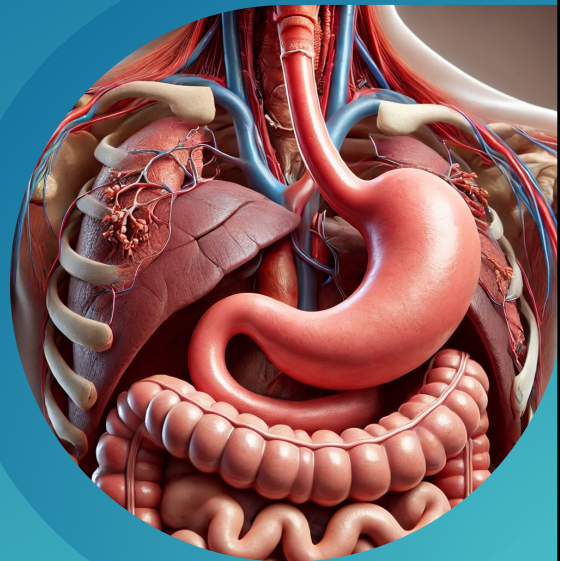


EXAMEN CLÍNICO ESTÓMAGO 1

AUTORES: Dr François Ricard. DO. Phd .
Pablo Escribá MD.DO.Pt.

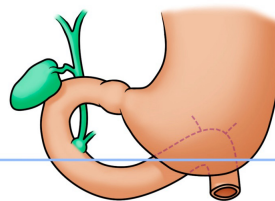
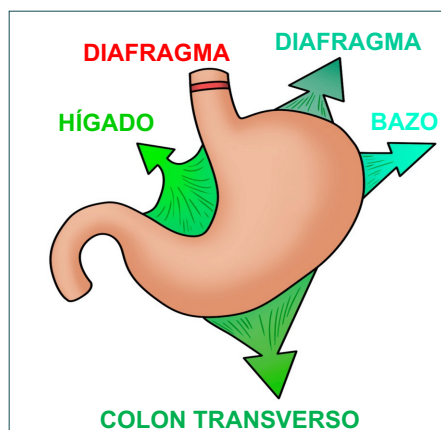


Escuela de
Osteopatía
de Madrid

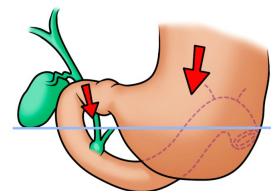


1

SITUACIONES FAVORECEDORAS PATOLOGÍA ESTÓMAGO



Posición normal del
estómago.

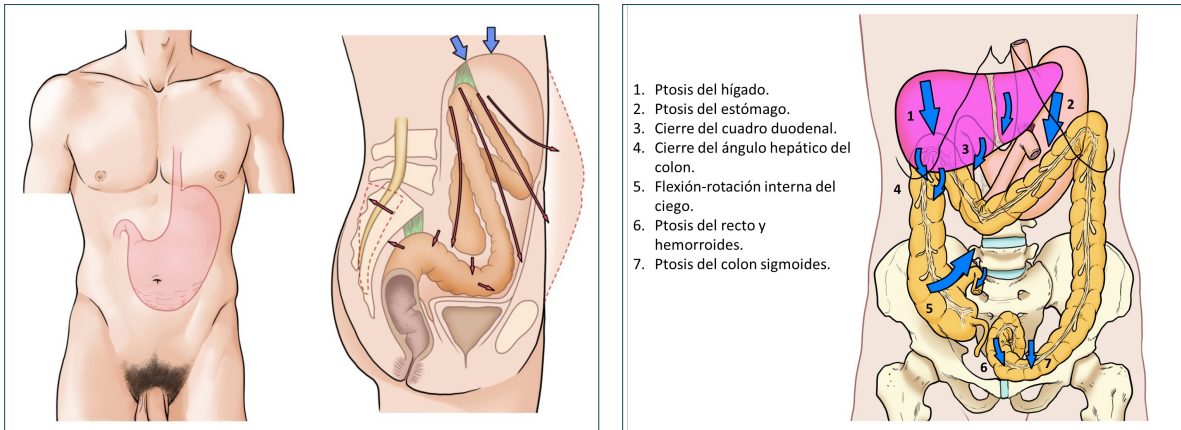


Ptosis del estómago

- La ptosis del estómago provoca el cierre del ángulo D1-D2 y un espasmo del píloro: pues se debe liberar sistemáticamente el píloro cuando se trata el estómago.
- Se asocia a un desequilibrio general de la postura: el tratamiento del estómago entra en el tratamiento general postural.

