

☐

I'm not robot


reCAPTCHA

Continue

de a m o n i o generada por la bacteria. Figura 13. El esfago de Barrett 13. Manual CTO de Medicina y Cirugia, 8.a edici3n El 5 0 % de las estenosis esofagicas por RGE se asocian a esfago de Barrett. El 2 5 % de los casos de estenosis esofagicas por RGE no tienen sntomas. Las estenosis esofagicas en los pacientes que padecen este trastorno suelen ser en la parte alta de la porci3n inferior del esfago, o en el esfago medio. El diagn3stico, por lo tanto, es histol3gico requiriendo la realizaci3n de una endoscopia con toma de biopsias mltiples de los cuatro cuadrantes, separadas entre s por uno o dos centmetros (MIR 00-01 F, 1, 2). Si existe esofagitis asociada, debe tratarse la misma antes de la toma de biopsias (para el diagn3stico del Barrett), ya que, en caso contrario, hay riesgo de sobreestimaci3n de la displasia en caso de que exista. La cromendoscopia consiste en la aplicaci3n t3pica de tinciones para mejorar la visualizaci3n de las superficies mucosas. El azul de metileno y el cido ac3tico han sido los agentes que m s se han utilizado debido a que facilitan la detecci3n de metaplasia y displasia al realizar la endoscopia. Asimismo, el narrow-band-imaging (NBI) con magnificaci3n es una t3cnica endosc3pica de alta resoluci3n que realza el contraste de las estructuras mucosas sin necesidad de tinciones, objetivándose un patr3n característico en el esfago de Barrett. Se debe tratar el RGE asociado esta enfermedad, dado que es un factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de esfago y existe una vinculaci3n directa entre la gravedad de la ERGE y el riesgo de c3ncer. Un estudio demostr3 que el tratamiento prolongado con inhibidores de la bomba de protones se relaciona con un descenso del riesgo de desarrollo de displasia del 7 5 % . Los objetivos del tratamiento m3dico con IBP incluyen el control de los sntomas, la cicatrizaci3n de la inflamaci3n del esfago, evitar la ENDOSCOPIA -I- TOMA DE BIOPSIAS Diagn3stico de displasia de bajo grado Tratamiento antisecretor potente • durante 8-12 semanas 1 Repetir gastroscopia con biopsias Ausencia de displasia Gastroscopi; a los 6 mese Ausencia de displasia Gastroscopia + toma de biopsia a los 2 a os Displasia de bajo grado Gastroscopia con biopsia a los 6 meses Ausencia Displasia de displasia de bajo grado Diagn3stico de displasia de alto grado (DAG) Examen por un segundo pat3logo experto DAG no confirmada Repetir endoscopia a corto plazo (3 meses) DAG no confirmada Repetir gastroscopia en 3-6 meses DAG multifocal Si bajo riesgo quir3rgico Esofaguectomía Diagn3stico de DAG DAG focal Si alto riesgo quir3rgico Esofaguectomía Tratamiento endosc3pico Seguimiento endosc3pico cada 6 meses Figura 12. A l g o r i t m o diagn3stico-terap3utico del esfago de Barret (MIR 02-03, 3) 14 22. Digestivo y cirugia general recidiva y las complicaciones y, potencial mente, prevenir la aparici3n de c3ncer de esfago. No hay evidencia clinica de que el tratamiento con IBP se asocie con regresi3n del esfago de Barret ni de la displasia, c o m o tampoco de que eviten la progresi3n a desarrollar adenocarcinoma. A un as, parece l3gico y prudente tratar a estos pacientes con medicaci3n antisecretora. El epitelio metaplásico puede transformarse en displásico y tornarse maligno. Las alteraciones displásicas en la metaplasia se clasifican de bajo a alto grado. La displasia de alto grado es un hallazgo ominoso, a menudo asociado con carcinoma. Se aconseja seguimiento endosc3pico con toma de biopsias (Figura 12) para detectar precozmente la displasia, que es un marcador de riesgo de malignizaci3n del epitelio metaplásico. En los pacientes con esfago de Barrett en los que no se detecta displasia sería conveniente proseguir con controles cada dos o tres a os. En aquellos con displasia de bajo grado se deben realizar dos endoscopias con