

ARTÍCULO DE REVISIÓN

## PRINCIPALES AFECTACIONES DE LA DESNUTRICIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL, ASPECTOS ETIOLÓGICOS

## MAIN EFFECTS OF MALNUTRITION IN THE ORAL CAVITY, ETIOLOGICAL ASPECTS

Kevin Correa Cruz<sup>1\*</sup>, Ana Laura Taillacq Suárez<sup>2</sup>, María Isabel González Reyes<sup>3</sup>, Diosky Ferrer Vilches<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología. Alumno ayudante en la especialidad de Prótesis. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

<sup>2</sup>Estudiante de tercer año de la carrera de Medicina. Alumna ayudante en la especialidad de Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

<sup>3</sup>Estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

<sup>4</sup>Especialista de II grado en Estomatología General Integral. Máster en atención de urgencias en Estomatología. Profesor auxiliar. Investigador agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

**Correspondencia\*:** kevincorrea@nauta.cu

### RESUMEN

La nutrición es el proceso que incluye la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos necesarios para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento del organismo; tiene una influencia dinámica y bidireccional en la salud bucodental, esta ejerce un efecto sistémico ya que la mucosa bucal es muy sensible a modificaciones en el estado nutricional. Las manifestaciones bucales de la desnutrición diagnosticadas con mayor frecuencia son mucosas atróficas, glositis y queilitis comisural. Este material tuvo como objetivo explicar las principales manifestaciones causadas por la desnutrición en la cavidad oral, su etiología y clasificación. Se consultaron un total de 18 fuentes bibliográficas. Concluimos que la desnutrición está condicionada por el déficit de nutrientes en el organismo, su clasificación es diversa y su presencia indica un grave factor predisponente a enfermedades en la cavidad oral.

**Palabras clave:** afectaciones de la desnutrición, cavidad oral, glositis, mucosas atróficas, queilitis comisural.

### ABSTRACT

Nutrition is the process that includes availability, consumption and biological use of nutriment necessary for growth, development and maintenance of the organism; it has a dynamic and bidirectional influence on buccal health, exerting a systemic effect because the oral mucosa is very sensitive to nutritional modifications. The buccal manifestations of malnutrition diagnosed with greatest frequency include mucosal atrophy, glossitis and commissural cheilitis. The aim of this investigation was to explain the principal manifestations of malnutrition in the oral cavity, etiology and classification. A total of 18 bibliographic references were consulted. It was concluded that malnutrition is conditioned by the deficit of nutrients in the body, its classification is diverse and its existence indicates a serious predisposing factor for illnesses of the oral cavity.

**Key words:** effects of malnutrition, oral cavity, mucosal atrophy, glossitis, commissural cheilitis

## INTRODUCCIÓN

La nutrición es el proceso que incluye la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos necesarios para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento del organismo. De allí que el estado de nutrición de un individuo sea el resultado de la alimentación que ha recibido durante su vida. La citada alimentación hace referencia al acto de proporcionar al cuerpo alimentos e ingerirlos. Este es un proceso consciente y voluntario, que posibilita una adecuada nutrición cuando garantiza la ingesta de los alimentos en la cantidad y calidad requerida para satisfacer las necesidades nutricionales de cada individuo.<sup>1</sup>

Por otra parte, el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o, desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término malnutrición no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación. La desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos que, de forma continuada es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal. El término sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad.<sup>1</sup>

A escala mundial, 310 millones de personas sufren de desnutrición, que puede tener consecuencias irreversibles y permanentes, tales como retraso del crecimiento físico y deficiencia en el desarrollo cognitivo en el caso de los niños y otros problemas de salud. También causa un daño económico para la sociedad, en particular por la reducción del potencial de productividad. Por otro lado, 71 millones de niños de todo el mundo tienen sobrepeso, mientras que 1.900 millones de adultos tienen sobrepeso u obesidad.<sup>2</sup>

