

# Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos

**Dr. Óscar Gay Zárate,\*****Dra. Graciela Elibeth Ramírez  
Rodríguez\*\***

\* Coordinador del Área de Investigación, Jefe de la Clínica de Urgencias, Profesor de Diagnóstico y Medicina Bucal, Escuela de Odontología, Universidad del Bajío, A.C. León, Guanajuato, México.

\*\* Cirujano Dentista Egresada, Escuela de Odontología, Universidad del Bajío, A.C. León, Guanajuato, México.

## Resumen

Estos trastornos del comportamiento alimentario se escapan cada vez con mayor frecuencia al examen clínico dental; por el aumento en el número de casos que en la actualidad se presentan, es imperativo el conocimiento y la capacitación en cuanto a cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en odontología. Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el dentista juega un rol importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos que usualmente son manejados tardíamente en las clínicas psiquiátricas varios años después.

En este trabajo se presenta una revisión bibliográfica general de estos dos trastornos, exponiendo aspectos generales del síndrome y relativos a la repercusión que tienen en los dientes y demás tejidos bucales, como parte integral de estos trastornos y no como entidades aisladas, así como los recursos terapéuticos que existen para su manejo odontológico.

**Palabras clave:** Anorexia, bulimia.

## ABSTRACT

*These dysfunctions of the alimentary behavior escape every time with more frequency to the dental clinical exam; for the increase in the number of cases that at the present time are presented, it is imperative the knowledge and the training as for as this type of alimentary disorders of psychiatric nature they impact and they modify the routine dental practice from psychological aspects and the patient's conduct, until specific clinical manifestations that suppose a recondition of the preventive and therapeutic priorities in Dentistry. For the early age average in the one that these patients go to the dental consultation, the dentist plays an important list in the detection and opportune diagnosis of these sufferings that are usually managed belatedly later in the clinics psychiatric several years.*

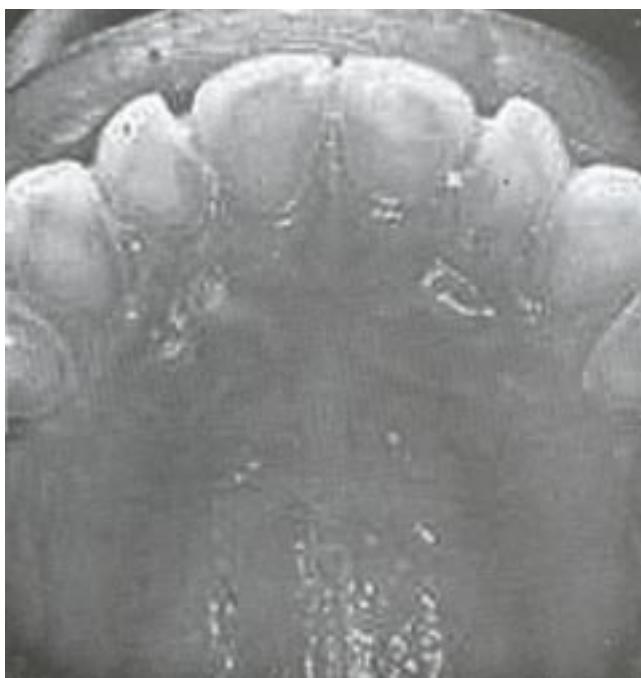
*In this work a general bibliographical review of these two dysfunctions is presented, exposing general aspects of the syndrome and relative to the repercussion that they have in the teeth and other buccal tissues, like integral part of these dysfunctions and don't like isolated entities, as well as the therapeutic resources that exist for its odontologic handling.*

**Key words:** Anorexia, bulimia.

## Introducción

Los trastornos de la ingesta, se caracterizan por una relación impropia con el alimento, o una grave desviación de los hábitos alimentarios, llegando más allá de un problema conductual, afectando la salud física y emocional del

paciente, perjudicando su desempeño social y profesional. Las variantes principales de los trastornos de la ingesta incluyen: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e ingesta compulsiva de comida, son fenómenos complejos e íntimamente relacionados; biológicamente, el común denominador de las tres es el balance calórico (relación



**Figura 1.** Erosión ácida palatina en arcada superior.  
(En: Dental erosión, de Fehrenbach y Baker, 1999.URL:[www.marquette.edu/dhform/erosion.htm](http://www.marquette.edu/dhform/erosion.htm)).<sup>44</sup>

ingreso-gasto calórico), finalmente es éste el factor desencadenante de la mayoría de los trastornos sistémicos y locales que presentan los pacientes.

