

293



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFERMEDADES
GASTROINTESTINALES EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO QUE
AFECTAN CAVIDAD ORAL

TESINA

QUE PRESENTA :

SUSANA LÓPEZ LÓPEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANA DENTISTA

Director de Tesina

M.C. JUAN ARAÚ NARVÁEZ



287521

México, D.F. 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo

Marcelo, por el apoyo que me brindó
para poder realizar esta tesina,
porque el es mi más grande
motivación.

A mi hija

Melany, para que en un futuro
se sienta orgullosa de mí, ya que ella
es una de mis más grandes motivaciones
para superarme.

A mis padres

Porque ellos me inculcaron el deseo de superarme
por medio del estudio hasta llegar
a la culminación de una carrera universitaria
y llegar a ser una profesionista.

A mis suegros

Porque sin el apoyo de ellos
no hubiera sido posible
realizar esta tesina.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1

TRASTORNOS DEL ESOFAGO

1.1 Esofagitis péptica por regurgitación

1.2 Síndrome de Plummer-Vinson

CAPITULO 2

TRASTORNOS DEL ESTOMAGO

2.1 Hernia de hiato

CAPITULO 3

TRASTORNOS POR SECRECIÓN PEPTICA ACIDA

3.1 Úlcera péptica

CAPITULO 4

ALGUNOS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LOS INTESTINOS

4.1 Colitis ulcerosa

4.2 Enfermedad de Crohn

CAPITULO 5

TUMORES MAS FRECUENTES DEL TUBO DIGESTIVO

5.1 Adenocarcinoma gástrico

5.2 Adenocarcinoma de colon y recto

CAPITULO 6

TRASTORNOS DEL PANCREAS

6.1 Fibrosis quística pancreática

CAPITULO 7

TRASTORNOS DE LAS VIAS BILIARES

7.1 Colecistitis

7.1.1 Colecistitis aguda

7.1.2 Colecistitis crónica

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO QUE AFECTAN CAVIDAD ORAL

INTRODUCCION

El tracto digestivo se haya sometido, a lo largo de la vida , a un estado de cambio constante y rápido. La renovación de las células epiteliales se producen con frecuencia elevada, cada 24-48 hrs; la absorción y la secreción son casi constantes, y la actividad mioeléctrica y motora son continuas.

Las funciones principales del tracto digestivo son la digestión y la absorción; las funciones secundarias que sirven a estas actividades son la secreción y la movilidad.

El paso del tiempo se acompaña de cambios fisiológicos y fisiopatológicos en muchos de los sistemas del organismo (p. ej., el endocrino, el cardiovascular y el nervioso) que afectan la estructura y la función gastrointestinal y producen muchas variaciones en las formas de presentación de la enfermedad.

El tiempo permite también la superposición de una función alimentaria alterada por enfermedades extraintestinales; si ello ocurriera con frecuencia podría motivar la falsa impresión de que las alteraciones observadas se deben al proceso natural del envejecimiento.

Las dos funciones principales de la cavidad oral son iniciar la digestión y permitir el habla. Todos los tejidos orales han evolucionado para permitir la realización de estas actividades: los dientes, los tejidos periodontales de sosten y la articulación temporomandibular facilitan el manejo mecánico de los alimentos; la lengua, a través de sus movimientos finamente coordinados, no sólo mezcla y facilita la movilización de los alimentos, sino

que es esencial también para la fonación.

Aunque la boca está expuesta al ambiente exterior, la mucosa oral proporciona una protección. La saliva protege los tejidos orales mediante sus proteínas lubricantes, antimicrobianas y de remineralización dentaria. La saliva participa también en la degradación inicial de los alimentos y su transformación en un bolo fácil de deglutir. La boca tiene un intrincado sistema de control sensitivo, con receptores exquisitamente desarrollados para el gusto, el tacto, el dolor, la textura y la temperatura.

Los trastornos dentarios y orales que se observan en los adultos afectan todos los tejidos y funciones del tracto gastrointestinal. La mayoría de estos problemas no ponen en peligro la vida de los pacientes, pero pueden ser muy graves, y muchos de ellos tienen un gran impacto en la calidad de vida. En muchas gastroenteropatías o anemias nutricionales de los ancianos, una de las causas principales es la masticación insuficiente de los alimentos. Es importante para nosotros como odontólogos conocer la importancia de saber diferenciar las manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas de los pacientes, no solo de los pacientes geriátricos si no de todos los pacientes en general, ya que está en nuestras manos el poder ayudarlos a tratar sus padecimientos a tiempo, además al saber diagnosticar una enfermedad sistémica en un paciente al cual estamos atendiendo nos va a ayudar a realizar el plan de tratamiento correcto sin correr el riesgo de llegar a ocasionar una complicación de su padecimiento.

Además hay que tener muy en cuenta que a un paciente de edad avanzada no lo podemos atender igual que a un paciente joven, ya que en

muchos de los sistemas del organismo han ocurrido cambios fisiológicos que son producto del envejecimiento y su organismo ya no funciona al 100% y varios de los padecimientos gastrointestinales se deben al mal estado de la cavidad oral, así que es nuestro deber mejorar la calidad de vida de estos pacientes realizando un buen plan de tratamiento al tener conocimiento de las necesidades de nuestros pacientes, y así contribuir a que cursen una vejez satisfactoria.

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO QUE AFECTAN CAVIDAD ORAL

CAPITULO 1 TRASTORNOS DEL ESOFAGO

1.1 ESOFAGITIS PEPTICA POR REGURGITACIÓN

La esofagitis por reflujo es un trastorno bastante común en los ancianos. Se puede presentar por cuerpos extraños esofágicos que resultan comunes en la vejez, a causa de la mala visión y por la disminución de la capacidad para notar la presencia de cuerpos extraños en la boca, sobre todo, huesos de la comida ya que cuando se usa dentadura artificial no se tiene sensibilidad. A veces los puentes dentarios son deglutidos y se convierten en cuerpos extraños esofágicos. La incompetencia del esfínter esofágico inferior parece ser el determinante más importante del reflujo gástrico hacia el esófago. La hernia de hiato, cuya frecuencia aumenta con la edad en proporción lineal (incidencia del 50% a los 70 años), no guarda relación estrecha con los síntomas de reflujo tales como pirosis, sangrado esofágico y aspiración. Excepcionalmente la odinofagia y el espasmo esofágico, también típicos del reflujo. Puede ocurrir disfagia debido a la formación de estenosis de índole péptica, sin que existan antecedentes clínicos de reflujo.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico consiste en la inflamación de la mucosa esofágica por la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago.

Algunos factores que contribuyen el reflujo son:

1. La alteración del vaciamiento esofágico (retraso en la respuesta

peristáltica frente al contenido gástrico que ha refluído) permite un mayor tiempo de contacto.

2. El aumento de volumen y de acidez del contenido gástrico hace que los individuos con hipersecreción ácida y con reflujo presenten un mayor riesgo de lesiones de la mucosa.
3. El aumento de la presión intraabdominal, causado por vestidos que aprieten, obesidad, tos crónica o esfuerzos en la defecación, puede ejercer influencia sobre el reflujo.

El reflujo gástrico es la causa más frecuente de esofagitis, los síntomas dependen de la cantidad de reflujo existente. El dolor es más frecuente cuando el paciente se encuentra en posición horizontal, pero puede producirse también cuando se inclina hacia adelante.

SINTOMAS:

La pirosis es el síntoma dominante. Frecuentemente se produce después de las comidas, así como con actividades como estar tendido en la cama, inclinarse hacia delante, levantar pesos, hacer fuerza o ejercicios pesados; también puede asociarse al eructo. La regurgitación se presenta con menos frecuencia que la pirosis, pero en circunstancias similares. Al refluir el contenido gástrico hacia la boca se nota un sabor ácido amargo. En la enfermedad por reflujo gastroesofágico avanzada se produce un estrechamiento de la luz, secundario al proceso de fibrosis, que puede conducir a disfagia. El paciente suele experimentar síntomas inicialmente al tomar alimentos sólidos, pero el proceso se va haciendo gradualmente más frecuente e intenso si no se trata. Puede haber dolor retrosternal a la deglución (odinofagia) o durante los periodos de reflujo. Los pacientes con la enfermedad por reflujo gastroesofágico pueden presentar síntomas

pulmonares, especialmente por la noche, si una aspiración complica el proceso del reflujo. Es posible que aparezcan asma, bronquitis o neumonía. Las ulceraciones que pueden ocurrir en la enfermedad por reflujo gastroesofágico son capaces de provocar hemorragias gastrointestinales altas, las cuales se pueden presentar en forma de melenas o anemia ferropénica, pero también son posibles las hemorragias profundas.

DIAGNOSTICO:

La historia clínica puede aportar suficientes datos para establecer el diagnóstico. No obstante los síntomas pueden ser vagos, con problemas para diferenciarlos de los que ocasiona la úlcera gástrica, los trastornos de la motilidad esofágica y las cardiopatías. Si no se puede excluir la patología cardíaca mediante la historia y la exploración física, se deben realizar estudios esofágicos como son:

- Estudio radiológico gastrointestinal alto con bario
- Monitorización del pH esofágico
- Gammagrafía radioisotópica
- Prueba de la infusión ácida del esófago
- Exploración de la motilidad esofágica
- Endoscopia gastrointestinal alta
- Esófago de Barrett

TRATAMIENTO:

El tratamiento conservador es eficaz en la mayoría de los casos y consiste en la pérdida de peso, la elevación de la cabeza con al menos dos almohadas por la noche, la restricción de la ingesta de alimentos a partir de las 6:00 de la tarde y la administración de bloqueadores H₂ o antiácidos

antes de acostarse. Puede asegurarse un control más eficaz del reflujo ácido con dosis plenas de bloqueadores H₂ (300 mg de cimetidina 4/d o 150 mg de ranitidina 2/d) La esofagitis que no responde al tratamiento requiere cirugía.

