Revisión Bibliográfica

LA PÉRDIDA DE ESTRUCTURA DENTARIA. SU VÍNCULO CON EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y LA PSIQUIATRÍA.

THE LOSS OF DENTAL STRUCTURE. AND ITS LINK WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND PSYCHIATRY.

Cuniberti, N.[1]; Manieri, M. [2]; Ramírez, N. [3]; Rossi, G. [4]

1.- Doctora en Odontologia Ex profesora Adjunta de la Cátedra de Operatoria Dental II de la Escuela de Odontología USAL-AOA
2.- Doctora , especialista en Clínica Médica
3.- Psicóloga
4.-Doctor en Odontologia, Profesor Titular Emérito de la Cátedra de Periodoncia III de la Escuela De Odontología USAL-AOA

Correspondencia: guinellrossi@fibertel.com.ar

Volumen 8.
Número 1.
Enero - Mayo 2019

Recibido: 05 agosto 2018
Aceptado: 18 agosto 2018

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es: comprender que la pérdida de estructura dentaria si bien es multifactorial, su diagnóstico correcto y tratamiento es multidisciplinario
La odontología actuará en equipo con: la clínica médica para el control del reflujo gastro esofágico y el tratamiento psicológico de los trastornos de la alimentación
El trabajo con otras especialidades es de vital importancia para un diagnóstico a tiempo su prevención y tratamiento

Palabras Claves: Lesiones no cariosas. Perdida de estructura dentaria. Erosión. Corrosión Reflujo gastroesofágico Pirosis. Trastornos de la alimentación. Bulimia. Anorexia

ABSTRACT

The objective of this work is to understand that the loss of dental structure even if is diagnosed correctly and its treatment is multidisciplinary. The dentistry will act as a team with: the medical clinic for the gastro esophageal reflux control and the psychological treatment of feeding disorders. The work with other specialties is extremely important for an early diagnosis and its prevention treatment.
Keywords: Non-carious lesions. Lost tooth structure. Erosion. Corrosion Gastroesophageal reflux Pyrosis. Eating disorders. Bulimia. Anorexia

Los pacientes acuden a nuestra consulta no solo para eliminar y controlar la enfermedad, sino también para reposicionar sus dientes, lograr una sonrisa mas armónica, en fin, la demanda estética cada vez es mayor .
¿Se controla la perdida de estructura dentaria como rutina, de la misma forma que se hace con la enfermedad?
La sonrisa es un pequeño gesto. muy poderoso y fundamental para el bienestar y la salud de las personas.
El filósofo José Antonio Marina y el psiquiatra Luis Rojas Marcos, [1] han defendido esta acción como un " mecanismo antiestrés muy efectivo". Es uno de los pocos gestos que es común a todas las culturas.
La sonrisa es un signo expresivo de bienestar que fomenta la sociabilidad y favorece la comunicación entre las personas.
Para la autora Bárbara Johnson [2] "La sonrisa es el alumbrado de la cara y la calefacción del corazón".
La perdida de tejidos dentarios disminuye la calidad del vínculo del paciente con su entorno, motivo por el cual, se dejan bigotes, ocultan sus dientes con los labios o sus manos, en si , sonríen menos- Pierden el habito de sonreír.
El motivo de la pérdida de estructura dentaria se puede deber a causas físicas o químicas o la unión de ambas.
La corrosión mas conocida como erosión ácida es causada por ácidos con diferentes porcentuales de iones hidrógenos libres o quelantes capaces de generar una disolución química de los tejidos duros del diente. [3]
Se dice entonces, que estas sustancias ácidas son el factor químico de perdida de estructura dental
La forma, el tipo de alimentación y el estilo de dieta están asociados al factor químico. [4]
El conocimiento de los valores de pH de los alimentos y de las bebidas comunes que se consumen es de importancia para la prevención de la erosión, el ideal será que los alimentos y las bebidas consumidas deban tener 75% de alcalinidad y 25% acidez. (5)
La erosion es considerada como la causa mas prevalerte de perdida de estructura dentaria.

En la etiología de la erosión intervienen factores extrínsecos e intrínsecos.

EXTRÍNSECOS:
Ácidos exógenos
Ocupacional
Medicamentos
Dieta donde predomina un ph ácido

INTRÍNSECOS:
Presencia de jugo gástrico con Ph >2 en la cavidad oral.
Las causas intrínsecas pueden ser
INVOLUNTARIAS O SOMÁTICAS
Úlceras gastroesofágicas (Presencia del Helicobacter pylori)
Regurgitación
Hernia hiatal
Embarazo
VOLUNTARIAS O PSICOMÁTICAS

Especial cuidado se deberá tener, cuando los ácidos son provenientes de causas intrínsecas como ser el jugo gástrico siendo su medida de acidez o Ph un equivalente a dos.

