



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ANORÉXICO EN
ODONTOLOGÍA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

VALENTÍN DE JESÚS MORENO DÍAZ.

TUTORA: Esp. DOLORES CARRASCO ORTIZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**Gracias a mis padres por creer en mí y apoyarme
siempre.**

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ANORÉXICO EN ODONTOLOGÍA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. GENERALIDADES DEL APARATO DIGESTIVO.	6
2. TRASTORNOS ALIMENTICIOS.....	17
2.1. Anorexia.....	19
2.2 Etiología.	21
2.3Clasificación.....	29
2.4 Diagnóstico clínico.....	30
2.5. Tratamiento.....	34
3. CARACTERÍSTICAS ORALES EN EL PACIENTE CON ANOREXIA.....	36
3.1 Lesiones dentales.	37
3.2 Alteraciones salivales.....	38
3.3 Lesiones en mucosas oral.....	40
3.4 Tratamiento.....	42
4. CONCLUSIONES.	44
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

INTRODUCCIÓN

La adaptación de la juventud a la sociedad moderna ha reflejado trastornos dentro de la conducta alimentaria, afectando principalmente a mujeres adolescentes. El cirujano dentista tiene la oportunidad de reconocer los signos tempranos de este trastorno alimentario y será recomendable realizar una interconsulta con el especialista correspondiente y garantizar un mejor resultado. Es importante mencionar que los trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia, tienen repercusiones importantes en la salud bucodental del paciente que las padece. Dentro de las manifestaciones más importantes y de mayor prevalencia destacan: desmineralización y erosión del esmalte, alteraciones de la mucosa y del periodonto. Debido a la naturaleza de estos trastornos, comúnmente no se le da la importancia a los problemas bucodentales, sin embargo, aunque éstos no ponen en riesgo la vida del paciente, deben tenerse en cuenta por su carácter irreversible y se debe actuar con prontitud en su diagnóstico y tratamiento. El tratamiento dental requiere un manejo odontológico adecuado y se debe considerar que será estrictamente enfocado a la recuperación y el control del paciente, por tratarse de un padecimiento multisistémico deberá ser atendido por un equipo multidisciplinario especializado, quienes de manera conjunta ayudarán a salvarle la vida e integridad a la persona que la padece.

Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el cirujano dentista juega un papel importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos que usualmente son manejados en etapa avanzada y ya no existen opciones curativas solo tratamientos radicales. En este trabajo se presenta una revisión bibliográfica general de anorexia, exponiendo aspectos generales del trastorno, las repercusiones que tiene en la cavidad oral y hacer consciencia de las conductas de prevención secundaria proporcionadas por el odontólogo

para disminuir el potencial de daño adicional en los dientes y la cavidad oral, así como para mejorar la calidad de vida del paciente.

Conocer el aparato digestivo y sus funciones sirve de referencia para poder entender que la anorexia altera no sólo el peso del paciente provocando lesiones físicas o bucales evidentes, también propicia el mal funcionamiento en órganos importantes. Por lo cual se revisará el aparato digestivo, su fisiología y generalidades para comprender el proceso entre salud y enfermedad.

1. GENERALIDADES DEL APARATO DIGESTIVO

La digestión es el proceso fisiológico durante el cual se transforman los alimentos en sus elementos moleculares, los cuales a su vez son metabolizados para producir la energía utilizada dentro de células, tejidos y órganos. El aparato digestivo está formado por el tracto gastrointestinal iniciando por la boca y los órganos accesorios, hasta terminar en el ano.

El tracto gastrointestinal también conocido como tracto digestivo, es una secuencia continua de órganos musculares tubulares, y son: la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso.

Además, la digestión requiere de la asistencia de los órganos accesorios para iniciar la digestión y proporcionar herramientas mecánicas o químicas para complementarla. Estos órganos incluyen los dientes, la lengua, las glándulas salivales, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.⁽¹⁾

El hígado y el páncreas son de suma importancia, ya que tienen una doble función, una es la función digestiva y otra las actividades de secreción hormonal. Ambos segregan jugos gástricos en el tracto gastrointestinal. Sin embargo, también el hígado realiza funciones metabólicas esenciales y el páncreas una función glandular endócrina al sintetizar y secretar insulina, estas funciones del aparato gastrointestinal al verse alteradas estando presente ante un trastorno como la anorexia sufren cambios notables que perjudican la salud del paciente.

Si se presenta un trastorno de alimentación regularmente inhibe la absorción y el metabolismo de los alimentos provocando alteraciones en el tracto gastrointestinal por lo que es importante analizar las estructuras relacionadas que podrían sufrir modificaciones en el proceso.⁽¹⁾

El tracto gastrointestinal tiene cuatro capas muy importantes de tejido, que varían microscópicamente según el lugar y la función en cuestión.

Las capas que conforman las estructuras digestivas son:

- La mucosa.
- La submucosa.
- La muscular.
- La serosa.

1) **La mucosa:** que reviste la luz de tubo digestivo, es la capa encargada de absorber y secretar los nutrientes de los alimentos principalmente. Consiste en un epitelio columnar simple que se apoya en una lámina propia, una capa delgada de tejido conjuntivo que contiene numerosos ganglios linfáticos, los cuales son importantes en la protección contra enfermedades infecciosas. Externa a la lámina propia se halla una delgada capa de músculo liso conocida como muscular de la mucosa. Es una capa muscular que determina la existencia de numerosos pliegues pequeño del tubo digestivo; estos pliegues aumentan varias veces el área de la superficie de absorción. Células especializadas en forma de copa (“calciformes”) que secretan moco a lo largo de la mayor parte del tubo digestivo.⁽²⁾

1) La submucosa: es una capa amplia de tejido conectivo moderadamente denso, contiene vasos sanguíneos y linfáticos, así como glándulas formando pliegues inervado por el plexo nervioso, que ayuda a regular la función de la mucosa.

2) Muscular externa: el tracto gastrointestinal proximal (boca, faringe y esófago proximal) y el esfínter anal externo, contienen músculo esquelético.

La muscular externa de las regiones intermedias, (estómago, intestino delgado, intestino grueso y recto) está formada por dos capas de músculo liso, una circular interna y una longitudinal externa; entre las dos capas del músculo se encuentra el plexo nervioso mientérico, una segunda red nerviosa que regula la capa muscular externa.

3) Serosa: es la capa más externa y está formada por el peritoneo visceral y una delgada capa de tejido conectivo laxo entre el peritoneo y la muscular externa. ⁽¹⁾ (Imagen 1)

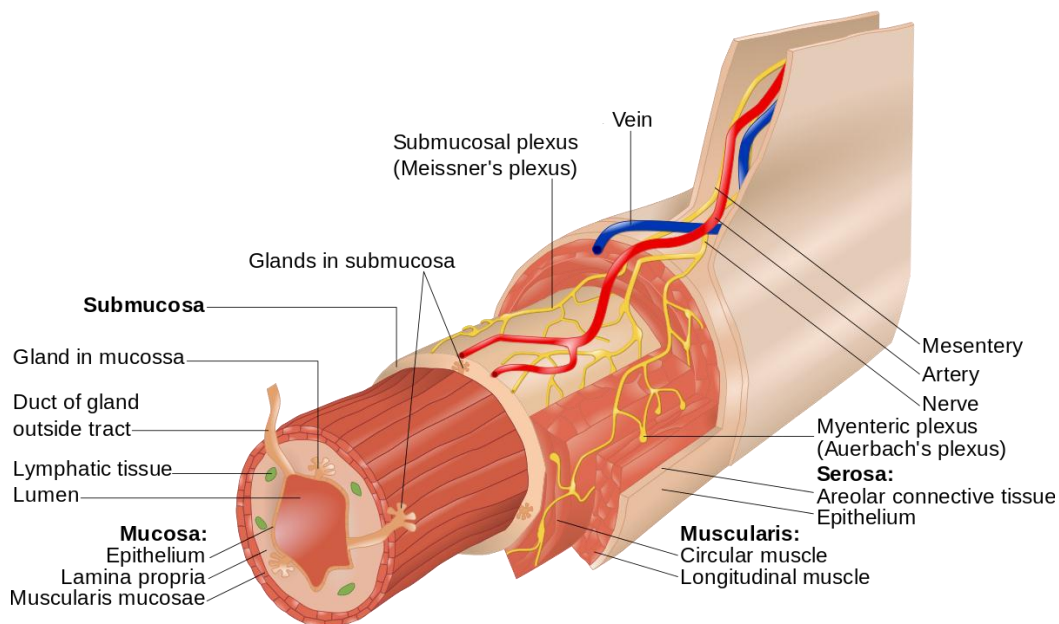


Imagen 1. Capas del aparato digestivo⁽¹⁾

Funciones del Aparato Digestivo:

