



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

PATOLOGÍAS DEL ESÓFAGO Y DEL ESTÓMAGO

Autor: François Ricard, D.O PhD

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO	Anomalía de la motricidad esofágica. Relajación transitoria EIE. Fallo del sistema Antirreflujo por incompetencia del esfínter esofágico inferior Hernia de Hiato. Embarazo Obesidad	Reflujo del producto del estómago hacia la boca en flexión de tronco (signo del cordón de zapato) o nocturna en decúbito después de ingestión de alimentos. Esofagitis, faringitis de repetición eructos, Ronquera, Tos Acidez gástrica	Radiografía con bario (transito), gastroscopia. Manometría de EIE. Prueba de Bernstein positiva. pHmetría	Perder peso. Evitar tabaco y alimentos irritantes. Elevar la cabecera de la cama. Evitar decúbito postprandial y no llevar cinturón apretado. Antiácidos después de las comidas y antes de dormir Antirreflujo Inhibidores de la bomba a protones.

REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO

Definición

- Afectación de la función de continencia del esfínter inferior del esófago que provoca un reflujo del contenido del estómago en el esófago.
- El esfínter inferior del esófago (EIE) se sitúa en la zona diafragmática y mantiene un tono muscular permanente y que impide el reflujo del estómago (presiones positivas hacia el esófago torácico (presiones negativas).

DEFINICIÓN



**Paso de una parte del contenido gástrico
en el esófago.**



Fisiológico

1. Breve, postprandial
2. Asintomático
3. Sin esofagitis

Patológico

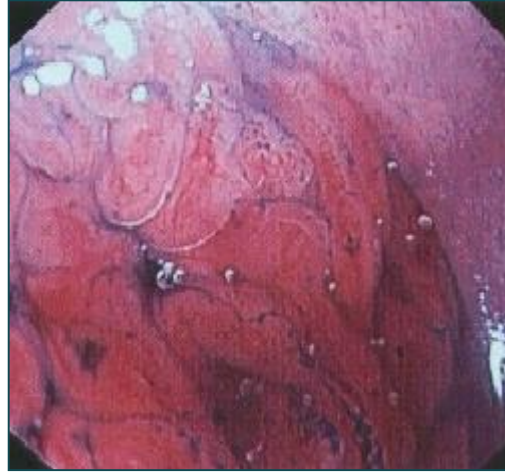
1. Repetido, prolongado
2. Sintomático
3. Y/o esofagitis

Principales elementos antirreflujo:

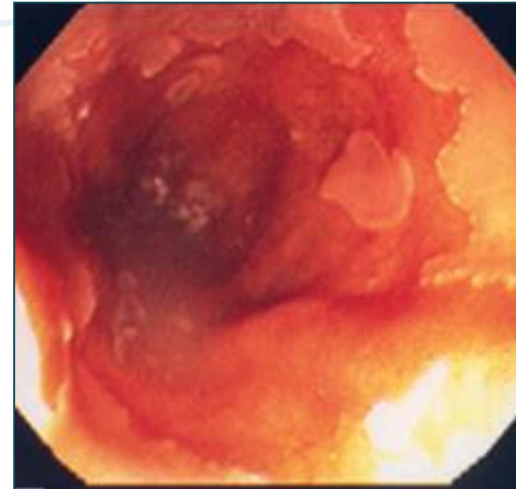
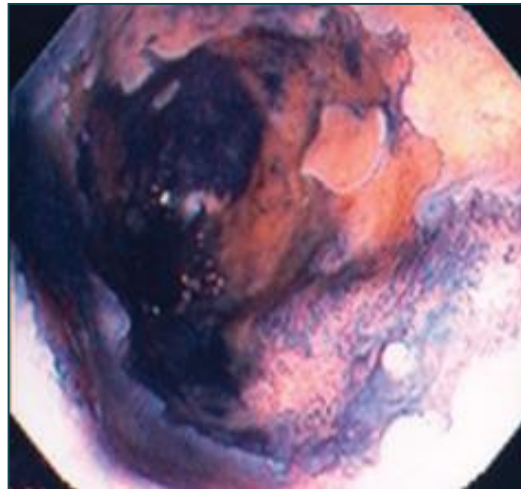
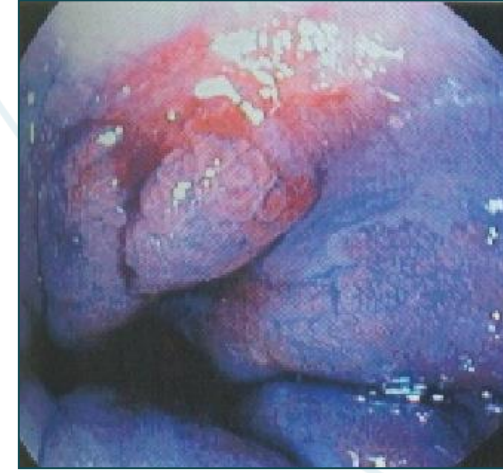
- Esfínter esofágico inferior (ERI)
- Orificio crural del diafragma (pilar derecho)
- Ángulo de His
- Posición intra abdominal del cardias



