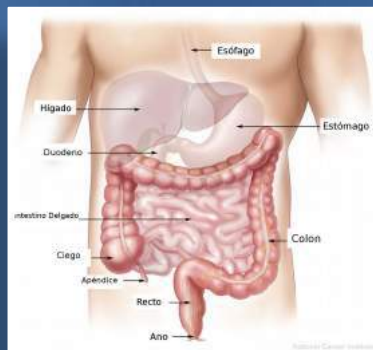
- Disfunción de la motilidad colónica con aumento de la actividad de las ondas lentas no asociadas con contracciones propulsivas en colon distal y recto.
- Alteraciones de la motilidad en respuesta a estímulos como el comer o estados emocionales.
- Alteraciones en la motilidad y capacidad absortiva de colon ascendente e intestino delgado.
- Mayor sensibilidad a la distensión de vísceras huecas.
- Factores psicosociales.



disregulación del dolor

fallo en activación de circuitos
inhibidores del dolor

activación de circuitos
facilitadores del dolor



Clínica:

- **Alteraciones del hábito evacuatorio:**
 - constipación
 - diarrea
 - alternancia de ambas
- **Dolor:**
 - hemiabdomen inferior (u otro cuadrante)
 - en gral desaparece con la evacuación
 - asociado a cambios en la frecuencia o consistencia de las heces.



Enfoque diagnóstico:

- **Anamnesis:**

NO son frecuentes en SII:

- dolor abdominal o diarrea que despiertan al paciente
- pérdida de peso
- fiebre
- sangre en materia fecal
- grasa en materia fecal

Enfoque diagnóstico:

- **Examen Físico:**
 - De escaso valor.
 - Su normalidad descarta otras patologías.
 - Eventualmente marco colónico doloroso.



Enfoque diagnóstico:

- **Laboratorio:**
 - Normales, excluyen otras patologías.
 - Estudio químico, citológico y parasitológico de materia fecal.
 - Descartar: enfermedades metabólicas (Hipertiroidismo, Addison, Diabetes), neoplasias, EII.



Clínica:

Síntomas frecuentes:

- Desaparición del dolor con la evacuación intestinal
- Alteración en la consistencia de las heces
- Aparición de moco
- Sensación de evacuación incompleta
- Sensación de distensión abdominal.

Caso clínico



Rosario, de 27 años, relata que en el último año, coincidiendo con **situaciones conflictivas**, percibe sensación de **distensión abdominal**, **modificación de su ritmo evacuatorio** con episodios de diarrea y **dolor** en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, que ceden con la evacuación. El examen físico y unos análisis de laboratorio realizados recientemente, son normales.

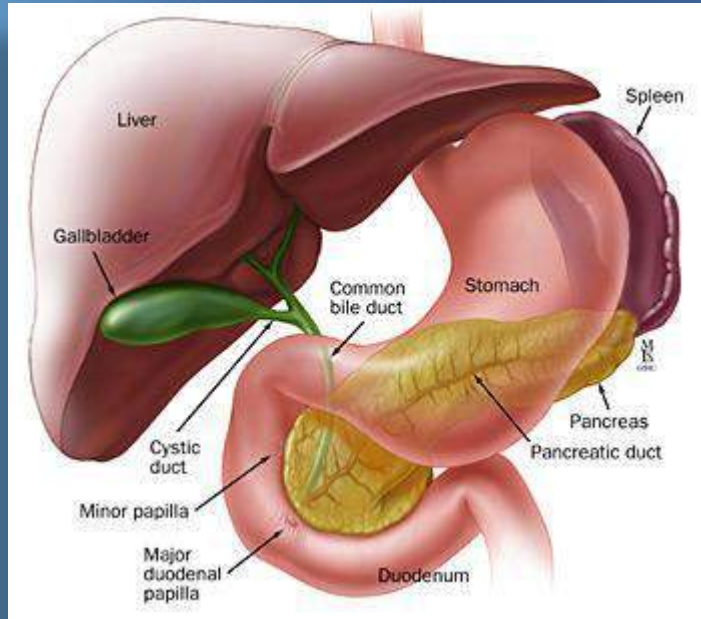


La **edad** de la paciente y la **ausencia de antecedentes importantes**, junto con la presencia de **factores psíquicos desencadenantes** y un **examen físico** y **estudios de laboratorio** normales, orientan hacia el diagnóstico de **intestino irritable**.

