



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana



Materia: Técnicas quirúrgicas básicas

Nombre del trabajo:
“ERGE”

Alumna:
Karen Paulina López Gómez
Grupo: “A” Grado: “6”

Docente:
Dr. Romeo Antonio Molina Román

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024.

ERGE

Se define como paso de contenido gástrico al esófago en ausencia de eructo o vómito. Si los episodios son frecuentes y prolongados y dan lugar a síntomas y/o lesiones hablamos de reflujo gastroesofágico patológico.

-Epidemiología

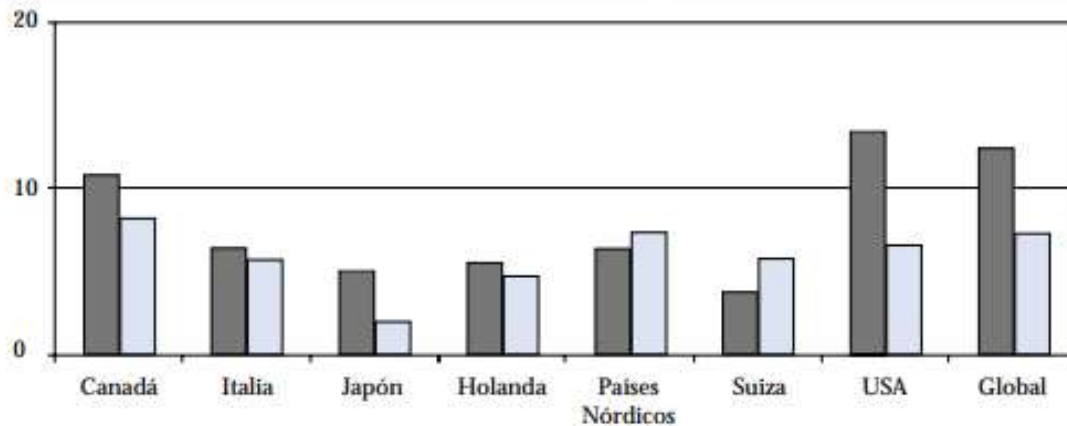
Tabla 2. Prevalencia de ERGE en población general

Referencias	Pirosis	Regurgitación	Pirosis y regurgitación	Grupo de edad	Periodo de estudio
%	%	%	%		
Locke, 1997	42,4	45,0	58,7	25-74	1 año
Kay, 1996	-	-	V: 21 M: 24	70	1 año
Agreus, 1993, 1994 y 1995	16,7	8,8	25,3	20-79	3 meses
Kay, Jorgensen, 1994, 1996	V: 38,2 M: 28,8	V: 38,3 M: 30,5	V: 49,5 M: 39,7	30-60	1 año
Talley, 1992	24,4	11,3	-	30-64	1 año
Jones, 1990	48	-	-	20-69	6 meses
Jones, Lydeard, 1989	25,6	-	-	> 20	6 meses
Jones, 1988	V: 16,2 M: 10,1	-	-	20-54	Siempre

V: varones, M: mujeres.

Fuente: Heading RC, 1999¹².

Figura 1. Prevalencia de síntomas gastrointestinales. Varones (negro) y mujeres (azul)



Fuente: Storchhagen U 1999 (Estudio IMC:ECF)³

-Clasificación

Según los resultados endoscópicos en: enfermedad por reflujo con endoscopia positiva (ERGE erosiva) y enfermedad por reflujo con endoscopia negativa (ERGE no erosiva)

Tabla 1. Clasificación de los pacientes con ERGE

Características típicas	ERGE erosiva	ERGE no erosiva, con exposición anormal al ácido	ERGE no erosiva, con exposición normal al ácido
Síntomas de reflujo	Presente/ausente	Presente	Presente
Monitorización del pH esofágico de 24 h	Anormal	Anormal	Normal
Endoscopia y erosiones	Presente	Ausente	Ausente

Modificada de Nandurkar S, 2000⁸.

-Cuadro clínico

Típicos: pirosis y regurgitación ácida.

Otros posibles: náuseas, hipersalivación, disfagia y hipo, eructos.

