



Nombre del alumno: Candelaria Pérez Vázquez

Nombre del profesor: Med. Fernando Romero Peralta

Nombre del trabajo: Cuadros comparativo de las alteraciones de la cavidad oral y esófago

Materia: Enfermería Médico Quirúrgica

Grado: 6to

Grupo: Único

Pichucalco Chiapas a 23 de Mayo del 2020.

Alteraciones de la cavidad oral

Enfermedad y agente etiológico	Cuadro clínico.	Estudios complementarios	Tratamiento	Imagen
<p>Estomatitis Aftosa recurrente. - Estrés, ciclo menstrual, embarazo, mordedura interna de carillo, pasta de diente y enjuague bucal.</p>	<p>1 Duración 2 – 4 semanas. Tener sintomatología desde la infancia, no tener afección sistémica.</p>	<p>No necesario realizar Laboratorios o gabinete al menos que sea para realizar diferencial.</p>	<p>A) Medidas generales, explicación tiempo resolución 2-1 mes</p>	
<p>Diferencial. HSV-1, HSV2, VIH , Sx Behcet, Reiter, linque plano, eritema puntiforme, pénfigo, penfigoide, anemia falconi, mieloproliferación, enfermedad ad celiaca, colitis ulcerativa</p>	<p>2. Estado prodrómico con ardor y dolor en 24h y 48 h, inicio de forma aguda, dolorosa, bien diferenciada, superficiales, con centro necrótico Halo eritematoso, localizado en mucosa yugal, mucosa labial, superficie de la lengua y fondo del vestíbulo.</p> <p>3. Clasificación de las ulcera; menor la ≤10mm , mayor ≥10 mm, lesión herpética ≤ 5mm.</p> <p>4. Historia familiar EAR, ciclo menstrual, estrés, afección por la pasta de diente o enjuague bucal, mordeduras a carrillos.</p>	<p>- Manejo por clínica</p>	<p>B) Analgésicos orales Ácido acetilsalicílico A= 250-500mg/kg/dia. Niños 30- 65mg/kg/dia. Paracetamol A= 250-500mg/kg/dia , niños = 10</p>	
<p>Estomatitis Herpética O gingivitis herpética. -HSV1; 1-5 años -HSV2: 16 años y adultos Cambios hábitos sexuales.</p>	<p>Duración 10- 14 días. -Fiebre -Malestar General. -Vesículas en mucosa - Ulcera dolorosa en mucosa oral , amígdala y adenopatía.</p>	<p>Inmunofluorecencia para HSV-1 Y HSV-2. Anticuerpos contra HSV-1 Y HSV2, toma de muestra serológica.</p>	<p>Tratamiento sintomático. -Paracetamol 10-15 mg/kg/ x 4 hora. Pediátricos. Paracetamol 500 mg/kg/ 8 horas. Adulto. Secundaria y primaria.</p>	

<p>Diferencial: EAR, Herpangina Cosaxkie A16</p>			<p>Aciclovir 200mg/kg/cda 6 x 7 días. Inmunocomprometidos 5 mg/kg/ cada 8 x 7 días. .*Foscarnet..</p>	
<p>Candiasis oral Muguet Contagio canal vaginal, piel y boca de la madre o inmunosupresion en el joven adulto y mayor.</p>	<p>Muguet .pediátricos e inmunocomprometidos. -Placa blanquecina no adherente. -Facil desprendimiento - Base de halo eritematoso con retiro sangrante. -Localizada en boca, lengua, carillo y paldar.. -Fumadores lengua vellosa negra fumadores.</p>	<p>Solo en caso no mejoría a los 14 días. -Evaluar apego terapeutico. -Nistatina por 21 dias -Apoyo de examen directo KOH y PAS.</p>	<p>Tratamiento empírico, basado en signos y Síntomas. A) Nistatina 2000, 000 UI/mL = 4 -6 mL 4 -5 veces al dia por 7 a 14 dias. B) Tratamiento no mejoría clínica. Nistatina por 21 dias. c) Hifas en examen directo por KOH y PAS. -Flocunazol 100mg/dia por 7 a 14 dias derivado 2do nivel.</p>	
<p>Diferencial; Linque plano, Lupus eritematoso sistémico, leucoplasia, difteria.</p>	<p>Eritematosa. -Enrojecimiento en el lugar de lesión e inflamación. -Dolorosa. Por lo general se cursa asintomático y esta asociado uso de prótesis.</p>		<p>Tratamiento empírico, basado en signos y síntomas. A) Nistatina 2000, 000 UI/mL = 4 -6 mL 4 -5 veces al dia por 7 a 14 dias. B) Tratamiento no mejoría clínica. Nistatina por 21 dias.</p>	
<p>Candidiasis Eritematosa. Asociado a protesis.</p>	<p>Quelitis angular. -Fisuras Labiales.</p>			
<p>Diferencial; Linque plano, Lupus eritematoso sistémico, leucoplasia, difteria.</p>				

<p>Diferencial; Estreptococo , Herpes o reacciones de origen químico</p>	<p>-Costras en comisuras labiales. -Lesiones dolorosas , blanquecinas. -Edema de labios y sensación de quemadura.</p>		<p>c) Hifas en examen directo por KOH y PAS. -Flocunazol 100mg/día por 7 a 14 días derivado 2do nivel.</p>	
<p>Mucositis. Quimioterapia y radioterapia, pacientes oncológicos con tratamiento prolongado.</p>	<p>3- 7 días con duración 2-3 semanas recuperación -Mucositis erimatoso: ulcera roja -Mucositis Ulcerativa: grave y aparece 3 – 7 días de quimioterapia o radioterapia. Datos generales de ambas. -Ulceras.xerostamia, dolor labio y boc ardor, hormigueo en labios, diarrea.</p>	<p>No solo en caso de no mejoría, y observa absceso u signos .</p>	<p>No farmacológico. 1. Aseo bucal adecuado. solución salina. 2. Mucosa ulcerada evitar agua oxigenada. 3.No utilizar productos que tenga alcohol. 4. Evitar comidas ácidas y caientes. 5. Ingestion blanda y liquidos. Farmacológico. - Lidocaina al 10 % en aerosol. - Bencinamina 15 mL// si es diluido verter 30 mL 2 a 3 veces por día, enjuague. -Nistatina 2000,000UI/mL 4 a 5 veces por 7 a 21 días.</p>	
<p>Diferencial: Mucositis eritematosa o ulcerativa, Estomatitis aftosa, estomatitis herpética</p>				
<p>Coxsackie A4</p>	<p>2 a 14 días en pacientes 6 a 13 años. Prodromo 2 a 4 días; Fiebre</p>	<p>Solo si hay complicaciones. Realizar estudios en secreción Nasal.</p>	<p>Tratamiento sintomático, fármacos antivirales no son recomendados como el Aciclovir debido a la inexistencia de timidinasa .</p>	
<p>Diferencia: Gigovestomatitis herpética</p>	<p>-Malestar general. -Ulceras periamigdalinas, paladar blando,</p>	<p>-LCR -Aislamiento de virus sangre</p>		

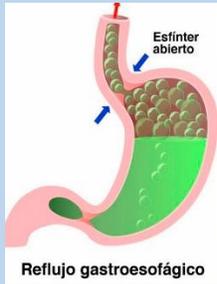
y aftosa	respetando amígdalas y lengua, Mejora en pocos días -Herpangina	o biopsia mediante el PCR. -Serología viral	-Paracetamol 10-15 mg/kg/ x 4 hora. Pediátricos. Paracetamol 500 mg/kg/ 8 horas. Adulto.	
Sx. Mano Pie Boca. Coxsackie A16	Vesícula en cavidad oral, manos y pies. Sin afecciones generales. -tamaño 2-3 mm exantema generalizado -Úlcera oral 2 mm muy dolorosa -Desparecen 5 -10 días.			
Diferencial : Gingivostomatitis herpética y aftosa.				

Alteraciones del esófago

Enfermedad	Cuadro clínico	Estudios complementarios	Tratamiento	Imagen
<p>HERNIA HIATAL: supone la presencia de una proporción variable del estómago a nivel intratorácico, que se ha deslizado a la cavidad torácica a través del hiato diafragmático</p>	<p>Es una patología de la edad adulta y la mayoría de las veces asintomática. En algunas ocasiones se acompañan de esofagitis erosiva y anemia ferropénica debida a la propia esofagitis o a ulceraciones del saco herniario</p>	<p>estudio endoscópico esofágico</p>	<p>inhibidores de la bomba de protones</p> <p>ocasionalmente es necesaria la reparación quirúrgica, especialmente cuando la hernia es de gran tamaño</p>	 <p>El diagrama ilustra la anatomía de una hernia hiatal. Se muestra el estómago (en tonos de naranja y rojo) que ha pasado a través del diafragma (estructura que separa el tórax del abdomen) en un punto conocido como el hiato. Una etiqueta indica 'Hernia Hiatal' y otra indica 'Diafragma Débil', señalando el punto de debilidad a través del cual se ha producido el deslizamiento.</p>

<p>ACALASIA: En ella se produce una hipertonía del EEI (esfínter esofágico inferior), hipertrofia muscular y alteración del peristaltismo (aperistalsis)</p>	<p>Se manifiesta como disfagia de larga evolución (intermitente, generalmente para sólidos y líquidos), pirosis, dolor torácico (64% casos, en ocasiones intenso), salivación intensa, regurgitación de alimentos y tos de predominio nocturno. Puede haber desnutrición y pérdida ponderal si la disfagia es importante</p>	<p>Se diagnostica mediante la realización de una manometría esofágica cuyo patrón es la falta de relajación del EEI asociado a ausencia de peristalsis del cuerpo esofágico (acalasia clásica).</p>	<p>Farmacológico: antagonistas del calcio (nifedipino 10 mg oral o sublingual antes de la ingesta) o, si el paciente refiere dolor torácico, dinitrato de isosorbida (5 mg oral o sublingual antes de las comidas o 20 mg retard cada 12 horas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilataciones neumáticas: Esta técnica presenta riesgo de microperforaciones y suele conllevar la aparición de reflujo gastroesofágico, aunque éste responde bien a inhibidores de la bomba de protones (IBPs). Es el tratamiento endoscópico más efectivo a largo plazo. • Quirúrgico: miotomía anterior de fibras del EEI que suele asociarse a funduplicatura para 	
---	--	---	--	---

			evitar el reflujo gastroesofágico (tiene una eficacia a los 10 años del 85% y a los 20 del 65%).	
ESCLERODERMIA: se produce isquemia de la vasa vasorum y atrofia del músculo liso, lo que se traduce en fibrosis de los dos tercios inferiores del esófago y en una disminución del tono del EEI.	Se manifiesta como pirosis, regurgitación ácida (con todas las complicaciones que esto conlleva) y disfagia para sólidos y líquidos. A menudo aparece esofagitis por candida (por mal vaciamiento y el uso frecuente de terapias inmunosupresoras). Las complicaciones más habituales son la estenosis y el desarrollo de un esófago de Barret. Ante una mujer de 35-65 años, con fenómeno de Raynaud y clínica de reflujo debemos sospechar la presencia de esclerodermia.	El diagnóstico es manométrico (disminución de amplitud de ondas en los dos tercios inferiores y disminución de presión basal de reposo del EEI). El tránsito baritado es útil para visualizar una posible hernia hiatal, frecuente en estos pacientes por presentar acortamiento y distensión del esófago. La endoscopia es aconsejable para el despistaje de esofagitis péptica y sus complicaciones.	Tratamiento: medidas higiénico-dietéticas (comidas múltiples de pequeño contenido, evitar grasas, chocolates, especias, tabaco y alcohol,...). Los IBPs son los fármacos de primera línea. De los procinéticos solo la metoclopramida mejora la presión del EEI y el vaciamiento gástrico, pero su efecto es inconsistente. Si hay sobreinfección por Candida, los antifúngicos pueden mejorar la disfagia. La cirugía tiene poca relevancia, se reserva para los casos refractario	

<p>ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE): aparece cuando existe paso del contenido gástrico al esófago (reflujo), produce síntomas molestos y/o complicaciones.</p>	<p>Los síntomas típicos de ERGE son la pirosis y la regurgitación. El término de pirosis describe la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y el de regurgitación, la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe. Este binomio es prácticamente diagnóstico de ERGE en su presentación típica. No obstante, la ausencia de pirosis y regurgitación no excluye el diagnóstico. Otros síntomas que acompañan el síndrome de reflujo típico son el dolor epigástrico y las alteraciones del sueño.</p>	<p>El diagnóstico de la ERGE se basa en la combinación de una adecuada anamnesis y exploración física, junto con el empleo racional de las pruebas complementarias como s (pH-metría y/o manometría esofágica</p>	<p>Los fármacos utilizados en el tratamiento de la ERGE son los antiácidos (solos o asociados a alginatos), los antagonistas H₂ (antiH₂), los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y los procinéticos</p>	
--	---	---	--	---