En el interrogatorio deben consignarse también la **ausencia de síntomas de compromiso del estado general**, así como de pus y sangre en la evacuación, que obligarían a descartar otra patología. En esta paciente conviene iniciar tratamiento con la presunción de una patología funcional y observar su evolución.

No se justifica inicialmente realizar otros estudios complementarios.

Síndromes Pancreáticos



- Glándula pequeña y profunda (retroperitoneo)
- No posee cápsula propia.
- Glándula exocrina y endocrina.



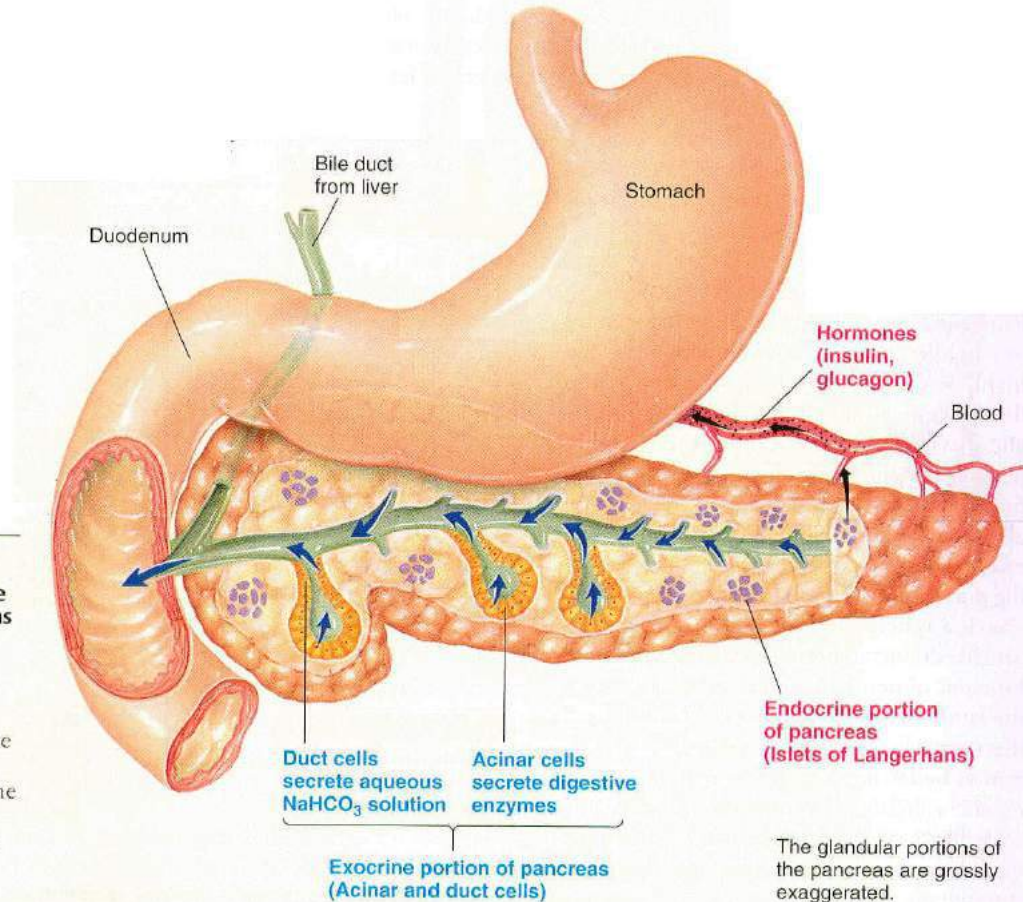


FIGURE 16-18

Schematic representation of the exocrine and endocrine portions of the pancreas

The exocrine pancreas secretes into the duodenal lumen a digestive juice composed of digestive enzymes secreted by the acinar cells and an aqueous NaHCO_3 solution secreted by the duct cells. The endocrine pancreas secretes the hormones insulin and glucagon into the blood.

