



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

TRABAJO FIN DE GRADO

**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
DEL PACIENTE CON ANOREXIA
Y BULIMIA**

MARÍA EUGENIA PALACIOS DELGADO

TUTORA: M^a del Carmen Machuca Portillo

CO-TUTORA: Lucy J. Chandler Gutiérrez

SEVILLA 2020



**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. LUCY J. CHANDLER GUTIÉRREZ**, Profesora 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 "**TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANOREXIA Y BULIMIA**" ha sido realizado por el estudiante del Grado en Odontología **D^a. MARÍA EUGENIA PALACIOS DELGADO** 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 26 de Mayo de 2020.

Firmado digitalmente por MACHUCA
PORTILLO, MARÍA DEL CARMEN
28701732D. Fecha:2020.05.26

**Profª. M^a del Carmen Machuca Portillo
Tutora**

**Profª. Lucy J. Chandler Gutiérrez
Co-Tutora**



Facultad de Odontología



D/Dña. **Mª EUGENIA PALACIOS DELGADO** con DNI 30256145-J alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado:

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ANOREXIA Y BULIMIA.

DECLARO:

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso **2019/2020**, 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, 26 de mayo de 2020.

Fdo.: Mª EUGENIA PALACIOS DELGADO.

Quiero mostrar mi gratitud en primer lugar a mi tutora, la Dra. M^a del Carmen Machuca Portillo, por su gran implicación, esfuerzo, dedicación y ayuda, para llevar a cabo el presente trabajo fin de grado y poder concluir con esta etapa de mi vida.

A mis padres, por su gran apoyo incondicional durante este recorrido, dándome en muchas ocasiones ese empujón que necesitaba para no desistir, inculcándome que: "El éxito de la vida no está en vencer siempre, sino en no rendirse nunca".

Especial mención a mi hermana, mi fiel compañera de batallas, quién ha soportado mis agobios, mis noches de biblioteca, quién se ha preocupado cuando algún que otro obstáculo aparecía en el camino y ha festejado mis logros como si fueran los suyos propios. Gracias porque has sido uno de mis pilares fundamentales.

A mi empresa, por darme la oportunidad de desarrollarme en el mundo laboral y ofrecerme todas las facilidades para que académicamente consiguiera mis objetivos.

Y por último, a mis amigos y compañeros odontólogos con los que me he formado y compartido tantos momentos en estos años hasta llegar donde estamos ahora. Sin vosotros, nada hubiera sido lo mismo. Os echaré de menos.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las posibilidades de tratamiento odontológico en el paciente que presenta anorexia y bulimia.

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

Resultados y conclusiones: Entre las múltiples manifestaciones orales que se presentan en los trastornos de conducta alimentarias destacamos: la caries y erosión dental, la xerostomía y el agrandamiento de la glándula parótida. El conocimiento de estas patologías es sumamente importante para llevar a cabo un diagnóstico temprano de estas manifestaciones por parte del odontólogo y poder abordar el cuadro clínico con un plan de tratamiento apropiado. No obstante, el tratamiento del TCA del paciente siempre se llevará a cabo con un equipo multidisciplinar para alcanzar con éxito erradicar la patología.

ABSTRACT

Objective: To know the possibilities of dental treatment in the patient who has anorexia and bulimia.

Materials and Methodology: A bibliographic review was made in PubMed database and Academic Google, looking for articles in Spanish or English and that the studies were conducted in humans.

Results and Conclusions: Among the multiple oral manifestations that occur in eating disorders, we highlight: caries and dental erosion, xerostomia and an enlarged parotid gland. The knowledge of these pathologies is extremely important to carry out an early diagnosis of these manifestations by the dentist and to be able to approach the clinical picture with an appropriate treatment plan. However, the patient's eating disorders treatment will always be carried out with a multidisciplinary team to successfully eradicate the pathology.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1) Trastornos de la conducta alimentaria	1
1.1) <i>Definición</i>	1
1.2) <i>Clasificación</i>	1
1.3) <i>Epidemiología</i>	3
1.4) <i>Etiología y Factores de Riesgo</i>	3
1.5) <i>Criterios Diagnósticos</i>	4
1.6) <i>Patología Orales</i>	9
2) Tratamiento Odontológico de los TCA	10
2.1) <i>Medidas Preventivas</i>	11
2.2) <i>Patología Dental</i>	12
2.3) <i>Patología Periodontal</i>	13
2.4) <i>Patología de la Oclusión</i>	13
2.5) <i>Patología de la Mucosa Oral</i>	13
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y MÉTODO	14
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	25

INTRODUCCIÓN

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA):

1.1 Definición:

Los desórdenes alimentarios suponen un grupo de trastornos psicopatológicos crónicos y progresivos, de etiología multifactorial compleja, caracterizados por la presencia de anormalidades en la ingesta alimentaria, una distorsión de la autoimagen y un temor exacerbado al posible aumento de peso, que requiere del tratamiento multidisciplinar entre profesionales para abordar las diferentes manifestaciones (1,2).

Estas obsesiones con la comida, el cuerpo y el peso, pueden desembocar en condiciones de salud extremadamente graves que podrían tener una consecuencia fatal sino se trata a tiempo la patología (1).

1.2 Clasificación:

Podemos encontrar dos clasificaciones principales, una la ofrecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría (DSM) en su quinta edición y otra facilitada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según el DSM-5, que nos ofrece la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos de la conducta de la alimentación se clasifican en:

➤ Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (3,4):

◆ Pica:

- En niños.

- En adultos.

◆ Trastorno de rumiación.

◆ Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

◆ Anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo.

- Tipo por atracón/purgas.

- ◆ Bulimia nerviosa.
- ◆ Trastorno por atracón.
- ◆ Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos.
- ◆ Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados.

La Organización Mundial de la Salud (CIE-10) nos plasma la siguiente clasificación sobre los TCA (4,5):

➤ Trastornos de la conducta alimentaria.

◆ Anorexia Nerviosa:

- Anorexia nerviosa, no especificada.
- Anorexia nerviosa, tipo restrictivo.
- Anorexia nerviosa, tipo atracón/purga.

◆ Bulimia Nerviosa:

- Bulimia NEOM.
- Hiperorexia nerviosa.

◆ Otros trastornos de alimentación:

- Pérdida del apetito psicógena.
- Pica en adultos.