DIETA: Se aconseja a los pacientes que eviten el ingerir comidas muy copiosas, para reducir el volumen de líquidos tomados al comer, ya que la sobredistensión y la relajación intermitentes del esfínter esofágico inferior, inducidas por la deglución o por los alimentos, contribuyen claramente al reflujo. Se evitarán las bebidas con gas, chupar caramelos duros y masticar chicle, ya que todas estas circunstancias favorecen la distensión gaseosa del estómago. Las comidas menos abundantes y la reducción de peso pueden ser medidas beneficiosas en los pacientes obesos ya que las presiones intraabdominales en esos pacientes pueden ser elevadas. Deben evitarse los alimentos que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior, como menta, chocolate, grasas y jugo de tomate picante. El zumo de naranja y los líquidos muy fríos o muy calientes pueden ocasionar molestias a algunos pacientes.

MANIOBRAS POSTURALES: Se aconsejará a los pacientes que no se acuesten durante, al menos, 2 horas siguientes a las comidas, y que no tomen ningún alimento durante, por los menos, 2 horas antes de irse a dormir, ya que es más fácil que ocurra el reflujo cuando el enfermo está en decúbito.

A los pacientes que presenten reflujo con frecuencia se les indicará que no se doblen por la cintura ni practique aquellos ejercicios gimnásticos en los que aumenta la presión intraabdominal. Se tratarán la tos crónica y el estreñimiento, ya que conducen así mismo, al incremento de dicha presión.

En los pacientes con la enfermedad por reflujo gastroesofágico es importante elevar la cabecera de la cama de 10 a 15 cm, ya que el reflujo nocturno desempeña un importante papel, y puede usarse la fuerza de la gravedad para prevenir el proceso.

TABACO Y ALCOHOL: Se ha demostrado que el tabaco y el alcohol reducen la presión de esfínter esofágico inferior. Además el alcohol ejerce un efecto irritativo directo sobre la mucosa inflamada.

MEDICAMENTOS PERJUDICIALES: Deben evitarse en lo posible los medicamentos que relajan el esfínter esofágico inferior, inhiben la salivación, como los anticolinérgicos y los antidepresivos tricíclicos. Los pacientes con estenosis esofágicas han de tener mucho cuidado en no utilizar los fármacos con efecto corrosivo local sobre la mucosa, como tabletas de cloruro potásico, quinidina, tetraciclina y aspirina.

INTERVENCIONES ANTIREFLUJO: Son diversas las técnicas utilizadas, pero todas tienen en común la fijación de varios centímetros del esófago por debajo del diafragma, para lo cual se envuelve el fondo gástrico alrededor de la porción distal del esófago. Estos procedimientos logran impedir que se produzca el reflujo, aunque pueden dar lugar a una cierta rigidez del esfínter esofágico inferior que obligue, en algunos casos, a practicar dilataciones postoperatorias.

1.2 SINDROME DE PLUMMER-VINSON

Se observa sobre todo en mujeres que se encuentran en la cuarta o quinta década de su vida. La causa primaria del síndrome es déficit de hierro; el síntoma principal es la disfagia, en particular del segmento superior del esófago, es consecuencia de la degeneración muscular del esófago y de la presencia de estenosis o membranas en la mucosa esofágica, también se caracteriza por cambios atróficos en las mucosas de la boca y anemia microcítica hipocrómica.

Además de la disfagia, el Síndrome de Plummer-Vinson presenta otras muchas manifestaciones clínicas significativas en la práctica odontológica: a menudo hay adelgazamiento del reborde vermellón de los labios, queilitis comisural y menor amplitud de la boca; la mucosa oral es delgada, atrofica, carente de elasticidad, seca y mate, y la lengua con frecuencia es roja, dolorosa y lisa, por pérdida de sus papilas.

Se caracteriza por disfagia y una anemia hipocrómica microcítica. Es común encontrar una lengua muy lisa, a menudo dolorosa, boca seca, uñas en palillo de tambor y estomatitis angular. En general la atrofia de la cubierta superficial de la lengua no es tan pronunciada como en la anemia perniciosa. Se observan cambios atróficos en las mucosas de boca, faringe, esófago alto y vulva. Estos tejidos son secos, sin elasticidad, y de aspecto lustroso. Además existen síntomas generales como agitación, palidez, edema de los tobillos y disnea, todos ellos en relación con la anemia.

Muchos de estos enfermos son anodontos, y perdieron sus dientes en época temprana de la vida. Es común la queja de "boca dolorosa", con imposibilidad de soportar las prótesis. Además los pacientes con Síndrome

de Plummer-Vinson suelen reportar “epasmos de la garganta” o que la “comida queda atorada en la garganta”. La disfagia, característica importante de esta enfermedad, parece debida a degeneración muscular a nivel del esófago y estenosis o membranas de su mucosa.

Los cambios atróficos de la mucosa en el síndrome de Plummer-Vinson predisponen a estos individuos a la leucoplasia y, en algunos casos, al carcinoma oral faríngeo.

SINTOMAS:

Los síntomas de presentación suelen incluir grietas o fisuras en los bordes de la boca, piel de color amarillento, lengua lisa roja dolorosa, y disfagia.

DIAGNOSTICO:

Puede establecerse a partir de la historia clínica y las biometrías. Las lesiones esofágicas pueden comprobarse con rayos X (y comida baritada) o por esofagoscopia. Suele existir cierto grado de aclorhidria. Como muchos de los síntomas son semejantes a los que se observan en la deficiencia de complejo B y las anemias hipocrómicas simples, debe ensayarse el mismo tratamiento que en estas condiciones. La respuesta a la terapéutica es variable y difícil de predecir. En algunas ocasiones la disfagia disminuye después de terapéutica a base de hierro.

Este síndrome puede ser grave, pues en estos pacientes son comunes los carcinomas bucales y faríngeos. El dentista debe observar a cortos intervalos los pacientes que muestran estos síntomas, vigilando la posible aparición de lesiones malignas.

TRATAMIENTO:

Comprende las siguientes medidas:

1. Se recomendará a los pacientes que tomen una dieta bien equilibrada, principalmente a base de alimentos semilíquidos o blandos.
2. Para el tratamiento del dolor bucal puede utilizarse lidocaína viscosa al 2% o clorhidrato de difenhidramina y diclonina (solución de Benadryl-Dyclone) (Dyclone al 0.5% y Benadryl, 5 mg/ml, mezclados a partes iguales de Maalox o magnesio). Debe usarse la solución y no el elixir, de empleo más frecuente, debido a que este último contiene alcohol, que quemaría los tejidos).
3. Hay que controlar estrechamente a los pacientes para descubrir la aparición de lesiones rojas, blancas o ambas, que pueden corresponder a procesos displásicos o carcinomatosos, y practicar biopsia y examen anatomopatológico de ellas.

CAPITULO 2

TRASTORNOS DEL ESTOMAGO

2.1 HERNIA DE HIATO

El estómago está afectado en casi todos los tipos de hernia diafragmática. El tipo más común es la hernia de hiato por deslizamiento en donde la parte del estómago abdominal asciende hasta situarse en el tórax.

En la mayoría de los individuos de edad avanzada puede detectarse una pequeña hernia de hiato. Estas hernias son casi siempre asintomáticas, a menos que exista una esofagitis por reflujo. Sin embargo, puede haber un leve flato o una molestia retrosternal y, si un anillo de Schatzki reduce la luz hasta un diámetro menor de 11 mm, una obstrucción esofágica.

En la hernia de hiato existe una hipersecreción ácida, y al presentar síntomas por esofagitis por reflujo esta puede deberse por obstrucción esofágica ya que los pacientes de edad avanzada por falta de una buena masticación porque ya no cuentan con todas sus piezas dentarias o se encuentran en mal estado o incluso ya no presentan ningún órgano dentario presente en boca ocasiona que la mayoría de los alimentos lleguen casi enteros al estomago ocasionando una difícil digestión.

El diagnóstico diferencial incluye muchos trastornos, como la cardiopatía coronaria, el espasmo esofágico, las enfermedades de la vesícula biliar, la gastritis, la úlcera péptica y los trastornos funcionales para los que no puede hallarse una causa orgánica.

El diagnóstico de la hernia de hiato por deslizamiento se basa en los estudios radiológicos con contraste de bario y en la endoscopia. Las hernias asintomáticas no deben ser reparadas; los síntomas leves se tratan con

medidas conservadoras, como dieta blanda, reducción de peso, antiácidos y elevación de la cabeza y el tórax con varias almohadas por la noche.

Todos los métodos restablecen una longitud adecuada del esófago abdominal y refuerzan el esfínter esofágico inferior. En la reparación de Nissen, se envuelve el esófago distal con el fundus gástrico. La reparación de Belsey construye una válvula mediante la sutura del estómago a la superficie anterior del esófago. En la reparación de Hill se fija esta parte del estómago, a nivel de la unión gastroesofágica, al ligamento arqueado medio, que se encuentra por delante de la aorta; se construye una válvula mediante suturas anteriores a través de la unión, que la retraen hacia el ligamento. La técnica de Angelchik, recientemente introducida, utiliza un collar de plástico colocado sobre el esófago distal para prevenir el reflujo; la migración de la prótesis y las estenosis tardías han limitado mucho la utilidad de esta técnica.