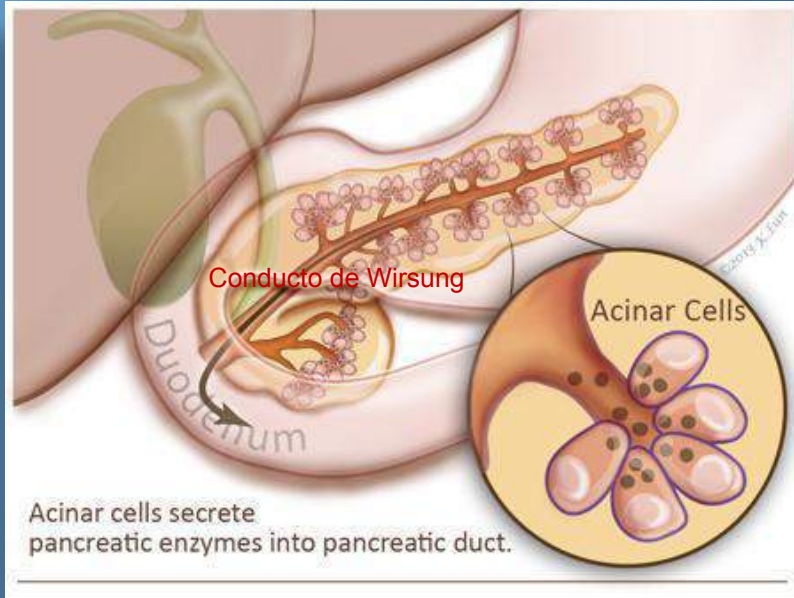
Duct cells secrete aqueous NaHCO_3 solution

Acinar cells secrete digestive enzymes

Exocrine portion of pancreas (Acinar and duct cells)

Endocrine portion of pancreas (Islets of Langerhans)

The glandular portions of the pancreas are grossly exaggerated.



- Secreción diaria: 1500 ml.
- Líquido claro, inodoro, fluido, de baja viscosidad, pH 7,5-8,5.
- Compuesto por H₂O, electrolitos (Na, K, NaHCO₃), proteínas (90% **enzimas y proenzimas**).

Enzimas activas:

Lipasa

Amilasa

Ribonucleasa

Enzimas inactivas:

Tripsinógeno

Profosfolipasa A

Proelastasa

Quimiotripsinógeno

Procarboxipeptidasa

A y B

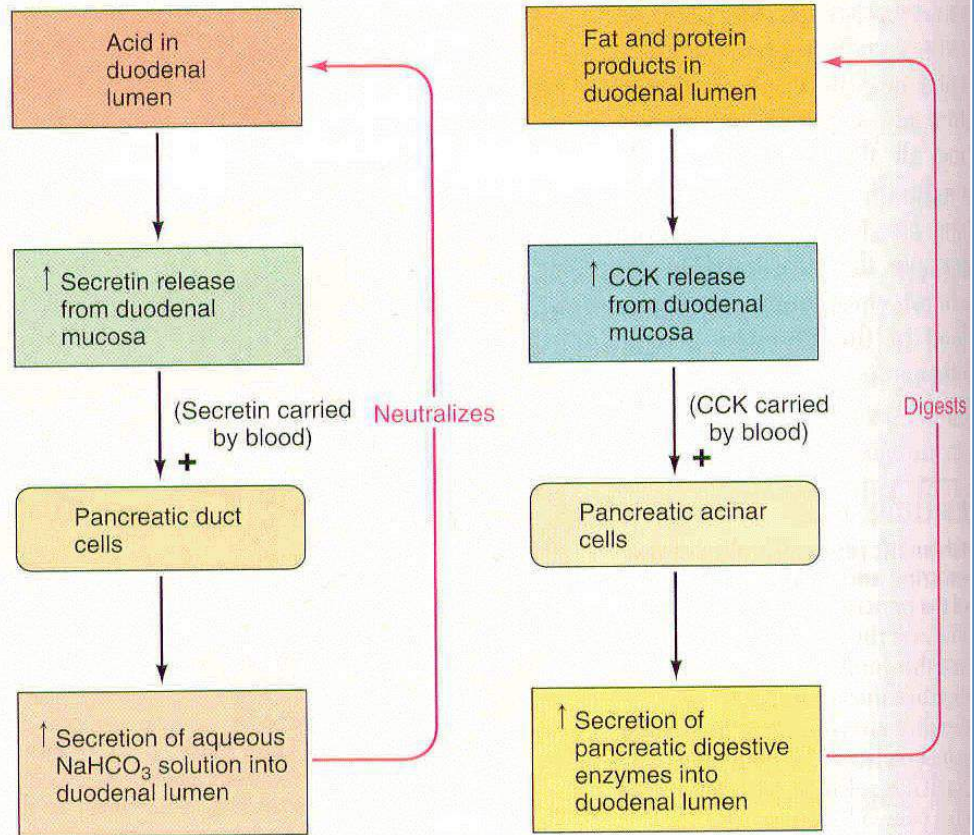
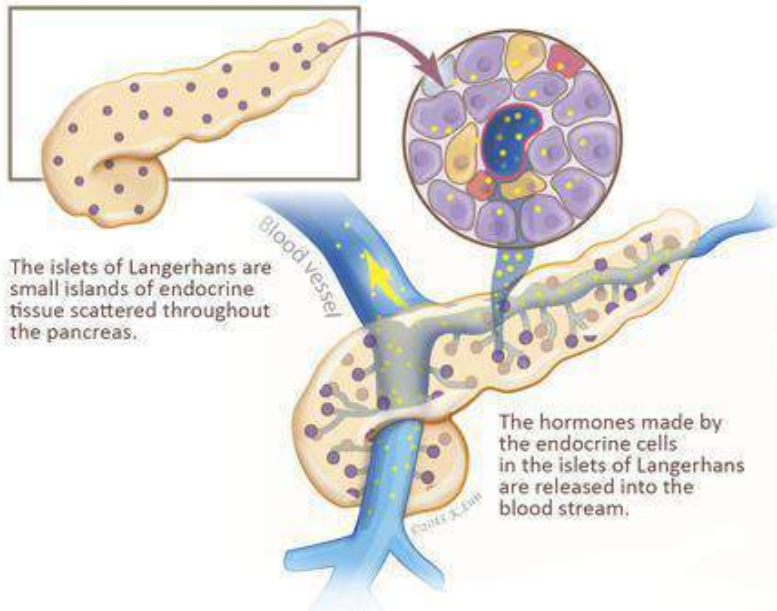


