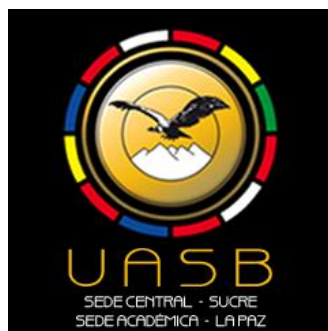


**UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR  
MAESTRIA EN ODONTOLOGÍA CON  
ESPECIALIDAD EN REHABILITACION ORAL**



**ESTUDIO DE CASO**

**“TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA  
MEJORAR LOS EFECTOS DE BULIMIA EN LA SALUD  
ORAL”**

**Caso: Mujer de 60 años con lesiones orales severas por  
efecto de la bulimia**

**PRESENTADO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAESTRIA  
EN ODONTOLOGÍA CON ESPECIALIDAD EN REHABILITACION  
ORAL**

**Postulante: Miriam Sánchez**

**Docentes tutores: Dr. Jorge Careaga**

**Msc. Norah Villena Almendras**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2012**

*A mi esposo e hijos  
por su apoyo incondicional y motivación permanente.*

**A la Universidad Andina Simón Bolívar por abrir los horizontes a través  
del conocimiento**

## RESUMEN

En el presente caso se demostrara la importancia del enfoque holístico del paciente. Se vera la Rehabilitación integral de una paciente de 61 años afectada psicológicamente por el aspecto de sus dientes, cuyo mal estado eran consecuencia del trastorno denominado bulimia.

El diagnóstico preciso, la planificación integral del tratamiento y el uso de materiales indicados para el caso, devolvieron la salud, funcionalidad y estética oral. Así se alcanzó el objetivo general de la investigación que también consiguió el control del trastorno psicológico.

Para lograr el objetivo planteado se trabajaron técnicas de Operatoria, Endodoncia en los casos necesarios, Cirugía y Prótesis Fija y Removible requeridos por la patología oral de la Paciente y sus posibilidades económicas.

**INDICE GENERAL**

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>I</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>II</b>
<b>INDICE GENERAL .....</b>	<b>III</b>
<b>INDICE DE CONTENIDOS .....</b>	<b>IV</b>
<b>INDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>VII</b>

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Planteamiento del Problema .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Justificación .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>5</b>
3.1. Objetivo General.....	6
3.1. Objetivos Específicos .....	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Bulimia.....</b>	<b>8</b>
1.1 Origen etimológico del término.....	8
1.2. Características esenciales.....	8
1.3. Criterios diagnósticos sobre la bulimia.....	9
1.4. Tipos de bulimia.....	9
1.5 Características de la bulimia .....	10
1.6. Pronóstico. ....	10
1.7 Bulimia y sus efectos en la salud oral. ....	11
<b>2. Erosión .....</b>	<b>12</b>
2.1. Definición.....	12
2.2. Clasificación.....	13
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Método .....</b>	<b>16</b>
<b>2. Diseño .....</b>	<b>16</b>
<b>3. Tipo de investigación .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Población y muestra. ....</b>	<b>17</b>
<b>CAPITULO IV. EVALUACIÓN DEL PACIENTE .....</b>	<b>19</b>
<b>1. Historia Clínica Médica .....</b>	<b>20</b>
1.1. Datos Generales.....	20
1.2. Motivo de Consulta .....	20
1.3. Anamnesis.....	20
1.4. Examen clínico del cráneo .....	21

1.5. Examen clínico de la cara.....	21
1.6. Examen clínico del cuello.....	21
1.7. Análisis Periodontal .....	21
1.8. Análisis de Oclusión.....	21
<b>2. Fotografías Extra-Orales .....</b>	<b>22</b>
<b>3. Fotografías Intra-Orales .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Exámenes auxiliares .....</b>	<b>27</b>
4.1 Análisis radiográfico arcada superior.....	27
4.2. Análisis radiográfico arcada inferior.....	28
4.3 Resumen radiográfico .....	28
<b>5. Diagnóstico .....</b>	<b>28</b>
<b>6. Plan de Tratamiento .....</b>	<b>29</b>
6.1. Tratamiento Ideal.....	29
6.2.Tratamiento Alternativo.....	29
<b>CAPITULO V. TECNICAS OPERATORIAS Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS.....</b>	<b>31</b>
<b>1. Obtención de modelos de estudio a través de toma de impresiones.....</b>	<b>32</b>
<b>2. Resumen del análisis del modelo de diagnostico .....</b>	<b>32</b>
<b>CAPITULO VI. EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO .....</b>	<b>40</b>
<b>1. Antes y después del tratamiento. ....</b>	<b>41</b>
<b>2. Arcadas superior e inferior después del tratamiento.....</b>	<b>42</b>
<b>CAPITULO VII. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>1. Conclusiones .....</b>	<b>44</b>
<b>2. Recomendaciones.....</b>	<b>44</b>

#### **ANEXO 1. Análisis Periodontal**

#### **ANEXO 2. Análisis de Oclusión**

## INDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Fotografía de frente
- Figura 2 y 3. Fotografías de paciente con sonrisa social
- Figura 4. Fotografía que muestra perfil izquierdo ligeramente cóncavo de la paciente
- Figura 5. Fotografía Intra oral oclusión izquierda
- Figuras 6, 7 y 8. Oclusión protrusiva frontal derecha e izquierda
- Figura 9. Lesiones en mucosa
- Figura 10 Exámenes auxiliares de Rayos X (panorámica y peri apicales)
- Figura 11. Modelos en yeso
- Figura 12. Registro de Oclusión
- Figura 13. fractura de p 2.2.
- Figura 14. Plastia gingival
- Figura 15. Encerado diagnostico.
- Figura 16. Estado de las Piezas sin protesis
- Figura 17. Pilares tallados
- Figura 18. Prueba de 1era prótesis provisional en acrílico
- Figura 19. Incrustación en gradia.
- Figura 20. Base Metálica para prótesis fija en zona antero superior
- Figura 21. Prótesis cerámica sobre metal terminada
- Figura 22. Prótesis fija y removible terminadas
- Figura 23. Fotografía intraoral Pre Tratamiento
- Figura 24. Fotografía Intraoral Post Tratamiento
- Figura 25. Arcada superior con prótesis removible
- Figura 26. Arcada inferior con prótesis removible.