Esófago de Barrett

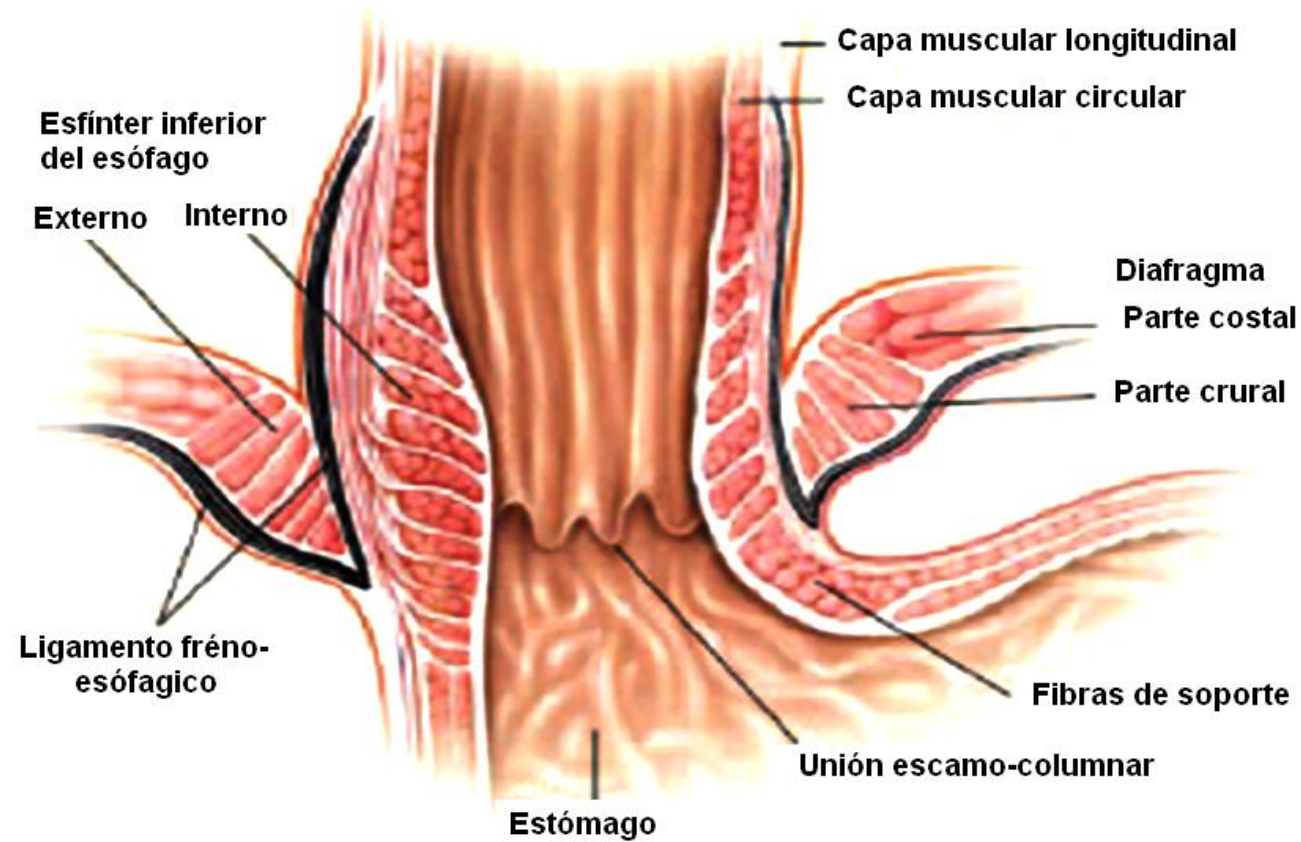


Displasia de Barrett

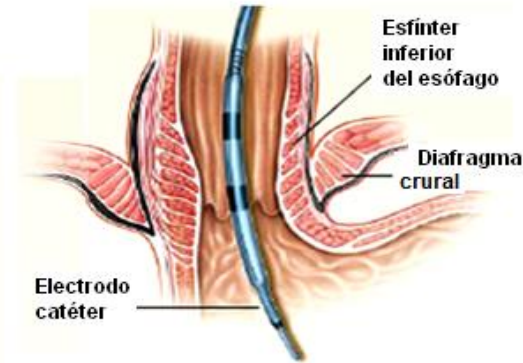
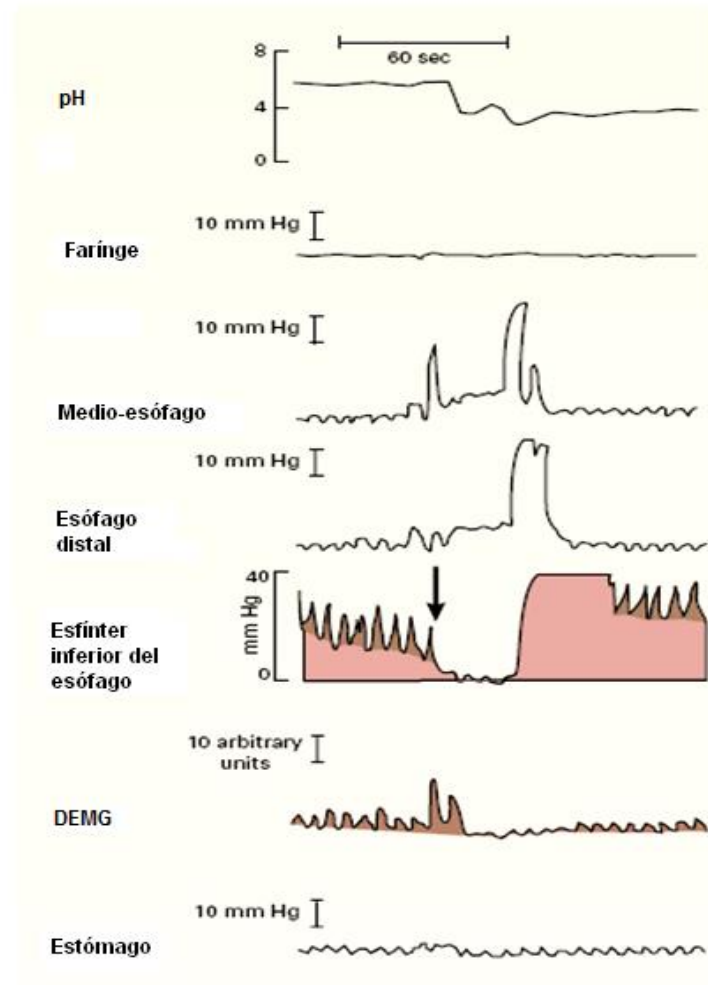


Displasia de Barrett

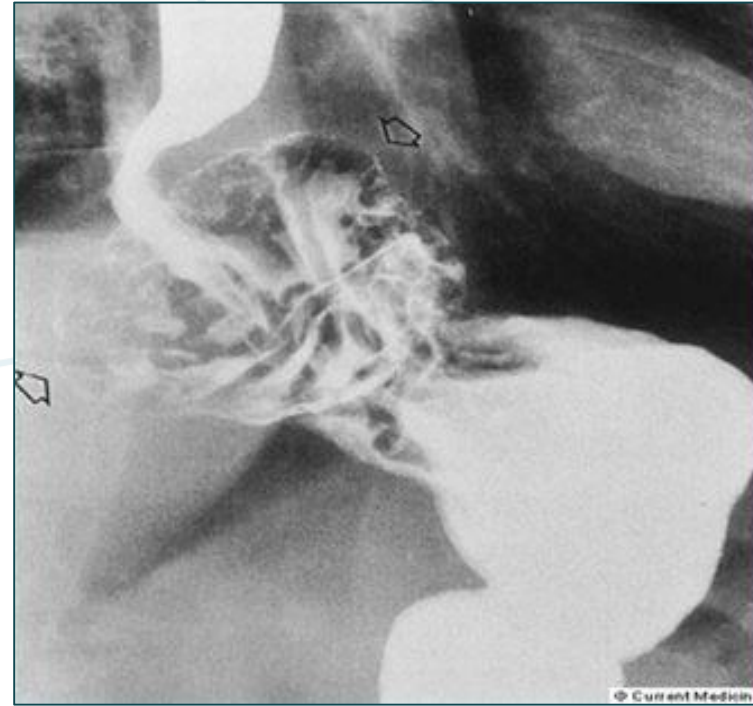
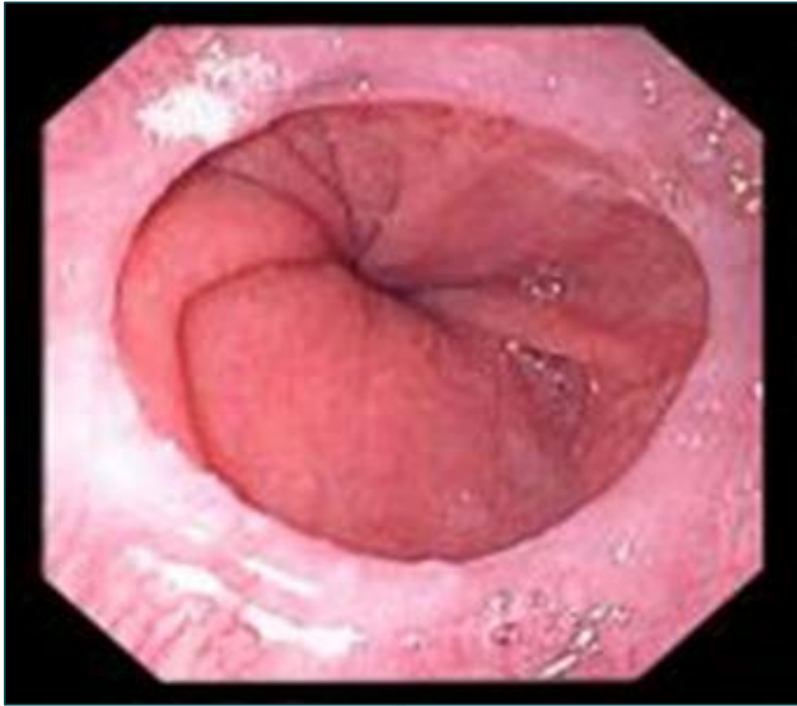
ANATOMÍA DE LOS ELEMENTOS ANTIREFLUJO



