



UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de odontólogo

TEMA:

**“ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y SU INCIDENCIA CON LAS PATOLOGIAS
BUCALES”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR:

PALMA JARAMILLO JUNER OSWALDO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. WILSON ESPINOSA ESTRELLA Mg Ge.

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2012

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	i
ANTECEDENTES.....	ii
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
CAPÍTULO II	
2. Justificación.....	4
CAPÍTULO III	
3. Formulación de objetivos.....	6
3.1. Objetivo general.....	6
3.2. Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO IV	
4. Hipótesis.....	7
CAPÍTULO V	
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. Marco institucional.....	8
5.2. ENFERMEDADES DIGESTIVAS	
5.2.1. Definición.....	10
5.2.2. Etiología.....	11

5.2.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ESTOMAGO

5.2.3.1 Dispepsia funcional.....	12
5.2.3.1.1 Cuadro clínico.....	13
5.2.3.1.2 Diagnostico.....	13
5.5.3.2 Gastritis.....	14
5.5.3.2.1 Helicobacter pilory.....	15
5.5.3.2.2 Gastritis crónica atrófica.....	17
5.5.3.2.3 Acidez estomacal.....	19
5.5.3.2.4 pH salival.....	20
5.5.3.2.5 Estrés.....	22
5.5.3.2.6 Dolor gástrico por medicamento.....	23
5.5.3.3 Úlcera péptica.....	24
5.5.3.3.1 Úlcera gástrica.....	25
5.5.3.3.2 Cáncer al estómago.....	27
5.5.3.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL INTESTINO	
5.5.3.4.1 Enfermedad de Crohn.....	29
5.5.3.4.2 Colitis ulcerativa idiopática.....	30
5.5.3.4.3 Síndrome de malabsorción intestinal.....	31
5.5.3.4.4 Síndrome del intestino irritable.....	32
5.5.3.4.5 Tratamiento.....	33
5.5.3.4.6 Amebiasis.....	33
5.5.3.5 ENFERMEDADES DEL ESOFAGO	
5.5.3.5.1 Reflujo gastroesofágico.....	35
5.5.3.5.2 Cáncer esofágico.....	35

5.5.3.5.3 Acalasia.....	36
5.5.3.5.4 Esofagitis herpética.....	36
5.5.3.6 ENFERMEDADES HEPATICAS	
5.5.3.6.1 Cirrosis hepática.....	37
5.5.3.6.2 Hepatopatía crónica.....	38
5.5.3.6.3 Hepatitis.....	39
5.5.3.6.4 Tratamiento específico.....	40
5.5.3.6.5 Encefalopatía hepática.....	41
5.5.3.6.6 Ascitis.....	43
5.5.3.7 El consumo de tabaco y alcohol.....	44
5.3 PATOLOGIAS BUCALES	
5.3.1 Localización de las patologías en la boca.....	45
5.3.2 Caries dental.....	46
5.3.3 Erosión dental.....	47
5.3.4 ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	
5.3.4.1 Epidemiología de la estomatitis aftosa recurrente.....	48
5.3.4.2 Etiología.....	49
5.3.4.3 Clasificación.....	51
5.3.4.3.1 Estomatitis aftosa recidivante.....	51
5.3.4.3.2 Estomatitis aftosa menor.....	52
5.3.4.3.3 Estomatitis aftosa mayor.....	53
5.3.5 GLOSITIS	
5.3.5.1 Tratamiento de la glositis.....	55
5.3.5.2 Glositis en las enfermedades crónicas del intestino.....	55

5.3.5.3 Lengua saburral o lengua blanca.....	56
5.3.5.4 Lengua geografía.....	57
5.3.5.5 Lengua roja saburral o hinchada.....	58
5.3.6 LEUCOPLASIA	
5.3.6.1 Signos y síntomas.....	59
5.3.6.2 Tratamiento.....	59
5.3.7 Buena alimentación.....	60
5.3.8 Déficit de vitaminas y nutrientes.....	61

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

6.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	63
6.1.2. Niveles o tipo de investigación.....	63
6.2 TÉCNICAS.....	64
6.3 INSTRUMENTOS.....	65
6.4 RECURSOS:.....	65
6.5 POBLACIÓN.....	66
6.6 Tamaño de la muestra.....	66
6.6.1 Tipo de muestreo.....	66

PRESUPUESTO

CAPÍTULO VII

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	67
7.1 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.....	67
7.2 RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACION.....	93
CONCLUSIONES.....	112
BIBLIOGRAFIA.....	114
PROPUESTA	
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICUADRO

CAPITULO VII

7. GRAFICUADRO DE LA ENCUESTA

GRAFICUADRO N° 1:

Edad de los Pacientes con enfermedades digestivas.....67

GRAFICUADRO N° 2:

Sexo de los Pacientes con enfermedades digestivas.....69

GRAFICUADRO N° 3:

Niveles de pH de los Pacientes con enfermedades digestivas.....71

GRAFICUADRO N° 4:

Cuántas veces visitan al odontólogo al año.....73

GRAFICUADRO N° 5:

Cuántas veces los pacientes acuden al gastroenterólogo.....75

GRAFICUADRO N° 6:

Cuántas veces han recibido charlas los pacientes con enfermedad digestiva.....77

GRAFICUADRO N° 7:

Hábitos en la vida cotidiana.....79

GRAFICUADRO N° 8:

Irritaciones o alteraciones gástricas por medicamentos.....81

GRAFICUADRO N° 9:

Pacientes que sufren de estrés.....83

GRAFICUADRO N° 10:	
Consumo alimenticio diario de los pacientes.....	85
GRAFICUADRO N° 11:	
Manifestaciones frecuentes en la boca.....	87
GRAFICUADRO N° 12:	
Acostumbra a comer en la calle.....	89
GRAFICUADRO N° 13:	
Desde cuando manifiesta la enfermedad digestiva.....	91

7.3 RESULTADOS DE LAS FICHAS DE HISTORIA CLINICA REALIZADA A LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N° 1:	
Niveles de caries en los Pacientes con enfermedades digestivas.....	93
GRAFICUADRO N° 2:	
Niveles de placa bacteriana en los pacientes.....	95
GRAFICUADRO N° 3:	
Niveles de cálculo dental en los pacientes.....	97
GRAFICUADRO N° 4:	
Pacientes con enfermedades digestivas que presentaron gingivitis.....	99
GRAFICUADRO N° 5:	
Estado de la lengua de los pacientes que acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.....	101
GRAFICUADRO N° 6:	
Pacientes con enfermedades digestivas que utilizan prótesis dental.....	103

GRAFICUADRO N° 7:

Patologías que se manifiestan en la cavidad oral.....105

GRAFICUADROS-(5) N° 8:

Categoría de las enfermedades digestivas que padecen los pacientes que
acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos
de Portoviejo.....107

INTRODUCCIÓN

Muchas de las lesiones de la mucosa en la cavidad bucal están relacionadas con trastornos anatómicos y funcionales de los órganos del aparato digestivo; algunas forman parte del cuadro clínico de la entidad y otras aparecen como complicaciones de estas. Generalmente son de orígenes inmunológicos, nutricionales o carenciales. Se presenta una revisión actualizada de las características semiológicas de las lesiones bucales que forman parte del cuadro clínico de diversas enfermedades digestivas, con el fin de que los médicos generales, clínicos, estomatólogos y gastroenterólogos puedan diagnosticarlas y brindar mejor orientación y tratamiento a los pacientes.

Solo se abordarán las características semiológicas de las lesiones bucales orgánicas y sensoriales que se relacionan con algunas enfermedades digestivas, de las cuales las que se reportan con mayor frecuencia son las aftas, las úlceras, las alteraciones de la lengua, la queilitis, las discromías y las lesiones erosivas, entre otras.

El presente estudio hace referencia a investigar las manifestaciones bucales más frecuentes en el paciente con enfermedades digestivas y su relación con las patologías bucales para lo cual se trabaja con una muestra de pacientes con enfermedades digestivas que acuden al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

ANTECEDENTES

En una investigación de Beatriz Gutiérrez en el 2006 en la Academia de Ciencias de la República Dominicana. Determinó la *Helicobacter pylori* (Hp) en un grupo de 100 pacientes, sometidos a una endoscopia del tracto digestivo. La información relacionada con la edad, el sexo, la raza y los síntomas clínicos fue recogida. La causa de las endoscopias en 80 % fue epigastralgia. El promedio de edad fue de 43 años, con 54 hombres y 46 mujeres. Diagnóstico endoscópico: úlcera duodenal; úlcera gástrica; dispepsia no ulcerosa: gastritis, hernia hiatal, reflujo biliar, esofagitis. Del total de 100 sueros testados, 84 fueron positivos (84 %).

En el año 2006 se realizó una investigación con un colectivo de varios autores, especialistas, auxiliares, investigador agregados y titulares. Con la ayuda del Ministerio de Salud Pública y el Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana, este fue un programa de formación en la especialidad de gastroenterología de las diferentes enfermedades digestivas y los efectos que producen en la cavidad bucal. A este programa investigativo se le incorporó los avances ocurridos en las endoscopias diagnósticas y terapéuticas.

A pesar de la alta incidencia de las patologías bucales en los pacientes con enfermedades digestivas en el departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo no hay antecedente de esta investigación.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades digestivas son difíciles de tratar, por lo que es importante conocer las características clínicas que faciliten una adecuada interpretación y al mismo tiempo ofrecer una conducta terapéutica correcta.

La relación que existe entre cierto tipo de dieta rica en carnes rojas, colesterol y grasas animales está siendo cada vez mejor establecida como factor de riesgo y, aunque discutidas, existen evidencias respecto al consumo de tabaco y alcohol, específicamente respecto al consumo de cerveza, como posibles factores de riesgo.

Se presenta una revisión actualizada de las características semiológicas de las lesiones bucales que forman parte del cuadro clínico de diversas enfermedades digestivas, con el fin de que los médicos generales, clínicos, estomatólogos y gastroenterólogos puedan diagnosticarlas y brindar mejor orientación y tratamiento a los pacientes constituyen la segunda causa de muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas del mundo.

Anualmente se diagnostican unos 940.000 nuevos casos y mueren alrededor de 490.000 personas por esta causa. En España el cáncer colon rectal, segundo tumor maligno más frecuente, contabiliza el 11,5% de las defunciones por cáncer en hombres y el 14,9% en mujeres según los datos de 2001,

estimándose el número de casos nuevos por año en torno a los 21.000 en ambos sexos frente a unas 12.000 defunciones.

La mortalidad e incidencia en España son menores que las de los países del norte de Europa, y por debajo de las tasas promedio europeas, pero con una mortalidad en hombres ya superior a la de Francia, Italia y Reino Unido. En países como Estados Unidos e Inglaterra, con tasas altas de incidencia y mortalidad, esta última comenzó a descender hace años, un 50% desde 1950 hasta finales de los años noventa. Igual situación presentan la mayoría de los países de la Unión Europea, excepto Grecia, Portugal y España donde la mortalidad en ambos sexos sigue aumentando.

En el territorio ecuatoriano existen muchas infecciones intestinales y según los registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) indican que el cáncer de estómago y las enfermedades digestivas están entre las diez primeras causas de muerte en el país.

Carlos Robles Jara, Director del instituto ecuatoriano de enfermedades digestivas y pélvicas "IECED", ha estudiado durante varios años la incidencia de las enfermedades gastrointestinales en Manabí. Aseguró "que es muy alta, con base estadísticas", señaló "que las enfermedades gastrointestinales son originadas en un 57% por bacterias, 12% por virus, 21% toxinas y 10% parásitos".

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo inciden las enfermedades digestivas en las patologías bucales de los pacientes del hospital regional Verdi Cevallos de Portoviejo?

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La prevención y el control de las enfermedades digestivas presentan un gran reto, porque al igual que otras enfermedades crónicas son el resultado de estilos de vida no saludables como la mala alimentación, la ingesta de alcohol u otras drogas que afectan la salud, sin olvidarse del estrés y el ritmo de vida que se tiene. Consecuentes con estos antecedentes la afectación a la salud bucal en estos pacientes tiene alta incidencia.

Por lo general los pacientes que tienen algún tipo de patología bucal recurren al odontólogo para buscar solución a su problema, cuando en realidad el problema puede ser solucionado por un gastroenterólogo, no obstante hay que acatar que la lesión bucal puede ser el causante de algún problema digestivo debido a las bacterias que el paciente puede digerir al momento de consumir los alimentos.

Esta problemática adquiere importancia por lo que fue necesario hacer esta investigación debido a que hay muchos pacientes que sufren de enfermedades digestivas que producen lesiones bucales, un ejemplo de ello es la gastritis crónica atrófica que al no ser tratada puede incidir en la aparición de lesiones bucales como las afta bucales.

La factibilidad de esta investigación se da debido a que se contó con la autorización de los directivos del Hospital Verdi Cevallos que permitió revisar las historias clínicas de los pacientes, con el apoyo de personal del departamento de gastroenterología. Con ayuda profesional, se realizó el diagnóstico de pacientes que acuden en el departamento de gastroenterología. Además la investigación contó con la disponibilidad de recursos económicos, bibliográficos y materiales para realizar el presente trabajo.

Con esta investigación se benefició directamente a los pacientes con enfermedades digestivas atendidos en el departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos e indirectamente a sus familiares, pudiendo llegar a ellos con la finalidad de ayudarles al mejoramiento de su salud, así como también un apoyo académico a los estudiantes de la universidad como aporte científico para futuros trabajos.

CAPITULO III

3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de las enfermedades digestivas en las patologías bucales en los pacientes que acuden al departamento de gastroenterología y medicina interna del hospital regional Verdi Cevallos de Portoviejo.

3.2 OBJETIVOS ESPÉCIFICOS

Identificar los pacientes con enfermedades crónicas del estómago relacionándolo con la presencia de estomatitis aftosa recurrente.

Caracterizar los pacientes con enfermedades crónicas del intestino para establecer la presencia de glositis.

Examinar la cavidad bucal de los pacientes con enfermedades esofágicas para constatar la presencia de leucoplasia.

Identificar las alteraciones hepáticas en trastornos digestivos y sus manifestaciones orales.

Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

Las enfermedades digestivas inciden significativamente en la formación de lesiones o patologías bucales.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Marco Institucional

El hospital regional Verdi Cevallos funcionó en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un sólo médico acompañado de cuatro mujeres, atendían a los heridos de los fusiles y cañones.

Para el año de 1908 el hospital pasa a llamarse Hospital Militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el Gobierno expropio las tierras a la Iglesia y pasaron a manos de las Juntas de Beneficencia.

El hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el Puente San José o Rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y se mantenía con un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la Iglesia.

Otro giro en 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes.

Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de ese entonces quedaba corta ante la demanda de pacientes que llegaban en busca de atención, ante esto la Junta de Beneficencia decide mudar el Hospital hasta donde actualmente funciona la

Dirección de Salud en la calle Rocafuerte en 1920, en ese lugar funcionó hasta 1970 en que el Hospital entró a operar donde ahora está ubicado, en la calle 12 de marzo.

El Hospital fue dando importantes avances, de apoco se fueron creando más áreas y cada vez la demanda crecía hasta el punto que gente de otros lados llegaban en busca de atención, además estudiantes de medicina de todas partes del país comenzaron hacer sus prácticas en la casa de salud, esto aportó para que en 1976 sea denominado como Hospital Regional por el ya creado en 1967 M.S.P.

Alfredo Cedeño médico gastroenterólogo que se unió al hospital en 1984, comentó “que el nombre de Verdi Cevallos se oficializó en 1988, en honor a las aportaciones del Dr. Verdi Cevallos Balda”. En 1997 el Hospital Verdi Cevallos pasa de regional a provincial. Según Cedeño sólo fue una nueva nominación que le dio el MSP. El departamento de gastroenterología está a cargo del Dr. Alfredo Cedeño y la Dra. Karina Encalada y el cirujano digestivo es el Dr. Carlos Almeida.

La atención odontológica en el hospital Regional Verdi Cevallos comenzó en 1971, hace 40 años de los cuales la doctora Cecilia Peñarrera ha estado 33 años, hasta que se jubiló el 23 de septiembre del 2011, y ahora tomó el puesto el Dr. Ernesto Cedeño.

5.2. ENFERMEDADES DIGESTIVAS

5.2.1. Definición

Son ocasionadas por varios motivos que pueden ser desde orgánicos y psicológicos, pero principalmente son causadas por bacterias, virus o parásitos que penetran al organismo por medio de alimentos y agua contaminada principalmente con materia fecal, que también se disemina por el ambiente.¹

El aparato o sistema digestivo es el conjunto de órganos encargados de la digestión, formado por la cavidad bucal y glándula salivares, faringe, esófago, estómago e intestino y las glándulas anexas. El tubo digestivo presenta unas características anatómicas, histológicas y funcionales que condiciona el tipo de patologías que puede experimentar.²

El aparato digestivo requiere un estudio especial en la medicina interna ya que ya que este conjunto de órganos siempre está predisponente en las enfermedades sobre todo las lesiones orales.

Estas enfermedades tienen gran incidencia en el hombre moderno. El cambio de vida en las sociedades actuales, la alimentación desbalanceada, el hábito de fumar, el aumento del consumo de bebidas alcohólicas, el estrés, la ingesta desmesurada de fármacos, entre otros factores, atentan contra el funcionamiento del sistema digestivo ocasionando alteraciones tan frecuentes como las úlceras sépticas y duodenal, la gastritis, las dispepsias, los trastornos hepáticos, etc.

Las enfermedades digestivas requieren un tratamiento especial en el cual el paciente debe colaborar con las instrucciones del galeno, debe cuidarse de no consumir bebidas alcohólicas, de no fumar tabaco y de no tener una buena alimentación, la utilización de las aguas mineromedicinales por diferentes métodos en estas afecciones, garantiza la eliminación del proceso inflamatorio y restablece la función secretoras, motora y

¹ <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/434933.html>

² Repetto Manuel y Repetto Kuhn Guillermo. Toxicología fundamental: sistema digestivo. España: Ediciones Diaz de santos; 2009-2pag

evacuación gástrica, regula también las funciones de las glándulas digestivas.³

Algunas de las enfermedades que lo afectan son infecciosas, ocasionadas por virus, bacterias o parásitos que entran al organismo a través de alimentos sucios o descompuestos, agua contaminada o cuándo alguien se chupa los dedos o las uñas sucias, sobre todo si no se lavó las manos después de ir al baño o de tocar algún animal o el suelo.

Pero también el sistema digestivo puede afectarse con otro tipo de enfermedades llamadas crónicas, como el cáncer en cualquiera de sus partes, la cirrosis que ataca al hígado, la diabetes que impide el adecuado funcionamiento del páncreas, los divertículos que se forman en el intestino delgado, la gastritis o colitis que son provocadas por ingerir alimentos irritantes o por estrés o las hernias hítales que se forman entre el esófago y estómago entre otras.⁴

5.2.2. Etiología

Entre los principales microorganismos que las ocasionan están: la Salmonella, la Escherichiacoli, la Shigella, las Giardias y las temibles amibas.

Las principales manifestaciones son:

- a. Fiebre.
- b. Dolor estomacal o abdominal (cólicos).

³ SILEGA Garis L. Tratado de Medicina física histológica y climatología médica; Estados Unidos. Edición hippocrate. 2010 pág. 252

⁴ <http://www.esmas.com/salud/home/conocetucuerpo/335706.html>

- c. Náuseas.
- d. Vómito.
- e. Diarrea
- f. Constipación o estreñimiento.

Los órganos que son afectados con mayor frecuencia son: el esófago, el estómago, el duodeno, el ano, el recto, el páncreas y los intestinos, el delgado y el grueso.

Entre los estudios para identificar exactamente el tipo de problema, están los de sangre, materia fecal, endoscopías, radiografías y ecografías, además de la exploración física y la historia clínica. Entre las enfermedades más comunes, están: la colitis, el reflujo gastroesofágico, el colon irritable, la hepatitis C, la salmonelosis, amebiasis, gastritis, úlceras, cálculos biliares, agruras o pirosis y otras más.⁵

5.2.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ESTÓMAGO

5.2.3.1 Dispepsia funcional

La dispepsia es un dolor o una molestia centrados en la zona alta del abdomen. La enfermedad asociada puede producir el síntoma. Como trastorno funcional, el término se emplea cuando la molestia o el dolor son crónicos, han durado al menos 12 semanas durante los últimos 12 meses, y no se acompañan de evidencia de enfermedad bioquímica, metabólica u orgánica.

La dispepsia es común. Aproximadamente el 25% de los adultos experimenta esa molestia, pero sólo el 5% busca atención médica. Menos de la mitad de los pacientes con este tipo de molestia epigástrica centrada presenta alguna

⁵<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/434933.html>

enfermedad orgánica asociada. La dispepsia por una causa no orgánica se denomina dispepsia funcional por consiguiente, la causa de la dispepsia puede ser una enfermedad orgánica verdadera, que al tratarla, soluciona la dispepsia.

Sin alguna fisiopatología identificable, se convierte en dispepsia funcional los pacientes con una anomalía asociada acostumbran a clasificarse con dispepsia funcional cuando la anomalía se estima irrelevante.

5.2.3.2.1 Cuadro clínico

Las personas de cualquier edad suelen presentar una molestia epigástrica de forma episódica. Suele buscarse atención médica una vez que la molestia se convierte en crónica a menudo, hay cierto tratamiento inicial y alguna evaluación, pero el tratamiento inicial no surte efecto y se hace evidente que la molestia persistirá. Puede asociarse con saciedad precoz y con inapetencia, una sensación de plenitud abdominal distensión en la parte alta del abdomen, náuseas leves y, a veces, incluso eructos sin vómito de alimento. El grado de síntomas asociados varía mucho. (FLOCH, Martin, 2006)

5.2.3.1.2 Diagnóstico

A tenor de la molestia y de su cronicidad, debe llevarse a cabo un estudio del paciente es esencial realizar pruebas para detectar lesiones gástricas. Se prefiere la endoscopia alta y durante el procedimiento debería evaluarse la presencia de *H. pylori*. Puesto que la interpretación en la endoscopia puede variar, es aconsejable llevar a cabo biopsias de la mucosa del esófago y el estómago.

Otra evaluación pertinente sería un estudio del vaciado gástrico en efecto, debería practicarse si queda retenido cualquier alimento en el estómago. Si los resultados de la endoscopia y la biopsia son negativos, debería efectuarse una ecografía para descartar enfermedad de vesícula biliar,

hígado y páncreas. Dependiendo de los hallazgos, puede requerirse una TC para descartar cualquier lesión macroscópica en el páncreas. Deberían efectuarse pruebas de detección sérica completas para descartar la presencia de enfermedad hepática o metabólica.⁶

5.2.3.2 Gastritis

Es la inflamación del revestimiento interno (mucosa) del estómago.

La gastritis puede ser causada por una infección bacteriana como el *helicobacter pylori* o viral, por enfermedades autoinmunes como la anemia perniciosa, una forma de anemia que ocurre cuando el estómago carece de una sustancia que es necesaria para la absorción y digestión de vitamina B12 o por el reflujo de bilis hacia el estómago (reflujo biliar).

También puede ser causada por irritación debido a:

- a. El exceso de alcohol.
- b. A la utilización de ciertos medicamentos, como la aspirina y otros antiinflamatorios.
- c. Vómitos crónicos.
- d. El exceso de secreción de ácido gástrico, como el provocado por el estrés.
- e. La ingestión de sustancias corrosivas o cáusticas.

⁶ FLOCH, Martin. Dispepsia (dispepsia funcional y dispepsia no ulcerosa). En: NETTER Gastroenterología. Barcelona: Masson, 2006.p.200

La gastritis puede presentarse en forma rápida (gastritis aguda) o mantenerse en el tiempo (gastritis crónica), los síntomas varían de unas personas a otras, y en mucha gente no hay síntomas, los más comunes son; ardor de estómago, náuseas, vómitos, indigestión abdominal, hipo, pérdida de apetito, sensación de distensión del abdomen, vómitos con sangre de color negro o en posos de café molido, deposiciones negras.⁷

El término gastritis debe reservarse para la inflamación histológicamente demostrada de la mucosa gástrica. La gastritis no es el eritema mucoso que se observa durante la endoscopia ni es intercambiable con el término dispepsia.

Los factores etiológicos que provocan la gastritis son múltiples y heterogéneos. La gastritis se ha clasificado sobre la base de su cronología (aguda o crónica), sus características histológicas y su distribución anatómica o mecanismo patógeno propuesto. La correlación entre los datos histológicos de la gastritis, el cuadro clínico de dolor abdominal o dispepsia y los datos endoscópicos en la inspección de la mucosa gástricas es escasa.⁸

5.2.3.2.1 Helicobacter pylori

El 60% de la población mundial está infectada por este germen que causa invariablemente una gastritis crónica y se asocia a úlcera gastrointestinal, linfoma gástrico tipo MALT y cáncer gástrico. Sin embargo, la gran mayoría de personas infectadas nunca desarrollarán una enfermedad clínicamente manifiesta.

⁷ <http://www.Farmaciashausmann.blogspot.com>

⁸ HASLER, William; OWYANG, Chung; Enfermedades de las vías gastrointestinales en: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo 17ª edición. Principios de medicina interna, México: Mc Graw Hill, 2009. pág. 1870

La infección se adquiere en la infancia, y es más frecuente en países subdesarrollados y en ámbitos de bajo nivel socioeconómicos. Una vez colonizado el estómago, la infección permanece de modo definitivo, a menos que se proceda a su erradicación.⁹

La frecuencia de infección por *helicobacter pylori* (HP) en la población mundial, especialmente en países en desarrollo, y la demostrada asociación con gastritis crónica obligan a considerar esta entidad en lo particular, con la aceptación de que a pesar de los avances en la comprensión de la acción del germen sobre la mucosa gástrica, aún existen espacios ocupados por la ignorancia. Lo aceptado es que a casi totalidad de los estómagos infectados tienen gastritis, tanto por el efecto de agresión directa por virulencia del germen como por respuesta del huésped.

Los mecanismos de adhesión y liberación de enzimas producen cambios inflamatorios los cuales, son al mismo tiempo, consecuencia de mecanismos de inmunidad celular y humoral. (ROZMAN, Ciril)

Es más, es posible la existencia de polimorfismos y fenotipos de Hp específicos para la gastritis simple, lo que sucede en la mayoría de los individuos infectados, produce altos niveles de gastrina, pero secreción acida normal, no causa atrofia ni tiene cambios clínicos significativos.

Histológicamente, se encuentran cambios más notables hacia la superficie de la mucosa gástrica y las células inflamatorias predominantes son linfocitos y células plasmáticas, en menos cantidad macrófagos y eosinófilos y en forma

⁹ROZMAN, Ciril. 3ra Edición. Compendio de medicina interna: Enfermedades del aparato digestivo, Madrid: Editorial Elsevier, 2006 pág. 19

característica, folículos linfoides que son agregados de linfocitos con centro germinal y se ha especulado que éstos sean el origen del linfoma.¹⁰

Otro fenotipo, menos frecuente, orienta hacia las gastritis del cuerpo, atrofia multifocal, hipergastrinemia e hipoclorhidria, el mayor riesgo de carcinoma. Estos hallazgos, orientan a la expresión clínica de una enfermedad multifacética.

