



**Diana Citlali Cruz Rios**

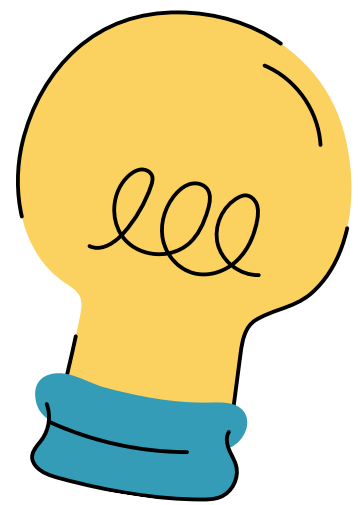
**Dr. Alexandro Torres**

**Unidad 3**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Medicina Interna**

**5° “C”**

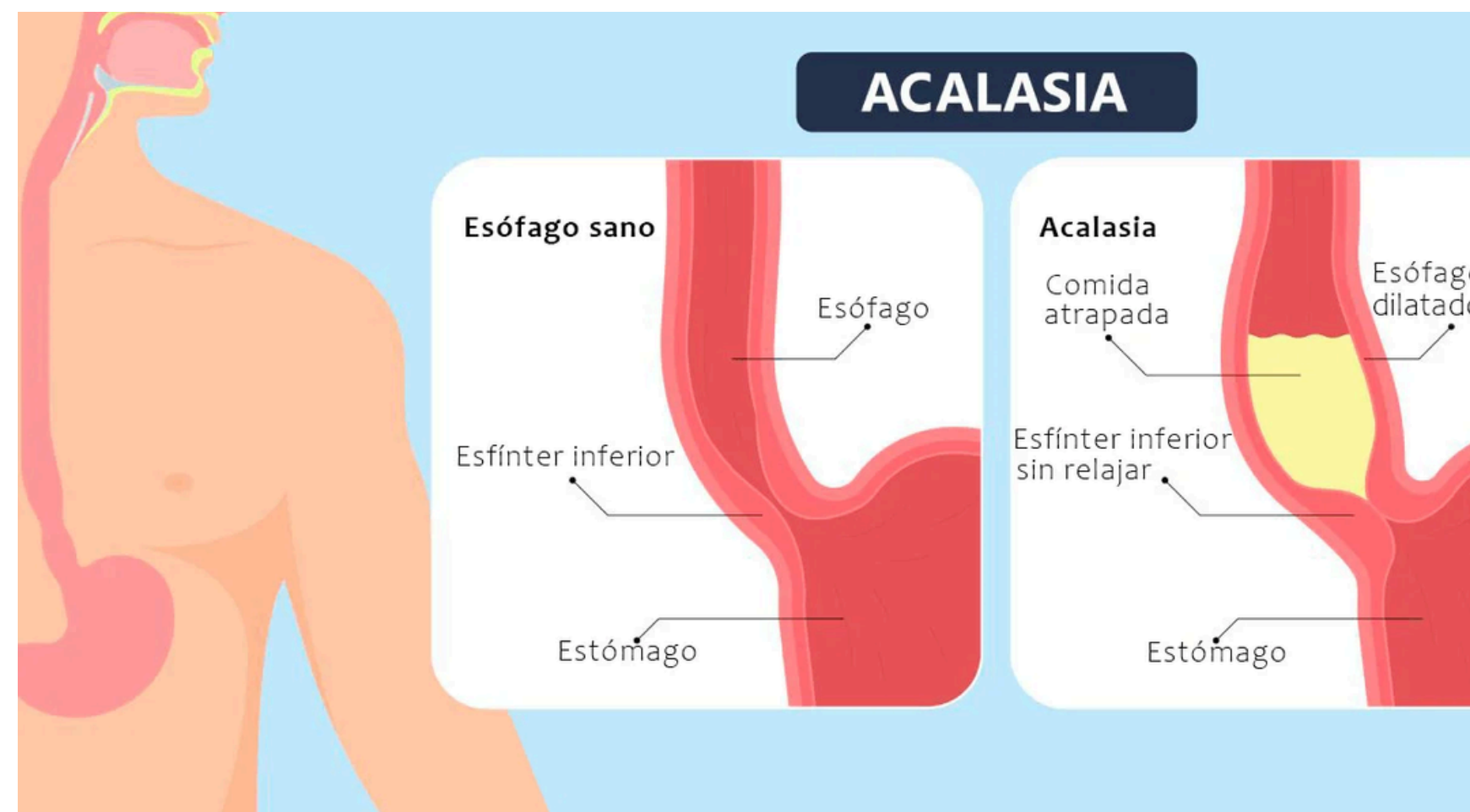


# ACALASIA

DIANA CITLALI CRUZ RIOS  
DR. ALEXANDRO TORRES  
MEDICINA INTERNA  
5TO C

# DEFINICION

LA ACALASIA ES UN CUADRO EN EL QUE EL ESF ÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR NO SE RELAJA DURANTE LA DEGLUCIÓN > LESIONES DE LA RED NERVIOSA DEL PLEXO MIENTÉRICO DE LOS DOS TERCIOS INFERIORES DEL ESÓFAGO.



Tratado fisiologia  
medica.12a. Guyton

# CLASIFICACION

- ACALASIA TIPO I (CLASICA)
- ACALASIA TIPO II (VIGOROSA)
- ACALASIA TIPO III  
(ESPÁSTICA)

# ETIOLOGIA

SE DESCONOCE LA CAUSA SUBYACENTE DE LA ACALASIA ESOFÁGICA

Se puede asociar a:

- PÉRDIDA DE NEURONAS INHIBIDORAS QUE LIBERAN VIP Y ÓXIDO NÍTRICO.
- ENFERMEDAD DE CHAGAS

Fisiopatología de la enfermedad.

# EPIDEMIOLOGIA

- TODAS LAS EDADES (30-50 AÑOS)
- AMBOS SEXOS



# CLINICA

Mas comunes

1. DISFAGIA
2. REGURGITACIÓN DE ALIMENTOS.
3. DOLOR EN EL PECHO.
4. PÉRDIDA DE PESO.
5. ROTURA ESOFÁGICA OCASIONA SIN TX= MUERTE.