1. El aparato digestivo tiene siete funciones importantes, las cuales son un conjunto de acciones dirigidas para procesar los alimentos. ⁽¹⁾
2. La ingestión es el proceso en el cual se introduce la comida en la cavidad bucal. ⁽¹⁾

3. La secreción es la liberación de agua con ácido, amortiguadores y/o enzimas gástricas, por parte de las células epiteliales y los órganos digestivos accesorios. Las enzimas son moléculas, generalmente proteínas, diseñadas para acelerar reacciones químicas específicas. ⁽¹⁾
4. La digestión mecánica es la separación y el corte de los alimentos en trozos pequeños con los dientes y por la acción de degradación del estómago. La digestión química es la separación de las moléculas grandes de los alimentos en otras más pequeñas. ⁽¹⁾
5. La motilidad, son las contracciones musculares del tracto gastrointestinal que proporcionan movilidad, y que desplazan físicamente los productos alimenticios de un lugar a otro. ^(1,3)
El peristaltismo: es una onda de contracción del músculo circular que pasa por el tracto gastrointestinal e impulsa el bolo alimenticio, se produce en todo el tracto, pero en mayor medida en el intestino delgado. ^(1,3)
La segmentación: Es una constricción que presenta espasmos y relajaciones regulares del músculo. En la mayoría de los casos, sirve para mezclar su contenido en lugar de impulsarlo por el tracto. ^(1,3)
6. *La absorción* es la captación de moléculas pequeñas desde el tracto gastrointestinal hacia la sangre o la linfa. ^(1,3)
7. *La defecación* es el paso de las heces (material alimenticio no digerible, compactado junto a bacterias y células epiteliales desprendidas) por el ano tras haber hecho la digestión. ^(1,2)

Digestión

Durante el proceso químico los alimentos se descomponen de la siguiente manera:

Los carbohidratos: se descomponen en monosacáridos (moléculas simples de azúcar). ⁽¹⁾

Los triglicéridos: son la forma más común de los lípidos ingeridos y se descomponen cada uno en monoglicéridos (un glicerol unido a un ácido graso) y dos ácidos grasos libres. ^(1,2)

Las proteínas: se consumen ya sea en alimentos de origen vegetal o animal, se dividen en polipéptidos o aminoácidos individuales. ^(1,2)

Boca y estructuras asociadas

La cavidad oral se delimita con el vestíbulo, el paladar, la lengua, los labios y la faringe, toda la superficie está recubierta por mucosa escamosa estratificada que, como la epidermis, está diseñada para soportar la fricción y fuertes presiones, desprendiendo células todos los días. ⁽¹⁾

Los labios son pliegues de tejido que forman el borde anterior y enmarcan la apertura de la boca. El exterior está revestido por piel y el interior por mucosa, dentro de cada labio se encuentra un pequeño pliegue de tejido, llamado frenillo labial, cuya función es reforzar la unión del labio con el maxilar superior y el labio inferior con la mandíbula, los labios sellan la boca al tragar, masticar y manipular alimentos. Son importantes en el habla, y se conjunta con el carrillo para formar el borde lateral de la boca. ^(1,3)

Tanto los labios como el carrillo contienen músculo esquelético que permiten el movimiento voluntario.

El paladar forma la parte superior de la boca. Está dividido en una parte anterior del paladar duro, está cubierto por placas óseas de los huesos maxilares y palatinos y funciona como una superficie dura, contra la cual la lengua puede manipular los alimentos. La parte posterior del paladar o paladar blando, es un repliegue móvil de tejido formado principalmente por músculo esquelético que se extiende hacia atrás desde el paladar duro. En la parte media de la orofaringe se encuentra la úvula, una prolongación de tejido blando que durante la deglución la úvula y el paladar se retraen hacia arriba para evitar que los alimentos entren en la parte posterior de la nariz (nasofaringe) a los lados el velo del paladar se une a pliegues verticales del

tejido que contienen las amígdalas palatinas y se extienden hacia abajo para unirse con la base de la lengua.⁽²⁾

(Imagen 2)

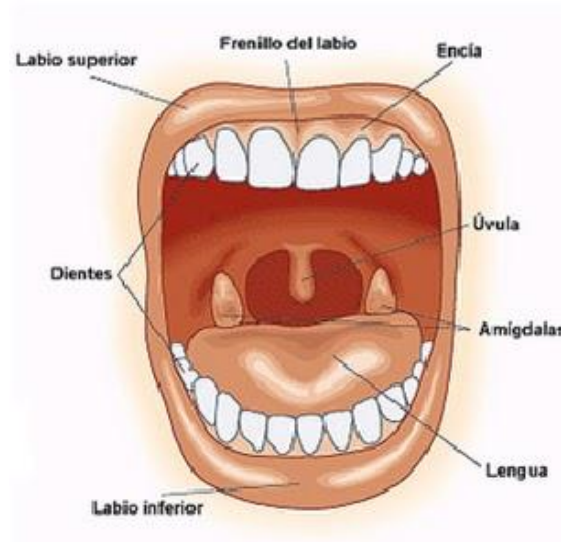


Imagen 2. Cavidad oral y estructuras asociadas⁽²⁾

La lengua ocupa el piso de la boca. La mayor parte de su volumen está formado por músculo esquelético, lo que permite la masticación, la deglución y el habla. El dorso de la lengua contiene papilas gustativas. La lengua se estrecha en la parte anterior e inferior formando el frenillo labial, que ancla la lengua en el piso de la boca y evita que se mueva hacia atrás durante la deglución o el sueño.^(2,3)

Los dientes son órganos duros especializados, inician su proceso fisiológico con la dentición temporal que cronológicamente erupcionan a la edad de los seis meses y periódicamente, hasta que a los dos o tres años termina su erupción, dando continuidad a los dientes permanentes que inician alrededor de los seis años a medida que sufren un proceso de resorción que impide su permanencia en boca. Los humanos normalmente cuentan con 32 dientes permanentes, con diversas formas y funciones de acuerdo con su ubicación.

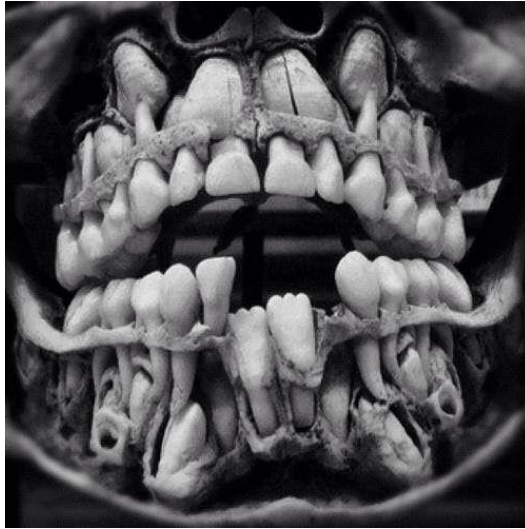


Imagen 3. Dentición mixta, niño de 6 años de edad. ⁽³⁾

Por otra parte, existen las glándulas salivales situadas más allá de los límites de la boca y que vacían sus secreciones en la cavidad bucal.

Las glándulas parótidas, son las glándulas salivales más grandes y están situadas detrás de la rama ascendente del maxilar inferior al lado del oído. Su conducto secretor denominado conducto parotideo, atraviesa el músculo bucinador y desemboca en la cavidad oral, a nivel del segundo molar superior. ^(1,2)

Las glándulas submaxilares: tienen alrededor de un tercio del tamaño de las parótidas, se hallan situadas contra la cara interna del maxilar inferior. Desembocan, por medio de los conductos de Wharton, a los lados del frenillo de la lengua.

