



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFOQUE ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO
MULTIDISCIPLINARIO DEL PACIENTE CON
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

YOALI SOLÍS FRAUSTO

TUTOR: Mtro. EMILIANO JURADO CASTAÑEDA

VoBo



Vo. Bo.
EJ.



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.

AGRADECIMIENTOS

Después de los incontables días que soñé con titularme, finalmente el sueño se hace realidad gracias a mi esfuerzo y al de mis padres, este logro es nuestro.

Primeramente, agradezco a la vida por permitirme seguir adelante después de ser diagnosticada con anorexia nerviosa en mi adolescencia y estar hoy presentando un trabajo inspirado en esa etapa; deseo que el tema de los trastornos de la conducta alimentaria cada vez sea más visible, menos estigmatizado y que aquellas personas que padecen alguno de ellos, puedan sanar.

A mis padres Blanca Azucena Frausto García y Agustín Solís Ordoñez por su amor incondicional y apoyo, porque desde niña hicieron todo lo que estuvo en sus manos para que no me faltara nada y pudiera estudiar una carrera universitaria; por alentarme a no abandonar mis estudios cuando sentía que no podía más y por enseñarme el valor de cumplir mis metas por méritos propios, sin ustedes esto simplemente no sería posible. A mi hermana Ameyalli Solís Frausto por ser mi paciente y esa persona con la que podía hablar de temas académicos y personales al llegar a casa, quien me ha visto crecer y yo a ella.

A mis abuelos que ya no están conmigo físicamente, pero siempre llevo en el corazón y al único que me sigue acompañando, Rogelio Frausto, por ese amor que me ha mantenido de pie y con el deseo de cumplir mis sueños. Ustedes familia, son mi mayor pilar y motivación en la vida.

A Josué Montero, por inspirarme como persona, estudiante y profesionalista, por atreverse a ser mi paciente cuando nadie más lo fue, por ser mi lugar seguro cuando las cosas no marchaban bien y por motivarme durante los últimos años de carrera, fuiste pieza clave para llegar a la meta.

A mis amigos que hoy ya considero familia, Itzel Abasolo, Alba Molina, Ara Mora, Lizbeth Castillo, Rafael Mendoza, Daniel Guerrero y David García por ser mis cómplices de aventuras, mi sostén en los días malos y alegría en los días buenos, mi lealtad y cariño estará con ustedes siempre.

A las doctoras Laura Angélica Flores y Elizabeth Reyes, quienes me mostraron que un verdadero docente es aquel que comparte sus conocimientos y alienta a sus alumnos a desarrollar todo su potencial, fueron y siguen siendo mi ejemplo de que con ética, profesionalismo y amor por lo que uno hace, no hay objetivo inalcanzable.

Finalmente agradezco a la doctora María Eugenia Rodríguez Sánchez, coordinadora del seminario de medicina oral por su inmensa paciencia y disposición para apoyarme en el desarrollo de este trabajo y a mi tutor, el maestro Emiliano Jurado Castañeda, por su tiempo y valiosas aportaciones que me permitieron culminar de la mejor manera esta etapa de estudios universitarios.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
PROPÓSITO	7
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	8
1.1 Función	8
1.2 Estructura	8
1.3 División anatómica	9
1.4 Sistema nervioso central	10
1.4.1 Corteza cerebral	11
1.4.2 Cerebro	11
1.4.3 Hipotálamo	12
1.4.4 Sistema límbico	13
1.5 Sistema nervioso periférico	13
CAPÍTULO 2. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	14
2.1 Antecedentes históricos	14
2.2 Definición de trastorno mental	15
2.3 Definición de trastornos de la conducta alimentaria	15
2.4 Clasificación	16
2.5 Prevalencia	16
2.6 Etiología	17
2.7 Diagnóstico	18
2.8 Tratamiento multidisciplinario	18
2.9 Complicaciones	19
CAPÍTULO 3. ANOREXIA NERVIOSA	19
3.1 Definición	19
3.2 Clasificación	20
3.3 Prevalencia	20
3.4 Etiología	21
3.5 Diagnóstico	21
3.6 Características psicológicas	22
3.7 Características clínicas	22
3.8 Tratamiento multidisciplinario	23
3.9 Complicaciones	24

CAPÍTULO 4. BULIMIA NERVIOSA	24
4.1 Definición	24
4.2 Prevalencia	25
4.3 Etiología.....	25
4.4 Diagnóstico	26
4.5 Características psicológicas	27
4.6 Características clínicas	27
4.7 Tratamiento multidisciplinario	29
4.8 Complicaciones	29
CAPÍTULO 5. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA	30
5.1 Manifestaciones orofaciales de la anorexia y la bulimia nerviosa...	30
5.1.1 Trastornos temporomandibulares y bruxismo	32
5.1.2 Queilitis angular.....	34
5.1.3 Candidiasis oral.....	35
5.1.4 Úlceras traumáticas en el paladar	36
5.1.5 Glositis atrófica.....	38
5.1.6 Sialoadenitis crónica	39
5.1.7 Xerostomía.....	41
5.1.8 Gingivitis y periodontitis.....	41
5.1.9 Erosión dental	43
5.1.10 Caries.....	45
5.2 Tratamiento odontológico integral.....	46
5.3 Recomendaciones odontológicas	47
CONCLUSIONES	48
REFERENCIAS	50

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son trastornos mentales caracterizados por la alteración persistente en la alimentación que conducen a un importante deterioro de la salud física y mental, así como del desarrollo social.

Los TCA aún no están completamente estudiados, su etiología no está definida con claridad, pero se atribuye a la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los dos trastornos de la conducta alimentaria más comunes y estudiados hasta el momento, el primero se caracteriza por un estado crónico de autoinanición, mientras que el segundo se caracteriza por un ciclo de atracones y conductas compensatorias como la autoinducción del vómito y el abuso en el uso de fármacos que inducen la evacuación de los alimentos.

Estos trastornos producen alteraciones multiorgánicas como consecuencia de la desnutrición o como efecto de las conductas compensatorias, cuya gravedad depende de la duración del trastorno y frecuencia de estas últimas. La anorexia y la bulimia nerviosa se encuentran dentro de los trastornos mentales con mayor tasa de mortalidad debido al deterioro de la salud física que producen y a la alta tendencia al suicidio relacionada a ellos. Por estas razones, se consideran un importante problema de salud pública que debe ser tratado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

Los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa presentan signos y síntomas físicos y mentales que, si bien no son patognomónicos, si se presentan en conjunto, pueden conducir a un diagnóstico específico para cada TCA, de ahí la importancia que tiene el que los profesionales de la salud, incluyendo el odontólogo, conozcan estas entidades patológicas y detecten sus características clínicas.

En la cavidad oral, la anorexia y la bulimia nerviosa se manifiestan tanto en tejidos blandos como en tejidos duros, los pacientes con estos trastornos pueden presentar trastornos temporomandibulares, queilitis angular, candidiasis oral, úlceras traumáticas en paladar, xerostomía, gingivitis, erosión dental y caries.

Algunos daños son reversibles, pero otros como la erosión dental y la caries son irreversibles y afectan significativamente la calidad de vida del paciente, por lo que el odontólogo juega un papel esencial en la detección temprana de estos trastornos, en la aplicación de un tratamiento oportuno para recuperar la salud oral, la prevención de daños mayores que comprometan los componentes del sistema estomatognático e incluso pueden ser el primer contacto que estos pacientes tengan con un profesional de la salud, por lo que el cirujano dentista puede detectar la presencia de un posible caso de anorexia o bulimia nerviosa y canalizar al paciente con un profesional de la salud mental.

PROPÓSITO

Conocer las características psicológicas, clínicas y manifestaciones orofaciales que presentan los pacientes con diagnósticos de anorexia y bulimia nerviosa, para poder desarrollar y aplicar un plan de tratamiento odontológico adecuado que detenga la progresión de los daños causados por estos trastornos y le devuelva la salud oral al paciente, además de tener el conocimiento básico de los trastornos de la conducta alimentaria que le permitan al odontólogo canalizar de manera oportuna con un especialista de la salud mental a aquellos pacientes que presenten conductas y características clínicas relacionadas con un posible diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa.

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

1.1 Función

El sistema nervioso (SN) es una red de comunicación y control que permite la interacción con el medio interno: células del organismo y el medio externo: ambiente en el que vive. (1-2) Tiene como función transformar los estímulos del medio en señales, integrar la información y reaccionar ante ellos con sentido (Figura 1), es decir, asegurando la supervivencia del organismo causando un efecto en su entorno. (3)

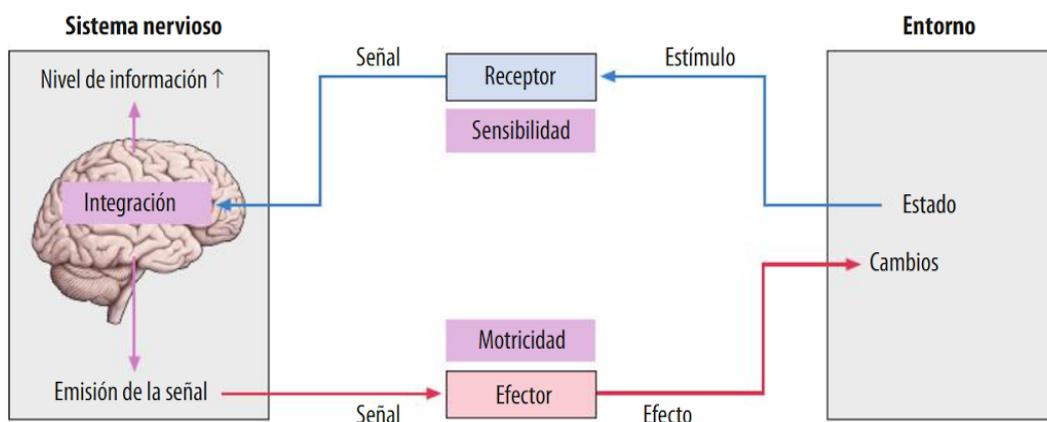


Figura 1. Funciones básicas del sistema nervioso. (3)

Cabe mencionar, que el sistema nervioso del ser humano, a diferencia del de otros animales, tiene capacidades como el aprendizaje, la memoria, la proyección intelectual a futuro, el autorreconocimiento y la habilidad de establecer contacto con el sistema nervioso de sus semejantes de manera consciente. (3)

1.2 Estructura

La estructura esencial del sistema nervioso es el tejido nervioso. (2) Está formado por dos tipos celulares: las neuronas y las células de la glía, también llamada neuroglía. (1-8) La neurona es la unidad funcional del SN y está constituida por un cuerpo o soma y dos prolongaciones (Figura 2): el

axón y las dendritas. (1-9) Esta célula es la encargada de producir impulsos nerviosos como respuesta a estímulos del medio y de transmitirlos a otras neuronas o células fuera del sistema nervioso, conocidas como células efectoras (2), se trata de una comunicación celular especializada llamada sinapsis. (9)

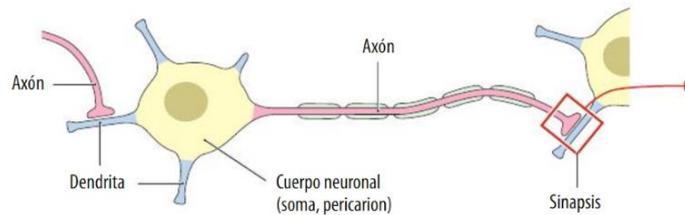


Figura 2. Célula nerviosa. (3)

Por su parte, la neuroglía tiene como función proteger y aislar a las neuronas (2), las nutre, les proporciona soporte (7) e influencia la velocidad de transmisión de señales mediante la formación de vainas alrededor de los axones neuronales. (3)

1.3 División anatómica

En términos generales, el sistema nervioso se divide en: sistema nervioso central y sistema nervioso periférico (Figura 3). (1-9)

