



Nombre de la alumna: López López
Carmela

Nombre del profesor: DR. Óscar
Fabián González Sánchez

Nombre del trabajo: Patologías
digestivas en adultos.

Materia: Patología del adulto.

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 13 de mayo de 2020

GASTRITIS

La gastritis es un término general para un grupo de enfermedades con un punto en común: la inflamación del revestimiento del estómago. La inflamación de la gastritis generalmente se produce por la misma infección bacteriana que provoca la mayoría de las úlceras estomacales. El uso frecuente de determinados analgésicos y beber demasiado alcohol también pueden contribuir a la gastritis.

La gastritis puede ocurrir súbitamente (gastritis aguda) o puede ocurrir lentamente con el tiempo (gastritis crónica). En algunos casos, la gastritis puede producir úlceras y un mayor riesgo de sufrir cáncer de estómago.

Síntomas

Los signos y síntomas de la gastritis son:

- Dolor o ardor (indigestión) en la parte superior del abdomen; pueden mejorar o empeorar cuando comes
- Náuseas
- Vómitos
- Sensación de saciedad en la parte superior del abdomen luego de haber comido

causas

La gastritis es una inflamación del revestimiento del estómago. La debilidad o una lesión de la barrera mucosa que protege la pared del estómago permite que los jugos digestivos dañen e inflamen el revestimiento del estómago. Una variedad de enfermedades y afecciones puede aumentar tu riesgo de gastritis, como la enfermedad de Crohn, y la sarcoidosis, una afección en que colecciones de células inflamatorias crecen en el cuerpo.

Diagnóstico

- Endoscopia
- Pruebas para el H. pylori.
- Uso de un endoscopio para examinar el aparato digestivo superior (endoscopia).
- Radiografía del aparato digestivo superior.

Tratamiento

El tratamiento de la gastritis depende de la causa específica. La gastritis aguda causada por medicamentos antiinflamatorios no esteroides o por el alcohol puede aliviarse dejando de consumir esas sustancias.

Algunos de los medicamentos para tratar la gastritis son:

- **Antibióticos para eliminar el Helicobacter pylori.** Helicobacter pylori en el aparato digestivo, antibióticos, como claritromicina (Biaxin) y amoxicilina (Amoxil, Augmentin, otros) o metronidazol (Flagyl),
- **Medicamentos que bloquean la producción de ácido y promueven la curación.** Los inhibidores de la bomba de protones reducen el ácido bloqueando el funcionamiento de las partes de las células que producen ácido. omeprazol (Prilosec), lansoprazol (Prevacid), rabeprazol (Aciphex), esomeprazol (Nexium), dexlansoprazol (Dexilant) y pantoprazol (Protonix).
- **Medicamentos para disminuir la producción de ácido.** Los bloqueadores de ácido, también llamados bloqueadores de la histamina (H-2), disminuyen la cantidad de ácido que se libera al aparato digestivo, lo cual alivia el dolor de la gastritis y promueve la curación.
- **Antiácidos que neutralizan el ácido estomacal.**

Complicaciones

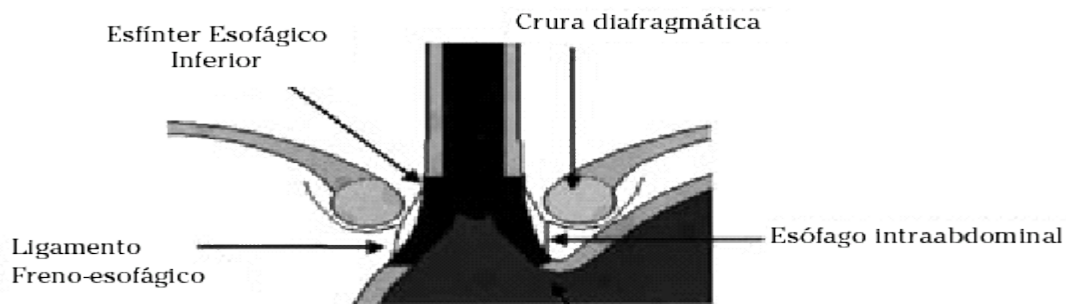
Si no se trata, la gastritis puede causar úlceras y hemorragias estomacales. En raras ocasiones, es posible que algunos tipos de gastritis crónica aumenten el riesgo de cáncer de estómago.

