

415

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES  
BULÍMICOS**

291864

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANAS DENTISTAS

P R E S E N T A N :

YARABI PEÑA FAJARDO.  
AURORA BERENICE PEÑA ZEPEDA.



DIREC. DE TESINA: DR. ALFONSO RODRÍGUEZ GALVÁN  
ASESORES: LIC. NATALIA MEZA CELIS  
C.D. M.O. CONSUELO BRISIA LÓPEZ CORDERO  
C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



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.

**A mis padres Heriberto y Maricela por  
todo su apoyo, comprensión, amor y ejemplo,  
gracias por estar siempre conmigo.**

**A mis hermanos Iraiz y Erick por  
ser lo mejor de éste mundo.  
Los amo.**

**Por lo que ha sido y será  
Gracias.**

Gracias a Dios:

Por haberme dado el don de la vida y la gracia de  
Aprender a discernir mi vocación y el gusto por mi profesión.

A mis padres:

Alberto Peña Jiménez.

Ana Elena Zepeda Ortiz.

Por la confianza que siempre tuvieron en mí, su aliento, ánimo, apoyo, amor, cariño, comprensión y sacrificio a lo largo de toda mi vida para que pudiera lograr mi más grande sueño. El ser una persona de bien y una buena profesionista. A ustedes les dedico este trabajo en señal de agradecimiento y amor por todos los esfuerzos que siempre realizaron pensando en mí. Muchas gracias, los quiero mucho.

A mis hermanas:

Marcela Betzabeth

Karla Mariana

Por su apoyo, consejos, cariño, confianza y recuerden que no hay arma mejor en la vida que una buena preparación.

**A mis Abuelitos:**

**Marcelo, Carmen y Aurora.**

**Con todo mi respeto, por su amor, confianza, consejos y la gran sabiduría que nos transmiten día a día.**

**A todos mis tíos, tías, primos y primas: por su confianza y apoyo incondicional, siempre que lo he necesitado.**

**A mi novio:**

**Carlos**

**Con todo mi amor, gracias por ser la persona que me acompaña y comparte estos momentos tan importantes en mi vida; por tu amor, apoyo, comprensión, respeto y confianza.**

**A mis amigas y amigos: que siempre tuvieron una palabra de aliento, apoyo y la amistad incondicional que me han brindado.**

**Agradecemos:**

**A todos los doctores por su valiosa colaboración y apoyo en la realización de ésta investigación.**

**Dr. Alfonso Rodríguez Galván.**

**Lic. Natalia Meza Celis.**

**C.D.M.O. Consuelo Brisia López Cordero.**

**C.D. Alfonso Bustamante Bácame.**

## ÍNDICE.

-INTRODUCCIÓN	1
-DEFINICIÓN DE BULIMIA	2
-ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BULIMIA	3
-ASPECTOS IMPORTANTES DE LA ADOLESCENCIA	4
-PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA BULIMIA	9
-CRITERIO PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA.	10
-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	11
-FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA BULIMIA	12
-CLASIFICACIÓN DE LA BULIMIA	14
-MANIFESTACIONES GENERALES DE LA BULIMIA	15
-ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES, SECRECIONES DIGESTIVAS, CENTRO DEL HAMBRE Y VÓMITO	17
-Cavidad bucal o sistema estomatognático	17
-Glándulas salivales	21
-Secreción gástrica	23
-Secreción pancreática	26
-Secreción biliar	28
-Secreción intestinal	29
-Centro del hambre	29
-Vómito	31
-PADECIMIENTOS BUCALES EN LA BULIMIA	33
-Erosión dental	33
-Lesiones en tejidos blandos	35
-Sialoadenosis	38
-Xerostomía	39
-Caries dental	40
-Problemas periodontales	40

-TRATAMIENTO	43
-MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS DESÓRDENES ALIMENTARIOS	49
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	52
-HIPÓTESIS	52
-OBJETIVO GENERAL	52
-OBJETIVO ESPECÍFICO	52
-METODOLOGÍA	53
-MATERIAL	53
-TIPO DE ESTUDIO	53
-POBLACIÓN DE ESTUDIO	53
-MUESTRA	53
-CUESTIONARIO	54
-RESULTADOS	55
-CONCLUSIONES	61
-GLOSARIO	62
-BIBLIOGRAFÍA	75



# PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

## INTRODUCCIÓN

El propósito de nuestro estudio es dar a conocer a la comunidad en general que, la Bulimia como trastorno alimentario que además de presentar alteraciones a nivel orgánico, por ende presenta manifestaciones en las estructuras bucales como son los dientes, el periodonto, glándulas salivales, lengua y mucosa bucal. Es de gran importancia el conocerlas para el diagnóstico y la canalización para el tratamiento de éste tipo de pacientes y evitando el avance de éste proceso, ya que la mayoría de la atención en nuestro país es meramente psicológico y nutricional, haciendo caso omiso del aspecto odontológico, que sin lugar a duda es parte fundamental del tratamiento, debido a que si el paciente establece sus hábitos alimentarios, sin una salud bucal adecuada, no presenta una buena digestión y por consiguiente una buena nutrición.

En ésta investigación damos un panorama general de la Bulimia como padecimiento psicológico, siendo éste el origen y causa principal de todas las alteraciones ya que los pacientes tienen una percepción distorsionada de su cuerpo aunado a la presión que ejerce el medio social debido a que el patrón estético a seguir es la esbeltez, creando prototipos "ideales" para la aceptación en un grupo. Siendo ésta más común en adultos jóvenes entre 18 y 28 años.

El tipo de dieta que llevan a cabo es muy inestable ya que cuando tienen sus episodios de ingesta excesiva puede llegar hasta 6 000 kcal en un corto periodo de tiempo, el tipo de alimentos que ingieren es de alto contenido calórico: chocolates, pasteles, helados, comida chatarra, comida alta en grasa; pasando a un sentimiento de culpabilidad y depresión que los lleva a prácticas como, vómito autoinducido, uso inapropiado de laxantes, diuréticos, y en algunas ocasiones ejercicio excesivo, que lleva a una autodestrucción paulatina del organismo, creando repercusiones bucales.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### DEFINICIÓN DE BULIMIA.

La palabra Bulimia significa hambre de buey, se deriva del griego bous= buey, y limos= hambre.

Los pacientes que padecen de bulimia manifiestan miedo intenso a subir de peso. La bulimia se caracteriza por episodios de voracidad o ingesta excesiva de comida y luego el uso del vómito autoinducido ó el uso de laxantes y diuréticos en cantidades exageradas (hasta 20 o 30 pastillas de laxantes durante el día). Compran una gran cantidad de alimentos, en la mayoría de los casos ingieren alimentos prohibidos (pasteles, dulces, chocolates) y fáciles de deglutir. Un atracón termina cuando la paciente siente malestar estomacal, se siente cansada o bien es interrumpida. La cantidad de energía que se puede llegar a consumir va desde 3000 a 6000 Kcal. , por episodio.

Otra característica de éstos pacientes, es el uso de dietas no recomendadas por especialistas, moderación en el consumo de alimentos delante de otras personas y en ocasiones realización de ejercicios en exceso. (Palma. 1997.).

Los pacientes con bulimia y con anorexia nerviosas comparten ideas sobre valorada respecto a la importancia del peso y figura corporal. La ingesta suele realizarse con rapidez, en general a solas y a escondidas. Le siguen la sensación de plenitud gástrica y sentimientos de culpa, de incapacidad, autoreproches y ánimo deprimido. El paciente se induce el vómito con los dedos, pero es frecuente que con la repetición de éstos episodios pueda aparecer la emesis espontáneamente tras la ingesta. Debido a la alternancia de periodos con dieta estricta y episodios de bulimia, estos pacientes presentan marcados cambios ponderales en breves periodos de tiempo.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

En estos pacientes puede observarse la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias, ya sea alcohol u otras drogas, sobre todo amfetaminas, las benzodiacepinas y la cocaína, así como de cleptomanía. (Díaz. 1994.).

Rara vez se observa en mujeres orientales de raza negra, en gente de escasos recursos y en varones, aunque en los varones que se presenta éstos tienen tendencias homosexuales. Es frecuente que las personas con bulimia pasen por una fase de anorexia. (Harrison. 1998.) (Palma. 1997).

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BULIMIA

Vomitarse después de grandes ingestas de alimento ha sido descrita a través de la historia, sin embargo esta conducta no era cotidiana sino esporádicamente. La mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer en forma excesiva en un periodo de tiempo, se remontan al siglo XIX, pero esta conducta estaba asociada a otras enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nerviosa (Palma. 1997).

Autores como Sollier, 1891; Bouveret, en 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito auto inducido en pacientes anoréxicas como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al abuso de laxante o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada un síndrome hasta 1940. el trabajo de Ludwig Binswagner en 1944, es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica, que después se convierte en predominantemente bulímica.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

En estos pacientes puede observarse la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias, ya sea alcohol u otras drogas, sobre todo amfetaminas, las benzodiacepinas y la cocaína, así como de cleptomanía. (Díaz. 1994.).

Rara vez se observa en mujeres orientales de raza negra, en gente de escasos recursos y en varones, aunque en los varones que se presenta éstos tienen tendencias homosexuales. Es frecuente que las personas con bulimia pasen por una fase de anorexia. (Harrison. 1998.) (Palma. 1997).

## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BULIMIA**

Vomitarse después de grandes ingestas de alimento ha sido descrita a través de la historia, sin embargo esta conducta no era cotidiana sino esporádicamente. La mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer en forma excesiva en un periodo de tiempo, se remontan al siglo XIX, pero esta conducta estaba asociada a otras enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nerviosa (Palma. 1997).

Autores como Sollier, 1891; Bouveret, en 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito auto inducido en pacientes anoréxicas como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al abuso de laxante o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada un síndrome hasta 1940. el trabajo de Ludwig Binswagner en 1944, es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica, que después se convierte en predominantemente bulímica.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Otros estudios reportan que este tipo de conducta bulímica también se observan en la diabetes mellitus, malaria y entre niñas que vivían en internados lejos de sus familias.

Selling y Ferraro en 1945, comentan la aparición de la conducta bulímica entre la población no anoréxica, ellos observaron este dato en niños refugiados en Estados Unidos de América y enfatizaron la relación entre la inseguridad psicológica y el atascarse de comida.

Abraham, en 1916, con Krisbaum en 1951; Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia ligándolos a estados neuróticos.

El efecto de estos trastornos sobre los dientes y estructuras bucales fue reconocido hace apenas 23 años por Hellstrom. (Gay y col. 2000)

En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia nerviosa. (Palma. 1997)

## **ASPECTOS IMPORTANTES DE LA ADOLESCENCIA.**

La adolescencia es un concepto que implica determinantes Psicológicos, intra psíquicos y sociales. Por determinantes psicológicos se entienden los procesos de percepción, aprendizaje, identidad y autoestima. Las estructuras psíquicas y mentales que intervienen en ellos tales como el inconsciente los mecanismos de defensa, se refieren a determinantes intra psíquicos.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Esta es una etapa cuyas características y límites de inicio han estado íntimamente relacionados a lo largo de la historia con sistemas económicos, necesidades del mercado laboral, concepciones culturales de niñez, juventud, madurez, etc.

Las condiciones socioculturales y económicas determinan los procesos psicológicos e intra psíquicos que se desarrollan en la adolescencia. Un elemento común en las diversas culturas es que existe un desarrollo físico que conlleva un cambio determinado por el inicio formal y o potencial del ejercicio de la sexualidad (capacidad reproductiva). Varía de acuerdo con la cultura, pero siempre es uno de los determinantes fundamentales en esta etapa.

La palabra adolescencia en latín significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Psicológicamente se puede definir como el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta o madura, en la que pueden realizarse nuevas adaptaciones.

Según Peter Bloss la adolescencia es el periodo de maduración en el cuál cada individuo tiene que elaborar las exigencias de las experiencias de su vida total, para llegar a tener un Yo estable y a una organización del impulso. Es lograr una adaptación madura al medio ambiente por medio de la creatividad, el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias y cubrir las necesidades afectivas adultas dentro de un marco social.

Los cambios anatómicos y fisiológicos que tienen lugar en los jóvenes se le conoce como pubertad y la adolescencia son los procesos psicológicos de adaptación a la pubertad.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La talla, el peso y la complexión son las principales fuentes de preocupación para los alumnos de secundaria y preparatoria. Tanto por ellos mismos como por la necesidad de la aceptación, posibilidad de identificación y de reafirmar la autoestima. Diversas escuelas de psicología han documentado que tanto el cuerpo, como los alimentos se convierten en depósitos y en medios para descargar la depresión, ansiedad, tensión y agresividad, entre otros, ya sea dejando de comer ó comiendo en exceso como una forma de descarga para no convertirse en una persona poco atractiva. A pesar de que esto le ocasiona gran incomodidad, porque si no cubre los requisitos del modelo del momento, puede ser mal recibido por un grupo. La misma ansiedad y agresión puede provocar la perdida del apetito, y si el modelo en ese momento es de esbeltez, piensa que tendrá más aceptación en el grupo.

Esta serie de trastornos afectivos los llamamos Trastornos Alimenticios o Desórdenes alimenticios. (Feinholz, 1996.).

**Desorden Alimenticio:** es un disturbio en el comportamiento al comer que sufren las personas que padecen física y psicológicamente. (Balong y Cols. 1999)

Este trastorno se desarrolla por una combinación de las condiciones psicológicas, familiares, biogenéticos y socioculturales. Así como por sentimientos de inadecuación, depresión, ansiedad, soledad, problemas familiares y las relaciones personales. (Fundación C.B.A. 1993).

Las características de los Desórdenes Alimenticios son alimentación son reprimida, comer compulsivamente, purgarse, miedo de engordar y distorsión de la imagen del cuerpo.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Las 2/3 partes de las niñas adolescentes y el 1/3 de los niños adolescentes están insatisfechos con su peso. Para alcanzar la delgadez ideal, la sociedad presiona para tener la perspectiva de un cuerpo saludable, de peso "normal", sin engordar.

Entonces la gente toma acciones poco saludables para perder peso. Las restricciones severas de no comer, provocan un hambre intensa que lleva a ingestiones excesivas. La gente intenta en extremo perder peso están insatisfechos con su cuerpo, están deprimidos o sufren una ansiedad social.

Las mujeres jóvenes y adolescentes son más vulnerables, así también como las atletas y bailarinas, ya que éstas usualmente deben tener un peso restringido para los requerimientos de competencia en su deporte. Muchos atletas reportan que tienen conductas que son típicas de un desorden alimenticio.

Las competidoras que generalmente tienen pánico a ser gordas, están obsesionadas con la comida.

Los bailarines, corredores, clavadistas, nadadores, patinadores, gimnastas, fisicoconstructivistas y otros, en los que su peso y apariencia son continuamente juzgados en comparación con un "ideal", son especialmente propensos a desarrollar problemas. Usan prácticas para perder peso tales como sobreentrenamiento, ayuno prolongado, vómito, toma de pastillas dietéticas y uso de saunas.

