



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ALTERACIONES BUCODENTALES EN PACIENTES
CON ANOREXIA Y BULIMIA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARÍA TERESA TREJO HERNÁNDEZ

**DIRECTORA: C.D. REBECA ACITORES ROMERO
ASESORA: C.D. LAURA MARGARITA MÉNDEZ GUTIÉRREZ**

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI FAMILIA:

Por demostrarme que, con trabajo,
Puedo lograr las metas que me proponga.

A MI MAMÁ:

Por el tiempo y esfuerzo que ha
invertido
para que una vez terminada cada etapa de
mi vida pueda llegar mejor preparada a
la
siguiente y por ser mi modelo a seguir
de
superación y haberme enseñado a
nunca
decir “no puedo” antes de intentarlo. Te
amo.

A LA FAMILIA MARTÍNEZ:

Por todo el apoyo que me brindaron durante
la carrera para terminar, por su confianza,
amistad y ayuda en todo momento.

A MIS AMIGAS:

Por su amistad y ayuda incondicionales y por
todos los momentos inolvidables que
vivimos
las quiero mucho.

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1 LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	9
Definiciones	10
Marco histórico	12
Incidencia y prevalencia	16
CAPÍTULO 2 NEUROFISIOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN	19
Neurotransmisores y el control del apetito	22
CAPÍTULO 3 RELACIÓN ENTRE SALUD DENTAL Y NUTRICIÓN	24
Características que debe tener un alimento	26
Regulación en la ingesta de alimentos	27
CAPÍTULO 4 ETIOLOGÍA	30
Factores genéticos y hereditarios	30
Geografía y factores socioeconómicos	31
Influencias culturales	32
Influencias familiares	34
Anormalidades pituitarias o del hipotálamo	35
Factores psiquiátricos	36
Otros factores predisponentes	40
Importancia de estos trastornos para la sociedad	43

	PAG.
CAPÍTULO 5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES	45
Generalidades	45
Síntomas de bulimia nerviosa	45
Síntomas de anorexia nerviosa	48
Consecuencias	50
Problemas médicos	51
Medicamentos sin prescripción	59
CAPÍTULO 6 DIAGNÓSTICO	61
Criterio diagnóstico de la anorexia nerviosa	62
Criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa	65
Historia clínica	68
CAPÍTULO 7 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ORALES	70
Cambios en tejidos blandos	72
Cambios en tejidos duros	79
Síntomas asociados con la erosión dental	85
CAPÍTULO 8 TRATAMIENTO MÉDICO	88
Generalidades del tratamiento	89
Objetivos del tratamiento	91
Psicoterapia individual	91
Psicoterapia tradicional	92
Modificaciones de la conducta	92
Terapia conductivista cognitiva	93

Terapia de grupo	93
Terapia de familia	94
Terapia nutricional	94
Grupos de apoyo y autoayuda	94
Tratamiento farmacológico	95
CAPÍTULO 9 TRATAMIENTO DENTAL	96
Manejo odontológico	97
Tratamiento dental	100
Objetivos del tratamiento dental	101
Tratamiento para dientes con destrucción moderada	105
Tratamiento para dientes con erosión severa	106
CAPÍTULO 10 EVOLUCIÓN	107
CONCLUSIONES	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

	PAG.
Tabla 1 Anorexia	61
Tabla 2 Diagnostico de anorexia	62
Tabla 3 Diagnostico de bulimia	66
Tabla 4 Diagnostico y epidemiología de trastornos alimenticios	67
Tabla 5 Hallazgos orales de anorexia y bulimia	70

Tabla 6 Signos y síntomas de bulimia	71
Figura 1 Desgaste palatino	72
Figura 2 Irritación de mucosa palatina	75
Figura 3 Desgaste dental palatino	82
Figura 4 Desgaste dental palatino	84
Figura 5 Necrosis pulpar	87
Gráfica 1	108
Gráfica 2	109

INTRODUCCIÓN

El dentista juega un papel importante en el hallazgo de pacientes con trastornos médicos y con alteraciones significativas del comportamiento alimenticio. Mediante la obtención de una historia médica detallada, la medición de los signos vitales, la realización de un examen de cabeza y cuello, enfatizando en el examen intraoral, y mediante la interacción con el paciente, el dentista puede hallar signos y síntomas que sugieran la presencia de un desorden médico y de comportamiento alimenticio que no se haya detectado previamente. Cuando esto ocurra, el dentista deberá discutir sus hallazgos con el paciente, y referirlo a un médico para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Este papel de identificador de casos, ha sido bien establecido y aceptado por los odontólogos para condiciones tales como la hipertensión arterial, diabetes sacarina, y el cáncer de la cavidad oral.

Del mismo modo, el dentista puede ser el primer profesional que detecte hallazgos clínicos en la cavidad oral que sugieran trastornos psicológicos o de comportamiento alimenticio importantes. Este mismo papel de identificador de casos, se deberá aplicar a los pacientes cuyos hallazgos indiquen la posibilidad de alguna condición psicológica y-o de comportamiento alimenticio anormal.

Este trabajo hace énfasis en la importancia del dentista como identificador de los dos mayores trastornos de la conducta de la alimentación, los cuales son la bulimia y la anorexia nerviosa, pues estos presentan alteraciones en la cavidad oral, como por ejemplo, la pérdida del esmalte y la dentina, caries, úlceras, etc. Así, el odontólogo deberá manejar las complicaciones orales y dentales de estos

desórdenes; también los nutriólogos deberán asesorar al paciente anoréxico o bulímico sobre estas cuestiones remitiéndolo al odontólogo para su tratamiento. No hay que perder de vista que el tratamiento de la bulimia y la anorexia nerviosa, debe ser multidisciplinario, y en el cual deben de participar además del odontólogo y el nutriólogo, el psiquiatra, el psicólogo y el médico internista.

La bulimia y la anorexia son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en las sociedades occidentales contemporáneas. Debido a que la frecuencia con que se presentan estos padecimientos va en aumento, se requiere prestar particular atención al grupo de alto riesgo y realizar una detección temprana para evitar que los daños sistémicos y orales sean mayores.

Diversas condiciones causan una rápida y debilitante corrosión de los dientes. Una de las más comunes es la bulimia. Con frecuencia los dentistas encuentran pacientes que padecen este problema, por tanto, deberán confirmar la posibilidad de que exista, y referir al paciente a una clínica de trastornos de la conducta de la alimentación, y, si es el caso, contar con el apoyo nutricional profesional y competente; aconsejar al paciente con respecto a su condición, y restaurar la boca del paciente a un estado de salud y estética aceptable.

