

UDS

PASIÓN POR EDUCAR



Nombre del Alumno: Leonardo López Roque

Nombre del tema: Trastornos gastrointestinales

Nombre de la Materia: Medicina Interna

Nombre del docente: Dr Alexandro Alberto Torres Guillen

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 3ro

Grado y grupo: 5 - B

Semestre: 5to

Acalasia

Definición → Generada por la pérdida de las células ganglionares del plexo mienterico esofágico

Epidemiología

• 3-100,000 habitantes por el mundo

• Incidencia, 25-60 años

Etiología

Ex: todas las edades

• Enfermedad de larga evolución; se observa aganglionosis

→ **causa frecuente:** afectación a las neuronas ganglionares excitadoras como las neuronas inhibitorias que median la relajación del LES

Fisiopatología

Ausencia que conduce la relajación anómala LES para la deglución, así como la propagación y falta de peristalsis.

La causa definitiva: degeneración de células ganglionares → proceso

autoinmunitario

• Herpes simple tipo 1

• Predisposición genética

Cuadro clínico

> Disfagia > Regurgitación > Dolor torácico > Pérdida de peso

sólidos o líquidos

Avanzado: > Bronquitis > Absceso pulmonar > Aspiración crónica

Dolor retrosternal o presivo; irradia cuello, extremidades superiores, mandíbula y espalda

Dx

• Estudio radiográfico con trazo de bario • Endoscopia → excluye tumores

• Manometría esofágica • Estudio de deglución de bario

TX

- cirugía laparoscópica - Dilatación neumática con globo
- > Miotomía de LES

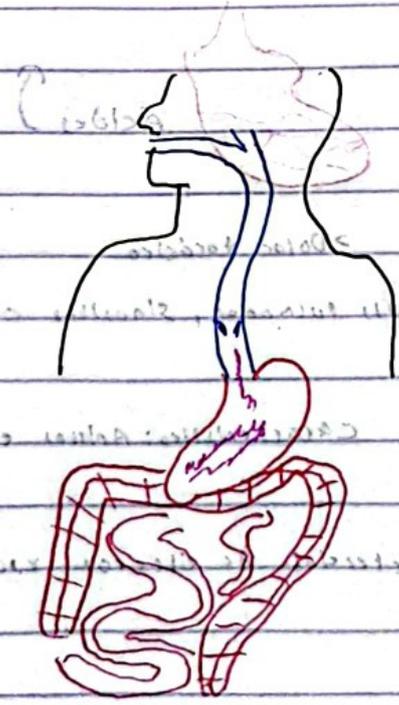
Farmacoterapia

- ↓ Nitratos
- ↓ Calcioantagonistas
- Toxina botulínica

Objetivo del tx -> Reducir la presión de LES, de tal manera que la gravedad y la presión de los líquidos en el interior faciliten el vaciamiento del esófago

> Miotomía de Heller: Procedimiento antireflujo

> Miotomía esofágica transbucal: Tx del esfínter esofágico inferior



> Relajación del esfínter esofágico inferior

interior

DX

Endoscopia -> de elección
Esofagograma de contraste bilabial

TX

- 1) Evitar los alimentos que reducen la presión del esfínter inferior
- 2) Evitar alimentos calientes que son irritantes
- 3) Evitar conductos que causen o irritan

GERD

- Familia de padecimientos que tienen en común su origen en el GERD, el cual desencadena síntomas problemáticos o manifestaciones **esofágicas** y **extraesofágicas**

Fx: Adultos mayores y niños causa: Adenocarcinoma esofágico

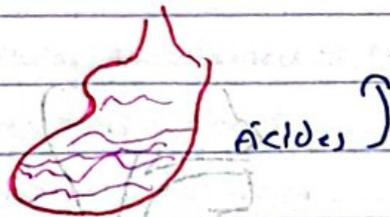
Fisiopatología:

La esofagitis aparece cuando el ácido gástrico y la pepsina originan necrosis de la mucosa esofágica generando erosiones y úlceras.

- mediada por citocinas → inflamación del epitelio esofágico

Mecanismos dominantes

- 1- Relaciones transitorias del LES **Frecuentes:** Asociados transitorios 90%
- 2- Hipotensión del LES
- 3- Distorsión anatómica



Cuadro clínico

- > Pirosis > Regurgitación > Disfagia > Dolor torácico

Grave → Laringitis, faringitis, erosión, fibrosis pulmonar, sinusitis crónica

Dx

Endoscopia → Dx directo

Característica: Anillo esofágico

Ecografía de conductos biliares

Detección de úlceras esofágicas

Tx

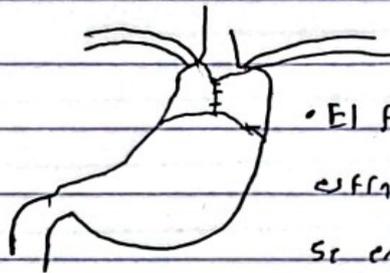
- 1) Evitar los alimentos que reducen la presión del esfínter inferior
- 2) Evitar alimentos ácidos que son irritantes (fruta cítrica y jitomates)
- 3) Evitar conductas que conlleven a reflujo

Tx farmacológico

- Inhibidores de la secreción de ácido gástrico
- PPI y H₂R
- Antagonistas de histamina tipo 2

Tx - Qx

- Funduplicatura de Nissen laparoscópica → Barrera anti-reflujo



- El fundus se dobla y se cose alrededor del esfínter esofágico inferior, una válvula muscular se encuentra en la parte inferior del estómago.