Los síndromes de anorexia y bulimia son trastornos de la alimentación que suponen un fondo conductual básico de miedo y ansiedad permanentes a la obesidad, que además de su naturaleza psiquiátrica, cursan con una gama de disfunciones orgánicas severas. Por un lado, la anorexia nerviosa implica una actitud restrictiva extrema de ingestión calórica cuyo resultado final es la emaciación (delgadez excesiva por desnutrición); por su parte la bulimia, se define como la ingestión usual-



**Figura 3.** Erosión ácida y abrasión mecánica extensa de esmalte y dentina con caries secundaria en zona vestibular anterior de la arcada inferior. (En: dental erosión de Fehrenbach y Baker, 1999. URL:[www.marquette.edu/dhform/erosion.htm](http://www.marquette.edu/dhform/erosion.htm)).<sup>44</sup>

mente secreta, obsesiva y masiva de alimentos seguida de vómitos autoinducidos, episodios de ayuno prolongado, o catarsis intestinal voluntaria mediante el abuso de laxantes y diuréticos.<sup>1-7</sup> Finalmente, ambos fenómenos alimentarios complejos, están íntimamente relacionados y difícilmente se encuentran en un sólo paciente en forma pura.

#### Antecedentes

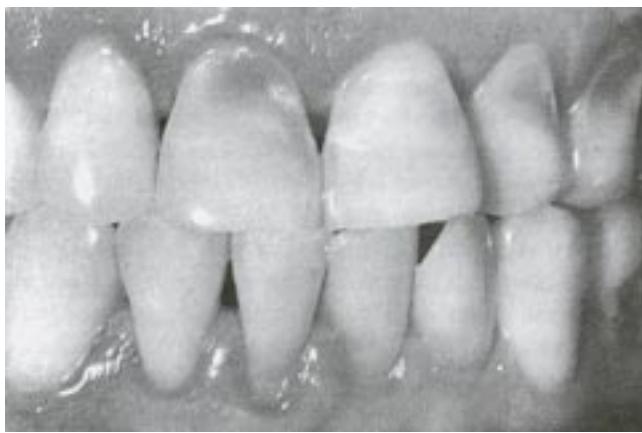
Los primeros reportes de anorexia nerviosa datan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya entonces se definía un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado “Consumición Nerviosa”; otros como Laségue en 1873 y Gull en 1874 asocian además el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicógeno: el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación.<sup>2,7,8</sup> Desde entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia en países como EUA, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre otros. En muchos de esos reportes ya se asociaba a la anorexia con síntomas bulímicos y, a la par de los estudios sobre anorexia, fueron descubriendo la bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquéllos sobre la incipiente bulimia, y hay que notar que se consi-



**Figura 2.** Erosión ácida extrema en cara palatina del diente 22 y 23 con exposición pulpar. (En: Dental erosión de Fehrenbach y Baker, 1999.URL:[www.marquette.edu/dhform/erosion.htm](http://www.marquette.edu/dhform/erosion.htm)).<sup>44</sup>



**Figura 4.** Caries rampante secundaria a descalcificación ácida generalizada. (En: dental erosión de Fehrenbach y Baker, 1999. URL:[www.marquette.edu/dhform/erosion.htm](http://www.marquette.edu/dhform/erosion.htm)).<sup>44</sup>



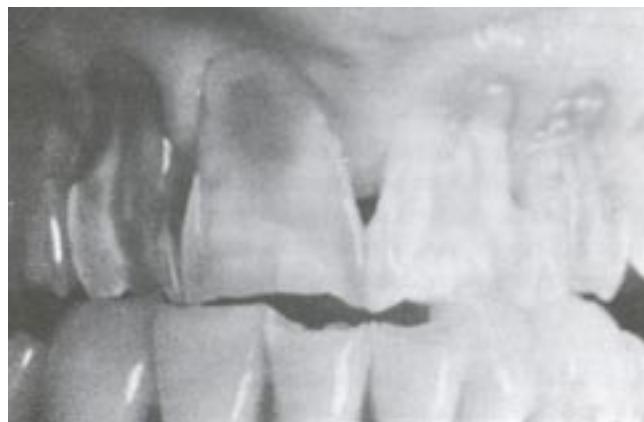
**Figura 5.** Erosión ácida de esmalte y dentina. (En: Atlas de odontología estética de Schmidseder, 1999).<sup>45</sup>

deraba a la misma como un mero síntoma de la anorexia; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y revisión del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-III-R), de la American Psychiatric Association.<sup>8-10</sup>

De la bulimia sí existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia, término que deriva del griego “bulimy” (traducido como hambre del buey); en los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades; los primeros reportes sobre conducta bulímica como tal, datan de fines del s. XIX, aunque generalmente se asocian a la anorexia nerviosa.<sup>2</sup> Autores como Sollier, 1891; Bouveret, 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al



**Figura 6.** Erosión ácida palatina típica del paciente Bulímico. (En: Atlas de odontología estética de Schmidseder, 1999).<sup>45</sup>



**Figura 7.** Erosión ácida de severo grado con exposición pulpar (En: Operatoria dental de Barrancos 3<sup>a</sup> Ed, 1999).<sup>46</sup>

abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940. El trabajo de Ludwig Binswagner en 1944 es quizás el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica. Otros estudios reportan que este tipo de conductas bulímicas también se observan en la diabetes mellitus, malaria y entre niñas que vivían lejos de sus familias en internados. Selling y Ferraro en 1945, comentan la aparición de la conducta bulímica entre población no anoréxica, ellos observaron este dato en niños refugiados en EUA y enfatizaron la relación entre la inseguridad psicológica y el “atascarse” de comida.