## INTRODUCCION

El propósito del estudio de este caso, es enfatizar que la atención al paciente dental, debe tener un enfoque holístico, para obtener éxito en el tratamiento, evitando la prestación de servicio contestaría (un problema – una solución), a la que tanto el profesional como el paciente dental estuvieron acostumbrados.

En muchos casos como el presente, la patología oral que presenta el paciente esta originada en situaciones complejas mas profundas que requieren un tratamiento integral, en el que de pronto es posible que se requiera inclusive la intervención de profesionales en otros campos.

En muchos casos los pacientes asisten al odontólogo solicitando una solución a su problema, mismo que es tratado, sin un estudio apropiado de las causas, lo que lleva a continuos fracasos que desalientan al paciente que considera que el suyo es un caso sin solución optando inclusive por intervenciones mas radicales como las exodoncias.

La Rehabilitación Oral, es la disciplina que integra todas las especialidades odontológicas con el fin de lograr el equilibrio estético y funcional de la salud oral procurando preservar la estructura dental que el paciente conserva en la cavidad oral.

En el presente caso al estudiar los aspectos generales que presentaba la cavidad oral de la paciente y hacer el planteamiento del problema, se llego a un diagnostico cuyo origen psicológico llevo al estudio y evaluación del tratamiento y uso de materiales que respondan a una solución integral y de larga vida para las restauraciones. Se hizo el estudio de modelos respectivo y se estableció un protocolo que en la primera etapa del tratamiento enfoco las restauraciones operatorias requeridas para posteriormente realizar el reemplazo de piezas faltantes.

Se estudio sobre los trastornos psicológicos como la Bulimia llegando a la conclusión que era el origen primario del problema de salud oral, por sus peculiares características.

El tener un diagnóstico preciso, el estudio de caso y el uso de materiales indicados, llevo al logro de los objetivos planteados.

Dentro de los aspectos generales, se considero en el planteamiento del problema la importancia de enfocar el paciente desde un punto de vista integral de este modo se determino que la paciente traía un problema de larga data , que en el afán de ir solucionando las consecuencias en su salud oral, esta va



empeorando como por ejemplo de uso de prótesis flexibles y otras que fueron deteriorando más su aspecto, lo que a su vez también influía en su problema de autovaloración entrando en un círculo que le era cada vez más difícil solucionar , se fijaron los objetivos en base a la evaluación del estado general que presentaba el sujeto de nuestro estudio y se elaboro las alternativas de tratamiento que podrían solucionar de la mejor manera el problema planteado.

Se estableció el protocolo de trabajo, no sin antes elaborar una prótesis acrílica provisional, que de principio devolvieron el ánimo a la paciente y fueron creando confianza en el tratamiento.

Al final del mismo se lograron los objetivos planteados y sobre todo la satisfacción de la paciente que además recupero la autoestima y creo conciencia sobre la necesidad de ayuda para también poder resolver su trastorno psicológico, que era el origen de sus problemas.

A la fecha es una persona estable, más segura de si misma, satisfecha y convencida de la prioridad y la atención que merece su salud oral.

El Presente Estudio de Caso esta compuesto por siete capítulos, el CAPITULO I Explica los aspectos generales de la investigación, el CAPITULO II el Marco teórico en el que se respalda la el estudio, el CAPITULO III el Marco metodológico utilizado.

En el CAPITULO IV se describe la evaluación realizada al paciente de la cual se obtiene un diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir. El CAPITULO V se muestran las técnicas operatorias y los procedimientos clínicos que se han realizado. El CAPITULO VI explica los resultados obtenidos en el tratamiento.

Finalmente el CAPITULO VII describe las conclusiones y recomendaciones que a las que se han llegado y se ha obtenido en el presente estudio de caso.

# **CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES**

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Burns D 1994) “los padecimientos se delinearán con aquello que domina en cada época. Las denominadas por la medicina “Enfermedades del siglo XXI o trastornos en la alimentación” son manifestaciones de nuestro tiempo. Son los “ropajes” con que ciertos posicionamientos subjetivos se presentan en la clínica. La apuesta es inferir la estructura en la que subyacen”. (1)

La relación que se establezca desde la primera cita entre el odontólogo y el paciente puede determinar el éxito profesional del operador.

Cuando un individuo llega por primera vez a un consultorio odontológico el primer contacto que se establece con el entorno es el psicológico, y éste influirá significativamente sobre su estado de ansiedad, estrés, inseguridad, miedo, confianza o cualquier emoción que provoque sobre él la visita al odontólogo.

Tan importante como los conocimientos clínicos, es saber detectar en la primera visita características que nos develen aptitudes, conductas, rasgos de personalidad, emociones, en el paciente que puedan ayudar o entorpecer el curso de nuestro diagnóstico y tratamiento.

En el caso de un paciente bulímico, puede pasar desapercibido en cuanto a su aspecto físico, ya que no presenta ninguna característica que a simple vista lo identifique como tal, sin embargo el operador debe estar atento a ciertos rasgos de su comportamiento y personalidad como son: estados de depresión, timidez, desgano estrés, baja autoestima, excesiva preocupación por hacer dietas, ejercicios físicos o simplemente engordar.

(1) [www.actaodontologica.com/.../2/bulimia.asp](http://www.actaodontologica.com/.../2/bulimia.asp)

“Se entiende por Bulimia o bulimia nerviosa el trastorno psicológico y alimentario caracterizado por un comportamiento en el cual el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludable consumiendo comida en exceso.

( generando una sensación temporal de bienestar, seguida por culpabilidad), para después tratar de eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes” (Barlow, 2006).(1)

“Para el profesional, su herramienta para la aplicación del método clínico es la historia clínica, que es la narración metódica, detallada de todos los datos que aporta el paciente durante el interrogatorio, el examen físico y exámenes complementarios realizados sirven de base para un juicio definitivo de la enfermedad que lo afecta”.(Lamura A. Angela y Graciela)(2)

Lesiones y ulceraciones a nivel de las mucosas de la boca, pueden ser factores indicativos de muchas patologías, entre ellas LA BULIMIA.

El reflujo del vómito puede ocasionar alteraciones en la cavidad bucal, como descalcificaciones de los dientes, caries ulceraciones de las mucosas inflamaciones etc.

Generalmente el paciente se presenta a la consulta dental, solicitando la solución a algún problema en la cavidad oral, sin considerar la causa del mismo, como en el presente caso.

A continuación se describe el cuadro clínico de la paciente cuyo caso será estudiado.

