

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:
MANIFESTACIONES ORALES ASOCIADAS A TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

LDC SAN LORENZO ATEMOAYA TURNO VESPERTINO

ALUMNA: JOCELYN VIRIDIANA TORRES ALQUICIRA

MATRÍCULA:2152033748

PERIODO: 31/AGOSTO/ 2020- 31/JULIO/ 2021

FECHA DE ENTREGA:

ASESOR: C.D.E MÓNICA BADILLO BARBA



C.D.ESP. MÓNICA BADILLO BARBA

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Nombre, firma y cargo del asesor externo

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM XOCHIMILCO



C.D.ESP. MÓNICA BADILLO BARBA

ASESOR INTERNO

Nombre y firma



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Firma de un integrante de la Comisión de Servicio Social

RESUMEN DEL INFORME:

A nivel mundial existen los malos hábitos alimenticios uno de ellos son los trastornos de conducta alimentaria (TCA) estos provocan una grave desnutrición, la cual genera consecuencias que afectan el desarrollo de la salud dental, psicológica y social. En la presente investigación abordamos el tema de las manifestaciones orales en personas que padecen algún trastorno de conducta alimentaria como lo es la anorexia y la bulimia; entre las principales manifestaciones se encuentran: erosión dental, caries, enfermedad periodontal, alteraciones de la mucosa etcétera, encontraremos definición de cada una, cuáles son sus causas, qué signo o síntoma llegan a presentar. El objetivo de esta investigación fue exponer las manifestaciones a nivel dental en caso de que los pacientes presenten algún tipo de TCA. El diseño de la investigación fue bibliográfico ya que me concentré en buscar información en sitios web, artículos, revistas, etc. Con base a los resultados se obtuvo que las personas que padecen algún tipo de TCA sí llegan a presentar manifestaciones intraorales y extraorales. Es un trabajo de suma importancia para el odontólogo, ya que debe tener el conocimiento de cómo tratar a un paciente con TCA, saber identificar cuáles son las principales manifestaciones que llegan a presentar y cómo debe de manejarlo. Este tipo de padecimiento deberá tratarse por un equipo multidisciplinario especializado.

Palabras clave: Trastorno de conducta alimentaria, sialoadenitis, signo de Russell, xerosis.

INDICE:

Capítulo I

Introducción general.....	1
---------------------------	---

Capítulo II

Introducción.....	2
Material y métodos.....	3
Objetivos	4
Marco teórico	5 a 26
Resultados.....	27
Discusión.....	28
Conclusiones	29
Anexos.....	30 a 34
Bibliografía.....	35 a 36

Capítulo III

Antecedentes históricos.....	37 a 42
------------------------------	---------

Capítulo IV

Informe numérico narrativo.....	43 a 48
---------------------------------	---------

Capítulo V

Análisis de la información	49
----------------------------------	----

Capítulo VI

Conclusiones.....	50
-------------------	----

Capítulo VII

Fotografías	51 a 52
-------------------	---------

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN GENERAL:

El servicio social se realizó en la clínica estomatológica San Lorenzo Atemoaya turno vespertino de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Inició el 24 de agosto del 2020 y finalizó el 31 de julio del 2021. Para liberación del servicio se debe entregar un informe, el cual consta en una investigación acerca de algún tema de interés del pasante. Esta investigación se basa en las manifestaciones orales asociadas a trastornos de conducta alimentaria. Se menciona cada una de las características de los trastornos, se habla de epidemiología y cuáles son sus causas. Además, se aprecian imágenes y cuadros.

CAPITULO II

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) generan una excesiva preocupación por la figura corporal y el peso que comprometen todos los sistemas del cuerpo y es considerado uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo, con impacto en la familia y a la salud pública. Son capaces de provocar problemas de salud como enfermedades cardíacas, renales o incluso la muerte.

En México durante los últimos 20 años los casos aumentaron un 300% y cada año se registran 20 mil casos nuevos entre los jóvenes, este tipo de enfermedades es más predominante en las mujeres.

Entre los TCA se encuentran la anorexia y la bulimia.

La anorexia es un síndrome psiquiátrico multifactorial, que se manifiesta por la pérdida de peso voluntaria que condiciona una serie de alteraciones orgánicas. La bulimia se caracteriza por la ingestión episódica de grandes cantidades de alimentos de manera compulsiva, con un consecuente sentimiento de culpa y depresión, posteriormente se provocan el vómito ya sea con sus manos o con algún instrumento.

Este tipo de trastornos de conducta alimentaria a nivel bucal causan un gran daño, los odontólogos tienen a menudo la oportunidad de ser los primeros en detectar algún signo de alarma, por eso es importante tener el conocimiento de estos trastornos y de sus manifestaciones.

La boca es el reflejo de la salud y puede llegar a revelar síntomas o detectar enfermedades en alguna parte interna del organismo.

Estos pacientes pueden mostrar poco o nulo interés en su salud bucal debido al carácter psicológico.

Las lesiones bucales son producidas por el recurrente vómito inducido, por la desnutrición, deshidratación y por instrumentos utilizados para inducir el vómito, al presentarse esta conducta de manera periódica los tejidos dentales se verán afectados.

Las manifestaciones bucales se dividen en intraorales y extraorales; entre ellas encontramos erosión dental, enfermedad periodontal, bruxismo, caries, xerosis, queilitis angular, signo de Russell etc.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El presente trabajo es bibliográfico, se basa en la recopilación de información en diferentes fuentes cada una de ellas contaba con información médica y odontológica, esta investigación está enfocada en las manifestaciones orales ocasionadas por los trastornos de conducta alimentaria.

Tipo de investigación:

La investigación es descriptiva y explicativa ya que mencionamos la definición de trastornos, tipos, causas, consecuencias que llegan a tener estos pacientes a nivel dental.

Se explica y describe cada una de las manifestaciones orales, el cómo podemos identificarlas, las características de cada una y cuál pertenece a cada tipo de trastorno de conducta alimentaria.

Tipos de instrumentos:

Secundarios: Se recopilaron datos de distintos sitios web, artículos científicos, revistas, con respecto a los TCA, todos estos instrumentos fueron de forma virtual, se analizó cada información para poder obtener una síntesis sobre el entorno de los trastornos de conducta alimentaria enfocados en las manifestaciones orales.

OBJETIVOS:

General: Exponer las manifestaciones orales que se presentan en los pacientes con trastornos de conducta alimentaria.

Específico: Identificar cuáles son las manifestaciones orales que se presentan conforme al tipo de trastorno de conducta alimentaria.

MARCO TEÓRICO:

Los malos hábitos alimenticios como son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) son un grupo de psicopatologías graves que presentan complicaciones físicas y psicológicas en todos los sistemas que pueden llegar al suicidio, caracterizadas por graves disturbios en la ingesta como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz, excesiva preocupación por la figura corporal y el peso que comprometen todos los sistemas del cuerpo y es considerado uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo, con impacto en la familia y a la salud pública (1).

Nachón García divide a los TCA en 3: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e ingesta compulsiva de comida (2). Sin embargo, otras literaturas lo mencionan como trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE) (3).

Los trastornos de conducta alimentaria no son un estilo de vida, afectan la capacidad del cuerpo para obtener una nutrición adecuada; esto puede provocar problemas de salud como enfermedades cardíacas, renales o incluso la muerte (4).

Otra de las consecuencias es que afecta el funcionamiento cerebral, lo que perpetúa el trastorno mental (4).

El símbolo de la belleza ideal que gira en torno a la delgadez se ha convertido en una grave amenaza para la salud pública, dado que se conoce que un 6% de la población con trastornos de la conducta alimentaria ha fallecido. En el 2003, varios autores establecen que en las sociedades occidentales industrializadas los trastornos alimenticios se presentan con mayor prevalencia y se desarrollan en todas las clases sociales (5).

Un estudio de la mesa de diálogo para la prevención de TCA revela que el 60% de los pacientes que sufren estas dolencias recurren a internet en busca de contenidos poco saludables (6).

A nivel oral los odontólogos tienen a menudo la oportunidad de ser los primeros en detectar algún signo de alarma, por eso es importante tener el conocimiento de estos trastornos y de sus manifestaciones.

En 2004, la Academia Americana de Educación Dental (ADEA) reconoció la importancia del entrenamiento de los dentistas para la prevención secundaria de los TCA. El hecho de que un dentista no identifique precozmente estas alteraciones podría suponer el desarrollo de problemas sistémicos de mayor gravedad y lesiones irreversibles en la cavidad oral.

Se debe crear conciencia en el área dental de la importancia del diagnóstico de los trastornos bucales en la anorexia y bulimia nerviosa para ser incluido dentro de un interrogatorio de salud dental ideal, así como motivar futuras investigaciones sobre el tema (2).

Estudios recientes indican su aparición en todas las clases sociales, además de algunos grupos profesionales como modelos, bailarinas, atletas, gimnastas, etc. Estos pacientes presentan un buen rendimiento escolar, lo que suele ser ir ligado a actitudes de auto exigencia y perfeccionismo (5).

Etiopatogenia:

Intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, lo que se considera que son trastornos multifactoriales (5).

La influencia sociocultural se considera actualmente como una de las principales causas del aumento de la incidencia de los trastornos en el comportamiento alimenticio (7).

Se menciona que los TCA son más frecuentes en sociedades industrializadas donde la comida abunda y en las cuales la delgadez se correlaciona con la capacidad de atraer.

Analizando la distribución e influencia de los TCA según el nivel socioeconómico, Gill- Romo Sara expresa que hasta hace poco tiempo se pensaba que los TCA se presentaban solo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo, en los países industrializados. Sin embargo, estos trastornos se presentan cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos.

Otro estudio ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto (7).

Epidemiología

En México durante los últimos 20 años los casos aumentaron un 300% y cada año se registran 20 mil casos nuevos entre los jóvenes con una prevalencia en la adolescencia de 46 % y al comienzo de la juventud de 52%. Este tipo de trastornos son más predominantes en las mujeres (1).

Según Peláez la bulimia es más común que la anorexia y 2 de cada 10 adolescentes la padecen, el 33% de los pacientes con bulimia abusan del alcohol o estimulantes, más del 50% de los pacientes presentan trastornos de la personalidad.

El confinamiento a causa de la pandemia se ha traducido en una alta detección de casos de anorexia y bulimia, también influye la falta de recursos para la atención de las personas afectadas y sus familiares; en España una de cada 20 mujeres entre 12 y 21 años sufre un trastorno de la conducta alimentaria (4).

El número de casos que se diagnostica y se trata es cada vez mayor, y si sumamos a esto el hecho que el diagnostico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad (8).

➤ Anorexia

Se define como un síndrome psiquiátrico multifactorial, que se manifiesta por la pérdida de peso voluntaria que condiciona una serie de alteraciones orgánicas. La causa inmediata es el intenso miedo a ganar peso a pesar de encontrarse en un peso normal, lo cual es el resultado de una alteración de su imagen corporal. Su incidencia es superior en el sexo femenino (9).

