

CARRERA DE ESPECIALISTA EN PERIODONCIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - U.N.CUYO

TESINA: TÍTULO

**“TRATAMIENTO PERIODONTAL**

**EN PACIENTE**

**CON BULIMIA Y ANOREXIA”**

CURSANTE:

**OD. EVELYN RUTH DO LONGUEVICH DE SLIPAK**

DIRECTORA:

**DRA. ESTELA RIBOTTA DE ALBERA**

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**ÍNDICE**

	<b>Pág.</b>
1 - JUSTIFICACIÓN EN LA ELECCIÓN DEL TEMA	3
2 - INTRODUCCIÓN	4
3 - MARCO TEÓRICO	7
3.1. Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	8
3.2. Signos Clínicos	10
3.3. Aspectos Epidemiológicos	11
3.4. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico	11
3.5. Manifestaciones bucales y complicaciones odontológicas	12
4 – METODOLOGÍA	17
4.1. Objetivos terapéuticos	17
4.2. Diagnóstico	17
4.2.1. Descripción y datos del paciente	17
4.2.2. Antecedentes médicos	18
4.2.3. Antecedentes odontológicos	20
4.2.4. Exámenes complementarios	27
4.3. EXÁMEN PERIODONTAL	33
4.4. Pronóstico	37
4.5. Plan de tratamiento	38
4.5.1. Tratamiento Periodontal Inicial	38
Justificación del plan de tratamiento	39
4.5.1.1. Fase sistémica	40
4.5.1.2. Fase etiológica	40
4.5.1.3. Fase de reevaluación	43
4.5.1.4. Fase quirúrgica	44
Cirugía de Alargamiento coronario en el elemento 25	44
Planificación Quirúrgica para la colocación de Implantes dentales	46
4.5.1.5. Fase de rehabilitación	54
4.5.1.6. Fase de Terapia Periodontal de Mantenimientos	55
Importancia del tratamiento Periodontal de Mantenimiento	55
Primera sesión de Mantenimiento	56
Estudio de laboratorio de saliva	58
Segunda sesión de Mantenimiento	63
5 - DISCUSIÓN	64
6 - CONCLUSIONES	65
8 – BIBLIOGRAFÍA	67

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**“TRATAMIENTO PERIODOTAL EN PACIENTE  
CON BULIMIA Y ANOREXIA”**

**1- JUSTIFICACIÓN EN LA ELECCIÓN DEL TEMA:**

La elección de éste tema para la confección de mi tesina, fue motivada por la casual experiencia de haber contado entre mis pacientes de la especialidad, con dos de ellos, con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa tipo purgativas, ambos adultos jóvenes. Uno de ellos fue mi paciente C. J. La situación me llevó a investigar sobre éstos trastornos de la conducta alimentaria, observé que son patologías que se presentan con un alto impacto social y de rápido aumento de casos en el mundo, que los odontólogos somos uno de los primeros profesionales que podemos diagnosticar y colaborar en la prevención y tratamiento de dichas enfermedades multifactoriales, pero fundamentalmente me motivó como objetivo, seguir profundizando y formar parte de un equipo interdisciplinario que brinde soluciones a una problemática actual.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**2 - INTRODUCCIÓN**

“Soy un zoológico: tengo un chancho en la mente, una lombriz en el estómago, un león en la boca y dos elefantes en las piernas” (Alejandra 16 años)<sup>1</sup>



Fig.1. campañas publicitarias destacando la enfermedad en modelos de pasarelas

La relación con C. J. comenzó cuando me es derivada por un colega prostodoncista, para evaluar y tratar en la faz periodontal. Él me brindó una breve referencia sobre la paciente, de haber estado en tratamiento por trastornos de la conducta alimentaria: bulimia y anorexia nerviosa.

En la primera consulta con C. J. amplié y profundicé todos sus antecedentes en una completa y formal historia clínica. Pero creo que mi interés se concentró, en un principio, en el hecho de portar una enfermedad “moderna y muy publicitada”, posteriormente una inmediata afinidad nos conectó, todo hizo que, a mi solicitud de la historia de su enfermedad, ella me redactó una carta, la cual se presenta a continuación:

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Mi historia de la enfermedad:

Comenzó cuando a los 14 años decidí adelgazar, no era gorda pero estaba excedida algunos kilos en comparación a mis amigas y al modelo de mujer que yo quería emular. Mi mamá sí es gorda, además nunca se cuidó, cuando fue joven no lo era, pero al casarse con mi papá y luego de tener familia fue engordando con cada embarazo y le costó seguir una dieta y cuidarse. Mientras.....mi padre la hostigaba para que volviera a su peso pero ése proceder es contraproducente para quién necesita más estímulo que reto. A su vez yo también recibía alguna que otra reprimenda para que el “ día de mañana” no fuera gorda porque una mujer gorda no iba a conseguir demasiadas cosas en la vida.

Sé que mi papá no lo hizo conciente del daño que iba a causar en mi estado mental, pero bueno, como una vez me lo dijo un psiquiatra: el culpar a los padres no conduce, ni deja que uno descubra su postura ante éste desorden”, es así que ahora puedo exteriorizar mi situación.

Bueno a los 14 años me dirigí al grupo e inicié la dieta de comer cada tres horas, muy completa, sin restricciones importantes y así adelgacé 7 kilos, o un poco más, recuerdo que pesaba 62 kilos y llegué a los 55. Me acostumbré a tomar mucho líquido, pero cuando ya llegué a mi objetivo y era el que todo el mundo me dijera cuanto había adelgazado, fue allí que se desestabilizó mi sensación y percepción de lo que quería, de todos modos ya estaban los otros que me criticaban que antes estaba mejor y que ahora me notaban muy demacrada y flaca.

El mantenerse en el peso ideal cuando uno adelgaza es el proceso más difícil porque ya uno tiene que sumar a la dieta, alimentos que por mucho tiempo fueron prohibidos, y el término prohibido es el que más asusta ya que la idea o “mi idea” era que si los volvía a ingerir, retrocedería todo lo bueno que había logrado, es decir adelgazar. Hice lo contrario, suprimí aún más las colaciones, sólo tomaba agua u otro alimento light, podía pasar todo el día sin ingerir nada sólido y así por dos años más o menos, de todos modos cuando me decían que estaba muy flaca, yo me ponía ropa holgada o más ropa y pasaba desapercibida, pero después de todo ya no era la gordita simpática de siempre.

Llegó el momento que no aguanté más y me daba hambre, no sé si hambre pero quería compatibilizar mi esfuerzo con la realidad que los demás me incitaban a que ni se me ocurriera adelgazar más!!!, había escuchado por allí de la “ bulimia” ( en ése entonces no era muy común escuchar de éste trastorno, época de fines del 80, comienzo de los 90), y ohh!!! cruel casualidad, ví una película que la protagonista sufría de bulimia y se provocaba los vómitos precedidos por atracones o no, pero la culpa la llevaba a hacerlo. Y yo en vez de asustarme, copié ése modelo, en verdad no quiero contar como lo hice pero eran períodos de abstinencia alimentaria, épocas de atracones y vómitos, y así alternados. Siempre les digo a los especialistas de trastornos de la alimentación que alguien que tiene anorexia, en algún momento sufre de bulimia y viceversa, de todos modos el hecho de no comer está mejor visto ( que ironía!!!!) que el hecho de vomitar o comer en abundancia.

Mi primer paso para realizar un tratamiento fue asistir al Hospital “”, el único que trabajaba con éstos casos, yo ya tenía 20 años, pero...recibían hasta 18 años, porque yo ya era mayor de edad, me permitieron asistir a algunas charlas, unas eran con los padres y otras a solas, pude ver el proceso de internación y no....no pude, ni siquiera cumplí con las reuniones, ya a ésa altura sólo sabía mi madre y hermanos pero no lo entendían, fueron a dos terapias con el psiquiatra del hospital pero no lo entendían, ni yo tampoco, además a ésa altura yo cursaba en la facultad de periodismo y si se llegaban a enterar mis pares de mi enfermedad, era una vergüenza atroz, así que desistí de la idea y continúe con mi vida, que en verdad no lo era ya que procesos

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

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

de depresión hacía rato que habían empezado a detenerme, no salía, me recluía comiendo o no, tuve algunos amores, varios que no lo supieron, y cuando uno se enteró, lo largué, y a sí sucesivamente.

Después del [redacted], fui a psicólogos y psiquiatras particulares y ponía de pretexto para no continuar con el tratamiento, el dinero, o que yo podía sola, a las pruebas me remito que no pude sola pero era mi latiguillo para recibirme como lo hice, para ponerme de novia, como lo hice, para seguir riéndome y ser la graciosa del grupo, como lo hice, para encontrar trabajo en la radio, mi gran amor, como lo hice, y etc, etc, etc, hasta.....

Año 2000 comencé a tener ataques de pánico que yo no tenía idea que era eso, me quedaba todo un día en cama, llorando y ansiosa con miedo y si salía iba ligero a algún lado, era horroso ir a trabajar, pero siempre trataba de disimular y nunca le conté a nadie y menos en mi ámbito laboral que tenía palpitaciones, me iba al baño a llorar, estaba tomando remedios como el un antidepresivo, recetado, pero nada. Principio de 2001 viajé junto a mi madre a Miami a visitar a mi hermano y pensé, soñé que ése traslado iba a ser la clave de la solución y se complicó más, un estado de ánimo insoportable, ni que decir cuando conocíamos un lugar nuevo o lleno de gente me iba sola al departamento y rompía en llanto, continuaba no comiendo o lo contrario, ya me dolía una muela y cuando regresé del viaje la perdí, de otra me hicieron tratamiento de conducto.

Fines de 2001 cada vez más deprimida, decidí ponerme de novia, ohhh problema se dio cuenta y fue, mi novio, a hablar con papá!!!!, que tenían que hacer algo que yo me iba a morir que cada vez peor, y bueno yo exploté con rebeldía, hay algo que todos deben saber si la paciente o el paciente están reticentes no obligarlos porque es contraproducente, es triste pero hasta que uno no advierte que le pasa no hay manera de cambiar el estado crítico del enfermo.

Mediados del año 2002 me internaron en el [redacted] por desnutrición y neumonía, no hice ningún tratamiento, el trato en ése nosocomio era como de una leprosa, graso error, las obras sociales ni los hospitales, siendo socia, tratan "éste tipo de locuras" porque así fue catalogado, venían los médicos y sólo agregaban que me tenía que ver un psiquiatra porque estaba loquita nada más, no se daban cuenta que ésta clase de "locos" como algunos, mal llamados especialistas de la salud, están rozando la muerte si no se los observa o dejan internados. Volvió mi espíritu [redacted], la inmortal, que yo sola podía, y continúe hasta que al año siguiente me internaron en el [redacted] porque estaba fuera de sí pesaba 47 kilos y estaba nerviosísima, no sabía nada de mí, pero volvió a aparecer mi espíritu solitario y pedía el alta, alta que firmaron mis padres por cualquier hecho que me llevara a tomar la decisión del suicidio, algo que si la policía investiga los del hospital al darme el alta iban a tener problemas legales, mis padres desencajados, tristes, agobiados, lo hicieron.

Gané algunos kilos, por lo menos para respirar y caminar y ya había perdido otras piezas dentales, inicié un tratamiento con un psiquiatra del hptal El [redacted], especialista en fobias, lo mío es fobia a la comida, algo que tampoco sabía, quién me sacó adelante, me recetó antidepresivo pero lo mejor de todo es que no me medicaba sino hablaba. Luego conseguí una mejor posición laboral, a mis padres los acepté con sus errores y sus deseos de verme bien, pero ellos no sabían como???? ayudarme, justamente mi mejor amiga es odontóloga, y por intermedio de ella conocí a [redacted] do quien me propuso iniciar éste tratamiento para que fuera reconstituyendo mi fisonomía dental y aquí estamos.

Doctora tratar éstos casos de pacientes con antecedentes de anorexia y bulimia, no es para nada fácil, tendemos a ser inconstantes, usted se habrá dado cuenta, a escapar del dolor, y a querer una solución instantánea pero a la vez el grado de inconciencia en los profesionales de la salud y educadores, la falta de información, el manejo erróneo de algunas características de cómo

tratar los desórdenes alimentarios y lo más infame que no se reconoce como una enfermedad, obesos, anoréxicos y bulímicos, son enfermos, no sólo mentales sino físicos y es prioritario una campaña de ayuda y concientización en general.

Gracias!!!!!!!!!!

Fig. 2. Carta de la Historia de su enfermedad de C. J. publicada con autorización de la paciente

Esta excelente descripción, movilizó sentimientos muy especiales dentro de mí, con respecto a ella y a su problemática, que es la de numerosos individuos también. Así llegué a la elección del tema para mi tesina, como inicio de una

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

investigación que espero, sea el comienzo de una cadena de acciones que den soluciones a personas que como ella, padecen de Bulimia y Anorexia.

### 3- MARCO TEÓRICO

Los trastornos de la conducta alimentaria descritos como Anorexia y Bulimia Nerviosa son serios desórdenes biopsicosociales que afectan a un gran número de personas. Comienzan en la adolescencia y a causa del aumento progresivo de su incidencia y las severas consecuencias de la enfermedad reciben hoy creciente atención por parte de los profesionales de la salud.<sup>2</sup>

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

La dieta y el adelgazamiento se vuelven factores de fascinación en pacientes con hábitos de restricción alimentaria como la **Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR)**.

En la **Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP)** 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 (BNP)** 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.<sup>3</sup>

Las personas que padecen Bulimia son incapaces de dominar los impulsos que les llevan a comer, pero el sentimiento de culpa y vergüenza tras ingerir muchos alimentos les lleva a ayunar, usar purgativos y provocarse vómitos para prevenir el aumento de peso. Los bulímicos tienen cerca de 15 episodios de atracones y vómitos por semana y, en general, su peso es normal, por lo que resulta difícil detectar la enfermedad. En el origen de esta enfermedad intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que desvirtúan la visión que el enfermo tiene de sí mismo y responden a un gran temor a engordar. El enfermo de Bulimia siempre se ve gordo, aun cuando su peso es normal, pero no puede reprimir sus ansias de comer. Generalmente la Bulimia se manifiesta tras haber realizado numerosas dietas dañinas sin control médico. La limitación de los alimentos impuesta por el propio enfermo le lleva a un fuerte estado de ansiedad y a la necesidad patológica de ingerir grandes cantidades de alimentos.

Hasta el momento se desconoce la vulnerabilidad biológica implicada en el desarrollo de la enfermedad y son más conocidos algunos factores desencadenantes relacionados con el entorno social, las dietas y el temor a las burlas sobre el físico. Muchos de los factores coinciden con los de la Anorexia,

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

como los trastornos afectivos surgidos en el seno familiar, el abuso de drogas, la Obesidad, la Diabetes Mellitus, determinados rasgos de la personalidad y las ideas distorsionadas del propio cuerpo.

Generalmente las personas que padecen Bulimia 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. 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.<sup>3</sup>

**3.1. Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

El DSM-IV<sup>4</sup> 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.

Para que una persona pueda ser diagnosticada como una enferma con Anorexia Nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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)<sup>4</sup>

**a) Tipos específicos de Anorexia Nerviosa:**

Existen a su vez dos formas en que la Anorexia Nerviosa (A. N.) puede presentarse:

- 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).
- 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 que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de bulimia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 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).
- 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**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

- 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.
- La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.
- El trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.<sup>5</sup>

**b) Tipos específicos de Bulimia Nerviosa:**

Existen también dos tipos de Bulimia Nerviosa (B. N.):

- Purgativo: la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.
- 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.<sup>5</sup>

**3.2. Signos clínicos:**

Se observan signos clínicos de la enfermedad, como el signo de Russell, hipertrofia parotídea y erosión dental.

Uno de los signos observables es la hipertrofia de las glándulas salivales (parótida o submaxilar) generalmente bilateral, indolora e inicialmente intermitente.<sup>6</sup>

Según Rauch<sup>7</sup>, la aparición y magnitud de la hipertrofia es directamente proporcional a la frecuencia del vómito.

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.<sup>8</sup>

En la cavidad bucal, las secuelas son graves a causa de la pérdida de 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).<sup>9</sup>

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

La erosión de los tejidos duros del diente produce hipersensibilidad, adelgazamiento y fractura de las piezas dentarias y alteraciones en la oclusión.<sup>10</sup>

El término perimilólisis se utiliza en la bibliografía 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. 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.<sup>11</sup>

**3.3. Aspectos epidemiológicos**

Si bien no se registran investigaciones epidemiológicas en América Latina, algunos estudios han intentado dar cuenta de su prevalencia en la ciudad de Buenos Aires.

Zukerfeld y col. Hallaron un 13% de probabilidad de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en población femenina universitaria entre 18 a 25 años.<sup>12</sup>

La tasa de incidencia en mujeres entre 15 y 24 años, el grupo más vulnerable, ha aumentado en los últimos 50 años. Aunque estas afecciones se han descrito situadas en la clase socioeconómica media-alta la difusión de la sintomatología en los medios de comunicación, el mayor acceso a los sistemas de salud para su atención y el mayor conocimiento de éstas patologías ha hecho que actualmente no se registren diferencias entre los estratos sociales.<sup>13</sup>

En Europa Occidental y Norte América se informa un 5%, en aumento, en mujeres entre 20 y 30 años<sup>13</sup>. Lo que parece estar más claro es el aumento de la demanda de tratamiento de ésta patología. Una secuela frecuente de la enfermedad es la erosión dental registrada en pacientes que recurren al vómito autoinducido como conducta compensatoria para evitar el aumento de peso.

**3.4. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico**

El diagnóstico de la Bulimia resulta complicado ya que los episodios de voracidad y vómitos se ocultan con facilidad. Además, algunos síntomas pueden ser confundidos con los de otras patologías. Para un diagnóstico adecuado es necesaria una entrevista psiquiátrica que desvele la percepción que el enfermo tiene del propio cuerpo y la relación que mantiene con la comida. Asimismo, es necesaria una exploración física completa para detectar los trastornos fruto de su comportamiento alimenticio. Los objetivos del tratamiento son corregir los trastornos alimenticios y psicológicos de la enfermedad.<sup>13</sup>

En virtud de la gravedad se puede recurrir a un tratamiento ambulatorio o a la hospitalización. En primer lugar se trata de evitar los vómitos, normalizar el funcionamiento metabólico del enfermo, se impone una dieta equilibrada y nuevos hábitos alimenticios. Junto a este tratamiento, encauzado hacia la recuperación física, se desarrolla el tratamiento psicológico con el fin de

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

reestructurar las ideas racionales y corregir la percepción errónea que el paciente tiene de su propio cuerpo. El tratamiento también implica la colaboración de la familia, ya que en ocasiones el factor que desencadena la enfermedad se encuentra en su seno. El tratamiento general incluyen terapia psicológica grupal, individual y familiar; específicamente en la anorexia medicamentos antidepresivos, estimulantes del apetito y antagonistas de la serotonina; en la bulimia a diferencia de la anorexia los antidepresivos parecen ser más eficaces que un placebo. Las principales complicaciones médicas, son primariamente efectos colaterales de la inanición, desbalances nutricionales y electrolíticos, o en su defecto por suicidio.<sup>13</sup>

Las tasas de mortalidad para la anorexia varían del 5 al 20%. La curación de la bulimia se alcanza en el 40 por ciento de los casos, si bien es una enfermedad intermitente que tiende a cronificarse. La mortalidad en esta enfermedad supera a la de la anorexia debido a las complicaciones derivadas de los vómitos y el uso de purgativos.

Como en otros trastornos, el pronóstico dependerá directamente del tratamiento, el cual no es específico para los síndromes de anorexia y bulimia nerviosas y además de ser multidisciplinario. En la bulimia no se conoce bien el pronóstico porque hay pocos estudios controlados, sin embargo existen reportes en los que se asevera que la mayoría de los bulímicos mejoran o se recuperan por completo. Sin embargo, como las alteraciones psiquiátricas tienden a ser más graves en el bulímico, el índice de suicidios es mayor, desde esta óptica podría pensarse que su pronóstico es incluso peor que el de la anorexia.<sup>13</sup>

### **3.5. Manifestaciones bucales y complicaciones odontológicas**

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno. Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobtusión). Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales, se describen a detalle a continuación:<sup>14</sup>

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

- **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.<sup>14</sup> La integridad del esmalte dentario es pH dependiente y el pH del vómito varía según diferentes autores entre 1,5 y 3,8.<sup>15 - 16</sup>

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.<sup>17</sup>

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. 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. Por lo anterior, 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<sup>18, 19,20</sup>

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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

En pacientes con TCA la erosión se ve agravada en algunos casos por la ingesta frecuente de alimentos y bebidas de bajo Ph.<sup>21- 22- 23</sup>  
El esmalte del diente se puede disolver en un pH de aproximadamente 5,5 o menor, la dentina en un pH de 6,5 o menor.<sup>24</sup>

- **Caries**

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina 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 puede 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.<sup>25</sup>

- **Sialoadenosis**

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. 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 y crecimiento 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. 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.<sup>25</sup>

- **Saliva**

No se han reportado 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; 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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción de medicamentos, sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenosis.<sup>25</sup>

- **Mucosa**

Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e 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.<sup>25</sup>

- **PERIODONTO**

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis; en estudios sobre los índices de placa en estos pacientes se ha encontrado que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, 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.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup>

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por una pérdida cuantitativa de masa ósea, deterioro microarquitectural, mayor susceptibilidad a fracturas.

La adecuada adquisición del pico de masa ósea en la adolescencia, minimiza el riesgo del desarrollo de osteoporosis por lo que se define a la osteoporosis como enfermedad pediátrica.

Si durante esta etapa de crecimiento la ingesta es inadecuada en uno o más nutrientes una posible consecuencia es el deterioro de ese crecimiento, que puede estar afectado cuantitativamente con disminución de la ganancia de peso o talla, pero también cualitativamente donde la composición del nuevo tejido puede estar alterada.

La ingesta adecuada de lácteos a lo largo de toda la vida ha sido descrita como factor fundamental para el desarrollo de una adecuada masa ósea y más específicamente la ingesta de calcio, dado que los productos lácteos podrían favorecer la adquisición de masa ósea a través de otros de sus componentes como la lactosa que aumenta la absorción de calcio por difusión en el íleon. Se describen dos entidades clínicas en diferentes edades de la infancia y adolescencia que cursan con baja masa ósea, la enfermedad ósea metabólica de la prematuridad o desmineralización ósea postnatal en lactantes con muy bajo peso al nacer y los trastornos de la conducta alimentaria.

Es la infancia y la adolescencia el período de la vida en que se puede ejercer intervención disminuyendo los factores de riesgo de un inadecuado pico de masa ósea, planificando estrategias para la prevención de la osteoporosis (actividad física, ingesta de calcio, exposición solar). Por lo que se considera que el riesgo de desarrollar osteoporosis en la vida futura, dependerá de la cantidad y resistencia ósea máxima alcanzada por una persona al llegar a la adultez.<sup>27</sup>

El diagnóstico temprano debe ser enfatizado por las serias implicancias en la salud del individuo.<sup>28</sup>

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4 - METODOLOGÍA**

El desarrollo de la investigación se hizo a través de la confección de una historia clínica completa de la paciente C. J., por la cual se llegó a un **DIAGNÓSTICO**, luego del cual se realizó un **PRONÓSTICO** y se le presentaron a la paciente un Plan de Tratamiento Ideal y otros Opcionales, ninguno de los cuales invalidaba al ideal, en cada uno se le explicaron los beneficios y los inconvenientes, de ese modo se concensuó con la paciente un **PLAN DE TRATAMIENTO** y posteriores **MANTENIMIENTOS**

**4.1. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

➤ **OBJETIVO PRINCIPAL:**

- Incentivar un cambio de conducta para lograr salud periodontal y su mantenimiento

➤ **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

- Motivar en prevención bucal orientada a la dieta y a la salud periodontal
- Diagnosticar y tratar la patología periodontal
- Rehabilitar las funciones bucales mediante Odontología multidisciplinaria
- Inducir a mantener en el tiempo la salud bucal

**4.2. DIAGNÓSTICO**

**4.2.1. DESCRIPCIÓN Y DATOS DEL PACIENTE**

Paciente: **C.J.**

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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

Ocupación: Periodista, Locutora

Motivo de la consulta: "dolor, pérdida y deterioro dental"

Expectativas de la paciente: recuperar las funciones, salud y estética bucal

Predisposición de la paciente: excelente, muy colaboradora

### 4.2.2. ANTECEDENTES MÉDICOS

- Anamnesis, Historia de la Enfermedad

Cuestionario confidencial para ser completado por el paciente		
Sr./Sra.:	HC N°: 003	Fecha: 16/6/06
Fecha Nacimiento:	05/03/75	
Ocupación:	Locutora / Periodista / Actora	
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>		
Motivo de la consulta:	Promoción para cobro oral bucal	
Desde cuando percibe el problema:	3 años aproximadamente	
Sintomas iniciales:	Dolor, pérdida de dientes	
<b>HISTORIA MÉDICA</b>		
Marque con un círculo lo que corresponda: <input checked="" type="radio"/> Sí o <input checked="" type="radio"/> No		
¿Está bajo tratamiento médico?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Toma algún medicamento?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Tuvo alguna enfermedad grave?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?		<input checked="" type="radio"/> No
Reumatismo	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hepatitis A - B - C
Artritis	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Epilepsia
Asma	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Cardíacas
Brucelosis	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Diabetes
Tuberculosis	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Renales
Anemia	<input checked="" type="radio"/> No	Gota
Venéreas (EJ: Sífilis)	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Chagas
¿Ha experimentado reacciones alérgicas a?		
Antibióticos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Anestésicos
Yodo	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Dipirona
¿Presenta alteraciones de glándula tiroidea?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	¿Presenta alteraciones de la presión arterial?
¿Presenta alteraciones de la presión arterial?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hipertensión
Hipertensión	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hipotensión
¿Presenta enfermedades infecciosas a repetición?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Presenta con frecuencia dolores de garganta?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Es propenso a hemorragias?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Ha sufrido traumatismos en cabeza, cara o mandíbula?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Está embarazada? Si - <input checked="" type="radio"/> No		¿Está en período menopáusico? Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Toma con frecuencia las siguientes drogas?		
Antibióticos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Corticoides
Anticoagulantes	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Dilantina
Anticonceptivos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Diuréticos
Antiinflamatorios	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hormonas
Anorexígenos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Sedantes
Aspirina	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Antiarrítmicos
¿Es operado de corazón? Si - <input checked="" type="radio"/> No		¿Tiene prótesis cardíaca? Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Sufrir enfermedades nerviosas?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Sufrir de insomnio?		<input checked="" type="radio"/> No
¿Tiene dieta especial? Si - <input checked="" type="radio"/> No		¿Bebe alcohol? Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Es fumador? Si - <input checked="" type="radio"/> No		Cantidad
¿Desde que edad fuma?		
¿Es operado de nariz? Si - <input checked="" type="radio"/> No		¿Es operado de garganta? Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Respira por la boca? Si - <input checked="" type="radio"/> No		¿Recibió reeducación respiratoria? Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha recibido radiaciones en cabeza o cuello por tratamientos de tumores? Si - <input checked="" type="radio"/> No		
¿Advierte cambios en cantidad de saliva segregada? Si - <input checked="" type="radio"/> No		

Fig. 3. Ficha de la Historia Médica

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

-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.

- 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 neuropsiquiátrico, 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.

- Manifestó 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.

- En marzo del 2.007 relizó la primera consulta periodontal derivada por su Odontólogo general. 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

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA**

**4.2.3. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS**

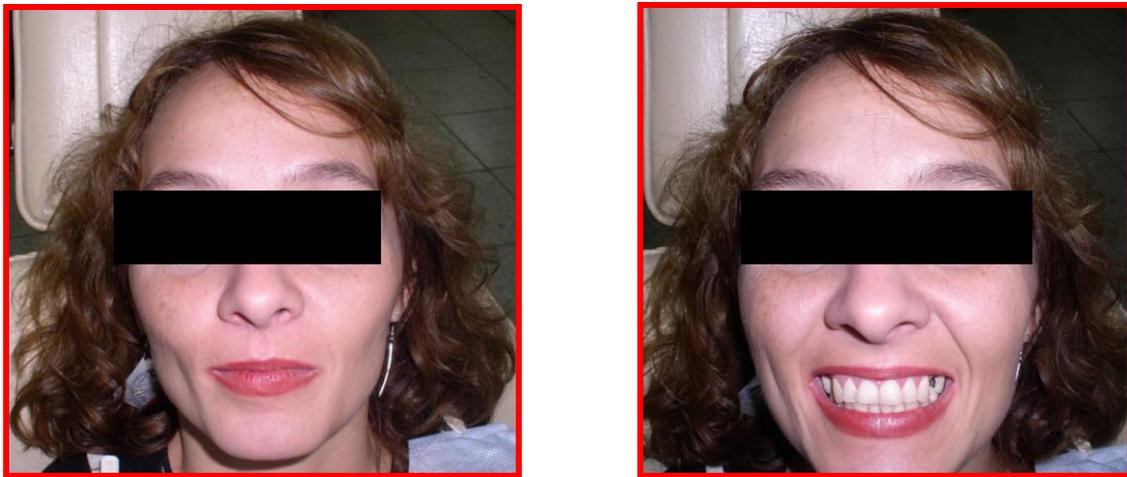


Fig.4. fotografías de frente: con boca cerrada y con sonrisa amplia de la paciente C. J.



Fig.5. fotografías de perfil con boca cerrada y sonrisa amplia de la paciente C. J.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Antecedentes Odontológicos		
Ha recibido anestesia? ... <i>SI</i> ... Antecedentes de hemorragias ... <i>NO</i>		
Causa de extracciones? ... <i>PARA CARIES</i> ...		
Abscesos	<i>NO</i>	
Halitosis	<i>NO</i>	
Movilidad dentaria	<i>SI</i>	
Sangrado	<i>NO</i>	
Dolor	<i>SI</i>	
Antecedentes de pérdida dentaria	<i>SI</i>	
Tipo de cepillo que utiliza		<i>BUENDO</i>
Frecuencia de cepillado		<i>3 VECES AL DIA, TARDE, NOCHE</i>
¿Usa hilo dental?		<i>NO</i>
Manifiesto que lo declarado es verdadero y doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento.		
Firma y aclaración del paciente		Firma del profesional y n° matrícula

Fig.6. Ficha de Antecedentes Odontológicos

- **Motivo de la consulta:**

“Dolores, pérdida de piezas dentarias deterioro dental y movilidad dentaria”

- **Inicio del problema:**

Dolor y pérdida de piezas dentales por caries, a los 26 años de edad

- **Otros síntomas:**

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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**Interrogatorio realizado por el profesional**

Por favor conteste si o no a las siguientes preguntas

¿Ha tenido tratamiento de Ortodoncia?.....	SI-NO
¿Ha tenido enfermedad periodontal?.....	SI-NO
¿Ha tenido tratamiento por una "mala mordida"?.....	SI-NO
¿Tiene coronas o puentes en su dentadura?.....	SI-NO
¿Usa prótesis parcial removible?.....	SI-NO
¿Le falta algún molar que no haya reemplazado protésicamente?.....	SI-NO
¿Ha sido tratado por problemas en sus músculos masticatorios o problemas de la articulación temporomandibular?.....	SI-NO
¿Despierta con sensibilidad en sus dientes y/o maxilares?.....	SI-NO
¿Aprieta los dientes durante el día?.....	SI-NO
¿Le han dicho alguna vez que rechina los dientes al dormir?.....	SI-NO
¿Siente que sus dientes le lastiman al morder?.....	SI-NO
¿Tiene algún dolor o malestar alrededor de los ojos, oídos u otra parte de la cara?.....	SI-NO
¿Sufre de dolores de cabeza?.....	SI-NO
¿Sufre de migraña?.....	SI-NO
¿Sufre frecuentemente de dolores en el cuello o rigidez de los músculos del mismo?.....	SI-NO
¿Suele tener sensación de cansancio en los músculos que mueven su mandíbula?.....	SI-NO
¿Tiene dificultad para abrir completamente la boca?.....	SI-NO
¿Tiene dificultad para tragar?.....	SI-NO
¿Ha tenido artritis alguna vez?.....	SI-NO
¿Ha tenido gota alguna vez?.....	SI-NO
¿Ha recibido algún golpe fuerte en un costado de la cara o mandíbula?.....	SI-NO
¿Ha tenido dolor alguna vez en la articulación temporomandibular?.....	SI-NO
¿Ha tenido problemas en sus oídos, tales como cambio en la audición o como un zumbido?.....	SI-NO
¿Ha oído como un chirrido que viene de las articulaciones temporomandibulares?.....	SI-NO
¿Ha oído como un "click" o percibido como un salto en sus articulaciones temporomandibulares?.....	SI-NO
¿Tiene actualmente algún dolor relacionado con la articulación o músculos?.....	SI-NO
¿Le interfiere con su trabajo o actividad alguna molestia o dolor de su articulación?.....	SI-NO
¿Siente alguna vez como que este dolor o molestia ha disminuido o se le ha quitado completamente?.....	SI-NO
¿Cree que su problema de la articulación temporomandibular es serio?.....	SI-NO
¿Cree que necesita tratamiento por este problema?.....	SI-NO
¿Se come las uñas o se muerde la lengua o labios?.....	SI-NO
¿Tiene niños chicos a su cargo?.....	SI-NO
¿Considera que su trabajo le produce stress?.....	SI-NO
¿Hay situaciones cotidianas que le producen stress?.....	SI-NO

Fig. 7. Ficha de Antecedentes odontológicos Examen dental:

- Examen dental y determinación de riesgo cariogénico:



Fig.8. Arcada dentaria de frente y perfil

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Examen Dental y Determinación del Riesgo Cariogénico

Registro de Hidratos de Carbono

- ¿Qué desayuno? ... *TE o cafe con leche con galletas manita y dulce*
- Azúcar ... *SI - 3 cucharadas*
- ¿Qué come o toma entre el desayuno y el almuerzo? ... *gelatina o una fruta (naranja)*
- Azúcar ... *SI*
- ¿Qué almuerza? ... *verdura, papa, carni, pescado*
- Azúcar ... *NO*
- ¿Qué come o toma entre el almuerzo y la merienda? ... *NADA*
- Azúcar ... *TE con azúcar*
- ¿Qué merienda? ... *TE o cafe con leche (sin los desayunos)*
- Azúcar ... *SI*
- ¿Qué come o toma entre la merienda y la cena? ... *gelatina*
- Azúcar ... *SI*
- ¿Qué cena? ... *pavito al almuerzo*
- Azúcar ... *NO*
- ¿Come o toma algo después de la cena? ... *NO nada*
- Azúcar ... *SI*
- Si se despierta de noche, ¿toma o come algo? ... *SI ... un yogur o leche*
- Azúcar ... *SI*
- ¿Hay días especiales en la semana con diferente menú? ... *NO*
- Azúcar ... *SI*

*Para ser completado por el profesional*

Momentos de azúcar diarios totales: **7**      Momentos de azúcar entre comidas: **5**

Momentos de almidón: **2**      Momentos de bebidas erosivas: **0**

¿Ha recibido tratamientos preventivos de caries? ¿Cuáles?  
*NO*

Determinación del riesgo cariogénico: **alto**

Fig. 9. Ficha de examen dental y determinación de riesgo cariogénico

- . Presenta ausencia de elementos: 18-17-16-14-24-27-28-37-36-46-48 (perdidos por caries)
- . Caries macropenetrante en: 15, 25, 37, 38, 45 (Fig. 10)
- . Mancha blanca en vestibulocervical de 43 (Fig. 11)
- . Extracción indicada por el odontólogo rehabilitador en 38 (Fig. 10)
- . Erosión en caras palatinas de 11-12-13-21-22-23 (Fig. 12)

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

- . Malposición en elementos 12-22-42-41-31-32-33 (Fig. 8)
- . Restauraciones desbordantes en 15, 26, 36 (Fig. 10)



Fig.10. Vista oclusal de las arcadas dentarias superior e inferior



Fig. 11 Vistas derecha e izquierda de las arcadas dentarias



Fig. 12. Vista palatina correspondiente a incisivos y caninos superiores

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig.13. Vista preoperatoria palatina sector correspondiente a molares superiores izquierdos



Fig.14. Vista preoperatorio palatina sector correspondiente a molares superiores derechos



Fig.15. Vista lingual correspondiente a incisivos y caninos inferiores



Fig.16. Vista lingual correspondiente a molares inferiores izquierdos

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig.17. Vista lingual correspondiente a molares inferiores derechos

- **Diagnóstico dental y riesgo cariogénico**

Se observó numerosas cavidades de caries y restauraciones desbordantes en sector de molares. Mancha blanca en 43

Erosiones palatinas en los seis dientes anterosuperiores

Determinación de riesgo cariogénico: alto (más de 6 momentos de azúcar diarios).<sup>29</sup>

### **Dignóstico Diferencial**

La erosión que se produce en los casos de bulimia o anorexia purgativa se presentan especialmente en los casos leves y moderados, en las caras palatinas de los elementos dentarios particularmente en anterosuperiores También pueden observarse en caras palatinas de premolares y molares superiores y en superficies vestibulares y oclusales de molares inferiores, lo que es consistente con la posición anatómica de la cabeza al vomitar.

Debería efectuarse diagnóstico diferencial referido al origen de las erosiones dentarias con:

- 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 el 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)<sup>30 - 31</sup>

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.2.4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

➤ **Análisis Clínico Funcional:**

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. Apertura bucal de 54 mm
- vii. Plano Oclusal alterado (Fig. 19)

➤ **Examen de Articulación Temporomandibular y Sistema Neuromuscular**

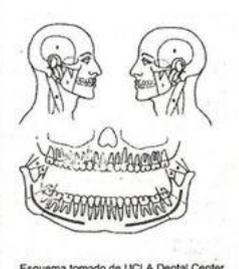
A la palpación y observación clínica no se detectan particularidades en relación al sistema neuromuscular, si un chasquido en ambas articulaciones al bostezar y que la paciente refiere que es de larga data. (Fig. 18)

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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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	Espontan.	o/Estetoscopia	Reciente	Ocasional	Inadvertido
Masetero														
Temporal														
Pterigideo ext														
Pterigideo int														
Digástrico														
Est. ciliar, mast.														
Área M. ...														
Área occipital														
Área ...														



Esquema tomado de UCLA Dental Center

Ficha tomada de Grupo Alfa de Oclusión - Perú

Fig. 18 Ficha Examen Extraoral. Paciente C.J.

OTROS EXÁMENES	TEJIDOS BLANDOS	OCCLUSION
HC N°: Modelos de Estudio Articulador N° Ángulo de TCond. D. 3.5 I. 3.7 Ángulo de Spee D. 3.8 I. 3.8 CARACTERÍSTICAS ESTÉTICAS Perfil <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Conv. Relación dento-facial <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior Forma dientes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Color Inc. Sup. Post. FONÉTICA <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir CONDICIÓN PSÍQUICA Tenso <input type="checkbox"/> Emotivo <input checked="" type="checkbox"/> Alternada <input type="checkbox"/> Equilibrada <input type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <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: <div style="text-align: center;"><b>BRECHAS</b></div> - Extremo Libre: 1) 15-18 2) 26-28 - Entre elementos: 1) 13-15 2) 15-25 3) 23-25 4) 5) - REBORDES ALVEOLARES <input type="checkbox"/> normales <input checked="" type="checkbox"/> alterados Alteración rebordes: A-B-C Brecha: 1) 23-25 2) 18-15 3) 4) 5) <div style="text-align: center;"><b>MUCOSA</b></div> <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"/> insertada suficiente <input type="checkbox"/> insuficiente <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 48 mm Trayectoria de la mandíbula: al abrir  ..... al cerrar  ..... Espacio de reposo interdentario: 5 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"/> alterada <input type="checkbox"/> desoclusión en grupo Arcos de cierre: 1 - 2 PRIMER CONTACTO EN CENTRICA DEFLEXIÓN  { Protrusiva INTERFERENCIAS { 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 ácida: Bulimia.

Fig. 19 Ficha Examen Intra y Extraoral. Paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

➤ **Modelos de Estudio**



Fig.20. Vista de frente de los modelos de estudio



Fig. 21. Vistas oclusales de los modelos de estudio



Fig.22.Vistas de perfil derecho e izquierdo de los modelos de estudio

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

➤ **Análisis clínicos**

Se observa que los valores se encuentran dentro de parámetros normales.

<b>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS</b>		
Dra. DELIA CASTELLINO OSMED - PEDRO B. PALACIOS 270 CIUDAD- TE 4243567		
PACIENTE : _____	FECHA : 13-03-07	
MEDICO : DR COLLARETTI	O. SOCIAL : OSMED	
<b>ANÁLISIS SOLICITADOS</b>		
<b>HEMOGRAMA</b>		
Hematocrito:	48 %	
Hemoglobina:	15,83 g / dl	
Glóbulos rojos:	5.270.000 / mm <sup>3</sup>	
Glóbulos blancos:	7.000 / mm <sup>3</sup>	
Plaquetas:	-- / mm <sup>3</sup>	(VN 250.000 a 350.000 / mm <sup>3</sup> )
<b>FORMULA LEUCOCITARIA</b>		
Neutrófilos en cayado:	0 %	Serie roja: normocitosis
Neutrófilos:	52 %	normocromia
Eosinófilos:	6 %	
Basófilos:	0 %	Serie blanca: sin alteraciones
Linfocitos:	40 %	
Monocitos:	2 %	Plaquetas: normales
ERITROSEDIMENTACIÓN :	3 / mm	
<b>ANÁLISIS QUÍMICOS</b>		
Glucemia:	80 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%)

Fig.23. Análisis de laboratorio de la paciente C.J.

**Radiografía Panorámica (Ortopantomografía)**



Fig. 24. Ortopantomografía

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**Radiografía seriada dental**



Fig. 25 Radiografía seriada dental

**Descripción:** Panorámica y Seriado Dental

○ Informe

▪ Maxilar Superior

Ausencia de elementos 18, 17, 16, 14, 24, 27, 28

15: imagen radiopaca que corresponde a un material de restauración dental.

25: conducto radicular obturado.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

26: imagen radiopaca que corresponde a un material de restauración

Se observa proximidad del piso de seno maxilar en sector de molares derecho.

No se observa alteración de la cresta ósea alveolar

▪ **Maxilar Inferior**

Ausencia de elementos 36, 46, 47, 48.

38: imagen radiolúcida debajo de restauración que corresponde a una caries recidivante.

37: imagen radiopaca que corresponde a un material de restauración.

No se observa alteración de la cresta ósea alveolar

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.3. EXÁMEN PERIODONTAL**

- Línea de la sonrisa: Media y simétrica (Extraoral)
- Biotipo periodontal I (fino)
- Espesor: fino
- Cantidad de encía insertada: suficiente (excepto en recesiones)
- . Profundidad de piso de boca y surco vestibular: medio
- Brechas desdentadas clase III en 46-47 y 36-37
- Brechas desdentadas clase III en 13-15 y 23-25

**Ubicación de márgenes gingivales:**

- En el maxilar superior el margen gingival vestibular se ve sobre el límite amelo cementario en dientes 13, 12, 22 y 23 mostrando recesiones gingivales clase I de Miller.
- Presenta áreas desdentadas con defecto en las brechas clase III en 16, 14 y 24.
- En el aspecto palatino leve inflamación en áreas interdentes de 13, 12, 11, 21, 22 y 23. Se observa recesiones clase III palatinas en dientes 15 y 13.
- En el maxilar inferior presenta inflamación interdental en 33, 32 y 31; recesiones leves generalizadas en los 6 dientes anteroinferiores linguales
- Diente 34 con recesión gingival clase III de Miller

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

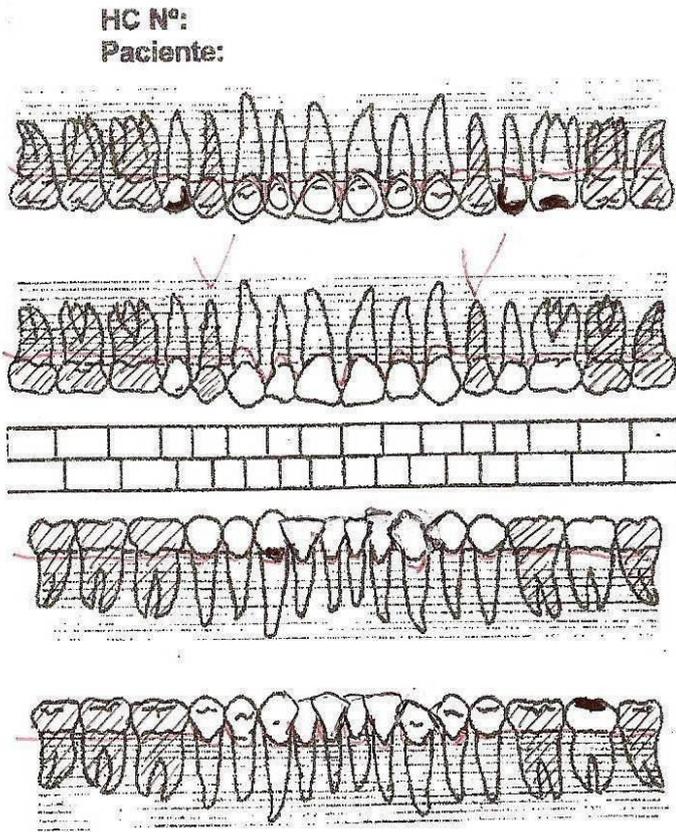


Fig. 26. Ficha periodontal de la paciente C.J.

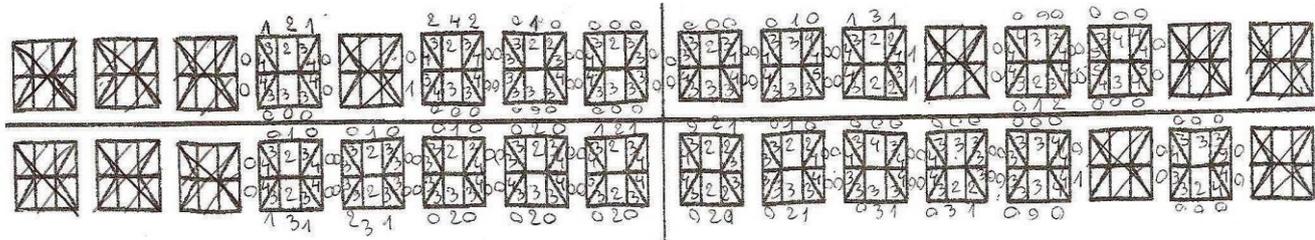


Fig. 27. Ficha periodontal de la paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig. 28. Tinción con doble tono de placa bacteriana en la paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**Índices Periodontales**

Biotipo Periodontal I

Diagrama 1: Porcentaje Índice de Placa

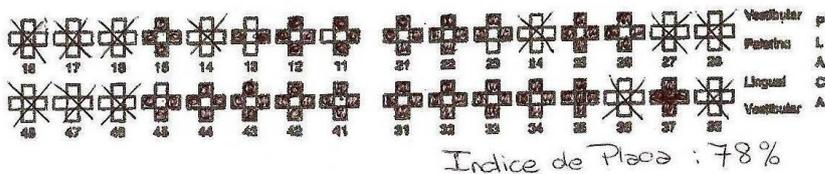


Diagrama 2: Porcentaje Índice de Hemorragia

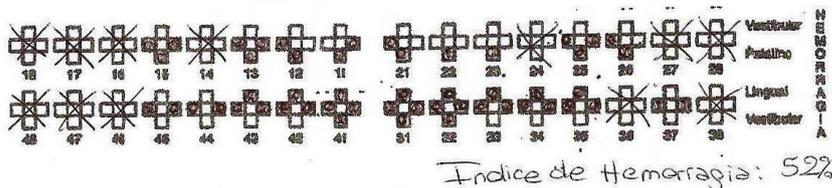


Fig. 29 Porcentajes de índices de placa y de hemorragia

**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. 30. Ficha de Índice gingival de Loe y Siness de la paciente C.J.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

- Índice de placa: 78% (Fig. 29)
- Índice de hemorragia: 52% (Fig. 29)
- Índice gingival de Loe y Siness: 0,90 (Fig. 30)

**DIAGNÓSTICO PERIODONTAL: GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA**

- **Justificación:**

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

**4.4. PRONÓSTICO:**

El objetivo determinar el progreso, curso y terminación de la enfermedad. Si se lograra mantener la salud sistémica en la paciente C. J., podría afirmarse que el **pronóstico general periodontal** es bueno. Se ha logrado que en la actualidad, la paciente esté muy motivada en referencia a la recuperación de la salud, función y estética bucal.

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

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

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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.5. PLAN DE TRATAMIENTO**

**4.5.1. Tratamiento Periodontal Inicial**

• **Fase sistémica:**

- Control de los factores de riesgo con interconsulta a psiquiatra y nutricionista.

• **Fase etiológica:**

- Motivación e instrucción sobre técnicas de higiene bucal, con controles posteriores y reinstrucción periódica.

- Asesoramiento Dietético preventivo de caries

- Eliminación de placa y sarro supra y subgingival y eliminación de los factores de retención de placa bacteriana (inactivación de caries, exodoncia indicada). Indicación de agentes químicos tales como antimicrobianos (colutorios de clorhexidina al 0,12%) y fluoruros (de a cuerdo al diagnóstico de alto riesgo cariogénico).

• **Fase de Reevaluación:**

- A los 45 días análisis de los resultados obtenidos en cuanto a la eliminación o grado de control de las patologías dentarias

• **Fase quirúrgica:**

- Cirugía reconstructiva periodontal en brechas correspondientes a dientes 14 y 24 para mejorar la topografía ósea, adecuándola para colocación de implantes dentales en piezas dentales faltantes; alargamiento coronario en pieza dental 25 (para rehabilitación protética con corona) y técnica de coberturas radiculares en los dientes 13, 12, 22, 23 (por estética) y 34 (para crear encía insertada).

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

• **Fase de rehabilitación:**

- Reponer las piezas faltantes a través de prótesis fija en el sector superior y removibles en el maxilar inferior.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

- **Fase de Terapia Periodontal de Mantenimientos:**

- De acuerdo a la respuesta y evolución se determinará la frecuencia de los mantenimientos, fijando en primera instancia intervalos mínimos de una visita cada 3 meses.

**Justificación del plan de tratamiento**

A continuación se justificarán los pasos realizados en el tratamiento de la paciente de acuerdo a los **OBJETIVOS** planteados oportunamente y de acuerdo al caso clínico en particular.

El **OBJETIVO PRINCIPAL** fue incentivar un cambio de conducta para lograr salud, especialmente periodontal, pero en éste caso es evidente la íntima relación sistémica que influye para lograr ése propósito.

Los protocolos o guías disponibles para obtener y mantener la salud referida a las enfermedades asociadas al biofilm de placa dental, incluyen componentes de promoción y educación como los que se describen a continuación:

- Enseñar y evaluar una técnica de higiene bucal para que la paciente realice diariamente en forma adecuada.
- Asesoramiento dietético para posibilitar la reducción de la cantidad y frecuencia de ingesta de comidas y bebidas que contengan azúcar
- Aplicar fluoruros de acción tópica
- Promover las visitas periódicas al Odontólogo con finalidad de mantenimiento de la salud bucal

Entrando a los **OBJETIVOS SECUNDARIOS** que llevan a lograr el objetivo principal, desarrollo los siguientes pasos:

Enseñanza y evaluación de técnicas de higiene bucal y refuerzo educacional:

- **VENTAJAS:**

Ayuda al paciente a asumir responsabilidad sobre su salud bucal y provee conocimientos y destrezas para mantenerla.

- **LIMITACIONES:**

Requiere modificación de la conducta por parte del paciente, y un tiempo significativo y hábiles consejos por parte del profesional.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.5.1.1. FASE SISTÉMICA**

Se hizo la interconsulta con el médico clínico y el psiquiatra

**4.5.1.2. FASE ETIOLÓGICA:**

- **Asesoramiento dietético**

En éste caso, tenemos de acuerdo a los datos de la historia clínica, un alto riesgo de caries y formación de placa bacteriana, de tal manera se le asesoró acerca de reducir los momentos de azúcar, promover el uso de sucedáneos del azúcar, especialmente el xilitol, sorbitol y los edulcorantes no calóricos, además de las otras intervenciones como la utilización de dentífricos fluorados, e instrucción de higiene oral, siempre en interconsulta con su nutricionista.

En cuanto a los factores de RIESGO PERIODONTAL, según los criterios de Axelsson P. es de BAJO a MODERADO RIESGO (Gingivitis Crónica, menos de 5 sitios con profundidad de sondaje mayor a 3 mm, higiene bucal pobre, condicionantes de biofilm presentes, indicadores de riesgo internos y externos)  
32

- **Medidas preventivas.**

Control de condicionantes de placa o control de los factores retentivos del biofilm de placa: indicado en pacientes con cálculo supragingival y obturaciones desbordantes, que es el caso de la paciente tratada

- **Inactivación de caries:**

En el tratamiento de la infección se requirió inactivar las lesiones de caries existentes que han penetrado en la dentina. La inactivación de caries debe ser realizada asociada a otras medidas para que el S.Mutans quede reducido a niveles no cariogénicos en la cavidad bucal. El Tratamiento Restaurativo Atraumático controla la infección cariogénica en grupos vulnerables: es inactivar las caries con cucharilla sin anestesia y colocación de material de adhesión química con liberación de fluoruro, como el ionómero que remineraliza la dentina desmineralizada.<sup>32</sup>

En éste caso se derivó al colega endodoncista para rehacer la endodoncia del elemento 25 y al prostodoncista para realizar las restauraciones necesarias en los elementos 15, 25, 37 y 45.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

• **Administración de fluoruros:**

Las ventajas que proporcionan los fluoruros como son:

- Inhibición de la desmineralización y promoción de la remineralización del esmalte desmineralizado.
- Transformación de la hidroxapatita en fluorhidroxapatita.
- Inhibición de las reacciones de glucólisis de las bacterias del biofilm de placa dental.
- Reducción de la producción de polisacáridos extracelulares del biofilm de placa.

Dado que la paciente es de alto riesgo cariogénico se aconsejó la administración de fluoruros de la siguiente manera:

- Fluoruros de elevada concentración gel de FFA al 1,23%, 12.300 ppm con cubetas durante 4 minutos c/3 meses en consultorio dental
- Autoaplicación de régimen adicional de fluoruros tópicos adicionales FFA al 1% (4.450 ppm de ion fluoruro y pH 5,6) durante 40 noches
- Autoaplicación de enjuagatorios o geles: gel de FNa o FFA (5% 22.600 ppm) pH7 o enjuagatorios de FNa (0,05% 225 ppm) Ph 7 para el hogar y pastas dentales con fluor( 1.400 ppm) .<sup>33</sup>

El agua de Mendoza provee flúor sistémico ya que tiene entre 0,7 a 1,2ppm

• **Administración de clorhexidina:**

Los colutorios con clorhexidina al 0,12% proveen los siguientes beneficios:

- Bacteriostático en bajas concentraciones
- Bactericida en elevadas concentraciones (1%)
- Inhibe el biofilm de placa dental por diversos mecanismos

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Está indicada en diversos casos entre los cuales están los que se presentan en la paciente como son: el biofilm de placa que se ve favorecida en recesiones gingivales, la hipofunción salival generalmente provocada por medicamentos.

**Administración:**

Enjuagatorios 2 veces al día durante 30 segundos y realizarlo de 30` a 2 hs después de haber realizado higiene con pastas que contengan laurilsulfonato de sodio.<sup>34</sup>

Consentimiento Informado

PACIENTE \_\_\_\_\_ HC N° \_\_\_\_\_  
FECHA 22-06-07 TRABAJO A REALIZAR Colocación de implantes dentales en brechas del 24 y 14 con relleno óseo de hueso humano de banco para cubrir defecto vestibular  
TRATAMIENTOS ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: He recibido una explicación clara sobre el plan de tratamiento, se me permitió realizar todo tipo de preguntas al respecto y se aclararon todas mis dudas. Se me explicaron las maniobras y procedimientos a ejecutar así como los materiales y/o medicación que se me debe administrar para su realización.  
REALIZADO: Fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_  
ACLARAR DNI N° \_\_\_\_\_

NECESIDAD DE CAMBIOS EN EL PROCEDIMIENTO INDICADO: \_\_\_\_\_  
RAZONES: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_

INDICACIONES POS OPERATORIAS (Idénticas a las prescriptas al paciente)  
Doxiciclina inyectable (ampolla), Anoxicilina 500mg, Ibuprofeno 400mg  
5/8hs, 7días, Dieta semilíquida fría 48hs, Enjuagues en clorhexidina 0,12%  
22-06-07 Hora 16hs

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_

Fig.30. Consentimiento informado firmado por la paciente C.J.

El plan de Tratamiento Periodontal se continuó con la eliminación de placa y cálculo con raspaje supragingival, por cuadrantes y pulido con aplicación de fluor de alta concentración (1,23%) y clorhexidina al 0,12%, según lo mencionado anteriormente.

**Resultados Obtenidos en la Fase Etiológica:**

El resultado obtenido fue satisfactorio, se logró un alto nivel de compromiso por parte de la paciente, que cumplió con todos los requerimientos del tratamiento, y se llegó al objetivo que fue la eliminación y control de las diversas infecciones causadas por la placa dental. Se la citó a la revaluación a los 45 días

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.5.1.3. FASE DE REVALUACIÓN:**

En ésta etapa se hizo una evaluación detallada del efecto de los procedimientos profesionales, así como del estándar de los cuidados personales de la paciente. El análisis minucioso de los resultados obtenidos en cuanto a la eliminación o grado de control de la enfermedad gingival.

Se obtuvo como resultado de ésta fase, sin evidencias de inflamación gingival, las profundidades de sondeo quedaron reducidas y la higiene bucal adecuada: Porcentaje de Índice de Placa Dental y de Hemorragia menores al 20%. Se observó falencias en la técnica de higiene en algunos dientes con malposición y los que se ubican vecinos a las brechas, en donde se adaptó la técnica para obtener un resultado óptimo. (Fig. 31)



Fig. 31 Tinción de placa dental en fase de reevaluación, vista de frente, lateral derecha, lateral izquierda, oclusal superior y oclusal inferior.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.5.1.4. FASE QUIRÚRGICA:**

**PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA PERIODONTAL**

**Cirugía de Alargamiento coronario en el elemento 25**

Luego de la reevaluación se realizó, por solicitud del odontólogo prostodoncista, el alargamiento coronario del elemento dentario 25, el cual no presentaba suficiente tejido dentario expuesto al medio bucal en distal, palatino y mesial, para la instalación de una corona provisoria. Se constató que presentaba suficiente encía insertada para realizar la técnica quirúrgica, y que en el aspecto estético era favorable, ya que fundamentalmente se trabajaría en proximal y palatino. (Fig. 32)



Fig.32. Vista preoperatoria vestibular y oclusal de del elemento 25

**Técnica:**

Se realizó incisión intracrevicular con hoja de bisturí 15 C en vestibular y a bisel interno en palatino del elemento 25, se continuó con una la incisión crestal en mesial hacia la brecha de 2 mm, y en distal sobre la papila. Mediante elevador mucoperióstico, se levantó colgajo de espesor total en palatino y se procedió a eliminar tejido gingival, con curetas, se remodeló la cresta de hueso alveolar, con cincel para hueso y limas intrerproximales, recuperando la forma normal del proceso alveolar en un nivel más apical, en proximal y palatino; se verificó con sonda periodontal que el nivel óseo quedó a 4 mm de la fractura incisal del elemento dentario y se readaptó el colgajo mediante tijera periodontal y bisturí, se reposicionó a nivel de la cresta ósea afrontando las papilas. (Fig. 33)

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig.33. incisiones y acceso en el acto quirúrgico

Se suturó con mononylon 5-0 realizándose sutura colchonero horizontal en papilas mesial y distal. Se dieron las indicaciones postquirúrgicas, medicación local con gel de clorhexidina al 0,12% 3 veces por día, y por vía oral, ibuprofeno 400 mg cada 8 horas ( Fig. 34)



Fig.34. suturas en el alargamiento coronario del 25

Se retiraron las suturas a los 10 días y se observó un resultado satisfactorio de la cirugía, con buena evolución y ya se le había colocado una restauración provisoria en la corona. (Fig.35)



Fig. 35. Vistas oclusal y vestibular del postoperatorio a los 10 días

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Planificación Quirúrgica para la colocación de Implantes dentales

**Tomografía Axial Computada**

Éste estudio fue solicitado para análisis de factibilidad de rehabilitar pròticamente la boca, mediante implantes. (Fig. 36, 37, 38)

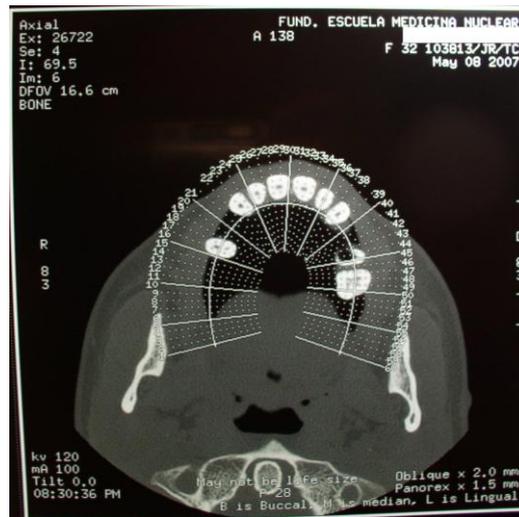
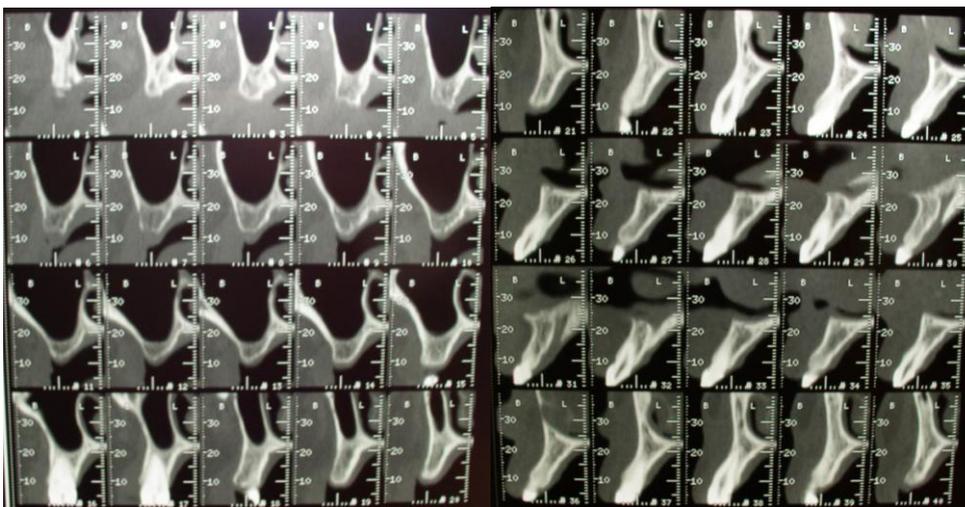


Fig. 36. Reconstrucción multiplanar del maxilar superior



TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

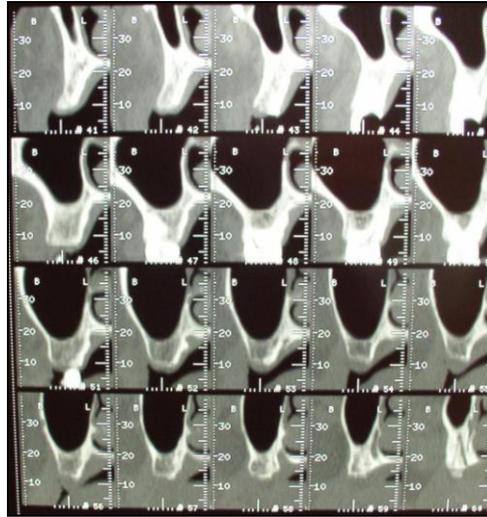


Fig. 37. Cortes tomográficos cada 1,5mm en el maxilar superior



Fig. 38. Informe de la tomografía axial computada de la paciente C. J.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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

Se concensuó con la paciente y el odontólogo rehabilitador, la colocación de implantes dentales en las brechas desdentadas de 14 y 24.

Se confeccionó la guía quirúrgica en base al encerado diagnóstico y a la tomografía axial computada de la paciente.

Se observó la factibilidad de que conjuntamente a la colocación de implantes, se haría la regeneración del defecto tipo II que presentaban ambas brechas. (Fig. 39)



Fig. 39. Vista preoperatorio de las brechas correspondientes a los elementos dentarios 24 y 14

Se comenzó realizando incisiones intracreviculares en los elementos vecinos a las brechas, con hoja de bisturí 15 C. Las incisiones se continuaron con una línea que las unió en el aspecto crestopalatino de ambas brechas. (Fig. 40)

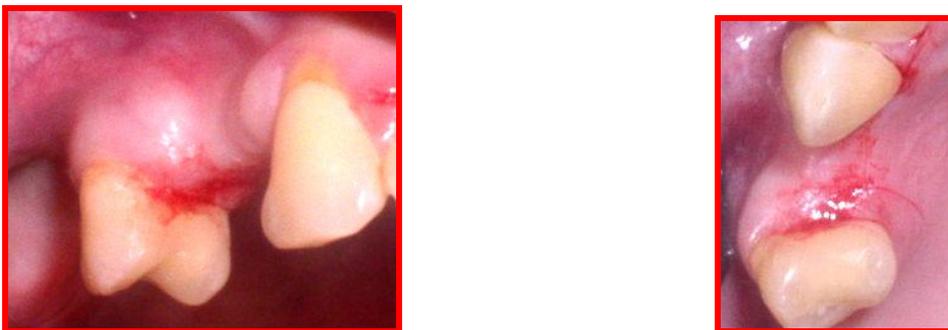


Fig.40. Incisiones crestopalatinas para la colocación de implantes dentales

Se levantaron los colgajos a espesor total en vestibular y palatino de ambas brechas con elevador mucoperióstico, se prepararon los colgajos vestibulares con el corte selectivo de fibras del periostio, para liberarlos y comprobar que

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

tendríamos tela para el reposicionamiento sin tensión de los mismos. (Fig.41 y 42)

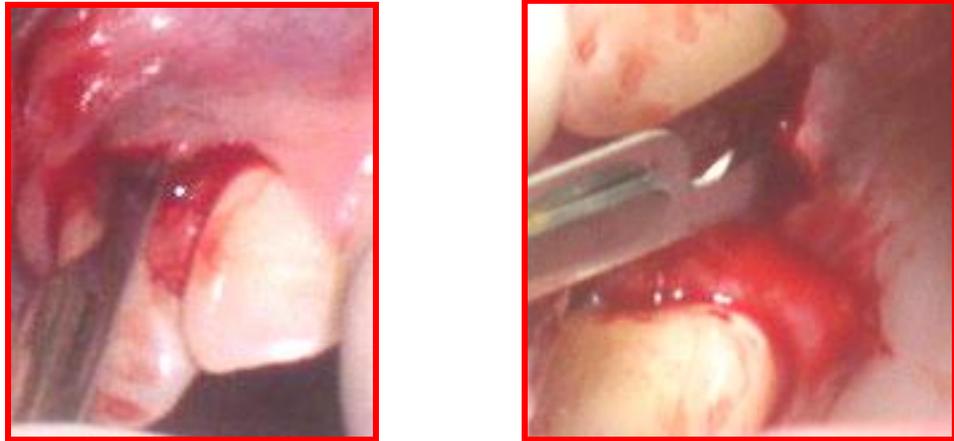


Fig.41. Preparación del colgajo de espesor total



Fig. 42. Incisiones y acceso en elementos 14 y 24 para colocación de implantes

Se presentó la guía quirúrgica para el fresado progresivo, iniciando con la fresa lanza de 1,8mm. Se continuó con la fresa de 2 mm y a partir de allí, se utilizaron los disyuntores de hueso en forma creciente, ya que la cresta ósea era muy fina. (Fig. 43 y 44)



Fig. 43. Cresta ósea expuesta, con defecto tipo III

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

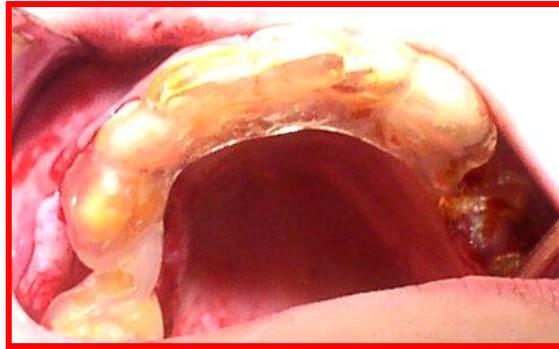


Fig. 44. Posicionamiento de la guía quirúrgica y fresado progresivo

Se logró ensanchar para la colocación de dos implantes dentales, uno en cada brecha, ambos marca 3I de 4mm de plataforma y 13mm de longitud. (Fig. 45 y 46)

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig.45. Colocación del implante. Obsérvese lo delgado de la tabla vestibular

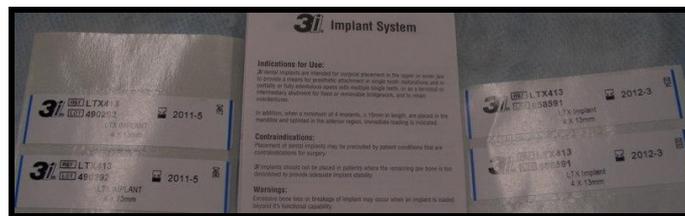


Fig. 46 Etiquetas de los implantes colocados

Ante la leve fenestración que se produjo en la colocación de los implantes y con el objetivo además, de regenerar el defecto de la brecha, se preparó injerto de hueso humano de banco (U.N.C. Hemoderivados), mezclado con hueso autólogo, (que se obtuvo con raspador de hueso, de zona apical al implante), y se colocó en vestibular de cada una de ellas. (Fig. 47 y 48)

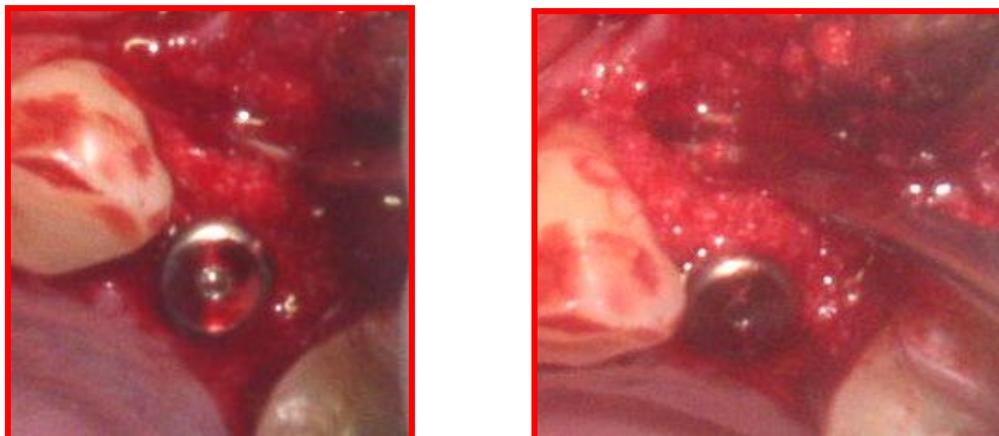


Fig.47. Se colocó hueso de banco humano mezclado con hueso autólogo en vestibular de cada implante colocado

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig.48. Etiquetas del hueso de banco utilizado

Se reposicionaron los colgajos y se suturaron con mononylon 4-0 puntos colchonero vertical y simples, verificando el cierre completo y sin tensiones para una correcta cicatrización, en éste caso se dejaron expuestos los tornillos de cierre de los implantes. (Fig. 49)



Fig. 49. Vista oclusal de las suturas en zonas de 14 y 24

Se retiraron las suturas de ambas zonas intervenidas a los 10 días, observándose muy buena cicatrización de los tejidos y buen volumen en ambas brechas. (Fig. 50)



TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig. 50. Vista postoperatoria oclusal y vestibulares de zonas de 14 y 24 a los 10 días

Se hizo un nuevo control a los 30 días donde se observó buena evolución. La paciente presentó en éste control la instalación de implante en la zona del 16, cuya colocación fue derivada, dado que requirió cirugía de elevación de seno a cielo abierto. Se recomendó mejorar la higiene en el sector del 24 por observarse placa dental acumulada (Fig. 51).

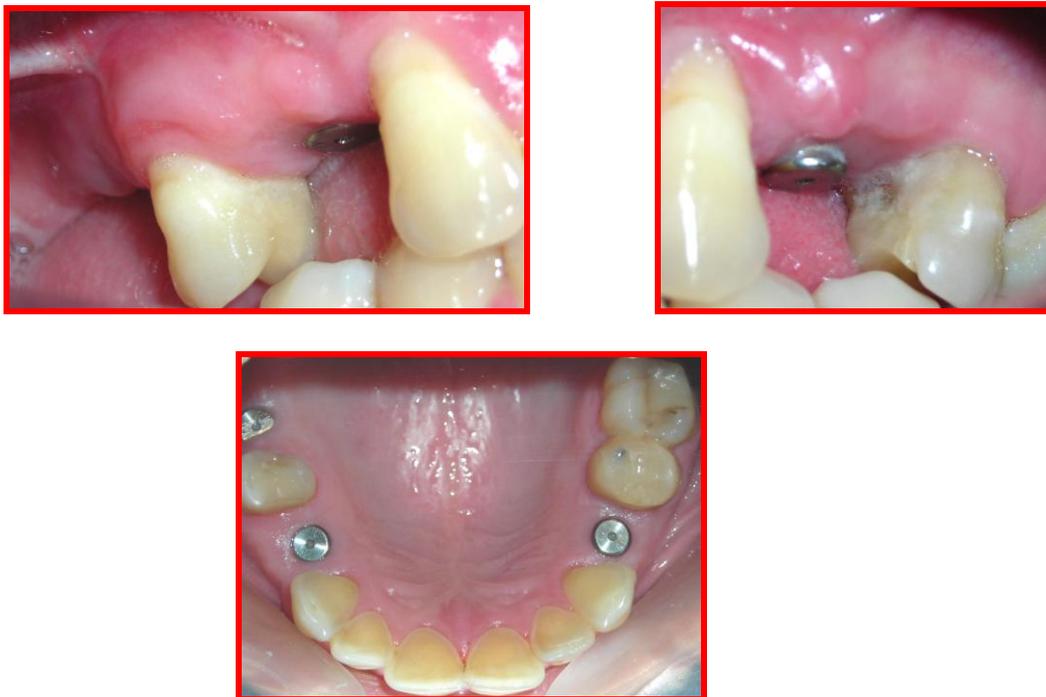


Fig.51. Vistas postoperatoria vestibulares y oclusal a los 30 días

A continuación se pasó a la paciente C.J. a Mantenimientos periodontales con intervalos de cada 3 meses.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.5.1.5. FASE DE REHABILITACIÓN**

Simultáneamente al tratamiento periodontal y de salud bucal general, se realizó el diagnóstico completo de su sistema estomatognático para definir el plan de tratamiento de Rehabilitación bucal en el cuál se concluyó que la paciente no realizaría tratamiento de ortodoncia, por lo que se preparó un encerado diagnóstico que armonizaba la función y estética. (Fig. 52)

**- Encerado diagnóstico**

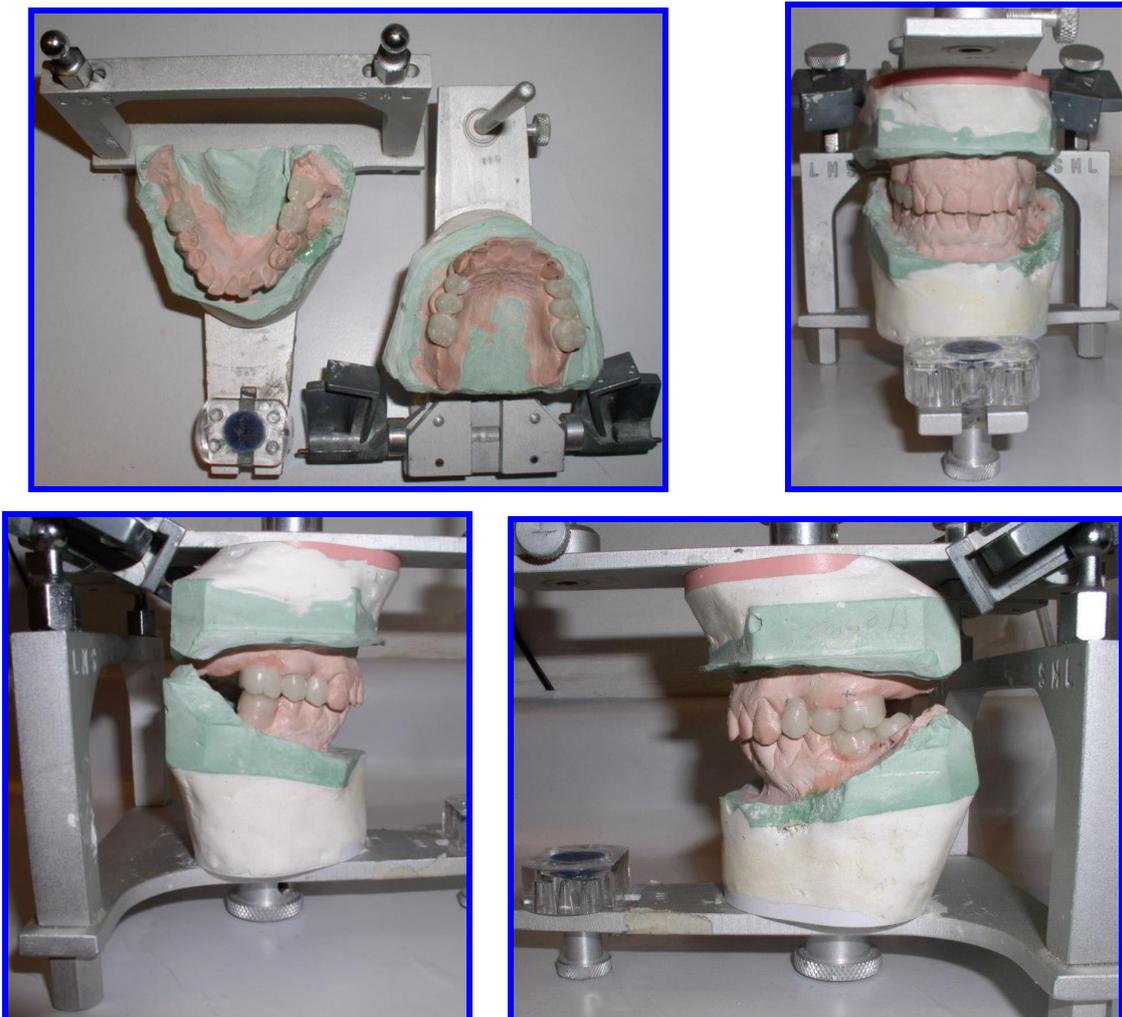


Fig.52. Vistas oclusales, de frente y perfiles del encerado diagnóstico

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**4.5.1.6. FASE DE TERAPIA PERIODONTAL DE MANTENIMIENTOS**

**Importancia del tratamiento Periodontal de Mantenimiento (TPM):**

El tratamiento etiológico clásico de la gingivitis crónica fue instrucción de higiene; raspaje supragingival eliminación de elementos retenedores de placa y mantenimientos.<sup>35</sup>

La evaluación fue planificada en intervalos cada 3 meses.

Uno de los objetivos del tratamiento periodontal fue prevenir la pérdida de dientes. Varios estudios han demostrado que no se puede prevenir la pérdida de dientes solo mediante Terapia Periodontal Inicial, también parece que la pérdida de dientes ocurre en un subgrupo de pacientes y la consideración del perfil de riesgo de las personas en TPM (tratamiento periodontal de mantenimiento) puede permitir la prevención/reducción de la pérdida de dientes durante la TPM.<sup>36</sup>

**Caries**

Hay estudios que sugieren que la incidencia de caries en pacientes post tratamiento periodontal es muy alta. Esto es debido a que se elimina la delgada capa de cemento que protege a la dentina de los ataques de ácido. Por lo tanto en la paciente en TPM fué conveniente realizar enseñanza de higiene bucal repetidamente y efectuar medidas preventivas complementarias (dieta, administración de flúor, barnices de Fluor, enjuagues con clorhexidina al 0,12%)

**Sensibilidad radicular**

Después del TPI las superficies radiculares presentan sensibilidad que en la mayoría de los casos puede reducir luego de algunos días. La prevalencia de sensibilidad durante TPM fluctúa entre 15-98% y esta generalmente asociada a recesiones gingivales. Estos datos confirman que una meticulosa higiene radicular va a disminuir la sensibilidad radicular y se deben potenciar estas medidas de prevención.

**Recomendaciones clínicas para TPM**

Debe basarse en el perfil de riesgo del paciente. Esta evaluación se debe hacer post TPI

Una rutina TPM debe ser individualizado para cada paciente.

Una TPM es esencial para evitar recidiva, deben considerarse el tema de cumplimiento.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Se pueden usar antimicrobianos como adyuvantes (triclosán / copolímero, Clorhexidina al 0,12%)

No se debe instrumentar en surcos poco profundos solo porque sangran (produce pérdida adicional de inserción) solo instrumentar bolsas periodontales.

Los implantes por ahora deben seguir un tratamiento de mantención igual que al de los dientes.<sup>37</sup>

▪ **Primera sesión de Mantenimiento**

La paciente C. J. concurre a su primera sesión de mantenimiento donde se realizó el protocolo correspondiente:

- Actualización de la Historia Médica Sistémica y Dental
- Examen de tejidos duros y blandos e Implantes
- Evaluación periodontal
- Control de Placa Bacteriana
- Refuerzo de Motivación y Asesoramiento de Dieta
- Revisión de control de placa por parte de la paciente
- Raspaje supragingival, Pulido y Aplicación de Fluor de alta concentración (1,23%)

Se realizaron todos los pasos y la evaluación dio un resultado satisfactorio, los sitios intervenidos quirúrgicamente, presentaban muy buena evolución. (Fig. 53).



Fig. 53. Vistas del aspecto vestibular de los implantes colocados en 24, 14 y 16

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

Los porcentajes de los Índices de Placa dental y de Hemorragia dieron menores al 20% (Fig. 54)

La evaluación periodontal fue satisfactoria, excepto en las zonas cercanas a los implantes donde se observó leve inflamación y acumulación de placa dental por deficiencias en la técnica de higiene; por lo que ante la demostración clínica de tinción de placa bacteriana, la paciente manifestó reconocer que le ocasionaba temor higienizar correctamente los sectores posteriores;

Se reforzó la motivación y reinstrucción en la técnica de higiene oral y se la recitó en 3 meses.



Fig. 54. Tinción de placa bacteriana en primera sesión de mantenimiento de la paciente C. J.

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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

• **Estudio de laboratorio de saliva:**

Objetivo:

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

Se explica brevemente los materiales y el procedimiento utilizado, luego volcaremos los resultados en forma de curvas para poder interpretarlas.

Materiales:

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

Procedimiento:

- iii. Determinar el pH salival, el cual se anotará como tiempo cero o basal, Ingerir una unidad de chiclet 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:

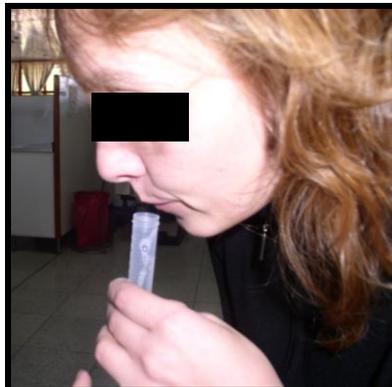


Fig. 55. la paciente procediendo a salivar en el tubo de hemólisis

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH



Fig. 56. Tubos con las muestras y las tiras reactivas

Curvas Obtenidas:

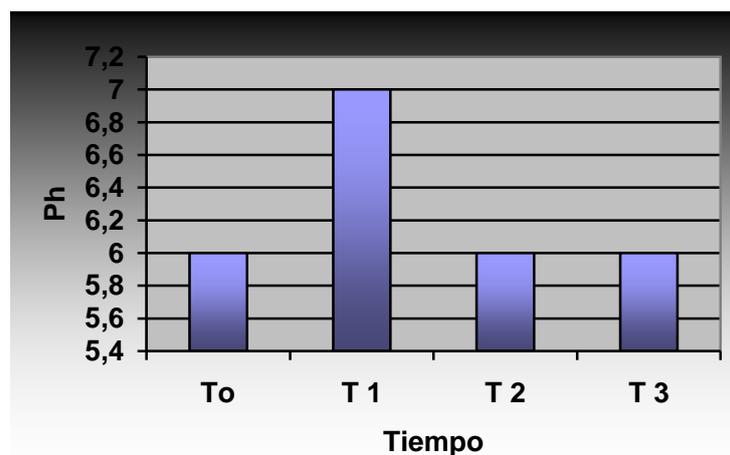


Fig. 57 . Curva comparativa de Ph vs. Tiempo

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

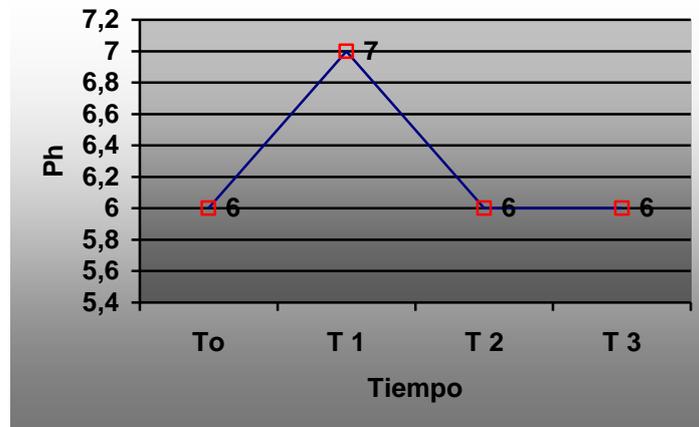


Fig.58. Tabla lineal prospectiva de Ph vs. Tiempo

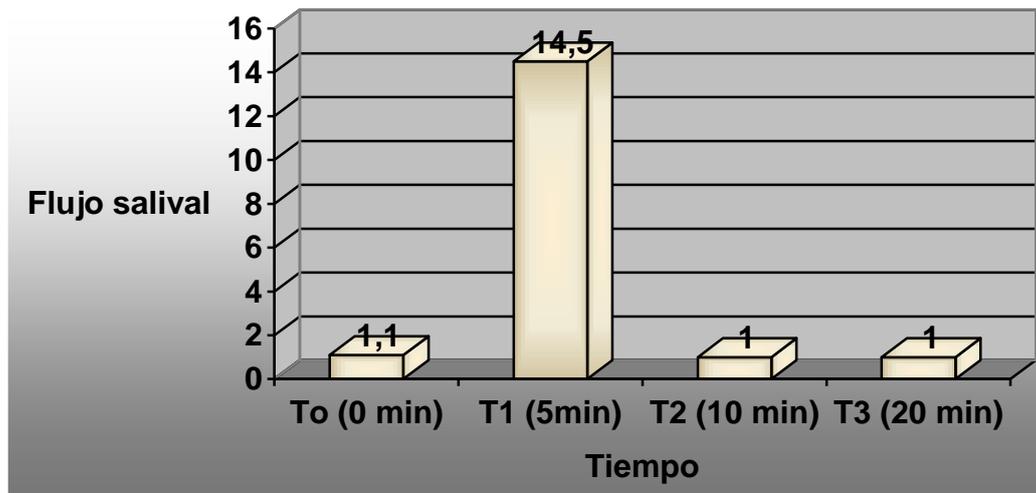


Fig.59. Curva comparativa de Flujo Saliva vs Tiempo

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

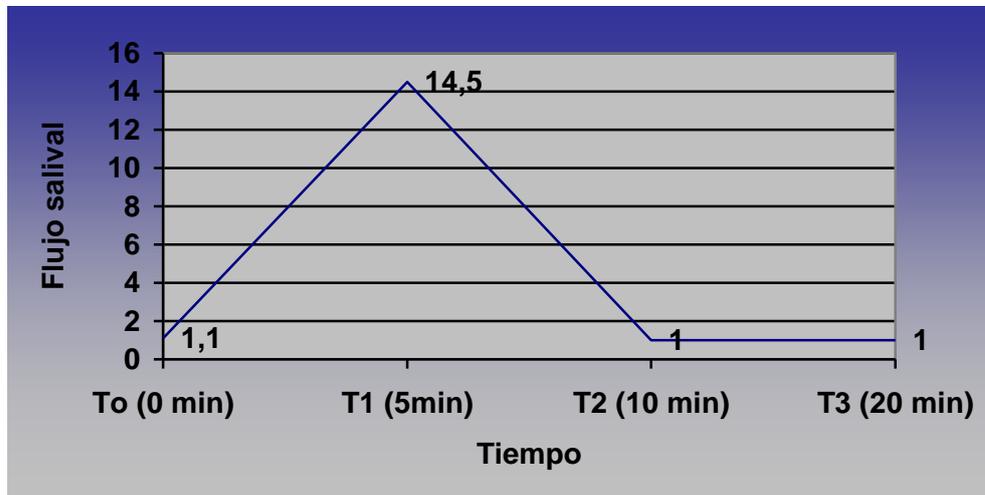


Fig.60. Tabla lineal prospectiva de flujo salival vs tiempo

Resultados de la prueba:

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

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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

Fig. 61. Resultado del Análisis de saliva de la paciente C.J.

El resultado de susceptibilidad a caries fue altamente positivo ya que arrojó indicadores actuales de baja susceptibilidad (13%) como se observa en el informe enviado por el mencionado Laboratorio (Fig. 61).

Manejo clínico de los resultados de la prueba:

Estos resultados de la prueba de saliva nos permiten realizar, con fundamento, un pronóstico **FAVORABLE**, para la paciente C. J., basados en los criterios de un paciente de **BAJO RIESGO** de caries y enfermedad periodontal.<sup>32 - 33</sup>

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

▪ Segunda Sesión de Mantenimiento

En la segunda sesión de mantenimiento se procedió con el protocolo anteriormente mencionado.

Los porcentajes de los índices de Placa bacteriana y de Hemorragia dieron menores al 20% (Fig. 62)

Los sitios intervenidos quirúrgicamente presentaron muy buena evolución clínica.

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



Fig.62. Segunda sesión de mantenimiento de la paciente C. J.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**5 - DISCUSIÓN**

Los dos principales trastornos alimenticios que se presentan en la actualidad son la anorexia y la bulimia nerviosa, son enfermedades multifactoriales, ya que hay elementos biológicos, psicológicos, sociales y genéticos que juegan un papel importante en el desarrollo de estas enfermedades.<sup>19, 39</sup>

Diferentes autores concluyen que el componente educativo que constituye el componente clave en toda intervención preventiva, ha sido escasamente investigado ; y que la motivación es un proceso dinámico que genera cambios en las personas; toma en cuenta la historia personal y su experiencia, y puede atribuirse a estímulos externos e internos.<sup>38</sup>

El impacto de los desórdenes alimentarios sobre la salud bucal se reportan desde 1.977.<sup>39</sup>

En los pacientes con bulimia y anorexia nerviosa purgativa las pruebas sobre el estado periodontal son conflictivas. Los informes no encontraron diferencias en cuanto a complicaciones de placa gingival y niveles de inserción gingival entre anoréxicos y bulímicos. Los resultados de los índices gingivales no fueron estadísticamente diferentes entre los grupos de anoréxicos, bulímicos y controles. Philipp *et al.* informaron de un mayor sangrado en el surco del grupo control, mientras que Touyz *et al.* encontraron menor número de sitios con hemorragias en sus controles. La pérdida de inserción no fue mayor entre los sujetos con trastornos alimentarios<sup>39</sup>

Los pacientes con trastornos alimentarios mostraron menos signos de inflamación gingival (anorexia: 14,6%; bulimia: 12,5%; controles: 44,7%)<sup>40</sup>

La técnica de higiene bucal requiere ser evaluada con el Índice de placa de O' Leary para observar el cambio de conducta en el paciente. En condición basal y cuando el profesional va a dar el alta al paciente, se recomienda registrar el biofilm de placa con el Índice de Silness e Índice de placa oclusal.<sup>32</sup>

De acuerdo a la clasificación de riesgo cariogénico<sup>32</sup>, la paciente C.J. presenta los datos que la ubican dentro de ALTO RIESGO( índice de placa Silness-Lôe mayor a 1, Índice de placa de O' Leary mayor a 20%, historia de dieta frecuencia de consumo mayor a 4 momentos diarios, surcos y fisuras oclusales profundos u con lesiones dudosas y/o cavitadas, sitios que condicionan retención de placa presentes, niveles de Streptococcus grupo "mutans" grado 2-3, cantidad de saliva disminuída, manchas blancas y/o caries)<sup>33</sup>

Una amplia evidencia ha demostrado que la sacarosa constituye el factor dietético más importante asociado a caries dental. Estudios epidemiológicos han sugerido que existe una relación directa entre cantidad y la frecuencia del consumo de sacarosa y el desarrollo de la caries dental. Asimismo se considera que la erosión dental está aumentando y está asociada con el consumo de bebidas no alcohólicas de uso frecuente y comidas ácidas y en

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

menor medida a la regurgitación (origen intínseco y extrínseco). Si bien no está asociada directamente con caries dental, puede tener influencias indirectas.<sup>32,38</sup>

Los pacientes con bulimia nerviosa mostraron erosión del esmalte en mayor número y severidad de dientes. También una mayor retención de placa dental, más cantidad de caries y cambios en la secreción salival (flujo salival estimulado y flujo salival en reposo eran pobres, aunque tienen más bajos valores de pH, pero dentro del rango normal).<sup>41</sup>

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.<sup>42</sup>

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.<sup>43</sup>

Por el contrario, en la caries dental, la desmineralización es generada por ácidos producto del metabolismo de los hidratos de carbono en el que interviene la flora bacteriana intrabucal. La mayor ingesta de hidratos de carbono en pacientes con diagnóstico de bulimia y la resultante actividad cariogénica juega también un papel importante en la pérdida de los tejidos.<sup>11</sup>

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

## **6 - CONCLUSIONES**

Los pacientes cuyos dientes han sido dañados como consecuencia de un trastorno alimentario tienen más probabilidades de consultar en primer lugar al odontólogo que al médico general. El especialista dental puede, en algunos casos estar en condiciones de ayudar a hacer el diagnóstico inicial y puede influir en el progreso y desarrollo de la atención médica y psicológica proveyendo apoyo en el cuidado bucal.<sup>41</sup>

Se observa por la importante bibliografía que existe sobre bulimia y anorexia, que se ha investigado mucho en cuanto a las consecuencias en el estado sistémico y los evidentes cambios que produce en las superficies dentarias, no así ocurre en cuanto a los cambios en la salud periodontal donde fue difícil encontrar información completa y con seguimiento, de las consecuencias en los tejidos periodontales.

Es coincidente con el caso clínico tratado, las investigaciones que encontraron como alteración más común a la gingivitis en los casos de pacientes con bulimia y anorexia nerviosas.

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

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

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

Éste caso se trató en principio como un caso de alto riesgo de caries por los antecedentes de su Historia Clínica, dado el resultado del estudio de saliva sumado a los excelentes resultados en las sesiones de mantenimientos, podría reubicarla como un paciente de bajo riesgo de enfermedad periodontal y caries<sup>41</sup>, pero está supeditado a su evolución en la fase sistémica, por los antecedentes de recaídas que suelen tener éstas patologías.

La experiencia de haber conocido y tratado a mi paciente C.J. durante el cursado de mi Especialidad en Periodoncia, me brindó la oportunidad de entrar lentamente a su mundo íntimo y complejo; pero a su vez me abrió la puerta para transitar por un camino sin retorno en el crecimiento de mi propio saber y la construcción de mí ser.

**Od. Evelyn Ruth Dolonguevich de Slipak**

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

**8 - BIBLIOGRAFÍA**

1. Goldman B R. Anorexia y Bulimia: Un nuevo padecer. 1ª ed 1ª reimp. Buenos Aires: Ed Lugar; 2005. p.7
  
2. García de Valente M S, Bordoni N, Rozensztejn R, Piñero J, Armatta A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente salud bucal de un encuadre interdisciplinario. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 2003; 32 (3): 23 -7
  
3. Mitchell J, Pyle R, Eckert E. Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. Am J Psychiatry. 1981; 138: 835l.
  
4. Walsh T B, Garfikel P, Halmi K A, Mitchell J, Wilson Terrince G. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Trastornos de la conducta alimentaria. Manual de Clasificación y Diagnóstico (DSM - IV). Barcelona: Ed. Masson. 2000; 553 – 64.
  
5. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. Barcelona: Ed. Guedisa. 2005; 1: 33-38
  
6. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. J Oral Maxillofac Surg. 1992; 50:1122 -1125.
  
7. Rauch S, Herzog D. Parotidectomy for bulimia: A dissenting view. Am J Otolaryngol .1987; 8:376.
  
8. Russell G. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med .1979; 9: 429 - 48.

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

9. Zero DT. Etiology of dental erosion:extrinsic factors.Eur J Oral Sci. 1996;104:162 -77.
10. Burke F, Ismail N, Hartley P. Bulimia: implications for the practising dentist. Br Dent J .1996; 180: 421- 26.
11. Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. Arch argent pediatr. 2004; 102(6): 440
12. Zukerfeld R, Quiroga S. Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en mujeres jóvenes. Rev. Argentina de Clínica Psicológica. 1998; 7: 156- 59.
13. Facchini M. Epidemiología, etiología y evolución. Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento. Ed. SAOTA. 1999
14. Nunn JH. Prevalence of dental erosion and the implications for oral health. Eur J Oral Sci. 1996; 104: 156 - 61
15. Pindborg J. Pathology of Dental Hard Tissues. Copenhagen:Munsksgard. 1970;312 - 21
16. Milosevic A, Brodie D, Slade PD. Dental erosion, oral higiene and nutrition in eating disorders. Int J Eating Disord. 1997; 21 (2): 195 - 99
17. Meurman JH, Ten Cate JM. Patogénesis and modifying factor on dental erosion. Eur J Oral Sci. 1996; 104: 199 - 206

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

18. Hellström J. Oral complications in anorexia nervosa. Scand J Dent Res. 1977; 8:71-86
19. Milosevic A, Dawson L J. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. Caries Res. 1996; 30: 361- 66
20. Ohrn R, Enzell K, Animar Mansson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. Eur J Oral Sci. 1999; 107(3): 157- 63
21. Jarvinen V K, Rytoma H, Einonen OP. Risk factors in dental erosion. J Dental Res. 1991; 70: 942- 47
22. Zero DT. Etiology of dental erosion-extrinsic factors. Eur J Oral Sci. 1996; 104:162- 77
23. Zero D, Luissi A. Erosion Chemical and biological factors of importance to the dental practitioner. International Dental Journal. 2005 ; 55: 285- 90
24. Bartlett D. The role of erosion in toothwear: aetiology, prevention and management. International Dental Journal. 2005; 55: 277- 84
25. Hughes JA, West NX, Parker DM et al. Development and evaluation of a low erosive blackcurrent juice drink. Final drink and concentrate, formulae comparisons in situ and overview of the concept. J Dent .1999; 27:34 5- 50
26. Zarate OG, Castellanos JL, Guzman LP. Anorexia y Bulimia en Odontología. Rev. Asoc. Dental Mexicana. Series en Medicina Bucal VIII. 2004; 61 (3):117- 20

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

27. Mehler P S, Gray M C, Schulte M. Medical complications of anorexia nervosa. *Jornal of Woman's Health*.1997; 6: 533 - 41
28. Armatta, A M. *Boletín Asociación Argentina Odontología para niños*. 2002; 31 (4).
29. Ronderos M, Rider MI. Evaluación del riesgo en la práctica clínica. *Periodontology 2000*. 2005; 9: 120 - 35
30. Barrancos Money J, Barrancos PJ. *Operatoria dental*. Ed Panamericana. 4ª ed. 2006;373 - 75
31. Christensen Gordon J. Oral care for patients with bulimia. *JADA*. 2002; 133:1689 - 90
32. Piovano S. Factores y nivel de riesgo de las enfermedades producidas por el biofilm de placa. Primera parte. *Revista de la Facultad de Odontología UBA*. 2004; 19 (47): 1933 - 41
33. Piovano S. Factores y nivel de riesgo de las enfermedades producidas por placa. Segunda parte: medidas preventivas. *Revista de la Facultad de Odontología UBA*.2005; 20 (48):25 - 35
34. Anderson MH, Bales D, Money K. Modern management of dental caries: The cutting edge is not dental bur. *J Am Dent Assoc*. 1993;124:37- 44
35. Renvert S. Persson R. Tratamiento Periodontal de Mantenimiento. *Periodontology 2000*. 2005; 11:179 - 95

TRABAJO FINAL

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH

36. Bordoni N, Squassi A, Barrancos Money J. Prevención en cariología. Operatoria dental. Bs As Argentina: Ed. Médica Panamericana. 1999; 9: 313 - 58

37. Bordoni N, Squassi A. Programas preventivos. En odontología preventiva. Argentina: PRECONC PALTEX OPS OMS. 1.999; 57- 83

38. Ali Dena A, Brown R S, Rodríguez L, Moody E L, Nasr Mahmoud F. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. JADA.2002; 133: 734 - 37

39. A Milosevic. Trastornos de la conducta alimentaria y el dentista .British Dental Journal. 1999; 86 (3) 186: 109 -13

40. Willershausen B, Philipp E, Pirkek M, Fichter M. Complicaciones orales de los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Zahn Mund Kieferheilkdzentralbl. 1990 (4): 293 - 99

41. Pasynskae E, Limanowska Shaw H, Slopian A, Rajewski A. Evaluación de la salud oral en la bulimia nerviosa. Jour Psychiatr Pol. 2006; 40 (1): 109-18.

42. Macchi R, Zeman L, Heluani S P. Manifestaciones dentarias y en restauraciones de pacientes bulímicos y anoréxicos purgativos. Revista de la Asociación Odontológica Argentina. 2008; 96 (2): 153-157

43. Milosevic A, Dawson L J. Factores salivales en bulímicos con vómitos y sin desgaste dental patológico. Caries Res.1996; 30 (5):361- 66

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

**TRABAJO FINAL**

ALUMNA: OD. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH