

**CESAR FELIPE MORALES SOLIS**

**DR. ALEXANDRO ALBERTO TORRES  
GUILLEN**

**MEDICINA INTERNA**

**REPORTE DE ESTUDIO**

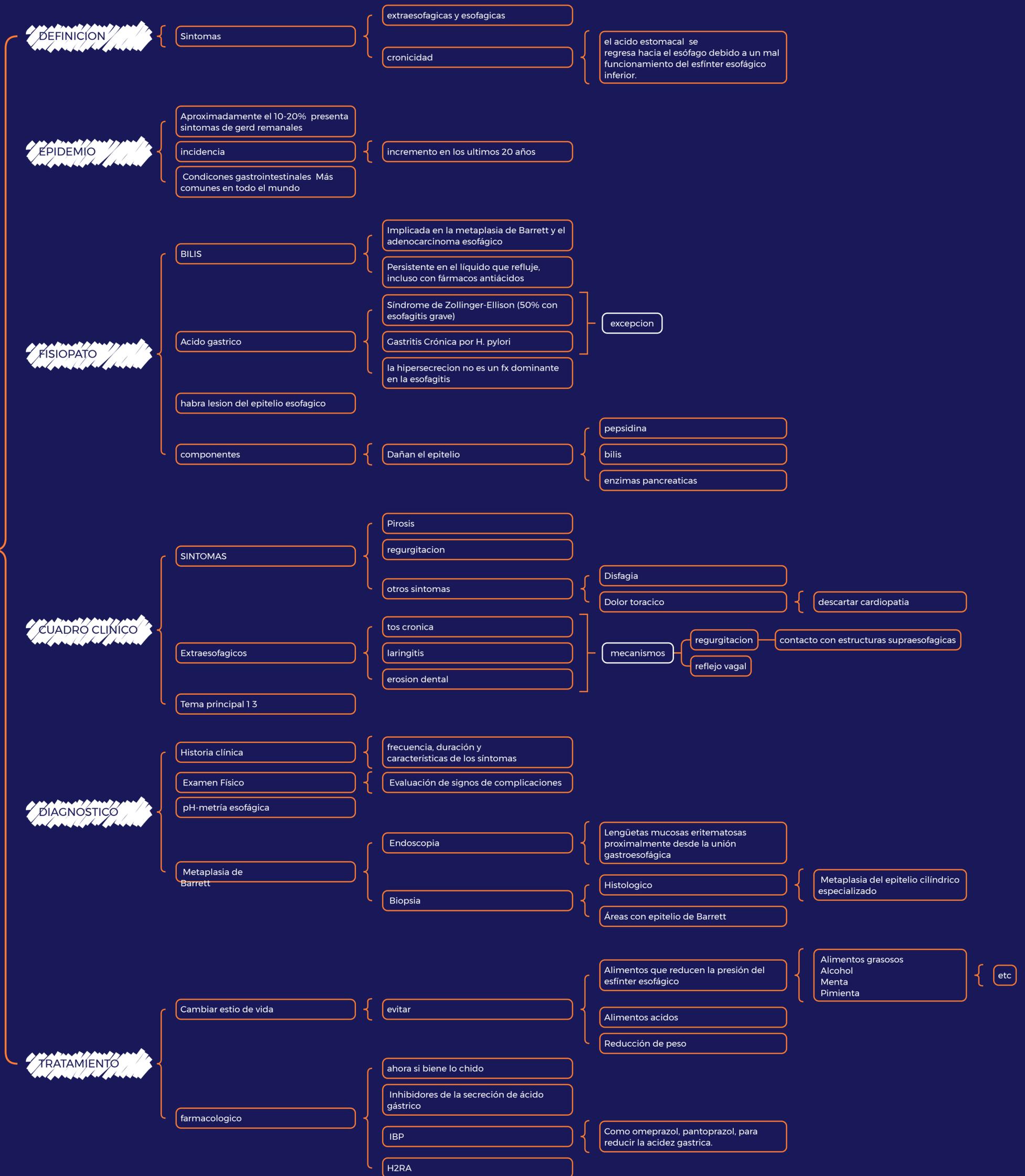
PASIÓN POR EDUCAR

**5**

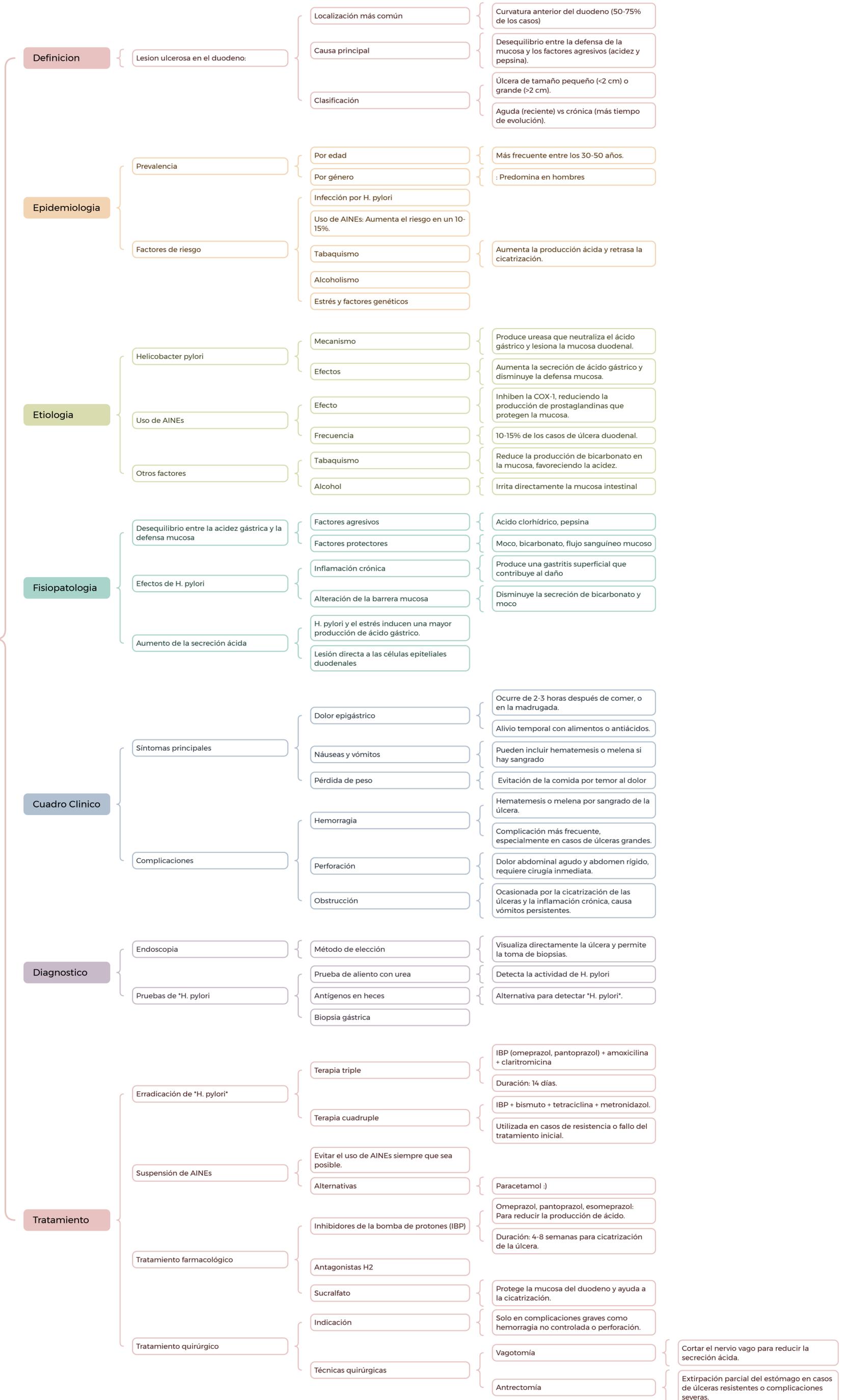
**A**

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de NOVIEMBRE de 2024

# ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO



# Úlcera Duodenal



# Úlcera Gástrica

## Definición

- Lesión de la mucosa gástrica
  - Penetra hasta la muscular de la mucosa.
  - Causa: desequilibrio entre los factores protectores y agresivos en el estómago.
- Agresores principales
  - Ácido clorhídrico
  - Pepsina
- Factores protectores
  - Moco
  - Bicarbonato