Las mujeres atletas suelen desarrollar una triada: el desorden alimenticio, amenorrea (ausencia de 3 o más ciclos menstruales consecutivos) y osteoporosis.

Estas mujeres han desarrollado un comportamiento autodestructivo por adoptar estándares de peso y talla inusitados, a pesar de que un cuerpo



## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

atlético debe ser elevado en talla y peso por que sus huesos y músculos son más densos.(Balong y cols. 1999.) (Mahan y col. 1997.)

El desarrollo de la idealización de ciertos prototipos estandarizados por la publicidad y mercadotecnia, no quiere decir que sea exclusivamente una moda, pero facilita su elección. Este ambiente permite a las personas que eviten comer ó que practiquen el vómito rutinariamente para mantener el peso y así tener una aparente aceptación social.

Entre los trastornos alimentarios que se presentan en ciertas personas están la Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y la obesidad, cada una de ellas tiene sus características propias.

Podemos definir:

**Anorexia nerviosa:** desorden alimentario caracterizado por la negativa a mantener y sostener el peso normal, con un hambre extrema y percepción distorsionada acerca de su cuerpo tanto en talla como en figura; usualmente se ve en adolescentes niñas y en mujeres jóvenes. (Balong y Cols. 1999).

**Bulimia nerviosa:** episodios recurrentes de ingesta excesiva de comida combinados con el terrible miedo a comenzar a engordar, seguidos de autoinducirse el vómito o purgándose. (Balong y Cols. 1999.)

**Obesidad:** acúmulo de grasa en el tejido subcutáneo y alrededor de ciertas vísceras y órganos internos de nuestro organismo en cantidad superior a lo normal, a consecuencia de una alteración. No depende sólo del metabolismo en general; sino que es el aumento de las adquisiciones anabólicas sobre las pérdidas catabólicas. (Segatore. 1980.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La PICA; que quiere decir Padecimientos de Ingesta de Componentes Anorgánicos, como papel, adobe, plástico, tabique, gis, etc.

La Ingestión Compulsiva; caracterizada por periodos de voracidad sin purga alguna, se come más rápido que lo normal y en cantidades mayores, de ellos existe un gran sentimiento de culpa y depresión. Para su diagnóstico debe existir un sobrepeso del 20% o más.

## PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA BULIMIA.

La frecuencia de la bulimia es más alta que la anorexia nerviosa, en Australia se ha informado prevalencia hasta de un 13% en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norte América la prevalencia va desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarias.

Los trastornos de la conducta alimentaría en Italia no son muy frecuentes; sin embargo, los últimos estudios realizados en este país reflejaron una prevalencia de 0.5% de Bulimia y 3.7% de trastornos de la conducta alimentaría no especificados.

Hay informes de que en la capital de Argentina la frecuencia de bulimia es muy alta pero no se mencionan cifras exactas.

En los países orientales y en Portugal la frecuencia de esta enfermedad es menor al 1%.

Hay que aclarar que los datos de frecuencia de los trastornos de conducta alimentaría pueden estar subestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace el diagnóstico preciso con el

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La PICA; que quiere decir Padecimientos de Ingesta de Componentes Anorgánicos, como papel, adobe, plástico, tabique, gis, etc.

La Ingestión Compulsiva; caracterizada por periodos de voracidad sin purga alguna, se come más rápido que lo normal y en cantidades mayores, de ellos existe un gran sentimiento de culpa y depresión. Para su diagnóstico debe existir un sobrepeso del 20% o más.

## PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA BULIMIA.

La frecuencia de la bulimia es más alta que la anorexia nerviosa, en Australia se ha informado prevalencia hasta de un 13% en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norte América la prevalencia va desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarias.

Los trastornos de la conducta alimentaria en Italia no son muy frecuentes; sin embargo, los últimos estudios realizados en este país reflejaron una prevalencia de 0.5% de Bulimia y 3.7% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Hay informes de que en la capital de Argentina la frecuencia de bulimia es muy alta pero no se mencionan cifras exactas.

En los países orientales y en Portugal la frecuencia de esta enfermedad es menor al 1%.

Hay que aclarar que los datos de frecuencia de los trastornos de conducta alimentaria pueden estar subestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace el diagnóstico preciso con el

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

mismo criterio y por otro lado, frecuentemente se utilizan cuestionarios para su detección y la mayoría de las personas que presentan dicha conducta, tratan de esconderla debido a que se sienten culpables por realizarla. El diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaria es difícil debido a que el enfermo y sus familiares no tienen claro que los rasgos presentados al comer son síntomas de enfermedades complejas y graves que requieren de atención especializada. (Pier. 1997.).

Los datos sobre la bulimia nerviosa son todavía menos satisfactorios. En un estudio de Ontario, Canadá se señaló una prevalencia para las mujeres del 1.1%, y para los varones del 0.1%. Todos los cálculos sobre la incidencia varían según el enfoque dado. Ya que hay vómitos después de comer hasta en un 18% de las mujeres que estudian en la universidad, grupo donde la incidencia es elevada. En la actualidad, la bulimia puede ser más frecuente que la anorexia. (Harrison. 1998.).

### CRITERIO PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA.

Episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos:

1. - Comer en un mismo intervalo (por ejemplo en 2 horas) una cantidad de alimento mayor que la que comería la mayoría de las personas durante ese plazo de tiempo y en circunstancias similares.

2. - Sensación de falta de dominio sobre la comida durante el episodio, esto quiere decir que tienen la sensación de que no pueden parar de comer, falta de dominio sobre lo que se come y sobre la cantidad de alimentos que se ingieren.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

mismo criterio y por otro lado, frecuentemente se utilizan cuestionarios para su detección y la mayoría de las personas que presentan dichas conducta, tratan de esconderla debido a que se sienten culpables por realizarla. El diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaria es difícil debido a que el enfermo y sus familiares no tienen claro que los rasgos presentados al comer son síntomas de enfermedades complejas y graves que requieren de atención especializada. (Pier. 1997.).

Los datos sobre la bulimia nerviosa son todavía menos satisfactorios. En un estudio de Ontario, Canadá se señaló una prevalencia para las mujeres del 1.1%, y para los varones del 0.1%. Todos los cálculos sobre la incidencia varían según el enfoque dado. Ya que hay vómitos después de comer hasta en un 18% de las mujeres que estudian en la universidad, grupo donde la incidencia es elevada. En la actualidad, la bulimia puede ser más frecuente que la anorexia. (Harrison. 1998.).

### **CRITERIO PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA.**

**Episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos:**

1. - Comer en un mismo intervalo (por ejemplo en 2 horas) una cantidad de alimento mayor que la que comería la mayoría de las personas durante ese plazo de tiempo y en circunstancias similares.

2. - Sensación de falta de dominio sobre la comida durante el episodio, esto quiere decir que tienen la sensación de que no pueden parar de comer, falta de dominio sobre lo que se come y sobre la cantidad de alimentos que se ingieren.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Comportamiento compensador, repetido e inadecuado, para evitar el aumento de peso, como auto provocarse el vómito, abusar de los laxantes, diuréticos y otros medicamentos; ayunar o hacer ejercicio excesivo.

La ingesta excesiva y los actos compensadores inadecuados ocurren por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses por término medio. La forma y peso corporal influyen excesivamente en la auto evaluación.

El trastorno no aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (Harrison. 1998.).

Entre las pruebas de laboratorio frecuentes para determinar si hay sospecha de que el paciente tiene episodios de vómitos o bien uso de laxantes o diuréticos, es el estudio de determinación de iones en sangre. (Díaz y Cols. 1994.)

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Entre los diversos cuadros en los que se pueden desarrollar episodios de ingesta incrementada semejantes a los de la bulimia nerviosa hay que considerar inicialmente algunos trastornos endocrinos como la Diabetes mellitus y el Hipoparatiroidismo. Además, hay afecciones del sistema nervioso central, como la epilepsia, el síndrome de Kleine-Levine, y algunas lesiones y tumores hipotalámicas que cursan con conductas alimentarias anómalas. En algunos cuadros depresivos se observan episodios de ingesta aumentada y algunos enfermos esquizofrénicos exhiben una conducta alimentaria muy llamativa y extravagante.

Los enfermos de obesidad también pueden presentar accesos de bulimia pero no se acompañan del resto de síntomas asociados a la bulimia. (Díaz, y Cols. 1994.)

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Comportamiento compensador, repetido e inadecuado, para evitar el aumento de peso, como auto provocarse el vómito, abusar de los laxantes, diuréticos y otros medicamentos; ayunar o hacer ejercicio excesivo.

La ingesta excesiva y los actos compensadores inadecuados ocurren por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses por término medio. La forma y peso corporal influyen excesivamente en la auto evaluación.

El trastorno no aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (Harrison. 1998.).

Entre las pruebas de laboratorio frecuentes para determinar si hay sospecha de que el paciente tiene episodios de vómitos o bien uso de laxantes o diuréticos, es el estudio de determinación de iones en sangre. (Díaz y Cols. 1994.)

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Entre los diversos cuadros en los que se pueden desarrollar episodios de ingesta incrementada semejantes a los de la bulimia nerviosa hay que considerar inicialmente algunos trastornos endocrinos como la Diabetes mellitus y el Hipoparatiroidismo. Además, hay afecciones del sistema nervioso central, como la epilepsia, el síndrome de Kleine-Levine, y algunas lesiones y tumores hipotalámicas que cursan con conductas alimentarias anómalas. En algunos cuadros depresivos se observan episodios de ingesta aumentada y algunos enfermos esquizofrénicos exhiben una conducta alimentaria muy llamativa y extravagante.

Los enfermos de obesidad también pueden presentar accesos de bulimia pero no se acompañan del resto de síntomas asociados a la bulimia. (Díaz, y Cols. 1994.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA BULIMIA.

La edad y sexo ya que el 95% de pacientes que padecen bulimia son mujeres entre los 18 y 28 años. El 5% restante se considera a varones con tendencias homosexuales.

La personalidad predisponente de estos pacientes generalmente es conflictiva, impulsiva y poco tolerantes a las presiones.

El comportamiento familiar del paciente generalmente es conflictivo pueden existir antecedentes de alcoholismo, drogadicción y obesidad. (Palma. 1997.)

La promoción de la salud de un cuerpo esbelto son tendencias poderosas en las sociedades modernas y pueden reforzar el temor a la obesidad en los pacientes con trastornos de la alimentación o hacer que los casos limítrofes se conviertan en una franca enfermedad. La profesión también puede desempeñar un factor predisponente como entre las bailarinas ó atletas que tienen que estar sometidas a grandes cargas de trabajo y que acostumbran tratar de reducir mucho la grasa corporal. (Harrison. 1998.)

En cuanto al ambiente socioeconómico, se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados, pero ésta enfermedad se presenta con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos. (Palma. 1997.)



## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Los trastornos emocionales implicados son; reconocimiento personal de que su carácter y su estado de ánimo ha empeorado, no se gusta y a veces se odia, alto sentimiento de culpabilidad, auto imagen muy negativa, ansiedad, gran inestabilidad emocional, cansancio físico, apatía general, ideas obsesivas y síntomas depresivos.

Los trastornos cognitivos acerca de su imagen corporal son erróneos, distorsión en la sensación del hambre y saciedad, frecuentes pensamientos sobre la comida, errores de pensamiento, dificultad de concentración y de memoria. (Fundación C.B.A. 1993)

Trastornos conductuales como alteración de los patrones alimentarios, impulsividad aumentada, conductas de alteración de impulsos: consumo de drogas, cleptomanía, promiscuidad sexual. ([www.yahoo.com.mx](http://www.yahoo.com.mx).)

Algunos factores desencadenantes son: un evento traumático, un periodo extenso de dolor emocional, padecer trastornos del estado de ánimo, un ambiente controlador, haber sido un niño muy sensible, una enfermedad física, comentarios acerca de la figura, una dieta o numerosas dietas fracasadas, descubrimiento de adicciones o trastornos alimentarios en los padres, elección de una carrera donde se es muy importante la apariencia física. (Fundación C.B.A. 1993.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Los factores desencadenantes para la triada de las mujeres atletas, incluyen los siguientes:

- Joven de edad (adolescente).
- Presión para sobresalir en una actividad física.
- Enfoque en conseguir o mantener un cuerpo "ideal" en peso y porcentaje de grasa.
- Participación en deportes de resistencia o competencias que juzgan su rendimiento sobre atractivo estético.
- Dietas a temprana edad.
- Dietas sin supervisión.

### CLASIFICACION DE LA BULIMIA.

- 1) TIPO PURGATIVO: El paciente practica regularmente la autoinducción del vómito ó bien el abuso de laxantes o diuréticos.
  
- 2) TIPO RESTRICTIVO: El paciente utiliza otros comportamientos compensadores inadecuados, como el ayuno o ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni consume laxantes ó diuréticos en exceso. (Harrison. 1998.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Los factores desencadenantes para la triada de las mujeres atletas, incluyen los siguientes:

- Joven de edad (adolescente).
- Presión para sobresalir en una actividad física.
- Enfoque en conseguir o mantener un cuerpo "ideal" en peso y porcentaje de grasa.
- Participación en deportes de resistencia o competencias que juzgan su rendimiento sobre atractivo estético.
- Dietas a temprana edad.
- Dietas sin supervisión.

### CLASIFICACION DE LA BULIMIA.

- 1) TIPO PURGATIVO: El paciente practica regularmente la autoinducción del vómito ó bien el abuso de laxantes o diuréticos.
  
- 2) TIPO RESTRICTIVO: El paciente utiliza otros comportamientos compensadores inadecuados, como el ayuno o ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni consume laxantes ó diuréticos en exceso. (Harrison. 1998).

**PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

**MANIFESTACIONES GENERALES DE LA BULIMIA**

<b>APARATO O SISTEMA</b>	<b>MANIFESTACIÓN CLÍNICA.</b>
<b>Cardiovascular.</b>	<b>Hipotensión, Arritmia cardiaca, edema</b>
<b>Endocrino.</b>	<b>Hipoglucemia, alteraciones en la hormona del crecimiento (tiroides), irregularidades menstruales.</b>
<b>Gastrointestinal</b>	<b>Amilasa sérica elevada, perforación esofágica, pancreatitis, constipación, colon catártico, melena, dilatación gástrica aguda</b>
<b>Metabólicos (líquidos y electrolitos)</b>	<b>Deshidratación, alcalosis, acidosis, hipocloremia, hipocalcemia, hiponatremia</b>
<b>Dentales</b>	<b>Erosión del esmalte, caries, gingivitis, siaoladenosis, hipertrofia de las glandulas salivales.</b>
<b>Piel</b>	<b>Piel seca y fría, callosidades, escaras en manos.</b>
<b>Pulmonar</b>	<b>Bronco aspiración.</b>
<b>Renal.</b>	<b>Disminución de la filtración glomerular.</b>

(Palma. 1997) (Gay.y col. 2000.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La amenorrea no es una adaptación normal al esfuerzo físico del entrenamiento: es un síntoma de que algo va mal. La amenorrea es caracterizado por baja de estrógenos en sangre, infertilidad y algunas veces por pérdida mineral de hueso.