En los pacientes, donde se encuentra modificada la conducta alimenticia, específicamente, la bulimia, es el odontólogo quien puede también llegar a diagnosticar esta alteración de conducta, por la apariencia del esmalte, que se presenta rugoso y una dentina aspecto de miel, como así también por la evaluación de los márgenes y la superficie de las restauraciones, Figuras 2 y 3

Su ubicación es por palatino en el maxilar superior y en el inferior por lingual de molares y premolares, los incisivos inferiores están resguardados por la lengua, la que protege la estructura, en el momento del vómito Figura 4 y 5.

Figura 1.- perdida de estructura por la presencia de jugo gástrico.

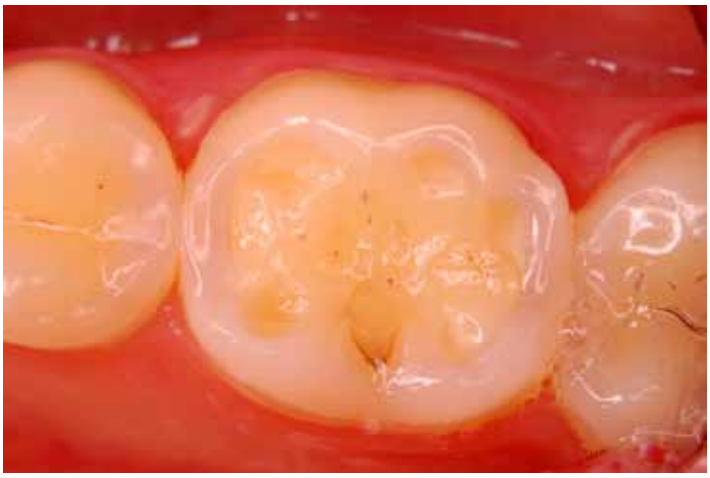

Figura 2: cara oclusal erosionada, con nichos donde queda depositado el ácido o los vapores procedentes del jugo gástrico en paciente con ERGE.

Figura 3: lesión no cariosa por palatino causada por el jugo gástrico en paciente con vómitos reiterados , cara oclusal erosionada con compromiso del borde cavo superficial de la restauración

Figura 4: con perdida de esmalte en zona palatina, las marcas con papel de articular indican que la causa no es la oclusión si no el ácido TA.

Figura 5: vista vestibular del mismo paciente que indica que la pérdida de estructura por palatino se debe a otra causa y, no es la oclusión.

Los Se tendrá en consideración dos aspectos que influyen en la erosion dental.

Uno auxiliado por la medicina a través del conocimiento del reflujo gastroesofágico y el otro por la colaboración de la psiquiatría en cuanto al origen de los trastornos de la alimentación como son la anorexia y la bulimia y su tratamiento

Enfermedad del reflujo gastroesofágico (ERGE)

La enfermedad del reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como “una condición que ocurre cuando el contenido gástrico provoca síntomas molestos o complicaciones”. (6 -7 y 8)

Incluye tanto a los pacientes que desarrollan una esofagitis péptica y sus complicaciones, como a aquellos que no han desarrollado lesiones, pero manifiestan síntomas que deterioran su calidad de vida, todo ello, con independencia de la naturaleza del material refluido (ácido, débilmente ácido, alcalino o gaseoso). Se caracteriza por una fisiopatología compleja y multifactorial.

Se considera el reflujo gastroesofágico como un fenómeno natural.

Se considera enfermedad sólo cuando se torna una situación crónica y recurrente donde hay factores como el tabaco, alcohol, hernia hiatal, obesidad y algunos alimentos que lo desencadenan, generando una causa de consulta frecuente.

La sintomatología es muy variada, siendo síntomas cardinales la pirosis, regurgitación y el dolor retroesternal. Clínicamente representa un desafío por su alta frecuencia, las variadas causas que lo generan y consecuentemente su tratamiento, de acuerdo al factor desencadenante.

Epidemiológicamente es frecuente, generando morbilidad asociada a esofagitis por reflujo, estenosis secundaria, metaplasia de Barret y su incidencia con adenocarcinoma de esófago.

Fisiopatología

El reflujo gastroesofágico es el escape del contenido gástrico o duodenal hacia la luz del esófago a través de el esfínter esofágico inferior (EEI) incompetente.

La fisiopatología de la ERGE es compleja y obedece a un modelo multifactorial en el que parecen estar implicados mecanismos digestivos, respiratorios, neuroendocrinos y psicológicos diversos.

Los episodios de reflujo normales en personas sanas son frecuentes durante y después de las comidas con una duración menor a 5 minutos, sin complicaciones y son raros en las noches.

Existe anatómicamente una barrera antirreflujo formada por el E.E.I., el diafragma y el ligamento freno-esofágico.

La capacidad del esófago para eliminar el material refluido, tiene dos fases de aclaramiento

1- de volumen, donde se expulsa prácticamente todo el contenido esofágico

2- del ácido residual, donde se neutraliza el ácido presente en el pequeño remanente que queda de la fase anterior.