## Epidemiología

- Prevalencia
  - 0.2% de la población mundial anualmente.
  - Mayor prevalencia en mayores de 50 años.
- Distribución
  - Más frecuente en hombres, aunque la diferencia es menor comparada con úlcera duodenal.
- Factores de riesgo
  - Uso de AINEs: Aspirina, ibuprofeno, naproxeno.
  - Infección por H. pylori: 60-70% de los casos.
  - Otros factores
    - Tabaquismo
    - Alcohol
    - Dieta (en menor medida)
    - Genéticos

## Etiología

- Helicobacter pylori
  - Mecanismo
    - Infección crónica de la mucosa gástrica, causando inflamación.
  - Efectos
    - Destrucción de la barrera mucosa, aumento de la acidez gástrica.
- Uso de AINEs
  - Inhiben la COX (ciclooxigenasa) y reducen la producción de prostaglandinas.
  - Disminuye la protección de la mucosa gástrica.
- Otros factores
  - Tabaquismo
    - Disminuye la cicatrización de la úlcera.
  - Estrés
    - Contribuye al daño en la mucosa debido a la liberación de catecolaminas.
  - Alcohol
    - Efectos irritantes directos sobre la mucosa.

## Fisiopatología

- Desequilibrio ácido-pepsina
  - Acumulación de ácido y pepsina en la mucosa gástrica sin suficiente protección.
- Reducción de prostaglandinas
  - Causada por el uso de AINEs, afecta la protección mucosa.
- Efectos de H. pylori
  - Aumento de la producción de citoquinas inflamatorias.
  - Disminuye la secreción de bicarbonato.
  - Causa daño directo a las células de la mucosa gástrica.

## Cuadro Clínico

- Síntomas principales
  - Dolor epigástrico
    - Después de las comidas
    - suele mejorar con alimentos o antiácidos
  - Pérdida de peso
    - Causada por evitar la ingesta de alimentos debido al dolor.
  - Náuseas y vómitos
    - En casos más graves, puede haber sangre en el vómito (hematemesis) o heces negras (melena).
- Complicaciones
  - Hemorragia
    - Es la complicación más frecuente, puede ser letal si no se trata.
  - Perforación
    - Dolor abdominal agudo, rigidez abdominal, se requiere atención quirúrgica inmediata.
  - Obstrucción gástrica
    - Vómito persistente, pérdida de peso, causado por inflamación crónica o cicatrización.

## Diagnóstico

- Pruebas de imagen
  - Endoscopia
    - Método de elección para visualizar la úlcera y tomar biopsias.
  - Prueba de ureasa
    - Para detectar H. pylori en la mucosa gástrica.
  - Biopsia
    - En úlceras grandes o para descartar malignidad.
- Pruebas no invasivas
  - Prueba de aliento con urea
    - Para detectar H. pylori.
  - Prueba de antígenos en heces
    - Método alternativo para la detección de H. pylori.

## Tratamiento

- Tratamiento de H. pylori
  - Terapia triple
    - IBP + Amoxicilina + Claritromicina.
  - Terapia cuádruple
    - En caso de resistencia o fallo de tratamiento inicial (incluye bismuto).
- Suspensión de AINEs
  - Evitar el uso de AINEs cuando sea posible.
  - Si se requiere tratamiento con AINEs, se debe añadir un IBP.
- Tratamiento farmacológico
  - Inhibidores de la bomba de protones (IBP)
    - Como omeprazol, pantoprazol, para reducir la acidez gástrica.
  - Antagonistas de H<sub>2</sub>
    - Como ranitidina, para disminuir la producción de ácido.
  - Sucralfato
    - Protege la mucosa gástrica y facilita la cicatrización.
- Cirugía
  - Indicación
    - En caso de hemorragia no controlada, perforación o estenosis gástrica.
  - Tipos de cirugía
    - Vagotomía (corte de nervios para reducir la secreción ácida).
    - Antrectomía (extirpación de una parte del estómago) en casos graves.