Prevención

Prevención de la infección por *H. pylori*. No está claro cómo se propaga el *H. pylori*, pero hay ciertos indicios de que se puede transmitir de persona a persona o a través de comida y agua contaminadas. Puedes tomar medidas para protegerte de infecciones, como el *H. pylori*, lavándote frecuentemente las manos con agua y jabón y comiendo alimentos que estén completamente cocidos.

ERGE

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se da cuando el ácido estomacal retrocede con frecuencia al tubo que conecta la boca y el estómago (el esófago). Este retroceso de ácido (reflujo ácido) puede irritar el revestimiento del esófago.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Tabla 1. Síntomas de ERGE.

Síntomas típicos

- Pirosis
- Regurgitación
- Disfagia
- Odinofagia

Síntomas atípicos o manifestaciones extraesofágicas

Dolor torácico

Manifestaciones otorrinolaringológicas:

- Laringitis posterior
- Otras: faringitis, sinusitis, globo faringeo, laringospasmo...

Manifestaciones respiratorias:

- Tos crónica
- Asma bronquial
- Otros: neumonitis recidivante, fibrosis pulmonar...

Manifestaciones orales:

- Erosiones dentales
 - Quemazón oral
-

Síntomas típicos

Pirosis

La pirosis (sensación de ardor o quemazón que surge del estómago y puede irradiarse por el área retroesternal hacia el cuello) se considera el síntoma más común de la ERGE.

Regurgitación

La regurgitación ácida es un síntoma muy específico de ERGE, aunque menos frecuente que la pirosis.

Disfagia

Se considera como disfagia, la sensación de que el alimento se detiene en su paso desde la boca hasta el estómago.

Odinofagia

La odinofagia se define como una deglución dolorosa a nivel retroesternal y hay que señalar, que no es un síntoma habitual de la ERGE.

Manifestaciones extraesofágicas de la ERGE

El número de enfermedades o de síntomas incluidos en este grupo, es muy elevado y pueden afectar al árbol respiratorio, al área otorrinolaringológica y a la cavidad oral. El principal problema en el manejo de estos síntomas es la dificultad existente para establecer, de manera individual, una relación causal con la ERGE.

y el 30% de los pacientes que son sometidos a un estudio cardiológico por dolor torácico de tipo anginoso, presentan una valoración dentro de los límites normales, incluyendo estudios angiográficos, lo que supone un importante grupo de enfermos que serán subsidiarios de estudio digestivo para intentar diagnosticar una patología que justifique su dolor.

COMPLICACIONES DE LA ERGE

Las complicaciones más habitualmente asociadas a la ERGE son: el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, la hemorragia digestiva, la úlcera esofágica y más raramente, el adenocarcinoma de esófago.

Esófago de Barrett

El esófago de Barrett se define como la presencia de metaplasia intestinal en la mucosa del esófago distal.

variable de la displasia de alto grado, justificarían esta estrategia conservadora. En los pacientes con displasia de alto grado con riesgo quirúrgico elevado, se pueden considerar las terapias ablativas endoscópicas.

Estenosis

La estenosis péptica del esófago es una complicación relativamente frecuente de la ERGE.

Hemorragia

La hemorragia digestiva es una complicación rara del ERGE. Puede tratarse de una hemorragia macroscópica o de un sangrado crónico microscópico, manifestado por la aparición de anemia ferropénica.

DIAGNÓSTICO

Síntomas

En el diagnóstico de la ERGE es fundamental la realización de una correcta anamnesis. Los pacientes que presentan síntomas típicos de la ERGE pueden ser diagnosticados perfectamente a través de la historia clínica y generalmente no requieren otras investigaciones.

Se estima que cuando la pirosis y la regurgitación ácida son los síntomas predominantes, la probabilidad de que el paciente presente un reflujo patológico es de aproximadamente un 70%..

Ensayo terapéutico con inhibidores de la bomba de protones

El ensayo empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) es útil para el diagnóstico de la ERGE y es ventajoso en cuanto a simplicidad y tolerancia respecto a la endoscopia. Se aconseja administrar un IBP a dosis estándar durante 2-4 semanas. La utilización de un tratamiento con IBP cuando se compara con la endoscopia de 24 horas. La sensibilidad del tratamiento empírico parece aumentar cuando se utilizan dosis altas de IBP (omeprazol 20mg/12h durante 1 ó 2 semanas).