Cualquiera que sea el método empleado, las recidivas postoperatorias no son infrecuentes al cabo de varios años, dada la presión intratorácica negativa que se produce con cada inspiración. No obstante, la cirugía proporciona un gran alivio durante periodos prolongados en pacientes adecuadamente seleccionados. En pocos casos la esofagitis es tan intensa que obliga a efectuar una resección y su sustitución por un segmento de yeyuno o de colon.

CAPITULO 3

TRASTORNOS POR SECRECIÓN PEPTICA ACIDA

3.1 ULCUS PEPTICO

Aunque su máxima incidencia está alrededor de los 40 años, en un 20% aparece después de los 60. Además, la proporción de 4 a 1 a favor de la úlcera duodenal sobre la gástrica en la población joven se va igualando a medida que aumenta la edad hasta ser semejante por encima de los 70 años, lo que se supone que de un tercio a la mitad de las úlceras de estómago aparecen en los mayores de 60 años. La incidencia por sexo es semejante, a diferencia de la proporción de 3 a 1 a favor del hombre sobre la mujer joven.

En los pacientes de edad avanzada es muy común encontrar úlcus péptico debido al mal inicio del proceso digestivo, ya que este proceso inicia en la cavidad oral, y al tener una mala digestión hay mayor producción de jugos gástricos para poder degradar los alimentos ingeridos, además que la mayoría de los procesos fisiológicos están disminuidos.

La ausencia de antecedentes y la escasez de síntomas flagrantes contribuyen a diagnosticar erróneamente la enfermedad ulcerosa del paciente mayor, haciéndose habituales sus complicaciones: hasta un 25% de los sujetos de más de 60 años ingresados en el hospital por úlcus péptico requieren intervención quirúrgica por hemorragia, perforación u obstrucción. La mortalidad se halla más estrechamente relacionada con la edad que con ningún otro factor aislado, produciéndose precisamente en la senectud el 80% del total de muertes por úlcus.

La úlcera péptica es una erosión benigna (no cancerosa) de la

superficie mucosa gastrointestinal. La mayoría de las úlceras pépticas se localizan en el estómago (úlcera gástrica) o en el bulbo duodenal (úlcera duodenal), que es la primera parte del intestino delgado. Las úlceras duodenales son tres veces más frecuentes que las gástricas. En algunas ocasiones pueden desarrollarse úlceras inmediatamente después del bulbo duodenal (úlcera posbulbar) y en casos raros en porciones más distales del duodeno, o en el yeyuno (úlcera yeyunal). En algunos casos aparecen úlceras en el esófago de los pacientes con esofagitis consecutiva reflujo gastroesofágico. Las úlceras suelen ser únicas, pero en ocasiones puede haber dos, o más, al mismo tiempo.

ETIOPATOGENIA:

Son factores favorecedores en relación a la edad los siguientes:

1. El frecuente consumo de fármacos gastroerosivos, especialmente aspirina y antiinflamatorios no esteroideos.
2. Úlceras de estrés por situaciones críticas, principalmente por patología neurológica.
3. Mayor frecuencia de reflujo duodenobiliogástrico.

SINTOMAS Y COMPLICACIONES:

Con frecuencia son atípicos y apagados. En un tercio de los casos no aparece dolor. Cuando existe, es frecuente que no presente el típico ritmo ulceroso. Lo más habitual son las molestias vagas.

En una tercera parte aparece hemorragia digestiva, que con frecuencia es el primer síntoma de la úlcera. La perforación suele ser duodenal y es menos frecuente que en el joven, aunque el diagnóstico se dificulta por síntomas atípicos; menos dolor y exploración abdominal poco

llamativa. La causa más frecuente de estenosis pilórica en el anciano es el cáncer gástrico y en el adulto más joven, el ulcus péptico.

DIAGNOSTICO:

El hallazgo radiológico más frecuente a nivel gástrico es un nicho que asienta en la zona alta de la curvatura menor, con frecuencia de grandes dimensiones.

PRONOSTICO:

La incidencia de mortalidad de 1 por 100.000 en personas comprendidas entre 20 y 25 años se eleva a 18 por 100.000 en individuos mayores de 65 años. El 80% de los fallecimientos por ulcus péptico es en ancianos.

El 4% de mortalidad de la cirugía electiva en mayores de 65 años se eleva a un 26% si la intervención quirúrgica es de urgencia.

Entre las complicaciones, la de peor pronóstico es la perforación, con una mortalidad del 48% en mayores de 75 años.

TRATAMIENTO:

La enfermedad ulcerosa péptica se debe considerar como un proceso crónico. La mayoría de las úlceras curan espontáneamente y se vuelven asintomáticas, pero recidivan más tarde.

Son cuatro los objetivos:

- a) Aliviar los síntomas
- b) Promover la curación
- c) Impedir las recidivas
- d) Reducir las complicaciones

Frente a la úlceras gástricas se ofrecen diversas opciones

terapéuticas. Parece que los antiácidos alivian el dolor y aceleran la cicatrización de la lesión; sin embargo sus efectos colaterales pueden resultar devastadores en las personas mayores, particularmente la diarrea osmótica, la hipofosfatemia debida al enlace entre fosfatos e hidróxido de aluminio en la luz intestinal, acidez de rebote e hipercalcemia a raíz de grandes dosis de antiácidos que contienen calcio, y sobrecarga salina provocada por aquellos que llevan sodio.

1. Precauciones con la administración de antiácidos durante largo tiempo, especialmente los magnesados, por poder causar alteraciones del tránsito intestinal y de sodio, y estar contraindicados en caso de insuficiencia renal crónica por el riesgo de hipermagnesemia.
2. Los antagonistas de los receptores H₂ como cimetidina y ranitidina son agentes potentes que suprimen la secreción ácida del estomago. Se emplean en ciclos de seis a ocho semanas para el tratamiento de ulcus duodenal, y recientemente se ha administrado el uso de cimetidina frente al ulcus gástrico, pero pueden ser la causa de cuadros de confusión mental. También pueden ocasionar interacciones farmacológicas con multiples medicamentos de uso frecuente en el anciano: diazepam, teofilinas, propanolol, clordiacepóxido, warfarina, fenitoína y lidocaina.
3. Hasta el 25% de los mayores de 60 años ingresados en un hospital por ulcus péptico requieren intervención quirúrgica por alguna de sus complicaciones, como pueden ser perforación u obstrucción o en caso de hemorragia importante; ésta se considera de tal carácter cuando la hemoglobina es inferior a 9 g/100 ml y se precisa más de 1.500 ml para reestablecer la volemia, o el sujeto es incapaz de tolerar el sangrado

gastrointestinal, o se produce una nueva hemorragia en el hospital. Las úlceras gástricas que no cicatrizan se operan a menudo para descartar una neoformación celular maligna, que tiene lugar en aproximadamente un 5% de las mismas.

4. La fotocoagulación o embolización son una alternativa importante a la cirugía, especialmente en el paciente geriátrico.

Los pacientes deben comer tres veces al día y evitar los alimentos muy sazonados o picantes, así como cualquiera que ocasione los síntomas. Se deben evitar también las bebidas que contengan cafeína como: café, té y los refrescos de cola.

La cirugía en la enfermedad ulcerosa péptica debe reservarse principalmente para aquellos pacientes que presenten complicaciones, como perforación, hemorragias copiosas de repetición o una hemorragia aguda grave o persistente, o bien una obstrucción que no se resuelva de forma satisfactoria, a pesar del tratamiento médico adecuado. Las úlceras gástricas en que se sospeche un carcinoma también deben intervenir quirúrgicamente.

CORRELACIÓN DENTAL:

El paciente dental con enfermedad ulcerosa péptica requiere cuidados especiales en tres aspectos generales del tratamiento: medicamentos, pauta de conducta frente a las situaciones de tensión y cirugía oral.

El tratamiento dental para los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica debe incluir las siguientes medidas:

1. Hay que valorar las posibles interacciones medicamentosas y los efectos adversos.

2. El paciente debe evitar el consumo de aspirina, analgésicos que la contengan, fenilbutazona, esteroides y fármacos antiinflamatorios no esteroideos.
3. El paracetamol o cualquiera de sus compuestos (combinaciones con codeína), o el clorhidrato de propoxifeno, son los analgésicos de elección.
4. Los anticolinérgicos, que se emplean para el tratamiento de la úlcera péptica, pueden causar xerostomía, lo que aumenta el porcentaje de caries y disminuye el grado de retención de las prótesis. En el primer caso se puede recurrir al uso diario de fluoruros, y en el segundo, a los adhesivos o a la saliva artificial.
5. Los antiácidos contienen generalmente sales de calcio, de magnesio o de aluminio, que se unen a los antibióticos administrados por vía oral, como la eritromicina o, especialmente la tetraciclina. Esto ocasiona que la absorción de los antibióticos disminuya incluso hasta un 80%, por lo que la toma de ambos fármacos debe de separarse por una hora.
6. Se administrará penicilina V, en vez de penicilina G, debido a la resistencia que ofrece la primera frente al ácido gástrico.
7. Se reducirán las situaciones de tensión, para lo cual hay que abreviar las visitas dentales y recurrir a las técnicas de sedación adecuadas, como el empleo de óxido nítrico o de tranquilizantes.
8. Debido a que los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica pueden presentar hemorragias ocultas con anemia crónica, hay que practicar un hemograma completo e investigar las cifras de hematócrito y de hemoglobina antes de proceder a la cirugía oral extensa o periodontal.