Las glándulas sublinguales: son las más pequeñas, están situadas en el piso de la boca, debajo de la punta de la lengua, poseen numerosos conductos secretores, el principal llamado conducto Rivinus, conducto de Bartholin, que se abre detrás de los conductos de Wharton. ^(1,2)

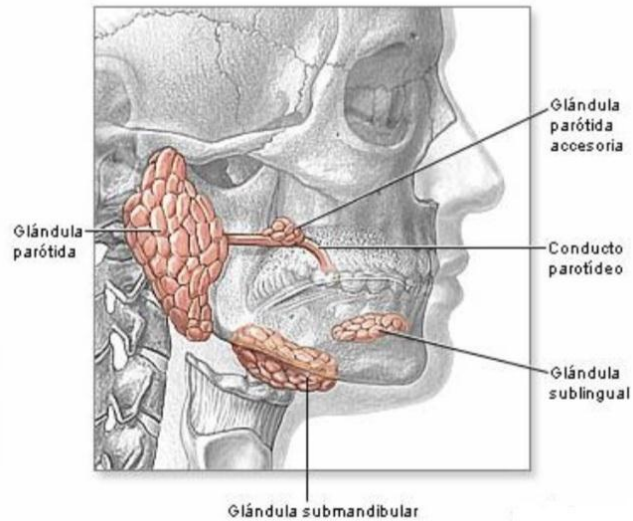


Imagen 4. Glándulas salivales mayores de la cavidad oral⁽⁴⁾

La saliva es una secreción exocrina compleja, importante en el mantenimiento de la homeostasis de la cavidad oral. Es bien conocido que las funciones de la saliva son, en relación con el flujo y la composición molecular (proteínas, glucoproteínas y fosfoproteínas) protegen los tejidos bucales contra la desecación, defenderlo de las agresiones del medio ambiente, modular los procesos de desmineralización-rem mineralización, y lubricar las superficies oclusales.⁽³⁾

La saliva está formada principalmente por materia orgánica e inorgánica, agua (98%) una gran variedad de sustancias como los electrolitos (sodio, potasio, calcio, magnesio, cloruro, bicarbonato y fosfato), moco (mucopolisacáridos y glicoproteínas), compuestos antibacterianos (tiocianato, peróxido de hidrogeno e inmunoglobulina A) y enzimas (amilasa, lisozima y lipasa lingual, células y bacterias). Existen tres tipos de saliva:

- 1) Mucosa. (Secreta en la sublingual, submandibular)
- 2) Serosa.(Parotidia)
- 3) Mixta.(Sublingual)

La saliva contiene anticuerpos, inmunoglobulinas A (IgA), enzimas y proteínas que mantienen la homeostasis en la población bacteriana bucal. Un ejemplo de ello son la mucina y la amilasa.

La Mucina absorbe agua para forma moco, lubrica los alimentos y favorece la deglución que cumple con una función del sistema inmune atrapando organismos patógenos. ^(1,2)

La Amilasa es una enzima que inicia la digestión de los carbohidratos, ésta descompone el almidón en el disacárido maltosa, el almidón es un carbohidrato que actúa como reserva de energía en los vegetales, por lo tanto cuando la amilasa actúa sobre el almidón, lo degrada convirtiéndolo en azúcares simples a través de una reacción metabólica, al igual que las glándulas salivales, el páncreas descompone el almidón para que el organismo pueda absorber nutrientes de los alimentos ⁽²⁾

En el proceso de ingesta, los alimentos están en la boca durante poco tiempo, pero suficiente para que ocurran diversos procesos como son: la secreción, la motilidad, la digestión y la absorción. ^(2,3)

Secreción: las glándulas secretan saliva en la cavidad bucal, ésta puede ser serosa, mucosa o mixta. ^(2,3)

La lengua manipula los alimentos para la masticación y la deglución, originando por medio de la saliva un bolo alimenticio. ^(2,3)

Los dientes y la lengua en conjunto con los carrillos, trabajan para iniciar la digestión mecánica dividiendo los alimentos en trozos más pequeños (maceración) y mezclándolos con la saliva. La amilasa salival comienza a digerir químicamente los almidones, aunque sólo puede acceder a aquéllos presentes en porciones de alimento relativamente grandes. ^(2,3)

Las moléculas de los alimentos no se absorben en la boca, cuando el alimento es deglutido, va en primer lugar desde la boca hacia la orofaringe. ^(2,3)

El esófago es un tubo de músculo liso de pared gruesa de unos 25 cm de largo, que comienza en el extremo inferior de la laringofaringe, se extiende hacia abajo por delante de la columna vertebral. Pasa a través de una abertura en el diafragma (el hiato) y termina en su unión con el estómago. Ésta se estabiliza, en su parte superior gracias a su conexión con la laringofaringe y por debajo por el diafragma q lo rodea.^(2,3)

El esófago facilita el desplazamiento suave hacia abajo de los alimentos. En el extremo inferior se presenta epitelio escamoso, el cual se une con el estómago por una región llamada unión gastroesofágica, en este punto el epitelio escamoso cambia bruscamente al epitelio cilíndrico resistente a los ácidos que secreta el moco que recubre el estómago.⁽³⁾

Está formado por cuatro regiones principales:

- El cardias.
- El fundus.
- El cuerpo.
- El píloro.

El cardias es el anillo del estómago que colinda con el esófago, se denomina así porque el corazón se encuentra justo por encima de esta región, en el otro lado del diafragma.

El fundus es la porción superior del estómago proximal al cardias.

El cuerpo es la parte más grande y principal del estómago.

El píloro está situado entre el estómago y el duodeno, es un engrosamiento de las fibras musculares de la pared del tubo digestivo que forma un esfínter con la finalidad de controlar el vaciado gástrico. Normalmente se encuentra en estado de contracción, pero se relaja periódicamente en coordinación con los movimientos peristálticos.⁽⁴⁾

La pared del estómago está formada por las capas características de todo el tubo digestivo: mucosa, submucosa, muscular y serosa. La mucosa cuenta con células que producen moco, ácido clorhídrico y enzimas digestivas.⁽⁴⁾

Las estructuras del tracto gastrointestinal cumplen con funciones específicas, las cuales mantienen la salud de los seres humanos en perfecto orden, en caso de verse alteradas por hábitos incorrectos en la ingesta de los alimentos, ya sea por ayunos prolongados o por no mantener una dieta adecuada, el sistema sufriría cambios, por lo que los trastornos de alimentación repercuten de manera importante en la función y salud de las personas que la padecen. (Imagen 5)

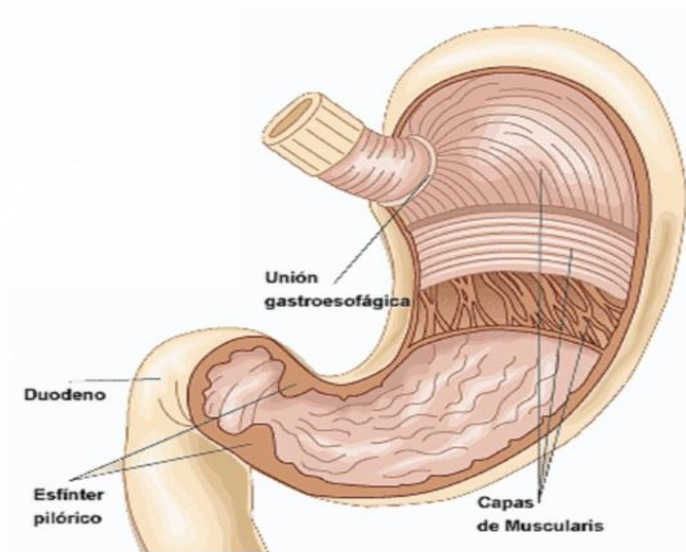


Imagen 5. Zonas anatómicas del estómago ⁽⁵⁾

2. TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Es muy importante contemplar a los trastornos de la alimentación en la actualidad como un tema complejo, tomando en cuenta que el estado físico, los factores psicológicos y sociales, pueden alterar el entorno del individuo, la sociedad tiene repercusión importante en la salud, dando origen a un modelo de comportamiento bio-psico-social de salud y enfermedad relacionado con el estilo de vida. Siendo éste el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento habituales del individuo que pueden provocar una distorsión de la realidad, y por eso la anorexia es uno de los trastornos más frecuentes que afectan a la población en etapas pre-pubertad y post-pubertad. El desarrollo de los individuos en esta sociedad puede favorecer a una correcta y saludable adaptación, pero si no es correcta, se altera su comportamiento, dando pie a un trastorno conductual. ⁽⁷⁾

El comportamiento social incorrecto incentiva problemas de adaptación y desarrollo inadecuado, aunado a que los medios de comunicación en la actualidad proporcionan tendencias, las cuales generan aspiraciones incorrectas por los estándares físicos manejados, propiciando problemas sobre la conducta de un individuo al relacionarse con otras personas; la convivencia familiar es muy importante ya que se convierte en la base de la formación de un individuo saludable. ⁽⁷⁾