(1). [uiramuni.blogspot.com/.../02/conoscamos-la-bulimia-amigos.htm](http://uiramuni.blogspot.com/.../02/conoscamos-la-bulimia-amigos.htm) (2) [www.actaodontologica.com/.../2/bulimia.asp](http://www.actaodontologica.com/.../2/bulimia.asp)

Paciente muy angustiada por el estado de sus dientes cuyo motivo de consulta se centra en mejorar estéticamente aunque confiesa no tener muchas<sup>1</sup> esperanzas, su estado general, es de una persona aparentemente sana aunque se le nota muy triste no obstante cuidar mucho su aspecto exterior.

El examen de la cavidad oral, denota lesiones que revelan algún estado patológico poco común que afecta seriamente su salud.

En el desarrollo de la anamnesis y por la medicación que refiere la paciente se puede deducir que sufre depresión, confirmada en el transcurso del tratamiento, entre cuyas manifestaciones se evidencia que la paciente presenta bulimia nerviosa que es parte de un trastorno psicológico alimentario, cuyo origen se encuentra probablemente en otras situaciones no superadas por la paciente.

Para obtener el éxito en un tratamiento, examinamos y diagnosticamos al paciente en forma integral, de modo que se obtenga la satisfacción tanto funcional como estéticamente. Por tanto se deberá elaborar un plan de trabajo que contemple todos los aspectos involucrados

## **2. JUSTIFICACIÓN**

A las puertas del siglo XXI una nueva epidemia se va extendiendo entre las sociedades y afecta sobre a todo a adolescentes aunque no están exentas de la misma, personas adultas e incluso algunas como en el presente caso ya adultas mayores.

---

En definitiva se trata de una obsesión moderna por la perfección del cuerpo, y aunque todavía el presentar el problema como motivo de consulta es un tabú, no podemos negar su existencia en nuestro entorno, el hecho de que se pueda detectar especialmente en los consultorios dentales, hace de este trastorno un motivo de especial estudio. Por tanto la relevancia social podemos enmarcarla dentro de los patrones de belleza en gran parte errados que nos muestra la sociedad moderna, que pueden arrastrar a extremos alarmantes el deterioro de la salud, mismos que podrían ser detectados tempranamente de manera que se procure un tratamiento oportuno.

Su relevancia temática radicaría en que en la actualidad se pueden aplicar técnicas y sobre todo materiales muy adecuados que nos permitan lograr restauraciones de larga duración y resistentes a los ácidos generados en la bulimia.

Esa es la razón por la que se elige este caso porque claramente muestra sus consecuencias en la salud oral, porque se está convirtiendo en una patología que se ve cada vez con más frecuencia, y nos permite aplicar técnicas y sobre todo materiales muy adecuados, cuyos resultados pueden influir trascendentalmente en la autovaloración del paciente, aspecto que también origina el problema.

Cuando la paciente llegó a la clínica dental, denotaba un facies muy triste detrás de la cual había una depresión, y en el transcurso de la anamnesis y primeras sesiones de tratamiento se pudo evidenciar que la paciente padecía bulimia, por tanto era de vital importancia investigar sobre este trastorno psicológico alimentario, y sobre todo sobre las consecuencias del mismo en la salud oral.

### **3. OBJETIVOS**

### 3.1. Objetivo General

Mejorar la salud oral, deteriorada por efecto de la bulimia, mediante tratamiento y rehabilitación integral de paciente mujer de 61 años.

### 3.1. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son:

- ✓ Establecer las causas de lesiones presentadas por la paciente, mediante la aplicación de estudios.
- ✓ Demostrar que la Bulimia es una de las causas principales del deteriorado estado de salud oral.
- ✓ Mejorar la salud gingival con terapia básica.
- ✓ Restaurar las lesiones cariosas nuevas o recidivantes.
- ✓ Restaurar lesiones por erosión química.
- ✓ Restaurar endodóticamente las piezas que lo requieran.
- ✓ Reemplazo de piezas faltantes.
- ✓ Evaluar el impacto en la salud psicológica de la paciente, del tratamiento de rehabilitación aplicado.
- ✓ Control periódico de la paciente para la evaluación de materiales empleados.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**



## 1. BULIMIA

La Bulimia o bulimia nerviosa forma parte de un trastorno psicológico y alimentario.

Es un comportamiento en el cual el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludable consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos (lo que le genera una sensación temporal de bienestar, para después buscar eliminar el exceso de alimento, a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes.(Chinchilla A. Calvo, R; Zamarrón<sup>2</sup>, I. ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS)<sup>(1)</sup>

### 1.1 Origen etimológico del término

Proviene del latín bulimia, que a su vez proviene del griego (boulimia), que se compone de bous – buey y limos, hambre. Significa hambre en exceso o hambre de buey.<sup>(2)</sup>

### 1.2. Características esenciales.

Una de las características consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad, y sensación de angustia y pérdida de control mental por haber comido en exceso.<sup>3</sup>Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, para recaer en poco tiempo en episodios de ingesta compulsiva.

---

<sup>(1)</sup> [luiramuni.blogspot.com/.../02/conoscamos-la-bulimia-amigos.html](http://luiramuni.blogspot.com/.../02/conoscamos-la-bulimia-amigos.html) (2) [es.wikipedia.org/wiki/Bulimia](http://es.wikipedia.org/wiki/Bulimia)

<sup>3</sup> [www.thelinguist.com/.../52541/](http://www.thelinguist.com/.../52541/)

Un atracón consiste en ingerir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones: el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80 -90 por ciento de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son: el uso excesivo de laxantes y de diuréticos, enemas, realización de ejercicio físico muy intenso y ayuno.

### 1.3. Criterios diagnósticos sobre la bulimia

Tanto el DSM-IV (El Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) coinciden en que, para poder diagnosticar la bulimia nerviosa, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas han de tener lugar al menos dos veces por semana durante tres meses.

### 1.4. Tipos de bulimia

En función del tipo de purga que utilizan para compensar el atracón, tenemos:

- ✓ Tipo Purgativo: Cuando se utiliza como conducta compensatoria el vómito (emesis), Los laxantes, diuréticos, enemas, jarabe de ipecacuana o incluso la teniasis, (infestación por solium), para eliminar lo más pronto posible el alimento del organismo.

- ✓ Tipo no purgativo : Entre el 6% y el 8 % de los casos de bulimia se llevan a cabo otras conductas compensatorias, como el ejercicio físico intenso, no hacer nada o hacer mucho ayuno, es un método menos efectivo para contrarrestar y deshacerse de las calorías. Este tipo de bulimia suele presentarse también en quienes presentan el tipo purgativo, pero es una forma secundaria de control de peso

### 1.5 Características de la bulimia

Se basa en la idea de que sólo a través de la delgadez y su atractivo se podrá triunfar en la sociedad. La bulimia suele presentarse junto con un fuerte sentimiento de inseguridad y con problemas graves en la autoestima, en relación directa con el peso o la imagen corporal (autoimagen).

Es frecuente que las personas con bulimia provengan de familias disfuncionales y muchas presenten incluso alexitimia, es decir, la incapacidad de experimentar y expresar las emociones de manera consciente.

El psiquiatra Carlos Delgado reflexiona sobre que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa, no son enfermedades de niñas tontas que desean ser delgadas. Son personas con una grave perturbación psicológica. Muy frágiles. En un momento dado se ven frente a un conflicto, no pueden evolucionar [luramuni.blogspot.com/..](http://luramuni.blogspot.com/) psicológicamente como personas, ni pueden crecer, el conflicto es angustioso. Deciden crecer retrasando su desarrollo. Requieren mucha ayuda.

### 1.6. Pronóstico.

Los trastornos en la alimentación presentan una de las tasas de mortalidad más altas dentro del grupo de los trastornos mentales. Se sabe relativamente poco acerca de los efectos o consecuencias a largo plazo de la bulimia. Las

investigaciones más recientes sugieren que el pronóstico es diverso. La bulimia puede presentarse como un padecimiento a largo plazo, fluctuante durante muchos años, o bien como un problema de salud episódico, precipitándose en función de los eventos y crisis de la vida de quién la padece. A corto plazo, algunos informes médicos sugieren que hay una mejora del 50 por ciento en el comportamiento (atracones y purga) en aquellos pacientes que pueden comprometerse con un tratamiento. Aún no han podido identificarse factores consistentes que permitan predecir el resultado del tratamiento. Sin embargo la gravedad de las secuelas de las purgas pueden ser un indicador importante del pronóstico; los desequilibrios electrolíticos, la esofagitis y la hiperamilasemia reflejan el hecho de que las purgas fueron más severas, y quizá generan un pronóstico más desalentador. En casos muy graves, la persona puede fallecer como consecuencia de un atracón muy severo, o incluso llegar al suicidio.

En muchas ocasiones el enfermo presenta síntomas como ansiedad y suele ingerir ansiolíticos en forma excesiva para revertir el síntoma

### 1.7 Bulimia y sus efectos en la salud oral.

Trastornos alimenticios como la bulimia y otros, son en la actualidad motivo de consulta para muchos psicólogos y comienza a aparecer entre los antecedentes dentro de las historias clínicas en odontología, cuando éste tipo de paciente acude a consulta, para lidiar la sensibilidad dentaria ocasionada [luiramuni.blogspot.com/](http://luiramuni.blogspot.com/) por cambios térmicos, fricción, dolor espontáneo o la simple apariencia de sus dientes.

El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones dentales pudieran poner en peligro la vida, sino por ser en algunos casos irreversible, razón por la cual deben ser diagnosticadas con prontitud y tratadas oportunamente. Las alteraciones orales que se presentan por estos trastornos son: la erosión dental, caries dental, gingivitis, sensibilidad dental a estímulos

térmicos, alteraciones en la mucosa bucal, sialoadenoides y xerostomías, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria entre otros.

En estas pacientes como es frecuente el vómito, se puede presentar una alta frecuencia en caries y una erosión dental de moderada a severa, debido a que el vómito presenta un PH ácido.

A esto también hay que sumar la obsesión por la higiene y la estética por parte de estos pacientes, higienizándose la boca con muchísima más frecuencia de lo recomendado y muchas veces inmediatamente después de ser producido el vómito, aumentando el daño erosivo.

Es en estas condiciones que se presento la paciente a la consulta, cuyo caso se desarrollara ahora. Dado que la lesión mas importante y frecuente que presentaba era la EROSION en diversos estados de evolución, ahora nos referiremos a esta patología.

## **2. EROSIÓN**

### **2.1. Definición**

Erosión es el proceso de destrucción gradual de una superficie por electrolitos o químicos. Según Barrancos M.(2007,p.293). Se entiende por erosión dental la pérdida de tejidos mineralizados dentarios por procesos químicos que no incluyen la acción de microorganismos.

Los ácidos responsables de la erosión dental no son producto del metabolismo de la flora bucal, sino que provienen de la dieta y fuentes ocupacionales o intrínsecas.

## 2.2. Clasificación

La erosión dental, se clasifica según el origen de estos ácidos en:

- a. Erosión Extrínseca
- b. Erosión Intrínseca o Idiopática

### 2.2.1. Erosión Extrínseca.

Se produce por la acción de ácidos exógenos:

- a) contaminación o aerosoles en el medio ambiente ocupacional (ácidos industriales).
- b) Agua acidificada por la cloración de piletas de natación.
- c) Medicamentos de administración oral como suplementos de hierro, digestivos para pacientes con aclorhidria, ácido ascórbico (vitamina C) en bebidas dietéticas o tabletas masticables.
- d) Ácidos de componentes de la dieta como jugos de frutas (cítricos) y bebidas carbonatadas. Estos últimos son sin duda el principal factor etiológico de las erosiones exógenas.

### 2.2.2. Erosión Intrínseca.

Se produce por acción del ácido gástrico endógeno, en contacto con las piezas dentarias durante vómitos, regurgitaciones o reflujos repetidos. Los trastornos alimenticios de origen psicossomáticos como la anorexia nerviosa y la bulimia son a menudo causa de reflujos y vómitos auto inducidos y es importante

destacar que las erosiones dentales son probablemente las manifestaciones bucales más obvias de estos trastornos. Otras causas de origen sistémico incluyen enfermedades gastrointestinales como disfunciones gástricas hernias hiatales y duodenales, úlceras pépticas y reflujo gastroesofágico, embarazo y alcoholismo.

### 2.2.3. Erosión Idiopática.

Se produce por efecto de ácidos de origen desconocido. En este caso la anamnesis y el examen clínico no aportan datos para identificar la etiología de las lesiones erosivas.

Las erosiones dentales también pueden clasificarse de acuerdo con la severidad clínica de las lesiones en:

- Clase I, lesión superficial con compromiso exclusivamente adamantino.
- Clase II, lesiones localizadas que afectan menos de un tercio de la superficie y comprometen la dentina.
- Clase III, lesiones generalizadas con más de un tercio de la superficie que comprometen la dentina.

