



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES ORALES CAUSADAS POR LA
ANOREXIA Y BULIMIA EN PACIENTES
ODONTOPEDIÁTRICOS.

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:

ALEJANDRA PAOLA MIRANDA NAVA

TUTOR: C.D. JOSÉ VICENTE NAVA SANTILLAN



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

Le agradezco a DIOS por darme la familia que tengo, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A MIS PADRES .- Gracias por darme la vida y fundamentalmente por inculcarme los valores que ahora poseo, por el apoyo recibido durante mi carrera, la confianza brindada en momentos difíciles y en especial por su amor y cariño, para el cual no existen palabras que expresen lo que ha significado en el transcurso de mis estudios.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer toda una vida de lucha, sacrificios y superación constante solo deseo que entiendan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes y que constituyen la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Gracias por que siempre me alentaron a seguir adelante, anhelando que siempre me preparará para enfrentarme a la vida, hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos.

De no haber sido así jamás habría llegado a la cima, por eso con gratitud permanente, emoción y respeto hoy les digo: Padres he cumplido. Inicio el camino y de hoy en adelante la responsabilidad es mía.

ALVARO.-Por este nuestro logro, como una muestra de agradecimiento por toda una vida de esfuerzo y sacrificios, brindándome tu apoyo incondicional en todo momento. Por haberme guiado por el camino recto de la vida, por enseñarme que por más difícil que sea el camino nunca me dé por vencida, por haberme demostrado amistad incondicional y logrado hacer de mi lo que soy y muy en particular por haber convertido aquel sueño en lo que hoy día es realidad ¡Lo logramos!

JAVIER- Hermano me has acompañado durante mi vida te debo mucho de lo que he aprendido pues siempre aprendí a tu lado, eres mi fiel compañero y siempre serás mi mayor ejemplo, siempre te admirare por tu forma de ser y pensar gracias por cuidarme y protegerme de los peligros, por guiarme hacia el buen camino y por apoyarme en las adversidades de la vida.

Dr. NAVA.- Gracias por su cariño, confianza, paciencia, sus atenciones, por enseñarme que a pesar de las enfermedades uno debe de seguir adelante, que no importa lo que la gente piense mientras uno tenga sus objetivos en mente nada debe de detenernos.

AMIGOS.-Bendigo el día en el que nos conocimos, desde ese momento supe que teníamos muchas cosas en común, no cambiaría todos los momentos que hemos compartido por nada en el mundo. Me hiciste pasar días llenos de confianza y complicidad, lograste que mis penas fueran más llevaderas y provocaste que tuviera el coraje para enfrentarme a cosas, que antes me hubieran hecho bajar la cabeza.

Estoy segura de que jamás en la vida podré encontrar a un amigo/a que sea igual a ti quiero darte las gracias por todo lo que has hecho por mí a lo largo de los años, pocas veces te he dicho cuán importante es tu amistad para mí, pero me gustaría que no lo olvidaras nunca, aún recuerdo esos secretos que nos confesábamos, sabiendo que podíamos confiar el uno en el otro y las veces en que nos molestábamos cuando alguien se metía para dañar a alguno. Hoy me siento bien de saber que tuve y sigo teniendo a un amigo como tú, que me ha aguantado con todo y mis defectos. Gracias por estar siempre a mi lado.

Gracias a cada uno de ustedes por haberme hecho parte de sus vidas y de su orgullo, jamás podre retribuirles todos los sacrificios que han realizado por mí.

A la Facultad de Odontología por brindarme una educación en esta profesión digna y noble, llevando a cabo una práctica odontológica con conocimientos científicos y humanísticos con alto sentido ético y social.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la mejor educación que pude recibir, por proporcionarme las herramientas necesarias para competir en el ámbito laboral. Por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios.

¡POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU!



ÍNDICE

| | |
|--|----------|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1 ETAPAS DE LA VIDA | 8 |
| 1.1 Alimentación | 8 |
| 1.2 Nutrición | 8 |
| 1.3 Etapa preescolar | 8 |
| 1.3.1 Características biológicas en la etapa preescolar | 9 |
| 1.3.2 Cambios psicológicos y sociales | 10 |
| 1.3.3 Consideraciones alimentarias | 11 |
| 1.4 Etapa escolar | 12 |
| 1.4.1 Características biológicas en la etapa escolar | 12 |
| 1.4.2 Cambios psicológicos y sociales | 13 |
| 1.4.3 Consideraciones alimentarias | 14 |
| 1.5 Adolescencia y Pubertad | 15 |
| 1.5.1 Características biológicas en la adolescencia y pubertad | 15 |
| 1.5.2 Cambios psicológicos y sociales | 18 |
| 1.5.3 Consideraciones alimentarias | 19 |
| 2 TRANSTORNOS ALIMENTICIOS | |
| 2.1 Antecedentes | 20 |
| 2.2 Definición de trastornos alimenticios | 22 |
| 2.3 Etiología de los trastornos | 23 |
| 2.4 Anorexia | 24 |
| 2.4.1 Manifestaciones clínicas y complicaciones | 24 |
| 2.5 Bulimia | 24 |
| 2.5.1 Manifestaciones Clínicas y complicaciones | 25 |
| 2.6 Tratamiento Psicológico | 26 |



3 MANIFESTACIONES EN LA CAVIDAD ORAL

| | | |
|-----|---------------------------------|----|
| 3.1 | Caries..... | 27 |
| 3.2 | Erosión Dental..... | 28 |
| 3.3 | Alteraciones Periodontales..... | 30 |
| 3.4 | Lesión de tejidos blandos..... | 32 |
| 3.5 | Sialoadenitis..... | 33 |
| 3.6 | Xerostomía..... | 34 |

4 TRATAMIENTO DENTAL Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

| | | |
|-----|--|----|
| 4.1 | Aportaciones odontológicas de atención primaria..... | 36 |
| 4.2 | Diagnóstico..... | 36 |
| 4.3 | Plan de tratamiento..... | 36 |
| 4.4 | Rehabilitación..... | 39 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| CONCLUSIONES..... | 41 |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 42 |
|--|-----------|



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas han aumentado exponencialmente los casos de anorexia y bulimia especialmente en niños y adolescentes. Aunque las causas de estos desórdenes son múltiples, la investigación científica ha probado la influencia de los medios de comunicación y otros factores socioculturales en la sintomatología de los trastornos de la alimentación. Los mensajes de los medios destacan insistentemente en la belleza y la delgadez como signos de prestigio y éxito social.

La preocupación social por los desórdenes de la conducta alimentaria va en aumento, aunque en los últimos años se ha logrado comprender mejor y tratar con eficacia algunos de las más importantes, como la anorexia o la bulimia.

Y es que el anhelo de delgadez y la voluntad de lograr una complexión diferente a través del control de la alimentación son claves para comprender enfermedades como la anorexia que es la suspensión del consumo de alimentos en forma voluntaria. Por su parte la bulimia se caracteriza por vómitos autoinducidos y, otras maniobras de purga o ambas.

El cambio de la pubertad a la adolescencia es una etapa crítica en la construcción de una identidad personal. Donde tienen una sensación de gran descontrol interno debido a las transformaciones que sufren. Por estas razones, tratan de imponer el control, no siempre con éxito, como mecanismo de dominio sobre lo que les angustia. Así, muchas veces la comida se convierte en algo tangible que permite manipulación y que viene a representar lo que el adolescente, mujer o varón, querría controlar: su imagen.



Conformar una identidad es a la vez un proceso individual y supone tener conciencia de ser uno mismo y, a su vez, de ser distinto a los demás

En los medios de comunicación aparecen continuamente prototipos de belleza y comportamiento para las y los jóvenes, figuras ideales, modelos deseados y deseables que proponen un determinado canon estético. La mayoría de los contenidos de las revistas están protagonizados por modelos, actrices, famosas de la música, el cine o el deporte, que son propuestas como referentes.

Pero el esfuerzo que hacen las chicas y los chicos no es sólo para alcanzar un canon estético, el fin último de tener un determinado aspecto, un determinado cuerpo, es la aceptación social. Ser atractiva/o es una de las condiciones imprescindibles del éxito y para los adolescentes merece la pena si la recompensa es la aceptación social, por grandes que sean las renuncias y los esfuerzos.

