



Mi Universidad

Resumen

Dionicio Moreno Suchiapa

Tercer parcial

Clínicas quirúrgicas

Dr. Romeo Molina

Medicina humana

6°C

Comitán de Domínguez. a 24 de mayo de 2024

Acalasia: Trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizada por una deficiencia de relajación del esfínter esofágico y periférico de la peristalsis esofágica.

Epidemiología: Baja incidencia 1:100,000 es la segunda causa de cirugía esofágica en el mundo.

Causa:

Degeneración neurogena idiopática o infecciosa.

Disfagias: 90% precoz, líquidos y sólidos, empeora con estímulos.

Regurgitación: 75% complicaciones pulmonares

Dolor torácico: 40%

Tos nocturna: 30%

Fisiopatología: E.E.I hipertónico que no se relaja con deglución contracciones de cuerpos anormales.

Patogenia:

Denervación del musculo liso por mioecentrico de Aerubach

Disminución de las neuronas en el núcleo del vago

1) Idiopático: más frecuente ausencia de neuronas inhibitoras, factores genéticos, infecciosos o autoinmunes

2) Secundarias: carcinoma, Chagas, linfoma, virus

Diagnostico:

Radiografía normal 90-95% ausencia de cámara gástrica, mediastino estrechado, nivel hidroaereo en el mediastino

Endoscopia (descartar causas secundarias)

Malignidad, valorar mucosas, manometría (Técnica más sensible).

Tratamiento farmacológico:

Incluye betabloqueadores de canales de calcio y nitrato por vía sublingual.

Dinitrato de isosorbide 2.5-10mg sublingual cada 5-15 min máximo 3 dosis mejora sintomatología del 53-87% de pacientes.

Nifedipino: 10-30mg c/8hrs mejora sintomatología 75%

Tratamiento no farmacológico:

Dilatación neumática

Miotomía extramucosa de Heller