En el diagnóstico oral, el odontólogo puede encontrar ciertas

formaciones vasculares de los labios que ocurren en un 25% y a una edad mas temprana en pacientes con enfermedad ulcerosa péptica que en los grupos sin úlcera. Sin embargo en el momento actual no se conoce bien la causa de estas formaciones, que se observan con más frecuencia en el sexo masculino y que puede ser de tres tipos:

1. Microcereza. Se trata de un punto rojo circunscrito, cuyo diámetro es generalmente menor de 1 mm. Suele observarse en la superficie interna del labio inferior, pero también se puede encontrar en el borde vermellón y en el labio superior. Puede presentarse aisladamente o bien haber varias, ampliamente separadas entre sí.
2. Glómulo: Es una acumulación de 1-2 mm de diámetro, formado por vasos rojos, tortuosos y de paredes delgadas, que se parece al glomerulo renal. Cuando se aplica presión sobre él se blanquea; al liberar la presión, puede pulsar.
3. Lago venoso. Es una porción dilatada de una vena submucosa, que se parece a una pequeña varicosidad. Forma una única prominencia azulada que se colapsa ante una ligera presión y no es pulsátil. Se encuentra, a menudo, en la superficie interna de las comisuras labiales y, con menos frecuencia, a lo largo del vermellón del labio.

CAPITULO 4

ALGUNOS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LOS INTESTINOS

4.1 COLITIS ULCEROSA

Enfermedad inflamatoria del colon, de etiología desconocida, que se extiende de forma continua, pero rara vez penetra a una profundidad mayor que la de la muscular de la mucosa.

Un 10% de los casos aparecen después de los 60 años y hasta un 25% del total se ven en ancianos. La hemorragia es menos frecuente que en los pacientes jóvenes.

El pronóstico es peor que en el joven, por tener más complicaciones la cirugía, es más frecuente el carcinoma de colon (su aparición está en relación al tiempo de evolución de la colitis ulcerosa) y existe una mayor mortalidad en el primer ataque en clara relación con la edad: 19% en mayores de 70 años y sólo el 1.2% en menores de 49 años.

Las principales complicaciones que requieren un tratamiento quirúrgico son la falta de respuesta al tratamiento médico, la hemorragia, el megacolon tóxico, la perforación y el cáncer de aparición tardía. La colitis ulcerosa tiene a menudo un curso más virulento en los pacientes mayores de 60 años; cuando el inicio es tardío la mortalidad en los casos graves es mayor de 20%.

Histológicamente, la primera manifestación es la dilatación y congestión de los vasos sanguíneos de la mucosa y la submucosa, que es seguida por la aparición de úlceras difusas y necrosis epitelial con depleción de las células caliciformes e infiltración por leucocitos polinucleares. Se

forma un tejido de granulación, altamente vascularizado y friable, que sangra con facilidad.

La enfermedad se extiende en dirección proximal a partir de la línea dentada, afectando el recto y el resto del colon en un grado variable.

Alrededor de un 25% de los pacientes de más de 50 años sufren pancolitis; en el resto la afectación se limita al colon izquierdo o recto sigmoide.

SIGNOS Y SINTOMAS:

La colitis ulcerosa se clasifica generalmente como leve, moderada o grave. La hemorragia gastrointestinal baja es su principal manifestación. En los casos leves pueden aparecer crisis intermitentes con diarrea, con incontinencia fecal o sin ésta, lesiones anorrectales. En la colitis ulcerosa grave o fulminante, el inicio es rápido y se acompaña de manifestaciones clínicas adicionales, como tenesmo, emisión de sangre, pus y moco, debilidad, calambres y distensión abdominal con dolor a la palpación, timpanismo y ausencia de ruidos intestinales. Puede haber una rápida pérdida de peso, fiebre, taquicardia, velocidad de sedimentación globular elevada y una disminución en la concentración sérica de albumina, junto con síntomas de deshidratación (debida a la diarrea) y anemia (debida a la hemorragia), que se manifiestan posiblemente por confusión mental e hipotensión postural.

COMPLICACIONES:

El megacolon tóxico, desencadenado posiblemente por hipocaliemia o por el empleo inadecuado de fármacos anticolinérgicos, puede tener un inicio insidioso y complicarse con una perforación, en ocasiones también silente. La confusión mental aguda, la pirexia y el deterioro general son síntomas de

esta complicación. La radiografía simple de abdomen muestra una dilatación del colon y gas debajo del diafragma.

El carcinoma de colon es una complicación a largo plazo, pero en general no aparece hasta transcurridos 15-20 años.

DIAGNOSTICO:

Se establece por sigmoidoscopia o proctosigmoidoscopia y la biopsia demuestran friabilidad, eritema o ulceraciones que ayudan a elaborar el diagnóstico.

La enfermedad afecta sobre todo el recto, que en la exploración muestra una mucosa granulosa y friable. La colonoscopia no está indicada por el peligro de perforación. La radiología se utiliza como medida de segunda línea para confirmar la enfermedad y definir su extensión, puede mostrar una pérdida de haustras o poner de manifiesto una ulceración. El enema baritado con doble contraste revela en ocasiones una imagen granulosa o la presencia de pseudopólipos. La biopsia rectal establece el diagnóstico.

El diagnóstico se complica en los ancianos por la posible coexistencia de divertículos cólicos y la prevalencia creciente de la colitis isquémica.

La colitis isquémica rara vez compromete el sigmoide distal y el recto, debido a la abundante irrigación de estas áreas. Se requieren coprocultivos para excluir *Salmonella*, *Campylobacter* y *Clostridium difficile*; este último complica de vez en cuando una enteropatía inflamatoria conocida y provoca exacerbaciones clínicas.

PRONOSTICO:

En los individuos mayores de 60 años, el pronóstico del primer

episodio puede ser malo debido al retraso en el diagnóstico, a la necesidad de una intervención quirúrgica por una hemorragia masiva o una perforación o a la aparición de una embolia pulmonar, una insuficiencia cardíaca o una infección sobreañadida en otra localización. Si el primer episodio es de carácter leve, es probable que los episodios posteriores también lo sean. En el 10% de los pacientes no se producen recidivas.

En los pacientes con colitis ulcerosa, el carcinoma de colon es 10 veces más frecuente que en la población general, aunque el riesgo es pequeño en los primeros 5-10 años de la enfermedad. El riesgo es máximo cuando la enfermedad es extensa, en especial en los casos en que afecta la totalidad del colon.

Otras complicaciones son la hepatopatía, que puede ser una pericolangitis o una infiltración grasa. En ocasiones se produce una estenosis del colon.

TRATAMIENTO:

El tratamiento médico de los casos graves incluye casi siempre el empleo de corticoides. Sin embargo, estos fármacos aumentan el riesgo de perforación espontánea, que puede ser indolora y sólo diagnosticarse por la presencia de aire subdiafragmático en una radiografía de abdomen en bipedestación.

El tratamiento quirúrgico consiste generalmente en una colectomía subtotal o una proctocolectomía total; en ambos casos es necesaria una ileostomía permanente. La causa más importante de mortalidad es un retraso excesivo en la instauración del tratamiento quirúrgico.

La mayoría de los pacientes responderá a Azulfidine (sulfasalazina)

2/d, administradas con las comidas, aumentando de forma gradual hasta 40 mg/kg/d si es necesario o enemas de esteroides por vía rectal (hemisuccinato de hidrocortisona, 50-100 mg en un enema diario) aunque la colitis ulcerosa grave talvez necesite esteroides orales o hidrocortisona parenteral (50-100 mg cada seis horas por vía IV), habitualmente durante seis a ocho semanas. Entre un 5 y 10% de los pacientes geriátricos con colitis desarrollan una forma fulminante, en cuyo caso el tratamiento ha de incluir reposición de líquidos, transfusiones sanguíneas, antibióticos de amplio espectro, esteroides intravenosos y un buen soporte quirúrgico. Están contraindicados los opiáceos, los anticolinérgicos y el enema de bario o la colonoscopia, y si la situación clínica empeora o no mejora en tres o cuatro días, es obligada la cirugía de urgencia.

En los casos de intensidad moderada, el tratamiento inicial es la prednisona, a dosis de 40 mg/d, que puede administrarse en una sola toma. En los casos graves y fulminantes hay que utilizar corticoides i.v. (hidrocortisona, 300-400 mg/d, en perfusión constante durante 5-10 d), que posteriormente se sustituyen por 40 mg/d de prednisona, suspendiéndolos de forma gradual (disminución de 5 mg c 5 d). Entre los efectos secundarios del tratamiento prolongado con corticoides (además de la confusión, la depresión y las úlceras pépticas) se incluyen en el inicio de hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la diabetes y la candidiasis.

El tratamiento de sostén en los casos moderados y graves se incluye la corrección de la depleción de sal y agua de la anemia. En los casos fulminantes pueden ser necesarias transfusiones de sangre.

La sulfasalazina en dosis no menores de 2 g/d puede reducir la

frecuencia de las recidivas.

