

**Nombre del alumno:**

Valentín Pérez Escalante.

**Nombre del profesor:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura:**

6to cuatrimestre “enfermería semiescolarizado.

**Materia:**

Enfermería médico quirúrgico II.

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinoptico

“ alteraciones del esofago.”

Frontera Comalapa, Chiapas a 03 de julio del 2020.

# ALTERACIONES DEL ESÓFAGO.

## Esófago

El esófago es un tubo muscular que une la hipofaringe con el estómago y sus funciones básicas consisten en transportar el bolo alimenticio desde su parte proximal hasta el estómago, y evitar el paso inverso del reflujo gastroesofágico.

Es importante conocer que un cuerpo esofágico capaz de producir ondas peristálticas coordinadas que impulsan el alimento caudalmente y esta consta dos esfínteres, uno superior y uno inferior.

## Patología

Es importante conocer que diversas patologías en el esófago que según el tipo de fisiopatología las clasificaremos para su mejor estudio, estas son las siguientes.

Estas son las siguientes: patologías estructurales del esófago, alteraciones motoras del esófago, enfermedad por reflujo gastroesofágico también conocida como ERGE.

Esta es la presencia de lesiones y estructuras anormales que aparecen en la pared esofágica y afectan al diámetro de la luz, dificultando el paso del bolo alimenticio, lo cual se manifiesta como una disfagia (dificultad en la deglución).

Estas se clasifican en: anillos esofágicos, membranas esofágicas, divertículos y rotura esofágica (síndrome de Boerhaave si es espontánea).

### Anillos esofágicos

El esófago distal presenta dos zonas anulares que acotan los bordes del vestíbulo esofágico. El anillo esofágico proximal (anillo A) es una banda de 4-5 mm de hipertrofia muscular que limita la porción proximal del vestíbulo esofágico.

En su situación anatómica normal, el anillo condiciona los límites proximales del esfínter esofágico inferior.

En la mayoría de los casos el anillo es asintomático, y su diámetro varía dependiendo del grado de distensión esofágica

### Membranas esofágicas

Las membranas esofágicas son anomalías de origen congénito, situadas a nivel del esófago cervical, caracterizadas por la invaginación anterior, fina y delgada del epitelio escamoso esofágico.

La manifestación clínica fundamental es la disfagia para sólidos. La mayoría de las membranas esofágicas son asintomáticas y se detectan con mayor precisión en las proyecciones laterales del estudio baritado esofágico. El estudio endoscópico confirma la lesión.

### Divertículos esofágicos

Son dilataciones circunscritas de la pared esofágica, normalmente únicas, tapizadas por mucosa y tejido conjuntivo. El más frecuente es el de Zenker con 85% de todos los divertículos, se localiza en la región del triángulo de Killiam en la zona faringo-esofágica.

Aparecen en pacientes mayores de 50 años, con mayor frecuencia en varones. La mayoría son asintomáticos. El síntoma cardinal es una disfagia alta, transitorio y luego progresará lentamente.

### Hernia hiatal

La hernia hiatal es la presencia de una porción variable del estómago a nivel intratorácico, que se ha deslizado a la cavidad torácica a través del hiato diafragmático. Es fácilmente identificable en un estudio baritado esofágico.

Las hernias son asintomáticas, que se acompañan de esofagitis erosiva y anemia ferropenia debida a la propia esofagitis y ulceraciones del saco herniario.

### Rotura esofágica

Son las causas más comunes de rotura esofágica son los procedimientos médicos (instrumentación, endoscopia, cirugía), los traumatismos y los vómitos violentos e incoercibles.

La ruptura espontánea o síndrome de Boerhaave es una entidad excepcional y muy grave, más frecuente en alcohólicos, con una mortalidad entre 20-40%.

## Alteraciones motoras esofágicas

Son anomalías motoras que modifican el funcionamiento normal del esófago, ya sea por alteración en la peristalsis esofágica o por variaciones en las presiones de los esfínteres que conllevan habitualmente problemas en el mecanismo de deglución.

Los trastornos motores esofágicos **primarios** son aquellos de origen idiopático, que se desarrollan independientemente de otras patologías. Suelen cursar con trastornos de hipermotilidad..

Es la alteración más frecuente. En ella se produce una hipertonía del EEI (esfínter esofágico inferior), hipertrofia muscular y alteración del peristaltismo (aperistalsis).