CAPÍTULO 1

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DE LA ALIMENTACIÓN

Las conversaciones obsesivas acerca de calorías, grasas, ejercicio y las mejores dietas, han llegado a la mesa familiar, convirtiendo este antiguo lugar de reunión y convivencia en un sitio donde la gordura es considerada desagradable, mientras la delgadez extrema, casi en los huesos, es considerada sinónimo de salud, control, carácter y éxito.

Los trastornos de la alimentación se desarrollan por una combinación de factores socioculturales, familiares, psicológicos y biogenéticas. Sentimientos de depresión, ansiedad y soledad, así como problemas en las relaciones personales pueden contribuir al desarrollo de éstas enfermedades. ⁶³

En el caso de la bulimia, quienes la padecen comen de manera compulsiva, ingieren laxantes y se provocan el vómito para evitar que se absorban los nutrientes.

Generalmente las enfermas(os) continúan provocándose vómitos después de llegar a su peso recomendable, incluso por años, por miedo a volver a engordar. ^{1,2,}

^{63, 64}

La anorexia se manifiesta por falta de apetito y rechazo hacia los alimentos. Incluso la persona puede dejar de comer y mantenerse tomando sólo agua. Realizan ejercicio vigoroso de 3 a 4 horas al día para perder calorías. La persona está en

desacuerdo con su peso actual a pesar de que éste sea el recomendable, por lo que con frecuencia se pesan. 3, 63, 64

Una vez iniciados los trastornos de la alimentación, son muy difíciles de eliminar. Salir adelante no es una cuestión de fuerza de voluntad, por lo tanto, se requiere de una ayuda especializada para resolverlos.

El tratamiento de la bulimia y de la anorexia requiere de apoyo psicológico principalmente, para encontrar y darle solución al problema, junto con un tratamiento integral para los daños causados. También es de suma importancia contar con asesoría nutricional, para modificar la idea que se tiene sobre los alimentos, y poder enseñar al paciente a comer sin temor a engordar. El tratamiento médico es muy importante cuando inician las alteraciones metabólicas.

El aprender a cuidar nuestro cuerpo a través del ejercicio y de una alimentación sana y variada que incluya todos los grupos de alimentos, es vital para todos, pues nos brinda beneficios, permitiéndonos proyectar una imagen saludable y segura.

Para poder comprender estos padecimientos, citaremos algunas definiciones relevantes.

DEFINICIONES

Los trastornos de la conducta de la alimentación generalmente se identifican como bulimia y anorexia nerviosa, éstos se manifiestan en mujeres jóvenes previamente sanas, en las que aparece un miedo paralizante a engordar, recientemente este padecimiento se ha extendido al sexo masculino.

Existen síndromes mixtos, ya que hay pacientes emaciadas que cumplen con los criterios de la verdadera anorexia nerviosa y que pueden tener una conducta bulímica, mientras que otras con bulimia nerviosa pasan a menudo por fases de anorexia. 4, 63. Son dos tipos de conductas que manifiestan un desorden emocional.

A partir de estos conceptos aparece la necesidad de ser prudente cuando un adolescente inicia un tratamiento de adelgazamiento, ya que puede convertirse en el factor precipitante de un trastorno de la conducta de la alimentación. 1

Las características principales de los trastornos de la conducta de la alimentación son patognomónicos totalmente característicos y, como patrón sintomático, no aparecen en otras enfermedades.

Bulimia

Bulimia nerviosa: la palabra bulimia significa literalmente, hambre insaciable o gran voracidad. Es un desorden caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos, asociados con vómitos autoinducidos y uso excesivo de laxantes. También presenta una percepción de que éste patrón de alimentación es anormal, miedo de no ser capaz de parar de comer voluntariamente, estado de ánimo deprimido y pensamientos autodespreciativos después de la ingesta excesiva.

4,5, 63,64

La bulimia nerviosa, conocida ya como trastorno de la conducta alimentaria, es principalmente un desorden emocional encaminado al mantenimiento y control del peso corporal.

Anorexia

Anorexia nerviosa: Falta de apetito. La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la pérdida deliberada de peso mediante la restricción de la ingesta calórica, cuyo resultado final es la emaciación, inducida por el mismo enfermo a través de dietas severas o purgas. Se caracteriza por una pérdida de peso de al menos 25% del peso corporal original.

En este trastorno, además de la privación hacia los alimentos, también las personas se provocan el vómito, realizan purgas intestinales, consumen fármacos anorexígenos o diuréticos, y realizan ejercicios excesivos.

Estos dos tipos de trastornos, por lo general se encuentran asociados, por lo que el paciente presenta características de ambos. ^{3,7}

CORROSIÓN

Es la pérdida de estructura dental causada por químicos, usualmente ácidos. A diferencia de otros defectos ácidos, en el caso de la bulimia las superficies dentales no son altamente pulidas y son ligeramente rugosas. La pérdida ocurre predominantemente en las superficies labiales o bucales de los dientes posteriores, pero algunas veces se encuentra involucrado todo el diente. ⁶

MARCO HISTÓRICO

A pesar de que la anorexia y la bulimia nerviosa son enfermedades que en las últimas décadas se han dado a conocer y cuya incidencia ha aumentado significativamente, han existido a lo largo de la historia humana. A continuación

describimos algunos datos históricos para el entendimiento de la aparición de estos trastornos y su relevancia.

En un principio, el ideal de belleza correspondía a personas con figura corporal obesa, especialmente en las mujeres. Las antiguas representaciones humanas, datan de antes del periodo paleolítico: 20,000 a 30,000 años A. C., encontradas en una aldea a orillas del Danubio; su nombre: “Venus de Wilendorf”. Ésta corresponde a una estatua de sexo femenino, la cual, es extremadamente obesa, con grandes senos y enorme abdomen. El gusto por las mujeres obesas persistió en el periodo neolítico.

Grecia, Babilonia y las culturas Egipcias también indican en sus referencias artísticas la admiración por las mujeres de gran abdomen y pesadas caderas y muslos. “Venus” refleja la idea de un sueño de abundancia, opulencia y fertilidad. El miedo al hambre tuvo un rol determinante en la actitud del ser humano.

Con el paso del tiempo algunos pueblos comenzaron a sufrir hambre, y una extrema miseria ocasionada por un descontrol de consecuencias políticas, que convirtió a la gente en esclavos ocasionando un deterioro físico y moral en la gente. Esto, en Irlanda en 1840 fue conocido como “La Gran Hambruna” durante la cual se redujo la población por millones. ²

A partir de sucesos como éste, empezó el auge de los trastornos de la alimentación. En el caso de la bulimia, se han descrito con frecuencia casos de personas muy voraces (hombres en su mayoría), a los que se definía como bulímicos. Sin embargo, el descontrol de la paciente bulímica actual (un episodio compulsivo, penoso, culposo) difiere de la simple voracidad.

