

Área periodoncia

Tratamiento periodontal en un paciente con bulimia y anorexia

AUTORES:

DOLONGUEVICH, Evelyn Ruth

JTP Integrada II Módulo Oclusión F. O. UNCuyo

BOERO LÓPEZ, Edgardo Oscar

Profesor Adjunto Cátedra Integrada III, Módulo Oclusión F. O. UNCuyo

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

Especialización en Periodoncia, Especialización en Prostodoncia, Facultad de Odontología, UNCuyo y laboratorio de Bioquímica y Microbiología de la Facultad de Odontología UNCuyo

DOMICILIO DEL AUTOR: Alpatacal 2.925 - Mendoza (CP 5500) - Tel: (0261) 4256946 |

e-mail: edolonguevich@fodonto.uncu.edu.ar, edolonguevich@yahoo.com

RESUMEN

En el caso clínico se trató periodontalmente a la paciente C. J., con diagnóstico de bulimia y anorexia nerviosa purgativa. Se destacó el importante trabajo de motivación, que dio como resultado una respuesta excelente en su salud bucal. Se contó con la posibilidad de colocar implantes dentales con buen resultado postoperatorio, lo cual es promisorio en cuanto a lograr rehabilitarla con una solución fija, que no sufrirán de patologías como la caries, pero sí pueden afectarlos las secuelas de una enfermedad periodontal, por lo que se remarca la importancia de los mantenimientos periodontales para lograr un muy buen pronóstico en su futura salud y rehabilitación oral.

Palabras clave

Tratamiento periodontal - Bulimia - Anorexia - Saliva - Implantes dentales

ABSTRACT

In the clinical case the patient C. J. was treated periodontally, with a diagnosis of purgative bulimia and anorexia nervosa. It was stressed the importance of working on the patient motivation, which resulted in an excellent response in her oral health. It was possible to install dental implants with good postoperative result which is promising as to achieve rehabilitation with a lasting solution that will not suffer from tooth decay. However such implants can be affected by a periodontal disease and for this reason periodontal maintenance is highly important to achieve a very good prognosis in her oral rehabilitation and future health.

Key words

Periodontal treatment - Bulimia - Anorexia - Saliva - Dental implants

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria descriptos como anorexia y bulimia nerviosa son graves desórdenes biopsicosociales que afecta a un gran número de personas. Comienzan en la adolescencia y a causa del aumento progresivo de su incidencia y las severas consecuencias de la enfermedad, reciben hoy una creciente atención por parte de

los profesionales de la salud.¹

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal; sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas

manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno. Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos perio-

Tratamiento periodontal en un Paciente con Bulimia y Anorexia

Dolongevich, Evelyn Ruth. Boero López, Edgardo Oscar.

dontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobturación) (2).

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis; en estudios sobre los índices de placa en estos pacientes se ha encontrado que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, al contrario de otros resultados, donde reportan que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, al contrario de la periodontitis. La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal, impactan adversamente la salud periodontal por cúmulo de irritantes locales (3).

Los tejidos de soporte dentario también pueden ser afectados en pacientes con conductas restrictivas. La falta de formación del pico de masa ósea debido al bajo peso e inadecuada alimentación dejan como secuela la osteopenia (disminución de la densidad mineral ósea) u osteoporosis, que aumenta el riesgo de fracturas en éstas pacientes jóvenes. Estas secuelas son más graves cuando tienen más tiempo de evolución y la presentación de la enfermedad es más precoz (4).

CASO CLÍNICO

OBJETIVO PRINCIPAL: incentivar un cambio de conducta para lograr salud

periodontal y su mantenimiento.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Motivar en prevención bucal orientada a la dieta y a la salud periodontal, diagnosticar y tratar la patología periodontal, rehabilitar las funciones bucales mediante odontología multidisciplinaria e inducir a mantener en el tiempo la salud bucal.