Por otra parte, el comportamiento social se puede alterar de manera importante y generar trastornos alimenticios, ya que el deseo individual de pertenecer o simpatizar con un grupo puede llevar a limitar o alterar el comportamiento de una persona dando inicio a cambios que podrían ser irreversibles para agrandar a otros, responderían sometándose a sistemas de control de peso innecesario, las personas con mayor vulnerabilidad ante la actitud de riesgo anteponen realizar hábitos exagerados como jornadas de ejercicio extenuantes. ⁽⁷⁾

Factores como la presencia de obesidad, rechazo físico e incluso las dificultades en el núcleo familiar pueden exacerbar el problema, de esta

misma manera se debe de prestar atención a los signos que pueden precipitar la presencia de un desequilibrio psicológico. Las señales predisponentes que sitúan al individuo en riesgo son cambios corporales propios de la adolescencia o debido a enfermedades como el cáncer, que pueden provocar pérdida acelerada de peso, accidentes que marquen de por vida la imagen física, acontecimientos vitales personales o familiares (luto, depresión, etc.).⁽⁷⁾

Los trastornos alimenticios son de real relevancia ya que se ha llegado al extremo de generar una presión social, el porcentaje de adolescentes con hábitos de riesgo para los trastornos de alimentación se han disparado en nuestro entorno, por lo cual se han realizado extensos estudios para identificar el factor detonante y así poder tratarlos. La Anorexia y la Bulimia, como trastornos precursores de un cambio radical, no sólo en su comportamiento, también en su forma de vivir, llevándolos al extremo de visualizar de manera distorsionada la realidad, a tal punto de provocarles la muerte, en etapas muy avanzadas.

Por tanto, existe una necesidad de prevenir estos trastornos de manera temprana y así evitar complicaciones a corto plazo. (Figura 6)

En caso de trastornos o enfermedades poblacionales graves, se puede realizar un “cribaje” o un “screening”, necesario cuando es de índice poblacional alto, manejando un método de diagnóstico adecuado y específico, por lo cual se debe manejar de manera correcta la identificación del trastorno para poder diagnosticarlo y tratarlo de la mejor manera.⁽⁷⁾



Imagen 6. Percepción alterada de las dimensiones y otras características del cuerpo.⁽⁶⁾

Antecedentes.

Los primeros reportes de anorexia datan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya entonces se definía como un trastorno alimenticio asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado “Consumición Nerviosa”; otros autores como Lasègue en 1873 y Gull en 1874, asocian el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue, como ayuno psicógeno: el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación (síndrome consuntivo). Desde entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia en países como EUA, Francia, Alemania, Inglaterra, Italia, entre otros. En muchos de estos reportes ya se asociaba a la anorexia con síntomas de bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente bulimia y hay que notar que se consideraba a la misma como un mero síntoma de la anorexia, por lo tanto también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y revisión del “Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders” (DSM-III-R) de la American Psychiatric Association.⁽⁸⁾

2.1 Anorexia

La anorexia es un desorden alimenticio común en nuestra sociedad, caracterizado por un bajo peso corporal y una imagen física distorsionada. (Imagen 7)

La organización mundial de la salud **(OMS)** ha transmitido la siguiente definición global para poder entenderla de mejor manera y así lograr identificarla:

“La anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida excesiva de peso, mantenido por el enfermo. Es una enfermedad mental derivada de un temor intenso a la obesidad, en la que la persona genera una clase de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto “(9)



Imagen 7. Trastorno psicológico temor intenso a subir de peso. ⁽⁷⁾

Hoy en día, la juventud es asociada con la anorexia ampliándose en estadísticas a pacientes pediátricos o geriátricos, estudios relacionados a este trastorno reflejan una crisis de identidad, ya que los estándares sociales influyen de manera significativa y modifican el comportamiento personal. Los jóvenes con anorexia o algún trastorno psicológico, en su mayoría tienden a no adaptarse, intentando pertenecer a un grupo, modificando su estado físico e incluso su personalidad. Los medios de comunicación influyen de manera negativa provocando mayor confusión, actuando en aquellas personas que carecen de criterio propio o bien de una sólida formación.

La juventud es la más afectada y con repercusiones graves por falta de seguridad o identidad. Las repercusiones psicológicas en la mayoría de los casos son ocasionadas por la misma persona, reflejando no ser la única causa que pudiera provocar esta enfermedad.

2.2 Etiología

La etiología de la anorexia es multifactorial, ya que sus causas son de origen variado, desde lo psicológico hasta lo fisiológico, en éstas se contemplan varias teorías relacionadas con trastornos de alimentación o comportamiento social, los cambios parecen ser secundarios, contemplando efectos de inanición, pérdida de peso, desnutrición y estrés.⁽¹⁰⁾

Las vías serotoninérgicas son muy importantes en el comportamiento de los pacientes con trastornos de alimentación, cada una tiene una función específica las cuales pueden regular o alterar el sistema fisiológico cerebral y conductual, desencadenando alteraciones tales como anorexia o bulimia.⁽¹¹⁾

La serotonina estimula el músculo liso y disminuye la secreción gástrica, provocando alteraciones en la absorción de los nutrientes.⁽¹¹⁾

Las neuronas que utilizan la serotonina como neurotransmisor están situadas en los núcleos del rafe y sus vías se proyectan a:

- 1) La corteza prefrontal. Regulan el estado de ánimo.
- 2) Los ganglios basales. Intervienen en los movimientos y en las obsesiones-compulsiones.
- 3) Sistema límbico. Están implicadas en la ansiedad.
- 4) Hipotálamo. Influye en la conducta alimentaria.
- 5) Centros del sueño del tronco cerebral. Regulan el sueño.
- 6) Medula espinal. Controla determinados reflejos que tienen gran importancia en la respuesta sexual.
- 7) Zona quimiorreceptora del tronco cerebral. Interviene en el vómito.
- 8) Receptores periféricos del intestino. Interviene en la motilidad intestinal.⁽¹¹⁾

Mecanismo Neuronal

- Genéticos: el acumulo familiar, destacando en el sexo femenino la predisposición de la carga genética.⁽⁵⁾

Existe mayor prevalencia del síndrome de Turner.

Las personas con anorexia pueden presentar trastornos de personalidad, depresión, neurosis obsesiva problemas en control de impulsos, abuso de alcohol como antecedentes heredofamiliares.⁽⁵⁾

- Bioquímicos: Regulación de hambre a nivel hipotálamo lateral, induciendo
- sensación de hambre y en los núcleos ventromedial y para-ventricular provocando saciedad.

(El hipotálamo es una de las estructuras cerebrales con un papel más importante en la regulación de los estados de ánimo, de la temperatura corporal, del sueño, de los impulsos sexuales, del hambre y la sed).⁽³⁾

Por su relación con la regulación de las emociones y los estados fisiológicos, se considera que el hipotálamo forma parte del sistema límbico, el conjunto de partes del cerebro relacionada directamente con la generación de las emociones. Se puede decir que el hipotálamo se encarga de poner en marcha y coordinar entre sí buena parte de los procesos que nos permiten sobrevivir y adaptarnos a situaciones cambiantes.⁽³⁾

Además, el hipotálamo está ubicado cerca del tronco del encéfalo e interviene en las funciones básicas que garantizan nuestra supervivencia y que, por tanto, se realizan de manera involuntaria, sin que nos demos cuenta. Además de actuar como puente entre el cerebro y el sistema endócrino, coordina todo lo que se realiza a través del sistema nervioso autónomo, es decir, el que le envía órdenes a partes del cuerpo para que éstas se adapten a cada situación.⁽³⁾

Entre los procesos que se encarga de regular el hipotálamo se encuentran:

- Los niveles de sueño y el ciclo circadiano.
- La excitación sexual y la conducta asociada a ella.
- El nivel de hambre.
- La presión sanguínea.
- La tensión muscular.
- La temperatura corporal.
- Los niveles de energía disponibles.

Entre los neurotransmisores, la serotonina disminuye la cantidad y la duración de las comidas y la activación noradrenérgica aumenta la ingesta en cada comida, favoreciendo la preferencia por carbohidratos y disminuyendo la de proteínas.⁽⁶⁾

La influencia dopamínica depende del horario, por la mañana aumenta la ingesta de carbohidratos y en la cena de grasas.⁽¹¹⁾

A nivel central, los opioides endógenos estimulan la ingesta preferentemente de proteínas y grasas. Los neuropéptidos Y e YY inducen el apetito especialmente de carbohidratos. La hormona protirelina liberadora de tirotropina (TRH) y el factor liberador de corticotropina (CRF) inhiben la ingesta de proteínas, grasas y estimula la secreción de la prolactina.