Tradicionalmente, las políticas de sanidad y desarrollo en materia de alimentación se han centrado en la desnutrición. Junto con un aumento del gasto público en protección social y salud,

estas políticas han erradicado la malnutrición aguda en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y han reducido la malnutrición crónica en un 62% desde el año 2000. Sin embargo, la deficiencia de micronutrientes combinada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas está convirtiéndose en un problema acuciante en un contexto regional cambiante caracterizado por la alta movilidad geográfica, la urbanización y la transición nutricional.<sup>2</sup>

En nuestro país, la desnutrición constituyó la causa de mortalidad situada en el lugar 32 para ambos sexos en el año 2016, siendo más frecuente en el sexo masculino ocupando la causa 31 con 45 defunciones y en la mujer el lugar 32 con 18 defunciones. Entre las causas de muerte por enfermedades nutricionales por provincias, Artemisa ocupa el primer puesto mientras que el último le corresponde a la provincia de Cienfuegos.<sup>3</sup>

La nutrición tiene una influencia dinámica y bidireccional en la salud bucodental. Esta ejerce un efecto sistémico ya que la mucosa bucal es muy sensible a modificaciones en el estado nutricional. Una nutrición inadecuada puede afectar al desarrollo craneofacial y contribuye como factor de riesgo a la aparición de enfermedades como el cáncer de la mucosa bucal, la enfermedad periodontal, entre otras.<sup>4</sup>

La desnutrición o ausencia de nutrientes está presente en nuestra sociedad debido tanto a las carencias económicas como a factores de desconocimiento generalizado de adecuadas dietas. La boca, como parte inicial del tubo digestivo presenta consecuencias directas de una mala ingesta nutritiva, presentando una diversidad de signos y síntomas que acuden diariamente a consulta de Estomatología y consejería bucal.

El objetivo del presente material responde a explicar las principales manifestaciones causadas por la desnutrición en la cavidad oral, su etiología y clasificación.

## DESARROLLO

### Generalidades de la desnutrición

#### Etiología

1. Disminución de la ingesta dietética: la desnutrición puede darse por una ingesta incorrecta o deficiente. La ingesta puede estar limitada por un aporte insuficiente y malos hábitos dietéticos. La mayor parte de organizaciones mundiales definen a los ingresos nutritivos recomendados como “las cantidades suficientes para cubrir las necesidades biológicas de una población sana”.<sup>5</sup>

2. Malabsorción: síndrome en el que existe un trastorno en la absorción de los nutrimentos a nivel de la mucosa intestinal. Sus causas más frecuentes son:

Lesiones de la mucosa intestinal.

Giardiasis.

Enfermedad Celiaca.

Fibrosis quística (interferencia en la digestión luminal).

Enfermedades que trastornan el funcionamiento pancreático o flujo de bilis, interfiriendo en la digestión intraluminal.<sup>5</sup>

La malabsorción intestinal da lugar a la pérdida de proteínas, y la falta de proteínas transportadoras de minerales como el hierro y el cobre agravan las anemias hipocrómicas. La deficiente absorción de vitaminas especialmente de ácido fólico produce la anemia megaloblástica. La malabsorción puede afectar no solo a los carbohidratos, grasas y proteínas, también al agua, electrolitos, calcio, oligoelementos, vitaminas y medicamentos. Con el tratamiento adecuado en estos pacientes puede evitarse la malnutrición.<sup>5</sup>

3. Aumento de requerimientos: las personas que reciben cantidades menores a las recomendadas no están obligadamente malnutridas; de igual manera las personas que consumen las cantidades recomendadas no están obligadamente bien nutridas, todo depende de sus necesidades individuales. Así la presencia de enfermedad, infecciones, traumatismos importantes, cirugías, en la administración de antibióticos o de fármacos anabólicos y catabólicos se puede dificultar la

absorción, aumentar la utilización o acelerar la pérdida de los nutrientes esenciales. En ciertos estados fisiológicos como en los lactantes prematuros, niñez, adolescencia, embarazo, menopausia y en los deportistas existe un aumento en la necesidad de los nutrientes esenciales.<sup>6</sup>