FALLO DEL SISTEMA ANTIRREFLUJO

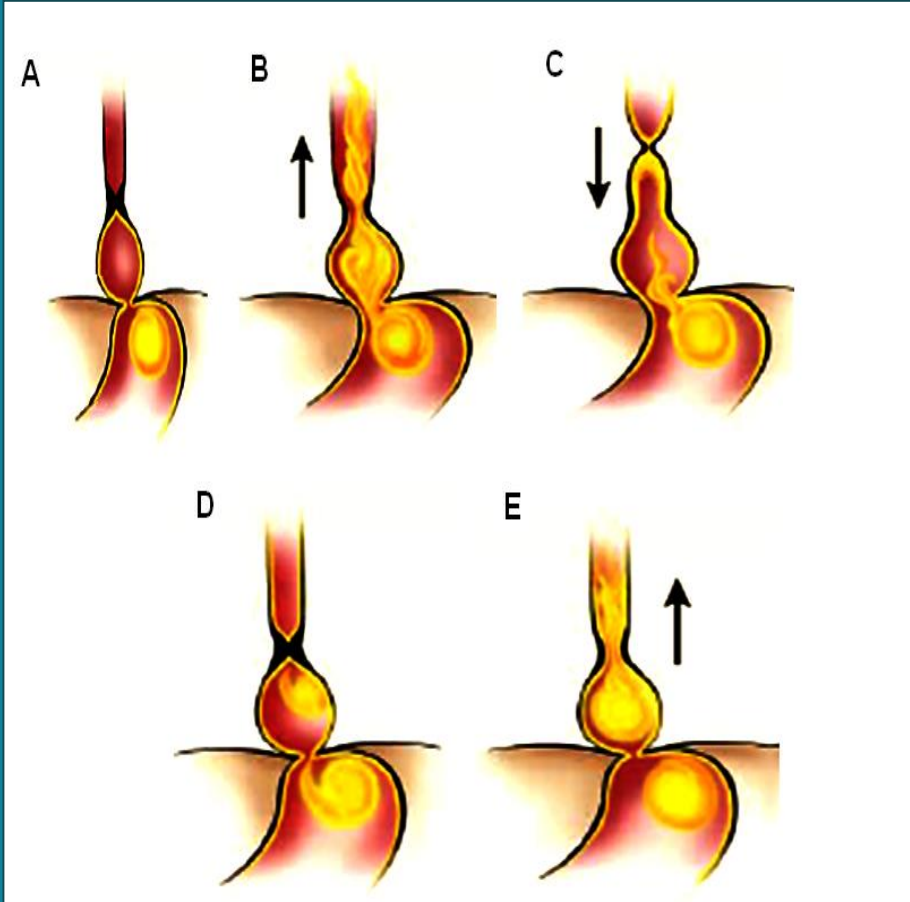


FALLO DEL SISTEMA ANTIRREFLUJO: HERNIA DE HIATO POR DESLIZAMIENTO

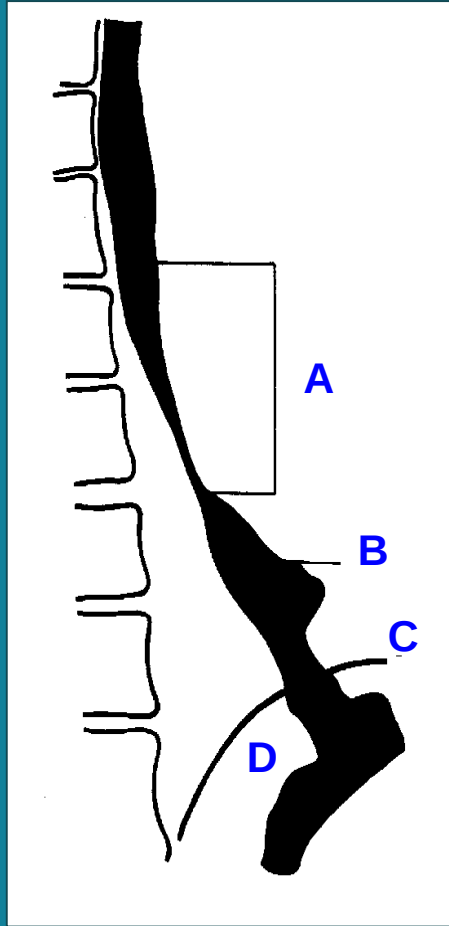
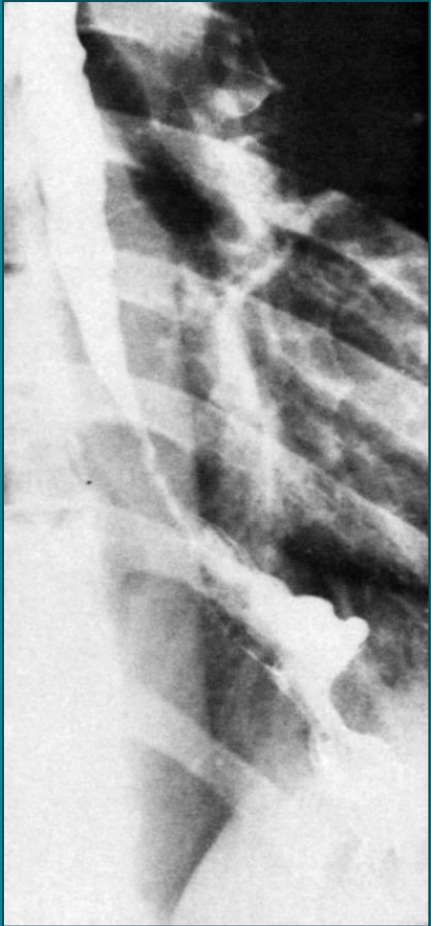


FALLO DEL SISTEMA ANTIRREFLUJO HERNIA DE HIATO POR DESLIZAMIENTO

Mecanismo de la evacuación ácida retrasada en caso de hernia de hiato.



Hernia de hiato y bolo alimenticio en el estómago (a). el reflujo ácido del estómago (b) está evacuado por una contracción peristáltica (C). Al final de la contracción peristáltica, una parte del bolo alimenticio está conservada en el saco herniario y el resto vuelve al estómago (D). El re-reflujo de ácido en el esófago durante una relajación del esfínter inferior del esófago está inducido a partir del saco herniario (E). este proceso de evacuación y reflujo del saco herniario puede producirse degluciones después degluciones y el ácido provoca un deterioro marcado en el esófago.