◆ Trastornos de la conducta alimentaria, no especificado:

- Anorexia nerviosa atípica.
- Bulimia nerviosa atípica.

1.3 Epidemiología:

Las diversas patologías generadas por trastornos en la conducta de la alimentación, son estadísticamente las enfermedades mentales más mortales (6).

En un estudio realizado en 2017 por Salmerón, Román y Casas , denotan ciertos cambios en la prevalencia de los TCA con respecto a las estadísticas publicadas por la DSM-V, apuntando una mayor prevalencia tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa en los últimos años (7).

La proporción por sexo es aproximadamente de 10 mujeres por cada hombre, 10:1, principalmente afecta al sexo femenino y en edades comprendidas entre los 15- 25 años, aunque también se han descrito casos en niños y personas mayores de 50 años (6,8).

En ciertos colectivos como el universitario, la tasa de incidencia tanto de anorexia como de bulimia aumenta considerablemente ya que son edades en la que el culto al cuerpo por permanecer delgados se vuelve prioritario y hace que la dieta sea la práctica más común. Varias investigaciones epidemiológicas han demostrado que del 7 al 19% sufren bulimia, y de ellos el 90-95% son mujeres (4,6).

En estas entidades clínicas el riesgo de recaída y muerte prematura es elevado, por lo que el diagnóstico precoz y una intervención adecuada es crucial, ya que sin un tratamiento eficiente hasta el 20% de las personas con desórdenes alimenticios graves mueren, mientras que con un tratamiento multidisciplinario correcto esta tasa desciende al 2-3% (9).

1.4 Etiología y Factores de Riesgo:

Partiendo de que el punto clave es la autopercepción distorsionada, la insatisfacción y rechazo con la apariencia física, mencionar un único factor desencadenante de algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria no sería profesionalmente lo más acertado, ya que nos encontramos ante unas entidades clínicas que presentan una etiología muy compleja y sus causas son multifactoriales. Confluyen por lo tanto una serie de factores de riesgos como son: factores biológicos, psicológicos, socioculturales, demográficos, familiares, hábitos personales, entre otros. A continuación, desarrollaremos más explícitamente algunos de ellos (10):

→ **Factores Biológicos:** la predisposición genética es un factor fundamental, el comportamiento ante la alimentación está regulado por el eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal, anormalidades en el funcionamiento de este eje son reflejadas en los pacientes que presentan desórdenes alimenticios apreciándose en ellos irregularidades en la síntesis, transmisión de hormonas y neurotransmisores como la serotonina, la leptina y la noradrenalina, además de hallazgos de alteraciones en los cromosomas 1, 2 y 13, en el metabolismo de las grasas, lesiones del lóbulo temporal o frontal del cerebro y calcificaciones cerebrales (11).

Observando la genética molecular, podíamos llegar a explicar hasta un 60-70% de los casos la susceptibilidad de algunos pacientes a padecer anorexia nerviosa. Con respecto a la bulimia nerviosa, las alteraciones generadas en el cromosoma 10, estarían relacionadas con el desarrollo de esta entidad clínica (11,12).

→ **Factores Psicológicos:** el miedo o pavor a engordar, depresión, ansiedad, la falta de autoestima, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos de personalidad o el perfeccionismo exacerbado contribuyen a la susceptibilidad de padecer un TCA (10,11).

→ **Factores Socioculturales:** Acontecimientos previos de abusos sexuales, verbales, físicos, haber sufrido acoso, influencia de los medios de comunicación, aislamiento y presión social contribuyen positivamente a la aparición de un TCA (11).

Además de estos factores explicados anteriormente, también debemos señalar una mayor probabilidad de padecer un TCA las mujeres de clase media-alta, las personas que abusan de las drogas, el alcohol o que han vivido disfunciones familiares traumáticas. En ciertos colectivos profesionales, como es entre otros el sector de la moda, también existe una mayor incidencia de este tipo de patologías (9-11).

1.5 Criterios Diagnósticos:

Existen diferentes criterios propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría para cada tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Atendiendo a la última edición de la DSM-5 destacamos (12,13):

I. Anorexia Nerviosa:

- A) Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
- D) Se elimina el criterio de amenorrea. (En la edición anterior la DSM-IV, sí contemplaban esta característica).

Existe en este cuadro clínico una subcategorización que divide a la anorexia en dos entidades:

Anorexia tipo restrictiva: caracterizada por ausencia de atracones y/o purgas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) durante los últimos tres meses. La pérdida de peso tiene lugar por la dieta que llevan a cabo, el ejercicio excesivo y el ayuno que mantienen.

Anorexia tipo compulsiva/purgativa: el individuo sí presenta ocasionalmente episodios de atracón seguido de un comportamiento de purga compensatorio, como son vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos y/o enemas, ejercicio exhaustivo, con el objetivo de perder peso.

II. Bulimia Nerviosa:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
- D) Autoevaluación exageradamente influida por el peso y siluetas corporales.

III. Pica:

- A) Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B) La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C) El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D) Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p.ej. discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

IV. 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) El TCA no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastorno por atracón o trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

D) Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p.ej. discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

V. 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 aparente por comer o alimentarse, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos, preocupación 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:

- 1) Pérdida de peso drástica (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en niños).
- 2) Significativa deficiencia nutritiva.
- 3) Dependencia de alimentación vía enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
- 4) Importante interferencia en el funcionamiento psicosocial.

B) El trastorno no se explica mejor por falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C) El TCA no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D) No se puede atribuir a una afección médica recurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el TCA se produce en el contexto de otra afección o

trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a esa patología y justifica la atención clínica adicional.

VI. Trastorno de atracones:

Sobreingesta frecuente (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de las siguientes características:

- A) Ingesta mucho más rápida de lo normal.
- B) Ingesta hasta sentirse inconfortablemente pleno.
- C) Ingesta de grandes cantidades de alimentos cuando físicamente no se siente hambre.
- D) Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida.
- E) Sentimientos negativos sobre sí mismo (culpabilidad, asco) después de la ingesta.

VII. Otros trastornos de la conducta alimentaria/ ingesta de alimentos especificados:

Son entidades clínicas generadas por trastornos en la alimentación pero que no pueden ser clasificadas con ninguna de las características clínicas descritas anteriormente para las otras patologías. En este grupo destacamos:

- Trastorno dismórfico muscular.
- Anorexia nerviosa atípica.
- Anorexia nerviosa no fóbica a la gordura.
- Trastorno purgativo.
- Síndrome de ingesta nocturna.
- Bulimia nerviosa atípica.

