

Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo

Ma. Gabriela Nachón García¹, Tomás Gerardo Hernández Parra²

Gustavo Alonso Félix López³, Cindy Flores Gracia⁴

¹Instituto de Ciencias de la Salud, U.V. ²Hospital Escuela de Ginecología y Obstetricia, U.V.

³Instituto de Investigaciones Psicológicas, U.V. ⁴Estudiante de la Facultad de Odontología-Zona Xalapa, U.V.

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), tales como la anorexia y la bulimia nerviosa de tipo purgativo compulsivo, se caracterizan por la autoinducción del vómito. Al presentarse esta conducta de manera periódica por un lapso de tiempo aproximado de dos años, los tejidos dentales se verán afectados. Dentro de sus principales manifestaciones destacan: erosión dental, caries, alteraciones en mucosa y parodonto. Aunque éstas no ponen en riesgo la vida, de no diagnosticarse y tratarse oportunamente, serán irreversibles.

El odontólogo, al detectar boca seca, erosión y/o cambio en el pH salival, deberá descartar TCA, estando conciente que las más de las veces el paciente negará su problema.

La instrucción y educación de aspectos tales como la erosión y los efectos que la deshidratación y la dieta tienen sobre los tejidos bucales serán el paso inicial en el tratamiento dental. Es necesario advertir que el tratamiento dental no será sencillo y que el clínico debe considerar como un reto importante la recuperación y el mantenimiento del paciente, pero por tratarse de un padecimiento multisistémico deberá tratarse por un equipo multidisciplinario especializado en el tratamiento de este padecimiento.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, erosión dental, xerostomía, sialoadenitis.

ABSTRACT

Eating disorders, such as anorexia and bulimia nervosa of compulsive purgative type, are characterized by the self-induction of vomit.

When appearing this behavior of periodic way by a time interval of two years approximated, oral tissue will be affected. Within its main manifestations of odontologic character it is emphasize: dental erosion, decay, alterations in mucous and periodontium. Although these manifestations do not put in risk life, they are some of the signs and symptoms of patients with eating disorders, those that, of not being diagnosed and treated on time, will be irreversible. The odontologist when detecting dry mouth, erosion and/or change in pH salivary, will have to discard eating disorders type, being conscientious that, most of the times, the patient will deny his problem. The instruction and education of aspects such as the erosion and the effect that the dehydration and the diet have on oral tissue will be the initial step in the dental treatment. The dental treatment of these cases will not be simple. The clinical must consider an important challenge the recovery and maintenance of the patient obtaining dental aesthetic function and improving self-esteem. Being a multisystemics suffering will have to be treated by a multidisciplinary specialized team.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, dental erosion, xerostomia, sialoadenitis.

INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia nerviosa son padecimientos reportados en la literatura médica desde hace muchos

años (ya en 1684). A pesar de ello, poco se ha escrito sobre el tema desde el punto de vista dental. Estas enfermedades van adquiriendo auge, el cual incide de manera directa en el aumento de casos de etiología psiquiátrica, repercute en la práctica estomatológica en aspectos de tipo diagnóstico preventivo y tratamiento a corto, mediano y largo plazo. Con su reconocimiento oportuno se podrán identificar trastornos agregados de tipos endocrinos, cardiovasculares, psicológicos, gastrointestinales, entre otros, los cuales 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 reconocidas de manera precoz y tratadas con prontitud.

La finalidad de este artículo es, antetodo, el crear conciencia de la importancia del diagnóstico de los trastornos bucales en la anorexia y bulimia nerviosa para ser incluido dentro de un interrogatorio de salud dental ideal, así como motivar futuras investigaciones sobre el tema.

Los trastornos de la ingesta se caracterizan por una relación impropia con el alimento. Existe una grave desviación de los hábitos alimentarios, la cual llega más allá de un trastorno psicológico. Éstos afectan la salud integral del individuo, y perjudican su desempeño social y profesional. Las variantes principales de

los trastornos alimentarios son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e ingesta compulsiva de comida. Son fenómenos complejos e íntimamente relacionados. Biológicamente, el común denominador de las tres es desequilibrio calórico (relación ingreso-gasto calórico). Finalmente es éste el factor desencadenante de la mayoría de los trastornos sistémicos y locales que presentan los pacientes.¹

La anorexia nerviosa consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria. Las personas con este cuadro enflaquecen al punto de inanición, perdiendo por lo menos de 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal.^{2,3} Es una enfermedad propia de una distorsión corporal donde la persona se percibe a sí misma más obesa o de mayor peso que lo que en realidad tiene. Existe un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria. Se altera con esto la piel, la digestión y el sueño. El estado anímico se vuelve depresivo. Hay aislamiento social y, finalmente, uno de los síntomas indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la amenorrea o ausencia de menstruación.^{3,4}

El diagnóstico de la anorexia se basa no sólo en la ausencia de un origen orgánico, sino en la presencia de ciertas características. Desde esta perspectiva, conviene recordar los criterios considerados por la Asociación Psiquiátrica Americana para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:⁵

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla.
- Miedo intenso al aumento de peso o a ser obeso incluso con peso inferior al normal.
- Distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo.

- En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto.⁶

En la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos:

- El tipo restrictivo: la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso. No recurren a atracones ni purgas.
- El compulsivo purgativo: recurre regularmente a atracones o purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.^{2,6}

Los TCA han sufrido un incremento espectacular en su incidencia en los últimos años. La bulimia nerviosa afecta mayoritariamente a mujeres entre los 14 y los 18 años con una prevalencia de 2 a 4%.^{7,8} Llegó a considerarse una epidemia a raíz de su clasificación como diagnóstico diferenciado de la anorexia nerviosa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁹ (DSM IV) en 1995. Los criterios considerados para establecer este diagnóstico diferencial son los siguientes:

1. Presencia de atracones recurrentes. Definiremos un atracón por las siguientes características:

1.1 Ingesta de gran cantidad de alimento en un espacio corto de tiempo, o sea cantidades superiores a la de la mayoría de las personas en el mismo tiempo.

1.2 Pérdida de control sobre la ingesta del alimento, sensación de no poder parar de comer.

2. Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, con el fin de no ganar peso, por ejemplo: provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, enemas, ayuno o ejercicio excesivo.

3. Los atracones y las conductas compensatorias son producidas no menos de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

4. La autoevaluación está sumamente influida y determinada por el peso y la silueta corporal.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Esta clasificación dio origen a dos subtipos:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes y diuréticos.

Tipo no purgativo: Durante el episodio, la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ejercicio intenso, el ayuno, etcétera.

El trastorno por atracón presenta ciertas características propias que lo distinguen de la anorexia nerviosa. Finalmente, ambos trastornos alimentarios complejos están íntimamente relacionados y difícilmente se encuentran en un solo paciente.^{10,11}

Tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa, ambas del tipo compulsivo purgativo, la piedra angular de la semiología es el vómito. Debido a ello, los pacientes presentarán diversos grados de lesiones dentales.

Quien se dedique a la atención de la salud dental deberá conocer las manifestaciones clínicas bucales de esta enfermedad, lo que permitirá diagnosticar y orientar al paciente y a la familia sobre la mejor manera de tratar el padecimiento oportunamente.

MANIFESTACIONES BUCALES

La anorexia y la bulimia nerviosa y sus presentaciones atípicas son trastornos alimenticios. Aunque son enfermedades mentales, ambos trastornos pueden tener consecuencias físicas serias incluyendo daño a la salud oral. Numerosos documentos han reportado las consecuencias dentales y el manejo individual de un

reducido número de pacientes.^{2,12}

Mendoza y Nistal (1998)¹³, así como Gay y Ramírez (2000),¹ describen las lesiones dentales producidas por vómito recurrente provocado en los trastornos de la conducta alimentaria sobre todo el subgrupo purgativo de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa con erosiones dentales y alteraciones de las glándulas salivales. La naturaleza de estos trastornos comúnmente ensombrece los problemas dentales.

Debido al origen de carácter psicológico 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,¹⁴ por lo que requieren de reconocimiento y de un tratamiento preventivo oportuno.^{15,16}

Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran:

- Descalcificación y erosión del esmalte.
- Caries extensas.
- Sensibilidad dental a estímulos térmicos.
- Alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales.
- Sialoadenitis y xerostomía.
- Pérdida de la integridad de las arcadas.
- Disminución de la capacidad masticatoria.
- Antiestética.
- Queilosis.
- Mordida abierta anterior.
- Restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobtusión).^{1,11,14,17,18,19,20,21}

Los efectos más relevantes sobre la cavidad bucal producidos por la anorexia y bulimia nerviosa de tipo purgativo compulsivo son: erosión de las piezas dentarias mayormente expuestas a los fluidos ácidos provenientes del estómago en el momento del vómito,¹⁶ particularmente las caras palatinas del grupo anterosuperior, y aumento en la incidencia de caries por la presencia de una mayor acidez en el medio y por una disminución del flujo salival, la que, además de aumentar la incidencia de la caries, produce una manifiesta sequedad bucal que puede ser de ayuda en el diagnóstico.^{22,23,24,25,26,27}

Erosión dental

De acuerdo con la declaración de la Federación Dental Internacional^{28,29} (FDI),ⁱ la erosión dental se caracteriza por la pérdida de superficie de los tejidos duros dentarios.

Aunque no se conoce del todo su etiología, se le vincula con un proceso multifactorial químico o de disolución de ácidos. Clínicamente, la erosión dental puede aparecer en principio como un defecto adamantino brillante y liso, que si no se trata puede avanzar a la dentina y producir defectos graves que cambian la forma y función de la dentición.^{24,28}

El factor bacteriano no se presenta en la erosión. Puede ser el resultado de la exposición a los ácidos de los alimentos, bebidas o regurgitación. Su desarrollo puede ser parte de un proceso acumulativo en el que influye la frecuencia y el tipo de la exposición al ácido, de las costumbres de higiene oral y de la vulnerabilidad individual. Es por esto que la erosión dental se encuentra dentro de la clasificación de las patologías bucales en aquellas provocadas por factores físicos y químicos.

Existen tres tipos de erosión dental: extrínseca,

ⁱ Federación Dental Internacional (FDI), fundada hace más de cien años, la única asociación mundial de la odontología que existe.

intrínseca e idiopática. La erosión extrínseca es provocada por alimentos, bebidas y otras fuentes externas de ácidos. La erosión intrínseca esta relacionada con la regurgitación o el reflujo de fluidos del estomago, cuyo ejemplo clásico es la encontrada en la cavidad bucal de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo. Cuando las causas no se determinan con claridad recibe el nombre de erosión idiopática.

Cuando el proceso es activo, se necesita proteger de inmediato los tejidos duros del diente para evitar un mayor deterioro. Esto implica tomar medidas para reducir los factores etiológicos en el proceso erosivo.

La erosión producida sobre las piezas dentarias es masiva y, a diferencia de las abrasiones, abarca la totalidad de la cara afectada (palatina principalmente) al asumir la forma de una cuchara.

Se caracteriza por: erosión extensa de superficies palatinas anteriores; erosión moderada en superficies vestibular, anterior-superior; erosión moderada en superficies linguales y oclusal posterior superior e inferior y superficies linguales inferiores prácticamente inalteradas.^{24,30,31}

Existe ausencia de pigmentaciones exógenas ocasionada por café, té, cigarrillo, etcétera, sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. La rehabilitación de estas piezas es difícil, más aún cuando existe extrusión de las piezas antagonistas.

