

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTÓMAGO

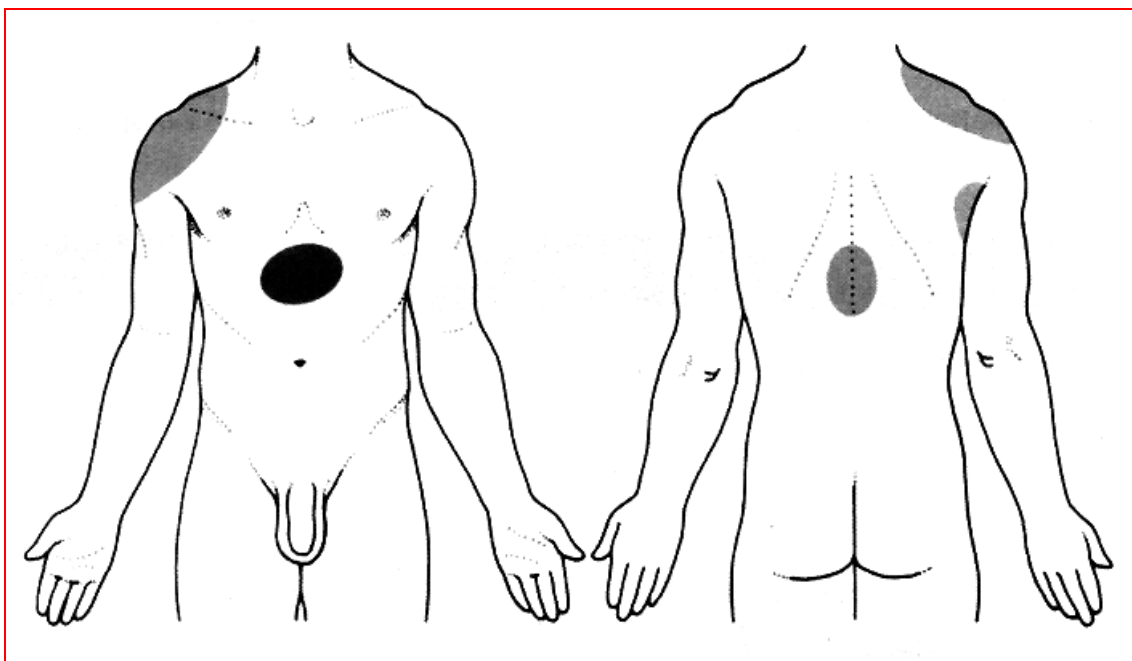
SEMILOGÍA DEL ESTÓMAGO.

SIGNOS CLÍNICOS GASTRODUODENALES:

NÁUSEA O VÓMITOS:

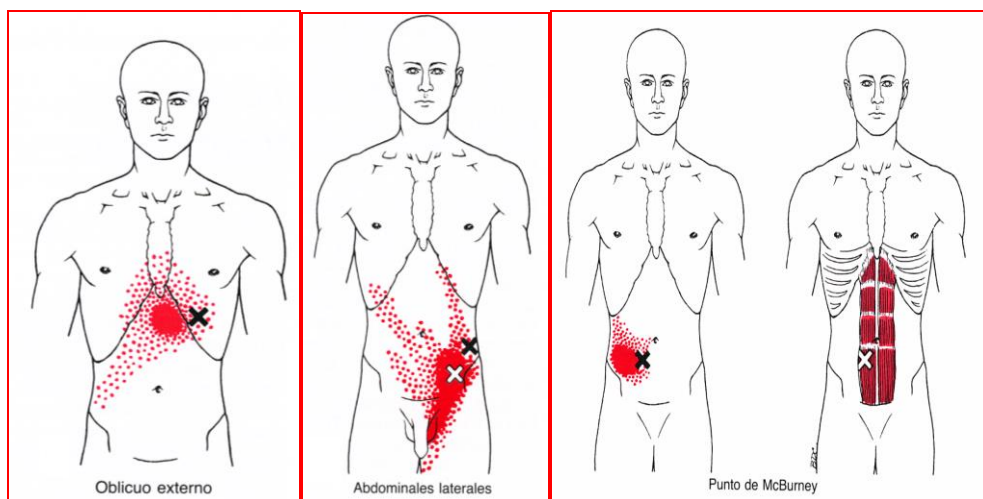
- ✓ Cualquier estímulo que produzca la sensación de náusea si es muy fuerte o continua produce un vómito.
- ✓ No obstante tener cuidado con algunas enfermedades muy serias que producen vómito, que puede ser proyectil, en ausencia de náusea.
"El duodeno es el órgano de la náusea".
- ✓ Cualquier abdomen agudo.
- ✓ Gastroenteritis.
- ✓ Enfermedades del estómago:
 - Úlceras
 - Carcinoma
 - Estenosis pilórica
- ✓ Tóxico:
 - Alcohol
 - Productos químicos
 - Drogas con morfina
 - Uremia.
- ✓ Metabólico:
 - Insuficiencia renal crónica
 - Hipercalemia
 - Ketoacidosis diabética
 - Enfermedad del hígado
- ✓ Hormonal: Primer trimestre del embarazo.

DOLORES DEL ESTÓMAGO Y DUODENO



El dolor referido de estómago y duodeno se encuentra localizado generalmente en el hombro izquierdo, región interescapular, zona inferior retroesternal y región epigástrica.

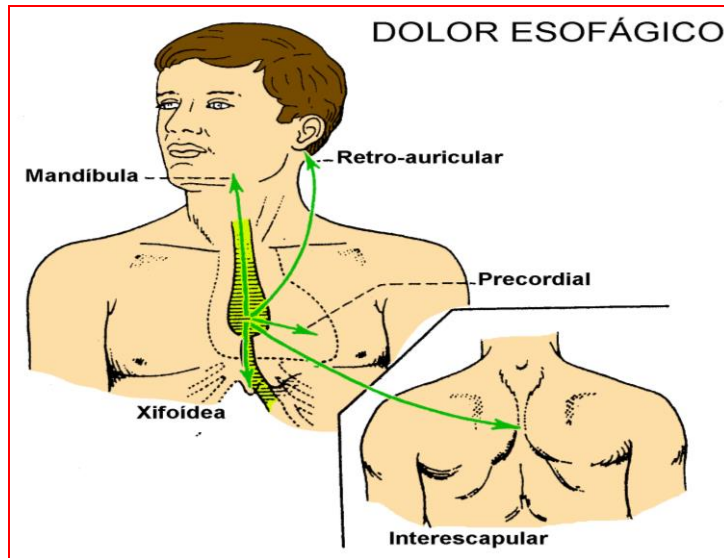
DOLOR MUSCULAR ABDOMINAL



Dolor referido del oblicuo del abdomen

Dolor referido del recto anterior

DOLORES REFERIDOS DEL ESÓFAGO



DOLOR EPIGÁSTRICO

✓ DOLOR DE ORIGEN BILIAR

30% de los dolores epigástricos tienen como origen:

- Infección
- Litiasis
- Causa funcional.

✓ PANCREATITIS

- amilasemia
- amilasuria

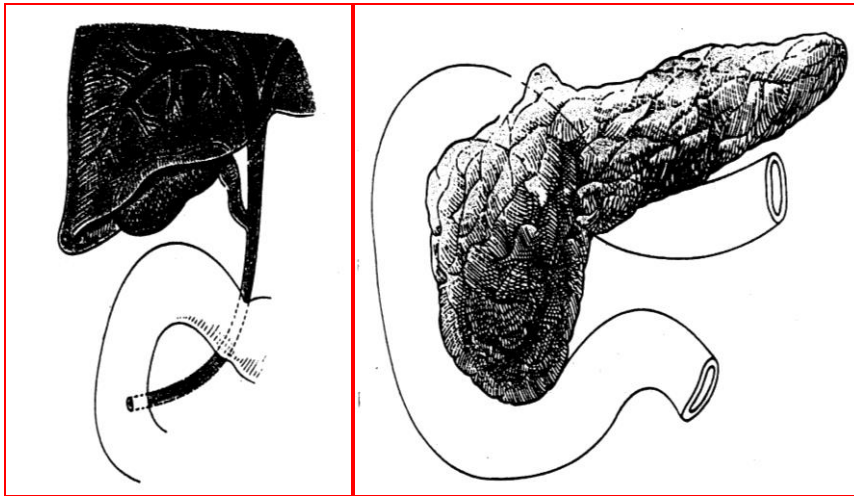
CRÓNICA

- ✓ Dolor desencadenado por las comidas (por el contrario de 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.

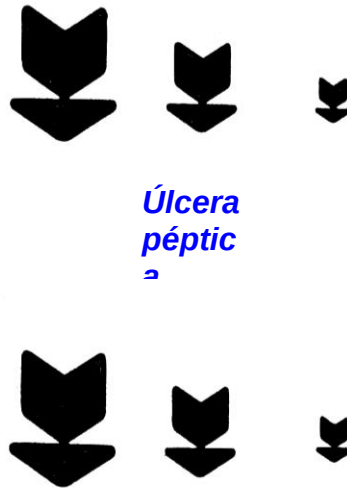
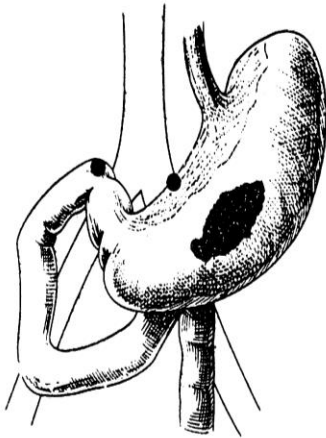


- ✓ ANSIEDAD SEVERA.
- ✓ BULIMIA
- ✓ NEUROLÓGICO
 - Hipertensión intracraneal
 - Meningitis
 - Menieres
 - Jaqueca

El DOLOR EPIGÁSTRICO traduce el sufrimiento de los órganos:

- ✓ Estómago
- ✓ Duodeno
- ✓ Vías biliares
- ✓ Páncreas

SÍNDROME ULCEROSO



Úlcera
péptic

DOLOR TIPO :

- Calambre.
- En relación con las comidas.
- Disminuido por la ingestión de alimentos.