# Enfermedad Acido Peptica

## Conjunto de Sintomas

- Dolor epigástrico
  - Se exacerba con el ayuno
  - Mejora con la comida

## Úlcera

- Interrupción en la integridad de la mucosa
  - Afecta el estómago o duodeno
  - Causa defecto local o excavación
- Generalmente crónicas

## Epidemiología

- Prevalencia en EEUU
  - 12% en hombres
  - 10% en mujeres
- Impacto
  - Afecta calidad de vida
  - Causa más de 15,000 muertes anuales

## Defensa de la Mucosa Gastroduodenal

- Factores que atacan la mucosa
  - HCl
  - Pepsinogeno
  - Sales biliares
  - Alcohol
  - Medicamentos
  - Bacterias
- Barreras de Defensa
  - 1. "Primera línea de defensa"
    - Capa de mucosa
      - Bicarbonato
      - Fosfolípidos
    - Función: Barrera fisicoquímica
  - 2. "Segunda línea de defensa"
    - Celulas epiteliales
      - Producción de mucosa
      - Transportadores iónicos (mantienen pH)
    - Protección adicional
      - Proteínas protectoras
      - Uniones estrechas intracelulares
  - 3. "Tercera línea de defensa"
    - Sistema microvascular subepitelial
    - Función: Proveer bicarbonato para neutralizar ácido
- Prostaglandinas
  - Función
    - Regulación de bicarbonato en mucosa
    - Inhibición de secreción de células parietales
  - Enzimas involucradas
    - COX-1: presente en estómago, plaquetas, riñones
    - COX-2: en macrófagos, leucocitos y fibroblastos

## Fisiología de la Secreción Gástrica

- 1. "Función del HCl y pepsinogeno"
  - Digestión de proteínas
  - Absorción de minerales (hierro, calcio, magnesio)
  - Destrucción de bacterias ingeridas
- 2. "Estímulos de Secreción Gástrica"
  - Ciclo circadiano
    - Aumenta en la noche
    - Disminuye en la mañana
  - Fases de secreción
    - Cefálica: ver, oler, probar comida
    - Gástrica: activada al entrar comida al estómago
    - Intestinal: activada al entrar comida en el intestino

## Patofisiología de la EAP

- Tipos de Úlceras
  - Úlcera gástrica (UG)
    - Comunes en sexta década de vida y hombres
    - Pueden ser malignas, requieren biopsia
    - Causas principales
      - H. pylori (50-70%)
      - AINES
  - Úlcera duodenal (UD)
    - Prevalencia: 6-15% de la población
    - Asociación alta con H. pylori (>90%)
    - Características: alteraciones en secreción de ácido nocturno y disminución de bicarbonato

## Campylobacter Pyloridis (H. pylori)

- Bacteria gramnegativa
  - Asociada a linfomas MALT y adenocarcinoma gástrico
- Mecanismos de virulencia
  - Ubicación: en capas profundas de la mucosa gástrica
  - Ureasa: produce amonio que alcaliniza el medio
  - Proteínas de membrana externa: ayuda a adherirse al epitelio

## EAP Causada por AINES

- Efectos Adversos
  - Nauseas
  - Dispepsia
  - Úlceración (endoscopia)
  - Complicaciones graves (sangrado, perforación)
- Síntomas ausentes en 80% de pacientes

## Otros Factores Relacionados con la EAP

- 1. "Cigarrillo"
  - Disminuye reparación de mucosa
  - Aumenta complicaciones
- 2. "Genética"
  - Parientes de primer grado tienen mayor riesgo
- 3. "Desórdenes asociados"
  - Edad avanzada, EPOC, IRC, cirrosis, nefrolitiasis

## Clinica y Complicaciones de la EAP

- 1. "Síntomas"
  - Dolor epigástrico
  - Nauseas
  - Perdida de peso
  - Dolor nocturno
- 2. "Examen físico"
  - Dolor epigástrico
  - Taquicardia
  - Sensibilidad abdominal
- Complicaciones
  - "Sangrado Gastrointestinal"
    - Complicación más común
    - Mortalidad del 5-10% a los 30 días
  - "Perforación"
    - Segunda complicación más común
    - Más frecuente en ancianos
  - "Obstrucción"
    - Menos común, causa saciedad temprana y pérdida de peso