toma de biopsias, consecutivas, separadas por un intervalo de seis meses. Si no existe displasia, se realizará el seguimiento cada dos a os. Si se confirma la existencia de displasia de bajo grado, se realizará cada seis meses. Por 3ltimo, la actitud ante el hallazgo de un foco de displasia de alto grado es motivo de controversia. No est3 claro cuál es la terapia m s efectiva. Claramente, el tratamiento debería individualizarse. Así, hay algunos autores que proponen seguimiento exhaustivo con toma de biopsias continuas cada 3-6 meses, y s3lo realizar la esofaguectomía en caso de carcinoma. Otros autores consideran que tras el diagn3stico de displasia de alto grado por un segundo pat3logo experto, dada la elevada prevalencia de adenocarcinoma en estos pacientes (35-40%), la esofaguectomía es la opci3n a seguir. Sin duda, la esofaguectomía es una t3cnica quir3rgica con una alta tasa de morbilidad y mortalidad, por lo que se debe sopesar mucho cuándo realizarla. Por 3ltimo, existen terapias ablativas mediante endoscopia para los pacientes con riesgo quir3rgico elevado (terapia fotodinámica, resecci3n endosc3pica mucosa, coagulaci3n con arg3n plasma). El objetivo de estos tratamientos ablativos es retirar el epitelio metaplásico o displásico que en un marco de inhibici3n acidica intensa produce la regeneraci3n de epitelio escamoso (MIR 08-09, 1; MIR 04-05, 1). El tratamiento quir3rgico del esfago de Barrett sería: • T3cnica antirreflujo: funduplicatura de Nissen (véase el apartado Tratamiento quir3rgico del reflujo gastroesofagico [RGE]; Opciones quir3rgicas). Debe realizarse cuando las complicaciones del reflujo acompa an al esfago de Barrett o cuando aparezca sintomatología que no se pueda controlar con tratamiento m3dico. Impide tanto el reflujo cido como el alcalino (implicados ambos en la patogenia de Barrett). La cirugia consigue un mayor porcentaje de descenso de longitud del segmento metaplásico (incluso una regresi3n con los pacientes con segmentos de Barrett cortos no neoplásicos), un menor reflujo y una menor displasia de novo que el tratamiento con IBP. No obstante, al igual que el tratamiento m3dico, no consigue evitar la progresi3n histol3gica del esfago de Barrett, ni disminuir el riesgo de adenocarcinoma. • Esofaguectomía. Tradicionalmente se ha considerado que es el 3nico tratamiento que puede erradicar completamente el esfago de Barrett, así como el riesgo de progresi3n a displasia y c3ncer. Est3 indicada en pacientes con displasia de alto grado (por el elevado riesgo de c3ncer) (MIR 02-03, 3). Ello se pone de manifiesto en el hecho de que, al operar a estos pacientes, se encuentra adenocarcinoma en el 5 0 % de ellos. No obstante, este tratamiento presenta una mortalidad postoperatoria significativa (3-12 %) y las complicaciones (fugas anastom3ticas, infecciones, etc.) pueden alcanzar el 5 0 % de los pacientes. Por estos motivos y por los excelentes resultados que se est3n obteniendo, el tratamiento endosc3pico representa, en la actualidad, una opci3n v3lida para las lesiones focales de displasia de alto grado o c3ncer intramucoso. Sntomas respiratorios Los m s frecuentes son asma cr3nica, ronquera, bronquitis, neumonía aspirativa, bronquiectasias, atelectasias, hemoptisis e incluso fibrosis pulmonar. Neoplasias Los pacientes con esfago de Barrett tienen un aumento de riesgo de padecer adenocarcinoma de esfago y tambi3n de est3mago proximal. Tratamiento m3dico del RGE Incluye, en primer lugar, una modificaci3n del estilo de vida que consiste en elevar la cabecera de la cama, cambios en la alimentaci3n aumentando las proteínas de la dieta y disminuyendo las grasas, chocolates, alcohol, etc.; evitar hacer comidas demasiado copiosas y no acostarse inmediatamente despu3s de ellas, abstinencia de tabaco y evitar f3rmacos que relajen el EEI. En general, si presentan sntomas compatibles con enfermedad por RGE o esofagitis erosiva demostrada, se emplean los IBP como omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol y rabeprazol en dosis est3ndar (20 mg/día), ya que son m s eficaces que los anti-H2 (MIR 06-07, 2 2 5; MIR 01-02, 2; MIR 99-00, 164). Si no desaparecen los sntomas o la esofagitis es grave, se utilizan dosis altas de IBP (40 mg/día). Paciente con ERG ¿Signos/sntomas de alarma? 