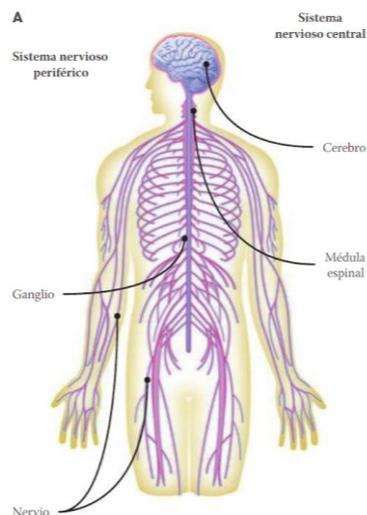


Figura 3. Representación esquemática del sistema nervioso. (8)

Es a través de estos sistemas, que se da el flujo de información en el cuerpo humano, siguiendo el patrón básico de un reflejo: el SNP recibe señales de todo el organismo, la información es enviada al SNC para ser integrada y este, determina si es necesaria una respuesta; de ser así, envía señales hacia los órganos diana o efectores. (5) Se puede decir que, el SNP es funcionalmente un conductor de señales y mediador entre el SNC y su entorno, mientras que el SNC es, en primer plano, un centro de integración. (3)

1.4 Sistema nervioso central (SNC)

El sistema nervioso central, está formado por el encéfalo, que se encuentra en la cavidad craneal, y la médula espinal, contenida en el conducto vertebral. (8) El encéfalo, a su vez, se compone del telencéfalo o cerebro, el diencefalo, el cerebelo y el tronco del encéfalo, que se divide en: mesencéfalo, puente y bulbo raquídeo (Figura 4). (3)

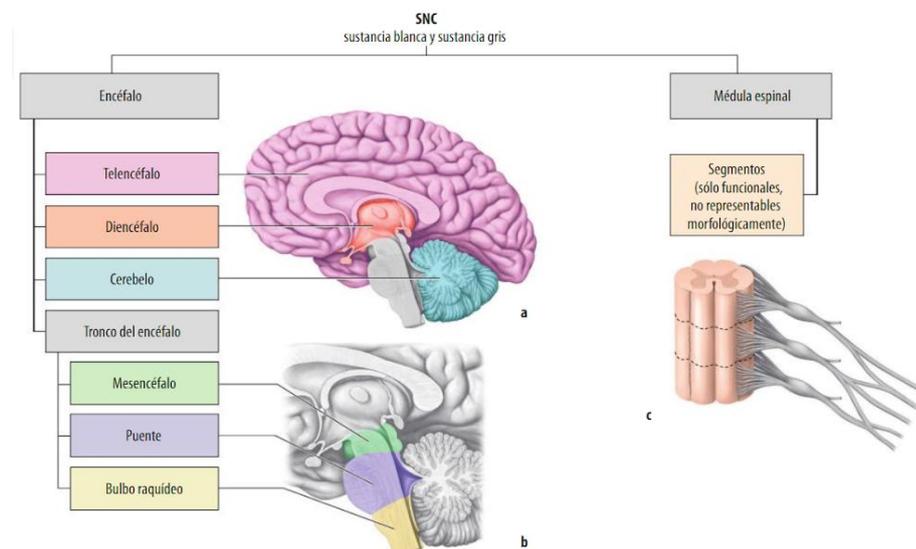


Figura 4. Morfología del sistema nervioso central (SNC). (3)

Como se ha mencionado anteriormente, el SNC es el procesador de diversos tipos de información sensitiva, pero también, da origen a los pensamientos, emociones y memorias. (4)

1.4.1 Corteza cerebral

La corteza cerebral es un tejido nervioso muy replegado que cubre la superficie del cerebro (1), el cual está constituido por 2 hemisferios que se dividen a su vez, en 4 lóbulos (Figura 5). (6)

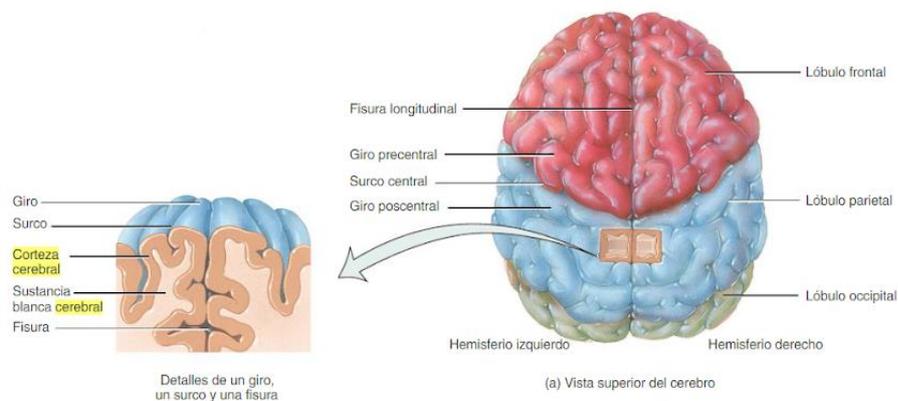


Figura 5. Lóbulos de los hemisferios cerebrales. (4)

La corteza cerebral, está formada por 3 regiones conocidas como áreas funcionales: las áreas sensitivas, que participan en la percepción, las áreas motoras, que controlan los movimientos voluntarios y las áreas de asociación que actúan en la memoria, las emociones, el razonamiento, la voluntad, el juicio, la personalidad y la inteligencia. (4)

1.4.2 Cerebro

El cerebro, se divide en dos hemisferios: uno izquierdo y otro derecho, los cuales constituyen la parte más voluminosa del encéfalo. (2) Tienen una función motora y sensorial que se relaciona con la mitad contralateral del cuerpo humano (6) y cada uno consta de 4 lóbulos: el lóbulo frontal, el lóbulo parietal, el lóbulo temporal y el lóbulo occipital (Figura 6). (4, 6)

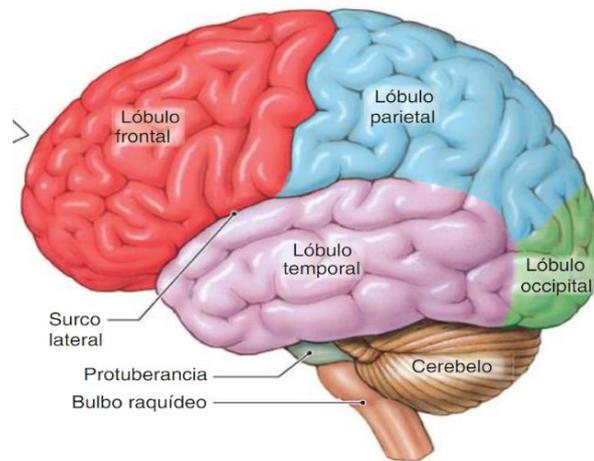


Figura 6. Vista lateral del encéfalo. (5)

El cerebro es el centro de la inteligencia. Le da al ser humano la capacidad de leer, escribir, hablar, recordar el pasado y planificar el futuro. (4)

1.4.3 Hipotálamo

El hipotálamo es una estructura anatómica perteneciente al diencefalo, cuya continuidad es la glándula hipófisis (Figura 7). (2)

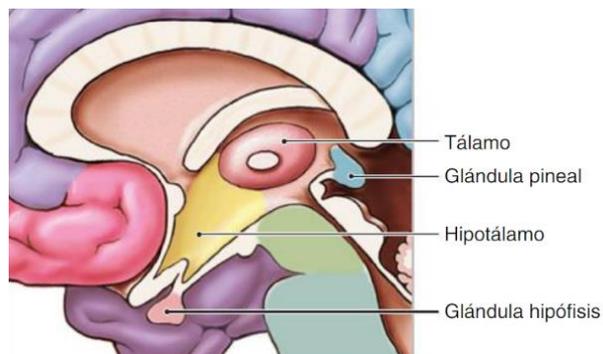


Figura 7. Diencefalo. (5)

Es considerado el centro regulador de la homeostasis, ya que controla funciones como el equilibrio hidroeléctrico, los ritmos circadianos, la regulación de la temperatura, la conducta sexual y la ingesta de alimentos. (8) Para esta última función, el hipotálamo tiene un centro de la alimentación y otro de la saciedad que promueve una sensación de plenitud

y el cese de la ingesta de alimentos. Además, cuenta con un centro de la sed que regula la ingesta de agua. (4)

1.4.4 Sistema límbico

El sistema límbico es un conjunto de estructuras (giro cingular, amígdala, giro dentado, giro parahipocámpico, partes del tálamo e hipotálamo y los bulbos olfatorios) que rodean la parte superior del tronco del encéfalo (Figura 8). Estas estructuras desempeñan un papel principal en emociones como el enojo, el dolor, la agresión, el miedo, la docilidad, el afecto y el placer. (4)

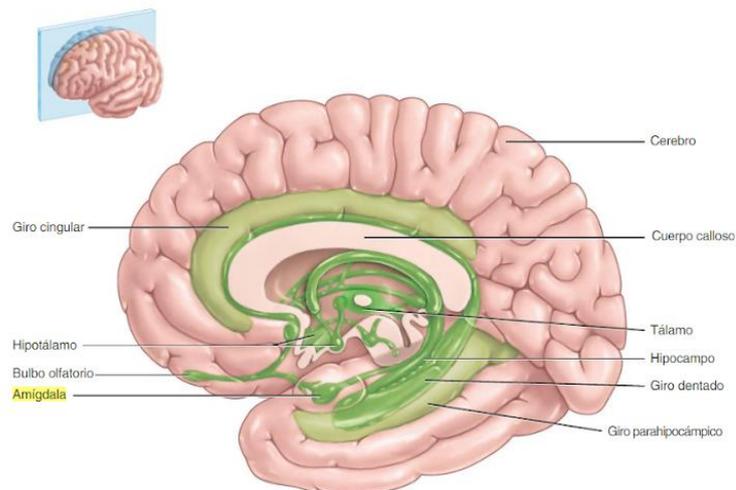


Figura 8. Componentes del sistema límbico y estructuras circundantes (4)

1.5 Sistema nervioso periférico (SNP)

El sistema nervioso periférico es la extensión del SNC hacia los órganos periféricos, gracias a este, el encéfalo y la médula espinal pueden enviar órdenes motoras para actuar y recibir información sensorial de todo el organismo. (2) Está formado por 12 pares de nervios craneales provenientes del encéfalo y 31 pares de nervios espinales o raquídeos (Figura 9) que emergen de la médula espinal. (4)

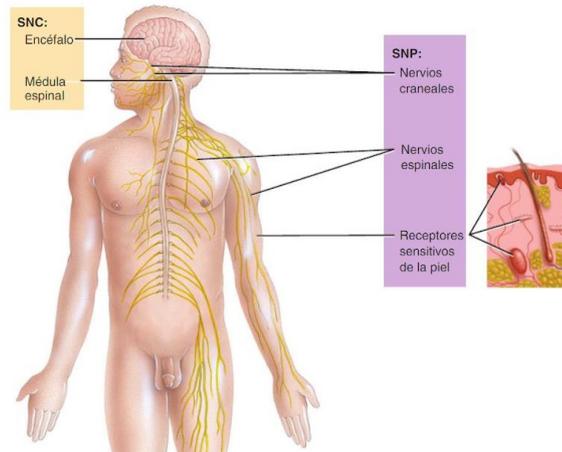


Figura 9. Organización del sistema nervioso. (4)

CAPÍTULO 2. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1 Antecedentes históricos

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como hoy los conocemos, han sufrido diversos cambios de conceptualización y manifestaciones a través de los años. Fue hasta finales del siglo XVII, que se describieron como una alteración médica por Morton y para la definición de un trastorno de auto inanición, fue utilizado por primera vez el término de anorexia nerviosa por Gull. (10)

