

## SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN EN LIMA PERU

Jorge Reyes<sup>1</sup> Roberto Paz Soldan<sup>2</sup> Raúl Palian<sup>3</sup> Eric Mendoza<sup>4</sup> Víctor García<sup>5</sup>

### Resumen:

**Objetivo:** En el presente estudio se evaluó la salud oral en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa), así como las manifestaciones bucales más frecuentes.

**Material y método:** El estudio fue observacional, transversal, descriptivo, prospectivo. La población la conformaron mujeres de 13 a 40 años con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria por reporte en historia clínica y tiempo de evolución de la enfermedad mayor a seis meses. La muestra fue de 32 personas que fueron derivadas por interconsulta al servicio de Odontostomatología durante el 2009 y 2010. Se aplicó una encuesta para conocer edad, grado de instrucción, estado civil, antecedentes de diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, tiempo de evolución de la enfermedad, frecuencia de vómitos, el test de CAGE, el índice de higiene oral simplificado (IHOS), El índice de Klein y Palmer (CPOD), y el índice de erosión dental de Eccles y Jenkins. Para el manejo de la información se creó una base de datos en Microsoft Excel.

**Resultados:** La edad promedio era 21,34 años, el 62,5% era estudiante como también el 25% trabajaba. El 96,87% tenía como estado civil la soltería. El Índice CPOD era 15,21 en promedio; el 100% presentaba caries dental y el 84,37% erosión dental, la superficie más afectada fueron las caras palatinas de los incisivos superiores. El IHOS fue predominantemente regular. El 62,5 tenía la enfermedad mayor a un año con una frecuencia de vomito inducido en 71,85 de 0 a 2 veces al día. Según el índice de CAGE, ninguna paciente tenía indicios de ser alcohólica.

**Conclusiones:** La presencia de caries dental y placa bacteriana no son indicativos de presencia de erosión dental, esta va sujeta al tiempo de la enfermedad y frecuencia de vómitos la zona más afectada es la cara palatina de los incisivos superiores.

**Palabras Clave:** Salud oral, erosión dental, trastorno de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia.

### Summary:

**Objective:** *This study evaluated the oral health in patients with eating disorder (anorexia and bulimia nervosa), as well as more frequent oral manifestations.*

---

<sup>1</sup> Odontólogo Hospital Hermilio Valdizán. Docente de la Facultad Odontología USMP

<sup>2</sup> Jefe del Servicio de Odontostomatología Hospital Hermilio Valdizán. Docente Facultad Odontología USMP

<sup>3</sup> Odontólogo Hospital Hermilio Valdizán.

<sup>4</sup> Médico Psiquiatra Hospital Hermilio Valdizán

<sup>5</sup> Licenciado en Estadística. Jefe de la Oficina de Estadística e Informática Hospital Hermilio Valdizán. Docente Facultad de Ciencias Matemáticas UNMSM

**Material and methods:** *The study was observational, transversal, descriptive, and prospective. The population was formed of women 13 to 40 years diagnosed with eating disorders who reported in time, history, and evolution of the disease longer than six months. The sample included 32 people who were referred for consultation to Odontostomatology during 2009 and 2010. We applied a survey consisting of age, education level, marital status, previous diagnosis of eating disorder, duration of illness, frequency of vomiting, the CAGE test, the simplified oral hygiene index (OHI-S), the Klein and Palmer index (DMFT) and dental erosion rate Eccles and Jenkins. For the management of information we created a database in Microsoft Excel.*

**Results:** *The mean age was 21,34 ; 62,5% were students as well as 25% worked. There was a single status of 96,87% . The DMFT index was 15,21 on average, 100% had dental caries and dental erosion, 84,37%, the area most affected were the palatal surfaces of upper incisors. The OHI-S was predominantly regular. The disease was 62,5 over a year, with a frequency of 71,85% who induced vomiting from 0 to 2 times a day. According to the CAGE index, no patient had signs of being alcoholic.*

**Conclusions:** *The presence of dental caries and plaque are not indicative of the presence of dental erosion, this is subject to time of disease and frequency of vomiting the most affected area is the palatal surface of upper incisors.*

**Keywords:** *Oral health, dental erosion, eating disorder, anorexia, bulimia.*

## INTRODUCCIÓN:

El ideal estético del mundo clásico se fraguó en la belleza concebida como el resultado de cálculos matemáticos, medidas, proporciones y cuidado por la simetría. La obsesión por la imagen, impidiendo un desarrollo social y cultural, donde la moda provoca una tiranía sobre el concepto de belleza, respondiendo también a motivos sociales y económicos<sup>1</sup>.

