



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANIFESTACIONES BUCALES
DE LA CAQUEXIA EN ADOLESCENTES.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

NOHEMI TALIA RANGEL ROSAS

TUTORA: C.D. MARÍA DE LOURDES ROMERO GRANDE

ASESORA: C.D. VICTORIA HERRERA VEGA

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS

A mis padres por todo el apoyo incondicional que me dieron durante todos los años de la carrera, porque siempre estuvieron conmigo en los momentos buenos y malos dándome ánimos para no darme por vencida, les agradezco todo lo que han hecho por mí los quiero mucho.

Así como también a mis familiares que me apoyaron en especial a mi abuelita, ya que ella se preocupó todo este tiempo por ayudarme en todos los aspectos. A mi otra abuelita que aunque ya no está con nosotros siempre me apoyo y me enseñó que siempre hay que luchar por lo que queremos.

A los doctores con los que trabaje, me ayudaron mucho, tanto en cuestión de la carrera así como en todos los sentidos. Quiero agradecerle a la Esp. Lourdes Romero Grande por haber aceptado ser mi tutora, y a la C.D Victoria Herrera Vega gracias a las dos por tomarse su tiempo para orientarme y ayudarme con la tesina.

Doy gracias a dios por haberme permitido terminar este ciclo de mi vida que es muy importante para mí. Doy gracias por haber conocido a personas importantes como lo son mis amigas.

Qué más puedo decir, simplemente gracias!!!! a todos los que me apoyaron en todo momento, tanto familiares como amigos los quiero mucho.



INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
1. ANTECEDENTES.....	7
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
1.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	8
1.3 FACTORES DE RIESGO	10
2. ANOREXIA.....	14
2.1 DEFINICIÓN	14
2.2 CLASIFICACIÓN	14
2.3 PREVALENCIA	15
2.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	16
2.5 COMPLICACIONES MÉDICAS	19
2.6 DIAGNÓSTICO	21
2.7 TRATAMIENTO	23
3. CAQUEXIA.....	26
3.1 DEFINICIÓN	26
3.2 CLASIFICACIÓN	26
3.3 FACTORES DE RIESGO	27
3.4 EPIDEMIOLOGÍA.....	29
3.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	31



3.6 DIAGNÓSTICO	33
3.7 TRATAMIENTO	34
4. MANIFESTACIONES BUCALES DE ANOREXIA Y CAQUEXIA.....	36
4.1 EROSIÓN DENTAL.....	36
4.2 CARIES DENTAL	37
4.3 XEROSTOMÍA.....	37
4.4 SIALOADENITIS	38
4.5 MUCOSA BUCAL.....	38
4.6 PROBLEMAS PERIODONTALES	39
4.7 HIPOVITAMINOSIS	39
4.8 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	42
CONCLUSIONES.....	45
GLOSARIO.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49



INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se han producido cambios importantes en el estilo de vida de la población, lo que ha traído como consecuencia alteraciones en la alimentación de niños y adolescentes.

En la adolescencia, se produce un aumento de las necesidades nutricionales debido al crecimiento y desarrollo; en esta etapa, se pueden adoptar hábitos alimentarios especiales.

Según estudios realizados, los niños y adolescentes presentan un desequilibrio nutricional, con aumento en el aporte de lípidos y proteínas. Así como, se han reportado bajas ingestas de vitaminas y minerales.

Durante la infancia y adolescencia, es esencial un adecuado aporte nutricional y esto se puede lograr mediante una dieta variada y equilibrada.

Los profesionales de la salud, en colaboración con la familia, la escuela y los medios de comunicación, pueden ayudar, a fomentar hábitos nutricionales adecuados para prevenir problemas actuales y futuros.

La adolescencia es un período de cambios físicos, psicológicos y sociales, que empieza con la aparición de los caracteres sexuales, y termina alrededor de los veinte años, cuando cesan el crecimiento somático y la maduración psicosocial. Esta etapa es de gran riesgo nutricional; ya que, se producen importantes cambios alimentarios y, pueden aparecer muchas situaciones de riesgo. ¹

¹ Hidalgo, Vicario M.I. Güemes, Hidalgo M. Pediatría Integral, Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Vol. 6. Núm.4. Mayo 2007. Pp.347, 348.



OBJETIVOS

- Conocer las consecuencias de los trastornos de la alimentación así como las repercusiones buco-dentales de los pacientes con caquexia.

- Describir las características clínicas dentales, para poder realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Identificar la fase en que se encuentra la caquexia para poder determinar el tratamiento dental conveniente.



1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Este trastorno se publicó por primera vez hace 300 años por Morton, quien describió a una paciente de 18 años como “esqueleto sólo forrado con piel” con amenorrea. En 1874, Gull por primera vez utilizó el término anorexia nerviosa, al publicar “Enfermedad mórbida nerviosa” acompañada de pérdida del apetito y emaciación grave. Ahora se sabe que estos pacientes no son realmente anoréticos, si no que se preocupan por la alimentación y luchan contra el hambre para lograr su deseo de delgadez.²

Autores como: Sollier (1891), Bouveret (1893), Girou (1905), Janet (1908) y Schottky (1932), describen el vómito autoinducido. Nogués en 1913 reportó por primera vez el abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso.

El reporte más temprano y detallado de esta enfermedad fue el de Ludwig Binswagner.

Ya que la anorexia y bulimia se entrelazan, no fue hasta 1980 y 1987 que se separaron con la edición y revisión del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” de la American Psychiatric Association.³

² Wyngaarden, J.B, Lloyd H.S.,Bennett J.C. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 19ed. Editorial: Interamericana McGraw-Hill. Volumen I .Pp. 1348

³Ochoa García L. Dufoo Olvera S. De León Torres C.S. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana. Vol.12. Num.1. Marzo 2009. Pp. 47.

1.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El término trastorno alimentario se refiere a los trastornos psicológicos que comparten anormalidades en la ingesta de alimentos.⁴

Resultado de una combinación de influencias biológicas, psicológicas y sociales.

Son desviaciones de la conducta alimentaria, donde las presiones y expectativas sociales juegan un papel importante en el desarrollo de los TCA.⁵

Estos trastornos hacen referencia a un conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias que se asocian a una preocupación por el peso y la imagen corporal. Es una enfermedad psiquiátrica de origen multifactorial, en donde hay una repercusión orgánica.

Los primeros estudios de prevalencia de los TCA, se realizaron a finales de los años ochenta, en Norte América. El total de prevalencia de los TCA es aproximadamente del 4.7%, en los últimos 10 años se ha multiplicado por tres la tasa de prevalencia.

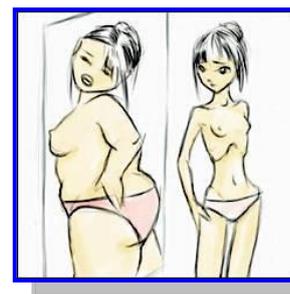


Fig.1 http://4.bp.blogspot.com/_1ivZT53uRUw/S-p4EEuH1FI/AAAAAAAAA4/kScs8mwHkWk/s200/anorexia.jpg

⁴Nachón García Ma. G. Hernández Parra T.G. Félix López G. A, et al. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Vol. 3. 2, Julio. Diciembre 2003. Pp.17-27.

⁵ Martínez y Martínez R. Salud y Enfermedad del Niño y el Adolescente. 6ed. Editorial: Manual Moderno 2009. Pp. 625 a 628



SÍNTOMAS

- Imagen corporal distorsionada
- Comidas descontroladas
- Vómitos
- Actividad Física excesiva
- Preocupación por subir de peso
- Preocupación por el menú y las calorías

Una vez que se expresan los síntomas puede haber prolapso de la válvula mitral, vaciamiento gástrico lento etc. En los exámenes de laboratorio se puede observar: disminución de glucosa en ayuno, colesterol elevado, hipercarotinemias, anormalidades en electrolitos séricos (hipomagnesemia), hipofosfatemia, acidosis o alcalosis metabólica.