2

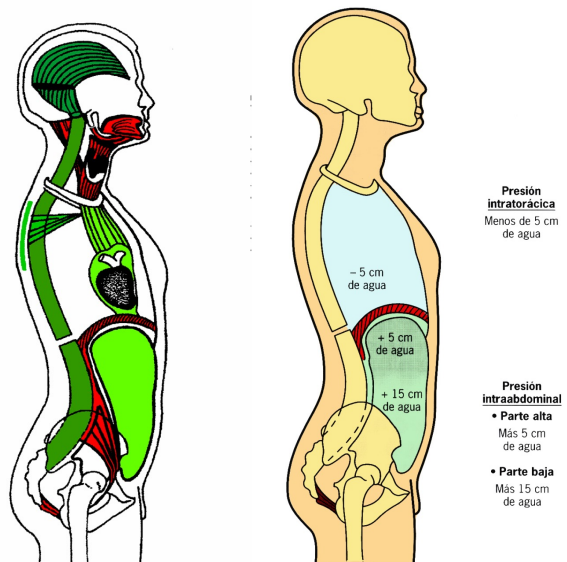
Las fijaciones ligamentosas se producen por la PTOSIS visceral, relacionada con cambios de la postura y del sistema hormonal



3

SITUACIONES FAVORECEDORAS PATOLOGÍA ESTÓMAGO: EFECTO TURGOR

- La presión intra-abdominal es más elevada que la presión intra-torácica: este equilibrio depende del estado tónico de los músculos abdominales (TRANSVERSO ABDOMINAL)
- El efecto TURGOR, de congestión, consiste en que por la presión positiva intra-abdominal cada órgano tiende a ocupar el máximo espacio y a adherirse a las paredes abdominales.



4

SIGNOS CLÍNICOS GASTRODUODENALES

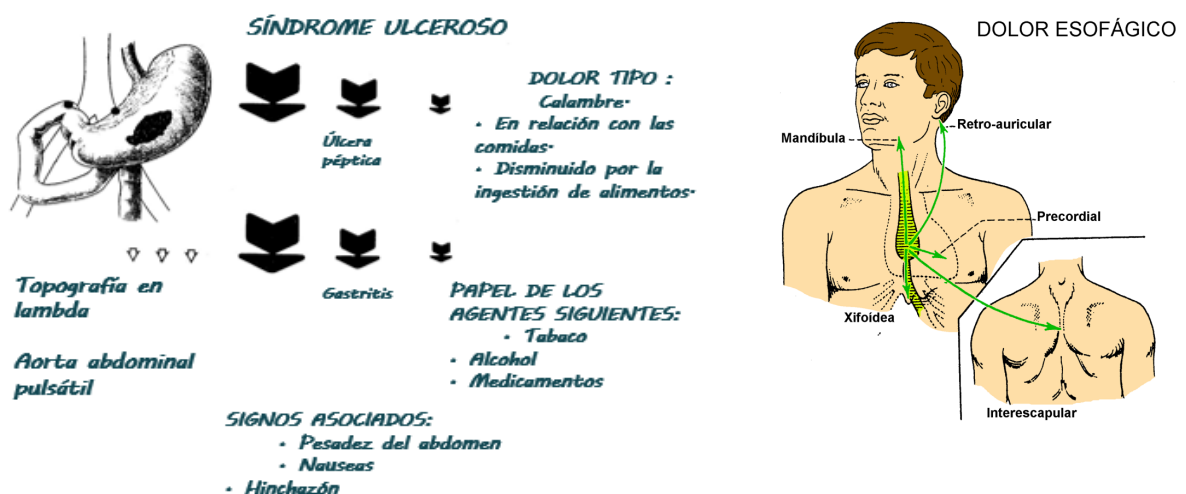
NÁUSEAS O VÓMITOS: “El duodeno es el órgano de la náusea”. Estos pueden estar provocados por:

Abdómen agudo, gastroenteritis, ulcus gástrico, carcinomas, estenosis pilórica, alcohol, químicos, drogas, uremia., angor, IAM, hepatopatías, cetoacidosis diabética, IRC, hipercalcemia, primer trimestre embarazo.

El dolor epigástrico puede ser consecuencia de estómago, duodeno, vías biliares o páncreas.

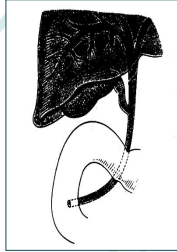
5

DOLOR EPIGÁSTRICO VS DOLOR ESOFÁGICO



6

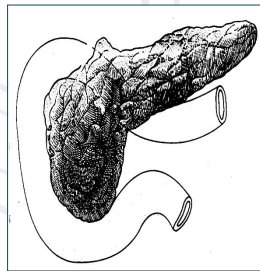
EL DOLOR EPIGÁSTRICO



DOLOR DE ORIGEN BILIAR

30% de los dolores epigástricos tienen como origen:

- Infección
- Litiasis
- Causa funcional



PANCREATITIS

Lipasa

CRÓNICA

- Dolor desencadenado por las comidas (al contrario que las úlceras).
- Lancinante
- Irradiaciones variables

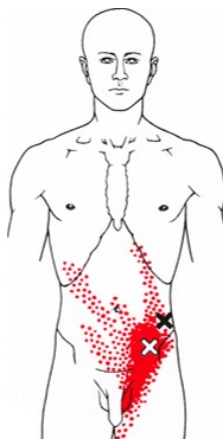
AGUDA

- Calmado por la posición sentada e inclinado hacia delante o genu pectoral.
- Violenta
- Irradiación subcostal o dorsal izquierda

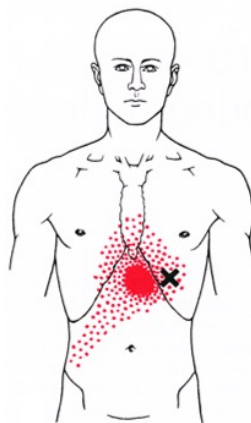
LAS ETIOLOGÍAS MÁS PROBABLES SON EL ALCOHOLISMO Y TUMORES.

7

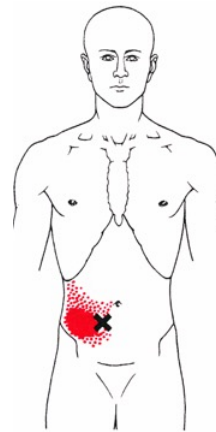
EL DOLOR MUSCULAR ABDOMINAL



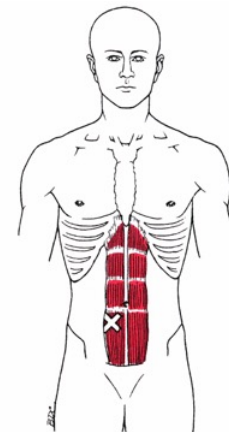
Abdominales laterales



Oblicuo externo



Punto de McBurney



8

PATOLOGÍAS :