La colectomía electiva tiene carácter curativo en la colitis ulcerosa y puede realizarse en 1 o 2 etapas. En el paciente de edad avanzada, hay un mayor riesgo de complicaciones como tromboembolias. Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son la mala respuesta al tratamiento médico, la aparición de estenosis y el carcinoma. Puede ser necesaria una cirugía de urgencia en el megacolon tóxico o la perforación.

CORRELACIÓN DENTAL:

Además de la gingivitis y de la candidiasis oral, hay cuatro clases de lesiones que se presentan a menudo, en los pacientes con colitis ulcerosa presentan úlceras aftosas recidivantes, pioderma gangrenoso, piostomatitis vegetante y úlceras hemorrágicas de la mucosa oral y de la piel.

Entre el 4 y 20% de los pacientes con colitis ulcerosa presentan úlceras aftosas que aparecen espontáneamente y, en la mayoría de los casos, de forma simultánea con las manifestaciones principales de la enfermedad. Las úlceras suelen tener menos de 10 mm de diámetro y se localizan sobre las mucosas no queratinizadas de los labios, mejillas, vestibulo oral y bordes de la lengua. Tienen forma oval o redondeada, se hallan rodeadas de un halo rojo brillante y están recubiertas de un exudado fibrinoso blanco grisáceo. Estas lesiones dolorosas pueden persistir durante 4 a 14 días, y en general curan sin dar lugar a cicatrices. La colitis ulcerosa puede acompañarse de una clase muy grave de ulceraciones aftosas que se denominan periadenitis mucosa necrótica recidivante, o úlcera aftosa mayor. Estas lesiones son más dolorosas y de mayor tamaño pueden llegar a los 30 mm de diámetro, y su aspecto es el de grandes zonas necróticas de

bordes indurados, con enrojecimiento y edema circundantes. Tardan entre 10 y 40 días en curar y dejan una cicatriz fibrosa y retráctil.

PIODERMA GANGRENOSO: Es una complicación grave de la colitis ulcerosa que puede llegar a amenazar la vida del paciente, se caracteriza por úlceras diseminadas por las extremidades, el abdomen y el perineo. Estas úlceras tienen una base con tejido de granulación, sus bordes se encuentran profundamente socavados y se hallan rodeadas por una destacada aréola rojoazulada. También pueden aparecer ulceraciones bucales muy dolorosas durante el periodo de 4 a 8 semanas en que están presentes los síntomas intestinales; su forma es irregular, tienen un diámetro de 10 a 20 mm, la base es grisácea y sus bordes están arrollados.

PIOSTOMATITIS VEGETANTE: Esta lesión rara de la mucosa oral se observa únicamente en los individuos con colitis ulcerosa, posiblemente a consecuencia de un mecanismo autoinmune. Las lesiones vegetantes purulentas se desarrollan en un plazo de 6 a 8 semanas y su importancia suele ser paralela a la de los síntomas intestinales. En general son estériles y resistentes al tratamiento local; la mejor manera de tratarlas es controlar eficazmente la colitis. El paciente puede presentar además fiebre y adenopatías submandibulares.

ULCERAS HEMORRÁGICAS DE LA MUCOSA ORAL Y DE LA PIEL: En los pacientes con colitis ulcerosa pueden aparecer ulceraciones hemorrágicas, de forma irregular y tamaño variable, localizadas en la mucosa oral, en la piel de las mejillas, cara interna de los muslos, gluteos y parte inferior del abdomen. Las lesiones se desarrollan en 1 a 3 días; comienzan como ampollas hemorrágicas, que luego se transforman en úlceras.

Estos cuatro tipos de lesiones orales asociadas a la colitis ulcerosa no responden en general al tratamiento local hasta haber controlado la colitis, médica o quirúrgicamente. El tratamiento local consiste en la aplicación tópica de lidocaína viscosa al 2% para aliviar el dolor, y en esteroides tópicos para reducir la intensidad de la inflamación mucosa.

4.2 ENFERMEDAD DE CROHN

Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta el intestino delgado (la mayoría de las veces el ileon terminal) o el colon, caracterizada anatomopatológicamente por una inflamación transmural, ulceraciones lineales profundas y a menudo granulomas.

A través de estudios epidemiológicos recientes, se piensa que la enfermedad de Crohn, considerada tradicionalmente como exclusiva de los jóvenes, presenta una curva de frecuencia bimodal, con un primer pico en torno a la tercera década de la vida y un segundo pico en torno a los 70 años de edad. Muchos de los pacientes geriátricos son mujeres con colitis de Crohn.

El inicio de la enfermedad de Crohn suele producirse entre los 20 y los 40 años; una proporción creciente de pacientes viven ahora hasta una edad avanzada. En el 5-20% de los nuevos casos, la enfermedad se inicia después de los 60 años. En los ancianos es más probable que la enfermedad esté limitada al colon y el pronóstico es bueno en comparación con los pacientes más jóvenes

Sólo el 10% de los casos se produce en mayores de 60 años, preferentemente mujeres.

Los síntomas habituales son dolor abdominal, diarrea y sangrado gastrointestinal.

El proceso inflamatorio subyacente afecta todas las capas de la pared intestinal y se acompaña de una fibrosis submucosa. En una elevada proporción de casos pueden identificarse histológicamente granulomas, que puede diferenciarlo respecto a la colitis ulcerosa. Otra característica que la

distingue de esta son macroscópicas; por ejemplo las úlceras mucosas discretas, las úlceras lineales confluentes, las fisuras y las fístulas, en los pacientes con enfermedad de Crohn es probable que se observen una o más, otra característica es la presencia de lesiones aisladas en cualquier parte del tubo digestivo desde la boca hasta el ano. Sin embargo en los pacientes de edad avanzada, la mayoría de los casos de enfermedad de Crohn tienen una afectación limitada al colon (colitis granulomatosa), sobre todo en el lado izquierdo, y amenudo no hay afectación del recto.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Las características de presentación fundamentales de la enfermedad de Crohn del colon son la diarrea, el dolor abdominal y la hemorragia gastrointestinal baja oculta que ocasiona anemia ferropénica. En los ancianos el dolor abdominal es menos frecuente y la hemorragia gastrointestinal baja es más frecuente que en los pacientes jóvenes. La pérdida de peso, la pirexia de baja intensidad, la fatiga, la anemia y la malnutrición son síntomas acompañantes.

A veces la enfermedad se manifiesta por primera vez con una peritonitis aguda debida a una perforación. En los individuos de edad avanzada esta forma de presentación es a menudo atípica, a veces indolora y se acompaña de confusión mental. La perforación se debe con mayor frecuencia a una afectación ileal que a la enfermedad del colon. Otras complicaciones son la oclusión intestinal y la hemorragia gastrointestinal baja masiva. Las fístulas, la artritis migratoria que afecta a una o varias articulaciones, el eritema nudoso, el pioderma gangrenoso, la iritis y la nefropatía sólo son características diagnósticas de manera esporádica.

DIAGNOSTICO:

Se debe descartar en primer lugar las causas infecciosas de diarrea, incluyendo el *Campylobacter*. El diagnóstico se basa en las características clínicas, junto con los hallazgos de la sigmoidoscopia o la colonoscopia y el enema baritado; para identificar lesiones en la parte superior del tubo digestivo es necesario un tránsito baritado. Son características las áreas discontinuas de inflamación y ulceración, aunque en aproximadamente el 25% de los casos de la enfermedad es continua. El enema baritado identifica lesiones aisladas, fistulas, estenosis cólicas y ulceraciones. Siempre se debe practicar una biopsia rectal, aún si la mucosa del recto tiene un aspecto macroscópico normal.

Los criterios diagnósticos de Lennard-Jones para la enfermedad de Crohn son las lesiones discontinuas, la afectación del ileon terminal, las fisuras profundas en las radiografías o las piezas quirúrgicas, las fístulas enterocutáneas, las lesiones anales crónicas, el contenido de mucina normal de las células epiteliales en presencia de inflamación mucosa en la biopsia y los agregados linfoides en la mucosa y submucosa. Si se identifican granulomas de células epiteliales, debe haber además uno de los criterios citados. Si no se identifican granulomas, debe haber, al menos, 3 de los criterios para confirmar el diagnóstico.

La hemorragia gastrointestinal baja debe distinguirse de la hemorragia asociada a un enfermedad diverticular. En ésta la hemorragia tiende a ser más esporádica y de mayor cuantía, mientras que en la enfermedad de Crohn tiende a ser más frecuente y menos profusa. A menudo hay una anemia ferropénica o una anemia de enfermedad crónica (anemia normocrómica).

TRATAMIENTO:

Los corticoides y la sulfasalazina son productos terapéuticos bien establecidos, los corticoides se utilizan más amenudo en el tratamiento de la fase aguda.

La prednisona debe emplearse sólo para el tratamiento de corta duración de un episodio agudo, reduciéndola gradualmente a medida que ceden los síntomas y suspendiéndola por completo en un plazo de semanas. Es razonable empezar con una dosis de 0,5 mg/kg. Los efectos secundarios iniciales son menos importantes que los producidos por su administración a largo plazo (por ejemplo: confusión mental, depresión y úlceras pépticas). Si se produce una recidiva, puede mantenerse al paciente con una dosis de 7,5-10 mg/d después de una nueva tanda de tratamiento intensivo de corta duración, o ensayarse la sulfasalazina.