# COMPLICACIONES

- ESOFAGITIS > Por la irritación alimenticia y sobreinfección.
- ASPIRACION BRONCOPULMONAR EN RELACION C/REGURGITACION > 30% de px.
- CARCINOMA ESOFAGICO > 2-7%, Mas frec. en px c/tx incompleto

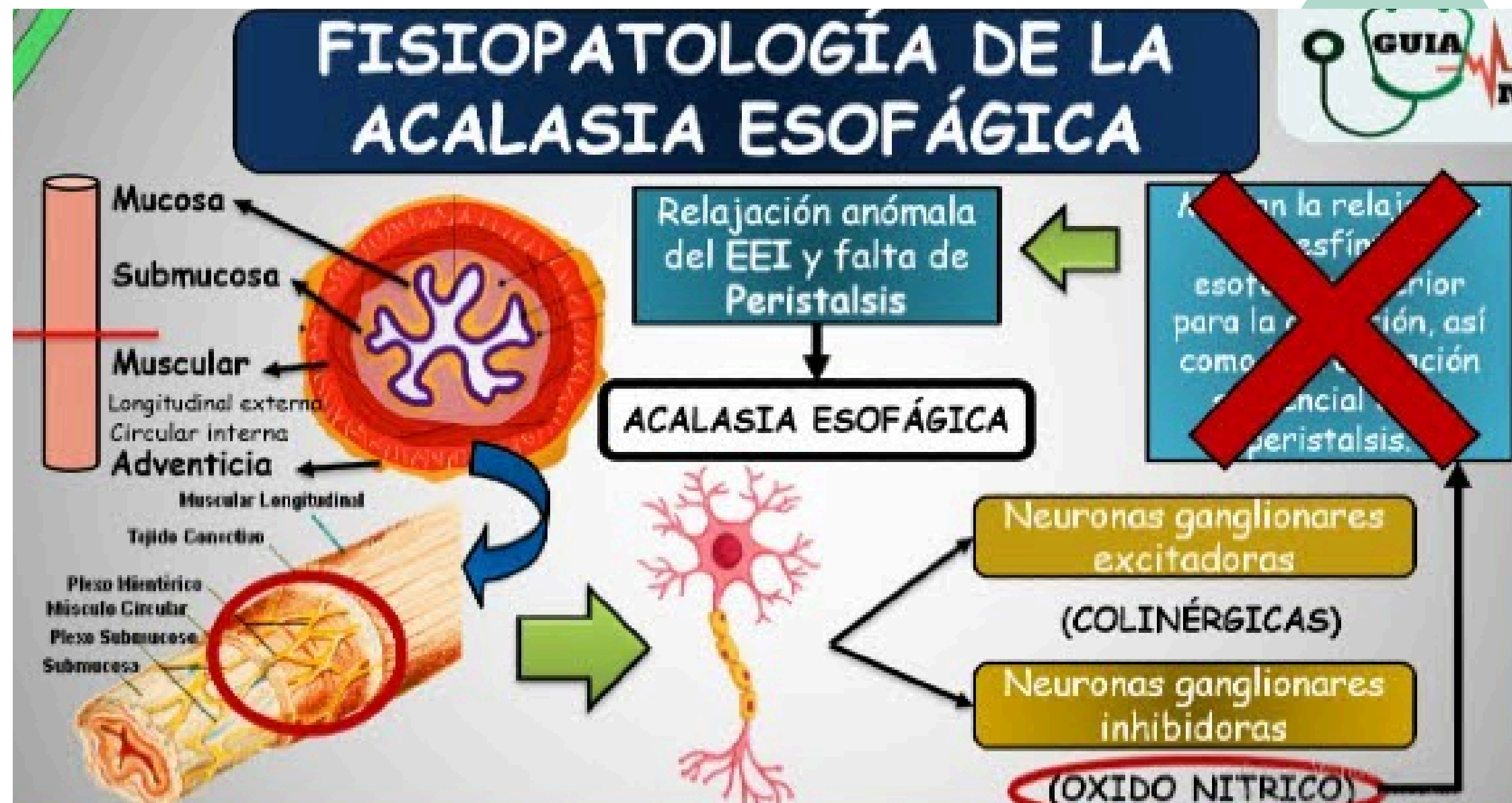


# FISIOPATOLOGIA

Daño en el plexo de Auerbach > Hay pérdida de cel. inhibitoras.

6

PÉRDIDA DE LAS NEURONAS MIENTÉRICAS QUE COORDINAN LA PERISTALSIS ESOFÁGICA Y LA RELAJACIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR > AUSENCIA DE PERISTALSIS ESOFÁGICA E INSUFICIENTE RELAJACIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR







ENDOSCOPIA.