Enfermedad ácido péptico

Definición → Pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o del duodeno que produce local o excavaciones a causa de **inflamación activa**

→ Frecuentes en **90%** con síntomas dispepsia

Úlceras gástricas



◦ Tiende a aparecer después de (a) Du con incidencia en el sexto decenio de edad

→ **50%** Frecuente en varones

→ Evolución de forma **oscilatoria** → aparecen generando una **complicación**

Histopatología

Gran parte de las Gu se atribuyen a la infección por **H. pylori** o una lesión de la mucosa inducida por **NSAID**.

◦ Aparece en el **área prepilórica** o las del cuerpo relacionados

con Du

◦ Alteración en las concentraciones del ácido clorhídrico disminuidas

◦ Fx de defensa en la mucosa

Clasificación

Tipo 1 → Aparecen en el cuerpo gástrico y producción disminuida de ácido clorhídrico

Tipo 2 → Aparecen en el antro y la cantidad de ácido gástrico es reducida

Tipo 3 → Aparecen a 3 cm del píloro - se acompañan de UD - excesiva secreción gástrica

Tipo 4 → Surgen en el cardias y se vinculan con hipoproducción de ácido gástrico

Cuadro clínico

◦ Dolor abdominal

◦ Hemorragia

◦ Perforación

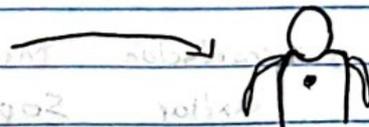
◦ Obstrucción

◦ Dolor epigástrico

◦ Hambre dolorosa

◦ Dispepsia

◦ Alteración motilidad intestinal →



Epidemiología - Úlceras Duodenales

Se calcula que las DU se producen en 6% a 15% de la población occidental

-> Frecuentemente varones

-> Sexto decenio de edad

Incidencia: Ambos Hto de Úlcera

Fisiopatología - DU

- H. pylori y NSAID explican la mayor parte de las DU -> alteraciones de la secreción gástrica
- Secreción de ácido medular y nocturna son incrementadas
- Secreción de bicarbonato reducida en el bulbo duodenal

H. pylori y trastornos pépticos

La infección gástrica por la bacteria H. pylori subyace en la mayor parte de los casos de PUD

Apariciones:

- Testes Helicobacter-MAIT
- Adenocarcinoma gástrico

Epidemiología

- Prevalencia 20% - 50% países industrializados
- > 30 años de edad
- 80% suele afectarse a los 20 años

Fx de riesgo:

- Estatus socioeconómico bajo
- Raza blanca
- País vec de desarrollo
- Hacia el norte
- Antihistérgicos
- Intolerancia de alimentos
- Exposición al contenido G. infectado
- agua

Fisiopatología

- Gastritis activa crónica se determina por una compleja interacción entre Fx del hospedador y bacteria
- Facilita la estancia gástrica -> daño a la mucosa y evita defensas del hospedador

- Produce distintos factores de virulencia - GGT-CAGa - PAMP - LPS

Valoración diagnóstica

- Barlo del tubo digestivo proximal -> estudio de úlcera 90% (C < 0.5 cm)
- Úlcera > 3M de tamaño = tumor maligno
- Endoscopia -> Intervención Qx
- RX -> UG Para realizar endoscopia o biopsia

-> Endoscopia -> Estudio tubo digestivo superior

-> Biopsia -> H. pylori -> prueba de antígeno HP en orina

Pruebas específicas

- Determinación sérica sérica
- Análisis de ácido gástrico

Tratamiento

Fármacos Neutralizadores

Antiácidos -> Neutralizar la actividad gástrica

- 1) Hidróxido de magnesio
- 2) Hidróxido de aluminio

Antagonistas de los receptores H₂

Inhiben la secreción ácido basal 1) Cimetidina 2) Ranitidina

- 3) Famotidina
- 4) Nizatidina

Inhibidores de H⁺K⁺-ATPasa

Inhiben la H⁺, K⁺-ATPasa irreversiblemente 1) Omeprazol 2) Esomeprazol

- 3) Lansoprazol
- 4) Rabeprazol
- 5) Pantoprazol

Citoprotectores

- 1- Sucralfato
- 2- Análogos de prostaglandinas
- 3- Anticolinérgicos

TX - H. pylori

De elección → PPI - Amoxicilina, metronidazol, tetraciclina, claritromicina
y cualquier bismuto
7-10 días

Tx triple

Lansoprazol - claritromicina - Amoxicilina 14 días