En este trabajo nos enfocaremos en las manifestaciones orales y físicas que este tipo de pacientes presentan, además de las aportaciones, el diagnóstico y plan de tratamiento que debemos de seguir como Cirujanos Dentistas.



1 ETAPAS DE LA VIDA

1.1 Alimentación

La alimentación debe adecuarse a la edad, sexo, peso, talla y actividad física e intelectual de cada persona. Se debe considerar también el clima y los estados especiales como embarazos, lactancia, enfermedades. Es indispensable para la vida ya que suministran al organismo energía y nutrientes necesarios para la formación, crecimiento y reconstrucción de tejidos.¹

1.2 Nutrición

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.²

Proceso mediante el cual el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y elimina sustancias así como intercambia materia y energía con su medio ambiente.³

1.3 Etapa preescolar

Abarca desde el 1er año de edad hasta los seis años de vida, esta fase consiste en intenso crecimiento social, cognitivo y emocional, por lo cual la formación de hábitos alimentarios y estilos de vida adquiridos desde estas etapas repercutirán a lo largo de la vida del individuo. Por ello, desde este momento es necesario promover hábito de alimentación correctos y estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades.⁴

¹ <http://www.mexicoproduce.mx/articulos/alimentacionSaludable.html>
secretaría de agricultura ganadería y desarrollo rural pesca y alimentación SAGARPA

² <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

³ Tellez M. E. Nutrición clínica 2ª edición 2014. Editorial el manual moderno, S.A d C.V México DF pág. 3

⁴ Pérez B. Dietas normales y terapéuticas los alimentos en la salud y en la enfermedad 6ª. Edición ediciones científicas la prensa medica mexicana s.a de cv 2012. pág. 187



1.3.1 Características biológicas

El crecimiento de la cabeza es mínimo, el crecimiento del torso se frena notablemente y las extremidades se alargan considerablemente, tiene mayor fuerza muscular en abdomen y espalda.⁵

El crecimiento es, en general, regular y lento, lo cual se traduce en una disminución del apetito, generalmente su peso aumenta de 2 a 3 kg por año y se presenta un incremento de estatura de 6 a 8 cm por año a partir del segundo año hasta la pubertad. En cuanto a la dentición, tiene todos los incisivos y a los 3 años, normalmente ya se ha completado las 20 piezas de la dentición primaria. Alrededor de los seis años surgen los primeros molares permanentes. En esta edad la masticación y el deglutir permanecen un tanto inmaduros, de tal forma que el consumo de ciertos alimentos puede ser lento.⁶



Fig.1 Alimentación en niños de etapa preescolar.⁷

⁵Mahan K., Escott S. Raymond J.L Krause Dietoterapia 13^a. Edición Editorial Elsevier 2013 Pág. 389

⁶Pérez B. Op. Cit. Pag 187 y 188

⁷ <http://cuidadoinfantil.net/cracteristicas-de-una-dieta-sana-par-ninos-de-3-anos.html>



1.3.2 Cambios psicológicos y sociales

PSICOLÓGICOS

SOCIALES

| | | |
|-----------------------|---|--|
| 1 año | Muestran, las habilidades motrices gruesas muestran mayor variación individual que la conducta motriz fina. | Le gusta tener un auditorio y repite las acciones que provocan risas de quienes lo rodean. |
| 2 Años A 3 Años | Emplean palabras para expresar sus emociones de forma desenfadada, su coordinación es limitada debido a la falta de maduración del sistema nervioso. | Posee un sentido firme de "mío" y un sentido muy débil de "tuyo". Puede acumular mas no compartir. Puede conversar y hacer tratos. Es cariñoso y trata de agradar. |
| 4 Años | Representa independencia puede vestirse y desvestirse sin ayuda. En esta edad le gusta elegir el plato que comerá y ayuda a los quehaceres del hogar es capaz de poner la mesa con toda corrección. | Realiza mayor número de contactos sociales y pasa más tiempo en una relación social con el grupo de juego. Es hablador y sus frases están saturadas de un YO. |
| 5 Años | Goza de una independencia es obediente y le gusta ayudar. | Tiene cierta capacidad para la amistad juega con amigos imaginarios, con grupos de 2 a 5 niños con una nueva sociabilidad. Durante la comida se muestra muy sociable. ⁸ |

⁸ Pérez B. Op. Cit. Pag.188



1.3.3 Consideraciones alimentarias

Dentro de las consideraciones alimentarias debemos tener en cuenta que:

Para tener un correcto desayuno debemos levantar al niño con tiempo suficiente para desayunar, de una forma tranquila y sin prisa, es decir utilizar un tiempo estimado de 15-20 minutos. Si el niño no está acostumbrado a desayunar se comenzará al principio con un vaso de leche o un yogurt. Luego se incorporará algún tipo de cereal y finalmente una fruta o zumo natural.

Debemos moderar el consumo de carnes en los niños, especialmente procesadas y embutidos y reducir la ingesta de azúcares.

Otro punto importante es cuidar la preparación de los alimentos: higiene, textura y características organolépticas; color, olor, sabor. Ya que un plato bien elaborado estimula las ganas de comer y despierta el interés del niño.

Servir las raciones apropiadas en tamaño según edad y gasto energético. Establecer horarios regulares así como un ambiente agradable y distendido. Enseñarlo a comer solo, dedicando el tiempo necesario, así como a colaborar en poner la mesa.

Por último y no menos importantes: No permitir el juego ni ver la televisión mientras se come.

Recordar que el niño es el que regula la cantidad de lo que come, según la sensación de hambre o saciedad. No se debe forzar, ni amenazar y menos manifestar ansiedad en el momento de las comidas.⁹

⁹ Cubero J., Cañada F., Costillo E., Franco L., Calderón A., Santos A.L. et al . La alimentación preescolar: educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Jul [citado 2015 Ene 30]; 11(27): 337-345. Disponible en:



2.1 Etapa escolar

El crecimiento entre los 6 y los 12 años de edad es lento pero constante y va acompañado de un incremento en la ingesta alimentaria. Los niños pasan en la escuela la mayor parte del día, comienzan a formar grupos y participar en actividades deportivas organizadas y programas de tiempo libre. En esta etapa suelen participar en programas de comedores escolares o llevarse comida a la escuela.

En esta etapa los problemas de conducta alimentaria ya se han resuelto ya que los niños disfrutan comiendo para saciar el hambre y obtener satisfacción de índole social.¹⁰

2.1.1 Características biológicas en la etapa escolar

Las mujeres van teniendo incrementos en el peso y la estatura en relación con los hombres. En esta etapa comienzan a acumular grasa para lograr el brote de crecimiento para la adolescencia, en las mujeres es necesario para la aparición de la menstruación.

La dentición permanente aparece alrededor de los 6 años. Los caninos entre (9 y 12 años), los primeros y segundos premolares entre (10 y 11 años), y los segundos molares después de la edad escolar.¹¹



Fig 2. Alimentación en la etapa escolar.¹²

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300018>.

¹⁰Mahan K. Op.Cit Pag. 400.

¹¹ Pérez B. Op. Cit. Pág. 188.

¹²<http://www.lr21.com.uy/salud/1205471-primera-generacion-ninos-veganos-uruguay>.



2.1.2 Cambios psicológicos y sociales

PSICOLÓGICOS

Los niños de 6 años se consideran el centro del universo y creen que la forma en la que hacen las cosas es la correcta por consiguiente quieren que las demás personas hagan las cosas de esa misma manera.

A los 7 años el niño ya es capaz de situarse en el lugar de otra persona, mejora el apetito y continúa prefiriendo comidas sencillas.

A los 9 años se considera una edad intermedia ya que no es un niño pero tampoco es un adolescente. Es seguro de sí mismo y es capaz de manejar su propia independencia.

A los 10 años presenta estabilidad emocional son volubles, pues presentan estados de ánimo variables.

SOCIALES

Se encuentran en una etapa donde comienzan a tomar sus propias decisiones, en esta edad los amigos cobran gran importancia, y llegan a influir en la selección y de ciertos alimentos.