4. Estados psicológicos: existen ciertos factores emocionales como la depresión que provoca desinterés en la alimentación, o el estrés que aumenta la utilización y acelera la pérdida de los nutrientes esenciales. En la época actual, enfermedades como la anorexia nerviosa y la bulimia han tomado fuerza sobre todo en los jóvenes que buscan un cuerpo delgado y esbelto.<sup>6</sup>

Los niños desnutridos enfrentan múltiples desventajas, tanto en su organismo como en el desenvolvimiento de sus actividades cotidianas, en relación a los demás niños bien nutridos. Los signos más evidentes de desnutrición son la disminución de peso y talla con respecto a la edad. Cuando la malnutrición por defecto se presenta en niños menores de dos años existe un gran estancamiento en su crecimiento, se afecta su desarrollo cerebral y desempeño intelectual, también disminuye la motivación y curiosidad del menor, efectos que limitan su desarrollo mental y cognoscitivo. Además, su sistema inmune se encuentra disminuido, por lo tanto, presentará baja resistencia a enfermedades comunes de su edad. La desnutrición si no fue tratada a tiempo presentará secuelas en el adulto, y aunque ya no esté presente, el individuo será pequeño para su edad, pero su peso será normal para su estatura. Sus capacidades físicas e intelectuales podrían estar limitadas y presentando predisposición a ciertas enfermedades crónicas como diabetes y presión arterial alta.<sup>7</sup>

#### Clasificación

A la desnutrición la podemos clasificar en tres parámetros, los cuales son muy utilizados en nuestro medio:

1. Según la causa:

Desnutrición primaria: cuando el aporte de nutrientes esenciales es de una forma inadecuada.<sup>8</sup>

Desnutrición secundaria: en este caso el aporte de nutrientes es adecuado, pero existen ciertas condiciones presentes en el paciente que impiden o dificultan el aprovechamiento de los alimentos como son: alteración en la ingesta, dificultad en la absorción, aumento en los requerimientos por mayor utilización o eliminación, entre otros.<sup>8</sup>

Desnutrición mixta: es una asociación de la desnutrición primaria y secundaria.<sup>8</sup>

2. Según el cuadro clínico:

Desnutrición Atrófica o Marasmática: también conocida como desnutrición calórico-proteica, causada principalmente por dietas muy pobres en calorías, también deficientes en proteínas. Existe atrofia muscular y disminución del tejido adiposo y es frecuente en el lactante.<sup>8</sup>

Desnutrición Edematosa o Kwashiorkor: denominada además como desnutrición proteico-calórica, se debe a la deficiencia de proteínas en proporción de las calorías. Las manifestaciones clínicas principales son: edema (ligero o grave), hepatomegalia (hígado graso), lesiones cutáneas, cambios de color en el cabello y atrofia. Comúnmente se presenta en los preescolares.<sup>8</sup>

Desnutrición Mixta o Kwashiorkor-Marasmático: es la unión de las dos anteriores. Más frecuente en el lactante mayor y preescolares de corta edad y está caracterizado por emaciación de cara, tronco y extremidades.<sup>8</sup>

3. De acuerdo a la intensidad o severidad del cuadro clínico: podemos clasificar la desnutrición según la escala de Gómez, la misma se refiere a la pérdida porcentual de peso basándose en los parámetros normales de este según la edad.<sup>9</sup>

Desnutrición grado I o leve: el organismo del infante se adapta a la falta de nutrientes. La pérdida de peso en porcentaje es del 10% al 24% con respecto a los estándares normales de la edad, y no es apreciable a simple vista. En el recién nacido su peso se disminuye o se mantiene estacionado desde las últimas cuatro a seis semanas; no presenta diarrea pero sí un pequeño estreñimiento y su

organismo aún conserva la capacidad de defensa.<sup>9</sup>

Desnutrición grado II o moderada: en porcentaje la pérdida de peso es de 25% a 39% para su edad. Los signos que se pueden apreciar son: ojos hundidos, el tejido corporal se encuentra disminuido, flojo y elástico; duerme con los ojos entreabiertos y es susceptible a diarreas e infecciones como otitis.<sup>9</sup>

