



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de Salud Humana**

**Carrera de Odontología**

**Manifestaciones orales en pacientes con anorexia  
mediante revisiones bibliográficas**

Trabajo de Integración Curricular, previo a  
la obtención del título de Odontóloga

AUTORA:

Jennifer Paulina Roblez Vargas

DIRECTORA:

Odt. Esp. María Gabriela Valladares

Loja – Ecuador

2023

## Certificación



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

FECHA: 31 de marzo del 2023

DE: Od.Esp. María Gabriela Valladares Sotomayor

**DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

PARA: Dra. Susana González

**DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

ASUNTO: **CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**CERTIFICO:**

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **"Manifestaciones orales en pacientes con anorexia mediante revisiones bibliográficas"** de la autoría de la **Srta. Jennifer Paulina Roblez Vargas**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.

MARIA GABRIELA  
VALLADARES  
SOTOMAYOR

Firmado digitalmente por  
MARIA GABRIELA VALLADARES  
SOTOMAYOR  
Fecha: 2023.03.31 14:22:33  
45100

Od.Esp. María Gabriela Valladares Sotomayor

**Directora del trabajo de Integración Curricular**

### **Autoría**

Yo, **Jennifer Paulina Roblez Vargas**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

**Firma:**

**Cédula de identidad:** 1105491532

**Fecha:** 21 de noviembre del 2023

**Correo electrónico:** [jennifer.roblez@unl.edu.ec](mailto:jennifer.roblez@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0979407448

**Carta de autorización por parte del autor, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo del Trabajo de Integración Curricular.**

Yo, **Jennifer Paulina Roblez Vargas**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Manifestaciones orales en pacientes con anorexia mediante revisiones bibliográficas**, como requisito para optar el título de **Odontóloga**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veintiún días del mes de noviembre del dos mil veintitrés.

**Firma:**

**Autora:** Jennifer Paulina Roblez Vargas

**Cédula de identidad:** 1105491532

**Dirección:** Av. Eloy Alfaro y Condamine

**Correo electrónico:** [jennifer.roblez@unl.edu.ec](mailto:jennifer.roblez@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0979407448

**DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Directora del Trabajo de Integración Curricular:** Odt. Esp. Gabriela Valladares

## **Dedicatoria**

Dedico el presente trabajo de integración curricular a las mujeres más importantes de mi vida, a mi abuelita, por ser la luz de vida, mi ejemplo de amor, perseverancia y sobre todo fortaleza durante todos los años que Dios me dio el privilegio de tenerla en mi vida y hoy a pesar de no estar físicamente conmigo siempre me acompaña desde el cielo en cada paso que doy.

A mi mamá, por ser el pilar fundamental que me sostuvo para no rendirme e impulsarme a seguir adelante, sin duda alguna nada de esto sería posible si no estaría ella a mi lado.

***Jennifer Paulina Roblez Vargas***

## **Agradecimiento**

Quiero agradecer principalmente a mi mamá, por su esfuerzo y sacrificio para apoyarme en cada meta que me proponga. Gracias por las palabras de aliento, por los abrazos que fueron mi calma cuando quise desistir.

A mis hermanos por ser mi compañía y uno de mis motivos más grandes para ser mejor cada día.

Una vez más quiero agradecer a mis abuelitos Olivia y Albino, gracias por tanto amor y apoyo. Son y siempre serán el motor de vida y cada uno de mis triunfos llevarán su nombre.

De manera especial agradezco a la Doctora Gabriela Valladares y al Doctor Luis Vélez por toda su ayuda y apoyo en el presente trabajo de integración curricular.

Finalmente doy gracias a toda mi familia y amigos por estar siempre que los necesité y creer en mí cuando ni yo lo hacía.

*Jennifer Paulina Roblez Vargas*

## Índice de contenidos

<b>Portada</b> .....	i
<b>Certificación</b> .....	ii
<b>Autoría</b> .....	iii
<b>Carta de autorización</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Índice de contenidos</b> .....	vii
Índice de tablas .....	i
Índice de figuras .....	ii
Índice de anexos .....	iii
<b>1. Título</b> .....	1
<b>2. Resumen</b> .....	2
Abstract .....	3
<b>3. Introducción</b> .....	4
<b>4. Marco teórico</b> .....	6
4.1 Definición .....	6
4.2. Etiología.....	6
4.3 Prevalencia de anorexia en el Ecuador .....	6
4.4 Clasificación .....	7
4.4.1 Purgativo:.....	7
4.4.2 Restrictiva:.....	7

4.5	Manifestaciones orales .....	7
4.5.1	Erosión dental .....	8
4.5.2	Caries dental .....	10
4.5.3	Gingivitis y periodontitis .....	11
4.5.4	Mucosa oral .....	11
4.5.5	Disgeusia .....	13
4.5.6	Queilitis .....	13
4.5.7	Sialometaplasia necrotizante .....	13
4.5.8	Xerostomía.....	15
4.5.9	Bruxismo .....	17
4.5.10	Glándulas salivales .....	17
4.6	Tratamiento.....	18
4.6.1	A nivel periodontal .....	19
5.	<b>Metodología</b> .....	21
5.1	Diseño de estudio.....	21
5.2	Tipo de estudio .....	21
5.3	Universo y muestra.....	21
5.4	Criterios de selección.....	21
5.5	Técnica de recopilación de información.....	21
5.5.1	Estrategia de búsqueda .....	21
6.	<b>Resultados</b> .....	23
7.	<b>Discusión</b> .....	29



8.	<b>Conclusiones</b> .....	31
9.	<b>Recomendaciones</b> .....	32
10.	<b>Bibliografía</b> .....	33
11.	<b>Anexos</b> .....	37

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Manifestaciones orales en los trastornos alimenticios .....	15
<b>Tabla 2.</b> Manifestaciones orales frecuentes en pacientes con anorexia .....	23
<b>Tabla 3.</b> Edad y sexo prevalente en anorexia .....	25
<b>Tabla 4.</b> Tratamiento odontológico .....	26

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Erosión dental .....	8
<b>Figura 2.</b> Sialometaplasia necrotizante .....	14

## Índice de anexos

<b>Anexo 1.</b> Objetivos .....	37
<b>Anexo 2.</b> Certificado de pertinencia .....	38
<b>Anexo 3.</b> Sistematización de la información. Objetivo 1 .....	39
<b>Anexo 4.</b> Sistematización de la información. Objetivo 1 (edad y sexo más prevalente) .....	46
<b>Anexo 5.</b> Sistematización de la información. Objetivo 2 .....	49
<b>Anexo 6.</b> Certificado de traducción del resumen .....	59

## **1. Título**

**Manifestaciones orales en pacientes con anorexia mediante revisiones bibliográficas**

## 2. Resumen

La anorexia nerviosa constituye uno de los trastornos alimenticios más frecuentes y graves de carácter psiquiátrico. Existe una fuerte interacción entre la salud bucal y la salud mental. Las personas con enfermedades mentales, en específico las enfermedades mentales graves, corren un mayor riesgo de tener problemas de salud bucal debido a una nutrición e higiene bucal deficientes. Es por lo consiguiente que en el presente trabajo se determinaron las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes con anorexia, a través de una revisión bibliográfica tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo los siguientes resultados: la manifestación oral más prevalente son las enfermedades periodontales con el 16.8% seguida de la erosión dental con un 15.6% y caries y alteraciones mucosas con el 14.4%. La edad promedio más frecuente de esta patología se encuentra entre los 10 a 19 años, y una prevalencia en el sexo femenino en la totalidad de 92.85% de los reportes. En conclusión se halla mayor predominio de las alteraciones periodontales seguidos de los tejidos duros del diente a causa de esta enfermedad como la erosión, caries y abrasión en pacientes adolescentes mayoritariamente mujeres.

**Palabras clave:** *erosión dental, reflujo gastroesofágico, salud oral, trastornos alimenticios, desorden alimenticio.*

### **Abstract**

The condition of anorexia nervosa represents one of the most prevalent and severe psychiatric eating disorders. A robust interaction exists between oral health and mental health. Individuals with mental illnesses, particularly severe mental illnesses, face an elevated risk of oral health issues due to inadequate nutrition and oral hygiene. Consequently, this study aimed to identify the most frequent oral manifestations in patients with anorexia through a literature review incorporating specific inclusion and exclusion criteria. The obtained results revealed that the most prevalent oral manifestation is periodontal diseases, accounting for 16.8%, followed by dental erosion at 15.6%, and dental caries and mucosal alterations at 14.4%. The average age commonly associated with this pathology falls within the range of 10 to 19 years, with a prevalence of 92.85% reported in females. In conclusion, a higher prevalence of periodontal alterations, followed by dental hard tissues, such as erosion, caries, and abrasion, is observed in adolescent patients, predominantly females, as a consequence of this disorder.

**Keywords:** *dental erosion, gastroesophageal reflux, oral health, eating disorders, eating disorder.*

### **3. Introducción**

La anorexia nerviosa constituye uno de los trastornos alimenticios más frecuentes y graves de carácter psiquiátrico, caracterizado por alteración de la imagen corporal, restricción persistente de alimentos y bajo peso corporal que se presenta tanto en niñas adolescentes como en mujeres. El diagnóstico de la anorexia nerviosa puede ser difícil porque los pacientes con anorexia nerviosa pueden negar su enfermedad y no ver su comportamiento y problemas con la imagen corporal como anormales. (Schorr & Miller, 2017)

De acuerdo a (Hasan et al., 2020) la anorexia nerviosa es un trastorno complejo y conduce a una disminución de la autoestima y a la susceptibilidad a comportamientos que crean hábitos (narcóticos, alcohol, tabaco, azúcar, refrescos, deportes de resistencia, etc.

Hay una fuerte interacción entre la salud bucal y la salud mental. Las personas con enfermedades mentales, en especial las enfermedades mentales graves, presentan un mayor riesgo de tener problemas de salud bucal a causa de una nutrición e higiene bucal deficientes; el elevado consumo de bebidas azucaradas; abuso de sustancias comórbidas, incluido el tabaco, el alcohol o los psicoestimulantes; y barreras financieras o de otro tipo para acceder a la atención dental. (Kisely, 2016)

Las estructuras anatómicas de la cavidad oral con un rápido crecimiento celular y recambio están repetidamente expuestas a factores estresantes químicos, mecánicos, térmicos e infecciosos y están en riesgo por daño cuando se confunde con deficiencias nutricionales. (Krukowska-Zaorska et al., 2021)

El tema odontológico tiene gran importancia, no por la gravedad de las manifestaciones orales y un riesgo letal que atente la vida del paciente, si no por ser estas las únicas que no pueden ser revertidas, por esta razón es necesario la detección de forma precoz y atención inmediata.

Debido a los efectos a nivel oral, los profesionales de la odontología tienen a menudo la oportunidad de ser los primeros en detectar signos de alarma. Es por ello que resulta de vital importancia el conocimiento de estos trastornos, y sus manifestaciones orales. Entre las actividades consideradas de buena calidad en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no se incluye una exploración odontológica. (Bautista et al., 2014)

Para su tratamiento se requiere de un equipo multidisciplinar del que deben formar parte psiquiatras, psicólogos, nutricionistas y odontólogos. (Raftu et al., 2018)



Es por ello la importancia de conocer mediante el presente estudio las manifestaciones orales que se presentan en pacientes con anorexia; a través de una revisión bibliográfica con el propósito de analizar las manifestaciones e identificar su prevalencia según sexo-edad y finalmente establecer un protocolo que contribuya al correcto manejo en la consulta dental de pacientes con trastornos alimenticios ayudando a disminuir y controlar los efectos nocivos de la enfermedad.