En general, la actividad física relacionada con el peso, calcio en la dieta y el estrógeno contra la osteoporosis, pero en mujeres con desórdenes alimenticios y amenorrea, el esfuerzo físico tal vez no está equilibrado con la salud. El entrenamiento vigoroso combinado con una baja ingesta energética y el estrés parecen activar la amenorrea y favorecen la pérdida ósea. La baja de estrógenos conduce la disminución de masa ósea e incrementada su fragilidad.

Las atletas amenorreicas, deben ser alentadas para consumir por lo menos 1500 miligramos de calcio diarios, comer nutritivamente y obtener suficiente energía de la comida para cubrir las expectativas necesarias de la actividad física.

Como consecuencia de la bulimia, se tiene entre otras, desequilibrio de fluidos y electrolitos causados por el vómito y la diarrea, que pueden causar una alcalosis metabólica, una condición caracterizada por apatía, confusión y espasmos musculares.

El vómito causa irritación e infección de la faringe, esófago y glándulas salivales. El esófago puede ulcerarse hasta perforarse, así como el estómago. El uso desmedido de eméticos disminuye las concentraciones de potasio y puede permitir la muerte por ataque cardíaco. (Balong y cols. 1999). (Mahan y col. 1997.)

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES, SECRECIONES DIGESTIVAS, CENTRO DEL HAMBRE Y VÓMITO.**

#### **CAVIDAD BUCAL O SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.**

El sistema de la masticación o estomatognático está constituido por una serie de estructuras anatómicas cuya fisiología se coordina en torno a las funciones respiratoria, deglutoria, masticatoria, fonadora e incluso postural y mímica. Forman parte del mismo no sólo están los dientes, sino también huesos como del cráneo, mandíbula, hioides, clavícula y esternón; los músculos masticadores, deglutores y faciales; articulaciones dentoalveolar y temporomandibular, elementos viscerales como la lengua y componentes vasculonerviosos; y tegumentarios como los labios y mejillas. Todas éstas estructuras presentan una rica inervación sensitiva, que funciona como informadora para que el proceso de la masticación se realice correctamente. Ésta inervación va a tener una misión importante para la protección de los dientes, que, a pesar de ser muy duros, pueden romperse fácilmente si no hay un control por parte del sistema nervioso central de la contracción de la musculatura. (Velayos. 1998.)

#### **FUNCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL:**

- Función gustativa, de apreciar el sabor de los alimentos, a expensas de las papilas gustativas de la mucosa lingual y del paladar.
- Función fonatoria, es decir, de refuerzo de la voz (producida en las cuerdas vocales de la laringe) al actuar la cavidad bucal de

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

resonancia, y de la articulación de las palabras gracias a los movimientos de los músculos linguales y de los labios.

- Función respiratoria subsidiaria, que consiste en la respiración por la boca en caso de impedimento de la respiración nasal (obstrucción de las fosas nasales y formación de vegetación es adenoides en la cavidad faríngea de ciertos niños de constitución linfática. (Segatore. 1980.)

Está limitada al frente por los labios, lateralmente por las mejillas, atrás a la faringe, el techo por el paladar, abajo por la lengua. La cavidad se subdivide en vestíbulo y cavidad bucal por lo que el vestíbulo se limita por fuera por los labios y mejillas y por dentro por las encías y los dientes. El orificio de la boca está rodeado por los labios que son dos pliegues músculo membranosos.

En la cavidad bucal está el paladar, la lengua, amígdalas palatinas, glándulas salivales, saliva y dientes. (Gutiérrez. 1993.)

Dentro de la ecología bucal, juega un papel muy importante la saliva, que se considera como factor de interferencia en los procesos de las enfermedades bucales. La saliva es un líquido constituido en un 98% de agua, 1.5% de sustancias disueltas, de las cuales la mitad corresponde a materia inorgánica y un .5% de sólidos en suspensión.

Los sólidos en suspensión son células que provienen del epitelio, algunos leucocitos desintegrados, bacterias bucales y levaduras. (Zepeda. Matienzo. 1979.)

Los componentes de la saliva los podemos dividir en orgánicos e inorgánicos, dentro de los orgánicos tenemos a las proteínas totales, glucoproteínas, amilasa, lisozima, IgA, IgM, IgG, glucosa, urea, colesterol,

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

AMPc. Los componentes inorgánicos como el sodio, potasio, calcio, bicarbonato, fosfato, cloruro y fluoruro.

Las principales funciones de la saliva son:

- Proporcionar un medio protector para los dientes y la mucosa bucal, contra infecciones bacterianas y la disolución del fosfato de calcio del esmalte. La protección bacteriana la proporcionan las proteínas unidas a las superficies mucosas, las inmunoglobulinas secretorias y diversos sistemas bacterianos inespecíficos. La protección contra la disolución de los tejidos duros la proporcionan amortiguadores salivales y la conservación de una concentración sobresaturada pero estable de los iones calcio y fosfato salivales.
- Lubricación para la maceración y deglución del alimento, ésta función está dada por las glucoproteínas de alto peso molecular conocidas como mucinas que comprenden 7 a 26% de las proteínas salivales totales. Proporcionan a la saliva su viscosidad porque pueden unir moléculas de agua a sus múltiples grupos hidroxilo.
- Limpieza mecánica.
- Acción de amortiguador o buffer, la saliva no es un amortiguador fuerte. La saliva de la parótida y la glándula submandibular sin estimulación tiene valores de pH de unos 5.5 y 6.4 que aumentan a 7.4 y 7.1 respectivamente. Este incremento es atribuible a un aumento de las concentraciones de sodio y bicarbonato que son los principales componentes de la saliva a cargo de la amortiguación. El fosfato y las proteínas son menos importantes pero son amortiguadores significativos en la placa dentobacteriana.(Williams. 1990.)

Las células acinares serosas de localización terminal, contienen gránulos de zimógeno con amilasa salival y otra serie de proteínas salivares.



## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Las células mucosas de los acinos secretan mucinas (glucoproteínas) en la saliva.

Las glándulas salivares producen una cantidad de saliva extraordinaria, teniendo en cuenta su tamaño: a una velocidad de flujo máxima en el hombre se pueden segregar 1 ml / min./ g, de glándula. Las glándulas salivales tienen un elevado índice metabólico y un elevado flujo sanguíneo.

En el hombre las glándulas salivares producen aproximadamente 1 litro de saliva diario. (Beme y Cols. 1995.).

Las enzimas salivales provienen de las glándulas salivales, de las bacterias, de los leucocitos, tejidos bucales y alimentos ingeridos. En presencia de enfermedad periodontal aumentan. Las enzimas son: Hialuronidasa, peroxidasa, colagenasa; la amilasa que está compuesta por amilasa alfa, cuya función principal es hacer descender la viscosidad de los geles del almidón e hidrolisa las dextrinas; la amilasa beta que descompone a las moléculas principalmente a la maltosa, las lipasas que atacan a los glicéridos de los mismos ácidos. La lisozima es una enzima antibacteriana y se encuentra en las secreciones de las glándulas parótida y submandibular

El pH de la saliva es de 6.2- 7.4, aunque en general se encuentra de acuerdo en que la saliva se vuelve más ácida durante el sueño. (Zepeda. Matienzo. 1979.)

Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas de la saliva como la Xerostomía son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, mal absorción, deshidratación, ansiedad, anemia, desórdenes hormonales, así

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

como secundarias a prescripción de medicamentos como: sedantes, antidepressivos, o antiespasmódicos. (Gay, y Col. 2000)

### **GLÁNDULAS SALIVALES.**

#### **GLÁNDULA PARÓTIDA.**

Es la mayor de las glándulas salivales nace a manera de evaginación de la boca; su conducto atraviesa el músculo buccinador, para desembocar en el vestíbulo de la boca. La glándula está colocada parcialmente superficial y en la parte por detrás de la rama de la mandíbula y el masetero que la cubre. La glándula se extiende desde el borde inferior de la mandíbula hasta el nivel del arco cigomático pero su tamaño y forma varían considerablemente.

Diversos órganos atraviesan la glándula parótida o están muy junto a ella, el más importante es el nervio facial cuyas ramas emergen en los bordes anterior, superior e inferior de la glándula.

El conducto parotídeo o de Stenon, es por medio del cuál se vierte la saliva a la cavidad bucal. Este se forma en el propio parénquima glándular y emerge a nivel de su borde anterior, sigue un trayecto horizontal hacia delante a través de la cara superficial del masetero y en el borde anterior del masetero, gira en plano profundo para perforar el buccinador y desembocar en el vestíbulo de la boca a nivel del segundo molar superior. (Hollinshead. 1974.)

El tipo de secreción de ésta glándula es serosa, su secreción es acuosa, no contiene mucina. (Berne y Cols. 1995.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### GLÁNDULA SUBMANDIBULAR.

Tiene un volumen algo mayor que la mitad de la parótida, ocupando el ángulo que forman entre sí el cuerpo de la mandíbula con el músculo milohioideo. Tiene una forma triangular al corte, con una prolongación que surge de su zona medial. La glándula en su cara profunda, cubre a los músculos digástrico, estilohioideo, hipogloso, milohioideo y en parte al hueso hioideos, e incluso se sitúa detrás del vientre posterior del músculo digástrico.

La glándula está, en relación con el nervio hipogloso que va acompañado por la vena lingual. Además la glándula recibe irrigación por parte de la arteria facial. El conducto submandibular o de Wharton, se forma por la reunión de dos conductos, uno craneal y otro caudal, ramificados dicotómicamente en el espesor de la glándula. Es un conducto de paredes delgadas, resistente, de una longitud de unos 5 cm, que emerge de la cara profunda de la glándula y se dirige hacia delante y adentro, medialmente al músculo milohioideo, apoyado sobre el músculo hioioso primero y el geniogloso después.

El conducto termina abriéndose en 1, 2 ó 3 orificios a los lados del frenillo lingual, a cuyo nivel la mucosa forma un relieve o papila salival sublingual. (Velayos. 1998.)

Su tipo de secreción es mixta (serosa y mucosa), por ello es más viscosa. (Hollinshead. 1974.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### GLÁNDULA SUBLINGUAL.

Es la menor de las tres glándulas está entre la mucosa del suelo de la boca, por arriba el músculo milohioideo; por debajo y hacia los lados la mandíbula; los músculos de la lengua hacia adentro. Su tamaño varía pero por lo regular tiene 35 a 45 mm, de longitud; está aplanada de adentro a fuera y su extremo posterior es más delgado, si bien se expande en sentido vertical en su extremo anterior. En su cara superior desembocan diversos conductos finos llamados conductos sublinguales menores, que vacían su contenido de saliva y se abren en el pliegue sublingual, para desembocar en pequeñas papilas, en la mucosa del suelo de la boca, inmediatamente por arriba de la glándula. (Hollinshead. 1994)

El conducto excretor de la glándula sublingual mayor es el de Bartholín; que parecer ser que los describió por primera vez Rivinus. La porción externa de la glándula está constituida por un número variable de pequeñas glándulas (5 a 14) o glándulas sublinguales menores, cuyos pequeños conductos excretores (en número de 15 a 3, o conducto de Watter) vierten su secreción en el suelo de la cavidad bucal por fuera de la papila sublingual en forma lineal. (Velayos. 1998.)

El tipo de secreción es mixta (serosa y mucosa.) (Berne y Cols. 1995.)

### SECRECIÓN GÁSTRICA.

Los alimentos son retenidos en el estómago, mezclados con ácido, moco y pepsina y desalojados a una velocidad constante y controlada hacia el duodeno.(Ganong. 1994.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La superficie de la mucosa gástrica está cubierta por células de epitelio columnar que segregan moco y un líquido alcalino que protege al epitelio de los traumatismos mecánicos y del ácido gástrico. La superficie está jalonada por los poros gástricos; cada poro es la entrada a un conducto en donde drenan una ó varias glándulas gástricas. Los poros gástricos son tan numerosos que suponen una importante fracción de la superficie total.

La mucosa gástrica se puede dividir en tres regiones, dependiendo de las glándulas presentes. La región situada inmediatamente por debajo del esfínter esofágico inferior se denomina región glandular del cardias, que en el hombre mide sólo unos pocos centímetros de ancho, las glándulas de esta región son tortuosas y contienen células secretoras de moco.

El resto de la mucosa gástrica se divide en región glandular oxíntica (secretora de ácido), por encima de la curvatura, las células oxínticas ó parietales, que secretan ácido clorhídrico (HCl) y factor intrínseco, y las pépticas o principales, que secretan perpsinógeno. Las células oxínticas son muy numerosas en las glándulas del fundus.

La región glandular del píloro por debajo de ella, contiene escasas células oxínticas y pépticas, predominando en ellas las células secretoras de moco. Las glándulas pilóricas también contienen células G, que segregan gastrina.

Las células del epitelio superficial se exfolian hacia la luz a una velocidad considerable durante el funcionamiento normal del estómago.

El líquido que se secreta en el estómago se denomina jugo gástrico, éste es una mezcla de las secreciones de las células epiteliales de superficie y de la secreción de las glándulas gástricas. Los componentes principales del jugo gástrico son: sales, agua, HCl, pepsinas, factor intrínseco y moco. La secreción de todos estos componentes aumenta después de las comidas.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

- Composición iónica del jugo gástrico.

La composición iónica del jugo gástrico depende de la velocidad de secreción, ya que cuanto mayor es la velocidad de secreción, mayor es la concentración de ión hidrógeno. A velocidades de secreción inferiores, la concentración de hidrógeno disminuye y la concentración de sodio aumenta. La concentración de potasio en el jugo gástrico es siempre superior a la que existe en el plasma, por lo que los vómitos prolongados puede provocar hipocaliemia. A velocidades menores, la secreción gástrica es hipotónica con respecto al plasma. El HCl gástrico convierte el pepsinógeno en pepsina, produce un pH ácido, al que la pepsina es activa, y mata la mayor parte de los microorganismos ingeridos.

- Pepsinas

Son un grupo de proteasas secretadas sobre todo por las células principales de las glándulas gástricas, que se conocen simplemente como pepsinas, son secretadas en forma de proenzimas inactivas denominadas pepsinógenos. Las pepsinas actúan proteolíticamente sobre los pepsinógenos, para formar pepsinas. Su pH óptimo es bajo ya sea de 3 o inferior. Cuando se neutraliza el contenido duodenal, las pepsinas quedan irreversiblemente inactivadas.

Los pepsinógenos están contenidos en gránulos de zimógeno contenidos en membrana de las células principales. El contenido de los gránulos de zimógeno es vertido mediante exocitosis cuando la célula principal es estimulada a secretar.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

- Factor intrínseco.

Actúa cuando una glucoproteína secretada por las células parietales del estómago necesaria para la absorción normal de vitamina B 12. El factor intrínseco es liberado en respuesta a los mismos estímulos que provocan la secreción de HCl por parte de las células parietales.

- Secreción de moco y bicarbonato.