ESOFAGITIS CÁUSTICA

A - Zona de estrechamiento progresiva, el esófago está disminuido en longitud.

B - Estómago intra-torácico

C – Diafragma

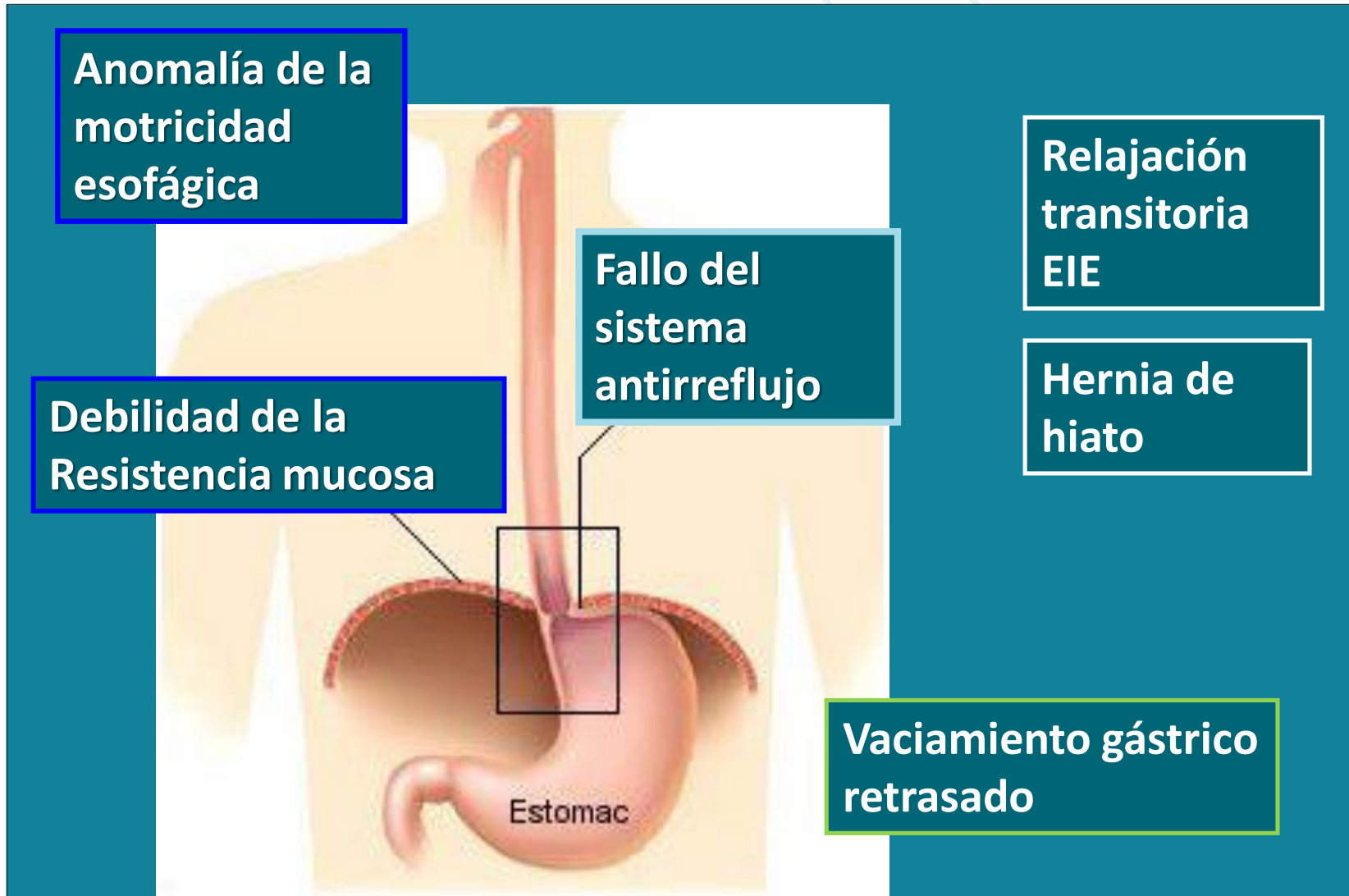
D – Estómago estrechado de manera irregular.

INERVACIÓN DEL EIE

- La inervación del EIE es comparable a la del cuerpo del esófago.
- El EIE recibe eferencias motoras que tienen principalmente por origen el núcleo ambiguo del vago.
- Está constituida por un contingente simpático procedente de D5 y D6 y un contingente parasimpático que hace sinapsis con las neuronas postganglionares situadas en los plexos mientéricos.

- La estimulación vagal provoca un aumento de la presión esfinteriana por medio de neuronas postcolinérgicas.
- El papel de la inervación adrenérgica no es desdeñable, ya que la adrenalina aumenta la presión del EIE.

FACTORES INVOLUCRADOS EN EL RGE



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

Es necesario normalizar el tono del diafragma:

1º Evaluar posibles disfunciones somáticas C3 a C5 (nervio frénico).

2º Liberar las inserciones del diafragma:

- Lateralmente sobre las 6 últimas costillas
- Por delante sobre el apéndice xifoides

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

- Por detrás: pilares posteriores:
 - Pilar derecho hasta L3, izquierdo hasta L2.
 - Arcada del psoas: transversas de L1 a las vértebras adyacentes.
 - Arcada del cuadrado lumbar: transversas de L1 hasta punta de K12
 - Arcada entre las puntas de K12 y K11, K11 y K10.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

3º Liberar los folíolos laterales y anterior, así como el centro frénico.

4º Liberar el hiato esofágico, aórtico.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

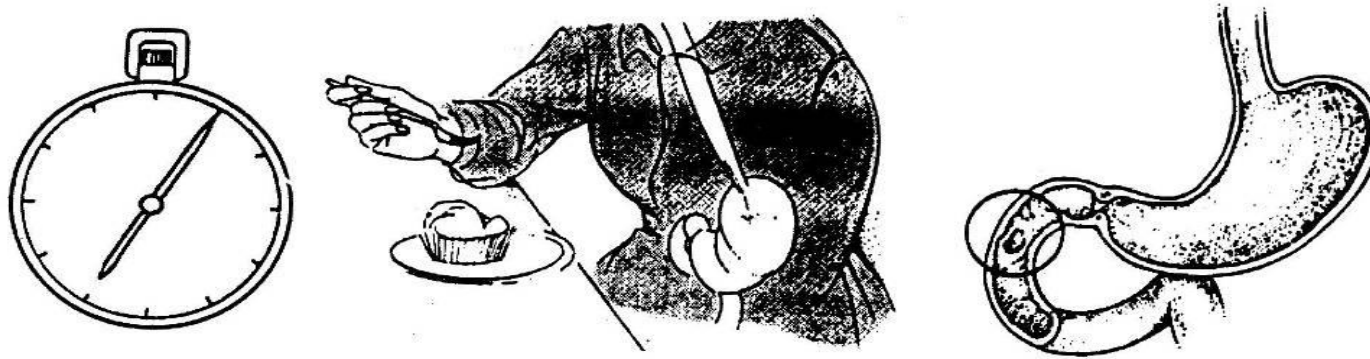
Para normalizar el tono del EIE:

1º Liberar las disfunciones somáticas T5 y T6 para disminuir la hiperactividad simpática y normalizar el tono del EIE.