Desnutrición grado III o grave: la pérdida de peso es de 40% o más.<sup>9</sup>

### Aspectos clínicos

1. Alteraciones antropométricas

Peso: su pérdida es consecuencia de la disminución de tejido celular subcutáneo, de la masa muscular e incluso de la grasa; la misma que se pierde de manera gradual y progresiva. Es el primer parámetro que se afecta en la desnutrición.<sup>10</sup>

Talla: cuando esta se halla disminuida indica que la desnutrición ha actuado por un período extenso pudiendo producirse una patología llamada "enanismo nutricional".<sup>11</sup>

Perímetro cefálico: es una medida importante ya que está relacionada con la velocidad de crecimiento del cerebro (volumen intracraneal). Durante los dos primeros años de vida la maduración del cerebro se produce a gran velocidad, es por esto que esta medida nos es muy útil para descubrir anomalías en el crecimiento craneal y alteraciones del sistema nervioso central. Pero a partir de los dos años hasta los veinte solo se registra un crecimiento craneal de 5 cm, por lo que esta medida ya no es utilizada.<sup>12</sup>

Perímetro braquial: conjuntamente con la disminución de la masa muscular y el espesor del tejido adiposo se produce la reducción de la circunferencia del brazo. En los niños de 1 a 5 años, una circunferencia de 16 cm o más es normal.<sup>12</sup>

2. Manifestaciones de conducta: varían de acuerdo a la gravedad. En la desnutrición leve el infante se muestra irritable, descontento, llorón, esquivo y en casos más graves es un niño apático, débil, monótono, sin interés, distante, con llanto persistente.<sup>13</sup>

### **Desnutrición e infección**

La desnutrición se halla en relación directa con las enfermedades microbianas, de tal manera que las infecciones muchas veces desencadenarán en enfermedades nutritivas y a su vez la desnutrición agrava la infección. Los micronutrientes participan en la antioxidación y en la replicación celular especialmente de las mucosas, además intervienen en la capacidad inmunológica del niño. La susceptibilidad a las infecciones aumenta cuando existe carencia de los micronutrientes. Las infecciones en el desnutrido se presentan con un curso insidioso y atípico y su aparición está relacionada por la modificación que sufren las barreras anatómicas de defensa primaria, que son la piel y las mucosas, lo cual permite a los microorganismos penetrar en el organismo y provocar enfermedades.<sup>10</sup>

### **Necesidades nutricionales**

Es primordial que el individuo tenga un correcto aporte nutritivo, rico en proteínas, alimentos energéticos y micronutrientes; logrando así que su sistema inmunológico cumpla satisfactoriamente sus funciones, de esta manera se previene y defiende su organismo de enfermedades agudas y crónicas; y de desarrollar posibles deficiencias en la cavidad oral. Solo la leche materna aporta todos los elementos esenciales por un intervalo prolongado, los demás nutrientes deben ser incluidos en la dieta diaria, de los cuales algunos son almacenados en el organismo y por lo tanto deben ser administrados periódicamente. Entre ellos se encuentran: agua, calorías, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales (calcio, fósforo, magnesio, sodio, potasio, cloruro, azufre, hierro, cobre, cobalto, cinc, manganeso, yodo, molibdeno, selenio, flúor, cromo), vitaminas (vitamina A, D, E, K, B1, B2, B6, B12, C, ácido fólico, niacina, ácido pantoténico, biotina).

