



Facultad de Odontología



Encomienda Orden
Civil de Sanidad

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA POR EL ODONTÓLOGO

TRABAJO FIN DE GRADO



CÉSAR SISTO LÓPEZ

TUTORA: MARÍA DEL CARMEN MACHUCA PORTILLO

CO-TUTORA: CIRA M. SUÁREZ MARCHENA

CURSO 2018/19



**Departamento de Estomatología
Facultad de Odontología**



**Medalla y Encomienda
Orden Civil de Sanidad**

Dña. MARÍA DEL CARMEN MACHUCA PORTILLO, Profesora Titular adscrita al Departamento de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, como Directora del Trabajo Fin de Grado y **Dña. CIRA M. SUÁREZ MARCHENA**, Profesora Asociada del Departamento de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, como Co-Tutora del Trabajo Fin de Grado.

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo titulado "**IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA POR EL ODONTÓLOGO**" ha sido realizado por el estudiante del Grado en Odontología **D. CÉSAR SISTO LÓPEZ** bajo nuestra dirección y cumple a nuestro juicio, todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido como Trabajo Fin de Grado (TFG) de la titulación de Grado en Odontología adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

Y para que así conste y a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Sevilla a día 29 de Mayo de 2019.

Profa. M^a del Carmen Machuca Portillo
Tutora

Profa. Cira M. Suárez Marchena
Co-Tutora



Facultad de Odontología



D/Dña. (Apellidos y Nombre)

.....**SISTO LÓPEZ, CÉSAR**.....

con DNI.....**32073133-R**.....alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad
de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado:

"IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA POR EL ODONTÓLOGO"

DECLARO:

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso
.....**2018/2019**....., es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de
fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de
carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a
título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporando e indicando la
fuente y el nombre del autor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que se
modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de
Marzo de 2019)

APERCIBIMIENTO:

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados
determinará la calificación de **NO APTO** y que asumo las consecuencias legales que
pudieran derivarse de dicha actuación.

Sevilla.....**29** de.....**Mayo**.....de **20.19**..

(Firma del interesado)

Fdo.: **CÉSAR SISTO LÓPEZ**

En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. María del Carmen Machuca Portillo, mi tutora, su interés y esfuerzo porque, sacando tiempo debajo de las piedras, ha permitido que este trabajo fuese posible. Por su lucha de hacer las cosas bien.

En segundo lugar, a mis padres y mi hermana, que con su amor y apoyo, lograron inculcarme lo que actualmente soy y me ha hecho llegar al final de este camino.

A mis amigos por sacarme a la calle estos 5 años aunque tuviera mil cosas que hacer o estudiar. Por supuesto a mis inseparables Lauras y María por escuchar mis problemas hasta la saciedad y darme todo el cariño que necesitaba siempre.

Por último, agradecer a una persona muy especial, que me hizo darme cuenta que si luchas con toda tu alma, las cosas nunca están perdidas. Me enseñó que la Anorexia Nerviosa puede llegar a arrebátártelo todo, pero estoy seguro que sabe que siempre existe luz en la más profunda oscuridad.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las principales manifestaciones orales de los trastornos de conducta alimentaria para realizar su diagnóstico en la clínica dental.

Material y método: Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, buscando artículos en español o inglés, con 10 años de antigüedad máximo y que se realizaran los estudios en humanos.

Resultados y conclusiones: Las principales manifestaciones orales de los trastornos de conducta alimentaria son la erosión dental, la caries dental, la xerostomía y el agrandamiento de la glándula parótida, entre otras. Se concluye que es fundamental para el tratamiento de este tipo de patologías un diagnóstico temprano, que puede realizar el odontólogo como primer clínico que toma contacto con el paciente. Es importante conocer que este tipo de trastorno es muy complejo, y requiere de un tratamiento multidisciplinar.

ABSTRACT

Objective: To know the main oral manifestations of the eating disorders behavior to carry out their diagnosis in the dental office.

Materials and Methodology: A bibliographic review was made in PubMed database, looking for articles in Spanish or English, with 10 years old maximum and that the studies were conducted in humans.

Results and Conclusions: The main oral manifestations of eating disorders are dental erosion, tooth decay, xerostomia and enlargement of the parotid gland, among others. It is concluded that it is essential for the treatment of this type of pathologies an early diagnosis, which can be performed by the dentist as the first clinician to make contact with the patient. It is important to know that this type of disorder is very complex and requires a multidisciplinary treatment.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	1
1.1.1. Concepto y clasificación.....	1
1.1.2. Historia.....	2
1.1.3. Epidemiología.....	3
1.1.4. Etiología.....	5
1.1.5. Criterios diagnósticos.....	6
1.1.6. Tratamiento.....	10
1.2. Identificación y diagnóstico por el odontólogo.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	14
4. RESULTADOS.....	17
5. DISCUSIÓN.....	23
6. CONCLUSIONES.....	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	28

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. Trastornos de la conducta alimentaria:

1.1.1. Concepto y clasificación:

Según la Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, "son un conjunto de trastornos mentales que se caracterizan por la existencia de una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control del peso. Esto provocará una serie de consecuencias físicas y del comportamiento social del individuo" (1).

Respecto a su clasificación, existen dos principales, la que nos proporciona la OMS (CIE-10) y la que nos ofrece la American Psychiatric Association (DSM-V). Destacar que recientemente se aprobó una actualización de la clasificación de enfermedades de la OMS (CIE-11) que no entrará en vigor hasta el año 2022, por lo que nos guiaremos por la anterior.

- Clasificación CIE-10 (2):
 - F50 Trastornos de la conducta alimentaria
 - F50.0 Anorexia nerviosa
 - F50.00 Anorexia nerviosa, no especificada
 - F50.01 Anorexia nerviosa, tipo restrictivo
 - F50.02 Anorexia nerviosa, tipo atracón/purga
 - F50.2 Bulimia nerviosa
 - Bulimia NEOM
 - Hiperorexia nerviosa
 - F50.8 Otros trastornos de alimentación
 - Pérdida del apetito psicógena
 - Pica en adultos
 - F50.9 Trastornos de la conducta alimentaria, no especificado
 - Anorexia nerviosa atípica
 - Bulimia nerviosa atípica
- Clasificación DSM-V (3):
 - (189) Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
 - 307.52 (__.__) Pica

- F98.3 En niños
- F50.8 En adultos
- 307.53 (F98.21) Trastorno de rumiación
- 307.59 (F50.8) Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
- 307.1 (__.__) Anorexia nerviosa
 - F50.01 Tipo restrictivo
 - F50.02 Tipo por atracón/purgas
- 307.51 (F50.2) Bulimia nerviosa
- 307.51 (F50.8) Trastorno por atracón
- 307.59 (F50.8) Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos
- 307.50 (F50.9) Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados

1.1.2. Historia:

Se conoce sobre la perturbación de la conducta alimentaria desde la antigüedad, y no se especifica como un trastorno psiquiátrico individual hasta el siglo XIX, aunque se consideraba una enfermedad del ánimo. Históricamente se asociaba con la divinidad y los valores espirituales, siendo actualmente una entidad clínica (1,4).

Las primeras descripciones sobre la anorexia nerviosa (AN) datan del siglo XVII, cuando Richard Morton en 1689 acuñó el término de "consunción nerviosa", en la que explicaba que, a diferencia de otros estados de malnutrición, existía una alteración del sistema nervioso que se acompañaba de gran tristeza y preocupación. Esta definición no se modificó hasta que pasaron 200 años cuando los doctores Charles Laségue en 1873 en París y William Gull en 1874 en Londres describieron que existían síntomas como pérdida de peso grave, amenorrea, estreñimiento e inquietud. William Gull entonces, denominó al cuadro "anorexia nerviosa" (4,5).

En la cristiandad desde la Alta Edad Media hasta el Barroco (s.VI hasta XVI), las mujeres, como práctica de ascetismo practicaban el control del apetito como medio para la perfección espiritual, ser sexualmente más atractivas y estar más cerca de Dios. La Iglesia Católica las calificaba como heroínas. El caso más famoso descrito es el de

Santa Catalina de Siena. El idealismo de belleza de la mujer era la mujer pálida y débil (6).

En contraste, debido al comienzo de la Ilustración, en la que se imponía la razón y el conocimiento a la fe, el rechazo a comer no tuvo la misma posición en la sociedad y se iría convirtiendo gradualmente en un trastorno médico (6).

La historia de la bulimia nerviosa (BN) como concepto es más reciente, aumentando el número de casos clínicos cada vez más hacia la actualidad (1). La denominación de "bulimia nerviosa" fue descrita por Gerald Russell en 1979 como una alteración de la AN en la que existía una ingesta abundante y posteriormente una purga en forma de vómito. Los síntomas diferían de la AN y la obesidad, existía una sobrealimentación, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y dieta constante (5).

En la antigüedad, existían conductas alimentarias alteradas, sin llegar a ser un cuadro patológico. Las primeras fuentes que describen arcadas se encuentran en el papiro de Ebers y sabemos por Herodoto (484 aC-425 aC), que los egipcios las utilizaban para vomitar. Hipócrates (460 aC-377 aC) en la Antigua Grecia daba el consejo de que se vomitara dos días consecutivos de cada mes. Los romanos consideraban que era posible comer en exceso y luego resultaba muy ligero tener vómitos posteriormente. Plutarco (45- 125) describía que la gente podía ingerir grandes cantidades de comida durante poco tiempo y luego morir de hambre. También tenían los vómitos un valor terapéutico para Avicena (980-1037) (4,5).

1.1.3. Epidemiología:

➤ 1.1.3.1. Incidencia:

La AN es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras la obesidad y el asma en las adolescentes. La incidencia de la AN en Estados Unidos durante 1935-1989 fue de 8,3 por 100.000 personas al año siendo la cifra más alta reportada, aunque realmente de los casos estudiados un 39% constituyeron casos definitivos (7,8). Dos estudios compararon la incidencia de la enfermedad en atención primaria en una población en dos períodos de tiempo diferentes: En el Reino Unido existieron 4,2 nuevos casos por 100.000 habitantes por año durante 1988-1993 en comparación con 4,7 nuevos casos por 100.000 habitantes por año durante 1994-2000. Por otra parte, en Holanda se dieron 7,4 nuevos casos de

AN por 100.000 habitantes por año durante 1985-1989 en comparación con 7,7 nuevos casos por 100.000 habitantes por año durante los 1995-1999 (7,9).

Los ratios de incidencia mayores de AN se dan en mujeres con edades entre 15-19 años, considerándose el 40% de los casos, con una incidencia de 109,2 por 100.000 habitantes mujeres de 15-19 años, mientras que existen pocos estudios en varones, pudiéndose concluir que la incidencia en hombres es menos a 1 por 100.000 habitantes/año (1,7,9). En España, mediante un estudio en 2005 a través de encuestas en Navarra en un período de 18 meses, se determinó una incidencia de AN del 0,3% respecto a 1076 niñas de 13 años (1).

La incidencia de BN en Holanda se redujo desde 8,6 personas por cada 100.000/año durante los años 1985-1989 hasta 6,1 personas por cada 100.000/año durante 1995-1999. También decreció la incidencia en el Reino Unido desde las 12,2 personas por cada 100.000/año en la primera parte de los años 90 hasta 6,6 personas por cada 100.000/año en el año 2000 (9). En España en 2005 se observó una incidencia de BN del 0,3% (1). En un reciente estudio danés en 2015 se data de una incidencia del 8,75% población de mujeres jóvenes (10).

Respecto a los TCANE (trastornos conducta alimentaria no especificado) existen pocos estudios epidemiológicos. Existen dos españoles: un estudio usando el registro de salud pública para identificar TCA diagnosticados en 2012 en el que se encontró una incidencia de 6,5 por 100.000 habitantes por año y otro basado en encuestas en Navarra en 2005 en el que hay una incidencia del 4,2% (1,9,10). En Dinamarca en 2015 existía una incidencia del 6,72% (10).

➤ 1.1.3.2 Prevalencia:

La prevalencia de AN en 2012 era en Suecia del 1,2% en mujeres nacidas entre 1935-1958, en Australia entre mujeres con una edad desde 28 hasta 39 años era de 1,9%. Se observa gran diferencia en 2018 entre la prevalencia de AN en Estados Unidos que se sitúa en 0,6% y la prevalencia en Finlandia del 4%, esto es debido probablemente a la mayor conciencia que se tiene de la enfermedad en los países del norte de Europa y los criterios diagnósticos utilizados (8,9). La prevalencia en España de la AN en un estudio de 1342 adolescentes entre 12 y 20 años en Canarias en 2015

resultó ser de 0,19%. En estudios similares resultan en Reus 0,9%, en Málaga 0,4% y 0,3% en Navarra (8,11).

Por otro lado, los datos de prevalencia en BN indican que es más frecuente en mujeres que en hombres con un ratio que puede llegar hasta de 13:1, siendo la edad más frecuente de diagnóstico la de 18 años. En un estudio publicado en 2013 se observó que la mayor prevalencia de BN se observó en Brasil 2%, y la menor prevalencia en Italia con 0,1%. En España la prevalencia resultó ser del 1% (12).

Por último, la prevalencia de los TCANE en estudios realizados en España desde 1997 hasta 2007 concluyen que, en mujeres entre 12 y 21 años, oscila entre 2,76% y 5,3%. En el caso de los varones, existe una prevalencia del 0,18% hasta 0,77%. En el caso del Oeste de Europa y Estados Unidos, se reportan en 2006 prevalencias del 0,7% al 3% (1).

1.1.4. Etiología:

Los trastornos de conducta alimentaria surgen de una combinación compleja de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares e incluso por factores culturales. No se conoce con certeza cuál de ellos tiene mayor peso en el desarrollo de los TCA.

Actualmente se establecen a los factores precipitantes relaciones de asociación y no de causa. Como ya hemos descrito, mayoritariamente se da en el sexo femenino y en la adolescencia, debido como mayor exponente al deseo de la mujer por tener un cuerpo delgado, que es causado por la imagen de idealismo de la belleza de la mujer (1,13,14).

- **Factores biológicos:**

Principalmente se ha estudiado la conexión de la aparición de TCA con los factores genéticos y las alteraciones neurobiológicas. Son estudios de casos y controles sobre genética molecular los que han dictaminado una asociación positiva entre determinados polimorfismos genéticos y una mayor probabilidad de padecer TCA, en concreto AN.

Los más estudiados son el sistema serotoninérgico (5-HT; regula el apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor...etc), dopaminérgico y las neurotrofinas (especialmente BDNF, NTRK2 Y NTRK3). Hasta un 60-70% de los casos de la AN pueden explicarse debido a vulnerabilidad genética (1,15,16).

Por último, también parece que existe posibilidad de susceptibilidad de BN en el cromosoma 10 (17).

- **Factores socioculturales:**

Existen gran cantidad de circunstancias socioculturales de riesgo para la aparición de TCA: actividades y/o profesiones durante la infancia o adolescencia que inculquen la delgadez como por ejemplo el ballet, ideal de la belleza de la mujer en la sociedad, modelos familiares sobreprotectores y conflictivos, familias desestructuradas, antecedentes familiares de trastornos obsesivo-compulsivos y TCA, dieta y/o conducta atípica alimentaria en la familia, obesidad o alcoholismo de los padres... (1,13,14). De hecho, existe un estudio que detalla que las mujeres en portada de Playboy y las ganadoras de Miss América pueden ser clasificadas como bajas de peso y que el 29 y 17% , respectivamente, cumplen con el criterio en ese momento de Índice de Masa Corporal ($<17,5 \text{ kg/m}^2$) para la AN del DSM-IV (13).

- **Factores psicológicos:**

Hay acontecimientos vitales nefastos que pueden contribuir a la aparición de un TCA como los abusos sexuales o el bullying (13), también la personalidad con tendencia hacia el perfeccionismo, la baja auto-estima, la dificultad de expresión de emociones negativas y la dificultad de resolución de conflictos (1,14,15).

1.1.5. Criterios diagnósticos (3):

Para establecer el diagnóstico nos guiaremos por los criterios específicos del DSM-V, el manual oficial de la American Psychiatric Association, desglosando a sí misma la clasificación que ellos proponen para los TCA.

- **Pica:**

- A. Ingestión repetitiva de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante al menos un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias no concuerda con el grado de desarrollo del individuo.
- C. El hábito de alimentación no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal.
- D. Si dicha alteración alimentaria se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista) o afección médica, es suficientemente grave para necesitar atención clínica adicional.

▪ **Trastorno de rumiación:**

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante al menos un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede justificar por una afección gastrointestinal asociada u otra patología médica.
- C. No se produce sólo en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastorno por atracón o trastorno de evitación/restricción alimentaria.
- D. Si los síntomas aparecen presentando el paciente otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

▪ **Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos:**

- A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés por comer, evitación debido a características nutricionales de los alimentos, inquietud acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso continuo para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
 - Drástica pérdida de peso (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en niños).
 - Significativa deficiencia nutritiva.
 - Necesidad de alimentación vía enteral o de suplementos nutritivos por v. oral
 - Importante influencia en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica porque exista falta de alimentos a su disposición o por una práctica aceptada por la cultura del individuo.
- C. No ocurre en el curso de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y no hay pruebas de un trastorno de la forma en que uno mismo siente su propio peso o constitución.
- D. No se puede atribuir a una afección médica existente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando se produce en el contexto de otra afección, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria es superior a la que suele asociarse a esa patología y justifica la atención clínica adicional.

▪ Anorexia nerviosa:

- A. Evitación de la ingesta energética que es requerida por el individuo, que conlleva a un peso corporal con relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física significativamente bajo. *Peso significativamente bajo* se define como "un peso que es inferior al mínimo normal, o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado".
- B. Terror a engordar, o existencia de hábitos que influyen en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. La forma en la que uno mismo siente su propio peso o constitución está alterada, existe influencia impropia del peso en la autoexaminación, o ausencia persistente de asimilar la gravedad del peso corporal bajo actual.

➤ Subtipos:

- 1) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha padecido episodios de atracones o purgas (vómitos autoprovocados o uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso es causada por la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.
- 2) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha sufrido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoprovocados o uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas).

➤ Gravedad:

La gravedad mínima se mide, en los adultos, con el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, con el percentil del IMC.

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

▪ Bulimia nerviosa:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
- Ingestión, en un momento dado, de una cantidad de alimentos muy superior a la que la mayoría de personas consumirían en un tiempo similar.
 - Existe una falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

- B. Hábitos compensatorios inadecuados de forma repetitiva para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, ejercicio excesivo, ayuno o el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados existen, de promedio, mínimo una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autopercepción se ve indebidamente influida por la constitución corporal y el peso.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

➤ Gravedad:

La gravedad mínima explica con la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados:

- 1) Leve: 1-3 episodios de comportamientos a la semana
- 2) Moderado: 4-7 episodios de comportamientos a la semana
- 3) Grave: 8-13 episodios de comportamientos a la semana
- 4) Extremo: 14 episodios de comportamientos a la semana

▪ **Trastorno de atracones:**

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se define por dos características principalmente:
 - Ingestión, en un momento dado, de una cantidad de alimentos muy superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un tiempo similar.
 - Existe una falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
 - Comer mucho más rápido de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente pleno.
 - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se percibe gran hambre física.
 - Comer solo debido a que la cantidad de comida que ingieren les da vergüenza.
 - Disgustarse luego con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los episodios de atracones.
- D. De promedio, los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se relaciona con la presencia repetitiva de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce sólo en el transcurso de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

➤ Gravedad:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de atracones por semana:

- 1) Leve: 1-3 atracones a la semana
- 2) Moderado: 4-7 atracones a la semana
- 3) Grave: 8-13 atracones a la semana
- 4) Extremo: 14 o más atracones a la semana

▪ **Otro trastornos de la conducta alimentaria/ ingesta de alimentos especificados:**

Esta categoría incluye a presentaciones en las que predominan los síntomas específicos de un trastorno de conducta alimentaria que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen los requisitos de ningún otro trastorno.

1.1.6. Tratamiento (1,8,16,18)

El tratamiento de estas patologías es bastante complejo y requiere de diferentes tipos según el nivel de gravedad que presente el paciente.

De forma general, el principal eslabón del tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria es el psiquiátrico-nutricional de forma ambulatoria, con consultas externas, en el cual los pacientes requieren consultas psicológicas, más apoyo y control de las ingestas alimentarias para mantener un control de peso, también está indicado el tratamiento farmacológico adecuado si fuese necesario. El tratamiento en hospital de día debe ser considerado en aquellos pacientes que no mejoran con el tratamiento en consulta externa o para aquellos con riesgo de suicidio o autolesiones.

En el ámbito psicológico, se debe proporcionar educación sobre unos patrones de alimentación adecuados, mejorar las disfunciones adquiridas con el TCA (pensamientos, actitudes, sentimientos...), conseguir apoyo de los familiares de la persona afectada por TCA mediante terapia-aprendizaje y se debe intentar prevenir las recaídas planificando estrategias para enfrentarse a ellas.

En el caso de la patología anoréxica, la hospitalización se reserva para complicaciones médicas con riesgo para la vida, pérdida severa de peso y otras complicaciones incontroladas.

1.2. Identificación y diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria por el odontólogo

El odontólogo es uno de los primeros sanitarios que pueden establecer contacto con pacientes que padecen trastorno de la conducta alimentaria (TCA), por lo que su papel se puede antojar clave en el diagnóstico de este tipo de patologías (19,20). El tratamiento satisfactorio y el seguimiento de las complicaciones orales asociadas con este tipo de problemas a menudo dependen de la necesidad de incidir e identificar los factores causales y abordarlos junto con el paciente. Además, debe incrementarse el diagnóstico y el abordaje de este tipo de problemas sistémicos-orales como consecuencia del objetivo que estableció "Healthy People 2020 Oral Health": Incrementar la proporción de adultos que reciben intervenciones de forma preventiva en las clínicas dentales (21,22).