Una de las primeras instancias registradas de la bulimia, se encuentra en el Talmud, una colección de la ley judía con una antigüedad de varios miles de años. La Mishnah, o parte escrita del Talmud, habla de que a una persona se le permite comer en el Yom Kippur, un día de celebración tradicional de ayuno, si la persona padecía de bulimia. ⁵

La anorexia nerviosa tiene años de antigüedad en la literatura médica. Las primeras descripciones son de Avicena, sabio médico Persa, que vivió entre el 980 y 1037 de nuestra era y, a partir de entonces, se han sucedido distintas denominaciones, como son: aepsia histérica, phtysis nerviosa, clorosis, disorexia, etc. Finalmente, se impuso el nombre de anorexia, del griego, an: sin, y orexis: apetito.¹

El concepto de anorexia nerviosa también fue mencionado en 1870 por Gull, en Londres, el cual la conceptualiza como “anorexia nervosa y anorexia histérica”, y Lassegue en Francia como “anorexie mental” y en alemán “pubertaetsmagersucht”. ⁷

Las comunicaciones médicas sobre anorexia nerviosa se remontan al siglo XVII, en donde el ayuno se ha asociado siempre con el ascetismo y la pureza; donde la abstinencia voluntaria hacia la comida es como una tradición ritual. En muchas religiones, es un esfuerzo para purificar el cuerpo y el alma.

Las descripciones de inanición voluntaria se han encontrado en redacciones medievales, y la anorexia fue definida por primera vez como un problema médico en 1873. Lassegue reportó en este año ocho pacientes con “anorexia histérica”, las cuales presentaban emaciación severa y una negativa a la ingesta, aunque el ayuno no era absoluto.

En este tipo de pacientes, se encontró que sufrían depresión. Lassegue dijo que la pérdida de apetito muestra facetas diferentes en pacientes diferentes, en algunos hay una completa repugnancia a todo tipo de comida, y en otros sólo desprecio a algunos alimentos. ²

El estrés de estar sujeto a dietas crónicas puede generar un estallido que termine en una ingesta compulsiva. Keys y colaboradores estudiaron a voluntarios que se sometieron a 6 meses de semiayuno hacia fines de la segunda guerra mundial y que revelaron experiencias de comilonas incontrolables, que recuerdan a la bulimia, cuando se les permitió luego un acceso irrestricto a los alimentos. ³

Ktunkard, en 1957, habló por primera vez de los “binge-eaters” (comilones compulsivos), refiriéndose a los obesos que tenían episodios de voracidad casi incontrolable en circunstancias generadas por la sociedad. ¹

La forma restrictiva de la anorexia nerviosa es caracterizada como una entidad independiente, histórica, considerada también en alguna lectura psicoanalítica como pre-edípica. Crisp la define en 1967, en su libro Anorexia Nerviosa como una fobia al aumento del peso corporal, y globalmente, como una estrategia para evitar la maduración.

La anorexia nerviosa es también una estrategia para evitar la entrada prematura al mundo de la sexualidad, una situación que fue muy clara en la década de 1960 y parte de los setentas, cuando se esperaba una iniciación sexual muy temprana de los jóvenes. En parte persistente todavía, por ejemplo en el caso de las modelos de tan sólo diez a doce años de edad.

La incidencia de estos trastornos se ha multiplicado en los últimos treinta años y, paralelamente, ha ido ocupando un espacio progresivo y desmesurado en los medios de comunicación.

Lo que en la actualidad describimos como bulimia, es sin duda una entidad vinculada con la restricción alimentaria y con las presiones socioculturales que han generado esta modalidad peculiar y diferenciada de la anorexia nerviosa.

La bulimia se considera como una enfermedad independiente desde 1980, cuando la define así el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM III), a partir de la descripción de G. Rusell.⁸

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Los dos mayores trastornos de la conducta de la alimentación: la bulimia y la anorexia nerviosa, son una auténtica plaga en estos tiempos. Poco a poco se han convertido en una nueva epidemia que está amenazando la salud e incluso la vida de los adolescentes a nivel mundial. Según las estadísticas en los Estados Unidos el 80% de las mujeres adultas desean ser más delgadas y muchas de ellas están haciendo algo para conseguirlo.

La anorexia y la bulimia nerviosa son las causas más importantes de morbilidad psicológica y física en mujeres (90 a 95%) y en una menor extensión, en hombres (5 a 10%).⁹

La anorexia nerviosa afecta un estimado de 1% de las mujeres entre los 12 y los 25 años de edad. La incidencia general es de 0.24 a 7.3 casos por 100,000 por año.⁹

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia; se estima que su prevalencia vaya del 1 al 5% para la mayoría de las poblaciones, con algunas tan altas como el 15%. Aproximadamente del 40% al 50% de los pacientes con anorexia nerviosa son también bulímicos. ¹⁰

Aproximadamente el 33% de los pacientes con bulimia nerviosa abusan del alcohol o los estimulantes. Más del 50% de los pacientes con bulimia tienen trastornos de la personalidad. ⁹

Ahora, el panorama es muy desalentador: 1 de cada 100 en el mismo grupo de edad padece anorexia; 5 o hasta 12 de cada 100, padece de bulimia; y del 6% al 10% de todas las personas afectadas por estos trastornos de la conducta de la alimentación muere por esta causa. ⁸

México, aunque no cuenta con un registro exacto de casos, no es la excepción, donde la población más afectada, mujeres entre los 12 y 25 años de edad, dos momentos claves de separación: infancia, pubertad ^(1,3) padece una combinación de anorexia y bulimia conocida como “bulimarexia”. La situación obliga a actuar antes de que la epidemia se salga de control.

La prevalencia de la anorexia nerviosa se presenta en adolescentes blancas de familia de clase media-alta, en donde se observan proporciones tan elevadas como el 1%. ⁴

Así, la población de riesgo se encuentra formada sobre todo por mujeres que viven en zonas del mundo en las que el alimento es un bien ofrecido, donde no hay que luchar para conseguirlo, y por tanto, no es un símbolo de poder.

Estos trastornos son raros en mujeres negras u orientales, en las de bajo nivel socioeconómico y en varones. En la anorexia, rara vez se ven afectados niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. ⁴

Algunos grupos son especialmente vulnerables; es más común encontrar una conducta alimentaria alterada en mujeres con antecedentes de obesidad, modelos, estudiantes de ballet o personas cuyas profesiones demandan un alto desempeño, así como entre hombres homosexuales. ³

La incidencia de la bulimia nerviosa es más dudosa. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa, aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía, con frecuencia después de los 18 años. ¹¹

La conducta bulímica es mucho más común que el síndrome bulímico propiamente dicho.