Intervienen factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales, nutricionales, neuroquímicos y hormonales, que actúan como predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la alteración (1).

Existe un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria. Con esto se altera la piel, digestión y el sueño. El estado anímico se vuelve depresivo. Hay aislamiento social y, finalmente, uno de los síntomas indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la amenorrea (ausencia de menstruación) (2).

Inicia con la eliminación de los carbohidratos, existe un rechazo a las grasas, proteínas e incluso a los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema, a estas medidas drásticas se les suma otras conductas asociadas con la utilización de diuréticos, laxantes, vómito provocado o exceso de ejercicio (4).

Factores que aumentan el riesgo de sufrir anorexia:

Genética: Aquellos pacientes que tiene un familiar de primer grado que haya padecido el trastorno presentan un mayor riesgo de tenerla.

Dieta: Realizarla de forma extrema se corre con el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria. El hambre afecta el cerebro e influye en los cambios de estado de ánimo, la rigidez en el pensamiento y ansiedad.

Transiciones: El cambiar de escuela, casa o trabajo, terminar una relación o la muerte de un ser querido, pueden causar un estrés emocional y aumentar el riesgo de anorexia (4).

Dentro de los pacientes anoréxicos, aproximadamente la mitad de ellos, en su evolución, van a desarrollar conductas bulímicas (5).

Es más frecuente en la adolescencia o en la juventud, aunque en algunos casos aparecen después de los 40 años o en la infancia (5).

Es considerada como tal una enfermedad del mundo industrializado por sus constantes movimientos y cambios de estereotipos de belleza (6).

Los pacientes que presentan este tipo de trastorno se describen como ansiosos, depresivos, perfeccionistas y con baja autoestima.

Síntomas físicos:

Fatiga, insomnio, mareos o desmayos, pigmentación azulada en los dedos de la mano, cabello fino o quebradizo, estreñimiento, dolor abdominal, ictericia, intolerancia al frío, ritmo cardíaco irregular, presión arterial baja y deshidratación (4).

Tipos:

- Restictivo: la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso. No recurren a atracones ni purgas.
- Compulsivo purgativo: Regularmente recurren a atracones o purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (9).

Complicaciones:

Metabólicas: Distermia, hipercolesterolemia, hipercarotinemia.

Cardiovasculares: Bradicardia, hipotensión disminución del tamaño cardíaco.

Gastrointestinales: Gastroparesia, estreñimiento, distensión abdominal.

Endocrinológicas: Hipogonadismo hipogonadotrófico, aumento del cortisol, disminución del T3.

Óseas: Osteopenia, retraso en maduración ósea.

Dermatológicas: Piel seca, lanugo.

Hematológicas: Pancitopenia, hipoplasia de la médula ósea.

Cognitivas y del comportamiento: Depresión, dificultad de concentración y obsesión por la comida (5).

➤ **Bulimia**

Significa "Hambre de buey" y es un trastorno alimenticio que se caracteriza por la ingestión episódica de grandes cantidades de alimentos de manera compulsiva, con un consecuente sentimiento de culpa y depresión por no poder controlar la conducta, posteriormente se provocan el vómito utilizando instrumentos, diuréticos o laxantes (9 y 10).

Un diagnóstico se da cuando el paciente recurre a los atracones y purgas de manera regular, al menos siendo dos veces por semana, durante un par de meses (4).

Físicamente los pacientes que padecen bulimia pueden estar en un peso normal o de lo contrario pueden estar excedidos (as) de peso (4).

Entre los pacientes con este tipo de trastorno predominan los problemas de control de impulso (5).

Se trata de una enfermedad de difícil detección, ya que, al no existir malnutrición, presentándose incluso en ocasiones sobrepeso, no se pueden observar "signos de gravedad nutricional" (9).

Si un paciente con este tipo de trastorno acude a consulta dental el examen clínico puede arrojar generalmente erosiones, abrasiones, opacidades a nivel del esmalte dental en determinadas zonas. La manifestación bucal más resaltante es la AMILOLISIS (desmineralización), que es la pérdida del esmalte y la dentina en la superficie de los dientes, resultante de la acción química y mecánica. Esta manifestación mayormente es observada en casos muy severos (10).

El reflujo del vómito puede ocasionar alteraciones en la cavidad bucal, como descalcificaciones de los dientes, caries, ulceraciones de las mucosas, inflamaciones etc. Los síntomas asociados a los vómitos son: la presencia de fiebre, pérdida de peso, ictericia, dolor torácico y muchos otros factores que influirán en la apariencia física de un paciente con vómitos (10).

Etiología

Es una suma de influencias biológicas, psicológicas y sociales; bajo el punto de vista biológico hay una alteración del funcionamiento del hipotálamo, ausencia de la hormona Colecistoquinina (cck) que maneja el mecanismo de la saciedad en el cerebro; a nivel psiquiátrico como una respuesta a relaciones interpersonales inadecuadas o destructivas, depresión, estrés, etc.; y a nivel social por la búsqueda de la delgadez como patrón de belleza, miedo a engordar, excesiva promoción de dietas mágicas, productos y equipos para adelgazar, la exhibición de cuerpos ultradelgados en los medios de comunicación. Es una enfermedad multifactorial la cual dependiendo del caso puede presentar una, varias o todas las características antes señaladas.

Afecta a un grupo socioeconómico amplio, la proporción de sexos es de aproximadamente 10 mujeres y un 1 hombre (8).

Tipos:

- Purgativo. Durante la bulimia, el paciente se provoca el vómito, usa laxantes, enemas o diuréticos en exceso provocado por la culpa.
- No purgativo. Las conductas compensatorias son ayuno o ejercicio (2).

Varios estudios han demostrado que las personas con bulimia presentan una disminución en la función de la serotonina, neurotransmisor responsable de informar al cerebro de la sensación de saciedad después de comer (4).

Características físicas:

Obsesión por su imagen corporal, conductas compulsivas y en alerta, inestabilidad emocional e impulsividad, desorden en los horarios de comida, debilidad física, deshidratación, posibles hemorragias intestinales, erosión dental, se puede sufrir otras adicciones como fumar o mascar chicle en exceso.

Complicaciones:

Metabólicas: Alcalosis metabólica hipoclorémica.

Cardiovasculares: Prolapso mitral, alteraciones en el electrocardiograma.

Renales: Alteraciones hidroelectrolíticas, fracaso renal agudo, nefropatía hipopotasémica.

Dermatológicas: Callosidades en nudillos (Signo de Russell).

Tracto digestivo: Esofagitis, regurgitaciones, rotura esofágica, dilatación/perforación gástrica, pancreatitis, estreñimiento (5).

➤ Trastorno de conducta alimentaria no especificado

Suelen ser cuadros de AN O BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares, pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. Dentro de este grupo de trastornos, se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos y recurrentes de ingesta, pero sin conductas compensatorias.

Existen ciertos criterios para poder identificar este tipo de trastorno:

- Mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia, pero con menstruaciones regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen los criterios diagnósticos de la bulimia, pero con menor frecuencia.
- Empleo irregular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir 2 galletas) (3).

Victoria Tabares menciona cuales son los tipos de TCANE:

- Trastorno por atracones, se caracteriza por la ingesta repetida de cantidades inusuales de comida (atracción) acompañada de una sensación de pérdida de control. Se presenta en pacientes con obesidad o sobrepeso (11).
- Megarexia, es el lado opuesto a la anorexia, es decir personas con obesidad se ven en el espejo delgadas y sanas (12).
- Vigorexia, preocupación excesiva por el físico, en otras palabras, es la obsesión de ganar masa muscular (12).
- Permarestia, es cuando persona se alimenta continuamente o de manera permanente a base de dietas (12).
- Diabulimia, aparece en personas con diabetes mellitus, se caracteriza por un mal manejo de insulina y una mala alimentación con el objetivo de bajar de peso (12).
- Hiperfagia, se caracteriza por consumir grandes cantidades de alimentos, luego de alimentarse correctamente (12).
- Pica, ingestión de alimentos no comestibles (12).
- Ortorexia, se caracteriza por la obsesión patológica de la comida biológicamente pura, lo que lleva a importantes restricciones alimentarias, llevan dietas estrictas, pueden ser vegetarianos, frugívoros, crudívoros (13).

➤ Relación odontólogo-paciente

En el caso de un paciente bulímico, puede pasar desapercibido en cuanto a su aspecto físico, ya que no presenta ninguna característica que a simple vista lo identifique como tal; sin embargo, el operador debe estar alerta de rasgos de su comportamiento y personalidad como son: estados de depresión, timidez, desgano, estrés, baja autoestima, excesiva preocupación por hacer dietas, por hacer ejercicios físicos o simplemente miedo a engordar (10).

En la historia clínica se debe tener mucho cuidado en el apartado de peso corporal ya que a través de este se puede diagnosticar algún desorden alimenticio.

➤ Manifestaciones en la cavidad oral

El carácter odontológico tiene una gran relevancia en este tema no porque sus manifestaciones sean graves o pongan en peligro la vida del paciente, si no por ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser reconocidas inmediatamente y ser tratadas lo más pronto posible (1).

Las lesiones bucales son producidas por el recurrente vómito inducido, por la desnutrición, deshidratación y por instrumentos utilizados para inducir el vómito, al

presentarse esta conducta de manera periódica los tejidos dentales se verán afectados (1).

La salud bucal es esencial para el bienestar en general de los seres humanos, se ha demostrado una estrecha relación entre las enfermedades sistémicas y la salud bucodental a lo largo de los años, la boca es el reflejo de la salud y puede llegar a revelar síntomas o detectar enfermedades en alguna parte interna del organismo.

El término bucal se refiere a la boca, que incluye los dientes, encías, paladar, lengua, labios, glándulas salivales, músculos, no es solamente el tener dientes brillantes y saludables a simple vista; en detalle un examen bucal minucioso puede detectar señales de deficiencias nutricionales, así como enfermedades sistémicas, infecciones, desordenes del sistema inmunológico, lesiones y algunas enfermedades graves (4).

Los trastornos de conducta alimentaria desencadenan un número elevado de manifestaciones en el paciente.

Tanto la anorexia como la bulimia de tipo purgativo, su semiología es el vómito. Debido a ello, los pacientes presentaran diversos grados de lesiones dentales (3).

Debido al carácter psicológico de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su salud bucal.

Las manifestaciones orales a causa de los TCA representan un gran reto para el profesional de odontología (4).

Las manifestaciones bucales se dividen en intraorales y extraorales; entre ellas encontramos erosión dental, enfermedad periodontal, bruxismo, caries, xerosis, queilitis angular, signo de Russell (2,4,9).

➤ Manifestaciones intraorales

Erosión dental:

Es la manifestación más común de los trastornos de conducta alimentaria (9).