RADIOGRAFÍA  
DE ESÓFAGO  
CON BARIO



# DIAGNOSTICO



MANOMETRÍA  
ESOFÁGICA.>ESTUDIO  
CONFIRMATORIO

# TRATAMIENTO

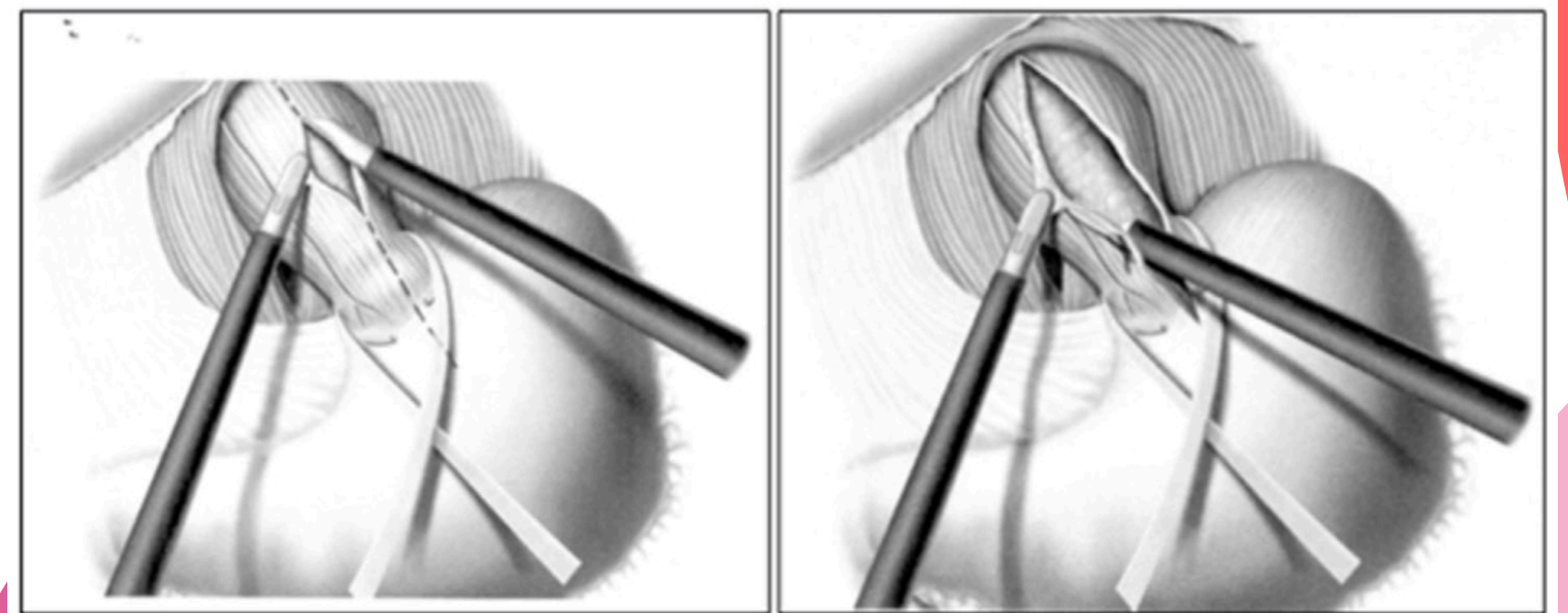
## FARMACOLOGICO

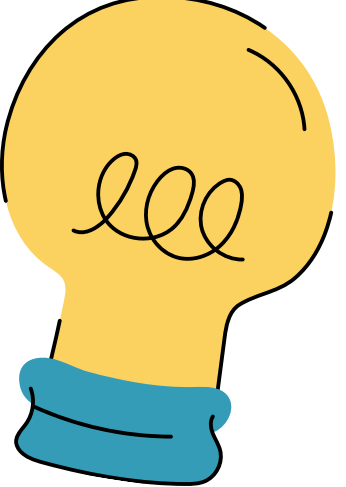
- Nitritos y calcioantagonista: uso frecuente
- Nifedipino: resultado exitoso
- Dinitrato isosorbida: Efecto secundario > cefalea



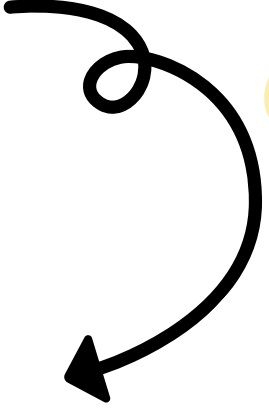
## QUIRURGICO

Miotomia de Heller: Cortar el musculo del Esfinter Esofagico Inferior.





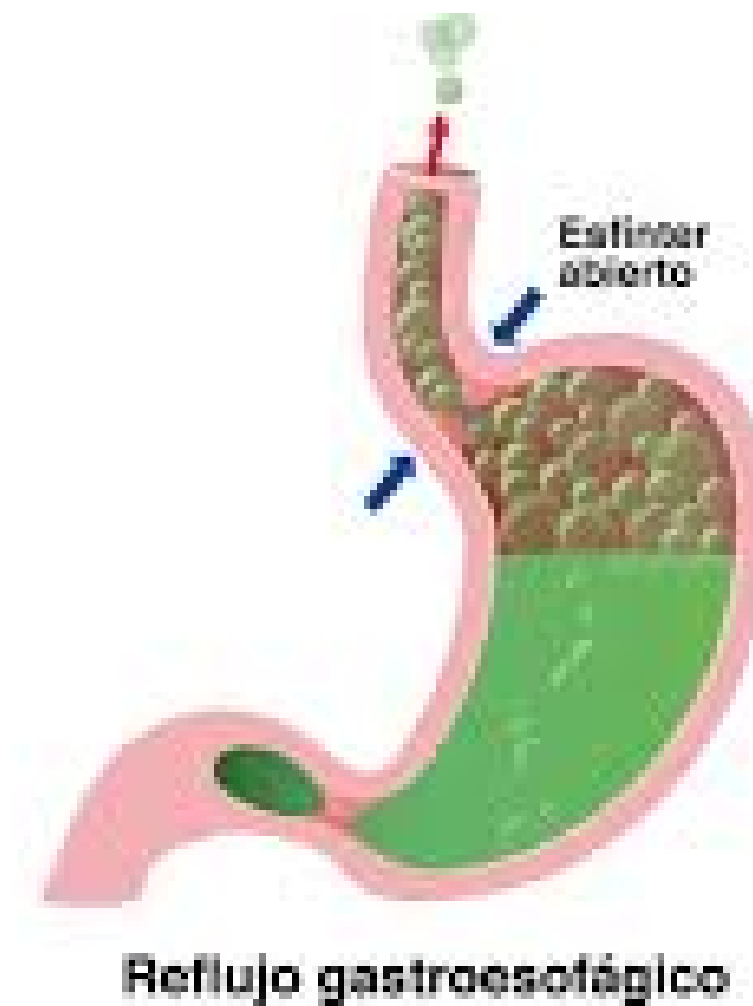
ENFERMEDAD POR  
REFLUJO



GASTROESOFAGICO

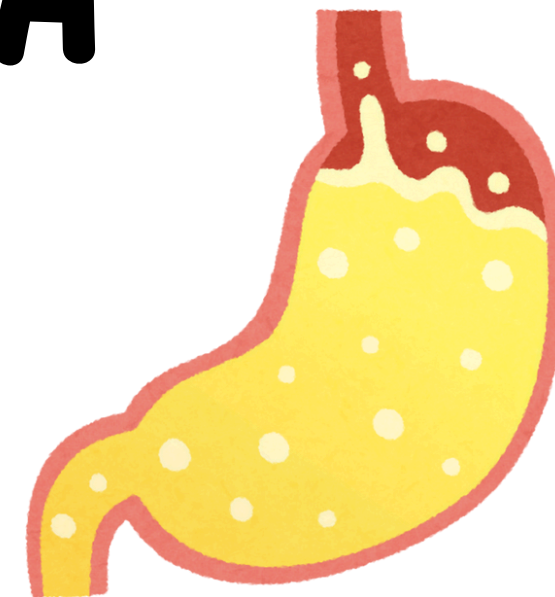
# DEFINICION

ES UNA CONDICIÓN CRÓNICA EN LA QUE EL ÁCIDO ESTOMACAL FLUYE HACIA EL ESÓFAGO, CAUSANDO INFLAMACIÓN Y DAÑO EN LA MUCOSA ESOFÁGICA.