2º Trabajar el sistema vagal.

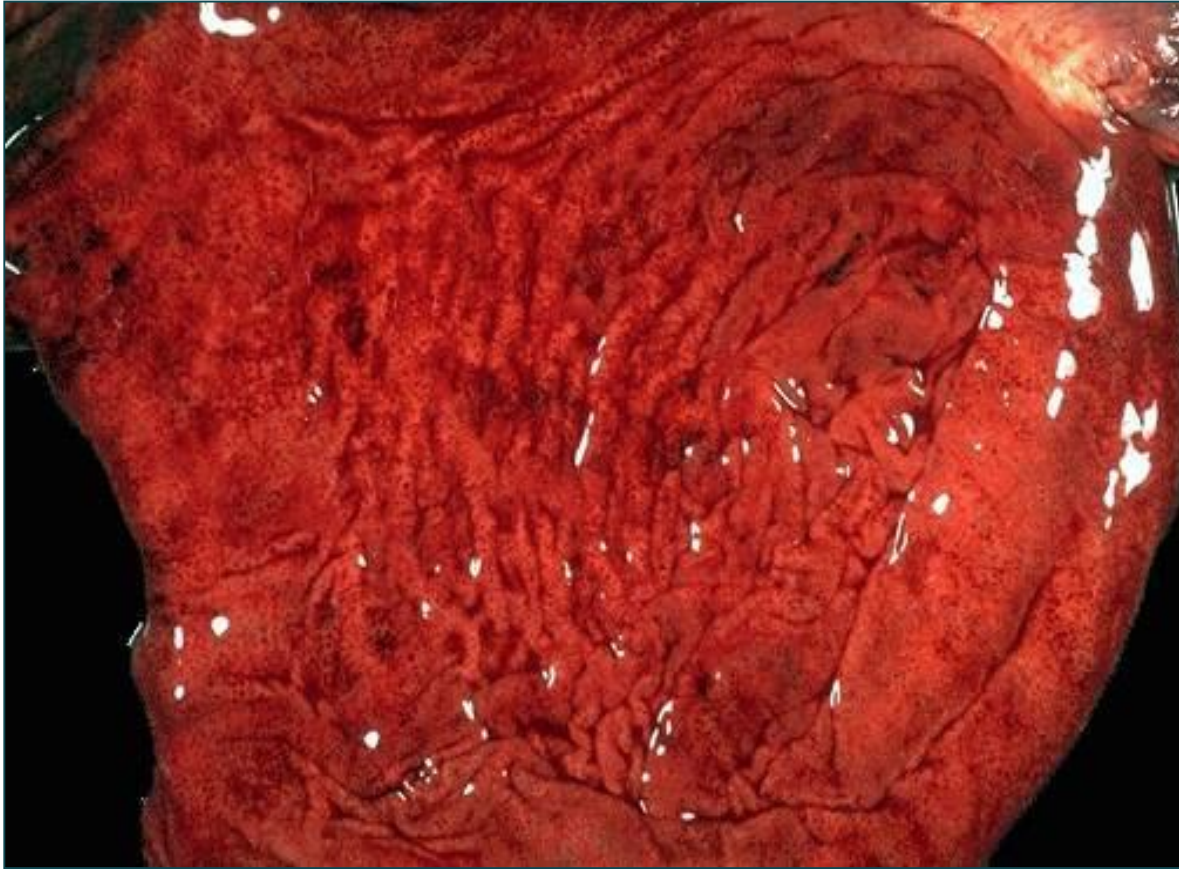
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
ÚLCERA PÉPTICA	Helicobacter pylorii Fumar Secreción alta o baja de ácido gástrico. Toma de antiinflamatorio o aspirina (inhibe la secreción del moco protector). Estrés. Hiperparatiroidismo	Dolor epigástrico empeorado por la alimentación (úlcera gástrica) o aliviada por la alimentación (úlcera duodenal). Dolor nocturno (entre medianoche y 3 horas de la mañana). Heces negras (melena) con sangre digerida Pérdida de peso (úlcera gástrica). Hematemesis (vómito de sangre)	Test rápido a la urea (CLO TEST), Test respiratorio a la urea. Rx estómago con bario. <u>Gastroscoopia</u>	Dejar de fumar, perder peso, comer frecuentemente pequeñas cantidades de alimentos. Evitar el estrés . Antisecretorios, Antiácidos, Ulcero-protectores , Prostaglandinas. Cirugía

ÚLCERA DUODENAL

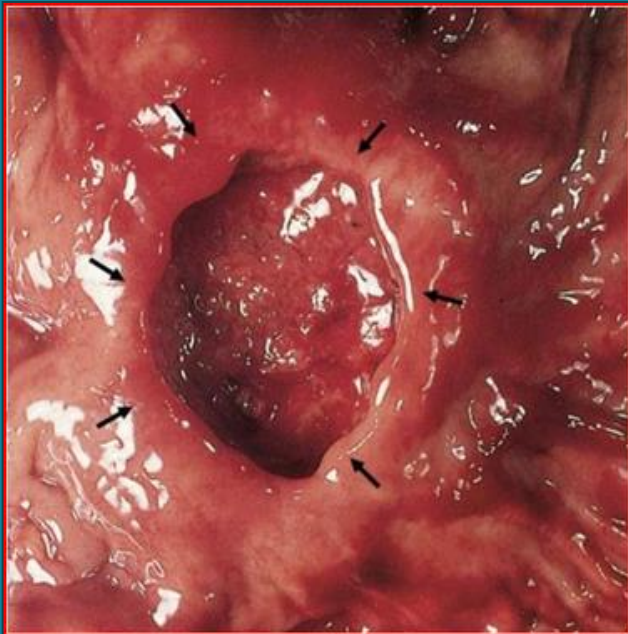
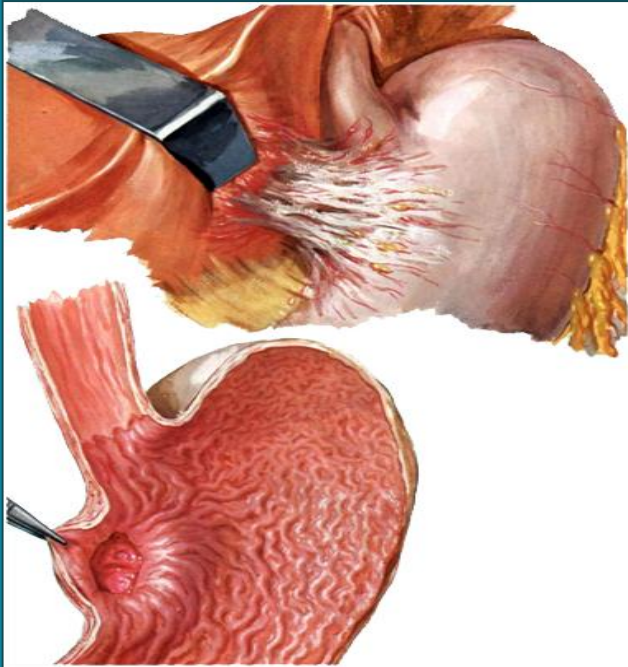


- Horario fijo.
- Dolor que aparece algunas horas después haber comido y que corresponde con los períodos de más fuerte secreción gástrica.
- La úlcera del bulbo está raramente empeorada con la alimentación.
- Los antiácidos provocan un alivio.
- El ulcus duodenal se caracteriza por su cronicidad, su sintomatología intermitente y la frecuencia de las recidivas a pesar del tratamiento.