Topografía en
lambda
Aorta
abdominal
pulsátil

Gastritis

PAPEL DE LOS AGENTES SIGUIENTES:

- Tabaco
- Alcohol
- Medicamentos

SIGNOS ASOCIADOS:

- Pesadez del abdomen
- Nauseas
- Hinchazón

REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y HERNIA DE HIATO.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

1. Definición:

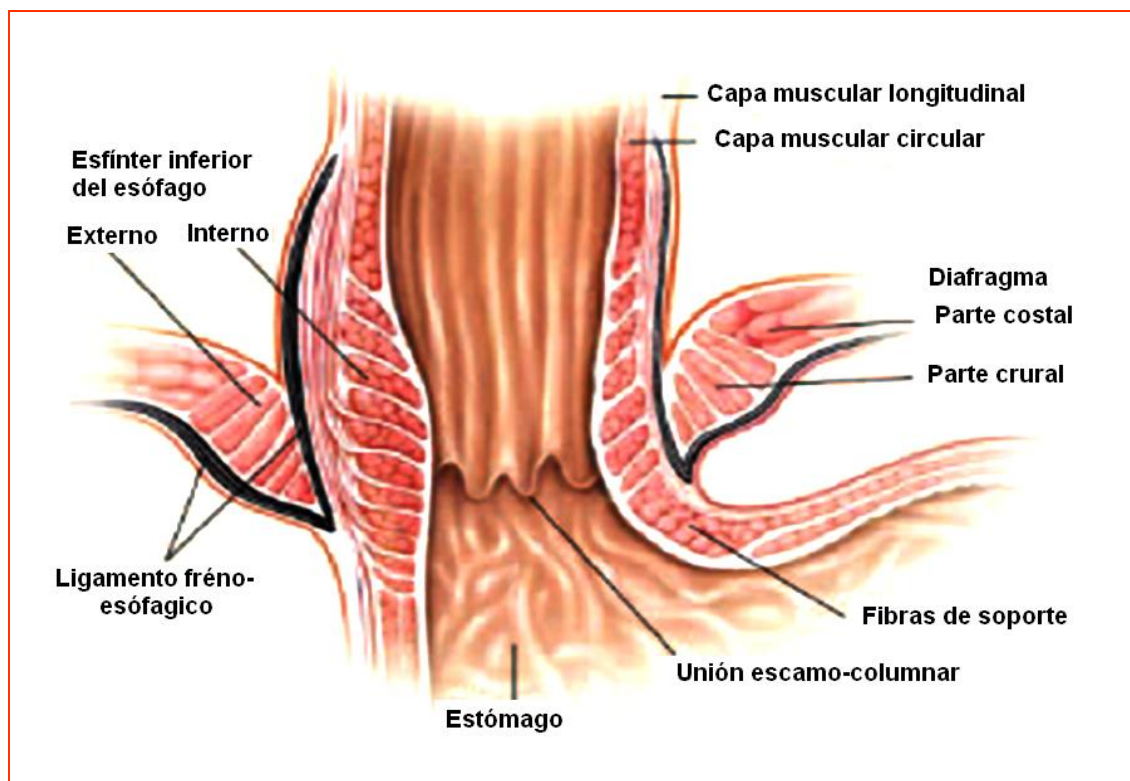
Afectación de la función de continencia del esfínter inferior del esófago que provoca un reflujo del contenido del estómago en el esófago.

El esfínter inferior del esófago (EIE) se sitúa a nivel de la zona diafragmática y mantiene un tono muscular permanente que impide el reflujo del estómago (presiones positivas hacia el esófago torácico (presiones negativas)).

Principales elementos antirreflejo:

- Esfínter esofágico inferior (EIE): Zona de hiperpresión funcional (8 a 10 cm de agua)
- Orificio crural del diafragma (pilar derecho)
- Ángulo de His
- Posición intra-abdominal del cardias (en caso de hiperpresión abdominal, papel ++ en la ausencia de reflujo).

ANATOMIA DE LOS ELEMENTOS ANTIREFLUJO



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:
 - 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.

2. INERVACIÓN DE 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 de un contingente parasimpático que hace sinapsis con las neuronas post-ganglionares situadas en los plexos mientéricos.

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

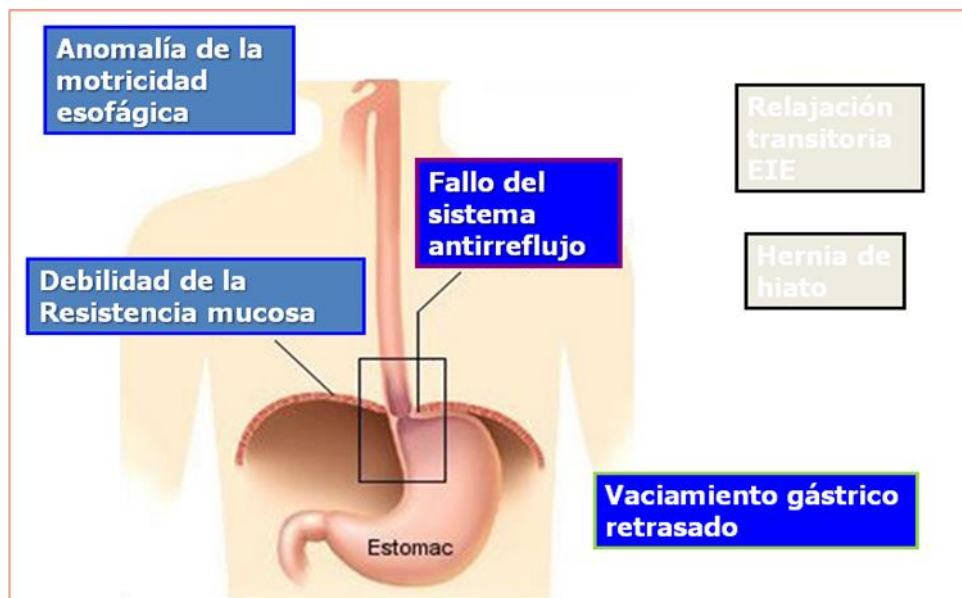
CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

Para el tono del EIE, pues, es interesante:

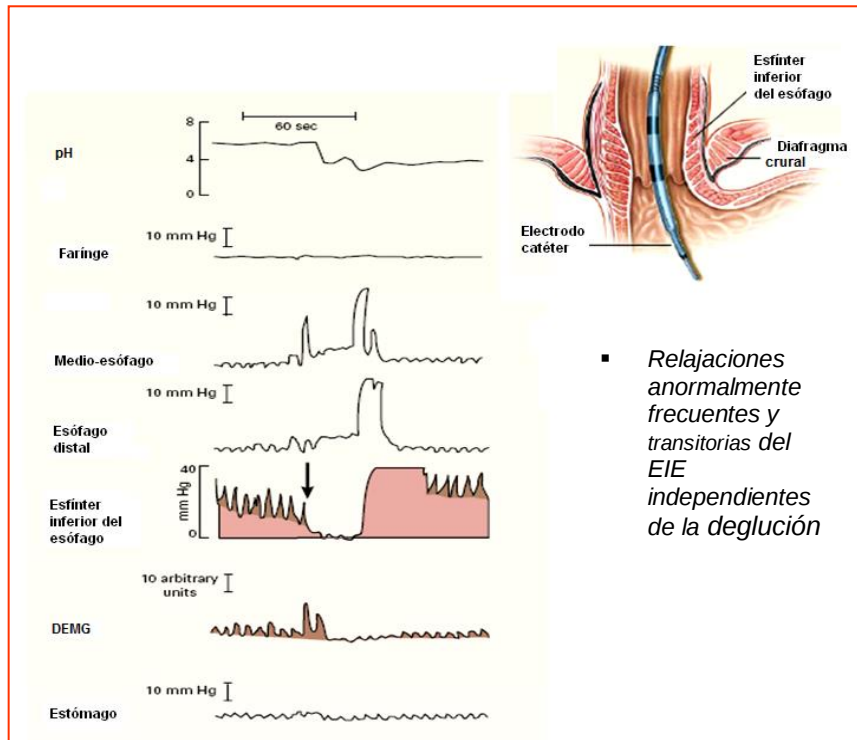
1º Liberar las disfunciones somáticas T5 y T6 para disminuir la hiperactividad ortosimpática y normalizar el tono del EIE.

