



Mario Morales Argueta

Reporte de estudio

Medicina Interna

5°A

PASIÓN POR EDUCAR

Acalasia

- * Es una afección de la deglución, que tiene afectación en esófago, este es el conducto que conecta la boca y estómago

Epidemiología

- * Incidencia estimada de 18/100.000
- + Rango de edad entre 25 a 60 años
- * Es una enfermedad de larga duración, afecta principalmente neuronas ganglionares esofágicas

Fisiopatología

Acalasia se da por falta de células ganglionares

- * Hay un proceso autoinmunitario
- + Es de larga duración
- * Se encuentra con hipertrofia de LES
- * Se da una dilatación progresiva, hay una deformidad sigmoides del esófago.

Clinica

- * Regurgitación
- * Pérdida de peso
- * Dolor torácico
- * Disfagia

* Diagnostico.

* Estudio radiografico (esofagrama barritado)

* Endoscopia (pseudocclusia)

* Manometria esofagica.

* Tratamiento

* Reducir la presión de LES

* Miotomia quirurgica - endoscopia

* Dilatación neumática con balón.

* Farmacológico

* Nitratos

* Antagonistas de conductos de calcio.

* Inyección betolinica.

ERGE

* Es una enfermedad (crónica) se da porque el ácido estomacal o la bilis ascienden por el esófago, e irrita el revestimiento

Tienen patocimientos en común el origen de reflujo gastroesofágico sus manifestaciones son extraesofágico

Epidemiología

- * Adulto mayor
- * Mayor incidencia en Estados Unidos
- * México 40%

= Etiología

- * Fumar
- * Hernia de hiato
- * Obesidad
- * Consumo de alcohol.

Fisiopatología

① Esofagitis

② Aparece cuando el ácido gástrico y pepsina originan necrosis

③ Mucosa esofágica y producen erupciones y úlceras

① Hay reflujo excesivo

② Jugo gástrico.

* Factores que afectan al R.G

- * Embolización
- * Obesidad abdominal
- * Hipertensión gástrica
- * Peristalsis esofágica

* Clínica

- * Pirosis
- * Disfagia
- * Regurgitación
- * Dolor torácico
- ✓ Complicaciones
- * Hemorragia
- ✓ Estenosis
- * Neoplasia de Barrett

Pruebas diagnósticas

- * Exploración física
- * Endoscopia
- * Vigilancia intrahospitalaria por 24 horas

Tratamiento

- * Evitar alimentos ácidos
- * Dieta
- * Inhibidores de secreción de ácido gástrico
- ✓ Inhibidores de la bomba de protones
- * Antagonistas de receptores de histamina tipo 2 H₂RA

Enfermedad Ácido Péptica

- ✓ Enfermedad catalizada por una pérdida de sustancia en la mucosa del tubo digestivo expuesta a la secreción Clorhídrico-Péptica, esta lesión debe ocupar todas las capas de la mucosa.

Fisiopatología

- * Frecuente en duodeno, también frecuente ulcera gástrica, la esofagita, marginal.
- * Común en pacientes de 2 a 1 en ulcera duodenal.

Clinica

- * Síndrome ulceroso
- * Dolor en epigastrio
- * Sensación de hambre
- * Vómito

Etiología

- * Infección por *Helicobacter pylori*
- * Toma de medicamentos anti-inflamatorios
- * Enfermedad de Zollinger Ellison

Diagnóstico

* Pruebas Serológicas

* Se confirma con endoscopia digestiva alta

* Helicobacter (Biopsia)

Tratamiento

* Inhibidores del ácido

* Inhibidores de bomba de protones
- Omeprazol - Pantoprazol → 20-40 mg

* Inhibidor de H₂ → Reditinina - Famotidina 150mg

* Dieta.

Úlcera Duodenal

* Lesión crónica dolorosa, afecta la mucosa del duodeno, la primera parte del intestino delgado, la principal causa es la infección bacteriana: (*Helicobacter Pylori*).

Epidemiología

- * Del 6 al 15% de la población occidental.
- * Mortalidad disminuida >50% en los últimos 30 años.

Etiología

- * La mayor de veces miden ≤ 1 cm de diámetro.
- * La base de la úlcera suele estar formada por necrosis eosinofílica con fibrosis circundante.
- * El tabaquismo y alcoholismo.

Fisiopatología

- ① Aumento de velocidad del vaciamiento gástrico de líquidos.
- ② La secreción de bicarbonato está notablemente baja en el bulbo duodenal.

Clinica.

- * Sensación de plenitud
- * Nauseas
- * Dolor punzante de tipo ardor.
- * Vomito
- * Fatiga
- * Perdida de peso

Diagnostico

- * Endoscopia digestiva alta
- * Biopsia.

Tratamiento.

- * Antibioticos
- * Antiacidos
- * Intervención Quirúrgica.

Úlcera Gástrica

- * Es una lesión que se presenta en la mucosa del estómago, puede ser maligna de origen u *Helicobacter Pylori*.
- Se caracteriza por pérdida de tejido y formación de una llaga.

Epidemiología

- * Es el problema más común en población adulta.
- * 60% en varones.

Etiología

- * La principal causa es *Helicobacter Pylori*. Esta causa daño a la mucosa y a la barrera protectora.

Fisiopatología

- ① Se da un desequilibrio entre factores agresivos ácido gástrico y pepsina.
- ② Se atribuye a la infección de *H. Pylori*.
- ③ Secreción del ácido gástrico (normal o disminuida).

- (H) Presencia de concentraciones de ácido
- ⊙ Alteración en la defensa de la mucosa

Diagnostico

- * Endoscopia digestiva alta
- * Pruebas de aliento
- * Serología
- * Antígenos en heces

Tratamiento

- * Antibiótico
- * Inhibidor de la bomba de protones
- * Antidiarreico
- * Antiácidos

Helicobacter Pylori.

* Es un bacilo Gramnegativo, de morfología Curvada, microaerófila, que produce o actúa como cofactor para producir determinadas lesiones gastrointestinales en una minoría de los pacientes a los que infecta.

Epidemiología

- * Prevalencia más alta es en los países menos desarrollados 80-90%
- * La infección se suele adquirir en la infancia
- * Transmisión fecal-oral u oral-oral.

Fisiopatología

* H. Pylori coloniza la mucosa gástrica con facilidad, debido a que su morfología curva y la presencia de flagelos le otorgan gran movilidad, que le permite penetrar por la capa de moco.

Clinica

- * Gastritis aguda
- * Gastritis crónica B
- * Úlcera péptica
- * Adenocarcinoma gástrico
- * Dispepsia no ulcerosa.

Diagnostico

- x Histología
- x Cultivo
- x Test de la ureasa
- x Anticuerpos anti-H. Pylori
- x Antigenos fecales

Tratamiento

- x Terapia triple \rightarrow 90% de curación
- x Pauta cuadruple con un IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol cada 12 hrs
- x Se recomienda como tercera línea lo siguiente: IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol