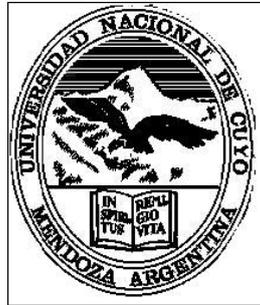


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



CARRERA DE ESPECIALISTA
EN
PROSTODONCIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

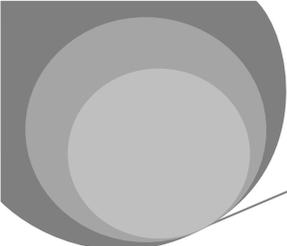
DIRECTOR

DR. JUAN CARLOS ALBERA

ALUMNO

OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

AÑO 2005-2008



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

TRABAJO FINAL

TITULO

REHABILITACIÓN PROTÉTICA

DE UN PACIENTE CON

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIO

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

CONTENIDO

● JUSTIFICACIÓN	Pág. 1
● INTRODUCCIÓN	Pág. 1
● ANTECEDENTES	Pág. 4
● OBJETIVOS GENERALES	Pág. 6
● OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Pág. 6
● DESARROLLO	Pág. 7
○ DESCRIPCIÓN Y DATOS DEL PACIENTE	Pág. 7
▪ ENFERMEDAD ACTUAL	Pág. 8
▪ HISTORIA MEDICA	Pág. 8
▪ HISTORIA DENTAL	Pág.12
▪ EXAMEN CLINICO GENERAL	Pág.13
▪ EXAMEN DENTAL	Pág.13
▪ DETERMINACIÓN DE RIESGO CARIOGÉNICO Y REGISTROS DE HIDRATOS DE CARBONO	Pág.15
▪ EXAMEN PERIODONTAL	Pág.16
▪ EXAMEN CLINICO	Pág.18
▪ EXAMENES COMPLEMENTARIOS	Pág.20
○ ANALISIS CLINICO FUNCIONAL	Pág.20
○ MODELOS DE ESTUDIO	Pág.21
○ ENCERADO DIAGNOSTICO	Pág.22
○ EXAMEN RADIOGRÁFICO	Pág.23
○ ANÁLISIS CLINICO	Pág.26
○ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	Pág.27
● DIAGNOSTICO	Pág.33
● PRONÓSTICO	Pág.51
● PLAN DE TRATAMIENTO	Pág.52
● TRATAMIENTO	Pág.53
● DISCUSIÓN	Pág.68
● CONCLUSIÓN	Pág.71
● BIBLIOGRAFIA	Pág.72

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

***REHABILITACIÓN PROTÉTICA DE UN PACIENTE CON TRASTORNOS
DE CONDUCTA ALIMENTARIO***

JUSTIFICACION:

Los trastornos de la conducta alimentaria son , tal cual se lo describe en tantos artículos la epidemia del siglo XXI, y no tan solo por esa solida pero triste descripción, sino por el hecho de convivir día a día con adolescentes , dentro de ese marco es que la responsabilidad como docente del medio lleva a trasmitir todo lo que acerque a poder generar una mayor conciencia sobre el tema y de estudiar pautas de tratamiento o protocolos que lleven a optimizar y estimular a aquel paciente que se encuentra dentro de esta problemática.

Es por esto que de los pacientes tratados dentro de la carrera de especialización en prostodoncia se selecciono a esta paciente, la cual dada su gran predisposición al tratamiento y ganas de seguir superando su enfermedad , llevo a tomar su problemática y encontrarle una respuesta y un estímulo al mantenimiento de su salud.

1- INTRODUCCIÓN:

Las alteraciones de la conducta alimentaria suponen un problema socio sanitario de creciente impacto por su mayor incidencia en la población adolescente.

Se caracterizan por presentar alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el peso, disturbios graves del comportamiento alimentario y sentimientos de baja autoestima.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

La dieta y el adelgazamiento se vuelven factores de fascinación en pacientes con hábitos de restricción alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa restrictiva

En la anorexia nerviosa purgativa aparece un sentimiento de culpa al haber cedido a la necesidad de comer por hambre, compulsión o imposición familiar y recurren al vómito para evitar el aumento de peso.

La bulimia nerviosa purgativa es un síndrome caracterizado por recurrentes episodios de "atracones" o compulsión alimentaria definida como rápida ingestión de gran cantidad de comida en un corto tiempo, llegando en algunos casos a un promedio de ingesta de 2.500 a 5.000 calorías en un período de 1 o 2 horas seguido de vómitos autoinducidos.¹

El ocultamiento inicial de estas patologías hace necesario conocer algunos signos clínicos asociados a episodios de vómitos autoinducidos a efectos de posibilitar una intervención precoz y evitar posibles complicaciones o graves secuelas.

Las principales complicaciones médicas, son primariamente efectos colaterales de la inanición, desbalances nutricionales y electrolíticos o en su defecto por suicidio.

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la condición 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.¹

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

El odontólogo tiene la “responsabilidad” de ser en muchas ocasiones el que primero detecta este tipo de patologías, por lo que es un instrumento sanitario muy importante en los equipos de salud, y a partir de aquí es que debe elaborar un esquema de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento en su paciente de acuerdo al grado de severidad del problema.

Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes bulímicos y anoréxicos se encuentran : descalcificación y erosión del esmalte , caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteración de la mucosa bucal y tejidos periodontales , sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y falta de estética , así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados.²

Sería interesante como primer paso dentro de un plan de tratamiento dental en pacientes con esta condición, la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión, efectos de la deshidratación y la dieta pueden tener sobre dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener la certeza del manejo médico y control del problema de fondo.

El tratamiento restaurativo , una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material restaurativo adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólogicos como dimensión vertical, sintomatología de ATM, mordida abierta, etc.; según sea el

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.²

Aunque se comenta que los tratamientos médicos ensayados en la anorexia y bulimia nerviosa son innumerables y que los fracasos son mas frecuentes que los éxitos, con dificultades terapéuticas numerosas y desalentadoras, esto no debe de ser un aspecto desmotivador para el Odontólogo , mas aun, al contrario considerarlo como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que al conseguir función y estética dental el paciente recobrara, reforzara y retroalimentara su autoestima.²

Este trabajo se basa principalmente en estudiar a una paciente con este padecimiento y con todo lo que lo rodea, para poder mediante un buen diagnostico, pronostico y plan de tratamiento, devolverle de esta manera una salud oral estable, y así sumar un grano de arena para su total rehabilitación.

2- ANTECEDENTES

Los primeros reportes de anorexia nerviosa datan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya entonces se definía un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado “Consumición Nerviosa”; otros como Laségue en 1873 y Gull en 1874 asocian además el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicógeno: el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación.³

Desde entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia en países como EUA, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre otros. En

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

muchos de esos reportes ya se asociaba a la anorexia con síntomas bulímicos y, a la par de los estudios sobre anorexia, fueron descubriendo la bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquéllos sobre la incipiente bulimia, y hay que notar que se consideraba a la misma como un mero síntoma de la anorexia; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y revisión del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-III-R), de la American Psychiatric Association.³

De la bulimia sí existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia, término que deriva del griego “bulimy” (traducido como hambre del buey); en los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades; los primeros reportes sobre conducta bulímica como tal, datan de fines del s. XIX, aunque generalmente se asocian a la anorexia nerviosa.² Autores como Sollier, 1891; Bouveret, 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940. El trabajo de Ludwig Binswagner en 1944 es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica. Otros estudios

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

reportan que este tipo de conductas bulímicas también se observan en la diabetes mellitus, malaria y entre niñas que vivían lejos de sus familias en internados. Selling y Ferraro en 1945, comentan la aparición de la conducta bulímica entre población no anoréxica, ellos observaron este dato en niños refugiados en EUA y enfatizaron la relación entre la inseguridad psicológica y el “atascarse” de comida. Finalmente, Abraham, en 1916, Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia, ligándolos a estados neuróticos.³⁻⁴

El efecto de estos trastornos sobre los dientes y estructuras bucales fue reconocido hace apenas 38 años, en los 70 por Hellstrom.⁴⁻⁵

3- OBJETIVOS GENERALES:

- a. Motivar desde la rehabilitación de la función y la estética oral la recuperación de los trastornos alimentarios.

4- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a. Estudiar los trastornos de conducta alimentaria
- b. Aprender a diagnosticar los trastornos bucales originados por la bulimia y anorexia.
- c. Adecuar un plan de tratamiento para esta paciente.
- d. Seleccionar el material odontológico más acorde a la rehabilitación protésica.
- e. Devolver al paciente la función y estética perdidas.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

5- DESARROLLO:

La paciente C.J. asiste a la Carrera de Especialización en Prosthodontics recommended to start, given her problem, an integral rehabilitative treatment that allows her to reconstruct her oral health, in this way stimulating her to maintain her stable patient condition in what refers to her illness.

As the first step, it began to transit the steps of the clinical history to reach an adjusted diagnosis and in this way being able to determine a good prognosis and develop an adequate treatment plan and final treatment that meets the expectations of the patient.

5.1. DESCRIPCIÓN Y DATOS DEL PACIENTE

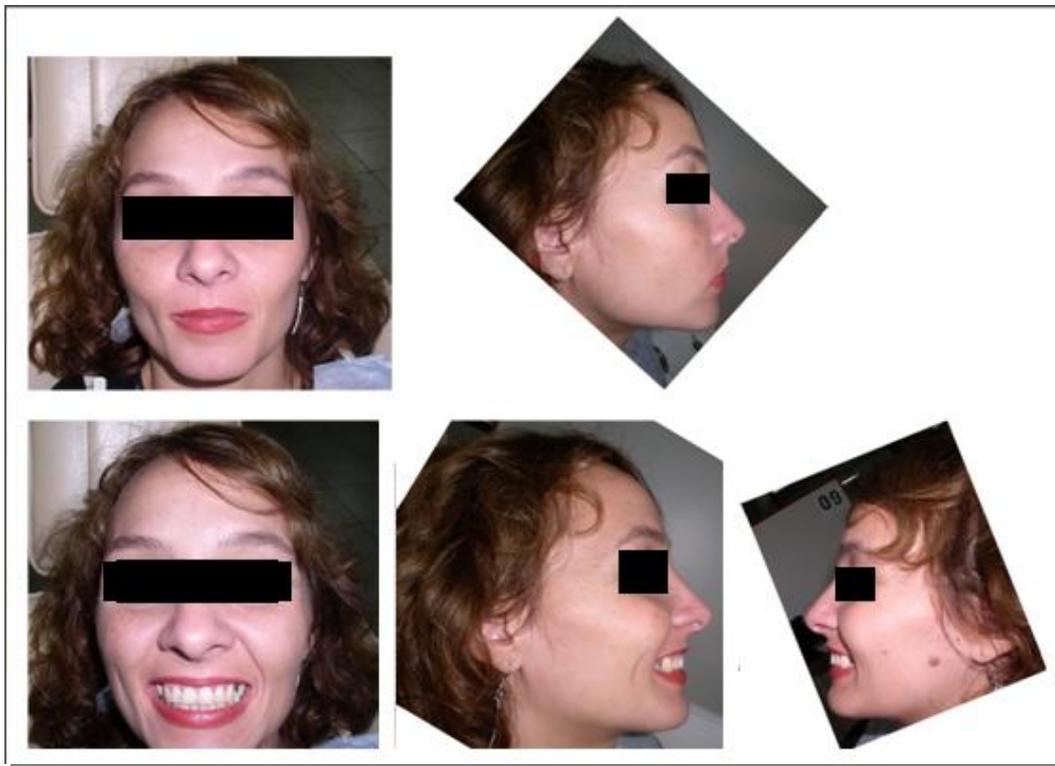


Fig. 1 Fotos Paciente C.J.

Paciente: C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

Fecha y lugar de nacimiento: Mendoza, 05-03-75

Ocupación: Empleada Administrativa

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

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Motivo de la Consulta:
 - Preocupación por su estado de salud bucal
 - Percibe el problema desde hace aproximadamente tres años
- HISTORIA MÉDICA: (Fig. Nro.2)
 - Antecedentes de:
 - Anemia
 - Asma
 - Hepatitis B
 - Frecuentes Dolores de garganta
 - Medicación frecuente con:
 - Antinflamatorios
 - Sedantes
 - Se encuentra bajo tratamiento psicológico (por Trastornos de Conducta alimentaria (Bulimia y Anorexia Nerviosa Purgativa)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 CARRERA DE ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Respira frecuentemente por la boca.
- Ha recibido Educación respiratoria

Cuestionario confidencial para ser completado por el paciente

Sr./Sra.: Patricia B. Linares HC N°: 003 Fecha: 16/04/25

25
 C. J. Chato, Bolivia

Motivo de la consulta: Respiración por la boca
 Desde cuando percibe el problema: 2 años
 Síntomas iniciales: Alc. de la boca, ruidos

HISTORIA MÉDICA

Marque con un círculo lo que corresponda: SI o NO

¿Está bajo tratamiento médico? SI NO
 ¿Toma algún medicamento? SI NO
 ¿Tuvo alguna enfermedad grave? SI NO
 ¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente? SI NO
 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? SI NO
 ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?
 Reumatismo SI NO Hepatitis A B C SI NO
 Artritis SI NO Epilepsia SI NO
 Asma SI NO Cardíacas SI NO
 Brucelosis SI NO Diabetes SI NO
 Tuberculosis SI NO Renales SI NO
 Anemia SI NO Gota SI NO
 Venéreas (Ej. Sífilis) SI NO Chagas SI NO
 ¿Ha experimentado reacciones alérgicas a?
 Antibióticos SI NO Anestésicos SI NO
 Yodo SI NO Dipirona SI NO
 ¿Presenta alteraciones de glándula tiroides? SI NO
 ¿Presenta alteraciones de la presión arterial? SI NO
 Hipertensión SI NO Hipotensión SI NO
 ¿Presenta enfermedades infecciosas a repetición? SI NO
 ¿Presenta con frecuencia dolores de garganta? SI NO
 ¿Es propenso a hemorragias? SI NO
 ¿Ha sufrido traumatismos en cabeza, cara o mandíbula? SI NO
 ¿Está embarazada? SI NO ¿Está en periodo menopáusico? SI NO
 ¿Toma con frecuencia las siguientes drogas?
 Antibióticos SI NO Corticoides SI NO
 Anticoagulantes SI NO Dilantina SI NO
 Anticonceptivos SI NO Diuréticos SI NO
 Antiinflamatorios SI NO Hormonas SI NO
 Anorexigénos SI NO Sedantes SI NO
 Aspirina SI NO Antiarrítmicos SI NO
 ¿Es operado de corazón? SI NO ¿Tiene prótesis cardíaca? SI NO
 ¿Sufre enfermedades nerviosas? SI NO
 ¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico? SI NO
 ¿Sufre de insomnio? SI NO
 ¿Tiene dieta especial? SI NO ¿Bebe alcohol? SI NO
 ¿Es fumador? SI NO Cantidad
 ¿Desde que edad fuma?
 ¿Es operado de nariz? SI NO ¿Es operado de garganta? SI NO
 ¿Respira por la boca? SI NO ¿Recibió reeducación respiratoria? SI NO
 ¿Ha recibido radiaciones en cabeza o cuello por tratamientos de tumores? SI NO
 ¿Advierte cambios en cantidad de saliva segregada? SI NO