Finalmente, Abraham, en 1916, Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia, ligándolos a estados neuróticos.<sup>1,6,8</sup>

El efecto de estos trastornos sobre los dientes y estructuras bucales fue reconocido hace apenas 23 años en los 70 por Hellstrom.<sup>3,7</sup>

#### Etiopatogenia

Aunque multifactorial, ya que en sus causas confluyen aspectos de tipo fisiológico y psicológico, se contemplan varias teorías; muchos de los cambios parecen ser secundarios a los efectos de inanición, pérdida de peso, desnutrición y estrés. Se especula sobre la función alterada del neurotransmisor y vasoconstrictor serotonina que estimula el músculo liso y disminuye la secreción gástrica. Desde el punto de vista psiquiátrico se duda una causa exclusivamente biológica, dado que los datos de prevalencia ubican a estos pacientes dentro de un estrato socioeconómico medio-alto. Se ha propuesto la siguiente secuencia de eventos:

1. La causa principal en la mayoría de los casos es psicogénica.
2. La reacción psicogénica influye sobre los centros hipotalámicos del apetito, aboliendo la sensación del hambre y sobre núcleos encargados de la liberación de gonadotrofinas produciendo amenorrea.
3. La anorexia conduce a hipofagia, disminución del aporte calórico, desnutrición, desaparición de tejido adiposo y acentuación del catabolismo proteico.<sup>1,11-13</sup>

En la bulimia no se conoce causa determinante, la naturaleza episódica e incontrolada de la conducta alimentaria ha hecho que muchos investigadores infieran que la bulimia pueda ser debida a razones psicológicas de represión en aspectos referentes a aprensividad, conducta sexual, desaprobación personal, control o manipulación del ambiente externo, baja autoestima y amor propio, etc., aunque tanto como en la anorexia, los factores culturales y la depresión influyen de manera determinante.

Fisiológicamente también se han encontrado participación de algunos neuroquímicos de los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, se sabe que las manipulaciones y estados naturales que aumentan su síntesis, reducen el apetito especialmente para carbohidratos y trastornan los mecanismos de la saciedad.<sup>12,14-16</sup>

### Epidemiología y prevalencia

Hacia mediados de los 80 se apuntaba que la incidencia de la anorexia se había duplicado en relación con los datos de las dos décadas anteriores. Así, Herzog y col.<sup>12</sup> comentan que la incidencia había aumentado de una tasa de 0.35 por cada 100,000 hab. de 1960-1969, a una de 0.64 de 1970-1976 de acuerdo con un estudio realizado en Nueva York, y de 1.38 a 1.12 por 100,000 hab. desde 1950 a 1970 en un estudio realizado en Suiza. Sin embargo, tales cifras probablemente sólo podrían estar representando un incremento en el diagnóstico y no un incremento en la incidencia del problema. Se estima que en la actualidad la anorexia nerviosa ocurre en 0.2 a 1.3% de la población, con una incidencia anual de 5-10 casos por cada 100,000 hab.<sup>1,4,17-19</sup> En un estudio de la literatura (1995) sobre la epidemiología de la anorexia Devaud y col. concluyeron que la incidencia y prevalencia de ésta ha permanecido estable, aunque los trastornos anoréxicos atípicos —a menudo autolimitados— están incrementándose. Estos autores afirman que la incidencia de la anorexia estrictamente definida está tasada en 1/1000,000 hab. entre la población general y en 20 a 30 por 100,000 hab. entre las mujeres de entre 15 y 45 años de edad.<sup>19</sup> Tannenhaus por su parte, señala que, de acuerdo con datos recientes (1965), la incidencia de la anorexia nerviosa oscila del 1/100 al 1/800 entre adolescentes de 11 a 18 años, en tanto que en un estudio realizado

en estudiantes de primer año de universidad, el 4.5% de las mujeres y el 0.4% de los hombres reúnen los criterios de diagnóstico de bulimia nerviosa.<sup>5</sup>

La tasa de incidencia tanto de la anorexia como de la bulimia tienden a ser más altas en determinada población, tales como universitarias; en este tipo de ambiente y a esta edad, se da una alta prioridad a la delgadez, y la dieta es una práctica común. La anorexia nerviosa es mucho más común en mujeres que en hombres, aunque aproximadamente 5 al 10% de los pacientes con anorexia nerviosa son hombres. La anorexia típicamente comienza en la adolescencia y en adultos jóvenes, a una edad promedio de 17 años, aunque también ha sido reportada en niños de edad escolar y personas de edad media.<sup>4,6,17,18,20</sup>