Atípicos: tos crónica, disfonía y dolor torácico

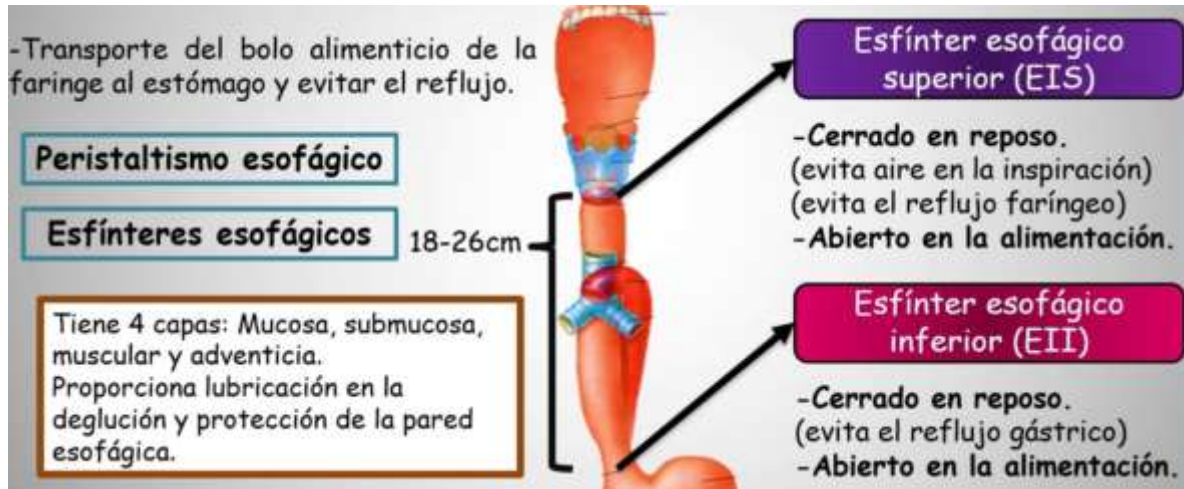
- Pirosis retroesternal.
- Regurgitaciones del contenido gástrico.
- Crisis de tos irritativa. Odinofagia.
- Dolor torácico.
- Signos de anemia crónica.

-Factores de riesgo

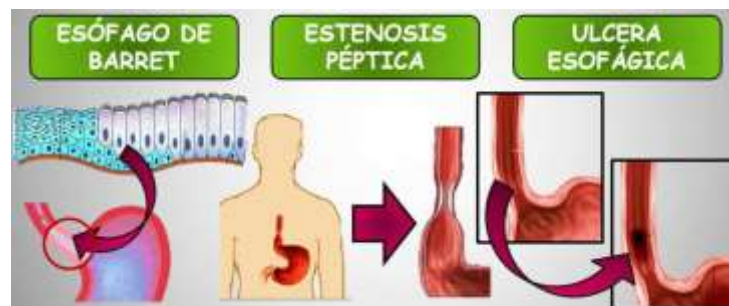
- La edad y Sexo masculino.
- Los hábitos higiénico-dietéticos: Dieta grasa, dulces, las especias, la cafeína y los cítricos.
- El consumo de alcohol y el de tabaco.
- El ejercicio físico, el ejercicio puede provocar un aumento de las relajaciones transitorias del EEI.
- Interrupción de sueño en minoría de los px. Dormir sobre el lado izquierdo → menor grado de reflujo.

- La obesidad
- La relación entre el H. pylori (+-).