La belleza en el ser humano, se ha enfatizado actualmente en el aspecto físico, conllevando a la población a una búsqueda de ella, incluso poniendo en riesgo su vida. Por lo cual la anorexia y la bulimia nerviosa se encuentran implicados factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos.<sup>2,3</sup> Mann<sup>4</sup> en un análisis sobre la sociología y psicología actual, manifiesta que en un mundo, centrado en la imagen e inclinado a recompensar el egoísmo e identificar el éxito, no es extraño que se interprete los trastornos de la conducta alimentaria como una cuestión de vanidad llevada al extremo.

Dentro de las manifestaciones de esta patología mental, también ocurren cambios en la cavidad oral, produciéndose lesiones en estructuras blandas y tejidos duros<sup>5, al14</sup>. En tal sentido, se ha indicado que el odontólogo puede ser el primero en detectar TCA,<sup>11,15</sup> sin embargo una capacitación inadecuada, diagnósticos equivocados, falta de protocolos e interés en la comunicación entre organizaciones, genera dificultad para el diagnóstico y tratamiento adecuado.<sup>11,15</sup> Dentro del grupo de profesionales, debe estar incluido el odontólogo, quien se encargara de la recuperación de la salud dental. Porque, el tratamiento es multidisciplinar, generalmente prolongado, donde también son frecuentes las recaídas<sup>10</sup>.

El Hospital Hermilio Valdizán diagnosticó entre los años 2009- 2010 más de mil pacientes, ocupando los puestos 14 y 20 según el ranking anual de patologías reportadas por esta institución psiquiátrica. Siendo importante resaltar que en nuestro país existe escasa información sobre el estado de salud oral de estas personas, lo que hace imprescindible registrar y difundir un reporte del mismo, teniendo presente que este es un centro hospitalario referente especializado en cuanto a patologías mentales.

Los TCA son condiciones complejas, que emergen de la combinación de conductas presentes por largo tiempo, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales.<sup>12,13,14</sup> Entre estos tenemos la anorexia y bulimia nerviosa.

Estos trastornos pueden comenzar con preocupaciones excesivas por la comida y peso, pero es más que un problema relacionado a la ingesta de alimentos. Las personas con TCA, utilizan la comida y el control de la comida, en un intento de compensar los sentimientos y emociones que de otra manera son vistos como insoportables.<sup>12,15,16</sup> Para algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una forma de lidiar con las emociones dolorosas y poder sentirse en control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la salud física y emocional, la autoestima y la sensación de competitividad y control de la persona.<sup>2,12,16</sup>

Entre los factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, tenemos los siguientes:<sup>2, 12, 14-16</sup>

**Factores Psicológicos:** Baja autoestima, impulsividad, inestabilidad emocional y conducta autoagresiva, depresión y/o ansiedad.

**Factores Interpersonales:** Relaciones personales y familiares problemáticas, dificultad para expresar sentimientos y emociones, historia de haber sido molestado o ridiculizado basado en su talla o peso, historia de abuso físico o sexual.

**Factores Sociales:** Presiones culturales que glorifican la "delgadez" y le dan un valor a obtener un "cuerpo perfecto", definiciones concretas de belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras, normas culturales que valorizan la apariencia física y no las cualidades y virtudes internas.

**Factores Biológicos:** Se ha intentado explicar la presencia de una disfunción en lo que respecta al apetito y la saciedad teniendo en cuenta lo siguiente.<sup>2,13,14,15</sup> El hipotálamo, lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero, en la corteza cerebral es donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación. La alimentación es fundamental en el desarrollo psicológico: a través de la alimentación materna, el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. La capacidad para controlar la ingesta de nutrientes para equilibrar las necesidades corporales, requiere mecanismos que armonicen la información fisiológica del medio interno con la información nutricional del medio externo. Los estímulos internos relacionados radican en el hipotálamo, que hace de transductor de estímulos sensoriales y metabólicos coordinando la respuesta en relación a la conducta alimentaria. Los neurotransmisores implicados en estas funciones son: la serotonina, las catecolaminas, y los opioides endógenos.

