



Nombre de alumnos: Deyvin Alexander Argueta Cano.

Nombre del profesor: Ervin Silvestre Castillo.

Nombre del trabajo: Patologías del esófago.

Materia: enfermería médico- quirúrgica.

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "C"

Licenciatura: enfermería.

Patología del esófago.

Carteristas.

Tubo muscular de unos 30 cm que comunica la faringe con el estómago, tiene 2 esfínteres uno superior y otro inferior.

Desciende por detrás de la tráquea y del corazón, atraviesa el diafragma por el hiato esofágico. Transporta el bolo alimenticio desde su parte proximal hasta el estómago.

Consta de un cuerpo esofágico capaz de producir ondas peristálticas coordinadas que impulsan el alimento caudalmente y 2 esfínteres. Superior: impide el paso de material regurgitado a vías aéreas. Inferior: impide el reflujo gastroesofágico gracias a su elevada presión.

Consta de 4 capas: capa mucosa, capa submucosa, capa muscular y capa adventicia, como parte de su histología.

Patologías de las estructuras.

Anillos esofágicos: son dos tipos anillo esofágico proximal, banda de 4-5 mm de hipertrofia muscular, limita la porción proximal del vestíbulo esofágico inferior. El anillo distal supone una anomalía frecuente. Parte superior formada por epitelio escamoso, inferior epitelio columnar limitando la unión escamosa columnar. La afectación es la disfagia cuando hay diámetro menor de 13mm. Indispensable modificar cambios dietéticos. Diagnóstico: estudio radiológico esofágico.

Membrana esofágica: anomalías de origen congénito, presentando disfagia para sólidos, la mayoría son asintomáticas, el estudio endoscópico la confirma, su tratamiento es la dilatación esofágica.

Hernia hiatal: presencia de una proporción variable del estómago a nivel intratorácico, que se deslizado a la cavidad torácica a través del hiato diafragmático, se identifica con un estudio baritado esofágico, mayormente son asintomáticas pero puede existir esofagitis corrosiva.

Divertículos esofágicos: son dilataciones circunscritas de la pared esofágica, normalmente únicas, tapizadas por mucosa y tejido conjuntivo, el más frecuente es el de Zenker, también existe el epifrenico y medio esofágico. Los síntomas disfagia alta, halitosis, regurgitación, cambios de voz, dolor retroesternal, pérdida de peso y episodios de aspiración. Diagnóstico, radiología baritada.

Rotura esofágica: son comunes por procedimientos médicos, hay traumatismo y vómitos violentos e incoercibles, cursa dolor torácico retroesternal empeora al tragar o respirar, dolor abdominal, odinofagia y disnea. Diagnóstico: esfigmograma con contraste hidrosoluble.

Trastorno motores esofágicos primarios.

Acalasia: alteración frecuente, produce una hipertonía del EEI, hipertrofia muscular y alteración del peristaltismo. se manifiesta como disfagia de larga evolución, pirosis, dolor torácico, salivación intensiva, regurgitación de alimentos y tos de predominio nocturno. Diagnostico mediante manometría esofágica. El tratamiento puede ser farmacológico, dilataciones neumáticas o quirúrgico.

Espasmo esofágico difuso: se caracteriza por la presencia de ondas peristálticas simultáneas asociadas a hondas de características normales, con dolor torácico, disfagia por estrés, ingestión de líquidos calientes o la rápida deglución.

Peristalsis esofágica sintomática: se producen ondas de gran amplitud ocasionando importantes contracciones del esófago (esófago en cascanueces). Hay dolor torácico, disfagia casi nula. Diagnostico manometría.

Hipertonía del esfínter esofágico inferior (EEI): se demuestra la existencia de una presión en reposo superior a 2 desviaciones estándar de la medida. Para el tratamiento se han utilizado calcioantagonistas y los nitratos en las mismas dosis utilizadas para el tratamiento de la Acalasia, otros tratamientos son los ansiolíticos y antidepresivos.

Trastornos motores esofágicos secundarios.

Diabetes mellitus: hasta el 75% de los diabéticos y el 50% presentan anomalías manométricas. Hay dolor torácico y disfagia realizar endoscopia para que se descarte la existencia de patología cardiaca.

Reflujo gastroesofágico: es el que desencadena una Peristalsis esofágica alterada, tratan de barrer el ácido y facilitar el aclaramiento por medio de ondas. La inflamación parietal puede afectar a la función esofágica.

Esclerodermia: es autoinmune existe afectación esofágica hasta en un 80-90% de los casos, produciendo isquemia de la vasa vasorum y atrofia del músculos liso. Se manifiesta como pirosis y disfagia para sólidos y líquidos, el diagnóstico es manométrico o la endoscopia. Tratamiento medidas higiénicas, cambio de dieta, fármacos IBPs de primera línea.

Otras enfermedades: enfermedades neurológicas como ictus, Parkinson, esclerosis múltiple etc. Alcoholismo reversible si se abandona, enfermedades tiroideas, enfermedades de las neuronas intramurales o la mistenia gravis que afecta a esófago proximal.

ERGE

Es dada por reflujo gástrico, aparece cuando hay paso de contenido gástrico al esófago, produciendo síntomas molestos y complicaciones, es muy frecuente y generalmente benigna, existen factores genéticos asociados y otros como la obesidad, ganancia de peso, tabaquismo.

Manifestaciones clínicas: los típicos son la regurgitación y la pirosis, hay dolor en epigastrio y alteraciones en el sueño, problemas de origen extraesofágicas y esofágicas, algunos de sus síntomas de alarma son la disfagia persistente o progresiva, vomito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso entre otras.

Diagnóstico: combinación adecuada de Amnesia y exploración física, con el empleo de algunas pruebas complementarias, se utiliza los inhibidores de la bomba de protones, se debe realizar una endoscopia o pruebas diagnósticas como pH-metría o manometría esofágica.

Tratamiento: debe reducir la exposición acida del esófago y los síntomas, consta de 4 partes: pláticas sobre un estilo de vida saludable mediante información para el paciente, medidas higiénicas y dietéticas, fármacos y raramente cirugía.