Por su parte Russell, estableció el término de bulimia nerviosa en relación a una serie de casos de pacientes que compartían los criterios de una fuerte impulsividad por comer, el uso de laxantes y vómitos inducidos, así como un intenso miedo a engordar. (11)

Más adelante, los TCA, se hicieron visibles en diversas partes del mundo hacia la segunda mitad del siglo XX (10), estos fueron descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE), siendo la primera, la clasificación más utilizada. Los

trastornos de la conducta alimentaria aparecieron en el DSM-III en el año de 1980, posteriormente los criterios diagnósticos evolucionaron y se describieron en el DSM-IV en 1994. En la actualidad, la clasificación vigente es la que aparece en el DSM-V del año 2013 (Figura 10). (12)

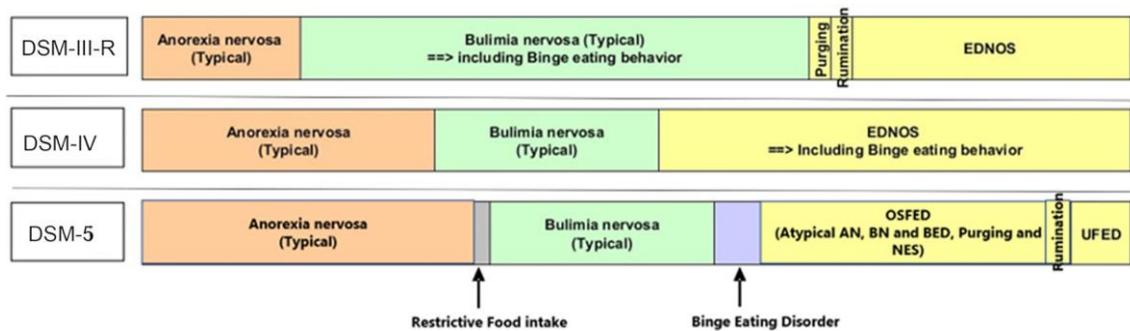


Figura 10. Evolución de la distribución de los principales tipos de trastornos alimentarios a lo largo de la evolución de la clasificación DSM. AN: anorexia nerviosa; BED: trastorno por atracón; BN: bulimia nerviosa; DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; EDNOS, trastornos alimentarios no especificados de otra manera; NES: síndrome de alimentación nocturna; OSFED, otros trastornos específicos de la alimentación; UFED, trastornos alimentarios no especificados. (12)

2.2 Definición de trastorno mental

Un trastorno mental, también llamado trastorno psiquiátrico o trastorno psicológico (13), es un síndrome que se caracteriza por una alteración clínica significativa del estado cognitivo, la regulación de las emociones o el comportamiento de la persona, que se ve reflejado en la disfunción de procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo. (14) Se manifiesta en cambios de la conducta que impiden al individuo desenvolverse de manera normal en sus actividades de carácter social, familiar, laboral (15), educativo u otras áreas importantes del funcionamiento. (16)

2.3 Definición de trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de trastornos mentales (17) que se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o del comportamiento alimentario que conduce a un cambio en la ingesta o absorción de los alimentos (14), se presentan variaciones

en el peso (18) y causan un deterioro significativo de la salud física y el funcionamiento psicosocial. (14)

2.4 Clasificación

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM-5), clasifica a los trastornos de la conducta alimentaria en: (14,19)

- a) Anorexia nerviosa (AN): de tipo restrictivo o tipo compulsivo/purgativo.
- b) Bulimia nerviosa (BN).
- c) Trastorno alimentario compulsivo (TAC).
- d) Otro trastorno de la conducta alimentaria especificado: se aplica este término a la anorexia nerviosa atípica, bulimia atípica, el trastorno alimentario compulsivo atípico, el trastorno de purga y el síndrome de la comida nocturna.
- e) Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.
- f) Trastorno de evitación /restricción de la ingesta alimentaria.
- g) Pica.
- h) Trastorno por rumiación.

2.5 Prevalencia

Los TCA son uno de los problemas de salud más comunes que afectan a adolescentes y mujeres jóvenes en los países de Occidente, presentes con menor frecuencia en hombres. (20)

En la revisión sistemática de Galmiche y cols. (12), en la que realizaron una búsqueda bibliográfica siguiendo las guías PRISMA, limitada a estudios en

inglés y francés publicados entre 2000 y 2018; se revelaron 73 artículos que informaron la prevalencia puntual de los trastornos de la conducta alimentaria. Como resultado, según cada continente, obtuvieron que las medias de prevalencia puntual fueron del 4,6% en América, del 2,2% en Europa y del 3,5% en Asia.

Por otra parte, las medias ponderadas de los TCA a lo largo de la vida fueron del 8.4% para las mujeres y del 2.2% para los hombres. (12, 21)

2.6 Etiología

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria aún no es clara, pero se ha sugerido que son alteraciones de origen multifactorial (22), en los que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. (23)

Dentro de los factores biológicos, estudios en gemelos han encontrado que genéticamente existe un 50% de probabilidades de desarrollar un TCA si el otro gemelo lo tiene; además en el campo de la neurobiología, la serotonina juega un papel importante en la regulación del apetito y las emociones, por lo que puede ser mediador indirecto en el desarrollo de los TCA. (24)

Hasta la fecha, no existe evidencia convincente que avale los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (25), pero aun teniendo estas limitantes, la psicopatología de estos, se ha asociado a factores interpersonales (dificultades cognitivas, adversidades en la personalidad y problemas sociales) (26) y al abuso emocional, es decir, la humillación en edades tempranas del desarrollo (25) y al abuso sexual infantil. (24)

Por otra parte, se ha encontrado que las conductas alimentarias de riesgo (CAR), se asocian con la aparición posterior de algún TCA. Las CAR son actitudes encaminadas a mantener o conseguir una figura delgada, quienes las presentan basan su autoestima en ello y se relacionan con otros

problemas de salud como la depresión, el consumo de sustancias y la ideación suicida. (27)

2.7 Diagnóstico

El DSM-5, proporciona los criterios diagnósticos que sirven como guía para el establecimiento del diagnóstico. De ser posible, tiene que especificarse la gravedad del trastorno (siempre y cuando se cumplan todos los criterios, si no es así, se debe considerar si puede denominarse como “otro especificado” o “no especificado”), las características descriptivas y el curso del mismo.

Para llegar a un diagnóstico final, deben tomarse en cuenta el interrogatorio clínico, los criterios del texto, las descripciones y el juicio clínico. (14)

2.8 Tratamiento multidisciplinario

El tratamiento de los TCA suele ser multifacético (28), su objetivo es establecer una correcta nutrición y detener las conductas compensatorias; está diseñado de manera individual de acuerdo a las necesidades del paciente y puede estar constituido de uno o más de los siguientes tratamientos: psicoterapia, control y atención médica, asesoramiento nutricional y farmacoterapia. (29)

La mayor parte de las pautas para el tratamiento de los TCA, recomiendan la atención por parte de un equipo multidisciplinario especializado, y optar por tratamientos de carácter ambulatorio como primera opción. (30) Cuando el TCA es grave y el paciente no es consciente de su tamaño corporal ni de la gravedad de su condición, puede ser necesario un tratamiento obligado para evitar la muerte. (31)

Cabe mencionar que, el tratamiento de los TCA aún no representa un panorama alentador, ya que, hasta un 80% de personas que los padecen

no reciben tratamiento médico y hasta un 50% de ellas, permanecen sintomáticas después de recibirlo. (30)

2.9 Complicaciones

Las complicaciones se relacionan con el curso avanzado de los TCA, estas se manifiestan en problemas neurológicos, gastrointestinales, cardíacos y osteopáticos. (32) Si los trastornos de la conducta alimentaria no se tratan a tiempo y de manera adecuada, pueden interrumpir el desarrollo físico y psicológico del paciente. (20)

En el estudio de la carga global de enfermedades (Global Burden of Disease Study), del 2013, los TCA se colocaron en el número 12 de 305 puestos de enfermedades en mujeres con los años de vida más limitados por discapacidad (33), los pacientes con TCA tienen mayor riesgo de muerte por las complicaciones somáticas graves y por la tendencia al suicidio, especialmente aquellos que presentan anorexia nerviosa. (18)

CAPÍTULO 3. ANOREXIA NERVIOSA

3.1 Definición

La anorexia nerviosa (Figura 11), es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un estado de auto inanición (34) en el que se restringe el consumo de energía en relación a los requerimientos del cuerpo (35), llevando al paciente a una pérdida de peso intencionada (13), el cual resulta ser bajo para su estatura y edad. (36) Está asociada a una imagen corporal distorsionada y la presencia de ansiedad por el aumento del peso. (34,35,37)



Figura 11. Anorexia nerviosa. (38)

3.2 Clasificación

Actualmente, la anorexia nerviosa se clasifica en dos tipos: (14, 19, 36)

- a. Tipo restrictivo: se caracteriza por la restricción crónica de alimentos, la reducción del peso se debe a la dieta, el ayuno y el ejercicio excesivo.
- b. Tipo compulsivo/purgativo: se caracteriza por la presencia de episodios de atracones o comportamientos de purga, como lo son la inducción del vómito, el abuso en el uso de laxantes, diuréticos o enemas.

3.3 Prevalencia

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa es aproximadamente del 0.4% en mujeres jóvenes, en hombres se sabe menos sobre este dato, pero la población clínica refleja una proporción entre mujeres y hombres de 10:1. (14)

Por otra parte, en la revisión sistemática de Galmiche y cols. (12), citada con anterioridad, en 33 artículos seleccionados, obtuvieron que las medias ponderadas de prevalencia a lo largo de la vida para la anorexia nerviosa fueron del 1.4% para el sexo femenino y del 0.2% para el sexo masculino.

3.4 Etiología

Los factores de riesgo para desarrollar anorexia nerviosa se catalogan en 3 grupos: (14)

- a. Temperamentales: la presencia de ansiedad y rasgos obsesivos en la infancia.
- b. Ambientales: la cultura que valora la delgadez, las profesiones y aficiones que alientan la delgadez, como el ser modelo o deportista de élite.
- c. Genéticos y sociales: la presencia de AN entre los familiares de primer grado o gemelos y de anomalías cerebrales.

3.5 Diagnóstico

El DSM-5, establece los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa: (14,19)

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que lleva a un peso corporal bajo en relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso, o comportamiento persistente que impide la ganancia del mismo.
- C. Alteración en la forma en la que se percibe el propio peso o constitución o la falta persistente de la gravedad del peso actual.

Para el establecimiento del diagnóstico, es necesario indicar si el paciente se encuentra en: (14, 19)

- Remisión parcial: Después de cumplirse todos los criterios, el criterio A no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero el criterio B o C sí.
- Remisión total: Después de cumplirse todos los criterios, no se ha cumplido ninguno durante un periodo continuo.

Y la gravedad actual del trastorno: (14, 19)

- Leve: IMC $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: IMC 16-16,99 kg/m^2
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m^2
- Extremo: IMC $< 15 \text{ kg/m}^2$

Anorexia nerviosa	
Alimentación	Restricción severa
Peso	Bajo peso
Imagen corporal	Sobrevaloración con o sin miedo por el aumento de peso
Atracones	Puede ocurrir
Purga, ayuno, ejercicio excesivo para el control del peso	Uno o más están presentes

Tabla 1. Características clave en el diagnóstico de los principales trastornos alimentarios. Modificada y traducida de de la fuente (34).