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

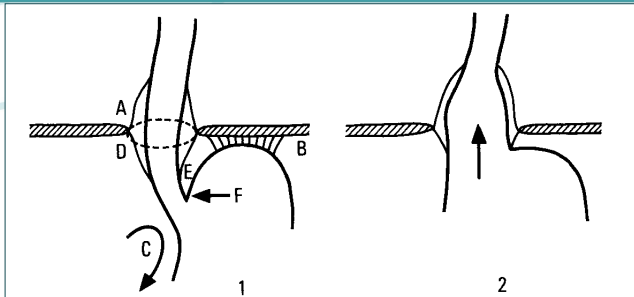
9

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO	Anomalía de la motricidad esofágica· Relajación transitoria EIE·	Reflujo del producto del estómago en la boca en flexión de tronco (signo del cordón de zapato) o nocturna en decúbito después de ingestión de alimentos·	Radiografía con barrito (transito), gastroscopia· Test guayacol en las heces positiva, manometría de EIE· Prueba de Bernstein positiva (sonda nasogástrica desde fosas nasales hasta esófago+ infusión de HCL suave alternando con solución salina, sin alimentos ni líquidos 8h antes→ reproduce ERGE, pHmetría	Perder peso· Ingerir medicamentos con mucha agua· Evitar tabaco y alimentos irritantes· Sobre 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 (IPP)
ELEMENTOS ANTIRREFLUJO:	Fallo del sistema Antirreflujo por incompetencia del esfínter esofágico inferior Hernia de Hiato· Embarazo Obesidad	signo del cordón de zapato) o nocturna en decúbito después de ingestión de alimentos· Esofagitis, faringitis de repetición eructos, Ronquera, Tos Acidez gástrica		
1·ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR·				
2· ORIFICIO CRURAL DEL DIAFRAGMA ·PILAR DERECHO·				
3· ÁNGULO DE HIS·				
4·POSICIÓN INTRAABDOMINAL DEL CARDIAS·				

10

CONDICIONES ANATÓMICAS DEL REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO

Escuela de Osteopatía de Madrid Internacional



- D. Diámetro del orificio esofágico del diafragma.
- E. Ángulo de HIS (agudo).
- F. Presión abdominal que cierra el dispositivo valvular.

1 - ELEMENTOS ANTI-REFLUJOS:

- A. Membrana frénico-esofágica de LAIMER.
- B. Ligamentos gástro-frénicos de la arteria coronaria estomacal.
- C. Hoz de la arteria coronaria estomacal.

2 - CONDICIONES DEL REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO:

El segmento abdominal ha desaparecido, el ángulo de HIS está abierto, el contenido gástrico puede estar aspirado por la depresión intra-torácica.

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
HERNIA DE HIATO Protrusión permanente o intermitente de una parte del estómago en el tórax a través del hiato esofágico del diafragma	Debilidad localizada en la membrana freno-esofágica, la parte anterior y lateral del hiato esofágico. Aumento de la presión abdominal (obesidad, traumatismo ensanchamiento del espacio entre los pilares diafragmáticos y el hiato esofágico).	Reflujo gastro-esofágico, Gastritis, Esofagitis, Faringitis	Rx baritada del estómago (transito). Gastroscopia Raramente IRM/TAC	Antiácidos después de las comidas y antes de dormir: Maalox® Antirreflujo: Gaviscon® Inhibidores de la bomba a protones (IPP): Mopral®, omeprazol® Cirugía para hernia de hiato: reducción de la hernia de hiato, válvula antirreflujo, funduplicatura. Refuerzo del hiato esofágico



Hernia de hiato por
rodamiento: la gran
tuberosidad forma
una bolsa intra-
torácica para-
esofágica con un
cardias
intraabdominal



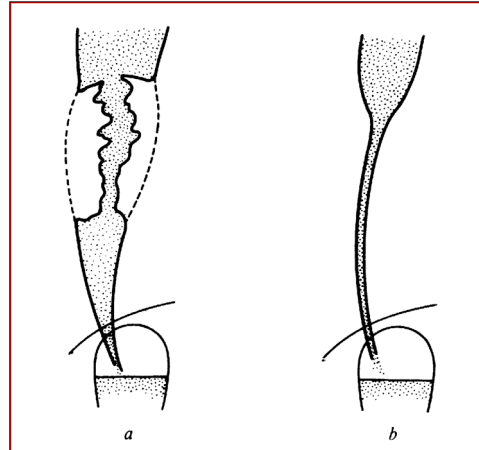
Hernia de hiato
por
deslizamiento
(85% de los
casos): cardias
intra-torácico

ESOFAGITIS:

La irritación crónica → metaplasia (Esófago de Barret),
fibrosis , estenosis → displasia → adenocarcinoma in situ.