1 No IBP dosis est3ndar 4 semanas 1 ¿Mejoría de la sintomatología? Si No Retirada ¿Recidiva? No 1 Dosis doble 4-8 semanas 1 ¿Mejoría? No Reiniciar con dosis inicial Curaci3n y disminuir hasta la dosis m nima eficaz Tratamiento a demanda Continuar tratamiento ¿Control sntomas? No Endoscopia digestiva alta Figura 13. Algoritmo de actuaci3n frente a la enfermedad por reflujo gastroesofagico (ERGE) 15 23. Manual CTO de Medicina y Cirugia, 8.a edici3n Q R E C U E R D A La intenci3n del tratamiento m3dico del esfago de Barrett es evitar la progresi3n de la patología (de metaplasia a displasia) sin eliminar de forma definitiva el epitelio columnar de origen intestinal. de una funduplicatura de 360° en la que el esfago queda totalmente rodeado por un manguito de fundus gástrico. Las funduplicaturas parciales (Toupet, Dor) (Figura 15) rodean parcialmente al est3mago y s3lo se realizarán asociadas a la miotomía en caso de acalasia. Q R E C U E R D A En el esfago de Barrett con displasia de bajo grado persistente a pesar del tratamiento m3dico, debe realizarse t3cnica antirreflujo, y si la displasia es de alto grado, debe realizarse esofaguectomía por el alto riesgo de c3ncer. En general, el tratamiento se mantiene, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, alrededor de ocho semanas en los casos leves, o entre seis y doce meses en los graves y, posteriormente, se intenta la retirada progresiva. Si aparecen recurrencias, se prolonga el tratamiento con IBP, incluso de forma indefinida (Figura 13). Los pacientes con esofagitis alcalina se tratan con medidas generales y para neutralizar las sales biliares, con colestiramina, hidróxido de aluminio o sucralfato. Este 3ltimo se considera el m s eficaz. Los procin3ticos (metoclopramida, domperidona o cinitaprida, ya que cisaprida no se utiliza por su efecto arritmog3nico) aumentan la motilidad gastroesofagica y el tono del esfinter esofagico inferior, presentando una eficacia comparable a los anti-H2 (MIR 98-99, 54). Tratamiento quir3rgico del RGE Opciones quir3rgicas Existen diversas t3nicas quir3rgicas y abordajes que pueden ser de utilidad en el paciente con RGE candidato a cirugia. • Funduplicaturas. Son las t3nicas antirreflujo (funduplicaturas) est3 indicado cuando existen complicaciones asociadas al RGE, hernia hiatal paraesofagica o se asocia a miotomía de Heller por acalasia; tambi3n cuando los sntomas persisten a pesar del tratamiento m3dico o al finalizar el mismo. RGE con sintomatología persistente, pese al tratamiento m3dico con recto, así como o pacientes con RGE de larga evoluci3n en los que la clínica reaparece al suspender la medicaci3n (MIR 98-99, 54). Complicaciones del RGE. En concreto: Esofagitis grado II o superior. - Estenosis que no se controla con dilataciones (puede precisarse esofaguectomía). Hemorragia. - Complicaciones respiratorias: aspiraci3n, neumonía, laringitis cr3nica. Cirugia asociada sobre la uni3n esofagogástrica. En concreto, al realizar una miotomía de Heller por acalasia, est3 indicado asociar un mecanismo antirreflujo, habitualmente parcial, dado que se pierde en gran medida la funci3n del esfinter esofagico inferior. Hernia hiatal paraesofagica. Constituye siempre una indicaci3n de cirugia en previsi3n de sus potenciales complicaciones (hemorragia y v3lvulo gástrico). 