3.6 Características psicológicas

La anorexia nerviosa se manifiesta como una profunda desconexión de las sensaciones y emociones del propio cuerpo, es decir la interocepción. (39) También, se han manifestado alteraciones en la cognición social, que se refiere a los procesos mentales que subyacen a las interacciones sociales y la detección de las disposiciones de los otros. (40)

En la AN grave, muchas ocasiones, los pacientes padecen comorbilidades psiquiátricas como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la depresión. Los pacientes manifiestan una búsqueda compulsiva de la inanición y la ingesta de alimentos les genera ansiedad. (35)

3.7 Características clínicas

En un inicio, los pacientes con anorexia nerviosa parecen tener solo un peso bajo, pero con el avance del trastorno, adquieren un aspecto

caquéxico y prepuberal. En estos pacientes, se puede observar la presencia de lanugo (crecimiento de vello suave en cara y extremidades), piel y pelo con resequedad, cianosis, edema y amenorrea (Figura 12). (19)

Otros signos y síntomas recurrentes en la AN son la fatiga, el estreñimiento, el dolor abdominal, el dolor miofascial, la hipotensión, la hipotermia, la alopecia, la fragilidad en uñas y diversas manifestaciones orofaciales (41), que serán descritas en el capítulo 5.

Es importante mencionar que, el grado de los síntomas dependerá de cada individuo y la duración del trastorno, por ejemplo, algunas mujeres nunca sufren amenorrea. (19)

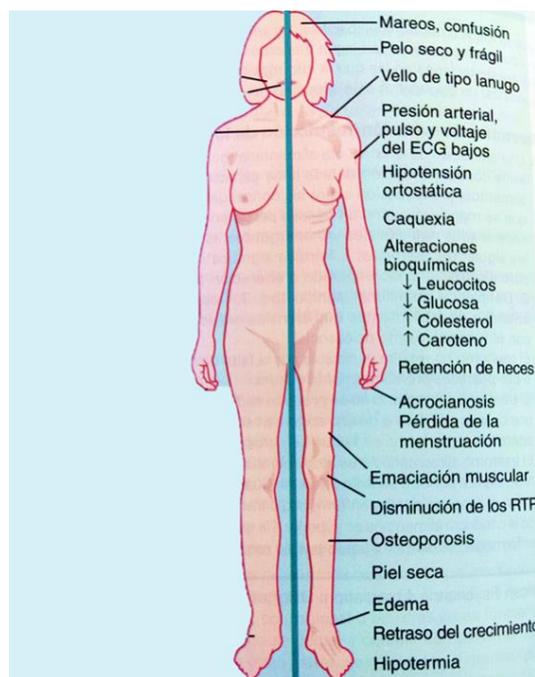


Figura 12. Signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa. ECG, electrocardiograma, RTP, reflejos tendinosos profundos. Modificada de la fuente (19).

3.8 Tratamiento multidisciplinario

La anorexia nerviosa, es un trastorno grave, que en la actualidad aun es difícil de tratar. (40) Entre las opciones recurrentes de tratamiento, se encuentran la terapia psicológica, el soporte nutricional y la farmacoterapia.

(35) Además, se ha demostrado que la anorexia nerviosa puede tener consecuencias significativas en la salud oral (22), por lo que las personas que la padecen, requerirán también, tratamiento odontológico.

En los casos de AN grave se requiere de atención en unidades de hospitalización especializadas (35), el tratamiento debe estar dirigido a la estabilización del peso corporal, la reducción de daños y mejoras en el funcionamiento psicosocial. (31)

3.9 Complicaciones

Los pacientes con anorexia nerviosa, presentan una desnutrición crónica severa que los conduce a una falla multiorgánica. (37) Las complicaciones somáticas en este trastorno, incluyen complicaciones cardiovasculares, gastrointestinales, renales, enfermedades óseas, alto riesgo a fracturas, problemas gineco obstétricos y manifestaciones orofaciales. (33)

La anorexia nerviosa, es el trastorno mental con la tasa de mortalidad más alta (42), puede conducir al paciente a la muerte; ya sea por inanición, insuficiencia cardíaca y el riesgo a suicidio (41), con tasas publicadas de 12 por 100.000 al año. Por lo anterior, la evaluación completa de las personas con AN debe incluir una valoración de ideas y conductas suicidas, incluidos sus antecedentes. (14)

CAPÍTULO 4. BULIMIA NERVIOSA

4.1 Definición

La bulimia nerviosa (Figura 13), es un trastorno de la conducta alimentaria (11, 34, 43) que se caracteriza por un proceso cíclico de atracones y conductas compensatorias frente a una excesiva preocupación por el peso y la imagen corporal. (43)

Un atracón, es un episodio de ingesta incontrolada y excesiva de alimentos (19), que a menudo se da en un corto tiempo. (29) Por su parte, las conductas compensatorias son aquellas acciones que intentan evitar la ganancia de peso e incluyen la inducción del vómito, el abuso en el uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos, el ayuno y el ejercicio obsesivo. (19)



Figura 13. Bulimia nerviosa. (44)

4.2 Prevalencia

La prevalencia a los 12 meses de la bulimia nerviosa entre mujeres jóvenes es del 1-1,5% y es mayor entre adultos jóvenes, ya que este trastorno tiene su pico en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Se sabe poco sobre la prevalencia en hombres, pero esta es menor que en las mujeres con una proporción entre el sexo femenino y el masculino de 10:1. (14)

Por otra parte, Galmiche y cols. (12) en su revisión sistemática, encontraron que las medias ponderadas de prevalencia puntual para la BN, fueron del 1.5% para las mujeres y 0.1% para los hombres.

4.3 Etiología

La etiología aún no está clara ni completa, las investigaciones han sugerido la interacción de factores biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales que participan en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia nerviosa. (11)

Los factores de riesgo para presentar BN, se clasifican en: (14)

- a. Temperamentales: preocupación sobre el peso, baja autoestima, sintomatología depresiva, trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia.
- b. Ambientales: interiorización de un ideal de cuerpo delgado y abuso físico o sexual en la infancia.
- c. Genéticos y fisiológicos: obesidad infantil y desarrollo puberal temprano. También puede existir una herencia del trastorno y vulnerabilidad genética para la BN.

4.4 Diagnóstico

El diagnóstico de bulimia nerviosa se basa en los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5, los cuales son: (11, 14, 19)

- A. Episodios recurrentes de atracones.
- B. Comportamientos compensatorios recurrentes para evitar la ganancia de peso.
- C. Los atracones y comportamientos compensatorios se producen, en promedio, al menos una vez por semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve influida por el peso y constitución corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Se debe especificar si el paciente está en: (11, 14, 19)

- Remisión parcial: Después de cumplirse todos los criterios, algunos, pero no todos se han cumplido durante un periodo continuo.
- Remisión total: Después de cumplirse todos los criterios, no se ha cumplido ninguno durante un periodo continuo.

Y la gravedad actual del trastorno: (11, 14,19)

- Leve: Un promedio de 1-3 episodios compensatorios por semana.

- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios compensatorios por semana.
- Grave: Un promedio de 8-13 episodios compensatorios por semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios compensatorios por semana.

Bulimia nerviosa	
Alimentación	Regular, saltos de las comidas y restricción
Peso	Peso normal o por encima del mismo
Imagen corporal	Sobrevaloración
Atracones	Regulares
Purga, ayuno, ejercicio excesivo para el control del peso	Conductas compensatorias regulares

Tabla 2. Características clave en el diagnóstico de los principales trastornos alimentarios. Modificada y traducida de la fuente (34).

4.5 Características psicológicas

En la bulimia nerviosa, los pacientes tienen dificultad para modular la intensidad y/o duración de las emociones, tener conciencia y aceptación de las mismas e inhibir el comportamiento compulsivo. (45) Algunos investigadores atribuyen de forma parcial este trastorno, a una disminución de recompensa en el consumo de alimentos, lo que resulta en un mayor consumo de estos para compensar el déficit. (46)

En la bulimia nerviosa, se presenta también; una profunda insatisfacción por el peso y la forma del propio cuerpo (varios pacientes tienen dismorfia corporal) y una preocupación patológica por el peso y el aumento del mismo. (11)

4.6 Características clínicas

Los signos y síntomas en la BN (Figura 14) son más difíciles de detectar, ya que los pacientes suelen tener un peso normal y sus comportamientos son a escondidas. (19) Las características físicas suelen estar asociadas a

las conductas compensatorias, dentro de estas, se encuentran dolores de cabeza, epistaxis recurrente, taquicardia, hinchazón y dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, hematemesis, amenorrea u oligomenorrea, dolor de garganta frecuente, voz ronca, tos crónica (11), esofagitis, náuseas y dolor miofascial. (41)

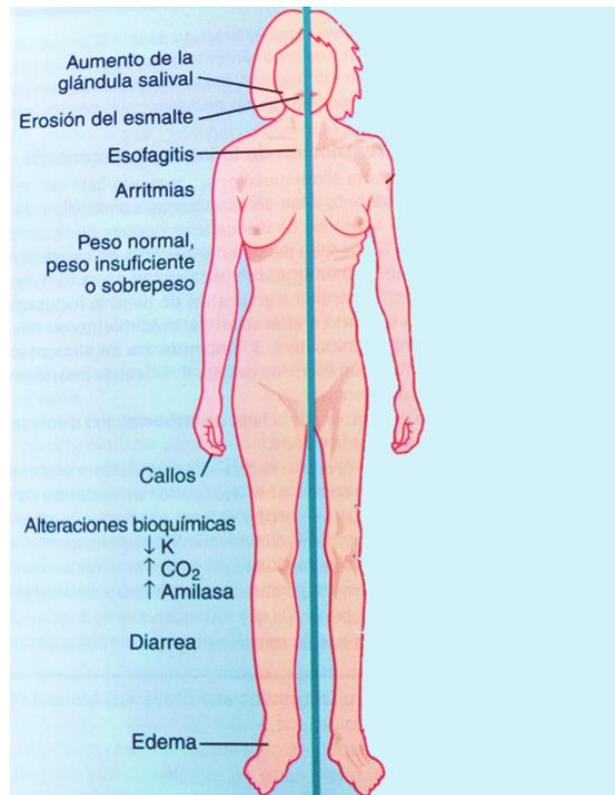


Figura 14. Signos y síntomas físicos de la bulimia nerviosa. Modificada de la fuente (19).

Como consecuencia a la autoinducción de vómitos de forma repetitiva en los pacientes con BN, aparecen pápulas hiperqueratósicas en los dedos, debido a la fricción que estos ejercen con los dientes (47), lo que se conoce como el signo de Russell (Figura 15). (11, 19, 47) También se observa queilitis (11) crecimiento de las glándulas parótidas, erosión del esmalte dental y caries (11, 19), entre otras manifestaciones orofaciales que se detallarán en el siguiente capítulo.



Figura 15. Signo de Russell: erosiones y callosidades en dedos y nudillos del dorso de las manos. (48)

4.7 Tratamiento multidisciplinario

El tratamiento de la bulimia nerviosa consiste en una terapia psicológica específica, además, como en este trastorno se presentan comorbilidades físicas y nutricionales, el tratamiento, de manera ideal, requerirá de un equipo multidisciplinario. (34)

En la atención multidisciplinaria pueden participar psiquiatras, psicólogos, médicos generales, nutriólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, radiólogos. En el caso de niños y adolescentes, será también necesaria la atención de un pediatra. (48)

Los pacientes con síntomas más graves, o que no mejoran con una atención poco restrictiva, requerirán de un programa de atención hospitalaria especializada, ya sea de manera parcial (atención de día) o completo. (34)

4.8 Complicaciones

De acuerdo con el DSM-5 (14), las personas con bulimia nerviosa pueden presentar múltiples limitaciones funcionales, pero una minoría de ellos

refieren limitaciones graves, siendo el ámbito social el que puede verse mayormente afectado.