## **4. Marco teórico**

### **4.1 Definición**

La AN es una enfermedad mental grave relacionada con trastornos alimentarios e imágenes corporales distorsionadas. La causa de este trastorno se ha relacionado con factores familiares, culturales y psiquiátricos. (Krukowska-Zaorska et al., 2021)

La OMS define a la anorexia nerviosa como trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Este tipo de trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. (Álvarez Garzón, 2016)

### **4.2. Etiología**

La etiopatogenia precisa de los TCA es oscura, aunque una amplia gama de factores (factores biológicos y sociopsicológicos) tiene un papel esencial. Sin embargo, el factor principal en la génesis y el desarrollo de los TCA sigue siendo la autoestima indeterminada y el descontento con el aspecto físico aunque varias de las personas que padecen anorexia pueden tener predisposición genética. (Hasan et al., 2020b)

En general los TCA se desencadenan especialmente por un conjunto de factores como biológicos, rasgos de personalidad, factores ambientales, que puede ser influenciada por sus padres, amigos o pareja sentimental además del maltrato infantil, discriminación y diferencias de etnias y culturas.(Hasan et al., 2020b)

### **4.3 Prevalencia de anorexia en el Ecuador**

La anorexia es un tema que lastimosamente en Ecuador no existe suficiente investigación del riesgo o prevalencia que presentan los jóvenes y adolescentes de padecer TCA. Sin embargo Chica, Coronel y Romero, (2011) realizaron un estudio en la Universidad de Cuenca en la población adolescente de algunos colegios, en donde se encontró que el 2,7 % de adolescentes padecían Anorexia Nerviosa, pese a que los estudios refieren que estos trastornos lo padecen en su mayoría mujeres, en el mismo estudio se encontró que el 53,1 % lo padecían hombres y el 46,9 % mujeres; por otra parte en la Escuela Politécnica Superior del Litoral (ESPOL), en la ciudad de Guayaquil realizó un estudio para prevenir los TCA en adolescentes, pero ya se encontró que el 36 % de los adolescentes de la población en estudio, se encontraban inconformes con su peso actual y tenían algunas alteraciones de la percepción corporal. (Calvopina Loaiza, 2014)

#### **4.4 Clasificación**

Han definido dos subtipos principales de AN:

4.4.1 *Purgativo*: Este tipo de anorexia se caracteriza por una conducta regular de atracones y purgas. (Krukowska-Zaorska et al., 2021)

En la anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo el individuo recurre regularmente a purgas o atracones o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos. (Vázquez Arévalo et al., 2015)

4.4.2 *Restrictiva*: Se identifica por limitar severamente la ingesta de alimentos, principalmente aquellos de alto contenido calórico (carbohidratos y lípidos) para mantener un peso por debajo del índice de masa corporal que correspondería según su talla y edad. Identifican a este grupo el perfeccionismo, una mayor responsabilidad y la rigidez en sus hábitos alimenticios. (Hamdan Pérez et al., 2017)

#### **4.5 Manifestaciones orales**

En el primer estudio clínico publicado hace más de 40 años acerca de las complicaciones orales de la anorexia nerviosa reportó una gran prevalencia de erosión dental, caries y anomalías en la saliva en una cohorte de 39 mujeres entre 14 y 42 años de edad. Aunque la mayoría de los estudios han investigado el impacto de los trastornos alimentarios en la dentición, han descuidado los efectos sobre los tejidos periodontales. Hasta donde sabemos, no hay revisiones centradas en las condiciones periodontales en personas con trastornos alimentarios. (Rangé, Colon, et al., 2021a)

Los dentistas y los higienistas dentales suelen ser los primeros proveedores de atención médica en examinar a los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, y están en una buena posición para reconocer los efectos físicos y orales de los trastornos alimentarios. Corresponde a los profesionales de la salud bucal reconocer y diagnosticar los efectos de estos trastornos y brindar el tratamiento adecuado y están en una buena posición para reconocer los efectos físicos y orales de los trastornos alimentarios. (Antonelli & Seltzer, 2016)

Las características iniciales de los DE se encuentran principalmente en o alrededor de la cavidad bucal. Por lo tanto, el dentista puede encontrarse primero con un paciente no diagnosticado.

Los signos y síntomas orales generalmente se observan a causa de privaciones en la nutrición o debido a la larga historia de vómitos provocados. Sin embargo, la higiene personal inadecuada, los patrones de alimentación incongruentes y determinados medicamentos pueden empeorar la afección. (Hasan et al., 2020)

#### *4.5.1 Erosión dental*

La erosión dental es una patología que se define como la destrucción gradual e irreversible de la estructura dental calcificada, causada por la acción química no bacteriana. Inicialmente, aparece como superficies dentales suaves, lisas y brillantes; progresando gradualmente a muescas planas o superficiales, planas, coronal a la unión amelocementaria. (Hasan et al., 2020)

### **Figura 1**

#### *Erosión dental*



Nota. Desgaste dental erosivo generalizado y avanzado en una mujer (38 años), con episodios de vómitos de más de 5 años relacionados con anorexia nerviosa. Las localizaciones anteriores linguales y oclusales del desgaste dental erosivo son típicas de los trastornos alimentarios asociados con vómitos. Tomada de (Rangé et al., 2021)

Uno de los principales orígenes de las lesiones erosivas en pacientes con anorexia es a causa del retorno del contenido del estómago a la cavidad bucal. Es por ello, que la pérdida de esmalte sucede en la primera etapa frecuentemente en las superficies oclusales de los dientes laterales y las superficies palatinas en los dientes anteriores.

El reflujo gastroesofágico afecta primero a la superficie palatina de los incisivos superiores (debido a que están protegidas de las glándulas salivales mayores y la lengua

mantiene contacto con el ácido gástrico) y posteriormente, si la enfermedad continua, ocasiona erosión de las superficies oclusales de dientes posteriores en ambas arcadas.

Las superficies labiales o bucales se ven afectadas por la erosión sólo si el reflujo ácido persiste durante un período prolongado de tiempo.

Los investigadores han llegado a la conclusión de que la fuerza de la regurgitación que pasa de la faringe a la boca puede influir en la gravedad de la erosión dental. En las primeras etapas, la lengua protege los dientes inferiores, pero si la condición continúa, las superficies oclusales y bucales de estos dientes se erosionarán. (Angulo Valdiviezo, 2021)

La erosión se desarrolla bajo la influencia del ácido (valor de pH de 5,5), que puede ser de origen extrínseco o intrínseco. La acidez intrínseca es el resultado de una combinación de trastornos intestinales como el reflujo gastroesofágico, el vómito autoinducido y el mericismo (síndrome de rumiación). La acidez extrínseca está ligada al consumo de alimentos ácidos como frutas y refrescos. (Rangé et al., 2021)

Es compensado por la acción amortiguadora permanente de los iones de calcio y fosfato presentes en la saliva y en el líquido sulcular. Después de la desmineralización de la superficie, la erosión continúa y se ve agravada aún más por una tensión mecánica menor, como el movimiento de los alimentos, los labios y las mejillas. (Angulo Valdiviezo, 2021)

La ubicación de la erosión no es accidental y está relacionada con el movimiento del contenido ácido del estómago a través de la cavidad bucal y la retención de sus restos en la superficie dorsal de la lengua. Además de las superficies palatinas de los incisivos, la pérdida de esmalte se produce en las superficies oclusales naturales o restauradas de los dientes. Los estudios sobre trastornos alimentarios han demostrado que los primeros signos de pérdida de tejido dental duro pueden ocurrir después de medio año de incidencia de vómitos. (Picos et al., 2013)

La gravedad de la afectación del esmalte depende del grado de mineralización, duración, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación). Además, la sucesiva desmineralización y disolución o pérdida del esmalte con el tiempo puede afectar a la dentina y cemento. (Bautista et al., 2014)

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito suelen realizar los pacientes para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es el causante directo, por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva y que arrastrará los prismas de esmalte debilitados por el ácido, favoreciendo la formación de caries. (Vinueza Jarrín, 2017,)

El grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión; esto crea un verdadero reto restaurativo y se complica aún más por:

- Capacidad de amortiguación salival (buffer).
- El pH salival.
- Magnitud flujo salival.
- Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- Parafunciones (bruxismo).
- Tipo de dieta ácida. (Álvarez Garzón, 2016)

#### 4.5.2 *Caries dental*

La caries dental constituye una de las características más significativas de la anorexia. Sin embargo esta enfermedad está relacionada con diferentes factores etiológicos es por ello que antes de atribuir exclusivamente a un trastorno alimenticio se debe realizar un buen diagnóstico.

La relación entre la aparición de lesiones cariosas y trastornos de la alimentación es cuestionable. Por un lado se considera que la alimentación con gran cantidad de carbohidratos y sacarosas, que llega ser la primera opción de estas personas, acompañada de una higiene bucal pobre, facilita el desarrollo de lesiones cariosas. En pacientes con desórdenes alimenticios que tienen atracones de comida con alimentos muy cariogénicos, producen la caída del pH salival, produciendo la desmineralización de los tejidos dentales y, por ende la aparición de caries.

De acuerdo a Hasan (2020), las lesiones cariosas que se observan en pacientes con DE exhiben las siguientes características: (a) predominio de caries cervical y (b) lesión dentinaria coriácea con grandes áreas de esmalte socavado.

Los vómitos autoinfligidos crónicos, la ingesta excesiva de laxantes, diuréticos y/o supresores del apetito y los entrenamientos extenuantes suelen provocar una deshidratación incesante. Esto, a su vez, imparte una influencia negativa en el volumen de producción y secreción salival. La ingesta de antidepresivos como régimen terapéutico para los trastornos alimentarios puede inducir aún más un efecto xerostómico, empeorando así el escenario.

La interrelación entre el aumento de la viscosidad salival y la disminución de la capacidad amortiguadora puede culminar en un pH salival ácido, por lo que actúa como un factor que contribuye a la desmineralización y el deterioro de la estructura dental. (Hasan et al., 2020)

La etapa final tanto de la caries dental no tratada como de la enfermedad periodontal es la pérdida de dientes, que puede afectar a toda la dentición. (Kisely, 2016)

#### *4.5.3 Gingivitis y periodontitis*

Las enfermedades periodontales son enfermedades inflamatorias multifactoriales crónicas asociadas con la placa dental disbiótica, incluidas la gingivitis y la periodontitis. (Rangé et al., 2021)

Dentro de las enfermedades periodontales en los pacientes con desórdenes alimentarios, la más frecuente es la gingivitis. Existe una mayor cantidad de pacientes bulímicos con gingivitis en comparación a quienes tienen anorexia. Existen factores como la xerostomía que causa deshidratación de los tejidos bucales, deficiencias dietéticas, y la mala salud oral de los pacientes repercutirá aún más en la gravedad de la afección.

La exposición de las superficies radiculares de las piezas dentales conocido como recesión gingival o encías retraídas, se puede presentar en pacientes con trastornos alimenticios, ésta es causada por una higiene bucal traumática, ocasionando la pérdida del tejido periodontal que rodea a los dientes. (Boillot et al., 2020)

Los pacientes con DE carecen de una higiene bucal meticulosa; por lo tanto, son más vulnerables a la gingivitis y la periodontitis. La deficiencia de vitamina C puede resultar en gingivitis marginal. La recesión gingival ocurre principalmente en pacientes adultos, ya sea debido al cepillado traumático o por ataques constantes de ácido. (Hasan et al., 2020)

En los casos de gingivitis y periodontitis en pacientes jóvenes siempre el diagnóstico diferencial también debe estar enfocado en los trastornos alimenticios ya que la salud a nivel de los tejidos blandos puede verse aquejada por el déficit de micronutrientes. (Mora Badilla, 2014)

Existen algunas controversias entre la aparición de la periodontitis y la AN. La salud periodontal en pacientes con AN puede verse comprometida por su estado nutricional. La avitaminosis, la anemia y la irritación química asociada con el vómito autoinducido pueden exacerbar la enfermedad periodontal y contribuir al desarrollo de la periodontitis. (Krukowska-Zaorska et al., 2021)

#### *4.5.4 Mucosa oral*

En cuanto a la mucosa oral, se puede encontrar atrofia de la misma debido a la anemia que se da por la falta de ingesta de vitaminas y nutrientes. Las vitaminas B1, B6 y B12 se han relacionado con una disminución en el recambio de células epiteliales. Esto se hace evidente sobre todo en lengua, donde se puede encontrar eritema y glositis atrófica. Así, se favorece la

aparición de una sensación de boca ardiente. En el paladar blando, en aquellos pacientes que se inducen vómitos, también es frecuente observar lesiones debido al trauma constante o a la acción de ácido durante el vómito. Además, estos pacientes tienen una higiene oral deficiente, por lo que presentan altos índices de placa, inflamación gingival y predisposición a la periodontitis. La deficiencia de vitamina C afecta al periodonto y predispone a la gingivitis y a infecciones periodontales. Otras manifestaciones mucosas que se dan son: eritema labial, queilitis exfoliativa, paladar de color amarillento, lesiones hemorrágicas, infecciones fúngicas por *Candida spp*, sialometaplasia necrotizante, disgeusia y xerostomía, generalmente por la medicación. (Raftu et al., 2018)

Una dieta desequilibrada (deficiencias vitamínicas, alto consumo de hidratos de carbono), hábitos traumáticos, hiposalivación y mala higiene bucal pueden afectar negativamente a la salud de la mucosa oral y los tejidos periodontales. Las personas con trastornos alimentarios presentan una mayor prevalencia de labios secos, eritema labial, queilitis exfoliativa, decoloración del tejido palatino, lesiones hemorrágicas, mordedura de labios y mejillas, ardor en la lengua y enfermedades periodontales que los pacientes sanos. Las lesiones ulcerativas de la mucosa bucal suelen estar relacionadas con hábitos de vómitos autoinducidos. Así, durante el examen clínico de una persona con riesgo de trastornos alimentarios, los odontólogos deben controlar sistemáticamente la ulceración del paladar inducida por el dedo o el cepillo de dientes que provoca el vómito. (Rangé et al., 2021)

Los cambios en la mucosa oral pueden haber sido causados por factores como la disminución del pH, la irritación mecánica y química de la membrana mucosa de la cavidad oral; hipersensibilidad de la membrana mucosa causada por deficiencias nutricionales (p. ej., vitaminas A y B) y el estrés subyacente asociado con la enfermedad primaria. Durante el período de ayuno, las alteraciones atróficas-eritematosas de la mucosa oral pueden ocurrir con inflamación condiciones en la superficie dorsal de la lengua y labios rojos. La masticación prolongada de las mejillas produce un engrosamiento de la mucosa oral al nivel de las mejillas conocido como línea alba.

Por otro lado, la presencia de placa removible y sedimento blanco en la superficie dorsal de la lengua puede atribuirse a la negligencia higiénica y al vómito de algunos pacientes. (Paszynska et al., 2020)

Según (Lovón & Tapia, 2016) existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones,



por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.

#### 4.5.5 *Disgeusia*

La disgeusia se define como una percepción del gusto alterada o dañada, como un cambio desagradable en la percepción o una distorsión del sentido del gusto. Es un término general utilizado para referirse a cualquier trastorno del gusto. (Dellafiore et al., 2021)

#### 4.5.6 *Queilitis*

El término queilitis indica inflamación del labio e incluye muchos tipos, es decir, queilitis angular, de contacto, exfoliativa, actínica, glandular, granulomatosa, de células plasmáticas, simple, etc.. En la práctica, es difícil definir fácilmente el tipo preciso de queilitis, por lo que se necesitan procedimientos de diagnóstico adecuados para determinar la enfermedad exacta en función de sus características. (Lugović Mihić, et al., 2018)

#### 4.5.7 *Sialometaplasia necrotizante*

Es un proceso necrotizante benigno y autolimitado de las glándulas salivales menores, generalmente en el paladar duro. Sin embargo, su apariencia se confunde comúnmente con malignidad, y aun así debe evaluarse si se encuentra. (Lin et al., 2021)

La sialometaplasia necrotizante es una úlcera oral provocada por traumatismos locales directos, como los producidos por intubaciones, aplicación de anestesia local asociada a vasoconstrictores, procedimientos quirúrgicos, uso de prótesis desajustadas, vómitos violentos o provocados, como los descritos en pacientes con bulimia, radioterapia, uso de tabaco y cocaína entre otros serían factores involucrados en esta alteración vascular. (Riquelme M & Badilla M, 2018)

Esta enfermedad se considera una presentación aguda de los TCA, principalmente en la bulimia. La primera documentación de sialometaplasia necrosante (NS) fue realizada por Abraham et. El SN se define como una patología inflamatoria, autolimitada, necrosante y que afecta principalmente a las glándulas salivales menores del paladar duro. (Hasan et al., 2020)

Generalmente, las manifestaciones clínicas del SN se caracterizan por ulceraciones palatinas. La base de la lesión está llena de tejido necrótico y exuda una fibrina leucocitaria blanquecina. Es común que el hueso subyacente quede expuesto sin ateliosis significativa. Esta característica, sin embargo, no es patognomónica de la enfermedad, ya que

algunos autores han registrado episodios de SN con destrucción completa del hueso del arco palatino y presencia de una fístula oroantral.

Una lesión única en la transición entre el paladar duro y el blando es la presentación más frecuente, aunque pueden aparecer lesiones bilaterales e incluso múltiples con distribución aleatoria en el paladar duro. La localización palatina no es universal. Cualquier zona con glándulas salivales auxiliares puede verse afectada; sin embargo, más raramente, las principales glándulas salivales también pueden verse afectadas. Excepcionalmente, la afección también puede afectar las glándulas seromucosas de las vías respiratorias superiores (cavidades nasales, cavidades sinusales y nasofaringe).

El diagnóstico diferencial debe tener en cuenta las dos presentaciones clínicas del SN. La forma tumoral puede confundirse con abscesos periodontales o tumores de las glándulas salivales menores como el adenoma pleomórfico, el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma mucoso epidermoide, que son patologías más frecuentes que el SN. La forma ulcerada puede parecerse a tumores malignos en la misma localización (glándulas salivales o mucosas), ulceraciones orales importantes o patologías más raras, como ulceraciones sifilíticas o tuberculosas. (Salvado et al., 2020)

## **Figura 2**

### *Sialometaplasia necrotizante*



Nota. Fotografía intraoral de la cara palatina que presenta la lesión. Obsérvense los bordes de la lesión con límites bien definidos y el halo eritematoso con límites bien definidos que rodea toda la lesión. Tomado de (Salvado et al., 2020)

**Tabla 1***Manifestaciones orales en los trastornos alimenticios*

<b>Manifestaciones mucosas</b>	<b>Manifestaciones dentales</b>	<b>Manifestaciones glandulares</b>
Atrofia	Caries dental	Agrandamiento de la glándula parótida
Eritema y glositis atrófica	Erosiones dentarias en las caras palatinas/linguales y oclusales	Agrandamiento glándula submandibular
Úlceras traumáticas en paladar blando	Sensibilidad dentinaria	
Sensación de boca ardiente		
Inflamación gingival, infecciones periodontales y predisposición a periodontitis		
Infecciones fúngicas por <i>Candida</i> spp.		
Sialometaplasia necrotizante		
Disgeusia		
Xerostomía		

**Nota.** (*Manejo Odontológico Del Paciente Con Trastornos de La Alimentación, n.d.*)

#### 4.5.8 Xerostomía

La saliva es secretada por las glándulas salivales y tiene múltiples funciones, incluida la limpieza y protección de la boca, los efectos antibacterianos y la digestión. Es bien reconocida como un conjunto de marcadores biológicos. La saliva, como fuente no invasiva y segura, podría ser un sustituto de la sangre en el diagnóstico y pronóstico de enfermedades.

La saliva tiene múltiples funciones de la siguiente manera: en primer lugar, ayuda a limpiar la boca eliminando bacterias o residuos de alimentos y refrescando el aliento; segundo, la amilasa salival, una forma de amilasa en la saliva de los seres humanos, cataliza la hidrólisis del almidón en maltosa y, a veces, en glucosa en la boca; tercero, las lisozimas y los iones de tiocianato en la saliva son bactericidas, lo que hace que la saliva sea

una parte importante del sistema inmunológico no específico de los humanos; y cuarto, la saliva es secretora y contiene factores de riesgo para algunas enfermedades al excretar o transmitir KI, Pb y Hg, y virus como la rabia, la poliomielitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (Zhang et al., 2016)

La xerostomía es un efecto común en pacientes anoréxicos y bulímicos, causada por el exceso de diuréticos, laxantes ingeridos, así como también la inflamación de las glándulas originando como consecuencia un desbalance en el fluido gingival. También se entiende como la sensación subjetiva de sequedad de boca. También puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales debido a enfermedad, infección, o un efecto colateral de tratamiento médico, la deshidratación causa xerostomía, está es evidente a la exploración física, como saliva viscosa. La xerostomía que presentan estos pacientes es provocada por la disfunción de las glándulas salivares mayores a consecuencia de los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, así como inflamación bilateral de glándulas salivares y la sialodenois, a su vez la sialoadenois 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 en estos pacientes. (Bautista et al., 2014)

La región orofacial se ve afectada por diversas condiciones inflamatorias y autoinmunes, que pueden traducirse en cambios generales y regionales. La saliva es uno de los fluidos biológicos donde se podrían detectar biomarcadores de las condiciones antes mencionadas, incluida la sensibilidad al dolor. También es de destacar que la anorexia nerviosa (AN) y la desnutrición pueden cambiar el contenido analgésico o inmunológico de la saliva, pero esta área científica aún no está explorada satisfactoriamente. (Paszynska et al., 2020,)

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización, neutralizar el medio ácido causado por los alimentos. (Álvarez Garzón, 2016)

Por lo tanto, las personas con una baja tasa de flujo salival no estimulado son particularmente susceptibles a la caries dental debido a la baja capacidad de amortiguación de su saliva y la baja tasa de eliminación de restos de comida.

El papel de la saliva en el mantenimiento de una buena salud oral recibe muy poca atención en la mayoría de las escuelas de odontología, particularmente en los años clínicos, posiblemente porque en todas las áreas de la odontología clínica, la presencia de saliva es una gran molestia que puede interferir con la evaluación dental, preparación o restauración, así

como toma de impresiones, cementación (coronas, incrustaciones, puentes, bandas de ortodoncia), endodoncia y cirugía oral. (Dawes & Wong, 2019)

Por lo tanto, la saliva proporciona una forma nueva, no invasiva y sencilla de ayudar en el diagnóstico de enfermedades, y se espera que se convierta en un sustituto de las pruebas de suero u orina en el diagnóstico de enfermedades. (Zhang et al., 2016)

#### *4.5.9 Bruxismo*

El bruxismo se define como una actividad repetitiva de los músculos masticatorios que se caracteriza por apretar o rechinar los dientes debido al arrastre y/o empuje de la mandíbula. (Carla Beatriz Cifuentes Harris et al., 2022)

Según (Nota et al., 2022) como causa de desgaste mecánico intrínseco, y el ERGE, como causa de desgaste químico intrínseco (erosión), están ambos implicados en los trastornos del sueño, por lo que podrían tener asociaciones y actuar en sinergia bajo el perfil de desgaste dental.

La presencia de este hábito parafuncional llega a ser de gran importancia en quienes presenten lesiones erosivas ya que las piezas dentales se vuelven más sensibles a la influencia mecánica y a las fuerzas de desgaste que serán más perjudiciales para las mismas. Esta patología al considerarse como signo clínico de estrés emocional y psicológico puede ser asociada con pacientes con cambios de conducta alimentaria ya que también son característicos de los individuos que lo padecen. progresa más rápido. (Manevski et al., 2020)

#### *4.5.10 Glándulas salivales*

La sialadenosis se considera una presentación crónica en pacientes con TCA y se observa con más frecuencia en pacientes con bulimia.

Esta manifestación se describe con frecuencia como un agrandamiento de las glándulas salivales recurrente, bilateral, asintomático, no inflamatorio y no neoplásico, y no afecta el funcionamiento de las glándulas.

Lavender (1969) sugirió por primera vez la asociación entre los vómitos crónicos y el agrandamiento parotídeo bilateral y demostró que el enlace parotídeo bilateral a veces puede ser la primera característica perceptible de la bulimia. Cinco estudios han demostrado el agrandamiento de las glándulas parótidas entre los sujetos bulímicos. (Hasan et al., 2020)

Las glándulas salivales mayores, sobre todo la parótida y, en algunas ocasiones, la submandibular, pueden aumentar de tamaño debido a la sialoadenitis. La severidad del agrandamiento es directamente proporcional a la frecuencia del vómito, por lo que, los que no vomitan no lo desarrollan. No es doloroso, por lo que la atención del paciente va enfocada a la

deformidad estética. El examen intraoral revela flujo salival normal y el conducto no presenta inflamación. La causa de la hinchazón es desconocida, pero se piensa que puede estar en relación con el estímulo colinérgico que, junto a la acción del vómito, activa las glándulas salivales y conlleva a una hipertrofia acinar y al agrandamiento. (Raftu et al., 2018)

#### **4.6 Tratamiento**

El papel clave del dentista es ser el primer profesional de la salud en reconocer, evaluar los efectos orales de la AN y hacer una derivación crítica de este paciente a los médicos apropiados. El hecho de no identificar las manifestaciones orales y extraorales de la AN puede reducir la probabilidad de un tratamiento temprano y conducir a problemas sistémicos más graves. (Krukowska-Zaorska et al., 2021)

Además de la psicoterapia específica, lo ideal es que el tratamiento sea realizado por un equipo interdisciplinario, ya que requiere el tratamiento de importantes comorbilidades nutricionales, físicas y psicológicas. Estos equipos están formados por al menos un psicoterapeuta y un médico general. Se requiere apoyo interdisciplinario adicional en casos más complejos de trastornos alimentarios, como la mayoría de las personas con anorexia nerviosa, los casos más graves de bulimia nerviosa y BED, y aquellos que necesitan atención hospitalaria. Esto incluye dietistas registrados, especialistas/pediatras, psiquiatras, enfermeras, terapeutas de ejercicio, terapeutas ocupacionales/terapeutas de actividad, trabajadores sociales o terapeutas familiares. (Hay, 2020)

El tratamiento odontológico en pacientes con anorexia debe ser integral, enfocándose también a los aspectos psicológicos, médicos y nutricionales.

En caso de tratamientos invasivos es imprescindible la interconsulta con un cardiólogo, y en donde exista un peligro cardiovascular importante el paciente debería ser pre medicado con antibióticos antes de realizar tratamientos periodontales o extracciones dentales.

Cuando un individuo llega por primera vez a un consultorio odontológico el primer contacto que se establece con el entorno es el psicológico, y éste influirá significativamente sobre su estado de ansiedad, estrés, inseguridad, miedo, confianza o cualquier emoción que provoque sobre él la visita al odontólogo. (45) Así, la aproximación a un paciente con trastorno alimentario podría partir de la sala de espera de un consultorio odontológico, con la distribución de folletos que exponen de manera sencilla y comprensible estos trastornos y su manejo.

La historia clínica debe ser tomada con gran comprensión y absoluta confidencialidad. Una buena cooperación entre el operador y el paciente es muy importante, ya que un paciente con trastornos de la alimentación tiene mucha más ansiedad dental en comparación con la población en general, explicando por qué estas personas visitan al odontólogo sólo cuando los síntomas se encuentran presentes. (Vinueza Jarrín, 2017)

Se necesita una evaluación cuidadosa y un tratamiento intensivo de los pacientes con trastornos alimentarios porque los síntomas/trastornos gastrointestinales pueden progresar a una condición crítica agrandamiento de las glándulas salivales, enfermedad por reflujo gastroesofágico y desequilibrio electrolítico. El abuso de laxantes puede causar deshidratación y desequilibrio electrolítico. Los vómitos y/o el abuso de laxantes pueden causar hipopotasemia, lo que conlleva un riesgo de arritmia mortal. Se necesita una evaluación cuidadosa y un tratamiento intensivo de los pacientes con trastornos alimentarios porque los síntomas/trastornos gastrointestinales pueden progresar a una condición crítica. (Sato & Fukudo, 2015)

Es fundamental aconsejarles que limiten el cepillado dental a un máximo de tres veces al día. Deben enjuagarse la boca con una solución neutralizadora de ácidos o simplemente usar agua sin gas en lugar de cepillarse los dientes después de vomitar. Los ácidos gástricos, con un pH de 1,5, tienen un impacto severo en los dientes, por lo que se debe recomendar al paciente que retrase el cepillado durante al menos 1 hora después de vomitar para que su comportamiento de cepillado deje de ser compulsivo. Además, los pacientes con riesgo de erosión dental siempre deben usar una fuente adicional de fluoruro, como una pasta dental y/o un enjuague que contenga fluoruro combinado con iones estannosos. Las citas totalmente dedicadas a la higiene oral con recomendaciones orales y escritas son obligatorias para pacientes con trastornos alimentarios. (Rangé et al., 2021)

#### *4.6.1 A nivel periodontal*

A nivel de mucosa y periodonto, se debe iniciar eliminando focos infecciosos y lesiones orales importantes, con ayuda de medicación. Es importante incluir en esta fase terapias de fisioterapia oral, inculcar en el paciente la importancia de mantener una higiene dental adecuada acorde a las necesidades específicas de su enfermedad. El uso de pastas y enjuagatorios con alto contenido de flúor puede ayudar a controlar la placa y eliminar zonas de sensibilidad.

La xerostomía y la sialoadenitis generalmente van a tener una evolución satisfactoria con el inicio del tratamiento psicológico y a medida que el paciente evolucione en su

enfermedad estos problemas se van a solucionar en su totalidad. La parte restaurativa presenta un grado de complejidad importante por las lesiones erosivas y abrasivas, así como las fracturas incisales que van a presentar características similares a las lesiones producto del bruxismo. El sector anterior generalmente por el desgaste palatino y fracturas va a presentar un reto importante por la escasez de estructura dental, se debe valorar bien si el tratamiento protodóntico puede ser una mejor opción, recubrir la estructura dental remanente con porcelana, protegiendo así el diente debilitado. En esta fase el paciente se está rehabilitando psicológica, nutricional y físicamente por lo que un cambio importante a nivel oral puede significar un estímulo alto en la etapa de recuperación. La pérdida de dimensión vertical debido a las lesiones puede conllevar a problemas articulares importantes, por lo que la terapia física es importante así como la rehabilitación, aplicación de ejercicios de estimulación en músculos y articulación, puede colaborar en la disminución de dolor, mialgias y disfunciones de la ATM. Al finalizar la etapa restaurativa es importante inculcar al paciente en el uso de protectores bucales según sus necesidades. Por último, el control periódico, al menos una vez cada tres meses, nos permite mantener un adecuado control de la salud oral en general. (Mora Badilla, 2014)

La sensibilidad dental se puede manejar mediante pastas desensibilizantes, aplicaciones de flúor, etc. Este tipo de pacientes pueden requerir tratamientos dentales básicos que incluyen raspado y alisado radicular, eliminación de las caries, tratamiento de las erosiones dentarias y, en ocasiones, extracciones y tratamiento de conductos. No se deben planear procedimientos restauradores hasta que el ciclo de atracones-vómitos haya finalizado y el paciente esté estable. Tanto el dentista como el paciente deben ser conscientes de una posible recaída. (Raftu et al., 2018)

Durante los episodios de vómitos en pacientes con AN, recomendaciones simples como aumentar el consumo de agua, enjuagues regulares con agua o enjuagues bucales con concentraciones adecuadas de fluoruro e hidroxiapatita, la selección de la pasta de dientes por sus componentes, el tiempo de cepillado adecuado y el tipo de cepillo deben ser parte del cuidado dental por un dentista. (Paszynska et al., 2020)



## 5. Metodología

### 5.1 Diseño de estudio

El presente trabajo de investigación fue de tipo documental ya que se realizó a través de recolección y clasificación de información mediante bases de datos como: Pubmed, Google académico, Elsevier, Scielo entre otras fuentes que permitieron obtener datos referentes a cada objetivo.

### 5.2 Tipo de estudio

- *Analítico*: Se elaboró un análisis de las manifestaciones orales, edad y sexo más prevalente de anorexia.
- *Descriptivo*: Se basó en la búsqueda de información de las manifestaciones orales en pacientes con anorexia, edad y sexo más prevalente de la misma.

### 5.3 Universo y muestra

- *Universo*: El universo constituye las fuentes bibliográficas relacionadas con el tema de investigación el cual está constituido por 57 artículos científicos.
- *Muestra*: está constituida por todos los artículos científicos que cumplen con las características de los criterios de inclusión y exclusión. En total de muestra fueron 37 fuentes bibliográficas.

### 5.4 Criterios de selección

#### *Criterios de inclusión*

- Incluir todas las publicaciones desde el año 2012 sobre las manifestaciones orales de la anorexia.
- Estudios bibliográficos, artículos científicos, reporte de casos, revisiones sistémicas y artículos de revistas, referente al tema propuesto.

#### *Criterios de exclusión*

- Artículos y libros con antigüedad no mayor a 10 años de publicación.
- Artículos que no cumplen con los criterios de inclusión.

### 5.5 Técnica de recopilación de información

#### 5.5.1 *Estrategia de búsqueda*

La presente investigación bibliográfica se llevó a cabo a través de tres fases

**Fase I: Búsqueda y recolección de la información.**

Para esta fase de la investigación de acuerdo al tema “Manifestaciones orales en pacientes con anorexia mediante revisiones bibliográficas”, se llevó a cabo mediante bases de datos con veracidad científica como Pubmed, Google académico, Elsevier, repositorios nacionales e internacionales.

La recopilación de la información se realizó mediante tablas estructuradas con la información más relevante de cada artículo (artículo, autor, año, resultados) para la obtención de los resultados.

### **Fase II: Organización de la información**

La organización de la información que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión se realizó por medio de tablas que recaban los datos más importantes de cada fuente bibliográfica, la misma que fue elaborada mediante el programa Microsoft Excel versión 2019 y Word versión 2019.

### **Fase III: Procesamiento y análisis de datos**

Todas las fuentes de información se agruparon de acuerdo a cada uno de los objetivos mediante una tabla en la que se sintetiza los datos más importantes para lograr el análisis de los resultados.

## 6. Resultados

**OBJETIVO 1: Identificar las manifestaciones orales más prevalentes en pacientes con anorexia según sexo y edad.**

Como resultado del análisis del primer objetivo específico se obtuvieron 29 publicaciones los cuales se tomaron 15 para el análisis de las manifestaciones orales y 14 para edad y sexo consiguiendo los siguientes resultados:

**Tabla 2**

*Manifestaciones orales frecuentes en pacientes con anorexia*

<b>Manifestaciones orales</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Erosión	13	15.6%
Abrasión	5	6%
Caries	2	14.4%
Sensibilidad dental	2	2.4%
Enfermedades periodontales(gingivitis-periodontitis)	14	16.8%
Xerostomía	11	13.2%
Alteraciones mucosas (eritema labial, lesiones hemorrágicas)	12	14.4%
Bruxismo	3	3.6%
Disgeusia	1	1%
Queilitis	2	2.4%
Alteraciones glandulares	9	9.6%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

**Nota:** Análisis bibliográfico realizado por la autora.

**Interpretación:**

Con el análisis realizado en base a la tabla constituida por los 15 artículos se determinó como la manifestación oral e con más prevalencia en pacientes con anorexia son las enfermedades periodontales con un total de 16.8% seguida de la erosión dental con un 15.6% y caries y alteración mucosa con el 14.4%.

Por el contrario, la manifestación oral menos frecuente según el análisis bibliográfico es la disgeusia con 1% del total de los resultados.

**Tabla 3***Edad y sexo prevalente en anorexia*

<b>Grupo etarios</b>	<b>Edades</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Niños	0-9 años	0	0%
Adolescente	10-19 años	10	62,5%
Adultos	20- 64 años	6	37,5%
Adulto mayor	60 años y más	0	0%
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

  

<b>Sexo</b>			
Mujeres		14	92.85%
Hombres		1	7,14%
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>

**Nota:** Análisis bibliográfico realizado por la autora.

**Interpretación:**

Según las publicaciones revisadas, la edad promedio en la que se encuentran los pacientes con trastornos alimenticios oscila entre los 10 a 19 años de edad. Siendo con mayor prevalencia en el sexo femenino en los casos registrados con un total del 92.85%.

Poco se sabe sobre la prevalencia de AN en hombres; comúnmente se cita una proporción de 1 caso masculino por cada 10 mujeres. Los estudios de hombres con trastornos alimentarios son limitados, aunque algunos estudios sugieren que las tasas de incidencia o detección de AN en hombres están aumentando.

**OBJETIVO 2: Establecer un protocolo de atención odontológica en pacientes con anorexia.**

Como resultado del análisis del tercer objetivo específico, se analizaron 8 publicaciones en las cuales se consiguió los siguientes datos:

**Tabla 4**  
*Tratamiento odontológico*

---

<b>Diagnóstico</b>	
<b>Examen extra oral</b>	<b>Examen Intraoral</b>
<p>Para un correcto diagnóstico se debe evaluar varias características:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Simetría de las dimensiones faciales: alteraciones por agrandamiento parotídeo bilateral y demostró que el enlace parotídeo bilateral (sialadenosis)</li><li>– Alteraciones de la articulación temporomandibular: La pérdida de estructura dental provoca una disminución de la dimensión vertical, que puede generar dolor orofacial.(Mora, 2014)</li><li>– Evaluación de los músculos masticatorios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Tejidos blandos incluyendo oro faringe y amígdalas: existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectando 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.</li><li>– Higiene bucal y estado periodontal: detectar cambios en el PH salival, boca seca (xerostomía) sangrado espontáneo o al sondaje, encías inflamadas, presencia de bolsas.</li><li>– Piezas dentales: erosión y erosión en el cuello del diente</li></ul>

---

---

y/o incisal del diente, por apretar los dientes o por regurgitación de los ácidos gástrico, sensibilidad a estímulos térmicos, alta incidencia de caries

- Oclusión: esta se puede ver afectada por problemas de bruxismo, mostrando desgaste a nivel oclusal e incisal de las piezas dentales

---

### **Fase correctiva**

---

#### **Periodoncia**

- Profilaxis (eliminación de focos infecciosos)
- Control cada 3 meses.
- En casos de xerostomía se puede indicar al paciente masticar chicle sin azúcar o en casos graves, se puede utilizar sustitutos de saliva artificial.
- En problemas de sensibilidad dental se podría recomendar el uso de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0,05%) diariamente en enjuagues o la aplicación directa de fluoruro estañoso (0,4) % en gel.

#### **Rehabilitación**

- El tratamiento odontológico restaurativo debe comenzarse al tener la seguridad de que el paciente está psicológicamente estable y bajo supervisión médica.
  - En caso de lesiones extensas, se debe valorar el tipo de material a utilizar para proteger la estructura dental remanente.
  - Se determinará el tratamiento de acuerdo a la necesidad de cada paciente con las mejores alternativas para restaurar la oclusión y estética.
  - Dentro del abordaje del dolor, mialgias y disfunciones del ATM se pueden incluir ejercicios de estimulación en la
-

---

articulación y los músculos.

---

**Nota:** Análisis bibliográfico realizado por la autora.



## 7. Discusión

La anorexia y la bulimia nerviosa son padecimientos reportados en la literatura médica desde hace muchos años (1684). A pesar de ello, poco se ha escrito sobre el tema desde el punto de vista dental.

En la literatura (Johansson et al., 2012) se expone la confirmación de que la erosión dental es la manifestación oral más común y dramática de los TA y que los pacientes que sufren TA tienen un mayor riesgo de padecer ED en comparación con los individuos sin dicha patología.

Sin embargo, dentro de lo recabado existe una gran concordancia entre las manifestaciones orales más prevalentes dentro los trastornos alimenticios que se presentan a lo largo de la enfermedad pero si bien es cierto, es importante aclarar que esto dependerá de acuerdo al progreso y evolución del trastorno. Las enfermedades periodontales pueden llegar a ser una de las patologías con mayor recurrencia por el alto nivel de descuido y estado emocional del paciente, dejando atrás los hábitos de higiene oral.

En el estudio realizado por (Chiba et al., 2019) afirma que la anorexia y la bulimia se asocian con malas condiciones salivales proteínas totales, AST, ALT, y LDH, disminuyendo el flujo salival. Teniendo en cuenta los cambios en los parámetros bioquímicos salivales se confirma que el estado periodontal es más pobre en los enfermos que padecen de TCA.

El estrés en este tipo de patologías también desempeña un papel importante en el desarrollo de patología periodontales.

La gingivitis es la más comúnmente encontrada y según algunos estudios como los de Brady, Robert y Li el índice de placa es más alto en los pacientes anoréxicos que en los bulímicos.

Como afirman (Antonenko et al., 2020) se estableció una alta incidencia de la enfermedad periodontal, llegando al 100% en pacientes con anorexia nerviosa. Entre las formas independientes de gingivitis en este estudio, la más frecuente fue la gingivitis catarral crónica generalizada, más intensa en las encías marginales en pacientes con anorexia nerviosa.

En base al resultado obtenido y a diferentes estudios se puede comprobar que el sexo femenino es el mayormente afectado por la anorexia. En cuanto a la edad (Yolanda et al., 2012) afirma que aún no existe unanimidad para establecer un rango de edad definido, es por ello que la mayoría de los estudios revisados sobre la prevalencia de la AN coinciden al señalar que se observan dos picos de incidencia: el primero, en torno a los 14-15 años; y el segundo, entre los 18 y los 19.

(Morales Vera & San Andres Plua, 2012) por otro lado, señalan que la anorexia nerviosa se presenta en alrededor del 0,5-1% de la población femenina, suele comenzar entre los 13 y 20 años, pero puede aparecer en cualquier grupo de edad, incluidas la ancianas y niñas en fase prepuberal. También aparece en varones pero estos solo se presentan en 5-10% de la población con anorexia nerviosa.

Existe limitada literatura en cuanto protocolo odontológico a seguir en casos de pacientes con trastornos alimenticios ya que es un tema en el que aún hay desconocimiento en el área odontológica, empezando desde el diagnóstico.

Autores como (Flores Barrantes & Vargas-Machuca, 2021) Destaca la importancia de una buena anamnesis y además señala la carencia de preguntas adicionales en la historia clínica en la consulta para un adecuado diagnóstico.

Antes de proporcionar un tratamiento se debe realizar una evaluación integral que incluya un examen extra e intra oral en el que se pueda establecer un diagnóstico diferencial de las manifestaciones presentadas y de la enfermedad que las origina. De acuerdo este criterio se puede proporcionar la mejor terapéutica a seguir de acuerdo a la necesidad de cada paciente en base al progreso de la patología.

Además (Szupiany et al., 2015) menciona la importancia de un examen del estado clínico y microbiológico del paciente para una atención integral.

## 8. Conclusiones

- La manifestación oral más común encontrada en personas que padecen trastornos alimenticios como la anorexia, son las enfermedades periodontales, que se muestra según lo recabado en todos los casos en los que se ha recolectado información, debido a la constante placa que se genera por el vómito persistente y la irritación generada por la xerostomía debido a la falta de nutrientes generando molestias estéticas y dolorosas que conlleva a agravar la situación de salud en general del paciente a largo plazo .
- De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, se determinó mayor prevalencia de anorexia en el sexo femenino dentro de una edad promedio en un rango 10 a 19 años, lo que demuestra que la población más afectada son los adolescentes siendo esta una de las etapas más susceptibles ya sea por problemas en su peso corporal o apariencia física.
- El tratamiento odontológico de la anorexia presenta una gran limitación por el insuficiente conocimiento por parte del profesional al momento de establecer las causas de las manifestaciones presentadas en el paciente. Es por esto que el protocolo a seguir se fundamentó en un correcto diagnóstico basado en dos fases de evaluación extra e intraoral y alternativas para tratar las manifestaciones más prevalentes priorizando las de mayor gravedad.