ENDOSCOPIA → DCO DIFERENCIAL CON: **Candidiasis esofágica**=erosiones y falsas membranas en **inmunodeprimidos** **Esofagitis herpética**:ulceraciones en arañazo con márgenes sobre elevados, amarillentas y granulosa en inmunodeprimidos **Otras causas de esofagitis**: Químicas: detergentes, tetraciclinas,Traumatismos,Irradiaciones,Reflujo bilio-pancreático

ESTENOSIS ESOFÁGICAS



a) Estenosis irregular, excéntrica: cáncer

b) Estenosis regular, axial: estenosis cáustica o péptica

13

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



Esófago de Barrett



Endobraquiesófago y esófago de Barrett: Úlcera de la unión entre el epitelio esofágico malpighiano y el epitelio glandular del cardias.

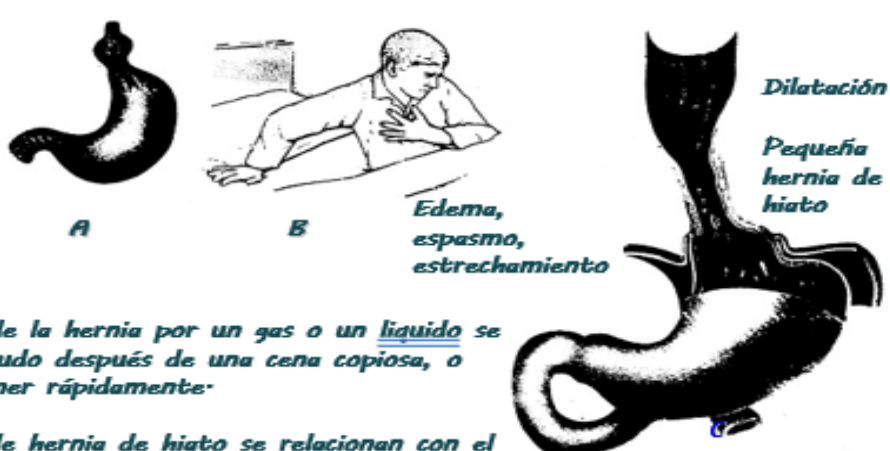
Luego, sustitución del epitelio malpighiano por un epitelio glandular = metaplasia de tipo gástrico o intestinal.

La extensión progresiva de la zona metaplásica se continúa a su borde superior con persistencia de la ulceración.

Consecuencias posibles: estenosis y cáncer. SE ENCUENTRAN EN SUJETOS QUE UTILIZAN ARNESES QUE COMPRIMEN LA REGIÓN: KITE SURF, ESCALADA POR IRRITACIÓN CONTÍNUA....

Displasia de Barrett

14



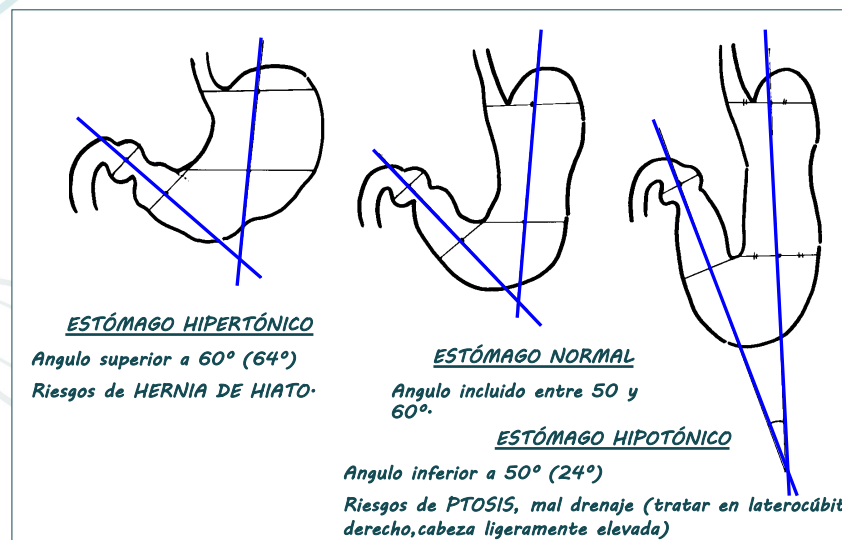
A La distensión de la hernia por un gas o un líquido se produce a menudo después de una cena copiosa, o después de comer rápidamente.

B Los síntomas de hernia de hiato se relacionan con el reflujo gástro-esofágico y sus complicaciones: el tono del esfínter inferior del esófago es insuficiente.

C Los síntomas nocturnos son evocadores: posición de decúbito supino, inclinado hacia delante provoca el dolor, mientras que la posición sentada alivia al paciente.

15

Fibras de la línea 2 (disfunciones viscerales funcionales)



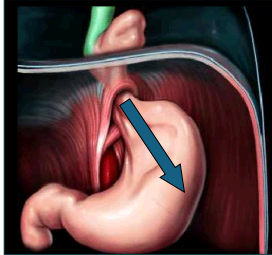
ESTÓMAGO HIPERTÓNICO
Angulo superior a 60° (64°)
Riesgos de HERNIA DE HIATO.

ESTÓMAGO NORMAL
Angulo incluido entre 50 y 60° .

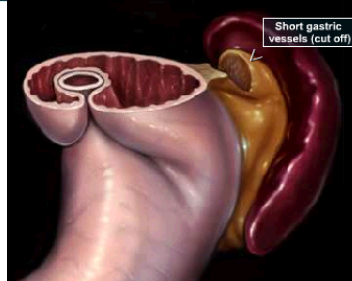
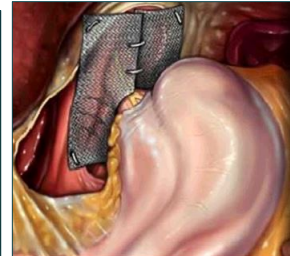
ESTÓMAGO HIPOTÓNICO
Angulo inferior a 50° (24°)
Riesgos de PTOSIS, mal drenaje (tratar en laterocúbito derecho, cabeza ligeramente elevada)

16

- Principio del tratamiento quirúrgico: reducción de la hernia de hiato.



- Principio del tratamiento quirúrgico: refuerzo del hiato esofágico.



válvula antirreflujo.

17

SEROTONINA Y MOTILIDAD. Kendig DM, Grider JR. Serotonin and colonic motility. Neurogastroenterol Motil. 2015 Jul;27(7):899-905. doi: 10.1111/nmo.12617. PMID: 26095115; PMCID: PMC4477275

Desde hace más de 50 años se estudia el papel de la serotonina, la mayoría se encuentra en la pared del tubo digestivo donde es localizada en células enterocromafines y neuronas (interneuronas descendentes).

Es muy importante en la motilidad del tubo digestivo y en sus disfunciones.

La evidencia reciente sugiere que los receptores 5-HT₃ y 5HT₄ intervienen en la iniciación y generación del complejo migratorio interdigestivo tanto en la contracción de larga distancia como en el complejo motor rítmico propulsivo.

18

IMPORTANCIA DE LA SEROTONINA EN LA ERGE:

LOS NIVELES DE SEROTONINA CONDICIONAN LA MOTILIDAD , NIVELES NORMALES DIRECCION CECAL, NIVELES EXCESIVOS CONTRACCIONES PERISTÁLTICAS DIRECCIÓN ORAL (VOMITO).