La colecistoquinina (CCK) disminuye el apetito inhibiendo el vaciamiento gástrico.⁽¹¹⁾

Las hormonas gastrointestinales (gastrina, secretina, poli-péptido inhibidor gástrico) disminuyen la ingesta al identificar el vaciamiento gástrico.

La motilina estimula el movimiento gástrico y del intestino al favorecer el proceso de la digestión e inhibe la secreción de insulina. El glucagón, la bombesina y la somatostatina la disminuyen. A altos niveles de otra hormona, la vasopresina, podría jugar un papel en la conducta obsesiva de los pacientes con trastornos de la conducta alimenticia.⁽¹¹⁾

Mecanismos físicos

1. Para poder localizar diferencias en los pacientes con anorexia y personas que no presenten el padecimiento es necesario recurrir a auxiliares de diagnóstico para obtener mejores resultados, ya que estos pacientes presentan alteraciones a nivel cerebral y de densidad ósea, por lo cual se recurre a la técnica de neuroimagen.
2. Las técnicas de neuroimagen estructural más utilizadas son la tomografía axial computada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) (Imagen 8). En la tomografía axial computarizada (TAC) se ha encontrado reducción del

volumen de sustancia gris que persiste tras la recuperación del peso y dilatación de los ventrículos laterales. ⁽¹¹⁾

- Hipermetabolismo global de glucosa cerebral en pacientes de bajo peso, en los registros de Tomografía. ⁽¹¹⁾
- La aparición de anorexia en tumores cerebrales (con especial incidencia de células germinales) y tras otras lesiones hipotalámicas hacen sospechar de alguna anomalía estructural hipotalámica no identificada como factor etiopatogénico en algunos casos de esta enfermedad. ⁽⁸⁾

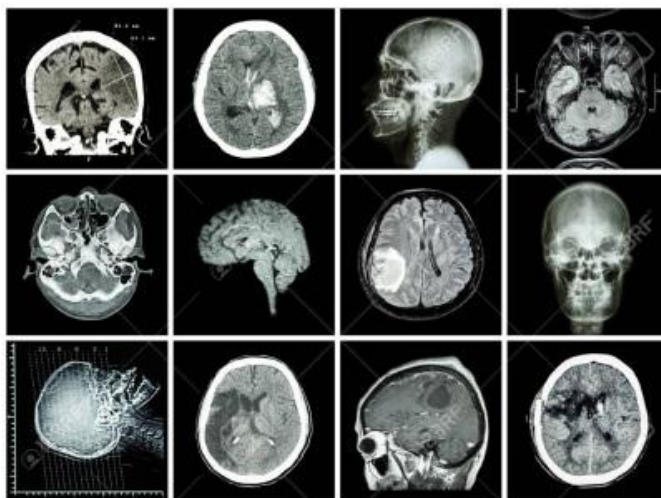
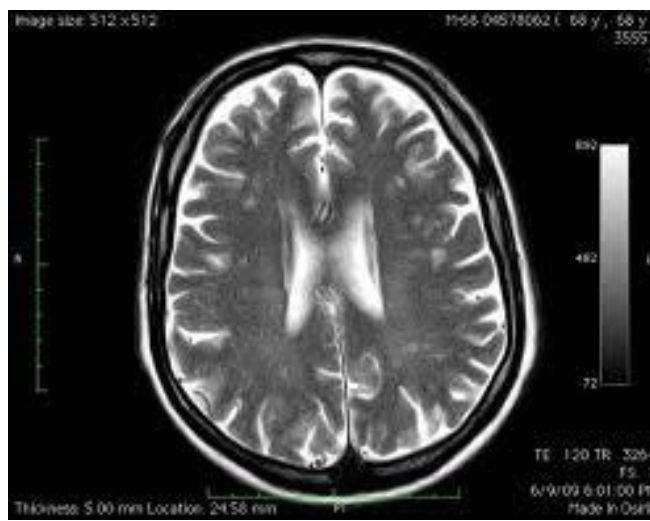


IMAGEN 8. Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computarizada observándose los daños en la Densidad cerebral.

El diagnóstico adecuado representa la diferencia para una persona que padece el trastorno, tomando en cuenta que este tipo de pacientes sufren alteración de comportamiento al alimentarse. Desde el punto de vista psiquiátrico, se duda de una causa exclusivamente biológica debido a los datos de prevalencia que clasifican a estos pacientes dentro de un estrato socioeconómico medio alto en la mayoría de los casos, por lo cual se ha propuesto una secuencia de eventos con directa relación al trastorno:

- 1) La causa principal en la mayoría de los casos es psicológica.
- 2) La reacción psicogenética influye sobre los centros hipotalámicos del apetito aboliendo la sensación del hambre.
- 3) La anorexia conduce a hipofagia, disminución del aporte calórico, desnutrición, eliminación del tejido adiposo y acentuación del catabolismo proteico.

Al ser este un trastorno de la conducta alimentaria, se tendría que hacer referencia a las circunstancias que predisponen una disfunción en el comportamiento del afectado. Por mencionar algunas, nos referimos a cuestiones sociales y aspectos psicológicos, dando origen a los trastornos de alimentación, también menciona que detrás hay toda una serie de dificultades como un inadecuado hábito, exacerbando el deseo de no engordar, conjugado con desequilibrios emocionales y generando autoevaluaciones negativas o incorrectas, relacionando componente de las características conductuales de este problema.⁽⁸⁾

Signos de la anorexia

Las personas con algún trastorno alimenticio, siempre presentan un comportamiento extraño en presencia de alimentos, los signos físicos, son una característica de estos pacientes al igual que el cambio de personalidad y comportamiento social alterado, reflejando duda e inseguridad al intentar socializar.⁽¹¹⁾

Las personas con este padecimiento presentan señales específicas, como puede ser:

- Restringir ciertos alimentos con un potencial calórico elevado. ⁽¹¹⁾
- Suministrar una cantidad menor de alimento, este hábito se realizará paulatinamente para no llamar la atención. ⁽¹¹⁾
- Aumentar la actividad física realizando algún deporte e incrementando las jornadas para disfrazar la pérdida de peso. ⁽¹¹⁾
- Cambio de estado de ánimo notorio, se exaltan con facilidad, suelen ser explosivos y un tanto agresivos, de encontrarse en un estado de depresión pueden cambiar a un estado de euforia con facilidad. ⁽¹¹⁾

Es importante conocer las características de la enfermedad para poder diagnosticarla en una fase temprana reconociendo actitudes, conductas inapropiadas, o rasgos de personalidad que puedan hacer notar que la persona está relacionada con un trastorno de alimentación. (Imagen 9). ⁽¹¹⁾



Imagen 9. La alimentación restringida como un signo de la anorexia. ⁽⁹⁾

En estudios recientes se contemplan modelos conductuales los cuales señalan signos determinantes para la identificación de trastornos de alimentación.

Modelo de etiología multideterminada (Toro y Vilardell 1987).⁽¹³⁾

En este modelo se encuentran enumeradas las posibles causas del problema, mencionando antecedentes históricos relacionados con los trastornos de alimentación.⁽¹³⁾

Toro y Vilardell definen a la anorexia como una falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes y que puede ser muy grave.⁽¹³⁾

Señalan que a lo largo del tiempo la anorexia estaba relacionada con aspectos religiosos, obediencia, castidad y pulcritud. Mencionando que los primeros cristianos predicaban el ayuno como penitencia o como medio para lograr un estado espiritual elevado, de cierto modo como bendición de Dios.

Modelo biconductual de la anorexia (Epling y Pierce, 1991).

Este modelo presenta factores específicos para el trastorno, al presentar las relaciones existentes entre los componentes del problema conductual.

Relaciona los acontecimientos culturales con investigación científica dando a conocer una tabla de factores a considerar.⁽¹³⁾ (Ver tabla 1)

FACTORES PREDISPONENTES	FATORES DESENCADENANTE	FACTORES DE MANTENIMIENTO
Genéticos	Situaciones aversivas	Consecuencias
Trastorno afectivos	Separación y pérdidas	Interacción familiar
Personal	Contactos sexuales	Interacción social
Obesidad	Otros	
Elementos socioculturales		

Tabla 1. Factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento teniendo como parámetro el comportamiento psicológico y social.⁽¹⁾

Este modelo menciona que el aumento de actividad disminuye la sensación de hambre o mejor dicho estimula la saciedad en los pacientes.