### **Afectaciones de la desnutrición en la boca.**

La dieta y la nutrición tienen una influencia dinámica y bidireccional en la salud bucodental decisiva. La primera ejerce un efecto local, es decir, el tipo, la forma y la frecuencia en el consumo de alimentos y bebidas tiene un efecto directo en los dientes, mientras que la nutrición ejerce un efecto sistémico ya que la mucosa bucal

es muy sensible a modificaciones en el estado nutricional. Una nutrición inadecuada puede afectar al desarrollo craneofacial y contribuye como factor de riesgo a la aparición de enfermedades como el cáncer de la mucosa bucal y la enfermedad periodontal.<sup>15</sup>

Por otra parte, el estado de la cavidad bucal influye en la capacidad del sujeto para consumir una dieta adecuada. La pérdida de dientes o anodontismo, la enfermedad periodontal que daña las encías pudiendo provocar la movilidad del diente, y la caries hacen que el sujeto muestre preferencia por alimentos blandos, algunos de los cuales tienen una baja densidad nutricional y evite alimentos duros o fibrosos que requieren una mayor masticación.<sup>15</sup>

No solo las estructuras bucodentales afectan a la selección y utilización de alimentos, también influye la saliva. Una disminución de la secreción salivar por distintas causas (extirpación de glándulas quirúrgicas o consumo de determinados fármacos como analgésicos, antiinflamatorios, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos sistémicos, broncodilatadores sistémicos, diuréticos, descongestionantes y algunos utilizados en alteraciones gastrointestinales) produce una mayor incidencia de infecciones y limitaciones que condicionan la ingestión de alimentos. Esto obliga a una corrección dentaria, y si dicha corrección no es posible, será necesario recurrir a técnicas culinarias que ablanden determinados alimentos e incluso a la elaboración de purés que faciliten la masticación y deglución.<sup>15</sup>

Actualmente, las patologías bucodentales que constituyen un problema de salud pública importante a nivel mundial son la caries dental y la enfermedad periodontal, las lesiones de la mucosa, el cáncer bucal y los traumatismos bucodentales.<sup>15</sup>

### **Caries dental**

La caries dental aparece como consecuencia de la disolución del esmalte por la acción de los ácidos orgánicos, los cuales se producen debido a la fermentación de los carbohidratos por acción de las bacterias.<sup>15</sup>



Existen numerosas evidencias de la relación entre el consumo de hidratos de carbono fermentables y la caries dental. Un estudio llevado a cabo en Suecia en una población adulta, demostró que la incidencia de la caries es mayor cuando el azúcar se administra bajo formas adherentes o pegajosas, en forma de chocolate, bombones o caramelos, cuando se ingiere entre horas y de forma frecuente. Otros estudios han concluido que no es la frecuencia de consumo la que está relacionada con el proceso de caries, sino el tiempo que los azúcares están en la boca a disposición de los microorganismos.<sup>15</sup>

La sacarosa presente en frutas se considera de baja cariogenicidad. Entre las razones que explican este hecho están la elevada cantidad de agua que contienen las frutas (adherencia y permanencia mínima del azúcar en la cavidad bucal) y la existencia de ácido cítrico el cual estimula la secreción de saliva. Sin embargo, en personas con elevado consumo de las mismas, especialmente si se consumen entre horas, la incidencia de caries es mayor. Por otra parte, los zumos de fruta son más cariogénicos que las frutas de las que proceden, debido no solo al posible azúcar que se añade para endulzarlos, sino a que esta es más accesible a la acción bacteriana ya que se produce una menor secreción salivar.<sup>15</sup>

Otro cuyo consumo es importante en el conjunto total de azúcares simples es la lactosa que posee un menor poder cariogénico que la sacarosa, y además el calcio, fósforo y caseína que contiene la leche, protege el esmalte dental evitando la disolución del mismo. Asimismo, la lactancia materna se ha asociado con niveles más bajos de caries.<sup>15</sup>

En cuanto a la capacidad cariogénica del almidón, existen evidencias tanto clínicas como experimentales de que no existe correlación entre el consumo del mismo y la aparición de caries. Sin embargo, si no existe una adecuada limpieza dental o la acción salival no es adecuada, los alimentos que contienen almidón pueden también generar caries.<sup>15</sup>