SI ENTRA UN PATÓGENO O ALGO EN MAL ESTADO, EL SISTEMA INMUNE INDUCE LIBERACIÓN DE SEROTONINA CON EL TRASTORNO EN LA DIRECCIÓN ORAL DEL PERISTALTISMO , CON ESTIMULACIÓN DE LA MS LISA.

SI LA SEROTONINA ME FAVORECE LA EVACUACIÓN→EL ESTREÑIMIENTO CON HECES EN FORMA DE BOLA DE CABRA IGUAL A DÉFICIT DE SEROTONINA.

19

Mawe GM, Hoffman JM. Serotonin signalling in the gut--functions, dysfunctions and therapeutic targets. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2013 Aug;10(8):473-86. doi: 10.1038/nrgastro.2013.105. Epub 2013 Jun 25. Erratum in: Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2013 Oct;10(10):564. PMID: 23797870; PMCID: PMC4048923.

La activación de fibras aferentes vagales y espinales reduce el vaciado gástrico, estimula la secreción pancreática , genera sensación de saciedad . Su sobreestimulación puede causar náuseas , reflujo gastroesofágico, vómitos.

La serotonina mantiene la salud neuronal intestinal y de las células intersticiales de cajal, la hemostasis plaquetaria , favorece el desarrollo óseo, influye en la diarrea y el estreñimiento vía sistema enzimático triptófano hidroxilasa.

20

HIPERSENSIBILIDAD AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO:

Yamasaki T, Fass R. Reflux Hypersensitivity: A New Functional Esophageal Disorder. J Neurogastroenterol Motil. 2017 Oct 30;23(4):495-503. doi: 10.5056/jnm17097. PMID: 28992673; PMCID: PMC5628981

Desorden funcional esofágico con quemazón en pacientes con endoscopia normal , biopsia esofágica normal, tests de pH normales.

El tratamiento médico implica inhibidores de la bomba de protones (veremos todos los problemas que esto genera en la absorción de minerales etc) así como neuromoduladores como antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina .

21

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS*:

LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO SOBRE EL ESTÓMAGO DEBERÁN SER SUAVES EN CASO DE REFLUJO PARA INDUCIR POR MECANOTRANSDUCCIÓN UNA PRODUCCIÓN MODERADA DE SEROTONINA.

EN CASO DE REALIZARSE TÉCNICAS POTENTES EN ESTOS PACIENTES LA SOBREPRODUCCIÓN DE SEROTONINA FAVORECERÁ LA ERGE.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA MUESTRA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO SOBRE EL DIAFRAGMA EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO , INCREMENTANDO LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR.

da Silva RC, de Sá CC, Pascual-Vaca ÁO, de Souza Fontes LH, Herbella Fernandes FA, Dib RA, Blanco CR, Queiroz RA, Navarro-Rodriguez T. Increase of lower esophageal sphincter pressure after osteopathic intervention on the diaphragm in patients with gastroesophageal reflux. Dis Esophagus. 2013 Jul;26(5):451-6. doi: 10.1111/j.1442-2050.2012.01372.x. Epub 2012 Jun 7. PMID: 22676647.

22

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS*:

Es necesario normalizar el tono del diafragma; es pues, interesante:

1º Liberar las disfunciones somáticas C3 a C6 (nervio frénico) para normalizar el tono del diafragma.

2º Liberar todas las inserciones del diafragma: Lateralmente sobre las 6 últimas costillas. Por delante sobre el apéndice xifoides. Por detrás: pilares posteriores:

3º 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.

4º CENTRO FRÉNICO·HIATO ESOFÁGICO Y AÓRTICO.

5º Para el tono del EIE, pues, es interesante:

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

2º Liberar toda neuropatía de compresión sobre el X Neumogástrico.

6º TRABAJAR LOS PLANOS ESCAPULARES, TONO ABD Y SUELO PÉLVICO, CIFOSIS.

23



SIN EMBARGO...
ENCONTRAMOS CIERTA
CONTROVERSIA CIENTÍFICA....

24

LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012–. Serotonin 5-HT4 Receptor Agonists. 2019 Apr 25. PMID: 31644253.