Un estudio realizado en diversas secundarias y preparatorias de la ciudad de México (1988), demuestra que el 87% de las adolescentes (en edad promedio de 15 años), han realizado dietas restrictivas para bajar de peso. 11% de ellas se han provocado el vómito, 8% han usado laxantes y 21% han utilizado diuréticos para tratar de controlar el peso. Asimismo, el 27% de las encuestadas han usado pastillas para bajar de peso. ¹²

No sólo el sexo femenino se ha enganchado a estos trastornos de la conducta de la alimentación. También los varones han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas.

CAPÍTULO 2

NEUROFISIOLOGÍA DE LA ALIMENTACION

La conducta alimentaria, a nivel neurofisiológico, es regulada mediante el Sistema Nervioso Central que envía señales de hambre o saciedad según sea la necesidad del organismo. En un sentido amplio se manejan dos tipos de información: una que regula la alimentación a corto plazo (regulación alimentaria) y otra a largo plazo que mantiene depósitos específicos de nutrientes (regulación nutricional).⁶⁵

La regulación alimentaria está determinada por varios factores que producen la inhibición del centro de hambre:

El llenado gastrointestinal, que envía señales inhibitorias (insulina y glucagon).

La llegada de grasas al duodeno, que produce la liberación de colecistoquinina (señal inhibitoria). Otra hormona que produce inhibición es la corticotrofina.

La medición de la cantidad ingerida por receptores orales (masticación, deglución, salivación y degustación).⁶⁶

La regulación nutricional esta relacionada con los niveles de glucosa, aminoácidos y lípidos en sangre, dado que al estar disminuidos producen una baja de la frecuencia de descarga por parte de neuronas especializadas en el centro de la saciedad y por lo tanto un aumento en el hambre.

La mecánica real de la alimentación (salivar, masticar y deglutir) esta controlada por centros del tallo encefálico, específicamente en el rinencéfalo y en la sustancia reticular (responsable de la fase inicial de la conducta alimentaria).^{65,66,67}

Por otra parte, la regulación de la cantidad de alimento esta mediada por el hipotálamo, dado que en el núcleo medio hipotalámico se encuentra el centro de saciedad, y que en el área hipotalámica lateral se encuentra el centro del hambre.^{66,67}

Los centros hipotalámicos reciben estímulos periféricos, entre los que se encuentran los metabólicos (gobernados por el estado nutricional del organismo), los psico-sensoriales (sabor, gusto, olor y aspecto de la comida) y los interceptivos (gobernados por la necesidad nutricional de órganos internos).

La serotonina es un neurotransmisor que se encuentra en el núcleo del rafe medio del tronco encefálico abarcando muchas regiones cerebrales, entre las que se destacan las astas dorsales de la medula espinal y el hipotálamo.¹⁴

Diversos trabajos han demostrado que la serotonina tiene relación con los estados de saciedad y gobierna junto con otros neurotransmisores, como la norepinefrina (noradrenalina) y la dopamina, el estado de ánimo.

Por su estrecha relación con el estado de saciedad, la serotonina, al encontrarse en niveles bajos provoca hambre, y por el contrario, al encontrarse en niveles altos provoca saciedad. Este es un modelo simplificado, puesto que los signos de hambre o saciedad probablemente estén gobernados por varios neurotransmisores que actúan de manera concentrada para dar la sensación de necesidad o no de alimentación.

Una actividad anormal de la serotonina provocara conductas psicopatológicas, como impulsividad, obsesión y cambios de humor en los pacientes.

Teóricamente, en la bulimia la actividad de la serotonina se encuentra disminuida, mientras que en la anorexia, por el contrario esta aumentada.^{65,66,67}

Un aspecto importante sobre la serotonina es que su precursor es el triptofano, el cual es un aminoácido esencial, que no puede ser sintetizado por el organismo, sino que debe ser obtenido de la dieta. Cuando el organismo recibe una dieta deficiente en triptofano, se aprecia una disminución en la relación de la concentración de este con otros aminoácidos neutros grandes, lo que conlleva a una disminución de su presencia en el cerebro y de la síntesis de serotonina. ^{15, 65, 66, 67}

El triptofano se obtiene de alimentos ricos en proteínas como: leche, huevos, quesos yogurt, mantequilla, carne de pavo, pollo, atún, plátanos, higos, nueces, almendras, dátiles, espinacas, ejotes, cacahuates y crema de cacahuete.^{66,67}

Cuando se agrega al triptofano algún carbohidrato como pasta o pan, se facilita su llegada al cerebro en donde se necesita para que lleve a cabo su función. Por esto cuando se toma un vaso de leche con galletas o un sándwich de pavo, se lleva al organismo una buena dosis de triptofano facilitado por los carbohidratos. De esta manera la liberación de la serotonina será mas rápida.^{66, 67}

NEUROTRANSMISORES Y EL CONTROL DEL APETITO

La decisión de que comer y cuando hacerlo, involucra a una gran cantidad de neuronas y neurotransmisores. Estos transmisores también son afectados cuando no se han ingerido alimentos, e informan al cerebro de cuanto tiempo ha pasado desde que la persona comió por última vez. Estas características especiales permiten que la serotonina ocupe un lugar importante en el control del apetito, controlando la cantidad apropiada de proteínas y carbohidratos que el organismo necesita. ¹⁶

Efecto de los carbohidratos en la Serotonina

Para que el cerebro sea apto para regular el apetito, debe tener acceso a información que revele lo que se ha ingerido. Esta información no puede ser limitada a las propiedades sensitivas de la comida también debe ser valorada por su efecto metabólico en el cuerpo después de su consumo, principalmente en su contenido como proteínas, grasas o carbohidratos. Un alimento debe producir cambios químicos en el cerebro, la naturaleza y duración de dichos cambios varían de acuerdo al contenido nutricional y a la cantidad de alimento.

Un cambio importante ocurre en el cerebro después del consumo de un alimento rico en carbohidratos. Estos producen un aumento en la liberación de la serotonina, lo que causará que la siguiente ingesta de alimentos sea baja en carbohidratos y alta en proteínas.

