

Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, Instituto
Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló,
Facultad de Medicina

Curso Universitario Trienal de Clínica Médica -
Medicina Interna, Sociedad de Medicina Interna de Buenos-
Aires Universidad Barceló. 2025

Directores: Dr. Roberto Reussi / Dr. Miguel Angel Falasco

Subdirectores: Dr. Jorge Mercado / Dra. Viviana Falasco

Secretarios: Dr. Rodolfo Bado / Dra. Silvia Falasco

Vocales: Dr. Rodolfo Maino / Dr. Federico Marongiu / Dra. Ana Matilde Israel

Miembros Honorarios: Dr. Florencio Olmos / Dr. Oscar Canteli

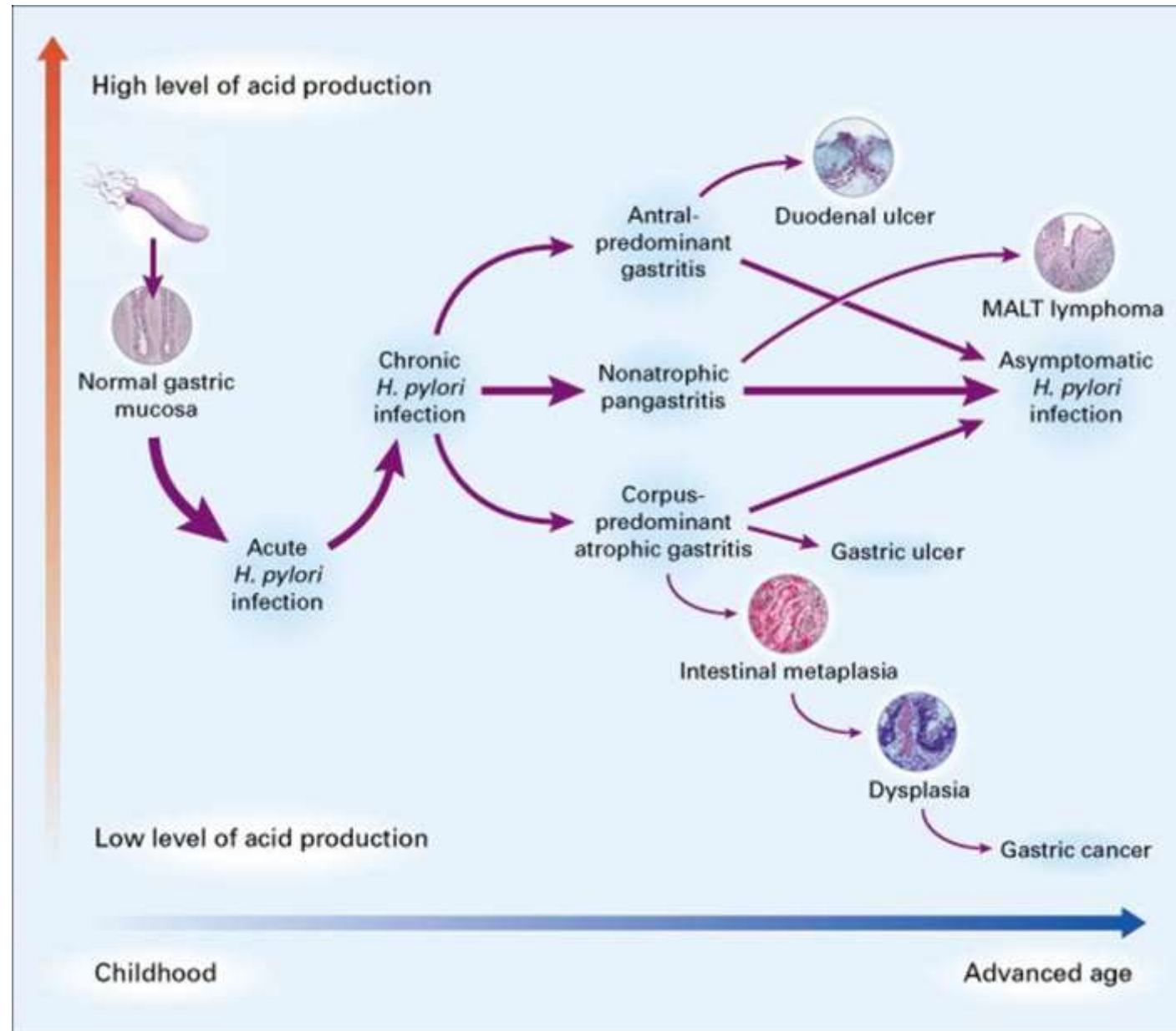
“Preguntas introductorias al Módulo de Gastroenterología”