La barrera esofágica, consta de factores preepiteliales, que tienen poca importancia defensiva y generan una capa de moco, una capa acuosa que contiene bicarbonato.

Factores epiteliales que generan las estructuras de las mem-

branas celulares y complejos intercelulares con funciones de transporte epitelial y tampones intra e intercelulares con su proliferación de la capa basal.

Y por último los factores postepiteliales que generan flujo sanguíneo con producción de HCl, O2 y nutrientes generando el arrastre y dilución del bolo alimenticio.

Las causas que alteran el mecanismo fisiopatológico son el aumento de reflujos nocturnos, el vaciamiento gástrico lento, las sustancias que modifican la presión del EEI, la hernia hiatal y algunas situaciones clínicas relacionadas con la ERGE.

Son modificadores del EEI los factores que aumentan la presión: hormonas (Gastrina,Motilina) , péptidos (Bombesina, L-encefalina, Sustancia P), fármacos (Alfa adrenérgicos,antiácidos, Metoclopramida,Domperidona,Prostaglandinas F2) y alimentos: (Proteínas).

Los factores que disminuyen la presión del EEI son: hormonas (Colescistoquininas, Estrógenos/progesterona, Glucagón, Somastotatina, Secretina), péptidos (Péptido inhibidor gástrico,PIV, Neuropéptido),fármacos (Beta-adrenérgicos, Antagonistas del calcio, Barbitúricos, Diazepam, Dopamina Teofilina) y alimentos (Grasa, Chocolate, Alcohol).

Finalmente cabe destacar que la respuesta de la mucosa esofágica al reflujo es muy variable, de tal forma que a igual exposición, no todos los sujetos desarrollan esofagitis.

Anatomía patológica

Se pueden observar los siguientes datos microscópicos en la mucosa:

- Eosinófilos en el epitelio (con o sin neutrófilos).
- Hiperplasia de la capa basal. Elongación de las papilas de la lámina propia. La ausencia de estos datos no excluye reflujo patológico.

En la esofagitis aguda se observan, neutrófilos en la submucosa y en la mucosa.

En la entidad Esófago de Barret se presenta una metaplasia intestinal en el esófago.

Cuadro Clínico

La pirosis es el síntoma típico más común en pacientes con ERGE, esta presente en el 75% de los casos.

La regurgitación ácida provoca disfagia, odinofagia, hipo, dolor torácico o epigástrico, pérdida de esmalte dental, lesiones de la mucosa de la boca, disminución de la saliva, daño de la superficie lingual, eritema del paladar blando y la úvula.

Por lo que siempre se debe realizar el diagnóstico diferencial con los provocados por ácidos extrínsecos que difieren en su expresión clínica, con los síntomas característicos de esta entidad patológica.

También de observan, signos y síntomas atípicos, lo cuales a veces dificultan el diagnóstico como los de origen pulmonar tal como la tos crónica, bronquitis, asma, absceso pulmonar o cardiovascular como el dolor precordial.

Se debe también, tener en cuenta las expresiones clínicas de probable origen otorrinolaringológicos como consecuencia de la ERGE y ellos son: laringoespasmo, disfonía, tos persistente, dolor faríngeo, disfagia intermitente, odinofagia, otitis media, carraspera, y otras de causa odontológicas, como las caries y gingivitis.

Métodos diagnósticos.

- Clínico
- Endoscópico.: El mismo se realiza ante la observación de la friabilidad de la mucosa, erosiones lineales y ulceraciones, la presencia de un Esófago de Barret donde microscópicamente se observa una mucosa gástrica enrojecida por metaplasia gástrica que es potencialmente maligno por tanto se debe verificar con biopsia.

Desde la psiquiatría

En general, se habla de trastornos cuando en una persona se produce una alteración del estado de salud debido o no a una enfermedad (9).-Torres, 2010; (11).- Vasco-Uribe, 1987), concepto que describe las señales del estado de anormalidad y alteración de la salud.

Un trastorno mental suele ser entendido como un cambio desadaptativo que afecta a los procesos mentales, son producto de una dinámica de interacción entre la persona y su entorno (10). -Vasco-Uribe, 2010).

Se entiende su desarrollo, como algo dinámico, que puede originarse por múltiples factores que indican como el individuo se relaciona con el entorno en el que se vive, el cual, puede llevarnos a comportamientos que perjudican la salud.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades psiquiátricas complejas, que muchas veces se acompañan de alteraciones médicas y psicológicas que pueden dejar consecuencias irreversibles en las personas (11). - American PsychiatricAssociation 2013; 12.-Organización Mundial de la Salud, 2010).

Se caracterizan por una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial.

La enfermedad señala una relación de causalidad, porque incluye las causas concretas de la falta de salud.

En el caso del trastorno de la alimentación hay factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad.