El moco es una secreción que contiene mucinas glucoproteínas viscosas y pegajosas; es secretado por las células mucosas de las glándulas gástricas y en las células epiteliales de la superficie del estómago. La secreción del moco es estimulada por la alimentación simulada y por algunos estímulos que aumentan la secreción ácida y de pepsinógeno, especialmente por la acetilcolina liberada en las terminaciones nerviosas parasimpáticas, cerca de las glándulas gástricas. La alta concentración de bicarbonato ( $\text{HCO}_3^-$ ) hace que el moco sea alcalino. Por lo que al comer aumenta la secreción de moco y bicarbonato, debido a los estímulos mecánicos de la mucosa y la estimulación de los nervios simpáticos y parasimpáticos del estómago. El moco y la secreción alcalina forman una barrera mucosa gástrica que evita que el contenido gástrico dañe la mucosa. (Berne y Cols. 1995.)

## SECRECIÓN PANCREÁTICA.

El páncreas humano secreta aproximadamente 1 litro de jugo pancreático. Es un órgano con funciones secretoras endocrinas y exócrinas. Las secreciones exócrinas son importantes en la digestión. El jugo pancreático consta de un componente acuoso, rico en bicarbonato,

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

que ayuda a neutralizar el contenido duodenal, y un componente enzimático, que contiene enzimas para la digestión de carbohidratos, proteínas y grasas. La secreción exócrina del páncreas está controlada por señales nerviosas y hormonales originadas por la presencia de ácido y productos de digestión en el duodeno. La secretina desempeña un papel determinante en la secreción del componente acuoso y la colecistoquinina estimula la secreción de las enzimas pancreáticas.

Las células endocrinas del páncreas se encuentran en los islotes de Langerhans, sus hormonas son fundamentales para regular el metabolismo. La insulina, el glucágon, la somatostatina y el polipéptido pancreático son hormonas liberadas por las células de los islotes.

Las secreciones de las células acinares forman el componente enzimático del jugo pancreático. El líquido secretado por las células acinares es similar al plasma por su tonicidad y por sus concentraciones de diversos iones. El componente enzimático contiene enzimas importantes en la digestión de alimentos; la ausencia completa de enzimas implica mal absorción de lípidos, proteínas y carbohidratos.

Las proteasas del jugo pancreático son secretadas en forma de zimógeno inactivo, entre las principales proteasas están la tripsina, quimiotripsina y la carboxipeptidasa. El jugo pancreático contiene alfa-amilasa, que es secretada en forma activa, la amilasa fracciona las moléculas de almidón en oligosacáridos.

También podemos encontrar enzimas para los lípidos llamada lipasas, entre las principales tenemos triacilglicerol hidrolasa, el colesterol éster hidrolasa y la fosfolipasa A2. (Berne y Cols. 1995.)



## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **SECRECIÓN BILIAR.**

La función hepática más importante para el tracto digestivo es la secreción de bilis, ésta se elabora en los hepatocitos, contiene ácidos biliares, colesterol, lecitina y pigmentos biliares. (Berne y cols. 1995.)

La bilis está constituida por agua, sales biliares, pigmentos biliares, colesterol, sales inorgánicas, ácidos grasos, lecitina, grasa, fosfatasa alcalina. Se secretan aproximadamente 500 ml, diarios. (Ganong. 1994.)

Los ácidos biliares poseen un núcleo esteroideo y son sintetizados en los hepatocitos a partir del colesterol. Los principales ácidos biliares sintetizados por el hígado se denominan ácidos biliares primarios y son el ácido cólico y el quenodesoxicólico. La presencia de grupos hidroxilo y carboxilo hace que los ácidos biliares resulten mucho más hidrosolubles que el colesterol, sustancia a partir de la cual son sintetizados.

Las bacterias del tracto digestivo deshidroxilan los ácidos biliares para formar los ácidos biliares secundarios, entre los principales están el ácido desoxicólico y el ácido litocólico.

Los ácidos biliares que normalmente se secretan conjugados con glicina o taurina, éstos ácidos se presentan en forma de sales catiónicas y suelen denominarse sales biliares. ( Berne y Cols. 1995.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### SECRECIÓN INTESTINAL

La primera porción del duodeno se denomina casquete o bulbo duodenal. Es la región que recibe el impacto del contenido ácido del estómago, lanzado a través del píloro. El ligamento Treitz se convierte en yeyuno. La parte inferior se llama íleon. Las glándulas de Brunner del duodeno secretan un moco alcalino viscoso que probablemente protege a la mucosa contra el ácido del estómago. Existe además una secreción apreciable de ácido carbónico que es independiente de las glándulas de Brunner. Las glándulas intestinales secretan un líquido isotónico. La mayoría de las enzimas que generalmente se encuentran en esta secreción están en las células descamadas de la mucosa. En el intestino se mezclan las secreciones de las células mucosas, el jugo pancreático y la bilis. (Ganong. 1994.)

### CENTRO DEL HAMBRE Y SACIEDAD.

Se ha sugerido la posibilidad de influencias medioambientales, expresamente de calidad y cantidad de alimentos disponibles, debido a la exagerada ganancia de peso de ciertos animales de laboratorio en respuesta a la presentación de dietas ricas en grasas o formadas por desperdicios de alimentos, así como por la mayor prevalencia de la obesidad en sociedades occidentalizadas opulentas que en otras poblaciones. Asimismo, la especie humana tiene un mayor número de células adiposas almacenadoras de energía por unidad de masa corporal que cualquier otra especie, exceptuando las ballenas, lo que puede contribuir a su propensión a la obesidad.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Algunos datos indican la existencia de un determinado punto de ajuste para los depósitos de energía en cada individuo. Una vez alcanzado el peso de adulto, éste suele ser constante, por lo menos hasta la edad madura, momento en el que la mayor parte de los seres humanos experimentan por lo menos una moderada ganancia de peso a un nuevo nivel, constante y más elevado, y con una mayor proporción de grasa corporal. Los animales de laboratorio sometidos a experimentos consistentes en una alimentación exagerada o escasa recuperarán su peso original y grado de gordura al permitirseles de nuevo el libre acceso a los alimentos. Eso se logra no sólo ajustando la ingesta de alimento, sino también ajustando el gasto de energía en la dirección adecuada.

Los descensos en los depósitos de energía provocados por un gasto exagerado son compensados con una mayor ingesta calórica. Parece que el control del apetito reside en el hipotálamo. En los roedores existen pruebas de la existencia de un centro del hambre en el hipotálamo lateral y de un centro de la saciedad en el hipotálamo ventromedial. Todavía no se conocen con exactitud que señales procedentes de la periferia provocan respuestas hipotalámicas compensadoras.

Los depósitos de energía provocados por la ingesta exagerada de alimento puede ser compensada por aumento en el gasto de energía, esto puede suceder a través de los procesos termógenos, como ciclos inútiles que no utilizan el ATP. Varias hormonas, así como el sistema nervioso simpático, pueden regular el gasto de energía.

La acumulación patológica de depósitos de energía en forma de grasa, se conoce como obesidad, que constituye un problema sanitario importante en muchos países. (Berne y col. 1997.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Se consideran alteraciones del hambre o apetito a los siguientes padecimientos son: la anorexia, bulimia y la parorexia. (Segatore.1980.)

### VÓMITO.

El vómito es la expulsión del contenido gástrico ( y a veces duodenal) del tracto GI a través de la boca. El vómito suele ser precedido por una sensación de náuseas, latido cardíaco irregular o acelerado, vértigo, sudoración, palidez y dilatación pupilar.

También va precedido frecuentemente de rejugitación, en donde el contenido llega al esófago, pero no a la faringe.

El vómito es un acto reflejo controlado y coordinado por el centro del vómito que se encuentra en el bulbo raquídeo. Existen muchas zonas en el cuerpo capaces de enviar estímulos aferentes al centro del vómito.

La distensión del estómago y del duodeno es un fuerte estímulo que provoca el vómito. Otras causas desencadenantes del vómito pueden ser el cosquilleo en la garganta, una lesión dolorosa en el sistema genitourinario, vértigo y otros estímulos.

Algunas sustancias químicas denominadas eméticos pueden facilitar el vómito, a veces actúan estimulando los receptores del estómago y más frecuentemente, del duodeno. El emético más empleado, es la ipecacuana, estimula los receptores duodenales. Otros eméticos, actúan a nivel del sistema nervioso central, sobre receptores del suelo del IV ventrículo, una zona conocida como disparadora (trigger) de los quimiorreceptores. La zona disparadora de los quimiorreceptores se encuentra en el lado hemático de la barrera hematoencefálica, de forma que puede ser alcanzada por la mayor parte de las sustancias transportadas por la sangre.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Al iniciarse el reflejo del vómito, la secuencia de acontecimientos es idéntica, independientemente del estímulo que haya iniciado el reflejo. En el reflejo del vómito, se produce en primer lugar una onda peristáltica inversa, que barre desde la mitad del intestino delgado hacia el duodeno. Se relaja el esfínter pilórico y el estómago para recibir el contenido intestinal.

Después se produce una inspiración forzada contra la glotis cerrada. Esto disminuye la presión intratorácica, a la vez que el descenso diafragmático aumenta la presión intraabdominal. A continuación una fuerte contracción de los músculos del abdomen eleva de forma súbita la presión intraabdominal, lo que conduce el contenido gástrico hacia el esófago. Se relaja el esfínter inferior esofágico para recibir el contenido del estómago, contrayéndose de forma refleja el píloro y el antro.

Cuando una persona tiene regurgitaciones, el esfínter esofágico superior permanece cerrado, lo que evita el vómito. Cuando se relajan los músculos respiratorios y abdominales, el esófago se acompaña de una relajación refleja del esfínter esofágico superior. El vómito se proyecta hacia la boca y la faringe. La entrada del vómito se proyecta hacia la boca y la faringe. La entrada del vómito en la tráquea se evita mediante la aproximación de las cuerdas vocales, cierre de la glotis e inhibición de la inspiración. (Berne y Cols. 1995.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### PADECIMIENTOS BUCALES EN LA BULIMIA.

La Bulimia está asociada a la excesiva alimentación, vómito auto inducido, el abuso de laxantes y diuréticos. Los cambios dentales y maxilofaciales pueden ser reconocidos y llegar al diagnóstico para poder ayudar tan pronto como se pueda al paciente. Entre las manifestaciones más frecuentes en éstos pacientes tenemos: Erosión del esmalte dental, Tejidos blandos lesionados, Queilitis angular, Problemas parodontales, Sialoadenosis en glándulas salivales, Xerostomía y Caries dental. (Bouquot. 1997. (Gay. 2000.)

### EROSIÓN DENTAL.

La erosión dental es una afección patológica individual. Al igual que con la caries, existen muchos factores que provocan erosión, afección muy extendida, La erosión es común en pacientes adultos y se cree que su frecuencia aumenta con la edad. (Gilmore. 1983.)

Al sufrir la erosión la superficie dentinaria se vuelve absolutamente lisa y pulida, a diferencia de la caries, en la cual la superficie es irregular y blanda y el explorador penetra con facilidad. La sensibilidad de la erosión dental persiste hasta que el odontólogo restaura el diente y le devuelve su integridad. A lo largo de los años se forma por dentro de la cámara pulpar, frente a la erosión una gruesa capa de dentina terciaria que aleja a la pulpa de la superficie. Éste constituye un mecanismo biológico de defensa. (Barrancos. 1991.).

La erosión dental es el mayor signo en pacientes bulímicos por el hábito del vómito que conlleva todo el contenido de los ácidos gástricos y lesionan tanto tejido duro como el esmalte de los dientes y los tejidos de la

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

mucosa bucal es necesario diferenciar entre éste tipo de erosión y otros. La apariencia típica de la erosión es suave, irregular hay una decoloración, son densamente contaminadas con bacterias, afecta las caras vestibulares y linguales, presencia de manchas blancas de descalcificación en la base de las lesiones erosionadas.

El esmalte reblandecido y perdido es lo primero que se observa en las caras palatinas de los incisivos centrales y laterales superiores; después son las caras palatinas de los molares superiores; caras palatinas de los caninos superiores, los premolares y caras oclusales de los premolares superiores.

Las caras palatinas de los incisivos superiores pueden llegar al punto de ser tan delgadas que se torna translúcido, produciendo un borde afilado, que es fácilmente agrietado y astillado. Las caras oclusales a veces toman una apariencia lisa o cóncava. El paciente con una erosión de esmalte extensa se complementa con la sensibilidad incrementada.

Al realizar la revisión bibliográfica encontramos que no todos los pacientes bulímicos presentan erosión dental. (Bouquot. 1997.)

Con erosión moderada, se presenta en las superficies vestibulares de los incisivos anteriores superiores; las superficies linguales y oclusales de los dientes posteriores superiores e inferiores y prácticamente se encuentran inalteradas las superficies linguales de los dientes inferiores.

La erosión dental está reportada en la literatura como "perimólisis" o "perimilosis", pero estos términos han ido en desuso.

La prevalencia de esta lesión es relativamente baja, dado que su presencia depende de la combinación de aspectos, como tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), etc. Y dado a que la erosión no se presenta, hasta que la rejugitación y el vómito ha estado presente en forma continua por lo

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

menos durante dos años consecutivos. Por ello el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión, creando un verdadero reto restaurativo, lo cual a su vez se ve complicado por aspectos como:

- \*Capacidad de amortiguación salival (Buffer.)
- \*pH salival.
- \*Magnitud del flujo salival.
- \*Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- \*Parafunciones (Bricomanía).
- \*Tipo de dieta ácida (frutas, condimentos, golosinas.).

## LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

### MUCOSA BUCAL.

La inflamación crónica de garganta con mucosa eritematosa, especialmente en la úvula y la parte posterior del paladar blando es un cambio frecuente en éstos pacientes, éstos ocasionalmente presentan petequias traumáticas o hemorragias submucosas en el área palatina; como resultado de la inducción al vómito. La quemadura de la lengua es un aspecto ocasional. (Bouquot, 1997.).

Las hemorragias en el tejido blando en forma de petequias (del tamaño de una cabeza de un afiler) o equimosis (más grandes que las anteriores), tienen lugar en el interior de la boca, en general a causa de traumatismos o enfermedades sanguíneas. (Regezi y col. 1999.).



## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La mucosa también se ve afectada por la disminución de saliva (Xerostomía), la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival, manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior, las deficiencias de nutricionales y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial, se ven alteradas produciendo una lesión en la mucosa llamada queilitis. (Gay y col. 2000.).

### QUEILITIS ANGULAR.

La queilitis angular es una inflamación y atrofia de los pliegues cutáneos en los ángulos bucales. Puede ocurrir por chuparse los labios o el dedo pulgar con exceso, o bien por laxitud de la piel facial en personas ancianas o edéntulas. El contacto prolongado con la saliva produce maceración con posible infección secundaria por *Cándida* o estafilococos.

La piel en los ángulos de la boca posee fisuras eritematosas y con frecuencia exudado y costras. Además el problema, se exagera al humedecer el área inflamada con la saliva. (Regezi. 1999.).