Las lesiones producen redondeamiento de cúspides o pérdidas de sustancia de forma plana en las superficies lisas, de las piezas dentarias cuando comprometen el esmalte; al llegar a la dentina el socavamiento es más intenso y las superficies adoptan una forma cóncava. La localización varía según el origen del agente etiológico. Los márgenes o bordes son nítidos y la superficie es pulida y lisa. Barrancos (2007)

# **CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO**



## 1. MÉTODO

En el estudio de caso se siguió el método deductivo, este método consiste en estudiar hechos particulares a partir de principios o leyes universales. Munch L. (2000). Para el diseño del Estudio de caso, se consideraron los lineamientos teórico- prácticos con relación a la erosión química y sus efectos en la salud oral, en cuanto a su cuadro clínico, evaluación y clasificación; también se adoptó los lineamientos teórico – prácticos de su rehabilitación y los materiales más indicados para el caso, tomando en cuenta los efectos de la patología y las consecuencias de la erosión química.

## 2. DISEÑO

En el presente caso y su rehabilitación se siguió el diseño de “Estudio de caso de preprueba y post prueba, con un solo sujeto”; este diseño fue adaptado del diseño de “Estudio de caso con una sola medición”, que corresponde al diseño experimental, propuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2004, p.187). Este diseño consiste en manipular intencionalmente una o más variables independientes, para luego evaluar el impacto de la manipulación en una o más variables dependientes. El esquema del diseño elegido se representa de la siguiente manera:

S1 O1 X O2

Donde:

S1: Paciente al cual se aplicó la variable independiente.

O1: Evaluación realizada al paciente, del estado de la variable dependiente, antes de la aplicación de la variable independiente.

X: Aplicación de la variable independiente.

O2 : Evaluación realizada al paciente, del estado de la variable dependiente, después de la aplicación de la variable independiente.

En la investigación se identificaron dos variables:

Variable Independiente: Tratamiento y rehabilitación integral

Variable Dependiente: Lesiones de erosión química causadas por Bulimia.

### **3. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación realizada es de tipo explicativa, estas investigaciones se caracterizan por pretender” establecer las causas de los eventos” (idem, p.108) .

En la investigación se estudió el impacto de la variable independiente (tratamiento y rehabilitación integral) en la variable dependiente (erosión química por bulimia, por que se estableció la relación de causa – efecto entre las dos variables identificadas.

### **4. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

En la investigación se trabajo con una muestra no probabilista de casos – tipo, esta muestra se relaciona con las investigaciones donde el “Objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (idem, p. 566).

A continuación se citan las características del sujeto objeto de estudio:

Sexo: Femenino

Edad: 61 años

Profesión: Maestra Jubilada

Estado Civil: Casada.

Paciente que presenta lesiones severas de erosión química en órganos dentarios presentes portadora de prótesis flexible superior, mucosas irritadas e inflamadas, prótesis fija mal adaptada, obturaciones en mal estado con recidivas de caries lesiones cervicales.

# **CAPITULO IV. EVALUACIÓN DEL PACIENTE**

## 1. HISTORIA CLÍNICA MÉDICA

### 1.1. Datos Generales

Nombres: María Teresa

Apellidos: Paredes Santalla

Edad: 61 años.

Profesión-ocupación: Profesora jubilada

### 1.2. Motivo de Consulta

La paciente solicita un cambio de prótesis y se identifican lesiones en encías y órganos dentarios además de otras lesiones.

### 1.3. Anamnesis

La paciente refiere:

- paciente refiere haber tomado antibióticos de niña
- nunca recibió flúor.
- no presenta alergias pero tiene tendencia depresiva
- actualmente toma imipramina litio
- no toma hormonas
- consume bebidas cola
- no fuma, no bebe
- refiere que tiene episodios de náuseas con el consiguiente vómito.
- no tiene antecedentes quirúrgicos

#### 1.4. Examen clínico del cráneo

La paciente no presenta zonas dolorosas a la palpación y se observa clínicamente que es normo cefálica.

#### 1.5. Examen clínico de la cara

La paciente no presenta zonas dolorosas a la palpación y se observa clínicamente una armonía en los tres tercios de la cara. Presenta nevos dispersos. incluso en labios. Existe una armonía entre los dos lados de la cara.

#### 1.6. Examen clínico del cuello

Se observa que el cuello es simétrico y que tiene una longitud adecuada.

A la palpación no presenta zonas dolorosas tampoco se evidencia infartación de ganglios linfáticos.

#### 1.7. Análisis Periodontal

Estado general de tejido periodontal. El detalle de dicho análisis se lo puede observar en los gráficos del Anexo 1. Análisis Periodontal

#### 1.8. Análisis de Oclusión

Oclusión y facetas de desgaste cuyo análisis se lo puede observar en el Anexo 2. Análisis de Oclusión

## 2. FOTOGRAFÍAS EXTRA-ORALES

En las siguientes figuras se muestran las fotografías extra orales que han sido tomadas a la paciente.



Figura 1.- Fotografía de frente

En la Figura 1, muestra tercios faciales con ligera pérdida de dimensión vertical en tercio inferior. Las líneas horizontales determinan un paralelismo entre la línea bipupilar, línea naso geniana del gonió y mentoniana que además muestran la armonía de los tercios faciales



Figura 2 y 3.- Fotografías de paciente con sonrisa social y fotografía con paralelismo

En las Figuras 2 y 3 se muestran las líneas horizontales que determinan ausencia de paralelismo entre el borde incisal y línea de labio inferior. Las figuras muestran claramente una sonrisa asimétrica.