# CLINICA

1. ACIDEZ ESTOMACAL
2. ARDOR EN EL PECHO
3. DIFICULTAD PARA TRAGAR
4. REGURGITACIÓN DE ALIMENTOS
5. DOLOR EN EL PECHO
6. TOS
7. AFONÍA



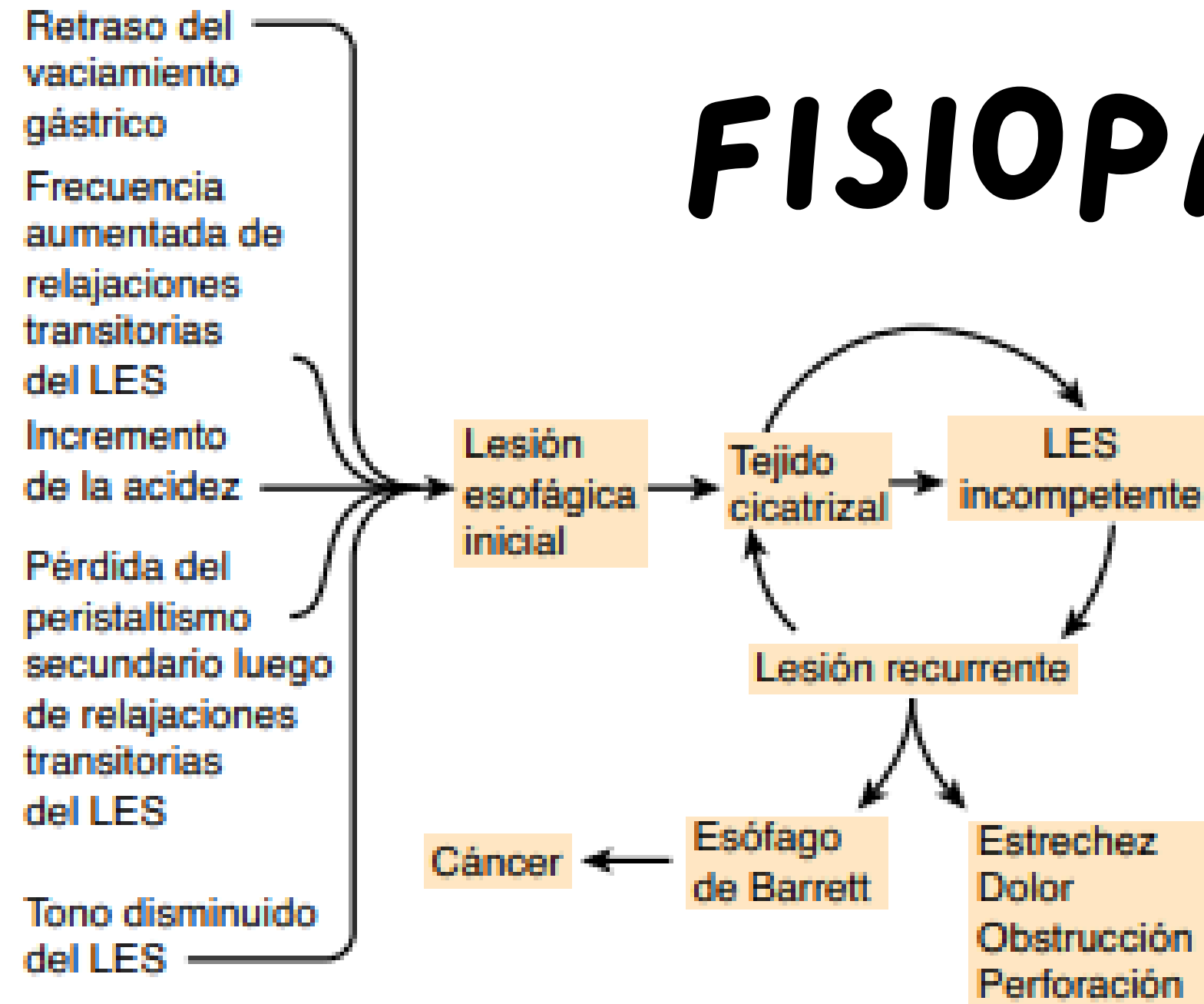
# ETIOLOGIA



SON AQUELLAS ENFERMEDADES QUE DAN POR RESULTADO EXPOSICIÓN PERSISTENTE QUE VA DE LA MUCOSA ESOFÁGICA A ÁCIDO: ÉSTAS COMPREDEN TRASTORNOS QUE INCREMENTAN EL ÍNDICE DE RELAJACIONES TRANSITORIAS ESPONTÁNEAS DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR

1. RELAJACIÓN DEL ESFÍNTER INFERIOR DEL ESÓFAGO
2. HIPERTENSIÓN DEL ESFÍNTER SUPERIOR DEL ESÓFAGO
3. ENFERMEDAD DE HIATAL
4. OBESIDAD
5. EMBARAZO
6. CONSUMO DE ALIMENTOS GRASOSOS O PICANTES
7. ESTRÉS

# FISIOPATOLOGIA



**FIGURA 13-17** Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. LES, esfínter esofágico inferior.

# DX

1. ENDOSCOPIA
2. PHMETRIA CON IMPEDANCIA
3. RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO CON BARIO
4. PRUEBAS DE FUNCIÓN ESOFÁGICA

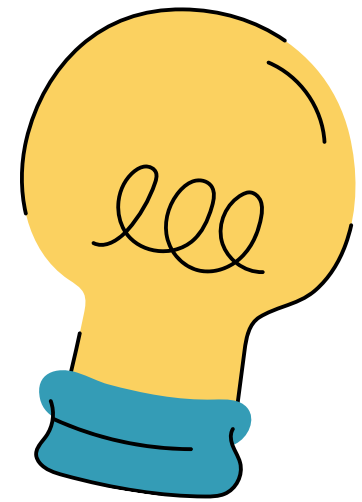
# TX

<b>CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA</b>	<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>QUIRURGICO</b>
<b>Perdida de peso</b>	<b>Antácidos</b>	<b>1. Funduplicatura</b>
<b>Evitar alimentos grasos o picantes</b>	<b>Inhibidores de la bomba de protones (IBP)</b>	<b>2. Miotomía</b>
<b>No beber alcohol</b>	<b>Relajantes musculares</b>	

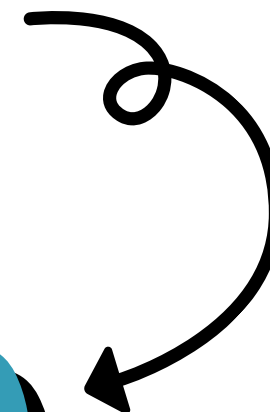




ULCERA

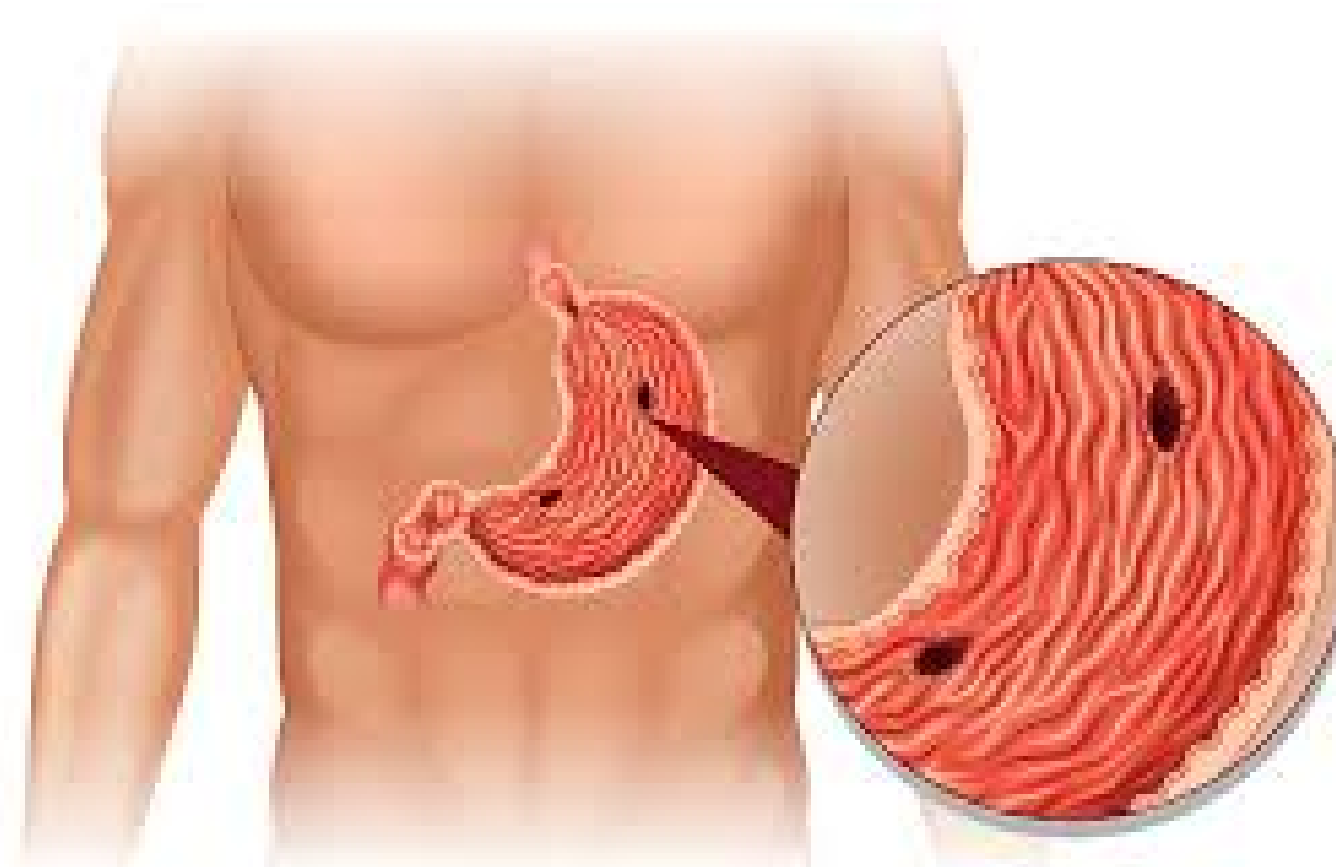


GASTRICA



# DEFINICION

LA ÚLCERA GÁSTRICA ES UNA LESIÓN ABIERTA EN LA MUCOSA DEL ESTÓMAGO QUE PUEDE CAUSAR DOLOR, SANGRADO Y OTROS SÍNTOMAS.



# EPIDEMIOLOGIA

- LA INCIDENCIA OSCILA ENTRE EL 0,1% Y EL 0,3% ANUAL.
- PREVALENCIA DE 5-10%
- **EDAD:** RARAS VECES SE PRESENTA ANTES DE LOS 40 AÑOS DE EDAD Y SU PICO DE INCIDENCIA SE SITÚA ENTRE LOS 55 Y LOS 65 AÑOS.
- **SEXO:** IGUAL EN AMBOS



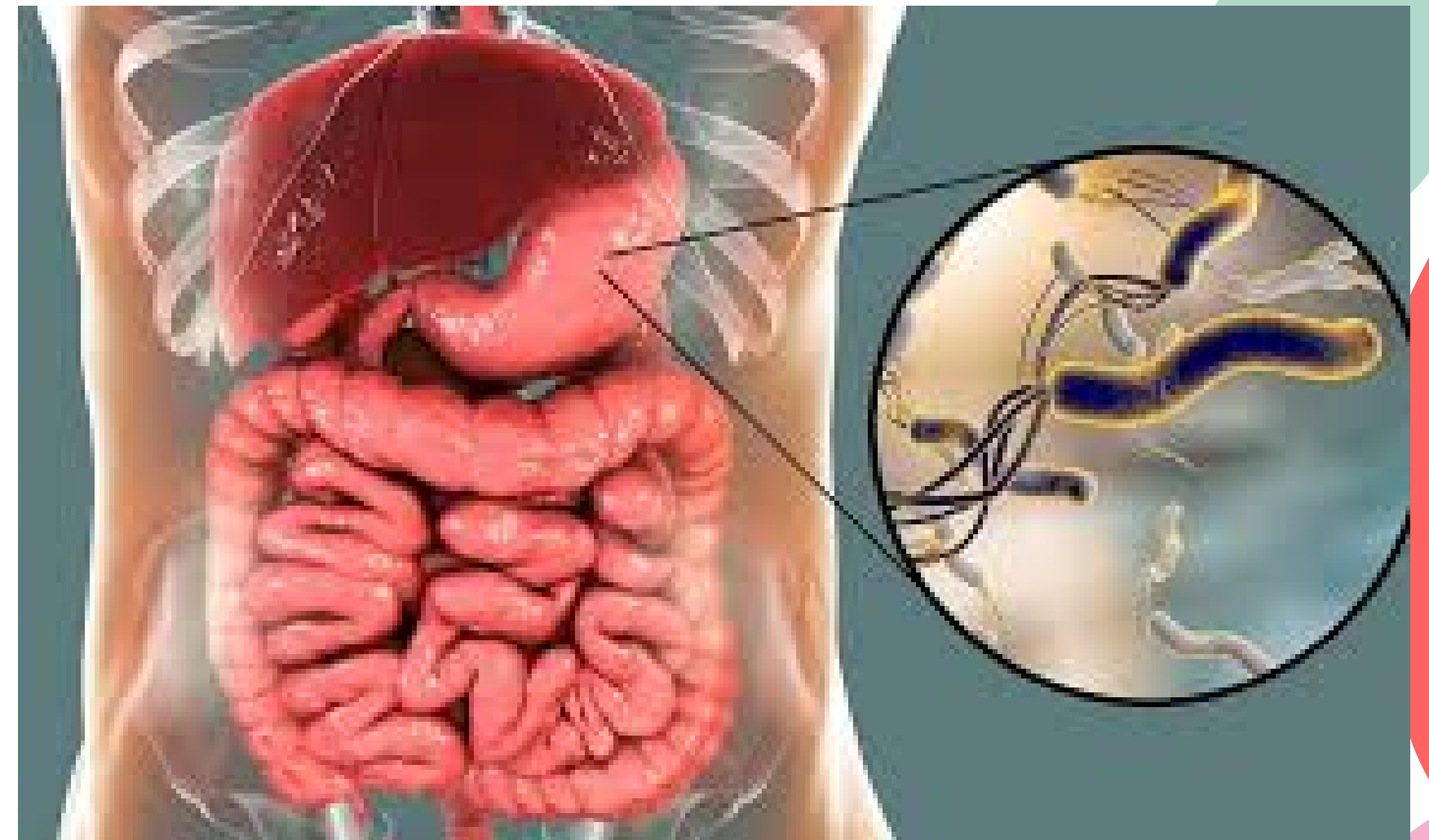
# CLINICA

1. DOLOR EN EL ABDOMEN SUPERIOR
2. NÁUSEAS Y VÓMITOS
3. PÉRDIDA DE APETITO
4. DIFICULTAD PARA DIGERIR ALIMENTOS
5. SANGRADO GASTROINTESTINAL



# ETIOLOGIA

1. INFECCIÓN POR H. PYLORI.
2. USO PROLONGADO DE AINES.
3. ESTRÉS
4. FUMAR
5. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL
6. ENFERMEDADES CRÓNICAS  
(ENFERMEDAD RENAL, DIABETES)



# FISIOPATOLOGIA

H. PYLORI > ENETRA BAJO LA CAPA DE MOCO QUE CUBRE LAS CÉLULAS EPITELIALES > UREASA BACTERIANA QUE, AL HIDROLIZAR LA UREA, LIBERA IONES DE AMONIO NEUTRALIZANTES DEL ÁCIDO CLORHÍDRICO.



PRODUCE UN EXCESO DE SECRECIÓN DE GASTRINA POR LAS CÉLULAS G DEBIDO A LA ESTIMULACIÓN DE CITOCINAS, TALES COMO TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  E IL-8, Y UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CÉLULAS D PRODUCTORAS DE SOMATOSTATINA

# DX

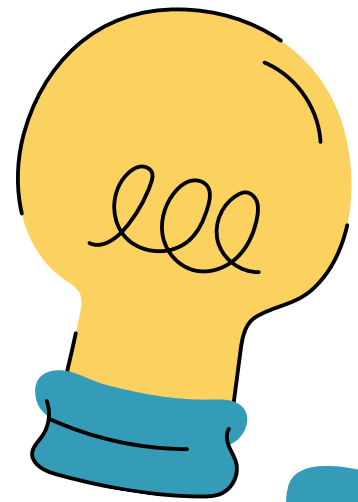
1. ENDOSCOPIA
2. PRUEBAS DE SANGRE PARA DETECTAR H. PYLORI
3. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN
4. PRUEBAS DE FUNCIÓN GÁSTRICA

# TX

1. ANTIBIÓTICOS PARA TRATAR H. PYLORI
2. MEDICAMENTOS PARA REDUCIR ÁCIDO ESTOMACAL
3. PROTECTORES GÁSTRICOS
4. CAMBIOS EN LA DIETA
5. EVITAR AINES Y ALCOHOL



ULCERA



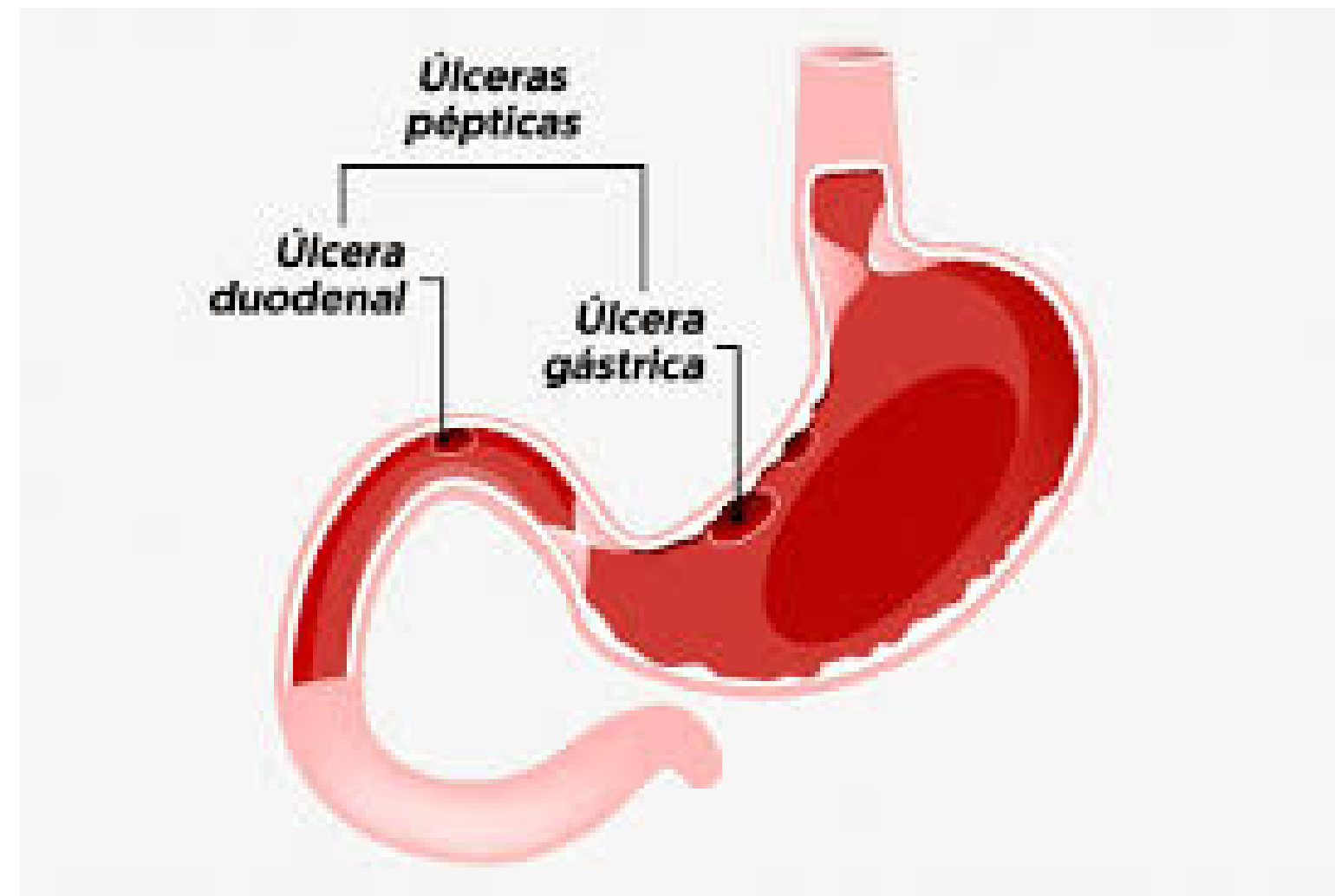
DUODENAL





# DEFINICION

La úlcera duodenal es una lesión abierta en la mucosa del duodeno, la primera parte del intestino delgado.