Endoscopia

Es la técnica de elección para evaluar la presencia de esofagitis:

- Presencia de disfagia o odinofagia
- Síntomas que persisten o progresan a pesar del tratamiento
- Síntomas extraesofágicos
- Síntomas esofágicos en pacientes inmunodeprimidos
- Presencia de masa, estenosis o úlceras en esofagograma previo, hemorragia digestiva, anemia ferropénica o pérdida de peso.

Tabla 2. Clasificación de Savary-Miller (severidad endoscópica de la esofagitis).

GRADO I	Lesión única, erosiva o exudativa, oval o lineal, limitada a un solo pliegue longitudinal.
GRADO II	Lesión no circular, con erosiones o exudados múltiples, limitada a más de un pliegue longitudinal, con o sin confluencia.
GRADO III	Lesión circular erosiva o exudativa.
GRADO IV	Lesiones crónicas: úlceras, estenosis o esófago corto, aislado o asociado a lesiones de grado I-III.
GRADO V	Epitelio de Barrett, aislado o asociado a lesiones de grado I-IV.

Tabla 3. Clasificación de Los Angeles (severidad endoscópica de la esofagitis).

GRADO A.	Una (o más) lesiones de la mucosa, inferiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
GRADO B.	Una (o más) lesiones de la mucosa, superiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
GRADO C.	Una (o más) lesiones de la mucosa, que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, pero los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia.
GRADO D.	Una (o más) lesiones de la mucosa, que se limitan al menos al 75% de la circunferencia.

- Pacientes con endoscopia normal que van a ser considerados para cirugía antirreflujo.
- Pacientes en los que se sospecha recidiva del RGE tras cirugía antirreflujo.
- Pacientes con síntomas atípicos.

Estudio baritado del tracto digestivo superior

La sensibilidad y la especificidad de la radiología baritada del tracto digestivo superior son muy bajas y en la actualidad no tiene ningún valor en el diagnóstico de la ERGE.

Tratamiento de la ERGE

El tratamiento de los pacientes diagnosticados de ERGE presenta cierto grado de complejidad debido al amplio rango de severidad y manifestaciones clínicas con que se puede presentar, a la presencia ocasional de complicaciones y a la diversidad de alternativas terapéuticas disponibles.

Tratamiento farmacológico

Dado el importante papel patogénico atribuido a las relajaciones transitorias del EEI en la ERGE parece lógico dirigir los esfuerzos al desarrollo de fármacos capaces de reducir la frecuencia y duración de estos episodios.

Tabla 4. Grupos farmacológicos en el tratamiento de la ERGE.

ANTIÁCIDOS Y ALGINATOS	
PROCINÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> Cisaprida Cinitaprida Domperidona Metoclopramida
ANTISECRETORES	<ul style="list-style-type: none"> Anti- H₂ <ul style="list-style-type: none"> Cimetidina Ranitidina Nizatidina Famotidina Roxatidina
	<ul style="list-style-type: none"> IBPs <ul style="list-style-type: none"> Omeprazol Lansoprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazol
<p>Anti- H₂: Antagonistas del receptor H₂ de la histamina. IBPs: Inhibidores de la bomba de protones.</p>	

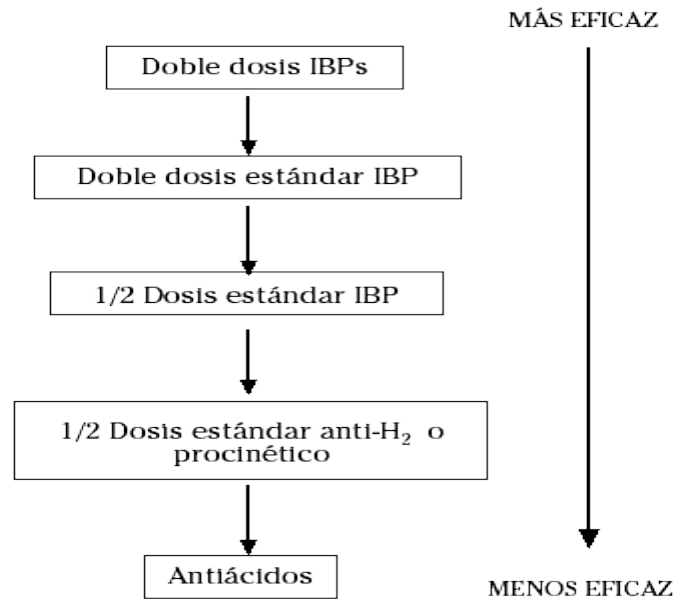


Figura 4. Jerarquía de eficacia de los fármacos utilizados en la ERGE. IBPs: Inhibidores de la bomba de protones. Anti-H₂: Antagonistas del receptor H₂ de la histamina.