5.2.3.2.2 gastritis crónica atrófica

La gastritis crónica es una entidad frecuente e importante que afecta gran porcentaje de la población mundial y que puede clasificarse como desde el punto de vista clínico, endoscópico e histológico. Quizás el afecto más importante es una adecuada clasificación, para de esta manera planear un esquema terapéutico y de seguimiento clínico que permita en forma temprana reconocer y prevenir las potenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad.

La principal diferenciación de la gastritis crónica es el componente de atrofia que poseen, ya que las que cursan con atrofia pueden eventualmente dependiendo de factores genéticos y del medio ambiente, displasia y finalmente en algunos caso adenocarcinoma.

¹⁰CORDOVA, JoseAngel y De La Torre Bravo, Antonio Procedimientos endoscópicos en gastroenterología: Gastritis y gastropatías. Editorial panamericana, 2010-381 pág. Cap. 38

La gastritis aguda generalmente desde el punto de vista histológico puede corresponder a una gastritis superficial y dependiendo del grado de agresión a una gastritis hemorrágica, este componente superficial puede auto limitarse para sanar en 48 a 72 horas o dependiendo del insulto establecerse el cuadro clínico e histológico de cualquiera de la gastritis crónica.

La gastritis antral difusa es producida fundamentalmente por la infección del helicobacter pylori, generalmente cursa con secreción elevada de ácido clorhídrico y es la gastritis que acompaña casi exclusivamente a la ulcera duodenal; se cree con el correr de los años el proceso inflamatorio va ascendiendo para comprometer el cuerpo y finalmente el fondo gástrico, estableciéndose la gastritis multifocal, estado en que ya se establece la atrofia gástrica con las potenciales complicaciones descritas anteriormente.

Generalmente el paciente conserva su estado clínico general y no hay una pérdida de peso marcada. Otras manifestaciones clínicas dependerán de la causa que está generando la gastritis como por ejemplo la cirrosis hepática en la gastritis congestiva o el síndrome hipereosinofílico en la gastritis eosinofílica.

El diagnóstico de la gastritis crónica se establece mediante el análisis histológico de la mucosa gástrica, para lo cual es indispensable realizar una endoscopia digestiva superior.¹¹

¹¹FRANCO, Felipe. Gastroenterología y Hepatología: Gastritis crónicas. Colombia: editorial corporación para investigaciones biológicas, 2005-59 pág.

Las manifestaciones clínicas de la gastritis crónica obedecen a un amplio espectro que oscila entre los pacientes sin síntomas cuyo diagnóstico se establece por azar (ej. Realizando una endoscopia por otra razón como extraer cuerpo extraño) y los pacientes con gran frecuencia de síntomas; los que se caracterizan por la presencia de dolor en el epigastrio tipo peso o ardor que tiende a empeorar con la ingestión de alimentos, náuseas, vómitos, plenitud postprandial temprana e inapropiada para lo ingerido, etc.

5.2.3.2.3 Acidez estomacal

La acidez del estómago no es efecto de una excesiva secreción ácida de la mucosa estomacal como lo afirma la medicina, sino de la acidificación de los alimentos por fermentaciones derivadas del calor excesivo del tubo digestivo, debido a irritaciones y congestión de sus paredes. La piel fría e inactiva es común en estos enfermos, revelándose así el desequilibrio térmico de su cuerpo.¹²

La hiperacidez se origina por una irritación del estómago o del esófago (el conducto que une la boca con el estómago).

La mucosa que recubre el estómago está protegida contra los efectos de los jugos gástricos que participan en el proceso digestivo, pero algunos factores, como el alcohol, las comidas grasosas, la cafeína, algunos medicamentos y el estrés, pueden destruir esta defensa.

Las molestias en la acidez generalmente se relacionan con la alimentación y la postura de una persona, aunque también puede presentarse con los síntomas del reflujo gastroesofágico. Algunos factores pueden contribuir al problema de acidez, por ejemplo el sobrepeso y el embarazo. Las personas que fuman también tienen mayores probabilidades de presentar esta enfermedad.¹³

¹²LEZAETA Acharan Manuel; Medicina natural al alcance de todos; México: editorial pax México, 2008 pág. 222

¹³<http://www.salud.com/enfermedades/acidezestomacal>.

Los medicamentos inciden mucho en la acidez estomacal e incluso mucho más cuando se toma con el estómago vacío, ciertos alimentos, personas que toman café, gaseosas, la nicotina del cigarrillo que irrita la mucosa.

5.2.3.2.4 pH SALIVAL

En un paciente que tiene desgaste dental acelerado, el pH en reposo puede ser más bien bajo, cerca de 5.4. Estimulado fuera también bajo (por ejemplo 5.8), y la capacidad de amortiguación estuviera por debajo de lo normal, ello indicaría un problema más complejo que afecta los tejidos glandulares, tal como la enfermedad orgánica de la glándula salival. (WALSH, Laurence)

Si existe una pérdida dramática de la estructura dental, esto puede deberse a desgaste de la estructura ablandada del diente. El pH salival en reposo puede ser bajo, y estar cerca del nivel crítico.

Si el pH estimulado fuera normal, y también lo fuese la capacidad de amortiguación, se deberá indicar en primer lugar la concentración durante trabajo, recreación y medicación.

Un examen más concienzudo de los incisivos maxilares facilitaría un indicio en cuanto a la presencia o ausencia de la enfermedad de reflujo.

En un paciente con caries incipiente en la superficie de la raíz, la tasa del flujo en reposo puede ser baja y el pH en reposo puede también ser bajo (por ejemplo, de 5.6), mientras que el pH estimulado podría estar más cerca de la tasa normal (de 6.8).

Igualmente, en pacientes con lesiones cervicales que rodean los dientes, no sería de extrañar encontrar una tasa baja del flujo, alta viscosidad, y bajo pH en reposo (como 5.8). Se hubiera también un resultado bajo de la prueba de amortiguación, ello implicaría daño a la capacidad funcional de las glándulas salivales.¹⁴

El diente esta bañado en saliva un poco alcalina y cubierto de una cantidad variable de placa bacteriana, que es la que transforma el azúcar en ácido.

Cuando el pH disminuye por debajo de 5.5 se produce una desmineralización y los iones de fosfato de calcio se difunden en el esmalte. Cuando el pH aumenta de nuevo, la saliva suelta estos iones al interior del esmalte; este proceso está facilitado por el flúor.

Por lo tanto la caries se comporta como una reserva de iones de flúor que favorece la remineralización. Es decir que la caries tiene en si misma las condiciones para curarse, aunque esto sólo se da cuando la superficie exterior está intacta.¹⁵

Con la maduración de la capa de esmalte exterior; el contenido de flúor en la superficie aumenta de tal modo que el riesgo de la evolución de la caries disminuye.

5.2.3.2.5 Estrés

Los pacientes que sufren choque, sepsis, quemaduras masivas, traumatismos graves o traumatismos craneales pueden experimentar alteraciones erosivas agudas de la mucosa gástrica o úlceras manifiestas con hemorragia.

¹⁴ WALSH, Laurence. Aspectos clínicos de biología salival para el Clínico Dental: Aplicaciones clínicas de las pruebas salivales En: Revista De Mínima Intervención En Odontología N°41 (sept.2007)

¹⁵ DIEZ CUBAS, Cesar. "Flúor y Caries": historia natural de las caries. Madrid. Editorial Visión Net, 2005. Pág. 19-20

Denominada úlceras o gastritis de estrés, estas lesiones se observan más a menudo en las porciones del estómago productoras de ácido.

La presentación más común suele ser la hemorragia digestiva, que puede ser mínima, pero que llega a amenazar la vida del paciente.

Histológicamente, las lesiones por estrés no contienen inflamación o *H. pylori*, de modo que el término “gastritis” es incorrecto. Aunque es posible observar un incremento de la secreción de ácido gástrico en los pacientes con úlceras por estrés luego de traumatismos craneales y quemaduras graves, la isquemia mucosa y la rotura de las barreras protectoras normales del estómago son otros elementos patógenos importantes.

El ácido debe contribuir a la lesión dado el significativo descenso de la frecuencia de hemorragias que se observa cuando se utilizan de manera profiláctica inhibidores del ácido gástrico para la gastritis por estrés.¹⁶

Se ha comprobado que las tensiones de la vida diaria y las emociones negativas regulan varios sistemas fisiológicos, incluidos el endocrino y el inmunitario, y ello introduce cambios en la salud.

La vinculación entre estrés y enfermedad es particularmente fuerte en las enfermedades infecciosas, los estados inflamatorios y las alteraciones de la cicatrización de las heridas. Se han vinculado afecciones periodontales específicas con variables psicosociales, entre ellas periodontitis crónica, la gingivitis ulcerosa necrosante, y la gingivitis crónica y experimental¹⁷

Un paciente con mucho estrés tiene bastante riesgo de sufrir gastritis ya que la enfermedad también proviene de un trastorno emocional que se transforma en trastorno funcional.

¹⁶ DEL VALLE, Jhon; Enfermedades de las vías gastrointestinales en: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo 17a edición vol. 2. Harrison principios de medicina interna, México; Mc Graw Hill, 2009. pág. 1869-1870

¹⁷ LINDHE. Lang. Karring. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª. Edición. Tomo I. . España. Editorial Médica Panamericana. España. 2009 pág. 426

5.2.3.2.6 Dolor gástrico por medicamento

El tratamiento de la dispepsia o acidez debe de iniciar, por eliminar todos los factores que contribuyen al establecimiento de las lesiones en la pared del aparato digestivo, los cuales van desde hábitos alimenticios, higiénicos y consumo de ciertos medicamentos.

En general, el paciente que inicia tratamiento para la dispepsia deberá de seguir las siguientes recomendaciones para que el tratamiento farmacológico sea efectivo:

Suspender los medicamentos que lesionan la pared gástrica o intestinal: Antiinflamatorios no esteroideos o AINEs (naproxeno, acetaminofén, aspirina, etc.), antibióticos y analgésicos.

Suspender sustancias irritantes: Alcohol, café y tabaco. Suspender comidas irritantes: Que contengan picantes, condimentos o que sean ricas en grasas. Disminuir el nivel de estrés.

Una vez que sean modificados los factores predisponentes, se puede optar por la utilización de tratamiento farmacológico. El cual va dirigido a controlar cuatro puntos fundamentales:

I Erradicación de la infección por H. Pylori en dado caso que exista.

II Control de la secreción de ácido por el estómago.

III Alivio de los síntomas.

IV Curación de las lesiones.¹⁸

Los pacientes que siguen un tratamiento para la dispepsia funcional deben seguir a pie de la letra las recomendaciones del médico como que medicamento no debe tomar, suspender los malos hábitos alimenticios así mismo los vicios y disminuir su estrés.

Los principales fármacos que se deben administrar son el omeprazol, pantoprazol, lansoprazol y esomeprazol. Cada uno de estos fármacos ha ido mejorando el perfil de eficacia antisecretora. Las cápsulas tienen una cubierta

¹⁸ http://www.entornomedico.org/.../index.php?option=com_content... 2009

que se deshace en el pH ácido del estómago donde se liberan los gránulos que hay en su interior.¹⁹

Estos medicamentos son protectores del estómago sirve como un importante tratamiento por lo general de problemas gástricos y estos gránulos tienen una cubierta resistente al ácido y cuando llegan a las porciones proximales del intestino, con un pH más alcalino, se libera el profármaco y se absorbe.

5.2.3.3 ULCERA PÉPTICA

La ulcera péptica es un defecto en la mucosa gastrointestinal que se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por la lesión localizada y, en general, solitaria de la mucosa del estómago o del duodeno y que se extiende en su forma aguda por lo menos hasta *muscularismucosae*, mientras que en las formas crónicas suele atravesar esta capa.

En el cuadro clínico el síntoma más frecuente es el dolor abdominal. Se localiza en el epigástrico y suele describirse como ardor, dolor corrosivo o sensación de hambre dolorosa. Suele presentar un ritmo horario relacionado con la ingesta. Raras veces aparece antes del desayuno, sino que suele hacerlo entre 1 y 3 horas después de la comida y, por lo general, cede con la ingesta de alimentos o alcalinos. Un 50%-80% de los pacientes refieren dolor nocturno. En la mayoría de los casos la ulcera péptica sigue un curso crónico recidivante con brotes sintomáticos de varias semanas de duración a menudo con una relación

¹⁹SEGHNP. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición: Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. Madrid: Editorial Ergón S.A.;2010- pag.89 N°2

estacional, seguidos de remisiones espontaneas con periodos libres de síntomas de meses o años. La anorexia y la pérdida de peso no son infrecuentes.

La exploración física en la ulcera no complicada suele ser normal o puede revelar dolor a la palpación profunda en el epigástrico, hallazgo que es totalmente inespecífico. Sin embargo, el examen físico puede reflejar la existencia de complicaciones. Así, la presencia de palidez cutaneomucosa sugiere una hemorragia, la palpación de un abdomen en tabla con signos de irritación peritoneal reflejar la existencia de una perforación y la presencia de bazuqueo gástrico en ayunas hará sospechar una estenosis pilórica.²⁰

El paciente muchas veces puede presentar dolor epigástrico al momento que el medico hace la palpación profunda, y con una notable palidez en el paciente se puede diagnosticar que hay alguna hemorragia interna.

5.2.3.3.1 Ulcera gástrica

Las ulceras gástricas son lesiones abiertas en la mucosa del estómago, mientras que el termino ulceras pépticas se aplica de las lesiones de la mucosa del conducto pilórico o más frecuentemente, del duodeno. La mayoría de las ulceras del estómago y del duodeno se asocian con la infección por una bacteria específica, helicobacter pylori.

Las personas afectadas de ansiedad crónica grave son más proclives al desarrollo de ulceras pépticas, debido a que con frecuencia tienen una tasa de

²⁰ ROZMAN, C. Compendio de Medicina Interna: Ulcera péptica. España: Elsevier, 2009-21 Pág.

secreción de ácido gástrico entre las comidas elevadas e incluso hasta 15 veces de lo normal.²¹

Se cree que el incremento de ácido gástrico y duodenal sobrepasa el nivel de bicarbonato normal producido en el duodeno y reduce la eficacia de la barrera mucosa; esto facilita la infección por helicobacter pylori.

La bacteria erosiona la barrera mucosa protectora del estómago, inflama la mucosa y la torna vulnerable a los efectos del ácido gástrico y las enzimas digestivas producidas por el estómago.

Si la ulcera erosiona las arterias gástricas, puede ocasionar una hemorragia grave. La mayoría de las úlceras son erradicadas, con cifras bajas de recurrencia, tras el tratamiento con antibióticos combinado con el uso de antiácidos.

Debido a que la secreción de ácido del estómago está controlada por los nervios vagos, la vagotomía se realiza para reducir la producción de ácidos en algunas personas con úlceras crónicas o recurrentes.

5.2.3.3.2 Cáncer al estómago

Hay diferentes tipos de cáncer que pueden ocurrir en el estómago, el más común el adenocarcinoma.

²¹ Keith L. Moore, Anne M. R. Agur, Marion E. Moore; Anatomía con orientación clínica: ulcera gástrica. 2007- 257pag.

El adenocarcinoma, que se refiere a la forma como se ve el cáncer bajo el microscopio, y existen diversos tipos, debido a que otras formas de cáncer gástrico se presentan con menos frecuencia, aquí nos centraremos en el adenocarcinoma.

El adenocarcinoma de estómago es un cáncer común del tracto digestivo que se presenta en todo el mundo. Ocurre con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años. (RICARD, François)

El diagnóstico de este tipo de cáncer a menudo se retrasa por la ausencia de síntomas en las etapas precoces de la enfermedad o por el autotratamiento de síntomas que pueden ser comunes a otros trastornos gastrointestinales menos graves, como distensión, gases y sensación de plenitud.

Los factores de riesgo de cáncer gástrico son: antecedentes familiares de esta enfermedad, infección por *helicobacter pylori*, grupo sanguíneo tipo A, antecedentes de anemia perniciosa, antecedentes de gastritis crónica atrófica, una enfermedad que disminuye el ácido gástrico, y antecedentes de pólipos gástricos adenomatosos.²²

El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente.

En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos, y sobrepasando

²²RICARD, François. Tratado De Osteopatía Visceral Y Medicina Interna: Sistema Digestivo. Madrid: editorial panamericana, 2008- 54 pág. N° 1

esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea, después de lo cual queda abierto virtualmente el camino a cualquier órgano del cuerpo.

Los síntomas del cáncer de estómago son:

- a. Pérdida de apetito
- b. dificultad al tragar en particular cuando se incrementa con el tiempo
- c. llenura abdominal vaga
- d. náuseas y vómitos
- e. vómitos con sangre
- f. dolor abdominal
- g. eructos excesivos
- h. excesos de gases
- i. pérdida involuntaria de peso
- j. mal aliento
- k. llenura abdominal prematura después de las comidas.²³

En los síntomas del cáncer la pérdida de apetito es muy común, presenta disfagia, llenura, el paciente tiene ganas de vomitar con cualquier cosa que coma, en el vómito puede presentar sangre, el dolor abdominal que siempre es característico, el paciente se llena de gases y eso produce que eructo de una manera excesiva, aparte de que la enfermedad de la ulcera gástrica produce halitosis también produce pérdida de peso.

5.2.3.4 ENFERMEDADES CRONICAS DEL INTESTINO

5.2.3.4.1 Enfermedad de Crohn

²³Hospital Luis Vernaza. Cáncer gástrico: reporte de un caso. En: Revistas médicas de nuestros hospitales. vol. 14 N°2 (marzo-abril 2008)

La causa fundamental de la enfermedad de Crohn es desconocida. Los datos sugieren que una predisposición genética conduce a una respuesta inmunológica intestinal no regulada a un agente ambiental, dietético o infeccioso. Sin embargo, no se ha identificado ningún antígeno provocador. Fumar cigarrillos parece contribuir a la aparición o la exacerbación de la enfermedad de Crohn.

La enfermedad se produce aproximadamente por igual en ambos sexos y es más frecuente entre los judíos. Aproximadamente uno de cada seis pacientes tiene al menos un familiar en primer grado con la misma enfermedad y, con menor frecuencia, con colitis ulcerosa. La mayoría de los casos se inician en pacientes 30 años, con una incidencia máxima entre los 14 y los 24 años de edad.²⁴

A lo largo de las últimas décadas, la incidencia de la enfermedad de Crohn ha aumentado en las poblaciones occidentales con origen étnico en el norte de Europa, en las anglosajonas o en poblaciones del Tercer Mundo, de raza negra o latinoamericana.

- a. **Aguda apendicular.** En el 20% de los casos simula un cuadro de apendicitis aguda que, la mayoría de las veces, obliga a efectuar una intervención quirúrgica. [...] Se corresponde con afectación apendicular de la enfermedad de Crohn en el 50% de los casos y/o con la participación ileal o colónica adyacente. Después de la apendicectomía, el 30% desarrolla enterofístulas, y un porcentaje similar, los síntomas clásicos o forma insidiosa de tipo diarreico.
- b. **Aguda oclusiva.** La enfermedad de Crohn suele diagnosticarse en la intervención quirúrgica por un cuadro obstructivo intestinal, tras meses o años de sintomatología no filiada. Se debe a la estenosis intestinal por inflamación transmural.
- c. **Diarreica o clásica.** Es la forma más frecuente y se caracteriza por la presencia insidiosa de deposiciones diarreicas, en número de 3-4 al día,

²⁴ VILASECA J. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Opciones del tratamiento médico. En: RODÉS J, ARROYO V, PIQUÉ JM (eds). Controversias en gastroenterología. Barcelona, Doyma, 2006; 275-279.

pastosas en las formas ileales o acuosas y con sangre en la afectación colónica.

- d. Forma tumoral.** Se determina fundamentalmente por el hallazgo semiológico de una masa alargada, poco desplazable y dolorosa en la fosa ilíaca derecha, con clínica previa o concomitante de diarrea y dolor abdominal intermitente.
- e. Forma febril.** Aparece en un tercio de los casos y en general, expresión de las complicaciones locales en forma de abscesos o fístulas.²⁵

5.2.3.4.2 Colitis ulcerativa idiopática

La causa de la colitis ulcerosa es desconocida. Los datos sugieren que una predisposición genética conduce a una respuesta inmunológica intestinal no regulada a un agente ambiental, dietético o infeccioso. Sin embargo, no se ha identificado ningún antígeno desencadenante.

Al igual que la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa puede afectar a personas de todas las edades, pero la curva de la edad de aparición muestra una distribución bimodal, con un máximo principal a las edades de 15 a 30 años y un segundo pico menor a las edades de 50 a 70 años; sin embargo, este pico posterior puede incluir algunos casos de colitis isquémica.²⁶

La evidencia de una etiología microbiana específica para la colitis ulcerosa es incluso menos convincente que en el caso de la enfermedad de Crohn, y la tendencia familiar es menor pronunciada. A diferencia de lo que ocurre en la enfermedad de Crohn, fumar cigarrillos habitualmente parece reducir el riesgo.

5.2.3.4.3 Síndrome de malabsorción intestinal.

²⁵ VARGAS V, ACCARINO A, EVOLE M, LIENCE E, GUARNER L. Manifestaciones articulares en la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Reumatol 2008; 15: 159-163.

²⁶ VILARDELL F. Enfermedades digestivas: colitis ulcerosas. Madrid: editorial CEA, 2005. Pág. 39

En la práctica clínica, el término malabsorción engloba los trastornos tanto de la captación y transporte de los nutrientes a través de la pared intestinal como las alteraciones de la digestión intraluminal que impiden su absorción normal.

Los procesos de digestión y absorción comprenden las fases siguientes:

- a. Fase luminal. En ella, las secreciones biliares y pancreáticas hidrolizan las grasas, las proteínas y los hidratos de carbono. Un déficit de tales secreciones produce malabsorción y diarrea.
- b. Fase mucosa. Durante esta fase se completa la hidrólisis de los principios inmediatos. Éstos se captan por el enterocito y se preparan para su transporte posterior. La lesión de la mucosa intestinal condiciona los trastornos de esta fase.
- c. Fase de transporte. Supone la incorporación de los nutrientes a la circulación sanguínea o linfática. La insuficiencia vascular o la obstrucción linfática impiden el transporte desde la célula intestinal a los órganos donde se lleva a cabo el almacenamiento y el metabolismo.²⁷

La mayoría de las enfermedades que producen malabsorción tienen un mecanismo fisiopatológico único, pero en ciertos casos varios de estos mecanismos contribuyen al desarrollo del cuadro malabsortivo.

5.2.3.4.4 Síndrome del intestino irritable.

Actualmente se habla de un término más amplio, no exclusivo del colon, denominado síndrome del intestino irritable (SII). Constituye una constelación de síntomas que el médico reconoce cuando hace una historia clínica. Consisten en dolor abdominal, alteración del ritmo deposicional y de forma más variable otros síntomas como hinchazón o distensión abdominal visible, una sensación de evacuación incompleta y mucosidad en las heces.

²⁷REGADERA PÉREZ, Mateo. Enfermedades del aparato digestivo En: Rozman, Farreras. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A, 2005 cap. 26

No existe una explicación fisiopatológica clara. El intestino del paciente no está funcionando bien y la tecnología actual no puede determinar de forma precisa la anomalía ni existe prueba alguna que ayude al médico a hacer el diagnóstico. El secreto del éxito con el SII es reconocerlo de forma rápida y segura. Esto se consigue principalmente con la historia clínica.

Uno o más de los síntomas siguientes están con frecuencia presentes y se pueden emplear para identificar los distintos subgrupos del SII (predominio de estreñimiento, predominio de diarrea y ritmo alternante). No son esenciales para el diagnóstico, pero dan confianza al médico para decidir que el dolor abdominal es de origen intestinal.

Cuantos más síntomas estén presentes, más seguro será el diagnóstico:

- Frecuencia anormal de defecaciones (3 días o 3 semanas).
- Forma anormal de las heces (caprinas duras o sueltas acuosas).
- Ritmo de defecación anormal (urgencia o sensación de evacuación incompleta).
- Eliminación de mucosidad.
- Hinchazón o sensación de distensión abdominal.

Signos y síntomas de alarma que obligan a descartar enfermedad orgánica: historia familiar de enfermedad intestinal inflamatoria o cáncer de intestino, rectorragia, pérdida de peso, diarrea continua, distensión constante y reciente, anemia y fiebre.

5.2.3.4.4.1 Tratamiento

Una vez el médico está razonablemente seguro del diagnóstico, el paciente debe recibir la explicación sobre qué le pasa y el médico debe dejar bien claro que los síntomas no son de un cáncer ni de otra enfermedad grave, que tienden a ser crónicos o recurrentes a lo largo de la vida y que no aumenta el riesgo de desarrollar cualquier otra enfermedad. Es útil describir al intestino como sensible o excitable porque reacciona excesivamente a situaciones diarias como el estrés, la comida o la defecación o a estimulantes intestinales como la cafeína, los laxantes y los fármacos.²⁸

5.2.3.4.5 AMEBIASIS

Tras la ingestión de quistes contenidos en alimentos y aguas contaminadas o por déficit de higiene en manos, los trofozoítos eclosionan en la luz intestinal y colónica, y pueden permanecer en ese lugar o invadir la pared intestinal para formar nuevos quistes tras bipartición, que son eliminados al exterior por la materia fecal y volver a contaminar agua, tierra y alimentos.

En el proceso de invasión de la mucosa y submucosa intestinal, producen ulceraciones responsables de parte de la sintomatología de la amebiasis, así como la posibilidad de diseminación a distancia y afectación de otros órganos diana (absceso hepático).

Clínica: muy variada, desde formas asintomáticas hasta cuadros fulminantes:

a) Amebiasis asintomática: representa el 90% del total.

²⁸GASTEIZ, Vitoria, Manual de terapéutica en atención primaria: síndrome de intestino irritable. Colon irritable. Vasco: EuskoJaurlaritzaren, 2006.P.90-91 n°3

b) Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco, con volumen de la deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico.

c) Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud postprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborigmos.²⁹

Se ha establecido que las amebas de vida libre producen en el hombre enfermedades de curso diverso; desde cuadros agudos y fatales con componentes de predominio necrótico a enfermedades crónicas con reacción inflamatoria granulomatosa.

Las características de las enfermedades humanas producidas por estas amebas sólo han sido reconocidas durante los últimos 30 años, ya que el número de humanos infectados por amebas de vida libre es bajo en relación al número de pacientes con *Entamoeba histolytica*. Debemos considerar a las amebas de vida libre como agentes infecciosos emergentes, tanto patógenos primarios como oportunistas, cuyo diagnóstico resulta muy difícil desde el punto de vista clínico y morfológico.³⁰

5.2.3.5 ENFERMEDADES DEL ESOFAGO

5.2.3.5.1 Reflujo gastroesofágico

²⁹MEDINA CLAROS, Antonio F. Parasitosis intestinales. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Madrid: Protocolos de la AEP, 2009.p.76

³⁰ODDÓ, David. Infecciones por amebas de vida libre: Comentarios históricos, taxonomía y nomenclatura, protozoología y cuadros anátomo-clínicos. En: Revista Infectología al día. (Abril 2006)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es usualmente una patología de por vida que requiere tratamiento a largo plazo. Representa el 75% de las enfermedades que se producen en el esófago e implica un reflujo del contenido gástrico [...] la ERGE no puede diagnosticarse exclusivamente por los síntomas, ya que pacientes con cuadros clínicos similares pueden presentar acalasia, espasmo esofágico difuso, gastritis, ulcera duodenal, cáncer esofágico o enfermedad coronaria. Los pacientes también pueden presentar síntomas atípicos y consultar a diversos médicos antes de establecer el diagnóstico correcto. En esta dolencia puede revelarse esofagitis [...] el mejor método para determinar la presencia de ERGE es la pH-metría de 24 horas.