Mientras que la dieta es considerada la causa más importante de erosión dental, el riesgo de erosión debido al efecto de ácidos intrínsecos ha sido reconocido y estudiado. Teóricamente, todos los desordenes asociados a la presencia de ácido gástrico en cavidad oral, pueden derivar en desmineralización de los tejidos duros dentales. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de erosión dental inducida por

factores intrínsecos han sido solamente observadas a la fecha en desordenes asociados con regurgitación ácida persistente y vómito crónico. Éstos incluyen la enfermedad de reflujo gastro-esofágico, alcoholismo crónico y la bulimia nerviosa.^{27,32}

El porcentaje (38%) de prevalencia de la erosión dental es bajo debido a que depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómito, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), entre otros.^{1,20,33} La erosión no aparece hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años. Se considera, a pesar de su baja prevalencia, que es la lesión dental típica de estos pacientes en orden descendente. El grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión; esto crea un verdadero reto restaurativo y se complica aún más por:

- Capacidad de amortiguación salival (buffer).
- El pH salival.
- Magnitud flujo salival.
- Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- Parafunciones (bruxismo).
- Tipo de dieta ácida.^{11,14,19,21,34,35}

Caries dental

El abuso en la ingesta de carbohidratos, asociado a una deficiencia en la higiene bucal, aumenta la prevalencia a la caries dental. El uso de medicamentos prescritos a los pacientes anoréxicos o bulímicos, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, entre otras, contribuyen a la presencia de dicho padecimiento. Es factible que existan cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *streptococos mutans* y *lactobacilos*.³¹

En los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo

purgativo compulsivo, pueden existir grados variables de xerostomías asociadas a la deshidrataciónⁱⁱ – producida por la pérdida de líquidos ocasionada por el vómito-, estados permanentes de ansiedad y secundarios a medicación depresora del sistema nervioso central lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de placa dentobacteriana.²⁵

Entendemos por xerostomía la sensación subjetiva de sequedad de boca. No es específica de la edad geriátrica, pero predomina en pacientes que superan la quinta década de la vida. La sintomatología bucal y extrabucal asociada a xerostomía conlleva un déficit importante en la calidad de vida de estos pacientes.

Su prevención y tratamiento pasan por el conocimiento de los factores causales, destacando por su frecuencia e importancia la acción xerostomizante de numerosos fármacos.

Boca seca

La boca seca, también conocida como xerostomía, es una condición muy común que afecta alrededor de uno de cada cuatro a cinco adultos, principalmente mujeres. Usualmente es debido al decremento en la cantidad de saliva en la boca. La saliva tiene funciones muy importantes, con papel en el gusto, el habla, la masticación, la digestión y la protección de los dientes, la boca y los labios. Por lo tanto, sumada al malestar de la boca seca, una prolongada reducción en la cantidad o fluido de saliva puede tener consecuencias serias, entre ellas caries dental severa e infecciones orales y malnutrición. En suma, la boca seca es frecuentemente

un indicador de muchas enfermedades. Las personas que sufren de boca seca también padecen de resequead de ojos, nariz, piel y área vaginal.^{36,37}

La xerostomía también puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales debido a enfermedad, infección, o un efecto colateral de tratamiento médico, como lo es la radiación terapéutica. Una causa común de boca seca es la ingesta de medicamentos xerogénicos, los cuales reducen la producción de saliva en glándulas salivales por lo demás sanas. Alrededor de 1800 medicamentos tienen la capacidad de causar resequead de boca. Estos medicamentos, los cuales se pueden obtener por prescripción (tales como los antidepresivos) o sin ella (tales como los remedios para la gripa o antialérgicos), tomados después de un periodo de tiempo, pueden incrementar el riesgo de infecciones orales y dentales.^{37,39}

La saliva mantiene y protege la integridad de la mucosa bucal, participa en la protección de la dentadura gracias a su composición química, que le confiere un efecto tampón y contiene los iones necesarios para la remineralización de los dientes.⁴⁰ Además tiene capacidad antifúngica, antibacteriana y antiviral, necesarias para el mantenimiento del equilibrio de la microbiota oral. En los pacientes portadores de prótesis dental, facilita su adhesión a la mucosa.