Tratamiento de los síntomas leves de reflujo

Aquellos pacientes que presentan síntomas leves y ocasionales de reflujo, y que no satisfacen los criterios para definir sus síntomas como ERGE, pueden ser tratados con antiácidos asociando alguna modificación dietética aceptable para el paciente.

Tratamiento inicial

La jerarquía en razón de la eficacia de los diferentes fármacos disponibles para el tratamiento de la ERGE está bien establecida tanto para el tratamiento inicial como para el tratamiento a largo plazo. Varios estudios han demostrado que los IBPs resultan más eficaces en función del coste que los anti-H₂.

Tratamiento de la estenosis esofágica péptica

Los pacientes que desarrollan una estenosis esofágica como complicación de su ERGE son, en principio, subsidiarios de dilatación endoscópica. Una vez realizada esta, los pacientes deben recibir tratamiento de mantenimiento con antisecretores a dosis doble para evitar la reestenosis.

ULCERA GASTRICA

Las úlceras pépticas son llagas abiertas que se forman en el revestimiento del estómago y la parte superior del intestino delgado. El síntoma más frecuente de las úlceras pépticas es el dolor de estómago.

Las úlceras pépticas incluyen:

- **Úlceras gástricas** que se forman en el interior del estómago
- **Úlceras duodenales** que se forman en el interior del duodeno, que es la parte superior del intestino delgado

Las causas más comunes de las úlceras pépticas son infección con la bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y el uso prolongado de aspirina y otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (Advil, Aleve, otros). El estrés y la comida picante no causan las úlceras pépticas

Síntomas

- Dolor y ardor de estómago
- Sentirte saciado, hinchado, y eructar
- Intolerancia a las comidas grasosas
- Ardor de estómago
- Náuseas

El síntoma más común de las úlceras pépticas es tener dolor y ardor de estómago. El ácido estomacal empeora el dolor, como también lo hace tener el estómago vacío. El dolor frecuentemente puede aliviarse comiendo ciertos alimentos que protegen del ácido del estómago, o tomando un medicamento que reduzca el ácido, pero puede reaparecer más tarde.

Con menos frecuencia, las úlceras pueden causar signos o síntomas graves, como ser:

- Vomitar, o vomitar sangre que puede aparecer roja o negra
- Sangre oscura en las heces, o heces negras o alquitranadas
- Problemas para respirar
- Sentir que te vas a desmayar
- Náuseas o vómitos
- Pérdida de peso sin causa aparente
- Cambios en el apetito

Causas

Las úlceras pépticas se presentan cuando el ácido en el aparato digestivo corroe la superficie interior del estómago y del intestino delgado. El ácido puede crear una llaga abierta que tal vez supure.

El aparato digestivo está cubierto por una capa mucosa que normalmente lo protege del ácido. Pero si la cantidad de ácido aumenta o se reduce la mucosidad, podrías tener una úlcera. Algunas de las causas más frecuentes son:

- **Una bacteria.** La bacteria *Helicobacter pylori* comúnmente vive en la capa mucosa que cubre y protege los tejidos que recubren el estómago y el intestino delgado. Con frecuencia, esta bacteria no causa problemas, pero puede inflamar el revestimiento interior del estómago, y entonces se produce una úlcera.
- **Uso frecuente de ciertos analgésicos.** Tomar aspirina, al igual que determinados analgésicos de venta libre o con receta, llamados antiinflamatorios no esteroides, puede irritar o inflamar el revestimiento del estómago y del intestino delgado.

Diagnostico.

- Análisis de laboratorio para el *H. pylori*.
- Endoscopia.
- Serie gastrointestinal superior. A veces se llama trago de bario a esta prueba, que es una serie de radiografías del aparato digestivo superior que crea imágenes del esófago, el estómago y el intestino delgado.