Las datos cuestionario tienen carácter de declaración jurada

Fig. 2. Historia Médica de Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

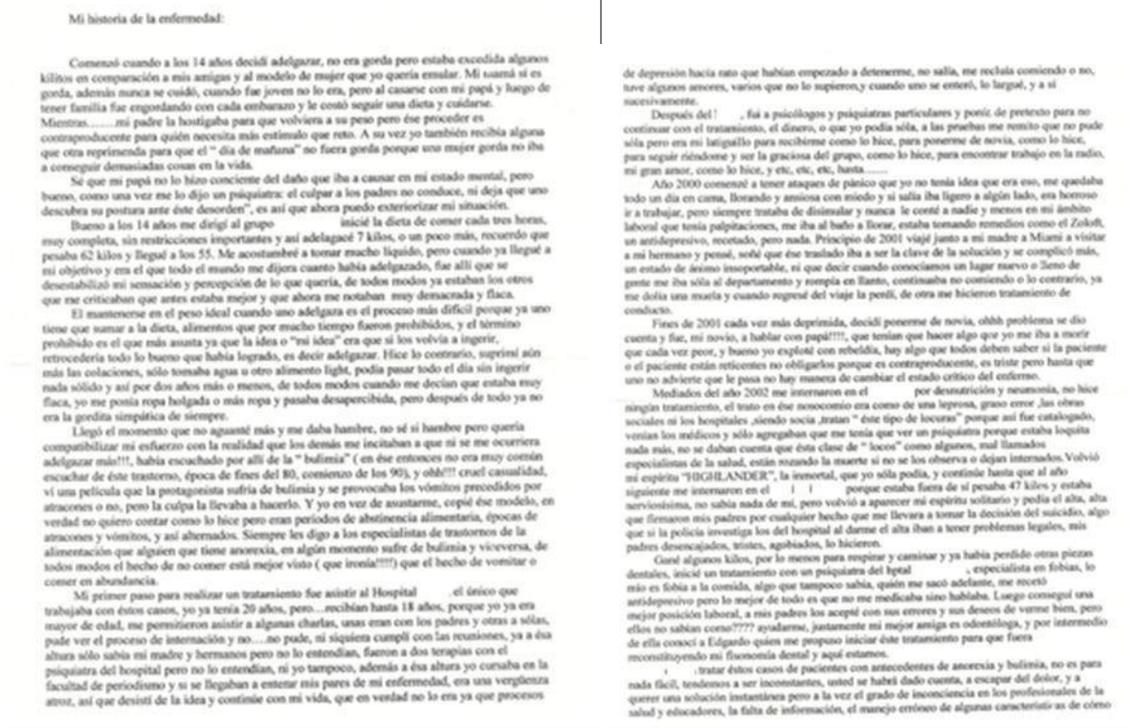


Fig. 3. Carta de la Paciente

- De la anamnesis y de su Carta (Fig.3) surge que durante muchos años la paciente padeció de trastornos alimentarios.

Resumen de su Historia de Enfermedad:

- Comenzó con percepción de “estar excedida de peso en comparación a sus amigas y al modelo de mujer que ella quería emular”; inició una dieta alimentaria controlada por equipo multidisciplinario a los 14 años, bajó de 62 kg a 55 kg
- Con 15 años de edad, inició con el hábito de tener “periodos de abstinencia alimentaria seguidos de atracones y vómitos inducidos”, luego de ver una película cuya protagonista sufría de bulimia y le transmitió la idea de imitar esa conducta
- Primer consulta al Psiquiatra en Hospital pediátrico a los 20 años pero fue pocas sesiones y abandonó. Ya manifestaba síntomas de depresión

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Concurrió a diversos psicólogos y psiquiatras particulares y siempre abandonó los tratamientos con diversas excusas.
- Empezó a tener ataques de pánico a los 25 años y fue tratada con antidepresivos
- La primera internación por desnutrición y Neumonía fue en un hospital general privado, a los 27 años
- La segunda internación se realizó en un hospital neurosiquiátrico, pesando 47 kilos y a los 28 años, solicita y obtiene el alta voluntario.
- Inició a los 29 años, un tratamiento ambulatorio con un psiquiatra especialista en fobias, el cual diagnosticó "fobia a la comida". Le fueron recetados antidepresivos y terapia psicológica.
- Perdió a los 30 años el ciclo menstrual durante un año.
- Manifiesto haber padecido anemia algunos períodos, y que la densitometría tomada hace dos años no manifestaba alteración ósea en ningún hueso del organismo
- Proporcionó como antecedente familiar que su abuela materna padeció de anorexia, siempre fue delgada, comía poco y consumía laxantes
- El 13-03-07 realizó la primera consulta periodontal . En la historia clínica refirió:

Tratamiento médico actual: Esta en tratamiento psicológico y nutricional por Bulimia y Anorexia desde hace 4 años

Sufre de Asma e insomnio y ha padecido Hepatitis B

- Diagnóstico Médico Clínico: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA

HISTORIA DENTAL

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- No ha presentado tratamiento de ortodoncia
- No ha sido tratada periodontalmente
- Presenta exodoncias de elementos 17,16,14,27,36, 47 y 46
- Fractura coronaria elemento 24 (Exodoncia indicada)
- Exodoncia indicada elemento 38
- Erosión en caras palatinas de 11-12-13-21-22-23
- Malposición en elementos 12-22-42-41-31-32-33
- Caries macropenetrante elemento 15, 25 , 37 y 38
- Caries elemento 45
- Tratamiento endodóntico elemento 25 (Filtrado)

- REFERENCIAS POR PARTE DEL PACIENTE:
 - Inicio del problema: dolor y pérdida de piezas dentales por caries, con 26 años de edad.
 - Otros síntomas: respiradora bucal (aunque recibió educación respiratoria) presenta con frecuencia dolores de garganta, 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 salto en la articulación temporomandibular.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

EXAMEN DENTAL

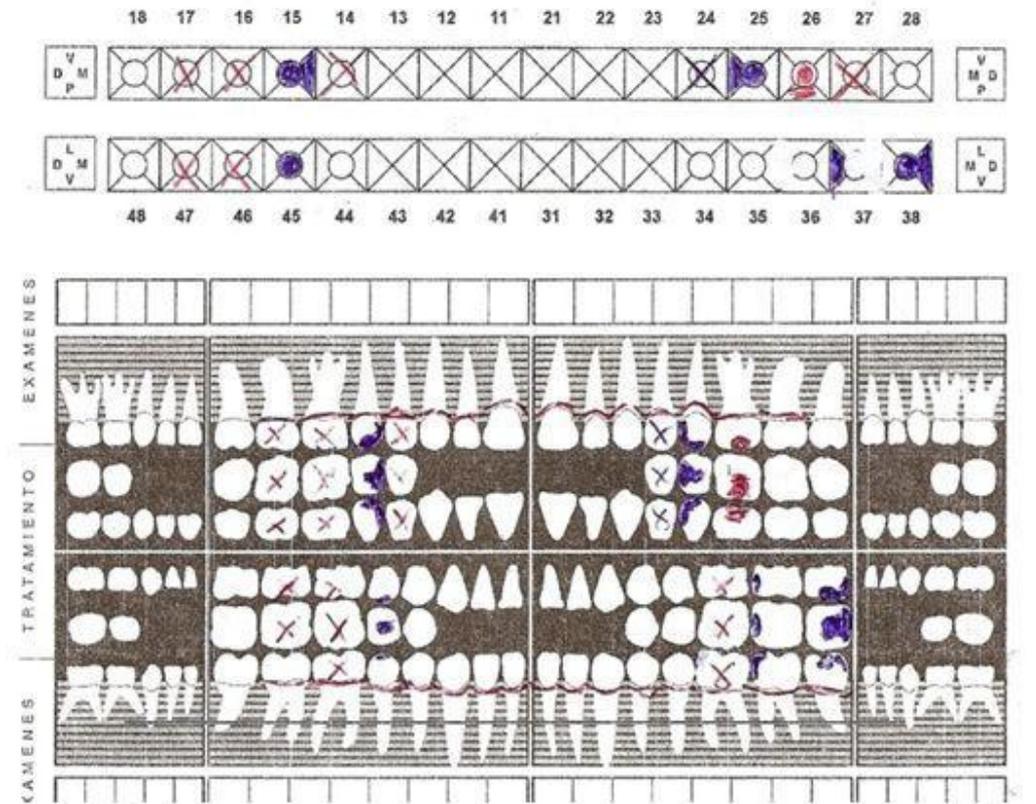


Fig. 4 . Odontograma de Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 5. Fotos Intraorales de Paciente C.J.

- DETERMINACION DE RIESGO CARIOGENICO y REGISTRO DE HIDRATOS DE CARBONO

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- De acuerdo al examen dental y al registro de los hidratos de carbonos, los cuales fueron suministrados verbalmente por el paciente, se observa que al comienzo del tratamiento el riesgo es alto. ⁶ (Fig.6)

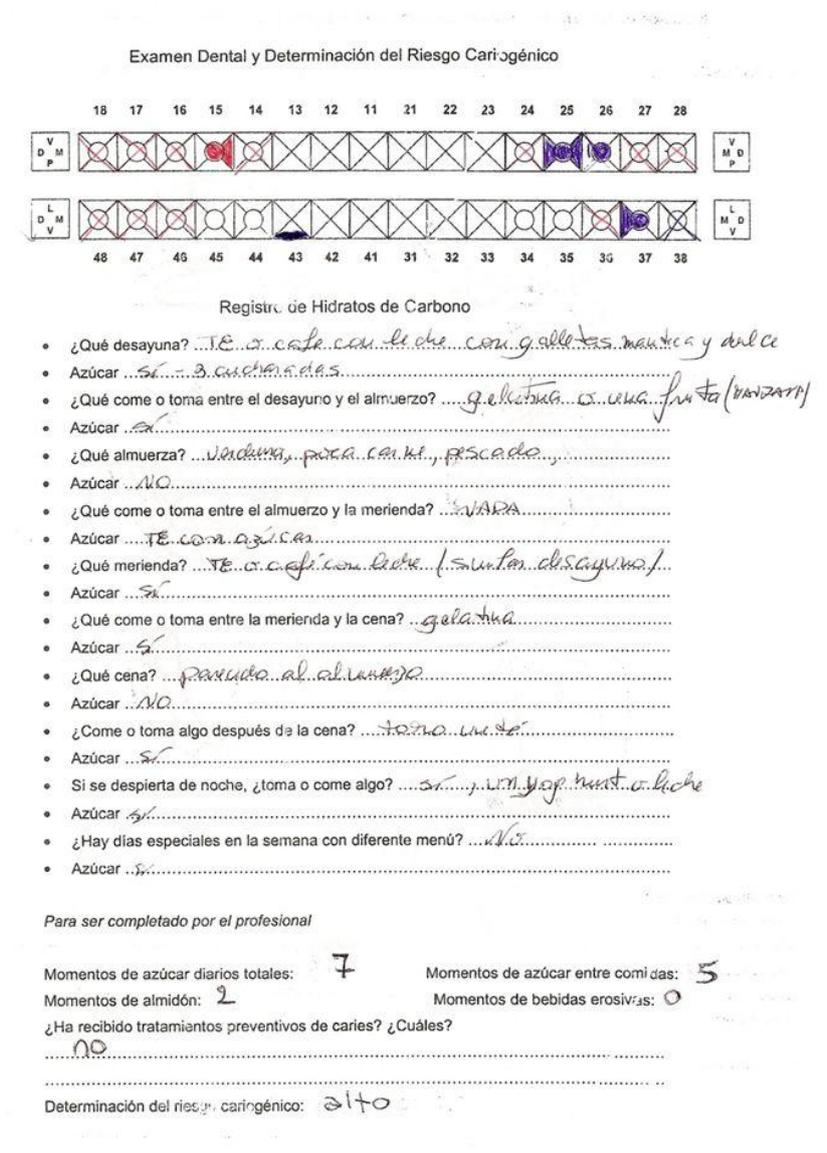


Fig. 6. Registro Hidratos de Carbono Paciente C.J.

EXAMEN PERIODONTAL

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Se realizaron tinciones con revelador de placa bacteriana (Fig.7) , para determinar los Índices de Placa Bacteriana. Se determinó el índice de hemorragia y se efectuó un examen clínico que consistió en determinar profundidad de bolsa, determinación de márgenes gingivales y del Índice gingival de Loe y Siness. a lo que sus resultados nos determinaron un diagnostico final, con una gingivitis marginal crónica y un biotipo periodontal I. ⁷⁻⁸(Fig.8 y 9)



Fig. 7. Tinción de Placa Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

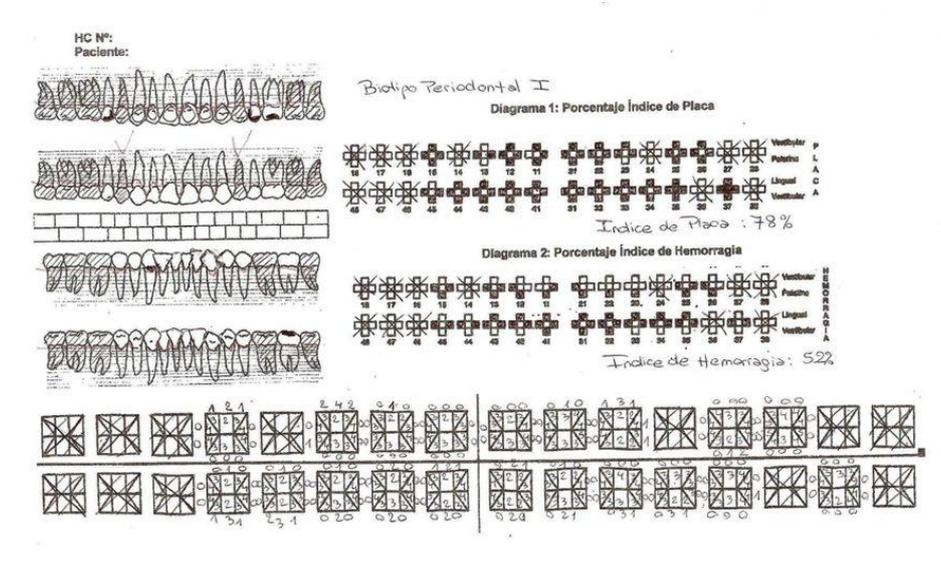


Fig. 8. Ficha Periodontal paciente C.J.

Índice gingival de Loe y Siness

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V				1		0	1	0	0	1	0		1	1		
M				1		1	2	2	1	1	1		1	2		
P				1		1	1	1	1	1	1		1	1		
D				1		1	1	1	1	1	1		1	1		
	Índice Grupo 1: 1					Índice Grupo 2: 0,87					Índice Grupo 3: 1,12					
	boca = 0,90															
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V				1	0	1	1	1	1	1	1		1		0	
M				1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
P				0	0	1	0	1	0	1	1		1		1	
D				1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	
	Índice Grupo 6: 0,66					Índice Grupo 5: 0,91					Índice Grupo 4: 0,87					

Diagnóstico clínico: Gingivitis Marginal Crónica
 Justificación: es consistente con los hallazgos clínicos y es coincidente con la relativamente escasa placa bacteriana

Fig. 9. Ficha con Índices Gingivales de Loe y Silness . Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

EXAMEN CLINICO (Fig. 11)

○ Análisis de Brechas:



⇒ Mucosa Firme

⇒ Encía insertada suficiente

⇒ Defecto de contorno C (combinado, vestíbulo palatino y ápico coronal)

○ Análisis Clínico:

a- Examen clínico extraoral

- i. Piel → Sin consideraciones de importancia
- ii. Movimientos → Normal, Fonética normal
- iii. Cabeza y Cuello → Contractura cervical

b- Intraoral

- i. Mucosa Sana
- ii. Lengua normal y sin patología
- iii. Piso de boca medio
- iv. Paladar ovoideo
- v. Tejidos periodontales (ver examen periodontal)
- vi. Buena higiene.
- vii. Apertura bucal de 54 mm
- viii. Plano Oclusal alterado



TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

i. Caries en: 15-26-37-43 (Fig.5)

ii. Erosión de origen extrínseco en caras palatinas de 11-12-13-21-22-23 (Fig. 5)

iii. Mal posición en elementos 12-22-42-41-31-32-33 (Fig.5)



o Co factor Periodontal



iv. Sobrecontorneo de Obturaciones (47 y 25)

v. Apiñamiento dentario Antero Inferior

o Cofactor Estético:



vi. Colapso de Tabla vestibular a nivel de 14 y 24

OTROS EXÁMENES	TEJIDOS BLANDOS	OCLUSIÓN
HC N°: Modelos de Estudio Articulador N° Ángulo de TCond. D. 35° Ángulo de Spee D. 35° CARACTERÍSTICAS ESTÉTICAS Perfil: <input checked="" type="checkbox"/> Convexo <input type="checkbox"/> Cóncavo Relación dento-facial <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir Relación dento-labial <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir Dientes que expone <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior Forma diente: <input checked="" type="checkbox"/> Triángulo <input type="checkbox"/> O Color Inc. Sup. <input type="checkbox"/> Can. Sup. <input type="checkbox"/> Post. <input type="checkbox"/> FONÉTICA <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir CONDICIÓN PSÍQUICA Tenso <input type="checkbox"/> Emolivo <input checked="" type="checkbox"/> Atención <input type="checkbox"/> Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Inconveniente <input type="checkbox"/> Observaciones:	Labios y comisuras <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Vestíbulo <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Paladar <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Lengua <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Piso de la boca <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Observaciones: BRECHAS - Extremo Libre: 1) 15-18 2) 26-28 - Entre elementos: 1) 13-15 2) 15-28 3) 23-25 4) 25-28 REBORDES ALVEOLARES <input type="checkbox"/> normales <input checked="" type="checkbox"/> alterados Alteración rebordes: A-B-C Brecha: 1) 23-25 2) 25-28 3) 28-30 4) 30-32 5) 32-34 MUCOSA <input checked="" type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> depresible <input type="checkbox"/> móvil <input checked="" type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> depresible <input type="checkbox"/> móvil <input checked="" type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> depresible <input type="checkbox"/> móvil <input checked="" type="checkbox"/> Inserta suficiente <input type="checkbox"/> Intra diente <input checked="" type="checkbox"/> Insertada suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input checked="" type="checkbox"/> Insertada suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente Observaciones:	Relación de tamaño intermaxilar: <input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sup. mayor <input type="checkbox"/> inf. mayor Forma de las arcadas dentarias: <input checked="" type="checkbox"/> redonda <input type="checkbox"/> triangular <input type="checkbox"/> cuadrada Línea media: <input checked="" type="checkbox"/> normal Sup. inf. desviada: mm a izq. - der. Apertura bucal: entre bordes incisales: 54 mm Rebordes alveolares: mm Distancia del borde incisal al ángulo interno del ojo: 40 mm Trayectoria de la mandíbula: al abrir al cerrar Espacio de reposo interdentario: mm Relación incisal en sobre mordida: 3 mm vertical 2 mm horizontal Clasificación de Angle: Clase I - II - III Curva de Spee: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> cóncava <input type="checkbox"/> convexa <input checked="" type="checkbox"/> alterada Plano oclusal <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/> desoclusión canina <input type="checkbox"/> desoclusión can - inc. <input checked="" type="checkbox"/> alterado <input type="checkbox"/> desoclusión en grupo Arcos de cierre: 1 - 2 PRIMER CONTACTO EN CENTRICA DEFLEXIÓN <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I INTERFERENCIAS: Protusiva _____ Lat. Derecha _____ Lat. Izquierda _____ Facetas de desgaste (pieza y superficie) (A-B-C) _____ Abrasión: <input type="checkbox"/> fisiológica <input checked="" type="checkbox"/> patológica Bruxismo: <input checked="" type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> crónico Apretamiento: <input type="checkbox"/> en el día <input checked="" type="checkbox"/> en el sueño <input checked="" type="checkbox"/> bajo tensión <input type="checkbox"/> dolores al despertar Observaciones: Pérdida de esmalte en sector anterior por acción de dieta: Bulimia.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Fig. 10. Ficha Examen Intra y Extraoral. Paciente C.J.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

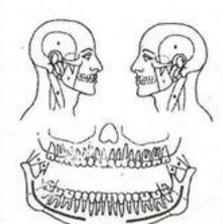
- **ANALISIS CLÍNICO – FUNCIONAL**

- Apertura Bucal de 54mm
- Trayectoria de la mandíbula en apertura y cierre sin desviaciones
- Espacio de reposo interdentario 5mm
- Relación Incisal en sobremordida de 3mm vertical
- Relación incisal en sobremordida de 2mm horizontal
- Curva de Spee alterada
- Plano de Oclusión alterado
- Examen de Articulación Temporomandibular y Sistema Neuromuscular
 - A la palpación y observación clínica no se detectan particularidades en relación al sistema neuromuscular , si un leve chasquido en ambas articulaciones al bostezar y que la paciente refiere que es de larga data. (Fig. 11)

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

CEFALALGIAS <i>s/p</i>										MUSCULOS				
ZONA	LADO		INTENSIDAD		HISTORIA									
	Izq.	Der.	Moderada	Severa	Ocasional	Crónica	Reciente	Jaqueca						
Frontal														
Temporal														
Occipital														
Orbital														
Observaciones														
ARTICULACION TEMPORO - MANDIBULAR														
HAY	AL										HISTORIA			
	Izq.	Der.	Bostezar	Comer	Palpar	Espontáneamente	Reciente	Ocasional	Crónico	Inadvertido				
Dolor														
Crepitación														
Chasquido	X	X	X		X							X		
Observaciones														
SISTEMA NEURO - MUSCULAR <i>s/p</i>														
Los Músculos	HAY							AL				HISTORIA		
	Izq.	Der.	Dolor	Espasmo	Desviación	Mover	Bostezar	Comer	Palpar	Esponatn.	o/estoscopio	Reciente	Ocasional	Inadvertido
Masetero														
Temporal														
Pterigoideo ext														
Pterigoideo int														
Digástrico														
Est. cleido.mast.														
Área N. trig.														
Área occipital														
Área nuchal														



Esquema tomado de UCLA Dental Center

Fig. 11. Ficha Examen Extraoral. Paciente C.J.

MODELOS DE ESTUDIO (Fig.13)

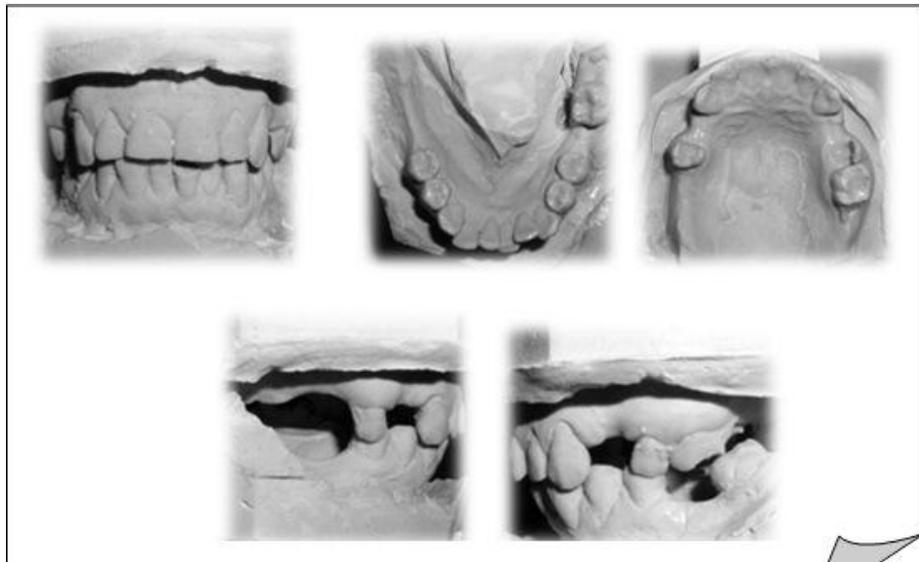


Fig. 13. Modelos de Estudio Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Se puede observar en los modelos de estudio el colapso de la tabla vestibular a la altura del elemento 14 y 24, siendo mas marcado en la brecha correspondiente al elemento 14.

- Se observa apiñamiento severo antero inferior y leve superior

- Mesialisacion del elemento 47

- ENCERADO DIAGNOSTICO (Fig.14)

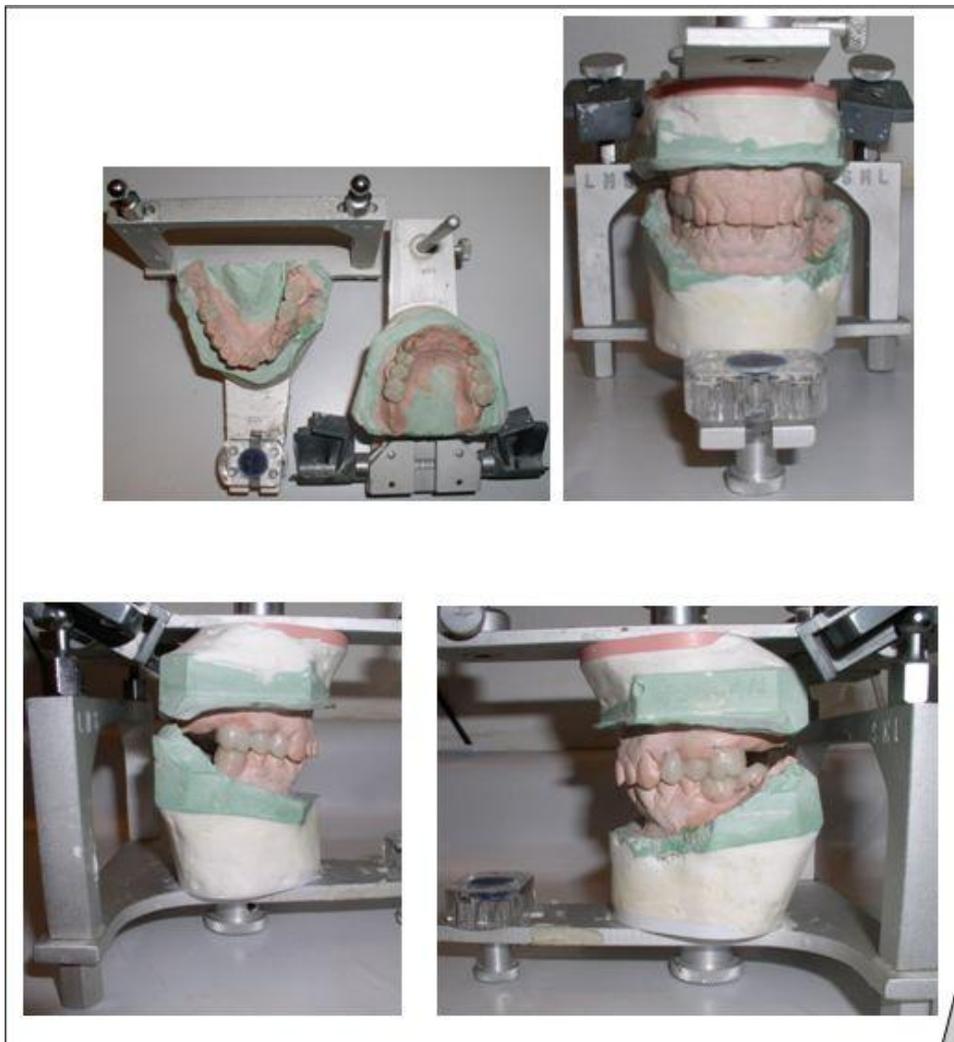


Fig. 14. Encerado Diagnostico Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- **EXAMEN RADIOGRÁFICO**

○ **Panorámica**

- Se observa pérdida ósea leve generalizada
- Sector Superior derecho (Zona 1) se observa proximidad del piso de seno maxilar en sector de molares y una restauración en el elemento 15
- Sector Superior izquierdo (Zona 2) , radiopacidad en elemento 25 coincidente con tratamiento endodóntico y restauración en elemento 26
- Sector inferior Izquierdo (Zona 3) , radiopacidad en 36 y 37 relacionada con obturaciones y brecha en zona de 36
- Sector inferior Derecho (Zona 4) , brecha distal al elemento 45 y demás sin particularidades.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 15. Rx Panorámica Paciente C.J.