La restricción alimentaria y el ejercicio físico provocan síntomas de anorexia (preocupación por comida, vómitos, distorsión de la imagen corporal, pérdida de la libido, depresión) (**Beumont 1991**).⁽¹³⁾

El ciclo actividad-restricción de alimento, explica porque gimnastas, atletas y anoréxicos tienen problemas de carácter alimentario (**Garner y Grafinkle 1980; Mansfield y Emans 1989**).⁽¹³⁾

Los criterios de DSM IV TR Anorexia.

(Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

El criterio hace referencia al rechazo de mantener el peso corporal, en nuestra sociedad es utilizada comúnmente por la mayoría de las personas sin relación con la comida, si una persona mantiene una dieta restrictiva durante un largo tiempo, pierde como consecuencia de ello mucho peso, así como un miedo intenso a engordar puede no recibir un diagnóstico de anorexia por no alcanzar un peso corporal que suponga un 85% respecto al esperado para su edad.⁽¹³⁾

Esta clasificación no indica cómo determinar la presencia de miedo a la obesidad, sólo detalla la alteración de la valoración de su peso e imagen corporal, así como de una auto-evaluación general como persona.⁽¹³⁾

Estos problemas dan lugar a numerosos cambios a nivel endócrino; el responsable de la amenorrea es solo uno de ellos, siendo consecuencia de la pérdida de peso, aunque se necesita realizar un diagnóstico diferencial para saber si ese es el factor causal del problema.⁽¹³⁾

2.3 Clasificación

La anorexia es un padecimiento alimentario que puede presentar algunas variantes, las cuales podemos clasificar como:

- Anorexia restrictiva.
- Anorexia compulsiva/ purgativa.

Anorexia restrictiva

Puede comenzar abruptamente como un episodio aislado o como un proceso insidioso a lo largo de meses o años. Se presenta como una enfermedad fluctuante con varias exacerbaciones y remisiones o puede progresar irremediadamente hasta llegar a la muerte. La disminución de peso, trastornos endócrinos, amenorrea, estreñimiento, desequilibrios térmicos, trastornos cardiovasculares, aspecto demacrado, y sobre todo un perfil psicológico severamente afectado, sentimiento de culpa, temor y baja autoestima en específico para esta clasificación.⁽¹⁰⁾

Anorexia compulsiva / purgativa

Este padecimiento se asemeja mucho a la bulimia nerviosa ya que la persona que la padece en oportunidades recurre a comer en altas cantidades y luego lo compensa con vómitos provocados, y purgas con laxantes o diuréticos.⁽¹⁰⁾

Aunque no lo hacen con frecuencia, es el trastorno más peligroso porque es el inicio de futuros trastornos más complejos.

Manifestaciones de la anorexia restrictiva:

- 1-Disminución de las cantidades de alimentos ingeridos.
- 2-Exclusión de alimentos que por lo general son auto-prohibidos.
- 3-Limitaciones de las comidas, absteniéndose de comer grasas y llevar una dieta con muy pocas calorías.⁽¹⁰⁾

2.4 Diagnóstico Clínico

“Planteamiento psicológico de los pacientes con este padecimiento”.

- Comportamiento compulsivo por el uso de laxantes creando conductas purgativas.
- Realizar ejercicio exagerado después de comer.
- Cuestionar su propio comportamiento, ser exigente y crítico consigo mismo.
- Todas las conversaciones son centradas en la comida, el cuerpo los kilos, la forma del cuerpo y las calorías.
- Posibles conductas irritantes e intolerables con los familiares y otras personas cuando hablan de comida.
- Negar el problema que presenta o no reconocer que siente hambre.
- Constante autocrítica, se observan con mayor peso o talla de lo que en realidad tienen.
- Presentan menstruaciones discontinuas.
- Las personas que padecen esta enfermedad llegan a ser extremistas por diferentes factores, tal vez presentaron obesidad en alguna etapa de su vida, tuvieron alguna sensación de rechazo, tienen baja autoestima, algún familiar con sobrepeso, están rodeadas de personas a las que les importa mucho el aspecto físico o la delgadez y se asocia la delgadez con el éxito o con la belleza.

Datos clínicos anorexia:

1. Alteraciones hormonales.

- En mujeres: disminución de estrógenos que conduce a la aparición de amenorrea y osteoporosis.
- En hombres: disminución de testosterona capaz de generar impotencia y disminución de la libido.⁽¹⁰⁾

2. Alteración de la regulación de la temperatura:

- Bradicardia.
- Hipotensión.
- Piel seca.
- Debilitamiento de cabello y uñas.
- Avitaminosis.
- Delgadez extrema.

3. Alteraciones gastrointestinales:

- Deshidratación.
- Dilatación intestinal y disminución de la motilidad por el estreñimiento crónico y el uso de laxantes.

4. Alteraciones renales:

- Desequilibrio electrolítico.
- Deshidratación.
- Disminución del filtrado glomerular.

5. Alteraciones hematológicas.

- Anemia.
- Trombocitopenia.
- Leucopenia.
- Fatiga crónica.

6. Personalidad previa

Característicamente son personas:

- Ambiciosas.
- Autoexigentes.
- Trabajadoras.

- Sobresalientes en los estudios.⁽¹⁰⁾

Desarrollo psicológico y familiar

Emocionalmente tienen dificultades para interpretar y expresar sus emociones desde el nivel familiar se da mucha importancia a la apariencia y al éxito desencadenando la aparición de la enfermedad, generalmente son hijos obedientes y con gran dependencia parental.

Tienen dificultades en la maduración y separación del núcleo familiar, inicialmente el único síntoma de rebeldía es a través del rechazo alimentario con presencia de antecedentes de obesidad, en mayor o menor grado. La clase media o alta es afectada con mayor frecuencia y de modo característico aparece en la adolescencia en los últimos años se diagnostica en niñas prepuberales y en pacientes geriátricos. El 10% son varones, existen algunas profesiones consideradas de riesgo como son: bailarinas, atletas, modelos, etc.⁽¹⁰⁾

Psicológicamente son criterios fundamentales presentes cuando se ha instaurado el cuadro:

- La obsesión por la delgadez.
- La bulimia o tendencia a perder el control mediante atracones.
- La insatisfacción corporal.
- El sentimiento de ineficiencia.
- El perfeccionismo.
- La desconfianza interpersonal.
- La dificultad para reconocer sus sentimientos.
- Las sensaciones viscerales de hambre/saciedad.
- El miedo a la madurez.
- La auto superación.
- La renuncia al placer.
- La impulsividad.

- La inseguridad social.

La curva ponderal decreciente acentúa las disfunciones psicológicas, que mejoran con la recuperación física. De hecho, muchas personas hambrientas o sometidas a dietas, comparten síntomas psicológicos con los de trastornos de la conducta alimenticia como son: el insomnio, la irritabilidad, las dificultades de concentración, la labilidad del humor, el sentimiento de pertenencia, el retraimiento, los pensamientos obsesivos y la dificultad para tomar decisiones, así como ansiedad y depresión.⁽¹²⁾

Factores sociales

La presión social sobre el género femenino durante décadas ha propiciado estereotipos de delgadez no saludables para aquellas personas que no encuentran la aceptación en general, cada año en México se registran alrededor de 20 mil casos de anorexia y bulimia, la población entre 15 y 19 años es la más afectada, durante esta etapa hay mayor riesgo de padecer este trastorno debido a que todavía se encuentran en formación las estructuras cerebrales, lo que provoca que el joven lleve a cabo conductas impulsivas, no tome en cuenta las consecuencias negativas de ciertas acciones, tenga una pobre capacidad de planificación, juicio y baja tolerancia a la frustración.⁽¹²⁾ (Imagen 11)



Imagen 11. Estereotipo de belleza en la actualidad. ⁽¹¹⁾

2.5. Tratamiento

El conocimiento de la anorexia ayudará a realizar un diagnóstico acertado y posteriormente un tratamiento multidisciplinario en lo que respecta al manejo de la misma, el primer paso es la educación del paciente sobre los efectos nocivos que provoca, así como las dietas adecuadas.

El tratamiento exige la colaboración multidisciplinaria, si es a nivel ambulatorio, se le pedirá al paciente el registro diario de la ingesta, se le prohibirá pesarse y se procederá al registro semanal de peso en la consulta (sin que el paciente pueda tener acceso a esa información) así mismo se le instaurará tratamiento farmacológico.⁽¹²⁾

Manejo de neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas por mencionar algunos. Los neurolépticos, se utilizan para sedar o dormir al paciente, para reducir la hiperactividad e ideación expansiva.⁽¹²⁾

Los antidepresivos se utilizan si coexisten trastornos afectivos, obsesivos o predomina la ansiedad, así como su efecto sobre el apetito. Los medicamentos más utilizados: la clormipramida, la amitriptilina e imipramida. Las benzodiazepinas de primera elección son Clorazepato 50-100mg/día. Diazepam 30mg/día, Alprazolam (dosis según peso y estado clínico).

