

Nombre del alumno:

Paola González Pérez

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Grupo, semestre y modalidad:

6to. Cuatrimestre grupo "C" enfermería (semiescolarizada)

Materia:

Enfermería medico quirúrgica II

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema
Alteraciones del esófago

ALTERACIONES DEL ESÓFAGO

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.).

Existen diversas patologías en el esófago que según el tipo de fisiopatología las clasificaremos para su mejor estudio, de la siguiente manera:

Patologías estructurales del esófago

Lesiones, estructuras anormales que aparecen en la pared esofágica, dificultando el paso del bolo alimenticio, lo cual se manifiesta como una disfagia.

Su etiología es en ocasiones desconocida.

Parece implicada la existencia de reflujo gastroesofágico. La mayoría de ellas se resuelve con tratamiento conservador.

Se clasifican en:

- Anillos esofágicos**: En la mayoría de los casos es asintomático, y su diámetro varía dependiendo del grado de distensión esofágica. El anillo esofágico distal o anillo de Schatzki (anillo B). 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. 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**: 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 son asintomáticas se detectan con mayor precisión en las proyecciones laterales del estudio baritado esofágico. 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.
- Divertículos esofágicos**: 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). Existen otros dos tipos de divertículos como son el epifrénico y medio esofágico, que generalmente suelen ser asintomáticos. La complicación más frecuente es la neumonía por aspiración. La radiología baritada es la técnica diagnóstica de elección.
- Hernia hiatal**: Patología de la edad adulta y la mayoría de las veces asintomática. El diagnóstico endoscópico se establece al localizar la línea Z (unión escamoso-columnar) y la presencia de pliegues gástricos por encima del diafragma. Aunque la mayoría de las hernias son asintomáticas, en algunas ocasiones se acompañan de esofagitis erosiva y anemia ferropénica. El tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones resuelve estos problemas, pero ocasionalmente es necesaria la reparación quirúrgica.

Alteraciones motoras del esófago

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 conllevan habitualmente problemas en el mecanismo de deglución.

Se clasifican en primarias y secundarias. En general se caracterizan por:

- Disfagia,
- Dolor torácico pseudoanginoso,
- Regurgitación y pirosis,
- Síntomas respiratorios.

- Trastornos motores esofágicos primarios**: De origen idiopático, que se desarrollan independientemente de otras patologías. Produce una hipertonía del EEI, hipertrofia muscular y alteración del peristaltismo. **Acalasia**: Necesaria si hay disfagia, para realizar el diagnóstico diferencial con otras posibles enfermedades esofágicas y/o comprobar que no exista otra patología asociada. **Endoscopia**: **Tránsito esofágico**: Permite identificar el número de anomalías, la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) o una función mal coordinada. 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). **Hipertonía del esfínter esofágico inferior**: Es el llamado esófago en cascanueces. En esta entidad se producen ondas de gran amplitud que ocasionan importantes contracciones del esófago.
- Trastornos motores esofágicos secundarios**: **Diabetes mellitus**: Hasta el 75% de los pacientes diabéticos aquejan síntomas gastrointestinales y el 50% presentan anomalías manométricas. **Reflujo gastroesofágico**: Ascenso de material gástrico o duodenal de forma crónica, desencadena una peristalsis esofágica alterada. **Esclerodermia**: Enfermedad autoinmune existe afectación esofágica hasta en un 80-90% de los casos, pues se produce isquemia de la vasa vasorum y atrofia del músculo liso.
- Otras enfermedades sistémicas con afectación esofágica**: Enfermedades neurológicas asociadas a trastornos motores como ictus, Enfermedad de Parkinson. Enfermedades de las neuronas intramurales (simulan acalasia): amiloidosis, enfermedad de Chagas, pseudo obstrucción intestinal crónica. **Miastenia gravis**, afecta a esófago proximal. Enfermedades tiroideas: el hipotiroidismo puede cursar con hipomotilidad e hipotonía, reversible con tratamiento sustitutivo. **Alcoholismo**, similar a la afectación en diabéticos, pero es reversible si se abandona el hábito alcohólico.

Manifestaciones clínicas y complicaciones

Los síntomas típicos de ERGE son la pirosis y la regurgitación.

La ERGE se considera potencialmente responsable de una gran variedad de otros síntomas y entidades clínicas, algunas de origen esofágico (dolor torácico por reflujo) y otras extraesofágicas (tos crónica, asma, laringitis, erosiones dentales, faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media).

Síntomas de alarma la disfagia persistente y/o progresiva, el vómito persistente, la aparición de hemorragia gastrointestinal, anemia.

Complicaciones esofágicas de la ERGE son esofagitis, estenosis, hemorragia, la aparición de un esófago de Barrett y el desarrollo de un adenocarcinoma.

La esofagitis por reflujo es la complicación más frecuente.

La estenosis, el esófago de Barrett, el adenocarcinoma y la hemorragia son complicaciones muy poco frecuentes.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) aparece cuando existe paso del contenido gástrico al esófago (reflujo), produce síntomas molestos y/o complicaciones.

- Diagnóstico**: Se basa en la combinación de una adecuada anamnesis y exploración física, junto con el empleo racional de las pruebas complementarias. La respuesta terapéutica a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se utiliza para validar el diagnóstico de sospecha de ERGE, aunque no lo establece o descarta de forma totalmente concluyente. Se debe realizar una endoscopia ante la presencia de signos y/o síntomas de alarma de complicación de una ERGE. Asimismo, está indicada cuando la respuesta al tratamiento no es adecuada. Pacientes que no respondan al tratamiento empírico, y en los que la endoscopia no demuestre lesiones de esofagitis, deberían someterse a otras pruebas diagnósticas. pH-metría y/o manometría esofágica para investigar la presencia de reflujo.
- Tratamiento**: Tiene como objetivo evitar o reducir la exposición ácida del esófago y la sintomatología asociada a la misma. Se debe aconsejar el abandono del tabaco en pacientes fumadores, así como la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la ERGE son los antiácidos (solos o asociados a alginatos), los antagonistas H2 (antiH2), los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y los procinéticos. **Los antiácidos**: Han demostrado ser superiores a placebo en el control de los síntomas de ERGE, y la combinación antiácidos-alginatos es más eficaz que los antiácidos solos. **IBP. Dosis estándar**: Omeprazol: 20 mg/día, Lansoprazol: 30 mg/día, Pantoprazol: 40 mg/día, Rabeprazol: 20 mg/día, Esomeprazol: 40 mg/día. **Los antiH2**: Han demostrado ser más eficaces que placebo en el control de los síntomas de la ERGE y en el tratamiento de la esofagitis por reflujo. **Antagonistas H2. Dosis estándar**: Cimetidina: 800-1.000 mg/día, Ranitidina: 300 mg/día, Famotidina: 40 mg/día, Nizatidina: 300 mg/día, Roxatidina: 150 mg/día.