○ Seriada radiológica:

- En general se observa pérdidas óseas alternadas próximas a las brechas desdentadas y ausencia de elementos dentarios 14,16,17, 24,27, 36,37 y 46
- Sector 16, 17 ,brecha próxima al seno maxilar
- Elemento 15 con obturación ocluso mesial (OM)
- Elemento 13 con 1/3 de pérdida ósea por distal
- Elemento 23 con 1/3 pérdida ósea por distal
- Elemento 25 con una Tratamiento de Conducto
- Elemento 26 con obturación oclusal

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Elemento 46 y 47 con obturación oclusal



Fig. 16 .Rx Periapicales de Paciente C.J.

- Tomografía Axial Computada
 - Se observan en este estudio un déficit de la tabla vestibular a la altura del elemento 14 , 24
 - A la altura del elemento elemento16 se observa proximidad con el piso del seno maxilar.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

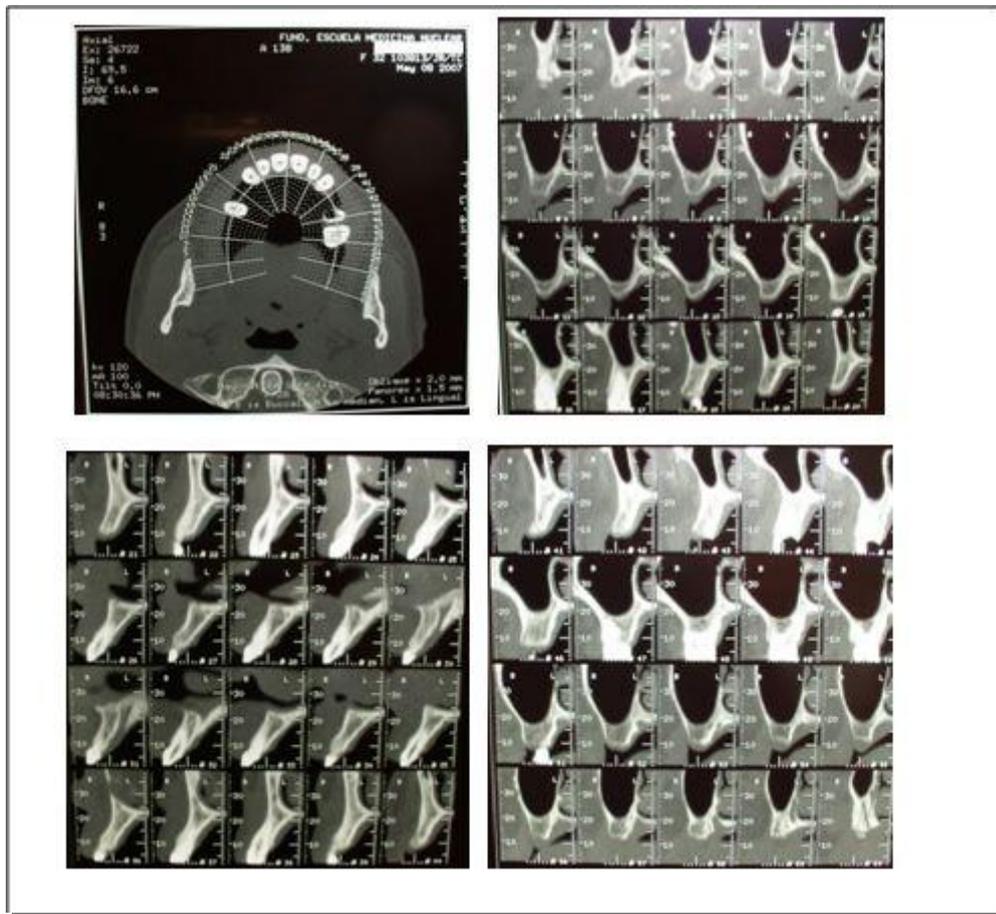


Fig. 17. Tomografía Axial Computada Paciente C.J.

- ANÁLISIS CLINICOS

- Se observa que los valores del hemograma realizado el 13 de Marzo del 2007, fecha aproximada de inicio de tratamiento, se encuentra dentro de parámetros normales.(Fig.12)

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
Dra. DELIA CASTELLINO
OSMED - PEDRO B. PALACIOS 270 CIUDAD- TE 4243567

PACIENTE :
MEDICO : DR. COLLARETTI

FECHA : 13-03-07
O. SOCIAL : OSMED

ANÁLISIS SOLICITADOS

HEMOGRAMA

Hematocrito:	48 %	
Hemoglobina:	15,83 g / dl	
Globulos rojos:	5.270.000 / mm3	
Globulos blancos:	7.000 / mm3	
Plaquetas:	- / mm3	(VN 250.000 a 350.000 / mm3)

FORMULA LEUCOCITARIA

Neutrófilos en cayado:	0 %	Serie roja: normocitosis
Neutrófilos:	52 %	Serie blanca: sin alteraciones
Eosinófilos:	6 %	Plaquetas: normales
Basófilos:	0 %	
Linfocitos:	40 %	
Monocitos:	2 %	

ERITROSEDIMENTACIÓN : 3 / mm

ANÁLISIS QUÍMICOS

Glucemia:	89 mg%	(VN 70 a 110 mg%)
Uremia:	38 mg%	(VN hasta 40 mg%)
Uricemia:	45 mg/l	(VN mujeres 20 a 60 mg/l)
Colesterol:	210 mg%	(VN hasta 200 mg%)
Triglicéridos:	155 mg%	(VN hasta 160 mg%)

Edgar O. Boero López
Dr. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ
BIOLOGO
Mar. 2007

Fig. 12. Análisis Clínicos de Paciente C.J.

- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Podemos dar cuenta de que los trastornos alimentarios producen importantes lesiones en la cavidad oral, erosión, abrasión, la caries y específicamente la actividad cariogénica que presentan los pacientes bulímicos.

Las pruebas de actividad cariogénica se han empleado desde hace mucho tiempo en la investigación odontológica, y algunas se han adaptado al uso rutinario en el consultorio dental. Las que se utilizan con mayor frecuencia son recuento de colonias de lactobacilos, Prueba de Snyder, Prueba de la reductasa, Prueba de la capacidad amortiguadora, Prueba de Fosdick, Prueba de Dewar y Prueba de selección de S. mutans.³³⁻³⁴

Por lo que en primer para llegar a un pronóstico adecuado se realizó una prueba de determinación de actividad cariogénica, la cual se realizo en el servicio de Microbiología de la Facultad de Odontología de la U. N. de

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Cuyo y el resultado fue altamente positivo ya que se determinó baja susceptibilidad cariogénica como se observa en el informe enviado. Fig. 18 .

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA DE MICROBIOLOGÍA
Paciente:	
Solicitado por:	
Fecha:	
Material analizado: Saliva (Método por estimulación)	
Observación por coloración de Gram/Giicola Predominio de cocos Gram positivos, regulares bacilos Gram positivos filamentosos y escasos bacilos Gram	
Test de susceptibilidad a caries dental por siembra masiva en AMS Recuento de <i>Streptococcus</i> totales: 3.000 UFC/ml Recuento de <i>Streptococcus</i> mutantes: 390 UFC/ml	
Índice: 13%, Interpretación: Baja susceptibilidad a caries dentales (+ de 21% alta susceptibilidad)	
Od. María Cecilia Porta Cátedra de Microbiología	

Fig.18. Informe de Actividad Cariogénica Paciente C.J.

Ahora si bien hay información controvertida con respecto a los cambios que ocurren en los factores salivales en pacientes con episodios de vómitos, algunos estudios consideran la asociación entre erosión y factores salivales (Milosevic y Slade, 1996).

El flujo , composición , capacidad buffer y capacidad de estimulación de la saliva son descriptos entre los factores biológicos que intervienen en el proceso multifactorial de la erosión dental (Lussi et al, 2004).³⁵

Por lo que en segundo lugar el objetivo fue intentar corroborar algunos de estos factores como lo son el flujo salival, la capacidad buffer, y la determinación del pH salival de la paciente, para lo cual se utiliza un

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

protocolo de Experiencias de Laboratorio de la Cátedra de Química Biológica de la Facultad de Odontología de la U.N.Cuyo.

Se explicaran brevemente los materiales y el procedimiento utilizado, luego se volcaran los resultados en forma de curvas para poder interpretarlas.

- Materiales:

- Tubos de hemólisis
- Papel indicador universal de pH, rango de 5-10

○ Procedimiento:

- Determinar el pH salival, el cual se anotara como tiempo cero o basal, Ingerir una unidad de chicles con sustitutos de azúcar. Masticar durante 5 min., desecharlo, salivar y tomar pH, correspondiente a T_1 . Dejar pasar 10 min, salivar y determinar el pH (T_2). Repetir esta operación cada 10 min y se obtendrá el pH a los tiempos T_3 y T_4 .

Fotos del Procedimiento:

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

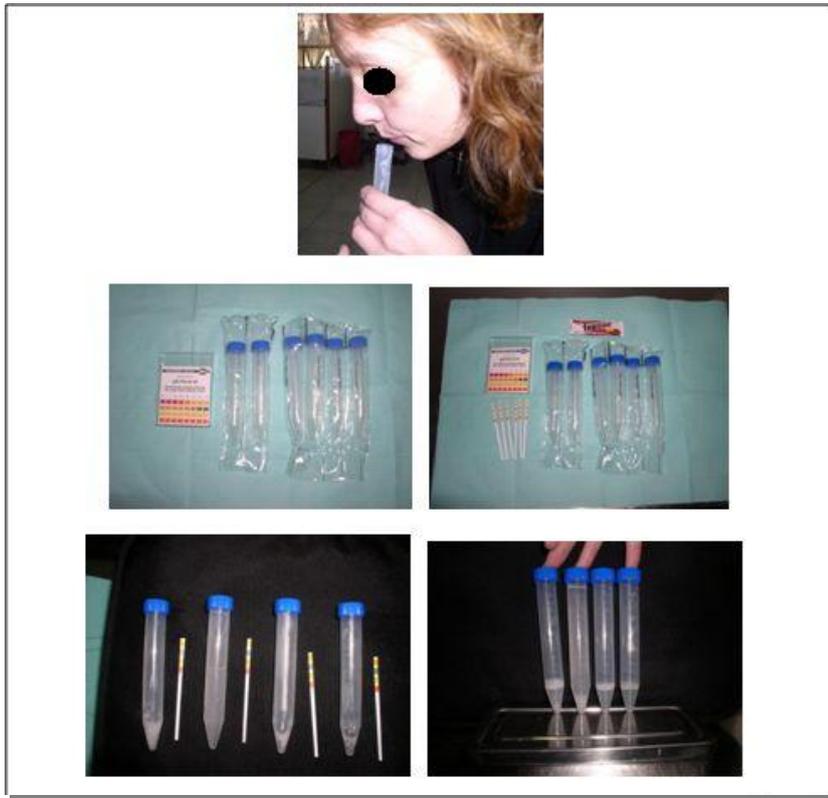


Fig. 19. Fotos del estudio salival de la Paciente C.J.

Curvas Obtenidas:

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

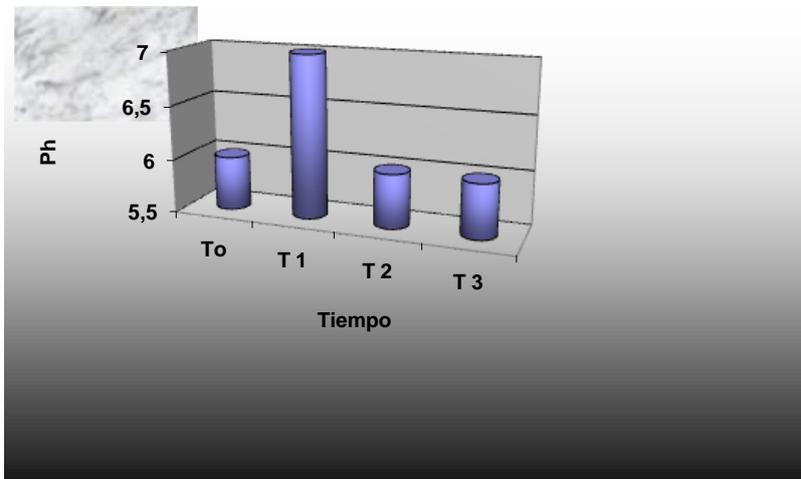


Fig. 20 . Curva comparativa de Ph vs. Tiempo

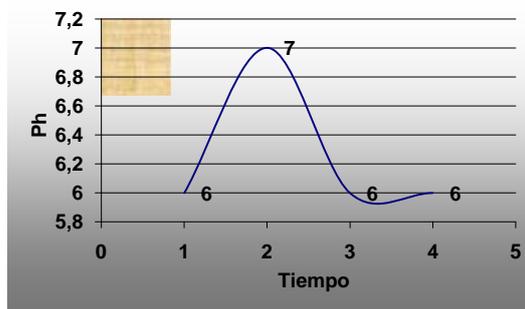


Fig.22 . Tabla lineal prospectiva de Ph vs. Tiempo

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

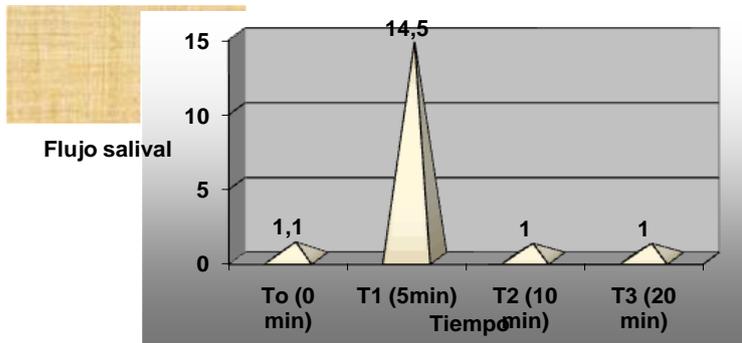


Fig.23 . Curva comparativa de Flujo Saliva vs Tiempo

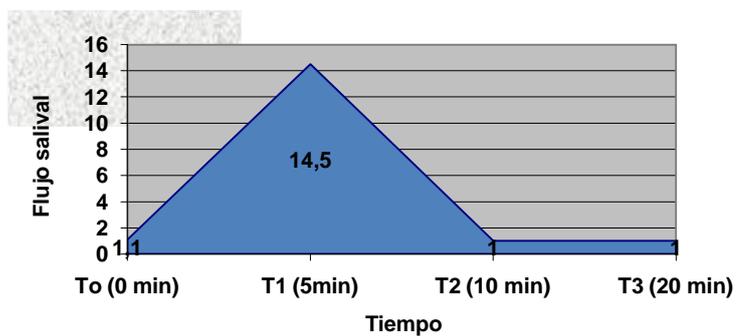


Fig.24 . Tabla lineal prospectiva de flujo salival vs tiempo

Resultados:

- El pH inicial fue de 6, aceptable para el medio oral
- El flujo salival no estimulado fue de 1ml

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- El flujo salival estimulado fue de 14,5 ml
- La capacidad Buffer fue optima luego de la estimulación
- Los valores de flujo salival se mantuvo estable luego de la estimulación.

Milosevic y Dawson^{36,37} no encontraron diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad, en contraparte Touyz y col.³⁸ refieren que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas.^{36,39,40}

La muestra en relación a las investigaciones descriptas indica que no hay variaciones de significación en cuanto a valores de pH , ni a flujo salival, buena capacidad buffer y que las perspectivas en el tiempo son concordantes con una paciente en salud, con baja prevalencia a las caries.

5.2. DIAGNOSTICO:

Para lograr realizar un diagnóstico adecuado en primer lugar se abordará la problemática de fondo en lo se refiere a su salud general , que fue lo que en principio condiciono su salud bucal actual donde encontramos datos que se relacionan directamente en estado de salud oral de la paciente en la actualidad.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Para poder empezar se puede decir luego de la anamnesis, relato de la paciente, y estudios, que ha tenido periodos largos y discontinuos con signos y síntomas como Anemia, alteraciones del ciclo menstrual, escoriaciones en los dedos de la mano, desnutrición, Neumonía, fobia a la comida e insomnio. Por lo que se determino desde la Clínica Medica que ha padecido y padece un trastorno de conducta alimentario nombrado o denominado como Anorexia y Bulimia Nervioso de tipo Purgativo, de la cual esta en franca recuperación y que no presenta episodios desde hace mas de tres años.

Esta patología basal, la ha llevado a padecer trastornos en su salud bucal, los cuales a manera de secuela los podemos observar en la actualidad, los cuales son, erosión marcada por palatino de los dientes antero superiores, gingivitis marginal crónica, perdida de los elementos dentarios 17,16,14,27,36,47 y 46; Fracturas coronaria elemento 24, caries elemento 38, ambas llevan a la indicación de extracción de dichas piezas dentarias, malposición de elementos antero inferiores (respiradora bucal), caries macropenetrante elementos 15,25, 37 y 38, caries incipiente elemento 45, perdida de tabla vestibular a nivel de los elementos 14 y 24 y leve pérdida ósea generalizada.

Por todo lo antes descrito es que es interesante apoyarnos en la bibliografía para así consolidar el marco diagnostico de la paciente, por lo que se puede comenzar, tal cual se realizo anteriormente con la patología iniciadora de esta cascada de eventos desafortunados para su salud general y bucal.

Distintos autores ^{9, 10, 11,12}, señalan tal cual se describirá mas adelante algunos signos y síntomas que la paciente ha presentado durante su

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

estado activo de la enfermedad y algunos que actualmente están presentes como consecuencias de la misma , dentro de los cuales se observaron , el comer compulsivamente y luego vomitar, sentirse durante mucho tiempo excedida de peso, presentar escoriaciones en los dedos, alimentarse en forma desbalanceada, como así también la presencia de alteraciones del ciclo menstrual con hemorragias agudas , anemia, deterioro progresivo de la dentadura, deshidratación, como signos y síntomas mas presentes en ella.

Según la literatura ² las personas que padecen Bulimia son aquellas que han sido obesas o han realizado numerosas dietas sin control médico. Tratan de ocultar los vómitos y las purgaciones, por lo que la enfermedad suele pasar desapercibida durante mucho tiempo. Asimismo, se producen otros cambios físicos y emocionales (depresión, ansiedad) que manifiestan el desarrollo de la enfermedad. Los bulímicos se ven gordos, incluso cuando su peso es normal; se avergüenzan de su cuerpo y lo rechazan, por lo que intentan hacer dieta en todo momento. A pesar de todo, la ingestión compulsiva a escondidas o durante la noche es una de las principales características de esta patología.⁹

Pueden llegar a gastar una gran cantidad de dinero en comida o recurrir a la que ya hay en casa, que comienza a desaparecer misteriosamente de la despensa. No sienten ningún placer al comer ni preferencias en cuanto al tipo de alimentos, sólo buscan saciarse. Intentan evitar los lugares en los que hay comida y procuran comer solos. Su comportamiento suele ser asocial, tienden a aislarse, y la comida es su único tema de conversación. Además, la falta de control sobre los alimentos les produce grandes sentimientos de culpa y vergüenza.⁹

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

El Manual de Diagnóstico y Tratamiento, de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en su edición de 1.994 (DSM-IV) clasifica como Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos (TANE) a aquellos que no cumplen con todos los criterios establecidos para el diagnóstico de Anorexia y/o Bulimia Nerviosa.⁹

Para que una persona pueda ser diagnosticada como una enferma con Bulimia-Anorexia Nerviosa, debe presentar los siguientes patrones conductuales y síntomas.

a) negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima e ese nivel para su edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% del esperado; o fracaso en obtener el aumento de peso esperable durante el período de crecimiento, que lleva a un peso corporal inferior al 85% del esperado)

b) intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.

c) perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la auto evaluación, o negación en la gravedad del bajo peso corporal actual.

d) amenorrea en las mujeres postmenárquicas, por ejemplo, la falta por lo menos de tres períodos menstruales consecutivos.(Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus ciclos menstruales ocurren sólo después de la administración de hormonas, por ejemplo, estrógeno)

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Tipos específicos: existen a su vez dos formas en que la A. N. puede presentarse:

- A- Restrictiva: durante el episodio de A. N. la persona no se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).
- B- Bulímica: durante el episodio de A. N, la persona se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Para determinar un diagnóstico de bulimia deben estar presentes las siguientes alteraciones :

- B) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos:
 - a-ingesta, en un período corto (por ejemplo, unas dos horas), de una gran cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente come durante un período similar y en circunstancias similares.
 - b- Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, una sensación de no poder cesar de comer, o de no controlar qué o cuánto uno está comiendo).
- C) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- D) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un período de tres meses.
- E) La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.
- F) El trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Estos datos que nos vuelca la bibliografía ⁹ son concordantes con la historia médica y relato de la paciente, por lo que se le diagnostico Bulimia como patología de base.

Tipos específicos de Bulimia Nerviosa:

- A) Purgativo: la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.
- B) No purgativo: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.⁹

Según la bibliografía ⁹, en la paciente se observaron signos y síntomas relativos a una Bulimia Nerviosa de Tipo Purgativa.

El ocultamiento inicial de estas patologías hace necesario conocer algunos signos clínicos asociados a episodios de vómitos autoinducidos a efectos de posibilitar una intervención precoz y evitar posibles complicaciones o graves secuelas como:

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio. Los electrolitos son esenciales para la producción de la “energía eléctrica natural” del organismo, la que asegura la salud de la dentadura, articulaciones y huesos, la transmisión de los impulsos del sistema nervioso y de los músculos, riñones y corazón, el nivel de azúcar en sangre y la llegada de oxígeno a las células
- Amenorrea - Pérdida de los Ciclos Menstruales (por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios). La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a Osteopenia y Osteoporosis
- Atrofia Muscular – saturación muscular y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume a si mismo. Alteración del Funcionamiento Neuromuscular - debido a déficits de vitaminas y minerales (en particular de potasio), y malnutrición .
- Aumento de Azúcar en Sangre/Hiperglucemia - puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad.
- Artritis (degenerativa) - puede ser causada por desbalances hormonales y déficits vitamínicos así como un incremento en la elasticidad de las articulaciones en personas que comen compulsivamente.
- Baja cantidad de plaquetas o Trombocitopenia - Causada por bajos niveles de vitamina B12 y ácido fólico, y/o exceso de alcohol. Puede ser indicador de supresión del sistema inmune o una disfunción en la inmunidad

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Variaciones Abruptas en los Niveles de glucemia - Hipoglucemia: puede indicar problemas en el hígado o riñones y conducir a deterioro neurológico o mental.
- Callos o hematomas en los dedos de la mano - por el uso repetido de los dedos para provocarse el vomito.
- Cáncer - de garganta y cuerdas vocales (Laringe) debido a trastornos de reflujo ácido
- Cetoacidosis - altos niveles de ácidos que se acumulan en la sangre (cetones) por causa de la quema de la grasa corporal (en lugar del azúcar y los carbohidratos) para obtener energía. Puede ser resultado de inanición, purgas excesivas, deshidratación, hiperglucemia y/o abuso de alcohol (o también como resultado de una diabetes no tratada o no controlada). Puede llevar al coma y a la muerte.
- Convulsiones - un riesgo incrementado de convulsiones en personas con Anorexia y Bulimia a causa de la deshidratación. Es posible que las lesiones cerebrales a causa de una malnutrición prolongada y la falta de células transportadoras de oxígeno jueguen también un papel.
- Debilidad y Fatiga - a causa de malos hábitos alimentarios generalizados, desbalances electrolitos, deficiencias de vitaminas y minerales, depresión, malnutrición, problemas cardiacos.
- Déficit de Hierro, Anemia - esto ocasiona que las partículas en sangre que transportan oxígeno se inutilicen y puede causar fatiga, falta de aire, incremento de infecciones y palpitaciones del corazón.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Deterioro grave de la dentadura: Ocurre por desnutrición y carencia de vitaminas o por erosión de los ácidos gástricos al vomitar.
- Depresión que induce al suicidio
- Descenso de la temperatura corporal - Sensibilidad a la Temperatura

Uno de los signos observables es la hipertrofia de las glándulas salivales (parótida o submaxilar) generalmente bilateral, indolora e inicialmente intermitente.¹⁰

Según Rauch, la aparición y magnitud de la hipertrofia es directamente proporcional a la frecuencia del vómito.¹¹

Algunos pacientes presentan el signo de Russell, que consiste en una callosidad o excoriación en el dorso de la mano por introducción de los dedos dentro de la boca para provocar el vómito.¹²

Consecuentemente con lo expuesto y concordante con la literatura^{9,10,11,12} es que podemos catalogar a nuestra paciente dentro de los trastornos de conducta alimentaria, como un a paciente que ha padecido anorexia y bulimia nerviosa purgativa en los momentos de mayor actividad de su enfermedad.

En cuanto al diagnóstico del estado bucal de la paciente C.J. podemos llegar a determinar que la mayoría de sus alteraciones bucales existentes que se observan en la Fig.5, como caries, restauraciones desbordantes, perdida de elementos dentarios, erosión marcada por palatino de dientes antero superiores, etc. son secuelas y se deben en gran parte a su patología de base.

Esto lo podemos corroborar cuando los artículos¹⁻¹² nos dicen que ; en la cavidad bucal, las secuelas son graves a causa de la pérdida de

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

tejidos dentarios provocada por la acción repetida y localizada de los ácidos gástricos, erosión dental (etiología intrínseca), agravada en algunos casos por el consumo frecuente de jugos cítricos naturales, variedad de jugos diluibles y gaseosas de bajo pH (etiología extrínseca).¹³ En la paciente se observa sobre todo la erosión del esmalte en zona palatina anterior .

La erosión de los tejidos duros del diente produce hipersensibilidad, adelgazamiento

(pérdida de volumen y forma) y fractura de las piezas dentarias y alteraciones en la oclusión.¹⁴ En la Fig.5 de la paciente encontramos lo hallazgos clínicos mas importantes, y dentro de ellos podemos observar la ruptura de las piezas 14 y 24, la perdida de elementos dentarios como así también el quiebre leve del plano de oclusión.

El término perimilólisis se utiliza para expresar la localización de la erosión en las caras internas (palatinas) de los dientes anteriores superiores, donde se percibe inicialmente la lesión.

La conclusión es que los pacientes con episodios de vómitos consultan más tardíamente.