ÚLCERA GASTRODUODENAL

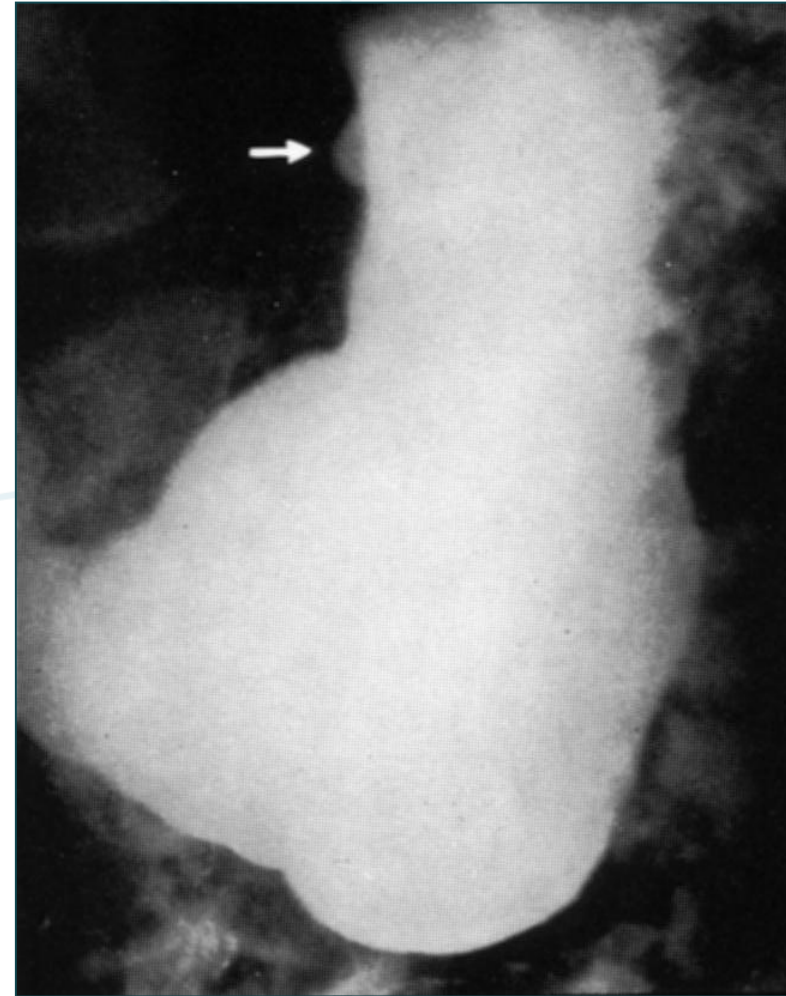
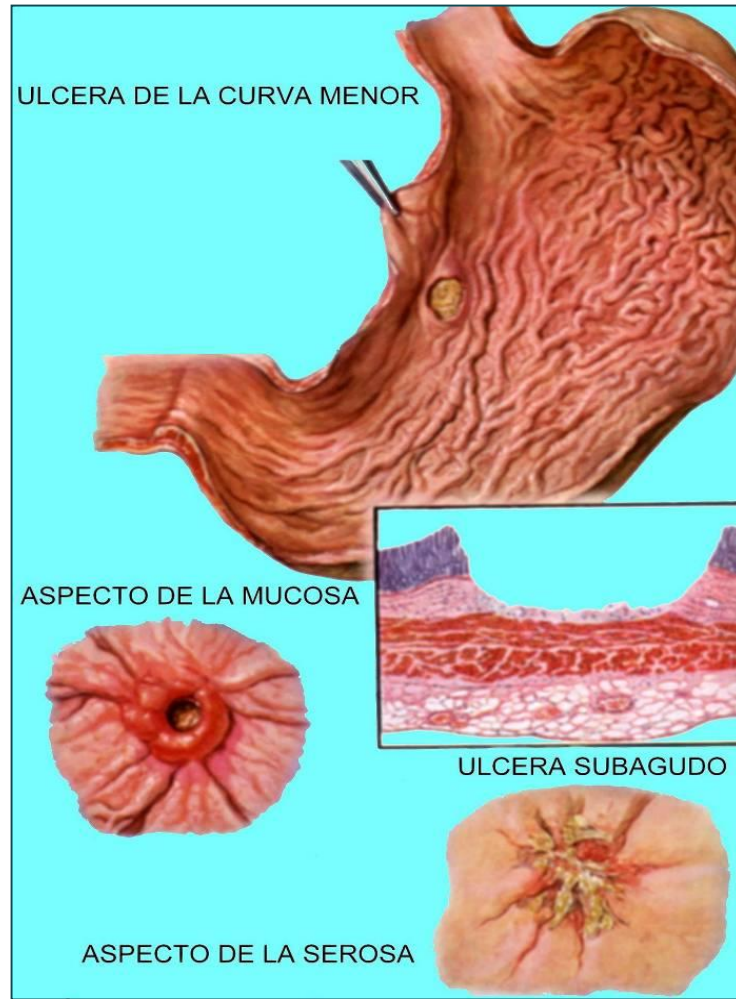


ÚLCERA DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTÓMAGO



Úlcera de la curvatura menor del estómago que penetra en el lóbulo izquierdo del hígado.

ÚLCERA DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTÓMAGO



ÚLCERA DEL ESTÓMAGO



CONSECUENCIAS OSTEOPATICAS: ÚLCERA DEL ESTÓMAGO

Para normalizar el tono del estómago:

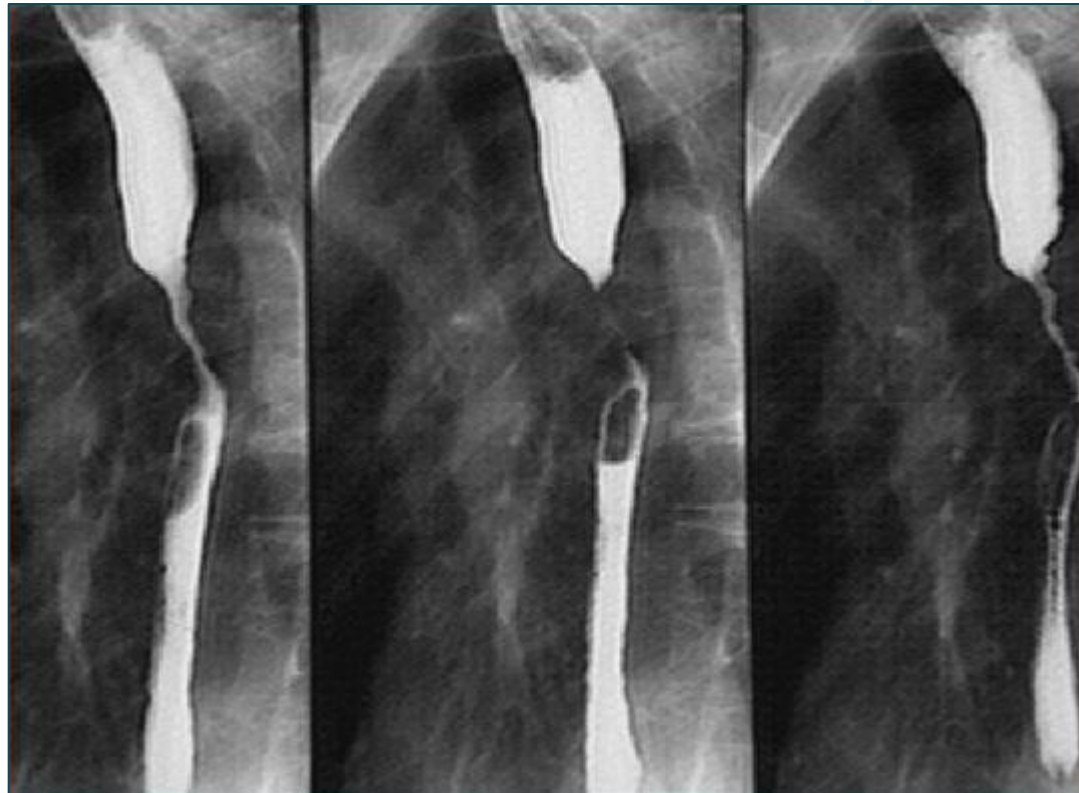
1º Normalizar las disfunciones somáticas de T5 a T7 para actuar sobre el sistema simpático.

2º Equilibrar el sistema vagal para normalizar las secreciones del estómago .

3º Técnicas viscerales

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER DE ESÓFAGO	Cáncer epidérmico, adenocarcinoma	Disfagia. Dolor torácico. Infección broncopulmonar Disnea inspiratoria por compresión traqueal. Disfonía. Síndrome de Claude Bernard Horner.	Fibroscopia esofágica. Tránsito baritado esofágico. TAC. RNM.	Cirugía, radioterapia, quimioterapia

- Tránsito baritado esofágico:
 - Estenosis infranqueables.
 - Extensión y topografía de la lesión.

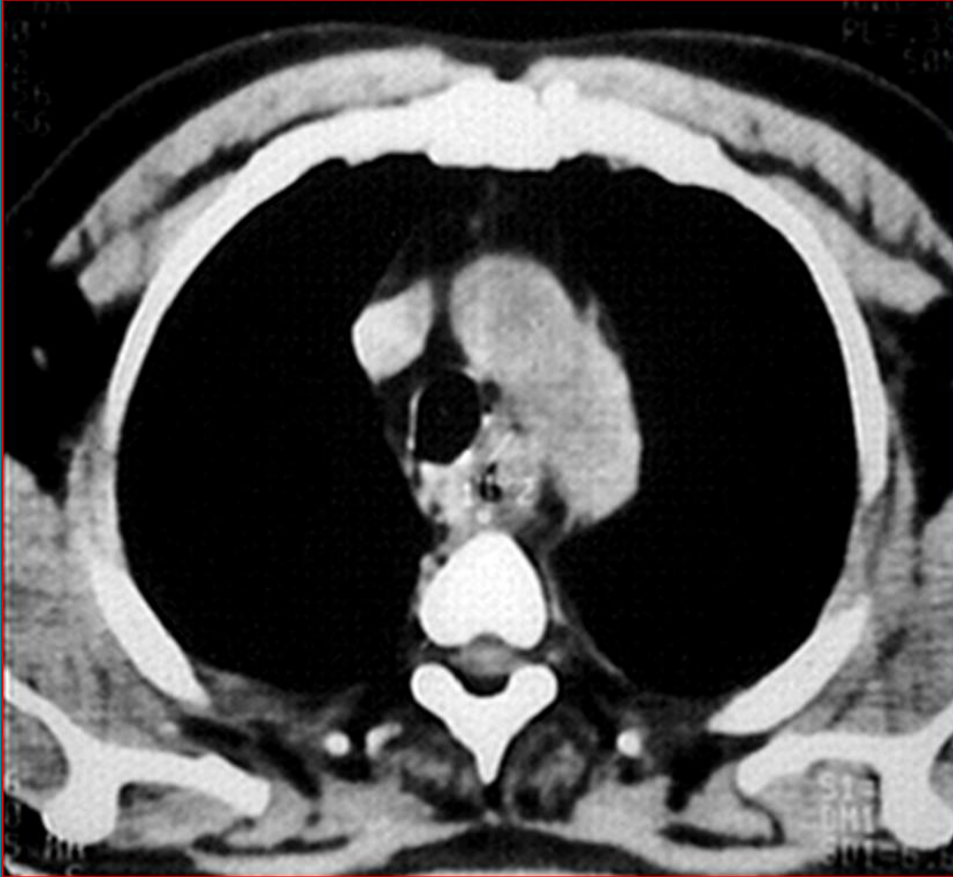




Tumor estenosante
ulcerado
del esófago distal

Tumor ulcerado del
esófago distal

Estenosis de la unión
esofágico-gástrica



➤ TAC torácico

Ventana mediastínica: tumor circunferencial del esófago que provoca una simple deformación de la pared posterior de la tráquea sin invasión.

➤ **PRONÓSTICO:**

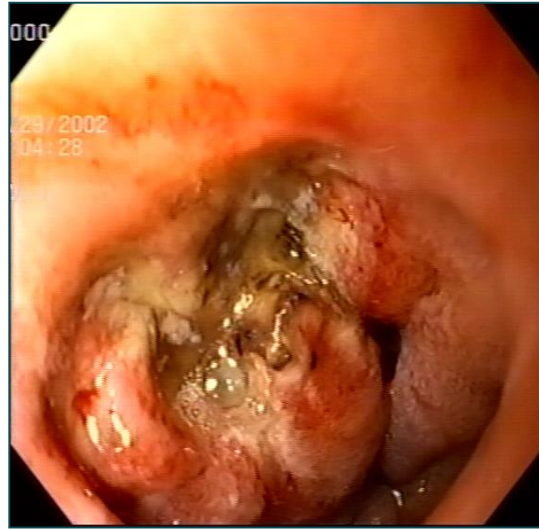
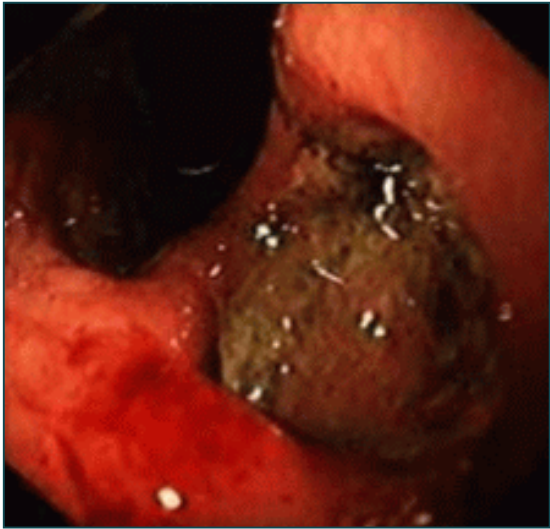
- La tasa general de supervivencia a 5 años para todos los estadios combinados es aproximadamente del 20%, pero todo esto varía ampliamente según el caso y va variando con la introducción de nuevos abordajes.

