

SINTOMAS DEL APARATO DIGESTIVO

1. Estomatitis
2. Queilitis
3. Halitosis
4. Disfagia
5. Sialorrea
6. Aerofagia
7. Hematemesis
8. Enterorragia
9. Diarrea
10. Constipación

Estomatitis

- Proceso inflamatorio de la mucosa oral debida a diferentes etiologías (infecciones virales, bacterianas, irritantes químicos, quemaduras)
- Cursa con dolor, exulceraciones, sialorrea.



Queilitis

- Lesiones inflamatorias inespecíficas de los labios. (labio inferior, angular)
- Se observa descamación o erosión de la semimucosa de los labios.
- Puede deberse al hábito del mordisqueo, sialorrea, ortodoncia, el contacto con sustancias irritantes, factores climáticos.
- Las ulceraciones persistentes o induradas deben biopsiarse por la posible malignización.



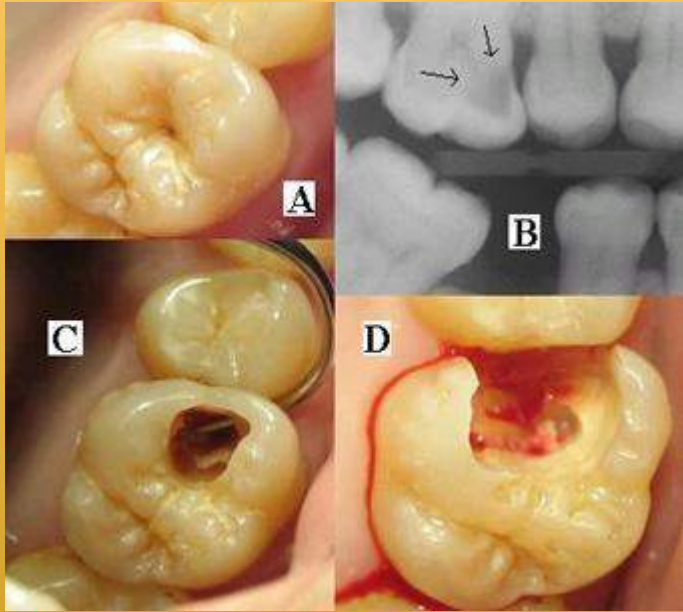
¿cómo semiografiamos?

- Tiempo de evolución
- Presencia de dolor
- Síntomas asociados: fiebre, malestar general, odinofagia, disfagia
- Puede comer y beber
- Antecedentes de enfermedades de la piel, alergias, diabetes, inmunodepresión

Halitosis

- O “mal aliento” es cualquier mal olor detectado por el olfato en la respiración.
- En el 80% de los pacientes de consulta ambulatoria el problema tiene su origen en la cavidad oral (placa bacteriana, goteo nasal posterior, periodontitis, caries, prótesis dentales, xerostomía)
- 8% en fosas nasales (sinusitis, pólipos nasales)

- 3% en amígdalas (amigdalitis, tumores, tonsilolitos)
- Casi nunca se debe a problemas esofágicos, gástricos o intestinales ya que el esófago permanece colapsado.
- La mejoría del cuadro luego de la ingesta de antibióticos por otras causas establece el origen bacteriano de las sustancias odoríferas.



Semiografiar:

- Tiempo de evolución
- Molestias asociadas como dolor, boca seca, odinofagia, rinorrea, goteo posterior.
- Alguien corroboró su percepción de halitosis.