## Diagnostico y Tratamiento

- 1. "Pruebas"
  - Radiografía
  - Endoscopia
  - Pruebas de H. pylori (ureasa, prueba de aliento)
- 2. "Tratamiento"
  - "Antiácidos"
    - Alivio de dispepsia
  - "Antagonistas H2"
    - Tratamiento para úlceras activas (cimetidina, ranitidina)
  - "Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)"
    - Ejemplos: omeprazol, lansoprazol
  - "Eradicación de H. pylori"
    - Terapias con antibióticos e IBP
  - "Medidas adicionales"
    - Misoprostol y protectores gástricos para prevenir úlceras en usuarios de AINES
- Tratamiento Quirúrgico
  - Recomendado en casos de complicaciones graves
  - Hemorragias que no responden al tratamiento endoscópico

# Acalasia

## Definición

Trastorno motora esofágica

Caracterizado por la incapacidad del esfínter esofágico inferior para relajarse durante la deglución.

Consecuencia

Dificultad crónica para deglutir alimentos y líquidos.

## Epidemiología

Incidencia

1-2 casos por cada 100,000 habitantes al año.

Edad de inicio

Más frecuente entre los "25-60 años".

Género

Afecta por igual a hombres y mujeres.

Distribución geográfica

Se observa en diferentes partes del mundo sin grandes diferencias geográficas.

## Etiología

Desconocida en la mayoría de los casos

Causas autoinmunes

El sistema inmunológico ataca los nervios esofágicos.

Genética

Provoca la pérdida de las células ganglionares en el plexo mientérico.

Otros factores

Predisposición familiar observada en algunos casos.

Infección viral (herpesvirus) que podría estar involucrada en la patogénesis.

## Fisiopatología

Disfunción del EEI

El EEI no se relaja adecuadamente al deglutir.

Impide el paso de los alimentos hacia el estómago.

Hipertensión del EEI

La presión alta en el EEI dificulta la deglución.

Causa regurgitación de alimentos no digeridos.

Ausencia de peristalsis

El esófago no tiene la capacidad de mover los alimentos hacia el estómago de forma eficiente.

Alteración de los ganglios nerviosos

## Cuadro Clínico

Disfagia

Inicialmente para alimentos sólidos, luego progresando a líquidos.

Regurgitación

Alimentos no digeridos, especialmente por la noche o al acostarse.

Dolor torácico

Similar a la angina, pero no relacionado con el corazón.

Pérdida de peso

Debido a la dificultad para tragar.

Síntomas menos comunes

Tos crónica

Regurgitación de alimentos hacia las vías respiratorias.

Aspiración

Infecciones respiratorias causadas por la entrada de alimentos en los pulmones.

## Diagnóstico

Manometría esofágica

Prueba de referencia

Muestra la incapacidad del EEI para relajarse

Confirma la ausencia de peristalsis

Endoscopia

Objetivo

Descartar otras causas de disfagia (como cáncer esofágico o lesiones benignas).

Hallazgos comunes

Esófago dilatado.

Estrechamiento en la unión esofagogástrica.

Radiografía con bario

Hallazgos característicos

Dilatación del esófago.

"Signo de la copa de vino" en la parte inferior.

## Tratamiento

Tratamiento médico

Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Usados para reducir la acidez gástrica.

Alivian los síntomas de reflujo.

Nitratos y calcio antagonistas

Relajan el EEI.

Alivian temporalmente los síntomas de disfagia.

toxina botulínica

Inyección en el EEI.

Utilizado en pacientes que no pueden someterse a cirugía.

Tratamiento quirúrgico

Miotomía de Heller

Cirugía de referencia

Alta tasa de éxito para mejorar la deglución.

Funduplicatura de Dor

A menudo realizada junto con la miotomía.

Previene el reflujo ácido postquirúrgico.

Tratamiento endoscópico

Dilatación neumática

Expansión del EEI mediante un balón.

Reduce su hipertensión.

Eficaz en la mayoría de los pacientes, aunque con recurrencia en algunos casos.

Seguimiento

Monitoreo regular

Es necesario para detectar recurrencias de los síntomas o complicaciones.

Segunda cirugía

Considerada en casos de fracaso de la dilatación o la miotomía.

Corte parcial de las fibras musculares del EEI.

Permite su relajación.