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

FACTORES INVOLUCRADOS EN EL RGE



FALLO DEL SISTEMA ANTIRREFLUJO

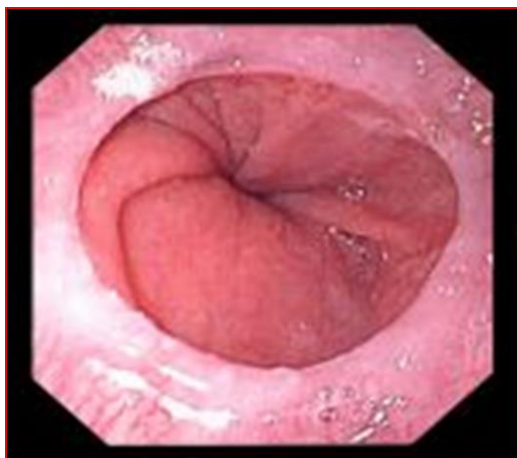


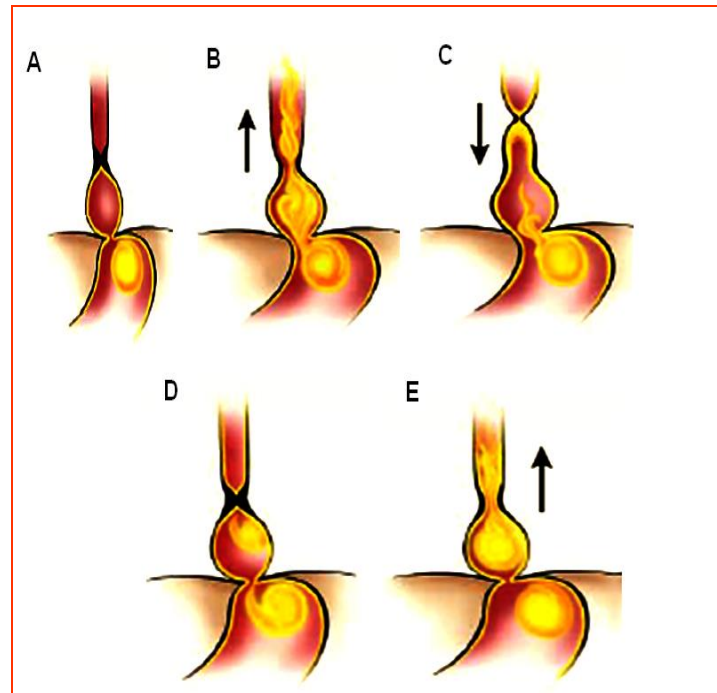
Fallo del sistema antirreflejo: hernia de hiato por deslizamiento

Es la protrusión de una parte del estómago en el tórax a través del hiato esofágico del diafragma.

No necesario ni suficiente para causar un RGE

Juega un papel agravante





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 conservado 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.

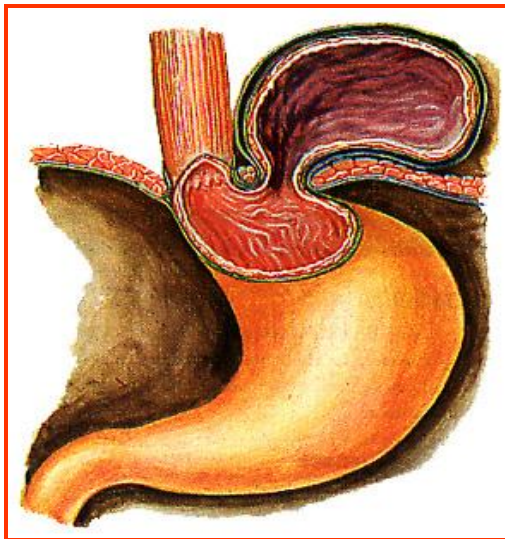
CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

Es pues necesario, en caso de hernia de hiato, utilizar técnicas para reducirla, o por lo menos minimizar su efecto.

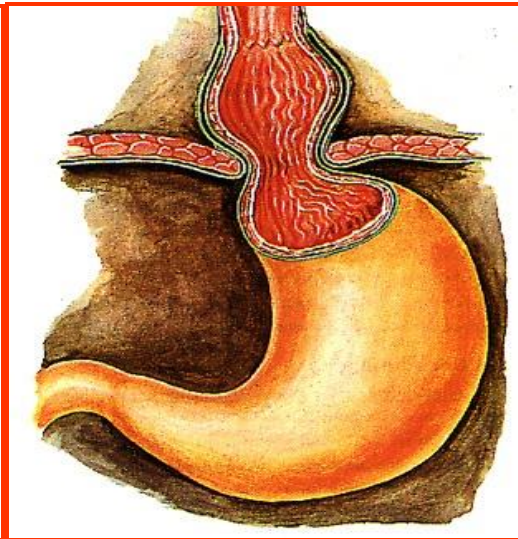
DEFINICIÓN DE HERNIA DE HIATO

1. DEFICIÓN:

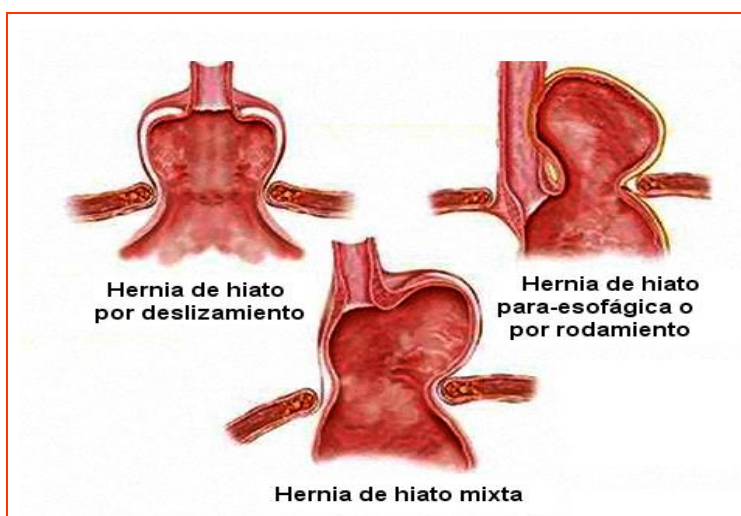
- ✓ Protrusión permanente o intermitente de una parte del estómago en el tórax a través del hiato esofágico del diafragma.
- ✓ Hernia de hiato por deslizamiento (85% de los casos): cardias intra-torácico.
- ✓ Hernia de hiato por rodamiento: la gran tuberosidad forma una bolsa intra-torácica para-esofágica con un cardias intraabdominal.



RODAMIENTO



DESLIZAMIENTO





2. MECANISMO DE LAS HERNIAS DE HIATO:

Las hernias de hiato se producen cuando existe un defecto o una debilidad localizada en la membrana frenoesofágica, la parte anterior y lateral del hiato esofágico.

En la hernia de hiato, las fijaciones del estómago y la extremidad inferior del esófago son defectuosas y causan el deslizamiento o el rodamiento a través del orificio del diafragma.

Todo aumento de la presión abdominal (obesidad, traumatismo...) va a facilitar la ascensión en el tórax y a crear una hernia de hiato.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

Es necesario disminuir las presiones modificando la postura del paciente:

- Escapulum posterior.***
- Cifosis.***

Hay ensanchamiento del espacio entre los pilares diafragmáticos y el hiato esofágico. Este ensanchamiento está a menudo combinado con un aumento de la presión intraabdominal como en caso de un embarazo o en la obesidad.

Es la incapacidad del diafragma para realizar su función por la interferencia sobre el control neurológico de éste, que favorece la producción de la hernia de hiato.

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:

Es necesario normalizar el tono del diafragma, es entonces 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:
 - Pilar derecho hasta L3, izquierdo en L2.
 - Arcada del psoas: transversas de L1 a las vértebras adyacentes.
 - Arcada del cuadrado lumbar: transversas de L1 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.

El tratamiento correcto del diafragma representa el 50% del tratamiento de una hernia de hiato.

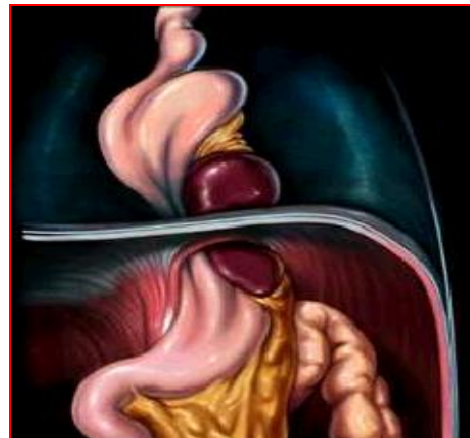
HERNIA DE HIATO, ESOFAGITIS, Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO

1. ETIOLOGIA

- El reflujo se relaciona con:
 - ✓ La incompetencia del esfínter esofágico inferior, venda de fibras musculares que cierran y separan el esófago del estómago. Si el esfínter no cierra de manera adecuada, el contenido gástrico puede refluir hacia el esófago.
 - ✓ Hernia de hiato.
 - ✓ Embarazo.
 - ✓ Obesidad.

Los estudios de manometría permiten distinguir diferentes mecanismos:

- ✓ Ascenso del EIE en el tórax:
 - Caso más frecuente
 - Mal posición cardio-tuberositaria
 - Aumento de frecuencia en caso de sobre carga ponderal y con la edad
- ✓ Hernia de hiato.
- ✓ Destrucción del EIE iatrogenia (cirugía)





- Esto causa el malfuncionamiento del esfínter esófago-gástrico que permite el reflujo de ácido gástrico en el esófago con los daños consiguientes a la mucosa esofágica sensible.
- El reflujo puede producirse sin hernia de hiato.
- La hernia de hiato sin reflujo puede no causar ningún síntoma.
- EGOFAGITIS:
 - Lesión de las células epiteliales.
 - Aumento de la pérdida de células maduras.
 - Aumento de la regeneración celular.
 - Células de superficies no maduras.
 - Inflamación y proliferación celular pueden estabilizarse o desaparecer espontáneamente.
 - Lesiones de ulceración de la mucosa pueden ocurrir, con a veces una secuela del tipo de estenosis.
 - En el 10% de los pacientes que presentan una esofagitis, la mucosa se vuelve metaplásica: esófago de Barrett.
 - Luego posibilidad de fibrosis y estenosis y sobre todo de transformación cancerosa (adenocarcinoma).
- ENDOBRAQUIOESÓFAGO Y ESÓFAGO DE BARRET:
 - 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.

2. SÍNTOMAS:

- ✓ Eructo
- ✓ Regurgitación de alimentos
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Vómito de sangre
- ✓ Ronquera o cambios de la voz
- ✓ Irritación de la garganta
- ✓ Dificultad para deglutir
- ✓ Acidez
- ✓ Dolor y calor detrás del esternón
- ✓ El reflujo aumenta con la flexión del tronco y la ingestión de alimentos (Signo del cordón de zapatos)
- ✓ Está aliviado por la absorción de leche o de antiácidos
- ✓ Empeora durante la noche
- ✓ Signos respiratorios o faríngeos:
 - RGE nocturno con irritación bronquial crónica.
 - Tos nocturna.
 - Síndrome de bronquitis crónica complicada de episodios de disnea asmátiforme.
 - Faringitis de repetición.