La ERGE es una enfermedad crónica y habitualmente no progresiva, aunque a veces aparecen complicaciones como erosiones esofágicas pépticas, ulceraciones, estenosis, esófago de Barrett y adenocarcinoma de esófago. La progresión de una complicación a otra no se establece claramente a lo largo del *continuum* de ERGE, aunque existe una progresión clara de la complicación grave del esófago de Barrett a adenocarcinoma esofágico.³¹

5.2.3.5.2 Cáncer Esofágico

Es un tumor maligno (canceroso) del esófago, el tubo muscular que transporta el alimento desde la boca hasta el estómago. El cáncer esofágico se presenta con mayor frecuencia en hombres mayores de 50 años y afecta a menos de 5 personas por cada 100.000.

Hay dos tipos: carcinoma escamoso y adenocarcinoma; los dos tipos lucen diferentes el uno del otro bajo el microscopio, el cáncer escamoso está

³¹FLOCH, Neil. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: FLOCH, Martin. Netter gastroenterología. Madrid: Masson, 2006.p.70

asociado con el tabaquismo y el consumo de alcohol y La enfermedad del reflujo gastroesofágico (GERD), es un factor de riesgo para el desarrollo del adenocarcinoma del esófago.³²

5.2.3.5.3 Acalasia

La acalasia representa un trastorno motor del musculo liso esofágico y afecta la fase torácica y abdominal del esófago. En la acalasia, el cuerpo esofágico pierde las contracciones peristálticas y el esfínter esofágico inferior no se relaja normalmente en respuesta a la deglución.

La acalasia afecta a pacientes de todas las edades y de ambos sexos. Sus síntomas fundamentales son disfagia, dolor torácico, y regurgitación.³³

5.2.3.5.4 Esofagitis herpética

Las esofagitis infecciosas suelen ocurrir en pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en pacientes con SIDA. Su origen puede ser vírico, bacteriano, micótico o parasitario.

Otros tipos de esofagitis no infecciosas incluyen la secundaria a radiación y a escleroterapia de las varices esofágicas, la esofagitis cáustica, la esofagitis farmacológica y la que aparece en enfermedades mucocutáneas o sistémicas.

La esofagitis herpética es una infección poco frecuente en pacientes inmunocompetentes y probablemente por ello sea infravalorada en este tipo de

³² ENTREVISTA con el Dr. Carlos Almeida, cirujano digestivo del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo. Ecuador, 06 de enero del 2012

³³GOYAL, Raj K. Enfermedades del esófago En: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison principios de medicina interna. México: Mac Graw Hill, 2009. pág. 1849-1850

pacientes; sin embargo, en la literatura encontramos revisiones de incluso 64 casos de esofagitis herpética en huéspedes inmunocompetentes.³⁴

5.2.3.6 ENFERMEDADES HEPATICAS

5.2.3.6.1 Cirrosis hepática

El término cirrosis procede del griego y significa duro.

La aplicación de dicho nombre a esta enfermedad se debe a que los médicos antiguos se percataron del aumento de la consistencia del hígado.

Posteriormente se fue conociendo que la dureza del órgano se produce debido a una alteración que es fundamental para que se desarrolle la cirrosis: la fibrosis hepática, responsable de todas las alteraciones ligadas a esta enfermedad.

Esta fibrosis consiste en el depósito en el hígado de colágeno, el mismo material que se produce en las cicatrices y, para que se pueda hacer el diagnóstico de cirrosis, tiene que tener unas características concretas: que delimite nódulos, es decir, que aisle áreas de tejido hepático, alterando la arquitectura del órgano y dificultando la relación entre los hepatocitos y los finos vasos sanguíneos a través de los cuales ejercen su función de síntesis y depuración y también con los que le aportan su nutrición.³⁵

5.2.3.6.2 Hepatopatía crónica

³⁴UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA <http://www.veterinaria-online.com.ar/libros-gratis/causas-sistemicas-de-odinofagia-pdf-2.html> (citado en marzo 2006)

³⁵REINA José Aguilar. cirrosis hepática. En: SALMERÓN, Javier y PLANAS, Ramón. Enfermedades Hepáticas Consejos prácticos. Mallorca: Permanyer, 2007.p.73 cap. 9

La isoniazida, la metildopa y la nitrofurantoína pueden producir un daño hepático progresivo indistinguible de la hepatitis crónica. La afección puede iniciarse como una hepatitis aguda o de manera más insidiosa, puede evolucionar a cirrosis. (PHILLIPS RG)

También se ha descrito un cuadro parecido a la hepatitis crónica con cicatrización en pacientes que utilizan prolongadamente el paracetamol en dosis tan bajas como de 3 g diarios; los alcohólicos parecen particularmente susceptibles, y el trastorno debe sospecharse en alcohólicos con niveles de aminotransferasas desusadamente altos, sobre todo la AST (los valores superan sólo excepcionalmente las 300 UI en la hepatitis alcohólica aislada).

El fármaco cardiológico amiodarona produce a veces una lesión hepática crónica que imita histológicamente la hepatopatía alcohólica, incluida la presencia de cuerpos de Mallory; un factor de la patogenia es la fosfolipidosis de la membrana.

Ya se ha mencionado antes que la clorpromazina puede producir en raras ocasiones una colestasis crónica con cirrosis biliar. La infusión intraarterial hepática de la quimioterapia, especialmente con floxuridina, puede dar por resultado un síndrome parecido a la colangitis esclerosante primaria.³⁶

Una considerable cantidad de datos asocia el uso de anticonceptivos orales no sólo con la colestasis, sino también con el desarrollo ocasional de adenomas hepáticos benignos y, excepcionalmente, con el carcinoma hepatocelular (v. en cáncer hepático primario). La hiperplasia nodular focal, una lesión

³⁶ PHILLIPS RG, mecanismos en el intestino delgado. En: VS CHADWICK, de (eds). Intestino delgado. Londres, Butterworths, 2009; 73-96.

hamartomatosa parecida al adenoma, puede también aumentar de tamaño con el uso de anticonceptivos orales, aunque la asociación no parece etiológica.

Generalmente los adenomas y la hiperplasia nodular focal son subclínicos, pero pueden presentarse en forma de una ruptura y hemorragia intraperitoneal brusca que requieren una laparotomía urgente. Formando parte de una tendencia general incrementada a la coagulación, puede presentarse también una trombosis de la vena hepática con un síndrome de *Budd-Chiari* en mujeres que toman anticonceptivos orales.³⁷

Estos fármacos aumentan también la litogenicidad de la bilis, con la consecuencia de un aumento de incidencia de cálculos biliares.

5.2.3.6.3 Hepatitis

La mayoría de los pacientes con hepatitis vírica aguda no precisan ingreso hospitalario y pueden permanecer en el domicilio. En la fase aguda de la enfermedad se recomienda reposo aunque no es imprescindible para la recuperación clínica. La dieta puede ser libre y variada.

En las primeras semanas suele existir una pérdida del apetito y de peso pero al mejorar la sintomatología clínica, los pacientes recuperan o incluso ganan peso.

Se recomienda evitar los fármacos que se metabolizan a nivel hepático, especialmente los sedantes y los antieméticos, ya que pueden provocar alteraciones en el nivel de conciencia y dificultar el diagnóstico de hepatitis fulminante.

³⁷ CROWE SE, MH de PERDUE. Comida gastrointestinal la hipersensibilidad: Básicos Mecanismos de patosicología 2006 de gastroenterología; 103: 1.075-1.095.

El aislamiento del enfermo en su domicilio o en el hospital no es necesario. En los casos de hepatitis aguda de contagio fecal oral, hepatitis A y E, no se recomienda utilizar medidas estrictas de aislamiento entérico. En la fase sintomática de la enfermedad, la mayoría de los pacientes no excretan virus o lo hacen en pequeñas cantidades, en las heces, por lo que se recomiendan las medidas generales de higiene.

En las hepatitis agudas de transmisión parenteral, hepatitis B, C y D, se recomienda evitar el contacto directo con sangre o secreciones utilizando guantes y las medidas higiénicas habituales.

En los casos de hepatitis grave se recomienda el ingreso hospitalario. Los criterios de ingreso hospitalario son la intolerancia a la ingesta hídrica por vómitos de repetición, la presentación de un trastorno importante de la coagulación y la alteración del nivel de conciencia.

En los casos de sospecha de hepatitis fulminante se recomienda el ingreso en un centro que disponga de una unidad de trasplante hepático.

5.2.3.6.3 Tratamiento específico

Hepatitis A y E. No existe ningún tratamiento específico para las hepatitis agudas A y E. La evolución a la cronicidad en ambos casos es nula y no se ha demostrado la eficacia de los tratamientos antivirales en el acortamiento de la enfermedad.

En la hepatitis aguda B grave, con ictericia importante, el tratamiento con lamivudina (100 mg. día) podría disminuir la mortalidad. Además, en los pacientes con hepatitis aguda grave candidatos a trasplante hepático, el tratamiento previo al trasplante con lamivudina evita o disminuye de forma considerable el riesgo de reinfección y por consiguiente la morbilidad y mortalidad postrasplante.

A la cronicidad es elevado, aproximadamente del 70%, por lo que es útil en la hepatitis aguda C el riesgo de evolución disponer de un tratamiento específico que evite la progresión de la enfermedad a la cronicidad. El interferón se ha mostrado eficaz administrado durante 3 a 6 meses.

El tratamiento con 3 ó 6 millones de unidades de interferón diario o tres veces por semana es capaz de disminuir la tasa de evolución a la cronicidad. Sin embargo no está todavía bien definida la pauta terapéutica idónea ni el mejor momento de inicio del tratamiento.³⁸

5.2.3.6.4 Encefalopatía hepática

La encefalopatía hepática es un trastorno mental que aparece como consecuencia de un malfuncionamiento hepático.

Se caracteriza por la alteración de las funciones cognitivas, como son la capacidad de razonar, estar despierto, mantener la atención o controlar el movimiento de las manos, y es variable en función de la intensidad de la encefalopatía. Su manifestación fundamental es la disminución del nivel de conciencia.

³⁸RAFAEL, Esteban. Actitud terapéutica ante un paciente con hepatitis aguda. Tratamiento general. LAPUERTA, Joaquín Berenguer et5 al. Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares. Madrid: ELBA S.A., 2010.p.17-18 cap. 1

Las manifestaciones neurológicas suelen ser episódicas, aparecen de forma brusca, duran unos días y desaparecen tras el tratamiento. Esta forma de encefalopatía aguda habitualmente está precipitada por algún factor, como una infección, estreñimiento o una hemorragia digestiva.

En otras ocasiones las manifestaciones neurológicas pueden ser persistentes, en cuyo caso suelen ser leves. Las manifestaciones neurológicas de la encefalopatía hepática leve suelen consistir en dificultad para concentrarse y mantener la atención, mientras que en las formas graves aparece coma.

La encefalopatía hepática puede complicar tres tipos de enfermedades hepáticas:

- a) Hepatitis aguda fulminante.
- b) Derivación de sangre portosistémica, bien sea por una malformación congénita o una intervención quirúrgica.
- c) Cirrosis hepática, que es la forma más frecuente con gran diferencia de enfermedad hepática grave que ocasiona encefalopatía.

En estas enfermedades existen otras manifestaciones propias de la lesión hepática, como alteraciones en la coagulación o la presencia de ictericia (un tinte amarillento en la piel y los ojos), que indican que el hígado no realiza de forma adecuada sus funciones de producción de algunas sustancias, como los factores de coagulación, o de eliminación de otras sustancias, como la bilirrubina.

La encefalopatía hepática aparece como consecuencia del incremento de la concentración en sangre de sustancias que en condiciones normales son depuradas por el hígado. Los mecanismos que conducen a su incremento en sangre son la disminución de la función hepática (insuficiencia hepatocelular) o la presencia de colaterales portosistémicas.³⁹

5.2.3.6.5 Ascitis

La ascitis es la acumulación de líquido en el abdomen. En la mayoría de ocasiones se produce como consecuencia de una enfermedad del hígado, generalmente la cirrosis hepática; sin embargo, puede aparecer también como consecuencia de enfermedades cardíacas, renales, tumores malignos con metástasis en peritoneo (membrana que envuelve los órganos intraabdominales) e infecciones peritoneales (especialmente la tuberculosis).

En la mayoría de ocasiones la causa de la ascitis es fácilmente diagnosticada mediante la exploración del paciente por el médico o tras unos análisis rutinarios; sin embargo, a veces el diagnóstico de la causa de la ascitis es difícil, precisando exploraciones dirigidas a observar los órganos intraabdominales y el peritoneo (laparoscopia) y biopsia peritoneal.

La cantidad de ascitis varía considerablemente de un paciente a otro. A veces el volumen es tan escaso que sólo se detecta mediante técnicas de imagen como la ecografía o la TAC (tomografía axial computarizada); sin embargo, en otras ocasiones pueden acumularse más de 10 l. La ascitis no es clínicamente detectable (por el paciente o el médico) cuando su volumen es inferior a 1-2 l.

³⁹CARDONA, Juan Córdoba y ROMERO GÓMEZ Manuel. Encefalopatía hepática. En: SALMERÓN, Javier y PLANAS, Ramón. Enfermedades Hepáticas Consejos prácticos. Mallorca: Permanyer, 2007.p.107-108 cap. 13

La ascitis consiste fundamentalmente en una solución de agua, cloruro sódico y otros electrolitos (potasio, bicarbonato) en concentraciones similares al plasma sanguíneo (sangre sin células: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). De hecho, la ascitis no es otra cosa que plasma filtrado en exceso desde los capilares (vasos sanguíneos microscópicos) del hígado y del peritoneo. La concentración de proteínas en líquido ascítico es muy inferior a la del plasma en las enfermedades del hígado.⁴⁰

5.2.3.7 El consumo de tabaco y alcohol

Las diferencias existentes en los estilos de vida de las diversas poblaciones a nivel mundial pudieran desempeñar un papel importante en el riesgo de desarrollo de CCR; así el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física y la obesidad, constituyen por sí solos y también asociados, factores de riesgo para el desarrollo del CCR.

La exposición a los productos derivados del tabaco de forma temprana, se asocia con un riesgo aumentado para el desarrollo del carcinoma colorectal.

Así por ejemplo, es bien conocido que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo, tanto en hombre como en mujeres, para el desarrollo de cáncer de colon y de recto. Un reciente análisis conjunto de 8 estudios de cohorte, que incluía medio millón de personas de 5 países distintos, mostró que el riesgo estaba aumentado a partir de un consumo de 30 gramos de alcohol por día, y era independiente del tipo de bebida consumida.⁴¹

⁴⁰ DEL ÁRBOL, Luis Ruiz. Ascitis. En: SALMERÓN, Javier PLANAS, Ramón. Enfermedades Hepáticas Consejos prácticos. Mallorca: Permanyer, 2007.p.83-84 cap. 10

⁴¹Rodrigo y Riestra. Dieta y cáncer de colon: Influencia del estilo de vida: consumo de tabaco y alcohol, actividad física y obesidad En: Revista española de enfermedades digestivas. Vol. 99, N.º 4 (Abril 2007); pág. 185

5.3 PATOLOGIAS BUCALES

Definición

Las patologías bucales se presentan generalmente por algunas razones, por el engrosamiento de la capa superficial de queratina que es cuando la lesión no desaparece al frotar, por la acantosis epitelial y el edema de las células epiteliales. Hay muchas patologías bucales que se pueden referir como lesiones mucosas o superficiales, enfermedades vesiculares, como trastornos ulcerativos, lesiones blancas rojas y azules. También se presentan como pigmentaciones de los tejidos bucales y peri bucales.⁴²

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).⁴³

5.3.1 Localización de las patologías en la boca

La identificación de las manifestaciones orales en las enfermedades del aparato digestivo resulta de suma utilidad, pues a menudo permite verificar las sospechas diagnósticas.

Las ulceraciones de la mucosa bucal, o aftas, suelen presentarse como lesiones, a menudo inespecíficas, de unos 2-3 mm de diámetro, redondeadas, de fondo amarillento y bordes enrojecidos. Son dolorosas y en la mayoría de los casos idiopáticas, aunque se ha postulado una causa inmunológica o vírica.⁴⁴

⁴² REGEZI, Joseph A. y Sciubba, James. Oral Patology. Estados Unidos: Editorial Elsevier Health, 2005-9

⁴³ <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>

⁴⁴ FERNÁNDEZ y CORUGEDO, Pérez, Exploración del aparato digestivo: manifestaciones orales de las enfermedades gastrointestinales En: Rodés Teixidor y Guardia Massó et5 al. Medicina interna. Barcelona: Masson S.A. 2009 p. 522

Son indistinguibles de las que se asocian a deficiencia de ácido fólico, o las que se presentan en la enfermedad de Crohn, síndrome de *Behçet*, síndrome de *Reiter* o mononucleosis infecciosa, y con frecuencia desaparecen en 2 o 3 semanas.

Cuando la queilitis o inflamación de los labios afecta las comisuras bucales (queilitis angular), se manifiesta como fisuras verticales u horizontales y se asocia a deficiencias de nutrición.

La gingivitis o inflamación de las encías puede llegar a destruir el ligamento periodontal y ocasionar desinserción de los dientes. (Fernandez y Corugedo 44)

Los cálculos subgingival hacen referencia a depósitos calcificados que se presenta por debajo del margen en la encía normal o por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales en caso de periodontitis.⁴⁵

5.3.2 Caries dental

Es una enfermedad infecciosa transmisible de los dientes que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado se produce desmineralización de la porción mineral y la disgregación de su parte orgánica, referentes consustanciales de la dolencia.⁴⁶

También podemos decir que es una lesión odontógena, la cual es una enfermedad destructiva de las estructuras anatómicas del diente, presentándose con una alta tasa de incidencia, lo que la convierte en una de las

⁴⁵ LINDHE, Lang. Karting. "Peiodontología clínica e implantología odontológica". Editorial médica, panamericana. Edición. 5°. Cáp. 18. Pág. 423

⁴⁶ PÉREZ QUIÑÓNEZ, José Alberto, "Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar." editorial medica panamericana 2006 Pág. 43.

enfermedades más frecuentes de la especie humana en la era de las civilizaciones modernas. Constituye la principal causa de la pérdida de dientes en la población joven.

5.3.3 Erosión dental

Durante la década pasada la comunidad dental ha mostrado una creciente preocupación por el desgaste dental erosivo, especialmente en niños y adolescentes. Esta preocupación se basa en observaciones clínicas, junto con reportes de muchos países que han observado no sólo una alta prevalencia, sino también un posible aumento de la ocurrencia y severidad de la erosión dental.

En el individuo joven la literatura señala un ascenso global en el alto consumo de refrescos como el factor más significativo en el desarrollo de la erosión dental. Otros factores tales como los cambios en la forma de vida, una fuerte percepción de la importancia de la imagen corporal para obtener el éxito y las enfermedades crónicas son otras razones posibles de un predominio cada vez mayor de la erosión dental.

El desgaste dental tiene una etiología multifactorial y es un resultado de la acción concurrente de diversos mecanismos y factores sobre los dientes en el ambiente bucal. La erosión dental es uno de estos componentes y es definida como una pérdida de sustancia dental por un proceso químico que no implica a las bacterias. Además de la erosión, la atrición dental y la abrasión pueden ocurrir en la misma o en diversas ocasiones sumándose a la complejidad del fenómeno del desgaste.⁴⁷

⁴⁷ JOHANSSON, Ann-Katrin. Erosión Dental. En: KOCH, Göran y Poulsen, Sven. Odontology Pediatric. USA: edition Wiley Blackwell N° 2, 2009-pag. 122-123

Los estudios han mostrado que sin el pre-ablandado del tejido duro dental por el ácido, el efecto del desgaste y de la abrasión es disminuido enormemente.

La erosión dental es por lo tanto observada como el factor más importante en el desarrollo del desgaste y de la atrición dental, con la abrasión considerada como de menor significancia.

5.3.4 ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Definición

Las aftas son úlceras pequeñas, dolorosas y poco profundas que aparecen en el tejido de la boca. Pueden presentarse como lesiones individuales o en grupo y normalmente afecta al tejido de mejillas, lengua y el interior de los labios.

Aparecen después de un traumatismo superficial de la boca (un mordisco en la mejilla o lengua) o acompañado de otra enfermedad. Se desconoce la causa que provoca las aftas ulcerosas. Las llagas suelen curarse en el transcurso de una semana o 10 días.⁴⁸

Probablemente sean las aftas “ulceraciones orales de etiología desconocida o recurrente”, las lesiones más frecuentes de la mucosa oral.

Se ha asociado algunos factores predisponentes como el estrés, traumatismos, ciertos alimentos, bacterias y o virus.⁴⁹

Las úlceras bucales pueden ser dolorosas hasta el punto de interferir en la alimentación y la calidad de vida. No deje de lado las llagas que sean demasiado molestas, grandes, recurrentes, que no se curen o que

⁴⁸RICHARDSON, Michael. “Enciclopedia de la salud”: estomatitis aftosa. España: Editorial Amat., 2005-167 pág. cap.19

⁴⁹ BASCONES, Antonio. “Periodoncia Clínica e Implantología Oral”. España. Ediciones Avances médicos dentales. Capítulo 24. 2009-Pág. 335.

aparezcan en racimos. Para quienes no las sufren, las aftas pueden parecer poca cosa, pero las personas que las tienen que soportar saben muy bien lo incómodas que pueden resultar.⁵⁰

5.3.4.1 Epidemiología de la estomatitis aftosa recurrente

Estudios epidemiológicos más actuales indican que la prevalencia de la EAR oscila entre el 2 y el 50 % en la población general, con un estimado total de entre 5 y 25 %. La edad promedio de presentación está entre los 19 y 20 años y su presencia no guarda relación con la ubicación geográfica ni con la raza.

Existe un discreto predominio en el sexo femenino, aunque muchos autores señalan que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro.

5.3.4.2 Etiología

Múltiples son las teorías que tratan de explicar la acción de diferentes agentes etiológicos de la EAR. Mundialmente se acepta como un proceso multifactorial, con una alteración inmunológica de base, unida a múltiples factores precipitantes.

Dentro de los agentes etiológicos propuestos se encuentran:

- a. Alteraciones sistémicas y locales de la mucosa bucal.
- b. Alteraciones genéticas.

⁵⁰PORTER, Lucinda. Tratamiento de los Efectos Secundarios: Ulceras bucales. En: Revista HCV Advocate. Versión 1.0 (Feb.2005)

- c. Alteraciones inmunológicas.
- d. Factores infecciosos.
- e. Carencias o déficit de vitaminas y minerales.

Estos se consideran como potenciales agentes en la patogenia de la EAR, sin embargo, hasta la actualidad, no existe ningún agente etiológico específico, pero se reportan determinadas situaciones que pueden derivar hacia la EAR denominados agentes desencadenantes, tales como:

- a. Psicológicos: estrés, ansiedad, depresión.
- b. Alimentarios: cítricos, tomates, uvas, melón, chocolate, nueces y queso.
- c. Estados carenciales: hipovitaminosis, déficit de minerales.
- d. Procesos endocrinológicos: fase premenstrual, diabetes mellitus, etc.
- e. Cese del tabaquismo (disminución de la hiperqueratinización de la mucosa oral).
- f. Agentes infecciosos: bacterianos, virales y micóticos, entre otros, los cuales están más relacionados con la sobreinfección y el mantenimiento de las aftas previamente establecidas.⁵¹

⁵¹ Policlínico "Carlos Manuel Portuondo" Instituto de Gastroenterología; Estomatitis aftosa recurrente. Actualización; Dr. José A. Pacho Saavedra y Dr. Felipe N. Piñol Jiménez; http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est06105.htm

5.3.4.3 CLASIFICACIÓN

5.3.4.3.1 Estomatitis aftosa recidivante

La estomatitis aftosa recidivante (EAR) es una enfermedad frecuente en humanos. Debido de la cavidad oral, la EAR es la afección más frecuente de los tejidos blandos de las mucosas. Afecta, aproximadamente, del 15 al 20% de la población mundial parece más frecuente en Norteamérica, donde ciertos grupos socioeconómicos y de edad presentan incidencias de casi un 40%. En los países angloparlantes sus lesiones se conocen vulgarmente como *canker sores*, y se confunden a menudo con infecciones recidivantes por herpes simple.

La EAR resulta un enigma para los investigadores, ya que lesiones clínicas asociadas con gran número de procesos locales y sistémicos muy dispares muestran los mismos rasgos histopatológicos esto ha hecho que muchos investigadores consideren las lesiones de la EAR como una manifestación mucosa común de múltiples procesos patológicos diferentes, mediados todos ellos por el sistema inmunitario.

En algunos trastornos se observan lesiones similares en las superficies mucosas anogenitales. En la cavidad oral, la EAR presenta tres formas clínicas distintas: estomatitis aftosa menor, estomatitis aftosa mayor y úlceras herpetiformes.

La EAR se asocia también con trastornos gastrointestinales crónicos y otros trastornos sistémicos.

Las úlceras aftosas suelen diagnosticarse a partir de signos y síntomas clínicos. Puesto que no existen pruebas de laboratorio fiables.

Durante una breve fase pretilcerosa se observa un sutil cambio microscópico específico que a veces, resulta útil.

Una vez producida la ulceración, los cambios tisulares son inespecífico similares a los de úlceras secundarias a muchas otras causas.

5.3.4.3.2 Estomatitis aftosa menor

Son pequeñas úlceras superficiales, dolorosas de la mucosa oral glandular que aparecen con cierta frecuencia y episódicamente en brotes de una a cinco lesiones.

La estomatitis aftosa menor es la forma clínica de casi todas las lesiones de la EAR. Las otras formas, estomatitis aftosa mayor herpetiforme, se manifiestan en conjunto en menos del 5% de las ocasiones.

Las lesiones orales de la EAR aparecen en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez.

Durante un ataque pueden seguir apareciendo lesiones durante un período de 3 a 4 semanas, durando cada una de ellas entre 10 y 14 días. Las úlceras se localizan en la mucosa glandular, respetando habitualmente las encías, el paladar duro y el dorso de la lengua.

Las lesiones son redondas, pero pueden ser elípticas si se localizan en una cresta o pliegue lingual.

Son pequeñas, con un diámetro de 0,5 mm a 1 cm. superficiales, con bordes marcados y crateriforme, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Los pacientes se quejan de dolor desproporcionadamente intenso para el tamaño de la lesión.

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones son las superficies mucosas de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores. Otras localizarnos menos frecuentes son los bordes ventral y lateral de la lengua y el suelo anterior de la boca.⁵²

5.3.4.3.3 Estomatitis aftosa mayor

Es menos frecuente pero más severa produce dolor intenso. Se localiza frecuentemente en las mucosas labiales, yúgales, lenguas, y zonas del istmos de las fauces. Se caracteriza por 1 a 2 lesiones grandes de 1 cm que cura dejando cicatriz.⁵³

5.3.5 GLOSITIS

La Glositis o lengua geográfica, es un término descriptivo que se aplica cuando la lengua presenta un aspecto de mapa, ocasionado por parches irregulares denudados en su superficie.