Se los toma como un trastorno multifactorial, y en la interacción de los factores mencionados surge la vulnerabilidad individual (11).-APA, 2013; 10.-Vasco-Uribe, 2010).

Pero la idea de no comer por pensar que me “hace bien”, “más bella”, “ser”, es psicológica, por eso se habla de trastorno; los daños físicos y cognitivos que se producen mayoritariamente son crónicos y afectan severamente a las personas, por eso también se las considera como enfermedad (13).-Jáugerí Lobera, 2012), que en este caso giran en torno a la imagen corporal.

Schilder (1950) define a la imagen corporal como la forma que la mente le otorga al propio cuerpo. Sin embargo, muchas veces esta imagen no coincide con la apariencia física real, ya que incluye actitudes y valoraciones que el individuo construye acerca de su cuerpo (Pérez-Gil y Romero, 2010, en 13.- Jáugerí Lobera, 2012).

Bulimia y Anorexia: antecedentes

A lo largo del tiempo, en cada periodo y cultura se han definido patrones estéticos que atañen a la forma, y el tamaño del cuerpo (García, 2005; Gracia,1996; Rodin, 1993, en (14). -Spirandelli, 2015), por lo tanto, el concepto de belleza ha cambiado a través de la historia.

Por ejemplo, en el siglo IV, los llamados padres del de-

sierto eran hombres que se retiraban a los desiertos de Egipto y Palestina con el fin de ayunar como forma de penitencia.

En las sociedades primitivas las mujeres robustas eran más atractivas que las delgadas, porque la masa corporal se relacionaba con la fertilidad y descendencia. Esta visión permanece hasta el Renacimiento (15.-Cabasés,2000; 14.- Spirandelli, 2015).

Según distintas investigaciones, la anorexia existe desde la antigüedad.

Los primeros antecedentes están documentados desde el Siglo XIV.

A través del tiempo se le ha dado distintas connotaciones a la anorexia o grandes ayunos, como muestra de fe (15).-Cabasés,2000; 14.-Spirandelli, 2015).

En el siglo XIV se relacionan con la religión y lo místico. Por ejemplo, hay muchos santos católicos que han representado conductas purgativas y restrictivas en pos a una promesa o causa.

La idea era la renuncia al cuerpo como fuente de placer para conseguir una espiritualidad completa. La existencia era marcada por la penitencia y el sacrificio, es decir, soy a través de esto.

A través de la restricción y de la purga, se conseguía la pérdida de cualquier rastro de feminidad potencialmente pecaminosa, elevándose el espíritu hasta el misticismo (15). -Cabasés,2000; (14).-Spirandelli, 2015).

Con el tiempo surgieron cambios en y entre culturas sobre el mismo concepto.

Hacia 1820 surge otro caso conocido sobre bulimia y anorexia que se aproxima a las concepciones actuales sobre este tipo de trastorno:

•Condesa Elizabeth de Baviera (Sissi): Para lograr mantener su figura se inventó una serie de dietas, y maratónicas sesiones de gimnasia. La conducta de comer de forma compulsiva la compensaba con ayunos prolongados y exceso de ejercicio. Sissi a los 50años, presentaba su dentición muy deteriorada por perdida de estructura como consecuencia de su trastorno, motivo por el cual siempre llevaba velo. (15.- Cabasés, 2000; 14.- Spirandelli, 2015).

•En 1695 se realiza la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa de la mano de Richard Mortonquien quien encontró un patrón común en la conducta alimentaría: el ayuno, es decir, provocado de manera voluntaria con el fin de obtener una identidad social 15.-Cabasés, 2000; 14- Spirandelli, 2015).

•En 1743: el diccionario de medicina de Londres define la bulimia como: “preocupación por comida, ingestas voraces y periodos de ayuno”. Más adelante le suman, a la definición los vómitos autoprovocados.

En un principio se tomaba a la bulimia como parte del cuadro de la anorexia, para luego considerarse dos cuadros separados con distinta forma de presentación y sintomatología.

•En 1868: Sir William Gull fue quien acuño el término “anorexia nerviosa”. Cuadro que se observa en mujeres jóvenes. El origen del mismo seria emocional, y su síntoma principal se constituía por un intenso miedo a comer. Según Gull, las pacientes tenían como fin manipular a sus padres, convertirse en mártir o atraer la atención.

Simultáneamente Charles Lasségue también describió la anorexia nerviosa bajo el nombre de “anorexia histérica”. Fue pionero en jerarquizar los conflictos familiares haciendo referencia al entorno de alta exigencia. Sugería que la anorexia nerviosa se asociaría a frustraciones en la transición de la adolescencia a la adultez. Entre ellas, las expectativas románticas, el bloqueo de las oportunidades sociales o educativas y profesionales, las peleas con los padres, serían los más comunes conflictos de las mujeres (15.-Cabasés, 2000; 14-Spirandelli, 2015).