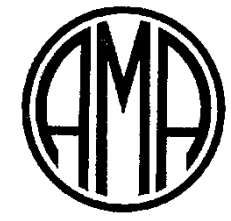
Los 10 Tips más importantes en Gastroenterología



1- La infección crónica por HP de cuerpo gástrico predominantemente “gastritis atrófica” se asocia con el desarrollo de

- A. Linfoma MALT y cáncer gástrico
- B. Úlcera péptica duodenal
- C. Úlcera péptica gástrica
- D. Úlcera péptica gástrica y cáncer gástrico
- E. B y C





2- **Caso Clínico.** Paciente de 40 años con antecedentes de talasemia, consulta por diarrea de 2 meses de evolución, continua, diurna y nocturna de escaso volumen con pujos, tenesmo, moco, pus y sangre acompañado de pérdida de peso y dolor en flanco y FII. Al examen físico presenta palidez de piel y mucosas. Dolor a la palpación del colon sigmoides. Ud. está pensando en.....

- A. Enfermedad celíaca
- B. SII
- C. EII
- D. Ca de colon
- E. SIBO



Con su impresión diagnóstica solicita

- A. VEDA- VCC- laboratorio completo con perfil del hierro, PCR, coprocultivo, calprotectina fecal
- B. VCC- laboratorio completo con perfil del hierro, PCR, p-ANCA; x-ANCA, coprocultivo, calprotectina fecal
- C. VCC- laboratorio completo con perfil del hierro, PCR, p-ANCA; x-ANCA, coprocultivo, calprotectina fecal, TC abdomen con cte
- D. Todas son correctas



Algunos resultados que permitirán orientarlo:

anemia ferropénica, ERS y PCR elevadas, p-ANCA +, calprotectina fecal aumentada, VCC con patrón continuo de mucosa ulcerada, friable, con erosiones y pérdida del patrón vascular en recto y colon sigmoides. Se toman biopsias. Impresión diagnóstica:

A. Enfermedad de Crohn

B. Colitis ulcerosa

Informe histopatológico que confirma diagnóstico: distorsión de la arquitectura de las criptas, infiltrado linfoplasmocitario en la lámina propia, presencia de criptitis, abscesos de cripta, así como disminución de las células caliciformes



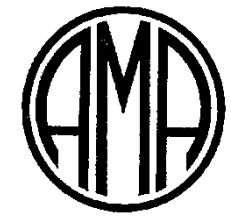


Los 10 tips en Gastroenterología



1- **La disfagia esofágica** por obstrucción mecánica es una disfagia a alimentos sólidos. Si es progresiva, en sujetos mayores de 50 años, con factores de riesgo, presenta pérdida de peso y rápida evolución pensar en CÁNCER

2- En pacientes con **ERGE** es indicación de VEDA la presencia de hematemesis, descenso ponderal, odinofagia, disfagia, atascamiento alimentario, edad mayor a 50 años, más de 5 años de evolución y presencia de masa palpable en hemiabdomen superior. 10% de las consultas ORL se deben a manifestaciones de la ERGE- tos, disfonía, laringitis. Otros: asma, erosión dental y trastorno del sueño.



3- **90-95% UD y 70% UG son H Pilory +.** Buscar HP en pacientes con UP, Linfoma MALT, tratamiento con AINES por períodos largos, anemia ferropénica de etiología no aclarada, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, antec familiar de Adenaca. gástrico, cirugía bariátrica.