Existen diversos estudios que intentan medir el grado de conocimiento de los odontólogos, a modo de ejemplo, un estudio entrevistó a 100 dentistas examinándolos sobre su cultura acerca de los signos orales de la bulimia nerviosa: El 91% identificó correctamente la existencia de erosión dental y el 66% especificó como signo probable la hipersensibilidad dentinaria. A pesar de que es muy común la disfunción de la glándula parótida, el 32% dijo que no era algo habitual en la bulimia nerviosa y el 52% no supo ni qué decir. Como posible signo diagnóstico, el 51% reportó el incremento de la caries dental; sin embargo, sólo el 29% lo hizo con la xerostomía y el 19% con alargamiento de la glándula parótida (23). En conclusión, es probable que exista un conocimiento bajo sobre las manifestaciones orales de los trastornos de conducta alimentaria dentro de la profesión de odontología.

A continuación desarrollaremos las manifestaciones orales más frecuentes descritas de los trastornos de conducta alimentaria, que dependen de la duración y frecuencia del comportamiento purgativo, las deficiencias nutricionales y consecuencias metabólicas (24):

1) Erosión Dental: El tipo específico de erosión del esmalte observado en estos pacientes se denomina "perimilolisis" y son las lesiones erosivas que se encuentran en las caras palatinas de los dientes superiores debidos al TCA con hábito purgativo y suelen tener coincidencia con la forma de la lengua. Por el contrario, en la anorexia nerviosa tipo restrictiva las erosiones más frecuentes se encuentran en la zona vestibular por el consumo de bebidas ácidas como el ácido cítrico del limón ya que tiene menos poder calórico. Las erosiones severas pueden incrementar la sensibilidad dental al tacto y la temperatura, y los bordes incisales erosionados provocan un acortamiento de las coronas clínicas dentales. Incluso la erosión puede evolucionar hacia la región posterior provocando una disminución de la dimensión vertical (19,24,25).

2) Caries Dental: La caries dental característica del trastorno de conducta alimentaria es debido al alto consumo de comida cariogénica, pobre higiene y perturbaciones de las glándulas salivales. No existe una clara diferencia entre la prevalencia de la caries entre la población con esta patología y la población que no la tiene. La caries es causada principalmente por carbohidratos alimentarios y por la xerostomía causada por el tratamiento farmacológico antidepresivo (18,23).

3) Enfermedad Periodontal: No existe una clara diferencia entre los grupos de trastornos de conducta alimentaria, aunque la gingivitis que puede existir suele estar relacionada con la pobre higiene oral, deficiencias nutricionales de vitamina C y la deshidratación de los tejidos debido a la disfunción de las glándulas salivales (19,20,24).

4) Lesiones Mucosas: Las deficiencias nutricionales por anemia ferropénica y reducción del consumo vitamínico pueden desarrollar queilitis angulares, candidiasis, glositis y ulceraciones mucosas. También puede estar presente sensación urente en lengua. Lesiones eritematosas son frecuentes en pacientes con hábitos purgativos, con lesión del paladar blando debido a objetos utilizados para inducir el vómito.

Destaca la aparición de manera común de eritema labial debido al vómito auto-inducido sobre todo en bulimia nerviosa, queilitis exfoliativa que se relaciona a factores sistémicos, lesiones hemorrágicas debido a la extravasación de eritrocitos por lesiones producidas con objetos que provocan el vómito, hábito de mordida de mejilla-labio debido al estrés y paladar naranja-amarillo a causa de una dieta alta en carotenos y consumo de suplementos de vitamina A (19,24,26).

5) Afectaciones Salivales: Se ha descrito un alargamiento de las glándulas parótidas por sialodenoisis, causada por los desórdenes metabólicos. A veces la sialodenoisis también afecta a las glándulas salivares menores. El flujo salivar disminuye debido a los cambios estructurales de la glándula. Como efecto secundario a los fármacos antidepresivos aparece xerostomía. También se explica el desbalance de fluidos porque los pacientes realizan un uso abusivo de laxantes y diuréticos con vómitos persistentes (19,24).

6) Otras complicaciones orales: En pacientes con anorexia nerviosa se ha observado osteopenia y posterior osteoporosis. Esta pérdida ósea los hace predisponentes a fracturas óseas, como también hace a los pacientes más susceptibles a una reabsorción del hueso alveolar más agresiva (24). Es reseñable que hay manifestaciones secundarias a alguna causa patológica, pero a veces no existe explicación de por qué aparecen (como puede ser la xerostomía, el síndrome de ardor bucal o la disgeusia) y se entiende que se debe a una somatización con origen psicogénico. Existen estudios que detallan el rol potencial de algunos cambios neurológicos centrales y periféricos en la patogénesis de esos síntomas inexplicables (27).

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo principal

1) Realizar una extensa revisión bibliográfica con el propósito de conocer cómo el odontólogo puede realizar un diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria.

2.2. Objetivos secundarios

1) Determinar las principales manifestaciones clínicas orales con las que el odontólogo puede tener una sospecha de que exista un trastorno de conducta alimentaria.

2) Identificar un plan de abordaje estratégico de tratamiento preventivo para enfrentarse a los trastornos de conducta alimentaria cuando se presenten en la clínica odontológica.

3. MATERIAL Y MÉTODO:

3.1. Material

Para la realización de este trabajo consistente en una revisión bibliográfica se hizo uso de la base de datos PUBMED, cuya estrategia de búsqueda se detallará a continuación. Las fuentes consultadas fueron:

- **Revistas (ordenadas por su índice de impacto):**

- The British Journal of Psychiatry (5,867)
- International Journal of Eating Disorders (3,897)
- Canadian Journal of Psychiatry (3,612)
- Appetite (3,174)
- Clinical Oral Investigations (2,386)
- European Journal of Oral Sciences (1,655)
- BMC Oral Health (1,602)
- International Journal of Dental Hygiene (1,380)
- European Journal of Dental Education (1,343)
- British Dental Journal (1,274)
- Psychiatria Polska (1,196)
- Journal of Dental Education (1,102)
- Revista Paulista de Pediatria (0,930)
- Journal of Clinical Pediatric Dentistry (0,854)

- **Libros:**

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria versión resumida. 1ª ed. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
- España Ministerio de Sanidad PS e I. CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica; 2016
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Cangas AJ, Maldonado AL, López M. Manual de psicología clínica y general. Alborán; 2002.

- Longo, DL. Kasper, D. Jameson, L. Fauci, A. Hauser, S. Loscalzo J. Harrison : principios de medicina interna (Vol 1). 18ª ed. McGraw-Hill Interamericana; 2012.

3.2. Método

A continuación, expongo en tres diferentes apartados la manera en la que he realizado la búsqueda:

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Fecha de publicación	Últimos 10 años	Anterior a los últimos 10 años
Estudio realizado en	Humanos	Animales
Idiomas	Español e Inglés	Otro idioma diferentes al Español o al Inglés

- **PRIMERA BÚSQUEDA:**

Para la primera investigación de artículos, se realizó como primera norma búsquedas en PUBMED aplicando los criterios de inclusión usando los términos indicados por Decs cuyos resultados fueron:

	Sin criterios de inclusión	Con criterios de inclusión
"Diagnosis"	9.426.429	2.465.635
"Identification"	616.221	155.944
"Eating Disorders"	15.173	6.198
"Feeding Disorders"	495	224
"Oral Health"	34.868	14.597
"Oral Effects"	174	28
"Dentist"	40.766	9.490

- **SEGUNDA BÚSQUEDA:**

En la segunda búsqueda en PUBMED se utilizó diferentes combinaciones con los descriptores asociándolos con el operador booleano AND y aplicando los criterios de inclusión utilizados anteriormente:

	Resultados	Seleccionados
"Oral health" AND "Eating disorders"	33	14
"Oral health" AND "Feeding disorders"	0	0