La causa es desconocida aunque se sabe que estos pacientes presentan degeneración de neuronas inhibitorias cuyos neurotransmisores (óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo) son responsables de la relajación del músculo liso y de la peristalsis.

Es el segundo trastorno motor más frecuente afecta a mayores de 50 años, en ambos sexos por igual y se caracteriza por la presencia de ondas peristálticas simultáneas asociadas a ondas de características normales.

Este cursa con dolor torácico y a menudo con disfagia que se desencadena por estrés, la ingestión de líquidos calientes o la deglución rápida de alimentos.

# ALTERACIONES DEL ESOFAGO.

## Enfermedades por reflujo gastroesofágico

Se dice que en esta entidad se producen ondas de gran amplitud que ocasionan importantes contracciones del esófago.

Este curso con dolor torácico, y menos frecuentemente disfagia. En la manometría aparecen ondas de gran amplitud (difusas o segmentarias) con un registro en el EEI normal, lo que nos orienta al diagnóstico

Es el trastorno motor donde se demuestra la existencia de una presión en reposo del EEI superior a 2 desviaciones estándar de la media (en torno a 35-40 mmHg). Manométricamente se describe como tono del EEI elevado y contracciones normales.

Para el tratamiento hay que comprobar si existe una asociación con ERGE, en cuyo caso se beneficiarían del tratamiento con IBPS al doble de la dosificación habitual.

Trastornos motores esofágicos **secundarios** los trastornos motores esofágicos, pueden aparecer asociados a otras entidades patológicas, donde, de alguna manera, tan solo constituyen una "morbilidad acompañante".

Entre estas debemos destacar la diabetes mellitus, reflujo gastroesofágico, esclerodermia.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico también conocida como (ERGE) aparece cuando existe paso del contenido gástrico al esófago (reflujo), produce síntomas molestos y complicaciones.

La ERGE es una entidad muy frecuente en nuestro medio y generalmente benigna, aunque puede ocasionar molestias importantes y alterar la calidad de vida. Se puede manifestar con síntomas, con lesiones de la mucosa esofágica o con la presencia simultánea de síntomas y lesiones

La ERGE con esofagitis, ERGE erosiva, ERGE con endoscopia negativa (ERGE no erosiva). La mayoría de los pacientes con síntomas de ERGE no presentan lesiones esofágicas.

Los factores genéticos asociados, como la obesidad, independientemente de cual sea el IMC, el consumo de tabaco son los factores favorables para un ERGE.

### Manifestaciones clínicas

Los síntomas típicos de ERGE son la pirosis y la regurgitación. El término de pirosis describe la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y el de regurgitación, la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe.

Los síntomas son; dolor epigástrico, saciedad precoz, pesadez posprandial, náuseas, vómitos, son enormemente frecuentes en pacientes con ERGE.

Se consideran síntomas de alarma la disfagia persistente y/o progresiva, el vómito persistente, la aparición de hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada y/o una tumoración epigástrica palpable.

Las complicaciones esofágicas de la ERGE son esofagitis, estenosis, hemorragia, la aparición de un esófago de Barret y el desarrollo de un adenocarcinoma. Estos son las complicaciones en las personas con ERGE.

## Tratamiento.

**El tratamiento para las patologías estructurales del esófago es;** el tratamiento es quirúrgico, y debe ser realizado antes de las 48 horas de instaurado el cuadro, asociando antibióticos y nutrición parenteral.

**El tratamiento para las alteraciones motoras esofágicas es;** Farmacológico: poco eficaz, indicado en pacientes no susceptibles a otro tratamiento. Se incluyen: antagonistas del calcio (nifedipino 10 mg oral o sublingual antes de la ingesta) o, si el paciente refiere dolor torácico, dinitrato de isosorbida (5 mg oral o sublingual antes de las comidas o 20 mg retard cada 12 horas). Quirúrgico: miotomía anterior de fibras del EEI que suele asociarse a funduplicatura para evitar el reflujo gastroesofágico (tiene una eficacia a los 10 años del 85% y a los 20 del 65%).

**El tratamiento para la enfermedad del reflujo gastroesofágico es;** El tratamiento de la ERGE tiene como objetivo evitar o reducir la exposición ácida del esófago y la sintomatología asociada a la misma. Los tratamientos incluyen consejos sobre estilos de vida, medidas higiénico-dietéticas, fármacos y ocasionalmente cirugía.