La sulfasalazina disminuye la absorción de folato, por lo que debe administrarse con ácido fólico. Hay que mantener una ingesta adecuada de líquidos para prevenir el depósito de cristales en los riñones. Sus efectos secundarios esporádicos consisten en reacciones de hipersensibilidad y depresión de la médula ósea, cuya aparición obliga a la suspensión inmediata del fármaco. Otros efectos secundarios son náuseas, vómitos, molestias epigástricas, cefalea, vértigo y acufenos. También son efectos secundarios muy poco frecuentes, la pancreatitis, la poloarteritis nudosa, la fibrosis pulmonar y la agranulocitosis. La presentación de la sulfasalazina es tabletas de 500 mg, en los ancianos la dosis debe ser de 60 mg/kg/d. La dosis plena se alcanza gradualmente en el transcurso de varios días y las tabletas deben tomarse con las comidas en dosis fraccionadas. Una vez

resuelto el episodio agudo hay que retirar el fármaco de forma gradual. Existen indicios de que la sulfasalazina es útil para prevenir las recaídas.

Con frecuencia afecta otras zonas distintas al íleon terminal. Suele responder bien al tratamiento médico convencional (prednisona y sulfasalazina), siendo infrecuente la necesidad de intervención quirúrgica.

El tratamiento es similar al de la colitis ulcerosa y consiste en Azulfidine y prednisona; en los casos más fulminantes, se emplea hormona pituitaria adrenocorticotrópica (ACTH) o hidrocortisona intravenosa. Puede ser necesaria la intervención quirúrgica por lesiones perianales intratables, obstrucción intestinal, megacolon tóxico o enfermedad grave insensible a la terapia médica. El metronidazol parece que puede facilitar la cicatrización de las fistulas causadas por enteritis regional.

El tratamiento quirúrgico es necesario para las complicaciones agudas, como perforación, oclusión intestinal y abscesos.

La enfermedad cólica localizada puede tratarse con una resección limitada y anastomosis, que a menudo proporciona un alivio durante años, pero probablemente irá seguida de una recaída.

La enfermedad de Crohn que afecta la totalidad del colon se trata con una proctocolectomía total. La afectación duodenal puede requerir una gastroenterostomía; dado que las úlceras anastomóticas son una secuela frecuente. Las fistulas rectales múltiples y extensas requieren una colostomía para controlar la infección, seguida posteriormente por una resección del intestino afectado.

CORRELACIÓN DENTAL:

La enfermedad de Crohn, o enteritis regional, se caracteriza principalmente por lesiones granulomatosas del tubo intestinal, que pueden

fistulizarse hacia la superficie externa del abdomen.

Se han hallado lesiones orales en un 6-20% de los pacientes con enfermedad de Crohn. Pueden ocurrir en cualquier momento del proceso, y estar presentes antes de que exista una afección demostrable del intestino. Estas lesiones pueden recidivar en diversas formas y localizaciones en el mismo paciente, y tener o no relación con las exacerbaciones y remisiones de los síntomas intestinales. Las lesiones orales suceden con más frecuencia en los pacientes con afectación del colon que en aquellos otros en que la enfermedad se halla limitada al intestino delgado. Cuando existen manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn, como lesiones cutáneas y articulares, hay más probabilidades de que se desarrollen también lesiones orales.

Las lesiones orales observadas en los pacientes con enfermedad de Crohn pueden ser específicas o inespecíficas. Las lesiones orales específicas son histológicamente similares a las que aparecen en el intestino. Suelen ocurrir en el pliegue mucovestibular o en la mucosa bucal y su aspecto es lobulado, hipertrófico y fisurado, con o sin ulceraciones lineales. Las lesiones bucales difusas tienen el aspecto "en guijarros" característico de la enfermedad de Crohn. Las lesiones situadas en la mucosa vestibular o retromolar son induradas, polipoides y, a menudo, se asemejan a la hiperplasia del tejido conjuntivo inducida por una prótesis. Las lesiones específicas de las encías, de la mucosa alveolar y de los labios aparecen como zonas de tumefacción rojiza difusa, acompañadas a veces de queilitis comisural.

Las lesiones inespecíficas son las úlceras recidivantes de tipo aftoso;

constituyen quizá las lesiones orales más frecuentes de la enfermedad de Crohn. El comienzo de estas úlceras, en general diseminadas y graves, puede coincidir con el de los síntomas intestinales. Aunque no se conoce la causa ya que se ha encontrado unos niveles más bajos de secreción de IgA, es posible que su mucosa oral presente una mayor tendencia a sufrir reacciones inmunológicas frente a los antígenos orales exógenos, lo que originaría estas lesiones.

Las lesiones orales retroceden generalmente cuando se controlan los síntomas intestinales. En algunos pacientes los esteroides locales pueden reducir la inflamación, y los enjuagues con lidocaina viscosa al 2% permiten disminuir la intensidad del dolor. Algunas veces se requiere la escisión quirúrgica de una lesión importante.

El tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal comprende las siguientes medidas:

1. Se solicitará una consulta médica para constatar la gravedad de la afección.
2. Se reducirá el estrés mediante citas odontológicas más breves y el empleo juicioso de los sedantes.
3. En los pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor hay que solicitar un hemograma completo y un recuento diferencial.
4. Dada la posibilidad de anemia por pérdida crónica de sangre, es necesario investigar las cifras de hematócrito y de hemoglobina antes de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos importantes en la cavidad bucal.
5. Los pacientes sometidos a terapéutica corticoesteroides pueden presentar hiperglucemia, úlceras pépticas y osteoporosis, hechos todos

ellos que pueden ejercer efectos adversos sobre la terapéutica dental.

6. Pueden requerirse suplementos de esteroides si el paciente los está tomando, o lo ha hecho anteriormente.

Son diversas las pautas útiles para averiguar la necesidad de administrar suplementos de esteroides. Una regla general razonable es la de suplementar si el paciente se ha sometido a terapéutica corticoesteroides. Los suplementos se administrarán si en el año anterior el paciente ha recibido de manera continuada durante 2 semanas, o más tiempo, una dosis diaria igual o superior a 5 mg de prednisona o su equivalente.

La dosis de suplementos depende de la que esté tomando el paciente y del grado de estrés que origine el procedimiento que vaya a utilizarse.

CAPITULO 5

TUMORES MAS FRECUENTES DEL TUBO DIGESTIVO

5.1 ADENOCARCINOMA GASTRICO

El adenocarcinoma constituye el 95% del total de enfermedades malignas del estómago.

La edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico es de 55 años, la proporción de varones:mujeres es de 2:1. Su máxima incidencia se da en la década de los 60 a 70 años.

Como posibles factores favorecedores en relación con la edad se han señalado la gastritis crónica, el ulcus gástrico y la poliposis.

El cáncer gástrico suele clasificarse en incipiente o avanzado, según su aspecto macroscópico. El cáncer gástrico incipiente está limitado a la mucosa o submucosa y se divide en tres tipos: a) protuyente, ya sea polipoide o vegetante; b) superficial, ya sea sobreelevado, plano o deprimido, y c) excavado. El cáncer gástrico avanzado penetra en la capa muscular y presenta escasas probabilidades de curación. También éste se divide en tres tipos: a) lesión de masa, ya sea polipoide o vegetante; b) difuso o infiltrante y c) ulcerado. El cáncer gástrico avanzado puede tener más de una de estas características. Si la infiltración tumoral se acompaña de una reacción fibrosa, puede producirse una linitis plástica (estómago en "botella de cuero").

El cáncer gástrico se localiza predominantemente en la porción distal del estómago y rara vez es multicéntrico, excepto cuando se asocia a pólipos o a una gastrectomía parcial. La diseminación del cáncer se produce por extensión directa y/o metastásica a través de los vasos linfáticos o el torrente circulatorio.

Es más frecuente encontrar formas ulceradas e infiltradas que las vegetantes. El lugar de máxima localización es el antro, seguido de la curvatura menor, la mayor y el fundus.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Los síntomas pueden ser insidiosos en las fases iniciales y pasar inadvertidos, se pueden interpretar erróneamente como mala digestión. El síntoma de presentación más frecuente es una molestia epigástrica vaga, seguida de anorexia, saciedad precoz, pérdida de peso, hematemesis, melenas, el cuadro propio de anemia y dolor abdominal intenso a medida que progresa el tumor. Si está afectando el cardias, puede haber disfagia. Cuando hay afectación del antro prepilórico aparecen a menudo síntomas de obstrucción parcial o completa de la salida gástrica (plenitud epigástrica, náuseas y vómitos).

En las fases iniciales no hay signos específicos del cáncer gástrico. En fases más avanzadas puede observarse una pérdida de peso, una masa palpable, adenopatías en las regiones supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow) y axilar izquierda y un resalte de Blumer en el tacto rectal. Las metástasis hepáticas pueden manifestarse por hepatomegalia, ictericia y ascitis.

La diseminación metastásica puede afectar hígado, pulmones, huesos, cerebro, ovario (tumor de Krukenberg), pelvis.

El carcinoma gástrico aparece con frecuencia incrementada en ancianos que han sufrido intervenciones quirúrgicas de estómago por enfermedad ulcerosa benigna. La operación puede preceder en 10 o 20 años la detección del carcinoma en el muñón gástrico, sin que se halla

identificado todavía ningún patrón constante de alteraciones histológicas en la mucosa gástrica como indicación precoz de la transformación maligna.

DIAGNOSTICO:

La detección se facilita con el empleo de un técnica de doble contraste, con la que puede observarse una masa, una úlcera infiltrante o sólo un engrosamiento de los pliegues.