## **9. Recomendaciones**

- Es fundamental realizar un diagnóstico adecuado en la práctica odontológica ya que la cavidad oral se considera el primer lugar en presentar manifestaciones orales en pacientes con problemas alimenticios en general.
- El odontólogo debe establecer un tratamiento basado en recomendaciones que puede disminuir el progreso de las patologías, evitar cepillarse los dientes después de cada episodio de vómito, etc.
- Antes de enfocarse en el tratamiento restaurativo el odontólogo debe evaluar la extensión y gravedad de las lesiones y sobre todo realizar diagnósticos en el que se incluyan estudios de laboratorio e interconsultas con médicos especialistas según sea el requerimiento de cada paciente.

## 10. Bibliografía

- Álvarez Garzón, E. S. (2016). Manifestaciones Bucales En Pacientes Que Presentan Anorexia Y Bulimia En “ Noos ” Clínica De Especialidades Psicológicas Y Médicas Durante El Periodo Octubre-Febrero 2015-2016. 66.  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5846/1/T-UCE-0015-294.pdf>
- Angulo Valdiviezo, V. E. (2021). Erosión dental en pacientes bulímicos.  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/51824/1/3564ANGULOinicio.pdf>
- Antonelli, J. R., & Seltzer, R. (2016). Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Texas dental journal*, 133(9), 528-535.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30549518/>
- Antonenko, M., Reshetnyk, L., Palamarchuk, S., Palamarchuk, M., Zelinskaya, N., & Dmitro, M. (2020). Characteristic Signs About the Congruence of Pathogenetic Mechanisms in Generalized Periodontal Disease and Anorexia Nervosa. *International Journal of Medical Dentistry*, 2020(24), 3. <https://ijmd.ro/2020/characteristic-signs-about-the-congruence-of-pathogenetic-mechanisms-in-generalized-periodontal-disease-and-anorexia-nervosa/>
- Antonenko, M., Reshetnyk, L., Palamarchuk, S., Palamarchuk, M., Zelinskaya, N., & Malyi, D. (2020). Characteristic Signs About the Congruence of Pathogenetic Mechanisms in Generalized Periodontal Disease and Anorexia Nervosa. *International Journal of Medical Dentistry*, 24(3), 350-357.  
<http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/4571/1/Characteristic%20signs%20about%20the%20congruence%20of%20pathogenetic.pdf>
- Bautista, B., Ceballos, A., Parra, G., & Semidey, K. (2014). Manifestaciones Clínicas de la Anorexia y Bulimia en Cavidad Bucal. *Revista Venez Invest Odont IADR*, 3, 16.  
<http://revistas.saber.ula.ve/index.php/rvio75Manifestacionesclínicasdelaanorexiaybulimiaencavidadbucal.Bautistaetal>
- Boillot, A., Ringuenet, D., Kapila, Y., Pallier, A., Colon, P., Bouchard, P., & Rangé, H. (2020). High serum ferritin levels are associated with a reduced periodontium in women with anorexia nervosa. *Eating and weight disorders : EWD*, 25, 1763-1770.  
10.1007/S40519-019-00832-3
- Calvopina Loaiza, D. P. (2014). “Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la unidad educativa sagrados corazones de Rumipamba. Quito 2013-2014”. 73.

- Carla Beatriz Cifuentes Harris, C. B., Salvado Robles, B., & Azocar Hemmerdinger, A. (2022). Bruxismo: etiología, diagnóstico y sus repercusiones en adultos. Revisión de la literatura. *Odontol. Sanmarquina*, 25(4). 10.15381/os.v25i4.23839
- Chiba, F., Sumida, D., Moimaz, S., Neto, A., Ana, N., Garbin, A., & Garbin, C. (2019). Periodontal condition, changes in salivary biochemical parameters, and oral health-related quality of life in patients with anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Periodontology*, 20(12), 1423-1430. 10.1002/JPER.19-0053
- Dawes, C., & Wong, D.T.W. (2019). Role of Saliva and Salivary Diagnostics in the Advancement of Oral Health. *Journal of Dental Research*, 98(2), 133. 10.1177/0022034518816961
- Dellafiore, F., Bascapè, B., Baroni, I., Caruso, R., Conte, G., Samali Udugampolage, N., Carenzi, L., Russo, S., & Arrigoni, C. (2021). What is the relations between dysgeusia and alterations of the nutritional status? A metanarrative analysis of integrative review. *Acta Biomed*, 92. 10.23750/abm.v92iS2.11015
- Flores Barrantes, L., & Vargas Machuca, M. (2021). Transtornos de alimentación en adolescentes y sus implicancias en la salud bucal. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 1(2), 203-213. 10.47990/alop.v1i2.95
- Hamdan Pérez, J. A., Melo Botina, A. D., Pérez, M., & Bastidas, B. E. (2017). Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *RFS Revista Facultad de Salud*, 9, 12. 10.25054/RFS.V9I1.1827
- Hasan, S., Ahmed, S., Panigrahi, R., Chaudhary, P., Vyas, V., & Saeed, S. (2020). Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9. 10.4103/JFMPC.JFMPC\_608\_20
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *INTERNAL MEDICINE JOURNAL*. doi:10.1111/imj.14691
- Johansson, A. K., Norring, C., Unell, L., & Johansson, A. (2012). Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci*, 120(1), 61-68. 10.1111/j.1600-0722.2011.00922.x
- Kisely, S. (2016). No mental health without oral health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62. 10.1177/0706743716632523
- Krukowska-Zaorska, A., Kot, K., Marek, E., Dura, W., Safranow, K., & Lipski, M. (2021). Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia Nervosa Among Polish Dentists: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 8. 10.3389/fpsyt.2021.751564

- Lin, J. A., Woods, E. R., & Bern, E. M. (2021). Common and Emergent Oral and Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. *Gastroenterology & Hepatology*, *17*, 157–167.
- Lovón, W., & Tapia, R. (2016). TRATAMIENTO MANIFESTACIONES CLINICAS BUCALES DE LA ANOREXIA Y BULIMIA. *Evid. odontol. clín*, *2*(1). [https://www.researchgate.net/publication/335482216\\_TRATAMIENTO\\_MANIFESTACIONES\\_CLINICAS\\_BUCALES\\_DE\\_LA\\_ANOREXIA\\_Y\\_BULIMIA/fulltext/5d68792e92851c154cc5a11c/TRATAMIENTO-MANIFESTACIONES-CLINICAS-BUCALES-DE-LA-ANOREXIA-Y-BULIMIA.pdf](https://www.researchgate.net/publication/335482216_TRATAMIENTO_MANIFESTACIONES_CLINICAS_BUCALES_DE_LA_ANOREXIA_Y_BULIMIA/fulltext/5d68792e92851c154cc5a11c/TRATAMIENTO-MANIFESTACIONES-CLINICAS-BUCALES-DE-LA-ANOREXIA-Y-BULIMIA.pdf)
- Lugović Mihić, L., Pilipović, K., Crnarić, I., Šitum, M., & Duvančić, T. (2018). DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHEILITIS – HOW TO CLASSIFY CHEILITIS? *Acta Clin Croat*, *57*(2), 342–351. 10.20471/acc.2018.57.02.16
- Manevski, J., Stojšin, I., Karolina, K., & Janković, O. (2020). Dentalni aspekti bulimije praćene povraćanjem. *77*(3). 10.2298/VSP170318091M
- Mora Badilla, A. C. (2014). “BULIMIA Y ANOREXIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA. GENERALIDADES”. *Revista Científica Odontológica*, *10*. <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324233026009.pdf>
- Morales Vera, C. V., & San Andres Plua, N. (2012). Trastornos Alimenticios y su Incidencia en la Salud Oral. *Saudi Med J*, *33*, 1-95. <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/handle/123456789/192>
- Nota, A., Pittari, L., Paggi, M., Silvio Abati, S., & Tecco, S. (2022). Correlation between Bruxism and Gastroesophageal Reflux Disorder and Their Effects on Tooth Wear. A Systematic Review. *J Clin Med.*, *11*(4). 10.3390/jcm11041107
- Paszynska, E., Dutkiewicz, A., Osinska, A., Mozol Jursza, M., Smalc, N., Tyszkiewicz Nwafor, M., Dmitrzak Weglarz, M., Slopian, A., & Jenerowicz, D. (2020). Anorexia Nervosa with Vomiting Episodes: Dermatological and Oral Complications. *European Journal of Dentistry*, *14*, 180-185. 10.1055/S-0040-1705073/ID/JR\_32
- Picos, A., Chisnoiu, A., & Dumitrascu, D. L. (2013). Dental Erosion in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. *Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University*, 303–307.
- Raftu, M., Paredes Rodríguez, V. M., Gazzera, F., Solís González, S., García-Riart Monzón, M., & Hernández Vallejo, G. (2018). Manejo odontológico del paciente con trastornos de la alimentación. *Cient. Dent.*, *15*, 225-231.

- Rangé, H., Colon, P., Godart, N., Kapila, Y., & Bouchard, P. (2021). Eating disorders through the periodontal lens. *Periodontology 2000*, *87*, 17-31. 10.1111/prd.12391
- Riquelme M, E., & Badilla M, R. (2018). Sialometaplasia Necrotizante: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso. *Scielo*, *12(2)*, 142-146.
- Salvado, F., Nobre, M. D. A., Gomes, J., & Maia, P. (2020). Necrotizing Sialometaplasia and Bulimia: A Case Report. *Medicina (Kaunas)*, *56(4)*, 188. 10.3390/MEDICINA56040188
- Sato, Y., & Fukudo, S. (2015). Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clinical Journal of Gastroenterology*, *8(5)*, 255-263. 10.1007/S12328-015-0611-X/FIGURES/2
- Schorr, M., & Miller, K. K. (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: Mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology*, *13*. 10.1038/nrendo.2016.175
- Szupiany, T., Pytko Polończyk, J., & Krzysztof, R. (2015). Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatria Polska*, *49(5)*, 945-954. 10.12740/pp/onlinefirst/35269
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo, M., & Mancilla Diaz, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *6*, 13. 10.1016/J.RMTA.2015.10.003
- Vinueza Jarrín, S. S. (2017). “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE 7MO, 8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA FO DE LA UCE, PERÍODO 2016-2017”. 105. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10509/1/T-UCE-0015-649.pdf>
- Vinueza Jarrín, S. S. (2017). “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE 7MO, 8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA FO DE LA UCE, PERÍODO 2016-2017”. *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CARRERA DE ODONTOLOGÍA “NIVEL*.
- Zhang, C. Z., Cheng, X. Q., Li, J. Y., Zhang, P., Yi, P., Xu, X., & Zhou, X. D. (2016). Saliva in the diagnosis of diseases. *International Journal of Oral Science*, *8(3)*, 133. 10.1038/IJOS.2016.38



## **11. Anexos**

### **Anexo 1. Objetivos**

#### **General**

- Analizar las manifestaciones orales en pacientes con anorexia mediante revisiones bibliográficas.