Los edulcorantes como sorbitol y manitol (azúcares alcohólicos) pueden ser fermentados por las bacterias dentales, pero a muy baja

velocidad, por lo que se considera que carecen de efecto cariogénico. Sin embargo, el xilitol, aunque también es un polialcohol no es atacable en absoluto por dichas bacterias, por lo que no produce caries. Los edulcorantes acalóricos (sacarina, ciclamato, aspartamo, acesulfamo K y taumatina) tampoco presentan cariogenicidad.<sup>15</sup>

### **Medidas alimentarias para su prevención:**

Nutrición materna adecuada: algunas deficiencias nutricionales, como hipocalcemia en la gestación, pueden ocasionar hipoplasia dental, lo que dará lugar a un diente más susceptible a la caries. No está justificada la administración de suplementos de flúor en este caso.

Disminuir el consumo de “dulces”: sobre todo, evitar la ingesta de estos alimentos entre las comidas, y en especial, de aquellos que se adhieren a los dientes. Hay que eliminar la costumbre de dar azúcar al lactante (chupetes azucarados, soluciones azucaradas, alimentación con fórmulas azucaradas), pues dicha costumbre explica la incidencia de caries en estos niños (caries del biberón). Evitar establecer ya desde la primera infancia hábitos alimentarios de tendencia al sabor dulce.

Flúor: tiene un papel profiláctico importante desde el nacimiento hasta los 8 años de edad y en los primeros años después de la erupción. El flúor se puede aportar a través de pastas dentífricas-fluoradas, fluoración de aguas de bebidas (si bien es una práctica poco extendida), tabletas, enjuagues bucales, sal fluorada. Además, se puede recomendar la ingesta de pequeños pescados enteros, pues la espina es rica en flúor. El aporte excesivo de flúor puede ocasionar fluorosis dental (manchas blanquecinas o parduzcas que pueden tener importantes repercusiones estéticas, y que se deben a una hipocalcificación del esmalte, que en los casos más graves puede generar fragilidad del esmalte y alteraciones estructurales). Las concentraciones de fluoruro en agua potable deben situarse entre 0,5 y 1 ppm dependiendo de que el clima sea más o menos calurosos.

Limitación de productos ácidos: el ácido puede atacar el esmalte dental y, por tanto, hay una mayor probabilidad de desarrollo de caries.

Chicles con edulcorantes: la masticación de estos hace que la saliva neutralice los ácidos generados en las áreas interproximales y arrastre partículas alimentarias presentes en la placa o en los tejidos próximos al diente. Algunos estudios han demostrado que el xilitol puede disminuir la incidencia de caries al disminuir el número de *S. mutans* en la saliva.

### **Enfermedad periodontal**

La enfermedad periodontal es una enfermedad crónica que se inicia con la inflamación de la encía, provocada por la placa bacteriana, que puede cursar con la destrucción de los tejidos periodontales, provocando resorción del hueso y caída de los dientes. Es un término genérico que comprende dos condiciones clínicas distintas: la gingivitis y la periodontitis (o piorrea).<sup>15</sup>

La gingivitis, que es una forma temprana de enfermedad periodontal, comprende inflamación e infección de las encías, que es el componente tisular del periodonto.<sup>15</sup>

La periodontitis ocasiona pérdida gradual de los medios de fijación de los dientes a los alveolos.<sup>15</sup>

En ambas enfermedades hay una retracción de la encía, con una separación del margen de la misma respecto al punto de contacto con el diente, desarrollándose así una zona descubierta donde es fácil la acumulación bacteriana. En esta zona se depositan además sales cálcicas y mucina, constituyendo junto a las bacterias, una especie de depósito de desecho que se conoce como cálculo subgingival o tartar, que contribuye a la instauración y progreso de la enfermedad.<sup>15</sup>