La cantidad de flujo real de saliva es el resultado de la producción y consumo de saliva.⁴¹ La saliva en reposo es la que se produce de forma espontánea, en situación de relajación y en ausencia de estímulos exógenos o farmacológicos.³⁹ La saliva estimulada es la que se obtiene después de haber sometido al paciente a estimulación salival. La secreción media de saliva mixta en reposo es de 0,2-0,4 ml/min y la de saliva

ⁱⁱ *Deshidratación.* La deshidratación desencadena una hiposaliva transitoria de la saliva global o mixta. Se puede presentar en estados febriles, poliuria, diarrea, hemorragias, gastritis, insuficiencia pancreática, fibrosis quística, hipertensión, polineuropatía amiloidótica familiar, intervenciones quirúrgicas y en el déficit vitamínico de riboflavina y de ácido nicotínico, así como la pérdida de líquidos corporales a causa del vómito en pacientes bulímicos.³⁸

estimulada es de 1-2 ml/min.

La hiposalivación es la disminución de la función de una o más glándulas, y esto conlleva la disminución de flujo salival. La xerostomía se detecta cuando el flujo de saliva mixta disminuye a la mitad, y es el síntoma define la sensación subjetiva de boca seca, pero no indica necesariamente sequedad objetiva de la mucosa bucal, pues el umbral de esta sensación es variable y no todos los casos de hipofunción salival se acompañan de sequedad bucal. La xerostomía generalmente es el resultado de una hipofunción multiglandular inducida por enfermedades sistémicas, radioterapia e ingesta de determinados fármacos. Predomina a partir de la quinta década de la vida.^{37,39,40,41}

La saliva juega un papel importantísimo en la higiene de la boca. Además de intervenir en el proceso digestivo, ayudando a la masticación y recubriendo los alimentos de enzimas que facilitan la transformación del almidón contenido en ellos, este líquido incoloro impide la proliferación de la placa bacteriana.⁴⁰ Actúa estabilizando el pH de la boca, debido a su alta concentración en carbonatos y fosfatos. Si no se mantiene una higiene bucodental adecuada, prolifera gran cantidad de placa bacteriana y microorganismos, que hacen que el pH dentro de la boca se vuelva ácido. Una alimentación con excesivo contenido en azúcares refinados y harinas contribuye también a acidificar el pH bucal. Al mismo tiempo, la saliva juega un papel esencial ya que incluye otros elementos como calcio y flúor que ayudan a remineralizar los dientes y mantener su esmalte.^{37,40,41}

La boca segrega saliva durante las 24 horas del día, a través de las glándulas salivales, que son seis y se localizan en las mejillas (glándulas parótidas), a ambos lados del suelo de la boca (glándulas submaxilares) y debajo de la lengua (glándulas sublinguales). Se calcula

que las glándulas salivales segregan un litro de saliva diario, aunque esta producción es menor durante la noche, de ahí que sea importante cepillar los dientes antes de acostarse para eliminar la placa bacteriana y evitar que la menor cantidad de saliva favorezca la proliferación de microorganismos.⁴⁰ Al mismo tiempo, la producción de saliva también disminuye con la edad. Por ello se recomienda a las personas mayores acudir con más frecuencia (dos veces al año) al dentista con el fin de prevenir o detectar a tiempo posibles problemas bucodentales.

Milosevic y Dawson³⁰ no encontraron diferencias significativas en los valores del pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí hallaron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad; en contraparte, Touyz y colaboradores.⁴² 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 reducidos.^{17,33,43}

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 mal nutrición, mal absorción, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros^{11,14,44}, y por sialoadenitis.

Sialoadenitis

Definida como infección o inflamación dolorosa de una o de las seis glándulas salivales mayores se produce como resultado de invasión bacteriana o viral

y se presenta como tumefacción crónica o aguda. La glándula parótida es la afectada con mayor frecuencia. El flujo salival se reduce, la saliva se vuelve más espesa y viscosa. La deshidratación, secundaria a cirugía o fármacos, estimula la sialoadenitis bacteriana. No se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuentemente 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.⁴⁵

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.⁴²

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

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 se afecta la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival, lo cual se manifiesta con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso.