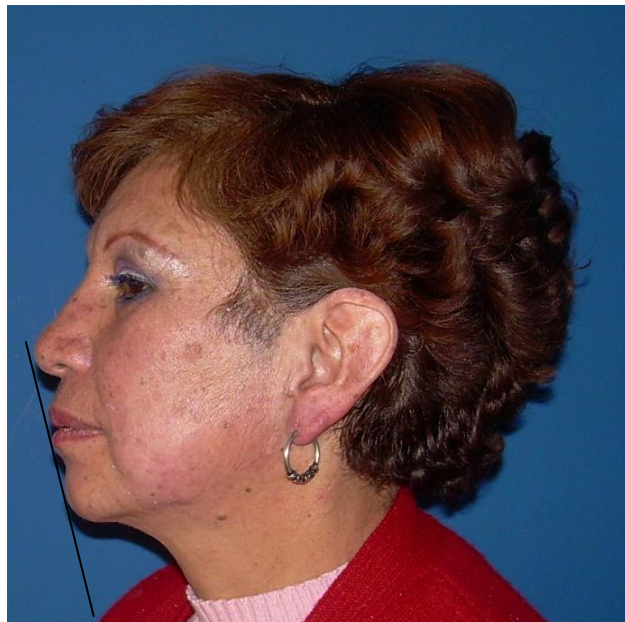


Figura 4. Fotografía que muestra perfil izquierdo ligeramente concavo de la paciente



En la figura 4. se muestra la línea estética de Ricketts, en la que podemos observar un balance entre los bordes de la nariz, labio inferior y mentón.

### 3. FOTOGRAFÍAS INTRA-ORALES

Las siguientes figuras muestran las fotografías intra-orales tomadas a la paciente.



Figura 5. Fotografía Intra oral oclusión izquierda

En la Figura 5. se muestra relación oclusal posterior izquierda en la que podemos apreciar ausencia de sector molar, en la arcada inferior retracción gingival y ósea en la zona, en la arcada superior mala adaptación de prótesis fija, en pieza 2.2 cemento desbordante ausencia de perfil de emergencia.1.3 con lesión cariosa cervical sector posterior con prótesis flexible ausencia de antagonistas inferiores.



Figuras 6, 7 y 8. Oclusión protrusiva, forntal, lateral izquierda y lateral derecha

En la Figura 6. 7 y 8 se muestra Oclusión protrusiva frontal derecha e izquierda nos permite apreciar facetas de desgaste en órganos dentarios inferiores puntos de contacto prematuros , en 4.5 y 4.6 micro filtraciones que han dado lugar a lesiones recidivantes, erosión química en 1.3 y mala adaptación en prótesis removible y fija.



Figura 9. Lesiones en mucosa

En la Figura 9. vemos Lesión gingival provocada por uso de prótesis flexible en maxilar., se puede apreciar hipertrofia gingival fractura coronaria de 2.2. a nivel cervical erosión en cara palatina de 1.1. Además se observa claramente inflamación en mucosa e hiperplasia gingival en encía marginal de o.d. 2.2

#### 4. EXÁMENES AUXILIARES

A continuación se muestran las radiografías necesarias que han sido estudiadas para la evaluación del paciente.

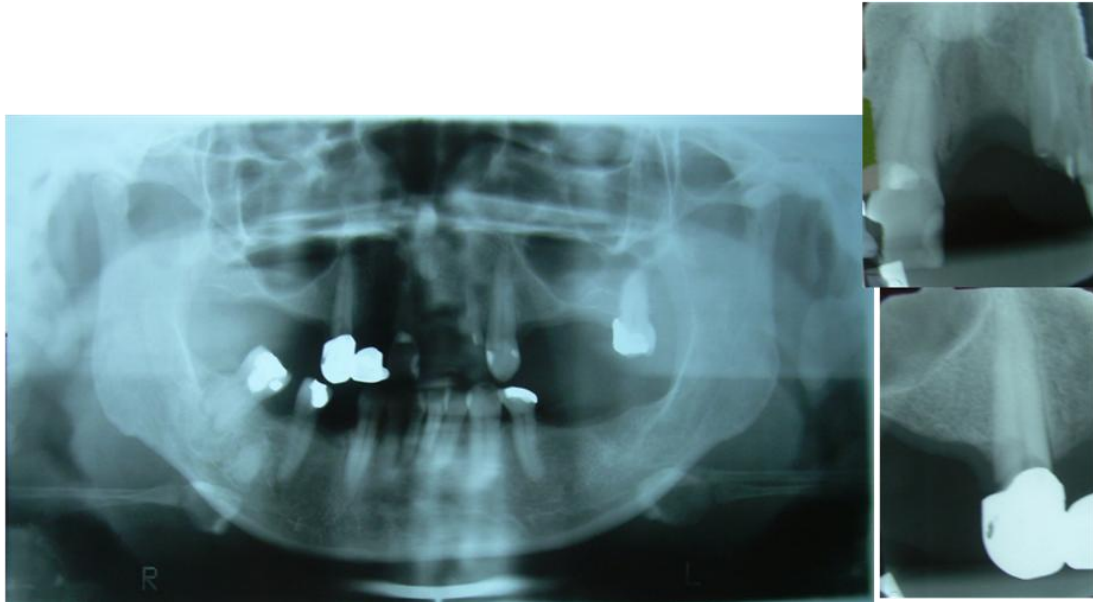


Figura 10 Exámenes auxiliares de Rayos X  
(panorámica y peri apicales)

En la figura 10 podemos apreciar reabsorción ósea severa piso de senos maxilares casi en borde basilar, raíz de 1.3 con periodonto sano mala adaptación de prótesis.

##### 4.1 Análisis radiográfico arcada superior

En la radiografía panorámica apreciamos que:

1.1 caries mesial y cervical.

1.2 P.F. en oro

1.3. pilar sin endodoncia, caries cervical. 2.1 ausente.

2.2 con tratamiento de endodoncia

2.3 obt. radiopacas por mesial y distal 2.4 y 2.5 ausentes.

2.6: obt. desbordante amplia y profunda ocluso-mesial .

Reabsorción ósea en segmento posterior seno maxilar casi en contacto con borde basal del maxilar.

#### 4.2. Análisis radiográfico arcada inferior

En la arcada inferior se observa:

Sector anterior con reabsorción ósea moderada.

3.4 con obturación ocluso distal

4.4 obturación oclusomesial con caries secundaria cervical,

4.5 r.r. encapsulado

4.6 obturación amplia y profunda

Reborde óseo apto para implantes

#### 4.3 Resumen radiográfico

P 22 con endodoncia, sin alteración apical

P 23 periodonto sin alteraciones corona cubierta por prótesis metálica maxilar inferior derecha zona radio opaca sugerente

## 5. DIAGNÓSTICO

En base a la información estudiada se puede llegar al siguiente diagnóstico de:

- Ulceras decúbito en mucosa palatina por el uso de prótesis flexible.
- Erosión química en caras palatinas y zona cervical de órganos dentarios remanentes.

