

**Nombre del alumno:**

Brenda Yudith Guillen Velázquez

**Semestre grupo y modalidad:**

6to cuatrimestre grupo “C” enfermería (semiescolarizada)

**Nombre del profesor:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Materia:**

Enfermería medico quirúrgica II

PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinóptico:  
“alteraciones del esófago”

# ALTERACIONES DEL ESÓFAGO

El esófago es un tubo muscular que une la hipofaringe con el estómago y cuyas funciones básicas consisten en transportar el bolo alimenticio desde su parte proximal hasta el estómago, y evitar el paso inverso del reflujo gastroesofágico. Para ello, consta de un cuerpo esofágico capaz de producir ondas peristálticas coordinadas que impulsan el alimento caudalmente, y dos esfínteres; el superior que impide el paso del material regurgitado a vías aéreas, y el inferior que impide el reflujo gastroesofágico gracias a su elevada presión.

## Patologías del esófago clasificadas en:

### \* Patologías estructurales del esófago

Se refiere a la presencia de lesiones, o 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). Su etiología es en ocasiones desconocida, aunque parece estar implicada la existencia de reflujo gastroesofágico.

Se divide en;

## 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.

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 anillo esofágico distal o anillo de Schatzki (**anillo B**) supone una anomalía frecuente. Se han comunicado incidencias referentes a la existencia de anillo de Schatzki del 10% al 15% en los sujetos que se someten a un estudio endoscópico.

**Manifestaciones clínicas.**

Disfagia, y que suele presentarse en individuos de edad avanzada de manera episódica y ante alimentos sólidos.

**Diagnóstico**

El diagnóstico de la existencia del anillo se establece a través del estudio radiológico esofágico, preferentemente con un bolo sólido, donde se objetiva una fina membrana que constriñe la luz esofágica.

## Membranas esofágicas

Son anomalías de origen congénito, situadas a nivel del esófago cervical, caracterizadas por la invaginación anterior, fina y delgada del epitelio escamoso esofágica.

**Manifestaciones clínicas:** 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.

**El tratamiento de las membranas es la dilatación esofágica.**

La eficacia del tratamiento es alta y rara vez recurren obligando entonces a su extirpación quirúrgica. Existe una asociación clásica entre la deficiencia de hierro y la presencia de una membrana esofágica a nivel cervical, el síndrome de Plummer-Vinson o síndrome de Paterson-Kelly.

**Otro sería**

El tratamiento de la deficiencia férrica resuelve la enfermedad en la mayoría de los casos. La identificación de estos pacientes es clave para identificar un subgrupo de pacientes con elevado riesgo de desarrollar un carcinoma esofágico de la faringe o el esófago.

## Divertículos esofágicos

Son dilataciones circunscritas de la pared esofágica, normalmente únicas, tapizadas por mucosa y tejido conjuntivo. Existen otros 2 tipos de divertículos que son el epifrenico y medio esofágico

**Divertículo esofágico de Zenker**

Se localiza en la región del triángulo de Killiam (en la zona faringo-esofágica).

**Sintoma**

Es una disfagia alta, al principio transitorio 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.

La endoscopia alta está indicada ante la sospecha de tumor, hemorragia o esofagitis, y debe realizarse con mucho cuidado por el riesgo de perforar el divertículo. La radiografía simple y la tomografía axial computarizada son útiles para buscar masas asociadas.

## Hernia hiatal

Es la presencia de una proporción variable del estómago a nivel intratorácico, que se ha deslizado a la cavidad torácica a través del hiato diafragmático.

**Se identifica**

Por un estudio baritado esofágico, la hernia de hiato se identifica en un 15% de los pacientes sometidos a un estudio endoscópico esofágico.

Es una patología de la edad adulta y la mayoría son asintomáticas;

El diagnóstico endoscópico se establece al localizar la línea Z (unión escamoso-columnar) y la presencia de pliegues gástricos por encima del diafragma.

**Son asintomáticas**

En ocasiones se acompañan de esofagitis erosiva y anemia ferropénica debida a la propia esofagitis o a ulceraciones del saco herniario. Pero ocasionalmente es necesaria la reparación quirúrgica, especialmente cuando la hernia es de gran tamaño.

## Rotura esofágica

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

**Se presenta**

-El síndrome de Boerhaave como una entidad excepcional y muy grave, más frecuente en alcohólicos, con una mortalidad entre 20-40%.  
-Con dolor torácico retroesternal que empeora al tragar o respirar, dolor abdominal, odicofagia y disnea.

**Se diagnóstica**

Con esofagograma con contraste hidrosoluble que se introduce en pequeños bolos para visualizar localización y extensión de la perforación.

**El tratamiento**

Quirúrgico, y debe ser realizado antes de las 48 horas de instaurado el cuadro, asociando antibióticos y nutrición parenteral. Las prótesis auto expandibles endoscópicas empiezan a utilizarse con éxito en pacientes seleccionados.