Tratamiento

El tratamiento de las úlceras pépticas depende de la causa. Generalmente el tratamiento implica eliminar la bacteria *Helicobacter pylori* si está presente, abandonar o reducir el uso de los medicamentos antiinflamatorios no esteroides si es posible, y ayudar a que tu úlcera se cure con medicación.

Los medicamentos pueden incluir: eliminarlo. Los antibióticos pueden incluir amoxicilina (Amoxil), claritromicina (Biaxin), metronidazol (Flagyl), tinidazol (Tindamax), tetraciclina (Tetracycline HCL) y levofloxacina (Levaquin).

- **Medicamentos que bloquean la producción de ácido y promueven la curación.** Los inhibidores de la bomba de protones reducen el ácido en el estómago al bloquear el funcionamiento de las partes de las células que producen ácido.

- **Medicamentos para disminuir la producción de ácido.** Algunos de los bloqueadores de ácido, también conocidos como bloqueadores de la histamina H-2, reducen la cantidad de ácido estomacal que se libera al aparato digestivo, lo que alivia el dolor de las úlceras y promueve la curación.
- Antiácidos que neutralizan el ácido estomacal.
- Medicamentos que protegen el revestimiento del estómago y del intestino delgado.

Factores de riesgo

Además de tomar antiinflamatorios no esteroideos, puedes tener un riesgo más alto de úlceras pépticas si:

- Fumar. Fumar puede aumentar el riesgo de las úlceras pépticas en las personas infectadas con H. pylori.
- Consumo de alcohol. El alcohol puede irritar y corroer la mucosa que reviste el estómago, y aumenta la cantidad de ácido estomacal que se produce.
- Estrés no tratado.
- Alimentos condimentados.

Complicaciones

Si no se tratan, las úlceras pépticas pueden resultar en:

- **Sangrado interno.** El sangrado puede ocurrir en forma de pérdida lenta de sangre que lleva a la anemia, o como una pérdida grave de sangre que quizás requiera internación en el hospital o una transfusión de sangre. La pérdida grave de sangre puede causar vómitos o heces negros o sanguinolentos.
- **Infección.** Las úlceras pépticas pueden hacer un agujero (perforación) a través de la pared del estómago o del intestino delgado, lo que pone a riesgo de infección grave en la cavidad abdominal (peritonitis).
- **Obstrucción.** Las úlceras pépticas pueden bloquear el pasaje de comida del aparato digestivo, haciendo que te sientas satisfecho fácilmente, que vomites y pierdas peso, ya sea por hinchazón por inflamación, o por cicatrización.

Prevención

- Protegerse de las infecciones. No está claro cómo se propaga el H. pylori, pero hay ciertos indicios de que se puede transmitir de persona a persona o a través de comida y agua.
- Analgésicos.

CANCER DE ESTOMAGO.

En general, el cáncer de estómago comienza en las células que recubren el estómago y producen mucosidad. Este tipo de cáncer se denomina «adenocarcinoma».

Síntomas

Los signos y síntomas del cáncer de la unión gastroesofágica y el cáncer de estómago pueden ser los siguientes:

- Fatiga
- Sensación de hinchazón después de comer
- Sensación de saciedad después de ingerir pequeñas cantidades de comida
- Ardor de estómago intenso y persistente
- Fuerte indigestión que siempre está presente
- Náuseas constantes sin causa aparente
- Dolor estomacal
- Vómitos constantes
- Adelgazamiento involuntario

Causas

En general, el cáncer comienza cuando ocurre un error (mutación) en el ADN de una célula. La mutación hace que la célula crezca, se divida rápidamente y continúe viviendo más

tiempo que una célula normal. La acumulación de células cancerosas forma un tumor que puede invadir las estructuras circundantes. Las células cancerosas pueden desprenderse del tumor y diseminarse a otras partes del cuerpo.

El cáncer de la unión gastroesofágica está relacionado con la enfermedad por reflujo gastroesofágico y, en menor medida, con la obesidad y el tabaquismo. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un trastorno que se produce a causa del reflujo frecuente de ácido estomacal al esófago.

Existe una fuerte correlación entre una dieta con un alto contenido de alimentos ahumados y salados, y el cáncer de estómago ubicado en la parte principal del estómago.

Diagnóstico

- Endoscopia
- Una pequeña cámara en el interior del estómago (endoscopia superior).
- Pruebas de diagnóstico por imágenes.

Determinar el grado (la etapa) del cáncer de estómago

- Pruebas de diagnóstico por imágenes.
- Cirugía exploratoria.