DESCRIPCIÓN Y DATOS DEL PACIENTE:

paciente: C. J.; sexo: femenino; estado civil: soltera; fecha y lugar de nacimiento: Mendoza, 05-03-75; edad: 32 años; ocupación: periodista, locutora; motivo de la consulta: "dolor, pérdida y deterioro dental"; expectativas de la paciente: recuperar las funciones, salud y estética bucal; predisposición de la paciente: excelente, muy colaboradora.

Tratamiento médico actual: está en tratamiento psicológico y nutricional por bulimia y anorexia desde hace cuatro años, sufre de asma e insomnio y ha padecido hepatitis B.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA

Inicio del problema: dolor y pérdida de piezas dentales por caries a los 26 años de edad.

Otros síntomas: respiradora bucal (aunque recibió educación respiratoria), presenta con frecuencia dolores de garganta, presenta bruxismo (rechina los dientes al dormir), sufre frecuentemente de dolores o rigidez de los músculos del cuello y ha tenido problemas en los oídos como zumbidos o cambio de audición y saltos en la articulación temporomandibular.

Determinación de riesgo cariogénico: alto (más de 6 momentos de azúcar diarios) (5).

EXAMEN PERIODONTAL

INDICES: Índice de placa: 78%; Índice

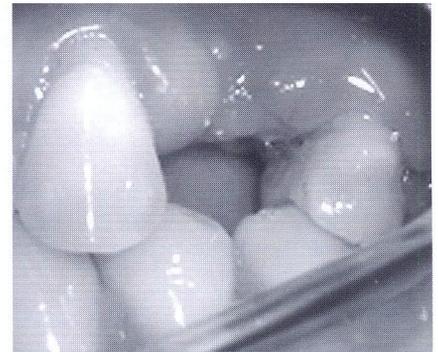


Figura 1

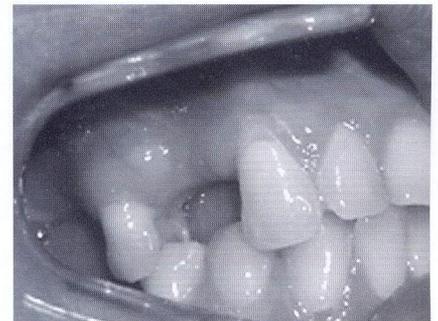


Figura 2



Figura 3



Figura 4

Tratamiento periodontal en un paciente con bulimia y anorexia

Dolongevich, Evelyn Ruth. Boero López, Edgardo Oscar.

de hemorragia: 52%; Índice gingival de Loe y Siness: 0,90.

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA
Justificación. Es consistente con los hallazgos clínicos y es coincidente con el biofilm de placa dental supragingival presente.

PRONÓSTICO: el objetivo es determinar el progreso, curso y terminación de la enfermedad. Si se lograra mantener la salud sistémica en la paciente C. J., podría afirmarse que el pronóstico

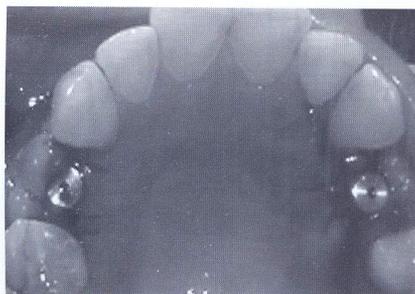


Figura 5



Figura 6



Figura 7

general periodontal es bueno. Se ha logrado que en la actualidad la paciente esté muy motivada con respecto a la recuperación de la salud, función y estética bucal.

Referido al diagnóstico, el pronóstico periodontal es favorable, porque es un adulto joven, tiene un buen grado de control de la inflamación, la respuesta del huésped fue buena, no hay pérdida ósea y el número y distribución de las piezas dentales es favorable.

El pronóstico individual periodontal de las piezas dentales también es bueno, ya que no hay pérdida ósea y son favorables los parámetros de posición de los dientes en la arcada, la relación oclusal de los mismos, la morfología dentaria y la relación coronoradicular de los elementos dentarios presentes.