Por el contrario, una comida rica en proteínas causará que la persona desee consumir más carbohidratos y menos proteínas en su siguiente comida. ¹⁷

Serotonina: Tratamiento de trastornos alimenticios

La bulimia y la anorexia nerviosa son enfermedades psiquiátricas con efectos fisiológicos importantes. La depresión y el comportamiento obsesivo son comunes en estos trastornos. Debido a la clara relación que existe entre la anorexia y bulimia con la depresión, ciertas drogas psicotrópicas se han usado para el tratamiento integral del paciente. ^{66,67}

La más importante para nosotros será el uso de inhibidores de serotonina en sus distintas presentaciones (fluoxetina, clomipramine). Debido a que estos pacientes lo que más desean es estar delgados, drogas que ayuden a suprimir el apetito son aceptadas con mas entusiasmo que otras.

En un estudio realizado con personas bulímicas en donde se uso la fluoxetina, se observó que su deseo compulsivo de comer y la inducción al vómito se redujeron.

También ayudó la depresión, en la necesidad de comer carbohidratos y en los hábitos patológicos al comer.

Debido a que la fluvoxamina no presenta ninguna cardiotoxicidad, es más segura para pacientes cuyo vómito excesivo puede producir un desequilibrio que pueda afectar al corazón.

CAPÍTULO 3

RELACIÓN ENTRE SALUD DENTAL Y NUTRICIÓN

Se sabe que la caries dental ha estado presente desde el amanecer de la humanidad.

A través de diversos estudios epidemiológicos se ha encontrado una fuerte correlación entre el tiempo de exposición al azúcar refinada consumida por día y el índice de caries. Se sabe que la sacarosa es el más cariogénico de los azúcares. Diversos investigadores han demostrado que cuando la concentración de azúcar en el medio de cultivo excede el 10%, el producto final de la fermentación será ácido láctico. Si la concentración de azúcar está por debajo del 10%, el producto de la fermentación será una mezcla más uniforme de ácidos láctico, propiónico, butírico y acético.

Ambas situaciones representan un reto cariogénico para la superficie dentaria, pero la concentración baja de azúcar pudiera ser más peligrosa, ya que las mezclas de ácidos orgánicos se difunden con más facilidad hacia el interior del esmalte dental, por lo que el ataque carioso es más severo.

Además de la sacarosa, otros hidratos de carbono se fermentan en la boca y contribuyen al proceso carioso. En presencia de lactosa y almidón, el descenso del pH es más lento en cultivos puros.

Entre los patrones alimentarios atípicos que a menudo se omiten en la consideración clínica, está el consumo frecuente de pastillas para refrescar el aliento, tabletas, antisépticos, jarabes medicamentosos y vehículos para medicación homeo

y alopática, los cuales contienen cantidades considerables de azúcar. De igual manera, en contra de la creencia popular, la “miel de abeja” y los “almíbares de piloncillo” también son cariogénicos.

Al igual que en el área de investigación básica, se ha alcanzado un grado de interacción favorable entre nutriólogos, odontólogos, químicos, bioquímicos y muchos otros científicos. En el área de la salud bucal dicha interacción es de particular importancia, pues suele ocurrir que cuando el paciente acude con el dentista es demasiado tarde para lograr un nivel ideal de promoción de la salud.

Si los sectores del equipo médico que tienen contacto temprano con la mujer embarazada, así como aquellos que proveen la atención perinatal y neonatal consideran la información aquí presentada, existirán mejores perspectivas para consolidar la salud bucal a nivel familiar.

Esther Casanueva, en su libro Nutriología Médica, menciona que la nutrición es un proceso complejo que va de lo social a lo celular, y en términos generales se puede definir como el conjunto de fenómenos mediante los cuales se obtienen, utilizan y excretan las sustancias nutritivas. ¹⁸

Se deben destacar algunos aspectos generales de los nutrimentos como:

Todos los nutrimentos son importantes y no es procedente jerarquizarlos (basta con que un nutrimento falte para que el individuo enferme y después muera). La cantidad que el organismo necesita de cada nutrimento es muy variable.

La velocidad con la que un nutrimento se utiliza en el organismo es también diferente de un caso a otro y ello determina la urgencia con que debe obtenerse. El

oxígeno es el más urgente, el humano muere en unos cuantos minutos si no recibe oxígeno.

El organismo requiere una cantidad óptima de nutrimentos indispensables, si recibe menos de lo que necesita, desarrollará un cuadro de deficiencia, y si recibe más sufrirá intoxicación. ¹⁸

CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER UN ALIMENTO

- Biodisponibilidad. Se entiende como el grado en el cual los nutrimentos se pueden liberar y absorber en el aparato digestivo.
- Inocuidad. Si bien es cierto que todo organismo contienen nutrimentos y en este sentido podría servir como alimento, también lo es que por lo general contiene muchas otras sustancias, unas tal vez inertes, carentes de efectos sobre la salud, pero otras posiblemente nocivas.
- Accesibilidad. Para que una sustancia alcance el rango de alimento debe ser accesible, tanto por lo que toca a la cantidad producida cuanto por lo que se refiere a su precio de venta.
- Atractivo sensorial. Ser atractivo a los sentidos es una característica que deben tener los alimentos, ya sea en su estado natural o después de ser transformado en la cocina o industria.
- Aprobación cultural. Se entiende como cultura, el conjunto de conductas compartidas por un grupo humano determinado. ¹⁸

REGULACIÓN EN LA INGESTA DE ALIMENTOS

En base al Tratado de fisiología médica de Guyton-Hall se describen las siguientes definiciones: ¹⁵

Hambre. El término hambre significa ansia de alimento, y se asocia a varias sensaciones objetivas. Por ejemplo, una persona que no han tomado alimentos durante muchas horas, el estómago sufre contracciones rítmicas intensas, llamadas contracciones de hambre.

Apetito. El termino apetito se utiliza a menudo en el mismo sentido que el hambre., excepto en que habitualmente implica el deseo por un tipo específico de alimento en lugar de por el alimento en general. Por tanto, el apetito ayuda a una persona a elegir la cantidad del alimento que come.

Saciedad. La saciedad es lo opuesto al hambre. Significa una sensación de satisfacción originada por la ingesta de alimento.

Centros neurales de regulación de la ingesta de alimentos

Los centros neurales para la regulación de la ingesta de alimentos son los centros del hambre y la saciedad. La estimulación del hipotálamo lateral hace que un animal coma vorazmente, lo que se denomina hiperfagia. Por otra parte, la estimulación de los núcleos ventromediales del hipotálamo produce una saciedad completa, incluso ante la presencia de un alimento muy apetitoso el animal rechazará comer, lo que se denomina como afagia.

Regulación de la ingestión de alimento

Cuando el hambre mueve a una persona a comer voraz y rápidamente, lo que hace que deje de comer cuando ha comido suficiente, no es el mecanismo de retroacción de energía, porque todo el alimento ingerido, tarda horas para que se absorban cantidades suficientes de factores nutritivos en la sangre para que se produzca la inhibición necesaria de la ingesta de alimentos.