⁵²SAPP, Philip Patología oral y maxilofacial contemporánea: Trastornos mediados por proceso inmunitario. Madrid: edición elsevier, 2005 Pág., 245-248 n°2

⁵³ BASCONES, Antonio. "Periodoncia Clínica e Implantología Oral". España. Ediciones Avances médicos dentales. 2009. Capítulo 24. Pág. 335.

La lengua geográfica puede ser ocasionada por alergias y por irritación local de una pequeña porción lingual a raíz de la ingestión de alimentos calientes o picantes, alcohol, tabaco y otros irritantes locales.

El patrón de las manchas que aparecen en la superficie lingual puede cambiar rápidamente y resulta de la pérdida de papilas gustativas (pequeñas proyecciones digitiformes en la superficie lingual), que provocan la formación de máculas en algunas áreas de la lengua, dándole un aspecto de mapa geográfico. Estas áreas desprovistas de papilas se denominan áreas denudadas, las cuales pueden permanecer en la lengua durante más de un mes. En algunas ocasiones, se reporta la presencia de irritación lingual leve.⁵⁴

Otros factores relacionados que se han citado son el tabaco, el uso de prótesis dental y pequeños traumatismos. Se considera como un proceso disembrioplásico sobre el que la acción mecánica de masticación y deglución provoca la lesión, en la que pueden surgir después otras complicaciones o sobreinfecciones (candidiasis crónica o incidentalmente nevus pigmentado).⁵⁵

Es una placa asintomática de forma redondeada o en rombo, de coloración rojiza intensa o rosada debido a la atrofia o ausencia de papilas filiformes y de límites perfectamente diferenciados del resto de la lengua, de consistencia firme.

Puede presentarse de dos formas clínicas distintas: plana y mamelonada, hiperplásica o exofítica, que puede sobre elevarse hasta 2-5mm. En ocasiones, puede aparecer fisurada o lobulada.

⁵⁴ <http://www.epidemiologiaescobar.blogspot.com/2010/07/glositis-geografica-benigna.html> (citado el jueves 29 de julio de 2010)

⁵⁵ <http://www.glositisromboidal.com>

5.3.5.1 Tratamiento de la glositis

En el tratamiento no farmacológico evitar irritantes primarios, como alimentos calientes, especias, tabaco o alcohol.

El tratamiento agudo varía según la etiología de la glositis.

- a. Mala nutrición con avitaminosis: multivitamínicos.
- b. Candidiasis: fluconazol 200 mg el primer día, seguidos de 100 mg/día durante al menos dos semanas, doscientos mil pastillas disueltas lentamente en la boca cuatro o cinco veces diarias durante 10-14 días.
- c. Lesiones orales dolorosas: lavado de la boca con lidocaína viscosa al 2%, una o dos cucharadas según demanda cada cuatro horas; triancinoloma al 0.1% se aplica a las úlceras dolorosas según demanda para alivio sintomático.

Y en el tratamiento crónico:

- a. Cambios de costumbres vitales, eliminando el tabaco, el alcohol y otros irritantes primarios.
- b. Valoración odontológica para corrección de las alteraciones metabólicas asociados, como la hiperglucemia en la diabetes mellitus.⁵⁶

5.3.5.2 Glositis en las enfermedades crónicas del intestino

La glositis o inflamación de la lengua produce hipertrofia papilar y posteriormente atrofia, que lleva a inflamación e ingurgitación, lo cual da un aspecto eritematoso o enrojecido a la lengua y puede producir pequeñas hemorragias o ulceraciones. Hay que distinguirla de la lengua blanca o saburral ocasionada por una acumulación de células descamadas, bacterias y restos alimentarios.

Las manifestaciones orales de la enfermedad inflamatoria intestinal son especialmente relevantes. La enfermedad de Crohn cursa con mayor número de estas manifestaciones que la colitis ulcerosa y se acompaña de gran variedad de lesiones orales, algunas de las cuales obedecen al mismo

⁵⁶FRED, F. Ferri. Ferri consultor clínico: claves diagnósticas y tratamiento; 2006 Pág. 379

origen causal que la enfermedad o a déficit de hierro, ácido fólico o vitamina B12 consecutivas a la malabsorción acompañante.⁵⁷

Estas lesiones aparecen independientemente de los brotes de actividad intestinal. Un lugar primordial ocupan las úlceras aftosas, indistinguibles de las aftas idiopáticas o las que aparecen en la esteatorrea idiopática o en el espruetropical.

Otras veces son granulaciones eritematosas de las encías o glositis con aparición de adenopatías regionales.

5.3.5.3 Lengua saburral o lengua blanca

La lengua se mantiene limpia y con un color normal gracias a la acción de limpieza de la saliva, la acción mecánica de la masticación, la flora oral habitual y una nutrición adecuada.

Por consiguiente, cuando la secreción de saliva es insuficiente, el régimen dietético obvia la masticación, se altera la flora bacteriana o cuando existe un déficit de determina las vitaminas para la conservación del epitelio normal, puede cambiar el aspecto normal de la lengua. Puede recubrirse de partículas de alimentos, de células epiteliales que se desprenden y de exudados inflamatorios pueden depositarse en su superficie crecimientos fúngicos.

⁵⁷ ABREU L, Gastroenterología endoscopia diagnostica y terapéutico A. Fernández-Corugedo Pérez, Exploración del aparato digestivo, Madrid, editorial medica panamericano, 2007.p.522

Los pacientes con riesgo de tener una lengua anormal son aquellos cuya saliva disminuye por el hecho de respirar por la boca, por deshidratación o por recibir fármacos anticolinérgicos; los que se encuentran en estado de coma o los que no pueden comer, beber o enjuagarse la boca, o bien los que tienen una movilidad alterada de la lengua a causa de una parálisis del nervio hipogloso un proceso inflamatorio oral o faríngeo exudativo o un tratamiento antibiótico que destruye la flora normal puede llevar a un sobrecrecimiento de hongos. En este último caso, la hipertrofia de las papilas puede, especialmente en el fumador, dar lugar a la aparición de una lengua de color negro o de aspecto hirsuto. (FLOCH, Martin, 2006)

5.3.5.4 Lengua geográfica

La lengua geográfica es una lesión migratoria de causa desconocida, es decir, idiopática. Puede desarrollarse de modo intermitente. Con frecuencia, las lesiones son irregulares y aparecen una especie de parches de color grisáceo. (FLOCH, Martin, 2006)

No obstante, si persisten o ante cualquier incertidumbre, deberían ser evaluadas por un otorrinolaringólogo y llevar a cabo, si se considera preciso, una biopsia apropiada. Otras lesiones inciertas de la lengua deberían también conducir a una evaluación detallada.

En ocasiones, en los pacientes con anemia perniciosa el aspecto multicrómico motivado por una pérdida moteada de papilas puede evolucionar a la llamada lengua geográfica, si bien una lengua geográfica no indica un diagnóstico de anemia perniciosa.

En las reacciones alérgicas localizadas en la boca, que habitualmente constituyen una manifestación de sensibilidad a ciertos alimentos ingeridos, puede hincharse la lengua y descamarse elementos epiteliales, los cuales pueden recubrir la superficie.

En ocasiones las personas refieren “aliento desagradable”, a veces imaginado, y alteraciones del gusto que se traducen en sensación de mal olor en el aliento. Sin embargo, con frecuencia aparece, en efecto, halitosis, sobre la que llaman la atención el cónyuge o algún otro miembro de la familia. (FLOCH, Martin, 2006)

5.3.5.5 Lengua roja saburral e hinchada

Lengua de color rojo se ve en pacientes con cirrosis hepática descompensada, de etiología variada, y está acompañada de fetor oral (típico), la lengua se torna lisa, brillante, como barnizada. También se observa en los estados de malabsorción intestinal de las vitaminas del complejo B, la mayoría de pacientes no solo manifestaran lengua hinchada, también las piernas, las manos, la región abdominal y algunas partes del cuerpo debido a la alúmina.⁵⁸

5.3.6 LEUCOPLASIA

Definición

Es la lesión blanca por excelencia, ya que sirve de referencia en el diagnóstico diferencial por su carácter precanceroso. Se define como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible.

Enfermedad multifactorial donde el tabaco es el factor etiológico más importante, le sigue en frecuencia el alcohol, y, por último, otros como factores

⁵⁸ Entrevista con el Dr. Alfredo Cedeño, Medico del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo. Ecuador, miércoles 04 de enero del 2012.

irritativos ofrccionales, sobreinfecciones de cándida, enfermedades sistémicas (sífilis, anemia de Plummer-Vinson).

5.3.6.1 Signos y síntomas

Clínicamente se encuentran: la homogénea (95%), lesión blanca y uniforme de consistencia firme, poco espesor, superficie lisa o arrugada y que a veces presenta surcos poco profundos como la tierra seca y resquebrajada, malignizan en un 2%; la no homogénea (malignizan en un 26%) pueden ser moteadas (4%) presentan en su superficie áreas blancas interpuestas con otras atróficas erosivas, lo que le confiere el aspecto moteado o nodular que las define o bien verrugosas (1%) aspecto de coliflor con proyecciones dactiliformes y con un carácter más exófitico que el resto de las leucoplasias.

Aunque se localizan en cualquier zona de la boca, los lugares por orden de frecuencia son la mucosa yugal (sobre todo la zona retrocomisural), encía, lengua, labios, suelo de la boca y paladar.

La sintomatología es anodina y escasa (escozor, sensación de tirantez). El diagnóstico es clínico y se confirma histológicamente: leucoplasia con o sin displasia epitelial (con displasia en un 10-25%).⁵⁹

5.3.6.2 Tratamiento

El objetivo del tratamiento es eliminar la lesión. La eliminación de la fuente de irritación es importante y puede llevar a la desaparición de la lesión.

- a. Tratar las causas dentales como dientes ásperos, superficie irregular en las prótesis u obturaciones, tan pronto como sea posible.
- b. Dejar de fumar o consumir otros productos del tabaco
- c. No tomar alcohol

⁵⁹ Guijarro, Javier Bordas. Tratado de geriatría para residentes: Situaciones clínicas más relevantes; Patología bucal. 2006 pág. 534 cap. 51

Se puede necesitar cirugía para eliminar la lesión y la intervención por lo regular se lleva a cabo en el consultorio del médico con el uso de anestesia local.

El tratamiento de la leucoplasia en la vulva es igual al tratamiento de las lesiones orales.

La leucoplasia por lo regular no es peligrosa y las lesiones se alivian en pocas semanas o meses después de eliminarse la fuente de irritación. En raras ocasiones, se puede convertir en cáncer.⁶⁰

5.3.7 Buena alimentación

La rehabilitación nutricional es un objetivo primordial en todo paciente malnutrido y debe ser una meta temprana del tratamiento, en virtud de una serie de premisas:

- a. Hasta que no se haya corregido la desnutrición grave, la psicoterapia tendrá una eficacia limitada.
- b. Se sabe que la restauración ponderal se asocia con una disminución de los síntomas claves de la anorexia y con la mejora de las funciones cognitivas y físicas.
- c. Existen a veces problemas digestivos en estos pacientes en general por motilidad alterada y vaciamiento gástrico retrasado, pero también

⁶⁰ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm>

psiquiátricos, que pueden dificultar la ingesta oral y condicionan el uso en ocasiones de nutrición artificial.

Podemos distinguir dos fases: una fase educativa, donde se proporcionan los fundamentos sobre los que el paciente deberá modificar las conductas relacionadas con el peso y el comer; y otra fase experimental o psiconutricional, intentando modificar la conducta alimentaria.⁶¹

5.3.8 Déficit de vitaminas y nutrientes

Déficit de vitamina B1 o tiamina: la mucosa bucal y la lengua se tornan de color rojo pálido, mustio, acompañado de atrofia de las papilas filiformes, lo cual permite observar las papilas fungiformes y la superficie de la lengua adquiere un aspecto granuloso. Se describe un aumento de la hipersensibilidad bucal, la aparición de vesículas pequeñas que simulan herpes en la mucosa vestibular, debajo de la lengua o en el paladar, y erosión de la mucosa bucal.

Se señala que la tiamina es esencial para el metabolismo bacteriano y de los carbohidratos y que el déficit de vitamina B1 disminuye la actividad de la flora bucal y, en consecuencia, la defensa bucal se encuentra disminuida.

Déficit de vitamina B2 o riboflavina: la lengua se torna de un color purpurino azulado o cianótico (lengua de color purpuro o magenta). Esta alteración manifiesta la atrofia de la mucosa lingual, con papilas fungiformes tumefactas y se acompaña de inflamación en la comisura labial, lo que depende de la

⁶¹ SEIP. Protocolo de Infectología: Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Madrid: AEP; 2009-333 pág.

intensidad de la deficiencia. En carencias graves, el dorso de la lengua es plano, de superficie seca y, con frecuencia, fisurado.

Déficit de ácido nicotínico: las lesiones de la lengua pueden aparecer antes de presentarse las manifestaciones típicas de la piel. La lengua se muestra de color rojo intenso con atrofia completa de las papilas filiformes y fungiformes, acompañadas de ulceraciones dolorosas y superficiales a lo largo de todo el borde de la lengua, tumefacto y con descamación epitelial.

Déficit de vitamina B12 y ácido fólico: la carencias de ambas vitaminas se manifiesta en la lengua; su déficit se presenta en determinadas enfermedades digestivas que cursan clínicamente con un síndrome de malabsorción intestinal, como ocurre, por ejemplo, en operados gástricos, en el sobre crecimiento bacteriano intestinal, el síndrome de asa ciega o en enfermedades o extirpación quirúrgica del íleon terminal, entre otras. En estos casos la lengua adquiere un color rojo brillante, liso, que se acompaña de atrofia de las papilas, por lo cual se le denomina lengua depapilada.⁶²

⁶²Dr. Pacho Saavedra, José A. y Dr. Piñol Jiménez2, Felipe N. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas: Discromía y enfermedades digestivas. Cuba: Rev Cubana Estomatol, 2006; 43(3)

CAPITULO VI

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

6.1. MÉTODOS

6.1.1. Modalidad básica de la investigación.

Bibliográfica

Es bibliográfica porque para llevarlo a efecto fue necesario la previa recopilación de información de distintos medios, entre los que constaron libros de texto y la web.

De campo

Es de campo porque toda la información bibliográfica se la llevó al escenario donde se presenta el problemagastroenterológico para constatar la presencia de patologías bucales; para cuya aplicación se requirió el uso de encuestas y observación.

6.1.2. Niveles o tipo de investigación

Exploratoria

La investigación es exploratoria porque determinó en los pacientes del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo los problemas orales relacionados con las enfermedades gastrointestinales.

Descriptiva

En este estudio se describieron las manifestaciones bucales frecuentes en los pacientes con enfermedades digestivas.

Analítica

Se analizó objetivamente cuál es el problema bucal más frecuente que presentan los pacientes con lesiones digestivas.

Sintética

Toda la información recopilada, la cual midió el alcance de los objetivos, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva

Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.2. TÉCNICAS

Observación

Observación de las manifestaciones bucales de los pacientes con enfermedades digestivas, ingresados y que asisten al departamento de gastroenterología y medicina interna del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

Encuesta

Encuesta dirigida a los pacientes de gastroenterología y medicina interna del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

6.3. INSTRUMENTOS

Ficha clínica

Formulario de encuesta

5.4 RECURSOS:

MATERIALES

Textos relacionados al tema de investigación.

Fotocopias.

Materiales didácticos y de oficina.

Guantes y mascarillas

Espejo y explorador bucal.

TALENTO HUMANO

Investigadoras

Tutor de Tesis

Población.

TECNOLÓGICO

Internet.

Flash memory.

Laptop.

Equipo de impresión.

Cámara fotográfica.

Escáner.

ECONÓMICO

El costo aproximado de esta investigación es de \$2.131,78 dólares americanos.

6.5 POBLACIÓN

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los pacientes que acuden al departamento de gastroenterología y medicina interna del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, que corresponde a 280 pacientes.

6.6 Tamaño de la muestra

La muestra la constituyen 100 pacientes con enfermedades digestivas del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

6.6.1 TIPO DE MUESTREO

Los pacientes fueron seleccionados por Aleatoria simple.

PRESUPUESTO

Total: \$2.131,78 dólares americanos.

CAPITULO VII

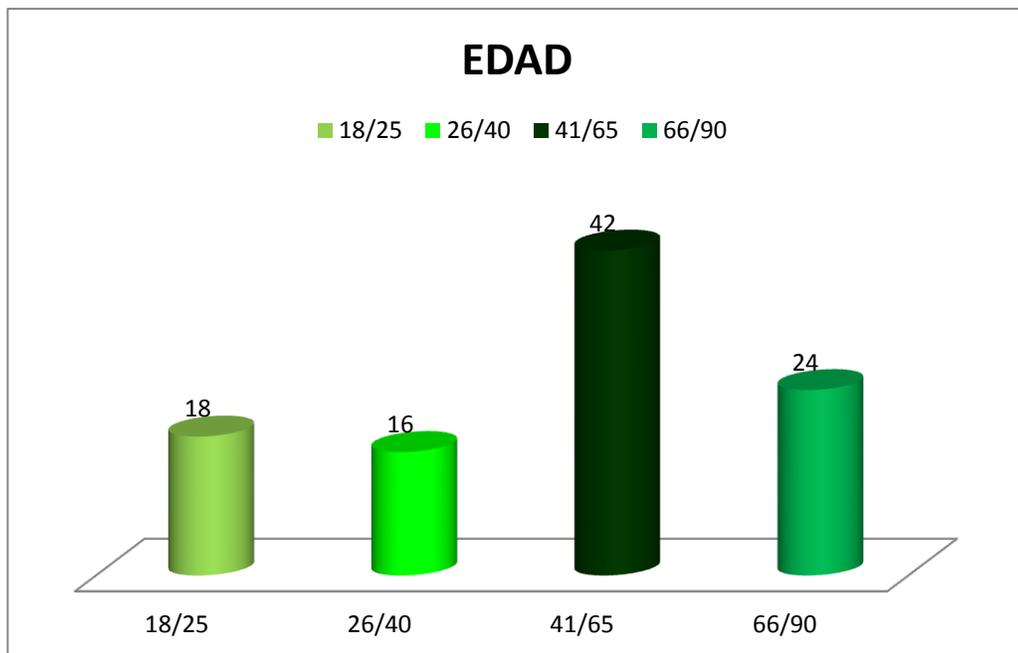
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1. GRAFICUADROS DE LA ENCUESTA

GRAFICUADRO Nº 1

Edad de los Pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Edad	frecuencia	%
18/25	18	18%
26/40	16	16%
41/65	42	42%
66/90	24	24%
total	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico No. 1, los resultados de las edades de los pacientes con enfermedades digestivas es de 18 a 25 años 18 %, de 26 a 40 años 16%, de 41 a 65 años 42% y de 66 a 90 años 24 %

Este concuerda con la teoría de VILARDELL F. **“Al igual que la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa puede afectar a personas de todas las edades, pero la curva de la edad de aparición muestra una distribución bimodal, con un máximo principal a las edades de 15 a 30 años y un segundo pico menor a las edades de 50 a 70 años; sin embargo, este pico posterior puede incluir algunos casos de colitis isquémica”**. Pág. 26

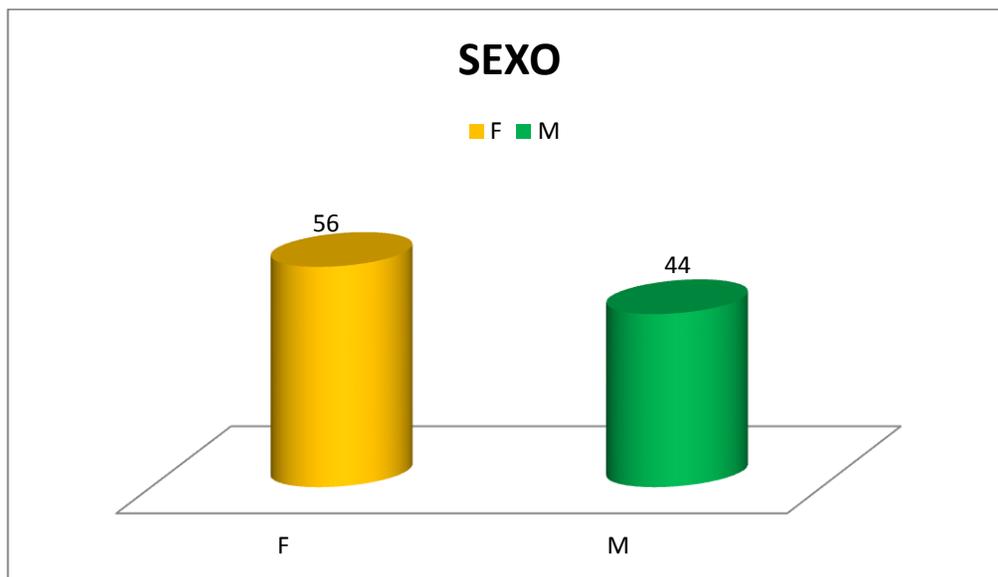
Según RICARD, François. Nos dice; **“El adenocarcinoma de estómago es un cáncer común del tracto digestivo que se presenta en todo el mundo. Ocurre con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años.”** Pág. 27

A través de los datos recopilados, de los pacientes con enfermedades digestivas encuestados, se observa que las edades que presentan las enfermedades gastrointestinales con mayor frecuencia están de los 41 a 65 años que representan el 42% equivalente a 42 pacientes. De los 100 encuestados.

GRAFICUADRO N° 2

Sexo de los Pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

sexo	frecuencia	%
masculino	44	44%
femenino	56	56%
total	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Como se observa en el cuadro anterior el sexo de los pacientes con enfermedades digestivas del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo fue masculino con un 44% y Femenino con un 56%.

Según nos dice el autor VILASECA J. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Opciones del tratamiento médico; **“La enfermedad se produce aproximadamente por igual en ambos sexos y es más frecuente entre los judíos. Aproximadamente uno de cada seis pacientes tiene al menos un familiar en primer grado con la misma enfermedad y, con menor frecuencia, con colitis ulcerosa”**. pág. 29

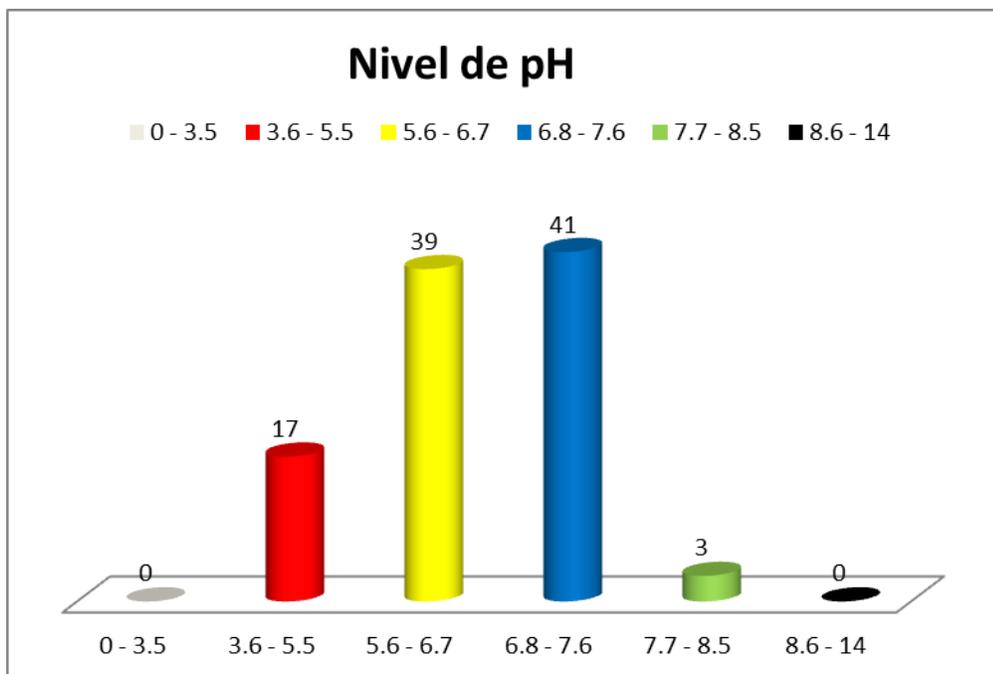
Y segun GOYAL, Raj K. Enfermedades del esofago: **“La acalasia afecta a pacientes de todas las edades y de ambos sexos. Sus síntomas fundamentales son disfagia, dolor torácico, y regurgitación”**. pág. 36

Lo que demuestra que el sexo femenino predomina con 56% de los 100 pacientes con enfermedades digestivas, que acudieron al departamento de gastroenterología.

GRAFICUADRO N° 3

Niveles de pH de los Pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Nivel de pH	Frecuencia	%
0 - 3.5	0	0%
3.6 - 5.5	17	17%
5.6 - 6.7	39	39%
6.8 - 7.6	41	41%
7.7 - 8.5	3	3%
8.6 - 14	0	0%
Total	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en el graficadro #3 el valor de nivel de pH salival de los 100 pacientes fueron de 0-3.5 0%, 3.6-5.5 que representa el 17% equivalente a 17 pacientes, 5.6-6.7 que representa el 39% equivalente 39 pacientes, 6.8-7.6 representa el 41% equivalente a 41 pacientes, 7.7-8.5 representa el 3% equivale a 3 pacientes y 8.6-14 0%.

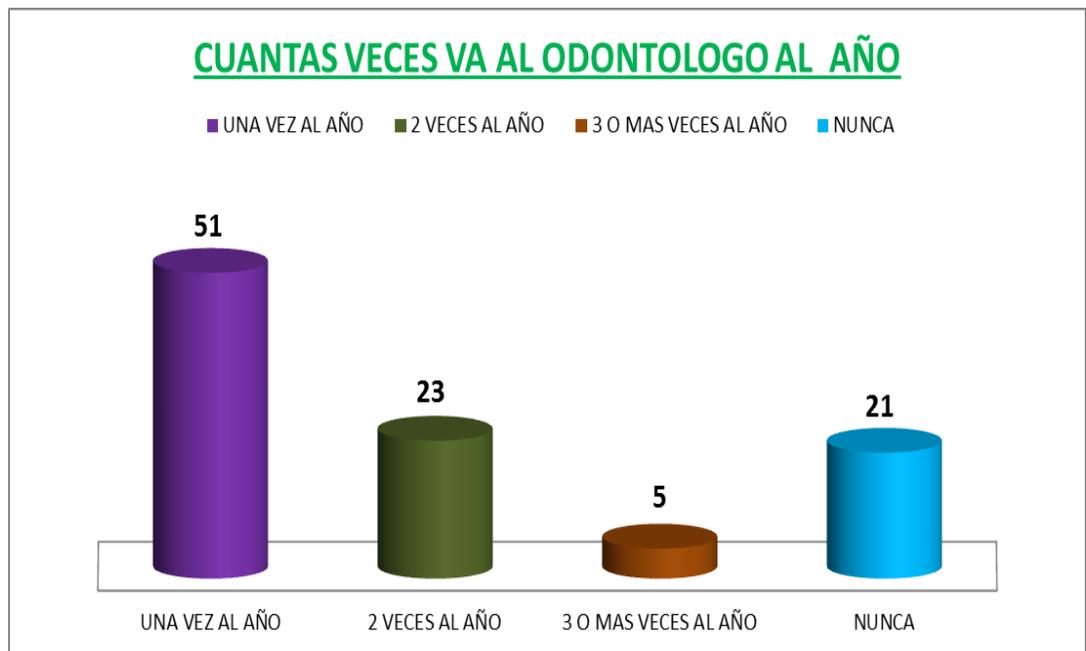
Según Walsh, Laurence. En: Revista de Mínima Intervención en Odontología N°41 (sept.2007) **“En un paciente que tiene desgaste dental acelerado, el pH en reposo puede ser más bien bajo, cerca de 5.4. Estimulado fuera también bajo (por ejemplo 5.8), y la capacidad de amortiguación estuviera por debajo de lo normal, ello indicaría un problema más complejo que afecta los tejidos glandulares, tal como la enfermedad orgánica de la glándula salival”**. Pág. 21

Según la muestra 39 pacientes encuestados tienen un nivel bajo de pH salival y 17 muy bajo lo que determina que el 56% tienen un pH ácido el 41% un nivel cerca de lo normal y solo un 3% un nivel alto con un pH alcalino.