La UG requiere siempre control endoscópico.

La clasificación de Forrest permite inferir el riesgo de resangrado.

Los AINE's dañan la mucosa gástrica por el efecto tópico irritante e indirecta o sistémica por la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Usar en la menor dosis útil, por el menor tiempo posible, y dando prioridad a los compuestos menos lesivos para el aparato digestivo

Úlcera Péptica

Clasificación de Forrest (riesgo de resangrado)

Forrest Ia



67 a 95 %

Forrest Ib



67 a 95 %

Forrest IIa



25 a 55 %

Forrest IIb



15 a 30 %

Forrest IIc



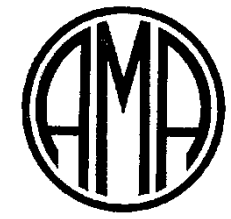
4 a 7 %

Forrest III



0 a 5 %

Laine L. New England Journal of Medicine 1994



4- En **hemorragia digestiva la** HDB es 5 veces menos frecuente que HDA, 85 a 90% se autolimita. Aguda puede presentarse con Hematoquezia, melena.

Etiología más frecuente divertículos y ectasias vasculares

HDA hasta ampolla de Vater. Etiología más frecuente: UP, Gastritis erosiva, várices esofágicas. No variceal se autolimita en 85-90%

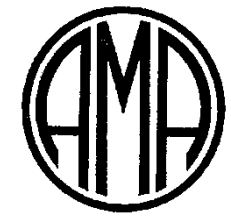
5- La **enfermedad celíaca** se diagnostica por serología (ac. Antitransglutaminasa Ig A, Ig A total, ac. Antipéptidos deaminados de la gliadina Ig G) más biopsia estando el paciente bajo la ingesta de gluten. No clásico: menarca tardía, abortos recurrentes, infertilidad, aumento transaminasas, osteoporosis, osteopenia, fracturas



6- **EII. La CU** está limitada al colon con presencia de rectitis. Afecta en forma continua a la mucosa. Frecuente sangrado rectal

La **EC** localización desde la boca al ano, transmural, granulomatoso y cicatrizante, de inicio submucoso, afectación discontinua y asimétrica. Frecuente fístulas internas y externas y estenosis

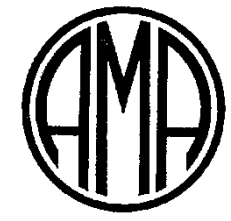
ERS- PCR- calprotectina MF- ANCA- ASCA



7- Para **diagnóstico de pancreatitis aguda** clínica – laboratorio (amilasa inespecífica, lipasa)- imágenes. La TC frente duda diagnóstica 24-48 hs. A la semana en casos graves o complicaciones. El ayuno prolongado aumenta riesgo de infección, SIRS, mortalidad. Antimicrobianos ante infección documentada.

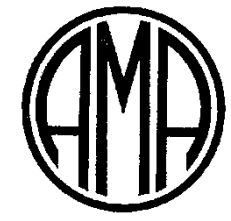
En **pancreatitis crónica** insuficiencia exocrina, endocrina, riesgo de ca. de páncreas.

La ecoendoscopia permite un diagnóstico temprano



8- Diferenciar **diarrea aguda de crónica**, funcional de orgánica, origen en colon o en intestino delgado, acuosa, secretoria, malabsortiva, presencia de signos de alarma: anemia, pérdida de peso, fiebre, inicio en mayores de 50 años

9- Predisponen con mayor frecuencia a la **infección por clostridium difficile** penicilina, cefalosporina, clindamicina, fluoroquinolonas. Riesgo de megacolon tóxico, perforación intestinal, sepsis, muerte



10- El **carcinoma colorrectal** es la segunda causa de muerte por cáncer en Argentina. En personas con riesgo promedio iniciar tamizaje a los 45 años con pruebas de sangre oculta en MF o con colonoscopia y antes si tiene factores de riesgo