Remueve el tejido dental a través de un proceso químico o mecánico, en los pacientes con anorexia y bulimia, las piezas dentarias mayormente afectadas son las caras palatinas y vestibulares que son las expuestas a la regurgitación o al reflujo de fluidos del estómago como es el vómito, asumen la forma de una cuchara. El ácido es el factor iniciador de la erosión y el cepillado que realizan los pacientes tras el vómito para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca (1). El cuadro odontológico es conocido como “perimolisis” y puede llevar a pérdidas severas de esmalte y dentina (9).

Los jugos gástricos del paciente son los encargados de debilitar la superficie del esmalte, la cantidad y la frecuencia con la que el paciente realice la auto inducción del vómito reflejara la gravedad del daño dental (6).

Clínicamente, puede aparecer como un defecto adamantino brillante y liso, que si no se trata puede avanzar a la dentina y producir defectos graves que cambian la forma y función de la dentición (9).

Origina un estrechamiento de los bordes incisales de los incisivos, mordida abierta anterior, pérdida de dimensión vertical y aumento de la sensibilidad dental.

No es detectada hasta que el comportamiento del vomitar haya ocurrido durante al menos 2 años, aunque hay estudios que muestran a la erosión dental después de un periodo de 6 meses. No todos los pacientes llegan a presentarla, esto depende del tiempo de la enfermedad y la frecuencia de los episodios de vómito.

En esta clase de pacientes juega un importante papel para el desarrollo de caries dental. Según un estudio realizado por Berner en el año 2004, los pacientes con trastornos de conducta alimentaria presentan un mayor índice de ácidos microbianos y una mayor cantidad de microbios cariogénicos residiendo en la cavidad bucal.

Esta acción de desmineralización acompañado de la abundante cantidad de microbios cariogénicos hace al paciente con TCA mucho más vulnerable ante la acción de caries (6).

Es el principal hallazgo asociado con bulimia (9).

En el caso de anorexia restrictiva las lesiones predominan en la cara vestibular de los dientes. Las más severas exponen hasta dentina generando sensibilidad en el paciente, cuando afecta a los sectores posteriores puede ocasionar una disminución de la dimensión vertical (14).

Existen tres tipos:

- Extrínseca
- Intrínseca
- Idiopática

La erosión extrínseca es provocada por alimentos, bebidas y otras fuentes externas de ácidos. La intrínseca está relacionada con la regurgitación o el reflujo de fluidos del estómago, cuyo ejemplo clásico es la encontrada en la cavidad bucal de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo. Cuando las causas no se determinan con claridad recibe el nombre de erosión idiopática (2).

Por otro lado, deben ser mencionados aquellos fenómenos que pudieran favorecer el proceso de desgaste en los pacientes con TCA; por ejemplo: la atracción que es la pérdida de tejido dentario producido por el rozamiento entre dos dientes, la

abrasión que sucede como consecuencia de la fricción entre el diente, se produce a nivel cervical por el acumulo de diferentes sustancias químicas que junto a una mala técnica de cepillado generan esta lesión, y existe otro proceso llamado abfracción que consiste en la pérdida de tejido dentario en la zona del cuello como resultado de las cargas mecánicas cíclicas de repetición. Si alguno de estos procesos ocurre junto con la erosión puede causar un gran desgaste dentario (15).

También existen tipos de grado:

Grado 0: no presenta erosión.

Grado 1: pérdida de esmalte sin exposición de la dentina.

Grado 2: pérdida de esmalte con exposición de la dentina en menos de un tercio de la superficie dentaria.

Grado 3: pérdida de esmalte con exposición de la dentina en más de un tercio de la superficie dentaria (16).

Se halló un estudio observacional descriptivo de una serie de casos en un grupo de 15 mujeres en Bogotá en el año 2007, en donde el 93.3% presentaron bulimia y el 8.7% presentaron anorexia de tipo purgativo. La finalidad de este estudio fue evaluar el grado de la erosión dental y en qué tipo de TCA se presentaba más (9).



IMAGEN 1. Erosión dental en cara palatina de dientes superiores.

Caries dental:

Es provocada por una alimentación alta en carbohidratos asociada a una deficiente higiene bucal. Se presentan cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *streptococos mutans* y *lactobacilos* por la disminución de pH intraoral frecuente después del vómito inducido volviendo a la flora bacteriana más ácida (1). Contribuye también a la enfermedad el aumento de placa dentobacteriana debido a la xerostomía ocasionada por la pérdida de líquidos del vómito o de la medicación depresora del sistema nervioso central (17).

El uso de medicamentos prescritos a los pacientes anoréxicos o bulímicos, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, entre otras, contribuyen a la presencia de dicho padecimiento (2).

Si los dientes presentan erosiones, donde el esmalte y dentina quedan expuestos, las probabilidades aumentan notoriamente (14)



IMAGEN 2. Caries dental en la cara oclusal del segundo molar.

Xerostomía:

Es un efecto común en pacientes con anorexia y bulimia 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 (9).

Puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales debido a enfermedad, infección, o un efecto colateral de tratamiento médico. Es evidente en la exploración física como saliva viscosa (2).

Una prolongada reducción en la cantidad o fluido de saliva puede tener consecuencias serias, entre ellas caries dental severa e infecciones orales (1).

La saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival (2).

Los hallazgos clínicos más comunes son adelgazamiento y pérdida de brillo de la mucosa, acompañado de palidez (18).

Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales (2).

Touyz y colaboradores refieren que, aunque la saliva se hace más ácida en pacientes con desórdenes alimenticios, no existe disminución en el flujo de esta. Por otra parte, autores como Dowson y Milosevic, no encontraron diferencias relevantes entre los valores del pH salival en pacientes con bulimia, comparado con sus controles. Aunque Touyz y colaboradores argumentan que si existe disminución en las concentraciones de bicarbonato, así como aumento de su viscosidad (18).



IMAGEN 3. Xerostomía en el dorso de la lengua

Lesiones en mucosas y lengua:

En el caso de los pacientes con TCA, donde los vómitos auto inducidos son comunes, pueden observarse varios cambios a nivel de la lengua como resultado del ácido del vómito o la regurgitación, generando una depilación de la lengua que posteriormente se traduce en inflamación de la misma, esto se conoce como glositis y puede reflejar la deficiencia de nutrientes y vitaminas dentro de las cuales se encuentra la riboflavina, niacina, vitamina B6, B12 y E, además de ácido fólico, hierro y zinc, por mencionar algunos. A la pérdida parcial o completa de las papilas predominantemente filiformes y fungiformes, en la superficie dorsal de la lengua se le denomina glositis atrófica, la cual representa una manifestación común en personas que padecen TCA. Una alta proporción de pacientes con glositis atrófica manifiesta que además de dolor, pueden experimentar sensación de ardor, entumecimiento de la lengua y disgeusia, del mismo modo, presentan una lengua con aspecto brillante, roja y lisa (18).

También es muy frecuente observar en estos pacientes casos de lengua dentada (presión de la lengua sobre la superficie de los dientes) debido al estrés que padecen y de lengua saburral asociado a candidiasis (19).



IMAGEN 4. Glositis atrófica en el dorso de la lengua.

Candidiasis:

Es una patología debida a la acción de los hongos del género *Cándida albicans* que se aísla en la cavidad oral del 30 al 60% de la población normal. Su desarrollo está condicionado por una serie de factores predisponentes, entre lo que cabe destaca, el déficit nutricional y vitamínico de los pacientes con TCA; la xerostomía y el uso de fármacos que producen sequedad bucal. Pueden aparecer tanto formas agudas como crónicas (19).

La deficiencia de nutrientes debilita al sistema inmunológico y es más fácil que aparezcan problemas como la candidiasis o las alergias alimenticias (20).

Su presencia puede producir hipoglucemia (20).

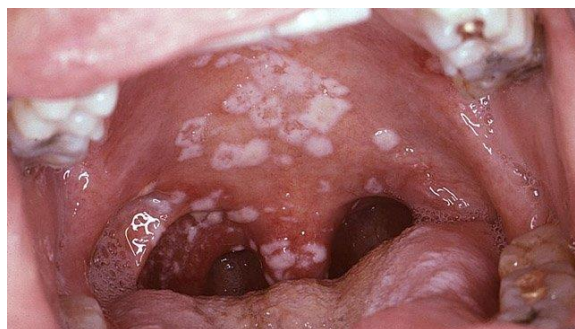


IMAGEN 5. Candidiasis en paladar y orofaringue.

Enfermedad periodontal:

Es ocasionada por la deshidratación de los tejidos bucales, por las deficiencias en la producción de saliva, por deficiencias nutricionales como la de vitamina C que causa defectos en la síntesis de colágeno, la cual puede asociarse con inflamación gingival generalizada, sangrado gingival espontáneo, ulceraciones, movilidad dental y aumento de la severidad de la infección periodontal, así como los problemas hormonales, metabólicos y la deficiente higiene bucal. La gingivitis es la más frecuente (1).

Comienza por un proceso de gingivitis que al no tratarse correctamente provoca un estadio llamado periodontitis, en donde las encías y hueso de soporte se pueden llegar a dañar seriamente provocando la pérdida de piezas dentales. La progresión de la enfermedad periodontal es lenta tiene periodos de exacerbación y remisión, pero puede llegar a fases irreversibles (6).

En pacientes vomitadores frecuentes, las papilas interdientarias se encuentran frecuentemente hipertróficas como resultado de la constante irritación del vómito ácido y también como resultado de la xerostomía y deficiencia nutricional (9).

Los pacientes con trastornos alimenticios pueden tener higiene oral deficiente lo que puede conducir a la inflamación gingival y potencialmente predisponer a la periodontitis.

Es importante buscar que el paciente con TCA conozca acerca de la enfermedad periodontal y que puede detener el avance de este si llega a sufrirla. Por eso es necesario visitar al odontólogo dos veces al año de forma rutinaria dado que en ocasiones la enfermedad periodontal se manifiesta sin dolor y solo puede ser detectada clínicamente (6).

Brady, Robert y Li, estudiaron los índices de placa en los pacientes con trastornos de conducta alimentaria y encontraron que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos. La salud gingival, medida por el índice gingival, fue mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no es representativa, contrario a los resultados de Touyz y colaboradores, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis (2).



IMAGEN 6. Enfermedad periodontal.

Bruxismo:

Es considerado un hábito, en donde se aprietan los dientes, contrayendo los músculos de forma involuntaria, en la mayoría de los casos durante el sueño, aunque también se realiza durante el día. En varios casos este movimiento se realiza de forma inconsciente generando un desgaste en los órganos dentarios, su principal causante se acentúa en el ámbito psicológico, aunque las repercusiones generales se entienden al plano odontológico (4).

Es ocasionado por factores psicológicos presentes en estos trastornos donde la pérdida de estructura dental provoca una disminución de la dimensión vertical. Los pacientes que viven con este tipo de trastornos tienen periodos de estrés constante lo que conlleva a que rechinen los dientes durante el día o generalmente en la noche (1).

Síntomas:

Sensación de carga y tensión muscular, dolor de oído, dolor de cabeza, sensibilidad muscular por las mañanas, sensibilidad dental al ingerir alimentos fríos, calientes o dulces, insomnio e inflamación de la articulación de la mandíbula (4).



IMAGEN 7. Bruxismo en dientes anteriores y posteriores.

Disfunciones del ATM:

Se ha observado en los pacientes con TCA una mayor presencia de signos indicativos de patología en la articulación temporomandibular que en la población en general. Entre estos signos y síntomas se encuentran el dolor de cabeza y cara, sensación de fatiga en el maxilar y la mandíbula, mareos, alteraciones del sueño o fuertes impulsos en la lengua. Presentan dolor al realizar palpación en los músculos de la masticación, así como dolor músculo-ligamentoso, este último es más frecuente en pacientes con anorexia nerviosa (15).

Aquellos pacientes que realizan la inducción del vómito o atracones en repetidas ocasiones, se ha observado síntomas miofasciales en los músculos y tendones masticatorios, como consecuencia de la sobre apertura de la boca (4). Los constantes movimientos que se realizan para inducir el vómito conllevan a posibles fracturas de los cóndilos e hipertrofias de los músculos (6).

La ausencia de diferentes nutrientes en el organismo puede provocar inflamación de las articulaciones y fibromialgias (1).

La pérdida de estructura dental genera una disminución de la dimensión vertical, pudiendo ocasionar problemas de dolor orofacial (14).

Un estudio evaluó la prevalencia y los síntomas del ATM entre mujeres jóvenes con TCA crónicos y un grupo de mujeres sanas. Los resultados demostraron que la sensibilidad a la palpación muscular fue más a menudo observado por las mujeres con TCA en comparación con el grupo control (19).

Johansson realizó un estudio de casos y controles, realizaron un amplio cuestionario y un examen clínico de ATM. Las pacientes con TCA indicaron síntomas como dolor de cabeza, cansancio mandibular o rechinar de dientes (19).

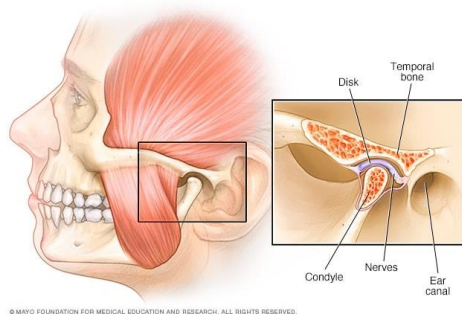


IMAGEN 8. Articulación temporomandibular.

Mordida abierta:

Una de las alteraciones ortodónticas más comunes en pacientes con TCA es la mordida abierta anterior, la cual ocurre cuando los dientes anteriores no contactan con sus antagonistas al encontrarse en oclusión. Este es un signo frecuente especialmente en los casos de pacientes con Bulimia, debido a la interferencia mecánica constante producida entre los dientes superiores y los objetos que utilizan para auto inducir el vómito, los cuales pueden variar desde los dedos hasta cepillos de dientes, peinetas entre otros, de manera que el contacto mecánico repetitivo entre el objeto y la superficie dental logra movilizar los dientes a una nueva posición (18).



IMAGEN 9. Mordida abierta en sector anterior.

➤ Manifestaciones extraorales

Son las principales manifestaciones que se observan al examen clínico por parte del odontólogo, estas generalmente están asociadas a anomalías presentes en piel u otras partes del cuerpo que no impliquen la cavidad oral. Para el odontólogo estas manifestaciones son de gran ayuda para tener un diagnóstico más certero en los pacientes con TCA (6).

No tiene un tiempo definido dado que estos pacientes están expuestos todo el tiempo a sufrir de recaídas y de periodos de mejoría.

A pesar de que la Anorexia y Bulimia son patologías con diferentes diagnósticos clínicos, a nivel de manifestaciones orales presentan ciertas similitudes.

Sialoadenitis:

Definida como infección o inflamación dolorosa de una o de las seis glándulas salivales mayores se produce como resultado de invasión viral o bacteriana estimulada por la deshidratación ocasionada por condición crónica de vomitar, se presenta como tumefacción crónica o aguda. (2). En este caso el flujo salival se reduce y la saliva se vuelve más espesa y viscosa (1). La glándula parótida es la afectada con mayor frecuencia y la hipertrofia parotídea puede observarse entre 2

a 6 días después de un episodio de ingesta compulsiva y purgas, puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia han sido revertidas o puede desaparecer espontáneamente, se observa deformidad facial bilateral o unilateral complicando el estado psicológico del paciente. Se ha encontrado que existe asociación entre malnutrición y el crecimiento de las glándulas salivales.

Ocasionalmente la sialoadenitis de parótidas y submaxilar puede ser notable en pacientes con bulimia; a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión (2).

Según algunos artículos, la prevalencia de la sialoadenitis es del 10 al 50% (6).

Otra investigación menciona que no tiene origen neoplásico, de crecimiento lento, indoloro y persistente en el tiempo. Según este, el 10-15% de los pacientes con TCA con hábitos de purga presentaran tumefacción parotídea. La glándula submaxilar no suele estar implicada em estos pacientes (19).



IMAGEN 10. Sialoadenitis en glándula parótida.

Xerosis:

La mucosa puede presentar ulceración e infección, eritema y dolor, queilitis y fisuras labiales como consecuencia de irritación crónica por la toxicidad del contenido gástrico producto del vómito inducido (1).

Es conocida por la resequedad anormal de la piel de todo el cuerpo y las membranas de las mucosas. Como signos se encontrarán una piel de coloración mate, sin brillo, que al tacto es áspera y tensa que tendrá tendencia a pelarse o escamarse.

Esta piel viene siendo demasiado fina, con una elasticidad muy mala, muy transparente y con una mala hidratación. La piel tiende a ser muy sensible y a mantener irritada y de color rojizo todo el tiempo.

Afecta principalmente más a los pacientes con anorexia que a los que padecen bulimia debido a su importante restricción alimenticia (6).

Cursa un desprendimiento, el paciente refiere dolor. Está relacionada con la disminución del flujo salival y con déficits vitamínicos (19).



IMAGEN 11. Xerosis labial.

Acrocianosis:

Es conocida por ser un desorden que se da a nivel de la circulación periférica y esta manifestada como una coloración eritrocianótica de las manos y pies (6).

Científicamente no se ha podido establecer el porqué de la presencia de esta manifestación en los pacientes con trastornos de conducta alimentaria, se cree que esta dado como una reacción del cuerpo para tratar de mantener el calor corporal.



IMAGEN 12. Acrocianosis en palma de las manos.

Queilitis:

Se presenta por la deficiencia de nutrientes y vitaminas básicas. Los pacientes que presentan queilitis angular tienden a tener fisuras o grietas en la parte de la piel que se coloca a nivel del ángulo de la boca. Estas grietas o fisuras suelen tener una coloración roja brillante pero que también pueden llegar a tornarse amarillentas debido a las infecciones secundarias. Estas grietas o fisuras son muy dolorosas (6).

En un estudio realizado por Hediger y sus colaboradores en el año 2000, se determinó que el 24% de los pacientes que sufren anorexia presentan a su vez queilitis.

Es un signo frecuente en el examen clínico, pueden también contaminarse con microorganismos que agravan el problema (4).

Puede ser producida por los siguientes factores:

Generales: trastornos nutricionales, alteraciones endocrinas, anemias, carencias vitamínicas, defectos de inmunidad, tratamientos citotóxicos o inmunosupresores.

Locales: disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y desdentados totales o parciales, irritantes, hipersensibilidad, hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica (4).

Tipos:

- Angular: Es una inflamación de la zona de las comisuras o los extremos de los labios, se pueden producir laceraciones o grietas en esta zona de la boca, por falta de higiene, acumulación de saliva en las comisuras, una sequedad excesiva. Se relaciona con una infección micótica (hongos) producida por la *Candida albicans* (candidiasis) y otro factor bacteriano llamado *Staphylococcus aureus*; guarda estrecha relación con deficiencias nutricionales como la vitamina B12, la anemia por déficit de hierro y zinc, que puede ser evidencia de una mala alimentación, es allí que se enfoca el objeto principal de estudio de los TCA.
- Alérgica: Conocida como queilitis de contacto, siendo una inflamación que se produce como reacción alérgica a algún agente de contacto como pintura de labios, maquillaje u otros; de causa química se le considera así porque el cuerpo reacciona ante un elemento externo.
- Actínica: Se produce por una exposición continua a los rayos del sol, afecta en especial al labio inferior, puede ser muy peligrosa, ya que en casos extremos podría ocasionarse una afección de tipo cancerígena si la exposición al sol es seguida y no se trata con protección solar.
- Descamativa o exfoliativa: Se produce una descamación de los labios que afecta en especial al labio inferior es muy visible, ya que se desprenden partes importantes de la piel; afecta en lo principal a personas jóvenes,

menores de 30 años, en su mayoría son mujeres. Su causa es bacteriana, algún trastorno hormonal y también por carencias alimentarias.

- Granulomatosa: Caracterizada por una inflamación o tumefacción recurrente, es una hinchazón aguda y simétrica del labio superior, puede acompañarse de eritema, escamas y erosiones, es la menos frecuente; como lesión única o como parte de una enfermedad a nivel sistémico (4).

La saliva contiene moléculas que ayudan a la digestión de alimentos, por lo que es capaz de debilitar la piel de las comisuras.

Los estados en los que las defensas del cuerpo disminuyen hacen que se desarrollen fácilmente infecciones por hongos y bacterias como son los famosos trastornos de conducta alimentaria y otras enfermedades que comprometen las defensas (4).



IMAGEN 13. Queilitis angular.

Signo de Russell:

Es un signo de los trastornos de conducta alimentaria muy importante de reconocer, ya que es patognomónico de múltiples vómitos autoinducidos, y es el resultado del constante trauma que sufre la piel (4).

Es una característica de las manos en especial la mano dominante del individuo. Se observan cicatrices, abrasiones, laceraciones elongadas y en la cara dorsal se puede apreciar callosidades (6)

Se presenta más en pacientes con bulimia y anorexia purgativa (4).

Hediger y colaboradores determinaron que el 67% de los pacientes con anorexia y bulimia presentan este signo al realizar examen clínico (6).



IMAGEN 14. Signo de Russell en nudillos de la mano.

➤ Tratamiento y manejo dental

Durante mucho tiempo, el tratamiento restaurativo ha sido prioritario en el manejo de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo compulsivo, quedando relegadas las técnicas preventivas. Esto se debe a que en ocasiones el dentista no está enterado del desorden alimenticio. Se debe de educar sobre la aplicación de flúor, el uso de técnicas de cepillado, antiácidos, goma de mascar de xilitol y el posible uso de guardas bucales puede minimizar el efecto de los ácidos.

Es recomendable el manejo estabilizador del dolor y del ambiente bucal.

En pacientes en donde el cuadro sintomático de la anorexia y la bulimia se encuentra activo, incluyen preventivos como son: revisiones continuas y protección del esmalte de fluoruro. Si el paciente vomita, se recomienda el empleo diario de soluciones neutras en forma de enjuague de fluoruro de sodio (0.5%), aplicaciones directas en gel de fluoruro de estaño (0.4%), así como el contenido de este en pasta dental de uso diario que, además de proteger al esmalte ante la dilución acida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de la caries. Se ha reportado una reducción hasta de 30% en la erosión después de la aplicación tópica de flúor de sodio. Se debe de evitar el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.

Una vez controlado el paciente, el tratamiento restaurativo será rutinario como en cualquier paciente odontológico. Se valorará el estado de erosión y el material restaurativo más adecuado. Según sea el caso, el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de esta (2).

RESULTADOS:

Con base a esta investigación se logró conocer e identificar cuáles son las manifestaciones orales que se pueden presentar en los pacientes con trastornos de conducta alimentaria. En cada artículo que se revisó mencionaban que, en el área odontológica, el tema no se conocía a profundidad, por eso, es importante dar a conocer esta información. Conforme a este reporte de investigación podemos decir que fue exitoso, ya que se logró cumplir con los objetivos.

DISCUSIÓN:

Atencia Pinzón, en el año 2018, menciona que la frecuencia con la que se induce el vómito reflejara la gravedad del daño dental, el cual se detecta de 6 meses a 2 años, mientras que Palacios Delgado, en el año 2020, cita que las lesiones pueden ser severas ya que se exponen hasta la dentina y esto genera sensibilidad.

Guerrero, en el año 2019, describe, que se presentan cambios en la flora bacteriana y por ende aumenta la presencia de caries dental, mientras que Nachón García en el año 2003, explica que el uso de medicamentos que utilizan los pacientes con TCA contribuyen a dicho padecimiento.

Jaimes Gómez, en el año 2020, narra que las lesiones en mucosas son el resultado del vómito generando una glositis, mientras que Garrido Martínez, en el año 2017, identifica que los pacientes presentan lengua dentada y saburral.

Veras Vargas, en el año 2021, relaciona que el signo de Russell es el resultado constante del trauma que sufre la piel debido a varios vómitos inducidos, mientras que Atencia, en el año 2018, expone que se observan cicatrices, abrasiones, laceraciones y callosidades.

CONCLUSIONES:

Tras el análisis de esta investigación concluimos que los trastornos de conducta alimentaria conocidos como TCA si causan manifestaciones en la cavidad bucal y pueden generar varios problemas. En muchas ocasiones el personal estomatológico desconoce las diferentes lesiones que se llegan a presentar, generando un problema en la salud de la persona que padece esta enfermedad.

Los trastornos de conducta alimentaria como son la anorexia y bulimia llegan a tener graves consecuencias si no son detectadas y tratadas a tiempo.

Es importante que el odontólogo cuente con el conocimiento necesario para poder identificar las diferentes manifestaciones que se puedan presentar en un paciente que padece un TCA.

Siendo profesionales de la salud debemos de ser muy observadores en todas las características que presente el paciente cuando acude a consulta, de esta manera se puede identificar si el paciente presenta alguna enfermedad.

ANEXOS:

¿En qué tipo de TCA se presentan las manifestaciones intraorales?

Erosión dental Bulimia	Caries dental Anorexia y Bulimia	Xerostomía Anorexia y Bulimia
Lengua y mucosa Anorexia y Bulimia	Enfermedad periodontal Bulimia	Candidiasis
Bruxismo Anorexia y Bulimia	ATM Anorexia y Bulimia	Mordida abierta Bulimia

CUADRO 1

¿En qué tipo de TCA se presentan las manifestaciones extraorales?



CUADRO 2

Cuadro basado en las características de cada manifestación con enfoque a varios autores.

Intraorales	Autores
Erosión dental	<ul style="list-style-type: none"> • Bautista Brenda: El cuadro odontológico es conocido como perimolisis y conlleva a severas pérdidas de estructuras dentales. • Atencia Pinzó y colaboradores: La frecuencia con la que se induzcan el vómito reflejara la gravedad del daño dental, el cual se detecta de 6 meses a 2 años. • Palacios Delgado: Las lesiones severas se exponen hasta dentina lo cual genera una sensibilidad dental, cuando afecta al sector posterior ocasiona disminución de la dimensión vertical.
Caries dental	<ul style="list-style-type: none"> • Guerrero Martha: Se presenta por cambios en la flora bacteriana y por la disminución del pH intraoral después del vomito. • Nachón García: El uso de medicamentos que utilizan este tipo de pacientes contribuyen a dicho padecimiento. • Palacios Delgado: Cuando los dientes presentan erosiones, las probabilidades aumentan.
Xerostomía	<ul style="list-style-type: none"> • Bautista Brenda: Se presenta en estos pacientes como consecuencia del exceso de diuréticos y laxantes ingeridos. • Nachón García: Se presenta como saliva viscosa. • Jaimes Gómez: La mucosa presenta adelgazamiento, palidez y perdida de brillo. • Touyz y colaboradores: La saliva se hace más acida en pacientes con TCA y que no existe disminución en el flujo de esta. • Dowson y Milosevic: No encontraron diferencias relevantes en los valores del pH salival.
Lesiones en mucosas y lengua.	<ul style="list-style-type: none"> • Jaimes Gómez: Como resultado del vómito o regurgitación se genera una glositis. • Garrido Martínez: Los pacientes presentan lengua dentada y saburral.
Candidiasis	<ul style="list-style-type: none"> • Garrido Martínez: Su desarrollo se debe al déficit nutricional y vitamínico que presentan estos pacientes, al igual que la xerostomía y el uso de fármacos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Perea Elena: La deficiencia de nutrientes debilita al sistema inmunológico.
Enfermedad periodontal	<ul style="list-style-type: none"> • Guerrero Martha: Se presenta por las deficiencias de la producción de saliva, nutricionales. • Atencia Pinzón: Comienza por un proceso de gingivitis. • Bautista Brenda: Los pacientes vomitadores presentan las papilas interdentes hipertróficas. • Brady, Robert y Li: Es más favorable en pacientes bulímicos.
Bruxismo	<ul style="list-style-type: none"> • Vera Vargas: Este movimiento se realiza de forma inconsciente generando un desgaste en los órganos dentarios. Presentan tensión muscular, dolor de oído, cabeza, insomnio, sensibilidad dental. • Guerrero Martha: Es ocasionado por factores psicológicos. Provoca una disminución de la dimensión vertical.
Disfunción del ATM	<ul style="list-style-type: none"> • Diaz Altuna: Presentan dolor al realizar palpación en los músculos de la masticación. Es más frecuentes en pacientes con anorexia restrictiva. • Atencia Pinzón: Cuando realizan constantes movimientos al inducir el vómito conlleva a fractura de los cóndilos. • Guerrero Brenda: La falta de nutrientes puede provocar inflamación de las articulaciones y fibromialgias. • Johansson: Presentan cansancio mandibular, dolor de cabeza y rechinar de dientes.
Mordida abierta	<ul style="list-style-type: none"> • Jaimes Gómez: Se presenta en pacientes con bulimia, debido a los objetos que utilizan para provocarse el vómito.

CUADRO 3

Extraorales	Autores
Sialoadenitis	<ul style="list-style-type: none"> • Nachón García: Se presenta en las glándulas parótidas y submaxilar, en pacientes con bulimia. • Garrido Martínez. Del 10 al 15% de los pacientes con TCA de purga presentan tumefacción parotídea.
Xerosis	<ul style="list-style-type: none"> • Atencia Pinzón: Afecta más a los pacientes con anorexia debido a su restricción alimentaria. • Garrido Martínez: Cursa un desprendimiento, el paciente refiere dolor. Se relaciona con la disminución del flujo salival y con déficits vitamínicos.
Acrocianosis	<ul style="list-style-type: none"> • Atencia Pinzón: Se cree que esta dado como una reacción del cuerpo para tratar de mantener el calor corporal.
Queilitis angular	<ul style="list-style-type: none"> • Atencia Pinzón: Presentan fisuras o grietas en la parte de la piel que se coloca a nivel del ángulo de la boca, también son muy dolorosas. • Vera Vargas: Es un signo al realizar el examen clínico, se puede contaminar con microorganismos que agravan el problema.
Signo de Russell	<ul style="list-style-type: none"> • Veras Vargas: Es el resultado del constante trauma que sufre la piel debido a varios vómitos inducidos. Se presenta en pacientes con bulimia y anorexia. • Atencia Pinzón: Se observan cicatrices, abrasiones, laceraciones y callosidades. • Hediger y colaboradores: determinaron que el 67% se presentan en pacientes bulímicos y anoréxicos.

CUADRO 4

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guerrero Martha Patricia. Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Revista Tamé*. 2019;8(23):951-955.
2. Nachón García Ma. Gabriela. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. *Revista médica de la universidad veracruzana*. 2003; (3):17-26.
3. Vargas Baldares María Jesús. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*. 2013; (607):475-481.
4. Vera Vargas Selena. Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia. *Guayaquil*. 2021; (2):7-30.
5. Madruga Acerete Diana, Leis Trabazo Rosaura, Lambruschini Ferri Nilo. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia nerviosa. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*. 2017:325-329.
6. Atencia Pinzón Julio Cesar, Galvis Contreras Ricardo Ulises, Ramos Chaparro Sebastián, Pinilla Ortega Laura. Conocimientos de los estudiantes de odontología de sexto a noveno semestre de la universidad santo tomas sobre los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones en cavidad oral. *Universidad Santo Tomas, Bucaramanga*. 2018; 17(1):11-17.
7. Borrego Karina Andrea. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la salud bucal de pacientes anoréxicos y bulímicos. *Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas*. 2017;(1): 18-21.
8. Correa Raposo, Pérez Jiménez Sara, Luque Florido Esther y Pilar Dolores. Manifestaciones orales de la bulimia nerviosa. *Revista Europea de Odontoestomatología*.2016; (3):2-3.
9. Bautista Brenda. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. *Revista venezolana investigadora odontológica*. 2015;3(1):75-90.
10. Alvarado Maso Alessandra, Cedillo Ayala Marisabel, Rivas Z. Gisell, Mora Teresa. Bulimia. *Acta odontológica. Venezuela*. 2001;39(2).
11. Attia Evelyn, Walsh Timoty. Trastorno por atracón. *Manual MSD*. **2020**.
12. Tabarez Victoria. Trastornos alimentarios, qué son, como tratarlos y prevenirlos. *Revista de salud del Casmu*.2016, (3):16-17.
13. García J. Adriana, Ramírez S. Israel, Ceballos R. Guillermo, Méndez B. Enrique. ¿Qué sabe usted acerca de ortorexia? *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*. 2014;45(2):1-3.
14. Palacios Delgado María Eugenia. Tratamiento odontológico del paciente con anorexia y bulimia. *Universidad Sevilla*. 2020, (1):9-12.
15. Diez Altuna Izaskun. Patología oral en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. 2017: 46-49, 62-64, 71-73.
16. Roesch-Ramos Laura y colaboradores. Erosión dental, una manifestación extraesofágica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Experiencia de un centro de fisiología digestiva en el sureste de México. *Revista española de enfermedades digestivas*. 2014; 106(2): 93.
17. Gay Zarate Oscar, Ramírez Rodríguez Graciela. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. *Rev ADM*. 2000; 52(1):23-32.

18. Jaimes Gómez Lizeth Tatiana, Coronado Rojas Lizeth Nairelis. Nivel de conocimientos de los docentes de odontología acerca de trastornos alimentarios y sus manifestaciones extra e intraorales. Universidad San Tomas, Bucaramanga. 2020:17-18.
19. Garrido Martínez Pablo. Estado de salud bucodental en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Universidad complutense de Madrid facultad de odontología. Madrid 2017;(4) :37-44.
20. Perea Elena. Desequilibrios Orgánicos en la Anorexia y Bulimia.2018. Disponible en: <https://www.geosalud.com/nutricionortomolecular/bulimia.htm>

CAPITULO III

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ALCALDÍA XOCHIMILCO

Xochimilco es ahora Patrimonio de la Humanidad, es un legado que debemos proteger para seguir disfrutando de su riqueza natural. Pero, principalmente, es una rica y amplia historia que va palpando, con las manos de su gente, el colorido álbum de recuerdos vivos que incluyen lo mismo a las tradiciones indígenas que a la herencia Hispánica. Las leyendas, los ritos y festividades dan razón de ser a una comunidad que trabaja la tierra y que busca el equilibrio con el Progreso de la Urbe y esta es la historia de Xochimilco (1).

Procedente de Chicomoxtoc, la tribu de los Xochimilcas fue la primera de las 7 tribus nahuatlacas en llegar al valle de Anáhuac, se asentaron en Cuahuilana cerro sagrado ubicado en el pueblo de Santa Cruz Acalpixca.

Los Xochimilcas establecieron su ciudad en el siglo X y extendieron su dominio hacia zonas aledañas como Tlayacapan, Xumiltepec, Chinameca, Mixquic, Tláhuac, Tepoztlán y Hueyapan, donde ejercieron poder político y económico.

En 1352 la ciudad sagrada fue trasladada al islote de tilan lugar donde hoy se ubica el Templo de San Bernardino de Siena. La ciudad se dividió en 14 calpullis (barrios) que eran habitados según el oficio de sus habitantes.

En 1376, los Xochimilcas sostuvieron su primera guerra con los mexicas quienes querían conquistarlos, pero el señor Azcapotzalco Tezozómoc les brindo su apoyo a cambio de que les pagara tributo. Vencidos los mexicas Caxtolzin fue obligado a pagar tributo a su aliado quien se convirtió en el décimo señor de los Xochimilcas.

En 1430 durante el reinado de Tzalpoyotzin, los Xochimilcas fueron vencidos por los mexicas, quienes rompieron los escuadrones locales, obligándolos a replegarse hacia el cerro de Xochitepec, destruyendo la cerca que defendía la ciudad.

Los señores de Xochimilco ofrecieron tributo a los mexicas e Itzcoatl los obligó a construir de piedra y tierra la calzada que unía a los dos señoríos (hoy calzada de Tlalpan) y los puentes para cruzar las acequias.

Durante el reinado de Moctezuma, los Xochimilcas contribuyeron con materiales y mano de obra para la construcción del Templo dedicado a Huitzilopochtli y en tiempo de Ahuizotl con mano de obra para el acueducto que iba de Coyoacán a México.

Hernán Cortés, siguiendo su plan de conquistar, primero las poblaciones aledañas a Tenochtitlan entro a Xochimilco con su ejército el 16 de abril de 1521. Los Xochimilcas los esperaban y fue derribado en el ojo de agua de la Noria siendo rescatado posteriormente por uno de sus soldados quien lo traslado a la capilla de ahora barrio San Pedro, junto con Malinche.

Ya en pleno sitio de Tenochtitlan, Cortés ordenó un ataque rápido y sorpresivo. Según cuentan, el propio Cuauhtémoc fue hasta Xochimilco, a conseguir hombres y canoas para la defensa de Tenochtitlan y como recuerdo de su presencia planto un árbol Sabino, el cual aún se conserva en el actual barrio de San Juan. Años más tarde Xochimilco se convirtió en bastión de alimentación hacia la capital y otras poblaciones rivereñas en el siglo XVII ingresaron más de 1000 canoas diariamente.

Durante el movimiento insurgente de Independencia, Xochimilco también participó con su contingente dentro del grupo suriano hacia 1815. Después del fusilamiento del general José María Morelos y Pavón. Desde entonces y hasta consumarse la independencia en 1821, Xochimilco estuvo participando activamente para lograr el tributo contra el ejército realista y el gobierno colonial.

Durante el Porfiriato se construyó el acuerdo que ayudo a los manantiales de Xochimilco para abastecer de agua a la Ciudad de México que carecía del suministro suficiente, construyéndose diversa casa de bombas, de las la que aún se encuentra intacta es la de Luis Tlaxialtemalco en donde actualmente se ubica el centro de educación ambiental Acuexcómatl.

En 1911, los primero Zapatistas llegaron a Milpa Alta y después a Xochimilco, el 7 de septiembre de ese año incendiaron Santa María Nativitas y San Lucas Xochimanca permaneciendo ahí y bajando en grupos al centro del pueblo. El 21 de marzo de 1912 la ocupación encabezada por Emiliano Zapata se extendió hasta Tepepan, Tepalcatlalpan y Xochitepec, Los habitantes de Xochimilco tuvieron muestras de apoyo y simpatía con los carrancistas que llegaron al sitio, como consecuencia los Zapatistas incendiaron el centro de Xochimilco y el Palacio Municipal.

El 4 de diciembre de 1914 se reunieron Francisco Villa y Emiliano Zapata, quienes firmaron el “Pacto de Xochimilco”. En 1929 Xochimilco fue considerada una de las 16 delegaciones políticas de la Ciudad de México. Hacia 1934 el decreto de protección de monumentos declaró a Xochimilco como zona típica y pintoresca.

En 1966 se construyó la Pista de Remo y Canotaje “Virgilio Uribe” paralela al canal de Cuemanco, para realizar las competencias en estas especialidades en el marco de los Juegos Olímpicos de México de 1968.

A principios del siglo XX los problemas de Salud pública en la población de Xochimilco iban aumentando, sobre todo en las zonas pobres donde prevalecía la desnutrición, la higiene inadecuada del mal uso en las casas, aún más la presencia de aguas negras, el fecalismo al aire libre, la basura, la fauna nociva. No obstante que la Secretaría de Salud tuvo en Xochimilco u pequeño edificio, este fue insuficiente para atender la alta demanda de servicios sanitarios.

Por la alta demanda de población de enero a junio de 1941, murieron 435 personas de los cuales fallecieron 219 a causa de enfermedades respiratorias y 19 por

enfermedades digestivas, de las cuales 32 son llamados de la primera infancia y 12 por enfermedades infecciosas como tuberculosis, sífilis. Conforme a esta situación se construyó una Unidad de Salubridad, esta construcción se terminó el día 20 de septiembre de 1947 y la ceremonia de inauguración se llevó a cabo el 31 de octubre del mismo año.

La unidad de Salubridad conto con los siguientes servicios, una clínica para prenatales y posnatales, exámenes y tratamientos médicos en general, dispensario para control y examen de Tuberculosis con fluoroscopio y equipo de neumotórax, laboratorio equipado, consultorio dental con un sillón fijo y uno portátil, consultorios para los doctores encargados de aplicar vacunas y dar orientación para la salud, principalmente a domicilio y en las escuelas, un auditorio con capacidad para 120 personas en el que se impartieron clases de higiene, además de ser utilizado como sala de espera en 1964 se incluyeron otros servicios como promoción y fomento de la salud, rehabilitación de inválidos, trabajo social encargado de orientar a las personas para solucionar sus problemas (1).

Ubicación geográfica:

La Alcaldía se encuentra ubicada entre los paralelos 19° 09' y 19° 19' de latitud norte; los meridianos 99° 00' y 99° 10' de longitud oeste; altitud entre 2 275 msnm. Colinda al norte con las alcaldías Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este con Tláhuac y Milpa Alta; al sur con Milpa Alta y Tlalpan; al oeste con Tlalpan (INEGI, 2015) (2).



IMAGEN 15

Esta imagen especifica la ubicación de la alcaldía Xochimilco.

Gaceta Oficial de la Ciudad de México. 18/09/2018; 58.

Población:

En esta alcaldía habitan 442 mil 178 habitantes.

- El rango predominante es de 20 a 24 años seguido del rango de entre 25 a 29 años.
- En la alcaldía habitan 226 mil 726 mujeres y 215 mil 452 hombres.
- La PEA de la alcaldía se contabiliza 312 mil 227 habitantes equivalente al 70.6% de la población total.
- Extensión territorial: 114.71 km².
- Densidad poblacional: 3,555.81 habitantes por Km² (3).

Población de la alcaldía Xochimilco (Censo de Población y Vivienda 2020)

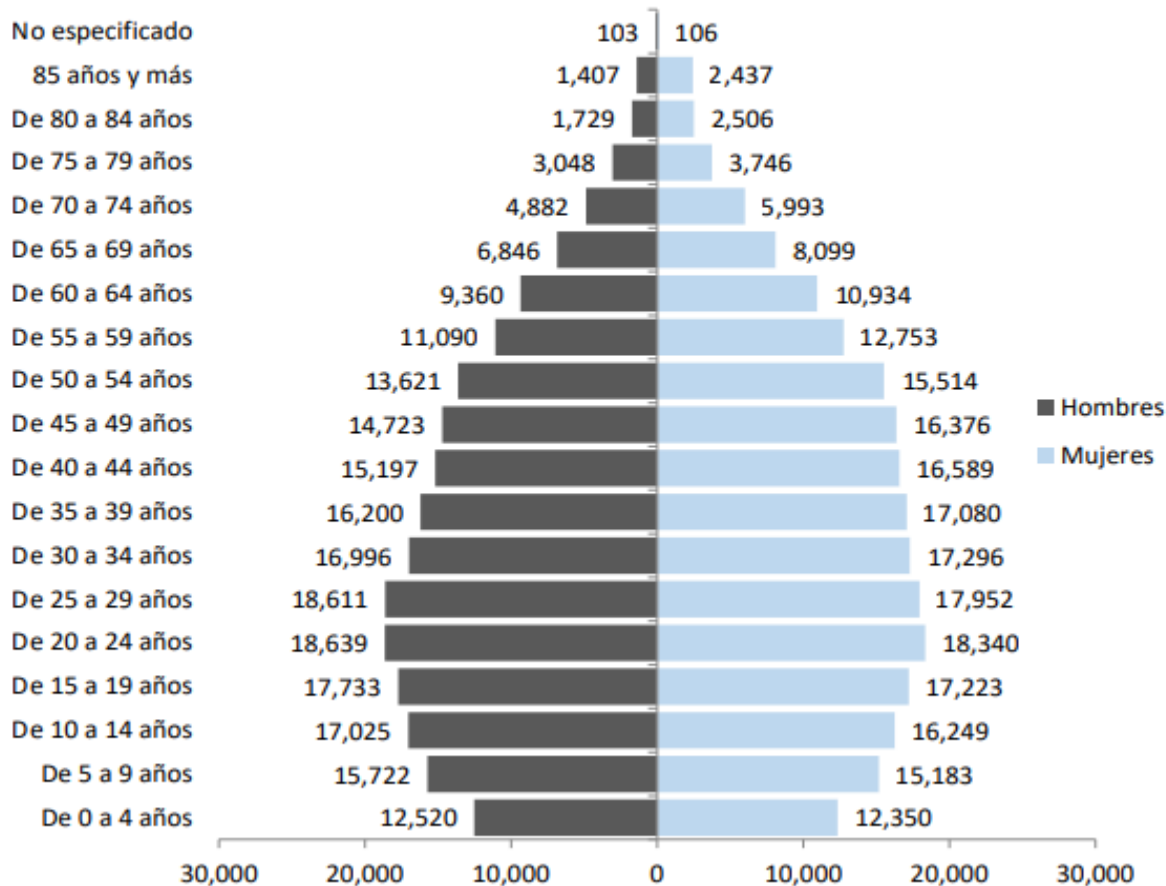


IMAGEN 16

Esta imagen detalla cuanta población hay en la alcaldía dependiendo de la edad.

Principales resultados del censo población y vivienda. 2020; 31.

SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA SAN LORENZO ATEMOAYA

La Universidad Autónoma Metropolitana es una institución educativa que ha redefinido el sistema de enseñanza, implicando problemáticas de la realidad social. Rompe con los modelos tradicionales de educación y establece un nuevo método que incentiva al estudiante a que sea "artífice de su propia formación". Esta Casa de Estudios es un espacio privilegiado para la generación de investigación básica y aplicable. Coloca el conocimiento al servicio del desarrollo social y con ello coadyuva a la construcción de una sociedad más justa, equitativa y responsable. Establece como eje del proceso de educación el triángulo docencia-investigación-servicio.

La Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y en particular la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, cuenta con 4 clínicas estomatológicas que dan apoyo a la Coordinación de la Licenciatura y éstas se encuentran ubicadas en: San Lorenzo Atemoaya, Tláhuac, Ciudad Nezahualcóyotl en el Estado de México y Tepepan.

Estas cuatro clínicas apoyan la coordinación de la Licenciatura de Estomatología y reciben prácticamente a los estudiantes de esta licenciatura en su conjunto, a lo largo de los diferentes trimestres. Las clínicas estomatológicas de la UAM fueron creadas hace 40 años. Fueron construidas como un espacio de docencia, aunque también se realizan actividades de investigación y de servicio. Son un claro ejemplo de aplicación de las tres funciones sustantivas de la Universidad y del trabajo transversal que ahí acontece. Se reciben estudiantes de la carrera de estomatología los cuales se involucran en la atención a los pacientes según su nivel. Participan un importante número de profesores. Se presta atención a la comunidad aledaña de cada clínica, teniendo una amplia demanda de los pobladores de la zona. Los estudiantes cursan regularmente todo su trimestre dentro de su clínica respectiva.

El papel del laboratorio es muy importante. Nos dedicamos a prestar un servicio a la comunidad además de lo más importante, que es la enseñanza y la formación de los futuros estomatólogos. La clínica es una extensión de la Universidad y la Licenciatura en Estomatología es la única que está constituida verdaderamente fuera de la unidad, en la comunidad.

El Documento Xochimilco plantea la multidisciplinariedad. En la clínica se aplica; se manejan todas las especialidades de la odontología y, si se amplía, podemos volverla más integral, multifuncional, donde converjan todas las especialidades de la salud.

La carrera de Estomatología tiene un gran desarrollo, todo se hace con las manos. Es cierto que el papel teórico es muy importante, pero también es muy importante

el desarrollar la habilidad psicomotriz que se requiere. Ésta se desarrolla aquí en la clínica, en la práctica y bajo la dirección de los profesores (4).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alatraste Guzmán Oscar. Xochimilco. Aspectos históricos-culturales.119-122.
2. Gaceta Oficial de la Ciudad de México. 2018; 58.
3. Principales resultados del censo población y vivienda. 2020; 31.
4. Diaz García Rafael. Clínicas estomatológicas de la UAM-X; 79-82.

CAPÍTULO IV

INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO

La fecha de inicio del servicio social fue el 24 de agosto del 2020 y concluyó el 31 julio del 2021. Sin embargo, antes del inicio del servicio social (el 20 de marzo del 2020), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró estado de emergencia por SARS-CoV-2, también conocido como COVID-19, esto generando una pandemia a nivel mundial, que obligó el resguardo de la sociedad y, por lo tanto, también cambió la manera de realizar el servicio social, siendo este de forma virtual.

Por esta razón, las actividades que se tenían que realizar cambiaron y se trabajó de distinta manera. A inicio de cada trimestre se realizaron actividades administrativas (recopilar cartillas de vacunación, hojas de ingreso, revisar la asignación de clínicas, entre otras cosas). Además de estas actividades, se nos dio la tarea de realizar un rotafolio para cada trimestre, con la finalidad de abarcar diferentes temas y así apoyar a los alumnos.

Semanas después de terminar el servicio social acudí a la clínica para apoyar a las autoridades y a mis compañeros para el regreso de actividades de forma presencial. La dinámica cambió con respecto a la situación, ahora realizábamos toma de temperatura, recopilábamos documentación y acompañábamos a los alumnos a la zona dónde se tenían que cambiar. Ya establecido todo, se les daban las indicaciones a seguir para que posteriormente realizaran sus actividades. Cabe señalar, que su evaluación era día con día.

ALUMNOS DE SAN LORENZO TURNO VESPERTINO ASIGNADOS A OTRA CLINICA

Matrícula	Nombre	Clínica asignada	Clínica proveniente	Turno asignado
2182027089	Borja Reyes Citlali	Tláhuac	San Lorenzo T. Vespertino	
2172032194	Vertiz Díaz Josué	Tepepan	San Lorenzo T. Vespertino	Matutino
2172028896	Tapia Aguila Dennis Alejandra	Tepepan	San Lorenzo T. Vespertino	
2182033069	Lopez Espinosa Grissel	Tepepan	San Lorenzo T. Vespertino	
2162026979	De Jesús Gómez Ana Aurora	Tepepan	San Lorenzo T. Vespertino	
2163065390	Díaz Ramírez Arlette	Tláhuac	San Lorenzo T. Vespertino	
2163064919	Figueroa González María Fernanda	Tepepan	San Lorenzo T. Vespertino	
2162028875	Santiago Castillo Adrian	Tláhuac	San Lorenzo T. Vespertino	

EVIDENCIA 1

**RELACIÓN DE VACUNACIÓN
CLÍNICA SAN LORENZO**

PASANTE / ALUMNO	VACUNA	1ra DOSIS	2da DOSIS
María Carolina García Flores	Pfizer	Aplicada	Aplicada
Karen Itzel González Madó	Sputnik V	Aplicada	Aplicada
Ana Aurora de Jesús Gómez	Moderna	Aplicada	Aplicada
Carmen Dennis Pérez Ponce	Sputnik V	Aplicada	03/Noviembre/2021

EVIDENCIA 2



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

LDC SAN LORENZO ATEMOAYA T.V

5 TRIMESTRE

- > HISTORIA CLINICA
- > ANESTESIA BUCAL



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO

ESTOMATOLOGÍA

FECHA: [] [] [] [] [] [] [] [] ELABORÓ: _____
TRIMESTRE

SUPERVISÓ: _____ FIRMA: []
NOMBRE DEL DOCENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____

GÉNERO _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ TELEFONO _____

OCCUPACIÓN ANTERIOR _____ OCCUPACIÓN ACTUAL _____ RELIGIÓN _____

DE MIEMBROS EN LA FAMILIA _____ ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____

SERVICIOS DE SALUD:

PRIVADO ESPECIFIQUE _____

INSTITUCIONAL

En el punto 1 se debe de anotar los datos del paciente, es importante no dejar ningún rubro vacío.

V.2 Hábitos higiénicos

Higiene general: _____

Higiene bucal: _____

En el punto 5.2 se debe anotar con que frecuencia se asea y cuantas veces al día se lava los dientes.

V.3 Hábitos alimenticios

¿Cuántas veces a la semana ingiere? Carne () Huevo () Lácteos ()

Fruta () Verdura ()

¿Cuántas veces al día ingiere? Dulces () Refrescos () Chatarra ()

Leguminosas ()

No. de comidas que hace al día. _____

En el punto 5.3 se debe anotar con número la cantidad de veces que consume estos alimentos.

V.4 Inmunizaciones

BCG	DPT	Polio	Hepatitis B	Sarampión	Penitavalente	Tiroidea
Otras						

En el punto 5.4 se le debe de pedir al paciente su cartilla de vacunación, pátome y anota que vacunas tiene.

V.5 Hábitos y Toxicomanías

- Tabaquismo Tipo Frecuencia Cantidad
- Alcoholismo Tipo Frecuencia Cantidad
- Drogas Tipo Frecuencia Cantidad
- Perforaciones SI () NO () Tatuajes SI () NO ()

Describe: _____

En el punto 5.5 se debe anotar que tipo de toxicomanía consume el paciente de igual manera se describe en que parte del cuerpo tiene perforaciones o tatuajes.

VI. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

• Menarquia	¿A que edad inicio su menstruación?
• IVSA	¿A que edad inicio su vida sexual?
• Uso de anticonceptivos	¿Qué tipo de anticonceptivo utiliza?
• Embarazo	¿Cuántos embarazos a tenido?
• No. De semanas	¿De cuantas semanas fue o fueron sus embarazos?
• Gestal/ Para	
• Menopausia	¿A que edad inicio? ¿Esta tomando algún medicamento?


En el punto 6 se le deben realizar estas preguntas al paciente de una forma sutil, esas preguntas son solo unos ejemplos.

X. EXAMEN DE OCLUSIÓN

Tipo de dentición:	Temporal	Mixta	Permanente	
Erupción:	Adecuada	Tardía	Temprana	Ectópica
Plano terminal	Derecho	Recto	Mesial	Distal
	Izquierdo	Recto	Mesial	Distal


El plano terminal se encuentra donde cae en oclusión los segundos molares superior e inferior de la cara distal, se toma en cuenta el molar de la mandíbula porque es el que tiene movilidad. Solo se encuentra en niños y debe de tener sus segundos molares.

Plano terminal recto




Ambos planos están en un mismo nivel de formación y de esa manera hacen una línea recta.

Plano terminal mesial



Cuando el plano del segundo molar inferior esta por delante del segundo molar superior formando un escalón hacia mesial.




Clase II

Angle: La cúspide mesiovestibular del primer molar inferior ocluye por distal del primer molar superior.

- ✓ División 1: Los incisivos superiores están muy vestibularizados, el esta adelantado, la mandíbula esta retraída.
- ✓ División 2: Los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino.

Caninos: La cúspide del canino superior ocluye delante de la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior.



Clase III

Angle: La cúspide mesiovestibular del primer molar inferior ocluye por mesial del primer molar superior.

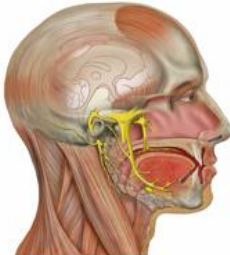
Caninos: La cúspide del canino superior ocluye atrás de la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior.

NERVIO TRIGÉMINO

Es un nervio mixto, significa trillizos haciendo referencia a la presencia de 3 divisiones.

Esta formado por una raíz motora y una raíz sensitiva.

Tiene la función de proporcionar la inervación sensitiva de los dientes, huesos y tejidos blandos de la cavidad oral.



Guillermo Rivera. Nervio trigémino: aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. Rev Estomat. 2011;19(2):33-39.

RAÍZ MOTORA

- Surge de forma separada de la raíz sensitiva; se origina en el núcleo del motor, en el interior de la protuberancia y el bulbo raquídeo.
- Proporciona inervación a los músculos de la masticación, además de los músculos milohioideo, vientre anterior del digástrico, tensor del tímpano y tensor del velo del paladar.

RAÍZ SENSITIVA

Esta representada en la percepción del dolor, temperatura, tacto, presión, vibración y propiocepción de la piel. Así mismo de la conjuntiva, glóbulo ocular, parte externo de la membrana del tímpano, mucosa de los dos tercios de la lengua, paladar, fosas nasales, senos paranasales, meninges y de las arcadas dentales superior e inferior.

Stanley F. Malamed. Consideraciones anatómicas, Nervio trigémino. Manual de Anestesia Local. Sexta edición. España.Elsevier,2013. pág.: 169.

ANESTESIA

Es el estado no reactivo (sin respuesta) inducido por sustancias anestésicas.

Se divide en 2:

- ✓ Anestesia general
- ✓ Anestesia local

La anestesia general es producida por una amplia variedad de sustancias, su objetivo es la depresión de la respuesta sensorial del cerebro.

La anestesia local se utiliza en áreas limitadas.



Guillermo Otero Cagide. Historia de la anestesia. La anestesia para el cirujano dentista. México. Prado, 2003. p. 9-10.

31

ANESTÉSICOS LOCALES

Son sustancias que inducen una incapacidad temporal para percibir un estímulo sensorial y actúan en el cerebro o en el sistema nervioso periférico para suprimir respuestas a estímulos sensoriales como el tacto, presión y dolor.

Lidocaína

Es del tipo amida, parece mas selectiva a las fibras nerviosas parasimpáticas y sensoriales. Produce una mayor profundidad y efecto de anestesia.

Mepivacaína

Es del tipo amida semejante a la lidocaína, presenta una acción vasoconstrictora, tiene mayor efecto anestésico que la lidocaína, por lo tanto se recomienda para aquellos pacientes que presenten limitación para el uso de vasoconstrictores.

Guillermo Otero Cagide. Anestésicos Locales. La anestesia para el cirujano dentista. México. Prado, 2003. p. 51-54.

32

DOSIFICACIÓN

Para calcular la cantidad máxima de anestésico que se puede utilizar en un paciente, se deben conocer aspectos como:

- Edad
- Peso
- Estado de salud

Tipo de anestésico	Dosis ponderal en mg/kg	Anestésico mg/cartucho
Lidocaína al 2% s/v	4.4	36
Lidocaína al 2% c/epinefrina al 1:00 000	6.6	36
Mepivacaína al 3% s/v	6.6	54
Mepivacaína al 2% c/adrenalina al 1: 100 00	6.6	36
Mepivacaína al 2% c/levonordefrina al 1:20 000	6.6	36
Prilocaína al 4% s/v	6	72

Formula:

- $\text{Peso del paciente} \times \frac{\text{la dosis ponderal}}{\text{entre el anestésico mg.}}$

Jorge Alberto Martínez. Dosificación de los anestésicos locales. Anestesia local. P:85-86.

33

VASOCONSTRICTORES

Son sustancias que comúnmente acompañan a los anestésicos, cuyo efecto consiste en disminuir el calibre de los vasos sanguíneos.

Indicaciones:

En cualquier procedimiento odontológico donde la combinación del anestésico y del vasoconstrictor actúen sinérgicamente para producir un mayor efecto.

Contraindicaciones:

Absolutas; pacientes con labilidad vascular, con hipertiroidismo, con sensibilidad al fármaco y tratados con antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa.

Relativas; pacientes con enfermedades vasculares del corazón, hipertensos lábiles y diabéticos descompensados.

Guillermo Otero Cagide. Vasoconstrictores. La anestesia para el cirujano dentista. México. Prado, 2003. p. 65,78-79.

34

✓NERVIO NASOPALATINO

Indicaciones:

- Cuando se requiere anestesiarse los tejidos blandos del paladar en tratamientos reconstructivos de más de dos dientes.
- Para el control del dolor durante los procedimientos quirúrgicos orales o periodontales que afectan los tejidos blandos y duros del paladar.

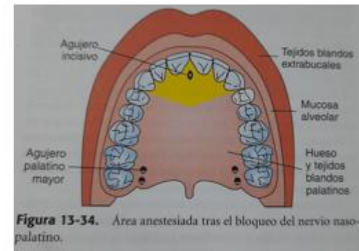
Contraindicaciones:

- Inflamación o infección en el área de inyección.
- Áreas de tratamiento pequeñas.

Stanley F. Malamed. Técnicas de anestesia maxilar. Manual de Anestesia Local. Sexta edición. España Elsevier, 2013. p:205-208. 51

Procedimiento:

1. Punto de inyección: en la mucosa del paladar, inmediatamente por fuera de la papila incisiva.
2. Orientación del bisel hacia los tejidos blandos del paladar.
Pídale al paciente que abra bien la boca y extienda el cuello.



Stanley F. Malamed. Técnicas de anestesia maxilar. Manual de Anestesia Local. Sexta edición. España Elsevier, 2013. p:205-208. 52

TÉCNICAS DE ANESTESIA MANDIBULAR

✓NERVIO ALVEOLAR INFERIOR

Indicaciones:

- Procedimientos múltiples en piezas dentarias en un solo cuadrante.
- Cuando se precise anestesiarse los tejidos blandos bucales (anteriores al agujero mentoniano).
- Cuando se precise anestesiarse los tejidos blandos linguales.

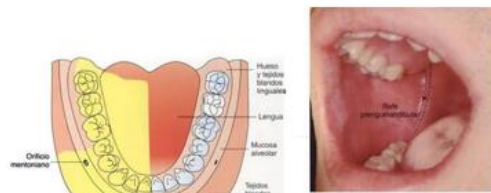
Contraindicaciones:

- Infección o inflamación en el área de inyección.
- Pacientes con mayor probabilidad de morderse el labio o la lengua.

Stanley F. Malamed. Técnicas de anestesia mandibular. Manual de Anestesia Local. Sexta edición. España Elsevier, 2013. p:227-231. 53

Procedimiento:

1. Punto de inyección: mucosa de la cara medial (lingual) de la rama mandibular.
2. Orientación del bisel se aproxima al nervio alveolar inferior aproximadamente en ángulo recto.
3. Localice el punto de entrada de la aguja: coloque el dedo índice o el pulgar de su mano izquierda en la escotadura coronoidea.



Stanley F. Malamed. Técnicas de anestesia mandibular. Manual de Anestesia Local. Sexta edición. España Elsevier, 2013. p:227-231. 50

EVIDENCIA 4

CAPÍTULO V

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Toda la información se recopilaba cada inicio de trimestre, se basaba en unir documentos esenciales para llevar un registro de cada alumno, por ejemplo: cartillas de vacunación, hojas de registro, las cuales solo se solicitaban a los alumnos de nuevo ingreso, también se llevó a cabo una relación de los alumnos que cambiaron de clínica.

Con respecto al cartel, este debía de contar con ciertas características, por ejemplo: definiciones, estructuras anatómicas, diagnóstico, técnicas explicadas paso por paso e imágenes visibles.

Conforme a las evidencias anteriores, se muestra la forma de trabajo que se llevó a cabo en los trimestres durante el confinamiento.

Cuando se retomaron las clases de forma presencial, se solicitó más documentación a los alumnos, por ejemplo: triage, consentimiento informado, comprobante de vacunación de COVID-19 y protocolo del tema que se vería ese día.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Este servicio social fue realizado con la finalidad de aprender a desenvolvernos con mayor seguridad en el área estomatológica, a tomar decisiones, llevar a cabo los conocimientos adquiridos durante la carrera y de esta manera, apoyar a los alumnos que se encuentran dentro de la L.D.C. San Lorenzo Atemoaya.

Finalmente, podemos mencionar que el servicio social no fue lo que se esperaba por el confinamiento de COVID-19, ya que las actividades se llevaron a cabo de forma virtual, basándose en el área administrativa. Sin embargo, toda esta situación nos enseñó que siempre se debe apoyar a los compañeros sin importar las circunstancias.

Al concluir el servicio social brindé apoyo durante unas semanas a los alumnos, se les explicaba temas de mucha relevancia, por ejemplo: limpieza y forrado de la unidad dental, como utilizar la bata quirúrgica, llenado de historia clínica y como tomar una radiografía.

A pesar de las circunstancias, me llevo grandes enseñanzas que me ayudarán a mi formación profesional.

CAPÍTULO VII

FOTOGRAFÍAS



IMAGEN 17



IMAGEN 18

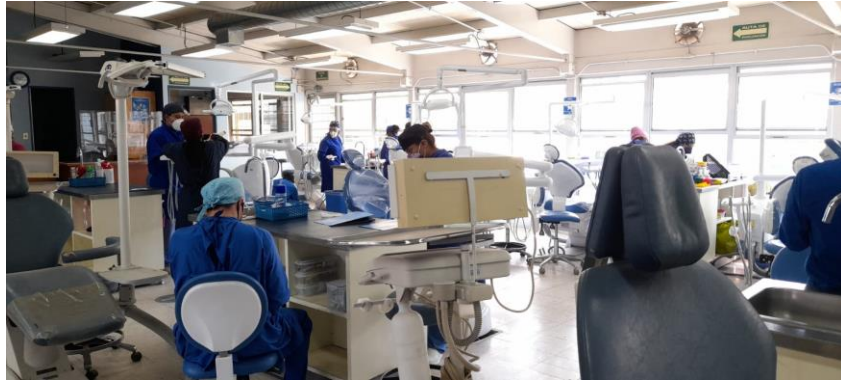


IMAGEN 19



IMAGEN 20