Este trastorno da pie a supervisar la dinámica familiar, su patrón de comportamiento social y su desarrollo laboral.⁽¹²⁾

Siempre es importante saber los objetivos generales del tratamiento los cuales serán la base de una rehabilitación correcta.⁽¹²⁾

- Normalización de peso y del estado nutricional.
- Establecer lineales racionales de alimentación.
- Tratamiento de las complicaciones orgánicas.
- Tratamiento psicofarmacológico.

De igual manera siempre es importante llevar el tratamiento en conjunto con una terapia psicológica, ya que la mayoría de las veces es un factor social y

su comportamiento se ve afectado. El medio ambiente al que el paciente está expuesto siempre tendrá repercusiones ya sea de manera favorable o desfavorable, el pertenecer a un grupo social, no solo fuera de la familia acentuará los problemas de carácter o autoestima del individuo.

3. CARACTERÍSTICAS ORALES EN EL PACIENTE CON ANOREXIA

Existen complicaciones bucodentales relacionadas con los trastornos de alimentación en especial la anorexia, las lesiones auto infringidas alteran el estado de salud de manera importante, presentando afectaciones evidentes en la cavidad bucal. El odontólogo tiene como responsabilidad mantener un equilibrio en las estructuras que la conforman, por lo cual al realizar la exploración en necesario no solo revisar los órganos dentarios también las superficies adyacentes, mencionando que son igual de importantes ya que su disfunción provocaría lesiones evidentes o agravarían el problema hasta volverlo irreversible.

Afortunadamente, los casos localizados son resarcibles en su gran mayoría con un diagnóstico y tratamiento adecuado, logrando devolver la función.

A continuación mencionaremos las manifestaciones bucales más comunes observadas en pacientes anoréxicos así como su tratamiento: lesiones dentales, alteraciones salivales, lesiones en la mucosa oral y tejidos periodontales.

3.1 Lesiones dentales

Erosión del esmalte: lesión dental típica de estos pacientes. Existe ausencia de pigmentos exógenos sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad.⁽¹⁴⁾ (Imagen 12)

La prevalencia de la lesión es relativamente baja dado que su presencia depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo con el padecimiento e higiene y dado que la erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos. Por lo anterior, el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión, creando un verdadero reto reconstructivo, lo cual se va complicando por diferentes aspectos como:

- pH salival.
- Magnitud de flujo salival.
- Composición y grado de calcificación en la superficie dental.
- Parafunciones (bruxismo céntrico o excéntrico).
- Tipo de dieta ácida (frutas, condimentos y golosinas, etc.)

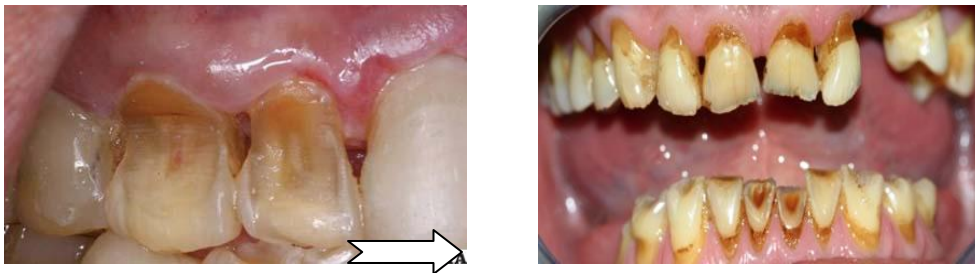


Imagen12. Erosión del esmalte por ácido gástrico paciente con anorexia purgativa crónica⁽¹²⁾

Caries: Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene oral puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental.

Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, ingerir tabletas como de vitamina c, bebidas ricas en sacarosa, aceleran el proceso de caries. Probablemente existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos alternado el pH de la saliva. Existen grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC, lo que contribuye a mayor presencia y acumulo de placa dentóbacteriana.^(11,15)

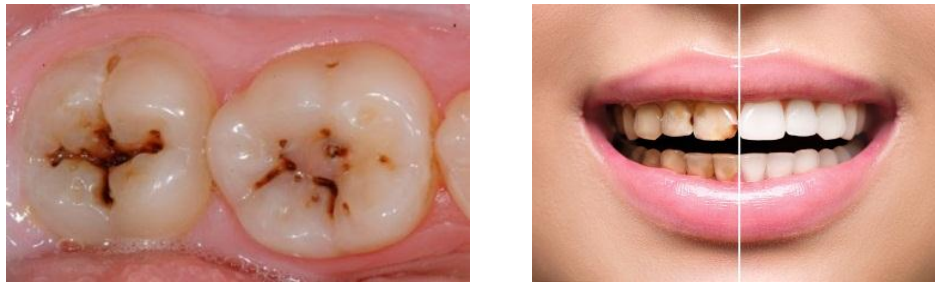


Imagen13. Caries generalizada⁽¹³⁾

El tratamiento de las lesiones dentales iniciará con la eliminación de las caries y aplicaciones de flúor para disminuir la sensibilidad, dependiendo el grado de destrucción dental, será necesario restauraciones como coronas para proteger y devolver la función, así como la estética en estos pacientes.

3.2 Alteraciones salivales

La Sialoadenosis es definida como hipertrofia de las parótidas no inflamatorio, no se considera signo patognomónico de la anorexia, aunque es frecuente encontrarlo, sin embargo, se ha llegado a confundir con síndrome de Sjögren. Aunque en lo general se asocia a la condición crónica de vomitar.^(11,15)

La Sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común entre los pacientes.⁽¹¹⁾

Entre los síntomas más frecuentes figura inflamación y dolor de la mejilla, supuración, mal sabor de boca, fiebre y malestar en general.

Uno de los factores más importantes para que se generen alteraciones en la cavidad bucal está relacionado estrictamente con la saliva. Se han realizado estudios para poder asociar y detectar alteraciones en la misma, con relación a la anorexia, no se han reportado diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con anorexia y sus controles, aunque si se encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento de viscosidad; la saliva es más ácida en pacientes con trastornos de alimentación.^(11,15)

Es importante destacar que muchas de las alteraciones de la saliva (**xerostomía**) son debidas principalmente a condiciones generales como mal nutrición, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desordenes hormonales, así como a secundarias a prescripción de medicamentos, sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros.



Imagen 14. Xerostomía o síndrome de boca seca.⁽¹⁴⁾

3.3 Lesiones en mucosa oral

Mucosa

Se ve afectada provocando xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a presentar úlceras e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia) aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso. Las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis caracterizada por formación de escamas y fisuras debido a deficiente de riboflavina (vitamina B2), enrojecimiento y fisuras labiales, principalmente en comisuras.⁽¹⁴⁾(Imagen15)



Imagen 15. Falta de hidratación y lubricación de la piel y mucosas.⁽¹⁵⁾

Periodonto

Las repercusiones periodontales son muy comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la **gingivitis**; la patología gingival será determinada por la cantidad de placa dental y cálculo acumulado, pero también del estado nutricional, medicamentos, factores sistémicos, bacterias y en especial la falta de higiene en el paciente con anorexia. En estudios sobre los índices de placa en estos pacientes se han encontrado que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival medida por el índice gingival, la recesión gingival no fue representativa contrario con otros resultados, donde reportan que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. (Imagen16)

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias nutricionales esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, el tejido más afectado es la encía ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía afectando al no hidratarla directamente y al no haber la cantidad y calidad suficiente para el arrastre de bacterias. La ausencia de hidratación de los tejidos bucales por la disminución de la cantidad de saliva, aunadas a la mala alimentación y ausencia de higiene bucal impactan adversamente por acumulo de irritantes locales.⁽¹¹⁾



Imagen 16. Gingivitis común en pacientes con anorexia y Recesiones gingivales.⁽¹⁶⁾

El tratamiento será empleando saliva artificial para mejorar la lubricación en la cavidad oral, modificando la técnica de cepillado y utilizando enjuague bucal para favorecer el estado de salud. Existen alimentos los cuales pueden irritar y exacerbarla aparición de lesiones en la mucosa, por lo tanto, se supervisará la ingesta de ciertas sustancias o condimentos en los alimentos que podrían agravar el problema.