GRAFICUADRO N° 4

Cuántas veces visitan al odontólogo al año

Alternativas	Frecuencia	%
Una vez al año	51	51%
Dos veces al año	23	23%
3 o más veces al año	5	5%
Nunca	21	21%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficuario No. 4, a través de los datos recopilados, de los pacientes con enfermedades digestivas encuestados el 51% contestó que visita al odontólogo una vez al año, el 23% 2 veces al año, 5% 3 o más veces al año y el 21% contestó que nunca visitan al odontólogo.

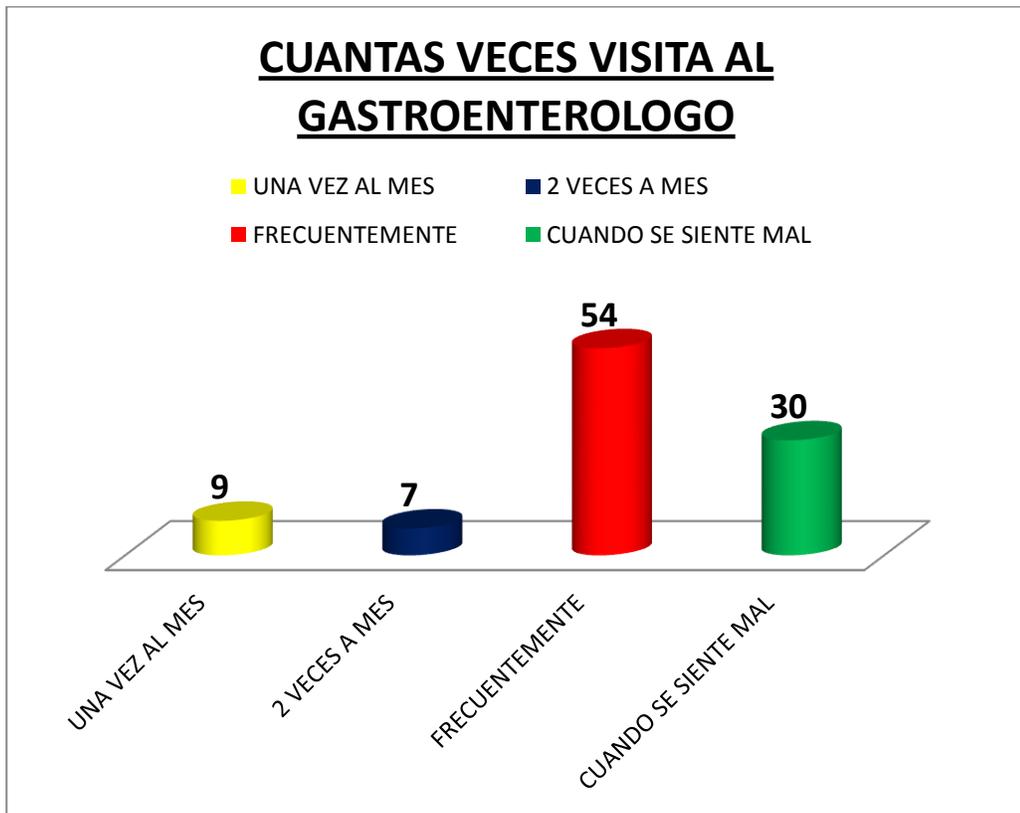
Es importante tener un chequeo odontológico y según Diez Cubas Cesar. “Flúor y Caries”. **“Por lo tanto la caries se comporta como una reserva de iones de flúor que favorece la remineralización. Es decir que la caries tiene en si misma las condiciones para curarse, aunque esto sólo se da cuando la superficie exterior está intacta. Con la maduración de la capa de esmalte exterior; el contenido de flúor en la superficie aumenta de tal modo que el riesgo de la evolución de la caries disminuye.”** pág. 21

Se puede analizar entonces que los pacientes con enfermedades digestivas, no frecuentan mucho al departamento de odontología ya que 51 % de los encuestados que equivale a 51 pacientes contestaron que solo visitan al odontólogo una vez al año, 21 pacientes que dijeron que nunca van, aun presentando manifestaciones bucales y solo un 3% visitan frecuentemente. Tal vez los pacientes se dedican más a su enfermedad y poco a sus manifestaciones orales.

GRAFICUADRO N° 5

Cuántas veces los pacientes acuden al gastroenterólogo

Alternativas	Frecuencia	%
Una vez al mes	9	9%
2 veces al mes	7	7%
frecuentemente	54	54%
Cuando se sienta mal	30	30%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo
RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficadro N° 5 según los resultados de las encuestas dirigidas a los pacientes de cuantas veces acuden al gastroenterólogo; el 9% visita una vez al mes, el 7% 2 veces al mes, el 54% frecuentemente y el 30% respondió cuando siente mal.

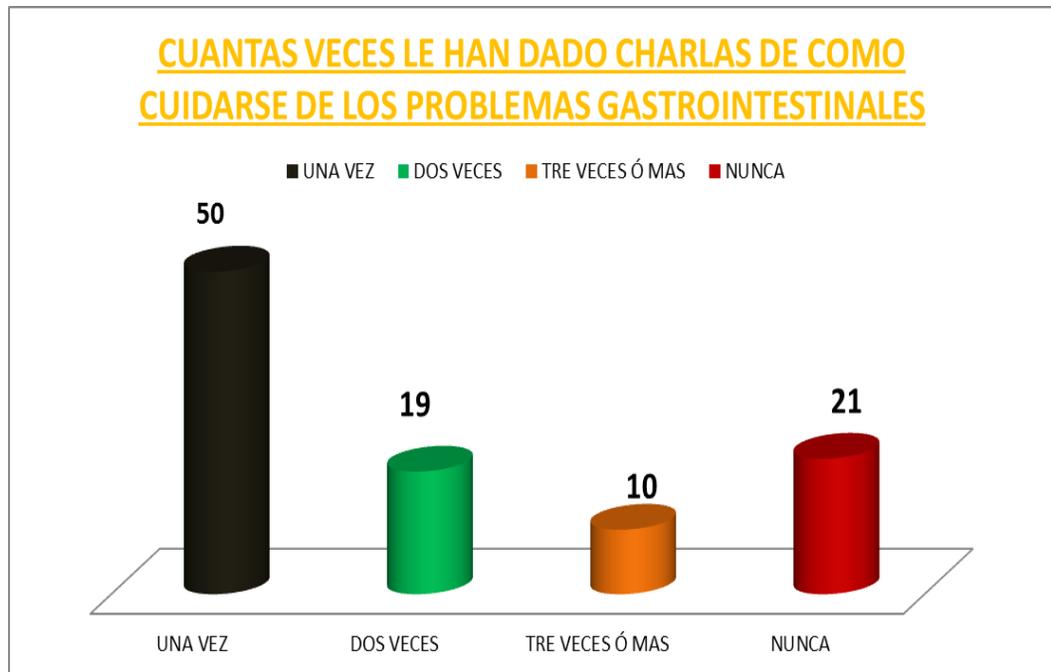
Silega Garis L. en su libro: Tratado de Medicina física histológica y climatología medica nos dice: **“Las enfermedades digestivas requieren un tratamiento especial en el cual el paciente debe colaborar con las instrucciones del galeno, debe cuidarse de no consumir bebidas alcohólicas, de no fumar tabaco y de no tener una buena alimentación, la utilización de las aguas mineromedicinales por diferentes métodos en estas afecciones, garantiza la eliminación del proceso inflamatorio y restablece la función secretoras, motora y evacuación gástrica, regula también las funciones de las glándulas digestivas.” Pág. 10**

Como se puede observar de la población 54 de los 100 pacientes encuestados con enfermedades digestivas acuden al departamento de gastroenterología frecuentemente, 30 cuando se sienten mal, 9 visitan una vez al mes para controlar su enfermedad y 7 de ellos dos veces al mes probablemente porque el paciente no tiene mejoría.

GRAFICUADRO N° 6

Cuántas veces han recibido charlas los pacientes con enfermedad digestiva.

Alternativas	Frecuencia	%
Una vez	50	50%
Dos veces	19	19%
Tres veces o mas	20	20%
Nunca	21	21%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo
RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según podemos observar el graficuario N° 6 los pacientes el 50% a recibido en una ocasión charlas sobre medidas preventivas para el cuidado de su enfermedad digestiva, el 19% en dos ocasiones, el 10% tres veces o más y el 21% nunca ha recibido ninguna charla de lo referente.

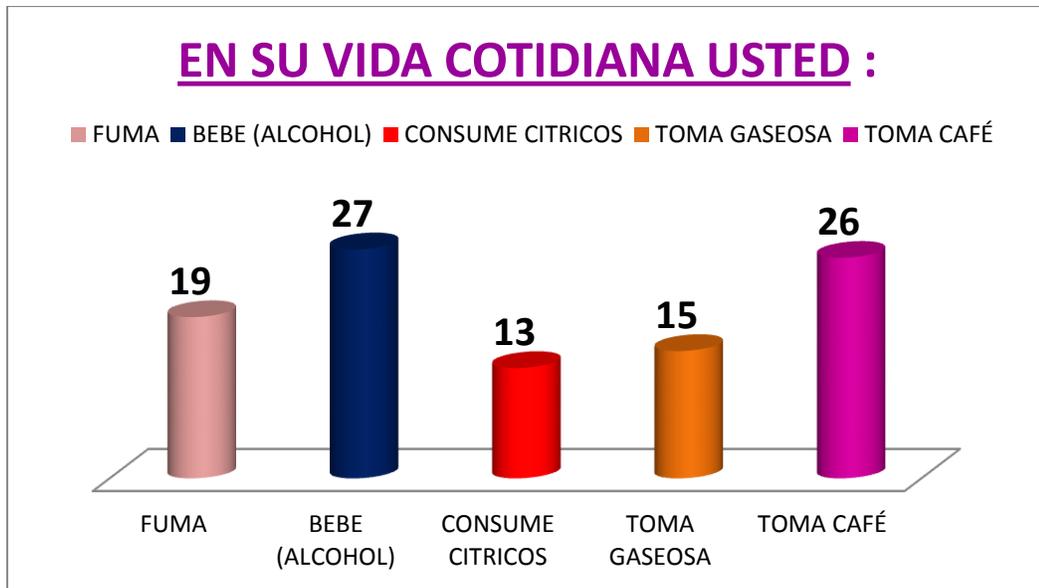
El paciente necesita saber más sobre estas enfermedades ya que recurren al médico cuando el problema ya es crónico. Según FLOCH, Martin. **“Las personas de cualquier edad suelen presentar una molestia epigástrica de forma episódica. Suele buscarse atención médica una vez que la molestia se convierte en crónica a menudo, hay cierto tratamiento inicial y alguna evaluación, pero el tratamiento inicial no surte efecto y se hace evidente que la molestia persistirá...”** pág. 13

De la población de 100 encuestados la mitad ha recibido capacitación en una ocasión, que es un promedio regular, pero aparte de eso predomina como segundo un 21% que nunca ha recibido ninguna charla

GRAFICUADRO N° 7

Hábitos en la vida cotidiana.

Alternativa	Frecuencia	%
Fuma	19	19%
Bebe (alcohol)	27	27%
Consume cítricos	13	13%
Toma gaseosa	15	15%
Toma café	26	26%
Total	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en el graficoadro N° 7 en los diferentes hábitos de los pacientes con enfermedades digestivas que del 100% el 19 % fuma, el 27% bebe alcohol, el 13% consume cítricos, el 15% ingiere gaseosas o colas y el 26% toma café.

Según la pág. web; <http://www.salud.com/enfermedades/acidezestomacal>. **“La mucosa que recubre el estómago está protegida contra los efectos de los jugos gástricos que participan en el proceso digestivo, pero algunos factores, como el alcohol, las comidas grasosas, la cafeína, algunos medicamentos y el estrés, pueden destruir esta defensa.” Pág. 19**

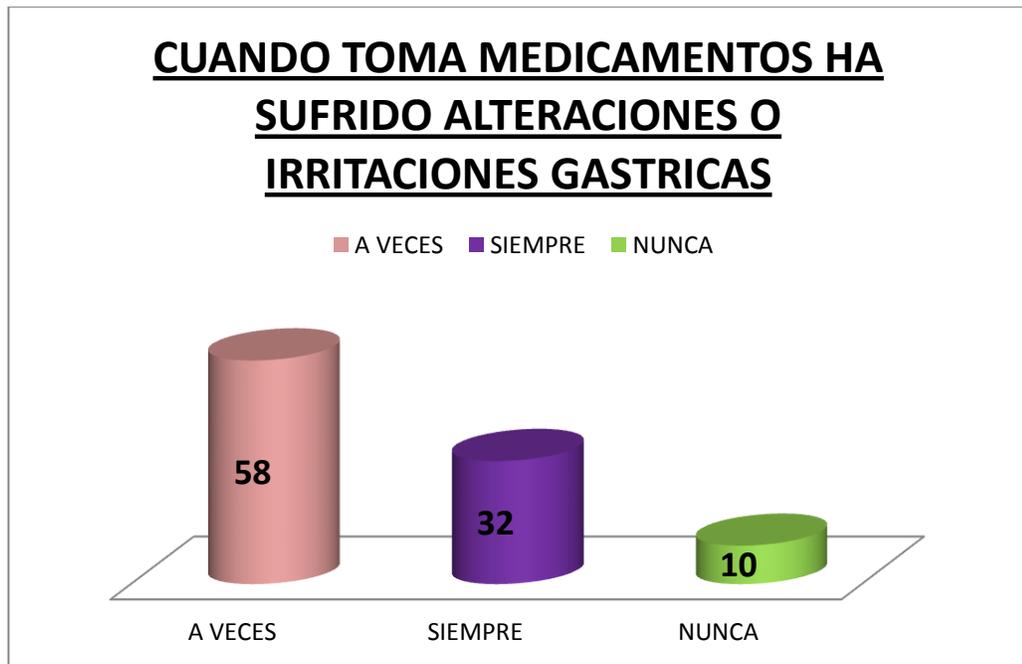
Según Silega Garis L. en su libro. Tratado de Medicina física histológica y climatología medica; **“Las enfermedades digestivas requieren un tratamiento especial en el cual el paciente debe colaborar con las instrucciones del galeno, debe cuidarse de no consumir bebidas alcohólicas, de no fumar tabaco y de no tener una buena alimentación...” pág. 10**

La investigación resalta que estos hábitos cotidianos son factores directos de irritación y acidez en pacientes con enfermedades digestivas frecuentemente más en gastritis y úlceras gástricas, predomina en esta muestra la ingesta de alcohol con un 27% con una inclinación hacia el sexo masculino y un 26% el consumo de café según la investigación predomina más los pacientes adulto mayor.

GRAFICUADRO N° 8

Irritaciones o alteraciones gástricas por medicamentos.

Alternativas	Frecuencia	%
A veces	58	58%
Siempre	32	32%
Nunca	10	10%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafic cuadro N° 8 corresponde a la pregunta dirigida a los pacientes para investigar si sienten alguna irritación, alteración o dolor con ciertos medicamentos y según el resultado 58% respondió que a veces, el 32% siempre y el 10% que nunca.

La pág. web http://www.entornomedico.org/.../index.php?option=com_content... Dice **“Suspender los medicamentos que lesionan la pared gástrica o intestinal: Antiinflamatorios no Esteroides o AINEs (Naproxeno, Acetaminofen, Aspirina, etc.), antibióticos y analgésicos”**. pág. 23

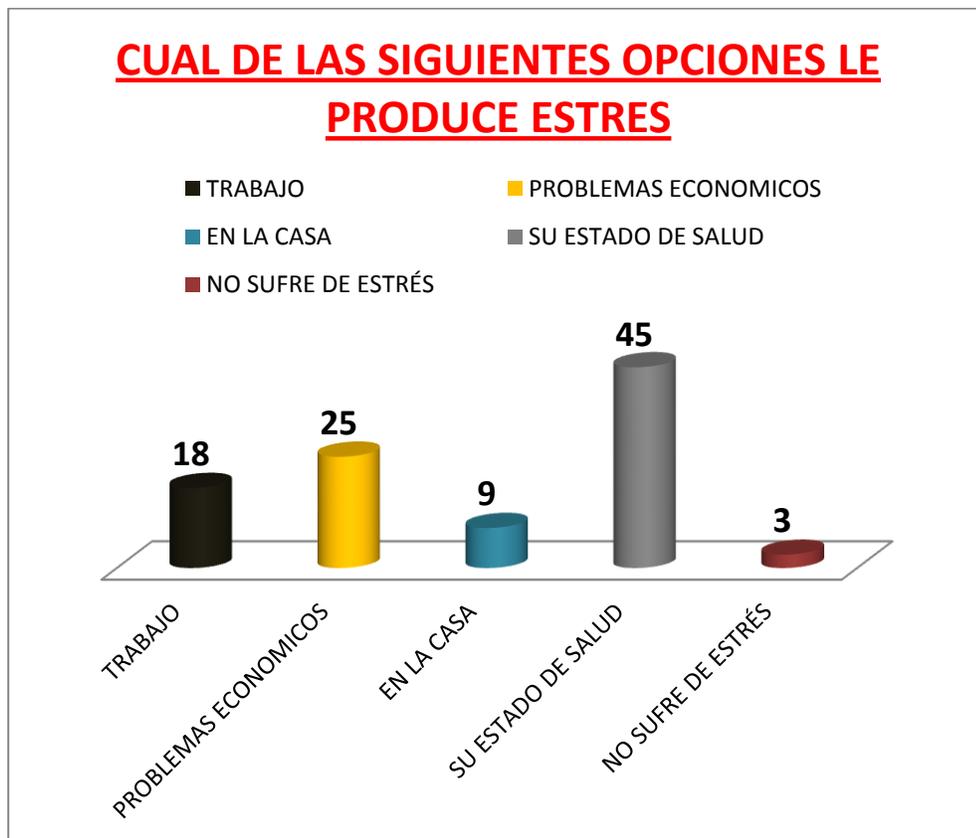
Según dice SEGHN. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición: Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. **Los principales fármacos que se deben administrar son el omeprazol, pantoprazol, lansoprazol y esomeprazol. Cada uno de estos fármacos ha ido mejorando el perfil de eficacia antisecretora. Las cápsulas tienen una cubierta que se deshace en el pH ácido del estómago donde se liberan los gránulos que hay en su interior.** pág. 24

Como se puede observar el 58% respondió a veces y el 32% siempre y solo un 10% que nunca, lo que hace una suma muy alta y esto permite interpretar una incidencia directa de irritación, alteración y dolores gástricos o abdominales por medicamentos.

GRAFICUADRO N° 9

Pacientes que sufren de estrés.

Alternativas	Frecuencia	%
trabajo	18	18%
Problemas económicos	25	25%
En la casa	9	9%
Su estado de salud	45	45%
No sufre de estrés	3	3%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficuario N°9 se observa que la incidencia de estrés en los pacientes encuestados con enfermedades digestivas se da por el 18% por el trabajo, 25% problemas económicos, 9% en la casa, 45% el estado de salud, y el 3% no sufre de estrés.

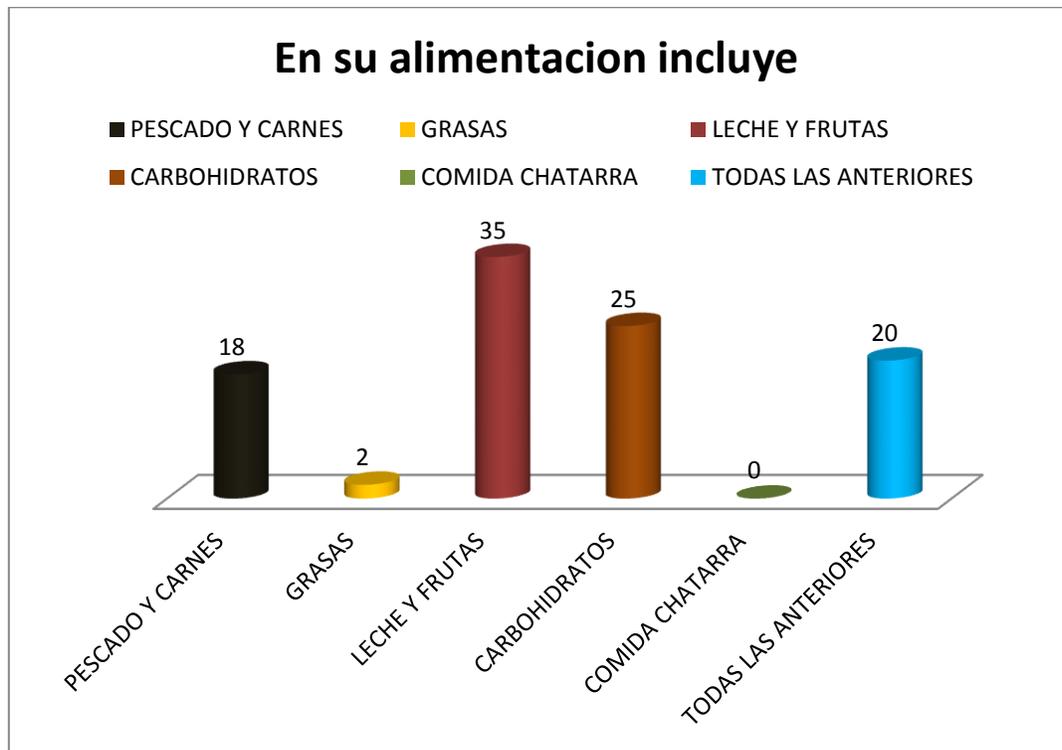
Este resultado concuerda con Lindle. Lang. Karring. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica **“Se ha comprobado que las tensiones de la vida diaria y las emociones negativas regulan varios sistemas fisiológicos, incluidos el endocrino y el inmunitario, y ello introduce cambios en la salud. La vinculación entre estrés y enfermedad es particularmente fuerte en las enfermedades infecciosas, los estados inflamatorios y las alteraciones de la cicatrización de las heridas”**. pág. 22

Según estos resultados los pacientes jóvenes sufren de estrés en la casa, la gente de edad media sufre de estrés por trabajo o por problemas económicos una gran mayoría y por lo general adultos mayores se estresan por su estado de salud, solo el 3% que equivale a 3 personas respondieron que no sufren de estrés.

GRAFICUADRO N° 10

Consumo alimenticio diario de los pacientes.

Alternativas	Frecuencia	%
Pescado y carnes	18	18%
grasas	2	2%
Leche y frutas	35	35%
carbohidratos	25	25%
Comida chatarra	0	0%
Todas las anteriores	20	20%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo
RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El graficuario N° 10 es una representación de los alimentos que diariamente los pacientes acostumbran a consumir. 18% pescado y carne, 2% grasas, 35% leche y frutas, carbohidratos 25%, comida chatarra 0% y todas las anteriores respondieron un 20%.

SEIP. Protocolo de Infectología: Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa nos dice: **“Podemos distinguir dos fases: una fase educacional, donde se proporcionan los fundamentos sobre los que el paciente deberá modificar las conductas relacionadas con el peso y el comer; y otra fase experimental o psiconutricional, intentando modificar la conducta alimentaria”**. Pág. 61

Como se observa en los resultados el 35% predomina con el consumo de leche y frutas ya que el médico del departamento de gastroenterología le prescribe una dieta balanceada, y un 20% tiene una alimentación mixta.

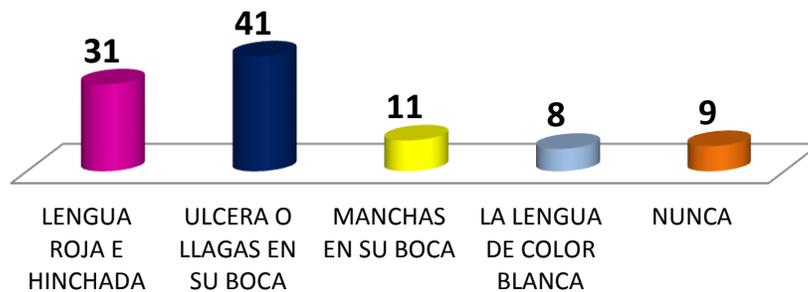
GRAFICUADRO N° 11

Manifestaciones frecuentes en la boca.

Alternativas	Frecuencia	%
Lengua roja e hinchada	31	31%
Ulceras o llagas en su boca	41	41%
Manchas en su boca	11	11%
Lengua de color blanca	8	8%
Nunca	9	9%
Total:	100	100%

HA PADECIDO FRECUENTEMENTE ALGUNA DE ESTAS ALTERACIONES EN SU BOCA

■ LENGUA ROJA E HINCHADA ■ ULCERA O LLAGAS EN SU BOCA
■ MANCHAS EN SU BOCA ■ LA LENGUA DE COLOR BLANCA
■ NUNCA



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficuario N° 11 se observa la tabulación de las manifestaciones clínicas que el paciente dijo que frecuentemente ha tenido o tiene en la cual el resultado fue lengua roja e hinchada 31 (31%), úlceras o llagas en su boca 41 (41%), manchas en su boca 11 (11%), la lengua de color blanca 8 (8%), nunca han presentado manifestación oral 9 (9%).

Fernández y Corugedo Pérez, Exploración del aparato digestivo: manifestaciones orales de las enfermedades gastrointestinales nos dice: **“La identificación de las manifestaciones orales en las enfermedades del aparato digestivo resulta de suma utilidad, pues a menudo permite verificar las sospechas diagnósticas”**. Pág. 45

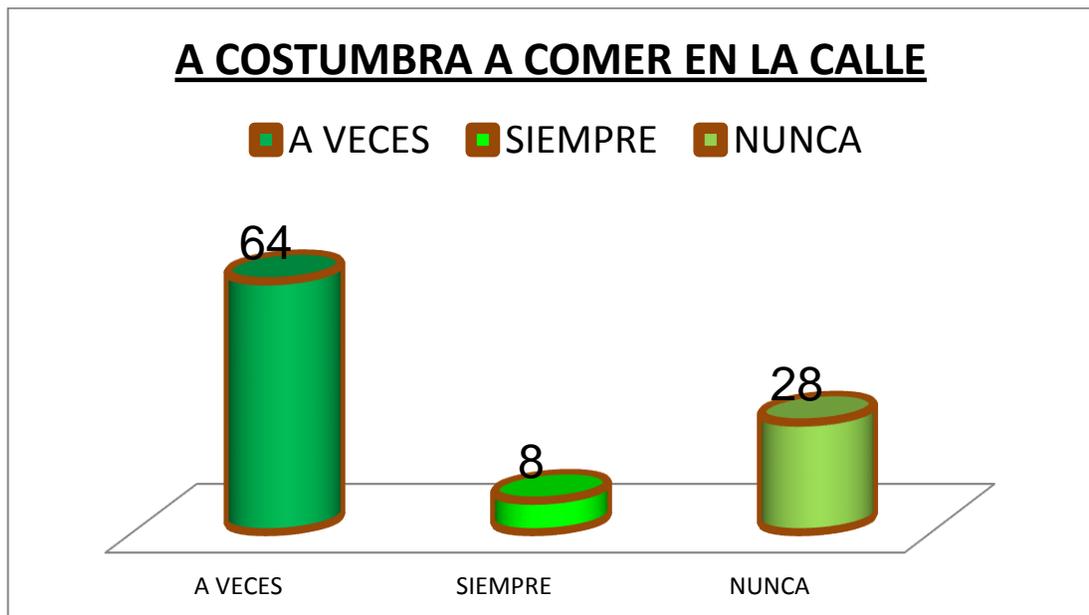
Según dice LINDHE, Lang: **“Las ulceraciones de la mucosa bucal, o aftas, suelen presentarse como lesiones, a menudo inespecíficas, de unos 2-3 mm de diámetro, redondeadas, de fondo amarillento y bordes enrojecidos. Son dolorosas y en la mayoría de los casos idiopáticas, aunque se ha postulado una causa inmunológica o vírica.”** Pág. 45

Un 41% de la muestra de 100 respondieron que han manifestado úlceras o llagas en la boca un 31 % dijo haber tenido la lengua roja e hinchada ya esta cantidad determina una gran incidencia de patologías bucales en pacientes con enfermedades digestivas.