Disfagia

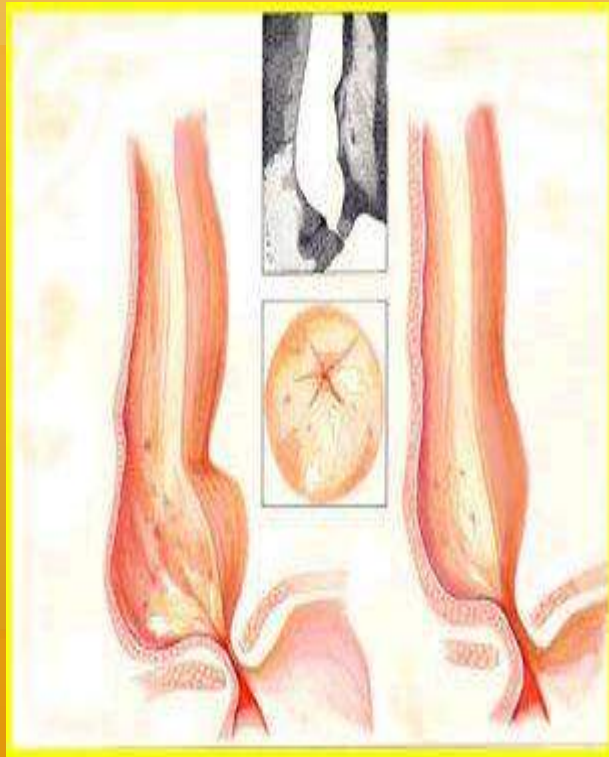
- Dificultad en el pasaje del bolo alimenticio en su trayecto a través del esófago.
- Disglusia o disfagia oro faríngea: dificultad en la deglución (causa: incoordinación neuromuscular) que facilita la ocurrencia de bronco aspiración.

Fisiopatogenia

- Motoras: aumento del peristaltismo, abolición del mismo o insuficiente relajación de esfínteres.(acalasia, espasmo esofágico difuso)
- Mecánica: obstrucción orgánica al paso del bolo alimentario (estenosis péptica, carcinoma de esófago)

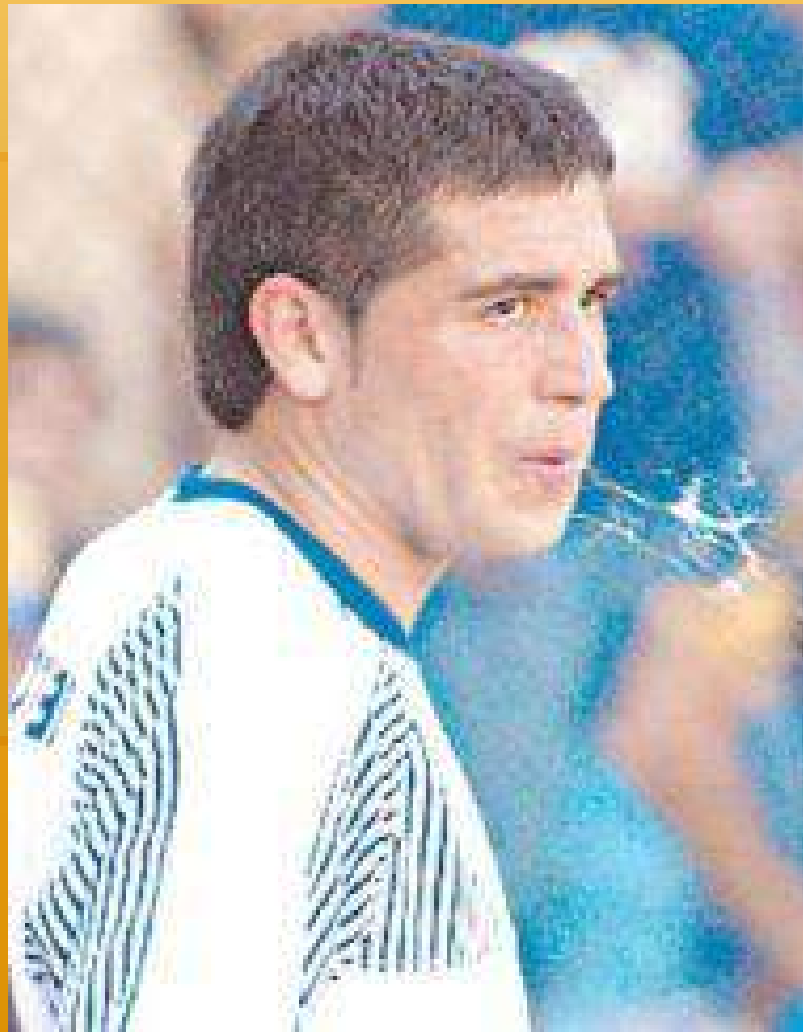
¿Cómo interrogo al paciente?