Se debe efectuar una gastroscopia con fibraóptica que permite visualizar la mayoría de las lesiones, proporciona un medio de obtener tejido para los estudios de biopsia y citología y aporta el diagnóstico en más de 90% de los casos.

En otros estudios de laboratorio se ha observado que si el concentraciones elevadas de antígeno carcinoembrionario (CEA) está elevado antes de la extirpación y disminuye después de ella, posteriormente puede constituir un factor de predicción de recidiva de la enfermedad si vuelve a aumentar

El único procedimiento potencialmente curativo del cáncer gástrico es la gastrectomía subtotal con resección de los ganglios linfáticos asociados, o la gastrectomía total.

La curación del cáncer gástrico es infrecuente.

TRATAMIENTO:

La cirugía es ampliamente aceptada como tratamiento inicial. La irradiación aislada es ineficaz en el adenocarcinoma, excepto para la paliación del dolor óseo debido a metástasis.

La quimioterapia con un sólo fármaco, por ejemplo el 5-fluorouracilo, o con una combinación de doxorubicina y mitomicina C, ha producido

porcentajes de respuesta iniciales que se aproximan al 25% en el adenocarcinoma. Sin embargo no se han observado curaciones definitivas.

En casos seleccionados se ha logrado el tratamiento paliativo del carcinoma gástrico que causa una obstrucción esofágica o de la salida gástrica, mediante el empleo de fotocoagulación endoscópica con láser.

La tasa de supervivencia global a los 5 años para los pacientes con adenocarcinoma es menor de 10%.

CORRELACIÓN DENTAL:

Los tumores gástricos malignos pueden metastatizar a las regiones de la cabeza y del cuello y presentarse en ellas como un masa tumoral o una hiperpigmentación de la dermis y de la mucosa bucal. Las lesiones metastásicas de las estructuras orales o periorales pueden constituir el primer signo de que existe un proceso maligno en un punto distante. Estas lesiones pueden producir una variedad de signos y síntomas, como tumefacción, dolor, aflojamiento de los dientes y parestesias. En muchos casos el paciente se encuentra asintomático, y la lesión se descubre casualmente en el curso de una exploración dentaria. Las metástasis tumorales afectan con mayor frecuencia al maxilar inferior que al superior. La región molar es la que se afecta con más frecuencia, probablemente a causa de que en ella existe abundante tejido hematopoyético. También pueden presentarse metástasis a los tejidos blandos de la cavidad bucal, con un aspecto clínico similar al de la hiperplasia del tejido conjuntivo que se observa con las prótesis que ajustan defectuosamente, por lo cual hay que hacer una biopsia de las lesiones sospechosas. Las manifestaciones orales se observan en el 30-40% de los pacientes, principalmente en la lengua y en

los labios. Las papilas del dorso de la lengua se alargan e hipertrofian, lo que ocasiona profundos surcos. La mucosa labial y el borde vermellón pueden engrosarse y recubrirse de tumores papilomatosos y grietas. Estas prominencias papilomatosas pueden aparecer también en la lengua, encías y mucosa bucal y palatina. Además es posible observar leucoedema de la mucosa oral.

5.2 ADENOCARCINOMA DE COLON Y RECTO

El carcinoma colorrectal representa el 15% de todos los tumores malignos. El cáncer colorrectal es la segunda enfermedad maligna más frecuente (después del cáncer de pulmón). La incidencia de carcinoma colorrectal empieza a aumentar a los 40 años y a partir de entonces, se duplica cada cinco años, alcanzando un máximo en la octava década de la vida. El adenocarcinoma constituye el 95% del total de cánceres colorrectales. Cada año se diagnostican más de 80.000 casos nuevos, generalmente en personas de edad entre 60 y 80 años.

Las poblaciones de alto riesgo consumen una dieta más rica en grasas animales y azúcar refinado y con menos fibra que las de bajo riesgo.

Los factores predisponentes son la edad mayor de 40 años, los antecedentes de pólipos de colon o cáncer de colon, el cáncer de mama o del aparato genital femenino, el antecedente de un familiar de primer grado con cáncer de colon, la enfermedad inflamatoria intestinal (por ejemplo colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o proctocolitis por irradiación) y las infecciones parasitarias crónicas (por ejemplo la esquistosomiasis y la amebiasis).

En los pacientes con colitis ulcerosa difusa, la incidencia de cáncer de colon es del 25% a los 25 años de enfermedad. Algunos trastornos hereditarios (por ejemplo la poliposis familiar) se asocian también a una incidencia elevada de carcinoma colorrectal, pero son muy poco comunes en los ancianos.

El grado de diseminación tumoral se valora mediante la clasificación de Dukes modificada. Las lesiones de Dukes de tipo A afectan la mucosa,

las de tipo B se extienden por la pared pero no afectan los ganglios linfáticos, las del tipo C sí afectan los ganglios y las de tipo D tienen metástasis a distancia.

SIGNOS Y SINTOMAS:

En los estadios iniciales, el cáncer de colon es asintomático, por lo que el diagnóstico se establece mediante exploraciones proctosigmoidoscópicas sistemáticas o estudio de las heces para detectar sangre oculta. La localización del tumor en el colon influye en los síntomas. Las lesiones del colon derecho suelen ser masa grandes, vegetantes y sangrantes; los pacientes presentan inicialmente anemia ferropénica, fatiga y debilidad a causa de un colon derecho de gran calibre y paredes finas que contiene heces líquidas. Los tumores pueden crecer hasta alcanzar un tamaño que permite su palpación en la exploración abdominal. Las lesiones del colon izquierdo suelen ser tumores oclusivos en "servilletero" que causan hemorragias rectales, dolor abdominal cólico o alteración del hábito intestinal a causa de la luz más estrecha del colon izquierdo y carácter semisólido de las heces a este nivel. Los pacientes con lesiones rectales inicialmente presentan por lo general heces mezcladas con sangre o con estrías hemáticas; pueden referir también tenesmo o una sensación de evacuación incompleta. En individuos con lesiones del colon distal aparecen con frecuencia diarrea y tenesmo. El sangrado macroscópico, habitual en los tumores del colon izquierdo, es raro en los del colon derecho, particularmente en el cáncer de ciego.

La hepatomegalia y/o las adenopatias palpables aparecen sólo en los estadios avanzados y denotan un pronóstico muy malo.

Los síntomas cardinales son dolor abdominal, alteración del hábito intestinal, rectorragia y pérdida de peso. Hasta que no se demuestre lo contrario, hay que suponer que la presencia de sangre en heces en un anciano obedece a cáncer de colon, por lo cual se debe practicar una sigmoidoscopia y aplicar un enema de bario para localizar el tumor.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se establece por radiología o endoscopia. La sigmoidoscopia fibroóptica ha proporcionado la posibilidad de detectar lesiones en el recto, el colon sigmoide y la región distal del colon descendente, en donde se encuentran más del 50% de los cánceres. El enema baritado con doble contraste de aire suele ser superior a la técnica de contraste simple en la detección del cáncer de colon. La colonoscopia permite la visualización y la obtención del tejido para el diagnóstico, así como la inspección del resto del colon para detectar pólipos o cánceres sincrónicos.

El tacto rectal junto con la sigmoidoscopia identificarán aproximadamente el 50% de las neoplasias de intestino grueso. La mayoría de las lesiones se pondrán de manifiesto en la radiología con enema de bario tras el vaciado completo del colon.

Muchos adenocarcinomas de colon y recto surgen de pólipos adenomatosos. Deben researse todos los pólipos al alcance del sigmoidoscopio; los más distantes, con un diámetro superior a 1 o 2 cm. o de aspecto vellosos, se deben extraer mediante colonoscopia o laparotomía. La extirpación colonoscópica de un pólipo pediculado puede considerarse curativa si no existe invasión carcinomatosa de la base del pedículo.

La prueba de sangre oculta en heces permite la detección precoz de los tumores de colon, tanto benignos como malignos.

TRATAMIENTO:

El tratamiento primario del adenocarcinoma de colon consiste en la cirugía. La radioterapia preoperatoria no siempre aumenta las probabilidades de resección por el hecho de reducir el volumen tumoral, ni tampoco influye favorablemente en la supervivencia. Están indicadas las resecciones intestinales paliativas con el fin de aliviar la obstrucción, y así dominar la hemorragia o el dolor. En los pacientes geriátricos varias aplicaciones escalonadas de fulguración pueden ser suficiente para atenuar la sintomatología.

CORRELACIÓN DENTAL:

Aunque se ha demostrado la aparición de adenocarcinoma metastásico en las regiones de cabeza y cuello a partir de un foco primario en el colon o en el recto, se trata de casos raros. Moffat describió el caso de un paciente cuya lesión comenzó como una metástasis ósea en el maxilar inferior, con formación subsiguiente de un épolis. En el momento de iniciar el tratamiento, se observaba un nódulo duro ulcerado, de 1,2 por 1 cm, que surgía del reborde alveolar.

Lee describió un caso de adenocarcinoma del colon con metástasis en el labio. La lesión consistía en un único nódulo redondeado, de consistencia dura, color gris rosado y diámetro de 1 cm, localizado en el borde vermellón del labio inferior.