A veces estos signos respiratorios son los únicos síntomas del RGE.

3. DIAGNÓSTICO

a) Búsqueda de guayacol en las heces positiva:

El guayacol es un fenol que procede de la creosota, producto de la destilación del alquitrán vegetal obtenido de la madera de La Haya (*Fagus selvático*), su principal componente es el 2-metoxifenol. Un cambio en el color indica la presencia de sangre oculta en las heces.

Traduce una lesión de la mucosa (úlcera, fuente de sangrados).

b) Prueba de Bernstein positiva para reflujo de ácido gástrico:

- ✓ Forma en que se realiza el examen:

Se inserta una sonda nasogástrica a través de las fosas nasales hasta el esófago y se introduce una infusión de ácido clorhídrico suave a través del tubo, alternando con una solución salina.



- ✓ Preparación para el examen:

No se pueden ingerir alimentos sólidos ni líquidos durante 8 horas antes del procedimiento.

- ✓ Razones por las que se realiza el examen:

Con esta prueba se trata de reproducir los síntomas del reflujo gastroesofágico (ácidos estomacales que retornan hacia el esófago).

Valores normales: Los resultados de las pruebas son negativos.

Significado de los resultados anormales: La prueba positiva indica que los síntomas son causados por reflujo esofágico.

c) Endoscopia (Gastroscoopia):

Examen fundamental para diagnosticar las lesiones y la etapa de evolución:

- ✓ Estado de la mucosa
 - Normal
 - Eritematosa y congestiva
 - Ulceraciones: solitarios o confluentes y circulares (más grave)
 - Estenosis esofágica
 - Cáncer.
- ✓ Mal posición cardio-tuberositaria y hernia de hiato.
- ✓ Endobraquiesofago (Barrett): lengüetas de mucosa roja (glandular) penetran en la mucosa esofágica malpighiana de color blanco.
- ✓ Biopsias
 - Inflamación con hiperplasia basal, erosión o ulceración.
 - Metaplasia intestinal que firma un esófago de Barrett (mucosa de apariencia glandular extendida sobre la unión esófago-cardial en la endoscopia con presencia de una mucosa especializada en metaplasia intestinal: se trata de una lesión precancerosa del esófago).
 - Displasia y cáncer.

Permite el diagnóstico diferencial con:

- ✓ Candidiasis esofágica
 - Esofagitis con erosiones y falsas membranas.
 - Frecuente en los pacientes inmunodeprimidos.



- ✓ Esofagitis herpética
 - Pequeñas ulceraciones en arañazo con márgenes sobre elevados, amarillentas y granulosas.
 - Ocurre preferencialmente en pacientes inmunodeprimidos.
- ✓ Otras causas de esofagitis:
 - Químicas: detergentes, tetraciclinas.
 - Traumatismos.
 - Irradiaciones.
 - Reflujo bilio-pancreático.

d) pHmetría y manometría:

- ✓ Manometría esofágica:

Es una prueba que mide la acción motora del esfínter esofágico inferior (EEI) y del cuerpo esofágico. Un catéter mide la presión esofágica y registra la duración y secuencia de las contracciones esofágicas.

Forma en que se realiza el examen:

- Se introduce un tubo delgado hasta el estómago a través de la boca o nariz y luego se devuelve lentamente al esófago.
- Se pueden tomar mediciones de la presión a intervalos a lo largo del tubo. El extremo externo del tubo se fija a un instrumento llamado transductor que registra la presión.
- El transductor registra la zona de presión alta del esfínter esofágico inferior, un músculo del esfínter que actúa como válvula para impedir el reflujo del ácido gástrico al esófago.
- Cuando el tubo está en el esófago, se le solicita a la persona que trague y se registra la onda de deglución

Razones por las que se realiza el examen:

- El propósito de la manometría esofágica es medir la presión del esfínter esofágico inferior y evaluar las contracciones del esófago. Esto es importante en la evaluación de trastornos de la deglución.

Valores normales:

- La presión del esfínter esofágico inferior es normal y se relaja durante la deglución. El patrón de contracciones musculares es sistemático y coordinado durante la deglución.



Significado de los resultados anormales:

- Acalasia (una falla en la relajación del esfínter esofágico inferior que hace que el esófago se dilate y se congestione con alimento retenido).
- Espasmo esofágico difuso.
- Falta de coordinación del músculo.
- Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE).

✓ pHmetría de las 24:

- Períodos prolongados de $\text{pH} < 4,0$.
- Más a menudo de noche en decúbito dorsal.

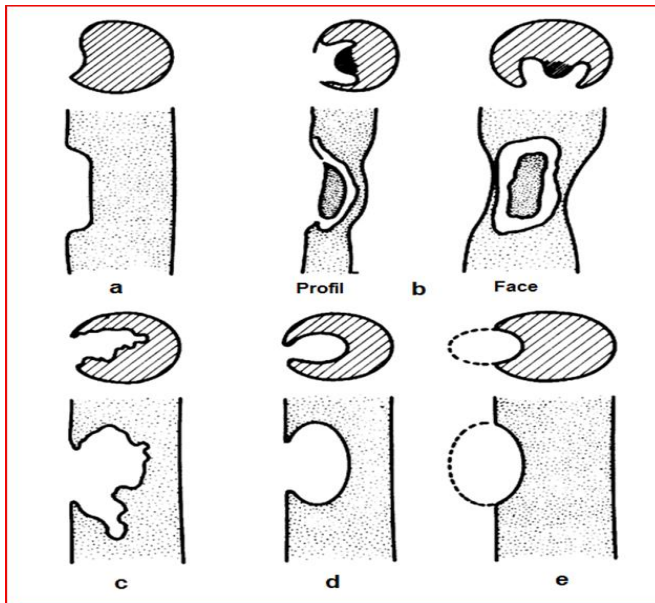
✓ Indicación de la pHmetría de las 24:

- Fracaso del tratamiento médico.
- Síntomas que persisten con endoscopia normal.
- Síntomas atípicos con endoscopia normal.
- Balance preoperatorio.

e) Radiología:

- ✓ Puede mostrar una hernia de hiato, una estenosis esofágica, a veces una ulceración
- ✓ Poco potente para apreciar el estado de la mucosa esofágica
- ✓ Interesante en balance preoperatorio

LESIONES DE ESÓFAGO

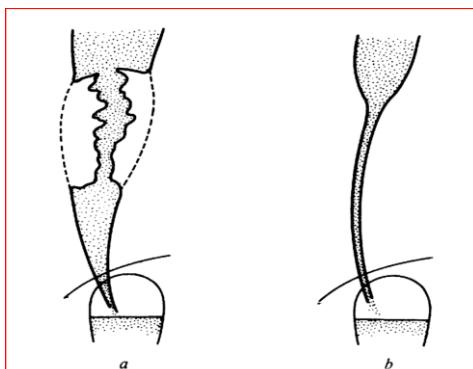


Anomalías de los bordes y de las caras del esófago.

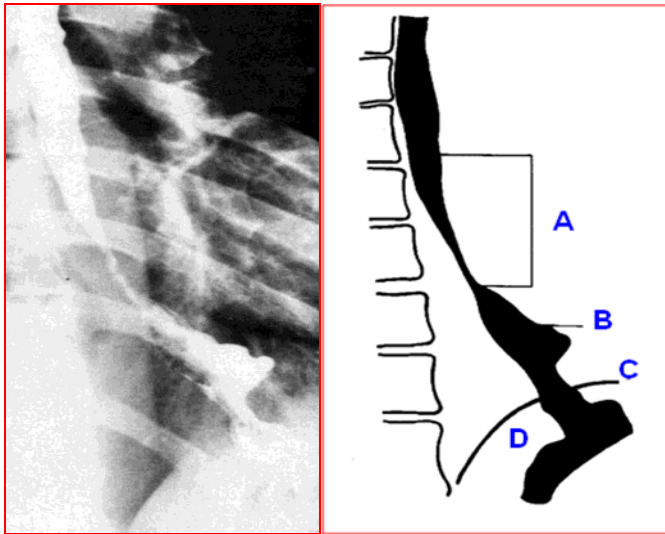
- a) Rigidez vista de perfil (de frente puede no resultar visible).
- b) Ulceración neoplásica (meniscos de perfil y de frente).
- c) Laguna irregular de perfil.
- d) Laguna regular de perfil.
- e) Compresión extrínseca de perfil.