#### **Específicos**

- Identificar las manifestaciones orales mas prevalentes en pacientes con anorexia segun sexo y edad.
- Establecer un protocolo de atención odontológica en pacientes con anorexia.

## Anexo 2. Certificado de pertinencia



**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
CARRERA DE ODONTOLOGIA

Loja, 28 de octubre del 2022.

Od. Esp. Susana González Eras

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA FSH-UNL**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

En atención a lo solicitado en MEMORÁNDUM No 121-DCO-FSH-UNL UNL, mediante el cual se solicita emitir informe sobre la estructura y coherencia del trabajo de integración curricular **"Manifestaciones orales en pacientes con anorexia mediante revisiones bibliográficas"** de autoría de la Srta. **JENNIFER PAULINA ROBLEZ VARGAS**, estudiante de la Carrera de Odontología.

Se manifiesta que una vez revisado el proyecto de tesis antes citado, se considera que el proyecto es pertinente y relevante para su ejecución.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

MARIA GABRIELA  
VALLADARES  
SOTOMAYOR

Firmado digitalmente por MARIA  
GABRIELA VALLADARES  
SOTOMAYOR  
Fecha: 2022.12.08 10:17:29 -05'00'

Od. Esp. María Gabriela Valladares Sotomayor  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

### Anexo 3. Sistematización de la información. Objetivo 1

<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Resultados</b>
Cavidad bucal y trastornos de la alimentación: una visión de la salud holística	2020	Shamimul Hasan , Sameer Ahmed , Rajat Panigrahi , Priyadarshini Chaudhary , Vijeta Vyas , y Shazina Saeed	Erosión dental, caries dental, sialadenosis, trastornos de la alimentación y función bucal, gingivitis y periodontitis, lesiones de la mucosa bucal, microflora oral
Manifestaciones bucales en pacientes que presentan anorexia y bulimia en “noos” clínica de especialidades psicológicas y médicas durante el periodo octubre-febrero 2015-2016	2016	Garzón Álvarez Sandra Elizabeth	Erosión dental, caries, xerostomía, sialoadenitis, abrasión, lesiones en los tejidos blandos y alteraciones en la mucosa bucal, queilitis.
Factores de riesgo para la salud oral en la anorexia nerviosa: comparación de un cuestionario de autoinforme y una entrevista cara a cara	2021	Hélène Rangé, Alice Pallier, Aminata Ali, Caroline Huas, Pierre Colon and Nathalie Godart	Caries, erosion, problemas periodontales (gingivitis y periodontitis) Recesión gingival
Conocimiento de las manifestaciones orales y físicas de la anorexia nerviosa entre dentistas polacos: un estudio transversal	2021	Agnieszka Krukowska Zaorska , Katarzyna Kot, Ewa Marek, Włodzimierz Dura, Krzysztof Safranow y Mariusz Lipski	En la AN, las manifestaciones orales incluyen la erosión del esmalte, el trauma de la mucosa oral y la faringe, el agrandamiento de la glándula parótida y la xerostomía. La prevalencia de caries dental y

---

No hay salud mental sin salud bucal	2016	Steve Kisely , MD, PhD	<p>enfermedades periodontales entre AN sigue sin estar clara.</p> <p>Las enfermedades más comunes que afectan la salud bucal son la erosión dental, la caries (caries) y las enfermedades periodontales (de las encías). El diagnóstico más frecuente es la erosión por frutas y bebidas ácidas, así como la presencia de reflujo gástrico o vómitos frecuentes. Entre el 35% y el 38% de los pacientes con trastornos alimentarios sufren erosión dental.</p>
Manejo odontológico del paciente con trastornos de la alimentación	2018	Raftu, M. Paredes Rodríguez, VM. Gazzera, F. Solís González, S. García-Riart Monzón, M. Hernández Vallejo, G	<p>Atrofia Caries dental</p> <p>Agrandamiento glándula parótida</p> <p>Eritema y glositis atrófica</p> <p>Erosiones dentarias en las caras palatinas/linguales y oclusales Agrandamiento glándula submandibular</p> <p>Úlceras traumáticas en paladar blando Sensibilidad dentinaria</p> <p>Sensación de boca ardiente</p> <p>Inflamación gingival, infecciones periodontales y predisposición a</p>

---

---

<p>“BULIMIA Y ANOREXIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA. GENERALIDADES”</p>	<p>2014</p>	<p>Mora-Badilla Ana Catherina</p>	<p>periodontitis Infecciones fúngicas por Candida spp. Sialometaplasia necrotizante Disgeusia Xerostomía Erosion, abrasión, sensibilidad dental, Sialoadenitis, xerostomía, gingivitis. Mucosa Oral: Producto de los agentes químicos, la xerostomía y el déficit nutricional, aunado a las posibles laceraciones producto de autoinducción al vómito, provocan lesiones como úlceras, eritemas por la irritación crónica, quelitis, fisuras labiales entre otras. ATM: La pérdida de estructura dental provoca una disminución de la dimensión vertical, que puede generar problemas de dolor orofacial. La ausencia de diferentes nutrientes en el organismo puede provocar inflamación de las articulaciones y fibromialgias. Xerostomía</p>
<p>MANIFESTACIONES</p>	<p>2014</p>	<p>Brenda Bautista,</p>	<p>Xerostomía</p>

---

CLÍNICAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN CAVIDAD BUCAL		Airabel Ceballos, Génesis Parra, Karly Semidey	Gingivitis Erosión Caries La ampliación de las glándulas parótida, traumatismos en la mucosa oral enfermedad periodontal Erosión Perimólisis Abrasión dental Bruxismo
MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA	2020	JARAMILLO PEÑA KAREN DENISSE	Enfermedad periodontal Sialoadenitis Aumento de la Glándula Parótida. Xerostomía Caries dental Alteraciones de la mucosa oral Queilosis
Anorexia, salud oral y sistema salival antioxidante: un estudio clínico en mujeres adultas	2019	Marco Mascitti , Erminia Coccia , Arianna Vignini , Luca Aquilanti , Andrea Santarelli , Eleonora Salvolini , Jacopo Sabbatinelli , Laura Mazzanti , Maurizio Procaccini y Giorgio Rappelli	Las manifestaciones orales de los TCA dependen de la duración y la frecuencia de los comportamientos disfuncionales, la inducción del vómito, el uso de medicamentos, la dieta y el nivel de higiene bucal del paciente. Afectan tanto a los tejidos blandos como a los duros e incluyen una serie de signos y síntomas que afectan a los tejidos

---

			<p>periorales, la mucosa oral, los dientes (como la erosión dental y la caries dental), el periodonto, las glándulas salivales y la articulación temporomandibular</p> <p>Los signos clínicos de alteración de la mucosa incluyen atrofia epitelial, erosiones y ulceraciones de la mucosa oral</p>
<p>Estrategias de intervención psicológica de acuerdo a las condiciones clínicas y las variables biopsicosociales del adolescente en la consulta odontológica: Revisión de la literatura</p>	2018	<p>Alejandro J. Amaíz DDS; Miguel A. Flores MSc</p>	<p>Caries, afecciones periodontales, traumatismos, lesiones congénitas, maloclusiones, infecciones bucales y cáncer.</p>
<p>TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANOREXIA Y BULIMIA</p>	2020	<p>MARÍA EUGENIA PALACIOS DELGADO</p>	<p>Erosión dental</p> <p>Caries dental</p> <p>Abrasión</p> <p>Xerostomia</p> <p>Afectación del Tejido Periodontal</p> <p>Sialoadenitis</p> <p>Afectación de la Mucosa Oral ATM</p> <p>Erosion dental</p>
<p>Patología oral en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria</p>	2017	<p>Izaskun Diez Altuna</p>	<p>Mayor la disfunción salival</p> <p>Caries</p> <p>Enfermedad periodontal</p> <p>En general, el déficit de algunas vitaminas y</p>

---

---

<p>Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo</p>	<p>2018</p>	<p>Carmen Gómez-Candelal, Samara Palma-Milla1, Alberto Miján-de-la-Torre , Pilar Rodríguez-Ortega , Pilar Matía-Martín , Viviana Loria-Kohen , Rocío Campos-del-Portillo , M. Nuria Virgili-Casas , Miguel-Á. Martínez-Olmos , María-Teresa Mories-Álvarez , María-José Castro-Alija , Ángela Martín-Palmero</p>	<p>minerales conlleva cambios en las mucosas bucales Crecimiento de las glándulas salivales Patología de la articulación temporomandibular Las conductas compensatorias purgativas pueden condicionar complicaciones locales (caries, gingivitis, enfermedad periodontal, patología temporomandibular, sialoadenosis, reflujo laringo-faríngeo, broncoaspiración, reflujo gastroesofágico, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, síndrome de Boerhaave, colon catártico, prolapso rectal, hemorroides y signo de Russell) y sistémicas (trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base, manifestaciones neurológicas, cardíacas o renales)</p>
<p>Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia.</p>	<p>2019</p>	<p>Guerrero-Castellón Martha Patricia, Barajas-Cortés Lourdes Lorena,</p>	<p>Erosión dental, caries, xerostomía, Sialoadenitis. Lesiones en la mucosa y lengua: Se ve afectada la</p>

---



---

Aguiar-Fuentes	mucosa de revestimiento
Emma Genoveva, Negrete-Castellanos	esofágica, faríngea, palatina y gingival por causa de la
María América, Gutiérrez-Rojo	xerostomía, por la falta de hidratación y lubricación.
Jaime Fabián.	Bruxismo
	Disfunciones de ATM

---

**Anexo 4.** Sistematización de la información. Objetivo 1 (edad y sexo más prevalente)

<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Resultado</b>
Consecuencias endocrinas de la anorexia nerviosa	2023	Melanie S. Haines	Mujeres
Cavidad bucal y trastornos de la alimentación: una visión de la salud holística	2020	Shamimul Hasan , Sameer Ahmed , Rajat Panigrahi , Priyadarshini Chaudhary , Vijeta Vyas , y Shazina Saeed	Los TCA tienen una predilección de género, ya que se observan principalmente en mujeres adolescentes, con una edad media de aparición de 16 y 25 años para AN y BN
Trastornos de la alimentación a través del cristalino periodontal	2021	Hélène range , Pedro Colón , Nathalie Godart , Yvonne Kapila , Felipe Bouchard	El primer estudio clínico sobre las complicaciones orales de la anorexia nerviosa se publicó hace más de 40 años y reportó una alta prevalencia de erosión dental, caries y anormalidades en la saliva en una cohorte de 39 mujeres entre 14 y 42 años de edad.
Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia.	2020	Jaramillo Peña Karen Denisse	15 y 19 años mujeres adolescentes
“Bulimia y anorexia en la práctica odontológica. generalidades”	2014	Mora-Badilla Ana Catherina	15 a 19 Mujeres
Manejo odontológico del paciente con trastornos de la	2018	Raftu, M. Paredes Rodríguez, VM. Gazzera, F. Solís	La AN afecta a un 1% de las mujeres entre 12-25 años y la edad de comienzo es a los 17

alimentación		González, S. García-Riart Monzón, M. Hernández Vallejo, G	años
Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal	2014	Brenda Bautista, Airabel Ceballos, Génesis Parra, Karly Semidey	Mujeres
Síntomas y trastornos gastrointestinales en pacientes con trastornos alimentarios	2015	Yasuhiro Sato yshin fukudo	Mujeres
TRATAMIENTO MANIFESTACIONES CLINICAS BUCALES DE LA ANOREXIA Y BULIMIA.	2016	Lovón, Washington; Tapia, Rildo.	Mujeres Edad de 14-16 años de edad
Conocimiento de las manifestaciones orales y físicas de la anorexia nerviosa entre dentistas polacos: un estudio transversal	2021	Agnieszka Krukowska- Zaorska, Katarzyna Kot, Ewa Marek, Włodzimierz Dura, Krzysztof Safranow, and Mariusz Lipski	La AN es uno de los trastornos alimentarios, que provoca graves efectos somáticos que amenazan la salud e incluso la vida de las niñas y mujeres jóvenes. La mayor incidencia de AN es entre los 17,1 y los 20,8 años. En total, entre el 90% y el 95% de las personas anoréxicas tienen menos de 25 años
Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y	2021	Bermúdez DLV, Chacón SMA, Rojas SDM	Las edades de inicio más habituales se sitúan en la mitad de la adolescencia, entre los 14