En casa el menor está listo para aceptar algunas responsabilidades domésticas aunque dependan de su estado de ánimo, empiezan a comer mejor en familia, reconocen la autoridad y obedecen a los mayores mejor que antes.¹³



Fig.3 En esta edad los amigos son de gran importancia.¹⁴

¹³ Pérez B. Ibidem pág. 189-190

¹⁴ <http://www.revistalafuente.com/2014/09/los-ninos-se-estan-perdiendo-levantate.html>



2.1.3 Consideraciones alimentarias

Dado que los niños se encuentran en una etapa de desarrollo y crecimiento, necesitan más alimentos nutritivos, por eso es importante que los padres estén conscientes de los factores que influyen en las actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación, hay que ayudar al niño a que aprenda a llevar una alimentación correcta y crear situaciones que faciliten tomar decisiones correctas en relación con su alimentación.^{15, 16}

2.2 Adolescencia y Pubertad

Es el período de rápido crecimiento, el niño se desarrolla físicamente y socialmente para evolucionar a la condición de adulto y adquiere capacidad de reproducción sexual, inicia con cambios fisiológicos, ajustes en la personalidad, el carácter, la autopercepción y el autoconcepto, esto ejercerá influencia en los comportamientos relacionados con la alimentación, ya que los hábitos adquiridos en esta etapa perdurarán en gran parte de la vida.^{17,18}

Esta se divide en tres:

- **Adolescencia temprana (13-15 años)**
- **Adolescencia media (15-17 años)**
- **Adolescencia tardía (18-21 años)**



Fig.4 Adolescencia.¹⁹

¹⁵ Mahan K., Escott S. Raymond J.L Op. Cit. Pag 390.

¹⁶ Pérez B. Op. Cit. Pag 197.

¹⁷ Pérez B. Ibidem pag 209.

¹⁸ Mahan K., Escott S. Raymond J.L Op. Cit. Pag 411 y 412.

¹⁹ <http://reconstruye.com/amigos-en-la-adolescencia/>.



2.2.1 Características biológicas en la adolescencia y pubertad

Clasificación de Tanner de maduración sexual en mujeres y hombres

MUJERES

| |
|---|
| ETAPA I <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de vello púbico o maduración de genitales |
| ETAPA II <ul style="list-style-type: none">• Leve aparición de vello púbico• Formación del botón mamario• Actividad aumentada de glándulas sudoríparas• Crecimiento de 7 a 13 cm |
| ETAPA III <ul style="list-style-type: none">• Incremento de vello púbico, el cual es más obscuro y rizado• Crecimiento mamario, aun no hay separación del pezón y la areola• Fin del crecimiento• Aparición de acné |
| ETAPA IV <ul style="list-style-type: none">• Vello púbico abundante y más grueso• Las mamas aumentan de tamaño, el pezón y la areola forman un montículo secundario• Acné puede tornarse severo• Menarquía |
| ETAPA V <ul style="list-style-type: none">• Vello púbico se extiende hacia los muslos• Distribución de tejidos mamario similar a la de un adulto• Incremento en masa grasa y muscular²⁰ |

²⁰ Mataix J. Tratado de Nutrición y Alimentación vol. 2 verdú Edit. Oceano/ Ergon 2009 pag. 1143 y1144



HOMBRES

| | |
|------------------|--|
| ETAPA I | <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de vello púbico o maduración de genitales |
| ETAPA II | <ul style="list-style-type: none">• Pequeñas cantidades de vello púbico alrededor del pubis, ligeramente oscuro• Comienza el alargamiento del pene, crecimiento testicular, cambios en textura y coloración del escroto• Actividad aumentada de glándulas sudoríparas |
| ETAPA III | <ul style="list-style-type: none">• El vello púbico cubre el pubis• Alargamiento del pene, los testículos continúan creciendo, el escroto aumenta de tamaño• La voz comienza a cambiar• Aparición de bigote/vello facial delgado• Comienza crecimiento 15 a 20 cm |
| ETAPA IV | <ul style="list-style-type: none">• Vello púbico parecida a la del adulto que aún no se extiende a los muslos• El pene se ensancha y se engruesa, la piel del escroto se oscurece• Fin del crecimiento• La voz se torna más grave• Acné puede tomarse severo• Incrementa el vello facial• Vello en piernas se oscurece |
| ETAPA V | <ul style="list-style-type: none">• Vello púbico, similar al de un adulto, empieza a extenderse hacia los muslos• Pene y testículos de adulto• Empieza a crecer barba• Incremento en masa muscular²¹ |

²¹ Mataix J. Ib.

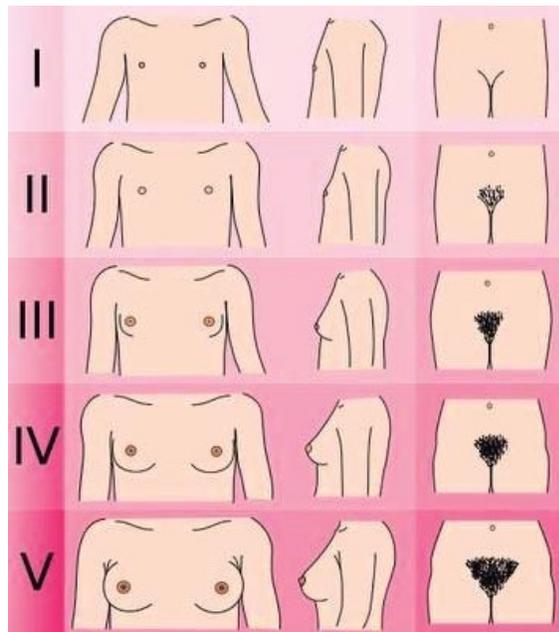


Fig.5 Escala de Tanner Mujeres.²²

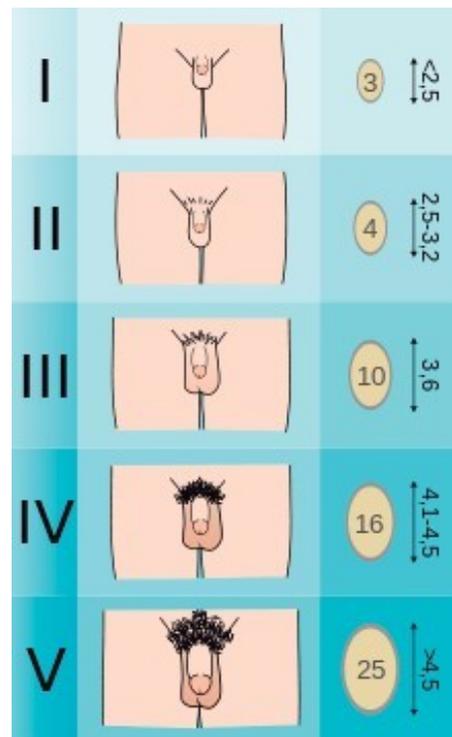


Fig.6 Escala de Tanner Hombres.²³

²² http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Tanner.

²³ http://www.dra-amalia-arce.com/2012_09_01_archive.html.



2.2.2 Cambios psicológicos y sociales

PSICOLÓGICOS

- Tiene Deseo y capacidad para desarrollar un plan de vida. La sexualidad toma un lugar importante y se define la atracción por el sexo opuesto.
- Sentimiento frecuente de ser juzgado, aprobado o reprobado por los demás.
- Aceptación o rechazo de la imagen corporal que puede acarrear el desarrollo de diferentes conductas alimentarias.
- En algunos adolescentes, y básicamente en mujeres con autoestima baja y autoimagen muy negativa, aumenta el riesgo de trastornos alimentarios conductuales como la anorexia y bulimia.

SOCIALES

- Establecimiento de roles sociales es decir se definen los comportamientos y actitudes varoniles y femeniles.
- Rechazo y cuestionamiento a la autoridad de los padres.
- Necesidad de pertenencia, de identidad personal y de identidad con el grupo.
- Adopción de costumbres, modas en música, vestimenta, alimentación y lenguaje que se identifica con su edad.
- Inicio de formación de relaciones amistosas más maduras, duraderas y profundas con compañeros de ambos sexos.
- Preparación para entablar relaciones de pareja: matrimonio y posteriormente familia.
- Exposición a situaciones de riesgo es decir consumo de alcohol, tabaco, drogas.²⁴

²⁴ Pérez B. Op. Cit. Pag 212



2.2.3 Consideraciones alimentarias

Hay que tener en cuenta que las conductas que frecuentemente se desarrollan en esta edad incluyen la omisión de comidas, adopción de dietas “de moda” o aquellas que no son supervisadas por nutriólogos, pueden generar descontrol en el peso, lo que podría generar frustración en quienes la utilizan y aumentar el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Uno de los objetivos de la nutrición del adolescente es asegurar su desarrollo, adecuándose a la actividad física y promover hábitos dietéticos saludables que prevengan la aparición de enfermedades nutricionales a corto y largo plazo.^{25,26}



Fig.7 Preocupación de los adolescentes por su imagen y alimentación.^{27,28}

²⁵ Pérez B. Op. Cit. Pag. 212

²⁶ Mataix J. Op.Cit. pag. 1146

²⁷ <http://betsau.blogspot.mx>

²⁸ <http://toquedemujer.com/mujer-familia/los-trastornos-alimenticios-en-la-adolescencia>



2 TRANSTORNOS ALIMENTICIOS

2.1 Antecedentes

A finales del siglo XX y en el siglo XXI, estos padecimientos conductuales han sido considerados como entidades estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez.