•En 1893: Freud llama al síntoma “anorexia mental” o “neurosis de la alimentación”, caso clínico de histeria (Emmy)

•En 1903: Janet realiza la primera descripción de un cuadro de bulimia, “Caso Nadia”

Hasta principios del SigloXIX, se creía que los trastornos de la alimentación tenían un origen endocrinológico. Después de 1930 se lo considero un trastorno psicológico, es decir, sin causas orgánicas

El siglo XX marcó una línea divisoria en la conducta alimentaria femenina, de alguna manera relacionada con la aparición de la Psiquiatría como especialidad médica.

•En 1987: la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define oficialmente y por primera vez los trastornos de la conducta alimentaria (Rice, 2000, en 14.-Spirandelli, 2015). Se presenta en el Manual Diagnostico y Estadística para los Desórdenes Mentales (DSM), en el cual se fueron modificando los criterios diagnósticos al día de hoy en base a los nuevos conocimientos e investigaciones sobre estos trastornos. Llegando a la edición actual DSM V (2013).

•HildeBrunch, planteó el comienzo de la patología con una dificultad de los mayores, particularmente de la madre, de interpretar las señales del bebé o del niño. Dio importancia a la relación con la madre en la Anorexia Nerviosa, explicando que el rechazo del cuerpo propio es una necesidad de rechazar el cuerpo de la madre. Esta decodificación errónea de los registros interoceptivos del hijo solo lleva a que éste aprenda a desoír sus propias necesidades y busque en la comida un estilo único de afrontamiento

•Según Mara Palazzolli la patología surge de un excesivo pegoteo familiar y especialmente con una madre sobreprotectora e invasora. También sostiene que los cambios corporales para estas pacientes son abrumadores en sí mismos

•En la actualidad los parámetros de belleza, principalmente en las mujeres, están sustentados en modelos que promueven la delgadez. Así, la sobrevaloración de la posesión de una figura delgada se transmite a través de la continua exposición en los medios masivos de comunicación, además de los mensajes sociales transmitidos en la familia o en el grupo de amigos (Fardouly, Diedrichs, Vartanian&Halliwell, 2015; Levine&Smolak, 2016; Shaw y Stice, 2016; Toro, 2006, en 15.-Cabasés, 2000).

Además, hay que sumarle en la actualidad el boom de las redes sociales y el impacto de estas por sobre la imagen. En una suerte de oferta y demanda segundo a segundo, los jóvenes postean imágenes que muchas veces están por fuera de la realidad con la intensión de resultar deseables/deseados por sus espectadores. Esto genera una percepción modificada sobre la imagen, que puede tener un impacto negativo sobre las personas ya que la creencia que posee sobre la misma no coincide con la realidad. El resultado se traduce en baja estima, trastornos de la alimentación, depresión, ansiedad, entre otros (Levine&Smolak, 2016; Lewis-Smith, Diedrichs, Rumsey&Harcourt, 2015, en 14.-Spirandelli, 2015).

Trastornos de la alimentación o de la conducta alimentaria (TA)

Los trastornos de la alimentación representan la enfermedad crónica más común entre la población adolescente, en su mayoría mujeres (16.- Acerete et al., 2010; Fairburn, 2008, en (17.)- Ekstrand& Roca Villanueva, 2011).

Se caracterizan por una alteración de la percepción de la figura y el peso corporal (APA, 2013). Las personas que presentan este tipo de trastornos, presentan una conducta alimentaria alterada, principalmente a consecuencia de restricciones en la ingesta o episodios des obre ingesta.

A esto se le suma una serie de prácticas realizadas con el objetivo de "compensar" los efectos de la ingesta y de controlar el peso y la figura, por ejemplo, provocación del vómito, uso de laxantes y/o diuréticos, ayunos o ejercicio físico excesivo, que conllevan importantes riesgos para la salud (11).- APA, 2013; 12.- OMS, 201016.-; (16).- Acerete et al., 2010; Fairburn, 2008en (17).- Ekstrand& Roca Villanueva, 2011).
Por lo tanto, es importante el diagnóstico y tratamiento precoz de estos pacientes, ya que son cuadros que tienden a cronificarse y las consecuencias físicas que producen son irreversibles, inclusive poniendo en riesgo la vida de los pacientes.

La sobrevaloración de la figura corporal y su control son factores claves de manutención en los TA. A partir de ahí, surgen las características típicas para cada uno de los trastornos, como por ejemplo, dietas estrictas, restricción de la ingesta, evitación de la comida u observar ciertas partes del cuerpo, rituales de comprobación, entre otros. (Fairburn, 2008, en 17.- Ekstrand& Roca Villanueva, 2011)

Anorexia Nerviosa.

La palabra anorexia es de origen griego "an" (privativo) y "orexis" (deseo, apetito), significa ausencia de apetito. La edad de inicio más frecuente es en la adolescencia, pero existen casos de inicio en la infancia o después de los 40 años (16). - Acerete et al., 2010;(17)Lopez& Treasure, 2010). Las pacientes suelen presentar actitudes de auto exigencia y perfeccionismo.