CAPITULO 6

TRASTORNOS DEL PANCREAS

6.1 FIBROSIS QUISTICA PANCREATICA

La fibrosis quística o enfermedad fibroquística del páncreas es un trastorno hereditario de tipo mendeliano. La función pancreática puede alterarse profundamente, lo que ocasiona un síndrome de malabsorción. Se afectan las glándulas exocrinas de todo el organismo, cuyas secreciones se vuelven más viscosas. El moco espesado provoca obstrucciones en las glándulas, con su consiguiente dilatación, lo que da lugar a consiguientes manifestaciones especialmente evidentes en el sistema pulmonar y digestivo. Se producen tapones mucosos en las vías aéreas de pequeño calibre lo cual produce obstrucción, infecciones recidivantes y, posteriormente, bronquitis crónica y bronquiectasias. A menudo ocurren infecciones faríngeas secundarias por estreptococos, estafilococos coagulasa-positivos, neumococos y Pseudomonas. En el tubo digestivo, las secreciones pancreáticas son insuficientes, lo que puede provocar obstrucción intestinal, por enclavamiento intraluminal de la bilis espesa. También se afecta a menudo las glándulas sudoríparas, lo que proporciona un importante elemento para el diagnóstico, por el elevado contenido de sodio que poseen sus secreciones.

MANIFESTACIONES ORALES:

Los pacientes con fibrosis quística pueden presentar oclusión de la cavidad nasal y de los senos maxilares después de padecer infecciones repetidas. Ello da lugar a una respiración bucal crónica y a una mayor incidencia de maloclusiones, por patrón de mordida abierta, y de paladar ojival.

Las glándulas submaxilares suelen estar tumefactas y sus secreciones son muy turbias. En la saliva de estas glándulas están elevadas las cifras de proteínas totales y de muchas enzimas, así como las de calcio y fósforo, mientras que las concentraciones de sodio, cloro y potasio están dentro de los límites normales. Por lo que respecta a las glándulas salivales menores, a menudo, se producen tapones eosinofílicos en los conductos de las labiales.

Los enfermos con fibrosis quística presentan a menudo un cambio de color en los dientes. Este cambio es más pronunciado en los tercios cervical y medio de la corona clínica; se observa inicialmente en la unión cemento-esmalte, en donde la capa del esmalte es más delgada. Con frecuencia se ha incriminado a la tetraciclina como causa de esta tinción, ya que este fármaco se ha utilizado profusamente para combatir las infecciones pulmonares recidivantes. Además del porcentaje de prevalencia de estas tinciones tetraciclínicas, se ha encontrado defectos del esmalte aproximadamente en el 10% de estos pacientes; sin embargo el porcentaje de caries no está significativamente elevado.

CAPITULO 7

TRASTORNOS DE LAS VIAS BILIARES

7.1 COLECISTITIS

La presencia de cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis) es muy frecuente. La incidencia de litiasis aumenta con la edad, y se detecta en la autopsia de alrededor de 1/3 de los individuos mayores de 70 años.

Los síntomas son cólico o dolor constante, se nota generalmente en el área subcostal derecha, pero a menudo irradia hacia la escápula o el hombro derecho y, en algunos casos, es similar a la angina. Puede haber vómitos, pero no son repetitivos.

En general hay un leve dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho.

7.1.1 COLECISTITIS AGUDA

Habitualmente por obstrucción litiasica del cístico, por lo que aumenta la secreción de moco y la presión en el interior de la vesícula que se distiende y que compromete la vascularización. Esto es de máxima importancia cuando existen previamente alteraciones ateroscleróticas en los vasos, como ocurre en diabéticos y ancianos, que son los máximos candidatos a la gangrena de la vesícula.

Por lo general la vesícula está aumentada de volumen y se parece a un saco distendido, especialmente cuando el conducto cístico está obstruido por un cálculo o por simple edema de los pliegues de la mucosa o de duplicaciones de ella. La pared de la vesícula está difusamente engrosada y edematosa. La mucosa es de color rojo oscuro y está cubierta irregularmente por manchas de color blancogrisáceo. Ulceraciones pequeñas o mayores

están recubiertas por un exudado fibrinoso parcialmente hemorrágico y, en ocasiones coalescente. La serosa también está congestionada, y su enrojecimiento está interrumpido por manchas de exudado fibrinoso

SINTOMAS:

Los síntomas abdominales agudos, la hipersensibilidad a la presión en el cuadrante superior derecho y el dolor, en ocasiones persistente y en otras predominante durante la noche y mañana, son junto con la fiebre y leucocitosis, los rasgos clínicos más importantes

Se caracteriza por aumento del dolor a la palpación local, fiebre y leucocitosis. Con frecuencia se palpa la vesícula biliar.

Más del 40% de los ancianos con colecistitis aguda no presentan temperatura elevada y los signos peritoneales pueden no ser evidentes; la confusión tóxica puede ser un signo importante en presencia de anormalidad marcada de las pruebas de función hepática.

TRATAMIENTO:

Las actuales opciones quirúrgicas incluyen la colecistectomía como primera elección, a menos que el paciente decida vivir con los cálculos. Otros métodos, como la disolución de los cálculos con ácido quenodesoxicólico o su destrucción con litotricia, dan buenos resultados en algunos casos, pero pueden requerir una medicación continuada.

La cirugía será urgente si aparece alguna complicación (empiema, gangrena, perforación). Será precoz en los ancianos, que toleran peor un proceso abdominal agudo, que se deteriora con la evolución del cuadro y en el que con frecuencia no hay correlación entre la intensidad de los síntomas y los hallazgos operatorios. El paciente anciano con colecistitis aguda requiere un manejo meticuloso, preparación preoperatoria y cirugía sin demora.

7.1.2 COLECISTITIS CRONICA

Con cálculos o sin ellos, presenta gran variedad de cambios estructurales. La vesícula biliar puede estar distendida o retraída; su pared, usualmente engrosada de forma difusa, aparece fibrosa en la superficie de corte, con sus capas ya no diferenciadas. La mucosa puede presentarse verde normal o rojo, debido a las ulceraciones. Cicatrices blancogrisáceas pueden quebrar o romper el revestimiento interno, de lo que pueden originarse, en el cuello o fondo, gruesas placas, entre las placas puede emerger la mucosa intacta con exageración de sus pliegues

Es la complicación más frecuente y aparece en la mitad de los casos de litiasis biliar. Los síntomas son muy variados e inespecíficos. Puede a su vez complicarse con mucocele, empiema, absceso subfrénico o fistulas enterobiliares.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Se refleja sólo a veces en una vaga sensación de malestar abdominal y ligero dolorimiento en la región vesicular, pero en cualquier momento, puede agudizarse y producir síntomas más graves en forma de dolores cólicos y manifestaciones de un proceso abdominal súbito. Los signos clínicos varían también en presencia de cálculos, los cuales producen obstrucción, así como efectos de presión con erosión.

TRATAMIENTO:

Colecistectomía acompañada de cobertura antibiótica. En caso de calcificación de la pared vesicular (vesícula de porcelana) debe intervenir necesariamente, pues el riesgo de degeneración maligna está alrededor de un 20%.

CONCLUSIONES

- El reflujo en la esofagitis péptica es inducido por la mala masticación de los alimentos, los cuales se convierten en cuerpos extraños esofágicos. Esto es debido en muchas ocasiones a una mala conservación de los órganos dentarios.
- En la mayoría de las enfermedades gastrointestinales existe reflujo de jugos gástricos, que a largo plazo por la acidez presente en boca llega a ocasionar un deterioro en los órganos dentarios.
- Está en las manos del odontólogo diagnosticar el Síndrome de Plummer-Vinson por la presencia de lesiones rojas, blancas o ambas, grietas o fisuras en los bordes de la boca, piel de color amarillento, lengua lisa, roja y dolorosa y disfagia.
- En la hernia de hiato solo se presenta sintomatología si se acompaña de esofagitis por reflujo, de lo contrario no manifiesta síntomas.
- El úlcus péptico se intensifica en pacientes de edad avanzada debido al mal inicio del proceso digestivo, ya que se produce una mayor secreción péptica ácida para degradar los alimentos ingeridos.
- Los pacientes con colitis ulcerosa presentan úlceras aftosas y úlceras hemorrágicas de la mucosa oral que no cicatrizarán hasta haber controlado la colitis ulcerosa.
- Los pacientes con enfermedad de Crohn se deben atender en citas odontológicas cortas, ya que el estrés a que se someten puede aumentar la

inflamación intestinal que presentan.

- Los tumores gástricos malignos pueden metastatizar a las regiones de cabeza y cuello y presentarse en ellas como una masa tumoral o una hiperpigmentación de la dermis y la mucosa bucal.

- Los pacientes con fibrosis quística pancreática después de haber padecido infecciones repetidas pueden presentar oclusión de los senos maxilares y cavidad nasal, ello da lugar a una respiración bucal crónica y a una mayor incidencia de maloclusiones.

BIBLIOGRAFIA

- El Manual Merck de Geriatria
Abrams, William B.
Ediciones Doyma, Barcelona, 1990
1321 págs.

- Medicina Bucal de Burket
Lynch, Malcolm A.
3a. ed.
Nueva Editorial Interamericana, México, 1980

- Colecciones Ciba de Ilustraciones Medicas
Tomo III
Netter, Frank H.
Salvat, México, 1990
198 págs.

- Medicina Interna en Odontología
Tomo II
Rose, Lous F y Kaye, Donald
Salvat México, 1991

- Manual de Geriatria
Salgado, Alberto
Salvat, México, 1994
596 págs.

- Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica

Walshe, Thomas M.

Interamericana, México, D.F., 1987

413 págs.

- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas

13a. ed.

Masson, S. A., Barcelona, 1998