- Tiempo de evolución
- Es constante o intermitente
- Es predominantemente a sólidos o a líquidos
- Nota que la dificultad va empeorando, cada vez logra ingerir menos alimentos y con menor consistencia
- Puede localizar donde se detiene el alimento



Sialorrea

- excreción excesiva de saliva por la boca como resultado de un aumento en su producción, puede deberse a afecciones de la mucosa oral, de la lengua, dentición, afecciones neurológicas o psicogénicas



Ptialismo

- Producción salival exagerada que puede alcanzar hasta 4 o 5 litros. Presente en las estomatitis, patología esofágica, embarazo, enfermedades neurológicas y psicológicas.

¿Cómo semiografiamos?

- Tiempo de evolución
- Nota aumento del volumen de saliva o es que no logra contenerla.
- Síntomas asociados: dolor, disfagia, ansiedad, vómitos.

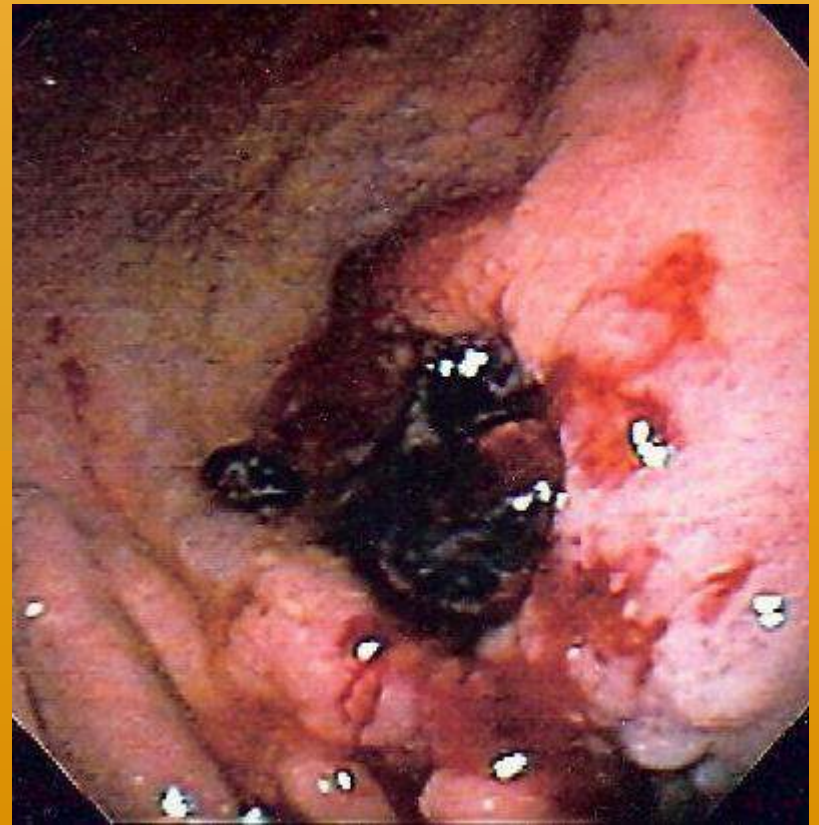
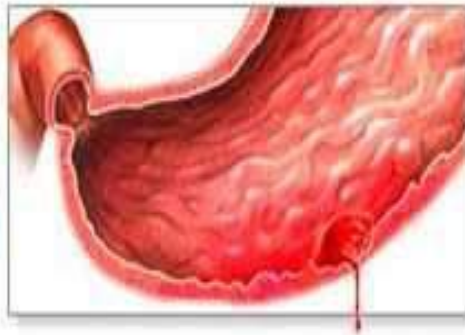
Aerofagia

- La deglución de aire ocurre normalmente al tragar, incorporando varios mililitros cada vez y es la principal fuente de gas en estomago. Cuando las cantidades deglutidas son mayores provoca eructos frecuentes, distensión abdominal y dolor.
- Puede ser manifestación de ansiedad y es acentuada por el habito de fumar, masticar chicle y hablar durante la ingesta.