Actualmente se piensa en una etiología multifactorial. Es una enfermedad infecciosa que necesita un huésped susceptible para su desarrollo. Así pues, los factores del huésped juegan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad (herencia, enfermedades sistémicas o factores ambientales).<sup>15</sup>

La causa de la gingivitis es la microbiota bacteriana (placa bacteriana subgingival) que, al igual que se indicó en la caries, provoca una fermentación de azúcares.<sup>15</sup>

En el caso de la periodontitis, además de la microflora como factor básico, existen otros factores de riesgo: tabaco, diabetes, edad, enfermedades sistémicas, alteraciones inmunológicas y genéticas, movilidad dental anormal.<sup>15</sup>

Existen estudios que intentan establecer una relación entre el estado nutricional y la gingivitis. Así, se ha encontrado una relación entre la deficiencia de vitamina C y ácido fólico con la severidad de la gingivitis.<sup>15</sup>

En cuanto a la periodontitis, la relación con el estado nutricional no está clara; se observa una correlación positiva entre déficit de ácido ascórbico, hierro, folato y cinc.<sup>15</sup>

### **Trastornos del comportamiento alimentario**

El efecto de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidos en los años 70. Las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos son:<sup>16</sup>

Erosión dental: la lesión dentaria de mayor prevalencia en los pacientes tanto anoréxicos como bulímicos, es la erosión dental provocada por el ácido del vómito, el cual suele tener un pH de 2. Las lesiones erosivas localizadas en la cara palatina de los dientes superiores, son el primer signo que aparece a nivel dental en estos pacientes. Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vómito voluntario y a que la propia lengua en su adaptación lateral protege los dientes mandibulares.<sup>16</sup> En pacientes que se autoinducen el vómito, puede aparecer un signo clínico denominado signo de Russell, que consiste en una formación cálcica en el dorso de la mano y los dedos debido a la introducción de la mano en la boca para inducir el vómito.<sup>16</sup>

Lesiones de tejidos blandos: existe eritema a consecuencia de la irritación crónica producida por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea,

palatina y gingival, manifestándose con eritema y dolor (disfagia). Además, debido a las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial, se produce queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras laterales principalmente comisurales.<sup>17</sup> Hay descritos casos de lesiones bucales como queilitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario; según estudios estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes.<sup>17</sup>

Sialoadenitis en glándulas salivares (principalmente parótida): definido como enfermedad bacteriana de las glándulas salivares, no se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa, aunque es frecuente encontrarlo. Se asocia con el vómito crónico, pero su causa real se desconoce. Fue descrito por primera vez en 1975 como componente del cuadro de anorexia nerviosa.<sup>17</sup> La sialoadenitis de parótidas, y ocasionalmente submaxilar, puede ser importante en pacientes con bulimia, y a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, común en estos pacientes.<sup>16</sup>

Xerostomía: implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una disminución funcional o patológica de la producción de saliva (hiposialia). Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.<sup>18</sup> La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal.<sup>18</sup>

## CONCLUSIONES

La desnutrición está condicionada por el déficit de nutrientes en el organismo, causado por dietas inadecuadas, carencias económicas que impiden la adquisición de alimentos, trastornos en la absorción de nutrientes esenciales, entre otras razones que condicionan un estado de salud no favorable para los seres humanos. Su clasificación es diversa y no siempre se presenta de la misma

forma, pero su presencia indica un grave factor predisponente a enfermedades en el tracto gastrointestinal y la boca como porción inicial del sistema digestivo.