En lo que se refiere al estado de salud oral, caries, endodoncia y futura rehabilitación también podría ser considerado como favorable, dada la excelente predisposición de la paciente hacia el presente tratamiento.

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento periodontal inicial

Fase sistémica: control de los factores de riesgo con interconsulta a psiquiatra y nutricionista.

Fase etiológica: motivación e instrucción sobre técnicas de higiene bucal, con controles posteriores y reinstrucción periódica. Asesoramiento dietético preventivo de caries

En cuanto a los factores de RIESGO PERIODONTAL, según los criterios de Axelsson P. es de BAJO a MODERADO RIESGO (gingivitis crónica, menos de 5 sitios con profundidad de sondaje mayor a 3 mm, higiene bucal pobre, condicionantes de biofilm presentes, indicadores de riesgo internos y externos).⁸

Fase de reevaluación: a los 45 días, análisis de los resultados obtenidos en

cuanto a la eliminación o grado de control de las patologías dentarias

Fase quirúrgica: se hizo un análisis prequirúrgico de modelos con encerado diagnóstico, seriada radiográfica dental, ortopantomografía, tomografía axial computada y análisis clínicos; se observó que de acuerdo a los estudios clínicos evaluados y a los antecedentes de no haber padecido de alteraciones óseas (osteopenia u osteoporosis), era factible colocar implantes dentales.

Se realizó cirugía de alargamiento coronario en pieza dental 25 (para rehabilitación protética con corona).

Se indica instalación de implante con cirugía de elevación de seno maxilar a cielo abierto para reemplazar al diente 16.

Se realizó la planificación quirúrgica para cirugía reconstructiva periodontal en brechas desdentadas correspondientes a dientes 14 y 24 para mejorar la topografía ósea, adecuándola para colocación de implantes; se instalaron dos implantes dentales, uno en cada brecha, ambos marca 3I de 4 mm de plataforma y 13 mm de longitud. Ante la leve fenestración que se produjo en la colocación de los implantes y con el objetivo, además, de regenerar el defecto de la brecha, se preparó injerto de hueso humano de banco (UNC. Hemoderivados), mezclado con hueso autógeno, (que se obtuvo con raspador de hueso, de zona apical al implante), y se colocó en vestibular de cada una de ellas.

Se hizo un nuevo control a los 30 días y se observó buena evolución.

La paciente presentó en este control la instalación de implante en la zona del 16, cuya colocación fue derivada, dado que requirió de cirugía de elevación de seno a cielo abierto.

A continuación se pasó a la paciente C.J. a mantenimientos periodontales

Fase de rehabilitación: el objetivo fue reponer las piezas faltantes a través

Tratamiento periodontal en un paciente con bulimia y anorexia

Dolongevich, Evelyn Ruth. Boero López, Edgardo Oscar.

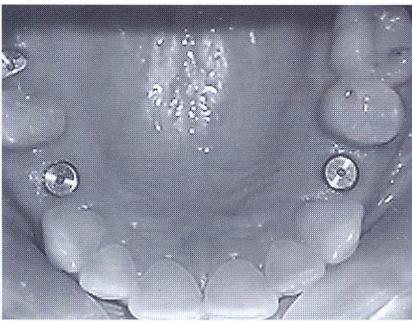


Figura 8

de prótesis fija en el sector superior y removibles en el maxilar inferior.

Simultáneamente al tratamiento periodontal y de salud bucal general, se realizó el diagnóstico completo de su sistema estomatognático para definir el plan de tratamiento de rehabilitación bucal en el cual se concluyó que la paciente no realizaría tratamiento de ortodoncia, por lo que se preparó un encerado diagnóstico que armonizaba la función y estética.

Fase de terapia periodontal de mantenimientos: de acuerdo con la respuesta y evolución se determinará la frecuencia de los mantenimientos, fijando en primera instancia intervalos mínimos de una visita cada tres meses.

Después de la primera sesión de mantenimiento se realizó un estudio de saliva de la paciente C. J. para complementar y justificar los procedimientos realizados hasta este momento, y ubicar a la paciente en el nivel de riesgo que corresponda acorde al plan de tratamiento que se diseñó.