Los reportes sobre la frecuencia de la bulimia varían. En mujeres de escuelas preparatorias y universidades se ha encontrado que entre el 4.5 y el 18% la padecen, en cambio, fuera de estos ambientes, esta cifra apenas alcanza un 2%, típicamente comienza en la adolescencia tardía después de haber intentado varias dietas de reducción de peso con poco éxito, frecuentemente influenciadas por amigos o en su defecto familiares. Al igual que en la anorexia, el 90-95% de los casos de bulimia se da en mujeres, y en ambos trastornos, las pacientes son caucásicas, de clase media a alta. Hay pocos reportes de anorexia nerviosa en negros; sin embargo, la distribución racial puede reflejar condiciones socioeconómicas más que características raciales.<sup>9,12,19</sup>

### Características clínicas

La anorexia nerviosa puede comenzar abruptamente como un episodio aislado o como un proceso insidioso a lo largo de meses o años, se puede manifestar como una enfermedad fluctuante con varias exacerbaciones y remisiones o puede progresar irremediablemente, y en casos extremos, a la muerte (el suicidio se ha reportado del 2 al 5% de los casos de pacientes con anorexia crónica).<sup>2</sup>

Labilidad de peso, trastornos endocrinos, amenorrea, estreñimiento, desequilibrios térmicos, trastornos cardiovasculares, aspecto demacrado, perfil psicológico de inseguridad, sentimientos de culpa, temor y baja autoestima, son algunas características del cuadro clínico de ambos trastornos, aunque cada una posee aspectos clínicos propios e individuales (*Cuadro I*).

En la anorexia, el paciente tiene un perfil perfeccionista y compulsivo, niegan la enfermedad, por lo tanto muestran desinterés al tratamiento, la amenorrea, suele acompañar o seguir a la pérdida de peso, son frecuentes el estreñimiento y la intolerancia al frío, y en casos avanzados se observan soplos cardíaco mitral, bradicardia, hipotermia e hipotensión; en la piel se observan resequedad, escamas y ocasionalmente pigmentación amarillenta por hipercarotinemia, así como aumento del vello corporal,

**Cuadro I.** Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia nerviosas.

Condición	Anorexia	Bulimia
— Género de prevalencia	Femenino	Femenino
— Apetito	Disminuido	Aumentado
— Método de control peso	Limitación ingesta	Vómito
— Empleo laxantes/diuréticos	Esporádico	Frecuente
— Peso al diagnóstico	Muy bajo	Casi normal
— Obsesión por ejercicio	Habitual	Raro
— Amenorrea	100%	50%
— Tipo de personalidad	Introvertida/paranoide	Extrovertida/histriónica
— Actividad sexual	Ausente	Presente
— Alteraciones CV (Bradicardia/hipotensión)	Frecuentes	Raras
— Alteraciones cutáneas (Hirsutismo, resequedad, carotinemia)	Frecuentes	Raras
— Hipotermia	Habitual	Rara
— Edema	Ocasional	Ocasional
— Causa principal de muerte	Suicidio	Suicidio

que suele ser fino, similar al lanugo, aunque también puede observarse un franco hirsutismo. Secundaria al estado de amenorrea-hipoestrogenismo está el riesgo de osteoporosis, así como la disminución de la libido, impotencia y esterilidad por baja testosterona y gonadotrofinas. Las anomalías gastrointestinales incluyen vaciamiento gástrico y morbilidad intestinal disminuidas con sensación de plenitud, dolor abdominal y constipación.<sup>1,12</sup>

En la bulimia, son frecuentes los trastornos familiares afectivos, además, otras alteraciones de la conducta más que signos clínicos evidentes de enfermedad, como el robo (usualmente de alimentos), existe un alto índice de abuso de alcohol y drogas, la depresión es más intensa que en la anorexia nerviosa haciendo del suicidio un riesgo latente; dentro de sus signos clínicos se pueden encontrar edema de manos y pies, sensación de plenitud abdominal, fatiga, cefalea y náusea; además pueden acusar aumento de volumen de las mejillas, presumiblemente relacionado con sialoadenosis, o bien, problemas dentales relacionados con la erosión del esmalte secundaria a vómitos y callosidades en los dedos y dorso de la mano relacionados al trauma por utilizar la mano para estimular el reflejo nauseoso mecánicamente.<sup>9</sup>

A pesar de sus estrechas relaciones entre sí, en la bulimia y la anorexia nerviosas existen diferencias marcadas en ambas enfermedades. Si bien, es frecuente la oscilación en el peso de las bulímicas con ganancias y pérdidas cíclicas, pueden incluso presentar un ligero sobrepeso, y cuando se pierde no se da a los bajos y peligrosos extremos que se ven en la anorexia, en general se encuentra dentro del 15% inferior al peso promedio. A diferencia de estas últimas, la bulímica está consciente de sus síntomas, los acepta y de esta forma también acepta ayuda, además de convivir socialmente

y pueden conservar su periodo menstrual, tener relaciones heterosexuales, e incluso quedar embarazadas,<sup>1</sup> mientras que las pacientes con anorexia restrictiva son aisladas e introvertidas y con poca o nula interacción social y actividad sexual.