Cuando existen complicaciones, los pacientes pueden presentar laceración esofágica, rotura esofágica y dilatación o rotura gástrica aguda. En casos graves, se desarrollan arritmias auriculares y ventriculares debido a la hipopotasemia causada por los vómitos, el abuso de laxantes y diuréticos. (19)

Las arritmias cardíacas, se encuentran entre las complicaciones más graves ya que se asocian a una elevada tasa de mortalidad. (11) Aunado a lo anterior, la BN tiene un alto riesgo de suicidio, por lo que es importante incluir una valoración de conductas e ideas suicidas, así como de los antecedentes de tentativas del mismo. (14)

CAPÍTULO 5. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

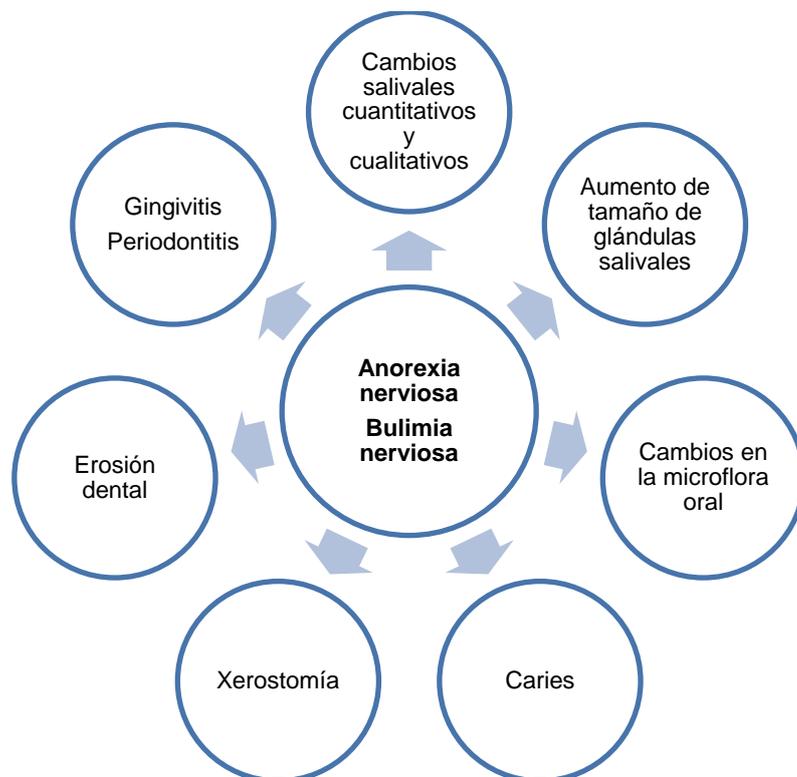
5.1 Manifestaciones orofaciales de la anorexia y la bulimia nerviosa

La anorexia y la bulimia nerviosa, son dos trastornos de la conducta alimentaria que tienen como resultado diversas complicaciones multiorgánicas (49), incluyendo consecuencias significativas en la salud oral (22) como daños directos o por déficit nutricional. (50)

Las manifestaciones bucales no son signos patognomónicos de la AN ni de la BN, pero al presentarse junto a otros síntomas como la desnutrición y la deshidratación, pueden ser una guía para el diagnóstico de las mismas. (49) Al tomar en cuenta la sintomatología, y que la mayoría de las personas con estos trastornos lo mantienen en secreto debido a la culpa o la vergüenza (11), el rol del odontólogo como el primer profesional de la salud en tener contacto con este tipo de pacientes, resulta de suma importancia para su detección. (49)

Las alteraciones en la cavidad oral, dependen de la duración y frecuencia de las conductas alimentarias disfuncionales (51) y pueden empeorar si el paciente tiene una higiene bucal inadecuada (52); suelen presentarse a los 6 meses a partir del comienzo del trastorno (11, 41, 49, 52) y son las primeras características clínicas (Esquema 1) en aparecer dentro de los trastornos de la conducta alimentaria. (41)

Las manifestaciones orofaciales presentes en la anorexia y la bulimia nerviosa, afectan tanto a tejidos duros como a tejidos blandos e incluyen trastornos temporomandibulares (48, 51, 53), queilitis angular (49, 52, 54), candidiasis oral (41, 52), úlceras traumáticas en el paladar (41, 52, 53), glositis (41, 52), sialoadenitis crónica (11, 41, 48, 52, 53), xerostomía (11, 22, 41, 48, 50, 52, 53), gingivitis (22, 41, 48-53), periodontitis (22, 41, 48, 50-52), erosión dental y caries. (11, 22, 41, 48-54)



Esquema 1. Posibles características bucales en los trastornos de la conducta alimentaria. Modificado y traducido de la fuente (52).

5.1.1 Trastornos temporomandibulares y bruxismo

Los trastornos temporomandibulares (TTM), son un conjunto de alteraciones musculoesqueléticas y neuromusculares (55) que afectan por deformidad, enfermedad, desalineamiento o disfunción a la articulación temporomandibular (ATM); incluyendo la desviación oclusal de las articulaciones temporomandibulares y las respuestas asociadas a la musculatura. Dentro de los TTM, se encuentra el trastorno del sistema masticatorio (TSM) (Figura 16), el cual se refiere a toda aquella alteración de las estructuras del mismo, que se relacione con la disfunción, malestar o deformación de cualquiera de sus componentes (dientes y sus estructuras de soporte, ATM, músculos accesorios, lengua, labios, mejillas, mucosa bucal, el complejo neurológico asociado, el complejo vascular y las glándulas salivales). Si se genera un desequilibrio entre cualquiera de ellos, este será desencadenante de dolor. (56)

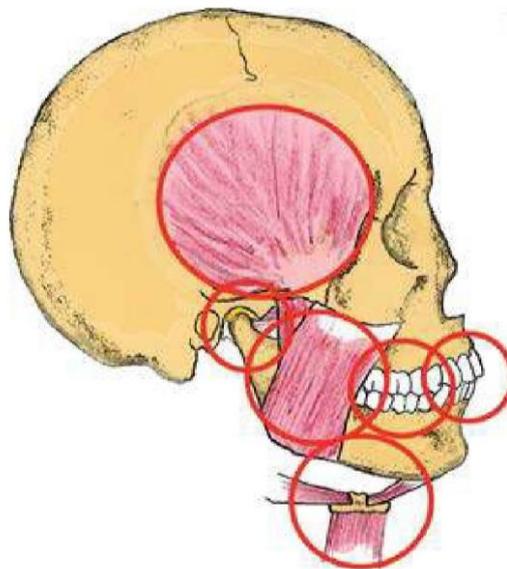


Figura 16. Sistema masticatorio. (56)

El bruxismo, se caracteriza por el apretamiento o rechinar de los dientes y/o el empuje mandibular que implica una hiperactividad de los

músculos masticatorios; puede darse de manera inconsciente durante el sueño o de manera semiconsciente durante la vigilia. Su etiología es multifactorial, idiopática o iatrogénica y está fuertemente relacionada a factores psicológicos como la ansiedad y el estrés. (57)

En la anorexia y la bulimia nerviosa, las deficiencias nutricionales pueden provocar inflamación de las articulaciones temporomandibulares y fibromialgias (53) y si existe algún grado de osteopenia u osteoporosis, se pueden manifestar disfunciones de la ATM por daño en sus componentes óseos (53) y una aceleración en la pérdida ósea alveolar. (52)

En los pacientes que se autoinducen el vómito o tienen atracones, se presentan con mayor frecuencia signos y síntomas asociados a la patología temporomandibular como dolor orofacial, fatiga mandibular, cefaleas, sensación de mareo, náuseas, ronquidos y trastornos del sueño. (48)

Además, los factores psicológicos presentes en la AN Y BN, pueden desencadenar bruxismo, el cual, aunado a la pérdida de la estructura dental, provoca una disminución en la dimensión vertical y como consecuencia, dolor orofacial (Figura 17). (53)

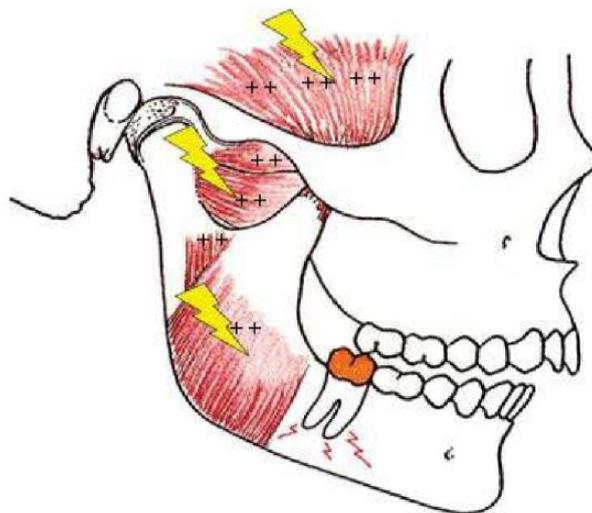


Figura 17. Dolor de los trastornos temporomandibulares. (56)

5.1.2 Queilitis angular

La queilitis angular (Figura 18) es un proceso inflamatorio de la piel de etiología variada que ocurre en la comisura labial, ángulo de la boca (58) y es también conocida como queilosis o estomatitis angular (58, 59). Su origen puede estar relacionado con múltiples factores como la inmunosupresión sistémica (VIH y diabetes mellitus), la irritación (traumatismo), la producción de saliva (un aumento produce mayor humedad en la zona y una disminución produce sequedad, agrietamiento y descamación), infecciones fúngicas (candidiasis oral) o bacterianas y deficiencias nutricionales (riboflavina, ácido fólico, hierro, etc.). (59)



Figura 18. Queilitis angular bilateral. (60)

La queilitis angular, se presenta con mayor frecuencia en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa que en los pacientes sanos (54), debido a deficiencias nutricionales, candidiasis oral (52), hiposalivación y por el traumatismo provocado en las comisuras labiales de aquellos que se autoinducen el vómito. (59)

5.1.3 Candidiasis oral

La candidiasis oral (Figura 19), es una infección fúngica oportunista que se caracteriza por el crecimiento excesivo de hongos en la superficie de la lengua y otros sitios de la mucosa oral, causada por *Candida albicans*. El dorso de la lengua es el reservorio principal de este hongo y actúa como punto de inicio para la diseminación de la infección, incluyendo la candidiasis orofaríngea. *Candida albicans*, es un organismo comensal versátil que se adapta al ser humano (hospedero), pero diversos factores como los cambios en la cantidad y calidad de la saliva, una pobre higiene oral, trauma en la mucosa oral por dentaduras, inmunosupresión, disfunciones endócrinas y deficiencias nutricionales, pueden provocar que se vuelva patógeno. (60)

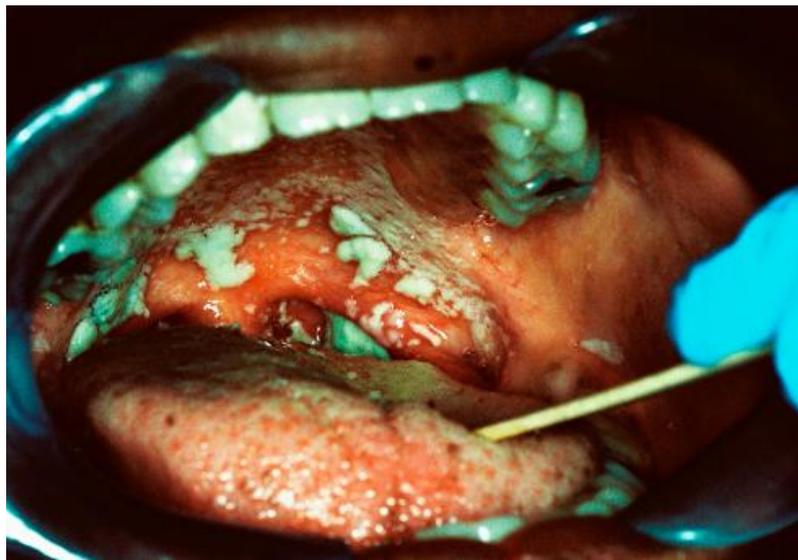


Figura 19. Candidiasis oral en paladar blando que se extiende hasta la orofaringe (candidiasis orofaríngea). Modificada de la fuente (60).