1.6 Patologías Orales:

Debido a la complejidad de la naturaleza de los TCA, el interés por la salud oral en muchos de los casos es nulo o casi nulo, sin embargo, son las únicas lesiones que una vez instauradas no pueden ser revertidas, con lo que su diagnóstico precoz y adecuado tratamiento es de suma importancia. Dentro de las principales lesiones bucales que manifiestan los pacientes anoréxicos-bulímicos se encuentran (14,15):

→ **Erosión Dental:** Es la lesión típica en estos trastornos, provocada por el ácido de los vómitos el cual suele tener un pH 2. Para que se origine tiene que confluír una serie de circunstancias, entre las que destacan: el tipo de dieta, la presencia de vómitos recurrentes y la higiene. Además, estos hábitos han de mantenerse al menos durante un período de dos años para que aparezcan las primeras erosiones dentales (16).

Son características y extensas las lesiones en la cara palatina de los incisivos superiores, moderadas tanto en vestibular de la arcada superior, como en la superficie palato-lingual y oclusal posterior de la arcada superior e inferior y poco frecuentes en la superficie lingual de los incisivos de la arcada inferior, debido a la posición que adopta la lengua durante la expulsión del contenido gástrico, siendo las superficies palatinas anteriores superiores las más expuestas y agredidas. En el caso de la anorexia restrictiva, aunque menos frecuentes, las lesiones predominan en la cara vestibular de los dientes, debido a la ingesta de bebidas ácidas que son las que generan las erosiones. 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 (10,17).

→ **Caries Dental:** La ingesta excesiva de carbohidratos unida a una deficiente higiene oral, aumenta la prevalencia de aparición de caries. Además, si los dientes presentan erosiones, donde el esmalte y dentina quedan expuestos, las probabilidades aún aumentan notoriamente (11,15).

→ **Abrasión:** En pacientes con TCA, se producen a nivel cervical por el acúmulo de diferentes sustancias químicas que junto con unas técnicas inapropiadas de cepillado generan estas lesiones (10).

- **Xerostomía:** Se observa una reducción del flujo salival, lo que favorece positivamente a que se produzca la erosión del esmalte y la presencia de caries, debido al efecto neutralizante que tiene la saliva que en esta condición se encuentra disminuido (15).
- **Afectación del Tejido Periodontal:** La entidad clásica en los pacientes que sufren algún TCA es la gingivitis. Diversos factores como la escasa ingesta de nutrientes, la xerostomía y el déficit higiene entre otras, inciden favorablemente en la aparición de enfermedades a nivel del periodonto (10,14).
- **Sialoadenitis:** Aunque no está considerado un signo patognomónico es muy frecuente encontrar inflamación de las glándulas salivales provocadas por la presencia bacteriana asociada al hábito de vomitar. La sialoadenitis de parótidas y submaxilar, puede ser muy significativa en pacientes con bulimia, asociándose generalmente con xerostomía, que se complica con ansiedad y depresión en estos cuadros (14,15).
- **Afectación de la Mucosa Oral:** La xerostomía, así como la falta de hidratación y lubricación, aumentan la probabilidad de ulceración e infección, como las posibles laceraciones que pueden ocasionarse por la autoinducción del vómito (15). Además, las deficiencias nutricionales y el trauma favorece la aparición de queilitis angular y lesiones infectadas por cándida (16).
- **ATM:** La pérdida de estructura dental genera una disminución de la dimensión vertical, pudiendo ocasionar problemas de dolor orofacial (10).

2) TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE LOS TCA:

A la hora de abordar el tratamiento de un paciente con TCA, no debemos olvidar que se trata de una enfermedad mental, con una etiología multifactorial como se ha explicado anteriormente. Debido a esta razón el tratamiento de la entidad debe ser integral, teniendo en cuenta todos los aspectos: psicológicos, médicos y nutricionales (10,11,18).

El dentista desempeña un papel fundamental, ya que en la mayoría de las ocasiones son los primeros profesionales sanitarios en presenciar los síntomas de un trastorno de la conducta alimenticia. La identificación precoz, la derivación interprofesional y la instauración de un tratamiento adecuado ayuda a disipar el desarrollo completo de la enfermedad (10,19).

El tratamiento odontológico restaurativo debe comenzarse al tener certeza de que el paciente está psicológicamente estable y bajo supervisión médica. Ante situaciones de emergencias en etapas en las que no está controlada la enfermedad, se recomienda sólo la estabilización y neutralización del dolor y limitar las lesiones preexistentes para que no evolucionen, sin llevar a cabo actuaciones de mayor complejidad, para evitar el fracaso y los posibles retratamientos posteriores. La recaída en este tipo de entidades clínicas es muy frecuente, razón por la cual el paciente debe de mostrar una mejoría, tanto física como psíquica, para comenzar los diferentes procedimientos odontológicos que ayuden a reestablecer la función y estética oral (10,15,18).

Durante el pico máximo de expresión de la enfermedad, el dentista en primer lugar dictaminará enseñanzas de higiene oral, haciendo referencia a las causas que generan erosión, que además producen un estado de deshidratación y recalcará los efectos que los hábitos y dieta están teniendo sobre sus dientes y tejidos bucales. Sirve de gran ayuda la instauración de las medidas preventivas para evitar una mayor erosión de los dientes, disminuir la sensibilidad y prevenir la aparición de otras patologías, y entre ellas destacamos (8,11,15):

2.1 Medidas Preventivas:

1. Utilización de cepillo dental de cerdas suaves, con pasta fluorada no abrasiva y desensibilizantes, además del uso de enjuagues con flúor que favorezcan la remineralización. Asimismo, se le explicará al paciente que la técnica de cepillado más apropiada, es con movimientos circulares, no en horizontal, con el fin de reducir la abrasión dental y se le advertirá la necesidad de limpiar la lengua (puede usar un raspador) para eliminar los restos de ácido que quedan en las papilas linguales (8,16).
2. No cepillarse antes y después de un acto de purga, ya que la película dental previa al ácido favorece cierta protección a los dientes contra su acción e inmediatamente después del vómito el paciente generará una abrasión excesiva en el esmalte y favorecerá la erosión y la aparición de caries. Aconsejar enjugarse la boca con agua, leche o colutorios alcalinos para favorecer la neutralización de los ácidos gástricos (un ejemplo el bicarbonato sódico o hidróxido de magnesio) (11,18).