El diagnóstico, CIE X, de la OMS: está referido los ítems F50-59, Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Donde se encuentran la anorexia y bulimia nerviosa<sup>17</sup>.

*Anorexia* significa literalmente "falta de apetito". Esta enfermedad ocurre por lo general en la adolescencia y juventud, período donde el cuerpo va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica<sup>18,19</sup>. En cuanto a *la bulimia* nerviosa, podemos decir, que el término literal, significa "hambre de buey" o hambre muy intenso.<sup>18</sup>

La anorexia nerviosa, es una enfermedad mental que consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y distorsión significativa de la percepción en la forma o tamaño del cuerpo. Existen además problemas físicos, como la desnutrición, disminución del sueño, amenorrea, aparición de vello, intolerancia al frío, tensión baja, arritmias, aislamiento social, irritabilidad.<sup>18-22</sup>

La bulimia nerviosa, consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.<sup>19</sup> Entre sus signos y síntomas tenemos: la preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer, realizándose atracones de comida en cortos períodos de tiempo y generalmente a escondidas. Conductas compensatorias de manera repetida con el objetivo de no ganar peso, provocándose vómitos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; así como realizar ayunos y ejercicios excesivos. Esto puede llevar a manifestaciones de menstruaciones irregulares, depresión, intento de suicidio, aislamiento social y baja de autoestima.<sup>19,23,24</sup>

En la práctica clínica, el comité de medicina adolescente de la Sociedad de Pediatría Canadiense (2001), recomienda considerar el diagnóstico de TCA, en adolescentes como las prácticas de pérdida de peso potencialmente insanas y/o presentan pensamientos obsesivos sobre la comida, peso, figura o ejercicio, sin que sea necesario que cumpla los criterios DSM-IV ó CIE-10<sup>17</sup>.

En cuanto a la prevalencia de TCA, generalmente aparece en la adolescencia, entre 14 y 19 años, (aunque también se describen casos en otras edades), básicamente sexo femenino (Halmi, 1974; Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980), en la actualidad los TCA afectan a todos los niveles socioeconómicos (Toro y Vilardell, 1987), así mismo, la prevalencia en varones es diez veces menor<sup>16,17</sup>

Hidalgo y col<sup>25</sup> define los factores que predisponen la etiopatogenia de los TCA, dividiéndolos en protectores (individuales, familiares y socioculturales), precipitantes (insatisfacción por su peso y situaciones de estrés) y perpetuantes (síntomas de ayuno y reacción al entorno social).

**Las manifestaciones orales**, pueden ser diversas, el efecto de TCA, sobre los dientes y estructuras bucales se reportaron en los años 70<sup>7</sup>, Van Oost<sup>25</sup>, manifestó que el odontólogo, es el primero en saber sobre los trastornos metabólicos que padecen los pacientes. Los vómitos constantes provocan el aumento del tamaño de las glándulas salivares parótidas de tipo no inflamatorio, denominado Sialoadenosis<sup>5,8,9</sup>. Se presenta un deterioro del esmalte dental produciendo lesiones no cariosas de tipo erosivo,<sup>5,26</sup> el orden de prevalencia en forma descendente

de la erosión es extensa en la superficie palatina anterior, moderada en la superficie vestibular anterior superior, erosión moderada en la superficie lingual y oclusal posterior superior e inferior y prácticamente inalteradas las superficies linguales inferiores<sup>5</sup>.

Sin embargo la erosión química es frecuente en los pacientes TCA, debido a factores intrínsecos como los vómitos crónicos<sup>28</sup> por lo tanto es importante definirla como la pérdida de estructura dental debida a la acción de ácidos que actúan sobre el diente, no intervienen bacterias. Se puede ver afectada toda la corona del diente, cuando el pH desciende por debajo del pH crítico (5,5), disolviendo el esmalte, teniendo un aspecto vidrioso y desvitalizado, posteriormente se acelera la destrucción dental debido a que la dentina es más blanda.<sup>27,28,29</sup> También podemos encontrar en los pacientes con TCA otras patologías bucales, como: descalcificación, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones de la mucosa bucal y tejidos periodontales, xerostomía y queilosis.<sup>5,7,8</sup>

### **Material y método:**

El estudio será observacional, transversal, descriptivo, prospectivo.