Los tejidos de la boca son afectados, primordialmente por el curso de las deficiencias nutricionales que conlleva éste desorden. La degeneración e inflamación de la mucosa labial dando lugar a queilitis angular, sigue un patrón definido de desarrollo empezando por una palidez de los labios, particularmente en las comisuras, las cuales temporalmente secan las áreas húmedas de la mucosa bucal adyacente. La palidez continúa por muchos días y es seguida por la maceración y descamación blanquecina

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

sobre un fondo rosa. Entonces las fisuras superficiales invaden los pliegues naturales en las comisuras de la boca.

Subsecuentemente las lesiones maceradas pueden secarse y formar costras amarillentas en los ángulos, de los cuales pueden ser removidas sin sangrar. El resto de los labios llegan a ser anormalmente rojos a lo largo de la línea de cierre y hay un notable incremento de fisuras verticales como resultado de la descamación superficial de la mucosa. Esto, usualmente es más aparente en el labio inferior. En tanto que la enfermedad progresa, las lesiones en los ángulos se profundizan y extienden atravesando el borde bermellón sobre el carrillo a una distancia superior de 10 mm y en la mucosa bucal de 1 a 3 mm. Los ángulos constantemente irritados llegan a ser áreas crudas y sangrantes, con costras o escamas. En algunos casos las comisuras llegan a ser muy repetidas y llegan a dar una apariencia atrófica. (Dreizen, 1978.)

## ALTERACIONES EN LA LENGUA.

Un rango vasto de cambio involucrando talla, color, estructura y sensación de la lengua ocurre en muchos estados de deficiencia nutricional.

Las lesiones empiezan en una o más áreas localizadas conforme la enfermedad progresa, más y más sitios llegan a ser involucrados hasta que la totalidad de la lengua llega a ser afectada. Los cambios pueden ir desde la inflamación; cambios de color a un rojo brillante, una palidez excesiva; áreas sin papilas, implicación de las papilas siendo el orden usual de cambio, hipertrofia, alisamiento o aplanamiento, fusión y atrofia; dolor y ardor. Puede haber pérdida de la sensación del sabor. (Dreizen, 1978.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### SIALOADENOSIS.

La sialoadenosis, es la inflamación de las glándulas salivales de la cavidad bucal ya sean las submandibulares, sublinguales o parótidas, que puede cursar en forma aguda o crónica. (Segatore. 1980).

Podemos definir la sialoadenosis como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia o bulimia, aunque es frecuente encontrarlo, sin embargo se ha llegado a confundir con el Síndrome de Sjögren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre la malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales, dentro de sus posibles causas encontramos el aumento del tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submandibular, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes. La sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia o anorexia han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente. (Gay. 2000.)

Los pacientes con bulimia frecuentemente presentan aumento de tamaño de las glándulas parótidas, submandibulares o sublinguales, lo que provoca facies hinchado (cara de ardilla) causándoles gran preocupación ya que se ven cachetonas. Estos signos disminuyen, después de un tiempo de no practicar el vómito. (Palma. 1997.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

El crecimiento benigno de las parótidas y glándulas submandibulares, llamada también "paperas nutricionales", han sido reportadas en estos pacientes. (Bouquot. 1997.)

### XEROSTOMÍA.

El significado literal de la Xerostomía es: boca seca, es un estado especial de sequedad y adelgazamiento de la mucosa que tapiza las paredes de la cavidad bucal, consecutivo a la detención prolongada de la secreción salival, que confiere a dicha mucosa la humedad precisa. Se presenta en todos aquellos estados patológicos que comprometen la secreción salival: como enfermedades, inflamación de la boca (estomatitis) y de las glándulas parótidas. En la mujer puede presentarse también en la menopausia. (Segatore.. 1980.).

Milosevic y Dawson no encontraron diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad, en contraparte Touyz y col, refieren que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (Buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas.

Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas como la xerostomía de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, mal absorción, deshidratación, ansiedad, anemia, desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o espasmódicos. (Gay. 2000.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

La xerostomía también es común, siendo en algunos casos extrema y muy dolorosa. (Bouquot, 1997.).

### CARIES DENTAL.

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por desmineralización de la porción inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica. (Barrancos.1991.).

En algunos pacientes con bulimia existe la predisposición de caries cervical, rápidamente destructiva, la lesión dentinaria es "seca" con áreas grandes de socavados.(Bouquot, 1997.).

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal pueden resultar en un aumento en la prevalencia de caries dental, medicamentos prescritos ocasionalmente pueden contribuir de igual manera a la caries dental de igual manera algunas tabletas de dextrosa, Vitamina C y bebidas ricas en sacarosa son factores que contribuyen a la aparición de la caries. Probablemente existían adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como S. Mutans y lactobacilos. En estos pacientes pueden existir grados variables de xerostomía asociados a la deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundarios a medicaciones depresoras del SNC. Lo que contribuye a la mayor presencia y acúmulo de Placa Dento Bacteriana (PDB.) (Gay. 2000.).

### PROBLEMAS PERIODONTALES.

Las alteraciones nutricionales no son únicamente el resultado de una dieta inadecuada, también se deben a alteraciones en la absorción y

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

utilización, limitaciones económicas y educativas, restricciones de dieta autoimpuesta y aislamiento geográfico de un aporte alimenticio adecuado.

La relación entre los factores nutricionales y el mantenimiento de la salud periodontal o la patogénesis de la enfermedad periodontal es motivo de controversia. Aunque la placa dental se reconoce como el factor etiológico más importante en la enfermedad periodontal, una nutrición inadecuada vuelve al huésped más susceptible a ella o acelera el progreso de la alteración existente.

Los componentes de la defensa del huésped que es de importancia particular en el mantenimiento de la salud bucal y que pueden resultar afectados de manera adversa por nutrición inadecuada incluyen:

1. Respuesta inmunitaria inflamatoria óptima.
2. Capacidad funcional de glándulas salivales y composición de la saliva.
3. Producción de líquidos gingivales.
4. Respuesta del proceso de reparación.
5. Integridad de la mucosa bucal.

Los tejidos epiteliales bucales pueden funcionar como protección en virtud de su capacidad para reemplazar células y actuar como barrera funcional; el revestimiento epitelial del surco gingival tiene uno de los índices más rápidos de recuperación y requiere un aporte adecuado y continuo de nutrientes.

Los PMN tienen una función vital en la protección de los tejidos periodontales, está demostrado que los primates no humanos son vulnerables a periodontitis como resultado de una deficiencia crónica de ácido ascórbico. Esto sugiere que la susceptibilidad se relaciona con la deficiente actividad quimiotáctica y fagocítica de éstas células, por lo que

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

las deficiencias nutricionales subclínicas tienen influencia en la salud periodontal. Las propiedades de defensa salival incluyen flujo adecuado, capacidad amortiguadora y actividad antimicrobiana; esta última se basa en los componentes inmunitarios y no inmunitarios de la saliva. Estas proteínas realizan la tarea vital de inhibir la adherencia, crecimiento y la colonización bacteriana.

El líquido del surco gingival contiene muchos de los componentes celulares y humorales que se encuentran en la sangre, algunos de los más importantes son inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM), factores complementarios y neutrófilos capaces de proteger el surco gingival, esta disminución de flujo se debe a la menor permeabilidad del epitelio de unión y del surco gingival.

El proceso de reparación gingival, que incluye reparación de tejidos periodontales, está influido por factores como la integridad de la respuesta inmunoinflamatoria, hormonas y aporte adecuado de nutrientes, en particular inmunoácidos, escorbuto, riboflavina, ácido fólico, vitamina A y zinc.

El requerimiento local de nutrientes de los tejidos humanos puede ser considerablemente elevado; debido a los tóxicos y antígenos siempre presentes, el surco gingival se encuentra en permanente reparación. Es probable que las concentraciones inadecuadas de nutrientes en este tejido puedan ocasionar deficiencias y límite del órgano, lo que afecta el proceso de reparación y facilita el progreso de la enfermedad periodontal. (Genco y cols. 1990.)

Uno de los trastornos más comunes en pacientes bulímicos, es la gingivitis; Roberts y Li, estudiaron los índices de la placa en éstos pacientes encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis.

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por el acúmulo de irritantes locales.

El diagnóstico diferencial en los pacientes con trastornos alimenticios; es importante, para distinguirlos de condiciones que resulten de episodios que cursan con vómitos de corta duración, dado que en éstos, no se presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como condiciones dentales locales como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias. (Gay. 2000.)

## TRATAMIENTO.

El papel del nutriólogo es la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimenticia; es de apoyo con un equipo interdisciplinario se debe de colaborar en forma muy cercana con el psiquiatra, el médico (endocrinólogo o internista), el psicólogo y el odontólogo; para que no existan contraindicaciones en las instrucciones que se le proporcionen al paciente, ya que ellos podrían seleccionar la información que les conviene y enredar con facilidad al equipo terapéutico con tal de no subir de peso.

Cuando el nutriólogo atiende pacientes con trastornos de la conducta alimenticia deben tener como objetivos principales:

- Restablecer la buena nutrición del paciente.



## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis.

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por el acúmulo de irritantes locales.

El diagnóstico diferencial en los pacientes con trastornos alimenticios; es importante, para distinguirlos de condiciones que resulten de episodios que cursan con vómitos de corta duración, dado que en éstos, no se presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como condiciones dentales locales como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias. (Gay. 2000.)

## **TRATAMIENTO.**

El papel del nutriólogo es la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimenticia; es de apoyo con un equipo interdisciplinario se debe de colaborar en forma muy cercana con el psiquiatra, el médico (endocrinólogo o internista), el psicólogo y el odontólogo; para que no existan contraindicaciones en las instrucciones que se le proporcionen al paciente, ya que ellos podrían seleccionar la información que les conviene y enredar con facilidad al equipo terapéutico con tal de no subir de peso.

Cuando el nutriólogo atiende pacientes con trastornos de la conducta alimenticia deben tener como objetivos principales:

- Restablecer la buena nutrición del paciente.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

- Restablecer un patrón correcto de hábitos del paciente.

Para éstos objetivos es necesario establecer en qué estado de nutrición se encuentra el paciente.

La evaluación nutricional de los pacientes con bulimia o anorexia nerviosa consta de : pruebas anamnésticas, mediciones antropométricas, signos clínicos, análisis de laboratorio. De ésta manera se pueden establecer los lineamientos generales del tratamiento a seguir que consta de:

- A) Establecer el peso mínimo funcional del paciente para salir del internamiento.
- B) Estimar los requerimientos energéticos del paciente. La cantidad de energía a consumir se distribuye en las siguientes proporciones: Proteína 15%, lípidos 20% y 65% de hidratos de carbono.
- C) Modificar los hábitos alimenticios (Instrucción personal.)
- D) Establecer la meta de peso a largo plazo ajustado de acuerdo con la talla, complexión, y composición corporal en pacientes de consulta externa.
- E) Discutir en cada una de las visitas los conceptos erróneos que sistemáticamente tienen éstos pacientes en relación con los efectos de algunos nutrientes y sus temores a la obesidad.

El Tratamiento dependerá si el paciente está hospitalizado o no, en forma ideal se necesita un lugar amplio, con cocina para poder preparar la comida en forma personal y realizar prácticas necesarias. Si los pacientes se encuentran internados la vigilancia del nutriólogo es más estrecha; se realizan las encuestas alimenticias necesarias para conocer los hábitos alimenticios de los pacientes. Generalmente los pacientes tratan de consumir mayores cantidades de alimentos que la que acostumbraban con tal de salir del internamiento pero a pesar de éstos esfuerzos no llegan a consumir más de 800 Kcal. / día.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

El nutriólogo tiene que ganarse la confianza del paciente y evitar las trampas de los pacientes que evitan seguir con la dieta, ya sea tirar la comida, esconderla, despedazarla o dejarla en el plato.

El nutriólogo debe cuidar que los pacientes sigan con el tratamiento dietético en forma adecuada cuidando de que no abusen de los alimentos ya que si esto sucede, el paciente puede presentar algunos signos, como el edema debido a la disminución de la tasa de filtración glomerular y cálculos renales, o bien por otro lado los pacientes pueden manifestar plenitud estomacal consecuencia del vaciamiento gástrico lento causado por la disminución del volumen del estómago; por esto la cantidad de alimento en la dieta no debe ser grande ya que el paciente puede vomitar.

El aumento de peso es un signo importante de recuperación de un paciente ya sea con anorexia o bulimia que esté desnutrido; sin embargo la pauta real de que el estado de nutrición está recuperado es la desaparición de las alteraciones endocrinas incluyendo la menstruación en forma regular. (Palma. 1997.)

Cabe mencionar que sin el tratamiento psicológico, tanto la colaboración del endocrinólogo como la del nutriólogo son insuficientes para lograr una mejor adaptación de los pacientes. Para poder comprender la participación de cada uno de los integrantes del equipo encargado y la manera de como se va dando el proceso integral en 3 fases:

La fase inicial incluye lo relacionado con el diagnóstico médico, nutricional y el estado mental. En esta fase se determina si pelagra la vida del paciente o presenta alguna alteración que amerite su hospitalización; un aspecto primordial es recuperar un estado nutreico mínimo que deje

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

fuera de peligro la vida del paciente. En lo psicológico se realizan evaluaciones individuales y familiares y se prepara el terreno para iniciar las intervenciones psicoterapéuticas. Se establecen los límites de lo tolerable y aquello que amenaza el buen desarrollo del tratamiento y en consecuencia la salud del paciente. Es un acuerdo relacionado con el cuadro del tratamiento que determina el tiempo, lugar, frecuencia y costo de las intervenciones médicas, psicológicas y nutricias.

La segunda fase. Es la más prolongada, las intervenciones se orientan al establecimiento de hábitos alimenticios correctos. Es entonces cuando el manejo tiene menor impacto pero es más sofisticado ya que se trata de restaurar los sistemas de regulación hormonal alterados. En ésta etapa se consolida la alianza entre el paciente, su familia y sus terapeutas para poder llevar a cabo un trabajo largo y difícil.

La tercera fase, es la última es la de seguimiento a largo plazo en la cuál se ha comprendido la naturaleza del problema y se ha mantenido el peso y desarrollo deseados. En ésta etapa la psicoterapia empieza a alcanzar los objetivos de funcionalidad y de sustitución de los mecanismos psicológicos primitivos de manejo de la ansiedad por otros más desarrollados. El paciente ha logrado mantener los vínculos con los diferentes especialistas que participan en su tratamiento.

La psicoterapia individual representa en este momento el espacio para que el paciente despliegue y analice en un clima de seguridad sus conflictos existenciales. El espacio de terapia familiar deja de ser el lugar en el cual se incriminan unos a otros y pueden trabajar por un proyecto en común. Ahí donde antes existía un periodo de ayuno o bien ingestión compulsiva, vómito, ahora se espera una reflexión y un análisis de la situación durante las sesiones psicoterapéuticas. (Rocha, y cols. 1997.)