Hematemesis

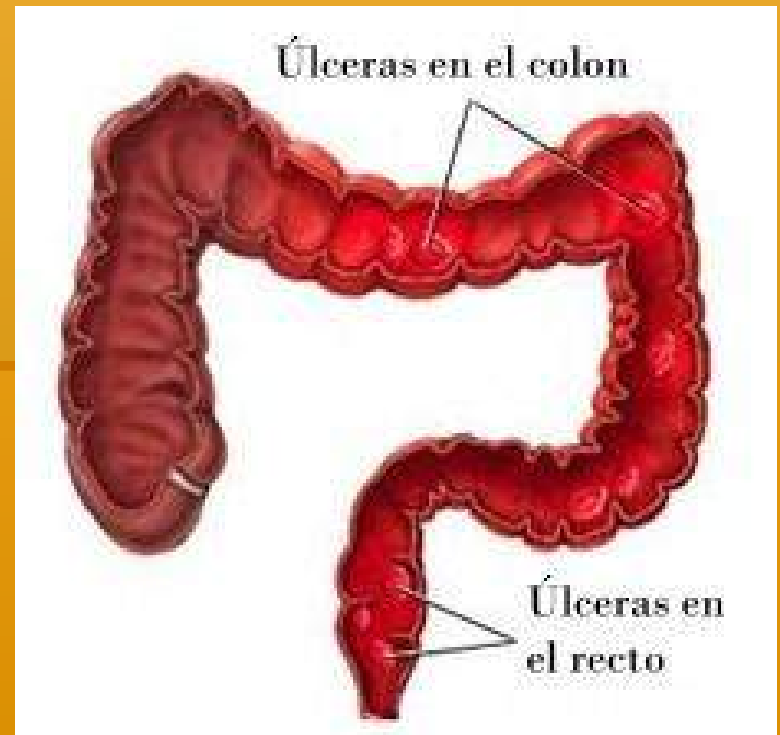
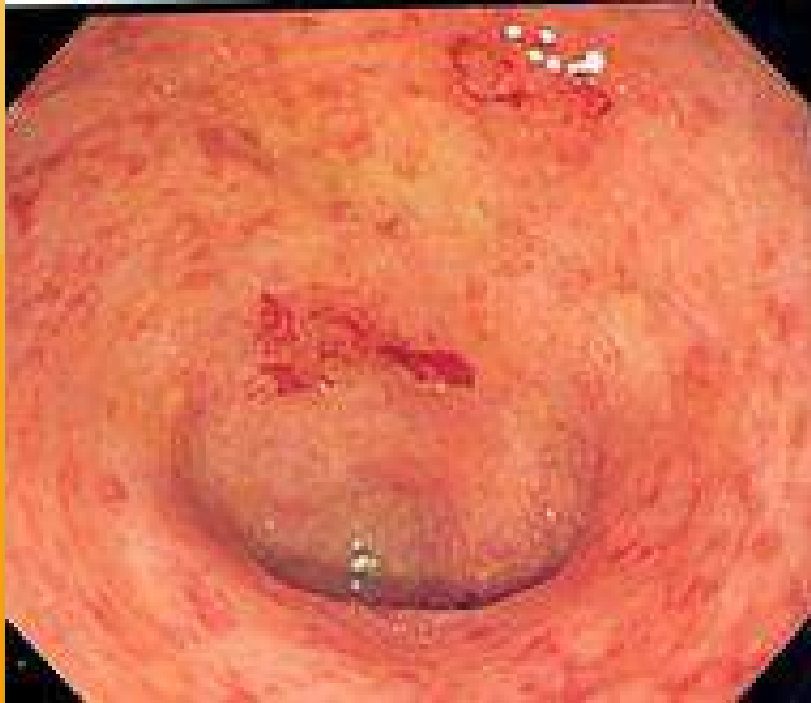
- Vómito de sangre
- Lesión sangrante → por encima del ángulo de Treitz. (hemorragia digestiva alta)
- Precedida de náuseas
- Es roja oscura