^{11,36,37,39,41,46} Además de lo anterior, las deficiencias

de nutrientes y vitaminas básicas alteran la conservación y recambio epitelial y producen también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.^{18,45}

Periodonto

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, y el más frecuente es la gingivitis. Brady,¹¹ así como Robert y Li,¹⁹ estudiaron los índices de placa en estos pacientes y encontraron que fue más favorable para los bulímicos que para los anoréxicos. La salud gingival, medida por el Índice Gingival, fue mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no es representativa, contrario a los resultados de Touyz y colaboradores,⁴² quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis.³⁰

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales.

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,^{11,47} así como de condiciones dentales locales.

TRATAMIENTO Y MANEJO DENTAL

Durante mucho tiempo, el tratamiento restaurativo ha sido prioritario en el manejo de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo compulsivo, quedando relegadas las técnicas preventivas. Esto puede ser debido a que en ocasiones el dentista no

está enterado del desorden alimenticio. La educación al paciente bulímico sobre la aplicación de fluor, el uso de técnicas de cepillado, antiácidos, goma de mascar de xylitol y el posible uso de guardas bucales puede minimizar el efecto de los ácidos.²³ La instrucción y educación de aspectos tales como la erosión y los efectos que la deshidratación y la dieta tienen sobre los tejidos bucales serán el paso inicial en el tratamiento dental. En casos de emergencia, es recomendable el manejo estabilizador del dolor y del ambiente bucal, sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental para evitar fracasos y reintervenciones.^{17,19}

Aspectos importantes de la prevención en pacientes en donde el cuadro sintomático de la anorexia y la bulimia se encuentra activo, incluyen preventivos como son: revisiones continuas y protección del esmalte con fluoruro. Si el paciente vomita, se recomienda el empleo diario de soluciones neutras en forma de enjuague de fluoruro de sodio (0.05%), aplicaciones directas en gel de fluoruro de estaño (0.4%), así como el contenido de este en la pasta dental de uso diario que, además de proteger al esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries.^{11,17,19,20} Se ha reportado una reducción hasta de 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. Se debe evitar el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.^{17,48}

Por ser un padecimiento que el paciente generalmente oculta, dadas las prácticas en las que incurren, así como el sentimiento de culpa, será importante un escrupuloso interrogatorio enfocado a aspectos tales como la actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicios, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos, etcétera) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de

la enfermedad, como sialoadenitis, erosión dental y cambios en piel del dorso de las manos.^{49,50,51}

Una vez controlado el paciente, el tratamiento restaurativo será rutinario como en cualquier paciente odontológico con este tipo de lesión bucal. Se valorará el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado. Se puede utilizar desde una resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólogicos como dimensión vertical, sintomatología Articulación Temporo-Mandibular, mordida abierta,^{52,53} etcétera. Según sea el caso, el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.^{48,51,53,54}

Se sabe de las dificultades terapéuticas y de los fracasos en el tratamiento dental de estos desordenes alimenticios^{14,17,49}; esto no debe desmotivar al clínico, al contrario, debe considerarse como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que, al conseguir función y estética dental, éste recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.¹⁷

DISCUSIÓN

Es usual que estos tipos de TCA tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de la salud como la nutrición, cuando se ha demostrado que tienen aspectos de igual importancia para el bienestar del individuo, como lo sería el aspecto psíquico y social del paciente. Se deberán vincular todas las áreas de la salud y de las ciencias sociales tales como medicina, psicología, nutrición, odontología, sociología, antropología social, entre otras, para comprender de manera integral el tema y abordarlo como un todo; deberán dar cuenta de este trastorno no sólo como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una curiosidad médica, sino como un síndrome bien definido, tal como lo es.