GRAFICUADRO Nº 12

Acostumbra a comer en la calle.

Alternativas	Frecuencia	%
A veces	64	64%
Siempre	8	8%
Nunca	28	28%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El graficuarro N° 12 se observa con qué frecuencia el paciente con enfermedad gastrointestinal acostumbra a comer en la calle; a veces 64 (64%), siempre 8 (8%), nunca 28 (28%).

Según la página web; <http://www.salud.com/enfermedades/acidezestomacal>
“Las molestias en la acidez generalmente se relacionan con la alimentación y la postura de una persona, aunque también puede presentarse con los síntomas del reflujo gastroesofágico”. Pág. 19

Como se puede observar la población de los pacientes encuestados, el mayor número corresponde 64 pacientes que dijeron que comían a veces en la calle, este es uno de los factores para contraer el *Helicobacter pilory*, ya que no es muy saludable que un paciente con enfermedad digestiva consuma alimentos en la calle.

GRAFICUADRO N° 13

Desde cuando manifiesta la enfermedad digestiva

Alternativas	Frecuencia	%
Hace un mes	10	10%
Varios meses	38	38%
Hace un año	17	17%
Hace 2 años mas	32	32%
No recuerda	3	3%
Total:	100	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Los resultados según la encuesta dirigida a los pacientes con enfermedades digestivas su enfermedad la manifiestan: hace un mes 10 (10%), varios meses 38 (38%), hace un año (17%), hace 2 años o más 32 (32%) y 3 respondieron que no recuerdan que equivale al 3%.

Estas enfermedades pueden durar o desaparecer dependiendo del control y el hábito del paciente. Según Silega Garis L. **“Estas enfermedades tienen gran incidencia en el hombre moderno. El cambio de vida en las sociedades actuales, la alimentación desbalanceada, el hábito de fumar, el aumento del consumo de bebidas alcohólicas, el estrés, la ingesta desmesurada de fármacos, entre otros factores, atentan contra el funcionamiento del sistema digestivo ocasionando alteraciones tan frecuentes como las úlceras sépticas y duodenal, la gastritis, las dispepsias, los trastornos hepáticos, etc.”. pág. 10**

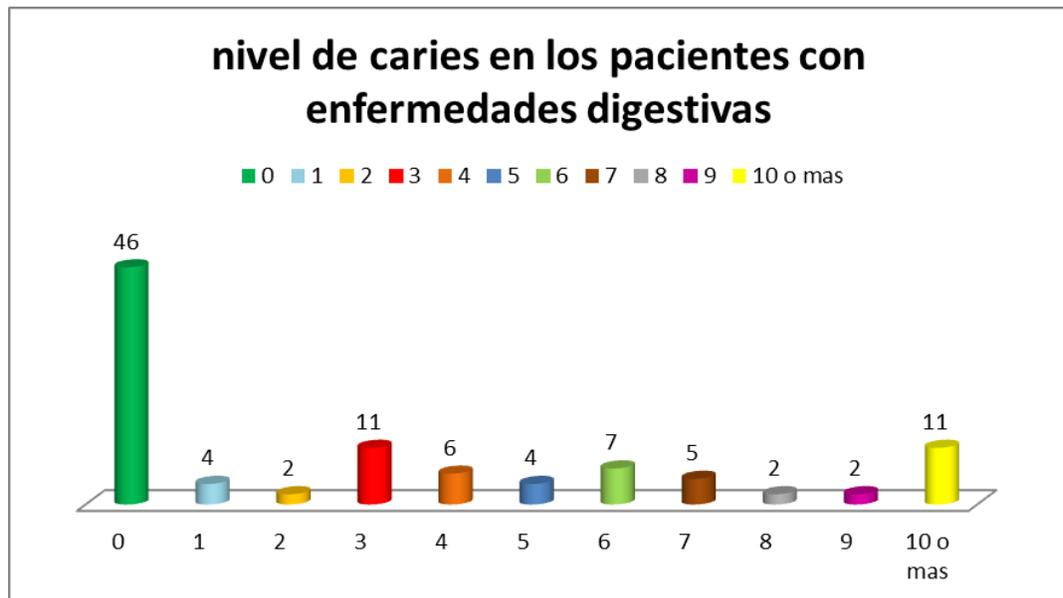
Las enfermedades que tienen hace un mes por lo general son problemas hepáticos, las enfermedades que tienen varios meses son enfermedades esofágicas, de hace un año problemas del estómago inclinado más a una gastritis, enfermedades que pasan de 2 años son problemas del intestino y pacientes que no recuerdan puede ser originada por encefalopatías o la edad.

7.2. RESULTADOS DE LAS FICHAS DE HISTORIA CLINICA REALIZADA A LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N° 1

Niveles de caries en los Pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Caries	Frecuencia	%
0	46	46%
1	4	4%
2	2	2%
3	11	11%
4	6	6%
5	4	4%
6	7	7%
7	5	5%
8	2	2%
9	2	2%
10 o mas	11	11%
total	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo
RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficuario se puede observar el nivel de caries que tienen los pacientes, que el valor que predomina es de 0 caries 46%, y le sigue 3 y 10 o más con 11% cada uno, y con menor frecuencia 2, 8 y 9 caries con 2% cada uno.

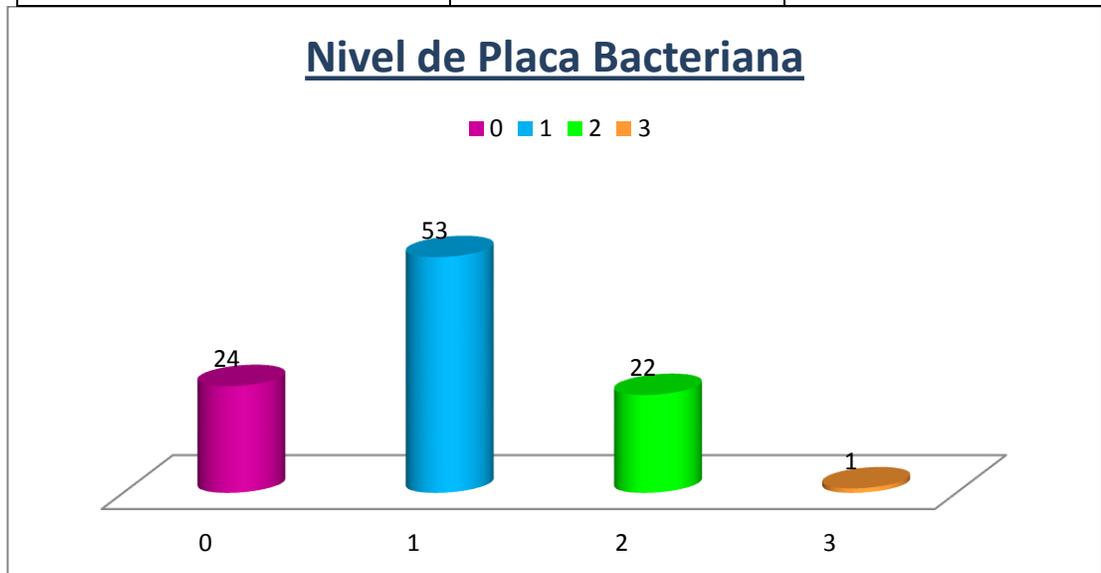
Según PEREZ Quiñones. **“Es una enfermedad infecciosa transmisible de los dientes que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado se produce desmineralización de la porción mineral y la disgregación de su parte orgánica, referentes consustanciales de la dolencia...”** pág. 46

Según los resultados, por el 46 % en los pacientes con enfermedades digestivas no se manifiesta frecuentemente caries, el 11% que sigue es por el reflujo gastroesofágico y el nivel de pH bajo (ácido) que produce erosión dental.

GRAFICUADRO N° 2

Niveles de placa bacteriana en los Pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Nivel de placa	Frecuencia	%
0	24	24%
1	53	53%
2	22	22%
3	1	1%
Total:	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el grafic cuadro No. 2, a través de los datos recopilados, de los pacientes con enfermedades digestivas, se observa que la mayoría, es decir 53 pacientes presentaron placa Nivel 1 lo que corresponde al 53%, seguido el nivel 0 con 24 pacientes que corresponde a 24%, 22 pacientes presentaron nivel 2 que equivale a 22%, y 1 paciente presento nivel 3 de placa que equivale al 1%.

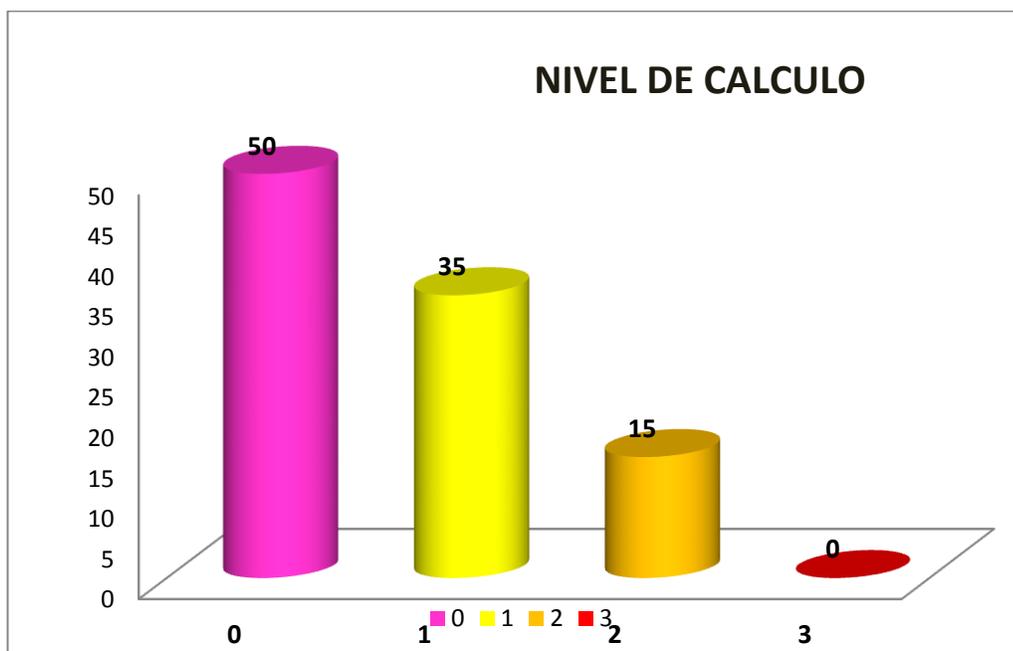
Según la página de internet: <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>
“La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).” pág. 45

De acuerdo a los resultados obtenidos a la muestra de pacientes con enfermedades digestivas observados, el índice de placa bacteriana es regular pero aun así amerita educar a los pacientes con enfermedades gastrointestinales presente lesione bucales, en el control y cuidado de la higiene oral.

GRAFICUADRO N° 3

Niveles de cálculo dental en los Pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Nivel de calculo	Frecuencia	%
0	50	50%
1	35	35%
2	15	15%
3	0	0%
Total:	100	100%



INFORMACIÓN: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El Nivel de Cálculo presentado en los pacientes con enfermedades digestiva del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo fue de 50 pacientes con nivel 0 que equivale al 50%, 35 pacientes con nivel 1 que equivale al 35% , 15 pacientes con nivel 2 que equivale al 15% y con nivel 3 está en un 0%.

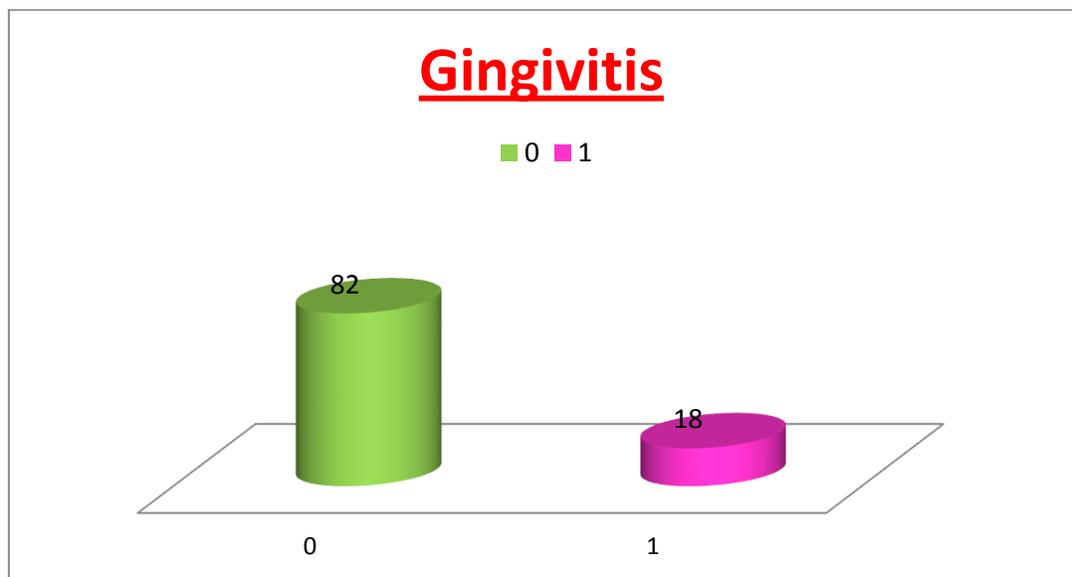
Según el autor LINDHE, Lang. Karring. "Peiodontología clínica e implantología odontológica **“Los cálculos subgingival hacen referencia a depósitos calcificados que se presenta por debajo del margen en la encía normal o por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales en caso de periodontitis”**. pág. 46

Según los resultados es importante controlar esta problemática que si bien la mayoría de pacientes no tuvo cálculo, pero si hay un alto porcentaje del 35% y un 15% que requiere atención por presentar niveles entre 1 y 2 respectivamente.

GRAFICUADRO N° 4

Pacientes con enfermedades digestivas que presentaron gingivitis

Gingivitis	Frecuencia	%
0	82	82%
1	18	18%
Total:	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo
RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa en el graficuario N° 4 que el Nivel de Gingivitis en los pacientes con enfermedades digestivas del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo fue del 82% en 82 pacientes correspondientes al nivel 0 y en nivel 1 fue el 18% que corresponde a 100 pacientes.

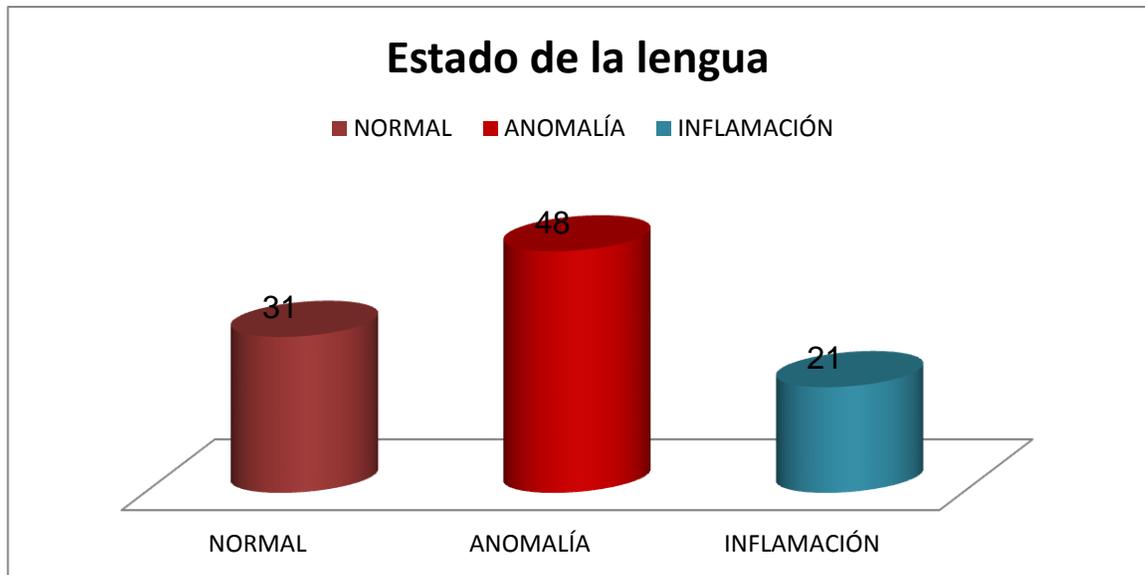
Según lo estipulado por los autores: A. Fernández y Corugedo Pérez, Exploración del aparato digestivo: manifestaciones orales de las enfermedades gastrointestinales. Dice; **“La gingivitis o inflamación de las encías puede llegar a destruir el ligamento periodontal y ocasionar desinserción de los dientes”**. Pág. 46

Según los resultados en las enfermedades digestivas no tiene mucha incidencia directa la gingivitis, sin embargo hay un 18% que requieren ser tratados.

GRAFICUADRO N° 5

Estado de la lengua de los pacientes que acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

Estado de la lengua	Frecuencia	%
Inflamación	21	21%
Anomalía	48	48%
Normal	31	31%
Total:	100	100%



Fuente: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El estado de la lengua de los pacientes con enfermedades digestivas que asistieron al departamento de gastroenterología es; normal 31 % equivale a 31 pacientes, anomalía 48% equivale a 48 pacientes, inflamación 21% equivale a 21 pacientes.

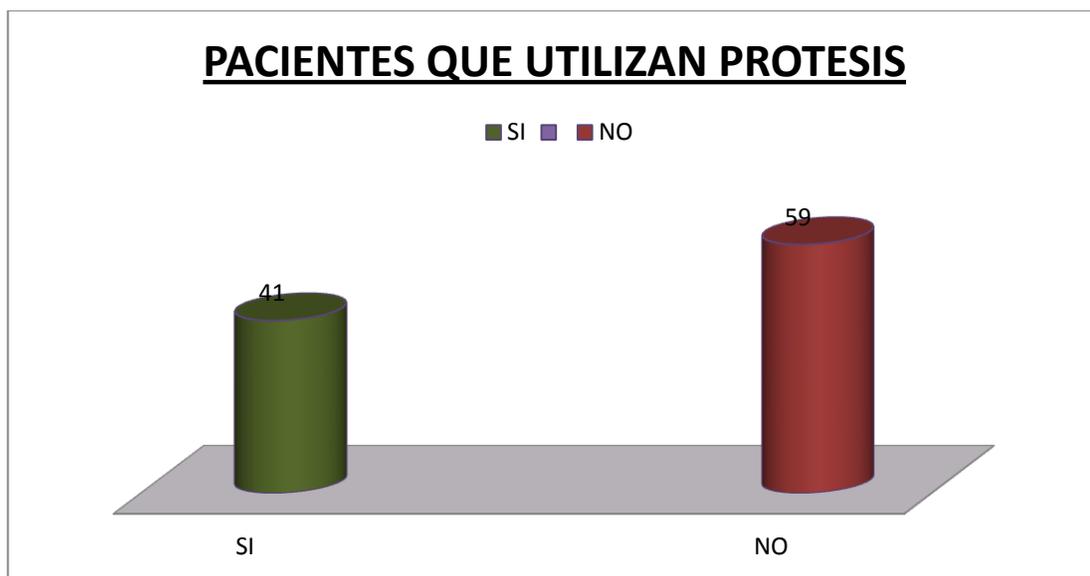
Según dice la teoría de FLOCH, Martin. Lengua saburral, halitosis y aftas bucales. En: NETTER Gastroenterología **“Los pacientes con riesgo de tener una lengua anormal son aquellos cuya saliva disminuye por el hecho de respirar por la boca, por deshidratación o por recibir fármacos anticolinérgicos; los que se encuentran en estado de coma o los que no pueden comer, beber o enjuagarse la boca, o bien los que tienen una movilidad alterada de la lengua a causa de una parálisis del nervio hipogloso un proceso inflamatorio oral o faríngeo exudativo o un tratamiento antibiótico que destruye la flora normal puede llevar a un sobre crecimiento de hongos.”** pág. 57

Los pacientes que presentaron anomalía fue de un 48% que uniéndole con el 21% de la inflamación sale una cifra de 69% de pacientes que presentaron su lengua anormal, comparado con el 31% que presentaron la lengua normal. Muy alta en lo que se refiere a manifestaciones orales.

GRAFICUADRO N° 6

Pacientes con enfermedades digestivas que utilizan prótesis dental

Alternativas	Frecuencia	%
SI	41	41%
NO	59	59%
Total:	100	100%



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficoadro se puede observar la frecuencia de cuantos pacientes con enfermedades digestivas usan prótesis y cuantos no; el 41% usan prótesis y el 59% no usan prótesis.

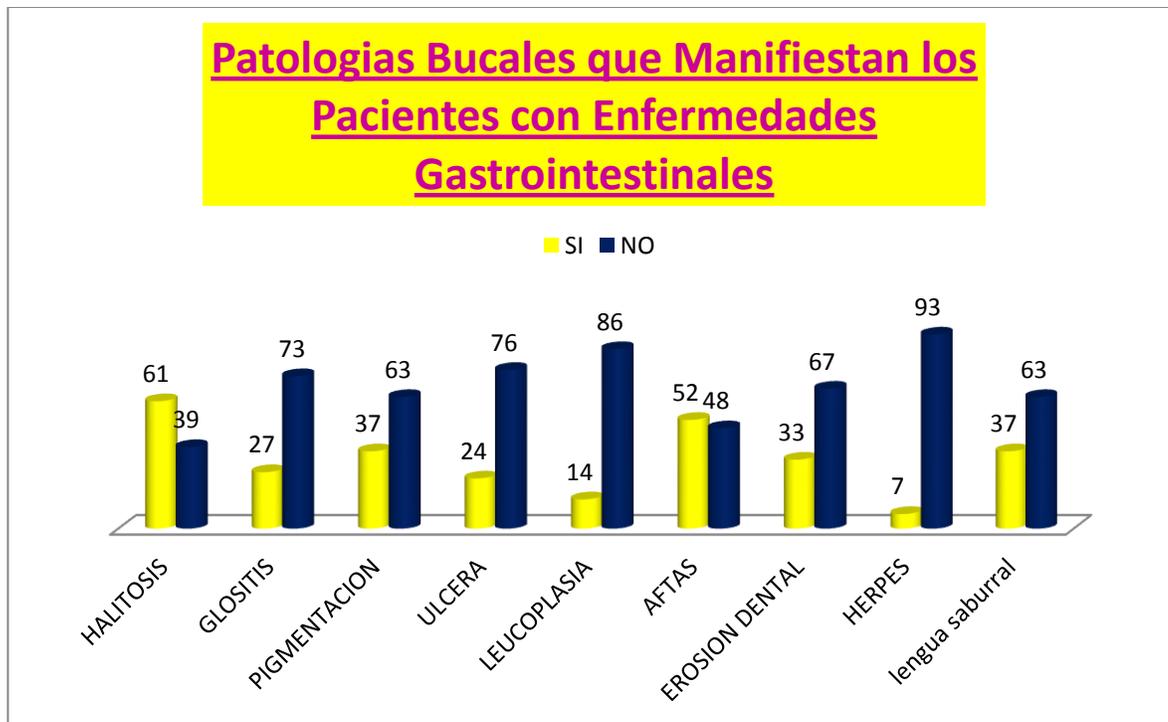
Según concuerda este dato con la página web <http://www.glositisromboidal.com> **“Otros factores relacionados que se han citado son el tabaco, el uso de prótesis dental y pequeños traumatismos. Se considera como un proceso disembrioplásico sobre el que la acción mecánica de masticación y deglución provoca la lesión, en la que pueden surgir después otras complicaciones o sobreinfecciones (candidiasis crónica o incidentalmente nevus pigmentado)”** pág. 54

Como se puede observar de la población de los 100 pacientes; 41 tienen prótesis y 59 no usan, los pacientes que utilizan prótesis se ha comprobado que puede producir lesiones bucales como hinchazón de la lengua e incluso pueden producir molestias gástricas.

GRAFICUADRO N° 7

Patologías que se manifiestan en la cavidad oral de los pacientes con enfermedades digestivas que acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

Patologías bucales	Frecuencia		%		total
	SI	NO	SI	NO	
halitosis	61	39	61%	39%	100
glositis	27	73	27%	73%	100
pigmentación	37	63	37%	63%	100
ulcera	24	76	24%	76%	100
leucoplasia	14	86	14%	86%	100
afta	52	48	52%	48%	100
Erosión dental	33	67	33%	67%	100
herpes	7	93	7%	93%	100
Lengua saburral	37	63	37%	63%	100



FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo
RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficuarro N° 7 se observa la frecuencia de diferentes patologías bucales clínicas y no clínicas que presentaron los 100 pacientes con enfermedades digestivas: 61 pacientes SI presentaron halitosis 39 NO presentaron; Glositis SI 27 y NO 73; pigmentación SI 37 y NO 63; ulcera SI 24 y NO 76; leucoplasia SI 14 y NO 86; afta SI 52 y NO 48; erosión dental SI 33 y NO 67; herpes SI 7 y NO 93; lengua saburral SI 37 y NO 63.