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

El tratamiento para la bulimia nerviosa es primordialmente psiquiátrico o psicológico, pero sólo el 50% de los pacientes con bulimia nerviosa se consideran completamente recuperados siguiendo un tratamiento constante de 5 a 10 años. Aproximadamente una tercera parte de pacientes tratados sufren una recaída en 4 años. Debido a que la cura es de proporción lenta con respecto a la recaída, los profesionales recomiendan una terapia continua para mantenerse.

De los tratamientos pueden utilizarse la terapia cognositiva del comportamiento y psicoterapia interpersonal, ya que se ha visto que tienen el mejor resultado.

Los pacientes con bulimia superpuesta con anorexia nerviosa, talvez cure la bulimia pero la anorexia no. Similarmente, las personas con problemas de personalidad coexistentes tienen una baja proporción de recuperación después del tratamiento que sin tales desórdenes. Esto es certero para pacientes con el llamado "Síndrome multi-impulsivo", el cuál incluye entre otras cosas tres de los siguientes comportamientos anormales como: intentos suicidas, autoagresión severa, comprador compulsivo, abuso de alcohol abuso de otra droga y promiscuidad sexual. (Bouquot. 1997.)

El esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio.

El manejo de la sensibilidad o franco dolor producto de erosión puede manejarse desde la aplicación de fluoruro pasando por un recubrimiento de hidróxido de calcio retenido con una capa de resina compuesta con técnica opcional de grabado ácido o en su defecto, hasta el tratamiento endodóntico.

El tratamiento restaurativo, una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

restaurativo más adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta una rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólógicos como dimensión vertical, sintomatología en ATM y mordida abierta, según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud del mismo.

En cuanto al tratamiento dental básicamente es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales; el cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener la certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y tratamientos restaurativos.

Aspectos importantes en los que se encuentran las etapas activas al padecimiento o en las etapas de remisión-exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionado con un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión. Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurren y el sentimiento de culpa, es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos, etc.) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en la piel del dorso de la mano.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%), así como el contenido en la pasta dental de uso diario. (Gay. 2000.)

Los procedimientos restaurativos pueden ser realizados en dientes severamente erosionados; la aplicación de fluoruro, resinas compuestas, selladores de fosetas y fisuras tal vez asistan en el control del dolor de la dentina hipersensible. (Bouquot. 1997.)

El uso de enjuagues de bicarbonato combinado con el fluoruro de sodio al 0.05% ayuda como amortiguadores entre los episodios cuando ocurren los vómitos. Las comidas y bebidas ácidas, deben ser evitadas en todo lo posible. El incremento del flujo salival es ayudado a través de gomas libres de azúcar y en caso extremo con ayuda de medicamentos. (Kleier. 1984.)

## **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS DESÓRDENES ALIMENTARIOS.**

Orientación general:

Promover un desarrollo emocional sano de la familia, donde sus miembros se sientan contentos unos con otros y se respeten.

Aprender a reconocer y expresar los sentimientos.

Aprender a identificar las necesidades propias y a satisfacerlas sin perjudicar a otras personas.

Aceptar que nadie es perfecto y toda persona comete errores.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%), así como el contenido en la pasta dental de uso diario. (Gay. 2000.)

Los procedimientos restaurativos pueden ser realizados en dientes severamente erosionados; la aplicación de fluoruro, resinas compuestas, selladores de fosetas y fisuras talvez asistan en el control del dolor de la dentina hipersensible.(Bouquot. 1997.)

El uso de enjuagues de bicarbonato combinado con el fluoruro de sodio al 0.05% ayuda como amortiguadores entre los episodios cuando ocurren los vómitos. Las comidas y bebidas ácidas, deben ser evitadas en todo lo posible. El incremento del flujo salival es ayudado a través de gomas libres de azúcar y en caso extremo con ayuda de medicamentos. (Kleier. 1984.

## **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS DESÓRDENES ALIMENTARIOS.**

Orientación general:

Promover un desarrollo emocional sano de la familia, donde sus miembros se sientan contentos unos con otros y se respeten.

Aprender a reconocer y expresar los sentimientos.

Aprender a identificar las necesidades propias y a satisfacerlas sin perjudicar a otras personas.

Aceptar que nadie es perfecto y toda persona comete errores.



## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

Expresar cariño y aceptación hacia los hijos.

Conocer las características físicas, psicológicas y sociales de los adolescentes y comentarlas con ellos. Esto les permitirá anticipar los cambios, saber cuales son y aprender a aceptarlos y manejarlos.

No ridiculizar ni hacer bromas acerca de la figura o el peso de las personas, a pesar de que no sean adecuados.

Aceptar a las personas como son. Por ejemplo los padres no deben exigir demasiado a sus hijos.

Evitar comer cuando se encuentra muy alterado emocionalmente.

Estar alerta con los jóvenes atletas y con los bailarines ya que en ocasiones se les imponen entrenamientos y dietas para que bajen de peso o se mantengan en un peso muy bajo. Estas medidas pueden no sólo perjudicar su desempeño sino su salud y estabilidad emocional.

Basar su alimentación y la de su familia en una variedad de alimentos.

Procurar hacer comidas en familia. Estos momentos pueden servir para promover la interacción familiar, estrechar lazos y dar sentido de pertenencia a sus miembros.

Apoyar el proceso de regulación en el consumo de alimentos.

Hacer las comidas significativas. Esto se puede lograr al dedicarles suficiente tiempo, fomentar un ambiente tranquilo y agradable, compartir el momento, procurar comer sentados, comer despacio, masticar, saborear y degustar cada bocado.

Tratar que las personas se sientan relajadas, para que puedan permanecer en contacto con sus señales internas de hambre y saciedad.

Comer de manera intencional en respuesta a una decisión y no empujado por circunstancias. Por ejemplo si una persona acostumbra comer cuando está viendo televisión puede establecer la asociación entre prender la televisión y querer comer, independientemente de que tenga hambre o no.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Para evitar éstas situaciones se recomienda que cuando se coma ésta sea la actividad principal y se eviten distracciones u otras actividades que compitan como: hacer la tarea, leer el periódico, jugar, etc.

Establecer un horario de comidas. Éste debe resultar adecuado a las actividades que realiza la persona y le debe permitir llegar a la mesa con hambre, de manera que mantenga interés y atención en el alimento, pero no "muerto de hambre" pues esto puede provocar que la persona se sienta decaída y disminuya el interés o bien coma rápido y en exceso.

Pedir a los miembros de la familia que se presenten a las horas de la comida aunque no tengan hambre pues además de ingerir alimentos son momentos para socializar.

No clasificar a los alimentos como "buenos" o "malos". (Plazas. 1997).

Nunca limitar la comida por debajo de las cantidades sugeridas para una proporción adecuada por la guía de la pirámide alimenticia.

Comer frecuentemente. La gente algunas veces no come porque el tiempo la limita, pero ésta acción puede ser incorporada a otras actividades, tales como un refrigerio mientras se estudia o traslada de un lugar a otro. La gente que come frecuentemente nunca tiene mucha hambre, ya que dispone de una variedad de comida.

Establecer un peso razonable, dentro de una composición corporal saludable.

En los atletas limitar las actividades de pérdida de peso fuera de temporada o de competencia. Además enfocar una nutrición apropiada como una faceta importante del tratamiento. (Balong y cols. 1999) (Mahan y col. 1997.)

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La bulimia es un padecimiento de la conducta alimentaria, que tiene una serie de repercusiones a nivel orgánico y secuelas en la cavidad bucal.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

Por ello realizamos ésta investigación, ya que en nuestro país no se encontró reportes de éste padecimiento y como crece el número de afectados es importante hacer un sondeo y así los investigadores de Salud Pública dar un seguimiento a gran escala.

### **HIPÓTESIS:**

Creemos que los jóvenes de México no son la excepción en cuanto a trastornos alimentarios por lo que habrá entre la población estudiada casos de algún tipo de trastorno, como la Bulimia.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Saber cuantas personas pueden tener predisposición a algún trastorno alimentario y cuántas podrían considerarse bulímicas.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

Determinar en un grupo de 200 personas en la ESCA TEPEPAN, del Instituto Politécnico Nacional, la frecuencia en la predisposición de a algún tipo de trastorno alimentario y en especial Bulimia en adultos jóvenes de 18 a 28 años.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

Por ello realizamos ésta investigación, ya que en nuestro país no se encontró reportes de éste padecimiento y como crece el número de afectados es importante hacer un sondeo y así los investigadores de Salud Pública dar un seguimiento a gran escala.

### **HIPÓTESIS:**

Creemos que los jóvenes de México no son la excepción en cuanto a trastornos alimentarios por lo que habrá entre la población estudiada casos de algún tipo de trastorno, como la Bulimia.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Saber cuantas personas pueden tener predisposición a algún trastorno alimentario y cuántas podrían considerarse bulímicas.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

Determinar en un grupo de 200 personas en la ESCA TEPEPAN, del Instituto Politécnico Nacional, la frecuencia en la predisposición de a algún tipo de trastorno alimentario y en especial Bulimia en adultos jóvenes de 18 a 28 años.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

Por ello realizamos ésta investigación, ya que en nuestro país no se encontró reportes de éste padecimiento y como crece el número de afectados es importante hacer un sondeo y así los investigadores de Salud Pública dar un seguimiento a gran escala.

### **HIPÓTESIS:**

Creemos que los jóvenes de México no son la excepción en cuanto a trastornos alimentarios por lo que habrá entre la población estudiada casos de algún tipo de trastorno, como la Bulimia.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Saber cuantas personas pueden tener predisposición a algún trastorno alimentario y cuántas podrían considerarse bulímicas.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

Determinar en un grupo de 200 personas en la ESCA TEPEPAN, del Instituto Politécnico Nacional, la frecuencia en la predisposición de a algún tipo de trastorno alimentario y en especial Bulimia en adultos jóvenes de 18 a 28 años.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **METODOLOGÍA:**

- Entrevistas estructuradas. (cuestionarios) en base a la Fundación Comedores compulsivos, Bulimia y Anorexia. Fundación C.B.A.

### **MATERIAL:**

Se entrevistarán a jóvenes entre 18 y 28 años una muestra de 200, seleccionados aleatoriamente.

Papelería: plumas, 200 cuestionarios.

Encuestadoras (2).

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo.

Transversal.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El número de alumnos de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional de la carrera de Relaciones Comerciales es de 1192 alumnos.

### **MUESTRA:**

Se realizaron 200 encuestas a estudiantes, entre 18-28 de ambos sexos, de la carrera de Relaciones Comerciales de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional, elegidos aleatoriamente.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **METODOLOGÍA:**

- Entrevistas estructuradas. (cuestionarios) en base a la Fundación Comedores compulsivos, Bulimia y Anorexia. Fundación C.B.A.

### **MATERIAL:**

Se entrevistaron a jóvenes entre 18 y 28 años una muestra de 200, seleccionados aleatoriamente.

Papelería: plumas, 200 cuestionarios.

Encuestadoras (2).

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo.

Transversal.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El número de alumnos de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional de la carrera de Relaciones Comerciales es de 1192 alumnos.

### **MUESTRA:**

Se realizaron 200 encuestas a estudiantes, entre 18-28 de ambos sexos, de la carrera de Relaciones Comerciales de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional, elegidos aleatoriamente.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### **METODOLOGÍA:**

- Entrevistas estructuradas. (cuestionarios) en base a la Fundación Comedores compulsivos, Bulimia y Anorexia. Fundación C.B.A.

### **MATERIAL:**

Se entrevistaron a jóvenes entre 18 y 28 años una muestra de 200, seleccionados aleatoriamente.

Papelería: plumas, 200 cuestionarios.

Encuestadoras (2).

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo.

Transversal.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El número de alumnos de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional de la carrera de Relaciones Comerciales es de 1192 alumnos.

### **MUESTRA:**

Se realizaron 200 encuestas a estudiantes, entre 18-28 de ambos sexos, de la carrera de Relaciones Comerciales de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional, elegidos aleatoriamente.



## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

### **METODOLOGÍA:**

- Entrevistas estructuradas. (cuestionarios) en base a la Fundación Comedores compulsivos, Bulimia y Anorexia. Fundación C.B.A.

### **MATERIAL:**

Se entrevistaron a jóvenes entre 18 y 28 años una muestra de 200, seleccionados aleatoriamente.

Papelería: plumas, 200 cuestionarios.

Encuestadoras (2).

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo.

Transversal.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El número de alumnos de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional de la carrera de Relaciones Comerciales es de 1192 alumnos.

### **MUESTRA:**

Se realizaron 200 encuestas a estudiantes, entre 18-28 de ambos sexos, de la carrera de Relaciones Comerciales de la ESCA TEPEPAN del Instituto Politécnico Nacional, elegidos aleatoriamente.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### CUESTIONARIO:

Basado en la Fundación C.B.A. A.C

EDAD        AÑOS.

GÉNERO.    H        M

1.- Sientes una gran preocupación por tu peso.

SI                      NO

2.- Te desagrada tu figura.

SI                      NO

3.- La gente te dice que estás demasiado delgada (o).

SI                      NO

4.- Te obsesiona la comida.

SI                      NO

5.- Haces dietas restrictivas, ayuno, etc.

SI                      NO

6.- Sientes que la comida controla tu vida.

SI                      NO

7.- Mientes acerca de cuanto comes.

SI                      NO

8.- Realizas ejercicio excesivo para tratar de bajar de peso.

SI                      NO

9.- Tomas té, pastillas, etc. Para tratar de bajar de peso.

SI                      NO

10.- Te sientes aislada (o), deprimida (o), o irritable con frecuencia.

SI                      NO

11.- Te provocas el vómito, usas diuréticos o laxantes para tratar de deshacerte de la comida.

SI                      NO

12.- Sientes que no puedes parar de comer.

SI                      NO

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Este cuestionario tiene la finalidad de detectar a las personas potencialmente predispuestas a padecer algún desorden o trastorno alimenticio. Si se contesta a 3 ó más respuestas SI, las clasificaremos CON PREDISPOSICIÓN. Si contesta menos de 3 respuestas con SI, lo clasificaremos SIN PREDISPOSICIÓN.

### **RESULTADOS:**

Observamos que las personas con mayor predisposición a algún tipo de desorden o trastorno alimenticio se presentan en mujeres de 19-21 y 23 años, que entran a la etapa adulta, que se ven más influenciadas por la mercadotecnia y modas que idealizan una figura de extrema esbeltez.

Además de ser más frecuente en mujeres, sin embargo no es algo exclusivo de éste género, pues encontramos algunos casos aislados en hombres también de edades que apenas entran en edad adulta.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

Este cuestionario tiene la finalidad de detectar a las personas potencialmente predispuestas a padecer algún desorden o trastorno alimenticio. Si se contesta a 3 ó más respuestas SI, las clasificaremos CON PREDISPOSICIÓN. Si contesta menos de 3 respuestas con SI, lo clasificaremos SIN PREDISPOSICIÓN.

### **RESULTADOS:**

Observamos que las personas con mayor predisposición a algún tipo de desorden o trastorno alimenticio se presentan en mujeres de 19-21 y 23 años, que entran a la etapa adulta, que se ven más influenciadas por la mercadotecnia y modas que idealizan una figura de extrema esbeltez.