FIGURE 16-19
Hormonal control of pancreatic exocrine secretion



Secreción endocrina:

- Insulina
- Glucagón

Síndromes Pancreáticos

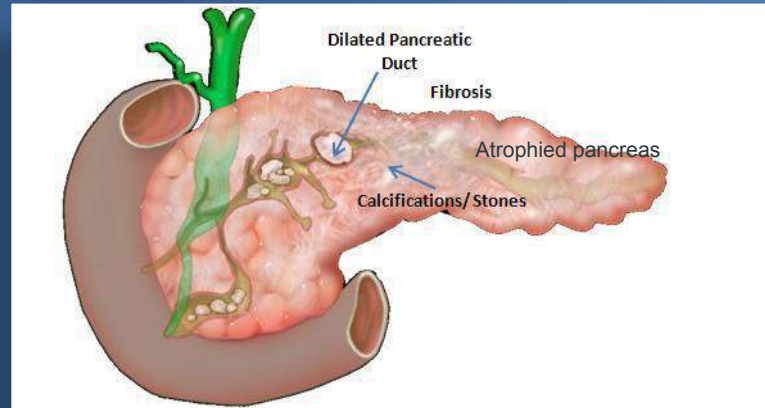
Pancreatitis aguda

Pancreatitis crónica

Ca de páncreas

Definición

Se caracteriza por el **reemplazo de las células acinares por tejido fibroso** con focos de **inflamación, edema, necrosis, metaplasia** y **dilatación del sistema ductal** con depósito variable de sales de **calcio**.



Etiología

Causas de Pancreatitis Crónica

Pancreatitis crónica calcificante

Alcoholismo crónico

Hiperlipidemia

Hipercalcemia-hiperparatiroidismo

Tropical, nutricional

Hereditaria

Idiopática

Atrofia senil/pancreática

Pancreatitis obstructiva

Malformaciones congénitas de la encrucijada biliopancreática

Neoplasias de páncreas, ampolla de Vater, colédoco, duodeno

Estenosis del conducto pancreático o de la ampolla

- Obstrucción de los conductos pancreáticos por precipitado de

- Obstrucción del conducto pancreático principal, dilatándose en forma uniforme, sin tapones proteicos ni calcificaciones

de inflamación, edema, necrosis, metaplasia y dilatación del sistema ductal

Manifestaciones Clínicas

Dolor

- Crisis dolorosas epigástricas tras ingerir alimentos.
- Posición antiálgica de flexión del tronco.
- Pueden durar horas y desaparecer espontáneamente. En la pancreatitis aguda – horas a días – forma de cinturón, hacia el abdomen superior.
- Su persistencia y reaparición recurrente repercutiendo en su estado de salud.
- El inicio y el agravamiento se relacionan con la inflamación intraparenquimatosa y ductal, y a la inflamación por la fibrosis.



consumo excesivo de alcohol o

los cuales pueden simular una crisis aguda, ansfioxante, irradiado en todo el abdomen superior.