<i>"Oral effects" AND "Eating disorders"</i>	2	1
<i>"Oral effects" AND "Feeding Disorders"</i>	0	0
<i>"Identification" AND "Eating disorders" AND "Dentist"</i>	0	0
<i>"Identification" AND "Feeding disorders" AND "Dentist"</i>	0	0
<i>"Diagnosis" AND "Eating disorders" AND "Dentist"</i>	9	4
<i>"Diagnosis" AND "Feeding disorders" AND "Dentist"</i>	0	0
<i>"Eating disorders" AND "Dentist"</i>	18	7
<i>"Feeding disorders" AND "Dentist"</i>	0	0

- **TERCERA BÚSQUEDA:**

Por último, se procedió a una última búsqueda basándonos en el nivel de evidencia científica. Para ello, a los resultados previos que arrojaron resultados le añadimos los descriptores correspondientes a los niveles de evidencia:

	Meta-analysis	Systematic reviews	Clinical trials	Cohort studies	Case control studies	Case series	Randomized Controlled Trial
<i>"Oral health" AND "Eating disorders"</i>	2	3	2	3	1	0	4
<i>"Oral effects" AND "Eating disorders"</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>"Diagnosis" AND "Eating disorders" AND "Dentist"</i>	0	0	1	1	0	1	1
<i>"Eating disorders" AND "Dentist"</i>	1	1	1	1	0	1	1

Tras el procedimiento de búsqueda, realizando la selección por títulos y abstract, además de eliminar los artículos duplicados, he realizado la selección de 17 artículos.

4. RESULTADOS

Se han seleccionado 17 artículos, de los cuales: 9 corresponden al diagnóstico, 5 al abordaje clínico y 3 a la evaluación de conocimiento del odontólogo del trastorno de conducta alimentaria.

1- Diagnóstico:

REVISTA/ AÑO	TÍTULO	AUTORES	TIPO ARTÍCULO	OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<i>British Journal of Psychiatry,</i> 2015 JCR=5,867	<i>Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis</i>	Kisely S, Baghaie H, Lalloo R et cols.	Revisión sistemática y metaanálisis entre 1951 y 2014	Determinar asociación entre los trastornos de conducta alimentaria y la pobre salud oral, con o sin purga.	Subraya la importancia de la colaboración entre odontólogos y médicos. Los odontólogos deberían ser los primeros clínicos que sospechen de que existe un trastorno de conducta alimentaria, guiando a los pacientes reticentes a que obtengan un tratamiento psiquiátrico.
<i>International Journal of Eating Disorders,</i> 2010 JCR=3,897	<i>Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health</i>	Ximenes R, Couto G, Sougey E.	Cuestionario y exploración dental a 650 pacientes (12-16 años)	Examinar la prevalencia de las alteraciones orales relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria y factores asociados.	Revela una alta prevalencia de adolescentes en riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria, en concreto las chicas de 13 años. La presencia de alteraciones orales está asociada a los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria, ayudando a la detección precoz de casos subclínicos.
<i>Canadian Journal of Psychiatry,</i>	<i>No mental health without oral health</i>	Kisely S.	Artículo de opinión	Informar de las implicaciones que tienen las enfermedades mentales en la boca en dos vías:	Centrar el esfuerzo en incrementar la salud física de los pacientes con enfermedades mentales severas debería incluir la mejor de la salud oral. Entre las que

2016 <i>JCR=3,612</i>				La ansiedad y fobia que causa el tratamiento dental y las manifestaciones clínicas que causan las enfermedades mentales.	destacan: Intervenciones de ayuda con la higiene oral, seguimiento de la boca seca producida iatrogénicamente y una temprana remisión al odontólogo.
<i>Appetite,</i> 2012 <i>JCR= 3,174</i>	<i>Oro-facial manifestations in patients with eating disorders</i>	Romanos GE, Javed F, Romanos EB et cols	Revisión sistemática 1948-2012	Realizar una revisión bibliográfica de las manifestaciones oro-faciales más frecuentes en pacientes con trastorno de conducta alimentaria.	Las manifestaciones oro-faciales más frecuentes en pacientes con trastorno de conducta alimentaria son: Labios secos, síndrome de ardor bucal y aumento de la glándula parótida.
<i>Clinical Oral Investigations</i> 2018 <i>JCR=2,386</i>	<i>Orofacial manifestations in outpatients with AN and BN focusing on the vomiting behavior</i>	Lourenço M, Azevedo A, Brandão I et cols.	Estudio caso-control. Cuestionario y exploración clínica a 33 pacientes mujeres.	Evaluar salud oral y problemas orofaciales en un grupo de pacientes con trastornos de conducta alimentaria (AN/BN) focalizándose en la influencia del vómito	Los pacientes ambulatorios con trastornos de conducta alimentaria padecen una mayor incidencia de complicaciones orales con una salud oral inferior, comparados con controles de género y edad. Las alteraciones orales verificadas dentro de los pacientes ambulatorios son bastante similares a la de los pacientes hospitalizados.
<i>European Journal of Oral Sciences,</i> 2012 <i>JCR=1,655</i>	<i>Eating disorders and oral health: a matched case-control study</i>	Johansson AK, Norring C, Unell L et cols.	Estudio caso-control (54 pacientes con AN y BN)	Comparar el estado de salud oral de pacientes con trastornos de conducta alimentaria con controles de género y edad. Así, identificar los parámetros clínicos que pueden alertar al	El odontólogo debe alertarse ante patología dental, síndrome de ardor bucal, labios secos y agrietados, y erosión dental que puede ser indicativo de la existencia de un trastorno de conducta alimentaria. Importante el diagnóstico temprano para un seguimiento satisfactorio y evitar el empeoramiento

				odontólogo de la existencia de los trastornos de conducta alimentaria.	del estado dental y psiquiátrico causado por la enfermedad.
British Dental Journal, 2017 JCR=1,274	<i>The impact of BN on oral health: a review of the literature</i>	Rosten A, Newton T.	Revisión sistemática 1993-2017.	Discutir las manifestaciones orales más frecuentes del desorden, lo que permitirá al profesional planificar un correcto tratamiento integral.	Las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes con bulimia nerviosa son: erosión dental, hiperplasia de parótida, disminución flujo salival y caries dental. Los profesionales de la salud dental pueden ser los primeros en identificar los signos de la bulimia nerviosa.
Revista Paulista Pediatría, 2013 JCR=0,930	<i>Eating disorders in childhood and adolescence</i>	Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM et cols	Revisión sistemática 2007-2011.	Tratar los trastornos de conducta alimentaria en niños y adolescentes recordando sus características y factores de riesgo.	Entre los factores de riesgo destacan: los medios y los ambientes (sociales y familiares). A los trastornos de conducta alimentaria se le asocian problemas nutricionales, perjuicio social y problemas orales como erosión dental, queilitis, periodontitis e hipertrofia de la glándula parótida.
Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 2011 JCR=0,854	<i>Eating disorders and their implications on oral health- role of dentists.</i>	Kavitha PR, Vivek P, Hedge AM.	Revisión sistemática + artículo de opinión	Revisar el rol del odontopediatra a la hora de identificar manifestaciones orales de los trastornos de conducta alimentaria, necesario para el diagnóstico temprano y remisión.	Los dentistas se consideran el primer profesional de salud que puede encontrarse con un trastorno de conducta alimentaria no diagnosticado. Debería de tenerse en cuenta toda la sintomatología oral que causan, no sólo la erosión dental, que puede aparecer a los meses o años de instauración del trastorno de conducta alimentaria.