-Fisiopatología



-Complicaciones



-Diagnóstico

Clínica+ Endoscopia convencional y biopsias para detectar complicaciones de la ERGE como la esofagitis, EB y adenocarcinoma está indicado en casos de mayor de 5 años de evolución. En pacientes con signos de alarma como la disfagia, hemorragia, dolor torácico y pérdida de peso inexplicable

Monitorización de PH esofágico por 24 horas a 48 horas está indicado en los pacientes con síntomas típicos de ERGE, con endoscopia negativa que no responden a tratamiento IBP y confirmar la presencia de reflujo patológico en candidatos a cirugía

-Tratamiento

Con el objetivo del control de los síntomas, con un logro de cicatrización de las erosiones y evitar el desarrollo de complicaciones como antes mencionado, para evitar la progresión de displasia y adenocarcinoma

No farmacológico:

Modificación del estilo de vida

Bajar de peso en sujetos con obesidad

Abandono de tabaquismo

Disminuir consumo de alcohol

Elevar cabecera de la cama

Evitar la ingesta de alimentos de forma abundante al menos dos horas antes de acostarse en la noche

Farmacológico:

Antiácidos y alginatos: se indica para alivio de los síntomas no para cicatrización ni evita el desarrollo de complicaciones

Procinéticos: se pueden emplear con combinación de IBP (metoclopramida)

Inhibidores de la bomba de protones: proporciona un mejor alivio de los síntomas y es más rápido el efecto así como favorece a la cicatrización

Inhibidor de la bomba	Dosis estándar	Doble dosis	Dosis dividida ^a
<i>Convencionales</i>			
Omeprazol	20 mg 30 min antes del desayuno	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	10 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Lansoprazol	15 mg 30 min antes del desayuno	15 mg 30 min antes del desayuno y la cena	–
Rabeprazol	20 mg 30 min antes del desayuno	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	10 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Pantoprazol	40 mg 30 min antes del desayuno	40 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Esomeprazol	40 mg 30 min antes del desayuno	40 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
<i>Liberación dual retardada</i>			
Dexlansoprazol	30 mg por la mañana, independiente de la ingesta de alimentos	60 mg por la mañana, independiente de la ingesta de alimentos	–
<i>Liberación inmediata</i>			
Omeprazol + HCO ₃	20 mg + 1,100 mg 30 min antes del desayuno	40 mg + 1,100 mg 30 min antes del desayuno	–

-Técnicas quirúrgicas en ERGE

Funduplicatura de nissen: La cirugía aprieta la unión entre el esófago y el estómago para prevenir el reflujo gástrico . Se realizan 2 tipos de cirugía:

DURANTE LA CIRUGIA ABIERTA DE REFLUJO ACIDO EL CIRUJANO:	DURANTE LA FUNDOPLICATURA LAPAROSCOPICA DE NISSEN EL CIRUJANO:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hace una incisión grande en su abdomen. 2. Envuelve la parte superior del estómago (fondo) alrededor de la parte inferior del esófago. 3. Cierra la incisión con grapas. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Hace de cuatro a cinco incisiones pequeñas en su abdomen. 5. Inserta un laparoscopio en su abdomen. 6. Utiliza las imágenes de la cámara y pequeñas herramientas de operación para envolver la parte superior del estómago alrededor del esófago inferior. 7. Cierra la incisión con punto

Funduplicatura de toupet: La operación consiste en envolver la parte superior del estómago 180 grados alrededor de la parte inferior del esófago y coserlo en su lugar. Una funduplicatura de toupet podría evitar que el ácido del estómago ingrese al esófago y cause acidez. (Procedimiento laparoscópico)

Funduplicatura transoral sin incisión (tif): Es un tratamiento mínimamente invasivo. Este procedimiento se realiza a través de la boca, lo que significa que no tendrá ninguna incisión en el abdomen.

Procedimiento

- Un endoscopio especialmente diseñado con una cámara se coloca transoralmente en el estómago y el estómago se infla.
- Luego, se coloca la mira para ver la unión entre el esófago y el estómago.
- El médico extraerá el tejido de la válvula gastroesofágica (VGE) y lo envolverá para formar una nueva válvula.
- Esta válvula recién creada se sujeta para fusionar el tejido.

CONCLUSIÓN

Puedo decir que ERGE es una patología que afecta principalmente al esófago pero también a su contenido gástrico, dicha patología puede ser clasificada en dos como erosiva y no erosiva, esto dependerá de los síntomas típicos y atípicos mencionados.

Es importante conocer el tipo de ERGE que presenta puesto que de ahí se determinara su posible tratamiento.

Bibliografía

Asociación española de gastroenterología, s. e. (2020). *GPC ERGE*.