

## Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**  
Volume

Número **3**  
Number




Mayo-Junio **2004**  
May-June

*Artículo:*




### Series en medicina bucal VIII. Anorexia y bulimia en odontología

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



## Series en medicina bucal

# VIII. Anorexia y bulimia en odontología

Óscar Gay Zárate\*  
José L Castellanos\*\*  
Laura Díaz Guzmán\*\*\*

- \* Director de Servicios Clínicos. Clínica Satélite. La Salle Bajío.
- \*\* Práctica privada exclusiva en Medicina Bucal Periodoncia.
- \*\*\* Jefa del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal. Universidad de La Salle Bajío.

Universidad del Bajío, León, Guanajuato.

### Generalidades

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 tanto a la salud física como la 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 desbalance calórico (relación 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 usualmente 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. Finalmente, ambos, fenómenos alimentarios complejos, están íntimamente relacionados y difícilmente se encuentran en un solo paciente en forma pura.

Dentro de la epidemiología y prevalencia se encuentra que las tasas 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 un 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. 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 por 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 condición socioeconómica más que características raciales ( Cuadro I ).

Aunque en los dos padecimientos el diagnóstico principal se establece identificando el cuadro clínico, existen

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	Introversa/paranoide	Extroversa/histriónica
-Actividad sexual	Ausente	Presente
-Alteraciones CV (Bradycardia/hipotensión)	Frecuentes	Raras
-Alteraciones cutáneas (Hirsutismo, resequedad, carotinemia)	Frecuentes	Raras
-Hipotermia	Habitual	Rara
-Edema	Ocasional	Ocasional
-Causa principal de muerte	Suicidio	Suicidio

criterios, propuestos por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense 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”, 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 3 meses.

Tratamiento médico 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 ser multidisciplinario. El tratamiento general incluyen terapia psicológica grupal, individual y familiar; específicamente en la anorexia medicamentos antidepresivos, estimulantes del apetito y antagonistas de la serotonina; en la bulimia a diferencia de la anorexia los antidepresivos parecen ser más eficaces que un placebo. Las principales complicaciones médicas, son primariamente efectos colaterales de la inanición, desbalances nutricionales y electrolíticos, o en su defecto por suicidio. Las tasas de mortalidad para la anorexia varían del 5 al 20%. 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.

### Manifestaciones bucales y complicaciones odontológicas

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

**Erosión del esmalte.** Aunque irónicamente baja en porcentaje (30-38%) podría decirse que es la lesión dental típica de estos pacientes. Existe ausencia de pigmentos exógenos (café, té, cigarrillo, etc.) sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. La erosión ha sido también mencionada en la literatura como “perimólisis” o “perimilosis”, términos que han caído en desuso. Como se mencionó, paradójicamente

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

- a) Capacidad de amortiguación salival (buffer)
- b) pH salival
- c) Magnitud del flujo salival
- d) Composición y grado de calcificación en la superficie dental
- e) Parafunciones (bruxismo, apretamiento)
- f) Tipo de dieta ácida (frutas, condimentos, golosinas).

**Caries.** Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, etc. Probablemente existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *S. mutans* y *Lactobacilos*. En estos pacientes puede existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC, lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de PDB.

**Sialoadenosis.** Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuente encontrarlo, sin embargo se ha llegado a confundir con el síndrome de Sjögren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales; dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico. La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes; la sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente.

**Saliva.** No se han reportado diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus con-

troles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad; sin embargo y en contraparte, se han referido informes en los que se afirma que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas. Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción de medicamentos, sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenosis.

**Mucosa.** Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales, principalmente comisurales.

**Periodonto.** Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis; en estudios sobre los índices de placa en estos pacientes se ha encontrado que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, contrario con otros resultados, donde reportan que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal, impactan adversamente la salud periodontal por cúmulo de irritantes locales.

## Plan de tratamiento

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preven-

tivo 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. 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, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión. Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurrir 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 meticolosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en piel del dorso de mano. 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. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. 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. 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 gnatólógicos como dimensión vertical, sintomatología ATM, mordida abierta, 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. 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 dificultades terapéuticas numerosas y desalentadoras, 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.

Cabe destacar que 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 (embarazo, alcoholismo, gastritis, etc.) dado que en estos últimos, no se presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como también de condiciones dentales locales como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias.

## Bibliografía

1. Castellanos, J.L. Díaz, L.M. y Gay, Z.O. "Medicina en Odontología, Manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas. 2ª Ed. El Manual Moderno. México 2002. pp 235-259.

Reimpresos:

C.D. Óscar Gay Zárate

Blvd. Adolfo López Mateos 744.Pte. Desp. 1

C.P 37000 León, Gto. México.

Tel.(01477)716 7264

oscargay@yahoo.com

este documento puede ser visto en:

[www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)