ESTENOSIS ESOFAGICAS

- a) Estenosis irregular, excéntrica: cáncer.
- b) Estenosis regular, axial: estenosis cáustica o péptica

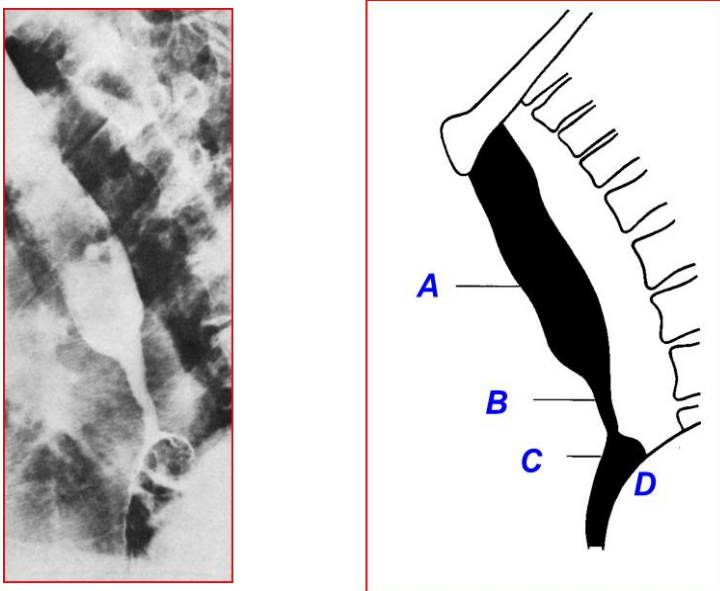


ESOFAGITIS CAÚSTICA



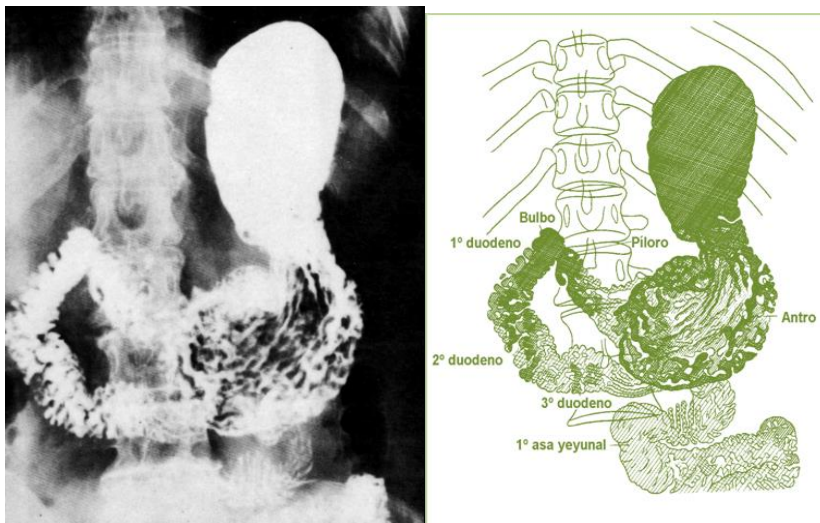
A - Zona de estrechamiento progresiva, el esófago está disminuido en longitud,
B - Estómago intra-torácico, C - Diafragma, D - Estómago estrechado de manera irregular.

ESOFAGITIS PÉPTICA CON BRAQUI-ESÓFAGO

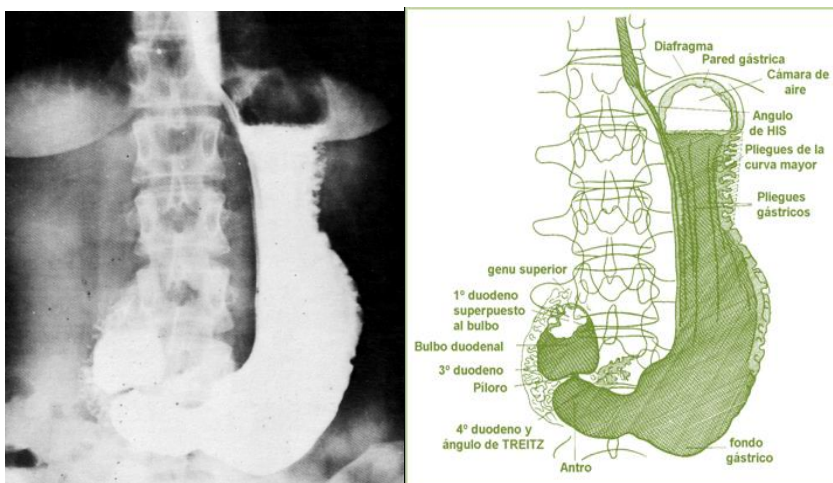


A - Esófago moderadamente dilatado, B - Segmento estenosado en embudo, C - Estómago herniado, D - Diafragma.

RADIOLOGIA DE ESTÓMAGO

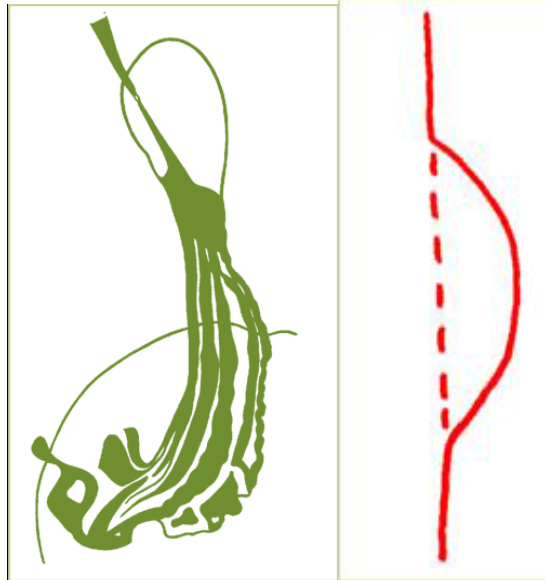
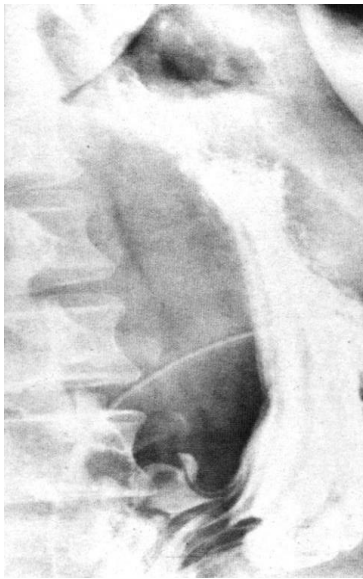


RADIOGRAFIA CON ABSORCIÓN DE PRODUCTO OPACO.

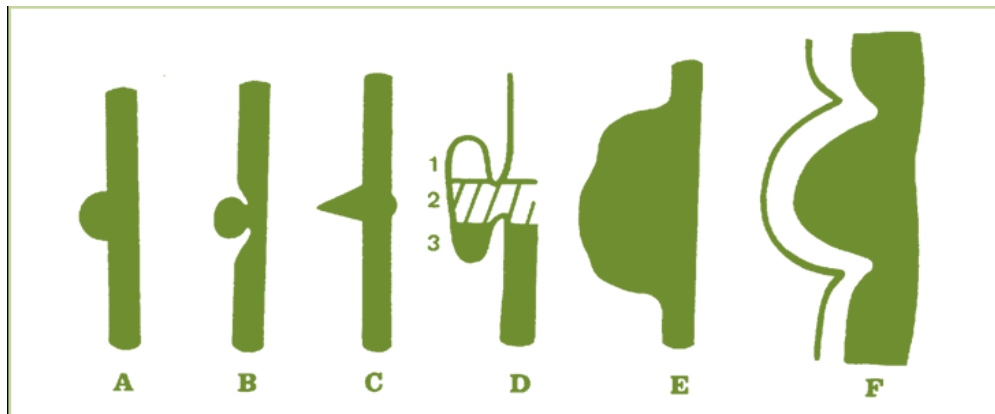


PATOLOGÍAS GASTRO-INTESTINALES:

- Imagen adicional = ÚLCERA
- Imagen de sustracción = CÁNCER



DISTINTOS TIPOS DE NICHOS ULCEROSOS



A - Nicho redondo, B - Nicho pediculado, C - Nicho triangular, D - Nicho de Haudeck con 3 niveles : 1- aire, 2-líquido gástrico, 3- bario, E - Nicho gigante, F - Explicación de la profundidad de ciertos nichos no perforados por reacción de la pared.

4) TRATAMIENTOS:

4.1 Consejos:

- Reglas higiene-dietéticas
- Perder peso.
- Ingerir medicamentos con mucha agua.
- Evitar el tabaco.
- Evitar los alimentos irritantes para la mucosa esofágica:
 - Alimentos ácidos (naranjas, tomates), picantes o hiperosmóticas
 - Café, alcoholes fuertes

✓ Evitar los alimentos que disminuyen la presión del EIE:

- Grasas, chocolate
- Hierbabuena

✓ **Prescripciones posturales:**

- Sobre elevar los pies de la cama (a nivel de la cabecera).
- Evitar el decúbito postprandial.
- Evitar el llevar cinturón apretado, etc.

4.2 Medicamentos:

- ✓ **Antiácidos después de las comidas y antes de dormir:** Maalox®
- ✓ **Antirreflujo:** Gaviscon®
- ✓ **Bloqueadores de los receptores de la histamina H2**
- ✓ **Agentes proquinéticos (promueven la motilidad):** Metoclopramida (Primperan ®), Domperidona (Motilium ®), cisapride (Prepulsid ®)
- ✓ **Inhibidores de la bomba a protones (IPP):** Mopral®, omeprazol ®

NB: Evolución

- 80% de los pacientes recaen
- Factor profético de recaída: gravedad inicial de lesiones de esofagitis
- Posibilidad de tratamiento de mantenimiento, en particular, en los malos candidatos a la cirugía:
 - a 1 año bajo IPP: 75% de los pacientes permanecen cicatrizados.
 - 2/3 de los pacientes estabilizados.

4.3 Cirugía:

Indicaciones:

- ✓ RGE con signos clínicos atípicos.
- ✓ Recurrencia al paro del tratamiento.
- ✓ Esofagitis evolutiva a pesar de los tratamientos médicos.

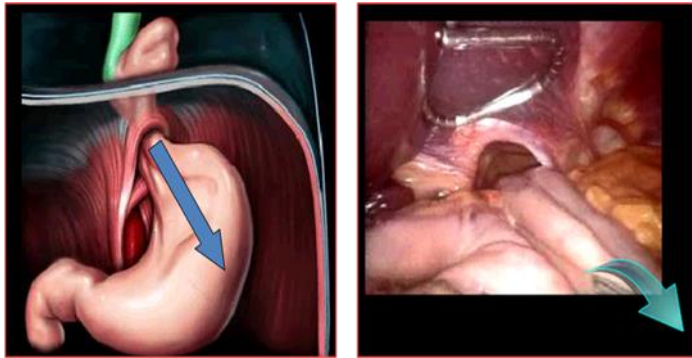
- ✓ Estenosis esofágica.
- ✓ Endobraquiesófago.