#### Criterios diagnósticos

Los diferentes trastornos de la ingesta alimentaria presentan rasgos comunes:<sup>5</sup>

- Preocupación extrema por el aspecto, la imagen o la talla corporal.
- Exagerado y patológico miedo a engordar.
- Distorsión estética con exaltación de la magnitud y tamaño de los «defectos» corporales.
- Creciente rigidez de pensamiento y abandono de las actividades rutinarias.

Aunque en los dos padecimientos el diagnóstico principal se establece identificando el cuadro clínico, existen criterios, propuestos por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense,<sup>4,8,18</sup> para cada padecimiento en particular, por ejemplo en anorexia, se considera para cuestiones diagnósticas que un padecimiento alimentario que cursa con pérdida de peso  $\geq 15\%$  promedio en una paciente joven con amenorrea y buen estado de salud general aunque con rasgos de una «conducta manipuladora»,<sup>21</sup> por otro lado, se considera a una persona bulímica con los criterios clínicos de frecuencia de 2 episodios de comilona por semana durante al menos tres meses.<sup>10</sup> Criterios completos se enlistan en los *cuadros II y III*, respectivamente.

#### Tratamiento y pronóstico

Como en otros trastornos, el pronóstico dependerá directamente del tratamiento, el cual no es específico para los síndromes de anorexia y bulimia nerviosas y además de

**Cuadro II.** Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa.

- a) Percepción distorsionada del peso, tamaño y figura corporal.
- b) Negativa a mantener el peso corporal por encima de un rango mínimo para edad y estatura (85% del esperado), en el aspecto corporal dice “sentirse gorda” incluso cuando es evidente lo contrario.
- c) Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aunque por debajo de los parámetros límites.
- d) En mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

**Cuadro III.** Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa.

- a) Episodios recurrentes de atracones de comida, un mínimo de dos episodios a la semana durante al menos tres meses.
- b) Sensación de pérdida de autodominio durante los atracones de comida.
- c) Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes en orden de prevenir el aumento de peso: vómitos, laxantes, diuréticos, enemas, ayunos o ejercicio excesivo.
- d) Preocupación obsesiva por la figura y peso corporal.

ser multidisciplinario. El tratamiento general incluye terapia psicológica grupal, individual y familiar; específicamente en la anorexia medicamentos antidepresivos, estimulantes del apetito y antagonistas de la serotonina; en la bulimia a diferencia de la anorexia los antidepresivos parecen ser más eficaces que un placebo, especialmente cuando se utilizan inhibidores de la recaptura de norepinefrina (imipramina, desipramina) o la fluoxetina.<sup>1,5,12,13,22,23</sup>

Las principales complicaciones médicas,<sup>2,9,12,18</sup> son primariamente efectos colaterales de la inanición. La mayoría de las complicaciones físicas son el resultado del intento del organismo por conservar energía y pueden ser revertidos cuando se vuelve al estado nutricional normal (*Cuadros IV y V*).

El pronóstico para la anorexia nerviosa es pobre, y el curso de la enfermedad varía ya que un individuo puede sufrir un único episodio de ayuno, varios o no remitir hasta culminar desafortunadamente con la muerte que se da principalmente por inanición, desbalances nutricionales y electrolíticos, o en su defecto por suicidio.<sup>1,13,18</sup> Las tasas de mortalidad para la anorexia varían del 5 al 20%, las más altas se relacionan con mayor duración de la enfermedad con recaídas múltiples, pesos en extremo bajos, pobre apoyo familiar y abuso de laxantes.<sup>13,18,28</sup> Alrededor de un 40% de las pacientes anoréxicas se recupera en su peso normal y un 30%, mejora en forma considerable aunque, con un peso inferior al normal, incluso un 5% se hace obesa.<sup>1</sup>

En la bulimia no se conoce bien el pronóstico porque hay pocos estudios controlados, sin embargo existen reportes en los que se asevera que la mayoría de los bulímicos mejoran o se recuperan por completo. Sin embargo, como las alteraciones psiquiátricas tienden a ser más graves el índice de suicidios es mayor, desde esta óptica podría pensarse que su pronóstico es incluso peor que el de la anorexia. Se ha publicado que el 40% de las pacientes tratadas siguen bulímicas después de 18 me-

ses de tratamiento y que en un 65% se producen recidivas después de un año de recuperación.<sup>1,13</sup>

### **Manifestaciones bucales y complicaciones dentales de los trastornos de la alimentación**

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente encubre los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas,<sup>3</sup> por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.

Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobturación).<sup>3,6,7,25-28,29-34</sup> Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales, se describen a detalle a continuación:

#### **Erosión del esmalte**

Aunque irónicamente baja en porcentaje (38%)<sup>26,29</sup> podría decirse que es la lesión dental típica de estos pacientes en orden descendente de prevalencia:

- Erosión extensa superficie palatina anterior
- Erosión moderada superficie vestibular, anterior, superior
- Erosión moderada superficie lingual y oclusal posterior superior e inferior

**Cuadro IV.** Complicaciones principales de la anorexia nerviosa.

Aparato o sistema	Manifestación clínica
Endocrino/ Metabólico	Hipogonadismo hipotalámico Elevados niveles de cortisol Diabetes insípida neurogénica Secreción disminuida de norepinefrina Síndrome de enfermedad tiroidea Secreción disminuida de somatomedina C Hormona de crecimiento elevada Secreción errática de vasopresina Regulación anormal temperatura Osteoporosis Hipercarotinemia Hipercolesterolemia Hipoglucemia Anormalidades electrolíticas
Cardiovascular	Bradicardia Hipotensión Arritmias Síndrome arteria mesentérica superior Insuficiencia cardiaca congestiva
Renal	Hiperazozemia Disminución filtrado glomerular Litiasis renal
Gastrointestinal	Tumefacción glándulas salivales Retardo vaciado gástrico Constipación
Hematológico	Enzimas hepáticas elevadas Pancitopenia Médula ósea hipocelular (hipoplásica)
Músculo/ esquelético	Proteínas plasmáticas disminuidas Debilidad Tetania Fracturas de esfuerzo Osteoporosis
Dermatológico	Calambres Sequedad Palidez Lanugo/hirsutismo Carotenodermia Púrpura

– Y prácticamente inalteradas las superficies lingüales inferiores.

Existe ausencia de pigmentaciones exógenas (café, té, cigarrillo, etc.) sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad.<sup>26</sup> La erosión ha sido también mencionada en la literatura como “perimólisis” o “perimilosis”, términos que han caído en desuso.<sup>6,7,33</sup> Como se mencionó, paradójicamente la prevalencia de la lesión es relativamente baja dado que su presencia depende de la combinación de aspectos como el

**Cuadro V.** Complicaciones principales de la bulimia nerviosa.

Aparato o sistema	Manifestación clínica
Endocrino/Metabólico	Hipoglucemias Irreg menstruales Hipotensión
Cardiovascular	Hipertrofia glándulas salivales
Gastrointestinal	Amilasa sérica elevada Perforación esofágica Ruptura gástrica Pancreatitis Constipación Colon catártico Melenas
Líquidos/Electrólitos	Deshidratación Hipocloremia Hipocalcemia Hiponatremia Alcalosis Acidosis
Pulmonar	Broncoaspiración
Piel	Callosidades Escaras en manos
Dental	Erosión del esmalte

tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), etc., y dado que la erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos. Por lo anterior, el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión, creando un verdadero reto restaurativo, lo cual a su vez se ve complicado por aspectos como:

- Capacidad de amortiguación salival (buffer)
- pH salival
- Magnitud flujo salival
- Composición y grado de calcificación superficie dental
- Parafunciones (bruxismo, apretamiento)
- Tipo dieta ácida (frutas, condimentos, golosinas)<sup>3,7,28,32,34-37</sup>

#### Caries

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vit. C, bebidas ricas en sacarosa, etc.<sup>3,7,28,32,34-37</sup> Probablemente existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *S. mutans* y lactobacilos.<sup>31,38</sup> En estos pacientes puede existir grados variables

de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC<sup>3,7</sup> lo que contribuye a mayor presencia y acúmulo de PDB.

### Sialoadenosis

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuente encontrado, sin embargo se ha llegado a confundir con síndrome de Sjögren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce,<sup>27,29</sup> como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales; dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.<sup>30</sup>

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes.

La sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente.

### Saliva

Milosevic y Dawson<sup>39</sup> no encontraron diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad, en contraparte Touyz y col.<sup>31</sup> refieren que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas.<sup>6,26,38</sup>

Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros<sup>3,7</sup> y por sialoadenosis.

### Mucosa

Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea,

palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso.<sup>7,40</sup> Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.<sup>25,27</sup>

### Periodonto

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis.<sup>7</sup> Roberts y Li,<sup>29</sup> estudiaron los índices de placa en estos pacientes encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoráxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col.<sup>31</sup> quienes reportan que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. Liew y col. apoyan lo anterior.<sup>38</sup>

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales.<sup>32,38</sup>

El diagnóstico diferencial en los pacientes con trastornos alimenticios aquí tratados es importante para distinguirlos de condiciones que resultan de episodios que cursan con vómitos de corta duración dado que en éstos, no se presentan efectos destructivos sobre la dentición,<sup>7,33</sup> así como de condiciones dentales locales como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias (*Cuadro VI*).