## 6. PLAN DE TRATAMIENTO

### 6.1. Tratamiento Ideal.

El tratamiento ideal consiste en:

- 1.- Terapia básica control de lesiones gingivales
- 2.- Colocación de implantes en zona 1.2 y 2.1 con posterior p.f. de 1.3 a 2.3.
- 3.- Escasa posibilidad de implantes en región posterior, por ubicación muy baja de seno maxilar. Reemplazo de p. ausentes con P.R.
- 4.- Colocación de Implantes en zona de p 3.6 y 3.8, con posterior P.f de 3.4 a 3.8 y p.f. de 4.3 a 4.7
- 5.- Cambio de obt de amalgama por incrustación en cavidad clase II en p 2.7. restauración de bordes incisales y cúspides de 3.3 a 4.2

### 6.2.Tratamiento Alternativo

El tratamiento alternativo consiste en:

- 1.- Terapia básica, control de lesiones gingivales.
- 2.- Perno muñón metálico en p 2.2.
- 3.- P.F. metal cerámica de 1.3 a 2.3 con pilares intermedios en 1.1. y 2.2. previo tratamiento endodóntico 2.2. alargamiento coronario
- 4.- Cambio de obturación de amalgama por incrustación en p 2.7
- 5.- Prótesis metaloplástica en sector posterior, con attaches en p 1.3 y 2.3

Para la mandíbula:

- 6.- Reconstrucción de bordes incisales y cúspides de p 3.3 a 4.3
- 7.- Cambio de obturaciones deficientes y paralelizado en p. 3.4 , 4.5 y 4.7
- 8.- prótesis metalo- plástica inferior.,

**CAPITULO V. TECNICAS  
OPERATORIAS Y PROCEDIMIENTOS  
CLINICOS**



## 1. OBTENCIÓN DE MODELOS DE ESTUDIO A TRAVÉS DE TOMA DE IMPRESIONES

Las siguientes figuras muestran fotografías que ha sido tomadas a los modelos de estudio a través de toma de impresiones.\



Figura 11. Modelos en yeso

En la Figura 11. vemos los modelos en yeso usados para el análisis y estudio de posible tratamiento arcada superior, inferior y en oclusión donde se puede evidenciar la pérdida de altura por ausencia de molares

## 2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DEL MODELO DE DIAGNOSTICO

Reemplazo de p 1.2 con p.f. metal oro

Ausencia de p. 1.4 a 1.7, 2.1, 2.4, 2.5 y 2.6

Reemplazadas con P.R. flexible

Corona de biolón en p 2.2, posteriormente fracturada dejando solo raíz como remanente.

Modelo de mandíbula, abrasión en bordes incisales en 3.1,3.2, 4.1 y 4.2 abrasión de cúspides en 3.3 y 4.3 .

Ausencia de 3.5, 3.6, 3.7, 4.4 y 4.6

1.1 clasificación de Kennedy

Toma de relación céntrica para traslado de registros de oclusión a articulador Whip Mix.



Figura 12.- Registro de Oclusión

En la anterior figura se muestra a la paciente durante el procedimiento de registro de oclusión en articulador Whip MiFigura

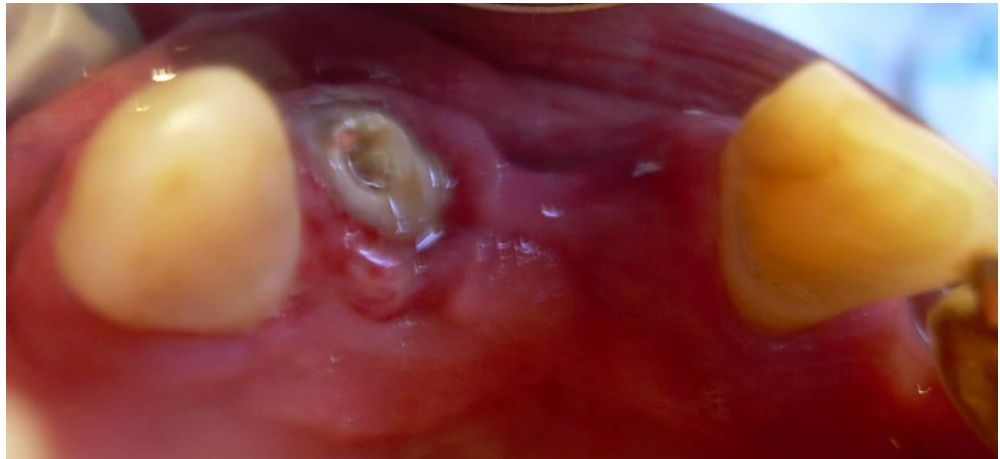


Figura 13. Fractura de p 2.2.

En la Figura 13. se puede ver la fractura de o.d. 2.2. a nivel cervical, subgingival como consecuencia de erosión química., además de la hiperplasia gingival que lleva a la necesidad de una plastia, para conseguir un alargamiento coronario, que provea estructura de trabajo.

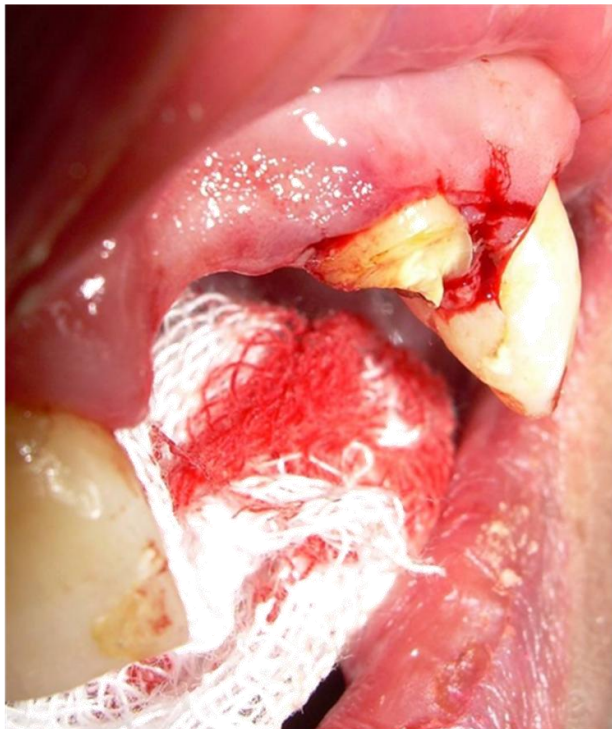


Figura 14. Plastia gingival

La Figura 14. muestra la etapa quirúrgica que nos permitirá lograr mayor estructura de trabajo, además del modelado del margen gingival, mismo que es realizado con guía acrílica para lograr el contorneado requerido.