Las cirugías antirreflujo (fundo-plicatura de Nissen).

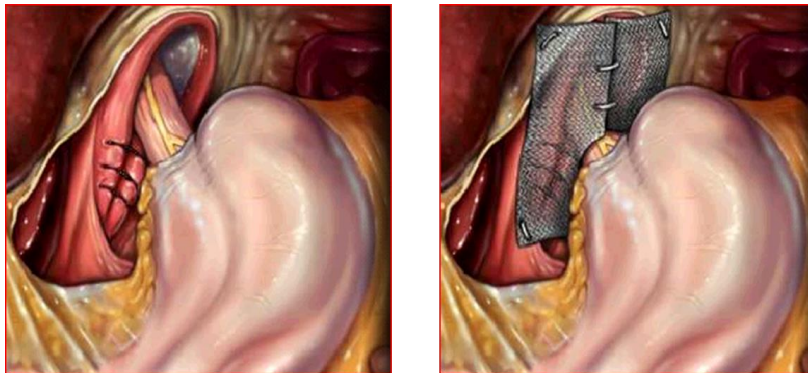
Endoscopia para reflujo (tubo flexible que se pasa a través de la boca hacia el estómago).

Principio del tratamiento quirúrgico:

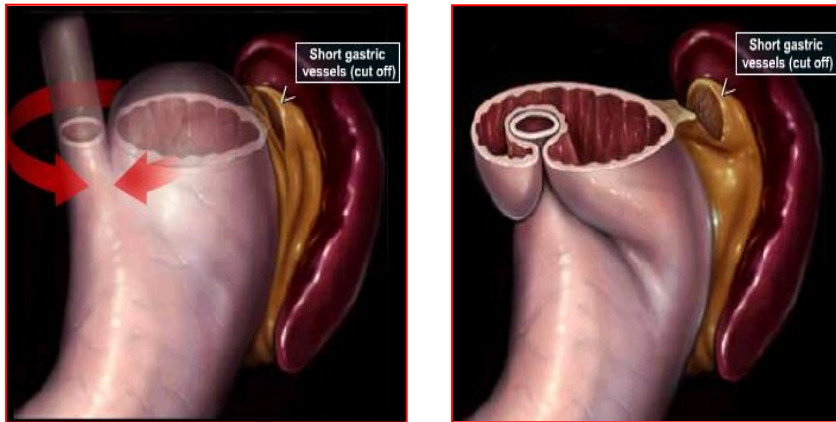
1. reducción de la hernia de hiato



2. refuerzo del hiato esofágico



3. válvula antirreflujo



Cuidados postoperatorios:

- ✓ Antalgicos IV
- ✓ Ablación de la SNG el mismo día
- ✓ (control a D1)
- ✓ Realimentación progresiva:
 - bebida, sopa, yogur.
 - alimentación líquida durante 3 a 6 semanas.

Complicaciones específicas de la cirugía:

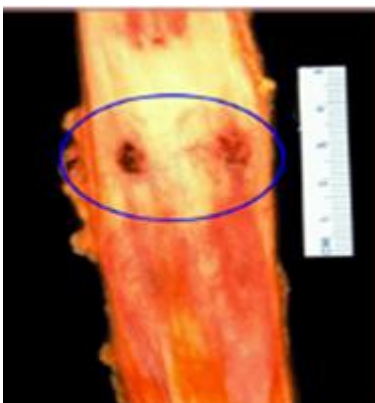
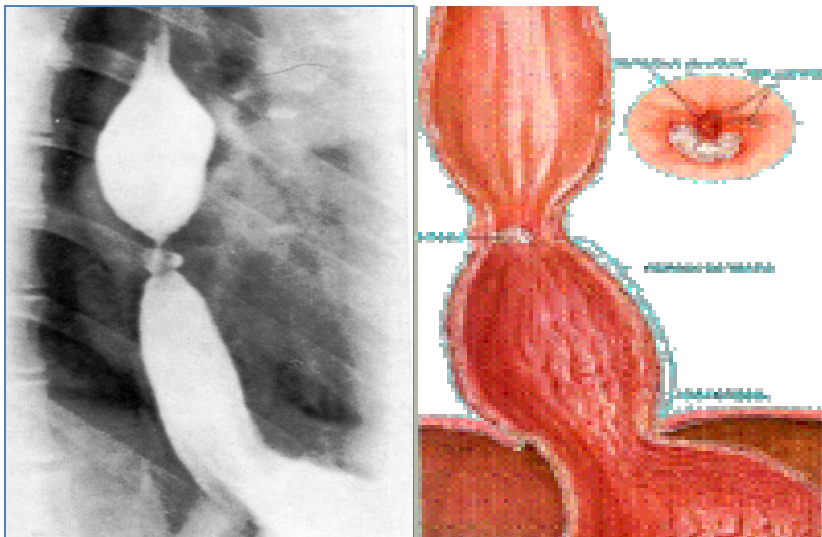
- ✓ perforación (esófago) en la disección:
 - T°, taquicardia, náuseas
 - dolor abdominal
- ✓ estenosis del montaje:
 - disfagia precoz
 - vómitos
- ✓ recidiva del RGE.

5. COMPLICACIONES:

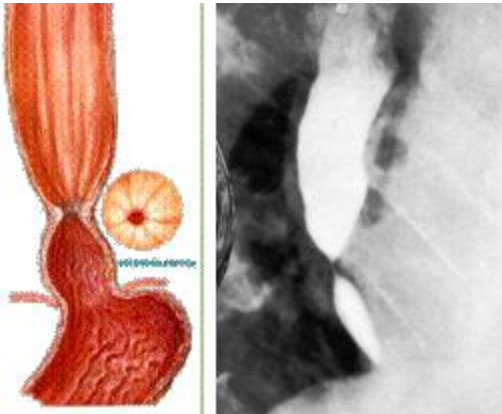
- ✓ Esofagitis y estenosis
- ✓ Úlcera esofágica
- ✓ Ronquera, bronco-espasmo
- ✓ Enfermedad pulmonar crónica
- ✓ Esófago de Barrett (cambio en el revestimiento del esófago que puede aumentar el riesgo de cáncer)

PATOLOGÍAS DEL ESÓFAGO.

1. ÚLCERA PÉPTICA DEL ESÓFAGO: El paciente presenta ardor de estómago, dolor retro-esternal con irradiaciones a la región cervical y los hombros.



2. ESTENOSIS PÉPTICA DEL ESÓFAGO



3. DIVERTICULITIS DEL ESÓFAGO: el paciente se queja de irritación de la garganta con tos, mal aliento, regurgitación de alimentos no digeridos después de las comidas.



4. CARDIOESPASMO: de etiología desconocida, el paciente cuando está sometido a un estrés presenta pesadez de estómago, sensación de constricción de la parte posterior del pecho: dolor post-esternal, disfagia, regurgitación.



5. CÁNCER DE ESÓFAGO:

CAUSA: Cáncer epidérmico, adenocarcinoma.

SIGNOS CLÍNICOS: Disfagia, Dolor torácico, Infección broncopulmonar (Falsa-carretera, fistulización del tumor en el árbol respiratorio), Disnea inspiratoria por compresión traqueal, Disfonía por lesión de recidiva, Síndrome de Claude Bernard Horner.

DIAGNÓSTICO: Fibroscopia esofágica. Tránsito barritado esofágico. TDM torácica.

EVOLUCIÓN DEL CÁNCER DE ESÓFAGO.



Disfagia progresiva
A - Estrechamiento localizado.
B - Menisco del tercio medio

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: **TUMORES DEL ESTÓMAGO**

***Estas patologías no son indicaciones del
tratamiento de Medicina Osteopática.***



ÚLCERA PÉPTICA

Las úlceras pueden ocurrir en la línea de la mucosa del esófago, del estómago o del duodeno.

1. Pueden ser aisladas o múltiples y variar a partir de 1 milímetro hasta a 50 milímetros de diámetro.
2. Pueden sangrar o perforar (especialmente las grandes) y pueden conducir a la obstrucción pilórica.
3. Las úlceras gástricas (del estómago) pueden ser premalignas si no se curan.

1. ETIOLOGÍA:

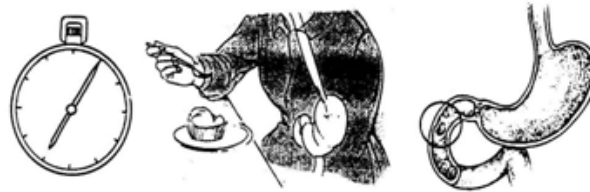
- ✓ Fumar.
- ✓ Grupo sanguíneo (Gp duodenal 0, Gp gástrico A).
- ✓ Secreción ácida gástrica alta o baja.
- ✓ Uso de antiinflamatorios para el dolor mecánico.
- ✓ Esteroides.
- ✓ Estrés.
- ✓ Hiperparatiroidismo.
- ✓ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un organismo bacteriano responsable de la mayoría de las úlceras gástricas y muchos casos de gastritis crónica (inflamación del estómago).

2 SÍNTOMAS:

- ✓ Dolor epigástrico agravado por la alimentación (úlcera duodenal) o aliviada por la alimentación (úlcera gástrica).
- ✓ Dolor nocturno (entre medianoche y la 3 de la madrugada).
- ✓ Heces negras con sangre digerida.
- Una relación del dolor con la alimentación (alivia sobre todo).
- Dolor que despierta al paciente en la noche.
- Pérdida de peso (sugiere generalmente la úlcera gástrica).

- Hematemesis, el melena y el vomito sugieren complicaciones (hemorragia o perforación).