La población la conformaron mujeres de 13 a 40 años que acudían a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán con diagnóstico TCA y que fueron derivadas al servicio de Odon-toestomatología durante el periodo 2009 – 2010.

Siendo la muestra de 32 personas, que cumplieran con los criterios de inclusión: diagnóstico de TCA reportado en la historia clínica, tiempo de evolución de enfermedad mayor a seis meses. Mientras que los criterios de exclusión eran pacientes con reflujo gastroesofágico por reporte en historia clínica, dependientes de sustancias psicoactivas (bebidas alcohólicas).

Se aplicó el **Test de CAGE**<sup>30</sup> para evitar filtración de pacientes con signos de alcoholismo, puesto que las erosiones también se podrían deber a esta patología. El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968, para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación.

Las variables clínicas odontológicas consintieron en la evaluación de los tejidos blandos de la cavidad oral, la higiene oral, estado de la dentición, erosión dental y caries dental.

La información recolectada tendrá dos componentes: la primera la entrevista, para la recolección de datos demográficos y los antecedentes médicos psiquiátricos. Y la segunda parte el examen clínico odontológico, que incluyó el examen clínico de la cavidad oral, medición de la placa blanda por el índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), medición del estado de la dentición por el Índice CPOD (Diente Cariado Perdido Obturado) y para la erosión dental el índice de Eccles y Jenkins.

**El Índice de Higiene Oral IHOS** (Oral hygiene index Simplified), mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo en seis superficies de seis piezas dentarias, cada superficie dental es dividida horizontalmente en 3 tercios, valorándose objetivamente en una escala de 0 a 3. Considerando como bueno si el índice está en 0.0 y 0.6, regular si el índice está entre 0.61 y 1.8 y malo si el índice está entre 1.81 y 3.0<sup>31,32</sup>.

**El Índice de Klein y Palmer o CPOD**, (siglas en inglés del índice Diente Cariado Perdido Obturado) consiste en la sumatoria del número de dientes cariados, perdidos u obturados y fue definido por Klein y Palmer en 1930<sup>33,34</sup>. Este índice muestra problemas dentales no resueltos, presentes y futuros, y es ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos para estimar la magnitud de problemas de salud bucal<sup>33,34</sup>

**El Índice de erosión dental de Eccles y Jenkins**: presentado en 1978, como un índice cualitativo, comprensivo que califica el sitio de la erosión debido a las causas no industriales, estableciendo una calificación de cuatro grados: grado 0 no erosión, grado 1 pérdida de esmalte sin exposición de dentina, grado 2 pérdida de esmalte con exposición de dentina en menos de 1/3 de la superficie dentaria, grado 3 pérdida de esmalte con exposición de dentina en más de 1/3 de la superficie dentaria.<sup>35,36</sup>

### Resultados:

En el presente estudio, de las 32 pacientes evaluadas, se encontró que la edad promedio era 21,34 años, el 62,5% era estudiante y el 25% trabajaba. El 96,87% tenía como estado civil la soltería. El Índice CPOD fue 15,21; el 100% de la muestra presentaba caries dental y el 84,37% presentaba erosión dental en cualquiera de sus niveles según el índice de Eccles y Jenkins, siendo la superficie más afectada la cara palatina de los incisivos superiores. Según el índice de CAGE, ninguna paciente tenía indicios de problemas de alcoholismo.

Respecto al grado de instrucción, el 37,51% tenía educación universitaria, mientras el 62,49% restante tenía educación secundaria y técnica.

**Tabla N°1**  
**Grado de instrucción**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>Nº DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
SECUNDARIA	11	34,37
TECNICA	9	28,12
UNIVERSITARIA	12	37,51
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

La ocupación laboral fue predominantemente estudiante con 62,5%.

**Tabla N°2**  
**Ocupación laboral**

<b>OCUPACION</b>	<b>Nº DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
ESTUDIANTE	20	62,5
NO TRABAJA	4	12,5
TRABAJA	7	25
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Se puede observar que el diagnóstico TCA predominante fue la anorexia con 59,37%, seguido de la bulimia 31,25%; sin embargo existe un 9,38 con TCA inespecífico.

**Tabla N°3**  
**Diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria**

<b>DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>Nº PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
ANOREXIA	19	59,37
BULIMIA	10	31,25
OTRO	3	9,38
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Un 62,5% manifestó tener la enfermedad mayor a una año de evolución, y el predominio de inducción al vomito fue de dos veces al día en promedio con un 71,85%.