El manual de trastornos mentales DSM v la define como: la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

Además, debe cumplir con los siguientes criterios:
A) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
B) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución,

Bulimia Nerviosa

La palabra bulimia deriva del griego" bous" (hambre)"limos" (buey), de su fusión "boulimos" adquiere el significado hambre de buey.
Su inicio puede ser tardío, es común a todas las clases sociales, y específicamente se desarrolla en ciertos grupos de profesionales en los que la imagen es importante. Aquí también se presentan actitudes de auto exigencia y perfeccionismo (16)Acerete etal., 2010)Lopez&Treasure, 2010).(17)

El DSM V la define bajo los siguientes criterios:

a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

•Ingestión, en un periodo determinado (por ejemplo, dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
•Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio

b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (asociación americana de psiquiatría (APA, 2013).

Durante el curso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es posible que se presente una "migración" de un trastorno al otro (Fairburn, 1995, en (17.)- Ekstrand& Roca Villanueva, 2011). Estas migraciones muestran que en general estos trastornos inician con restricciones de la ingesta, que se interrumpen por episodios de atracones debido a la dificultad de mantener una dieta y un control sobre la misma. Según Fairburn (1995) esto sugiere la evolución de un mismo trastorno alimentario. Por este motivo el diagnóstico diferencial es vital para el abordaje de este tipo de pacientes (16)Acerete et al., 2010), y un diagnostico precoz dentro de los primeros tres años del inicio influye determinantemente como prevención de la cronicidad (17) Lopez&Treasure, 2010).

Además, se trata de pacientes difíciles ya que la conciencia de enfermedad y la motivación para el cambio son prácticamente inexistentes. Como consecuencia, no hay consulta que gire en torno al trastorno, sino que llegan a terapia cuando la salud física y psicológica está amenazada por la enfermedad.
Al tratarse de trastornos multifactoriales, la vulnerabilidad de las pacientes depende de la interacción de cuatro factores de riesgo fundamentales que pueden funcionar como desencadenantes, predisponentes o mantenedores:
•Biológicos-genéticos
•Psicológicos
•Familiares
•Socioculturales

En estos casos es importante el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud. Los médicos y profesionales asociados a la medicina deben contar con herramientas para la detección de este tipo de trastornos, ya que las consultas en estos casos, se realiza por médicos generales que atienden problemas asociados a los trastornos de la alimentación, tanto como problemas ginecológicos, gastrointestinales, erosión del esmalte dental, entre otros (16-17) Acerete et al., 2010; Lopez&Treasure, 2010).

Criterios Diagnósticos DSM V para Bulimia y Anorexia Nerviosa	
Bulimia Nerviosa	**Anorexia Nerviosa**
a) Episodios recurrentes de atracones: -Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso. c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, al menos una vez a la semana durante tres meses. d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.	a) Restricción de la ingesta que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, incluso con un peso significativamente bajo. c) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución. d) Influencia del peso en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. Existen dos tipos: -Restrictivo: en los últimos 3 meses no hay episodios recurrentes de atracones o purgas. Aquí la pérdida de peso se da principalmente por: dieta, ayuno y/o el ejercicio excesivo. -Purgativo o con Atracones: en los últimos 3 meses hay episodios recurrentes de atracones o purgas.

Tabla 1: Criterios Diagnósticos DSM V para Bulimia y Anorexia Nerviosa (11) N Fernandez

Trastornos de la Alimentación: Síntomas y Signos
- Aspecto triste y demacrado - Estructura ósea notoria - Piel agrietada, seca y/o pigmentada - Palmas y plantas amarillentas - Atrofia muscular - Extremidades frías - Caída de pelo - Lanugo en pubis y axilas - Alteraciones dentarias - Amenorrea - Arritmias - Masas fecales - Ulceras gástricas - Disfunciones cognitivas

Tabla 2: Trastornos de la Alimentación: Síntomas y signos Acerete et al., 2010; Lopez&Treasure, 2010. (16-17)

Falta de prevención: - Individuo - Familia - Social	**Desencadenantes:** - Dietas - Estrés - Periodo de crisis - Sucesos adversos
Adolescencia	Factores genéticos Vulnerabilidad Factores ambientales
TCA	
Cronificación	
Mantenimiento	- Malnutrición - Tránsito digestivo lento - Alteraciones psicológicas - Aislamiento social - Falta de apoyo familiar

Tabla 3: Acerete et al., 2010(16)

Mecanismo de la erosión en la dentición de los pacientes bulímicos.

El Mecanismo de la erosión en los bulímicos tiene dos etapas
a) el ácido del vomito, disuelve el cristal de hidroxiapatita por la unión del hidrogeno del ácido con el calcio del esmalte.
b) la abrasión mecánica del cepillado arrastra los prismas debilitados por el ácido agravando la situación.
El esmalte próximo al margen gingival en la erosión está intacto y a esta zona Burker.T la llama anillo de confianza.