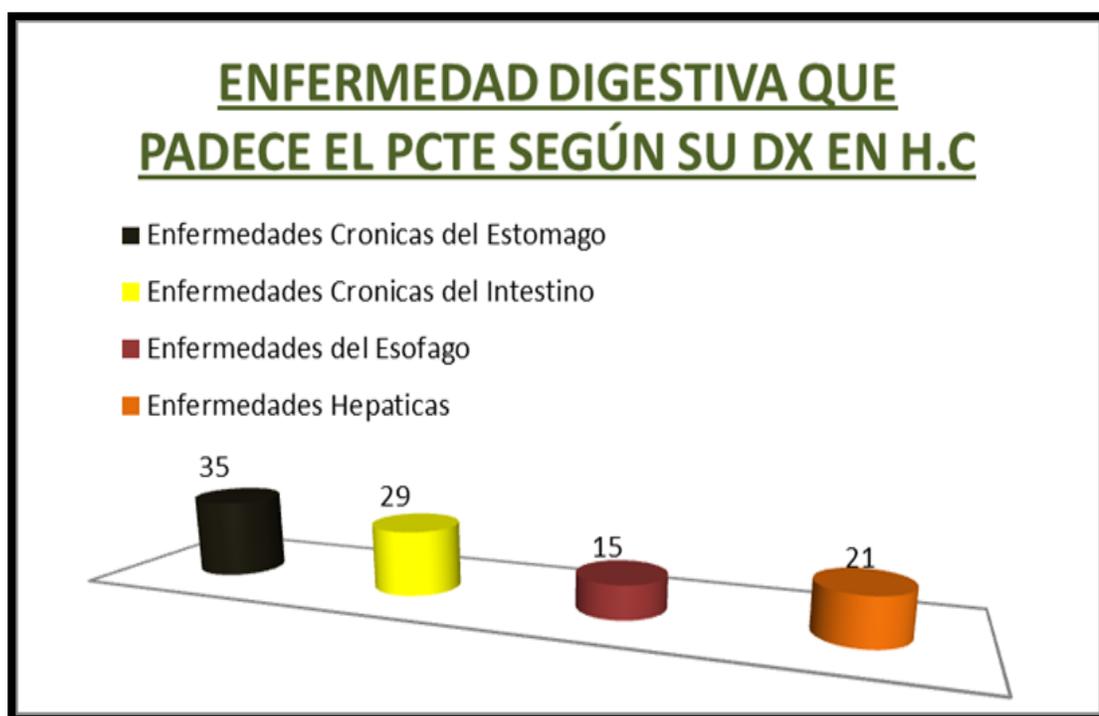
Según los autores Fernández y Corugedo Pérez, **“La identificación de las manifestaciones orales en las enfermedades del aparato digestivo resulta de suma utilidad, pues a menudo permite verificar las sospechas diagnósticas”**. Pág. 45

Entre los distintos pacientes en todos se encontró una manifestación siendo la más frecuente la halitosis que por la misma enfermedad digestiva produce mal aliento en los pacientes y de segundo fueron las aftas que aunque uno de los objetivos era encontrarlo en las enfermedades del estómago se la encontró en otras categorías.

GRAFICUADROS N° 8

Categoría de las enfermedades digestivas que padecen los pacientes que acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

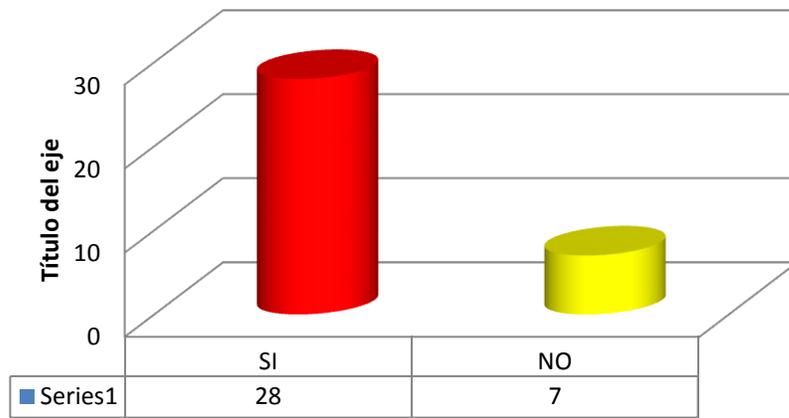
Categorías	Frecuencia	%
Enfermedades crónicas del estomago	35	35%
Enfermedades crónica del intestino	29	29%
Enfermedades del esófago	15	15%
Enfermedades hepática	21	21%
Total:	100	100%



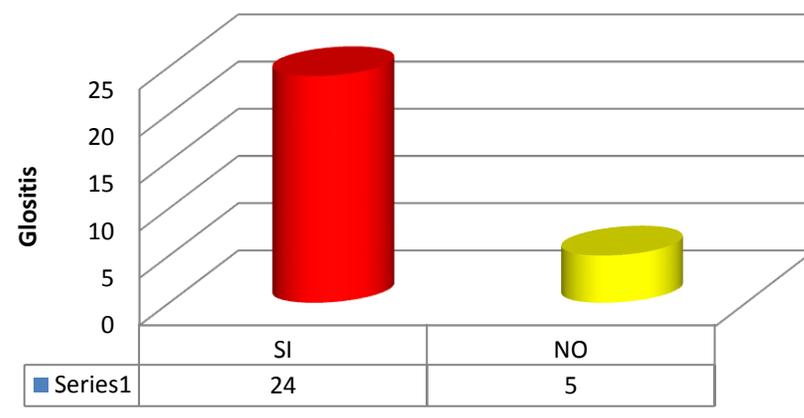
FUENTE: Ficha de observación realizada a los Pacientes del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

RESPONSABLE: Juner Palma Jaramillo

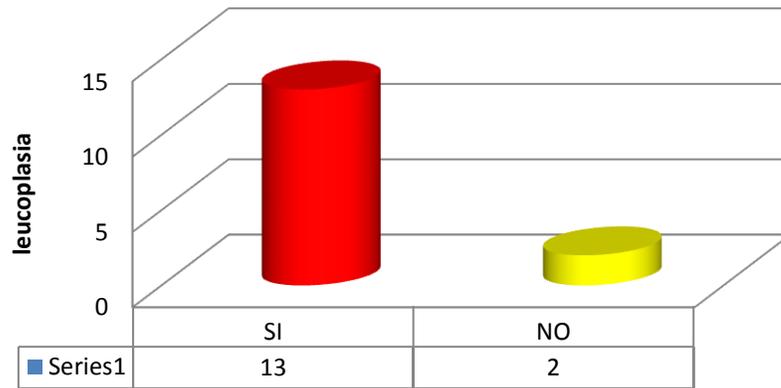
Enfermedades cronicas del estomago (Estomatis aftosa recurrente)



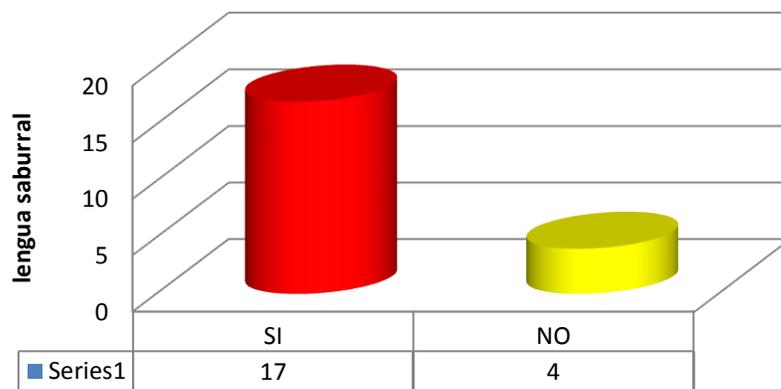
Enfermedades cronicas del intestino (Glositis)



Enfermedades del esofago (Leucoplasia)



Enfermedades hepaticas (Lengua saburral e hinchada)



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el graficuaadro N° 8 se interpreta las diferentes Categorías de las enfermedades digestivas y sus incidencias con las patologías bucales que padecen los pacientes que acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo. De la muestra de los 100 pacientes se encontró con mayor frecuencia las enfermedades crónicas del estómago 35 (35%), enfermedades crónicas del intestino 29 (29%), enfermedades del esófago 15 (15%) enfermedades hepática 21 (21%).

<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/434933.html> esta página web determina **“Los órganos que son afectados con mayor frecuencia son: el esófago, el estómago, el duodeno, el ano, el recto, el páncreas y los intestinos, el delgado y el grueso. Entre los estudios para identificar exactamente el tipo de problema, están los de sangre, materia fecal, endoscopías, radiografías y ecografías, además de la exploración física y la historia clínica. Entre las enfermedades más comunes, están: la colitis, el reflujo gastroesofágico, el colon irritable, la hepatitis C, la salmonelosis, amebiasis, gastritis, úlceras, cálculos biliares, agruras o pirosis y otras más”**. pág. 12

En las enfermedades crónicas del estómago (dispepsia funcional, gastritis, ulcera gástrica, gastroenteritis etc.) de los 35 pacientes que presentaron enfermedades crónica del estómago, 28 pacientes se encontraron estomatitis aftosa recurrente y en 7 no se encontró.

En las enfermedades crónicas del intestino (enfermedad de Crohn, síndrome de malabsorción intestinal, síndrome de intestino irritable, colitis ulcerativa, etc.) de los 29 pacientes, en 24 se manifestó en la boca glositis y en 5 no se manifestó.

En las enfermedades del esófago (disfagia, reflujo gastroesofágico, esofagitis herpética, etc.) de los 15 pacientes, en 13 se encontró leucoplasia y en 2 no se encontró.

En las enfermedades hepáticas (cirrosis hepática, hepatopatía crónica, encefalopatía crónica, hepatitis, etc.) de los 21 pacientes en 17 se encontró lengua saburral blanca o roja y en 4 no.

CONCLUSIONES

Después de realizarse el proceso investigativo a través de la aplicación de las encuestas y las fichas de observación aplicada en los pacientes con enfermedades digestivas que acudieron al departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo y analizar los objetivos planteados para la verificación de la hipótesis antes mencionada. Se llegó a las siguientes conclusiones:

- a. Se identificó 35 pacientes con enfermedades crónicas del estómago en la cual se relacionaron 28 con estomatitis aftosa recurrente que corresponde al (80%).
- b. En las enfermedades crónicas del intestino donde predominó el síndrome de malabsorción intestinal, síndrome de intestino irritable y enfermedad de Crohn, de tal forma que de 29 pacientes, 24 que corresponden al (83%) presentaron glositis.
- c. Se pudo constatar la presencia de leucoplasia en 13 (87%) al examinar la boca de 15 pacientes con enfermedades esofágicas.
- d. En la investigación de los trastornos digestivos se pudo identificar 21 pacientes con alteraciones hepáticas y en la cual se manifestó 17 (81%) con lengua saburral (blanca o roja) hinchada.

Por lo que se concluye que: las enfermedades digestivas inciden significativamente en lesiones o patologías bucales, ya que en la investigación

que se hizo en una muestra de 100 pacientes (todos con problemas digestivos)
82 de ellos presentaron lesiones bucales.

BIBLIOGRAFÍA

ABREU L, Gastroenterología endoscopia diagnostica y terapéutico A. Fernández-Corugedo Pérez, Exploración del aparato digestivo, Madrid, editorial medica panamericano, 2007.p.522

BASCONES, Antonio. "Periodoncia Clínica e Implantología Oral". España. Ediciones Avances médicos dentales. Capítulo 24. 2009-Pág. 335. .

CARDONA, Juan Córdoba y ROMERO GÓMEZ Manuel. Encefalopatía hepática. En: SALMERÓN, Javier y PLANAS, Ramón. Enfermedades Hepáticas Consejos prácticos. Mallorca: Permanyer, 2007.p.107-108 cap. 13

CORDOVA, Jose Angel y De La Torre Bravo, Antonio Procedimientos endoscópicos en gastroenterología: Gastritis y gastropatías. Editorial panamericana, 2010-381 pág. Cap. 38

CROWE SE, MH de PERDUE. Comida gastrointestinal la hipersensibilidad: Básicos Mecanismos de pato sicología de gastroenterología; 2006 103: 1.075-1.095.

DEL ÁRBOL, Luis Ruiz. Ascitis. En: SALMERÓN, Javier PLANAS, Ramón. Enfermedades Hepáticas Consejos prácticos. Mallorca: Permanyer, 2007.p.83-84 cap. 10

DEL VALLE, Jhon; Enfermedades de las vías gastrointestinales En: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo Harrison principios de medicina interna, México; Mc Graw Hill, 2009. pág. 1869-1870 17a ed. vol. 2.

DIEZ CUBAS, Cesar. "Flúor y Caries": historia natural de las caries. Madrid. Editorial Visión Net, 2005. Pág. 19-20

Dr. PACHO SAAVEDRA, José A. y Dr. PIÑOL Jiménez, Felipe N. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas: Discromía y enfermedades digestivas. Cuba: Rev. Cubana Estomatol, 2006; 43(3)

ENTREVISTA con el Dr. Alfredo Cedeño, Medico del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo. Ecuador, miércoles 04 de enero del 2012.

ENTREVISTA con el Dr. Carlos Almeida, cirujano digestivo del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo. Ecuador, 06 de enero del 2012

FERNÁNDEZ A. y Corugedo Pérez, Exploración del aparato digestivo: manifestaciones orales de las enfermedades gastrointestinales En: Rodés Teixidor y Guardia Massó et5 al. Medicina interna. Barcelona: Masson S.A. 2009 p. 522

FLOCH, Martin. Dispepsia (dispepsia funcional y dispepsia no ulcerosa). En: NETTER Gastroenterología. Barcelona: Masson, 2006.p.172-173-200

FLOCH, Neil. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: FLOCH, Martin. Netter gastroenterología. Madrid: Masson, 2006.p.70

FRANCO, Felipe. Gastroenterología y Hepatología: Gastritis crónicas. Colombia: editorial corporación para investigaciones biológicas, 2005-59 pág.

FRED F. Ferri. Ferri consultor clínico: claves diagnósticas y tratamiento; 2006
Pág. 379

GASTEIZ, Vitoria, Manual de terapéutica en atención primaria: síndrome de
intestino irritable. Colon irritable. Vasco: Eusko Jaurlaritzaren, 2006.P.90-91 n°3

GOYAL, Raj K. Enfermedades del esófago En: Fauci, Braunwald, Kasper,
Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. *Harrison principios de medicina interna*
México: Mac Graw Hill, 2009. pág. 1849-1850

GUIJARRO, Javier Bordas. Tratado de geriatría para residentes: Situaciones
clínicas más relevantes; Patología bucal pág. 2006 534 cap. 51

HASLER, William; OWYANG, Chung; Enfermedades de las vías
gastrointestinales en: Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson,
Loscalzo 17a edición. Principios de medicina interna, México: Mc Graw Hill,
2009. pág. 1870

Hospital Luis Vernaza. Cáncer gástrico: reporte de un caso. En: Revistas
médicas de nuestros hospitales. vol. 14 N°2 (marzo-abril 2008)

JOHANSSON, Ann-Katrin. Erosión Dental. En: Koch, Göran y Poulsen, Sven.
Odontology Pediatric. USA: edition Wiley Blackwell N° 2, 2009-pag. 122-123

KEITH L. Moore, Anne M. R. Agur, Marion E. Moore; Anatomía con orientación
clínica: úlcera gástrica. 2007- 257pag.

LEZAETA Acharan Manuel; Medicina natural al alcance de todos; México:
editorial pax México, 2008 pág. 222

LINDHE. Lang. Karring. "Periodontología clínica e implantología odontológica". Editorial médica, panamericana. Madrid. Edición. 5°. 2009. Pág. 423-Cap. 18

LINDHE. Lang. Karring.. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª. Edición. Tomo I. . España. Editorial Médica Panamericana. 2009. pág. 426

MEDINA CLAROS Antonio F. Parasitosis intestinales. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Madrid: Protocolos de la AEP, 2009.p.76

ODDÓ, David. Infecciones por amebas de vida libre: Comentarios históricos, taxonomía y nomenclatura, protozoología y cuadros anátomo-clínicos. En: Revista Infectología al día. (Abril 2006)

PÉREZ QUIÑÓNEZ, José Alberto, "Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar." editorial medica panamericana 2006 Pág. 43.

PHILLIPS RG, mecanismos en el intestino delgado. En: VS CHADWICK, de (eds). Intestino delgado. Londres, Butterworths, 2009; 73-96.

PORTER, Lucinda. Tratamiento de los Efectos Secundarios: Ulceras bucales. En: Revista HCV Advocate. Versión 1.0 (Feb.2005)

RAFAEL, Esteban. Actitud terapéutica ante un paciente con hepatitis aguda. Tratamiento general. LAPUERTA, Joaquín Berenguer et5 al. Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares. Madrid: ELBA S.A., 2010.p.17-18 cap. 1

REGADERA PÉREZ, Mateo. Enfermedades del aparato digestivo En: Rozman, Farreras. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A, 2005 cap. 26

REGEZI, Joseph A. y Sciubba, James. Oral Patology. Estados Unidos: Editorial Elsevier Health, 2005-9

REINA José Aguilar. Cirrosis hepática. En: SALMERÓN, Javier y PLANAS, Ramón. Enfermedades Hepáticas Consejos prácticos. Mallorca: Permanyer, 2007.p.73 cap. 9

REPETTO, Manuel Y REPETTO KUHN, Guillermo. Toxicología fundamental: sistema digestivo. España: Ediciones Díaz de santos; 2009-2pag.

RICARD, *François*. Tratado De Osteopatía Visceral Y Medicina Interna: Sistema Digestivo. Madrid: editorial panamericana, 2008- 54 pág. N° 1

RICHARDSON, Michael. "Enciclopedia de la salud": estomatitis aftosa. España: Editorial Amat., 2005-167 pág. cap. 19

RODRIGO Y RIESTRA. Dieta y cáncer de colon: Influencia del estilo de vida: consumo de tabaco y alcohol, actividad física y obesidad En: Revista española de enfermedades digestivas. Vol. 99, N.º 4 (Abril 2007); pág. 185

ROZMAN, C. Compendio de Medicina Interna: Ulcera péptica. España: Elsevier, 2009- Pág. 21

ROZMAN, Ciril. 3ra Edición. Compendio de medicina interna: Enfermedades del aparato digestivo, Madrid: Editorial Elsevier, 2006 pago. 19

SAPP, Philip Patología oral y maxilofacial contemporánea: Trastornos mediados por proceso inmunitario. Madrid: Edición Elsevier, 2005 Pág., 245-248 n°2

SEGHNP. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición: Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. Madrid: Editorial Ergón S.A.; 2010- pag.89 N°2

SEIP. Protocolo de Infectología: Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Madrid: AEP; 2009-333 pág.

SILEGA Garis L. Tratado de Medicina física histológica y climatología médica; Estados Unidos. Edición hippocrate. 2010 pág. 252

VARGAS V, ACCARINO A, EVOLE M, LIENCE E, GUARNER L. Manifestaciones articulares en la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev. Esp Reumatol 2008; 15: 159-163.

VILARDELL F. Enfermedades digestivas: colitis ulcerosas. Madrid: editorial CEA, 2005. Pág. 39

VILASECA J. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Opciones del tratamiento médico. En: RODÉS J, ARROYO V, PIQUÉ JM (eds.). Controversias en gastroenterología. Barcelona, Doyma, 2006; 275-279.

WALSH, Laurence. Aspectos clínicos de biología salival para el Clínico Dental: Aplicaciones clínicas de las pruebas salivales En: Revista De Mínima Intervención En Odontología N°41 (sept.2007)

Policlínico "Carlos Manuel Portuondo" Instituto de Gastroenterología; Estomatitis aftosa recurrente. Actualización; Dr. José A. Pacho Saavedra y Dr. Felipe Piñol Jiménez; http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est06105.htm

UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

<http://www.veterinaria-online.com.ar/libros-gratis/causas-sistemicas-de-odinofagia-pdf-2.html> (citado en marzo 2006)

[http:// www.glositisromboidal.com](http://www.glositisromboidal.com)

http://www.entornomedico.org/.../index.php?option=com_content... 2009

<http://www.epidemiologiaescobar.blogspot.com/2010/7/glositis-geografica-benigna.html> (citado el jueves 29 de julio de 2010).

<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/434933.html>

<http://www.esmas.com/salud/home/conocetucuerpo/335706.html>

<http://www.Farmaciashausmann.blogspot.com>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm>

<http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>

<http://www.salud.com/enfermedades/acidezestomacal>.

<http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/434933.html>

**PROPUESTA
ALTERNATIVA**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO

Implementación de un programa de educación para la salud bucal en los pacientes con enfermedades digestivas que acuden al Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Enero 2012

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Educación para la salud

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo

2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades digestivas es responsabilidad directa del gastroenterólogo pero las manifestaciones clínicas que aparecen debido a estas enfermedades es parte de la odontología sería muy bueno trabajar en la salud de un paciente trabajando junto con el gastroenterólogo.

La salud oral es parte integral de la salud general, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana.

El proyecto se justifica porque después del trabajo de investigación realizado se demuestra que los pacientes con enfermedades digestivas presentan manifestaciones bucales, por ello es conveniente ofrecer un conjunto de conocimientos fundamentales teórico-prácticos, a través de un taller sobre la salud bucal para así ayudar a los pacientes a tomar conciencia y mejorar las condiciones de salud.

El proyecto es factible de realizarlo porque está al alcance educativo y económico del investigador.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El hospital regional Verdi Cevallos funcionó en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un sólo médico acompañado de cuatro mujeres, atendían a los heridos de los fusiles y cañones.

Para el año de 1908 el hospital pasa a llamarse Hospital Militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el Gobierno expropió las tierras a la Iglesia y pasaron a manos de las Juntas de Beneficencia.

El hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el Puente San José o Rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y

se mantenía con un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la Iglesia.

Otro giro en 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes.

Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de ese entonces quedaba corta ante la demanda de pacientes que llegaban en busca de atención, ante esto la Junta de Beneficencia decide mudar el Hospital hasta donde actualmente funciona la Dirección de Salud en la calle Rocafuerte en 1920, en ese lugar funcionó hasta 1970 en que el Hospital entró a operar donde ahora está ubicado, en la calle 12 de marzo.

El Hospital fue dando importantes avances, de apoco se fueron creando más áreas y cada vez la demanda crecía hasta el punto que gente de otros lados llegaban en busca de atención, además estudiantes de medicina de todas partes del país comenzaron hacer sus prácticas en la casa de salud, esto aportó para que en 1976 sea denominado como Hospital Regional por el ya creado en 1967 M.S.P.

Alfredo Cedeño médico gastroenterólogo que se unió al hospital en 1984, comentó “que el nombre de Verdi Cevallos se oficializó en 1988, en honor a las aportaciones del Dr. Verdi Cevallos Balda”. En 1997 el Hospital Verdi Cevallos pasa de regional a provincial. Según Cedeño sólo fue una nueva nominación

que le dio el MSP. El departamento de gastroenterología está a cargo del Dr. Alfredo Cedeño y la Dra. Karina Encalada y el cirujano digestivo es el Dr. Carlos Almeida.

La atención odontológica en el hospital Regional Verdi Cevallos comenzó en 1971, hace 40 años de los cuales la doctora Cecilia Peñarrera ha estado 33 años, hasta que se jubiló el 23 de septiembre del 2011, y ahora tomó el puesto el Dr. Ernesto Cedeño.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fomentar el mejoramiento de medidas de salud oral a través de un taller de capacitación, con la finalidad de disminuir las manifestaciones bucales en los pacientes con enfermedades digestivas del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Informar a los pacientes sobre las diferentes manifestaciones orales que podrían presentar debido a sus enfermedades digestivas.

- b. Incentivar a los pacientes con enfermedades digestivas que manifiestan patologías orales para que acudan a la consulta odontológica en busca de tratamientos adecuados.

- c. Concienciar a los pacientes a que mantengan un buen control estomatológico y mejoramiento de los hábitos alimenticios.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se observó que los pacientes con enfermedades digestivas presentan manifestaciones bucales, así entre las más frecuentes están las aftas, glositis, leucoplasia, úlceras orales, lengua saburral

por lo que se estableció esta propuesta para difundir cuidados y hábitos de higiene y concienciar a los pacientes para que tengan una adecuada salud oral aparte del control gastroenterológico.

Se realizará un programa educativo sobre temas para que el paciente conozca las manifestaciones que pueden presentar debido a su enfermedad, medidas de higiene, hábitos alimenticios, y otros hábitos.

En dicho programa educativo se entrega un banner, trípticos, y se realiza charlas que ayuden a mejorar la higiene oral para prevenir enfermedades que afectan la salud de los mismos.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los pacientes con enfermedades digestivas que acuden al departamento de gastroenterología del Hospital del Verdi Cevallos de Portoviejo.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizan las siguientes actividades:

- a. Reunión con el médico del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo para la socialización de la propuesta alternativa.
- b. Elaboración de un cronograma de trabajo

- c. Charla educativa sobre medidas de higiene oral y hábitos alimenticios dirigida a los pacientes con enfermedades digestivas del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo y entrega de trípticos.
- d. Entrega de un banner que describa la incidencia de manifestaciones bucales en pacientes con lesiones gastrointestinales y consejos para contribuir con una mejor salud oral.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
REUNION CON LAS AUTORIDADES	X							
ELABORACION DEL PLAN DE CADA TEMATICA		X						
ELABORACION DE TRIPTICOS			X					
ELABORACION DE GIGANTOGRAFIAS				X				
CHARLAS EDUCATIVAS						X		
ENTREGA DE TRIPTICOS						X		
ENTREGA DE GIGANTOGRAFIA						X		

9. PRESUPUESTO

El costo aproximado es de \$298.25.

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTES EXTRAS
Fotocopia	100	Unidad	\$ 0.03	\$ 3.00	Autogestión	
Papel	2	Resmas	\$ 5.00	\$ 10.00	Autogestión	
Internet	1	Meses	\$ 22.00	\$ 22.00	Autogestión	
Tinta de impresión	2	Cartucho	\$ 25.00	\$ 50.00	Autogestión	
Carpeta	2	Unidad	\$ 0.50	\$ 1.00	Autogestión	
Movilización			\$ 60.00	\$ 60.00	Autogestión	
Banner	1	Unidad	\$ 50.00	\$ 50.00	Autogestión	
Trípticos	100	2 lados	\$ 0.15	\$ 30.00	Autogestión	
Refrigerios	1	Unidad	\$ 40.00	\$ 40.00	Autogestión	
Proyector	1	horas	\$ 10.00	\$ 10.00	Autogestión	
SUBTOTAL				\$ 286.00		
Imprevistos		10%				
TOTAL				\$ 298.25		

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta se sostiene porque se cuenta con los recursos necesarios, la autorización del Director del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo, y la predisposición del Médico del departamento de gastroenterología.

Además, esta propuesta será replicada a los pacientes que asisten al departamento de gastroenterología, mediante la colaboración del médico que se compromete a continuar con el programa educativo

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por el autor de la investigación.



Anexo 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA



13. PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
COMPUTADOR A	1	Unidad	1.160,82	1.160,82	1.160,82	
FOTOCOPIAS	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
PAPEL	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET	1000	Mbps	0,10	100,00	100,00	
TINTA NEGRO	2	Tóner	37,00	74,00	74,00	
TINTA COLOR	2	Tóner	41,00	82,00	82,00	
CD	2	Unidad	0,75	1,50	1,50	
Resaltador	1	Unidad	1,00	1,00	1,00	
Corrector	1	Unidad	1,00	1,00	1,00	
Lápiz	2	Unidad	0,25	0,50	0,50	
BOLÍGRAFOS	2	Unidad	0,45	0,90	0,90	
CUADERNO	1	Unidad	2,88	2,88	2,88	
CARPETAS	5	Unidad	0,15	0,75	0,75	
TABLERO PORTA HOJA	1	Unidad	3,50	3,50	3,50	
PEN DRIVE	1	Unidad	10,00	10,00	10,00	
VIÁTICOS		Dólar		250,00	250,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
Espejos bucales	10	Unidad	2,50	25,00	25,00	
Baberos	160	Unidad	0,15	24,00	24,00	
PORTA BABEROS	2	Unidad	2,50	5,00	5,00	
CAMPOS desechables	160	Unidad	0,20	32,00	32,00	
gorros descartables	1	Paquete	10,00	10,00	10,00	
MASCARILLAS	3	Caja	4,00	12,00	12,00	
Medidor de nivel de pH	1	Rollo	25,60	25,60	25,60	
ANILLADOS	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
EMPASTADOS	5	Unidad	6,00	30,00	30,00	
IMPREVISTOS		dólar		188,28		
Total				2.131,78		

Anexo 2

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA

Formulario de Observación

1.- DATOS PERSONALES:

Nombre:..... Dirección:.....
 N° de Historia Clínica:..... telf...
 Edad:..... NIVEL DE PH SALIVAL:.....
 Sexo:
 Fecha:.....