CONSECUENCIAS OSTEOPATICAS:

TUMORES DEL ESÓFAGO

Estas patologías no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER DE ESTÓMAGO	Adenocarcinoma Factor de riesgo: Helicobacter pylorii, herencia. Alimentación Enfermedad de MENETRIER (gastritis hipertrófica gigante), pólipos adenomatosos	Dispepsia. Pérdida de peso Náuseas-vómitos Sensación de plenitud gástrica después haber comido pequeñas cantidades de alimentos Disfagia Diarrea Dolor ulceroso atípico	Hepatomegalia, Ganglio de TROISIER. A veces masa palpable. Fibroscopia esofágica. Tránsito baritado esofágico. TAC/IRM + Biopsia Marcadores tumorales.	Cirugía, radioterapia, quimioterapia



Úlcera gástrica

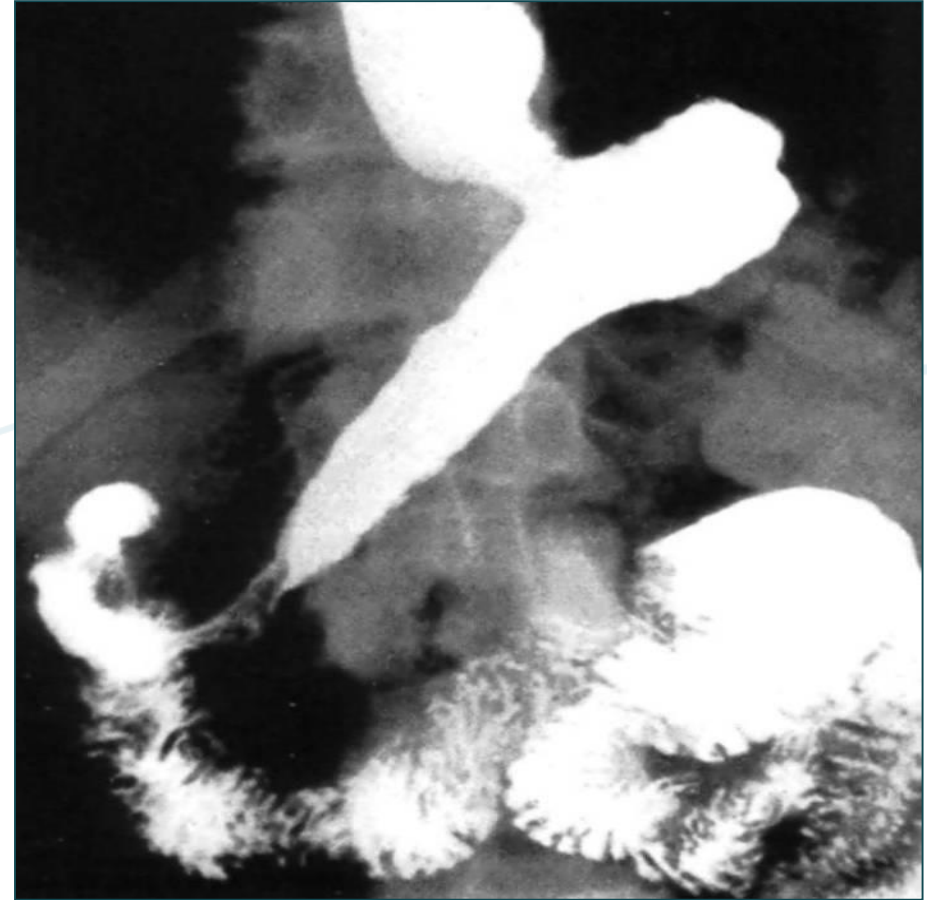
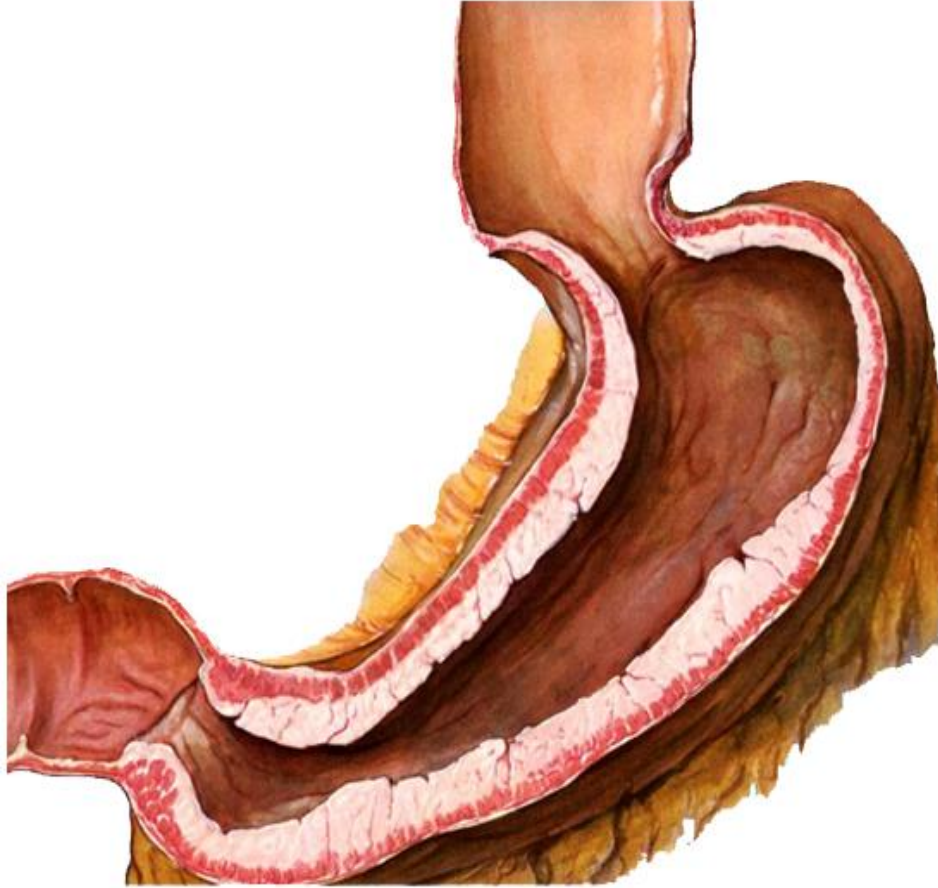


Enfermedad de MENETRIER



Pólipo de la curvatura menor

ADENOCARCINOMA DEL ESTÓMAGO



➤ PRONÓSTICO:

La tasa de supervivencia global a 5 años depende del país y del acceso al diagnóstico temprano:

- Diagnóstico precoz: 50-70 % de supervivencia.
- Diagnóstico tardío: menos del 20 %

CONSECUENCIAS OSTEOPATICAS:

TUMORES DEL ESTÓMAGO

Estas patologías no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática.



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*