



Emmanuel Hernández Domínguez

Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen

Reporte de estudio

Medicina interna

PASIÓN POR EDUCAR

5-B

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre del 2024

ACALASIA

Definición

Enfermedad inusual generada por la pérdida de las células ganglionares del plexo miéntérico esofágico

Epidemiología

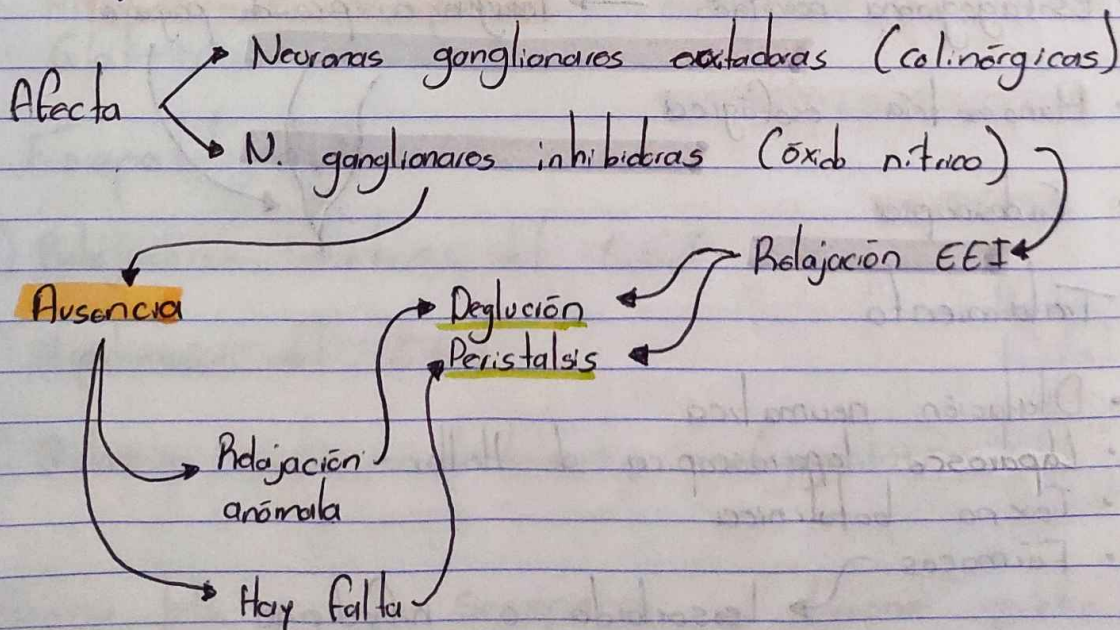
↳ P. de Auerbach

- Incidencia poblacional aprox. de 1:100 000
- Se presenta entre los 25 y 60 años de edad.

Etiología

- Pérdida de células ganglionares → Procesos autoinmunitarios
- Predisposición genética ← VHS 1

Fisiopatología



Cuadro clínico

- Disfagia → Sólidos y líquidos
- Regurgitación → Riesgo
 - Bronquitis
 - Neumonía
 - Absceso pulmonar
- Dolor torácico
 - Opresivo
 - Irradia cuello, ext. sup., mandíbula y espalda
- Pérdida de peso

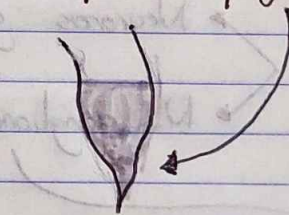
Diagnóstico

- Dx diferencial
 - Espasmo esofágico difuso (DEE)
 - Enf. de crujidos
 - Pseudoacalasia

- Esofagograma baritado → **imagen en pico de pájaro**

- Manometría esofágica

- Endoscopia



Tratamiento

- Dilatación neumática
- Miotomía laparoscópica de Heller
- Toxina botulínica
- Fármacos
 - Isosorbida o nifedipino

ERGE

Definición

Familia de padecimientos que tienen en común su origen en el reflujo gastroesofágico, desencadenando síntomas problemáticos o manifestaciones esofágicas o extraesofágicas.