El crecimiento, desarrollo y mantenimiento de una dentición sana necesita de una buena nutrición, tanto en la vida fetal como en el período postnatal cuando tiene lugar la calcificación y la segunda dentición. La nutrición es igualmente básica para proteger o por el contrario predisponer a la presencia de manifestaciones clínicas en boca, presentándose a nivel de extremidades, neurológicos, en el esqueleto, glándulas, piel, mucosas, labios, encías, dientes y lengua.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landaeta de Jiménez M, Fossi M, Cipriani M, Del Busto K, García K, Escalona J, Méndez, Hernández H. El Hambre y la Salud Integral. Anales Venezolanos de Nutrición, 2013. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-075220030\\_00200007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-075220030_00200007&lng=es&nrm=iso). ISSN 0798-0752. Visitado en Mayo 2018.
2. ONU. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición. En: [http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/69\\_sp.htm](http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/69_sp.htm). Tomado en. Abril de 2006.
3. Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. 2017. Ed CEDISAP. ISSN: versión electrónica 1561-4433. Principales causas de muerte por componentes. p 123-125
4. FAO/OMS. La malnutrición en el mundo. Conferencia internacional sobre nutrición, 1992. En: [http://www.Oficina\\_Regional\\_FAO/Oficina](http://www.Oficina_Regional_FAO/Oficina). Tomado en mayo de 2018.
5. FAO. Declaración de ROMA SA96. Cumbre Mundial de Alimentación. [http://www.fao.org/documents/show\\_cdr.asp?url\\_file=/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm](http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm) Tomado en Mayo de 2018.
6. De Loma-Ossorio E. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos Básicos. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria -



- PESA- Centroamérica, Ministerio de Asuntos Exteriores de Cooperación. Agencia Española de Cooperación Internacional. FAO. En: [www.pesacentroamerica.org](http://www.pesacentroamerica.org). Tomado en mayo de 2018.
7. FAO/OMS. La malnutrición en el mundo. Conferencia internacional sobre nutrición, 1992. En: <http://www.Oficina Regional FAO/Oficina>. Tomado en mayo de 2018
  8. FAO. Comité de seguridad alimentaria aprueba las directrices sobre el derecho a la alimentación. En: [htm.www.fao.org/el](http://htm.www.fao.org/el). Consultado en octubre de 2018.
  9. Gómez Hernández Puebla Dr., Impacto de la Salud Bucal en la nutrición. Rev. De la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León. [webmaster@vanl.mx](mailto:webmaster@vanl.mx). 2018.
  10. Chernooff<sup>9</sup>. Position of The American Dietetic Association Oral Health and Nutrition, Journal of The American Dietetic Association, February. 2016. 17.
  11. Mandel, ID. Caries Prevention; Current Strategies, New Direction, Journal of The American Dental Association, October 2006.
  12. Peláez ML, Ysunza OA, Elementos prácticos para el diagnóstico de la Nutrición. p925
  13. Álvarez J.O. Ceceda. The effect. Of nutritional status on the age distribution of Dental caries in the primary teeth. J. Dent Res., 69: 1564-1566, 2014.
  14. Regezy Joseph, Patología Bucal, Correlaciones Clínico patológicas; Edit. McC.Graw-Hill Interamericana; 2005:296-30.
  15. Gariballa SE, Sinclair AJ. Assessment and Treatment of Nutritional Status in Stroke Patients. Postgrad Med J 1998; 74: 395-9.
  16. Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J. Nutritional Interventions for Preventing and Treating Pressure Ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD003216. DOI:10.1002/14651858. CD003216. Tomado en Mayo 2018.
  17. Stratton RJ, Elia M. A Critical, Systematic Analysis of the Use of Oral Nutritional Supplements in the Community. Clin Nutr 2013; 18 (Suppl 2): 29-84.
  18. Callahan CM, Haag KM, Weinberger M, Tierney WM, Buchanan NN, Stump TE, Nisi RO. Outcomes of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy among Older Adults. Art. No.: CD016. DOI:10.1002/141858. CD03216. Tomado en Mayo 2018.

**Cita del artículo:**

Correa Cruz K, Taillacq Suárez AL, González Reyes MI, Ferrer Vilches D. Principales afectaciones de la desnutrición en la cavidad bucal, aspectos etiológicos. INMEDSUR [Internet]. Nov 2018-Feb 2019; 1 (1): 44-52.