3. En caso de que el paciente presente sensibilidad dental (hecho que nos ayudará a valorar la extensión de las erosiones) la protección del esmalte puede realizarse mediante la utilización de soluciones neutras de fluoruro sódico (0,05%) diariamente en enjuagues o la aplicación directa de fluoruro estañoso (0,4%) en gel que favorezcan la disminución de esta dolencia (15,16) .
4. Para la xerostomía se informará e indicará el consumo de chicles y caramelos sin azúcar sobre todo después del vómito y los que tienen añadido xylitol, con el fin de aumentar el flujo salival que se encuentra descendido y a su vez nos favorezca la prevención de caries (8,16).
5. Explicar ciertas pautas de alimentación, como son la evitación de bebidas ácidas, alcohólicas o carbonatadas, instaurar una dieta saludable con alimentos que aumenten la absorción de calcio (queso, ciertas verduras...) e ingesta de multivitaminas, que favorezcan la reducción del riesgo de caries (11,16).

El tratamiento restaurativo se llevará a cabo como hemos mencionado anteriormente, una vez que el paciente esté controlado, atendiendo a las diversas manifestaciones orales de las lesiones, se valorarán:

2.2 Patología Dental:

Destacamos como principales afecciones en los TCA, la erosión y abrasión dental y la caries. La erosión y abrasión dental generada por el ácido de la purga, suponen un gran desafío a la hora de establecer el tratamiento, aumentando su complejidad (6,8) .

Dependiendo del grado de afectación y de la extensión de las lesiones se optará por un plan de tratamiento u otro. Así, las erosiones de menor tamaño son tratadas de manera satisfactoria con restauraciones directas de resina compuesta (no solubles en ácido) devolviendo al diente su función, estética y anatomía. Sin embargo, ante lesiones más extensas, en las que se afecten incluso los sectores posteriores (perimólisis), tendríamos que plantearnos otras opciones de tratamiento menos conservadoras, deberíamos de valorar la opción de rehabilitar con coronas de porcelanas para proteger la estructura dental remanente y restaurar la oclusión (10,20-23).

Las lesiones cariosas serán tratadas como en el resto de pacientes, realizando tratamiento endodóntico previo a la restauración en caso de que fuera necesario (8,21).

2.3 Patología Periodontal:

La disminución del flujo salival presente en los pacientes con TCA que provoca una deshidratación de los tejidos orales junto con una dieta deficiente y una mínima higiene, impactan adversamente sobre los tejidos periodontales, generando diversas alteraciones en los mismos. Entre ellas la más común es la gingivitis, aunque en este tipo de pacientes, también es característico la presencia de las papilas hipertrofiadas, en respuesta al vómito reiterativo. Estos tejidos al sondaje no presentan sangrado, ni tampoco pérdida de adherencia. La xerostomía puede acompañarse en muchas ocasiones por sialoadenitis (inflamación de las glándulas salivales). Las lesiones periodontales que están causadas por este tipo de trastorno mejoran notablemente en cuanto el paciente comienza su tratamiento psicológico y conforme el paciente va avanzando en su recuperación las lesiones van remitiendo, hasta desaparecer en su totalidad (10,16).

2.4 Patología de la Oclusión:

Las lesiones erosivas de gran extensión, junto con la presencia de caries en los pacientes con TCA, pueden generar pérdida de la dimensión vertical, acarreado consigo las múltiples complicaciones como son: maloclusiones, mialgias, dolores y disfunción de la ATM. Cuando nos encontremos ante este tipo de lesiones, es muy importante valorar si se ha producido o no pérdida de dimensión vertical, ya que en caso positivo tendremos que tenerlo en cuenta para rehabilitarla con el plan de tratamiento que se vaya a llevar a cabo (10,14,16).

2.5 Patología de la Mucosa Oral:

La autoinducción del vómito y la irritación crónica constante por el ácido gástrico en la mucosa oral, causa eritema y disfagia en la mucosa esofágica, faríngea, gingival y palatina, además, podemos encontrar múltiples laceraciones a consecuencias de la purga (14).

Debido al déficit nutricional que generan estos trastornos alimenticios, se manifiestan otras entidades clínicas como son la queilitis angular que además con frecuencia son infectadas por *Candida* debido precisamente a ese estado de malnutrición (17).

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

OBJETIVOS:

1. Realizar una extensa revisión bibliográfica con el propósito de conocer el tratamiento odontológico de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Determinar las medidas de odontología preventiva que precisa el paciente con trastornos de la conducta alimentaria.
3. Identificar los tratamientos de la odontología restaurativa y prostodóncica más frecuente realizados en el paciente con trastornos de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

MATERIAL:

El presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica, para su desarrollo se han utilizado varias bases de datos electrónicas internacionales adscritas a la Biblioteca de Centros de la Salud de la Universidad de Sevilla, la cual facilitó electrónicamente y/o formato papel las publicaciones consultadas.

Se utilizaron PubMed y Scopus como principales fuentes de información para la obtención de artículos relacionados sobre la Actualización del Tratamiento Odontológico en los Pacientes con Anorexia y Bulimia, seleccionando las publicaciones más recientes.

Además, también se ha utilizado el buscador Google Académico para acceder al PDF completo de algunos de los artículos utilizados en este trabajo.

Se usaron las siguientes revistas y trabajos fin de grado como fuentes de consulta:

Revistas:

- 1) The Journal of the School of Dental Sciences.
- 2) The Journal of Prosthetic Dentistry.
- 3) The International Journal of Esthetic Dentistry.

- 4) The European Journal of Esthetic Dentistry.
- 5) The Journal of Contemporary Dental Practice.
- 6) Journal of Clinical and Experimental Dentistry.
- 7) Journal of Prosthodontics.
- 8) Decisions in Dentistry.
- 9) General Dentistry.
- 10) Quintessence International.
- 11) Medigraphic.
- 12) Revista Evidencias en Odotología Clínica.
- 13) Revista Odontológica Mexicana.
- 14) Revista Científica Odontológica.
- 15) BDJ Team.
- 16) Dentistry Today.
- 17) Edición Española de la JADA.