Se recomienda restringir su alimentación

hasta la resolución de la presión

Manifestaciones Clínicas

Diarrea Pancreática



Heces grasosas
y con olor fétido

Pérdida



Pérdida de peso



Diabetes

Diabetes

- 1/3 pacientes. En estadios avanzados por destrucción parenquimatosa.

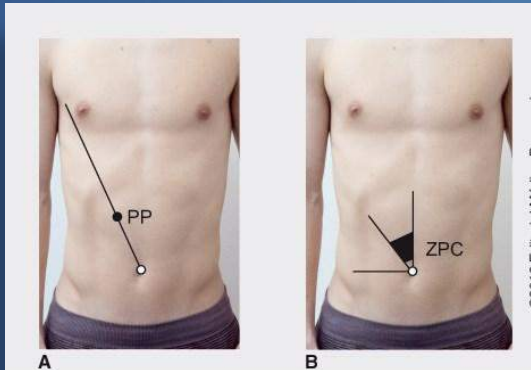
Enfoque diagnóstico:

- **Anamnesis:**
 - Interrogatorio de los **síntomas dolorosos** característicos.
 - Antecedentes de **alcoholismo crónico** o **enfermedad litiásica vesicular.**



Enfoque diagnóstico:

- **Examen Físico:**
 - **Signos carenciales** ligados a la pérdida de peso.
 - Puede haber **palpación epigástrica dolorosa**.
 - **Puntos dolorosos pancreáticos** (poco sensibles y específicos).



PP: punto pancreático de Desjardin
ZPC: zona pancreático-coledociana de Chauffard

Exámenes complementarios

Laboratorio

- Enzimas pancreáticas: **amilasa** y **lipasa** en gral **normales**.
- **> Amilasa** :obstrucción pancreática por pseudoquistes.
- **Hiperglucemia, glucosuria, POTG anormal, bajos**

Pruebas Funcionales Pancreáticas

- **Comida de prueba** (medición de niveles de tripsina)
- **Prueba de estimulación o prueba de secretina** (medición de volumen de secreción pancreática y NaHCO_3)

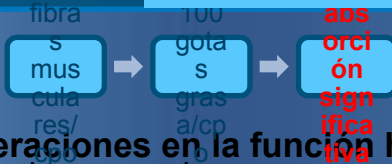
grasas,
agua) y

paciente

Exámenes complementarios

Laboratorio

- Enzimas pancreáticas: **amilasa** y **lipasa** en gral **normales**.
- > **Amilasa** :obstrucción pancreática por pseudoquistes.
- **Hiperglucemia, glucosuria, POTG anormal, bajos niveles de insulina.**
- **Materia fecal: esteatorrea** (*heces voluminosas, grasas, de color masilla, muy olorosas que* Prueba de Van del Kamer: detección de grasa en MF)



- **Alteraciones en la función hepática** si es un paciente alcohólico crónico con cirrosis agregada.

Exámenes complementarios

Pruebas Funcionales Pancreáticas

- **Comida de prueba** (medición de niveles de tripsina).
- **Prueba de estimulación o prueba de secretina** (medición de volumen de secreción pancreática y NaHCO_3)
- **Todos los parámetros se encuentran disminuidos.**