---

bulimia nerviosa			y los 18 años, pero hasta en el 5% de los pacientes se inicia a principios de la década de los 20 años.
			Es de 10 a 20 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres
			La proporción por sexo es aproximadamente de 10 mujeres por cada hombre, 10:1, principalmente afecta al sexo femenino y en edades comprendidas entre los 15- 25 años, aunque también se han descrito casos en niños y personas mayores de 50 años.
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANOREXIA Y BULIMIA	2020	MARÍA EUGENIA PALACIOS DELGADO	Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son uno de los principales problemas de la salud pública de las sociedades enriquecidas y el 90% de las diagnosticadas son mujeres.
Identidad femenina y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una intervención socioterapéutica.	2022	Maddi Larrañeta Martínez	La presencia de un trastorno alimenticio (TA) es más común en mujeres adolescentes y el 95% estarían entre los 12 y 25 años.
Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del odontopediatra. Revisión sistemática	2021	Cuadrado Ríos Sofía Alejandra	

---

## Anexo 5. Sistematización de la información. Objetivo 2

Artículo	Año	Autor	Resultado
Repercusiones en el periodonto en pacientes con trastornos de anorexia y bulimia	2019	DIANA LAURA MARCIAL GARCIA	<p>Instrucción al paciente sobre el proceso de la enfermedad, factores contribuyentes, perpetuantes y desencadenantes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Instrucción sobre higiene oral, evaluación y reforzamiento de las medidas para el control de placa.</li><li>– Toma de muestras bacterianas de bolsas seleccionadas, cultivos y antibiogramas, pueden ser considerados</li><li>– Tratamientos odontológicos previos si fuere necesario raspado supra y subgingival y alisado radicular.</li><li>– Extracción atraumática de dientes inviábiles y con conservación</li></ul>

---

<p>Manejo odontológico del paciente con trastornos de la alimentación</p>	<p>2018</p>	<p>Raftu, M. Paredes Rodríguez, VM. Gazzera, F. Solís González, S. García-Riart Monzón, M. Hernández Vallejo, G..</p>	<p>de reborde. – Tratamiento antibiótico local y sistémico.</p> <p>El dentista debe tener una buena comunicación con el paciente e instruirlo para llevar a cabo una higiene oral adecuada y aplicar flúor tópico. Hay que explicarles que no deben cepillarse inmediatamente después de vomitar ya que se aceleraría la destrucción del esmalte, y recomendar el uso de enjuagues de fluoruro sódico al 0,05% para neutralizar el ácido. La sensibilidad dental se puede manejar mediante pastas desensibilizantes, aplicaciones de flúor, etc. Este tipo de pacientes pueden requerir tratamientos dentales básicos que incluyen raspado y alisado radicular, eliminación de las caries, tratamiento de las erosiones dentarias y, en ocasiones, extracciones y tratamiento de conductos. No se deben planear procedimientos</p>
---	-------------	---	--

---

---

TRATAMIENTO  
MANIFESTACION  
ES CLINICAS  
BUCALES DE LA  
ANOREXIA Y  
BULIMIA.

2016

Washington  
Lovón1a,b, Rildo  
Tapia.

restauradores hasta que el ciclo de atracones-vómitos haya finalizado y el paciente esté estable. Tanto el dentista como el paciente deben ser conscientes de una posible recaída

El plan de tratamiento que se decidió es: en el aspecto sistémico interconsulta con medicina general para la evaluación sistémica si existiese alguna otra patología en el organismo, interconsulta con nutrición para mejorar la alimentación de la paciente de forma escalonada, interconsulta con Psicología para mejorar el aspecto personal subjetivo del paciente. En la parte odontológica, se decidió en primera instancia la fluorización de las piezas dentarias con fluoruro de sodio al 2%, así como la aplicación de medicación vía tópica de toques de gingivona y bucocip según la presencia de lesiones bucales, la aplicación de resina de fotocurado en las

---

---

“Bulimia y anorexia  
en la práctica  
odontológica.  
generalidades”

2014

Mora-Badilla Ana  
Catherina

piezas dentarias que  
presentan mayor erosión  
dental.

A nivel de mucosa y  
periodonto, se debe iniciar  
eliminando focos  
infecciosos y lesiones  
orales importantes, con  
ayuda de medicación. Es  
importante incluir en esta  
fase terapias de fisioterapia  
oral, inculcar en el paciente  
la importancia de mantener  
una higiene dental  
adecuada acorde a las  
necesidades específicas de  
su enfermedad. El uso de  
pastas y enjuagatorios con  
alto contenido de flúor  
puede ayudar a controlar la  
placa y eliminar zonas de  
sensibilidad.

El sector anterior  
generalmente por el  
desgaste palatino y  
fracturas va a presentar un  
reto importante por la  
escasez de estructura  
dental, se debe valorar bien  
si el tratamiento  
prostodóntico puede ser  
una mejor opción, recubrir  
la estructura dental

---



---

TRATAMIENTO  
ODONTOLÓGICO  
DEL PACIENTE  
CON ANOREXIA  
Y BULIMIA

2020

MARÍA EUGENIA  
PALACIOS  
DELGADO

remanente con porcelana, protegiendo así el diente debilitado. En esta fase el paciente está rehabilitándose psicológica, nutricional y físicamente por lo que un cambio importante a nivel oral puede significar un estímulo alto en la etapa de recuperación.

**Medidas Preventivas:**

Utilización de cepillo dental de cerdas suaves, con pasta fluorada no abrasiva y desensibilizantes, además del uso de enjuagues con flúor que favorezcan la remineralización.

No cepillarse antes y después de un acto de purga.

Aconsejar enjugarse la boca con agua, leche o colutorios alcalinos para favorecer la neutralización de los ácidos gástrico.

En caso de que el paciente presente sensibilidad dental protección del esmalte puede realizarse mediante la utilización de soluciones

---

---

neutras de fluoruro sódico (0,05%) diariamente en enjuagues o la aplicación directa de fluoruro estañoso (0,4%) en gel.

Para la xerostomía se informará e indicará el consumo de chicles y caramelos sin azúcar sobre todo después del vómito y los que tienen añadido xilitol.

**Patología Dental:**

Dependiendo del grado de afectación y de la extensión de las lesiones se optará por un plan de tratamiento u otro. Así, las erosiones de menor tamaño son tratadas de manera satisfactoria con restauraciones directas de resina compuesta (no solubles en ácido) devolviendo al diente su función, estética y anatomía. Sin embargo, ante lesiones más extensas, en las que se afecten incluso los sectores posteriores, tendríamos que plantearnos otras opciones de tratamiento menos conservadoras, deberíamos

---

---

Patología oral en  
pacientes con  
Trastornos de la  
Conducta  
Alimentaria

2017

Izaskun Diez  
Altuna

de valorar la opción de rehabilitar con coronas de porcelanas para proteger la estructura dental remanente y restaurar la oclusión.

**Patología Periodontal:**

Conforme el paciente va avanzando en su recuperación las lesiones van remitiendo, hasta desaparecer en su totalidad. Asimismo, será labor del odontólogo hacer llegar al paciente algunos consejos en relación a la salud buco-dental. Como ejemplo de ello, deberá plantear al paciente la posibilidad de demorar la realización de los tratamientos restauradores definitivos mientras sigan vigentes estas conductas. En lo relativo a los hábitos de higiene, no existe consenso entre los autores. Algunos autores defienden el cepillado suave, con cepillo igualmente suave, dejando un periodo de tiempo razonable para la remineralización de los tejidos después del vómito.

---

---

Otros autores ven conveniente enjuagarse la boca con sustancias neutralizantes como agua o leche(94,112,125). Además, se ha observado que tomar agua antes de la provocación del vómito protege el esmalte dental, quizá por facilitar la disolución de los flujos gástricos(94,103). El odontólogo podría ver conveniente así mismo recomendar productos específicos contra la sensibilidad dental. Las restauraciones serán efectuadas con el objetivo de evitar el empeoramiento de las lesiones, siempre junto con las medidas preventivas citadas. Se optará por las técnicas más conservadoras, siendo las técnicas directas las más indicadas -en este sentido las restauraciones con 54 composite podrían ser tratamientos de primera elección- en el contexto de los TCA

---

---

Detección y manejo  
de problemas  
dentales por  
dentistas

2019

Bartlett D, Ganss  
C, Luissi A,

Estar en una situación de uno a uno con el paciente (programar un horario sin la presencia de un acompañante, familiar o cualquier personal sanitario).

Preguntar al paciente sobre los tipos de alimentos que come, la frecuencia y la forma en que los come.

Adopte un enfoque amable sin prejuicios hacia el paciente, sin hacerlo sentir culpable.

Utilizar los daños observados como para hablar de hábitos alimentarios.

Brindar información sobre los mecanismos fisiológicos involucrados y las posibles estrategias de atención odontológica.

Realizar clasificación por grupo terapéutico para identificar mejor y manejar de manera más efectiva la atención de estos pacientes.

Se recomienda realizar un manejo no invasivo de las lesiones iniciales de forma inmediata, incluso en

---

---

ausencia de control de los  
factores etiológicos.

---

**Anexo 6.** Certificado de traducción del resumen



Loja, 10 de noviembre de 2023

Yo, **Dhayson Esaú Tapia Bravo**, con número de cédula **1104346349**, **MAGISTER EN EDUCACIÓN, MENCIÓN EN INNOVACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO** y **LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, MENCIÓN INGLÉS**.

**CERTIFICO:**

Haber realizado la traducción textual del resumen, correspondiente al trabajo de integración curricular denominado: **MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON ANOREXIA MEDIANTE REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS**. elaborado por **JENNIFER PAULINA ROBLEZ VARGAS**, con número de cédula **1105491532**

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad, facultando al portador el presente documento para el trámite correspondiente.

Atentamente.

.....  
**Mgtr. Dhayson Esaú Tapia Bravo**  
**PROMOTOR ACADÉMICO - DIRECTOR ACADÉMICO**  
REGISTRO SENESCYT: 1031-2023-2649446  
REGISTRO SENESCYT: 1031-2022-2463644



boostenglishhec@gmail.com

Cariamanga, Loja, Ecuador