Trabajos Fin de Grado:

- 18) Romero C. Patología Oral del Paciente con Trastorno de la Alimentación y Conducta Alimentaria. [Trabajo fin de grado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019.
- 19) Sisto C. Identificación de los Trastornos de Conducta Alimentaria por el Odontólogo. [Trabajo fin de grado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019.

MÉTODO:

Primera Búsqueda:

Se realizó varias búsquedas en PubMed utilizando las palabras claves o términos: “bulimia”, “anorexia”, “dental care treatment”, “dental caries treatment”, “periodontal treatment”, “dental implant treatment”, “prosthesis treatment”, “endodontics treatment”, “dental erosion treatment”.

Para acotar los resultados de la búsqueda fueron utilizados los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

A) Criterios de Inclusión:

- 1) Idioma de la publicación: inglés y castellano.
- 2) Estudios realizados en humanos.
- 3) No se filtró por fecha de publicación, pero sí se ordenó por artículos más recientes.

B) Criterios de Exclusión:

- 1) Idiomas distintos a inglés o castellano.
- 2) Estudios realizados en animales.

Segunda Búsqueda:

Tras esta primera búsqueda, se llevó a cabo una más avanzada con la combinación de los términos de las palabras claves mediante el operador booleano “AND”, así ir acotando la búsqueda para poder encontrar los artículos que se ajustará a mis objetivos, estableciéndose una selección por título, y posteriormente por el *abstract*. De esta manera, se localizaron:

	<i>Bulimia</i>	<i>Anorexia</i>
Dental Care AND Treatment	53	49
Dental Caries AND Treatment	27	25
Periodontal AND Treatment	12	14
Prosthesis AND Treatment	47	88
Endodontics AND Treatment	2	2
Dental Erosion AND Treatment	116	60

Tercera Búsqueda:

Por último, se realizó una última búsqueda en función de la evidencia científica, en la que se empleó, tanto para la inclusión como para la exclusión, las palabras claves y los criterios anteriormente utilizados, obteniéndose el siguiente resultado:

	<i>Artículos Encontrados</i>	<i>Artículos Seleccionados</i>
Meta-Analysis	0	0
Systematic Reviews	1	1
Randomized Clinical Trials	2	1
Clinical Trials	0	0
Cohort Studies	1	0
Case-Control Studies	1	0
Case Series	7	3

Finalmente, tras las búsquedas realizadas, 23 son los artículos que han sido elegidos para elaborar la presente revisión. El resto fue excluido al no estar relacionado con las actualizaciones del tratamiento odontológico en los pacientes con bulimia y anorexia, pero han servido para redactar el contenido teórico de este TFG.

RESULTADOS

<i>Año</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Revista</i>	<i>Título del artículo</i>	<i>Autores</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Conclusiones</i>
2017	Artículo.	BAOJ Dentistry, an open access journal.	Eating Disorders: Diagnosis and Prosthodontic Management	Esteban D Bonilla, Carlos L Del Aguila, David Wetzel, Eric M Scott, Steven C Bonilla	Describir la rehabilitación del sistema estomatognático y el manejo prostodóntico del paciente con anorexia y bulimia.	Un adecuado plan de tratamiento integral prostodóntico que altere la dimensión vertical del paciente es esencial para alcanzar un resultado estético sobresaliente, además de aportar un refuerzo positivo para los pacientes que presentan algún tipo de desorden alimenticio.
2016	Caso Clínico.	Revista Evidencias en Odontología Clínica.	Tratamiento Manifestaciones Clínicas Bucales de la Anorexia y Bulimia.	Washington Lovón, Rildo Tapia	Caracterizar las lesiones bucales presentes en un paciente con diagnóstico médico de anorexia y bulimia.	La enfermedad sistémica anorexia y bulimia afecta la zona de la cavidad oral, presentando lesiones en labios, queilitis angular, erosión del esmalte con sensación de dolor, presencia de caries en zona gingival de diversas piezas dentarias, dolor en las zonas blandas afectadas e inflamación.
2015	Artículo.	BDJ Team	Caring for Dental Patients with Eating Disorders	Linda Douglas	Describir las complicaciones orales, psicológicas y sistémicas, reconocer las señales de advertencias, desarrollar un protocolo de atención y apoyo dental y presentar una mayor consciencia de los recursos para las personas con trastornos de la conducta alimenticia.	Los profesionales del cuidado dental podemos ser más observadores durante la evaluación y más capaces de detectar las señales de advertencia de los trastornos alimentarios. Este es un aspecto crucial para ofrecer una completa y adecuada atención al paciente, así como un correcto plan de tratamiento que mejore los resultados.

2015	Revista.	Dentistry Today.	Bulimia: Complex Etiology, Challenging Treatment.	Winter R	Exponer los trastornos alimentarios como afecciones complejas con amplio impacto e implicaciones dentales.	La recuperación de una enfermedad psicológica debilitante es larga, ardua, tenue y gratificante. El diagnóstico precoz y la asociación con médicos y psicólogos pueden ayudar a las personas a recuperarse antes de tener que implementar tratamientos muchos más drásticos y complejos.
2014	Revista.	Revista Científica Odontológica .	Bulimia y Anorexia en la Práctica Odontológica.	Ana Catherina Mora - Badilla	Reconocer los síntomas bucales de la bulimia y anorexia para lograr su adecuado tratamiento.	El tratamiento de este tipo de enfermedades es multidisciplinario, conociendo al individuo en su totalidad, comprendiendo todas las manifestaciones para bridar el tratamiento más adecuado.
2013	Revista.	The Journal of the School of Dental Sciences.	Oral implications of Eating Disorders: a review.	Stuti Bhargava, Mukta Bhangwandas Motwani, Vinod Patni	Revisión de los trastornos alimentarios y sus posteriores manifestaciones orales, resaltando la información que ayudará a los profesionales de la salud oral con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	Se destacan las características sistémicas y dentales de los TCA y sugiere que el dentista no solo puede ayudar a hacer el diagnóstico inicial, sino que también proporciona intervención y derivación para el tratamiento sistémico y psicológico del paciente, junto con proporcionar atención dental y apoyo a través del tratamiento y recuperación.
2011	Caso Clínico.	The Journal of Prosthetic Dentistry.	Efficient Prosthodontic Treatment in a Young Patient with Long-Standing Bulimia Nervosa.	Schwarz S, Kreuter A, Rammelsberg P	Describir una técnica sistemática con bases de resinas compuestas para restaurar la dimensión vertical oclusal y la pérdida de la estructura dental en la dentición de un paciente joven.	Tras las diferentes sesiones del tratamiento, se concluyó con una evaluación final de la oclusión e instrucciones y técnicas de higiene oral. En el período de seguimiento de seis meses no se produjeron complicaciones por lo que fue un éxito.