Veremos algunos tipos de señales de retroacción rápida importantes para este propósito:

- Llenado gastrointestinal

Cuando el tubo digestivo se distiende, especialmente el estómago y el duodeno, se transmiten señales inhibitorias de estiramiento, principalmente a través del nervio vago, para suprimir el centro del hambre, reduciendo así el deseo de comer.

- Factores humorales y hormonales que suprimen la ingestión de alimentos (colecistocinina, glucagon e insulina)

La hormona gastrointestinal colecistocinina, tiene un intenso efecto directo sobre los centros de la ingestión de alimentos para reducir una ingestión adicional. Además, por razones que no se conocen del todo, la presencia de alimento en el estómago y en el duodeno hace que el páncreas secrete cantidades significativas de insulina, que suprimen las señales neurógenas de ingestión de alimento procedentes del cerebro.

Inanición. La inanición como resultado de una mala alimentación es provocada por una disponibilidad inadecuada de alimentos, las alteraciones psicógenas e

hipotalámicas pueden, en ocasiones, provocar una gran reducción de la ingestión de alimentos.

Una de tales situaciones, la anorexia nerviosa, es un estado psíquico anormal en el que la persona pierde todo el deseo por el alimento, e incluso llega a sentir náuseas frente a éste; debido a ello, se produce una inanición grave.

El ayuno prolongado o inanición provocará una serie de factores que afectarán al organismo seriamente como: Desaparición de las reservas en los tejidos corporales.

CAPÍTULO 4

ETIOLOGÍA

La causa de estos trastornos de la conducta de la alimentación es desconocida. No existe una causa única que los origine. Diversos factores colaboran para producir la anorexia y la bulimia nerviosa, como son: factores genéticos, culturales y familiares, factores psiquiátricos como trastornos emocionales y de la personalidad, así como también desajustes químicos. Además, se ha sugerido que una disfunción primaria del hipotálamo puede jugar un papel significativo en la etiología de dichos trastornos. Sin embargo, las anormalidades hipotalámicas observadas, son revertidas a la normalidad con la ganancia de peso y aparentan ser de naturaleza secundaria.⁹

Aunque cada trastorno es determinado por las diferentes combinaciones de estas influencias, la genética también puede desempeñar un papel importante, entre otros factores predisponentes que perpetúan el desarrollo de estos trastornos.

FACTORES GENÉTICOS Y HEREDITARIOS

Los estudios familiares y de gemelos, sugieren que el componente genético para la etiología de la anorexia nerviosa y la bulimia es débil. En la anorexia nerviosa hay una concordancia del 50% en gemelos monocigóticos y del 7% en gemelos dicigóticos. Para ambos trastornos, los parientes de primer grado tienen un riesgo elevado de padecer trastornos de la alimentación, trastornos afectivos y de abuso de sustancias. Una predisposición genética no significa que una persona vaya a

desarrollar un trastorno de la alimentación, sino que tienen un riesgo más elevado si se presentan los factores culturales y psicológicos adecuados.^{9, 68}

Aparentemente, hay un riesgo hereditario tanto para la bulimia como para la anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa es ocho veces más común en las personas que tienen algún familiar con este trastorno, pero los expertos no saben con precisión cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas comunes, quizás dificultando más el subir de peso. Esta propensión hacia la delgadez, junto con otros factores culturales y psicológicos, podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. Se cree que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados endorfinas opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición, y que promueven una adicción al estado de hambre.

GEOGRAFÍA Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Las naciones económicamente desarrolladas de cualquier continente plantean para sus habitantes un riesgo mayor para el desarrollo de los trastornos de la conducta de la alimentación. Dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres. Los que se encuentran en grupos económicos más bajos pueden estar en mayor riesgo de padecer anorexia que bulimia nerviosa. La vida en la ciudad se puede considerar como un factor de riesgo para el desarrollo de bulimia y anorexia nerviosa, debido al ambiente que prevalece en la misma.^{19,21}

INFLUENCIAS CULTURALES

Las cuestiones culturales son importantes en la etiología de los trastornos de la conducta de la alimentación. La búsqueda de salud y la esbeltez es una fuerza poderosa en la sociedad moderna, y puede reforzar el miedo a la gordura en pacientes con trastornos de la conducta de la alimentación, o hacer que los casos latentes entren de lleno a la enfermedad.

Por un lado, los anunciantes comercializan a gran escala programas para la reducción de peso y presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma del deseo sexual. Por otra parte, los medios de comunicación inundan al público con anuncios que llegan a confundirlo.

Corren mayor riesgo las personas con baja autoestima, obsesionadas por la apariencia física, pero pocas personas están a salvo, pues su característica común es la vanidad. ¹

Toda cultura posee valores éticos y estéticos, más no siempre estos últimos son correctos. Nuestra cultura niega la diversidad, y ha hecho de la homogeneidad su norma. Al no cumplir esta norma, muchos se avergüenzan de lo que son, se reprimen, se castigan, enferman física y mentalmente; entonces, queriendo ser aceptados vuelven a enfrentar el rechazo. ²⁰

Algunos pasatiempos y ocupaciones, como lo son: modelaje, patinaje, gimnasia, lucha y ballet, que tienen gran énfasis en la forma del cuerpo, el peso y la apariencia física pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de estos trastornos de la alimentación.

Deportistas

También la profesión puede desempeñar un papel muy importante; por ejemplo: las bailarinas tienen una prevalencia de anorexia nerviosa 10 veces superior a la de la población general. ¹

En la comunidad de atletas el ejercicio excesivo es un factor desencadenante y perpetuante de la anorexia nerviosa, y a un grado menor en bulimia nerviosa.

Los cálculos de los episodios de los trastornos de la conducta de la alimentación entre dichos atletas y artistas oscilan entre un 15% y un 60%.

El término “triada de las mujeres atletas” se utiliza para describir la presencia de tres características comunes, en las atletas femeninas jóvenes y bailarinas, que consisten en: presencia de disfunción menstrual, trastornos de la alimentación y osteoporosis. ²²

La anorexia nerviosa pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas jóvenes retener una figura muscular aniñada, sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas, lo cual puede mitigar su estímulo competitivo. ²²

Se ha mostrado un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación entre hombres y mujeres en la milicia. ^{1,2}

INFLUENCIAS FAMILIARES

Es evidente que los factores emocionales negativos en la familia o en las relaciones íntimas, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en el desencadenamiento y la perpetuación de los trastornos de la alimentación. ¹

Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos al respecto de los trastornos de la alimentación, los padres y hermanos excesivamente criticones pueden desempeñar un papel muy importante en el desarrollo de la anorexia nerviosa en las niñas.