2- Abordaje clínico:

REVISTA/ AÑO	TÍTULO	AUTORES	TIPO ARTÍCULO	OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<i>European Journal of Dental Education, 2012</i> JCR=1,343	<i>Evaluate, assess, treat: development and evaluation of the EAT framework to increase effective communication regarding sensitive oral-systemic health issues.</i>	DeBate RD, Cragun D, Gallentine AA et cols.	Descriptor programa de entrenamiento de comunicación con pacientes sistémicos graves (trastorno alimentario).	Desarrollar y evaluar una herramienta para entrenar al profesional de la salud oral a participar en la prevención 2ª de los trastornos de conducta alimentaria basándose en la B-MI (breve entrevista motivacional)	La habilidad de los profesionales de la salud oral de comunicar efectivamente a los pacientes que padecen una enfermedad oral-sistémica sensible es crítica para la mejora de su salud. La herramienta EAT debería servir para establecer intervenciones preventivas en los gabinetes dentales para cumplir con los objetivos de salud oral sobre "Gente Saludable en 2020".
<i>Psychiatria Polska, 2015</i> JCR=1,196	<i>Dental needs of psychiatric patient with eating disorder.</i>	Szupiany T, Pytko-Polończyk J, Rutkowski K.	Exploración clínica y diagnóstico 40 pacientes.	Determinar el cuidado dental que necesitan estos pacientes con la necesidad de una colaboración interdisciplinar con psiquiatras y psicólogos.	Las necesidades dentales de estos pacientes son enormes y a menudo requieren tratamiento dental inmediato. El diagnóstico y tratamiento interdisciplinar proporciona una imagen completa de los problemas y necesidades del paciente.
<i>Journal of Dental Education, 2009</i> JCR= 1,102	<i>Development and Evaluation of a Web-based training program of oral health care providers on 2ª prevention of ED.</i>	DeBate RD, Severson H, Zwold ML et cols.	Descriptor programa de entrenamiento prevención 2ª de trastorno conducta alimentaria.	Evaluar proyecto piloto de una web de entrenamiento para los profesionales de la salud oral sobre la prevención 2ª de los trastornos de conducta alimentaria.	La prevención 2ª y habilidades clínicas del profesional de la salud oral respecto a esta patología no es adecuado debido a la ausencia de didáctica e instrucción clínica en su educación. Eficacia en este programa de entrenamiento para una mejor prevención 2ª basado en diagnóstico y acercamiento.

<i>Journal of Dental Education, 2014</i> JCR= 1,102	<i>Randomized trial of 2 e-learning programs for oral health students on secondary prevention of ED.</i>	DeBate RD, Severson H, Cragun D et cols.	Ensayo controlado aleatorizado.	Comparar dos programas de aprendizaje de salud oral sobre los trastornos de conducta alimentaria.	Los programas de entrenamiento interactivos podrían ser más eficaces que los programas sólo teóricos para mejorar las habilidades y eficacia necesaria para cambiar el comportamiento de este tipo de pacientes.
<i>Journal of Dental Education, 2017</i> JCR= 1,102	<i>Using intervention mapping to develop an oral health e-curriculum for secondary prevention of ED.</i>	DeBate RD, Bleck JR, Raven J et cols.	Descriptor mapa intervención ante trastornos conducta alimentaria.	Explicar cómo se emplea un mapa de intervención como guía para desarrollar e implementar una actuación basada en teoría y evidencia para la prevención 2ª de los trastornos alimentarios.	El mapa de intervención usado en este estudio recalca la importancia del comportamiento del clínico para incidir positivamente en la mejora de la salud de los pacientes con trastorno de conducta alimentaria.

3- Conocimiento del odontólogo del trastorno de conducta alimentaria:

REVISTA/ AÑO	TÍTULO	AUTORES	TIPO ARTÍCULO	OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<i>BMC Oral Health, 2015</i> JCR=1,602	<i>Eating Disorders-knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists</i>	Johansson AK, Johansson A, Nohlert E et cols	Cuestionarios 4282 odontólogos noruegos.	Investigar conocimiento, actitudes y experiencia clínica sobre pacientes con trastorno de conducta alimentaria entre dentistas noruegos.	Reportaron experiencia clínica limitada e insuficiente conocimiento sobre los trastornos de conducta alimentaria. Existe una necesidad de incrementar ambos aspectos en la educación de pregrado y tener una educación continuada de este ámbito, aportando al paciente una correcta prevención 2ª y seguimiento.

<p>International Journal of Dental Hygiene, 2017 JCR=1,380</p>	<p><i>Eating disorders professionals` perceptions of oral health knowledge</i></p>	<p>Johnson LB, Boyd LD, Rainchuso L et cols</p>	<p>Cuestionario 107 profesionales de la salud mental.</p>	<p>Asesorar sobre conocimiento de la salud oral a los profesionales especialistas en el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria, para una mejora en el cuidado de su salud oral.</p>	<p>Los profesionales de la salud mental perciben el cuidado oral muy importante, por lo que es un paso adelante hacia un cuidado colaborativo que mejore los resultados del cuidado oral en pacientes con trastorno de conducta alimentaria.</p>
<p>Journal of Dental Education, 2017 JCR= 1,102</p>	<p><i>Educating dental students about eating disorders:perceptions and practice of interprofessional care</i></p>	<p>Frimenko KM, Murdoch-Kinch CA, Inglehart MR.</p>	<p>Cuestionario 596 estudiantes de odontología en Estados Unidos.</p>	<p>Valorar la experiencia educacional de los estudiantes de odontología respecto a los trastornos de conducta alimentaria y su cuidado interprofesional.</p>	<p>Los estudiantes de odontología califican su experiencia educacional respecto al cuidado interprofesional del paciente con enfermedad sistémica de forma positiva, pero lo hacen de forma negativa respecto a su educación sobre enfermedades mentales (trastorno conducta alimentaria).</p>

5. DISCUSIÓN

La discusión se dividirá en tres apartados, que coincidirán con las tres clasificaciones realizadas para distinguir los diferentes temas tratados en los artículos.

Diagnóstico

En un metaanálisis realizado por Kisely S y cols en 2015 (28), examinaron 3 variables en 10 artículos entre 1951 y 2014, que trataban la salud oral en los pacientes con trastorno de conducta alimentaria. Las 3 variables fueron la erosión dental, número de caries e hiposalivación considerando si existía o no hábito de vómito auto inducido en los pacientes con trastorno alimentario. Concluyeron que la erosión dental era 5 veces más frecuente en estos pacientes, siendo los valores más altos en los pacientes con vómito auto inducido. También se asocian el número de caries y menor fluido salival en los pacientes con trastorno alimentario, siendo además la hiposalivación un factor que aumenta el riesgo de padecer caries. Coincide con un estudio de Ximenes R y cols en 2010 (29) en el que observan en adolescentes entre 12-16 años que las erosiones dentales son el signo más frecuente asociado con los síntomas del trastorno de conducta alimentaria. También encuentran que se relaciona con este tipo de patologías la mucositis, queilitis e hipertrofia de las glándulas salivares. Relacionan al hábito bruxista más con la ansiedad que con la patología alimentaria en sí.

En otro artículo realizado por Kisely S en 2016 (30) en el que escribe sobre la salud oral de los pacientes psiquiátricos, distingue que la xerostomía es un síntoma provocado por deficiencias nutricionales y uso de fármacos psicotrópicos y se da mayoritariamente en pacientes con anorexia. Los cambios en el flujo salival debido a una patología en la glándula parótida se deben al hábito de purga en los pacientes con bulimia principalmente. En una revisión sistemática de Romanos GE y cols en 2012 (31) explica que la erosión dental característica existente en los pacientes bulímicos se encuentran por palatino del sector antero superior debido al hábito purgativo. Asimismo, la erosión dental del paciente anoréxico se encuentra en mayor medida por el sector vestibular, debido al alto consumo de comida ácida, en concreto fruta ácida que les ayuda a mantener una dieta de bajas calorías. Por otro lado, indica que pueden aparecer desordenes temporomandibulares, como dislocación o subluxación condilar debido a la apertura excesiva bucal para realizar el vómito.