2010	Caso Clínico.	The European Journal of Esthetic Dentistry.	Composite Resin Rehabilitation of Eroded Dentition in a Bulimic Patient: A Case Report.	Spreafico RC	Examinar el tratamiento dental de un paciente bulímico que tuvo numerosas erosiones graves con una pérdida significativa de tejido dental.	El tratamiento aplicado en este informe clínico en un corto espacio de tiempo cumplió con todos los requisitos de la odontología restauradora, aunque se requerirá más tiempo y más estudios antes de que se pueda confirmar su rendimiento positivo a corto plazo.
2009	Caso Clínico.	Dentistry Today.	Full-Mouth Reconstruction of Bulim Ravaged Teeth Using Direct Composite: A Case Presentation.	Belvedere PC	Describir las opciones y el plan de tratamiento seleccionado para un paciente que había sido bulímico durante más de una década.	El éxito clínico del autor en los últimos 25 años al colocar restauraciones compuestas directas en situaciones desafiantes respalda este método de restaurar a un paciente, agregando una nueva dimensión a cualquier práctica dental.
2008	Revista.	The Journal of Contemporary and Dental Practice.	Eating Disorders Part II: Clinical Strategies for Dental Treatment.	Aranha AC, Eduardo Cde, Cordás TA	Presentar las estrategias de tratamiento para las implicaciones dentales de los trastornos de la alimentación.	El dentista es de los primeros en observar los síntomas clínicos de un TCA, sin embargo, no son conscientes de su importancia en el tratamiento multidisciplinar y no se proporciona ninguna formación con respecto a las estrategias involucradas en el tratamiento odontológico.
2008	Revista.	Revista Odontológica Mexicana.	Principales Repercusiones en la Cavity Oral en Pacientes con Anorexia y Bulimia.	Leonor Ochoa García, Saúl Dufoo Olvera, Claudia S de León Torres	Conocer las diferentes manifestaciones orales debidas a una ingesta inapropiada de alimentos y tratar adecuadamente a los pacientes que presenten algunas de las patologías.	El odontólogo debe saber observar, diagnosticar, prevenir y tratar los TCA, por lo tanto, el conocimiento y la capacitación acerca de cómo estas patologías indican y modifican la práctica dental es indispensable para adoptar unas correctas medidas preventivas y terapéuticas.

2007	Artículo de Investigación.	Edición Española de la JADA.	Relevancia del Diagnóstico Odontopediátrico en las Lesiones Orales de los TA: Anorexia y Bulimia.	Cristina Cardoso, Guadalupe Villalón, Myriam Maroto, Elena Barbería	El profesional debe estar atento a los indicios y señales de la enfermedad y ser muy cuidadoso en el delicado manejo de la situación, así como saber ayudar en su pronóstico.	Se debe proceder al diagnóstico diferencial de estos trastornos con otros como el reflujo gastroesofágico, la utilización en exceso de comidas y bebidas ácidas, así como numerosas enfermedades menos comunes para establecer un correcto plan de tratamiento.
2006	Caso Clínico.	Dentistry Today.	Treating Dental Patients with Disorders.	Hilsen K	Los trastornos alimenticios pueden dar lugar a una variedad de problemas que requieran diferentes tratamientos para restaurar tanto la funcionalidad como la estética oral.	El uso de un tratamiento prostodóntico para devolverle la sonrisa al paciente de este artículo, es un ejemplo de la creciente necesidad de este tipo de tratamientos, debido a la proliferación de estas afecciones cada vez en generaciones más jóvenes.
2005	Caso Clínico.	Quintessence International.	Full-Mouth Rehabilitation of a Patient with Bulimia Nervosa. A Case Report.	Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A	Estudio comparativo de los diferentes sistemas y técnicas de unión para evaluar cual es el más exitoso, utilizando una combinación de restauraciones galvano y metal-cerámica.	En estas condiciones, aplicando tres sistemas de unión, se logró la hibridación máxima usando adhesivo a base de acetona sobre dentina grabada que se mantuvo húmeda.
2003	Artículo de Revisión.	Revista Médica de la Universidad Veracruzana.	Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo.	Nachón García M ^g , Hdez Parra TG, Félix López GA, Flores Gracia	Saber detectar por parte del odontólogo las principales manifestaciones orales presentes, siendo conscientes que la mayoría de las veces el paciente negará su problema.	Los profesionales de la salud bucal deberán conocer las manifestaciones clínicas de los TCA para poder orientar al paciente y su familia sobre la mejor manera de instaurar el tratamiento oportuno.

2002	Caso Clínico.	Journal of Prosthodontics	Rehabilitation of a Bulimic Patient Using Endosteal Implants.	Ambard A, Mueninghoff L	Describir la rehabilitación dental de un paciente bulímico con implantes endosteales.	Tras el tratamiento la autoestima había mejorado y las restauraciones proporcionaron una estética y funciones satisfactorias, contribuyendo notoriamente en la capacidad del paciente para controlar el trastorno.
2001	Caso Clínico.	Quintessence International	Oral rehabilitation of a Bulimic Patient: A Case Report.	Bonilla ED, Luna O	Exponer la rehabilitación completa de un paciente con bulimia que presenta erosión generalizada del esmalte y una estética deficiente.	Se realizó la terapia restaurativa con metal-porcelana, obteniéndose como resultados finales una buena estética y función ante una situación exigente, además de la alta subida de la autoestima por parte del paciente.
2000	Revista.	Medigraphic	Anorexia y Bulimia Nerviosa. Aspectos Odontológicos.	Gay Zárate O, Ramírez Rodríguez GE	El aumento de casos de TCA hacen que en la odontología sea un deber imperativo el conocimiento y la capacitación, de cómo inciden y modifican la práctica dental estas patologías, así como conocer las prioridades preventivas y terapéuticas del tratamiento.	Las manifestaciones bucodentales tienen relevancia en estas patologías debido a ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser debidamente diagnosticadas y tratadas. Además, para el éxito del tratamiento es necesario abordar el proceso integralmente con distintos facultativos.
1996	Caso Clínico.	Quintessence International	Use of Resin-Bonded Ceramic Crowns in a Bulimic Patient with Severe Tooth Erosion	Milosevic A, Jones C	Se describe el uso de coronas cerámicas unidas con resina para manejar una dentición maxilar severamente erosionada.	La utilización de coronas de porcelana grabada con resina permitió una rehabilitación con una intervención mínima, de carácter reversible y con coste moderado. La aplicación de la odontología adhesiva permite enfoques constructivos en lugar de modalidades de tratamientos destructivos.