Se pueden usar otras pruebas para determinar la etapa, según tu situación.

Estadios del cáncer de estómago

Las etapas del adenocarcinoma del estómago o el esófago incluyen las siguientes:

- **Etapa I.** En esta etapa, el tumor está limitado a la capa superior del tejido que recubre el interior del esófago o el estómago. También es posible que las células cancerosas se hayan diseminado a un número limitado de ganglios linfáticos cercanos.

- **Etapa II.** El cáncer en esta etapa se ha diseminado de forma más profunda y ha crecido hacia dentro de la capa del músculo de la pared del esófago o el estómago. El cáncer también puede haberse diseminado hacia más ganglios linfáticos.
- **Etapa III.** En esta etapa, el cáncer pudo haber crecido a través de todas las capas del esófago o el estómago y haberse diseminado a estructuras cercanas. O bien, puede ser un cáncer más pequeño que se ha diseminado más extensamente a los ganglios linfáticos.
- **Etapa IV.** Esta etapa indica que el cáncer se ha diseminado a áreas lejanas del cuerpo.

Tratamiento

Las opciones de tratamiento para el cáncer de la unión gastroesofágica y el cáncer de estómago dependen de la etapa de la enfermedad, la salud general y las preferencias.

- **Extirpación de tumores en su fase inicial de la membrana del estómago.** Los tumores muy pequeños localizados en la membrana interna del estómago pueden extirparse a través de un procedimiento denominado mucosectomía endoscópica
- **Extirpación de una parte del estómago (gastrectomía parcial).** Durante la gastrectomía parcial, el cirujano extirpa solo la parte del estómago afectada por el cáncer.
- **Extirpación de todo el estómago (gastrectomía total).** La gastrectomía total consiste en extirpar todo el estómago y parte del tejido circundante. Luego, el esófago se conecta directamente con el intestino delgado para que la comida circule por el sistema digestivo.
- **Extirpación de los ganglios linfáticos a fin de determinar si hay cáncer.** El cirujano examina y elimina los ganglios linfáticos en el abdomen a fin de determinar si hay células cancerosas.
- **Cirugía para aliviar los signos y síntomas.** En el caso de las personas con cáncer de estómago avanzado, la extirpación parcial del estómago puede generar un alivio de los signos y síntomas de un tumor en crecimiento.

Radioterapia

La radioterapia emplea haces de energía de gran potencia, como los rayos X y los protones, para eliminar las células cancerosas.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento con medicamentos que emplea sustancias químicas para eliminar las células cancerosas.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de cáncer de la unión gastroesofágica es la historia clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico y de obesidad.

Los factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer estomacal en el cuerpo del estómago son:

- Una alimentación alta en alimentos ahumados y salados
- Una alimentación baja en frutas y verduras
- Antecedentes familiares de cáncer de estómago
- Infección por *Helicobacter pylori*
- Inflamación de estómago a largo plazo
- Anemia perniciosa
- Tabaquismo
- Pólipos estomacales

Prevención

- Hacer ejercicio.
- Comer más frutas y vegetales.

- Reduce la cantidad de alimentos salados y ahumados. Limita estos alimentos para proteger el estómago.
- Dejar de fumar.

CANCER ESOFAGICO.

El cáncer esofágico es el cáncer que ocurre en el esófago, un tubo largo y hueco que va desde la garganta al estómago. El esófago ayuda a trasladar la comida que ingieres desde la parte posterior de la garganta hasta estómago para digerirla.

El cáncer de esófago generalmente comienza en las células que recubren su interior. Puede presentarse en cualquier parte del esófago. El cáncer de esófago es más habitual en los hombres que en las mujeres.

Síntomas

Algunos de los signos y síntomas del cáncer de esófago son:

- Dificultad para tragar (disfagia)
- Adelgazamiento sin proponérselo
- Dolor, presión o ardor en el pecho
- Ardor de estómago o indigestión que empeoran
- Tos o ronquera

Causas

Las causas del cáncer de esófago no están exactamente claras.

El cáncer de esófago se produce cuando las células del esófago presentan errores (mutaciones) en el ADN. Los errores hacen que las células crezcan y se dividan sin control. La acumulación de células anormales genera un tumor en el esófago que puede crecer para invadir las estructuras cercanas y extenderse a otras partes del cuerpo.