Manifestaciones dentales de la bulimia
- primarias
- secundarias

Manifestaciones primarias
- erosión palatina
- sensibilidad
- xerostomía
- exposiciones pulpares
- restauraciones que sobresalen del diente
- glosodinia
- fracturas de bordes incisales de incisivos superiores

Manifestaciones secundarias
- pérdida de la dimensión vertical
- alteraciones estéticas
- alteraciones de ATM
- disminución de la capacidad masticatoria
- tumefacción de las glándulas salivales

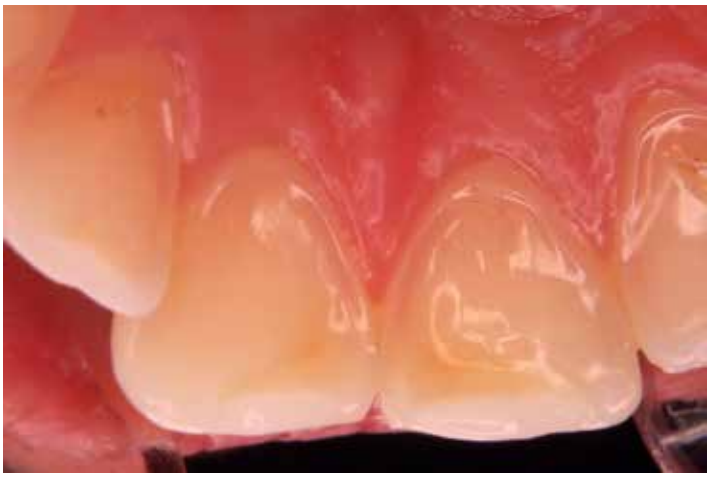

Figura 6: Se observa en el borde cavo gingival de la lesión la presencia de esmalte , anillo de confianza así llamado por Bunker

Momentos antes del vómito existe un reflejo central que aumenta la producción de saliva, pero la cantidad y calidad de la misma no llega a actuar como buffer, mas aún si los episodios de vómitos son recurrentes. (19-20)

Los pacientes con la conducta bulímica tienden a cepillar la dentición inmediatamente después del vómito Los prismas del esmalte al encontrarse en disolución son arrastrados fácilmente con el cepillado transformándose en una lesión combinada denominada abrasión química.

Figura 7: Compromiso de laestructura dental. El factor principal, es la corrosión por ácidos endógenos. Translucidez en el borde incisal a causa de la perdida de estructura dental en palatino donde comienza a exponerse dentina. La misma presenta un aspecto o reblandecido color miel.

Se deberá tener en cuenta no solo lo estructural (tejidos duros del diente, su conformación y grado de mineralización) sino otro factor, que es el biológico, la película adquirida, que actúa como membrana semipermeable reduciendo el grado de disolución y la calidad y cantidad de saliva dado que ejerce un rol protagónico en la remineralización.

Las concentraciones totales de calcio y fosfato en la saliva varían según los individuos y aun en el mismo individuo, dependiendo de la velocidad del flujo y de las proporciones de saliva que se origina en las glándulas salivares.
Gran parte del calcio y fosfato está ligado a las proteínas salivales o están presentes en forma de complejos.

Cuando la cantidad de esta es deficiente, los tejidos blandos lengua y carrillos también actúan en la perdida de estructura dentaria abrasionando las mismas, mencionada en los trabajos como erosión facial.

La tribología, como roce de tejidos blandos, carrillos y lengua sobre determinadas superficies, aumenta en las aquellas superficies erosionadas donde los prismas de esmalte se encuentran socavados generando el desprendimiento, convirtiéndose en un factor abrasivo.

La deshidratación, por la vigorosa actividad física del participante y el vomito llevan ambas situaciones a tener xerostomía, el jugo gástrico, excesivo consumo de bebidas carbonatadas con bajo Ph, inducen a la erosion.

A diferencia del paciente bulímico la anoréxica cuida menos el aspecto, su higiene oral es mas deficiente y generalmente está asociada a gingivitis y GUNA. La llamada bulimarexia es la unión de ambos trastornos. Se puede concluir que el factor primordial de perdida de estructura dentaria en los pacientes con enfermedad bulímica o anoréxica es el ácido.Hay otros factores que colaboran con la perdida, uno es, el cepillado inmediato al vómito que encuentra a los prismas de esmalte socavados, favoreciendo a una lesión combinada de abrasión y erosión.

Por otro lado, la calidad y cantidad de saliva que se encuentra alterada y no dando lugar a los mecanismos de remineralización. El odontólogo juega un rol importante en el di-

agnóstico de dicho trastorno-enfermedad, ya sea en sus inicios, como así también diagnosticar si ha remitido su enfermedad, dado que la superficie de esmalte al secarlo, no presenta un aspecto opaco; los materiales de restauración. ionómeros vitreos y resinas en su superficie no presentan un aspecto rugoso y un contorno integrado a la estructura del diente.

