



Nombre del alumno: Candelaria Pérez Vázquez

Nombre del profesor: Med. Fernando Romero Peralta

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Patología del adulto

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: Unico semiescolarizado

Pichucalco Chiapas a 22 de Julio 2020.

Introducción

El estómago es un órgano en forma de J en la sección superior del abdomen. Forma parte del aparato digestivo, que procesa los nutrientes (vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas, proteínas y agua) de los alimentos que se comen y ayuda a eliminar los desechos del cuerpo. Los alimentos avanzan desde la garganta hasta el estómago a través de un tubo hueco, muscular que se llama esófago. Después de abandonar el estómago, los alimentos parcialmente digeridos ingresan al intestino delgado y luego al intestino grueso. El estómago y el esófago forman la parte superior del aparato digestivo. La pared del estómago está compuesta por tres capas de tejido: la capa mucosa (capa más interna), la capa muscular (capa media) y la capa serosa (capa externa). Tanto el estómago como el esófago suelen presentar trastornos relacionados con la alimentación que pueden finalizar en cáncer, a continuación, se presentan algunos de los padecimientos más comunes.

Problemas esofágicos y problemas gástricos

El reflujo gastroesofágico (RGE) se define como el paso del contenido gástrico al esófago de forma espontánea, en ausencia de algo que lo provoque (náuseas, vómitos, etc.). En pequeña magnitud es un fenómeno fisiológico, especialmente después de la ingestión de alimentos, y en cortos espacios de tiempo, sin que tenga consecuencias clínicas. El RGE fisiológico se debe, sobre todo, a relajaciones transitorias espontáneas del esfínter esofágico inferior. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como el conjunto de síntomas, lesiones esofágicas y/o complicaciones causadas por el RGE (fi. La definición más reciente, propuesta por consenso, resalta el riesgo de complicaciones y el impacto negativo sobre la calidad de vida: individuos expuestos al riesgo de complicaciones físicas debidas al reflujo gastroesofágico o que experimentan deterioro clínicamente significativo de la calidad de vida relacionada con la salud debido a los síntomas del reflujo después de haber asegurado su naturaleza benigna.

La ERGE tiene una presentación clínica muy heterogénea que va desde la sola presencia de síntomas (más del 60% de los casos) a la coexistencia de esofagitis de distinta gravedad y con menos frecuencia complicaciones (estenosis, úlcera esofágica, esófago de Barrett, et c.). Se puede distinguir:

- ERGE típica que se presenta con los síntomas característicos (pirosis, regurgitación ácida) que puede cursar sin esofagitis (ERGE no erosiva o ERGE endoscopia negativa) o con esofagitis (ERGE erosiva). En un pequeño subgrupo de pacientes con ERGE endoscopia negativa, no es posible demostrar RGE patológico (pHmetría negativa); es la llamada pirosis funcional.
- ERGE atípica que agrupa a diversas manifestaciones supraesofágicas del RGE (dolor torácico, asma, laringitis péptica, etc.) en las que la sintomatología extraesofágica predomina (JOSÉ MARTÍNEZ, 2007)

Son factores de riesgo para el desarrollo de la ERGE: herencia, sobrepeso, obesidad central, tabaquismo, alcohol y embarazo, entre los más importantes. No deben confundirse con los factores que favorecen o exacerbaban el reflujo gastroesofágico (RGE), como grasas, chocolate, café, alcohol y manga gástrica, aunque la evidencia es bastante pobre y hasta controversial, por lo que debe individualizarse para cada paciente.

Otras de las enfermedades propias del esófago es la esofagitis infecciosa la cual con el aumento de los estados de inmunodeficiencia se ha incrementado progresivamente la importancia de la esofagitis infecciosa. Esta forma de esofagitis puede ser de origen micótico, viral, bacteriano o parasitario. Otras infecciones esofágicas por gérmenes oportunistas son las producidas por virus del herpes simple y por citomegalovirus. Existen unos factores que predisponen a este tipo de infecciones, así, tenemos las siguientes: infección por el VIH, trasplantados, uso de inmunosupresores, neoplasias, tratamiento con quimioterapia o radioterapia, fármacos como: esteroides, antibióticos de amplio espectro, uso prolongado de antiseptores; enfermedades esofágicas, como la acalasia, esclerodermia, neoplasia; otros factores: diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipotiroidismo, edad avanzada, etc.

La esofagitis micótica causada por la *Candida albicans* es la especie de *Candida* implicada en casi todos los casos. Son asintomáticas o sufren odinofagia y disfagia. Suelen asociarse con candidiasis oral con placas blanquecinas u otros signos de candidiasis mucocutánea. La odinofagia (dolor al deglutir) es el síntoma principal, asociado o no a disfagia (sensación de dificultad para el paso del bolo deglutido). Otros síntomas que pueden desarrollarse son dolor retroesternal, náuseas, pirosis y, en raras ocasiones, la esofagitis por *Candida* desarrolla complicaciones como hemorragia, perforación o estenosis, y, con menor frecuencia, fiebre y sepsis, con invasión sistémica.

