



**Nombre del alumno: Luis Fernando
Ruiz Pérez**

**Nombre del profesor: Dr. Alexandro
Alberto Torres Guillen**

**Nombre del trabajo: Reporte de
estudio**

Materia: Medicina Interna

Grado: Quinto Semestre

Grupo: C

Acalasia

¿Que es?

es una enfermedad por la perdida de la célula ganglionares del plexo miénterico esofágico.

epidemiología

- Población aproximada 1-3:100,000
suele presentarse entre 25 y 60 años.

Fisiopatología

Afecta a neuronas ganglionares excitadoras (colinérgicas), como neuronas ganglionares inhibidoras (óxido nítrico). Dando la neurona inhibidora median la relajación del esfínter esofágico inferior.

Etiología

Afecta a neurona excitadora y inhibidora.

Manifestación clínica

- Disfagia (sólido y líquido)
- Regurgitación
- Dolor torácico
- Perdida de peso

complicaciones

- Bronquitis
- Neumonía
- absceso pulmonar

Diagnostico

- Radiografía
- Endoscopia
- Manometría

Tratamiento

- o Dilatación neumática con balón / miotomía quirúrgica
- o Nitratos o antagonista de los conducto de calcio.
- o Inyección de toxinas botulínica por vía endoscópica (inhibe la liberación de acetilcolina de la terminales nerviosas y mejora la disfagia).

Reflujo gastroesofágico

¿Que es?

movimiento en sentido retrogrado de contenido gástrico hacia el esófago.

Fisiopatología

Relajación transitoria del esfínter esofágico inferior por debilidad o incompetencia. y hay una menor eliminación del ácido.

Etiología

• Daño a la mucosa producido por el reflujo anormal.

Epidemiología

• Occidental 10-20% de la población es afectada.

Clasificación en hallazgos endoscópicos

• Con daño a la mucosa

• Sin daño a la mucosa

Manifestación clínica

* Pirosis

* Regurgitación

* Eructos

* Dolor torácico

• Dolor epigástrico / retroesternal

• Dolor irradia garganta, hombro y espalda.

Estenosis
Complicaciones ⇒ Esófago de Barrett

Diagnostico

- * Prueba de supresión acida
- * Esofagoscopia
- * Vigilancia ambulatoria de pH

Tratamiento

NO FARMACOLOGICO

- Evitar comida abundante
- Alimentos que reducen el tono del esfínter inferior.
(cafeína, grasas, chocolate).
- Evitar posición de decubito supino por varias horas.
- Dormir con la cabeza elevada

- Antiácidos

FARMACOLOGICO

- Inhibidores de la secreción de ácido gástrico
- Inhibidores de la bomba de protones

Úlcera Gástrica

¿Qué es?

Ruptura de la superficie de la mucosa

Factores de riesgo

- Insuficiencia renal crónica
- consumo de tabaco
- Edad avanzada
- consumo de alcohol
- Afroamericano
- obesidad
- Diabetes

Epidemiología

- Mayor incidencia en el sexto decimo de edad

- Frecuente en hombres

Fisiopatología

- Lesión de la mucosa, aparece en la área prepilórica
- secreción basal aumentado, disminuido
- Localiza distal a la unión \rightarrow antro y la mucosa secretora de ácido

↳ Menos rara \rightarrow Fondo gástrico

Manifestación clínica

Dolor abdominal
Abdomen tenso
líquido retenido

Complicaciones

- Hemorragia del tubo digestivo
- Perforación
- obstrucción del orificio de salida gástrica.

Diagnostico

- Radiografía
- Endoscopia
- Prueba de urea
- Prueba de antígeno de H₂ en orina

Inhibidor del ácido

Antiacido → Hidroxiido de aluminio

Antagonista de los receptores H_2

Cimetidina

Ranitidina

Famotidina

Nizatidina

Inhiben la secreción ácido basal

Inhibidores de la bomba de protones (H^+ , K^+ -ATPasa)

Omeprazol

Esomeprazol

Lansoprazol

Rabeprazol

Ento prazol

Se une a (H^+ , K^+ -ATPasa) → inhibe

Úlcera duodenal

¿Qué es?

Ruptura de la superficie de la mucosa con un tamaño > 5 cm

Factores de Riesgo

• enf. pulmonar obstructiva crónica

• Insuficiencia renal crónica

• Consumo de tabaco

• Edad Avanzada

• Consumo alcohol

• Raza afroamericana

• obesidad

• Diabetes

Epidemiología

• 6-15% se produce en la población occidental

• Tasa de mortalidad e intervención quirúrgica han reducido.

Fisiopatología

alteración secreción acida
aparece en la 1ra porción del duodeno y casi se ubica en los primeros 3cm al píloro.

Manifestación clínica

- Dolor abdominal
- Abdomen tenso
- líquido retenido en el estomago.

→ Complicaciones

- Hemorragia del tubo digestivo
- Perforación
- obstrucción del orificio de salida gástrica.

Diagnostico

- Radiografía
- Endoscopia
- Prueba de urea
- método para detectar antígeno *H. pylori* en heces
- Prueba de antígeno de *He* en orina

Tratamiento

- ◻ Inhibidores del ácido
 - Antiácido → Hidróxido de aluminio
- ◻ Antagonistas de los receptores H_2
 - Cimetidina,
 - Ranitidina
 - Famotidina
 - Nizatidina

Inhiben la secreción ácida basal y estimulada a dosis terapéuticas.
- ◻ Inhibidores de la bomba de protones ($H^+, K^+ - ATPasa$)
 - Omeprazol
 - Esomeprazol
 - Lansoprazol
 - Rabeprazol
 - Pantoprazol

se une a ($H^+, K^+ - ATPasa$) → inhibe.
- Citoprotectores → Sucralfato
- Preparación Bismuto → induce a una cicatrización de úlcera*
- Análogos de la prostaglandina → conserva la integridad y recuperación de la mucosa

H. pylori

¿Qué es?

es un tipo de bacteria que puede infectar el revestimiento del estomago.

Epidemiología

- Afecta sol. de la población mundial

- Más común en países en desarrollo.

Etiología

- H. pylori →

- uso de AINES
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Factores genéticos y dieta inadecuada.

Fisiopatología

H. pylori coloniza la mucosa gástrica y se adhiere a las células epiteliales del estomago y duodeno, produciendo úlceras, provoca inflamación crónica y liberación de toxinas.

Manifestación Clínica

- Dolor epigástrico
- Náuseas y vomito
- Pérdida de peso
- Hematemesis

Diagnóstico

- Test de urea
- Radiografía de bario
- Endoscopia digestiva alta