

**Materia:**

**Técnicas quirúrgicas básicas.**

**Nombre del trabajo:**

**“Enfermedad por reflujo  
gastroesofágico”**

**Alumna:**

**Keyla Samayoa Pérez.**

**Grupo: “A” Grado: “6”**

**Docente:**

**Dr. Romeo Antonio Molina Roman.**

# Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En la enfermedad por reflujo gastroesofágico, los contenidos estomacales (incluyendo ácido gástrico y bilis) refluyen desde el estómago al esófago, causando inflamación y dolor en la parte inferior del tórax.

El reflujo se produce cuando no funciona correctamente el músculo en forma de anillo (llamado el esfínter esofágico inferior) que normalmente evita que los contenidos del estómago asciendan hacia el esófago.

El síntoma más característico es el ardor de estómago o acidez (una sensación de quemazón detrás del esternón).

El diagnóstico se basa en los síntomas y, algunas veces, en las pruebas de pH esofágico. El primer tratamiento consiste en evitar las sustancias que lo provocan (como el alcohol y los alimentos grasos) y el consumo de algún medicamento que reduzca el ácido gástrico; sin embargo, si estos métodos no se muestran eficaces, el médico realiza a veces una intervención quirúrgica.

El esófago es el tubo hueco que comunica la garganta (faringe) con el estómago. El esfínter esofágico inferior es el anillo del músculo que mantiene el fondo del esófago cerrado para que el alimento y el ácido del estómago no fluyan otra vez hacia el esófago. Cuando las personas tragan, este esfínter normalmente se relaja para permitir que los alimentos entren en el estómago.

## DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGIA.

- Ascenso de contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica que causa síntomas y complicaciones esofágica y que afectan la calidad de vida del paciente.
- 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
- Latinoamérica: 11.9%-31.3%
- 40-60%: esofagitis por reflujo
- 10% esofagitis erosiva (>en hombres)
- ERGE sin esofagitis más común en mujeres

## 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 pacientes. Dormir sobre el lado izquierdo → menor grado de reflujo.
- La obesidad
- La relación entre el H. pylori (+-).

## CUADRO CLÍNICO O MANIFESTACIONES.

**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.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROINTESTINAL.

- Prueba terapéutica - síntomas típicos.
- Panendoscopia con biopsia -síntomas típicos
- Prueba terapéutica negativa- recaída.

Ph metria -esofagitis no erosiva (es el más sensible pero el último en realizarse).

#### TRATAMIENTO MÉDICO.

Recomendaciones: pérdida de peso, informar sobre efectos de del tabaquismo, evitar alcohol y hacer ejercicio.

Tx de mantenimiento con omeprazol 12 semanas): erge y prueba terapéutica positiva, erge y panendoscopia con esofagitis, erge y phmetria positiva.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO ELECTIVO:

Funduplicatura laparoscópica tipo nissen → principal complicación disfagia, se recomienda el uso de mallas en pacientes con ERGE y hernia hiatal >8 cm

Siempre realizar manometrías antes de cirugía esofágica.

Si existe falla en el tratamiento.

Serie esófago gastroduodenal como estudio inicial +

Endoscopia +

Ph metria y manometria

## Conclusión.

La ERGE, es una de las entidades clínicas más frecuentemente. ERGE ocurre como una consecuencia de la interacción de múltiples factores.

El RGE es un proceso fisiológico que ocurre en pacientes sanos con resolución espontánea habitual a partir de los 18 meses. Sus manifestaciones clínicas pueden llegar a suponer el 50% de la enfermedad.

La técnica que mejor correlaciona los síntomas con el RGE es la combinación de pH-metría e impedanciometría.

En el caso de ERGE complicada o síntomas atípicos, está indicada la endoscopia para descartar esofagitis y esófago de Barret.

Si el paciente no tuviera otra sintomatología más que los vómitos o la irritabilidad, el seguimiento clínico y los consejos generales y dietéticos son suficientes. Sin embargo, si este problema persistiera más de 12 a 18 meses, o se asociara a otros síntomas o complicaciones, está indicado el tratamiento antirreflujo, fundamentalmente con inhibidores de la bomba de protones.

Solo los pacientes con mal control terapéutico con fármacos o complicaciones graves del ERGE precisarán tratamiento quirúrgico.

## Bibliografías.

Sartori, A. (2022, March 3). *Funduplicatura de Nissen: qué es, detalles del procedimiento y recuperación*. Medicina Básica; Jegtheme. <https://medicinabasica.com/funduplicatura-de-nissen-que-es-detalles-del-procedimiento-y-recuperacion>

Symptoms and reflux in infants: Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire Revised (I-GERQ-R) –utility for symptom tracking and diagnosis. *Curr Gastroenterol Rep*, 12 (2010), pp. 431-436