Existieron personas que, con fines de trascendencia espiritual o de autoflagelación, practicaban extensos períodos de ayuno que las hacían alcanzar estados de desnutrición grave. Uno de los casos mejor estudiados es el de Santa Catalina de Siena (S. XIV) quien, además de ayunar, también se provocaba el vómito. Se sabe que tras su muerte, la difusión de su forma de vivir ocasionó que otras personas siguieran su ejemplo.

Fue en el año de 1873, cuando Lasègue describió la *Anorexie Hysterique* en Francia; entidad clínica que reúne las características de un estado de inanición grave presente en mujeres jóvenes, y sin ningún padecimiento médico causante. Por su parte, al año siguiente, Gull publicó su trabajo en donde sustenta la naturaleza "nerviosa" como en la descripción de Lasègue, además de haber observado que este trastorno también se presenta en hombres.

Durante el siglo XX, Bruch introdujo el concepto sobre el trastorno de la imagen corporal, que hoy es un criterio básico para el diagnóstico de anorexia nerviosa, describió la incapacidad de estas pacientes para reconocer estados internos como son las emociones y la propia sensación de hambre. En Italia, Selvini-Palazzoli postuló que este padecimiento se sustenta en el sentimiento de inadecuación de la mujer; sin dejar de plantear la importancia de la familia como un agente mediador entre los valores sociales y la persona afectada. Al respecto, Minuchin describió cuatro características en familias de pacientes con anorexia nerviosa: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos.



En cuanto a la bulimia, las descripciones históricas son mucho menores. Se sabe que los romanos practicaban el vómito autoinducido después de un banquete, y durante la edad media se reportan casos de personalidades que se entregaban a dicha práctica. Por su lado, el interés médico por la bulimia la situó algunas veces como síntoma y otras como diagnóstico, sobre todo durante el siglo XIX, período en el que Gull advirtió su asociación con la anorexia nerviosa.

El síntoma bulímico fue considerado durante mucho tiempo como parte de la anorexia nerviosa o de la obesidad. Stunkard describió las características del síndrome bulímico, pero no incluyó las conductas compensatorias como el vómito o el uso de laxantes.

No fue sino hasta bien entrado el siglo XX que Russell describió con toda claridad lo que hoy conocemos como bulimia nerviosa.²⁹



Fig.8 Personajes con padecimientos conductuales Caligula y Catalina de siena.^{30, 31}

²⁹Bosque-Garza Jesús M. del, Caballero-Romo Alejandro. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2015 Feb 10] ; 66(5): 398-409. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002&lng=es.

³⁰http://www.dominicos.net/santos/santa_catalina_de_siena/077estampa_de_santa_catalina_de_siena_3.html

³¹ <http://www.thehistoryblog.com/archives/19304>



2.2 Definición de trastornos alimenticios

Un trastorno hace referencia a un conjunto de signos, síntomas y conductas de riesgo que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etc.³²

Los principales trastornos son la anorexia nerviosa y la bulimia que cada vez se presentan en edades más tempranas, tanto en hombres como en mujeres.³³

Los trastornos de conducta alimentaria en niños se puede manifestar con náuseas, dolor abdominal y dificultad para tragar puede coexistir con la preocupación del peso, la forma y la gordura corporales.

El niño puede evitar los alimentos, provocarse el vómito y hacer demasiado ejercicio. El comienzo precoz de este tipo de prácticas no saludables puede dar lugar a un retraso o a una limitación del crecimiento lineal, osteopenia y osteoporosis. Este tipo de trastornos como la anorexia y la bulimia se han descrito en niños de tan solo 7 años de edad.

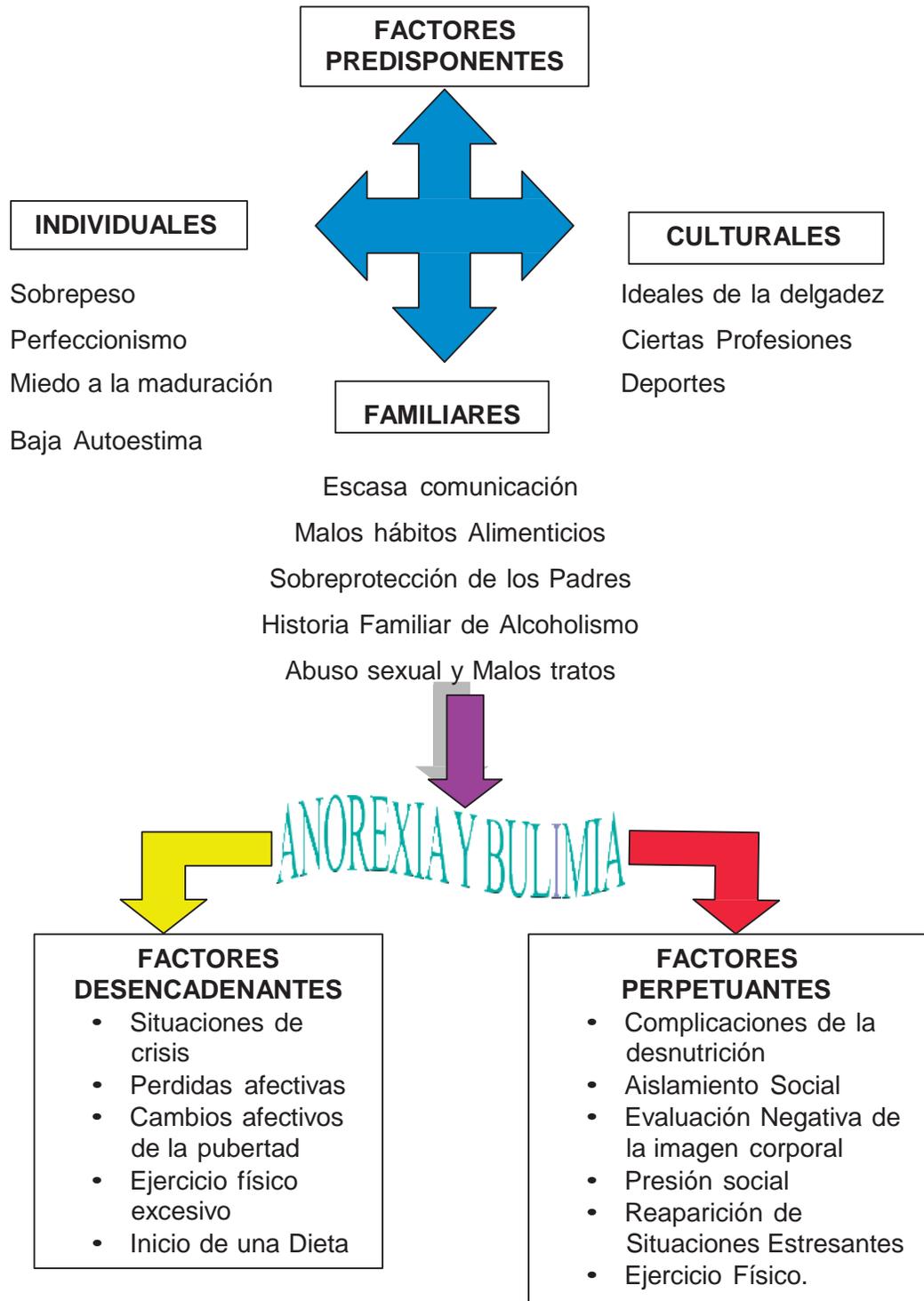
| TRANSTORNO DE LA ALIMENTACIÓN | CARACTERÍSTICAS |
|-------------------------------|---|
| Anorexia Nerviosa | Pérdida de peso, percepción alterada del peso y /o la morfología. Preocupación alterada del peso y/o la morfología de los alimentos y/o su ingesta. |
| Bulimia Nerviosa | Atracones recurrentes seguidos de conductas purgativas y/o restricción de alimentos. Sensación de falta de control y percepción alterada de peso y/o la morfología. |

³² Guía de trastornos alimenticios 1ª edición 2004 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud, México pag 10

³³ Serra L. Aranceta J. Nutrición y salud pública métodos y bases científicas y aplicaciones 2ª. Edición, Editorial Masson 2006 pag 305.



2.3 Etiología de los trastornos³⁴



³⁴ Serra L. Op. Cit. pag 306 y 308.



2.4 Anorexia

La palabra anorexia es de origen griego, el prefijo *an-* indica carencia o privación, y el término *-orexis*, apetito. Por lo tanto la anorexia es una enfermedad en la que existe una distorsión de la percepción por parte del paciente de su propia imagen corporal. Esta se caracteriza por la pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el propio enfermo a través de dietas restrictivas o purgación.³⁵

2.4.1 Manifestaciones clínicas y complicaciones

Los pacientes con anorexia nerviosa sufren una distorsión de la imagen corporal que los hace sentirse gordos aunque su estado suele ser caquético. Durante el período prepuberal en el caso de las mujeres puede dar lugar a la parada de la maduración sexual con un retraso de la menarquia y en los varones puede existir deficiencia de estrógenos y testosterona con parada del crecimiento y del desarrollo sexual. Sus manifestaciones habituales son presencia de lanugo, pelo seco y quebradizo, hipercarotenemia, intolerancia al frío y cianosis de las extremidades, reducción de masa ventricular izquierda y disfunción sistólica.

Sus complicaciones cardiovasculares son bradicardia hipotensión ortostática y arritmias cardíacas sus complicaciones gastrointestinales son vaciado gástrico, disminución de la motilidad del intestino delgado y estreñimiento.³⁶

2.5 Bulimia

Se caracteriza por que las personas afectadas compensan los efectos de la ingestión excesiva con vómito autoinducido y, otras maniobras de purga, recurre a hiperactividad física y en ocasiones al ayuno, una peculiaridad es que se puede presentar en individuos con peso normal,

³⁵ Serra L. *ibidem* pag.305

³⁶ Mahan K. *Op.Cit* Pag. 491 y 493



bajo o sobrepeso. Asimismo, suele ser un trastorno oculto, ya que puede pasar desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa.³⁷

2.5.1 Manifestaciones Clínicas y Complicaciones

Cuando se provocan los vómitos puede encontrarse datos clínicos como:

Callosidades en el dorso de la mano que utilizan para estimular el reflejo faríngeo (signo de Russell), aumento de tamaño de las glándulas parótidas, erosiones del esmalte, con aumento de caries debido al ácido gástrico de la boca.

Dentro de sus complicaciones se encuentran: Dolor de garganta, esofagitis, vómitos con sangre, dolor abdominal y hemorragias conjuntivales, desgarros esofágicos, rotura esofágica, dilatación gástrica, rotura del estómago, hemorragias rectales, cólicos abdominales y deshidratación por el uso de laxantes y diuréticos.^{38 39}

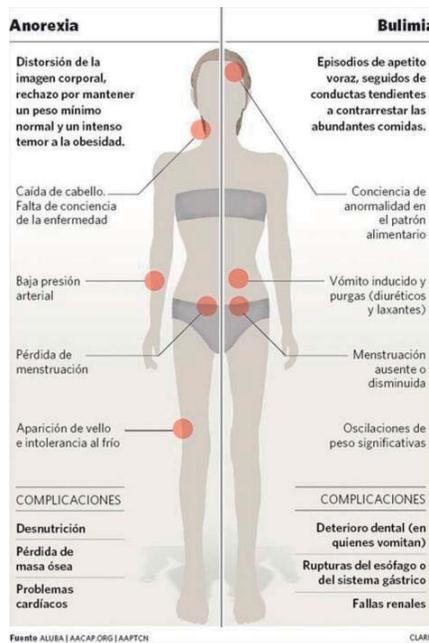


Fig.9 Diferencias entre Anorexia y Bulimia.⁴⁰

³⁷ Tellez M. Op.Cit. pág. 361

³⁸ Mahan K. Op.Cit Pag. 494

³⁹ Serra L. Op.Cit. pag.290

⁴⁰ <http://blog.educastur.es/eureka/ambito-ct/ccnn-3%C2%BA-version-recuperada/>

2.6 Tratamiento Psicológico

Este tratamiento se orienta hacia el estado de ánimo y autoestima del paciente, dentro de este tratamiento se encuentra la terapia cognitiva conductual (TCC), que consiste en entrevistas y cuestionarios que ayudan a establecer el diagnóstico, modifican su sistema erróneo de creencias, la distorsión de su imagen corporal, la búsqueda de asemejarse a modelos publicitarios, las expectativas de que van a ser más amadas a menor peso, el perfeccionismo extremo etc. La terapia psicológica debe aplicarse siempre, tanto a nivel ambulatorio, como hospitalario e incluso como tratamiento preventivo de recaídas.

Estas terapias están dirigidas a determinados factores como: la maduración psicosexual, la aceptación del papel adulto, la mejoría de disfunciones familiares si existen previas o a consecuencia de la enfermedad, al desarrollo de habilidades sociales y el aprendizaje de nuevas respuestas ante el estrés, en ocasiones pueden beneficiarse de la participación en grupos de autoayuda.^{41,42}



Fig. 10 Grupo de autoayuda para TCA.⁴³

⁴¹ Mahan K., Escott S. Raymond J.L Op. Cit. Pag 393

⁴² Borrego O. Informacion Terapeutica del Sistema Nacional del Salud Vol.24 Pag.50

⁴³ <http://adabe-adabe.blogspot.mx/2014/12/grupo-de-autoayuda-para-familiares-de.html>



3 MANIFESTACIONES EN LA CAVIDAD ORAL

3.1 Caries

La deshidratación de los tejidos blandos por el deterioro de las glándulas salivales junto a las deficiencias dietéticas pueden inducir a creer que estos pacientes mostraran altos niveles de caries y patología periodontal.

En pacientes con vómitos recurrentes se han encontrado niveles de acúmulo de placa bacteriana muy bajos, en general la higiene oral y el estado periodontal de los pacientes bulímicos es bueno, ello se explica porque la inducción al vómito provoca la necesidad de cepillado dental posterior a esta práctica.

Los índices de caries son generalmente bajos, y no son diferentes a la población normal cabe recordar que la caries es poco predecible en estos casos y que es un factor dependiente de la dieta e higiene oral.

Aunque parece haber en algunos pacientes la predisposición a desarrollar caries cervicales rápidamente progresivas los estudios epidemiológicos realizados no han sido capaces de establecer una relación entre la malnutrición y el incremento de la caries.

En períodos prolongados de restricción dietética en pacientes anoréxicas no se encontraron cambios en las bacterias relacionadas con la caries dental. Por otro lado la composición de la saliva es muy poco susceptible a modificaciones de la dieta, aun siendo éstas muy severas.⁴⁴

⁴⁴ Cristina Cardoso, Guadalupe Villalón, Myriam Maroto Edo, Elena Barbería Leache
Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos
alimenticios: anorexia y bulimia JADA, Vol. 2 N° 5 Octubre 2007 pag 300



Fig. Caries dental⁴⁵

3.2 Erosión Dental

Es la secuela más importante que encontramos en estos pacientes a nivel oral sobre las piezas dentarias, es masiva y a diferencia de las abrasiones abarca la totalidad de las caras siendo principalmente la lingual y la palatina tomando así forma de cuchara.⁴⁶

De acuerdo a la FDI la erosión dental se caracteriza por la pérdida de la superficie de tejidos duros.⁴⁷ Es provocada por el ácido del vómito el cual suele tener un pH de 2, El ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales

⁴⁵ <http://www.dentalnotebook.com/caries-lesión-classification-g-v-black/>

⁴⁶ Gómez Jiménez, Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. RCOE 2000; 5(6)Pag. 655.

⁴⁷ ZERÓN AGUSTÍN REVISTA ADM EROSIÓN ÁCIDA TRIBILOGIA EN ODONTOLOGÍA , NUEVA VISIÓN AL DESGASTE DENTAL Vol. LXV, No. 5 Septiembre- Octubre 2009 PAG 12 A 16



de hidroxapatita debido a la unión del ion H del ácido con el ion calcio del esmalte.⁴⁸

Clínicamente se observa como un defecto brillante y liso, que si no se trata puede aparecer hipersensibilidad dentinaria y/o dolor a consecuencia de la exposición dentinaria o pulpar. El proceso a nivel oral va degenerando rápidamente provocando la pérdida de dientes a consecuencia del mal estado en que pueden quedar y se va produciendo una pérdida de dimensión vertical.



Fig. Erosión de caras palatinas de dientes superiores debido al vómito y reflujo.⁴⁹

Existen 3 tipos:

La erosión extrínseca está relacionada con alimentos bebidas y otras formas externas de ácidos.

La erosión intrínseca está relacionada con la regurgitación o el reflujo de fluidos del estómago

La idiopática es cuando las causas no se determinan con claridad.

El porcentaje de prevalencia (38%) de la erosión dental es bajo debido a que depende de la combinación de aspectos como dieta, tiempo

⁴⁸ Ochoa Leonor. REVISTA ODONTOLOGICA MEXICANA FACULTAD DE ODONTOLOGIA VOL 12 NO.1 MARZO 2008 PAG 50

⁴⁹ http://sofialunab.blogspot.mx/2012_05_01_archive.html



con el padecimiento, higiene (tiempo posterior al vómito y no aparece hasta que la regurgitación este presente por lo menos 2 años.⁵⁰

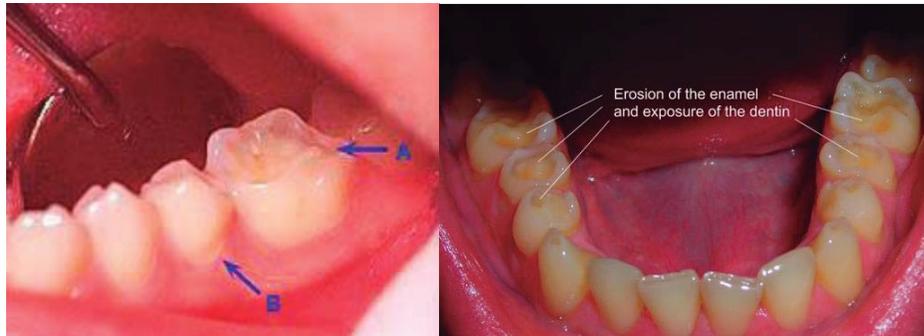


Fig. Erosión dental en molares.⁵¹

3.3 Alteraciones Periodontales

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con TCA, debido a una escasa ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, originando en el peor de los casos pérdida, tanto de densidad ósea, como de órganos dentales y afecciones en tejidos de soporte, entre ellos suele ser la encía ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias la alteración más prevalente es la gingivitis.

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 acúmulo de irritantes locales. Liew, estudió los índices de placa en estos pacientes, encontrando que, la salud gingival, medida por el índice gingival, es mejor en los pacientes con anorexia nerviosa; 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.

⁵⁰ Gómez Jiménez. Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. RCOE 2000; 5(6)Pag. 651-659

⁵¹ <http://juansebastianobar.blogspot.mx/2014/03/erosión-dental-como-la-erosión-del.html>
<http://imgkid.com/bulimia-teeth-erosion.shtml>



En pacientes anoréxicas restrictivas la malnutrición es un importante factor de riesgo de periodontitis destructiva, si bien sólo se ha podido demostrar la asociación de la periodontitis con niveles alarmantes de carencia de muchos nutrientes. El único nutriente cuya carencia por si sola produce afectación gingival es la vitamina E y la textura de los alimentos no parece guardar relación con la salud periodontal. El estrés también presente en estas patologías desempeña un papel importante en el desarrollo de patología periodontal.^{52, 53, 54}

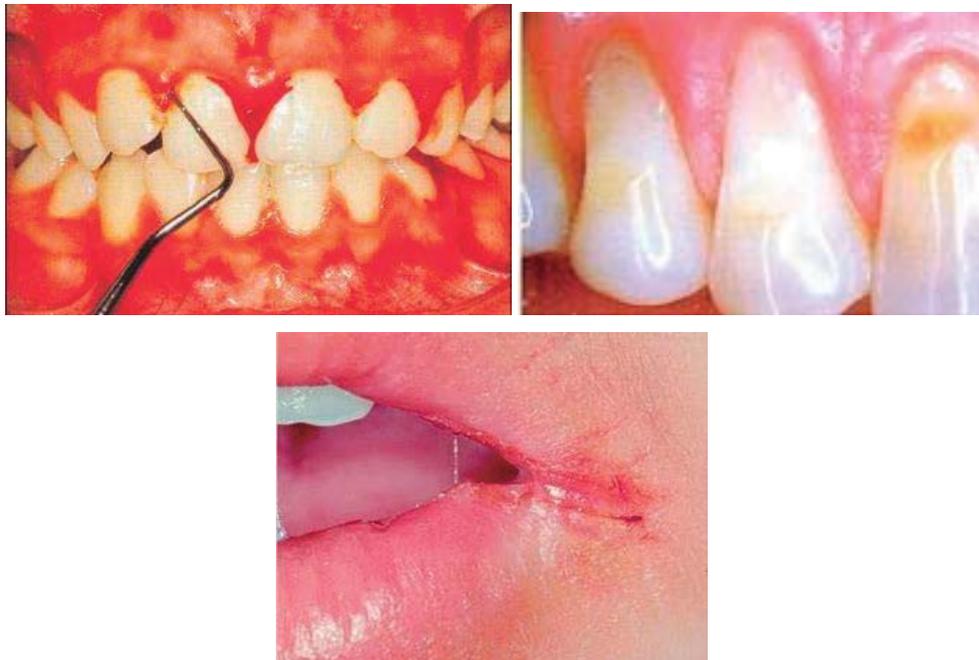


Fig. Gingivitis, recesiones gingivales y déficit de vitamina E causado por TCA.^{55, 56, 57}

⁵² Ochoa L. Op Cit. Pag. 51

⁵³ Gómez A, Op. Cit. Pag. 656

⁵⁴ Mora Ana BULIMIA Y ANOREXIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

GENERALIDADES Revista Científica Odontológica, vol. 10, núm. 1, enero-junio, 2014, pag. 75 Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica San José, Costa Rica

⁵⁵ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392009000200003

⁵⁶ <http://integral2012dracerda.blogspot.mx/2012/05/describir-la-clasificación-de-la.html>

⁵⁷ <http://vitaminashidro.blogspot.mx/2010/08/queilitis-por-carencia-de-riboflavina.html>



3.4 Lesión de tejidos blandos

Producto de los agentes químicos, la xerostomía, aunado a las posibles laceraciones producto de autoinducción al vómito, existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con dolor (disfagia).

Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo lesiones bucales como queilitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos de la alimentación. Estas lesiones pueden aparecer en cualquier área sin embargo es más común en la zona faríngea. El recambio epitelial se ve sumamente alterado por lo que el sanado es más lento.^{58, 59}



Fig. Queilitis, candidiasis, glositis y úlceras causados por TCA.^{60, 61, 62}

⁵⁸ Mora A. Op. Cit., pag. 75

⁵⁹ Ochoa L. Op. Cit. Pag. 52

⁶⁰ <http://lasaludfamiliar.com/contenido/articulos-salud-163.htm>

⁶¹ http://www.exodontia.info/Oral_Candidiasis.html

⁶² <http://monicameglez.blogspot.mx/>



3.5 Sialoadenitis

Definido como infección o inflamación dolorosa de glándulas salivales se presenta principalmente por invasión bacteriana o viral. Esto provoca que haya un descenso en la cantidad de flujo salival y un aumento en la densidad del mismo.