Los TCA se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia. David Garner, plantea que participan diversos factores como: factores predisponentes, factores precipitantes, y factores perpetuantes.⁶

Se clasifican según con el cumplimiento de criterios de diagnóstico, en relación con las conductas que presente el individuo y las consecuencias que presenten a nivel físico, emocional, y social.

⁶ Gil, A. Nutrición Clínica, Tratado de Nutrición. 2ed. Editorial: Panamericana. Tomo: IV. Pp.447, 448.

Entre los TCA se encuentran: la Anorexia Nerviosa ya sea restrictiva o purgativa, y la Bulimia Nerviosa (purgativa, no purgativa).

La mayoría de los pacientes con TCA, padecen otros desordenes como: ansiedad, desordenes dismórficos corporales, dependencias químicas, o desordenes de personalidad.⁷



Fig. 2 <http://www.dieta-saludable.com/wp-content/uploads/2012/06/Trastornos-alimentación-en-mayores.jpg>

1.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo incluyen: género femenino, problemas alimentarios y gastrointestinales en la niñez, incremento en la preocupación por el peso, la figura corporal, abuso sexual, por lo general psiquiátrica.⁸

⁷ Martínez y Martínez R. Op. Cit. Pp. 628

⁸ Martínez y Martínez R. Op. Cit. Pp. 627

FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y CULTURALES

Sexo: Predisposición por las mujeres.

Edad: En la adolescencia. Debido al desarrollo de la propia identidad, los conflictos emocionales, inmadurez, desorientación, lo hace un factor predisponente.

Presión social y cultural por la delgadez: El deseo de estar delgado y el rechazo al sobrepeso, pueden desencadenar una preocupación por la imagen corporal, adoptando conductas inadecuadas para el control de peso. Presiones sociales de compañeros, en particular durante la adolescencia.

Características personales: Individuos con baja autoestima, depresión, inseguridad, obsesivos, ansiedad. Estas personas pueden ser autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en los estudios.

Características familiares: Frecuente en familias con conflictos, violencia, separación, alcoholismo, sobreprotección, papás estrictos. Una vez establecida la enfermedad altera la convivencia familiar.

Insatisfacción con la imagen: Son diversos los factores de Riesgo, también están implicados factores genéticos, neurotransmisores y posiblemente hormonales.

Fig. 3
http://www.seradolescente.net/wp-content/uploads/2011/11/30-DE-NOVIEMBRE_CONSEJOS-DEPRESION-300x200.jpg



FACTORES BIOLÓGICOS

Genéticos: Frecuente entre hermanas. Comparten marcadores biológicos con otras enfermedades psiquiátricas como: depresivos, trastornos de personalidad, neurosis obsesiva, déficit en el control de impulsos, abuso de alcohol y otras sustancias.

Neurotransmisores: neuropéptidos como: Hormona liberadora de corticotropina neuropéptido Y- estimulante del apetito, péptido YY, vasopresina, oxitocina, colecistoquinina, leptina, monoaminas como: serotonina (saciedad), dopamina, noradrenalina. Todas estas implicadas en el control de la ingesta de alimentos, impulsos y el ánimo. Lo que hace que puedan participar en el desarrollo de los trastornos alimenticios.

Como otro factor de Riesgo podemos mencionar a los deportistas, ya que dependiendo de la disciplina, los reglamentos deportivos, la frecuencia, la carga del entrenamiento, y la restricción alimentaria. Contribuyen al desarrollo de los Trastornos Alimenticios o a exacerbar el problema cuando este ya existe.

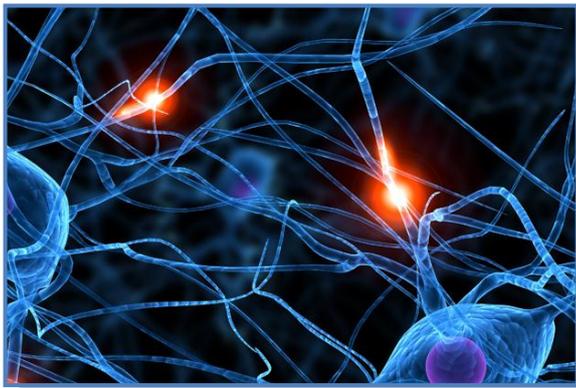


Fig.4
<http://www.bienesta.com/blog/wp-content/uploads/2011/06/neurotransmisores-300x199.jpg>

Hoy en día el estilo de vida tiene que ver con la alimentación ya que va a depender de la conducta alimentaria. Actualmente hay gran variedad de alimentos y la elección de estos se hace de acuerdo a los gustos, actitudes etc, y no se toma en cuenta las necesidades nutricionales o de salud.

El hecho de que una persona realice una dieta para adelgazar no significa que va a desarrollar un trastorno alimenticio, si se añade algunos de los síntomas ya mencionados es posible que desarrolle la enfermedad.

Alrededor del 90% de los pacientes con TCA mencionan el inicio de una dieta, a edades tempranas sin el control adecuado, como el factor desencadenante de los primeros síntomas de la enfermedad.⁹

Si este trastorno no es tratado a tiempo, se puede llegar al síndrome de caquexia donde puede estar en peligro la vida del paciente.

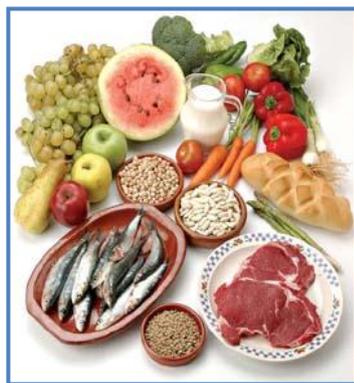


Fig. 5
<http://cuerposano2012.files.wordpress.com/2012/04/alimen>



Fig.6
<http://us.123rf.com/400wm/400/400/dimensions/dimensions0801/dimensions080100070/2461506-ilustraciones-de-diferentes-alimentos-icnos-postre-que-puede-ser-utilizado-como-un-simbolo-topo-bot.jpg>

⁹ Gil A. Op. Cit. Pp. 447, 448

2. ANOREXIA

2.1 DEFINICIÓN

Es un trastorno, caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.¹⁰ La Anorexia Nerviosa suele ir acompañada por la preocupación a subir de peso y a la búsqueda de la delgadez.¹¹

Esta enfermedad es propia de una distorsión corporal en la cual la persona se percibe obesa o de mayor peso de lo que en realidad tiene.¹²

El trastorno es crónico, autoprovocado y autoimpuesto.

2.2 CLASIFICACIÓN

Tipo Restrictivo: El individuo no recurre a atracones o purgas. Únicamente restricción de alimentos



Fig.7
http://2.bp.blogspot.com/_dRKWnpdjA1g/TOXXPnh-GZI/AAAAAAAAAQ/m1x0mxxDC5k/s1600/anorexia21.jpg

¹⁰ Ochoa García L. Art. Cit. Pp. 46-54

¹¹ Kliegman, Behrman, J. S. Tratado de Pediatría. 18 ed. Editorial: Elsevier España S.L 2009. Volumen. 1. Pp.127

¹² Nachón García Ma. Art. Cit. Pp.17-27

Tipo Compulsivo/Purgativo: El individuo recurre a atracones o purgas, puede provocarse el vomito, uso excesivo de laxantes o diuréticos.¹³



Fig.8
http://www.respyn.uanl.mx/iii/3/ensayos/imagenes/anorexia_22.jpg

2.3 PREVALENCIA

Es más frecuente en mujeres que en varones aproximadamente 10:1.