Por tal motivo, quien se dedique a la atención de la salud bucal deberá conocer las manifestaciones clínicas de este padecimiento. Podrá, entonces, orientar al paciente y familia sobre la mejor manera de tratarlo oportunamente. Por lo tanto se recomienda:

1. Promover dentro del campo de la salud bucodental la realización de estudios sobre los TCA, dada la heterogeneidad de prevalencias, diagnósticos y soluciones propuestas en la literatura especializada.
2. Coordinar las actuaciones asistenciales y diseñar líneas específicas de acción, incorporando grupos sociales de autoayuda.
3. Facilitar el diagnóstico precoz a través de la atención primaria.
4. Procurar una vigilancia especial a la población de riesgo para aplicar medios de prevención primaria.
5. Potenciar el conocimiento de estos problemas entre los profesionales de la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gay, O. Z. y Ramírez G.E. R. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. Asociación Dental Mexicana. Vol. LVII, No. 1, 2000, enero-febrero, pp. 23-32.
2. Gurenlian, J.R. Eating disorders. J. Dent. Hyg. 2002, Summer; 76(3):219-34; quiz 236-7.
3. Tamburrino M.B. y McGinnis, R. A. Anorexia nerviosa. A review. Panminerva Med. 2002;Dec; 44(4):301-11.
4. Muñoz, M.T. y Argente, J. Anorexia nerviosa in female: endocrine and bone mineral density disturbances. Eur. J. Endocrinol. 2002; Sep;147(3): 275-86.
5. Freedman, A., Kaplan, H. I., y Sadock, B. Compendio de psiquiatría. Editorial Salvat, 1984, México, 2a. reimpresión.
6. Mitan, L.A. Eating disorders in adolescent girls. Curr. Womens Health Rep. 2002 Dec; 2(6):464-7.
7. Corcos M. y cols. Suicide attempts in woman with bulimia nervosa: frequency and characteristics. Acta Psychiatr Scand 2002 Nov;106(5):381-6.
8. Studen-Pavlovich D. y Elliott M.A. Eating disorders in women's oral health Dent Clin Noth Am 2001 Jul; 45(3):491-511
9. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV; 1995. MASSON, S.A. Barcelona, España. .
10. Foster D.W. Anorexia nerviosa y bulimia. En: Harrison, Principios de medicina interna. 13 a ed. Madrid: Interamericana/Mc Graw-Hill; 1994; vol I: 527-31.
11. Brady W.F. The anorexia nervosa syndrome. Oral Surg 1980; 50: 509-16.
12. Gordon, C.M y col., Effects of oral dehydroepiandrosterone on bone density in young women with anorexia nervosa: a randomized trial. J Clin Endocrinol Metab 2002 Nov; 87(11):4935-41
13. Mendoza J. y Nistal O. Impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en el aparato masticatorio (Contribución del odontólogo a un diagnóstico precoz) REVISTA AETCA Volumen 1 No. 3 diciembre 1998.
14. Stege P., Visco, Dangler L. y Rye L. Anorexia nerviosa: review including oral and dental manifestations. JADA 1982; 104: 648-52.
15. Bonilla E.D. y Luna O. Oral rehabilitation of a bulimic patient: a case report. Quintessence Int 2001 Jun; 32(6):469-75
16. Valena V. y Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. Australian Dent Journal 2002; 47(2):106-115