Se observan signos clínicos de la enfermedad, como el signo de Russell, hipertrofia parótida y erosión dental. La pérdida irreversible de tejidos dentarios por erosión es de severidad clínica leve (grado 1). La prevalencia de la enfermedad caries dental es mayor en el grupo de pacientes vomitadores.¹⁰⁻¹¹

Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales se describen a detalle a continuación y que se asocian en algunos puntos a los que padece nuestra paciente:

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Erosión del esmalte

El término clínico erosión dental es utilizado para describir el resultado del proceso químico de destrucción gradual de los tejidos dentarios por acción patológica, crónica, localizada e indolora de ácidos en el que no están involucrados los productos del metabolismo de la flora bacteriana intrabucal ¹⁵.

La integridad del esmalte dentario es pH dependiente y el pH del vómito varía según diferentes autores entre 1,5 y 3,8. ¹⁶⁻¹⁷.

Las manifestaciones clínicas sobre los tejidos dentarios no son visibles mientras el ácido no ha actuado con frecuencia semanal durante un período de 1 a 2 años. ¹⁸.

Aunque irónicamente baja, en porcentaje (30-38%), podría decirse que es la lesión dental típica de estos pacientes. Existe ausencia de pigmentos exógenos (café, té, cigarrillo, etc.) sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad.

La erosión ha sido también mencionada en la literatura como “perimólisis” o “perimilosis”, términos que han caído en desuso.¹⁰ Como se mencionó, paradójicamente la prevalencia de la lesión es relativamente baja dado que su presencia depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), etc., y dado que la erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Por lo anteriormente expresado, el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión, creando un verdadero reto restaurativo, lo cual a su vez se ve complicado por aspectos como:

- a) Capacidad de amortiguación salival (buffer)
- b) pH salival
- c) Magnitud del flujo salival
- d) Composición y grado de calcificación en la superficie dental
- e) Parafunciones (bruxismo, apretamiento)
- f) Tipo de dieta ácida (frutas, condimentos, golosinas).

La severidad y progresión de la lesión depende no sólo de la frecuencia y duración del vómito sino también de los hábitos de higiene posteriores a la exposición del ácido y otros factores tales como el grado de mineralización, el contenido de fluoruro y la cantidad y calidad del flujo salival ^{2, 18,19}

Por otro lado, la erosión facilita la acción destructiva de procesos mecánicos como la abrasión y la atrición ²⁰

En pacientes con TCA la erosión se ve agravada en algunos casos por la ingesta frecuente de alimentos y bebidas de bajo Ph. ^{21.-22-23}

El esmalte del diente se puede disolver con un pH de aproximadamente 5,5 o menor, la dentina en un pH de 6,5 o menor. ²⁴

En cuanto a este tópico se realizó un diagnóstico diferencial referido al origen de las erosiones dentarias con:

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Enfermedad del Reflujo gastroesofágico (GERD), el cual presenta erosiones especialmente en molares, además de otros síntomas específicos, que se corroboran con la historia médica y la del especialista gastroenterólogo.
- Hábitos de uso excesivo de alimentos y/o bebidas de bajo pH
- Consumo de tabletas masticables de vitamina C
- Actividad laboral en industrias de desarrollo de sustancias de alto contenido ácido.
- Atrición y abrasión (las cuales se pueden llegar a asociar con la erosión)²⁵⁻²⁶

Caries

Las caries que presenta la paciente puede resultar de una excesiva ingestión de carbohidratos , ya que posee una buena higiene en la actualidad pero medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitaminas C, bebidas ricas en sacarosa, etc. Probablemente existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como S. mutans y Lactobacilos. En estos pacientes pueden existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC, lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de PB.^{10, 11}

Sialoadenosis

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuente encontrarlo, sin embargo

se ha llegado a confundir con el síndrome de Sjögren., el cual se caracteriza por presentar una exocrinopatía autoinmune, en la que se produce una insuficiencia de las glándulas exocrinas producida por la infiltración de estas por linfocitos CD 4. Las glándulas más comúnmente afectadas son las salivales y lacrimales, por lo que las manifestaciones características de la enfermedad son la xerostomía y xeroftalmía. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición e hipertrofia de las glándulas salivales; dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.^{10,11}

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes; la sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente.

La paciente en la actualidad no presenta ninguno de estos signos descriptos anteriormente.

Saliva

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

En la paciente luego de un estudio de pH salival , poder buffer y secreción no se encontraron alteraciones que nos describan una actividad de la enfermedad. (Fig.20,22,23 y 24)

Si bien aún en la bibliografía ^{10,11} no se han reportado diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí, se encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad; sin embargo y en contraparte, se han referido informes en los que se afirma que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas. Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características

cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, mal absorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción de medicamentos, sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenosis. ¹⁰⁻¹¹

Mucosa.

La paciente hoy en día no presenta cambios en la mucosas que sean clínicamente observables , pero se deduce que en los momentos de exacerbación de su enfermedad y de acuerdo a lo estudiado en la literatura esta se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales, principalmente comisurales.^{10, 11}

Periodonto.

La paciente presenta una gingivitis marginal crónica y se puede decir que en relación a los trastornos periodontales, estos 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.²

La lesión gingival no fue representativa, contrario con otros resultados, donde reportan que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a 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.²

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

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 ²⁷

Es importante considerar la posible disminución de estrógenos, como causa subyacente de la asociación de periodontitis y baja densidad mineral ósea. La baja densidad mineral ósea es un indicador de riesgo de periodontitis. La clara interacción entre cálculo y densidad mineral ósea sugiere que en presencia de irritantes locales (cálculo), osteoporosis y en menor medida osteopenia, aumenta el riesgo de pérdida de inserción clínica periodontal. El aumento de riesgo de periodontitis presente en personas con osteoporosis u osteopenia puede prevenirse o atenuarse mediante la eliminación frecuente del cálculo. Estos pacientes deben ser advertidos de la importancia de la visita periódica al odontólogo y del mantenimiento periodontal. ²⁸

El caso se presenta fuera de la problemática de base pero seguramente relacionado en su oportunidad, con la situación actual nos encontramos con el elemento 15 con un tratamiento de conducto que se encuentra descubierto al medio bucal, y que según la bibliografía existente podemos decir que históricamente el éxito o fracaso en la terapéutica endodóncica se basaba en la obtención previa de la esterilización del sistema de conductos radiculares y el logro de un sellado apical hermético. Los estudios clínicos y experimentales se

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

basaban en estos dos parámetros como condiciones para lograr el éxito del tratamiento de conductos.²⁹

En un trabajo la Universidad de Washington realizado en la década de los años 50, se encontró que el 58.66% de los fracasos se debieron a una obturación incompleta del conducto radicular; ésta causa de fracaso es casi 50% mayor que la siguiente en importancia, la perforación radicular que constituye el 9.61% de los fracasos.³⁰

Por otro lado Khayat y col. determinaron in vitro el tiempo que tardan las bacterias de la saliva para penetrar en conductos obturados mediante la técnica de condensación lateral y vertical. La filtración salival se confirmó mediante la penetración de tinta a lo largo de los conductos; la tinta se colocó en la cavidad de acceso a los conductos y se dejó 24hs. La saliva penetra más lentamente que la tinta; además se observó un patrón de recontaminación de los conductos que varió entre los 4 y 48 días. Magura y col. estudiaron histológicamente la microfiltración mediante el método de Brown y Hopps, que permite detectar microorganismos grampositivos y gramnegativos. Las características de tinción fueron inesperadas; la dentina se coloreó con una intensa basofilia en la superficie oclusal expuesta y a lo largo de la pared del conducto, efecto atribuido a los componentes orgánicos de la saliva en los túbulos dentinarios que permitió observar la filtración salival.³¹

Para concluir con el diagnóstico de la paciente podemos decir que existen dificultades para medir bajo condiciones de certeza epidemiológica la pérdida de tejidos dentarios de etiología no bacteriana por la falta de criterios diagnósticos unificados y las diferentes metodologías aplicadas.³²

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

Otra dificultad encontrada ha sido la confusión en la terminología utilizada para las lesiones diagnosticadas como abrasión y atrición. En ocasiones estas patologías se registran asociadas siendo clínicamente diagnosticadas como “tooth wear” (desgaste dentario) ³²

De acuerdo a un trabajo de investigación publicado por la Dra. García de Valente y col. , se lograron 4 conclusiones de relevante importancia para este estudio que dice que:

- Los pacientes con Anorexia Nerviosa subtipo Restrictivo presentaron menor prevalencia de caries.
- Los pacientes con diagnostico de Bulimia Nerviosa subtipo Purgativo (diagnostico clínico de la paciente) presentaron mayor prevalencia de caries dental que las pacientes con otros tipos de trastornos alimentarios
- En los estadios tempranos de la enfermedad la erosión parece estar limitada al esmalte de las caras palatinas de los dientes antero superiores, que constituiría la zona de ataque inicial. ³²

5.3. PRONÓSTICO:

En lo que ha su patología de los trastornos de conducta alimentaria y apoyándonos en la bibliografía antes descrita es que lo podemos considerar al pronostico como reservado, debido a que hay un alto porcentaje de recurrencia de la enfermedad.

Desde el enfoque odontológico de la paciente de acuerdo a todo lo expuesto en cuanto a su diagnóstico bucal es favorable, dado que

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

desde el punto de vista periodontal, el cual lo da el estudio exhaustivo que se hizo en la fase periodontal , en la Carrera de Especialización en Periodoncia , marca un punto de partida importante para el objetivo final ; y en lo que se refiere a estado de salud oral , caries, tratamientos de conducto, futura rehabilitación también es favorable dado la excelente predisposición de la paciente hacia el tratamiento.

Ahora bien para solidificar este pronostico bual es que se recurrió a realizarle a la paciente las pruebas anteriormente descriptas, en estudios complementarios, pruebas que tienen directa relación con la actividad criogénica y de la relación del pH salival con su estado dentario.

5.4. PLAN DE TRATAMIENTO

De acuerdo a l estado actual de la paciente, la que se encuentra hoy en día estabilizada en lo que se refiere a los trastornos alimentarios, es que se planifico un tratamiento acorde al caso e inclusive pensando en una posible recidiva, ya que tal cual lo describe ella, “es una enfermedad en la cual se lucha día a día”.

Por lo que se decide encarar el plan de tratamiento de la siguiente manera:

- Control de Placa Bacteriana
- Resolución de la Gingivitis Marginal Crónica
- Exodoncia de Elemento 38
- Re tratamiento de conducto elemento 15
- Obturación con resina elemento 25
- Resolución de Caries de elementos

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Implantes en elementos 14,16 y 24
- Regeneración de Paredes vestibulares en elementos 14 y 24
- Perno muñón elemento 15
- Corona Métao Cerámica elementos 24,25 y 14 y 16
- Prótesis Parcial de Cromo Cobalto inferior
- Tratamiento Preventivo.

5.5. TRATAMIENTO

Una vez controlado el paciente, el tratamiento restaurativo será rutinario como en cualquier paciente odontológico con este tipo de lesión bucal. Se valorará el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado. Se puede utilizar desde una resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólogicos como dimensión vertical, sintomatología Articulación Temporo-Mandibular, mordida abierta.^{41, 42}. Según sea el caso, el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.^{43, 44, 42,45} Por lo que este caso comienza en la especialidad de periodoncia de la Fac. de Odontología de la UN Cuyo, con el adecuado control de placa de la paciente, lo cual ante la buena higiene de la paciente sirve de refuerzo y el tratamiento de la gingivitis marginal crónica.

Luego se procedió a disminuir los niveles de infección mediante el control de caries activa, resolviendo esa situación con restauraciones de resina (3M Z 350) en elemento 15 , 37 y 43, también se realizo la exodoncia del elemento 38.

Como continuidad del tratamiento se realizaron los implantes (LTX implant 3i) en las zonas de brechas correspondientes a los elementos

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

14 y 24 y en forma conjunta se resolvió el colapso de las tablas vestibulares de la zona de 14 y 24 (4 X 13) con hueso de banco (Matriz Ósea UNC) , y en una segunda etapa se realizo el reemplazo del elemento 16 mediante implante (5 X 13) previa elevación de piso de seno maxilar

A los seis meses aproximadamente de la colocación de los implantes se comenzó con la rehabilitación total de la boca de la paciente mediante la colocación de perno muñón metálico en el elemento 25 y coronas de metal porcelana en elementos 14,16, 24 y 25, reconstruyendo de esta manera el maxilar superior .

En el maxilar inferior debido a la malposición dentaria se sugirió como tratamiento ideal un tratamiento ortodoncico a lo cual la paciente no accedió por lo que se procedió a la instalación prótesis de cromo cobalto inferior para equilibrar la oclusión y dejar estabilizada la zona para futura rehabilitación definitiva.

Y para terminar con el caso se le dio importancia a la prevención ya que en pacientes en donde el cuadro sintomático de la anorexia y la bulimia se encuentra activo o esta en etapa neutrase procede a la protección del esmalte con fluoruros. Por lo que se recomienda el empleo diario de soluciones neutras en forma de enjuague de fluoruro de sodio (0.05%), aplicaciones directas en gel de fluoruro de estaño (0.4%), así como el contenido de este en la pasta dental de uso diario y realizar un cepillado no vigoroso

A todo lo anterior se le anexa la consulta peridica con el profesional para control y diagnostico de posible nuevas lesiones.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Desarrollo del Procedimiento Terapéutico:

- Tratamiento Periodontal en fase Complementaria (Fig.25)
 - El cual se realizó dentro de la carrera de especialización en periodoncia , y la tinción se realizó con detector de placa doble tono.



Fig.25. Fase Complementaria Tratamiento Periodontal

- Colocación de Implantes elementos 14 y 24 (Fig 27)
 - Se procedió en la carrera de periodoncia de la U.N.Cuyo a la colocación de implantes de dentales marca 3 i , de 4 x 13 mm, a la altura de elementos 14 y 24 y relleno oseo con matriz ósea (Tejido de origen humano para uso terapéutico) proveniente de la U.N.Cordoba (Fig. 27)

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 26. Cirugía de Implantes Paciente C.J.