Epidemiología

- Afecta 15% de adultos en E.U.
- ↑ de adenocarcinoma en 20 años

Etiología

- Obesidad abdominal
- Embarazo
- Estados de hipersecreción gástrica
- Retraso del vaciamiento gástrico
- Alteración de la peristalsis esofágica
- Glotonería

Fisiopatología

1) Relajaciones transitorias del E.E.I.

2) Hipotensión del E.E.I.

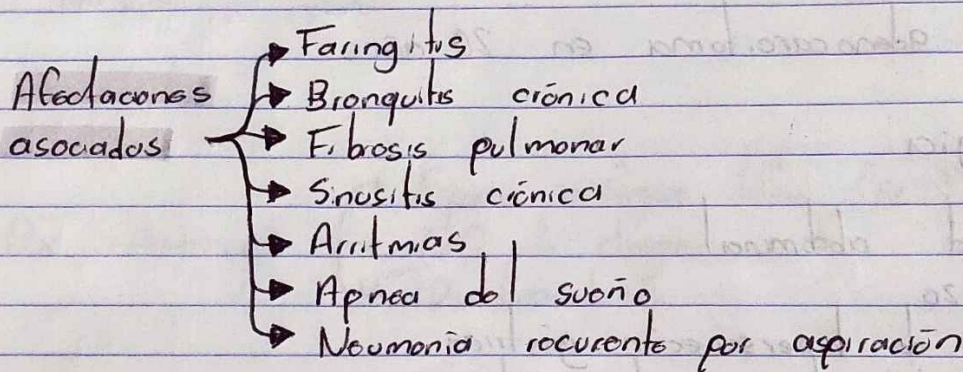
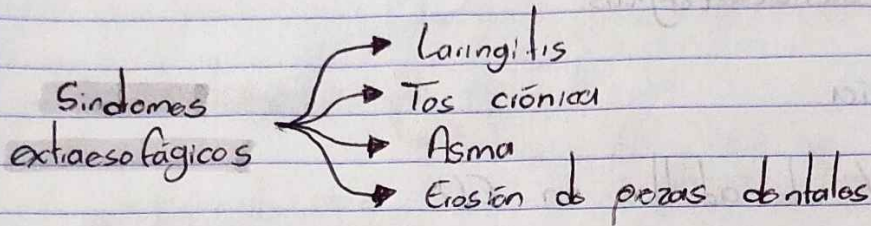
3) Distorsión anatómica de la unión esofagogástrica

Hernia
hiatal

Pepsina, bilis y enzimas pancreáticas + Secreciones gástricas → Lesionan epitelio esofágico

Clinica

- Pirosis
 - Regurgitación
 - Disfagia
 - Dolor torácico
- } Más frecuentes



Complicaciones → Metaplasia de Barrett → Adenocarcinoma
esofágico

Diagnóstico

- Pruebas de supresión ácida
- Esofagoscopia
- Vigilancia ambulatoria del pH esofágico

Tratamiento

- 1) Evitar alimentos que reducen la presión del E.E.I
 - 2) Evitar alimentos ácidos irritantes
 - 3) Conductas que lleven al mínimo reflujo y pirosis
- Fármacos inhibidores de secreción A.G. → IBP o H₂RA

ÚLCERA PÉPTICA

Úlcera se define como la pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o duodeno que produce un defecto local o excavación a causa de inflamación activa. Tamaño > 5 mm.

PUD incluye \rightarrow Úlcera gástrica
 \rightarrow Úlcera duodenal

Etiología

- Helicobacter pylori
- Infecciones
- AINES
- Toxinas o fármacos

Epidemiología

ÚLCERAS DUODENALES

- Afecta de 6 a 15% de la población occidental
- Erradicación de *H. pylori* ha \downarrow tasa de recurrencia

ÚLCERAS GÁSTRICAS

- Incidencia en el sexto decenio
- 50% en varones
- Son menos frecuentes que UD

Fisiopatología

ÚLCERAS DUODENALES

- *H. pylori* y AINES explican la mayor parte de la UD
- Existen alteraciones de la secreción ácida.

H. pylori contribuye

- ↑ Secreción ácido media basal
- ↓ Secreción de bicarbonato en bulbo duodenal

ÚLCERAS GÁSTRICAS

- Gran parte se atribuye a H. pylori y lesión de la mucosa inducida por AINES

Secreción de ácido gástrico (basal y estimada)

- Normal
- **Disminuida** → Alteración de factores de defensa de la mucosa

Clasificación según su ubicación

Tipo I → Cuerpo gástrico y ↓ producción de A.G.

Tipo II → Antro y A.G normal o ↓

Tipo III → A 3cm del píloro, UD y AG normal o ↑

Tipo IV → Cardias e hipoproducción de A.G.

Manifestaciones clínicas

- Dolor epigástrico → Urente a lacerante
- Sensación dolorosa o hambre dolorosa

Patrón del dolor en UD

- 90 min a 3h, antes de comida
- Alivia con antiácidos o alimentos
- **Aparecen entre media noche y 3:00am**

Patrón del dolor en UG → Malestia desencadenada por ingestión de alimentos
→ Hay náusea y pérdida de peso

- Náusea, vómito o ambos → Complicación de la úlcera
- No se alivia con antiácidos o alimentos o se irradia a espalda → Úlcera penetrante (páncreas)
- Dolor abdominal intenso y generalizado → Perforación
- Empeoramiento de dolor con comida, náusea y vómito de alimento no digerido → Obstrucción del orificio
- Heces negras o posos de café en vómito → Hemorragia

Diagnóstico

- Estudio radiográfico con bario → 1ra. prueba
- Endoscopia → Sensible y específico en T.D. superior
- Determinación de gastrina sérica y análisis del ácido gástrico.

Tratamiento

- Se basa en erradicación de H. pylori y medidas terapéuticas
- Prevención de enf. inducida por AINES

FÁRMACOS NEUTRALIZADORES O INHIBIDORES DEL ÁCIDO

Antiácidos

- Hidróxido de aluminio y magnesio
- Bicarbonato sódico
- Carbonato de calcio

Antagonistas de receptores H_2

- Cimetidina → 400 mg c/12 h
- Ranitidina → 300 mg al acostarse
- Famotidina → 40 mg al acostarse
- Nizatidina → 300 mg al acostarse

IBP

- Omeprazol → 20 mg / día
- Lansoprazol → 30 mg / día
- Rabeprazol → 20 mg / día
- Pantoprazol → 40 mg / día
- Esomeprazol → 20 mg / día
- Dexlansoprazol → 30 mg / día

CITOPROTECTORES

Sucralfato → 1g c/6 h

Análogos de prostaglandinas → Misoprostol → 200 mg c/6 h

Compuestos con bismuto → Subsalicilato de bismuto (BSS) → 2 tabletas c/6 h

HELICOBACTER PYLORI

- Antes conocida como *Campylobacter pyloricus*
- Microorganismo microaerófilo gramnegativo con forma de bastón, múltiples flagelos en un polo y es móvil.