4.2. Esofagitis infecciosa La mayoría de los pacientes que presentan infecciones esofagicas son individuos con fuerte disminuci3n de la respuesta inmunitaria de su organismo. En este tipo de pacientes la presentaci3n clinica puede ser engañosa. Por lo tanto, el rigor de los estudios diagn3sticos depende de la naturaleza y la gravedad de los defectos en las defensas del huésped. La mayoría de las infecciones esofagicas responden con facilidad al tratamiento especfico. Esofagitis vírica Virus herpes simple (VHS) Produce vesículas dolorosas con base eritematosa en el epitelio escamoso de la piel, la boca y el esfago. A la resoluci3n de la infecci3n aguda le sigue un estado de latencia en las raices y los ganglios de las regiones afectadas. Los individuos sanos a menudo tienen episodios de reactivaci3n relativamente leves mientras que los inmunodeprimidos padecen estos episodios de reactivaci3n con m s frecuencia y gravedad. El cuadro clínico característico suele ser de dolor agudo y disfagia, otros sntomas asociados son dolor retroesternal, náuseas, v3mitos y, en ocasiones, hematemesis. El diagn3stico de sospecha se establece por la clínica siendo confirmado por endoscopia. Las lesiones esofagicas son vesículas de centro deprimido por la presencia de úlceras de bordes sobreelevados, tambi3n conocidas como "lesiones tipo volcán". Endosc3picamente se deben obtener muestras mediante cepillado o biopsia de las vesículas o de los bordes de las úlceras a las que da lugar, evidenciándose células multinucleadas con inclusiones intranucleares Cowdry tipo A. El tratamiento se realiza con aciclovir intravenoso, y en casos de resistencia, con foscarnet. Virus varicela z3ster (VZV) Si bien las lesiones orofaríngeas de VZV son comunes en los ni os normales como varicela, el compromiso esofagico sintomático es poco frecuente, y es mucho h a más infrecuente en los adultos con z3ster. Sin embargo, el VZV puede causar esofagitis en inmunocompetentes, que es autolimitada y ocasionalmente da lugar a esofagitis necrotizante. La clave en el diagn3stico es el hallazgo de lesiones dermatol3gicas simultáneas de VZV. El diagn3stico es similar al del VHS, del que se puede diferenciar inmunohistol3gicamente. Se deben tomar biopsias de las lesiones, siendo los hallazgos característicos edema, degeneraci3n en bal3n y presencia de células gigantes multinucleadas con cuerpos de inclusi3n eosin3filos intranucleares. El tratamiento se realiza con aciclovir o foscarnet. Citomegalovirus (CMV) (Figura 17) Es un herpes virus ubicuo que infecta a la mayoría de la poblaci3n adulta en el mundo. La infecci3n por CMV en inmunodeprimidos puede deberse a su adquisici3n reciente o a la reactivaci3n de una infecci3n latente. En la esofagitis que produce en este tipo de individuos pueden llegar a existir úlceras gigantes. El CMV no infecta el epitelio escamoso, sino el m3dular, infecta los fibroblastos de la submucosa y las células endoteliales esofagicas. El diagn3stico se establece mediante biopsias de la base de la úlcera, y el tratamiento se realiza con ganciclovir o foscarnet. Figura 17. Endoscopia digestiva donde se aprecia patología producida por CMV 17 manual cto cirugia general pdf. manual cto digestivo cirugia general descargar. manual cto digestivo y cirugia general pdf

arris tm822 ds light blinking orange no internet
o.ceticismo.da.fé filetype.pdf
23563569737.pdf
balancing chemical equations worksheet 1-20
160b6b7cea3a49---mezenesade.pdf
sony vegas pro 11 slideshow templates free download
15567603967.pdf
literate programming book.pdf
rationalism and empiricism in philosophy
24472471409.pdf
2000 ford ranger wheels
68229087448.pdf
juriziwetitefavul.pdf
bluestacks sims free play keeps aski
35877208206.pdf
agenda local 21.pdf
fondos de pantalla hd con movimiento para pc gratis
mizafa.pdf
1609bca96dcebb---40569641588.pdf
is cyberpunk 2077 worth it on ps4
sutamapifesesudo.pdf
84191094265.pdf
sejosugon.pdf
grade 3 ac separation exercises
warhammer 40k 9th edition release date