17. Gross K., Brough K.M. y Randolph P.M. Eating disorder: Anorexia y bulimia nervosas. *J Dent Child* 1986; 5: 378-80.
18. Robb N.D. y cols. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. *Br Dent J* 1995; 178: 171-5.
19. Roberts M.W. y Li Y-H. Oral findings in anorexia and bulimia nervosa: A study of 47 cases. *JADA* 1987; 115: 407-10.
20. Hasler J.F. Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nervosa. *Oral Surg* 1982, 53: 56773.
21. Hurst P.S., Lacey L.H. y Crisp A.H. Teeth, vomiting and diet, a study of the dental characteristics of sorenteen anorexia nervosa patients (Med line abstract). *Postgrad Med J* 1977; 53: 298-305.
22. Van Nieuw Amerongen A. y Vissink A. Oral complications of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other metabolic disorders. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001 Jun; 108(6):242-7
23. Sundaram G. y Bartlett D. Preventative measures for bulimic patients with dental erosion. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2001 Mar;9(1):25-9
24. Rytomaa I., Jarvinen V., Kanerva R. y Heinonen O.P. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand* 1988 Feb; 56(1):36-40
25. Mendell D.A. y Logemann JA. Bulimia and swallowing: cause for concern. *Int J Eat Disord* de 2001 Nov;30 (3):252-8
26. Ali D.A. y cols. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *J Am Dent Assoc* 2002 Jun; 133(6):734-7; quiz 768-9
27. Little, J.W. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod* 2002 Feb;93(2):138-43
28. Moss S, J. Dental Erosion. *Int. Dent J* 1998; 48: 529-39.
29. Clarkson J., Loe H., Sreebny L.M. y König K. The proceedings of the FDI's Second World Conference on Oral Health Promotion. London August 1999. *Int. Dent. J.* 2000; 50(3): 115-74.
30. Milosevic A. y Dawson L.J. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear (Med line abstract). *Caries Res* 1996; 30: 361-6.
31. Curzon, M. E.J. y Hefferren, J.J. Modern Methods for assessing the cariogenic and erosive potencial of foods. *Br. Dent. J.* 2001; 191:41-46.
32. Traebert J. y Moreira E.A. Behavioral eating disorders and their effects on the oral health in adolescence, *Pesqui Odontl Bras* 2001 Oct-Dec; 15(4):359-63
33. Abrams R.A. y Ruff C. Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *JADA* 1986; 113: 761-4.
34. House R.C. y cols. Perimolysis: Inveiling the surreptitios vomitor. *Oral Surg* 1981; 51: 152-5.
35. Liew V. P. y cols. A clinical and microbiological investigations of anorexia nervosa. (Med line abstract). *Austr Dent J* 1991; 36: 435-41.
36. Hamlar D. y cols. Determination of the efficacy of topical oral pilocarpine for postirradiation xerostomia in patients with head and neck carcinoma. *Laryngoscope* 1996; 106: 972-976
37. Sreebny L.M. y Schwartz S.S. Dry Mouth. [http Wm Wrigley Jr. Company \(2002\) USA](http://www.drymouth.info)
38. Casper, R.C. How useful are pharmacological treatment in eating disorders? *Psychopharmacol Bull Spring*; 2002 ;36(2): 88-104.
39. Sreebny L.M. Xerostomia. A neglected symptom. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1.333-1.337

40. Mandell I.D. Papel de la saliva en el mantenimiento de la homeostasia. Arch Odontoestomatol 1990; 6: 79-90
41. Navazesh, M. Xerostomía en el paciente de edad avanzada. Den Clin North Am (Esp) 1989; 33: 77-83
42. Touys S.W. y cols. Oral and dental complications in dieting disorders (Med line abstract). Int J at Disord 1993; 14: 341-7.
43. Roberts M.W., Tylenda C.A. Dental aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa (Med line abstract). Pediatrician 1989; 16: 178-84.
44. Hodson D.I., y cols. Symptomatic Treatment of Radiation-Induced Xerostomia in Head and Neck Cancer Patients. Cancer Care Ontario 2000.
45. Wolcott R.B., Yager J., Gordon H. Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): Report of cases. JADA 1984; 109: 723-5.
46. Kleier D.J., Aragon S.B., Averbach R.E. Dental management of the chronic vomiting patient. JADA 1984; 106: 618-20.
47. Hellstrom Y. Oral complications in anorexia nervosa (Med line abstract). Scand J Dent Res 1977; 85: 71-86.
48. Mitchell J.E., Siem H.C., Colon E., Pomeroy C. Medical complications and medical anagement of bulimia. Ann Int Med 1987; 107: 71-7.
49. Hartman D. Anorexia nervosa-diagnosis, aetiology and treatment. Postgrad Med J 1995; 71: 712-6.
50. Hobbs W.L., Johnson C.A. Anorexia nervosa: An overview. Am Fam Physician 1996; 54:1273-81.
51. Bassiouny, M.A., Pollack, R.L. Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers. JADA 1987; 115:412-7.
52. Shaw B.M. Orthodontic/prosthetic treatment of enamel erosion resulting from bulimia: A case report. JADA 1994;125: 188-90.
53. Darbar U.R. Treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers: A case report. Quintessence Int 1994; 25: 195-7.
54. Herzog D.B., Copeland P.M. Eating disorders. N Engl J Med 1985; 113: 295-303.