# EPIDEMIOLOGIA

- PREVALENCIA SE ESTIMA EN UN 5-10 % DE LA POBLACIÓN ADULTA.
- EDAD: ADULTOS MAYORES
- SEXO: HOMBRES
- 64 % MAS COMUN EN RELACION DE U. GASTRICA.



# FISIOPATOLOGIA

H. PYLORI > ENETRA BAJO LA CAPA DE MOCO QUE CUBRE LAS CÉLULAS EPITELIALES > UREASA BACTERIANA QUE, AL HIDROLIZAR LA UREA, LIBERA IONES DE AMONIO NEUTRALIZANTES DEL ÁCIDO CLORHÍDRICO.



PRODUCE UN EXCESO DE SECRECIÓN DE GASTRINA POR LAS CÉLULAS G DEBIDO A LA ESTIMULACIÓN DE CITOCINAS, TALES COMO TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  E IL-8, Y UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CÉLULAS D PRODUCTORAS DE SOMATOSTATINA

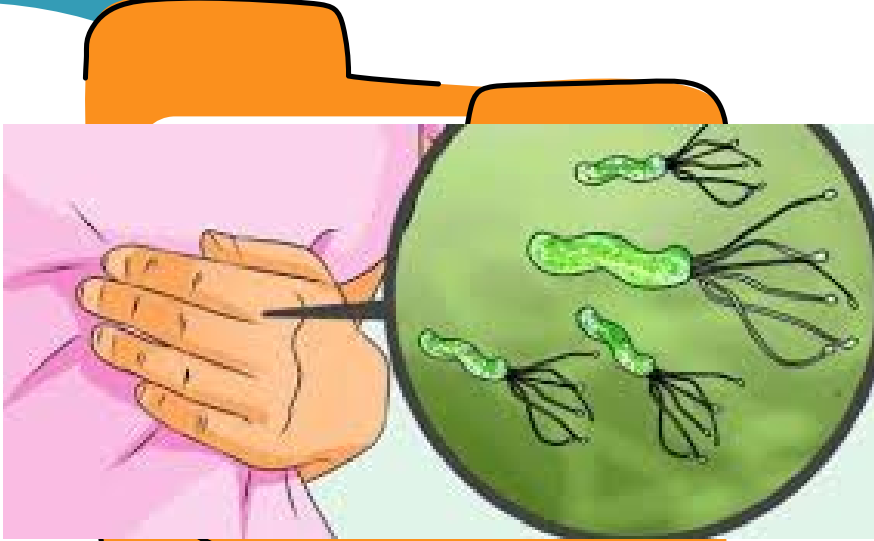
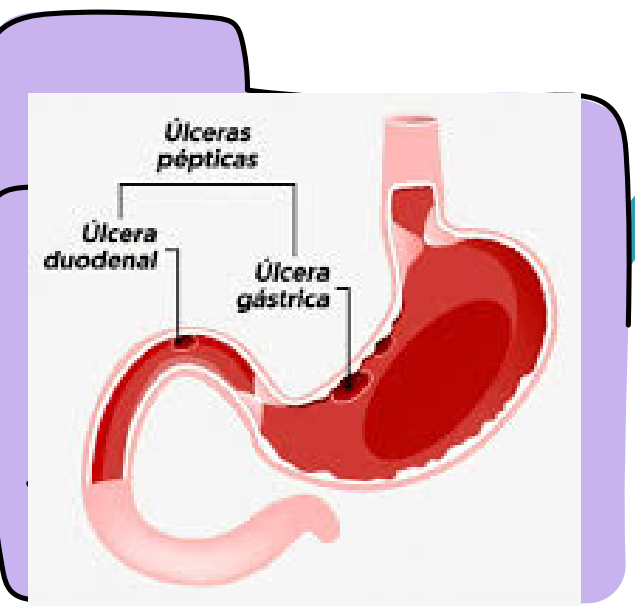
# ETIOLOGIA

2. Uso prolongado de AINEs

4 Anomalías anatómicas

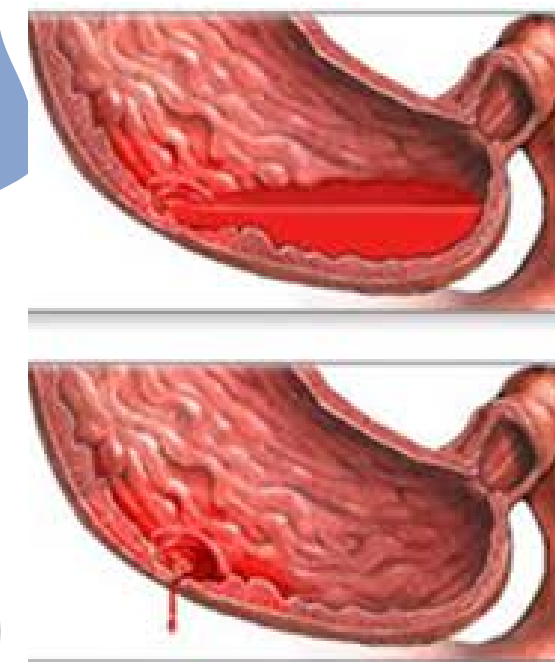
1. Infección por H. pylori

3 Consumo excesivo de alcohol y tabaco



# CLINICA

1. Dolor en el abdomen superior
2. Náuseas y vómitos
3. Pérdida de apetito
4. Dificultad para digerir alimentos
5. Sangrado
6. Puede ser asintomática



# DX

1. Endoscopia
2. Pruebas de sangre para detectar H. pylori
3. Radiografía de abdomen
4. Pruebas de función gástrica
5. Tomografía computarizada (TC)



# TX

1. Antibióticos para tratar *H. pylori*
2. Medicamentos para reducir ácido estomacal
3. Protectores gástricos
4. Cirugía en casos graves



# COMPLICACIONES

1. Sangrado gastrointestinal
2. Perforación del duodeno
3. Obstrucción gastrointestinal
4. Estrechamiento del duodeno
5. Cáncer de duodeno

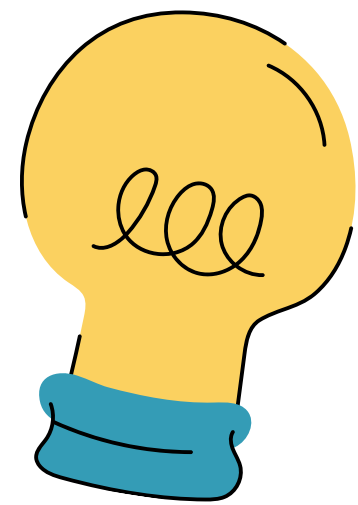
# PREVENCIÓN

1. Evitar AINEs y alcohol
2. Mantener una dieta equilibrada
3. Reducir estrés
4. No fumar
5. Realizar chequeos médicos regulares





INFECCION



POR H.

PYLORI

# DEFINICION

- Es un bacilo gramnegativo.
- Morfología > curvada.
- Microaerofilo > actúa como cofcator para Transtornos GI.



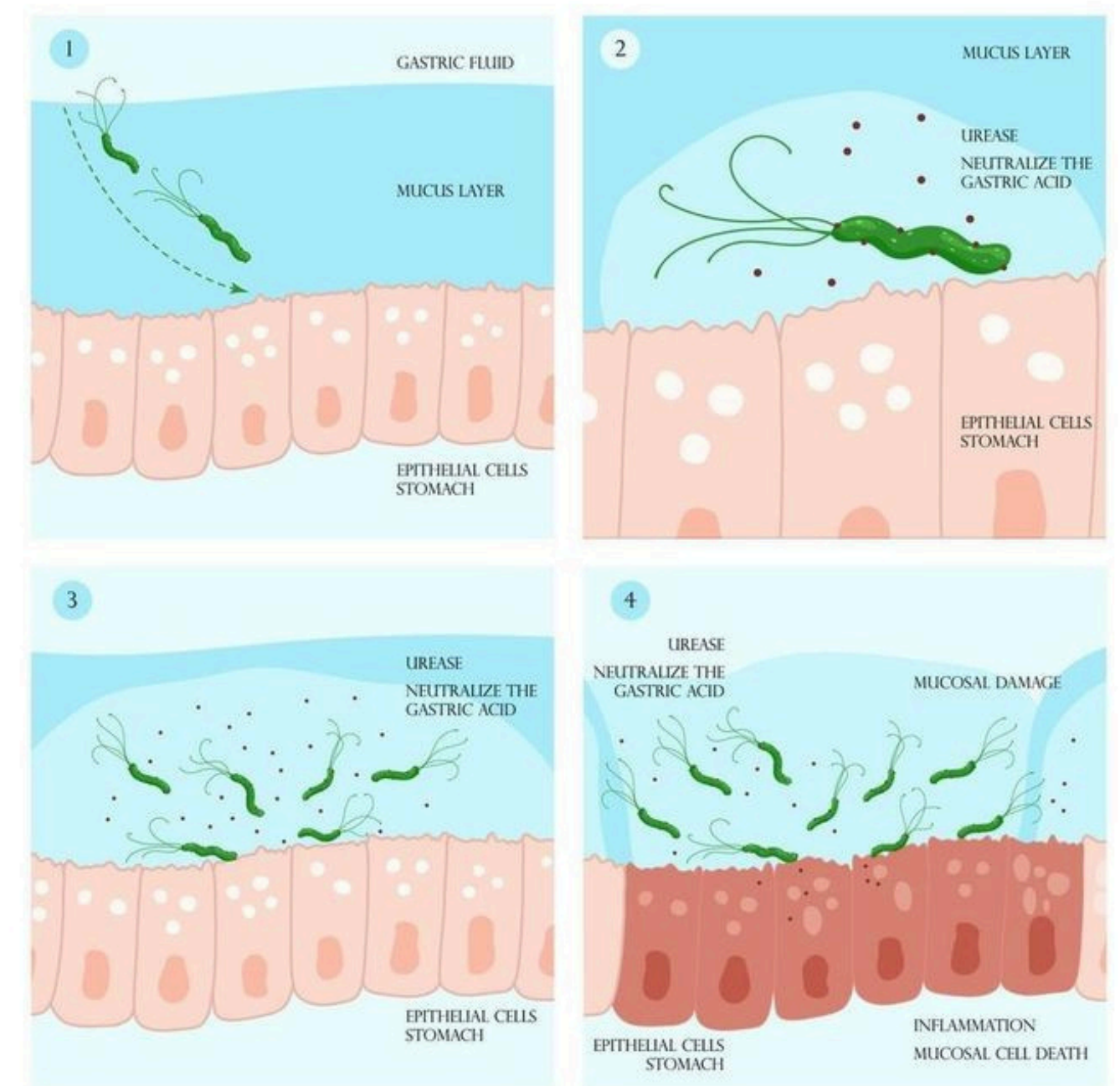
# EPIDEMIOLOGIA

1. Prevalencia > varia c/edad, zona geográfica y clase socioeconómica.
2. Suele adquirirse en la infancia.

# FISIOPATOLOGIA

1. Coloniza la mucosa gástrica c/facilidad > por su aspecto tiene gran movilidad.
2. Adhesina unión a bacteria a las cel epiteliales gástricas (tropismo tisular).
3. Equilibrio agua y amonio > iones hidróxido > dañan cel.
4. Cag A > Inflamación tisular.
5. Prote. Quimotacticas > estimulan monocitos qué expresan receptores HLA DR e IL2 > produce superóxido qué degrada glucoproteínas

HELICOBACTER PYLORI IN THE STOMACH



# CLINICA

- Gastritis aguda > asintomática.
- Gastritis crónica B.
- Úlcera péptica
- Adenocarcinoma gástrico
- LNH primario gástrico de bajo tipo MALT
- Dispepsia no ulcerosa



# DIAGNÓSTICO

The background features a vibrant, abstract design with various colored shapes: purple, yellow, teal, orange, red, blue, and pink. Two magnifying glasses with pink frames and dark blue handles are positioned on the right side, each focusing on a cluster of small, teal, rod-shaped bacteria. The overall style is modern and illustrative.

## INVASIVOS

- Examen histológico > Ver bacteria
- Cultivo > Identifica resistencia a antibioticos.
- Test de ureasa rapida.

## OTROS

- Biopsia
- Endoscopia

## NO INVASIVOS

- Test de aliento
- Pruebas serológicas
- Detección de antígenos fecales

# TRATAMIENTO

## Usado hoy en día:

- Tx cuádruple : IBP, Claritromicina, amoxicilina, metronidazol c/12 h durante 10 días
- Inicia triple: LBP (Dosis doble), Claritromicina y amoxicilina c/12 hrs por 10 - 14 días

## Si fracasa:

- IBP, Bismuto , tetraciclina y metronidazol