Las personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos son aquellas que carecieron de afecto físico cuando pequeños.

Existe también una incidencia mayor de trastornos de la alimentación en las mujeres víctimas de abuso sexual, que en la población general, pero no más alta que en personas con trastornos depresivos. Se han reportado tasas de abuso sexual hasta en un 22 a 30% en mujeres con bulimia nerviosa. ^{23,75}

También se indica que las personas con algún trastorno de la alimentación, en especial, personas que padecen bulimia nerviosa, pueden tener una historia familiar de abuso de sustancias, como padres alcohólicos en comparación con personas con anorexia nerviosa o sin trastornos de la alimentación.

Las personas con bulimia nerviosa también tienen una mayor probabilidad de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas personas obesas en la niñez, que las personas con otros trastornos psiquiátricos. ²⁴

ANORMALIDADES PITUITARIAS O DEL HIPOTÁLAMO

Existen dudas sobre si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos de la alimentación son causales o resultado de los trastornos.

Algunas investigaciones están concentrándose en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino u hormonal, de personas con trastornos de la alimentación.

El entorno clave de estas anomalías se ha definido con la existencia de una alteración funcional primaria del hipotálamo; el cual, regula la glándula pituitaria, debido a su importancia en la coordinación del sistema nervioso y del hormonal.

Las personas con daño en el hipotálamo tienden a presentar síntomas de anorexia. Los estudios basados en imágenes de los cerebros de pacientes anoréxicos, han encontrado altos niveles de proteínas conocidas como factores de secreción de corticotropina; las cuales se secretan durante periodos de estrés y bloquean la sustancia neuropéptido Y, un estimulante del apetito, que se encuentra reducido en las personas con anorexia nerviosa.

Las alteraciones hipotalámicas asociadas desaparecen con el aumento de peso, por lo que parecen más secundarias que causales. ^{65, 66, 67}

El sistema hipotálamo-hipofisiario es también responsable de la producción de hormonas reproductoras importantes, que son agotadas severamente en la anorexia, dando lugar a un cese menstrual. Altos niveles de la hormona masculina testosterona, se han detectado en mujeres con trastornos de la conducta de la alimentación. ¹

Aunque muchos expertos argumentan que éstas anormalidades reproductoras son resultado de la anorexia, otros han informado que en un 30 a 50% de las personas con anorexia, las perturbaciones menstruales ocurren antes de que la malnutrición severa haya ocurrido y permanece el problema por mucho tiempo después del aumento de peso; indicando que las anormalidades pituitarias preceden al mismo trastorno de la alimentación. ²⁶

FACTORES PSIQUIÁTRICOS

Los factores psiquiátricos parecen tener un papel importante en la etiología de los trastornos de la alimentación, pero su naturaleza no es clara. Una hipótesis consiste en que los desórdenes inician como respuesta a relaciones interpersonales inadecuadas o destructivas en familias orientadas a obtener metas específicas o altamente demandantes. Algunos investigadores sugieren que el abuso sexual tiene un papel importante, pero esto es muy controversial. ^{75, 70, 71, 72}

La interpretación psicoanalítica tiende a enfocarse en la anorexia como un mecanismo mediante el cual el paciente reestablece el control de la independencia de su vida con respecto a la dirección de los padres. ⁹

Trastornos emocionales

Aunque uno de los criterios habituales para el diagnóstico es la ausencia de una enfermedad psiquiátrica, se admite hoy de una forma bastante generalizada, que la depresión y la ansiedad desempeñan un papel importante en los trastornos de la alimentación.

Entre un 40 y un 80% de todos los pacientes con trastornos de la alimentación experimentan depresión. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, particularmente en la anorexia nerviosa; ya que los trastornos de la alimentación rara vez se curan cuando se administran antidepresivos como único tratamiento. ¹

El alivio que consiguen quienes dejan de comer es sólo temporal, pues cuando la serotonina cae a niveles por debajo de lo normal, la ansiedad aumenta y las personas bulímicas necesitan llenarse de nuevo de alimentos, con lo que terminan por perseguir algo inalcanzable.

Las estaciones del año, a menudo afectan la depresión y los trastornos de la alimentación. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno que son más oscuros.

Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno de la alimentación, asimismo, tiende a seguir el trastorno de pánico.

Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser humillada públicamente, son comunes en los trastornos de la alimentación.

Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes, que pueden resultar en comportamiento compulsivo, rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas, cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión.

Las mujeres con anorexia nerviosa pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. ^{1, 24}

Trastornos de la personalidad

Una teoría defiende que los trastornos comienzan como respuesta a una relación interpersonal inadecuada o destructiva en las familias competitivas y orientadas al éxito.

Se dice a menudo que las familias están enredadas, y que padres e hijos están continuamente implicados en los problemas de los otros.

La interpretación psicoanalítica tiende a enfocar la anorexia nerviosa como un mecanismo por el que el paciente reestablece el control sobre su propia vida. ^{1,70,71,72}

Las víctimas de la anorexia y de la bulimia nerviosa poseen un carácter obsesivo que termina traduciéndose en una preocupación constante por el peso y la dieta. Sin embargo, la personalidad es diferente.

Vinculados con los trastornos de la alimentación están los trastornos de la personalidad específicos, que son:

Personalidad evasiva en la anorexia nerviosa.

Personalidad inestable en la bulimia nerviosa.

Narcisismo en ambas.

Todos estos rasgos pueden encontrarse en cualquiera de los grupos.

Personalidad evasiva en la anorexia nerviosa

Hasta un tercio de las personas con anorexia nerviosa son de personalidad evasiva, o sea, que tienden a ser perfeccionistas y están emocional y sexualmente inhibidos. Rara vez se rebelan; se les percibe generalmente como buenas personas. El logro de la perfección, y todo lo que esto implica, es la única manera de lograr el amor; esto significa el convertirse en una persona libre de dificultades, y el no exigir nada (incluyendo la comida).

Como parte de este paquete de perfección, está una imagen ideal de delgadez que nunca puede lograrse.

Las pacientes anoréxicas carecen totalmente de personalidad propia, mucho más allá de una autoestima baja. Las personas con anorexia nerviosa son sumamente sensibles al fracaso, y cualquier crítica, aunque sea ligera, refuerza su propia creencia de que no son buenos. ^{23, 25}

La persona anoréxica suele estar considerada como un modelo a seguir, es típicamente perfeccionista, buena estudiante, obtiene muy buenas calificaciones en la escuela, con un nivel intelectual alto, y con tendencia a evitar conflictos.