### Tratamiento y manejo dental

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos

**Cuadro VI.** Diagnósticos diferenciales con anorexia y bulimia.

Sistémicas	Locales
Sialadenitis/Sialadenosis	Parafunciones/hábitos
Hiperemesis gravídica	Cítricos dieta (ácida)
Alcoholismo crónico	Dentífricos
Espasmo esofágico	
Estenosis pilórica	
Gastritis/úlcera	
Sind. Mikulicz	
Sind. Sjögren	
Tuberculosis	

que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y retratamientos restaurativos.<sup>6,28</sup>

Aspectos importantes en los que se encuentran en etapas activas del padecimiento o en etapas de remisión-exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio,<sup>44</sup> evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.<sup>6,9</sup> Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurren y el sentimiento de culpa, es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos, etc.) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en piel del dorso de mano.<sup>2,18</sup>

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%), así como el contenido en la pasta dental de uso diario que además de proteger el esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries.<sup>6,7,28,29,41</sup> Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio.<sup>7</sup>

El manejo de sensibilidad o franco dolor producto de erosión puede manejarse desde la aplicación de fluoruro, pasando por un recubrimiento de hidróxido de Ca retenido con una capa de resina compuesta con técnica opcional de grabado ácido, o en su defecto, hasta el tratamiento endodóntico.<sup>41</sup>

El tratamiento restaurativo, una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatológicos como dimensión vertical, sintomatología ATM, mordida abierta,<sup>42,43</sup> etc., según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.<sup>9,12,41,43,44</sup>

Aunque se comenta que los tratamientos ensayados en la anorexia y bulimia nerviosa son innumerables y que los fracasos son más frecuentes que los éxitos, con difi-

cultades terapéuticas numerosas y desalentadoras,<sup>1,2,6</sup> esto no debe de ser un aspecto desmotivador, más aún, al contrario considerarlo como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que al conseguir función y estética dental el paciente recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.<sup>6</sup>

## Discusión

No obstante de que la anorexia y bulimia nerviosa son padecimientos ya reportados en la literatura antigua (1684), poco se ha escrito sobre el tema desde el punto de vista dental, siendo evidente que día con día van adquiriendo auge al ritmo del revolucionado mundo actual, que incide de manera directa en el aumento de casos de etiología psiquiátrica, repercutiendo en la práctica estomatológica en aspectos de tipo diagnóstico, preventivo y en las expectativas terapéuticas a corto, mediano y largo plazo; además, su reconocimiento oportuno, puede llevarnos a identificar trastornos endocrinos, cardioviales, psicológicos, gastrointestinales, etc. agregados que comprometen las condiciones de salud general del paciente durante un procedimiento dental.

Es importante la adecuada interpretación en el aparente aumento de las tasas de incidencia, que parecieran representar más acertadamente un incremento en el conocimiento de estos padecimientos (diagnóstico) y no en la incidencia real del problema (número de casos).

El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones bucodentales sean graves o pudieran poner en peligro la vida, sino por ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser debidamente reconocidas preventivamente y tratadas oportunamente. En este trabajo se pretende crear un precedente informativo para ser incluido dentro de un interrogatorio de salud dental ideal, además de motivar futuras investigaciones sobre el tema.

Por todo lo anterior, es necesario vincular las distintas áreas de la salud para entender más sobre el tema y abordarlo integralmente, no solo como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una mera curiosidad médica, sino como un síndrome bien definido, dado que es usual que este tipo de trastornos alimentarios tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de la salud como la nutrición, cuando se demuestra que tienen aristas iguales o más importantes para la salud integral, como el estado anímico y psicológico de los pacientes por mencionar algunos.

## Bibliografía

1. Foster DW. Anorexia nerviosa y bulimia. En: Harrison, *Principios de medicina interna*. 13<sup>a</sup> ed. Madrid: Interamericana/Mc Graw-Hill; 1994; vol I: 527-31.