**Tabla N°4**  
**Tiempo de evolución de la enfermedad**

<b>TIEMPO DE EVOLUCION</b>	<b>Nº DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
MENOS A 6 MESES	6	18,75
>6 MESES A 1 AÑO	6	18,75
MAYOR A 1 AÑO	20	62,5
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tabla N° 5**  
**Frecuencia de vómitos**

<b>FRECUENCIA DE VOMITOS</b>	<b>N° DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
0 A 2 VECES AL DIA	23	71,85
3 A 4 VECES AL DIA	7	21,87
> A 4 VECES AL DIA	2	6,28
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

En la evaluación de las 32 pacientes, se evidenció que la principal manifestación oral era la presencia de una lengua saburral 6 (anorexia) y 4 (bulimia). Con queilitis angular 2 pacientes tanto en anorexia como en bulimia. Es importante resaltar que 10 pacientes (anorexia) y 3 pacientes en (bulimia) no presentaron ninguna manifestación en tejidos blandos.

**Tabla N° 6**  
**Examen Clínico Oral de Tejidos Blandos en TCA**

<b>EXAMEN CLINICO SALUD ORAL-Dx.T.C.A:</b>				
<b>Dx. T.C.A.</b>				
<b>Examen Clínico Salud Oral</b>	<b>Anorexia</b>	<b>Bulimia</b>	<b>Otro</b>	<b>Total</b>
Aftas	0	1	0	1
Labios Secos	1	0	0	1
Lengua Saburral	6	4	2	12
Ninguna manifestación	10	3	1	14
Queilitis Angular	2	2	0	4
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>32</b>

Se observó un predominio de higiene oral regular tanto en anorexia (12) pacientes como en bulimia (7) pacientes, mala (7) en anorexia y (2) en bulimia; sola una paciente con bulimia presentó buena higiene oral.

**Tabla N° 7**  
**Índice de Higiene Oral Simplificado**

IHOS- Dx. T.C.A:				
IHOS	Dx. T.C.A.			Total
	Anorexia	Bulimia	Otro	
Buena	0	1	0	1
Regular	12	7	2	21
Mala	7	2	1	10
Total	19	10	3	32

De los 32 pacientes, fueron 27 pacientes los que presentaron erosión dental, 17 con Anorexia y 8 con Bulimia.

**Tabla N° 8**  
**Presencia de Erosión dental**

Dx. T.C.A.	DIAGNOSTICO TRATAMIENTO-EROSION		
	NO	SI	TOTAL
Anorexia	2	17	19
Bulimia	2	8	10
Otro	1	2	3
Total	5	27	32



Figura 1, 2 paciente con TCA bulimia

## Discusión de los resultados:

Cabe señalar que son diferentes las manifestaciones orales en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria <sup>5,al 11</sup>, pero no todas se encuentran a la vez en un mismo paciente.

Del mismo modo, la principal limitación que se encontró en el presente estudio, fue que la muestra era poco representativa (32 pacientes), para el número de pacientes evaluados en el mismo periodo por consulta psiquiátrica del HHV. Aunque se tiene una muestra mayor a la reportada por otros autores como Thomas<sup>6</sup> (15 pacientes) y Jones<sup>37</sup> (11 pacientes).

El promedio de edad fue de 21,3 años, similar a Thomas<sup>6</sup> con 22,7 años, mientras que Berner y col <sup>41</sup> y García de Valente y col <sup>41</sup> indicaron 17,3 años y 17,4 años respectivamente, sin embargo Jones<sup>36</sup> reportó mayor edad como promedio (29,8 años).

Según el grado de instrucción el 37,51% cursaba educación universitaria, mientras González<sup>9</sup> que trabajó al 100% con alumnas de educación universitaria. Thomas<sup>6</sup> reportó que el 73,3% eran estudiantes. Con un 33,3% que trabajaban; difiriendo con este estudio que el 75% no trabajaba. Es importante precisar que el estado civil en este estudio era soltera 96,87% otros autores no reportan el estado civil, sin embargo trabajaron con grupos de adolescentes.