Fig. 27. Relleno óseo Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Cirugía de implantes en el elemento 16 con elevación de piso de seno. (Fig.28)
 - En una segunda cirugía se realizó en un curso de implantes de la U.N.Cuyo, la colocación de un implante a la altura del elemento 16, previo elevación de piso de seno maxilar , dado la descripta proximidad de la zona con dicho reparo anatómico. Su utilización implante de la marca 3 i , de 5 x 13 mm y en la elevación de piso de seno se colocó Plasma rico en plaquetas preparado en el momento de la cirugía por un Bioquímico del equipo de profesionales del curso.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

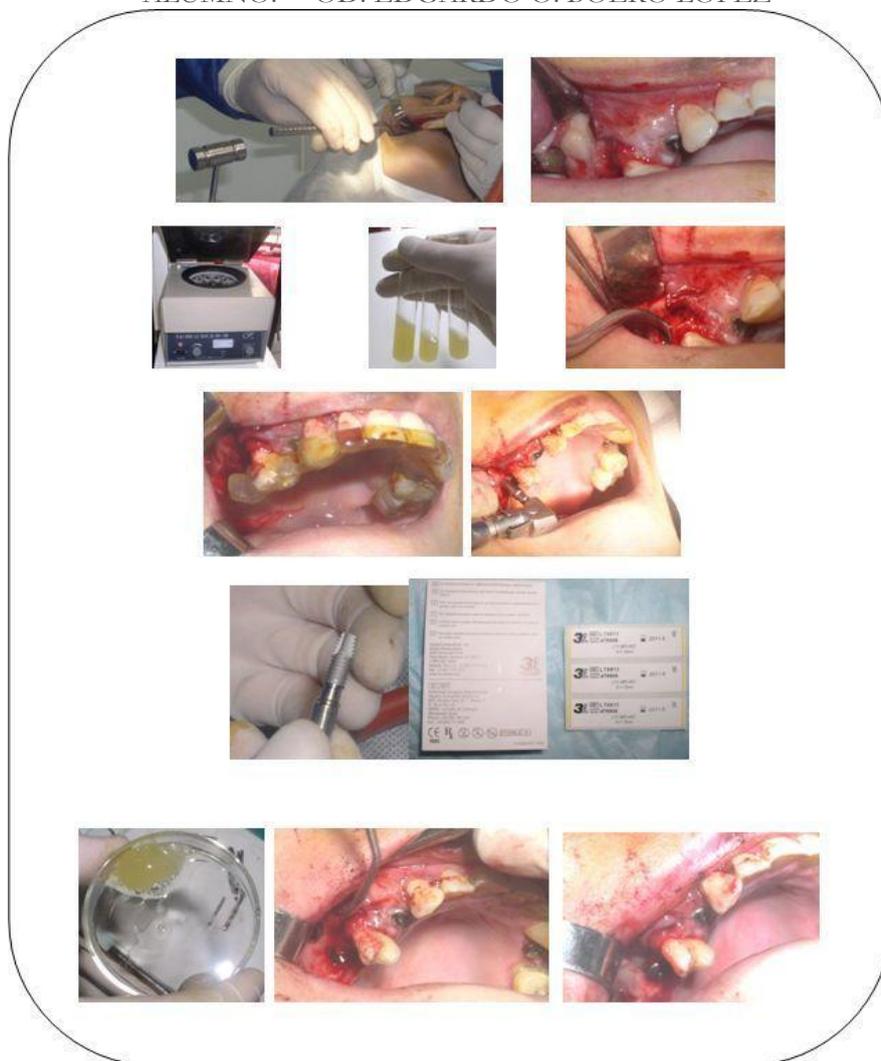


Fig. 28. Cirugía con elevación de Seno maxilar Paciente C.J.

- Impresión y Cementación de perno muñón elemento 25 (Fig.29)
 - Se realizo la impresión del conducto radicular con una resina acrílica marca Dura lay, y se instalo el perno muñón en el elemento con cemento de fosfato de Zinc.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 29. Impresión y cementación perno muñon paciente C.J.

- Impresiones para Rehabilitación Maxilar Superior
 - Para la impresión se confecciono, previa impresión con alginato para modelo primario, una cubeta individual , como material de fijación de los emergentes se utilizó resina acrílica Dura Lay y como material de impresión se uso Silicona por Adicion marca Panasil (Putty soft e Initial Contact light).



Fig. 30. Impresión para modelo definitivo paciente C.J.

- Tallado de apoyos para Prótesis Parcial removible de cromo cobalto inferior (Fig.31)

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Se realizaron apoyos según diseño y previo tallado de planos guía, en mesial de elemento 45 , en lingual del 43, en distal del 35 y mesial del 37.



Fig.31. Tallado de Apoyos

- Personalización de pilares de titanio y estructura de cromo cobalto inferior (Fig.32)
 - El laboratorio personaliza los pilares de titanio correspondientes a cada implante colocado y realizo la estructura de cromo de la prótesis inferior.

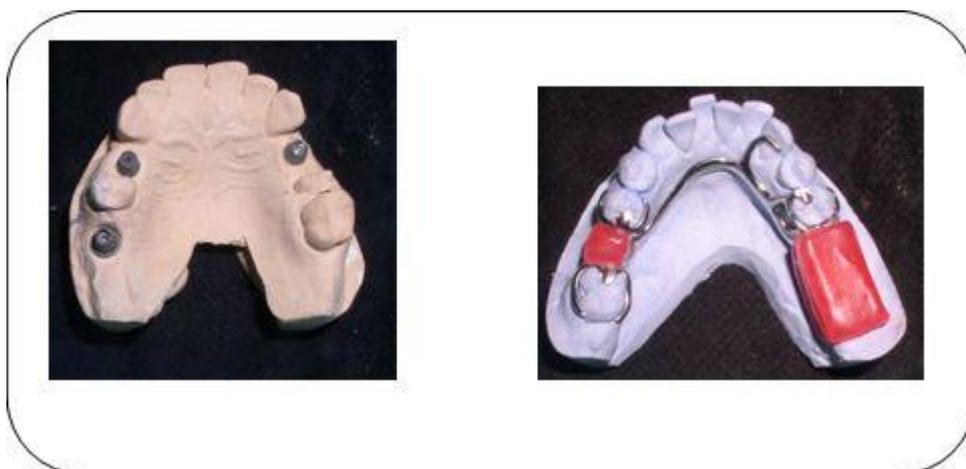


Fig.32. Personalización de pilares y cromo inferior paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

- Prueba clínica de los pilares maquinados (Fig. 33)
 - Se realizo luego de controlar la adaptación en modelos, la prueba clínica de los pilares de titanio personalizados.



Fig. 33 . Prueba clínica de Pilares paciente C.J.

- Impresión e Pilares y muñón (Fig.34)
 - Se realiza impresión de pilares de titanio de los elementos 14,16 y 24 del muñón del elemento 25 con silicona por adición Panasil.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 34 . Impresión pilares y muñón

- Prueba de casquetes. (Fig. 35)
 - Se procede a la prueba en modelos y clínica de los casquetes metálicos de los elementos 14,16,24 y 25 .



Fig. 35. Prueba Casquetes metálicos paciente C.J.

- Modelos para prueba de los bizcochados (Fig. 36)
 - El laboratorio entrega los bizcochados en porcelana y enfilado del cromo inferior para proceder a probar en la paciente, se realiza prueba de la oclusión y observación de detalles estéticos.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 36. Prueba de bizcochado en modelos

- Prueba clínica de bizcochado y enfilado de cromo inferior (Fig. 37)
 - Se realiza la prueba clínica de las estructuras de porcelana y el enfilado inferior , donde se observan detalles estéticos, color y forma, a corregir antes del acabado final, y se prueba la oclusión dela paciente.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 37. Prueba clínica Rehabilitación de C.J.

- Instalación de la Rehabilitación (Fig. 38-44)
 - Se procede a instalar la rehabilitación, en cuanto a las coronas de metal porcelana sobre implantes (14,16 y 24) se cementan con oxido de zinc eugenol reforzado , la corona de metal porcelana del elemento 25 con cemento de ionómero vitreo, y en cuanto al cromo inferior se activaron retenedores y se comprobó la oclusión .
 - Como indicaciones se le sugirió una adecuada higiene bucal , enjuagues y dentífricos fluorados (ver plan de tratamiento), control trimestral con el profesional odontólogo y como al momento del cierre de la rehabilitación no accede , debido a su educación

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ
respiratoria, a la placa neuromiorelajante se le
aconseja en no menos de tres meses , su instalación.

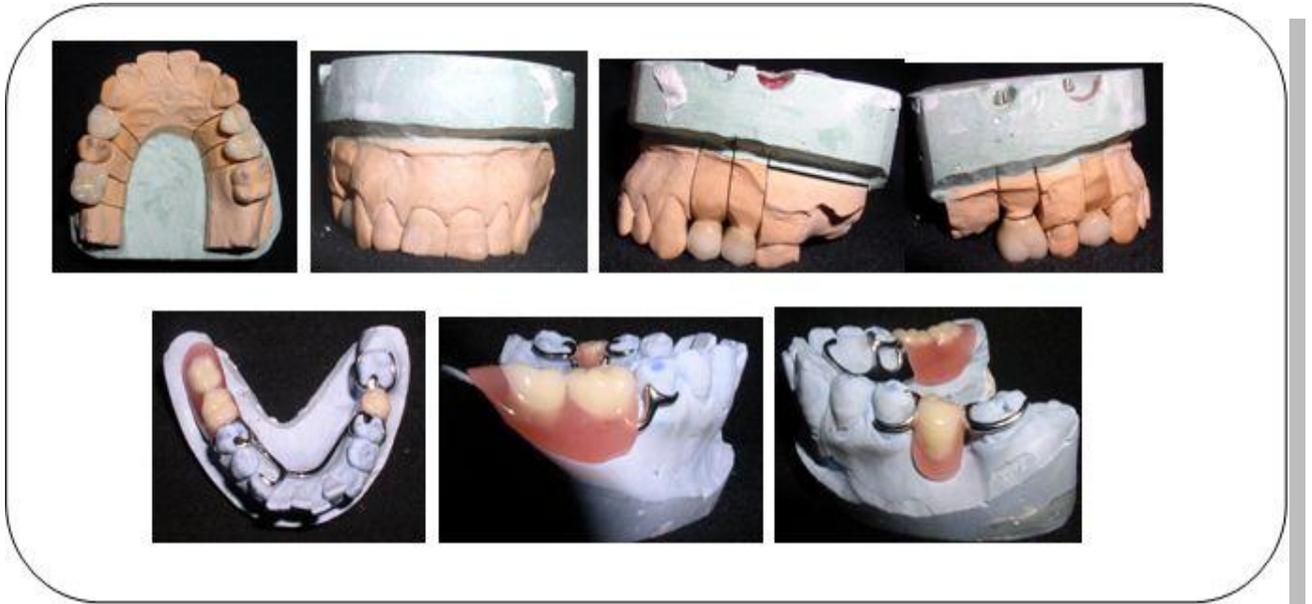


Fig.38. Modelos con Rehabilitación Terminada de paciente C.J.



Fig.39. Instalación Rehabilitación Superior Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 40. Instalación Rehabilitación Inferior Paciente C.J



Fig. 41. Frente y Perfil de Paciente C.J. con Rehabilitación Instalada

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ



Fig. 42. Boca de frente Antes y Después de Paciente C.J



Fig. 43. Marco de Sonrisa Antes y después de Paciente C.J

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

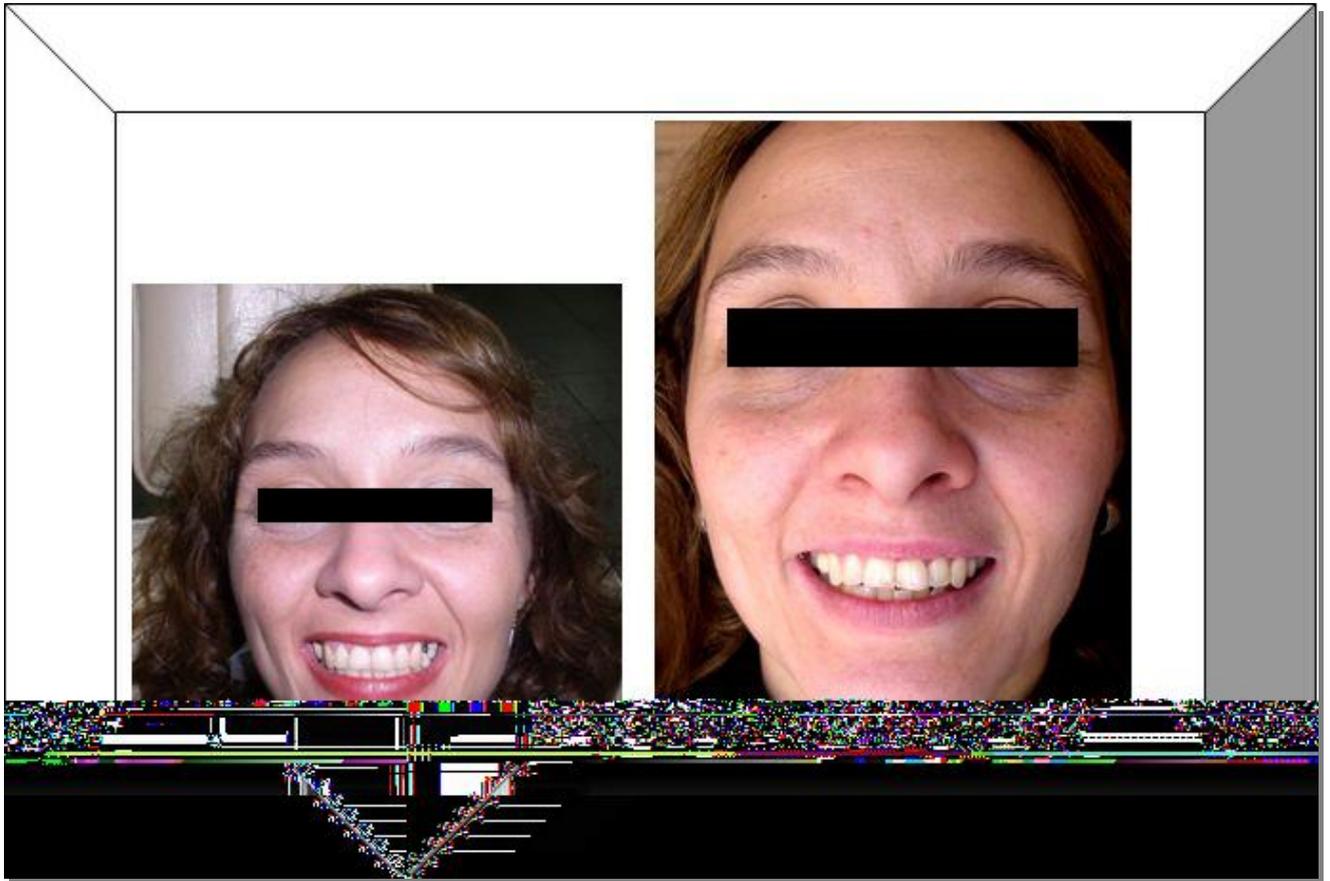


Fig. 44. Foto Final de Antes y después Paciente C.J.

