

MED.  
Tesis  
V 335m

XV ✓

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**CARRERA MEDICINA**  
**DPTO DE MORFOLOGÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**"MEGAESÓFAGO"**

**Integrantes: Vasquez Crespo Sonia**  
**Vega Calderón Fernando**  
**Velasquez Cruz Denis**  
**Veizaga Katherine**  
**Velasco Angeletti Martha G**  
**Vidal Claros Shirley**  
**Giovanna Villa Rojas**

**Docente : Dr Ricardo Zabala**

**Curso: 1er año**

**Materia: Anatomía Humana**

*Datos de Megaesofago  
en Inst. de  
Gastroenterología  
y Hepatología  
de Tokio  
Bebidas japonesas*

48 r

9 h

# MEGAESOFAGO

## **I.- Resumen**

*La acalasia es un trastorno motor del esófago que se caracteriza por la pérdida de la peristalsis, disfagia, odinofagia ocasional y la dilatación resultante de la integración de estimulación parasimpática, por la degeneración de células ganglionares del Plexo de Auerbach.*

*El esfínter inferior no se relaja en la respuesta a la deglución. Al principio la deglución difícil es variable en frecuencia y grado; posteriormente, tiende a volverse más persistente y grave.*

*Aunque la acalasia puede aparecer en la infancia o en la senectud, aflige con más frecuencia a hombres entre la tercera a quinta década. Puede predisponer al **carcinoma esofágico**.*

## **II. Introducción**

*Las lesiones producidas en megaesofago son de formas e intensidades diversas, por lo que debemos tomar en cuenta tres factores:*

- 1. Identificar la normalidad estructural*
- 2. Identificar la anormalidad fisiológica y clínica de megaesofago*
- 3. Determinar tratamiento y pruebas patológicas*

### **1. Identificar la normalidad estructural.-**

*El esófago es un tubo muscular largo, que va desde **la faringe** ( C - 6 ) hasta el **cardias**.*

**Longitud:** 25 cm

**Diámetro:** 2 a 3 cm

**Estrechamientos:** Cricoideo, aortico, diafragmatico

**Color:** Rosa Pálido y liso en el vivo

**Capas:** Mucosa, Submucosa ( **Plexo Meissner** ) , Muscular ( lisa 1/3 inferior → **Plexo de Auerbach**, y estriada 2/3 superiores)

### **2. Identificar la anormalidad fisiológica y clínica del megaesofago.-**

#### **2.1 Tipos y manifestaciones clínicas**

*Pueden definirse dos tipos de acalasia del esófago sobre la base de:*

- *El primer tipo esta caracterizado por el estrechamiento de 5 cm de la porción distal del esófago, la porción proximal esta muy dilatada y tortuosa con el aspecto final de una configuración sigmoide y alargada. La estasis de los contenidos intraluminales, es la responsable de diferentes tipos de esofagitis. Los pacientes con esta forma de acalasia experimentan caracteristicamente disfagia sin dolor toracico. Sin embargo, la regurgitación ocasiona aspiración, con las consiguientes **neumonitis, bronquiectasias, y absceso o fibrosis pulmonar resultante.***
- *La segunda forma de acalasia esta caracterizada por que las fibras musculares circulares del segmento distal del esófago están hipertrofiadas y la dilatación proximal no es acentuada. El dolor retroesternal o xifoideo puede aparecer temprano y es provocado por espasmo esofagico. La ingestión de sólidos y bebidad frías se hace dificultosa; el dolor puede radiar hacia la espalda y cuello. Debido al aumento de la presión hidrostática en el esófago, los pacientes tienden a beber agua en exceso.*

## **2.2 Causas**

- *Uso excesivo de alcohol*
- *Debilidad propia del órgano*
- *Espasmo del mismo*
- *Factores mecánicos: compresión externa, traumatismos*
- *Factores congénitos*
- *Causas nerviosas*
- *Se atribuyen causas de infecciones bacterianas, parasitarias ( Chagas ), virales, deficiencias vitamínicas.*

## **3. Determinar tratamiento, y pruebas patológicas.-**

### **3.1 Tratamiento: Dilatación forzada del esófago**

- *Dilatación mecánica neumática e hidrostática → Riesgo : Perforación esofágica*
- *Métodos quirúrgicos:*
  - *Exisición o derivación y desnervación → Riesgo : Esofagitis*
  - *Cardiomiectomía ( tratamiento quirúrgico actual )*

### **3.2 Pruebas patológicas**

- *Demuestran la existencia de degeneración o agenesia de las células ganglionares del Plexo de Auerbach.*
- *Diversos experimentos demuestran que el sitio primario del transtorno radicaría en la inervación extraesofágica.*
- *Estudios radiográficos muestran: Obstrucción a nivel del cardias, dilatación esofágica.*

- *Estudios de la motilidad esofágica, demuestran que la presión en el esófago es más alta de lo normal.*
- *La administración subcutánea de 5 a 10 mg de Metacolina, demuestra contracciones en masa del esófago con propulsión retrograda del Bario hacia la boca en un paciente con megaesófago.*
- *Después de la ingestión de una dieta clara, líquida; durante 24 a 36 horas, con aspiración preendoscópica y lavado, se practicara la esofagoscopia por lo menos una vez en cada paciente con acalasia, para valorar la posibilidad de **esofagitis** y eliminar la posibilidad de **carcinoma oculto**.*
- *La figura muestra el método para realizar la dilatación hidrostática.*

*A introducción de una bujía con punta de oliva # 41 en la escala francesa, en el estómago.*

*B introducción de una sonda # 50 a 60 guiada mediante espiral de alambre flexible.*

*C introducción del dilatador hidrostático en la unión esofagogástrica.*

*D distención del dilatador.*