En un estudio de caso-control efectuado por Lourenço M y cols en 2018 (32) a los demás argumentos ya tratados por los anteriores autores, explica que la erosión dental es un factor predisponente a sufrir hipersensibilidad dentinaria cuando aumenta la severidad de la erosión. Además, pacientes anoréxicos debido a déficits nutricionales de vitamina C pueden padecer alteraciones de la salud periodontal. También es reseñable la existencia síndrome de ardor bucal. La atrofia de la mucosa oral debido al efecto del vómito y deficiencias nutricionales pueden ser su agente etiológico.

En otro estudio de caso-control realizado por Johansson AK y cols en 2012 (33) obtienen como resultado un aumento de la glándula parótida en 4 de cada 8 pacientes bulímicos y 12 de cada 32 pacientes con trastorno alimentario no específico. Los pacientes con trastorno de conducta alimentaria pueden tener dificultades a la hora de tragar. Aparece la "sensación de globo" en la garganta, siendo más frecuente en los casos que en los controles. Esta sensación puede asociarse a altos niveles de depresión, ansiedad y síntomas somáticos. También puede asociarse a problemas de reflujo gastroesofágico, hiposalivación y trastornos temporomandibulares.

La gingivitis y alto nivel de placa no suelen asociarse a este tipo de patologías, porque tienen hábitos obsesivo-compulsivos de cepillado dental, lo que además puede incrementar la erosión dental si se realiza después del vómito y el pH oral no es equilibrado antes con enjuagues de leche, agua o preparaciones antiácidas (28,29,33)

En una revisión sistemática sobre la bulimia nerviosa de Rosten A y cols en 2017 (34) concluyen crucial que el clínico entienda que la ausencia de agrandamiento de parótida no excluye al paciente de padecer bulimia. El comportamiento purgativo puede estar presente sin presentarse agrandamiento de parótida. Otro hecho destacable es que Rosten A determina que la cantidad de *Streptococcus Mutans* en los pacientes con trastorno de conducta alimentaria es mayor que en la población sana.

En un estudio realizado por Gonçalves JA y cols en 2013 (35) destacan que es importante conocer que en la etiología del proceso puede haber factores ambientales como los medios de comunicación y el ambiente familiar o social.

Por último, Kavitha PR y cols en un estudio de 2011 (36) explican que existen signos dermatológicos que pueden ayudar al diagnóstico del trastorno alimentario oculto. Estos signos son: xerosis, lanugo, efluvio telogéno, carotenodermia, acné,

hiperpigmentación y dermatitis seborreica. El signo cutáneo más característico del hábito purgativo es el signo de Russell, definido como callos en los nudillos o en la palma de la mano debido al repetido roce al provocar el vómito.

Abordaje clínico

En un estudio realizado por Szupiany T y cols en 2015 (37) se efectúan exploraciones clínicas completas a 40 pacientes psiquiátricos con trastorno de conducta alimentaria. La exploración incluye índice de placa, radiografías, examen bacteriológico y fúngico. Concluye que los pacientes con trastorno de conducta alimentaria necesitan desde tratamientos simples (tartrectomías u obturaciones) hasta tratamientos multi-fase (extracciones dentales, endodoncias, tratamiento de las erosiones dentales...etc). Incide en la importancia de la salud oral, ya que lesiones inflamatorias como abscesos pueden empeorar la salud general pero también puede empeorar la patología oral el cuadro psiquiátrico. La autoestima decrece ya que la salud oral es importante para la imagen social corporal. Es vital el tratamiento de estos pacientes de forma interdisciplinar.

En los artículos que hablamos a continuación, De Bate RD y cols tratan de crear programas de educación e intervención para mejorar la prevención secundaria que el odontólogo puede ofrecer al paciente con trastorno de conducta alimentaria. En 2009 (38) crea un programa vía Web de entrenamiento en la que pretende mejorar de los odontólogos respecto a los trastornos de conducta alimentaria su evaluación clínica y diagnóstico, enfoque y comunicación con el paciente, remisión interdisciplinar y tratamiento de la patología oral. Incluye en este programa la herramienta "EAT framework" (Evaluación, Análisis y Tratamiento) (21) y está basada en la "B-MI" (Brief Motivational Interviewing), la cual es una técnica desarrollada por psicólogos en la que se pretende con el paciente establecer unos objetivos para influir en la motivación de los mismos con motivo a que se adhieran a un tratamiento en la que modifiquen su conducta. La "MI" está basada en 5 principios: a) Expresión de empatía; b) Desarrollar una clara diferencia entre el comportamiento del paciente y su amplio valor personal; c) Evitar el "Reflejo de derecho" (yo soy el profesional y tienes que hacer lo que yo diga); d) Trabajar con la resistencia del paciente usando habilidades de escucha; e) Construir confianza con el paciente para hacer frente a las barreras del cambio.

Por otra parte, De Bate RD y cols realizaron un estudio comparativo en 2014 (39) entre programas de aprendizaje vía Web sobre la prevención secundaria de

trastornos de conducta alimentaria y concluyó que los programas interactivos son mucho más didácticos que los que sólo utilizan texto teórico. Es imprescindible que en el aprendizaje existan vídeo y demás material para enseñar sobre cómo tratar a este tipo de pacientes. Para ayudar a desarrollar este tipo de programas, De Bate RD y cols en 2017 (40) desarrollaron un mapa de intervención consistente en 6 pasos para actuar ante los trastornos alimentarios: a) Evaluación de necesidades; b) Crear objetivos para el cambio; c) Seleccionar método de intervención y llevarlo a la práctica; d) Organizar un plan de intervención (EAT framework); e) Actuación; f) Evaluación.

Evaluación conocimiento odontólogo del trastorno de conducta alimentaria

Es importante percibir la importancia que este tipo de patologías tiene para el odontólogo, presumiblemente el primer clínico al que puede presentarse el trastorno de conducta alimentaria. Por el contrario, existen estudios que demuestran que los odontólogos no tienen el suficiente conocimiento que debería para abordar este tipo de pacientes.

En un artículo realizado por Johansson AK y cols en 2015 (41) se les sometió a un cuestionario de 33 preguntas a todos los odontólogos en Noruega (4282 odontólogos) concluyó que el odontólogo siente que tiene experiencia clínica limitada y su conocimiento sobre esta patología es limitado. El conocimiento sobre los trastornos de conducta alimentaria era mayor en mujeres que en hombres, los odontólogos con menos de 5 años de experiencia percibían su conocimiento relativamente mejor que aquellos que tenían más de 5 años de experiencia y la forma de aprendizaje era mayor debido a los medios que debido a la universidad o cursos sobre los trastornos alimentarios. Es remarcable que sólo la mitad de los odontólogos pensaban que el paciente debería ser informado de la sospecha del trastorno. Esto lleva a lamentar que se pierde la oportunidad de un diagnóstico temprano, que es muy importante para el satisfactorio seguimiento de estos pacientes.