Además de ser más frecuente en mujeres, sin embargo no es algo exclusivo de éste género, pues encontramos algunos casos aislados en hombres también de edades que apenas entran en edad adulta.

**PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

**TABLA DE LA GRÁFICA 1.1**

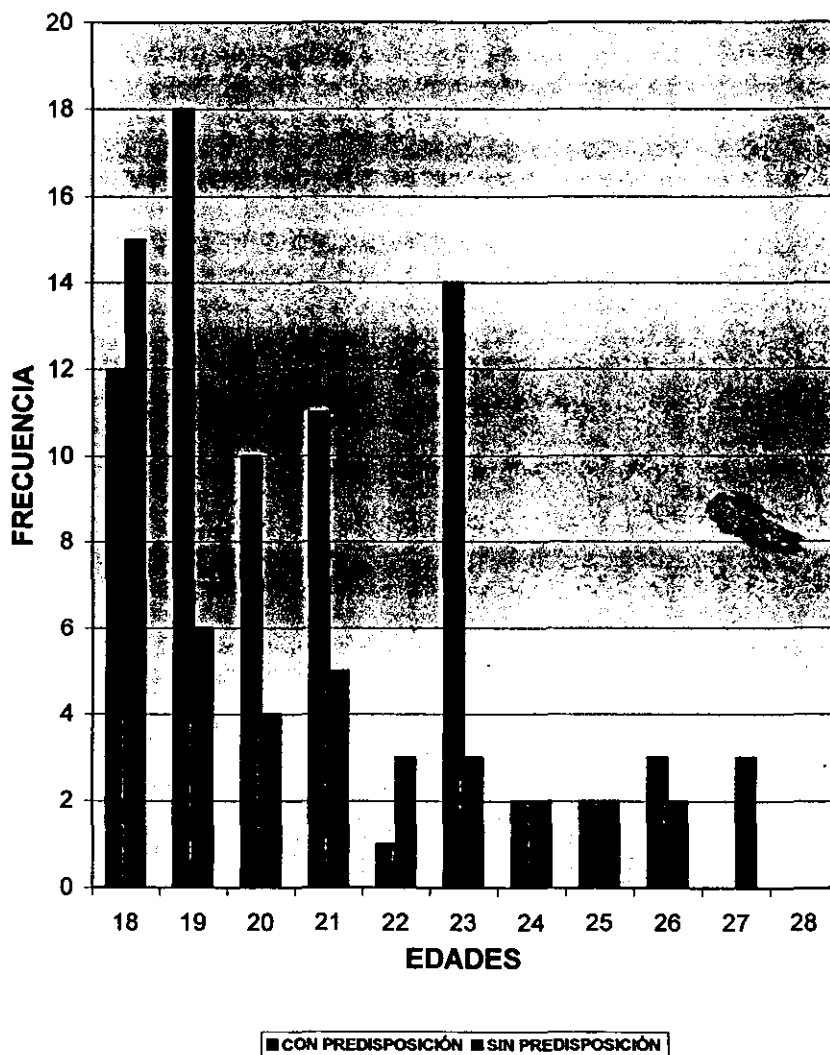
**MUJERES CON PREDISPOSICIÓN Y SIN PREDISPOSICIÓN  
A ALGÚN TIPO DE TRANSTORNO ALIMENTARIO.**

<b>EDADES</b>	<b>NUMERO DE CASOS CON PREDISPOSICIÓN</b>	<b>NUMERO DE CASOS SIN PREDISPOSICIÓN</b>
18	12	15
19	18	6
20	10	4
21	11	5
22	1	3
23	14	3
24	2	2
25	2	2
26	3	2
27	0	3
28	0	0

**FUENTE: ENTREVISTAS REALIZADAS EN LA ESCA TEPEPAN DEL IPN.**

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**GRÁFICA 1.1. MUJERES CON PREDISPOSICIÓN Y SIN PREDISPOSICIÓN A PRESENTAR ALGÚN TIPO DE TRASTORNO ALIMENTICIO.**



**PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

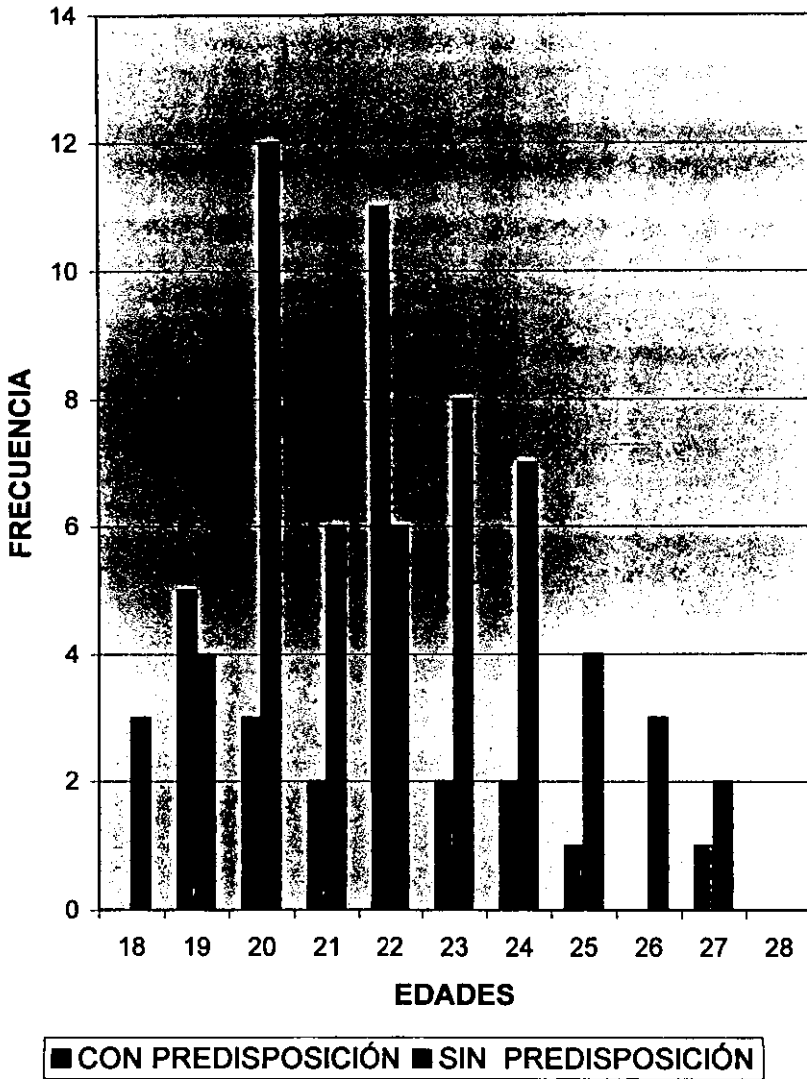
**TABLA DE LA GRÁFICA 2.1.  
HOMBRES CON PREDISPOSICIÓN Y SIN PREDISPOSICIÓN  
A ALGÚN TIPO DE TRANSTORNO ALIMENTARIO**

<b>EDADES</b>	<b>NUMERO DE CASOS CON PREDISPOSICIÓN</b>	<b>NUMERO DE CASOS SIN PREDISPOSICIÓN</b>
18	0	3
19	5	4
20	3	12
21	2	6
22	11	6
23	2	8
24	2	7
25	1	4
26	0	3
27	1	2
28	0	0

**FUENTE: ENTREVISTAS REALIZADAS EN LA ESCA TEPEPAN DEL IPN.**

PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**GRÁFICA 2.1. HOMBRES CON  
PREDISPOSICIÓN Y SIN PREDISPOSICIÓN A  
ALGÚN TIPO DE TRANSTORNO ALIMENTARIO.**

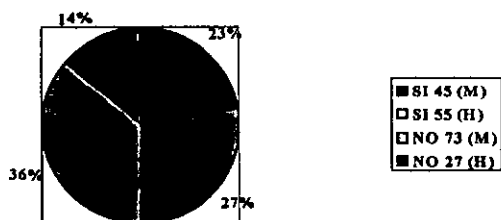




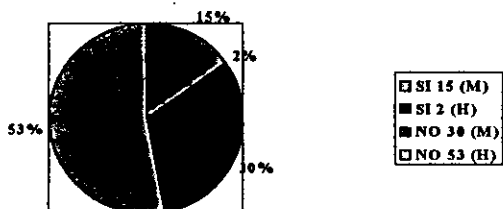
## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A 200 ALUMNOS DE LA ESCA DE TEPEPAN DEL IPN.

¿CUANTAS PERSONAS ACEPTAN TENER UN TRASTORNO ALIMENTICIO?



¿USAS DIURÉTICOS, LAXANTES O VÓMITO AUTOINDUCIDO?



## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### CONCLUSIONES:

En el desarrollo de nuestra investigación apreciamos que es importante dar a conocer los factores desencadenantes a nivel psicológico, familiar, social, cultural y económico que intervienen para el desarrollo de la Bulimia y las consecuencias de ésta a nivel orgánico, así como sus repercusiones en el sistema estomatognático.

Ya que consideramos que es fundamental para el tratamiento integral de éstos pacientes y así ayudar a su completa rehabilitación, mediante un tratamiento multidisciplinario.

Nos dimos cuenta que uno de los factores determinantes en la aparición de los padecimientos bucales en los pacientes con bulimia es el vómito, ya que su composición básica es el jugo gástrico, que con su pH ácido modifica las estructuras del tracto digestivo. Ocasionando lesiones, tales como, la erosión dental, sialoadenosis, lesiones en mucosa y lengua.

Éste tipo de padecimientos está relacionado a la frecuencia y duración de los episodios de vómito, a los hábitos higiénicos que el paciente practique.

Otro factor determinante en los padecimientos bucales es el deficiente nivel nutricional en que se encuentran éstos pacientes provoca alteraciones significativas como problemas periodontales, xerostomía, queilitis angular, alteraciones en la lengua; sin olvidar las alteraciones a nivel orgánico .

La información reportada en esta investigación es fundamental para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Bulimia, ya que crea una conciencia de los daños que provoca éste trastorno de la conducta alimenticia.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### GLOSARIO.

**Acidosis:** Estado de reacción ácida anormal de la sangre, por excesos en la misma de sustancias ácidas.

**Acinos:** Se le denomina a cualquiera de los lóbulos de una glándula compuesta.

**Adenoide:** Hipertrofia del tejido ganglionar que existen normalmente en la nasofaringe de los niños.

**Aferente:** Centrípeto o exódico, que va de la periferia al centro.

**Alcalosis:** Reacción alcalina anormal de la sangre por exceso en la misma, de sustancias básicas o alcalinas.

**Amilasa:** Enzima que convierte el almidón en azúcar.

**Anamnéis:** Son los antecedentes clínicos del enfermo relacionados con la enfermedad desde el nacimiento hasta la enfermedad actual.

**Anorexia:** Falta o escasez notable de apetito. Ayunos prolongados en todo el día, por miedo a engordar o perder la figura.

**Antropometría:** Rama de la ciencia que mide al hombre en conjunto y cada una de sus partes estableciendo proporciones y valores medios generales.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**Antiespasmódico:** También conocido como antiespástico, es un fármaco que combate el estado de contractura dolorosa (espasmo) de la fibra muscular lisa de varios órganos internos, anulando la contractura, es decir relajando estas fibras musculares, el fármaco antiespasmódico elimina el vivo dolor que produce el estado de contractura de toda la musculatura lisa.

**Aritmia:** se da cuando la uniformidad o ritmo de trabajo se altera transitorio o permanentemente, puede descubrirse por la palpación manual sobre la región cardíaca; por auscultación de sus latidos y por el relieve del pulso registrado gráficamente.

**Bermellón:** Cinabrio o sulfuro de mercurio, de color rojo.

**Bruxismo o bricomanía:** Rechinar los dientes. Es el apretamiento y rechinar involuntario y sin función de los dientes asociado a fuertes movimientos mandibulares; por lo general causados por ansiedad, stress emocional o fatiga, y asociado frecuentemente a irregularidades oclusales.

**Cleptomanía:** Manía de robar o de atribuirse el robo de otras personas. La padecen individuos con mente enferma que son conscientes de sus acciones, aunque algunas veces actúan de forma irresponsable.

**Colesterol:** Sustancia blanca, cristalina, constituyente de las grasas animales, bilis, cálculos, tejido nervioso, sangre, etc. Tiene gran importancia en el metabolismo.

**Catártico:** Purgante, especialmente el de acción intermedia a los laxantes y a los diuréticos.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**Constipación:** Sinónimo de estreñimiento, es el retardo en la evacuación de las heces del intestino que no se verifica con el ritmo normal de una o dos veces al día.

**Dextrina:** O dextrán, polisacárido de elevado peso molecular que da hidextrán por hidrólisis.

**Diabetes:** Alteración o trastorno del metabolismo orgánico que sufren los alimentos ingeridos para asegurar la energía calórica necesaria para el mantenimiento de la temperatura corporal y formación de la materia. Hay dos tipos de diabetes; la insulino dependiente y la no insulino dependiente.

**Diafragma:** Tabique musculomembranoso que separa el abdomen del tórax, constituido por un músculo impar aplanado casi circular, carnoso en la periferia y aponeurótico en el centro.

**Disfagia:** Dificultad para comer. Sensación de detención del bolo alimenticio en un punto esofágico que conduce al estómago por consiguiente la dificultad o imposibilidad de ingerir.

**Distensión.** Estiramiento violento de los tejidos y partes ligamentosas de una articulación.

**Diurético:** Fármaco o sustancia capaz de aumentar la secreción de orina por parte de los riñones.

**Edema:** Engrosamiento de los tejidos por la impregnación anormal de tejido seroso.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**Emesis.** Término científico de derivación griega que quiere decir vómito. Sus términos compuestos son hematemésis (vómito sanguíneo) o hiperemesis (vómito prolongado, frecuente, incoercible).

**Emético:** Cualquier sustancia que provoque el vómito; que actúe como vomitivo.

**Endodoncia:** parte de la Odontología que trata de las enfermedades de la pulpa dental y de la manera de conservarla, destruirla o esterilizarla.

**Enzima:** Compuesto químico orgánico complejo de constitución desconocida, capaces de producir transformaciones químicas en otros cuerpos.

**Epitelio:** Llamado también tejido epitelial. Es un tejido que puede cumplir funciones de revestimiento y de secreción.

**Equimosis:** Rotura de uno o más vasos sanguíneos, que constituye la base del equimosis, puede provocarse por un factor traumático externo o por condiciones patológicas de excesiva fragilidad de los vasos sanguíneos.

**Escorbuto:** Afección de curso lento, semejante a la púrpura, debida a la falta o insuficiencia de vitamina C y malas condiciones higiénicas. Se caracteriza por depresión nerviosa, tinte amarillento de piel, tumefacciones en encía, petequias, dolores articulares, hemorragias múltiples, anemia, afecta a los marineros en forma epidémica.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

**Esmalte:** sustancia blanca, dura, compacta que cubre la corona de los dientes, formada por una serie de columnas prismáticas y desarrollada del órgano embrionario del esmalte.