Hematemesis



Enterorragia

- Es la presencia de sangre fresca mezclada con la materia fecal, indica que el sangrado proviene del colon más allá del recto.
- Proctorragia: el sangrado proviene del recto o ano por lo que la sangre no se mezcla con las heces sino que la recubre o la sucede.



¿Cómo interrogo?

- Cuando comenzó, cuantas oportunidades fueron, permanente o intermitente
- Síntomas acompañantes: pérdida de peso, cambio del hábito deposicional, fiebre, dolor abdominal, distensión abdominal.
- Antecedentes patológicos
- Antecedentes familiares: cáncer de colon

DIARRREA

¿ESTE PACIENTE TIENE DIARRREA?

Deposiciones:

- > 200 gr.

(Disminución de la consistencia, aumento del número, más de 3 en 24 hs.)

Tiempo de evolución del cuadro

- Agudas: no más de 30 días
- Crónicas: mayor de 30 días

Fisiopatogenia

- OSMOTICA

- El contenido de la luz intestinal atrae agua

↓
Diarrea

- SECRETORIA

- Aumento de la secreción de agua y electrolitos

↓
Diarrea

Fisiopatogenia

- EXUDATIVA

- Inflamación-lesión de la mucosa ocasiona la salida de sangre, moco y pus a la luz intestinal



Diarrea

- MOTORA

- ↑ del tránsito: ↓ de la absorción de agua
- ↓ del tránsito: sobrecrecimiento bacteriano

Manifestaciones clínicas

- OSMOTICA
 - Relacionada con la ingesta.
- SECRETORA
 - Gran volumen, no relacionada con la ingesta.
- EXUDATIVA
 - Presencia en la mat. fecal de sangre, moco y pus.
- MOTORA
 - Deposiciones frecuentes de moderada cantidad

¿Qué pregunto?

- ¿Cuánto hace que empezó?
- ¿Cómo es la materia fecal?
- ¿Tiene otra molestia?
- ¿Alguien de su grupo tiene un cuadro similar?
- ¿Tiene antecedentes de alguna patología?
- ¿Recibe medicación?
- Continua, intermitente
- Color, olor, presencia de prod. Patológicos
- Fiebre, dolor abdominal, vómitos
- Ingesta de alimentos sospechosa.
- Endocronopatía, inmunodepresión.
- Casi todos.

Constipación

2 o más criterios:

- esfuerzo evacuatorio > 25 %
- Heces duras >25%
- Evacuación incompleta >25%
- < de 3 evacuaciones por semana
- Escasos criterios de SII

Fisiopatogenia

- Retardo en la progresión de la materia fecal a nivel intestinal. (transito lento, obstrucciones de causa benigna o maligna, fármacos)
- Alteración en la expulsión de la materia fecal (disfunción del piso pelviano)

Signos de alarma

- Constipación reciente y persistente
- Pérdida de peso
- Anemia
- Enterorragia
- Edad > a 50 años
- Antecedentes personales de pólipos colónicos
- Antecedentes familiares de cáncer de colon

¿Cómo interrogamos?

1. Frecuencia de las deposiciones
2. ¿Notó un cambio en su hábito evacuatorio ? ¿Desde cuándo?
3. ¿Le resulta dificultosa la evacuación?
4. ¿Cómo se siente al finalizar la evacuación?
5. Antecedentes patológicos e ingesta de fármacos

MUCHAS GRACIAS