

**Nombre del alumno:**

SONIA SUYEVI GARCIA PEREZ

**Nombre del profesor:**

ERVIN SILVESTRE CASTILLO

**Licenciatura:**

ENFERMERÍA

**Materia:**

**ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO II**

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinóptico del tema:

“Alteraciones del esófago”

## ALTERACIONES DEL ESOFAGO

La patología esofágica es muy variada, va desde las alteraciones en el funcionamiento del esófago tales como los trastornos motores hasta los trastornos derivados de la afectación estructural del esófago (mucosa, pared muscular, inervación, etc). Entre los trastornos más frecuentes de la motilidad se encuentran la acalasia y el espasmo esofágico difuso. Se originan por alteraciones en el peristaltismo debido al aumento de la tonicidad en el EEI (acalasia) y a la presencia de ondas peristálticas aberrantes (espasmo difuso). El tratamiento quirúrgico es el más eficaz en caso de la acalasia; sin embargo en el caso de la existencia de un espasmo esofágico difuso, el tratamiento de elección es médico con el uso de IBPs, Calcio-antagonistas y nitratos. La ERGE es la patología esofágica más frecuente. Puede presentar desde síntomas banales, sin lesiones anatómicas, hasta estenosis del esófago o la aparición de un cáncer de muy difícil tratamiento, con todos los posibles estadios intermedios. Tiene una elevada prevalencia y cada vez se presentan un mayor número de casos con complicaciones severas. Se recomienda a los médicos de atención primaria manejar los "estadios" iniciales con criterios fisiopatológicos que permitan optimizar los métodos de estudio y tratamiento, para prevenir la progresión a formas más graves; teniendo muy presente el control en el tiempo, aun cuando haya mejorado la sintomatología.

## DIAGNOSTICO

Manometría: es el *gold estándar*. Permite estudiar la función contráctil del esófago ya que detecta las variaciones de presión en el interior de la luz del esófago a varios niveles de forma simultánea. Si complementamos este método diagnóstico con una impedanciometría permite también determinar el avance del bolo alimenticio.

Endoscopia: suele ser necesaria si hay disfagia, para realizar el diagnóstico diferencial con otras posibles enfermedades esofágicas y/o comprobar que no exista otra patología asociada.

Tránsito esofágico: permite identificar el número de anomalías, la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) o una función mal coordinada. No es útil para el diagnóstico de patología faringo-esofágica.

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:

### DIABETES MELLITUS

Hasta el 75% de los pacientes diabéticos aquejan síntomas gastrointestinales y el 50% presentan anomalías manométricas. Los principales síntomas son dolor torácico y disfagia, lo que obliga a realizar endoscopia y descartar la existencia de patología cardíaca. La etiología en este caso es multifactorial, jugando un papel importante la presencia de neuropatía autonómica. Se estudian por tanto nuevas líneas de tratamiento, como la neuroestimulación y fármacos moduladores del sistema nervioso central.

### REFLUJO GASTROESOFÁGICO

El ascenso de material gástrico o duodenal de forma crónica, desencadena una peristalsis esofágica alterada, apareciendo frecuentemente ondas de gran amplitud que tratan de "barrer" el ácido y facilitar el aclaramiento.

## TRASTORNOS MOTORES ESOFAGO SECUNDARIOS

## 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. En las situaciones en las que existe un anillo prominente, la manifestación clínica típica es la disfagia. El tratamiento de la disfagia asociada al anillo se basa en el uso de dilatadores esofágicos.

## 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. Raramente estas membranas producen una oclusión completa de la luz esofágica. 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 (85% de todos los divertículos), se localiza en la región del triángulo de Killiam (en la zona faringo-esofágica). Existen otros dos tipos de divertículos como son el epifrénico y medio esofágico, que generalmente suelen ser asintomáticos. Se acepta que los dos primeros se originan por fenómenos de tracción (adenopatías, adherencias,...) y el último por mecanismos de pulsión (dismotilidad).  
Aparecen en pacientes mayores de 50 años, con mayor frecuencia en varones. La mayoría son asintomáticos. El síntoma cardinal es una disfagia alta, al principio transitoria que luego progresará lentamente. En estadios avanzados aparece: halitosis, regurgitación, cambios en la voz, dolor retroesternal, pérdida de peso o episodios de aspiración. La complicación más frecuente es la neumonía por aspiración. Los otros dos tipos de divertículos pueden dar una sintomatología similar, añadiendo según su localización el riesgo de compresión auricular que, en ocasiones, puede causar arritmias.

## ALTERACIONES MOTORAS

Son un conjunto de 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. Se clasifican en primarias y secundarias. En general se caracterizan por:

Disfagia: intermitente y no progresiva, para sólidos y líquidos.

Dolor torácico pseudoanginoso: aparece de forma espontánea, aunque puede ser desencadenado por comidas y bebidas frías. Dura de minutos a horas y puede mejorar con maniobras físicas y con nitroglicerina sublingual.

Regurgitación y pirosis: apareciendo éstas inmediatamente después de las comidas o pasadas unas horas tras la ingesta. Conviene descartar la existencia de una enfermedad por reflujo esofágico (ERGE) ya que puede estar asociado a esta patología, o ser causa de la misma.

Síntomas respiratorios: como aspiración traqueobronquial, tos o neumonías por aspiración.

## ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) aparece cuando existe paso del contenido gástrico al esófago (reflujo), produce síntomas molestos y/o complicaciones. Para considerar la definición de ERGE los síntomas deben ser lo suficientemente importantes en frecuencia o intensidad como para afectar la calidad de vida del paciente.

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. En función de los hallazgos endoscópicos podemos dividir esta entidad en ERGE con esofagitis (ERGE erosiva) o ERGE con endoscopia negativa (ERGE no erosiva). La mayoría de los pacientes con síntomas de ERGE no presentan lesiones esofágicas, además la sintomatología no suele guardar una buena correlación con los hallazgos endoscópicos.

Existen factores genéticos asociados, y otros como la obesidad, la ganancia reciente de peso (independientemente de cual sea el IMC), el consumo de tabaco, la presencia de una hernia hiatal por deslizamiento y el hecho de dormir en posición de decúbito lateral derecho son factores de riesgo para la ERGE. El ejercicio físico intenso, así como la toma de diversos fármacos (antagonistas del calcio, anticolinérgicos, teofilina, nitratos, opioides, esteroides) pueden empeorar los síntomas de ERGE. El ejercicio físico moderado, elevar la cabecera de la cama unos centímetros o la presencia de infección por *Helicobacter pylori* podrían actuar como factores protectores.