En E.U 1 de cada 100 mujeres de 16-18 años padece Anorexia Nerviosa, esta enfermedad presenta un pico a los 14.5 años, el otro a los 18 años y el 25% pueden ser menores de 13 años.¹⁴

Se relaciona con una clase media alta y ocurre hasta en una de 250 estudiantes adolescentes en escuelas primarias con una prevalencia del 1%.¹⁵

No respeta clase social, edad, sexo, ni raza. Puede comenzar en la niñez y exacerbarse en la adolescencia. Hay mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa entre familiares, aproximadamente un tercio de las personas que padecen esta enfermedad pueden desarrollar bulimia nerviosa.¹⁶

¹³ Ochoa García L. Art. Cit. Pp.48

¹⁴ Kliegman, Behrman, J. S. Op. Cit. Pp. 127

¹⁵ Wyngaarden, J.B. Op. Cit.Pp.1348

¹⁶ Lenoir, M. Silber T.J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Vol.104. N.3 Mayo/Junio 2006.

En México se reportaron más de un millón de casos de anorexia nerviosa en los últimos diez años y va en aumento. De acuerdo con la Secretaría de Salud, el 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio, las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una cura total.¹⁷

Existen diversos estudios que hablan de la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa. Espido en el 2004 señala que después de la década de los 60 han aumentado los casos de anorexia y bulimia nerviosa. Lang en el 2001, señala que 20% de las personas que padecen anorexia en todo el mundo mueren a causa de la misma, y que una de cada tres mujeres está a dieta de manera permanente.¹⁸

2.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El primer signo clínico es la pérdida de peso. Existe un control en la ingesta de alimentos, la sensación de hambre se niega.

Aproximadamente el 25 % de estos pacientes intercalan períodos de ingesta mínima con períodos de ingesta compulsiva, seguidos de vómitos provocados así como el uso de laxantes o diuréticos. Desarrollan una imagen distorsionada de sí mismos, se sienten orgullosos de su pérdida de peso y niegan la enfermedad.

Fig.9
<http://us.123rf.com/400wm/400/400/suravid/suravid1209/suravid120900076/15425495-mujer-bonita-que-muestra-su-perdida-de-peso-usando-un-jeans-viejos-aislados-en-fondo-blanco.jpg>



¹⁷ Guadarrama R. Mendoza Mojica S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol.16. Núm. 1. Enero-Junio, 2011. Pp. 1-13.

¹⁸ Guadarrama Guadarrama R. Art. Cit. Pp. 1-13

La amenorrea aparece después de la pérdida de peso. Como la pérdida de peso continua se empieza un estado de semi-iniciación crónica, donde se pueden observar características de la desnutrición proteico-energética. Hay pérdida de grasa y de músculo cuando se llega a un estado de caquexia, una disminución en el índice metabólico basal y de la presión sanguínea, así como alteración en los niveles hormonales.¹⁹

También se puede observar estreñimiento, letargia, fatiga extrema, insomnio, baja libido, retracción de situaciones sociales, miedo a comer en público, hacen alimentos laborioso para los demás pero ellos no los consumen, extraños rituales alimentarios, mastican los alimentos y los escupen.



Fig. 10 <http://www.chicanol.com/wp-content/uploads/2012/10/comer-en-compañia-te-ayuda-a-masticar-la-comida-más.jpg>

Generalmente presentan un peso por debajo del 85% del peso ideal, lanugo, cianosis de manos y pies, piel seca, bradicardia, hipotensión (menor a 90 mm/Hg), anomalías en el electrocardiograma (ECG), hipotermia, prolapso de la válvula mitral, vaciamiento gástrico lento.

¹⁹ A. Beal V. Nutrición en el ciclo de la vida. 1ra ed. 1983, Editorial: Limusa, 1992. Pp. 377



En los exámenes de laboratorio se observa: disminución de glucosa en ayuno, colesterol elevado, hipercarotinemia, anormalidades en electrolitos como hipomagnesemia, hipofosfatemia, acidosis o alcalosis metabólica, leucopenia y linfocitosis.²⁰

Características psicológicas y conductuales: Buscan la delgadez, luchan contra el hambre para lograr la pérdida de peso, se preocupan por los alimentos que consumen adoptando así conductas alimentarias caprichosas. Pierden peso a través de la dieta y ejercicio, aunque la mayoría recurre al vómito y laxantes. Son depresivos, obsesivos, perfeccionistas y baja autoestima.

Alteraciones Perceptuales: Insisten en que están muy gordos a pesar de la pérdida notable de peso. Niegan la fatiga, no reconocen sus estados de enojo, y depresión.

Sensación de inutilidad: Parecen incapaces de actuar separados de familia u otras relaciones.

Déficit Cognoscitivo: Pueden presentar déficit en el pensamiento conceptual y en el razonamiento abstracto.²¹

En pacientes que se autoinducen el vómito, puede aparecer un signo denominado de Rusell, que es una formación cálcica en el dorso de la mano y dedos, debido a la colocación de la mano en boca para inducir el vómito.

²⁰ Martínez y Martínez R.Op.Cit.Pp.627, 628

²¹ Wyngaarden, J.B.Op.Cit.Pp.1349



2.5 COMPLICACIONES MÉDICAS

La anorexia nerviosa puede afectar a todo el organismo en ocasiones con gravedad.

Gastrointestinales: vaciamiento gástrico lento, contribuye a la sensación de saciedad precoz, estreñimiento hasta llegar a la diarrea por el uso de laxantes, disfunción colónica, perforación gástrica o esofágica, hematemesis.

Hepáticas: Hígado graso, esto puede ser como consecuencia de la desnutrición.

Hematológicas: Anemia, leucopenia, trombocitopenia. Estas alteraciones son reversibles con la renutrición.

Endocrinológicas y metabólicas: Amenorrea, esto se puede revertir con la administración de hormona liberadora de gonadotropinas, va a depender de la gravedad de la pérdida de peso si se induce o no a la ovulación, ya que en ocasiones se recupera el peso perdido y no es posible inducir la ovulación. Disminución de la hormona liberadora de luteína. En el caso de los varones disminuyen los niveles de testosterona.

En función tiroidea, se ha observado T3 baja, aquí puede suceder lo mismo que en la amenorrea aun cuando se recupera el peso puede persistir baja. Niveles de hormona del crecimiento elevados, insulina tipo 1 (IGF-1) disminuida así como también la proteína transportadora (IGFBP 3), estos niveles se pueden revertir a los parámetros normales con la realimentación. Gasto energético basal disminuido.



También se puede ver una alteración de la regulación de la temperatura corporal y del metabolismo hidrocarbonado.

Cardíacas: Alteraciones del ritmo, bradicardia, arritmias, hipotensión, prolapso de la válvula mitral, adelgazamiento de las paredes ventriculares, disminución de las cavidades cardíacas. Cuando la enfermedad ya es crónica de más de 10 años puede haber: hipopotasemia e hipoalbuminemia. Hay riesgo de muerte.

Alteraciones en el metabolismo óseo: osteopenia, osteoporosis, en los casos en que la enfermedad inicia antes de finalizar la pubertad no se alcanza el pico de masa esquelética, disminución de calcio, disminución de la densidad ósea.

Bioquímicas: Los vómitos producen pérdida de volúmenes de fluidos, por lo que se puede observar deshidratación, hiponatremia, hipopotasemia, en casos donde el uso de laxantes es excesivo hay alteración en los niveles de fósforo (hipofosfatemia) en estos casos hay riesgo para la vida.

Dermatológicas: Piel escamosa, carotenodermia, cuando ya hay una desnutrición se puede observar púrpura, equimosis, trombopenia, lanugo, uñas quebradizas y caída de cabello.

Neurológicas: Enlentecimiento generalizado, en pacientes con una pérdida severa de peso se puede ver atrofia cerebral.

Inmunológicas: Inmunidad celular alterada, disminución de la población linfocitaria.



Renales: Esto es en pacientes con enfermedad crónica y puede haber incremento de creatinina plasmática y urea, disminución del filtrado glomerular y anomalías hidroeléctricas.²²

2.6 DIAGNÓSTICO

Hay que considerar el diagnóstico de anorexia cuando la persona de forma voluntaria restringe la ingesta de alimento, para lograr la pérdida de peso.

El diagnóstico se confirma identificando las características clínicas.²³

En 1979 se definieron los signos y síntomas en el Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, 3ed. (DSM-III), en su 4ed (DSM-IV) 1994, evolucionaron en cuestión a la clasificación.

La Organización Mundial de la Salud en la 10 ed. De la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, describe los criterios para el diagnóstico de esta enfermedad, incluye trastornos mentales y de comportamiento.

Criterios CIE-10 Para Anorexia Nerviosa

1. Pérdida significativa de peso, índice de masa corporal menor a 17.5.
2. Pérdida de peso provocada por el mismo enfermo originada por evitar el consumo de alimentos o por estos síntomas: vómitos provocados, purgas intestinales provocadas, ejercicio excesivo, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

²² Gil, A. Op. Cit. Pp. 457-460

²³ Wyngaarden, J.B. Op. Cit. Pp.1349



3. Distorsión de la imagen corporal, es una psicopatología caracterizada por la idea al miedo a engordar o a la flacidez corporal, por tal motivo el paciente se autoimpone permanecer por debajo del peso mínimo.
4. Trastorno endocrino generalizado afectando el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, que en la mujer se manifiesta como la amenorrea y en el caso del varón se manifiesta como pérdida del interés y la potencia sexual. Pueden presentar también niveles altos de la hormona del crecimiento, cortisol, alteraciones de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si la enfermedad comienza antes de la pubertad, se retrasan las manifestaciones de la pubertad, o hasta puede llegar a detenerse provocando: cesa el crecimiento, en mujeres no se desarrollan las mamas, amenorrea primaria, en varones persisten los genitales infantiles. Si hay una recuperación, la pubertad se puede completar, en el caso de las mujeres la menarquía es tardía.

Es importante mencionar la definición de atracón para diferenciarlo de la ingesta excesiva.

La definición según el DSM-IV, el atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un periodo corto de tiempo, ingiriendo cantidades superiores a lo que la mayoría de las personas consumiría en un periodo de tiempo similar y mismas circunstancias.
2. Sensación de que se pierde el control en la ingesta de alimentos esto es que sienten que no pueden parar de comer, que no controlan la cantidad y el tipo de alimento que se está ingiriendo.



2.7 TRATAMIENTO

El objetivo principal es la recuperación del peso hasta alcanzar el 90% del ideal. Para intentar que el paciente muestre interés por el tratamiento, el médico debe informar todo los daños y explicar lo que este trastorno puede generar en su organismo y las repercusiones que tiene si no es atendido. Esto no debe ser con el fin de descontrolar y poner mal al paciente. Si no al contrario tranquilizarlo de que el subir de peso no lo va a llevar a la obesidad.

Se deben corregir los problemas como los desequilibrios electrolíticos graves.

El restablecimiento de la nutrición puede realizarse por vía oral, esto es el caso de pacientes que no tienen tan agravada la enfermedad, rara vez es necesario recurrir a métodos parentales.

En pacientes con bajo peso deben proporcionarse calorías en un principio sería aproximadamente 1 200 a 1 800 Kcal/día, repartidas en la comida, en suplementos alimenticios o líquido para permitir y mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

Después puede aumentarse de forma gradual el aporte de calorías, para lograr un aumento de peso de 1 o 2 kg por semana. Es muy difícil lograr que estos pacientes suban de peso por tal motivo se requiere de ayuda psicológica.

Los pacientes graves pueden tratarse con una supervisión médica y psiquiátrica donde se pueda vigilar diariamente el consumo de algunos alimentos. Es importante llevar un control de forma sucesiva donde se registre como va evolucionando el paciente, si no se tiene éxito será necesario otro tipo de tratamiento. En estos casos es de importancia que la familia participe en el tratamiento.



Diferentes formas de tratamiento:

Ambulatorio: Es un tratamiento primario y generalmente es para los pacientes con sospecha de la enfermedad o que presenta algunos de los criterios de diagnóstico, es importante que el paciente tenga disponibilidad así como también la familia ya que esta debe colaborar en el tratamiento.

Hospital de día: donde los tratamientos ambulatorios fallaron, ausencia de alteraciones graves, IMC mayor a 16.5kg. El paciente debe tolerar la situación de grupo y la relación con otras personas.

Tiene como objetivo: recuperación del peso, vigilancia en la ingesta de alimentos, registro de sus conductas alimenticias, control del estado nutricional.

Ingreso Hospitalario: Debe ser bajo consentimiento, y esto es generalmente cuando la enfermedad es severa donde hay afecciones graves en el organismo y al momento de las pruebas de laboratorio se encuentran alterados los niveles normales, presentan un IMC menor a 14kg, tienen una pérdida de peso rápida e importante.

El ingreso hospitalario se divide en fases:

Fase I: Recuperación de complicaciones.

Fase II: Realimentación ya sea por vía oral o parenteral

Fase III: Estabilización

Fase IV: Alta hospitalaria

El tratamiento psiquiátrico se concentra en que la persona necesita enorme apoyo emocional durante el periodo de aumento de peso.



Seguido del apoyo emocional, el enfermo debe aprender a subir su autoestima para que esto no repercuta en el aumento de peso y fracase el tratamiento, debe aprender a relacionarse con la gente. El tratamiento psicológico también debe ayudar a mejorar conductas como: la depresión, conducta obsesiva-compulsiva e ideas suicidas.

Dependiendo de las manifestaciones de cada paciente, puede haber otras intervenciones terapéuticas como son: farmacoterapia u hospitalización.

En la etapa de realimentación en ocasiones hay complicaciones médicas. Principalmente en las fases iniciales del tratamiento con los pacientes que tienen malnutrición ya que puede presentarse un "síndrome de realimentación" caracterizado por: hipofosfatemia, hipomagnesiemia e inestabilidad cardiovascular.

Por tal motivo es importante que la realimentación se dé poco a poco y no de una sola intención querer recuperar el peso perdido

No hay algún psicofármaco que pueda ayudar en el tratamiento de la anorexia nerviosa; en algunas ocasiones se prescriben los antidepresivos tricíclicos estos están contraindicados en casos de prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma.

Las alteraciones del cortisol y de las hormonas tiroideas no requieren tratamiento, se corrigen con el aumento de peso. Así como estas alteraciones hay otras que también se corrigen con el aumento de peso sin necesidad de tomar fármacos.

También se pueden administrar vitaminas y suplementos alimenticios.²⁴

²⁴ Faucal Anthony S. Eugene Braunwald A. Kasper L.D. et al. Harrison de Medicina Interna. 17ed, Editorial: MC Graw Hill. Vol. II Pp.

3. CAQUEXIA

3.1 DEFINICIÓN

El término de caquexia proviene de la palabra griega Kakos (mal) y Hexis (condición o aspecto), es decir “que se dé en mal estado”.²⁵

La caquexia se ha reconocido como un síndrome asociado a muchas enfermedades, sin embargo fue hasta el 2006 donde se definió como: “síndrome metabólico complejo asociado a una enfermedad subyacente caracterizada por la pérdida de músculo con o sin masa grasa”.²⁶

3.2 CLASIFICACIÓN

Se clasifica como:

- Leve
- Moderada
- Severa



Fig. 11
<http://www.canalwoman.com/blog/wpcontent/uploads/2008/10/anorexia-2.jpg>

Esto es de acuerdo a la pérdida de peso del 5%, 10% o 15% en los 12 meses anteriores.²⁷

²⁵ Arenas Márquez H, Anaya Prado R. Nutrición enteral y parenteral, Editorial: MC. Graw- Hill Interamericana. Pp. 341

²⁶ Milke García P. Rivera Flores R. Síndrome de anorexia-caquexia. Revista de Gastroenterología de México. Vol. 75. Supl. 2. 2010. Pp. 205

²⁷ Milke García P. Art. Cit, Pp. 205



3.3 FACTORES DE RIESGO

Las causas que provocan pérdida de peso son muchas. Los problemas de la conducta alimentaria como anorexia nerviosa, explican en mayor parte los casos en que se pierde peso intencionalmente. Estas causas pueden no ser intencionales como las neoplásicas.

Causas Orgánicas

- ❖ Afecciones Neoplásicas: Por lo general todos los tumores pueden causar, en mayor o menor grado pérdida de peso, los mas comunes son pancreático, gástrico, colónico.

La desnutrición depende de la localización del tumor, duración de la enfermedad, ingestión alimentaria, cirugía o quimioterapia previa. Esto se presenta en el 50% de los pacientes con procesos malignos.

- ❖ Enfermedades digestivas: Entre las no malignas encontramos: úlcera gástrica, alteraciones de la motilidad como: gastroparesia, pseudo-obstrucción intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, cirrosis hepática, angina mesentérica y pancreatitis crónica.
- ❖ Problemas de masticación: asociado a xerostomía esto se debe a que disminuye el sentido del gusto.

Enfermedades endocrinológicas como:

- ❖ Diabetes insulino dependiente
- ❖ Panhipopituitarismo
- ❖ Insuficiencia suprarrenal.



- ❖ Infecciones: las causas más comunes de pérdida de peso por infecciones son: tuberculosis, SIDA. De este último un criterio para definir la enfermedad es la pérdida significativa de peso.
- ❖ Medicamentos: Los efectos secundarios de medicamentos que se relacionan con la pérdida de peso son, los utilizados en la anorexia como los antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina.
- ❖ Alteraciones en órganos específicos: Insuficiencia cardiaca, insuficiencia pulmonar, insuficiencia renal crónica.
- ❖ Enfermedad de Parkinson: ya que causa problemas en la deglución, vaciamiento gástrico, motilidad intestinal y constipación.
- ❖ Demencias: Como la enfermedad de Alzheimer produce desinterés por la alimentación así como también para preparar o consumir alimentos.
- ❖ Enfermedades sistémicas: Esclerodermia (altera la motilidad esofágica), lupus eritematoso sistémico, poliartritis reumatoide, vasculitis, amiloidosis y sarcoidosis.

Causas psicosociales y problemas de comportamiento

- Afecciones psiquiátricas: Depresión, ansiedad.
- Problemas psicosociales: aislamiento, precaridad y exclusión.²⁸

²⁸ Villalobos, Pérez, J. Olivera, Martínez, A. Valdovinos, Díaz M.A. Gastroenterología. 5ed. 2006. Editores Méndez. Pp.83, 84.



Fig. 12
<http://psicologiayautoayuda.com/wp-content/uploads/2012/10/depression.jpg>

3.4 EPIDEMIOLOGÍA

La desnutrición debido a la inanición, es muy común, incluso en los tiempos actuales. Nuestros antepasados en la medicina estaban más familiarizados con la desnutrición, ya que la observación y la exploración física juegan un papel importante en el diagnóstico en el pasado.

Clínicamente, la desnutrición se caracteriza por una ingesta inadecuada de proteínas, energía y micronutrientes, y por las frecuentes infecciones o enfermedades. Afecta a cerca de 800 millones de personas.

El mayor número de personas en el mundo se ven afectadas por la deficiencia de hierro, anemia, malnutrición proteico-energética (MPE) teniendo consecuencias letales, lo que representa casi la mitad de todas las muertes prematuras por enfermedades relacionadas con la nutrición.

El hambre y la desnutrición son uno de los problemas más graves que enfrentan la mayoría de las naciones más pobres del mundo.

Casi el 30% de la población, bebés, niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad está sufriendo de una o más de las múltiples formas de desnutrición.



Las consecuencias de la desnutrición son: muerte, discapacidad, retraso en el crecimiento mental y físico. El 49% de los 10,07 millones de muertes cada año en niños menores de 5 años en países en desarrollo están asociadas a la desnutrición.

- **Anemia ferropénica:** Afecta a 2 millones de personas, especialmente mujeres y niños.
- **Deficiencia de yodo:** Principal causa prevenible de daño cerebral y retraso mental se ven afectados 740 millones.
- **MPE:** Afecta a 150 millones de niños menores, produce retraso del crecimiento intrauterino afecta a 30 millones por año (23,8% del total de nacimientos).
- **Deficiencia de vitamina A:** Principal causa prevenible de ceguera infantil, 2,8 millones de menores afectados.

La malnutrición proteico-energética es, la forma más letal de desnutrición, afectando con mayor frecuencia a los niños. Los bebés y los niños pequeños son susceptibles al deterioro del crecimiento característico de MPE debido a sus altas necesidades de energía, proteínas y vulnerabilidad a infección.

La caquexia es una de las consecuencias más graves de enfermedades crónicas como lo son el cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tirotoxicosis, insuficiencia cardíaca crónica y artritis reumatoide.²⁹

²⁹ Mantovan G. Stefan D. A. Akio I. Morley. Yeh S-S. Cachexia and Wasting: A Modern Approach. ISBN: 978-88-470-0471-9 (Print) 978-88-470-0552-5 (Online)



3.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La respuesta hipermetabólica puede ocasionar caquexia. El síndrome se caracteriza por anorexia, desgaste tisular y pérdida de peso. Su desarrollo puede involucrar mecanismos como: anorexia, disminución de actividad física, disminución de secreción de hormonas anabólicas, alteración de la respuesta metabólica del huésped con anomalías del metabolismo de proteínas, lípidos y carbohidratos.

Una pérdida del 66% del peso corporal es pronóstico de muerte.

En caso de pacientes con cáncer los mediadores endógenos son los que originan la respuesta caquética.

Entre los mediadores de la caquexia que inducen a la enfermedad están las citocinas mediadoras de anorexia, en especial TNF, también IL-1, IL-6, IFN- γ y factor inhibidor de la leucemia. El TNF puede inducir la pérdida de peso cuando se administra en dosis crecientes o cuando se secreta de tumores que se manipulan genéticamente. Este mediador en pacientes con infecciones crónicas como SIDA no se detecta.

Las alteraciones de la molécula de la leptina o su receptor producen anomalías en el control de peso. Otro mediador de la caquexia es un proteoglicano que está presente en pacientes con cáncer y pérdida ponderal, no se encontró en pacientes con alguna otra enfermedad.³⁰

Su principal característica es la pérdida de peso en adultos y en niños la falta de crecimiento. Es un síndrome asociado a anorexia, inflamación, resistencia a la insulina y aumento en la degradación de proteínas musculares.

³⁰ Shils M.E. Nutrición en salud y enfermedad. 9ed. Editorial: Mc Graw-Hill Interamericana. Vol. II. Pp. 1815,1816



Se diferencia de la sarcopenia porque esta última se caracteriza por la falta de hormonas anabólicas y desnutrición, contrario a la caquexia esto se puede resolver con una dieta adecuada y apoyo nutricional.

Es poco reconocida y se va a encontrar aumento en la excreción de nitrógeno, y mayor síntesis de proteínas por la disponibilidad de aminoácidos resultantes de la degradación acelerada de la proteína muscular.

Generalmente es asociada, a la pérdida de apetito, provocando una acelerada pérdida de peso y masa muscular.

La caquexia implica un proceso de desgaste físico diferente al de un cuadro de desnutrición, debido a la pérdida acelerada del músculo esquelético con relación al tejido adiposo, a la presencia de citocinas proinflamatorias y al incremento en la síntesis de proteínas de fase aguda, lo que contribuye al incremento del gasto energético y la pérdida de peso.

Rutas metabólicas responsables del catabolismo de las proteínas musculoesqueléticas.

- Sistema lisosómico, interviene en la proteólisis extracelular y en los receptores de la superficie celular.
- Sistema citosólico es activador de calcio, involucra daño tisular, necrosis y autolisis.
- Ruta dependiente de la ATP-ubiquitina, se cree que es responsable de la acelerada proteólisis en una variedad de condiciones de desgaste como el ayuno, sepsis, acidosis metabólica, diabetes aguda y caquexia-cáncer.

Los pacientes que presentan este síndrome tienen, bajo peso, pérdida importante de masa grasa y reducción de masa muscular, con proteínas séricas normales, por el contrario en la anorexia el metabolismo es casi normal y la desnutrición puede corregirse con suplementación alimentaria ya sea enteral o parenteral.³¹

3.6 DIAGNÓSTICO

La caquexia es diagnosticada cuando hay una pérdida al menos de 5% del peso actual durante los 12 meses previos, o bien cuando el índice de masa corporal (IMC), es menor a 20 kg/m²; además de la presencia de 3 o más de las siguientes características:

- Disminución de la fuerza muscular.
- Fatiga.
- Anorexia.
- Bajo índice de masa libre de grasa.
- Alteraciones bioquímicas: Aumento de marcadores inflamatorios (PCR e IL-6), Anemia (Hb menor a 12g/dl), Hipoalbuminemia (menor a 3.2 g/dl).³²



Fig. 13
http://3.bp.blogspot.com/-MQd_B3t2Lpo/UObonZAmtI/AAAAAAAAA08/Cjru5Kf7TDc/s320/calculo_imc_corporal-gratis.gif

³¹ Milke García P. Art. Cit. Pp. 205-207

³² Milke García P. Op.Cit. Pp.205



La antropometría, ayuda a estimar la composición corporal o bien comparar valores estándares normales. Se miden los pliegues cutáneos (circunferencia braquial del brazo y área muscular).

Historia Clínica: Tomar en cuenta las enfermedades subyacentes, ya que los medicamentos empleados para su tratamiento pueden producir alteraciones fisiológicas o metabólicas y por consiguiente pérdida de peso por diferentes mecanismos.

También se pueden realizar cuestionarios, pero se requiere de una persona capacitada con conocimientos sobre las técnicas de entrevista alimentaria para aplicar los cuestionarios más indicados.

Para completar el diagnóstico es importante mandar exámenes de laboratorio (Biometría hemática, química sanguínea, General de Orina).³³

3.7 TRATAMIENTO

El resolver un problema, complejo como es la pérdida de peso se tiene que conocer muy bien la información de cada paciente.

El objetivo del tratamiento es revertir o disminuir la progresión de la pérdida de peso. Hay casos en los que no se puede identificar su etiología, pero se puede iniciar con una alimentación hiperenergética o el uso de estimulantes del apetito. En ocasiones la realimentación no es suficiente para compensar la pérdida de masa corporal, en especial la muscular.

³³ Villalobos, Pérez, J. Op.Cit.Pp.84



Los progestágenos, corticoesteroides y ciproheptadina, ayudan a mejorar la anorexia y a aumentar el peso corporal. La ganancia de peso con megestrol se logra a las 8 semanas de uso.

Desafortunadamente la ganancia de peso se debe a un aumento de masa grasa, y no se recupera la masa muscular.³⁴

Nutricional

Se inicia con glucosa intravenosa. Añadir en forma gradual leche con lactosa, sólidos blandos y fáciles de tolerar. Suministrar proteínas suficientes calorías. No alimentar exceso (20 a 25 Kcal/Kg), administrar vitaminas y minerales.

Para mejorar la condición del enfermo es importante atender los problemas de dentición, déficits físicos y cognitivos.³⁵

³⁴ Villalobos, Pérez, J. Op. Cit. Pp. 85,86

³⁵ Escott-Stump, S. Nutrición Diagnóstico y Tratamiento. 7ed. Editorial: Wolters Klower/Lippincott. Pp. 630



4. MANIFESTACIONES BUCALES DE ANOREXIA Y CAQUEXIA

Aunque son trastornos mentales, pueden tener consecuencias físicas graves a si como daño a la salud oral.

Las manifestaciones bucales de esta enfermedad no atentan contra la vida, por lo que son las únicas que no pueden ser revertidas.

Los efectos son: erosión de los órganos dentarios expuestos a los ácidos que provienen del estomago en el momento del vómito, en particular las caras palatinas de los dientes anterosuperiores, caries debido a la acidez y disminución del flujo salival, xerostomía

4.1 EROSIÓN DENTAL

De acuerdo con la Federación Dental Internacional (FDI) la erosión se caracteriza por la pérdida de superficie de los tejidos duros del diente.

Clínicamente se observa en un principio como un defecto adamantino brillante y liso, si no es tratado a tiempo puede avanzar a la dentina y producir defectos como cambio de forma y función.

Su desarrollo depende de la frecuencia, el tipo de la exposición al ácido, a las costumbres de higiene oral y vulnerabilidad de cada persona.

La erosión intrínseca está relacionada con la regurgitación o reflujo de fluidos del estomago. Se caracteriza porque a diferencia de las abrasiones, abarca toda la cara afectada (palatina anterior) y asume la forma de una cuchara. En superficies vestibulares erosión moderada, en oclusal y lingual inferior prácticamente inalteradas.

La erosión no aparece hasta que la regurgitación ha sido en forma continua y por lo menos durante 2 años. El grado de erosión puede ser diferente en cuanto a su extensión y velocidad de progresión.

El restaurar estas lesiones puede ser complicado y más a un depende de: capacidad de amortiguación salival (buffer), pH salival, magnitud del flujo salival, composición y grado de calcificación de la superficie dental, hábitos parafuncionales (bruxismo) y tipo de dieta ácida.

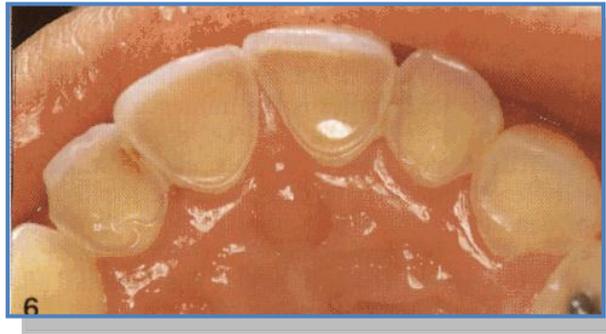


Fig.14
<http://drkam.files.wordpress.com/2009/07/erosion20inside20surfaces.gif?w=480>

4.2 CARIES DENTAL

Contribuyen a la presencia de caries, el uso de medicamentos como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa entre otras.

Puede haber cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como streptococos Mutans y Lactobacilos.³⁶

4.3 XEROSTOMÍA

Se define como una sensación de sequedad en la mucosa bucal, es un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.

³⁶ Nachón, García Ma. G. Hernández, Parra T.G. Félix, López G.A. et al. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. Revista Mexicana de la Universidad Veracruzana. Vol. 3. Núm. 2. Julio-Diciembre 2003. P.p. 19-21

La xerostomía dificulta el habla, la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal. Es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. La disfunción puede ser pasajera, crónica y en ocasiones permanente.

Las causas que provocan xerostomía pueden ser consumo de diversos medicamentos.³⁷

4.4 SIALOADENITIS

Es definida como infección o inflamación dolorosa de una o de las seis glándulas salivales mayores, puede ser resultado de invasión bacteriana o viral y se presenta como tumefacción crónica o aguda.

El flujo salival se reduce, la saliva se vuelve más viscosa y espesa.

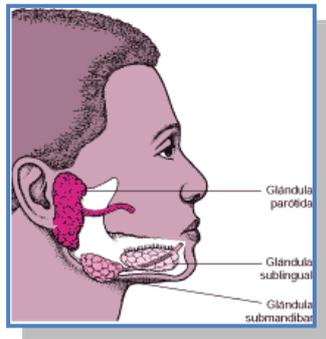


Fig.15
http://consumidores.msd.com.mx/binaries/Trastornos%20de%20las%20gl%C3%A1ndulas%20salivales_206x217_1_tcm232-233242.gif

4.5 MUCOSA BUCAL

Se afecta principalmente por la xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la probabilidad de úlceras, infección, eritema debido a la irritación crónica por el contenido gástrico se afecta la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina, gingival lo cual se manifiesta con eritema y dolor.³⁸

³⁷ Ochoa García L. Art.Cit. Pp.53

³⁸ Nachón, García Ma, G. Art. Cit. Pp.24



Las deficiencias de nutrientes y vitaminas alteran el recambio epitelial, puede haber queilosis que se caracteriza por sequedad, enrojecimiento y fisuras en las comisuras labiales.

Se han descrito casos de lesiones como: queilitis angular, candidiasis, glositis, úlceras; según Milosevic estas lesiones pueden ser consecuencia de las deficiencias nutricionales frecuentes en pacientes con estos trastornos.

4.6 PROBLEMAS PERIODONTALES

Los problemas periodontales en pacientes con este padecimiento son comunes, debido a la escasa ingesta de nutrientes para el mantenimiento de tejidos de soporte, provocando pérdida de densidad ósea, así como de órganos dentales, afectando con mayor frecuencia a la encía. La alteración más frecuente es la gingivitis.³⁹

4.7 HIPOVITAMINOSIS

Deficiencia de Vitamina A: Deterioro del gusto, alteraciones de la queratinización de la mucosa bucal y de las glándulas salivales por la disminución en la producción de saliva.

Deficiencia de Vitamina C: Inhibe la síntesis de colágeno y contribuirá al desarrollo de gingivitis, incluso una deficiencia severa puede causar una Gingivitis Ulcero Necrosante, queilitis, glositis.

Deficiencia de Vitamina D: Se requiere para el funcionamiento adecuado de la glándula parótida, así como también para proteger a los dientes de los efectos del bajo consumo de calcio.

³⁹ Ochoa García L. Art.Cit. Pp.51, 52

Deficiencia de Vitamina E: Se requiere para una buena cicatrización.

Deficiencia de Vitamina K: Es necesaria para la coagulación sanguínea.

Deficiencia de Vitamina B6 (Piridoxina): queilosis, glositis, úlceras en boca y lengua, grietas en labios y comisuras.⁴⁰



Fig.16
<http://dermis.multimedica.de/bilder/CD189/550px/img0100.jpg>



Fig.17
http://lh4.ggpht.com/_7EtbSML_dI/SXzdi304sKI/AAAAAAAAAS8/tog9qc4RVpg/%C3%BAlcera%20labial-fuegos%5B53%5D.jpg?imgmax=800



Fig. 18
<http://drmirf.com/wp-content/uploads/2011/02/gingivitis.jpg>

⁴⁰ Marimón, Torres M.E. Medicina Bucal I. Editorial: Ciencias Médicas 2009. Pp.122-134



Alteraciones Dentales por Hipovitaminosis⁴¹

Deficiencia	Tejido	Alteraciones
A	Mucosa Bucal	Lengua fisurada, hiperplasia gingival, gingivitis localizada y generalizada, enfermedad periodontal
K		Hemorragias gingivales, equimosis y púrpura posoperatoria
B3		Glosodinia, estomatitis, mucosa bucal hiperémica e inflamada, gingivitis localizada y generalizada.
A	Dientes y Hueso	Hipoplasia del esmalte y retardo en la erupción
D		Hipoplasia del esmalte engrosamiento del periostio.

⁴¹ Leyva Huerta, E.R. Gaitán Cepeda, L.A. Patología General e Inmunología. Editorial: Trillas. México. 2008. Pp. 143, 144



4.8 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Realizar una historia clínica adecuada, así como una exploración bucal minuciosa, para poder detectar las lesiones que son comunes en esta enfermedad.

Como tratamiento preventivo tenemos:

- Corregir la hipofunción salival y alteraciones de las glándulas causadas por fármacos como antidepresivos. Conseguir una estimulación salival esto puede ser con chicles sin azúcar, mantener húmeda la mucosa oral a través de enjuagues con sialogogos anetoltritiona (25mg comprimidos 3 veces al día), o pilocarpina (solución al 2% gotas sublinguales 3-4 veces al día).
- Disminuir la frecuencia de alimentos y bebidas acidas. Para ayudar a la remineralización de las superficies dentales, realizar enjuagues de FNa al 0.05%, así como la aplicación de flúor en gel o barnices de 2 a 4 veces por año.
- Se deben neutralizar los ácidos de la boca por medio de la disolución de pastillas antiácidas sin azúcar 5 veces al día, sobre todo cuando se consumen alimentos o bebidas acidas.
- Utilizar cepillos dentales blandos dentífricos, de bajo índice abrasivo. No cepillar inmediatamente después del ataque ácido en la cavidad bucal ya que en ese momento la erosión dental resultaría más fácil.
- Se recomienda enjuagues con bicarbonato de sodio después del cepillado para elevar el ph ácido en la cavidad oral.
- En casos de bruxismo se recomienda la colocación de guardas oclusales.



El control de estos pacientes es importante ya que se trata de procesos de recuperación lenta, donde las recaídas son frecuentes.

Las revisiones de la dieta, métodos de higiene oral, cumplimiento de las aplicaciones de flúor, etc., deben ser muy estrictas.

Hace años se consideraba que los tratamientos restauradores no se debían realizar hasta que el paciente hubiera controlado el desorden alimentario, pero esta propuesta, no contribuía al mejoramiento estético y psicológico del paciente. Además de que era un riesgo para las superficies con dentina expuesta, así que en la actualidad se considera más apropiado realizar las restauraciones oportunas según el grado de abrasión.

Hoy en día contamos con la odontología adhesiva, la cual puede ser una opción muy válida en casos donde encontremos poca destrucción, ya que las zonas de erosión con frecuencia sólo afectan a las caras palatinas.

En casos de mayor destrucción se deberá proceder a una rehabilitación más compleja con coronas.

En todos los casos tener en cuenta que las modalidades de tratamiento dental dependen del estado de salud mental del paciente, y la decisión para proceder a un tratamiento definitivo de la enfermedad esto debe ir acompañado de tratamiento psicológico.⁴²

El tratamiento del paciente caquético es a nivel hospitalario ya que está en peligro su vida y es más importante tratar las deficiencias que tenga, y las afecciones bucales pueden esperar a que mejore el paciente.

Los cuidados dentales a nivel hospitalario no necesariamente los realiza el odontólogo.

⁴² Gómez, Jiménez A.C. Elías Boj, Quesada J.R. Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. Revista del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2000. Vol. 5. Núm. 6. Pp. 657, 658.



Las molestias del paciente en fase terminal son uno de los síntomas que generan mayor molestia en éstos pacientes y no siempre son valorados adecuadamente por los profesionales.

Es necesaria una correcta higiene dental, para realizarla se utilizan cepillos dentales suaves después de cada ingesta de alimentos (dos veces al día).

En fases más avanzadas donde el paciente ya no abre la boca solo se humedecerán los labios con gasas empapadas en agua. Es importante estimular a la familia a que realice estos cuidados, ya q así se sentirán útiles favoreciendo el contacto físico paciente-familia.⁴³

Para poder atender a un paciente con caquexia es importante valorar la fase en la que se encuentra ya sea leve, moderada o severa, y tomar en cuenta la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA), recordando que de acuerdo a la clasificación solo podemos atender a pacientes ASA I y ASA II.

Clasificación ASA

1. Paciente sano o normal
2. Paciente con una enfermedad sistémica leve.
3. Paciente con una enfermedad sistémica que limita su actividad, pero que no es incapacitante.
4. Paciente con una enfermedad sistémica incapacitante que es una amenaza constante para su vida.
5. Paciente moribundo que con o sin cirugía se espera muera las próximas 24 hrs.
6. U. Cuando el procedimiento quirúrgico se realiza urgente.⁴⁴

⁴³ González, Takieldin, M.A. Atención al paciente en agonía. Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio. 2009. Núm. 2. Pp. 11-13.

⁴⁴ Arroyo A. Andreu J. García P. et al. Aten Primaria. 2001. 15 de octubre. 28 (6). Pp. 381-385



CONCLUSIONES

Las consecuencias de estas enfermedades sobre el paciente son múltiples, ya que no solo comprometen el estado de salud del paciente, sino también la calidad de vida.

Por lo tanto es importante tener el conocimiento y la capacidad para resolver este tipo de afectaciones, porque aunque son de naturaleza psiquiátrica, modifican la practica dental rutinaria, esto es desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta llegar a las manifestaciones clínicas.

Con el reconocimiento oportuno, no solo podemos prevenir lo que son las repercusiones bucales, también las afecciones a otros sistemas del organismo, y lo que es más importante que el paciente no llegue a un estado grave como seria la caquexia donde estaría en riesgo su vida.

La incidencia de los trastornos de la alimentación puede ir disminuyendo, a través de prevención y orientación nutricional, con ayuda de los profesionales de la salud, la familia, y los medios de comunicación.

Los tratamientos dentales en estos pacientes, son de gran ayuda ya que en conjunto con la psicología y nutrición, podemos mejorar la estética y así poder contribuir a un mejoramiento de la percepción de su aspecto.



GLOSARIO

A

Anemia: Empobrecimiento de la sangre por disminución de su cantidad total o cantidad de hemoglobina.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por un período de tiempo mayor a los 90 días. Puede ser fisiológica o patológica.

Amiloidosis: Grupo de enfermedades causadas por depósitos extracelulares de material amiloide.

C

Caquexia: Definida por una pérdida acelerada de peso, en particular de masa muscular.

Carotenodermia: Coloración amarillenta de los tegumentos.

D

Disfagia: Dificultad para deglutir.

Disgueusia: Pérdida o alteración del sentido del gusto.

Disomia: Presencia de un par de cromosomas.

Desnutrición: Estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico

E

Equimosis: Lesión subcutánea caracterizada por depósitos de sangre extravasada debajo de la piel intacta.

Esclerodermia: Es una enfermedad del tejido conectivo que afecta esencialmente a la piel.



G

Gastroparesia: Trastorno de la motilidad gástrica que produce retraso del vaciamiento gástrico de sólidos y en algunos casos de líquidos.

H

Hematemesis: Expulsión de vomito con sangre.

Hipercarotinemia: Exceso de caroteno, pigmento amarillo o rojizo en la sangre.

Hipertonía: Incremento anormal del tono muscular.

Hipoalbuminemia: disminución de albúmina en sangre.

Hipofosfatemia: Niveles bajos de fósforo en sangre.

Hipomagnesemia: Nivel bajo de magnesio en sangre.

Hiponatremia: Concentración de sodio bajo en sangre.

Hipopotasemia: También conocido con hipocalemia y es un descenso de iones potasio en plasma.

L

Lanugo: Es una forma de pelo o vello corporal muy fino, que crece como aislante de la piel por razón de ausencia de grasa.

Leucopenia: Disminución de leucocitos en sangre.

Letargia: Síntoma de varias enfermedades nerviosas, infecciosas o tóxicas, caracterizado por un estado de somnolencia profunda y prolongada.

Linfocitosis: Aumento del número de linfocitos.

M

Malnutrición: Causada por una dieta inapropiada.



O

Osteopenia: Disminución en la densidad ósea.

Osteoporosis: está provocada por la disminución global del tejido que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene.

P

Panhipopituitarismo: Deficiencia en la secreción de hormonas hipofisiarias.

Poliartritis: Inflamación simultánea de varias articulaciones.

Púrpura: Ocurre cuando se juntan pequeños vasos sanguíneos o dejan escapar sangre bajo la piel. Cuando las manchas de púrpura son muy pequeñas se denominan petequias y las grandes se llaman equimosis.

S

Sarcopenia: Es la pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza.

Sepsis: Es un síndrome de respuesta inflamatoria provocado por una infección.

T

Trombocitopenia: Disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo.

V

Vasculitis: Inflamación de un vaso o vasos sanguíneos.⁴⁵

⁴⁵ <http://dicciomed.eusal.es/palabra/>



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hidalgo, Vicario M.I. Güemes, Hidalgo M. Pediatría Integral, Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Vol. 6. Núm.4. Mayo 2007. Pp.347, 348.
2. Wyngaarden, J.B, Lloyd H.S., Bennett J.C. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 19ed. Editorial: Interamericana McGraw-Hill. Volumen I .Pp. 1348
3. Ochoa García L. Dufoo Olvera S. De León Torres C.S. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana. Vol.12. Num.1. Marzo 2009. Pp. 47.
4. Nachón García Ma. G. Hernández Parra T.G. Félix López G. A, et al. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Vol. 3. 2, Julio. Diciembre 2003. Pp.17-27.
5. Martínez y Martínez R. Salud y Enfermedad del Niño y el Adolescente. 6ed. Editorial: Manual Moderno 2009. Pp. 625 a 628
6. Gil, A. Nutrición Clínica, Tratado de Nutrición. 2ed. Editorial: Panamericana. Tomo: IV. Pp.447, 448.
7. Kliegman, Behrman, J. S.Tratado de Pediatría. 18 ed. Editorial: Elsevier España S.L 2009. Volumen. 1. Pp.127



8. Lenoir, M. Silber T.J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Vol.104. N.3 Mayo/Junio 2006.
9. Guadarrama Guadarrama R. Mendoza Mojica S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol.16. Núm. 1. Enero-Junio, 2011. Pp. 1-13.
- 10.A. Beal V. Nutrición en el ciclo de la vida. 1ra ed. 1983, Editorial: Limusa, 1992. Pp. 377
- 11.Fauci Anthony S, Eugene Braunwald A, Kasper L.D, et al. Harrison de Medicina Interna. 17ed, Editorial: MC Graw Hill. Vol. II Pp.
- 12.Arenas Márquez H, Anaya Prado R, Nutrición enteral y parenteral, Editorial: MC. Graw- Hill Interamericana. Pp. 341
- 13.Milke García P, Rivera Flores R, Síndrome de anorexia-caquexia. Revista de Gastroenterología de México. Vol. 75. Supl. 2. 2010. Pp. 205
- 14.Villalobos, Pérez, J. Olivera, Martínez, A. Valdovinos, Díaz M.A. Gastroenterología. 5ed. 2006. Editores Méndez. Pp.83, 84.
- 15.Shils M.E. Nutrición en salud y enfermedad. 9ed. Editorial: Mc Graw-Hill Interamericana. Vol. II. Pp. 1815,1816
- 16.Escott-Stump, S. Nutrición Diagnóstico y Tratamiento. 7ed. Editorial:Wolters Klower/Lippincott. Pp. 630



17. Nachón, García Ma. G. Hernández, Parra T.G. Félix, López G.A. et al. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. Revista Mexicana de la Universidad Veracruzana. Vol. 3. Núm. 2. Julio-Diciembre 2003. P.p. 19-21
18. Marimón, Torres M.E. Medicina Bucal I. Editorial: Ciencias Médicas 2009. Pp.122-134
19. Leyva Huerta, E.R. Gaitán Cepeda, L.A. Patología General e Inmunología. Editorial: Trillas. México. 2008. Pp. 143, 144
20. Gómez, Jiménez A.C. Elías Boj, Quesada J.R. Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. Revista del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2000. Vol. 5. Núm. 6. Pp. 657, 658.
21. González, Takieldin, M.A. Atención al paciente en agonía. Revista MEDPAL, Interdisciplina y domicilio. 2009. Núm. 2. Pp. 11-13.
22. Arroyo A. Andreu J. García P. et al. Aten Primaria. 2001. 15 de octubre. 28 (6). Pp. 381-385
23. <http://dicciomed.eusal.es/palabra/>