El tiempo de enfermedad fue predominantemente mayor a un año con el 62,5% resultado similar índice Berner y col <sup>41</sup>, mientras Thomas<sup>6</sup> reportó 4,2 años. Thomas<sup>6</sup> refirió una frecuencia de vómito de 4 a 7 veces al día con el 46,7%, mientras en este estudio la frecuencia de vómitos inducidos estaba en 2 veces al día con un 71,85%. Así mismo Berner y col <sup>41</sup> manifestó tener un 60% de pacientes inductoras al vómito, no registrando la frecuencia de los mismos, resultado similar registro García de Valente y col <sup>42</sup> con el 50,8%.

El índice CPOD registrado en este estudio fue de 15,21, Thomas<sup>6</sup> registró un CPOD de 6±3.9 y García de Valente y col <sup>42</sup> 6,23 siendo estos valores bajos en comparación a este estudio; sin embargo Jones<sup>37</sup> encontró un CPOD de 27,9; siendo el más alto comparativamente con estos investigadores.

La presencia de caries dental, en el presente estudio fue en el 100% de la muestra, mientras Thomas<sup>6</sup> indicó 60%, González<sup>9</sup> y García de Valente y col <sup>42</sup> reportaron datos similares del 25%.

La erosión dental estuvo en 84,37% en el presente estudio, mientras Jones<sup>37</sup> registró el 69% de su grupo, en comparación a García de Valente y col<sup>42</sup> que registraron el 25,4% de los casos. Sin embargo González<sup>9</sup> indicó el valor más bajo con el 6,25% de erosión. El nivel de erosión dental, era medio con predominio de las caras palatinas de los incisivos superiores, similar a las zonas registradas por Jones<sup>37</sup> y García de Valente y col<sup>42</sup> en la ubicación de las lesiones, pero este último con un nivel leve de erosión. González<sup>9</sup> también reportó un nivel leve al mencionar solo el 7,81 de sensibilidad dental. A igual que Berner y col <sup>41</sup>.

Respecto a lesiones en tejidos blandos se encontraron xerostomía, queilitis angular, al igual que los reportados por González<sup>9</sup>. Sin embargo no se reportó ningún caso de agrandamiento de glándulas parótidas como los manifestados por Mandel<sup>38</sup>, Vavrina y col.<sup>40</sup> y Berner y col <sup>41</sup>

**Conclusiones:**

En el presente estudio la totalidad de las pacientes con TCA presentaron manifestaciones orales tanto en tejidos blandos como duros, lo que indica que su salud oral se ve afectada directamente por su enfermedad mental de TCA.

El total de las pacientes con TCA presentó caries dental y el índice de higiene oral fue regular en mayor porcentaje. La presencia de caries dental y placa bacteriana no son indicativos de la presencia de erosión dental, esta va sujeta al tiempo de la enfermedad TCA, y por la frecuencia de vómitos.

Más de 20 pacientes tienen mayor a un año de enfermedad, con una frecuencia de inducción de vomito de 2 veces al día, reflejada en que 27 personas ya presentan erosión dental en diferentes grados. Siendo la zona más afectada la cara palatina de los incisivos superiores.

En estas pacientes con TCA, se produjeron lesiones en tejidos blandos. Los más evidentes han sido lengua saburral, los labios secos, y la queilitis angular.

**Referencias Bibliográficas:**

- 1.- Pérez Parejo Ramón. El canon de belleza a través de la Historia: un método de descripción de personas para alumnos de E/LE. Espéculo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid. 2006. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero34/canonbe.html>
- 2.- Kaplan Harold, Sadock Benjamin, Grebb Jack Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica. La anorexia Séptima edición Editorial Panamericana Buenos Aires. 1996. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>
- 3.- Rivarola Ma. Fernanda, Penna Fabricio. Los factores socio culturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/802/80280205.pdf>
- 4.- Mann de Dayán Sofía. Trastornos de la alimentación: La anorexia nerviosa. 2001. Online. (Acceso en agosto del 2010). Disponible en: [www.cerebritito.com](http://www.cerebritito.com)
- 5.- Gay Zárate Óscar, Ramírez Rodríguez Graciela Elibeth. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos Revisión Vol. LVII, No. 1. Enero-Febrero 2000 pp. 23-32  
Disponible en: [www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2000](http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2000)
- 6.- Thomas Yeily, Ibáñez Edgar, Serrano Claudia, Teherán Dannys Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo Revista CES Odontología Vol. 21 - No. 2 2008. Disponible en: [www.ces.edu.co/PDF\\_Revistas](http://www.ces.edu.co/PDF_Revistas)