Por otro lado, en un estudio realizado por Johnson LB y cols en 2017 (42), se escogen a 107 profesionales del tratamiento de trastorno de conducta alimentaria y se les realiza un cuestionario. El 85% de los encuestados estaba correctamente entrenado en trastorno de conducta alimentaria, el 64,4% no estaba satisfecho con el nivel de educación sobre salud oral que tuvieron y el 19,5% reportó no tener nada de educación sobre salud oral. El 84% clarificó saber el riesgo de enfermedad oral debido al trastorno.

Para finalizar, en un estudio realizado por Frimenko KM y cols en 2017 (43), 596 estudiantes de 22 universidades realizaron una encuesta sobre la educación que tenían sobre trastornos de conducta alimentaria. Los estudiantes respondieron que se sentían educados de forma básica en los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y sus efectos sistémicos, pero no se sentían correctamente aleccionados sobre el trato interprofesional que deben tener estos pacientes. Ellos expresan que la remisión de pacientes la centran más en patología de salud general, que en pacientes con enfermedades mentales. Raramente ellos derivan los pacientes a los profesionales de salud mental.

6. CONCLUSIONES

- 1) Entre la patología oral más frecuente se encuentra la erosión dental, caries dental, xerostomía, agrandamiento de la glándula parótida, hipersensibilidad dentinaria por exposición túbulos dentinarios, síndrome de ardor bucal, mucositis, queilitis angulares, desórdenes temporomandibulares como dislocación o subluxación condilar y es destacable la posible existencia del signo de Russell en los pacientes que tienen hábito purgativo.
- 2) Es importante no descartar la existencia de trastorno de conducta alimentaria aunque no aparezcan los síntomas orales más frecuentes en la enfermedad.
- 3) El odontólogo es en muchas ocasiones el primer clínico que puede identificar esta patología, de ahí su especial relevancia.
- 4) Para el abordaje clínico se debe elaborar un mapa de actuación, que incluya: una correcta evaluación, establecimiento de pequeños objetivos, plan de tratamiento multidisciplinar, acercamiento con el paciente para comprenderlo y poder motivarlo para el tratamiento y por último, evaluación continua.
- 5) Es necesaria una mejor formación en las facultades de Odontología sobre los trastornos de conducta alimentaria, tanto para su diagnóstico, su manejo, remisión interprofesional y seguimiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria versión resumida. 1ª ed. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
2. España Ministerio de Sanidad PS e I. CIE-10-ES : Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica; 2016.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5. 5ª. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Cangas AJ, Maldonado AL, López M. Manual de psicología clínica y general. Alborán; 2002.
5. Nasser M. A prescription of vomiting: Historical footnotes. *Int J Eat Disord* 1993;13(1):129–31.
6. Bemporad JR. Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theor Med* 1997;18(4):401–20.
7. Wijbrand-Hoek H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389–94.
8. Gómez-Candela C, Palma S, Miján A, Rodríguez P, Matía P, Loria V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutr Hosp* 2018;35(1):11–48.
9. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):406–14.
10. Altuna ID. Patología oral en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Vol. 2017. 2017.
11. Álvarez-Malé ML, Bautista I, Serra L. Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutr Hosp* 2015;31(5):2283–8.
12. Gómez-Candela C, Palma S, Miján A, Rodríguez P, Matía P, Loria V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutr Hosp* 2018;35:49–97.
13. Martz DM, Rogers CB. Understanding and Treating Women's Body Image and Eating Disorders. *N C Med J* 2016;77(6):426–9.
14. Steinberg BJ. Medical & Dental Implications of ED. *J Dent Hyg* 2014;88(3):156–9.
15. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2015;56(11):1141–64.

16. Podfigurna-Stopa A, Czyzyk A, Katulski K, Smolarczyk R, Grymowicz M, Maciejewska-Jeske M, et al. Eating disorders in older women. *Maturitas* 2015;82(2):146–52.
17. Klump KL, Fichter MM, Mitchell J, Kaye WH, Berrettini WH, Bulik CM, et al. Significant Linkage on Chromosome 10p in Families with Bulimia Nervosa. *Am J Hum Genet* 2003;72(1):200–7.
18. Longo DL, Kasper D, Jameson L, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. *Harrison : principios de medicina interna (Vol 1)*. 18 ed. McGraw-Hill Interamericana; 2012.
19. Correa AC, De Paula C, Athanassios T. Eating disorders: Psychiatric Diagnosis and Dental Implications. *J Contemp Dent Pract* 2008;9(6):1–11.
20. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Aust Dent J* 2005;50(1):6–15.
21. DeBate RD, Tomar SL, Tedesco LA, Koerber A, Christiansen S, McCormack Brown K, et al. Evaluate, assess, treat: development and evaluation of the EAT framework to increase effective communication regarding sensitive oral-systemic health issues . *Eur J Dent Educ* 2012;16(4):232–8.
22. Christiansen S, Hendricson W, Gau JM, Tedesco LA, Tomar SL, Cragun DL, et al. Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Educ Res* 2013;28(3):472–87.
23. DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J Dent Educ* 2005;69(3):346–54.
24. Misra N, Mehra A, Misra P, Mehra J. Oral Manifestations of Eating Disorders. *J Indian Acad Oral Med Radiol* 2012;22:19–22.
25. Hague AL. Eating disorders Screening in the dental office. *J Am Dent Assoc* 2010;141(6):675–8.
26. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. *J Psychiatr Res* 2018;96:178–82.
27. Di Fede O, Di Liberto C, Campisi G, Lo Muzio L, Panzarella V, Lo Russo L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis* 2008;14(6):479–84.
28. Kisely S, Bagaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015;207(4):299–305.
29. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord* 2010;43(1):59–64.

30. Kisely S. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry* 2016;61(5):277–82.
31. Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite* 2012;59(2):499–504.
32. Lourenço M, Azevedo Á, Brandão I, Gomes PS. Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior. *Clin Oral Investig* 2018;22(5):1915–22.
33. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: A matched case-control study. *Eur J Oral Sci* 2012;120(1):61–8.
34. Rosten A, Newton T. The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature. *Br Dent J* 2017;223(7):533–9.
35. Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBS de M, Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(1):96–103.
36. Kavitha PR, Vivek P, Hegde AM. Eating disorders and their implications on oral health--role of dentists. *J Clin Pediatr Dent* 2011;36(2):155–60.
37. Szupiany T, Pytko-Polończyk J, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr Pol* 2015;49(5):945–54.
38. Debate RD, Severson H, Zwald ML, Shaw T, Christiansen S, Koerber A, et al. Development and evaluation of a web-based training program for oral health care providers on secondary prevention of eating disorders. *J Dent Educ* 2009;73(6):718–29.
39. DeBate RD, Severson HH, Cragun D, Bleck J, Gau J, Merrell L, et al. Randomized trial of two e-learning programs for oral health students on secondary prevention of eating disorders. *J Dent Educ* 2014;78(1):5–15.
40. DeBate R, Bleck J, Raven J, Severson H. Using Intervention Mapping to Develop an Oral Health e-Curriculum for Secondary Prevention of Eating Disorders. *J Dent Educ* 2017;81(6):716–25.
41. Johansson AK, Johansson A, Nohlert E, Norring C, Åstrøm AN, Tegelberg Å. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. *BMC Oral Health* 2015;15(1):1–8.
42. Johnson LB, Boyd LD, Rainchuso L, Rothman A, Mayer B. Eating disorder professionals' perceptions of oral health knowledge. *Int J Dent Hyg* 2017;15(3):164–71.
43. Frimenko K, Murdoch-Kinch CA, Inglehart M. Educating Dental Students About Eating Disorders: Perceptions and Practice of Interprofessional Care. *J Dent Educ* 2017;81(11):1327–37.