En la anorexia y la bulimia nerviosa, la infección por *Candida albicans* es una de las características clínicas que se pueden observar en boca, específicamente en las mucosas. (41)

La candidiasis oral, se desarrolla en pacientes con estos trastornos de la conducta alimentaria, principalmente en aquellos que llevan a cabo

prácticas compensatorias como los atracones (ingesta de alimentos ricos en carbohidratos) y las purgas (vómitos), debido a que presentan una disminución del flujo salival y un pH ácido en boca que, en conjunto, promueven la supervivencia del microorganismo oportunista. (52)

5.1.4 Úlceras traumáticas en el paladar

Una úlcera se define como la pérdida de epitelio. Las úlceras son las lesiones más comunes presentes en los tejidos blandos de la cavidad oral y la mayoría de ellas se originan por traumatismos mecánicos cuya causa y efecto suele ser evidente. Las úlceras traumáticas se clasifican en agudas (Figura 20) y crónicas (Figura 21), las primeras presentan signos y síntomas de inflamación aguda (dolor, enrojecimiento e hinchazón), están cubiertas por un exudado fibrinoso blanco amarillento, se encuentran rodeadas por un halo eritematoso y sanan entre 7-10 días si se elimina la causa. Por su parte, las úlceras crónicas, pueden causar poco dolor o ninguno, están cubiertas por una capa amarillenta rodeada de márgenes elevados que pueden presentar hiperqueratosis (cicatriz), pero si se encuentran irritadas, el proceso de cicatrización se retrasa. (61)



Figura 20. Úlcera aguda. (61)



Figura 21. Úlcera crónica del paladar. (61)

En los pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativa y bulimia nerviosa, donde se presenta una autoinducción recurrente del vómito, es común observar úlceras traumáticas en el paladar a causa del trauma constante que ejercen los dedos sobre la mucosa y la exposición al ácido gástrico. (41)

La complicación de una úlcera traumática en el paladar, es la sialometaplasia necrotizante (Figura 22), la cual es una lesión benigna autolimitada de las glándulas salivales menores (generalmente en el paladar duro) que conduce a la inflamación de la mucosa e isquemia. A pesar de ser una lesión benigna, la apariencia de la sialometaplasia necrotizante es confundida con malignidad, por lo que es recomendable realizar una evaluación de la misma. (54)



Figura 22. Sialometaplasia necrotizante que se presenta como úlcera en la parte posterolateral del paladar. (52)

Además del paladar, las úlceras traumáticas en la AN y BN, también suelen observarse en la faringe debido a las mismas causas. (52)

5.1.5 Glositis atrófica

La glositis (Figura 23), es el término general que se le da a la inflamación de la lengua. Clínicamente puede presentarse como dolor, cambios de textura o color en la superficie o ambos. Su etiología es amplia y entre algunas de sus causas se encuentran la anemia por deficiencia de hierro y la anemia perniciosa, las deficiencias del complejo B, infecciones (virales, bacterianas, fúngicas o parasitarias) y el uso de ciertos medicamentos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y los anticonceptivos orales. Otras de las causas son los factores psicológicos (ansiedad), la exposición a irritantes químicos, la irritación mecánica y la deshidratación. La glositis se clasifica en glositis atrófica, glositis romboidal mediana, glositis migratoria benigna, glositis geométrica y lengua de fresa. En la glositis atrófica, clínicamente la lengua se observa eritematosa y con ausencia de papilas, tiene un aspecto liso, brillante y seco. (62)



Figura 23. Vista de la lengua de una mujer de 69 años con anemia perniciosa que se presenta como glositis (dorso de la lengua liso y rojo, sin papilas linguales). (63)

La glositis atrófica es una manifestación oral característica de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa debido a la desnutrición. La carencia de vitaminas B1, B6 y B12 se ha asociado a una disminución en el recambio epitelial, lo que se hace evidente en la lengua, donde se puede observar eritema y aparece una sensación de boca ardorosa. (41) La sensación de ardor o estomatodinia en la AN y BN, puede presentarse a causa de la atrofia de la mucosa oral por las deficiencias nutricionales, por los vómitos recurrentes o como efecto de ciertos trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad y el estrés. (52)

5.1.6 Sialoadenitis crónica

La sialoadenitis crónica se refiere a la inflamación recurrente de una o más glándulas principales. Se caracteriza por la presencia de dolor, sensibilidad e inflamación en el sitio de la glándula afectada. Es causada por diversas condiciones que obstruyen el tracto de salida de las glándulas, incluyendo la sialolitiasis, terapias con yodo radioactivo, enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, infecciones recurrentes o puede ser

idiopática. La sialoadenitis crónica produce estasis salival, inflamación glandular y en ocasiones infecciones agudas. (64)

En la AN y BN, la sialoadenitis crónica se presenta como un aumento de tamaño de la glándula parótida y en algunas ocasiones de la glándula submandibular. La causa de la inflamación glandular es desconocida, pero se cree que puede estar asociada con un estímulo colinérgico que se suma a la acción del vómito para la activación de las glándulas salivales, cuya severidad es directamente proporcional a la frecuencia del mismo. (41) La sialoadenitis, también puede estar causada por una infección viral o bacteriana estimulada por la deshidratación, donde el flujo salival se reduce y la saliva se vuelve más viscosa. La malnutrición también se ha asociado al agrandamiento de las glándulas salivales, el cual puede aparecer y desaparecer o persistir si el trastorno de la conducta alimentaria continúa. (53)

En pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativa y bulimia nerviosa, cuando dejan de autoinducirse el vómito de manera brusca, se puede presentar un agrandamiento de las glándulas salivales (Figura 24) al tercer o cuarto día y se da una facie característica conocida como “cara de ardilla” (48), la cual puede complicar el estado psicológico del paciente. (53)



Figura 24. Tumefacción parotídea bilateral en la bulimia nerviosa. (52)

5.1.7 Xerostomía

La xerostomía, también conocida como boca seca, es una condición definida como la disminución del flujo salival (61) y su capacidad amortiguadora. (52) Existen diversas causas para que se presente la xerostomía como la ansiedad, enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren), diabetes mellitus, radioterapia en cabeza y cuello, tratamiento con yodo radioactivo y medicamentos de efecto anticolinérgico. Clínicamente se manifiesta como disfagia, alteración en el sentido del gusto, malestar oral generalizado y en portadores de prótesis mucosoportadas, pobre retención. (61)

La xerostomía se presenta en pacientes con AN de tipo purgativa y BN debido a las alteraciones sistémicas que se desarrollan en estos trastornos, como la desnutrición, anemia, desórdenes hormonales, mala absorción, deshidratación y como efecto secundario del uso de diuréticos, laxantes y fármacos depresores del sistema nervioso central. (53)

El flujo salival disminuido en estos pacientes, los predispone a una mayor presencia de caries, infecciones oportunistas en la mucosa oral (candidiasis oral) y alteraciones del gusto. (5)

5.1.8 Gingivitis y periodontitis

La gingivitis (Figura 25), es una condición inflamatoria de la encía causada por bacterias que se acumulan en el margen gingival, cuyas características clínicas son la inflamación y el sangrado al sondeo. (65) Esta se clasifica en dos grupos principales, la gingivitis inducida por placa dentobacteriana y la gingivitis no inducida por placa dentobacteriana. La primera puede ser solo asociada a placa dentobacteriana, mediada por factores de riesgo sistémicos o locales y agrandamiento gingival influenciado por drogas. Por otro parte, la gingivitis no inducida por placa puede estar asociada a trastornos genéticos o del desarrollo, infecciones específicas, condiciones

inflamatorias e inmunes, procesos reactivos, neoplasma, trastornos endócrinos, nutricionales y metabólicos, lesiones traumáticas y pigmentación gingival. (66)



Figura 25. Apariencia clínica de un paciente con gingivitis en la que se observa retención de placa dentobacteriana interdental y reacción inflamatoria a nivel papilar. (65)

La periodontitis (Figura 26), está definida como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, causada por microorganismos específicos la cual inicia como gingivitis inducida por placa. Clínicamente, se caracteriza por la pérdida de inserción de los tejidos periodontales. (65)

Existen tres formas de periodontitis, las enfermedades periodontales necrotizantes, la periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas y la periodontitis. Esta última, se clasifica en 4 estadios basados en la severidad de la enfermedad y la complejidad del tratamiento, puede estar localizada, generalizada o seguir un patrón incisivo-molar y tiene tres grados (A, B o C) que evidencian su progresión. (66)



Figura 26. Paciente con mal posición dentaria y enfermedad periodontal. (65)

Por su parte, los trastornos de la conducta alimentaria tienen un impacto negativo sobre los tejidos periodontales, se ha demostrado que los pacientes con anorexia nerviosa presentan un aumento en el índice de placa, sangrado al sondeo y pérdida de inserción, en comparación con pacientes que padecen bulimia nerviosa. (22)

Existen diversos factores en la AN y BN que aumentan el riesgo a desarrollar gingivitis y periodontitis, entre ellos se encuentran la disminución del flujo salival (22, 53) y el cambio en la composición enzimática de la saliva que favorece la acumulación de irritantes locales (22); la pobre higiene oral (41, 52, 53), la deficiencia de vitamina C (41, 51-54) que es esencial para la síntesis de colágeno y el proceso de cicatrización (54); las deficiencias de otros nutrientes como el zinc, calcio, cobre y magnesio (52), además de las alteraciones hormonales y metabólicas. (53)

5.1.9 Erosión dental

La erosión dental (Figuras 27 y 28), se define como el desgaste químico de los tejidos mineralizados del diente, causado por la exposición a químicos intrínsecos o extrínsecos no bacterianos. (67) Los químicos intrínsecos están asociados a enfermedades o condiciones clínicas que conllevan a la presencia continua de ácido gástrico en la cavidad oral, mientras que los químicos extrínsecos se relacionan a comidas y bebidas con pH ácido, medicamentos y a productos para el cuidado bucal. (68)

De forma clínica, las erosiones dentales en un inicio se observan como superficies dentales, suaves, lisas y brillantes, progresan a superficies planas coronales a la unión amelocementaria y finalmente, las lesiones avanzadas de aparecen como defectos en forma de copa en las superficies oclusales o incisales de los dientes que alteran su morfología natural. (52)



Figura 27. Hiperplasia gingival y erosión con pérdida de esmalte dental en cara palatina de incisivos y caninos del maxilar. (48)



Figura 28. Erosión en la cara palatina de los dientes maxilares. (52)

Como consecuencia de las erosiones dentales, se produce hipersensibilidad dentinaria, considerada como uno de los síntomas más reportados en pacientes con estas lesiones. (51) La hipersensibilidad dentinaria se define como un dolor dentinario agudo, fugaz y localizado que se desencadena por un factor térmico o químico, que ocurre por lo general, en la región cervical de los dientes debido a que la capa de esmalte es más delgada en esta zona y expone a la dentina y a los túbulos dentinarios. (52)

La erosión dental es una manifestación oral frecuente en los pacientes con bulimia nerviosa, está asociada a la exposición constante de los dientes al ácido gástrico. (11) Estas lesiones pueden encontrarse, además de los pacientes bulímicos, en los anoréxicos de tipo purgativo en las caras

palatinas de los dientes anteriores maxilares, caras linguales de dientes anteriores mandibulares y superficies oclusales de dientes posteriores (41), pero es más frecuente en las caras palatinas de los dientes anterosuperiores, ya que, durante el vómito, la lengua empuja el contenido gástrico hacia adelante y protege a los dientes inferiores (Figura 28). (53)



Figura 28. Erosiones dentarias en las caras palatinas/linguales y oclusales. (41)

5.1.10 Caries

La caries, actualmente se define como una enfermedad dinámica, no transmisible, multifactorial, mediada por biopelículas, modulada por la dieta y que produce una pérdida de minerales de los tejidos duros de los dientes. La caries, está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales. (70)