2.- ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
-----								-----							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

3.-INDICADORES DE SALUD

HIGIENE SIMPLIFICADA				
PIEZAS DENTALES		PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	17			
11	21			
26	27			
36	37			
31	41			
46	47			
TOTALES				

ESTADO DE LA LENGUA		UTILIZA PRÓTESIS
NORMAL	<input type="checkbox"/>	SI NO
ANOMALÍA	<input type="checkbox"/>	
INFLAMACIÓN	<input type="checkbox"/>	

SI EXISTE ANOMALÍA DE LA LENGUA INDIQUE ¿CUÁL ES?

4.- ENFERMEDADES DIGESTIVAS QUE PADECE EL PACIENTE SEGÚN SU DIAGNÓSTICO E HISTORIA CLÍNICA

Hallazgos clínicos	X
Enfermedad crónica del estomago	
Enfermedad crónica del intestino	
Enfermedad del esófago	
Enfermedad Hepática	

4.- PATOLOGÍAS QUE SE MANIFIESTA EN LA CAVIDAD BUCAL

HALLAZGOS	SI	NO
Halitosis		
Glositis.		
Pigmentación.		
Úlcera.		
Leucoplasia		
Aftas		
Erosión dental		
Herpes		
Lengua saburral		

ENCUESTA

Universidad San Gregorio de Portoviejo
(Dirigido a los pacientes del departamento de gastroenterología del
Hospital Verdi Cevallos)

1.- ¿Cuántas veces va al odontólogo al año?

- a) Una vez al año
- b) 2 veces al año
- c) 3 o más veces al año
- d) Nunca

2.- ¿Cuántas veces visita al gastroenterólogo?

- a) Una vez al mes
- b) Dos veces al mes
- c) Frecuentemente
- d) Cuando se siente mal

3.- ¿Cuántas veces le han dado charlas de cómo cuidarse de los problemas gastrointestinales?

- a) Una vez
- b) Dos veces
- c) Tres veces o más
- d) Nunca

4.- en su vida cotidiana usted:

- a) Fuma
- b) Bebe (alcohol)
- c) consume cítricos
- d) toma gaseosa
- e) toma café

5.- ¿Cuándo Toma medicamentos ha sufrido alteraciones o irritaciones gástricas?

- a) A veces
- b) Siempre
- c) Nunca

6.- ¿Cuál de las siguientes opciones le produce estrés?

- a) El trabajo
- b) Problemas económicos
- c) En la casa
- d) su estado de salud
- e) No sufre de estrés

7.- Diariamente en su alimentación usted incluye

- a) Pescados y carnes
- b) Grasas
- c) Leche y frutas
- d) carbohidratos
- e) Comida chatarra
- f) todas las anteriores

8.- ¿Ha padecido frecuentemente alguna de estas alteraciones en su boca?

- a) Lengua roja e hinchada
- b) Ulcera o llagas en su boca
- c) Manchas en su boca
- d) La lengua de color blanca
- e) Nunca

9.- ¿Acostumbra a comer en la calle?

- a) A veces
- b) Siempre
- c) Nunca

10.- ¿Desde cuándo manifiesta su enfermedad digestiva?

- a) Hace un mes
- b) Varios meses
- c) Hace un año
- d) Hace 2 años o mas
- e) No recuerda

GRACIAS

Portoviejo 27 de Enero 2012

Dr. Alfredo Cedeño

Medico del Departamento de Gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo.

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo, Juner Oswaldo Palma Jaramillo, egresado de odontología. Por medio de la presente le solicito se me conceda permiso para realizar charlas educativas y entrega de tripticos a los pacientes, asi como la entrega de la gigantografía cuyo tema es "ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y SU INCIDENCIA CON LAS PATOLOGIAS BUCALES"

Por su atención que tome a la presente le anticipo mi mas sincero agradecimiento.

ATT

Juner Palma Jaramillo

EGRESADO

ACTA DE COMPROMISO

Para la ejecución de la propuesta

Con la finalidad de adquirir la responsabilidad de que se ejecute el programa de educación para la salud bucal, con el plan de fomentar el mejoramiento de medidas de salud oral en pacientes con enfermedades digestivas, el día 31 de enero del 2012 a las 10:00 am en la oficina del departamento de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos de Portoviejo se reunió el Dr. Alfredo Cedeño y el Sr. Juner Palma Jaramillo egresado de la carrera de odontología, para firmar el acta de compromiso en donde se establece lo siguiente:

1. Ejecutar la propuesta con la ayuda del Medico, para informar y fomentar el conocimiento a los pacientes sobre las diferentes manifestaciones que podrian presentar en la boca debido a sus enfermedades digestivas.
2. Que se sigan dando charlas educativas sobre la incidencia que tienen las enfermedades gastrointestinales con las manifestaciones orales.
3. Concienciar a los pacientes a que mantengan un buen control estomatológico y mejorar los hábitos alimenticios.

Una vez leído y analizado lo anterior expuesto se culmina esta reunión con la posterior firma para afianzar el compromiso.

Atentamente

Dr. Alfredo Cedeño

MEDICO GASTROENTEROLOGO

Juner Palma Jaramillo

EGRESADO

A

n

e

x

o

3

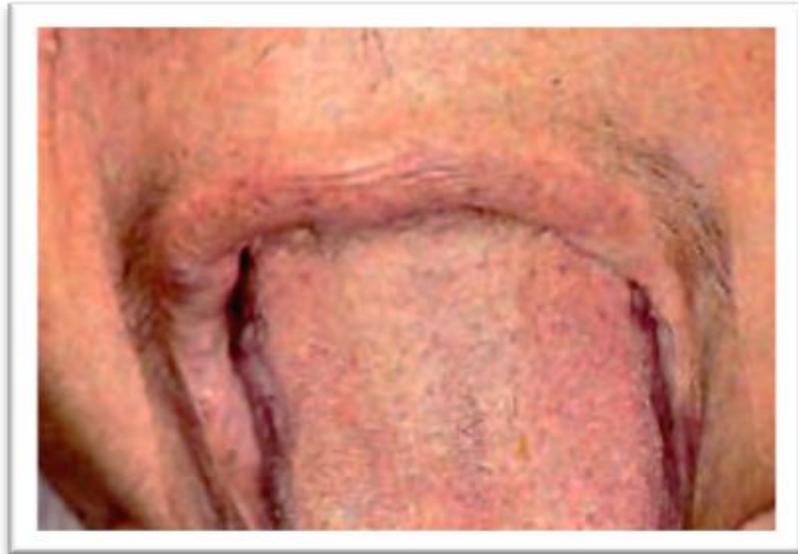
PACIENTES CON ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE



GLOSITIS MIGRATORIA



GLOSITIS



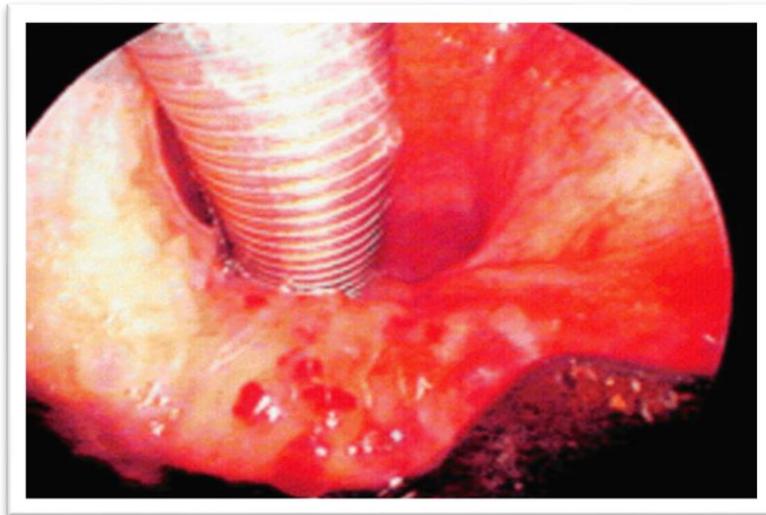
GLOSITIS ROMBOIDAL



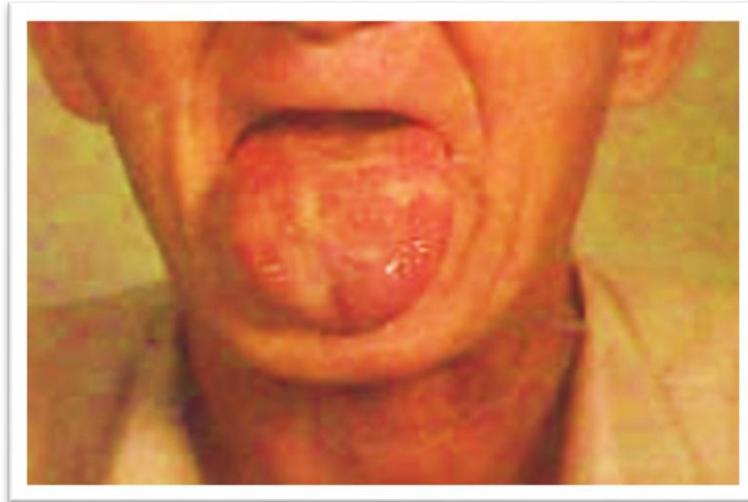
LEUCOPLASIA



Ulceraciones en paciente con hepatopatía crónica



LEUCOPLASIA ADENOCARCINOMATOSA



ESOFAGITIS HERPETICA



PACIENTE CON LENGUA SABURRAL ROJA



LENGUA SABURRAL BLANCA



Lengua saburral blanco-amarillenta e hinchada en paciente con hepatitis

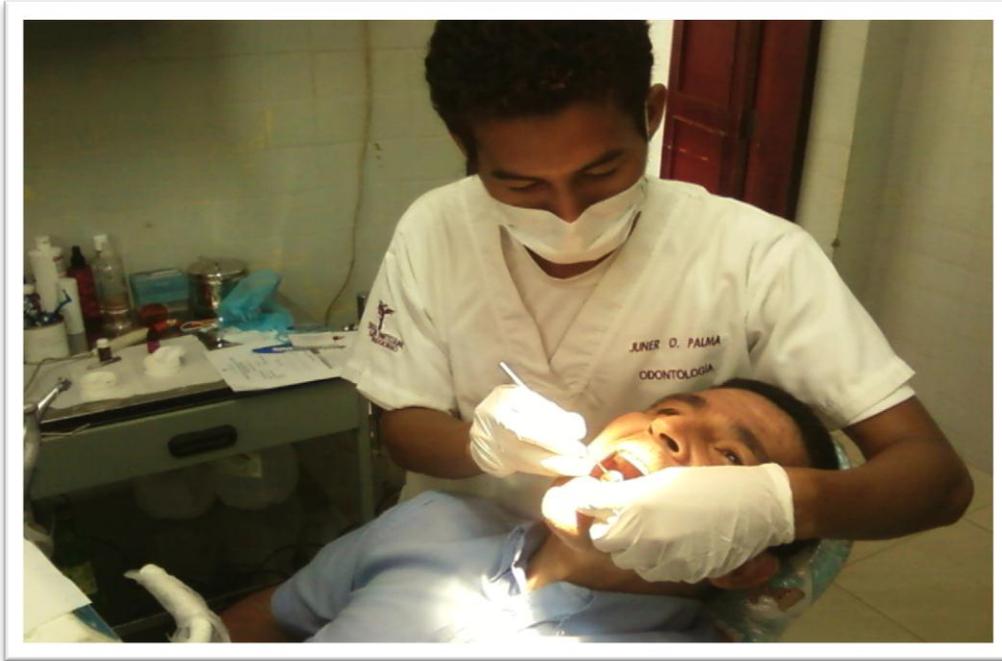


ESOFAGITIS HERPÉTICA



Anexo 4

**Realizando la ficha de observación en un paciente con
síndrome de malabsorción intestinal**



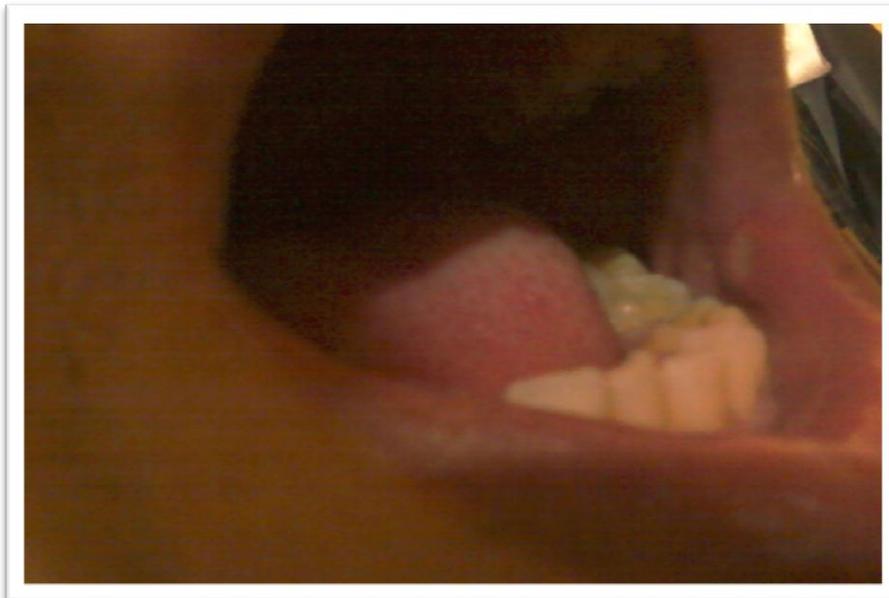
GLOSITIS EN EL MISMO PACIENTE



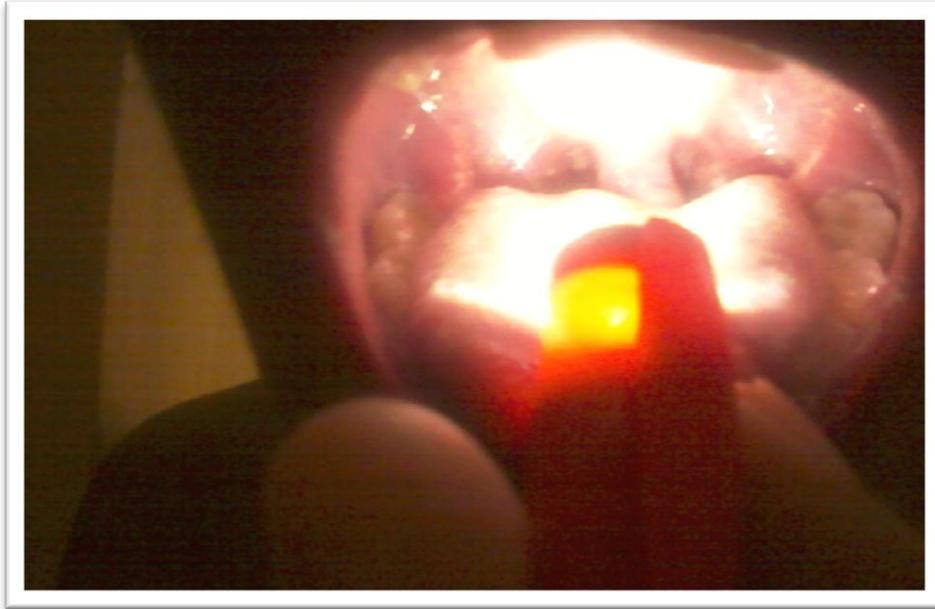
**Observación de un paciente con gastritis crónica atrófica
y que presenta estomatitis aftosa recurrente**



**Observación de un paciente con reflujo gastroesofágico
que refiere Leucoplasia**



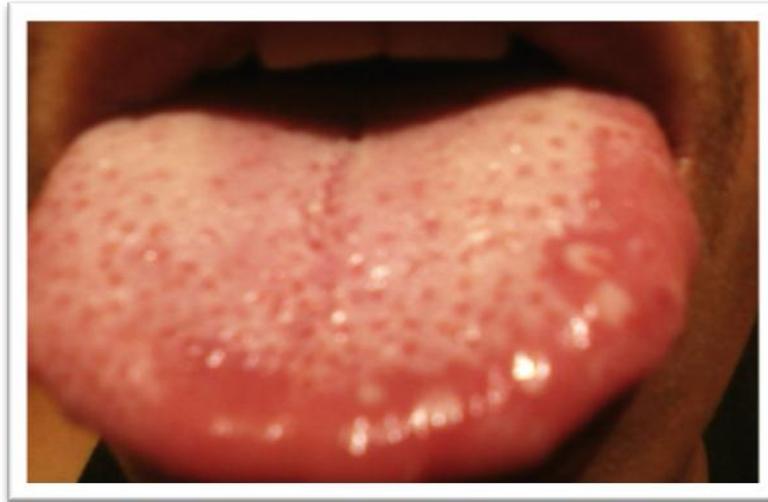
Observación de paciente con esofagitis herpética con presencia de herpes y leucoplasia



Observación de paciente con hepatopatía crónica con presencia de lengua saburral y úlceras bucales



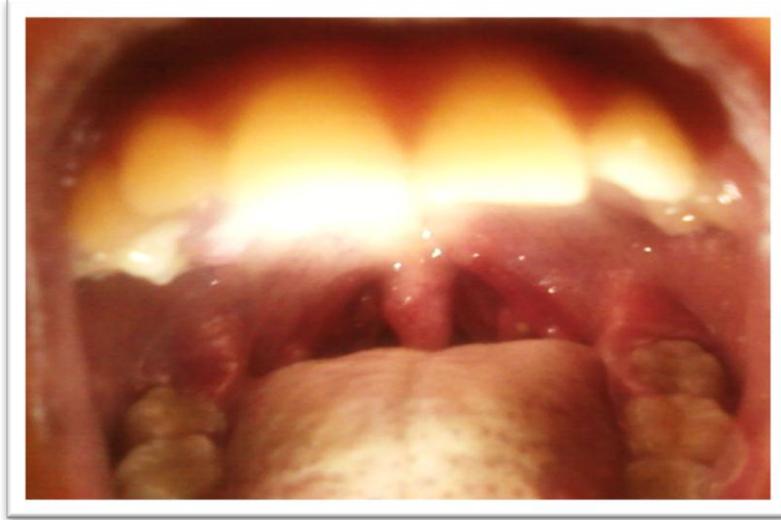
Observación de leucoplasia por reflujo gastroesofagico



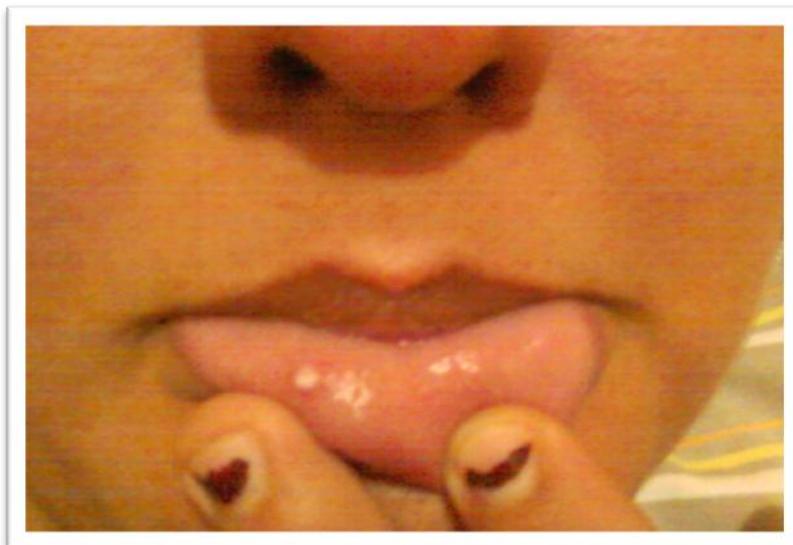
Observación de una afta bucal en un paciente con gastritis



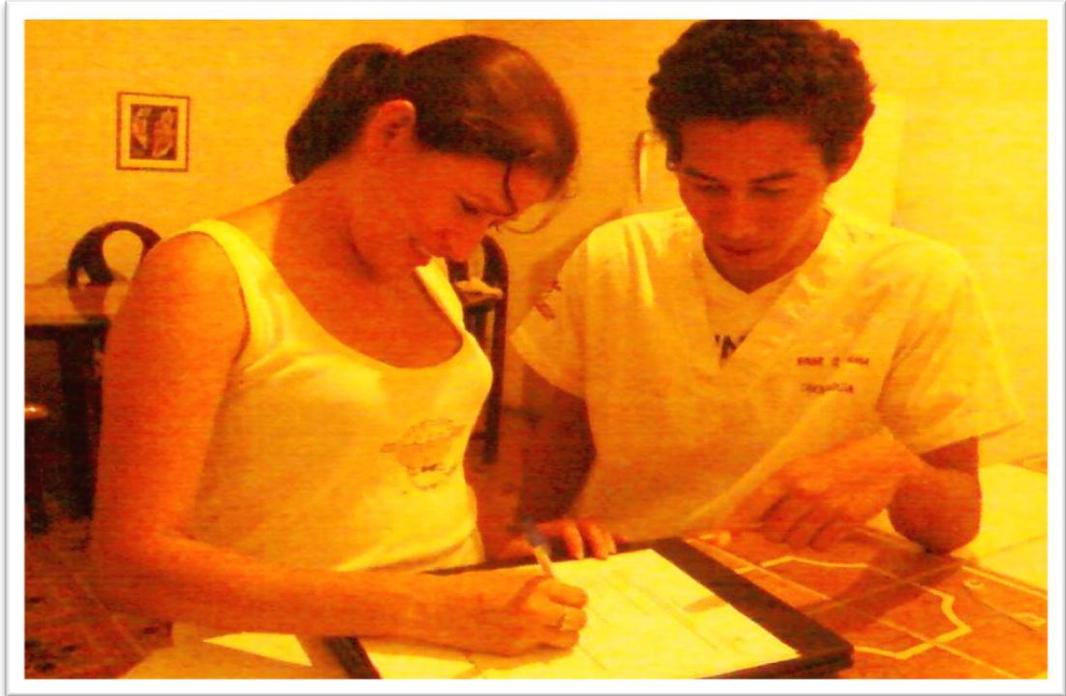
Observación de un paciente con cirrosis hepática con presencia de lengua saburral



Observación de un paciente con ulcera gástrica y presencia de afta bucal



REALIZANDO LAS ENCUESTAS

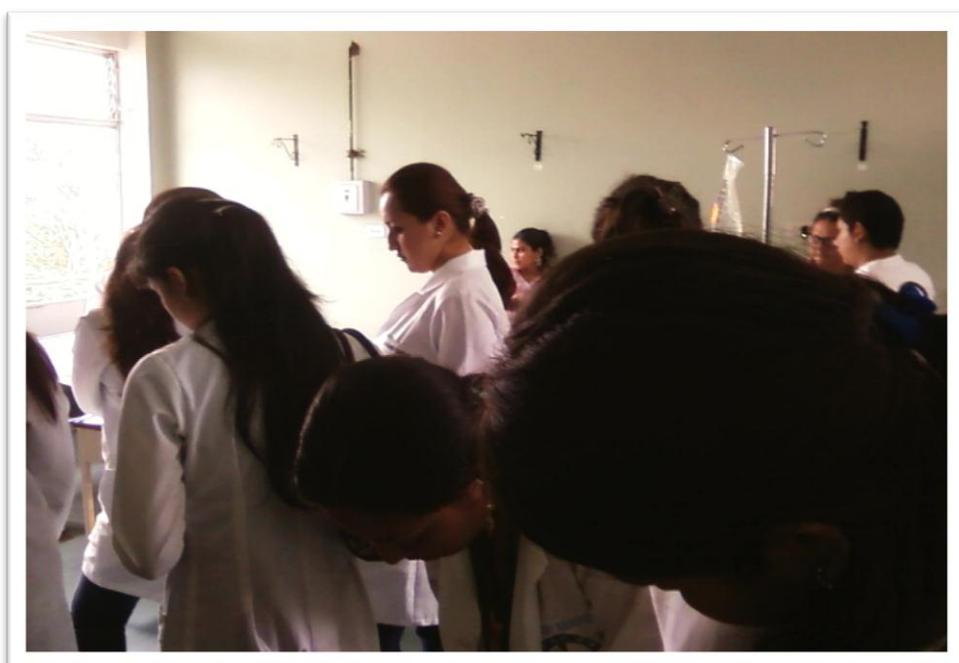








Visitando a los pacientes internados, con los estudiantes de medicina



**PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPATICA
(CIRROSIS)**



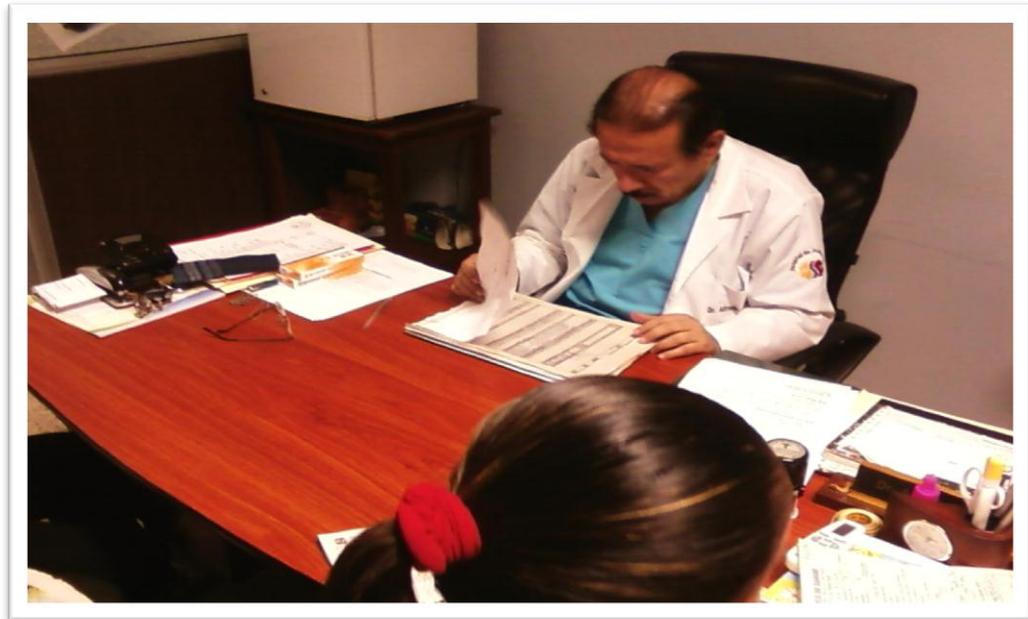
PALPACIÓN DE UN PACIENTE CON HEPATOPATÍA CRÓNICA



APRENDIENDO A DIAGNOSTICAR UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIGESTIVA



EL Dr. ALFREDO CEDEÑO REVISANDO LAS HISTORIAS CLINICAS



RECIBIENDO UNA CHARLA EN LA SALA DE MEDICINA INTERNA