Epidemiología

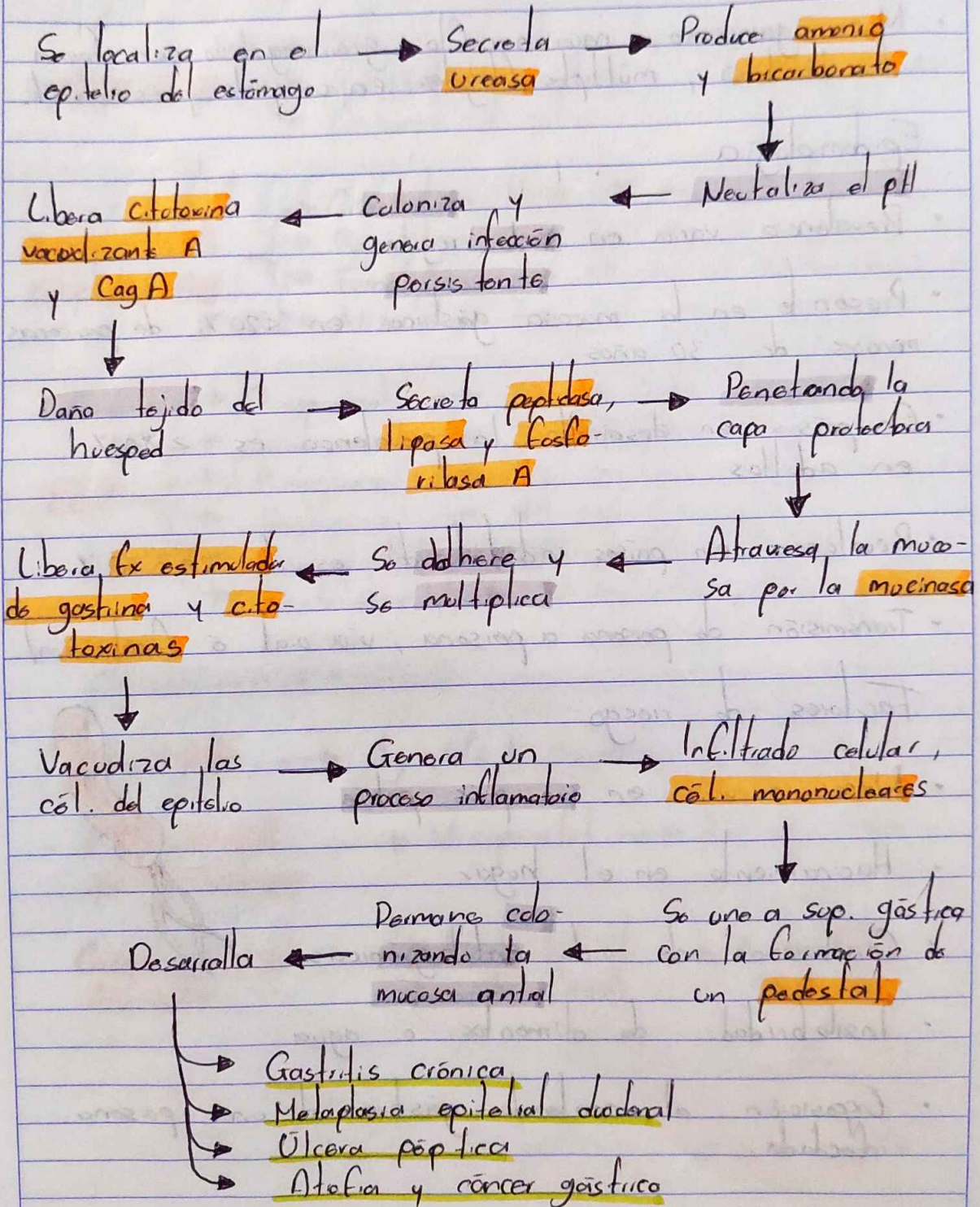
- Prevalencia varía en cada región
- Presente en la mucosa gástrica en $< 20\%$ de personas menores de 30 años.
- En países en desarrollo, la prevalencia es $\geq 80\%$ en adultos
- Prevalencia en países industrializados es de 20-50%
- Transmisión de persona a persona, vía oral o fecal-oral.

Factores de riesgo

- Nacer o vivir en un país pobre
- Hacinamiento en el hogar
- Condiciones de vida anti-higiénicas
- Insalubridad de alimentos o agua
- Exposición al contenido gástrico de una persona infectada.



Patogenia



Erradicación de *H. pylori* (14 días)

Primera línea

- Omeprazol / IBP
- Claritromicina
- Amoxicilina
- Metronidazol

Primera línea alergia a penicilina

- IBP + Bismuto
- Tetraciclina (Doxiciclina)
- Metronidazol

Segunda línea

- IBP + Bismuto
- Amoxicilina
- Levofloxacina

Segunda línea alergia a penicilina

- IBP
- Levofloxacina
- Claritromicina

Tercera línea

Usar una de las alternativas de 2da línea no utilizada.

Diagnóstico → Prueba de aliento