- 7.- Ochoa García Leonor, Dufoo Olvera Saúl, de León Torres Claudia S; Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana Vol. 12, Núm. 1 Marzo 2008 pp. 46-54.  
Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo081g.pdf)
- 8.- García Ma. Gabriela Nachón, ParraTomás Gerardo Hernández, López Gustavo Alonso Félix, Gracia Cindy Flores. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo.  
Revista Médica de la Universidad Veracruzana / Vol. 3 núm. 2, Julio - Diciembre 2003  
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2003/muv032e.pdf>.
- 9.- González Chavero Alejandra, Santana Hernández Lourdes, Ibarra Méndez Israel, Mancera Escutia Nelly, Rubio Guerrero Jesús, Vega Guevara Alberto.  
Manifestaciones Bucuales en pacientes Anoréxicas y Bulímicas adultas a partir de los 17 Años alumnas de la Fes Iztacala. Disponible en: [http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum\\_y\\_lab1/otros/ColoquioXVIII/ contenido/cartel/.../pacientesanorexicas](http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVIII/contenido/cartel/.../pacientesanorexicas).
- 10.- Gordon J. Christensen, Oral care for patients with bulimia. JADA, Vol. 133, pag. 1689-1681 December 2002
- 11.- Hague Anne L. Eating Disorders: Screening in the Dental Office. J Am Dent Assoc 2010; 141; 675-678
- 12.- Frydrych AM, Davies GR, Mc Dermott BM. Eating disorders and oral health: A review of the literature. Australian Dental Journal 2005; 50: (1): 6-15
- 13.- Nachón GarcíaMa. Gabriela, Hernández ParraTomás Gerardo, Félix LópezGustavo Alonso, Flores GraciaCindy.  
Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. Revista Médica de la Universidad Veracruzana / Vol. 3 núm. 2, Julio - Diciembre 2003.
- 14.- Milosevic A. Eating disorders and the dentist. British Dental Journal, Volume 186, N° 3, February 13 1999.
- 15.- Burkhart Nancy, Roberts Michael, Alexander Matthew, Dodds Anne.  
Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. JADA, Vol. 136 [www.ada.org/goto/jada](http://www.ada.org/goto/jada) August 2005.
- 10.- Hidalgo Vicario M.I., Güemes Hidalgo M. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. Pediatr Integral 2008;XII(10):959-972.
- 11.- National Eating Disorders Association-2006.Online. (Acceso en agosto 2010).  
Disponible en: [www.nationaleatingdisorders.org](http://www.nationaleatingdisorders.org).
- 12.- Cervera, S. y Quintanilla, B. Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), 1995.
- 13.- Chinchilla, A. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Editorial Masson, Barcelona. 1995.

- 14.- Chinchilla, A.: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia nerviosas, Obesidad y Atracones. Editorial. Masson. Barcelona. 2003.
- 15.- M. Soldado. Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2006) 336-347. Online. (Acceso en agosto 2011). Disponible en: [www.magdalenasoldado.es](http://www.magdalenasoldado.es).
- 16.- Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria - subdirección general de salud mental. Servicio de Programas Asistenciales. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" Murcia-España. 2005.
- 17.- OMS. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE X). Página de Internet. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- 18.- Sandoval Shaik. Olivia A. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, Bulimia, y Vigorexia. Online. (Acceso en agosto 2010). Disponible en: [www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo)
- 19.- Urrejola Pascuala Trastornos Nutricionales en los adolescentes. Online. (Acceso en agosto 2010).  
Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Lección09/M3L9Lección.html>
- 20.- Espinosa Alma, Bulimia y Anorexia, trastornos de la adolescencia del siglo XXI. Gaceta Universitaria Veracruzana. Oct Dic 2004. México. Online. (Acceso en agosto 2010).  
Disponible en: [www.uv.mx/gaceta/Gaceta82/82/ventana/vent03.htm](http://www.uv.mx/gaceta/Gaceta82/82/ventana/vent03.htm).
- 21.- Saranson Irwin G., Saranson Barbara R. Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. Séptima edición. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México. 1996.
- 22.- Leyva Córdov Walter. Historia de la Anorexia nerviosa. Revista de psiquiatría y salud mental Hospital Hermilio Valdizan. Lima Perú. Volumen IX, N°2, Julio-Diciembre 2008. Volumen X, N° 1, Enero-Junio 2009: (55-61). Disponible en: la biblioteca del Hospital Hermilio Valdizán, Lima, Perú.
- 23.- Alvarado Maso Alessandra, Cedillo Ayala Marisabel, Rivas Z Gisell, Mora Teresa. 2001. Bulimia. Acta odontológica Venezolana Volumen 39 N° 2 / 2001. Disponible en: [www.actaodontologica.com/ediciones/2001/2/bulimia.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/2/bulimia.asp)
- 24.- Cestaro Omar Alberto. Trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa – bulimia nerviosa. Disponible en: [http://www.drwebsa.com.ar/drw/prof\\_mes/articulos/art\\_011.pdf](http://www.drwebsa.com.ar/drw/prof_mes/articulos/art_011.pdf)
- 25.- Hidalgo Vicario M.I., Güemes Hidalgo M. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. Pediatr Integral 2008;XII(10):959-972
- 25.- Van Oost Gerta, Bulimia el trastorno alimentario que detecta el odontólogo. Revista Quintessence (Edición español) Vol. 17 Número 6, 2004
- 26.- Alvarado Maso Alessandra, Cedillo Ayala Marisabel, Rivas Gisell, Mora Teresa. Bulimia. Acta odontológica Venezolana. Volumen 39 N° 2 / 2001.  
[www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0001-63652001000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0001-63652001000200013&script=sci_arttext)
- 27.- Cuenca Sala Emili / Baca García Pilar. Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Tercera edición. Editorial Masson. Barcelona. 2005.

- 28.- Mount G.J., Hume W.R. Conservación y restauración de la estructura dental. Editorial Harcourt Brace Mosby. 1999.
- 29.- Henostroza Haro Gilberto. Caries Dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Primera Edición. Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú. 2007.
- 30.- Ferreira González Lucía, Cuestionario CAGE. Screening de alcoholismo. Online. (Acceso en enero 2010) Disponible en: [www.meiga.info/Escalas/CuestionarioCAGE.pdf](http://www.meiga.info/Escalas/CuestionarioCAGE.pdf)
- 31.- Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon. Online. (Acceso en Enero 2010) Disponible en: [www.sdpt.net/CAR/indicesimplificadohigieneoral.htm](http://www.sdpt.net/CAR/indicesimplificadohigieneoral.htm)
- 32.- Higashida Bertha Y.. Odontología preventiva. Segunda edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2009.
- 33.- Bordoni Noemi, Doño Raquel, Misrachi Clara. Curso 1: Odontología Preventiva, Modulo 1: Diagnóstico y educación para la salud. PRECONC Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional OPS Segunda Edición Buenos Aires. 1993.
- 34.- Seif Tomás R. Cariología: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. Primera Edición. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica CA. Caracas. 1997.
- 35.- Eccles JD, Jenkins WG. La erosión dental y la Dieta. J Dent (1974) 2: 153-159
- 36.- Penny Fleur Bardsley. La evolución de los índices del desgaste del diente. The evolutions of tooth wear indices. Clin Oral Investig. 2008 March; 12(Suppl 1): 15–19. Published online 2008 January 29. doi: 10.1007/s00784-007-0184-
- 37.- R.R.H. Jones and P. Cleaton-Jones Depth and Area of Dental Erosions, and Dental Caries, in Bulimic Women. J.DENT. RES. 68 (8):1275-1278, agosto de 1989 <http://jdr.sagepub.com/>
- 38.- Mandel Louis, D.D.S.; Abai Siamak . Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. JADA, Vol. 135, May 2004
- 39.- Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating Disorders Part I: Psychiatric Diagnosis and Dental Implications. J Contemp Dent Pract 2008 September; (9)6:073-081.
- 40.- Vavrina Josef , Muller Werner, Gebbers Jan-Olaf. Enlargement of salivary glands in bulimia. The Journal of Laryngology and Otology. June 1994, Vol. 108, pp. 516-518
- 41.- Berner Enrique, Piñero Julia, Valente Shirley. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. Arch. Argent. pediatr. [Revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2011 Oct. 07]; 102(6): 440-444. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752004000600006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000600006&lng=es)
- 42.- García de Valente, María Shirley; Bordoni, Noemí Emma; Rozensztejn, Ruth; Armatta, Ana. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente salud bucal de un encuadre interdisciplinario. Bol AAON; 32(3): 23-27, sept.-dic. 2003.