Estudio de laboratorio de saliva

Objetivo: la prueba realizada fue para determinar la susceptibilidad a caries dental, flujo salival, la capacidad buffer, determinación del Ph salival, presencia y tipos de microorganismos en saliva, de la paciente C.J., para lo cual fue utilizado un protocolo de Experiencias de Laboratorio de la Cátedra de Química Biológica y Microbiología de la Facultad de



Figura 9

Odontología de la UNCuyo.

Resultados de la prueba: el pH inicial fue de 6, aceptable para el medio oral; el flujo salival no estimulado fue de 1 ml; el flujo salival estimulado fue de 14,5 ml; la capacidad Buffer fue óptima luego de la estimulación, los valores de flujo salival se mantuvieron estables luego de la estimulación. El resultado de susceptibilidad a caries fue altamente positivo ya que arrojó indicadores actuales de baja susceptibilidad (13%) como se observa en el informe enviado por el mencionado laboratorio (figura 61).

Manejo clínico de los resultados de la prueba: estos resultados de la prueba de saliva nos permiten realizar, con fundamento, un pronóstico FAVORABLE para la paciente C. J., basados en los criterios de un paciente de BAJO RIESGO de caries y enfermedad periodontal (7, 8).

En la segunda sesión de mantenimiento se observó: los porcentajes de los índices de placa bacteriana y de hemorragia dieron menores a 20%. Los sitios intervenidos quirúrgicamente presentaron muy buena evolución clínica.

Se la deriva al prostodoncista para continuar en su plan de tratamiento con la rehabilitación.

DISCUSIÓN

Los dos principales trastornos alimenticios que se presentan en la actualidad



Figura 10

son la anorexia y la bulimia nerviosa, que son enfermedades multifactoriales ya que hay elementos biológicos, psicológicos, sociales y genéticos que juegan un papel importante en el desarrollo de estas enfermedades (9, 10).

Diferentes autores concluyen que el componente educativo que constituye el componente clave en toda intervención preventiva, ha sido escasamente investigado y que la motivación es un proceso dinámico que genera cambios en las personas; toma en cuenta la historia personal y su experiencia, y puede atribuirse a estímulos externos e internos (11). El impacto de los desórdenes alimentarios sobre la salud bucal se reportan desde 1977 (10)

En los pacientes con bulimia y anorexia nerviosa purgativa las pruebas sobre el estado periodontal son conflictivas. Los informes no encontraron diferencias en cuanto a complicaciones de placa gingival y niveles de inserción gingival entre anoréxicos y bulímicos. Los resultados de los índices gingivales no fueron estadísticamente diferentes entre los grupos de anoréxicos, bulímicos y controles. Philipp et al. informaron de un mayor sangrado en el surco del grupo control, mientras que Touyz et al. encontraron menor número de sitios con hemorragias en sus controles. La pérdida de inserción no fue mayor entre los sujetos con trastornos alimentarios (10).

Los pacientes con trastornos alimen-

Tratamiento periodontal en un paciente con bulimia y anorexia

Dolongevich, Evelyn Ruth. Boero López, Edgardo Oscar.

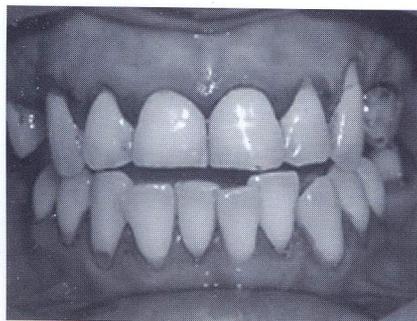


Figura 12

tarios mostraron menos signos de inflamación gingival (anorexia: 14,6%; bulimia: 12,5%; controles: 44,7%) (12).