DISCUSIÓN:

Ana Cecilia Correa Aranha, Carlos de Paula Eduardo y Táki Athanassios Cordás, en 2008, publicaron su artículo en el que manifestaban las necesidades por parte de los odontólogos de ser capaces de diagnosticar precozmente rasgos y síntomas de los TCA, para poder llegar a cabo un tratamiento precoz de la patología, tanto en su ámbito profesional, como poner en marcha el tratamiento multidisciplinar con los diferentes facultativos implicados en este tipo de enfermedades (19).

Según Giancomo Derchi, Michele Vano, David Peñarrocha, Antonio Barone y Ugo Covani en 2015 en su artículo publicado, decidieron la rehabilitación protésica de una joven afectada con bulimia nerviosa, consistiendo en emplear restauraciones adhesivas en dientes anteriores y restauraciones directas en dientes posteriores, conservando una buena estética funcional a la misma vez que se preserva la estructura dental (20).

Stefanie Shwarz, Alexander Kreuter y Peter Rammelsberg (2011) describieron el tratamiento de un paciente con TCA, que había perdido dimensión vertical, mediante resinas compuestas y coronas de cerámicas, consiguiendo aumentar la dimensión vertical, obteniendo un tratamiento exitoso (21).

Roberto C Spreafico en el caso publicado en 2010, discutió sobre las posibilidades de tratamiento de un paciente con TCA, apostando por una rehabilitación mínimamente invasiva empleando resina nano-híbrida, siendo necesaria poca preparación, manteniendo la vitalidad de los dientes (22).

Según Belvedere Pc (2010) defendió la rehabilitación completa de una cavidad oral afectada por TCA mediante la utilización de resinas compuestas, obteniendo un resultado exitoso y duradero en el tiempo (23).

Según el artículo publicado por Sundaram G y Bartlett D (2001) concluyeron que para el tratamiento de pacientes bulímicos con problemas dentales el empleo de medidas preventivas como la aplicación de flúor, correctas técnicas de cepillado, el consumo de xilitol, antiácidos, queso y el uso de protectores bucales ayudan a minimizar el impacto y efectos de los ácidos del vómito en la cavidad oral (24).

Ambar A y Mueninghoff L (2002) por su parte discutieron acerca del tratamiento oral de una paciente que presentaba bulimia no controlada completamente. Tras varias exploraciones, finalmente apostaron por la rehabilitación de la cavidad oral con implantes

endontales, siendo el tratamiento un verdadero desafío debido a una serie de complicaciones que fueron apareciendo una vez colocados, pero que culminó con éxito el tratamiento una vez transcurrido el primer año (25).

En 2001, en el artículo realizado por Bonilla ED y Luna O, evaluaron los resultados obtenidos en un caso de TCA donde se llevó a cabo una terapéutica restaurativa integral del paciente mediante coronas de metal-cerámica, destacando la gran rehabilitación funcional y estética lograda con el tratamiento (26).

Schunke S y Schlee M en el reporte de su caso en 2006, trataron a un paciente cuya erosión dental era muy marcada afectando gravemente a la dimensión vertical, además de la presencia de recesiones importantes en la arcada inferior. Este cuadro, provocó en el paciente una serie de alteraciones estéticas que rehabilitaron mediante la colocación de coronas de cerámicas y la realización de cirugía para tratar las recesiones (27).

Vailati F y Carciofo S, en 2016, trataron a un paciente ex bulímico mediante la realización de técnicas adhesivas no invasivas, no requiriendo de preparación dental previa, tampoco emplearon el uso de anestésico, logrando abaratar el precio del plan de tratamiento consiguiendo desde un punto de vista funcional y biológico unos resultados muy satisfactorios (28).

En el artículo publicado por Milosevic A y Jones C en 1996, describieron el tratamiento de las diversas erosiones dentales, manifestadas por el TCA que el paciente presentaba, empleando el uso de coronas cerámicas unidas por resina, siendo satisfactoria la rehabilitación oral funcional y estética del paciente (29).

En 1996 Hastings JH, discutió en este artículo un tratamiento más conservador, con técnica de unión a la dentina y restauraciones de cerámicas en pacientes con TCA, haciendo hincapié en la necesidad de conseguir el cese de la purga antes de instaurar el tratamiento (30).

Júnio S Almeida e Silva, Luiz Narciso Baratieri, Edson Araujo y Nicolas Widmer (2011) trataron la erosión dental mediante una combinación de superposiciones cerámicas y resinas compuestas, estableciendo la dimensión vertical y los desgastes palatinos y anteriores que presentaba el caso (31).

CONCLUSIONES:

1. La patología oral más común encontrada en individuos que padecen de Trastornos de la Alimentación es la erosión del esmalte. Para establecer un correcto plan de tratamiento odontológico en el paciente con trastornos de la conducta alimentaria es importante realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos como son el reflujo gastroesofágico o la utilización en exceso de comidas y bebidas ácidas.
2. Se identifican como medidas preventivas a nivel odontológico para el paciente bulímico la aplicación de flúor, las correctas técnicas de cepillado, el consumo de xilitol, los antiácidos y el uso de protectores bucales para minimizar el impacto y los efectos de los ácidos del vómito en la cavidad oral.
3. Es esencial la educación de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria sobre las prácticas de salud bucal preventiva. Las recomendaciones para reducir la ingesta de alimentos cariogénicos y ácidos, y la insistencia en el perjuicio del cepillado dental inmediatamente después del vómito.
4. El tratamiento odontológico preventivo del paciente con trastornos de la conducta alimentaria debe comenzar inmediatamente porque el proceso de erosión del esmalte es irreversible y el objetivo principal del programa de prevención debe ser el de evitar la destrucción de la estructura dental.
5. Los tratamientos de odontología restaurativa y protodóncica convencionales (coronas y tratamientos de endodoncia) han evolucionado y en la actualidad se utilizan resinas de composites (restauraciones adhesivas en dientes anteriores y restauraciones directas en dientes posteriores) y coronas cerámicas unidas con resinas.
6. En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimenticia, hemos comprobado que su selección va a estar condicionada por la extensión de las lesiones, el control sobre la enfermedad y la colaboración por parte del paciente. Así mismo, para los tratamientos conservadores las resinas compuestas nanohíbridas son las de elección para rehabilitar a los pacientes con estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Garrido Martínez P. Estado de salud bucodental en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. "Dissertation". Madrid 2016.
2. Luque Budia A. Proceso Asistencial Integrado. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Conserjería de salud, Junta de Andalucía 2018. 1-95.

3. Troy O. Marxen, BS. Decision Making in Multidisciplinary Restorative Treatment. Apr 10, 2019.
4. Esteban D Bonilla, Carlos L Del Aguila, David Wetzel, Eric M Scott and Steven C Bonilla. Eating Disorders: Diagnosis and Prosthodontic Management. BAOJ Dentistry 2017, 3:037.
5. Sisto C. Identificación de los Trastornos de Conducta Alimentaria por el Odontólogo. [Trabajo fin de grado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019.
6. Richard Winter. Bulimia: Complex Etiology, Challenging Treatment. Dentistry Today. 2015 July; 34 (7): 119-120, 122-3.
7. Romero C. Patología Oral del Paciente con Trastorno de la Alimentación y Conducta Alimentaria. [Trabajo fin de grado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019.
8. Linda Douglas. Caring for dental patients with eating disorders. BDJ Team, 2015, pp. 16-20.
9. Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. Quintessence International 2005 Jul-Aug; 36 (7-8): 501-10.
10. Mora-Badilla, Ana Catherina. Bulimia y Anorexia en la práctica odontológica. Generalidades. Revista Científica Odontológica, vol. 10, núm. 1, enero-junio, 2014, pp.73-76.
11. Stuti Bhargava, Mukta Bhagwandas Motwani, Vinod Patni. Oral implications of eating disorders: a review. Archives of Orofacial Sciences 2013, 8(1):1-8.
12. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría 2010:361-74.
13. Rosalia Vázquez Arévalo, Xochitl López Aguilar, M^a Trinidad Ocampo Tellez-Girón, Juan Manuel Mancilla-Díaz. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015) 6, 108-120.
14. Leonor Ochoa García, Saúl Dufool Olvera, Claudia S de León Torres. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana, vol. 12, núm. 1, marzo 2008, pp.46-54.

15. Óscar Gay Zárate, Graciela Elibeth Ramírez Rodríguez. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos Odontológicos. Revista ADM, vol. LVII, núm. 1, enero-febrero 2000, pp. 23-32.
16. Cristina Cardoso, Guadalupe Villalón, Myriam Maroto Edo, Elena Barbería Leache. Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. JADA, vol. 2, núm. 5, octubre 2007, pp. 298-302.
17. Washington Lovón, Rildo Tapia. Tratamiento manifestaciones clínicas bucales de la anorexia y bulimia. Revista Evidencias en Odontología Clínica, vol. 2, núm. 1, enero-junio 2016.
18. Hilsen K. Treating dental patients with disorders. Dentistry Today, April 2006.
19. Ana Cecilia Correa Aranha, Carlos de Paula Eduardo, Táki Athanassios Cordás. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. The journal of contemporary dental practice, vol. 9, num. 7, november 1, 2008.
20. Giacomo Derchi, Michele Vano, David Peñarrocha, Antonio Barone, Ugo Covani. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. 2015; 7 (1): el 70-4.
21. Stefanie Shwarz, Alexander Kreuter, Peter Rammelsberg. Efficient prosthodontic treatment in a Young patient with long-standing bulimia nervosa: a clinical report. The Journal of Prosthetic Dentistry, 2011; 106:6-11.
22. Roberto C Spreafico, DM, DMD. Composite Resin Rehabilitation of Eroded Dentition in a Bulimic Patient: a Case Report. The European Journal of Esthetic Dentistry, Spring 2010; 5(1): 28-48.
23. Belvedere PC. Full- Mouth reconstruction of bulim ravaged teeth using direct composites: a case presentation. Dentistry Today. 2009 January; 28(1): 126, 128, 130-1.
24. Sundaram G, Bartlett D. Preventative measures for bulimic patients with dental erosion. The European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry. 2001. Mar; 9(1): 25-9.

25. Ambar A, Mueninghoff L. Rehabilitation of bulimic patient using endosteal implants. *Journal of prosthodontics: official journal of the American College of Prosthodontists*. 2002 Sep; 11(3):176-80.
26. Bonilla ED, Luna O. Oral rehabilitation of a bulimic patient: a case report. *Quintessence international (Berlin, Germany)*. 2001 Jun;32 (6): 469-75.
27. Schunke S, Schlee M. Conceptual approach to complex rehabilitation of a patient with bulimia nervosa: a case report. *The European journal of esthetic dentistry: official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry*. 2006 Winter; 1(4):282-301.
28. Vailati F, Carciofo S. CAD/CAM monolithic restorations and full-mouth adhesive rehabilitation to restore a patient with a past history of bulimia: the modified three-step technique. *The international journal of esthetic dentistry*. 2016 Spring; 11 (1): 36-56.
29. Milosevic A, Jones C. Use of resin-bonded ceramic crowns in a bulimic patient with severe tooth erosion. *Quintessence International (Berlin, Germany)*. 1996 Feb; 27 (2): 123-7.
30. Hastings JH. Conservative restoration of function and aesthetics in a bulimic patient: a case report. *Practical periodontics and aesthetic dentistry: PPAD*. 1996 Oct; 8(8): 729-36; quiz 738.
31. Júnio S Almeida e Silva, Luiz Narciso Baratieri, Edson Araujo, Nicolas Widmer. Dental erosion: Understanding this pervasive condition. *Journal of esthetic and restorative dentistry*. 2011 Aug; 23 (4):205-16.