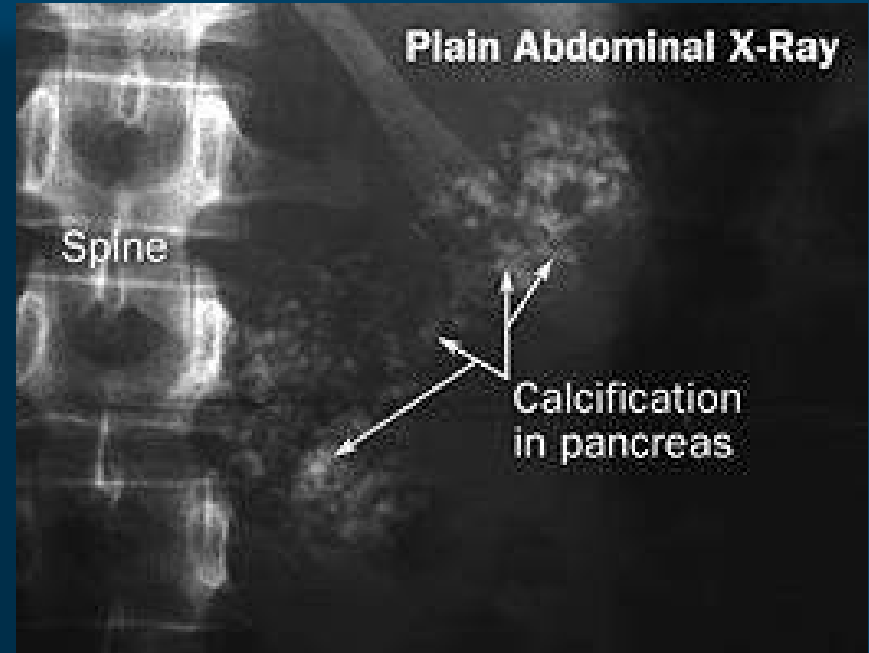
Estudios por Imágenes:

Ecografía



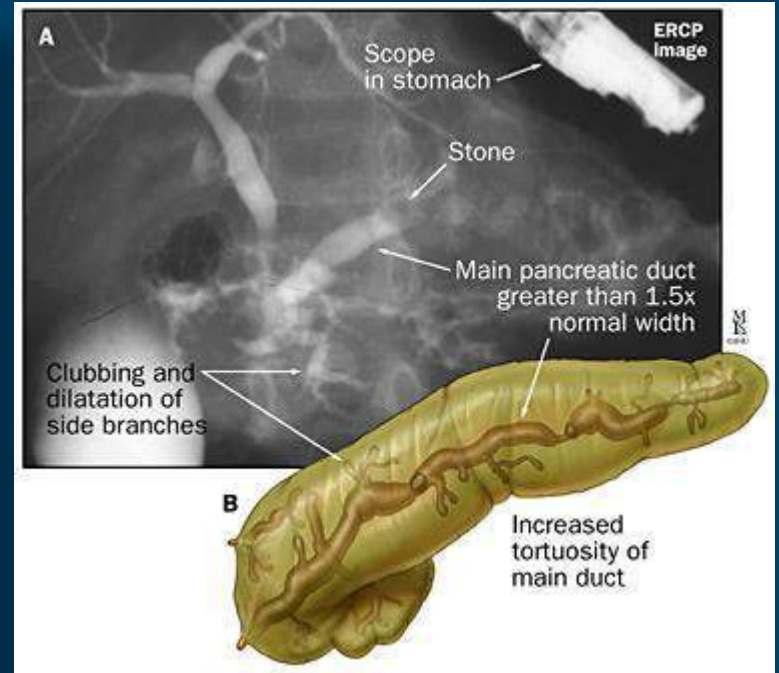
Estudios por Imágenes:

Radiología



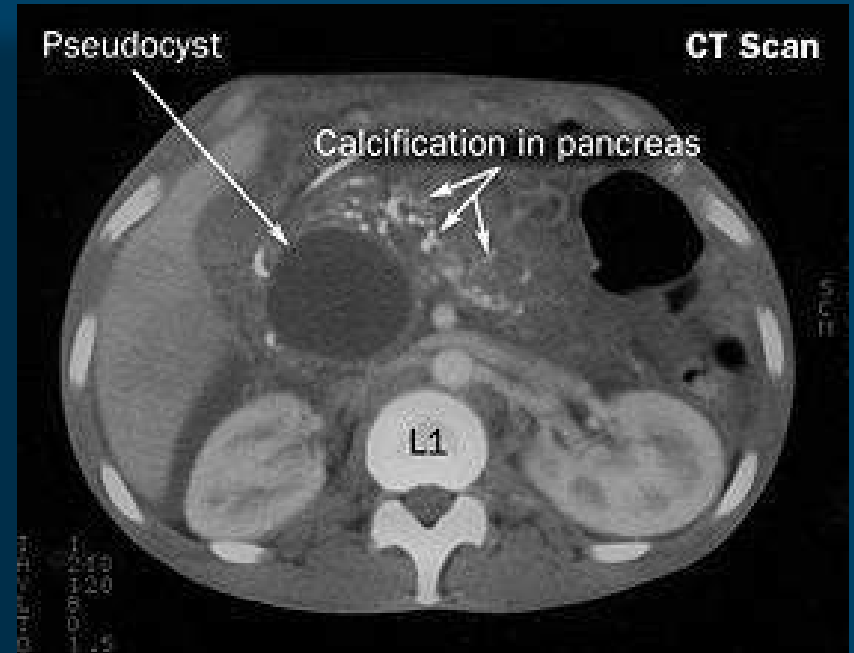
Estudios por Imágenes:

Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE)



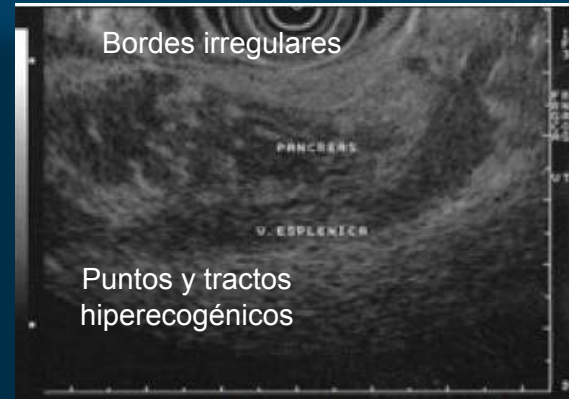
Estudios por Imágenes:

TAC



Estudios por Imágenes:

Ecografía endoscópica



Caso clínico



Ramiro, de 50 años, concurre a la consulta refiriendo un **dolor** en la región epigástrica, después de las comidas, que le impide la alimentación normal y que en ocasiones le produce **vómitos** que no alivian el dolor. Refiere una **pérdida paulatina de peso** y, en ocasiones, **diarreas** abundantes, pastosas y malolientes. Entre sus antecedentes refiere ingesta importante de bebidas blancas. El examen físico muestra un paciente sumamente **adelgazado**, con **dolor importante en la palpación** de la región epigástrica y en el punto pancreático coledociano. Hay **signos dermatológicos** evidentes de carencias vitamínicas e ictericia leve. Los análisis de laboratorio no indican alteraciones enzimáticas pancreáticas, pero sí hay **anemia hipocrómica** y moderada **hiperglucemia**.



Los **síntomas** y **signos** son característicos de una **pancreatitis crónica** (*dolor epigástrico postprandial, pérdida de peso progresiva y esteatorrea*).

El **antecedente personal** de **ingesta alcohólica** durante varios años, la **historia** de episodios de **dolores postprandiales** y el **deterioro progresivo del estado general** apoyan el diagnóstico.

Si bien los exámenes rutinarios no son específicos, el **examen de la materia fecal**, que demuestra **esteatorrea** y **creatorrea**, y la **CPRE**, que mostró la típica imagen de pancreatitis crónica ("cadena de lagos"), hicieron el diagnóstico de esa enfermedad.

Por otra parte, tanto la TAC como la CPRE ayudan a **diferenciar** este cuadro del **cáncer de páncreas**, que siempre se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la pancreatitis crónica.

Criterios para el diagnóstico de PC:

Síntomas clínicos

Dolor
Ataques recurrentes de pancreatitis aguda
Esteatorrea
Diabetes
Complicaciones de pancreatitis crónica

Imágenes diagnósticas

Cambios ductales: irregularidad del conducto de Wirsung o sus ramas con defectos de relleno o sin ellos, cálculos, estructura o dilatación ductal (> 3 mm)
Cambios parenquimatosos: aumento difuso o localizado de la glándula, quistes o calcificaciones

©2013 Editorial Médica Panamericana

Complicaciones

Obstrucción o estenosis de la vía biliar con colestasis o ictericia
Obstrucción o estenosis duodenal con signos clínicos
Obstrucción o estenosis vascular con signos de hipertensión portal o esplénica
Seudoquistes pancreáticos complicados (infección, hemorragia, compresión de órganos adyacentes)
Fístula pancreática
Ascitis pancreática
Otras complicaciones raras en relación con los órganos vecinos (estrechez colónica, pseudoquiste esplénico, etc.)

Al menos un síntoma clínico o complicaciones relacionadas, acompañados de alteraciones características en las imágenes o pruebas funcionales pancreáticas