2. Hartman D. Anorexia nervosa-diagnosis, aetiology and treatment. *Postgrad Med J* 1995; 71: 712-6.
3. Stege P, Visco Dangler L, Rye L. Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations. *JADA* 1982; 104: 648-52.
4. Cervera P, Jaume C, Rigolfa R. *Alimentación y dietoterapia (nutrición aplicada en la salud y enfermedad)*. 2<sup>a</sup> edición. México D.F. Interamericana Mc Graw-Hill, 1994: 264-7.
5. Tannenhaus N. Anorexia y bulimia. Barcelona: Plaza and Janés Editores; 1995: 36-46.
6. Gross K, Brough KM, Randolph PM. Eating disorder: Anorexia y bulimia nerviosas. *J Dent Child* 1986; 5: 378-80.
7. Brady WF. The anorexia nervosa syndrome. *Oral Surg* 1980; 50: 509-16.
8. Chavez Peón F. Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. *Psicología Iberoamericana* 1995; 3: 5-13.
9. Mitchell JE, Siem HC, Colon E, Pomeroy C. Medical complications and medical management of bulimia. *Ann Int Med* 1987; 107: 71-7.
10. Berkow R, Fletcher A. El manual Merck de diagnóstico y terapeútica. 9<sup>a</sup> Ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994; 2: 521-23.
11. Barber S et al. Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad. *Psicología Iberoamericana* 1995; 3: 20-34.
12. Herzog DB, Copeland PM. Eating disorders. *N Engl J Med* 1985; 113: 295-303.
13. Norman K. Trastornos de la alimentación. En: Goldman HH (ed). *Psiquiatría general*. 2<sup>a</sup> edición. México: El Manual Moderno; 1989: 478-87.
14. Verkes RJ, Meindere PH, Van Kempen GM. Borderline personality, impulsiveness and platelet, monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior (Med line abstract). *Biol Psychiatry* 1996; 40: 173-80.
15. Kissileff MR et al. A direct measure of satiety disturbance in patients with bulimia nervosa (Med line abstract). *Physiol Behav* 1996; 60: 1077-85.
16. Jimerson DC et al. Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 529-34.
17. Schroeder SA et al. Diagnóstico clínico y tratamiento 1990. México: El Manual Moderno; 1990: 844-6.
18. Hobbs WL, Johnson CA. Anorexia nervosa: An overview. *Am Fam Physician* 1996; 54: 1273-81.
19. Devaud C, Michaud PA, Narring F. Anorexia and bulimia: Increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders (Med line abstract). *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995; 43: 347-60.
20. Rubenstein E, Federman DD. *Scientific american medicine*. Nueva York: Editora Científica Médica Latinoamericana; 1986: V-13/V-18.
21. Anónimo. Bases neurobiológicas y psicofarmacológicas en la terapia de bulimia y anorexia (Abstract 205). Un nuevo concepto en la actualización médica. *Informática Médica* 1997; 1: 37.
22. Bretz WA et al. Effects of fluoxetine on the oral environments of bulimics. (Med line abstract). *Oral microbiol Immunol* 1993; 8: 62-4.
23. Hebebrand J, Himmelmann GW, Herzog W et al. Prediction of low body weight at longterm follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 1997, 154: 566-9.
24. Hazelton LR. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont* 1996; 9: 65-73.
25. Robb ND et al. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. *Br Dent J* 1995; 178: 171-5.
26. Abrams RA, Ruff C. Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *JADA* 1986; 113: 761-4.
27. Wolcott RB, Yager J, Gordon H. Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): Report of cases. *JADA* 1984; 109: 723-5.
28. Roberts MW, Li Y-H. Oral findings in anorexia and bulimia nervosa: A study of 47 cases. *JADA* 1987; 115: 407-10.
29. Hasler JF. Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nervosa. *Oral Surg* 1982, 53: 56773.
30. Touys SW et al. Oral and dental complications in dieting disorders (Med line abstract). *Int J Eat Disord* 1993; 14: 341-7.
31. Roberts MW, Tylenda CA. Dental aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa (Med line abstract). *Pediatrician* 1989; 16: 178-84.
32. House RC et al. Perimolysis: Unveiling the surreptitious vomitor. *Oral Surg* 1981; 51: 152-5.
33. Hellstrom Y. Oral complications in anorexia nervosa (Med line abstract). *Scand J Dent Res* 1977; 85: 71-86.
34. Hurst PS, Lacey LH, Crisp AH. Teeth, vomiting and diet, a study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients (Med line abstract). *Postgrad Med J* 1977; 53: 298-305.
35. Mc Lundie AC. Localized palatal tooth surface loss and its treatment with porcelain laminates. (Med line abstract) *Restorative dent* 1991, 7: 43-4.
36. Giunta JL. Dental erosion resulting from chewable vitamin C tablets. *JADA* 1983; 107: 253-6.
37. Liew VP et al. A clinical and microbiological investigations of anorexia nervosa. (Med line abstract). *Austr Dent J* 1991; 36: 435-41.
38. Milosevic A, Dawson LJ. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear (Med line abstract). *Caries Res* 1996; 30: 361-6.
39. Meurman JH et al. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. *Oral Surg Med Pathol* 1994; 78: 583-9.
40. Kleier DJ, Aragon SB, Averbach RE. Dental management of the chronic vomiting patient. *JADA* 1984; 106: 618-20.
41. Bassiouny MA, Pollack RL. Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers. *JADA* 1987; 115: 412-7.
42. Shaw BM. Orthodontic/prosthetic treatment of enamel erosion resulting from bulimia: A case report. *JADA* 1994; 125: 188-90.
43. Darbar UR. Treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers: A case report. *Quintessence Int* 1994; 25: 195-7.
44. Fhrenbach M, Baker-Eveleth L. Dental erosion: Case based

Reimpresos

Dr. Óscar Gay Zarate

Universidad del Bajío Escuela de Odontología

Coordinación, Investigación. Av. Universidad s/n

Col. Lomas del Campestre. C.P. 37150

León, Guanajuato.