Al ser una enfermedad de origen multifactorial, la caries no puede atribuirse solo a la anorexia y bulimia nerviosa (51, 52), pero existe una alta incidencia de la misma debido a la hiposalivación (50, 52, 53), la desnutrición y la ingesta de alimentos cariogénicos. (52) Además, otro factor que contribuye al desarrollo de caries en los pacientes anoréxicos de tipo purgativo y bulímicos, es la continua exposición al ácido gástrico debido a la autoinducción del vómito (54) que propicia cambios en la flora bacteriana, debido a la disminución del pH intraoral. (53)

Las características clínicas de las lesiones cariosas presentes en la AN y BN son el predominio en zonas cervicales (Figura 29) y lesiones en la dentina con grandes pérdidas de esmalte. (52)



Figura 29. Paciente de 35 años de edad con un gran número de lesiones cariosas cervicales. (70)

5.2 Tratamiento odontológico integral

Los trastornos de la conducta alimentaria, conllevan una serie de conductas nocivas que repercuten en la cavidad oral, ya sea de forma directa o a causa de la desnutrición. Por lo tanto, como parte del tratamiento multidisciplinario del paciente con TCA, es necesario que este acuda a una revisión dental tan pronto como se le diagnostique el trastorno, para que se le realice una detección oportuna de las manifestaciones orales descritas anteriormente, evitando así, el desarrollo y daño permanente que provocan lesiones irreversibles como la erosión dental y la caries. (50)

Los pacientes con TCA, requieren de tratamientos odontológicos básicos que incluyen raspado y alisado radicular, eliminación de caries, tratamiento de erosiones dentales, manejo de la sensibilidad dental (mediante pastas desensibilizantes y aplicaciones de flúor), restauraciones dentales (las cuales deben planearse hasta que el paciente finalice la autoinducción de vómitos y se encuentre estable), o en algunos casos, pueden requerir de intervenciones más invasivas como los tratamientos de conductos

radiculares y las extracciones dentales. En cuanto a medidas preventivas, se les tiene que explicar a los pacientes anoréxicos de tipo purgativo y a los bulímicos, que no deben realizar el cepillado dental inmediatamente después del vómito, ya que esta acción solo acelera el desgaste dental. Adicionalmente, se les puede recomendar el uso de enjuagues con fluoruro sódico al 0,05% para la neutralización del pH ácido en la cavidad oral. (41)

Posteriormente, el paciente con trastornos de la conducta alimentaria, tendrá que acudir a revisiones y controles periódicos de su salud oral a partir de su primera visita al consultorio dental. (50)

5.3. Recomendaciones odontológicas

Lo primero que se debe tomar en cuenta al tratar a un paciente son las características de personalidad que posee, cuando existan patologías psiquiátricas, como es el caso de los TCA, la correcta identificación de estas por el odontólogo, le permitirá abordar el problema oral específico que presente el paciente e incluso podrá canalizarlo oportunamente con un especialista de la salud mental. Es importante recordar que la base de la relación odontólogo-paciente es la comunicación, tanto verbal como no verbal, por lo que debe observarse la actitud, postura y disposición del mismo, para brindarle una explicación de los problemas dentales que presenta y el procedimiento con una actitud comprensiva, ya que esto será determinante para la correcta evolución y término del tratamiento. (15)

CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de trastornos mentales de etiología multifactorial que repercuten significativamente en la salud física, mental y en el desarrollo social de quienes los padecen. Son patologías psiquiátricas que hoy en día siguen siendo estigmatizadas y a la vez promovidas por la sociedad con el culto a la delgadez y estereotipos de belleza inalcanzables.

Dentro de estos, la anorexia y la bulimia nerviosa, son los dos TCA más comunes y estudiados hasta el momento, y aunque aún existen preguntas sin resolver respecto a su etiología, fisiopatología y la aplicación de tratamientos más eficaces, con lo que se conoce sobre ellos, es posible identificarlos y diferenciarlos por sus características físicas y mentales y con ello establecer planes de tratamiento integrales que se adecuen a cada paciente, dependiendo de la gravedad del estado de salud de los mismos.

La anorexia y la bulimia nerviosa, a medida que evolucionan, producen diversas fallas multiorgánicas en los pacientes que los presentan, lo que deteriora su calidad de vida e incluso, en casos más graves, puede conducirlos a una muerte prematura, ya sea por las alteraciones sistémicas o por suicidio. Por lo anterior, es necesario que los pacientes reciban un tratamiento multidisciplinario que involucre diferentes profesionales de la salud como médicos generales, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, enfermeros, y todos aquellos especialistas necesarios para tratar oportunamente las alteraciones de cada órgano, con el objetivo de detener el daño que estos trastornos provocan en los pacientes, devolverles la salud y prevenir recaídas.

Dentro del equipo multidisciplinario en el tratamiento de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, el odontólogo juega un papel clave, ya que estos TCA tienen manifestaciones en la cavidad oral, mismas que repercuten en la calidad de vida del paciente tanto por las alteraciones de las funciones normales del sistema estomatognático, como por el

desequilibrio estético que afecta aún más el estado emocional del paciente. Por ello, es indispensable que el cirujano dentista conozca los trastornos de la conducta alimentaria, su etiología, prevalencia, características clínicas, características mentales y las repercusiones que tienen en el ámbito odontológico, para que este desarrolle planes de tratamiento individualizados y que incluso, pueda canalizar con los especialistas de la salud mental a aquellos pacientes con posibles TCA como la anorexia y la bulimia nerviosa, cuya primer interacción con un profesional de la salud, es en un consultorio dental.

REFERENCIAS

1. Sierra R, Jiménez J. Tratado de MEDICINA INTENSIVA. 2a. ed. España: Elsevier; 2022.
2. García Porrero JA, Hurlle JM. Anatomía humana [Internet]. 2a ed. Editorial Médica Panamericana; 2020 [Consultado 20 Ene 2023]. (Colección Panamericana de fisioterapia). Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002090975&lang=es&site=eds-live>
3. Schünke M, Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. Prometheus : texto y atlas de anatomía [Internet]. 5ta ed. Editorial Médica Panamericana; 2022 [Consultado 20 Ene 2023]. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002118089&lang=es&site=eds-live>
4. Derrickson B, Klajn DS, Morando A, Altomonte V, Derrickson B. Fisiología humana [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2018 [Consultado 22 Ene 2023]. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002090954&lang=es&site=eds-live>
5. Silverthorn DU, Silverthorn DU, Johnson BR, Ober WC, Ober CW, Impaglizzo A, et al. Fisiología humana: un enfoque integrado [Internet]. 8a edición. Editorial Médica Panamericana; 2019 [Consultado 28 Ene 2023]. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001001769422&lang=es&site=eds-live>
6. Fountoulakis, K.N. The Human Connectome [Internet]. Springer, Cham; 2022 [Cited 2023 Jan 28]. Available from: https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-031-10351-3_2

7. Steiner, A.J. *et al.* Atlas of Psychiatry [Internet]. Springer, Cham; 2022 [Cited 2023 Jan 28]. Available from: https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-031-15401-0_4
8. Ángeles Castellanos AM, García Peláez MI, Sánchez-Bringas MG. Morfología humana [Internet]. 1a ed. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2022 [Consultado 29 Ene 2023]. Disponible en: <https://search-ebsohost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002137882&lang=es&site=eds-live>
9. Calderón Montero FJ, Legido Arce JC. Fisiología humana: aplicación a la actividad física [Internet]. 2a ed. Editorial Médica Panamericana; 2018 [Consultado 01 Feb 2023]. Disponible en: <https://search-ebsohost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002090928&lang=es&site=eds-live>
10. Harada T, Yamauchi T, Miyawaki D, et al. Anorexia nervosa restricting type has increased in severity over three decades: Japanese clinical samples from 1988 to 2018. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021 [Cited 2023 Feb 04]; 54 (1):54–58. Available from: <https://search-ebsohost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85096869721&lang=es&site=eds-live>
11. Verónica Gaete, Carolina López, Francisca Corona. Bulimia nervosa. In *Encyclopedia of Child and Adolescent Health* [Internet]. 1st ed. Elsevier; 2023. p. 811-825 [Cited 2023 Feb 04]. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00012-1>
12. Marie Galmiche, Pierre Déchelotte, Grégory Lambert, Marie Pierre Tavolacci. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Feb 05]. 109(5): 1402-1413. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000291652203177X>

13. Rizwan, M. et al. Predictive Analytics of Psychological Disorders in Healthcare. In Predictive Analytics of Psychological Disorders in Healthcare [Internet]. 1st ed. Singapur: Springer; 2022. p. 1-16 [Cited 2023 Feb 07]. Available from: https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-981-19-1724-0_1
14. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) [Internet]. Madrid: Médica Panamericana; 2014 [Consultado 10 Feb 2023]. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com.pbidi.unam.mx:8080/VisorEbookV2/Ebook/9788491101727#{%22Pagina%22:%22329%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}}>
15. Villasmil Prieto GJ. Medicina interna para odontólogos [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2019 [Consultado 11 Feb 2023]. Disponible en: <https://searchebshostcom.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002127626&lang=es&site=eds-live>
16. World Health Organization. Mental disorder_ [Internet]. [Cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/lm/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>
17. van Eeden AE, Oldehinkel AJ, van Hoeken D, Hoek HW. Risk factors in preadolescent boys and girls for the development of eating pathology in young adulthood. Int J Eat Disord [Internet]. 2021 [Cited 2023 Feb 12]; 54: p. 1147–1159. Available from: <https://doi.org/10.1002/eat.23496>
18. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a

systematic review and meta-analysis. EATING AND WEIGHT DISORDERS-STUDIES ON ANOREXIA BULIMIA AND OBESITY [Internet]. 2021 [Cited 2023 Feb 15]; 27: p. 415-428. Available from: <https://search-ebshost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edswsc&AN=000638098800002&lang=es&site=eds-live>

19. L. Kathleen, Janice L, Krause. Dietoterapia. 14a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2017.
20. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. (2021). Eating disorders: a general vision. In: Complex Cases and Comorbidity in Eating Disorders [Internet]. 1st ed. Springer, Cham; 2021. p. 3-13 [Cited 2023 Feb 17]. Available from: https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-030-69341-1_1
21. Pellizzer, M. L., & Wade, T. D. (2023). The effectiveness of lived experience involvement in eating disorder treatment: A systematic review. Int J Eat Disord [Internet] 2022 [Cited 2023 Feb 18]; 56(2): 331–349. Available from: <https://doi.org/10.1002/eat.23847>
22. Chiba FY, Sumida DH, Moimaz SAS, et al. Periodontal condition, changes in salivary biochemical parameters, and oral health-related quality of life in patients with anorexia and bulimia nervosa. J Periodontol [Internet]. 2019 [Cited 2023 Feb 18]; 90(12): 1423–1430. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0053>
23. Gaudio S, Olivo G, Schiöth HB, Carducci F, Piervincenzi C. Altered thalamo–cortical and occipital–parietal–temporal–frontal white matter connections in patients with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review of diffusion tensor imaging studies. J Psychiatry Neurosci [Internet]. 2019 [Cited 2023 Feb 20]; 44(5): 324-339–339. Available from: <https://search-ebshost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85071714348&lang=es&site=eds-live>