5.6. DISCUSION

Se presento un caso de rehabilitación protética en una paciente con un trastorno de tipo alimentario con una presunta estabilidad en cuanto a su patología y es por esta situación que se ha creado alguna discusión del tiempo de intervención odontológica en estos casos, aunque por un lado se concuerda que el cuidado odontológico de rutina debería proceder como se requiere en el manejo de la caries y problemas periodontales, si la erosión progresiva esta presente, es mejor esperar hasta que el desorden alimentario haya sido controlado antes de iniciar un

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

tratamiento restaurador extenso, pero por otro lado se sabe que el tratamiento puede ayudar al paciente a enfrentar su problema de salud. Mejorar la apariencia del paciente al proveer al paciente puede si se inicia en el tiempo correcto un importante factor en el manejo y recuperación del paciente.⁴⁸

Es por esto que el tratar pacientes con desordenes alimentarios presenta un gran desafío dado que las lesiones en boca suelen ser irreversibles.

La extensión del tratamiento esta determinada frecuentemente por el daño de existente de los tejidos duros y el objetivo del tratamiento debería ser la restauración funcional y estética del paciente, tanto como la prevención de mas daño en la dentadura existente.⁴⁶

Si ha habido una extensa pérdida de la estructura dentaria el cuidado dental deberá incluir una completa rehabilitación oral con rehabilitación con cobertura completa.⁴⁷

El actual plan de tratamiento se oriento en una rehabilitación funcional y estética y en la protección de la dentadura existente.

El tratamiento endodóntico y lo pernos fueron considerados necesarios por la extrema destrucción de los tejidos duros de las corona del 25.

La decisión de la colocación de los implantes se toma en base a que de los estudios analíticos que la paciente entrego no existía evidencia de osteoporosis , ni de déficit en la absorción del calcio, esto no dio un buen punto para la decisión tomada.

Y si se toma en cuenta que la implantodontología es un recurso terapéutico habitual confiable para la solución de gran cantidad de

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

problemas clínicos, este tratamiento representa una alternativa para abordaje en el reemplazo de dientes perdidos.

La rehabilitación con restauraciones de cobertura completa ofrecieron una solución segura para una rehabilitación funcional y estética de esta paciente.

Las restauraciones ceramo metálicas se utilizaron porque dan un resultado estético excelente (similar a restauraciones completas cerámicas) con mejor resistencia mecánica. La rehabilitación con ceramo metálica en pacientes con desordenes alimentarios ha sido adecuadamente documentada ^{49,50}

A lo que se puede agregar que según un estudio realizado sobre la solubilidad y dureza superficial de cerámicas odontológicas después de ser expuesta a fluido gástrico, si estas son adecuadamente elegidas en composición y trabajadas adecuadamente grado de afectación disminuye notoriamente ⁵¹

Aproximadamente un tercio de los paciente con desordenes alimentarios sufren un recaída dentro de los cuatro años posteriores. ^{52,53}

Por lo expuesto en el párrafo anterior es que la prevención en pacientes en donde el cuadro sintomático de la anorexia y la bulimia se encuentra activo, incluyen preventivos como son: revisiones continuas y protección del esmalte con fluoruro. Si el paciente vomita, se recomienda el empleo diario de soluciones neutras en forma de enjuague de fluoruro de sodio (0.05%), aplicaciones directas en gel de fluoruro de estaño (0.4%), así como el contenido de este en la pasta dental de uso diario que, además de proteger al esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

caries.^{54,55,56,57} Se ha reportado una reducción hasta de 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. Se debe evitar el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.^{55,58}

Se sabe de las dificultades terapéuticas y de los fracasos en el tratamiento dental de estos desordenes alimenticios^{59,55,60}; esto no debe desmotivar al clínico, al contrario, debe considerarse como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que, al conseguir función y estética dental, éste recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.⁵⁵

5.7. CONCLUSION

Una rehabilitación protética en un paciente con trastornos de la alimentación es de una gran complejidad, y si bien desde un punto de vista odontológico lo que se busca es la estética y la función de todo el sistema estomatognatico no se debe dejar de lado, que para que este sistema funcione necesita de otro por demás importante que es el del ser humano. De esta manera se podrán encarar estos tratamientos partiendo desde la base que es el entender que es lo que les pasa por dentro a nuestros pacientes para saber que les puede devolver por fuera para motivarlos a mejorar y encarar la vida con otra actitud.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

5.8. BIBLIOGRAFIA

1. Enrique Berner, Julia Piñero* y Shirley Valente, Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos, Arch.argent.pediatr 2004; 102(6) / 440-444
2. Óscar Gay Zárate, José I. Castellanos, Laura Diaz Guzman, Series en medicina bucal. VIII Anorexia y bulimia en odontología. Revista Asociación dental Mexicana, Vol. LXI, No. 3, Mayo-Junio 2004, pág. 117 -120
3. Dr. Óscar Gay Zárate, Dra. Graciela Elibeth Ramírez Rodríguez, Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. Revisión. Revista Asociación dental Mexicana, Vol. LVII, No. 1, Enero-Febrero 2000, pp 23-32.
4. Stege P, Visco Dangler L, Rye L. Anorexia nerviosa: review, including oral and dental manifestations. JADA 1982; 104:648-52.
5. Brady WF. The anorexia nerviosa syndrome. Oral Surg, 1980; 50: 509-16.
6. Barrancos Money J. Barrancos P.J. Operatoria Dental Ed. Panamericana. 4ª ed. 2.006;373-375
7. Débora C. Matthews y Moe Taresh, Detección de factores dentales que predisponen a las infecciones periodontales, Periodontology 2000, Ed. Esp. , Vol. 9, 2005, 136-150
8. Gary C. Armitage, Diagnostico y clasificación de las enfermedades periodontales, Periodontology 2000, Ed. Esp. , Vol. 9, 2005, 9-21

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

9. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. Ed. Guedisa S.A. Barcelona 2.005. 1:33-38
10. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. J Oral Maxillofac Surg 1992; 50:1122-1125
11. Rauch S, Herzog D. Parotidectomy for bulimia: Adissenting view. Am J Otolaryngol 1987; 8:376.
12. Russell G. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med 1979; 9:429-448.
13. Pindborg J. Pathology of Dental Hard Tissues. Copenhagen 1.970; Munksksgard:312-321
14. Milosevic A, Brodie D, Slade PD. Dental erosion, oral higiene and nutrition in eating disorders. Int J Eating Disord. 1.997; vol 21 Nª 2: 195-199
15. Meurman JH, Ten Cate JM. Patogénesis and modifying factor son dental erosion. Eur J Oral Sci. 1996; 104: 199-206
16. Hellstrôm J. Oral complications in anorexia nervosa. Scand J Dent Res. 1.977; 8:71-86
17. Milosevic A., Dawson L J. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. Caries Res. 1.996; 30: 361-366
18. Ohrn R, Enzell K, Animar-Mansson B. Oral status of 81 subcjets with eating disorders. Eur J Oral Sci.1.999; 107(3): 157-63
19. Jarvinen V K, Rytoma H, Einonen OP. Risk factors in dental erosion. J Dental Res. 1.991; 70: 942-947
20. Meurman JH, Ten Cate JM. Patogénesis and modifying factor son dental erosion. Eur J Oral Sci. 1996; 104: 199-206

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

21. Zero DT. Etiology of dental erosion-extrinsic factors. Eur J Oral Sci. 1.996; 104:162-177
22. . Zero D. Luissi A. Erosion Chemical and biological factors of importante to the dental practitioner. Internacional Dental Journal.2.005 : 55: 285-290
23. Bartlett D. The role of erosion in toothwear: aetiology, prevention and management. Internacional Dental Journa. 2.005; 55: 277-284
24. . Hughes JA. West NX.Parker DM et al. Development and evaluation of a low erosive blackcurrent juice drink. Final drink and concentrate, formulae comparisions in situ and overview of the concept. J Dent 1.999; 27:345-350
25. Christensen Gordon J. Oral care for patients with bulimia. JADA. Vol. 133. 2.002;1.689-1.690
26. Ali Dena A. Brown Ronald S. Rodríguez Luciano. Moody Edward L. Nasr Mahmoud F. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. JADA. Vol133. 2.002; 734-737
27. Mehler P S, Gray M C, Schulte M. Medical complications of anorexia nervosa. Jornal of Woman's Health.1.997; 6: 533-541
28. Mitchell J, Pyle R, Eckert E. Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. Am J Psychiatry 1981; 138:835l.
29. Gutmann JL, Lovdahl PE. Problems encountered in tooth isolation and access to the pulp chamber space. En: Gutmann JL, Dumsha TC, Lovdahl PE, Hovland EJ, editores. Problem Solving in Endodontics. 3era edición. Missouri. Mosby, 1997:47-66.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

30. Ingle J, Bakland L. Endodoncia. 4ta edición. 1996. Capítulo 1
31. Khayat y col, Microfiltración bacteriana en endodoncia, The Journal of Endodontic 23: 35-38, 1997; 19: 388-391, 458-461, 1993; 17: 324-331, 1991; 15: 157-160, 1989
32. Garcia de Valente M, Bordoni N, Rozansztejnm R, Armatta A; Trastornos de la conducta alimentaria en adolescents: component salud bucal de encuadre interdisciplinario. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños. Vol 32 – Nro.3, Septiembre/Diciembre 2003. 23-27
33. Newburn, Ernest, Cariología, México, Limusa 1984, pp. 295-314
34. Salas Ortega, Agustina, et-al, Instrumentación, Manual de prácticas, México, UNAM 2004, pp. 58-62
35. Garcia de Valente M S, Berner E, Kovalskys I, Piñeiro J; Relación entre estudios salivales y estado dentario en adolscentes con trastornos de la conducta alimentaria; Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños . Vol. 34 – Nro.4 , Diciembre/Marzo 2006 14-18
36. Milosevic A., Dawson L J. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. Caries Res. 1.996; 30: 361-366
37. Meurman JH et al. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. Oral Surg Med Pathol 1994; 78: 583-9.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

38. Roberts MW, Tylenda CA. Dental aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa (Med line abstract). *Pediatrician* 1989; 16: 178-84.
39. Gross K, Brough KM, Randolph PM. Eating disorder: Anorexia y bulimia nerviosas. *J Dent Child* 1986; 5: 378-80
40. Abrams RA, Ruff C. Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *JADA* 1986; 113: 761-4
41. Shaw B.M. Orthodontic/prosthetic treatment of enamel erosion resulting from bulimia: A case report. *JADA* 1994;125: 188-90.
42. Darbar U.R. Treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers: A case report. *Quintessence Int* 1994; 25: 195-7.
43. Mitchell J.E., Siem H.C., Colon E., Pomeroy C. Medical complications and medical anagement of bulimia. *Ann Int Med* 1987; 107: 71-7.
44. Bassiouny, M.A., Pollack, R.L. Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers. *JADA* 1987; 115:412-7.
45. Herzog D.B., Copeland P.M. Eating disorders. *N Engl J Med* 1985; 113: 295-303.
46. Kavoura V, DDS, MSc³, Kourtis E, DDS, Dr Odont, and Col., Full-mouth rehabilitation of patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int* 2005; 36:501-510

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

47. Stewart B. Restoration of the severely worn dentition using a systematized approach for a predictable prognosis. *Int J. Periodont Rest. Dent* 1998; 18:47-57
48. Robb ND, Smith BG. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders):Conditions of interest to the dental practitioner. *J. Dent* 1996; 24:7-16
49. Bonilla DB, Luna O. Oral rehabilitation of a bulimic patient: A case report. *Quintessence Int* 2001;32:469-475
50. Student-Pavlovich D, Elioth MA, Eating disorders in women`s oral health. *Dent Clin North Am* 2001;45:491-511
51. Hilbert E, Vasquez R, y col. Solubilidad y Dureza Superficial de Cerámicas Odontológicas Después de ser expuestas a fluido gástrico artificial. Estudio in vitro. *Acta odontológica venezolana*, Volumen 45, Nro. 2. 2007
52. Keel PK, Mitchell JE, Outcome in bulimia nervosa *AM J Psychiatry* 1997; 154:313-321
53. Olmsted MP, Kaplan AS. Predictors of relapse in bulimia nervosa (abstract). *Psychosomat Med* 1997; 59:103
54. Brady W.F. The anorexia nervosa syndrome. *Oral Surg* 1980; 50: 509-16.
55. Gross K., Brough K.M. y Randolph P.M. Eating disorder: Anorexia y bulimia nervosas. *J Dent Child* 1986; 5: 378-80.
56. Roberts M.W. y Li Y-H. Oral findings in anorexia and bulimia nervosa: A study of 47 cases. *JADA* 1987; 115: 407-10.
57. Hasler J.F. Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nervosa. *Oral Surg* 1982, 53: 56773.

TRABAJO FINAL

ALUMNO: OD. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ

58. Mitchell J.E., Siem H.C., Colon E., Pomeroy C. Medical complications and medical anagement of bulimia. Ann Int Med 1987; 107: 71-7.
59. Stege P., Visco, Dangler L. y Rye L. Anorexia nerviosa: review including oral and dentalmanifestations. JADA 1982; 104: 648-52.
60. Hartman D. Anorexia nervosa-diagnosis, aetiology and treatment. Postgrad Med J 1995; 71: 712-6.