3.4 Tratamiento

El primer paso para proporcionar un correcto tratamiento es la instrucción de aspectos como causas de erosión, efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener certeza del manejo médico controlando el problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda solo el manejo estabilizador del dolor y el ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas el plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y retratamientos restaurativos.⁽¹¹⁾

Por lo cual se realizaran tratamientos preventivos y revisiones continuas, protección de esmalte con fluoruro y específicamente en aspecto de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando hidróxido de magnesio, evitando el cepillado intenso para no acelerar la erosión. Es un padecimiento complicado de confesar para el paciente, dadas las prácticas en las que incurren y el sentimiento de culpa. Es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos laxantes, diuréticos, etc.) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis y cambios de piel en el dorso de la mano, pérdida de peso, cabello o uñas extremadamente cortas.⁽¹¹⁾

El tratamiento recomendado serán restauraciones y aplicaciones de flúor para disminuir la sensibilidad dental así evitando que las lesiones progresen

y pongan en riesgo la salud del paciente, comprometiendo tejido pulpar y acelerando el proceso de extracciones dentales por lo cual la detección temprana de este tipo de trastornos será la solución.(Imagen 17) ⁽¹¹⁾



Imagen 17 exploración en cavidad bucal.¹⁷⁾

4. CONCLUSIONES

El papel del profesional de la salud oral en la detección y el diagnóstico de los trastornos alimenticios repercute en el estado de salud de los pacientes que la padecen, identificando manifestaciones orales y estableciendo patrones para distinguir signos y síntomas relacionados a la anorexia que nos permita actuar tempranamente en la detección de pacientes con estos trastornos. Las manifestaciones son reconocibles y siguen patrones consistentes; Sin embargo, es importante tener en cuenta que puede presentarse de diferentes formas, las cuales deben separarse de otras lesiones y procesos que no están relacionados con comportamientos asociados al padecimiento. El cirujano dentista puede ser el primer proveedor de atención médica en evaluar los efectos orales y físicos de la anorexia nerviosa y purgativa.

La anorexia es multifactorial, en nuestros días es más frecuente principalmente en jóvenes y adolescentes, la causa principal es psicológica aunque existen casos con predisposición neuronal, la gran mayoría presenta casos de autoestima baja, depresión, el tratamiento inicial debe ser siempre en conjunto con una terapia psicológica y en casos graves con intervención psiquiátrica, dependiendo el tiempo y el grado de evolución de este trastorno, los pacientes que presentan anorexia son los últimos en relacionar su forma de vida con un estado de salud incorrecto, por lo cual la terapia realizada deberá ser la correcta ya que esto puede determinar que pueda ser o no reversible.

La sociedad y los medios de comunicación son factores que pueden desencadenar el problema, por lo que se recomienda supervisar cada una de las actividades realizadas por los pacientes para detectar factores determinantes.

Por otra parte el tratamiento odontológico será siempre enfocado a prevenir y subsanar las lesiones con el fin de restaurar la función y si es posible la estética del paciente y así reforzar la autoestima, por lo cual tenemos que

estar preparados e informados para poder realizar un diagnóstico acertado y un tratamiento correcto. Por lo tanto, el examen de la boca, la cara y el aspecto general del paciente por parte del dentista y del higienista dental es un primer paso crucial en la prevención secundaria de los trastornos alimentarios y las afecciones sistémicas asociadas por lo cual el tratamiento deberá ser multidisciplinario para realizar un procedimiento correcto y poder garantizar la mejor evaluación y los mejores resultados.

Es importante recalcar que debe presentarse en conjunto con las terapias psicológicas correspondientes. Ya que son la base para que el paciente que presenta el trastorno pueda mejorar su salud. En la actualidad, existe mayor probabilidad de localizar pacientes que presenten anorexia, ya que estos trastornos representan la tercera enfermedad causante de la muerte en los jóvenes no importando su condición económica, raza o sexo, por lo cual se deberá presentar mayor atención a cada uno de los pacientes no solo en este padecimiento.

Podemos concluir que la cavidad bucal no es la primera en mostrar lesiones provocadas por los trastornos de la alimentación, existen otros signos y síntomas los cuales tienen mayor peso para poder diagnosticarla, por lo que la historia clínica y exploración bucal toma mayor importancia en la consulta general, las lesiones bucales pueden variar dependiendo del tiempo de exposición sumado al descuido de la salud bucal, el tener el conocimiento nos ayudara a darle un mejor tratamiento.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McConnell T. Hull K. El cuerpo humano forma y función. Fundamentos de Anatomía y Fisiología.1ª Ed., España, Ed. Wolters Kluwer. 2012, Pp. 536-583
6. Padilla G. Olivares S. fisiología Humana México McGraw Hill Ed.14 2016 Pp.619-660.
7. Gayton y Hall Tratado de Fisiología Médica. Ed.13, Elsevier Pp.797-847.
8. Stuart Fox. Fisiología Humana Ed.14. 2016 McGraw Hill Pp 619-660
9. Raich R. Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios Madrid. Ed. Pirámide 1994.
10. Hof. S. Anorexia Nerviosa Historia Philadelphia, Swets&Zeitlinger. 1994
11. Villena J. Castillo M., La prevención primaria de los trastornos de alimentación 1999, Vol.30, No 2, Pp 132-143.
<https://www.jat.com/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61422/88374>
12. Bautista B. Ceballos A. Parra G. Semidey K., Manifestaciones Clínicas de la Anorexia y Bulimia en Cavidad Bucal. 2015, Vol. 3, 75-90
13. <http://www.who.int/es/oms>
14. Gay O, Ramírez G Anorexia y Bulimia Nerviosa Aspectos Odontológicos 2000 Vol.LVII Pp 24-32
15. Borrego O., Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria Anorexia y Bulimia. 2000, Vol. 24, Pp 44-50.
16. Aceituno J., etiología de la Anorexia y Bulimia nerviosa. 2018, Vol. 1
<http://www.mscbs.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>
17. Gay O. Castellanos J. Diaz L. Series en medicina bucal Anorexia y Bulimia en Odontología. 2004 Vol. LXI Pp.117-120
18. Ochoa L. Dufoo S. de León C. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. 2008, Vol.12, Pp 46-54.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf>
19. Aceituno J., etiología de la Anorexia y Bulimia nerviosa. 2018, Vol. 1
20. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS-IV

México: Editorial Masson, 1998 Fuente: DSM-IV Pp. 659-660

21. Panico R. Piemonte E. Lazos J. Oral Mucosa in Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa and EDNOS. Journal of Psychiatric Reserch (2017)
 22. Tolkachjor, S. N. & Bruce, A. J. 2017 Oral Manifestations of nutritional disorders Clinics in Dermatology. 35 (5) Pp 441-452.
 23. <https://www.psicologia-online.com/etiologia-de-la-anorexia-y-la-bulimia-nerviosa-1125.html> Anorexia y Bulimia trastorno psicológico
1. <https://www.psicologia-online.com/etiologia-de-la-anorexia-y-la-bulimia-nerviosa-1125.html> (cuadro 1)

Imágenes

1. <http://www.ortodoncistasenchihuahua.com/la-erupcion-dental/>
2. <http://www.sabelotodo.org/anatomia/boca.html>
3. <http://www.ortodoncistasenchihuahua.com/la-erupcion-dental/>
4. <http://www.ortodoncistasenchihuahua.com1>
5. <https://www.emaze.com/@ATOCQTLC>
6. https://elpais.com/elpais/2016/09/22/mamas_papas/147G4553703138409.html
7. https://elpais.com/elpais/2016/09/22/mamas_papas/14745153703138409.html
8. <https://resonancia/volumen cerebral>
9. <https://lacasadelcurioso.com/13-celebridades-padecieron-Nlucharon-desordenes-alimenticios>
10. www.anorexia.com/famosas
11. <https://fashiontrenddotcom.wordpress.com/2016/11/08/la-glaobalizacion-y-los-estandares-de-belleza-como-las-industrias-de-moda-y-de-cosmeticos-han>
12. <https://www.google.com/caries anorexia y bulimia>
13. <https://www.google.com/caries>
14. www.anorexia y bulimia/alteración glandular.
15. [www. http://scielo.sld.cu.com](http://scielo.sld.cu.com).
16. <http://www.masquedientes.com/el-periodonto-y-sus-funciones/>

17. <https://clinarafaelmontero.es/odontologia-estetica>.