24. Balasundaram P, Santhanam P. Eating Disorders. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022 [Cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33620794/>
25. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, Carvalho AF, Dragioti E, Favaro A, Monteleone AM, Shin JI, Fusar-Poli P, Castellini G. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. J Psychiatry [Internet]. 2021 [Cited 2023 Feb 22]; 43(3): 314-323. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997075/>
26. Tyler B. Mason, Rachel Dayag, Anna Dolgon-Krutolow, Kathy Lam, Diana Zhang. A systematic review of maladaptive interpersonal behaviors and eating disorder psychopathology. Eating Behaviors [Internet]. 2022 [Cited 2023 Feb 24]; 45: 1-11. Available from: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.eatbeh.2022.101601>
27. Cueto-López J, Franco-Paredes K, Bautista-Díaz M-L, Telles FS. Universal prevention program for eating disorders risk factors in Mexican adolescents. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2022 [Cited 2023 Feb 27]; 9(1):45-53. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85128186458&lang=es&site=eds-live>
28. Davis LE and Attia E. Recent advances in therapies for eating disorders. Faculty Rev [Internet]. 2019 [Cited 2023 Feb 27]; 8:1-9. Available from: <https://doi.org/10.12688/f1000research.19847.1>
29. American Academy of Pediatrics. Treating eating disorders [Internet]. healthy children.org; 2020 [Cited 2023 Feb 28]. Available from: <Tratamiento de los trastornos alimentarios - HealthyChildren.org>
30. Allen K. L, Mountford V. A, Elwyn R, et al. A framework for conceptualising early intervention for eating disorders. Eur Eat

- Disorders Rev [Internet]. 2023 [Cited 2023 Mar 01]; 31(2): 320–334. Available from: <https://doi.org/10.1002/erv.2959>
31. Atti AR, Mastellari T, Valente S, Speciani M, Panariello F, De Ronchi D. Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. EATING AND WEIGHT DISORDERS-STUDIES ON ANOREXIA BULIMIA AND OBESITY [Internet]. 2020 [Cited 2023 Mar 03]; Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edswsc&AN=000582326200001&lang=es&site=eds-live>
32. Cassandra E. Friedlich, Andrea Covarrubias, Hyoungjin Park, Stuart B. Murray. Updates in the treatment of Eating Disorders in 2022. The Journal of Treatment & Prevention [Internet]. 2023 [Cited 2023 Mar 04]; 31(2): 1-11. Available from: <https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2179774>
33. Steinhausen H-C, Hørder, Bilenberg, Villumsen MD, Winkler LA-D, Støvring RK. Increased risk of somatic diseases following anorexia nervosa in a controlled nationwide cohort study. Intl J Eating Disorders [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 04]; 55(6): 754-762. Available from: <https://search-ebSCOhostcom.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85128583050&lang=es&site=eds-live>
34. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Internal Medicine Journal [Internet]. 2020 [Cited 2023 Mar 05]; 50(1): 24-29. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85077940860&lang=es&site=eds-live>
35. Sobstyl M, Stapińska-Synieć A, Sokół-Szawłowska M, Kupryjaniuk A. Deep brain stimulation for the treatment of severe intractable anorexia nervosa. British Journal of Neurosurgery [Internet]. 2019 [Cited 2023 Mar 06]; 33(6): 601–7. Available from: <https://search-ebSCOhost->

com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=141254638&lang=es&site=eds-live

36. Guarda A. What are eating disorders? [Internet]. U. S. A.: American Psychiatric Association; 2023. [Cited 2023 Mar 07]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
37. Escelsior A, Amerio A, Bellomo M, Amore M, Sukkar SG, Saverino D, et al. Anti-hypothalamus autoantibodies in anorexia nervosa: a possible new mechanism in neuro-physiological derangement? *Eating and Weight Disorders* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 08]; 27(7):2481-2496. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85126284260&lang=es&site=eds-live>
38. Bordallo A. ¿Qué es la anorexia nerviosa? (No es lo que usted cree) [Internet]. ICNS; 2022 [Consultado 08 Mar 2023]. Disponible en: https://www.icns.es/articulo_que-es-la-anorexia-nerviosa
39. Angeletti LL, Innocenti M, Felciai F, Ruggeri E, Cassioli E, Rossi E, et al. Anorexia nervosa as a disorder of the subcortical-cortical interoceptive-self. *EATING AND WEIGHT DISORDERS-STUDIES ON ANOREXIA BULIMIA AND OBESITY* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 10]; 27: 3063-3081. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edswsc&AN=000881710700001&lang=es&site=eds-live>
40. Martini M, Marzola E, Musso M, Brustolin A, Abbate-Daga G. Association of emotion recognition ability and interpersonal emotional competence in anorexia nervosa: A study with a multimodal dynamic task. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2023 [Cited 2023 Mar 13]; 56(2): 407–417. Available from: <https://doi.org/10.1002/eat.23854>
41. Raftu María, Paredes Rodríguez Víctor Manuel, Gazzera Filippo, Solís González Sandra, García-Riart Monzón Mariano, Hernández Vallejo Gonzalo. Manejo odontológico del paciente con trastornos de

la alimentación. *Cient.dent* [Internet]. 2018 [Consultado 15 Mar 2023]; 15(3): 225-231. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-182257>

42. Radunz M, Ali K, Wade T. D. Pathways to improve early intervention for eating disorders: Findings from a systematic review and meta-analysis. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2023 [Cited 2023 Mar 16]; 56(2): 314–330. Available from: <https://doi.org/10.1002/eat.23845>
43. Xiumei Hou, Guoping Wang, Hongjun Wang, Jindong Liu, Wei Liu, Shiyun Ji, Enna Wang, Diyang Qu, Jieyi Hu. Which came first? Bulimia and emotional symptoms: A cross-lagged panel análisis. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 17]; 22(3): 1-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100320>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260022000291>
44. Sánchez M. 7 cosas que debes saber sobre la bulimia nerviosa [Internet]. México: UNITEC; 2022 [Consultado 18 Mar 2023]. Disponible en:
<https://blogs.unitec.mx/salud/bulimia-nerviosa-un-desorden-alimenticio-comun-en-la-adolescencia/>
45. Tracey D. Wade PHD. Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Mar 19]; 42(1): 21-32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002>.
46. Forester G, Schaefer L. M, Dodd D. R, Johnson J. S. The potential application of event-related potentials to enhance research on reward processes in eating disorders. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 20]; 55(11): 1484–1495. Available from: <https://doi.org/10.1002/eat.23821>
47. Christian Prada, Jairo Victoria. Signos cutáneos con valor diagnóstico. *PIEL* [Internet]. 2023 [Citado 21 Mar 2023]; 38(2): 106-113. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2022.01.007>.

48. Gómez Candela Carmen, Palma Milla Samara, Miján de la Torre Alberto, Rodríguez Ortega Pilar, Matía Martín Pilar, Loria Kohen Viviana et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018 [Citado 21 Mar 2023]; 35(spe1): 49-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000400003&lng=es. Epub 21-Sep-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1562>.
49. Lesar T, Vidović Juras D, Tomić M, Čimić S, Kraljević Šimunković S. Oral Changes in Pediatric Patients with Eating Disorders. *Acta Clinica Croatica* [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 25]; 61(2):185-192. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85141034139&lang=es&site=eds-live>
50. Data on Eating Disorders Reported by Researchers at Complutense University (Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain). *Mental Health Weekly Digest* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Mar 25]; 120. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edsgov&AN=edsgcl.599540377&lang=es&site=eds-live>
51. Mascitti M, Coccia E, Vignini A, Aquilanti L, Santarelli A, Salvolini E, et al. Anorexia, oral health and antioxidant salivary system: A clinical study on adult female subjects. *Dentistry Journal* [Internet]. 2019 [Cited 2023 Mar 25]; 7(2): 1-12. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85067200389&lang=es&site=eds-live>
52. Shamimul Hasan, Sameer Ahmed, Rajat Panigrahi, Priyadarshini Chaudhary, Vijeta Vyas, Shazina Saeed. Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *Journal of Family Medicine*

- and Primary Care [Internet]. 2020 [Cited 2023 Mar 25]; 9(8):3890–7. Available from: <https://search-ebscobhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.6fe65bf5fcde457485d598e9eb3e72d6&lang=es&site=eds-live>
53. Guerrero-Castellón MP, Barajas-Cortés LL, Aguiar-Fuentes EG, et al. Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Rev Tame [Internet]. 2019 [Citado 26 Mar 2023]; 7.8(23): 951-955. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tam-2019/tam1923n.pdf>
54. Lin JA, Woods ER, Bern EM. Common and Emergent Oral and Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. Gastroenterol Hepatol (N Y) [Internet]. 2021 [Cited 2023 Mar 26]; 17(4):157-167. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34035776/>
55. Moharamzadeh K. Diseases and conditions in dentistry: an evidence-based reference [Internet]. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2018 [Cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://search-ebscobhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002014592&lang=es&site=eds-live>
56. Dawson PE, Tak J, Dawson PE. Oclusión funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM [Internet]. Venezuela: Amolca; 2020 [Citado 27 Mar 2023]. Disponible en: <https://search-ebscobhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002114739&lang=es&site=eds-live>
57. Juliatte TDPR, Costa PD, Canaan JDR, Pereira LJ, Fonseca DC, Serra-Negra JM, et al. Circadian preference and its relationship with possible sleep and awake bruxism in adults assisted by the public health system. Chronobiology Intl [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 27]; 39(1):68-76. Available from: <https://search-ebscobhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85114862197&lang=es&site=eds-live>

58. Federico JR, Basehore BM, Zito PM. Angular Cheilitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [Cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536929/#article-32719.s7>
59. Liborija Lugović-Mihić, Kristina Pilipović, Iva Crnarić, Mirna Šitum, Tomislav Duvančić. Differential Diagnosis of Cheilitis – How to Classify Cheilitis? Acta Clinica Croatica [Internet]. 2018 [Cited 2023 Mar 27]; 57(2):342–51. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.4316c482a7f4702b25d28364dfdcd08&lang=es&site=eds-live>
60. Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral Candidiasis: A Disease of Opportunity. Journal of Fungi [Internet]. 2020 [Cited 2023 Mar 27]; 6(1):1–28. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=142878089&lang=es&site=eds-live>
61. Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Richard CK Jordan. ORAL PATHOLOGY Clinical Pathologic Correlations [Internet]. St. Louis, Missouri: Saunders; 2017 [Cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1167483&site=ehost-live&scope=site>
62. Sharabi AF, Winters R. Glossitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [Cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560627/>
63. Kobayashi A, Iwasaki H. Pernicious anemia presenting as glossitis. CMAJ [Internet]. 2020 [Cited 2023 Mar 28]; 192(16). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7207183/>
64. Strohl MP, Chang CF, Ryan WR, Chang JL. Botulinum toxin for chronic parotid sialadenitis: A case series and systematic review. Laryngoscope Investig Otolaryngol [Internet]. 2021 [Cited 2023 Mar

- 28]; 6(3):404-413. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8223475/>
65. Vargas Casillas, Ana Patricia, autor Periodontología e implantología [Internet]. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana; 2021 [Citado 28 Mar 2023]. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.pbidi.unam.mx:2443/visorebookv2/ebook/9786079356927#{%22Pagina%22:%22PORTADA%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}>
66. Caton J, Armitage G, Berglundh T, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 45(20): S1-S8. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12935>
67. Rocha A de O, Santos PS, Machado BA, Bolan M, Cardoso M, Martins-Junior PA, et al. The Top 100 Most-Cited Papers in Erosive Tooth Wear: A Bibliometric Analysis. CARIES RESEARCH [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 30]; 56(1):29–35. Available from: <https://search-ebshost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edswsc&AN=000784336400004&lang=es&site=eds-live>
68. Kanaan M, Brabant, Carvalho JC, Eckert GJ, Hara AT. Non-Biological and Biological Risk Indicators for Tooth Wear Outcomes in Adults. Caries Research [Internet]. 2022 [Cited 2023 Mar 30]; 56(4): 407-418. Available from: <https://search-ebshost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85143198756&lang=es&site=eds-live>
69. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. Caries Research [Internet]. 2020 [Cited 2023 Mar 30]; 54(1): 7–14. Available from:

<https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=141459469&lang=es&site=eds-live>

70. Schwendicke F, Frencken JE, Innes N. Caries excavation : evolution of treating cavitated caries lesions [Internet]. Karger; 2018 [Cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://search-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=cat02025a&AN=lib.MX001002019031&lang=es&site=eds-live>