ÚLCERA DUODENAL



- **Horario fijo.**
- **Dolor que aparece algunas horas después haber comido y que corresponde con los periodos 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.**

3. DIAGNÓSTICO:

- ✓ Test rápido a la urea (CLO TEST),
- ✓ Test respiratorio a la urea.
- ✓ Rx estómago con barito.
- ✓ Gastroscoopia

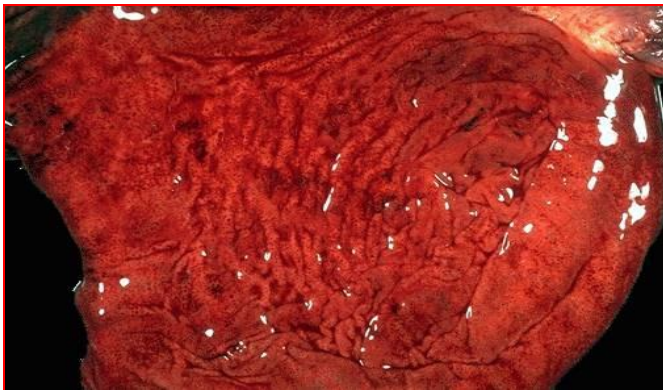
Depende de la radiografía con contraste y de la endoscopia con biopsia para excluir un tumor maligno.

4. TRATAMIENTO:

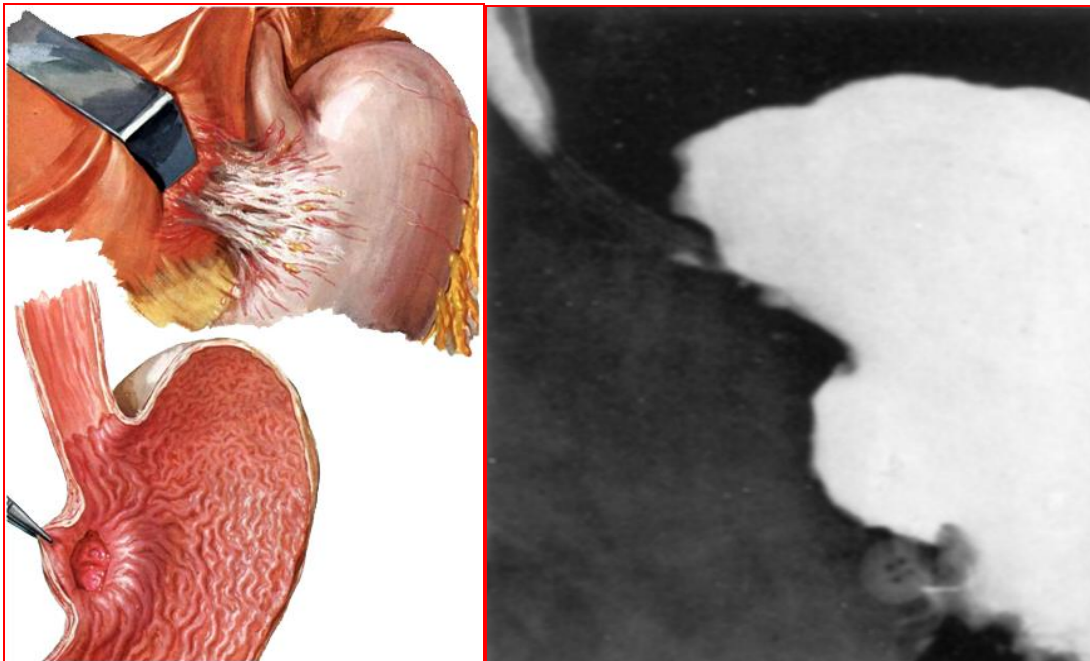
- ✓ Depende del sitio de la úlcera.
- ✓ Parar de fumar, perder peso, comer cantidades pequeñas con frecuencia, evitar el estrés y tomar antiácidos simples puede ayudar.
- ✓ Las drogas ortodoxas como cimetidina o ranitidina curan una proporción grande de úlceras después de 8 semanas de tratamiento.
- ✓ La medicación moderna de la úlcera incluye un antibiótico para tratar el problema del H. Pylori.
- ✓ La cirugía puede salvar la vida en enfermedad de úlcera péptica complicada pero también se utiliza como alternativa al tratamiento con droga en muchos casos (enfermedad especialmente insuperable, recurrente).

5. PRONÓSTICO:

Las úlceras tienden a repetirse a pesar del tratamiento. Sobre un período de 4 años, cerca del 50% de la úlceras duodenales desaparecen después del tratamiento médico (pero solamente el 10% después de la intervención quirúrgica).



ÚLCERA DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTÓMAGO: Úlcera de la curvatura menor del estómago que penetra en el lóbulo menor del hígado.

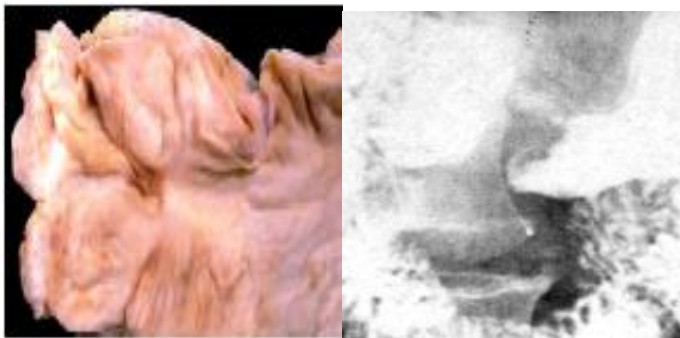


- ✓ Dolores epigástricos una hora y media después de las comidas, calmados por la ingestión de alimentos, despertando al paciente a las 23 horas, adelgazamiento.

Acentuación de los dolores con defensa epigástrica y hematemesis.

Imagen de nicho grande con coágulo.

ÚLCERA DEL PÍLORO

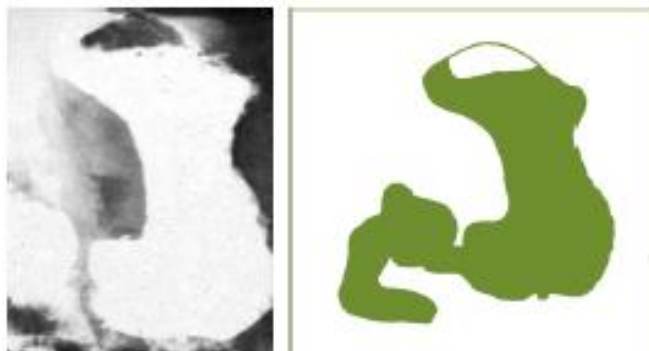


Dolores ulcerosos: nicho del píloro de frente.

ÚLCERA MALIGNA



ÚLCERA DE LA CURVATURA MAYOR



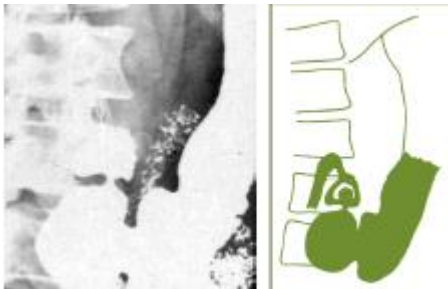
Calambres epigástricos con ritmo mal definido: pequeño nicho de la curva mayor.

ÚLCERA GIGANTE DEL BULBO



Dolor abdominal de tipo de calambre con irradiaciones inter- escapulares y con vómitos, evolucionando por crisis.
Imagen de nicho gigante del bulbo.

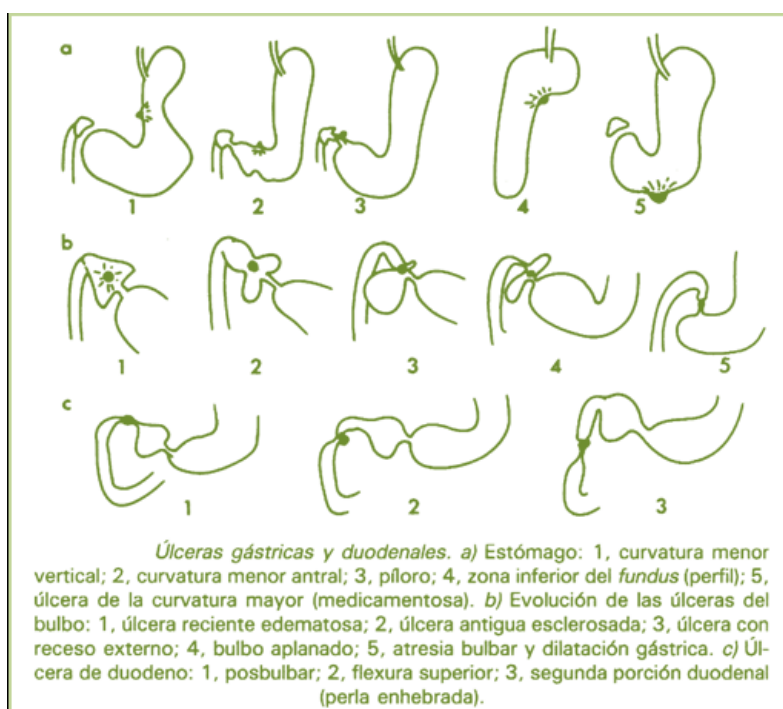
ÚLCERA DEL BULBO



ASPECTO DEL ESTÓMAGO ULCEROSO



DISTINTAS LOCALIZACIONES DE LAS ÚLCERAS DE ESTÓMAGO



VISTAS ENDOSCÓPICAS DE ÚLCERAS DE ESTÓMAGO



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS:
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO

Para normalizar el tono del estómago, es pues interesante:

1º Liberar las disfunciones somáticas de T5 a T7 para disminuir la hiperactividad ortosimpática y normalizar el tono del estómago.

2º Liberar toda neuropatía de compresión a lo largo del X Neumogástrico para normalizar las secreciones del estómago .