Los pacientes con bulimia nerviosa mostraron erosión del esmalte en mayor número y severidad de dientes. También una mayor retención de placa dental, más cantidad de caries y cambios en la secreción salival (flujo salival estimulado y flujo salival en reposo eran pobres, aunque tienen más bajos valo-

res de pH, pero dentro del rango normal) (13).

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una estrecha cooperación entre el odontólogo y el médico del paciente, que resultará mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Los pacientes cuyos dientes han sido dañados como consecuencia de un trastorno alimentario tienen más probabilidades de consultar en primer lugar al odontólogo que al médico general. El especialista dental puede, en algunos casos, estar en condiciones de ayudar a hacer el diagnóstico inicial y puede influir en el progreso y desarrollo de la atención médica y psicológica proveyendo apoyo en el cuidado bucal (13).

Son coincidentes con el caso clínico

tratado las investigaciones que encontraron como alteración más común a la gingivitis en los casos de pacientes con bulimia y anorexia nerviosas.

Este caso se trató en principio como uno de alto riesgo de caries por los antecedentes de su historia clínica, pero dado el resultado del estudio de saliva, sumado a los excelentes resultados en las sesiones de mantenimientos, podría reubicarla como un paciente de bajo riesgo de enfermedad periodontal y caries 13, pero está supeditado a su evolución en la fase sistémica, por los antecedentes de recaídas que suelen tener éstas patologías.

Este estudio ha posibilitado el análisis de datos que muestran la importancia del diagnóstico precoz y la necesidad de la implementación de programas preventivos en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que contribuirían a disminuir las secuelas de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA DE VALENTE M. S., BORDONI N., ROZENSZTEJN R., PIÑERO J., ARMATTA A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente salud bucal de un encuadre interdisciplinario. *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños*. 2003; 32 (3): 23-7
2. NUNN JH. Prevalence of dental erosion and the implications for oral health. *Enr J Oral Sci*. 1996; 104: 156-61
3. HUGHES JA., WEST NX., PARKER DM ET AL. Development and evaluation of a low erosive blackcurrent juice drink. Final drink and concentrate, formulae comparisons in situ and overview of the concept. *J Dent*. 1999; 27:34 5-50
4. ZARATE O. G., CASTELLANOS J. L., GUZMÁN LP. Anorexia y Bulimia en Odontología. *Rev. Asoc. Dental Mexicana. Series en Medicina Bucal VIII*. 2004; 61 (3):117-20
5. RONDEROS M., RIDER M. I. Evaluación del riesgo en la práctica clínica. *Periodontology 2000*. 2005; 9: 120-35
6. ANDERSON MH, BALES D., MONEY K. Modern management of dental caries: The cutting edge is not dental bur. *J Am Dent Assoc*. 1993; 124:3-44
7. PIOVANO S. Factores y nivel de riesgo de las enfermedades producidas por placa. Segunda parte: medidas preventivas. *Revista de la FACULTAD DE Odontología UBA*. 2005; 20 (48):25-35
8. PIOVANO S. Factores y nivel de riesgo de las enfermedades producidas por el biofilm de placa. Primera parte. *Revista de la Facultad de Odontología UBA*. 2004; 19 (47): 1933-41
9. MILOSEVIC A., DAWSON L. J. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. *Caries Res*. 1996; 30: 361-66
10. MILOSEVIC A., Trastornos de la conducta alimentaria y el dentista. *British Dental Journal*. 1999; 86 (3) 186: 109-13
11. ALI DENA A., BROWN R. S., RODRÍGUEZ L., MOODY E. L., NASR MAHMOUD F. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *JADA*. 2002; 133: 734-37
12. WILLERSHAUSEN B., PHILIPP E., PIRKEK M., FICHTER M. Complicaciones orales de los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Zahn Mund Kieferheilkzentralbl*. 1990 (4): 293-99
13. PASYNSKAE E., LIMANOWSKA SHAW H., SLOPIEN A., RAJEWSKI A. Evaluación de la salud oral en la bulimia nerviosa. *Jour Psychiatr Pol*. 2006; 40 (1): 109-18.