A pesar de que se considera el vómito como un agente causal, la razón no siempre es del todo clara, la mal nutrición está directamente relacionada a la sialoadenitis, por un aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y un cierto grado de fibrosis glandular no se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa aunque es frecuente encontrarlo. La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia nerviosa, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, La sialoadenitis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia nerviosa han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente.^{63, 64}

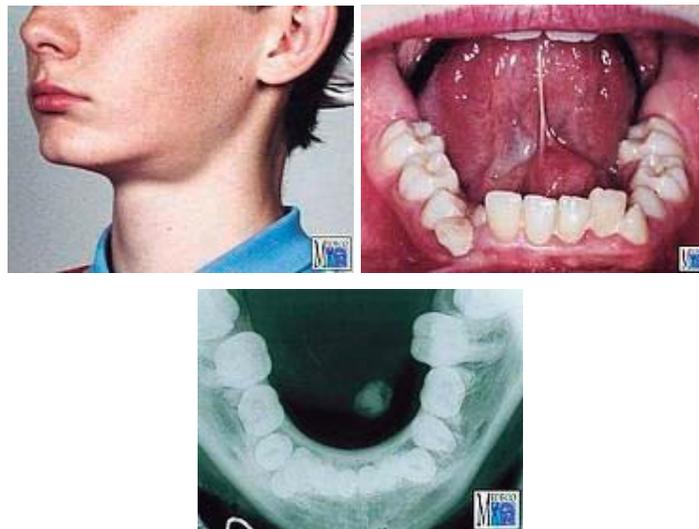


Fig. Imágenes clínicas y radiográficas de sialoadenitis.⁶⁵

⁶³ Ibidem. Pag. 53

⁶⁴ Ib. pag. 75

⁶⁵ <http://www.medeco.de/atlas-dentaire/speicheldruesen-erkrankungen/sialolithiasis/>



3.6 Xerostomía

El concepto de xerostomía implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva menor a un 50%. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. Uno de los primeros cambios que ocurren en la boca con xerostomía, es que la saliva se observa espumosa y aumenta la viscosidad de la misma, y sus efectos sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal pueden ser observados.

La saliva tiene funciones de gran importancia en la cavidad oral como son el habla, la masticación, la deglución, la digestión, protección de los órganos dentarios, labios y boca esto va a contribuir en el adecuado intercambio de minerales (Flúor y Calcio) para la remineralización dental, tiene capacidad anti bacteriana, antifúngica y antiviral que ayuda al equilibrio de la flora oral, por lo tanto, al existir una mayor cantidad de microorganismos en boca la probabilidad de que enfermedades como caries, candidiasis, gingivitis sea mayor.

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, las principales causas son el consumo de diversos tipos de medicamento.^{66, 67}

La ingesta de ciertos medicamentos es la principal etiología de la Xerostomía, pero rara vez provocan un daño irreversible a las glándulas salivales, por lo que estos fármacos son capaces de aumentar, disminuir o alterar la composición del fluido salival, posiblemente porque imitan la acción del sistema nervioso autónomo o por acción directa sobre los procesos celulares necesarios para la salivación. Pueden también afectar indirectamente el flujo salival o perturbar el flujo sanguíneo.

⁶⁶ Ibidem. Pag. 53

⁶⁷ Ib. pag. 75



El efecto de boca seca producido por un medicamento puede ser potenciado cuando se combina con otro, por ejemplo, la prescripción de psicotrópicos como son los neurolépticos junto a los antidepresivos prescritos en el tratamiento de personas con trastornos psicológicos emocionales.

Efectos sobre los tejidos blandos. La alteración de la película salival hace a los tejidos blandos más susceptibles a la desecación, desepitelización e injurias del medio ambiente, facilita la colonización por parte de la microbiota oportunista, y esto a su vez favorece la inflamación de las mucosas, la presencia de ulceraciones dolorosas, infecciones locales (candidiasis), sensibilidad, queilitis angular, ardor en la mucosa bucal y lengua con la consecuente dificultad para el paciente de comer, hablar, utilizar sus prótesis y dormir, lo que afecta su calidad de vida.⁶⁸



Fig. Xerostomía⁶⁹,⁷⁰

⁶⁸ Valicena M. Odontólogo Periodoncista UCV
Escalona, LA. Profesor agregado de la Facultad de Odontología de la UCV.
MANEJO TERAPEÚTICO DEL PACIENTE CON XEROSTOMÍA
VOLUMEN 39 N° 1 / 2001 > acta odontoogica venezolana ISN:0001-6365

⁶⁹ <http://mx.globedia.com/boca-seca-alimentos-combatirla>

⁷⁰ <http://www.gacetadental.com>



4 TRATAMIENTO DENTAL Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

4.1 Aportaciones odontológicas de atención primaria

Los pacientes que con algún trastorno de conducta no siempre se van a presentar a la consulta odontológica con una referencia indicando los antecedentes patológicos, por lo que, una anamnesis exhaustiva es indispensable para un adecuado plan de tratamiento. Ciertamente no se puede dar un tratamiento médico para un paciente del cual se sospecha que pueda presentar un trastorno de este tipo, pero sí se puede referir, en caso de duda, a un médico general de confianza. Una vez concluida la historia clínica, se procede con la exanimación extra oral e intra oral.⁷¹

4.2 Diagnóstico

Es fundamental una evaluación inicial con una completa historia clínica con el fin de conseguir un diagnóstico certero. Ya que en muchos casos, sobre todo en los pacientes con bulimia la apariencia física del paciente es totalmente normal debemos tener en cuenta y valorar otras entidades o causas de vómito recurrente distintas a la bulimia y que se asocian con signos sospechosos para nosotros.

4.3 Plan de tratamiento

El tratamiento Odontológico en este tipo de pacientes debe ser integral, no solo en el sentido meramente dental si no que debemos tener en cuenta aspectos psicológicos, médicos y nutricionales, para abordar todos las áreas de la persona a tratar. La interconsulta y solicitud de vistos buenos por parte de cardiólogos es indispensable en caso de tratamientos invasivos, y en donde exista un riesgo cardiovascular importante el paciente debe ser pre medicado con antibióticos antes de realizar tratamientos periodontales o extracciones dentales (previa autorización del cardiólogo). A nivel de mucosa y periodonto, se debe

⁷¹ Mora A. Op. Cit., pag. 72



iniciar eliminando focos infecciosos y lesiones orales importantes, con ayuda de medicación. Es importante incluir en esta fase terapias de fisioterapia oral, inculcar en el paciente la importancia de mantener una higiene dental adecuada acorde a las necesidades específicas de su enfermedad. El uso de pastas y colutorios con alto contenido de flúor puede ayudar a controlar la placa y eliminar zonas de sensibilidad. La xerostomía y la sialoadenitis generalmente van a tener una evolución satisfactoria con el inicio del tratamiento psicológico y a medida que el paciente evolucione en su enfermedad estos problemas se van a solucionar en su totalidad.⁷²

El tratamiento de la anorexia y la bulimia debe ser multidisciplinario. Estos pacientes precisan tratamiento médico, psicológico, farmacológico, nutricional y odontológico.

En cuanto al tratamiento o a las actuaciones preventivas mientras la enfermedad esté activa existen distintas recomendaciones:

1°. Corregir la hipofunción salival causada de los fármacos antidepresivos y alteraciones de las glándulas salivares, se deberá conseguir una buena hidratación, con el consumo de chicles sin azúcar para estimular el flujo salival. La realización de enjuagues durante todo el día para mantener húmeda la mucosa oral; el uso de sialogogos suaves como la anetoltritiona, a dosis de 25 mg en comprimidos (3 veces al día), o bien estimulantes más potentes como la pilocarpina en solución al 2% en gotas sublinguales en el piso de boca (3-4 veces al día).

2°. Disminuir la frecuencia de ingesta de alimentos y bebidas de tipo ácido, para reducir el potencial erosivo de éstas. Para favorecer la resistencia y remineralización de las superficies dentales, se realizarán aplicaciones de gel de flúor o barnices de 2 a 4 veces por año en la consulta dental.

⁷² Ibidem. Pag. 75 y 76



3°. Con el fin de aumentar la protección química a nivel oral, se deben neutralizar los ácidos de la boca por medio de la disolución de pastillas antiácidas sin azúcar 5 veces al día, especialmente tras ataques ácidos intrínsecos o extrínsecos o por medio de componentes de la dieta como el queso que proporciona fosfatos y calcio al medio oral.

4°. Deberá recomendarse la utilización de cepillos dentales blandos y dentífricos de bajo índice abrasivo; y en ningún caso proceder al cepillado directo inmediatamente después del ataque ácido en la boca, ya que en ese momento la erosión resultaría más fácil.

5°. Se recomendará el enjuague con agua o solución de bicarbonato de sodio para elevar el pH ácido en la cavidad oral y después proceder al cepillado suave.