La figura 15 muestra el encerado diagnóstico que muestra como quedaría la cavidad oral después del tratamiento, la relación oclusal, tamaño de los dientes, armonía, y permite prever los resultados que se pueden obtener



Figura 15. Encerado diagnóstico.

En la Figura 16 se aprecia claramente la erosión cervical en p 1.3. y caries por mala adaptación de prótesis encia marginal en 2.2. cicatrizada.



Figura 16. Estado de las Piezas sin prótesis

En la Figura 17. se aprecian los pilares tallados, muñón metálico con perno intraradicular el control de caries y el tallado en margen gingival.



Figura 17. Pilares tallados

En la Figura 18. se ve la prótesis provisional acrílica, misma que mejoro enormemente la estética y sonrisa de la paciente, quien anímicamente también mejora mucho y aumenta su confianza en el tratamiento.



Figura 18. Prueba de 1era prótesis provisional en acrílico

La Figura 19 muestra incrustación en o.d. 2.7 en reemplazo de obturación de amalgama que ya presentaba recidiva de caries, material resistente a los ácidos y muy estético



Figura 19. Incrustación en gradia.

En la figura 20. se muestra base metálica para prótesis fija que abarca de canino a canino, aun no se logra el perfil de emergencia adecuado en p 2.2



Figura 20. Base Metálica para prótesis fija en zona antero superior



Figura 21. Prótesis cerámica sobre metal terminada

En la figura 21. se ve la prótesis cerámica sobre metal terminada nótese la degradación de colores, bordes incisales mas claros que dan naturalidad junto a perfiles de emergencia perfectos



Figura 22 . Prótesis fija y removible terminadas

En la Figura 22. se aprecia la prótesis fija y removible terminada. Prótesis removible superior con attaches da un mejor aspecto a la misma, las prótesis de reemplazo de órganos dentarios molares superiores e inferiores devuelven la dimensión vertical y cumplen la protección requerida por el sector anterior.



# **CAPITULO VI. EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO**

## 1. ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

En las figuras siguientes se puede apreciar el cambio generado en la cavidad oral de la paciente antes y después del tratamiento.



Figura 23. Fotografía intraoral Pre Tratamiento



Figura 24. Fotografía Intraoral Post Tratamiento

## 2. ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.



Figura 25. Arcada superior con prótesis removible



Figura 26. Arcada inferior con prótesis removible

En las figuras 23, 24, 25 y 26 se puede apreciar el estado inicial de la cavidad oral de la paciente antes del tratamiento en comparación con el estado en que quedó luego del tratamiento

El tratamiento terminado devuelve la funcionalidad y estética además del autovalor a la paciente. En muchos casos puede cambiar la apreciación y equilibrio con el entorno de la paciente

# **CAPITULO VII. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

## 1. CONCLUSIONES

El aspecto mas importante en el tratamiento del presente caso, fue llegar a la causa primaria del deterioro de la salud oral, al establecer el diagnóstico se puede elaborar el tratamiento apropiado que responda a las expectativas del paciente, y a su restablecimiento. Por eso es también importante seguir un ordenamiento que contribuya a estos logros, por tanto,

El protocolo de trabajo ha sido el siguiente:

- Terapia básica.
- Endodoncia en p 1.3 – 2.7 y 4.6
- Alargamiento coronario en 2.2.
- P.F. de 1.3 a 2.3.
- Restauración de bordes incisales en sextante anteroinferior.
- incrustaciones y paralelizado en p 2.7 3.4 – 4.4 y 4.6
- .- Prótesis Parcial Removible métalo plástica con attaches en coronas de p 1.3 y 2.3.
- Prótesis Parcial Removible métalo plástica en arcada inferior

## 2. RECOMENDACIONES

La recomendación fundamental radica en la importancia de la Relación Odontólogo-Paciente.

Otro aspecto muy importante es el enfoque multidisciplinario en el que además de las diferentes especialidades de la rama odontológica intervengan además, la psicología, la medicina y nutrición

La relación que se establezca desde la primera cita entre el odontólogo y el paciente puede determinar el éxito profesional del operador.

Cuando un individuo llega por primera vez a un consultorio odontológico el primer contacto que se establece con el entorno es el psicológico, y éste influirá significativamente sobre su estado de ansiedad, estrés, inseguridad, miedo, confianza o cualquier emoción que provoque sobre él la visita al odontólogo.

Tan importante como nuestros conocimientos clínicos, es saber detectar en la primera visita características que nos develen aptitudes, conductas, rasgos de personalidad, emociones, etc. en el paciente que puedan ayudar o entorpecer el curso de nuestro diagnóstico y tratamiento.

En el caso de un paciente bulímico, puede pasar desapercibido en cuanto a su aspecto físico, ya que no presenta ninguna característica que a simple vista lo identifique como tal, sin embargo el operador debe estar atento a ciertos rasgos de su comportamiento y personalidad como son: estados de depresión, timidez, desgano estrés, baja autoestima, excesiva preocupación por hacer dietas, ejercicios físicos o simplemente engordar.

“Para el profesional, su herramienta para la aplicación del método clínico es la historia clínica, que es la narración metódica, detallada de todos los datos que aporta el paciente durante el interrogatorio, el examen físico y exámenes complementarios realizados sirven de base para un juicio definitivo de la enfermedad que lo afecta”.

Lesiones y ulceraciones a nivel de las mucosas de la boca, pueden ser factores indicativos de muchas patologías, entre ellas LA BULIMIA.

El reflujo del vómito puede ocasionar alteraciones en la cavidad bucal, como descalcificaciones de los dientes, caries ulceraciones de las mucosas, inflamaciones, etc.

## BIBLIOGRAFIA

Munch L. (2000). Métodos y Técnicas de investigación. Mexico: Trillas.

Hernández R. Fernández C. Baptista p. (2004). Metodología de la Investigación. Mcgraw Hill:

Barrancos Mooney (2007) Operatoria Dental Integración Clínica Bs. Aires Medica Panamericana.

Sanzio Marques (2006) Estética con resinas compuestas en dientes anteriores Percepción Arte y Naturalidad AMOLCA.

Franco Brenaetal (2010 Odontología Restauradora Procedimientos Terapéuticos y Perspectivas de Futuro. GRAFOS España Gilberto Henostroza H. et al. (2010) Ed. RIPANO Madrid.