- **Los agonistas de los receptores tipo 4 se serotonina son potentes procinéticos que incrementan la peristalsis , el vaciado gástrico y reducen el reflujo gastroesofágico .**

Serotonin 5-HT4 Receptor Agonists

No authors listed

In: LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012. 2019 Apr 25.

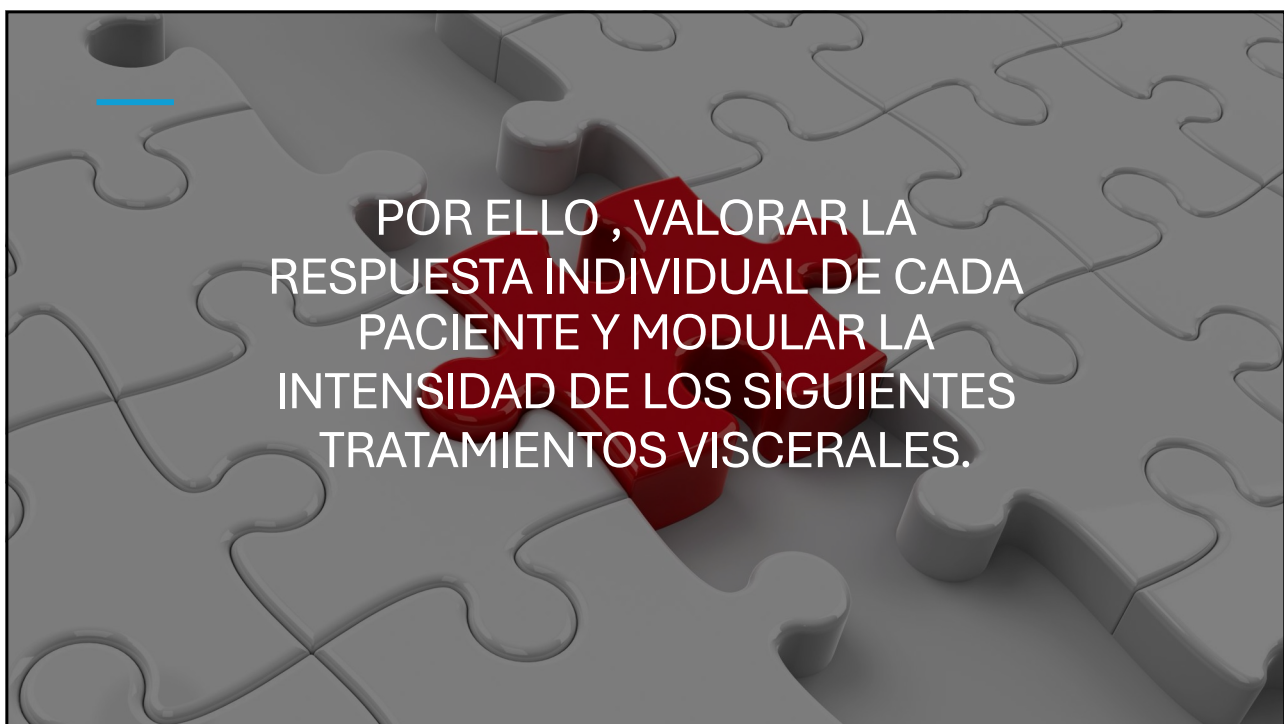
PMID: 31644253 Bookshelf ID: NBK548948

[Free Books & Documents](#)

Excerpt

The serotonin type 4 (5-HT4) receptor agonists are potent prokinetic agents that act on serotonin receptors in the intestine and promote intestinal peristalsis, increase gastric emptying and decrease esophageal reflux. Two 5-HT4 receptor agonists have been developed and were approved for use in the United States, but both were found to have significant serious adverse effects and have been withdrawn (cisapride) or placed under restricted use (tegaserod). Both cisapride and tegaserod have been associated with a low rate of transient serum enzyme elevations during therapy, but neither has been implicated convincingly in cases of clinically apparent liver injury with jaundice.

25



26