6°. Con el fin de aumentar la protección mecánica en zonas de erosión donde encontremos dentina expuesta. En el caso en que el factor estrés esté presente, sería recomendable la confección de férulas oclusales a fin de minimizar las posibles fases de bruxismo.

Por último la monitorización de estos pacientes resulta de vital importancia dado 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 tópico, etc, deben ser muy estrictas en cuanto al tratamiento se refiere hace años se consideraba que los cuidados restauradores no se debían poner en práctica hasta que el paciente hubiera controlado el desorden alimentario, pero esta propuesta, además de no contribuir a la mejora del confort estético y psicológico del paciente, suponía 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.

La odontología adhesiva, de preparaciones sencillas y poco extensas por medio de composites 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 y por tanto una



restauración más compleja como una corona implica que por su preparación se elimine demasiada estructura dental sana, así pues las restauraciones parciales serían el tratamiento de primera elección en estos casos, además de proporcionar unos resultados estéticos aceptables y ser menos abrasivos con los dientes antagonistas que la porcelana.

En casos de mayor destrucción se debe proceder a una rehabilitación oral compleja con coronas de recubrimiento total. Los márgenes serán subgingivales en pacientes con buen estado periodontal. Se debe tener siempre presente 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 debe ir encaminada a que el paciente reciba tratamiento psicológico.⁷³

4.4 Rehabilitación

La parte restaurativa presenta un grado de complejidad importante por las lesiones erosivas y abrasivas, así como las fracturas incisales que van a presentar características similares a las lesiones producto del bruxismo. El sector anterior generalmente por el desgaste palatino y fracturas va a presentar un reto importante por la escasez de estructura dental, se debe valorar bien si el tratamiento prostodóntico puede ser una mejor opción, recubrir la estructura dental remanente con porcelana, protegiendo así el diente debilitado.

En esta fase el paciente está rehabilitándose psicológica, nutricional y físicamente por lo que un cambio importante a nivel oral puede significar un estímulo alto en la etapa de recuperación. La pérdida de dimensión vertical debido a las lesiones puede conllevar a problemas articulares importantes, por lo que la terapia física es importante así como la rehabilitación, aplicación de ejercicios de estimulación en músculos y

⁷³Gómez A, Op. Cit. Pag. 656 - 658.



articulación, puede colaborar en la disminución de dolor, mialgias y disfunciones de la ATM. Al finalizar la etapa restaurativa es importante inculcar al paciente en el uso de protectores bucales o guardas según sus necesidades. Por último el control periódico, al menos una vez cada tres meses, nos permite mantener un adecuado control de la salud oral en general.⁷⁴

⁷⁴ Mora A. Op. Cit., pag. 76



CONCLUSIONES

La anorexia y bulimia son trastornos alimenticios con un importante componente psicológico que cada vez abarca edades más pequeñas.

Tanto la anorexia que se caracteriza por la pérdida desmesurada de peso acompañada de vómitos autoinducidos, como la bulimia que se caracteriza por la ingesta compulsiva de grandes cantidades de alimentos, seguida de vómitos provocados, presentan alteraciones a nivel oral como consecuencia de los ácidos gástricos entre ellas encontramos erosión dental, xerostomía, sialoadenitis, lesiones de tejidos blandos entre otras. El reconocimiento de estos signos muchas veces es la primera aproximación al diagnóstico de la enfermedad sin embargo en los últimos años se ha vuelto una alarma social creciente pero desde el punto de vista odontológico se le ha dado poca relevancia.

Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el Cirujano dentista juega un rol importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos que usualmente son manejados tardíamente en las clínicas psiquiátricas. En este sentido, el Odontólogo más que restaurar de momento las afecciones provocadas por la anorexia y la bulimia nerviosa, es decir, debe observar, diagnosticar, prevenir y tratar su probable padecimiento, por lo tanto es de suma importancia el conocimiento y la capacitación acerca de cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en Odontología.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <http://www.mexicoproduce.mx/articulos/alimentacionSaludable.html>
Secretaría de agricultura ganadería y desarrollo rural pesca y alimentación SAGARPA
- <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Tellez M. E. Nutrición clínica 2ª edición 2014. Editorial el manual moderno, S.A de C.V México DF
- Perez B. Dietas normales y terapéuticas los alimentos en la salud y en la enfermedad 6ª. Edición ediciones científicas la prensa medica mexicana s.a de cv 2012.
- Mahan K., Escott S. Raymond J.L Krause Dietoterapia 13ª. Edición Editorial Elsevier 2013
- <http://cuidadoinfantil.net/cracteristicas-de-una-dieta-sana-par-ninos-de-3-anos.html>
- Cubero J., Cañada F., Costillo E., Franco L., Calderón A., Santos A.L. et al . La alimentación preescolar: educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Jul [citado 2015 Ene 30] ; 11(27): 337-345. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300018>.
- <http://www.revistalafuente.com/2014/09/los-ninos-se-estan-perdiendo-levantate.html>
- <http://reconstruye.com/amigos-en-la-adolescencia/>.
- Mataix J. Tratado de Nutrición y Alimentación vol. 2 verdú Edit. Oceano/ Ergon 2009.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Tanner.
- http://www.dra-amalia-arce.com/2012_09_01_archive.html
- <http://betsau.blogspot.mx>
- <http://toquedemujer.com/mujer-familia/los-trastornos-alimenticios-en-la-adolescencia>
- Bosque-Garza Jesús M. del, Caballero-Romo Alejandro. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2015 Feb 10] ; 66(5): 398-409. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002&lng=es.
- http://www.dominicos.net/santos/santa_catalina_de_siena/077estampa_de_santa_catalina_de_siena_3.html
- <http://www.thehistoryblog.com/archives/19304>
- Guía de transtornos alimenticios 1ª edición 2004 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud, México
- Cristina Cardoso, Guadalupe Villalón, Myriam Maroto Edo, Elena Barbería Leache Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia *JADA*, Vol. 2 N° 5 Octubre 2007



- Serra L. Aranceta J. Nutrición y salud publica métodos y bases científicas y aplicaciones 2ª. Edición, Editorial Masson 2006
- <http://blog.educastur.es/eureka/ambito-ct/ccnn-3%C2%BA-version-recuperada/>
- Borrego O. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol.24
- <http://adabe-adabe.blogspot.mx/2014/12/grupo-de-autoayuda-para-familiares-de.html>
- <http://www.dentalnotebook.com/caries-lesion-classification-g-v-black/>
- Gómez Jiménez, Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. RCOE 2000; 5(6)
- ZERÓN AGUSTIN REVISTA ADM EROSIÓN ACIDA TRIBILOGIA EN ODONTOLOGÍA , NUEVA VISIÓN AL DESGASTE DENTAL Vol. LXV, No. 5 Septiembre-Octubre 2009 PAG 12 A 16
- Ochoa Leonor. REVISTA ODONTOLOGICA MEXICANA FACULTAD DE ODONTOLOGIA VOL 12 NO.1 MARZO 2008
- http://sofialunab.blogspot.mx/2012_05_01_archive.html
- <http://juansebastianobar.blogspot.mx/2014/03/erosion-dental-como-la-erosion-del.html> <http://imgkid.com/bulimia-teeth-erosion.shtml>
- Mora Ana BULIMIA Y ANOREXIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA. GENERALIDADES Revista Científica Odontológica, vol. 10, núm. 1, enero-junio, 2014, Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica San José, Costa Rica
- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392009000200003
- <http://integral2012dracerda.blogspot.mx/2012/05/describir-la-clasificacion-de-la.html>
- <http://vitaminashidro.blogspot.mx/2010/08/queilitis-por-carencia-de-riboflavina.html>
- <http://lasaludfamiliar.com/contenido/articulos-salud-163.htm>
- http://www.exodontia.info/Oral_Candidiasis.html
- <http://monicameglez.blogspot.mx/>
- <http://www.medeco.de/atlas-dentaire/speicheldruesen-erkrankungen/sialolithiasis/>
- Valicena M. Odontólogo Periodoncista UCV Escalona, LA. Profesor agregado de la Facultad de Odontología de la UCV. MANEJO TERAPEÚTICO DEL PACIENTE CON XEROSTOMÍA VOLUMEN 39 N° 1 / 2001 > acta odontologica venezolana ISN:0001-6365
- <http://mx.globedia.com/boca-seca-alimentos-combatirla>
- <http://www.gacetadental.com>