Figura 8: característica de encía sana de paciente bulímico

Tratamiento

Médico:

• Farmacológico: Éstos generan mejoría sintomática en el 85% de los casos.

A mayor supresión ácida y mayor duración del tratamiento, mayor curación de las lesiones mucosas.

• Quirúrgico: Se realizan a cielo abierto o en forma laparoscópica, se emplean distintas técnicas cuyo objetivo es restituir la seguridad de la unión gastroesofágica.

Psiquiatrico

Odontologico

• La identificación de los factores de riesgo y sus posibles interacciones es la clave para el diagnóstico, prevención y tratamiento. de las lesiones no cariosas

Conclusiones

La ERGE es una enfermedad que produce síntomas y signos muy diversos de curso crónico y recidivante. Por tanto, es fundamental que el equipo multi disciplinario de salud (médicos clínicos, otorrinolaringólogos, neumólogos y odontólogos), tengan presente esta patología

Aun cuando la mayoría de los pacientes evolucionan de un modo benigno y se dispone de recursos terapéuticos altamente eficaces para su control, no se puede subestimar el diagnóstico, ya que el tratamiento inicial de la ERGE sigue siendo médico.

La primera premisa es: antes de rehabilitar las estructuras perdidas, se deberán corregir hábitos

Es indispensable llevar a cabo una adecuada monitorización y el seguimiento de las lesiones.

Se requiere un enfoque multidisciplinario en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control

Salvar una vida, es saber derivar a tiempo, al medico clínico, en caso enfermedad de reflujo gastroesofágico, a la consulta psicológica en situaciones de trastornos de la alimentación, del paciente y su entorno, cuando la situación lo amerita.

REFERENCIAS

1. José Antonio Marina y Luis Rojas Marcos,:"en búsqueda de la sonrisa perdida" 2013 entrevista por la la Vanguardia es

2. Bárbara Johnson "El valor de una sonrisa"

3. Gandara BK, Truelove EL. Diagnosis and management of dental erosion. The Journal of Contemporary Dental Practice 1999; 1 (1): 1-17.

4. Juan Ferrer T. Prevención y tratamiento de la erosión, abrasión y atrición dental. Acófar 2004; 433: 43-5.

5. Cuniberti N y Rossi G "Lesiones cervicales no cariosas . La lesión dental del futuro" Editorial Medica Panamericana 1ª edición 2009 ISBN 978 950 06 8248 0

6. Esófago Asociación Española de Gastroenterologia: Manuel Castro Fernandez y MarRojas Feria. Unidad de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

7. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofagico (erge).4 julio, 2016 RevisionesJorge A Olmos,María Marta Piskorz, Marcelo F Vela.División GastroenterologíaHospital de Clínicas Jose de San Martín.Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. División Gastroenterología y Hepatología. Mayo Clinic. Arizona, Estados Unidos.

8. . http://www.ijmss.org/wp-content/uploads/2016/04/art_10_31.pdf

9. Torres, A. (2010). Diferencias clínicas entre síndrome, trastorno y enfermedad. Revista psicología y mente. Recuperado en el mes de julio de: https://psicologiaymente.net/clinica/diferencias-sindrome-trastorno-enfermedad

10. Vasco-Uribe, A. (1987). Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad. Conferencia presentada en el Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín: Colombia.

11. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington D.C.: American PsychiatricAssociation.

12. Organización Mundial de la Salud (2010). Glosario: criterios diagnósticos CIE10 para trastornos de la conducta alimentaría. Recuperado en el mes de julio de: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

13. Jáuregui Lobera, I. (2012). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentarles V. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 16, 1744-1751.

14. Spirandelli, L. (2015). Trastornos de la alimentación: antecedentes. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad, Gobierno Español: grupo Gamma. Recuperado en el mes de junio de: http://www.ingesa.msssi.gob.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosHistoricos.htm

15. Cabasés, J.S. (2015). Anorexia nerviosa: aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. Revista de estudios de juventud, Universidad de Alcalá. Recuperado en el mes de julio de: https://www.grupogamma.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-antecedentes/

16. Acerete, D.M., Trabazo, R.L., Lambruschini Ferri, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolo AEPED, Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. España: Ergón S.A

17. López, C., Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Revista de medicina clínica Condes, 22 (1), 85-97.

18. Ekstrand, A.C., Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. Acción psicológica, (8), 1, 21-33.

19. Telles D, Pegorado LF, Pereira JC. Incidence of noncarious cervical lesions and their relation to the presence of wear facets. J Esthet Dent 2006;18: 178-183.

20. Pegoraro LF, Milczewsky SJ, Conti PC, Telles D, Pegoraro TA . Noncarious cervical lesions in adults. Prevalence and occlusal aspects. JADA2005; 136:1694-1700