**Esquizofrénico:** Persona que padece enfermedad mental; que consiste en un proceso de disociación de diversas facultades mentales, en virtud de la cual la personalidad psíquica del enfermo no forma un todo único y coordinado, sino que se disgrega en sus diversos sectores constituidos. Se manifiesta con disociación intelectual, alucinaciones auditivas, visuales y olfativas; pseudoalucinaciones; accesos de delirios de contenidos absurdos, disociados y mudables. El paciente se hace apático, luego pasa a la excitación, depresión, gozo, etc.

**Eritema:** Enrojecimiento de la piel circunscrito o generalizado, uniforme o en manchas debido al aumento del contenido de sangre arterial en el interior de los vasos sanguíneos.

**Escara:** Es una costra constituida por tejido desvitalizado (necrosado) y desecado que se forma en unas zonas más o menos extensas del revestimiento cutáneo externo o mucoso interno, lesionado por quemaduras, causticaciones de ácidos o álcalis fuertes o bien procesos gangrenosos de naturaleza variada.

**Esfínter:** Músculo en forma de anillo que cierra un orificio natural.

**Estomatología:** Rama de la medicina que estudia la boca y sus enfermedades.

**Evaginación:** Protusión de una parte a través de una vaina.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

**Exacerbación:** Aumento o exageración de la gravedad de un síntoma, dolor, fiebre o de una enfermedad.

**Exocrina:** Secreción externa de una glándula.

**Exudado:** Materia más o menos fluída salida de los vasos pequeños, de los capilares por exudación en los procesos inflamatorios y que se deposita en los intersticios de los tejidos o en la cavidad serosa.

**Fagocitosis:** Fenómeno en el cuál los fagocitos, engloban y destruyen a las partículas sólidas, organizadas o inertes.

**Glottis:** Zona intermedia del conducto laríngeo comprendida entre las cuerdas vocales falsas por arriba y las cuerdas vocales verdaderas por abajo.

**Glucágon:** Factor pancreático, opuesto a la insulina ya que es un hiperglucemiante, producido por las células de los islotes de Langerhans.

**Hipertrofia:** Desarrollo excesivo de un tejido de un órgano o de una zona completa del cuerpo. Se debe al aumento volumétrico de las células.

**Hipocalcemia:** Disminución de la tasa normal de calcio en sangre, a consecuencia del déficit secretor de las glándulas paratiroides.

**Hipocaliemia o hipocalemia:** Es el desequilibrio electrolítico de potasio o hidrógeno, causado por vómito y diarrea. ([www.terra.com.m](http://www.terra.com.m)).



## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

**Hipocloremia:** Deficiencia de cloruros en la sangre.

**Hipoglucemia:** Disminución de glucemia, es decir de la tasa normal de azúcar en sangre humana.

**Hiponatremia:** Deficiencia de sales de sodio en la sangre.

**Hipoparatiroidismo:** Estado patológico en donde la producción hormonal insuficiente de las glándulas paratiroideas, situadas en el cuello al lado de la glándula tiroides. Esta enfermedad puede producir hipocalcemia y Tetania.

**Hipotensión:** Disminución de la presión arterial por debajo de los valores normales. Puede ser transitoria o permanente; secundaria a diversas causas fisiológicas (sueño, baños calientes) o patológicas (hemorragias, shock traumático, emocional o preocupaciones, etc.).

**Hipotónica:** Soluciones salinas generalmente de cloruro sódico, cuya concentración osmótica es inferior (hipo) es inferior a la del plasma sanguíneo.

**Insulina:** Hormona pancreática, extracto acuoso, incoloro de las islas de Langerhans, cuya función es hipoglucemiante.

**Intrapsíquico:** Que se opera dentro del campo mental o psíquico.

**Ipecacuana:** Emético empleado como vomitivo.

## **PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS**

**Laceración:** Forma especial de una herida cuyos bordes o labios están desflecados, anfructuosos, despegados, de forma que hace difícil la sutura y por lo tanto la cicatrización de la herida.

**Laxante:** Sustancia o fármaco que estimula la evacuación intestinal mediante la emisión de heces de consistencia normal o ligeramente más fluída (no diarreica).

**Lecitina:** Sustancia orgánica nitrogenada y fosforada contenida en la yema de huevo, en nuestra sangre, en los músculos, nervios, cerebro, hígado. Activa a la formación de la sangre, estimula el recambio y tonifica las células nerviosas.

**Leucocito:** Son los glóbulos blancos de la sangre.

**Lipasa:** Enzima contenida en los jugos gástricos, pancreáticos y entéricos que favorece la digestión de las grasas en los alimentos.

**Lisozima:** Proteína con función enzimática capaz de atacar y lisar el cuerpo de diversos gérmenes, ya que su acción es antimicrobiana.

**Maceración:** Procedimiento farmacéutico que consiste en someter una sustancia orgánica a la acción de un líquido, para obtener la disolución de los principios solubles. Ablandamiento y descomposición de tejidos u órganos en agua o bien en otro líquido.

**Malaria:** Enfermedad infecciosa de curso crónico extendida por todo el mundo a excepción de países fríos, donde no puede vivir el mosquito transmisor. Provocada por el microorganismo protozoario, llamado

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

plasmodium de la malaria, el cuál es transmitido por el mosquito anópheles que al picar al hombre sano le inocula el germen productor de la malaria.

**Maltosa:** Llamada también azúcar de malta, es un disacárido.

**Melena:** Emisión de sangre mezclada con heces, consecuencia de cualquier zona del tubo digestivo.

**Náusea:** Sensación penosa y desagradable que precede al vómito.

**Pancreatitis:** Inflamación del páncreas que puede cursar en forma aguda o crónica.

**Parénquima:** Elemento esencial específico o funcional de un órgano, generalmente granuloso, en distinción de la estroma o tejido intersticial.

**Parorexia:** Es un apetito cualitativamente alterado, o sea una perversión del deseo de comer. Se observa en individuos histéricos y con enfermedades mentales.

**Patognomónico:** Dícese del signo o síntoma que caracteriza una enfermedad y que basta por sí solo para sentar el diagnóstico.

**Periodontitis:** Es la inflamación del periodonto y del periostio alveolar que rodea la raíz del diente y puede ser infecciosa o traumática.

**Periodonto:** Conjunto de tejidos que recubren y sirven de soporte a los dientes, estos tejidos se encuentran en íntima relación anatómica y

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

fisiológica; además está constituida por encía, ligamento periodontal, cemento y hueso.

**Peristálsis:** Movimiento vermicular de contracción del tubo digestivo en forma de onda que progresa hacia el ano y por el cuál impele el contenido intestinal.

**Petequias:** Pequeñas erupciones cutáneas no mayores del tamaño de una lenteja, provocadas por hemorragias consecutivas a minúsculas extravasaciones sanguíneas superficiales.

**Píloro:** Abertura duodenal del estómago, es una abertura del estómago que precede al duodeno.

**PH:** Símbolo que indica la concentración de iones ácidos (H<sup>+</sup>) libres en una solución lo cuál nos determina su acidez, alcalinidad o neutralidad.

**Placa dentobacteriana (PDB):** Es la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes u otras superficies bucales; aunque al principio es un agregado de células bacterianas, también se encuentran algunas células epiteliales e inflamatorias; presenta una estructura microscópica definida, con las células bacterianas ordenadas en grupos o columnas de microcolonias; los espacios entre células y microcolonias están comunicados por sustancias intercelulares.

**PMN:** Son los leucocitos polimorfo nucleares, llamados también neutrófilos.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**Prevalencia:** Número de casos de una enfermedad que se presentan en una población en un tiempo determinado.

**Promiscuidad:** Mezcla, confusión.

**Purgante:** Estimulante para la evacuación intestinal, cuya acción es diarreica, ya que su acción sobre los movimientos peristálticos de la pared intestinal es más drástica y violenta.

**Quimiotaxis:** Tendencia de las células a moverse en dirección determinada por la influencia de estímulos químicos, calcificada de positiva o negativa; según la substancia que ejerce dicha influencia atraiga o rechace las células.

**Quimiorreceptor:** Quimioceptor.

**Recesión gingival:** Separación gradual de las encías del cuello de los dientes.

**Riboflavina:** Es el factor vitamínico B2, se denomina vitamina del crecimiento corporal y antidermática, su ausencia detiene el desarrollo en peso y estatura, afecta la piel y al pelo.

**Sistema Nervioso Central(SNC):** Representa el último término en la evolución de la materia viva. Es el instrumento necesario de la inteligencia y de la capacidad de adaptación; regula todas las actividades del organismo recibiendo las impresiones percibidas en los órganos y transmitiendo a éstos los impulsos que determinarán sus reacciones.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**Sacarosa:** Disacárido formado por una molécula de glucosa y otra de fructuosa.

**Síndrome de Sjögren:** Es la expresión de un proceso autoinmunitario cuyo resultado principal es artritis reumatoide, sequedad de los ojos (queratoconjuntivitis seca) y boca (xerostomía) debido a la sustitución linfocítica de las glándulas lagrimal y salival.

**Sialoadenosis:** Inflamación de las glándulas salivares de la cavidad bucal. Ya sea de forma aguda o crónica, con más o menos notable la secreción salival.

**Síndrome de Kleine-levine:** Es un trastorno del sueño que se acompaña de hipersomnio y sobrealimentación. ([www.terra.com.mx](http://www.terra.com.mx)).

Trastorno en el que los pacientes típicamente adolescentes tienen ataques episódicos de somnolencia, con frecuencia duermen hasta 20 horas al día. Cuando despiertan parecen embotados y a menudo confundidos ingieren grandes cantidades de alimento. Los ataques pueden durar hasta 2 semanas y recurrir varias veces al año. (Wyngaarden y cols. 1998.).

**Termógeno:** Que produce calor.

**Urea:** Cuerpo cristalino, incoloro, neutro que existe en la orina y en pequeñas cantidades en la sangre, quilo, linfa, etc. Es el principal constituyente nitrogenado de la orina se emplea como disolvente del ácido úrico y el producto final de la desasimilación de los albuminoides alimenticios y orgánicos.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

**Vértigo:** Alteración del sentido del equilibrio, caracterizada por una sensación de inestabilidad y de movimiento aparente rotatorio del cuerpo o de los objetos presentes.

**Vestíbulo:** Atrio, espacio o cavidad que sirve de entrada a otra cavidad. (Regezi. 1999), (Correa. 1996.), (Segatore. 1980), (Diccionario. 1988), (Zepeda, 1979), (Gutiérrez. 1993.), (Genco y cols. 1990.)

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

### BIBLIOGRAFÍA.

1. Balong C, Kelly L, Noss E. Nutrition and diet principles and practice therapy: West/wadsworth (5<sup>th</sup> edition). USA, p.p. 116-122. 1999.
2. Berne R M y Levine M N. Fisiología: Ed. Mosby. España, 689 pags. 1995.
3. Bidwell H L, Sharp J G. Bulimia-induced dental erosion in a male patient. *Quintaessence international*. 1997, 30(6): 135-138.
4. Bouquot J E, Seime R J. Bulimia nerviosa: dental perspectives. *J. Am Dent Assoc* 1997, 9 (5): 655-663.
5. Correa E. Diccionario de ciencias médico odontológicas: Ed. IPSO editores (4<sup>a</sup> edición). México, 294 pags, 1995.
6. Díaz M y Espinos D. Tratado de medicina interna:Ed. Panamericana. España, p.p.2245-2248, 1994.
7. Dreizen S, Stone R, Spies T. Oral manifestations of nutritional disorders.
8. Feinholz D. Adolescencia para comprender los trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de nutrición* 1997, 20(5): 5-9.
9. Feinholz D. Anorexia y bulimia. Aspectos psicológicos. *Cuadernos de nutrición* 1997, 20(5): 10-19.
10. Feldman E B, Principios de nutrición clínica: Ed. manual moderno. México, p.p. 444-445.
11. Gay-Zárate O, Ramírez G. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. *Revista de la Asociación Dental Mexicana* 2000, 42(1): 23-32.
12. Genco R J, Cohen D W. Periodoncia: Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 770 pags, 1993.
13. Gutiérrez G. Anatomía, fisiología e higiene: Ed. Karpelusz Mexicana. México, 325 pags, 1993.



## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

14. Harrison. Principios de medicina interna: Ed. Mc Graw Hill Interamericana(14ª edición). España p.p. 525-528, 1998.
15. Hastings J H. Conservative restoration of function and aesthetics in a bulimic patient: a case report. J Am Dent Assoc 1997, 8(8): 729-736.
16. Kathleen L, Scott S. Food, nutrition, diet therapy: N B Saunders Company (9<sup>th</sup> edition)USA, p.p. 227-253.
17. Kleier D J, Aragon S B, Averbach R E. Dental management of the chronic vomiting patient. J Am Dent Assoc 1984, 108 (4): 618-621.
18. Milosevic A, Dawson L J. Salivary factors in vomiting bulimics, Br Dent J 1989, 167: 66-70.
19. Milosevic A, Jones C. Use of resin-bonded ceramic crowns in a bulimic patient with severe tooth erosion. Quintessence Int 1996, 27: 123-127.
20. Milosevic A, Slade P D. The orodental status of anorexics and bulimics, Br Dent J 1989, 167: 66-70.
21. Palma M. Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición 1997, 20(5): 21-28.
22. Plazas M. Prevenir la anorexia y bulimia. Cuadernos de nutrición 1997, 20 (5): 37-40.
23. Regezi J A, Sciubba J J. Patología bucal: Ed Mc Graw Hill Interamericana. México, 534 pags, 1999.
24. Robb D N, Smith BGN, Geidrys, Leeper E. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. Br Dent J 1995, 178: 171-175.
25. Schöning H, Emshoff R, Kreczi A. Necrotizing sialometaplasia in two patients with bulimia and chronic vomiting. Int J Oral Maxillofac Surg 1998, 27: 463-465.
26. Segatore L. Diccionario Médico Teide: Ed. Teide. México, 1281 pags, 1980.

## PADECIMIENTOS BUCALES EN PACIENTES BULÍMICOS

27. Taylor V E, Sneddon J. Bilateral facial swelling in bulimia. Br Dent J 1987, 163: 115-117.
28. Tylenda C A, Roberts M W, Elin R J, Altemus M. Bulimia nervosa, its effect on salivary chemistry. J Am Dent Assoc 1991, 122: 37-41.
29. Velayos J L. Anatomía de la cabeza: Ed. Médica Panamericana (2ª edición). España, 426 pags, 1998.
30. Wolcott R B, Yager J, Gordon G. Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): report of cases. J Am Dent Assoc 1984, 109 (1): 723-725.
31. Wyngaarden J B, Smith L H, Pennett J C. Tratado de Medicina Interna Cecil. Ed. Mac. Graw Hill Interamericana (19ª edición). México, 1998. Pp. 2425.
32. [www.yahoo.com.mx](http://www.yahoo.com.mx).
33. [www.terra.com.mx](http://www.terra.com.mx).