Por otro lado, el cáncer de esófago es un tumor de comportamiento agresivo, que suele diagnosticarse en etapas avanzadas. La ausencia de serosa permite su rápida propagación a estructuras vecinas del mediastino, y una extensa red de drenaje linfático facilita la diseminación tumoral incluso en estadios precoces. El cáncer de esófago es el octavo más frecuente en todo el mundo y ocupa el tercer lugar entre los de origen gastrointestinal. El 90% de los casos son carcinomas epidermoides o adenocarcinomas. El cáncer de células escamosas, relacionado con el consumo de alcohol y tabaco, globalmente es el más frecuente en todo el mundo. A pesar de los recientes avances en su diagnóstico y tratamiento, el pronóstico sigue siendo pobre y representa la sexta causa de muerte por cáncer en todo el mundo, con una supervivencia a 5 años inferior al 20% (JOSÉ MARTÍNEZ, 2007).

Dentro de los problemas gástricos se encuentran la gastritis es una de las entidades inflamatorias crónicas más frecuentes en el ser humano. El término gastritis con frecuencia se usa de forma incorrecta, tanto para referirse a la sintomatología dispéptica como a los cambios inespecíficos radiológicos. El diagnóstico de gastritis es histológico, para lo que se requiere la toma de biopsias endoscópicas. Se describen 2 tipos de gastritis: tipo A, la gastritis crónica predominante en el cuerpo y el fundus gástrico, y generalmente de etiología autoinmunitaria, y tipo B, la gastritis del antro gástrico, generalmente asociada a *H. pylori*. La presencia de gastritis se asocia en un pequeño número de casos a erosiones y úlceras en el estómago o en el duodeno. La erosión es una lesión de discontinuidad de la mucosa que no afecta a la muscularis mucosa, y cuando ésta se ve afectada se habla de úlcera. La expresión enfermedad ulcerosa péptica se utiliza tanto para referirse a las úlceras como a las erosiones del estómago o el duodeno. Conceptualmente, la enfermedad ulcerosa péptica se puede clasificar en primaria y secundaria. con infección por *H. pylori*. En la actualidad, se sabe que *H. pylori* es la principal causa de gastritis crónica, un factor necesario para la producción de úlcera gástrica y duodenal, y claramente relacionada con el cáncer gástrico, tanto de tipo adenocarcinoma como linfoma tipo MALT (Gras, 2010).

El cáncer gástrico (CG) se sigue considerando una prioridad de salud global al ser la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo, aun cuando en las últimas cinco décadas, en algunas regiones, se ha observado una disminución en su incidencia y mortalidad.^{2,3} A nivel mundial, en 2012 se presentó casi un millón de casos nuevos y cerca de 723 000

muerter por esta neoplasia, que se presenta principalmente en países en desarrollo. En México, el CG es un problema de salud pública pues se ubica como la quinta causa de muerte por cáncer, con una tendencia que no muestra disminución a través del tiempo. En particular, la dieta y el consumo de alcohol y de tabaco, además de la infección por *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) son los principales factores del CG. Para detectar (encontrar) y diagnosticar el cáncer del estómago, se utilizan pruebas que examinan el estómago y el esófago. Pueden utilizarse las siguientes pruebas y procedimientos:

- Examen físico y antecedentes: examen del cuerpo para verificar si existen signos generales de salud, incluido el control de signos de enfermedad, como bultos o cualquier otra cosa que parezca inusual. También se anotan los antecedentes de los hábitos de salud del paciente, así como los antecedentes médicos de sus enfermedades y tratamientos anteriores.
- Estudios de la química de la sangre: procedimiento mediante el cual se examina una muestra de sangre para medir las cantidades de ciertas sustancias liberadas a la misma por órganos y tejidos en el cuerpo. Una cantidad anormal (más alta o baja de lo normal) de una sustancia puede ser un signo de enfermedad en el órgano o el tejido que la produce.
- Recuento sanguíneo completo (RSC): procedimiento para el cual se toma una muestra de sangre para verificar los siguientes elementos:
 - La cantidad de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.
 - La cantidad de hemoglobina (la proteína que transporta oxígeno) en los glóbulos rojos.
 - La parte de la muestra compuesta por glóbulos rojos.
- Endoscopia superior: procedimiento que se utiliza para observar el interior del esófago, el estómago y el duodeno (primera parte del intestino delgado) a fin de verificar si hay zonas anormales. Se introduce un endoscopio (un tubo delgado con una luz) en el esófago a través de la boca y la garganta.

Conclusión

En conclusión, es necesario conocer la etiología que está ocasionando las alteraciones gástricas y esofágicas para poder dictaminar el tratamiento de ellos, así mismo el conocer el origen nos ayudará a educar al paciente en ciertas acciones que pueden aliviar su sintomatología, tales como consumir alimentos menos irritantes y en menor cantidad en las noches o mejorar su alimentación para aliviar la gastritis. Es importante mencionar

que la correcta alimentación juega un papel muy importante en las enfermedades gástricas esofágicas.

Bibliografía

Gras, A. G. (2010). Guía de buena práctica clínica en enfermedades digestivas y su tratamiento. Alicante: Ministerio de Calidad y Consumo.
José Martínez, R. A. (2007). Gastritis y úlcera. Gastroenterología, 313.

Glosario:

Antisecretores: Medicamentos que disminuyen la formación de ácido del estómago.

Esófago: Parte del aparato digestivo formado por un tubo muscular que mide aproximadamente 25 cm y que comunica la laringe con el estómago.

Estenosis: Estrechez o estrechamiento de un orificio o conducto

Estómago: Porción del sistema digestivo que se ocupa de descomponer los alimentos

Pirosis: Sensación de quemadura que sube desde el estómago hasta la faringe, producida por la regurgitación del líquido estomacal

Reflujo gastroesofágico: paso del contenido gástrico al esófago de forma espontánea, en ausencia de algo que lo provoque