3. La normalización de las disfunciones somáticas torácicas, al suprimir la vasoconstricción en la metámera permite la producción de un reflejo neurovascular con destino del estómago.

4. La utilización razonable de las técnicas viscerales para el estómago aumentan la vascularización de éste, luchando así contra el hipovascularización que cava la cama de la úlcera.



CARCINOMA DE ESTÓMAGO

Responsable de 10 muertes por 100.000 habitantes por año.

ETIOLOGÍA:

- ✓ Pólipos gástricos.
- ✓ Gastritis (atrófica) crónica.
- ✓ Grupo sanguíneo A.
- ✓ Anemia perniciosa.

- ✓ Alimentación con pescado ahumado, uso de alimentos en conserva y un número de otros.
- ✓ factores ambientales.
- ✓ Los cánceres del estómago pueden tomar una variedad de formas pero son todos adenocarcinomas.

Unos 50% afectan a la región pilórica.

SÍNTOMAS:

- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Náusea - vómitos
- ✓ Sensación de plenitud gástrica después de comer cantidades pequeñas
- ✓ Disfagia
- ✓ Diarrea

Una enfermedad más avanzada puede causar:

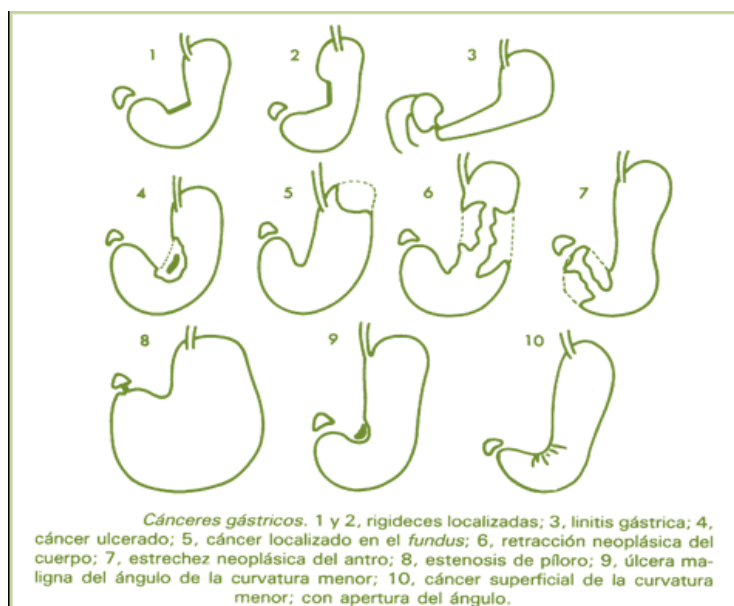
- ✓ Obstrucción
 - ✓ Varices agrandadas
 - ✓ Hígado agrandado
 - ✓ Excrecencia epigástrica
 - ✓ Ictericia
 - ✓ Ascitis
 - ✓ Hematemesis
- Gangliones linfáticos supraclaviculares izquierdos agrandados.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO:

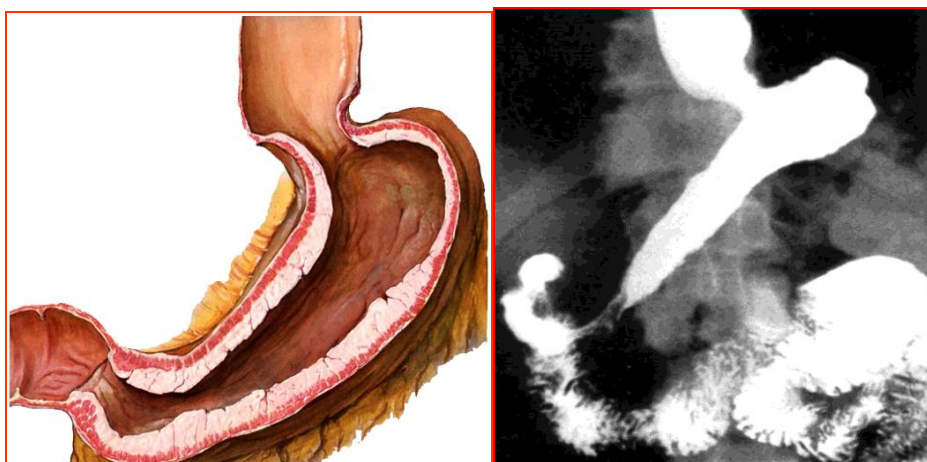
- ✓ La radiografía con contraste y la endoscopia + biopsia proporcionan el diagnóstico pero el tratamiento se dirige a menudo a disminuir los síntomas puesto que la cirugía no es útil en por lo menos el 60% de los pacientes (en quién el cáncer habrá infiltrado a otros órganos en el momento en que se hace el diagnóstico).
- ✓ Cáncer de estómago: CA 72-4 (antígeno can-ceroso), CEA.

Pronóstico: 15% de los casos sobreviven 5 años después del diagnóstico.

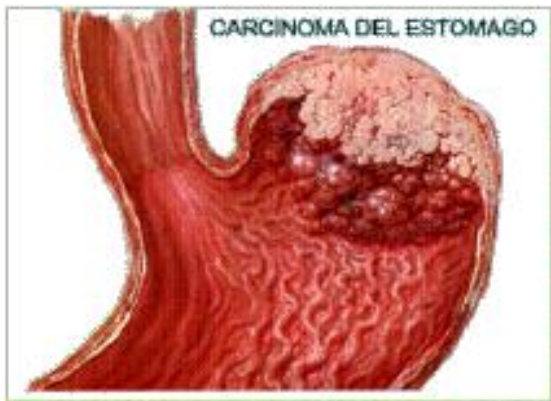
DISTINTAS LOCALIZACIONES DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO



ADENOCARCINOMA DEL ESTÓMAGO



ADENOCARCINOMA DE LA PARTE SUPERIOR DEL ESTÓMAGO

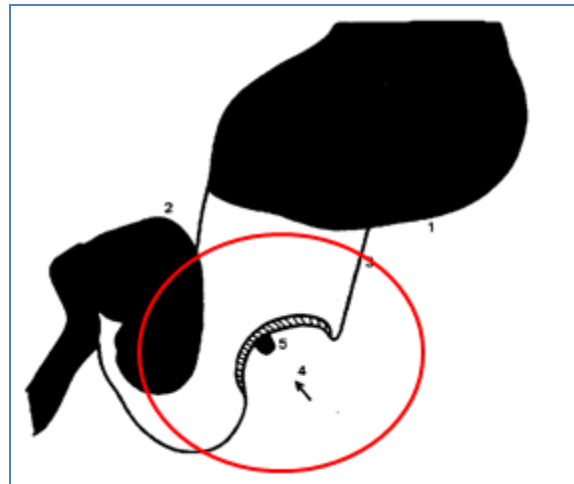


ADENOCARCINOMA DEL CARDIAS: Adenocarcinoma de cardias que invade el esófago: la estenosis del esófago produce dispepsia después de las comidas.

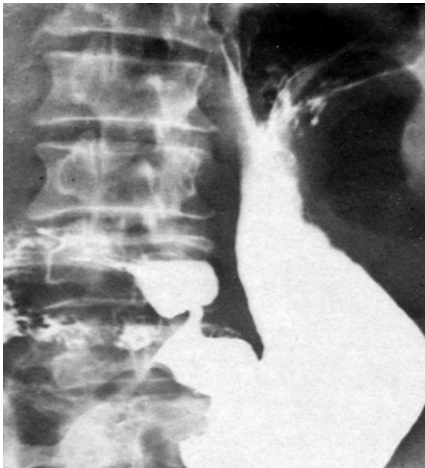


CÁNCER DE ESTÓMAGO

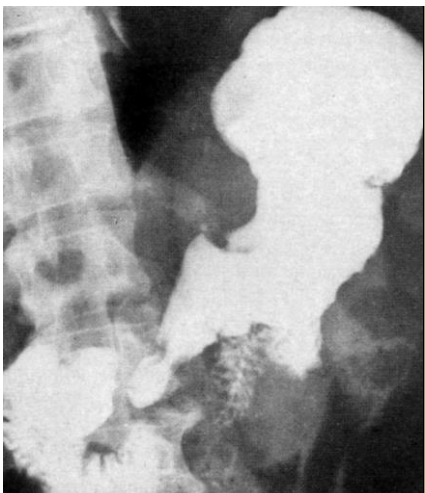




Diabetes, cirrosis, ardor epigástrico 1- Tuberosidad mayor llena de gases 2 - Antro y bulbo. 3 - Cuerpo gástrico lleno de aire. 4 - Laguna redonda de borde regular. 5 - Ulceración.



Cansancio generalizado desde hace 3 meses, ninguna otra sintomatología. Adenocarcinoma del estómago: laguna grande del antro con masa de 6 cm.



Dolores epigástricos con quemadura post-prandial de intensidad creciente, anorexia, adelgazamiento.

- ✓ Ulceración dentro del tumor.
- ✓ Laguna limitando adentro la ulceración.
- ✓ Laguna circular rodeando la ulceración.
- ✓ Escotadura permanente de la curva mayor.

IRM Y TDM



Cáncer del estómago: éstasis con nivel hidro-aéreo



Linitis gástrica

CONSECUENCIAS OSTEOPATICAS: **TUMORES DEL ESTÓMAGO**

Estas patologías no son indicaciones del tratamiento de Medicina Osteopática.

BIBLIOGRAFÍA:

Apuntes no presenciales de gastroenterología

Athur C. Guyton. Fisiología y Fisiopatología. 6ª edición, MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE MEXICO, 1998.

François Ricard. Tratado de osteopatía visceral y medicina interna osteopática: tomo 2: sistema digestivo. Panamericana 2008.

Farreras- Rozman: Medicina interna. 17ª edición. Elsevier España, 2012.

Guyton and Hall: Tratado de Fisiología Médica. 12ª edición. Elsevier España, 2011.