Tipos de cáncer de esófago

El cáncer de esófago se clasifica según el tipo de células que intervienen. Saber el tipo de cáncer de esófago que padeces permite determinar tus opciones de tratamiento. Los tipos de cáncer de esófago comprenden:

- **Adenocarcinoma.** El adenocarcinoma comienza en las células de las glándulas secretoras de mucosidad del esófago. Puede presentarse, con mayor frecuencia, en la parte inferior del esófago.
- **Carcinoma epidermoide.** En este tipo de cáncer (también llamado «carcinoma escamoso») participan las células escamosas, que son células delgadas y planas que recubren la superficie del esófago. E
- **Otros tipos poco frecuentes.** Algunas formas poco frecuentes del cáncer de esófago son el carcinoma de células pequeñas, el sarcoma, el linfoma, el melanoma y el coriocarcinoma.

Diagnóstico

Endoscopia

Los exámenes y procedimientos usados para diagnosticar el cáncer de esófago incluyen:

- **usar un endoscopio para examinar el esófago (endoscopia).**
- **Extracción de una muestra de tejido para analizar (biopsia).**

Para determinar la magnitud del cáncer

Los exámenes pueden incluir:

- exploración por tomografía computarizada
- imágenes por resonancia magnética
- exploración ósea
- rayos X del pecho

Tratamiento

Los tratamientos que te hagan para cáncer de esófago están basados en el tipo de células implicadas en tu cáncer, la etapa del cáncer, tu salud en general y tus preferencias en cuanto a tratamiento.

Cirugía

La cirugía para extirpar el cáncer se puede usar por sí sola o en combinación con otros tratamientos. Las operaciones con que se trata el cáncer de esófago incluyen:

- **Cirugía para extirpar tumores muy pequeños.**
- **Cirugía para extirpar parte del esófago (esofagectomía).**
- **Cirugía para extirpar parte del esófago y la parte superior del estómago (esofagogastrectomía).**

Tratamientos para las complicaciones

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento con medicamentos que usa sustancias químicas para destruir las células cancerosas.

Radioterapia

La radioterapia usa haces de rayos X de alta potencia para eliminar las células cancerosas.

Factores de riesgo

Se cree que la irritación crónica del esófago puede contribuir a causar los cambios que provocan cáncer de esófago. Los factores que producen irritación en las células del esófago y que aumentan el riesgo de padecer cáncer de esófago comprenden:

- Tener enfermedad por reflujo gastroesofágico

- Fumar
- Tener cambios precancerosos en las células del esófago (esófago de Barrett)
- Ser obeso
- Consumir alcohol
- Tener reflujo biliar
- Tener dificultades para tragar debido a un esfínter esofágico que no se relaja (acalasia)
- Tener el hábito constante de tomar bebidas muy calientes
- No consumir suficientes frutas ni vegetales
- Someterse a un tratamiento con radiación en el pecho o en la parte superior del abdomen

Complicaciones

- **Obstrucción del esófago.** El cáncer puede dificultar o impedir el paso de alimentos y líquidos a través del esófago.
- **Dolor.** El cáncer esofágico avanzado puede provocar dolor.
- **Sangrado esofágico.** El cáncer esofágico puede provocar sangrado. Si bien el sangrado, por lo general, es gradual, en ocasiones puede ser repentino e intenso.

Prevención

- Dejar de fumar.
- beber alcohol, hazlo con moderación. Si optas por beber alcohol, hazlo con moderación. Para los adultos sanos, esto significa hasta una copa por día para las mujeres de todas las edades y para los hombres mayores de 65 años, y hasta dos copas por día para los hombres de 65 años o menores.
- Comer más frutas y vegetales.
- Mantener un peso saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruth M, Mansson I, Sandberg N. The prevalence of symptoms suggestive of esophageal disorders. Scand J Gastroenterol 1991; 26: 73-81.

2. Locke GR, Tally NJ. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population based study in Olmsted County, Minnesota. Gastroenterology 1997; 112: 1448-56.

Bibliografia.

[file:///E:/SSA-150-08_GRR-Ulcera_pxptica en 1y2 niveles.ulcera.pdf](file:///E:/SSA-150-08_GRR-Ulcera_pxptica_en_1y2_niveles.ulcera.pdf)

<file:///E:/a08v31n1.gastritis.pdf>

<file:///E:/estomago.pdf>