En cambio, su preocupación por la opinión que los demás tienen de ella es excesiva, así como su tendencia a la depresión y a la ansiedad. Además, suelen fracasar en sus relaciones sentimentales.

Al paciente anoréxico se le descubre antes porque queda literalmente en los huesos, mientras que los bulímicos suelen mantener el mismo peso.

Esta es una de las razones por la que los bulímicos mantienen por más tiempo en secreto su enfermedad. Ellos tienen más conciencia de que están enfermos, y suelen acabar solicitando ayuda. ²⁶

Personalidad inestable en bulimia nerviosa

Casi el 40% de las personas que tienen anorexia bulímica, tienen personalidad inestable. Tales personas tienden a tener estados de ánimo, patrones de pensamiento, comportamientos y auto imágenes inestables.

No pueden soportar estar solos, exigen atención constante y tienen dificultad en controlar el comportamiento impulsivo.

Se ha dicho que estas personas causan caos a su alrededor mediante el empleo de armas emocionales como berrinches, amenazas de suicidio e hipocondría. ¹

Narcisismo en ambas

Las personas con bulimia o anorexia nerviosa tienen una tasa alta de narcisismo, un trastorno de la personalidad marcado por una incapacidad de calmarse a uno mismo o de simpatizar con otros, una necesidad de admiración, y una hipersensibilidad a la crítica o a la derrota. ^{21,73}

OTROS FACTORES PREDISPONENTES

Existen diversos factores que predisponen a las personas a padecer estos trastornos de la conducta de la alimentación.

Pérdida de buenos hábitos alimenticios

La incorporación de la mujer al mundo laboral es otro de los factores sociales del que se están valiendo la bulimia y la anorexia nerviosa para su propagación.

La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida, ha facilitado que muchos niños y adolescentes que empezaban su tanteo con la dieta, escapen del control familiar y acaben transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave.

Este es uno de los motivos que ha favorecido la expansión de los trastornos de la alimentación.

Otra conducta modificada en los hábitos alimenticios es, la hora del desayuno; debido a la falta de tiempo y a que el apetito al despertar se encuentra generalmente disminuido.

“Riesgo de contagio”

El deseo de perder unos kilos se convierte en una competencia entre integrantes de una familia, el medio que nos rodea, y con mayor frecuencia entre amigas.

También puede producirse el efecto dominó. Se ha comprobado que cuando una niña logra estar más delgada y consigue así la admiración del resto del grupo, se produce una especie de contagio. Esto provoca que las amigas de su entorno quieran parecerse a ella y acaben también enfermando. ^{19,20}

Pubertad temprana

Como sabemos, la pubertad es una de las etapas más difíciles de la vida para cualquier ser humano; los cambios hormonales y emocionales que ocurren durante esta etapa, y el sentir que estamos dejando de ser niños, es un impacto muy grande.

Por tal motivo, adelantar ésta etapa llega a propiciar un trastorno de la conducta de la alimentación, ya que al no esperar el desarrollo normal, obviamente el cuerpo se observa “parejo” y puede llegar a dar la apariencia de estar gordo.

No es sorprendente que haya un mayor riesgo de bulimia nerviosa y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por los adolescentes se intensifican aún más, por la ansiedad que provoca la atención a sus cuerpos cambiantes. 4, 20, 69

Vegetarianos

El comportamiento de algunos vegetarianos puede ser una máscara para un padecimiento como la anorexia.

En la actualidad la gente vegetariana ha aumentado mucho, ya sea por necesidad, por una obsesión por bajar de peso, o porque piensan que éste tipo de alimentos son más sanos que los de origen animal.

La ignorancia o la ideología de las personas, les puede hacer pensar que el cuerpo sólo necesita este tipo de nutrientes, que por supuesto son muy nutritivos, pero impide o limita el consumo de productos derivados de animales, los cuales son ricos en proteínas, entre otras sustancias muy importantes para el adecuado funcionamiento de nuestro organismo. 1,21

Otros de los factores predisponentes o desencadenantes son:
Divorcio de los padres (característica bastante frecuente).
Muerte de algún familiar importante en el núcleo.
Ser el primero o el último de los hermanos.

Sea cual sea el mecanismo o mecanismos implicados; la respuesta de la conducta es obsesiva y difícil de tratar. ¹

IMPORTANCIA DE ESTOS TRASTORNOS PARA LA SOCIEDAD

La anorexia y la bulimia nerviosa, conocidas popularmente a través del rostro de algunos de sus afectados como fue Lady Diana, Jane Fonda, la bailarina del Boston Ballet Heidi Guenther, y otras personalidades del medio artístico; son patologías modernas que han sabido aprovecharse de las tendencias sociales de los países industrializados.

En las últimas dos décadas, la delgadez se ha convertido en la tarjeta de presentación de todos aquellos hombres que desean triunfar social y profesionalmente.

Estos trastornos son alentados por una industria de dieta que alaba la figura delgada como sinónimo de belleza, y a través de la televisión, revistas, periódicos e Internet, proporcionan mil dietas mágicas que ofrecen resultados milagrosos y decenas de productos que permiten conseguir, no tener hambre, eliminar el exceso de peso, y adelgazar sin esfuerzo.

También los medios de comunicación contribuyen, con la publicidad de cosméticos, prendas de vestir, estrellas del espectáculo y modelos de moda; que

llevan a muchas mujeres a pensar “si ella tiene ese aspecto, yo también los tendré, a cualquier precio, aún el de la propia salud”.

La ropa, está diseñada y modelada para cuerpos delgados, a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarla con éxito. ¹

Desde luego, esto sólo no basta, porque toda la gente recibe dichos mensajes, más no todas las personas desarrollan un trastorno de la alimentación.

El entorno familiar, la presión del grupo de padres, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de la personalidad contribuyen a que algunas personas estén en alto riesgo. ^{1,19}

CAPÍTULO 5

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GENERALES

GENERALIDADES

La historia natural de los trastornos de la conducta de la alimentación se desarrolla de la siguiente manera:

Se comienza con una dieta de adelgazamiento, muchas veces espontánea. En algún momento, aparece la fascinación por la pérdida de peso y por el control sobre la comida

En algún momento conocen la posibilidad de vomitar para deshacerse de la sobrecarga calórica entonces queda constituida la bulimia.

Este paso de la anorexia a la bulimia sucede generalmente entre uno y dos años después del inicio de la anorexia, a veces inicia durante el curso del tratamiento de la anorexia; situación vivida por la paciente con mucho resentimiento, el cual le causa depresión, y que entraña alto riesgo de suicidio.

Los padres deben estar alerta a varios síntomas e indicios de peligro de la anorexia y la bulimia. ²⁷

SÍNTOMAS DE BULIMIA NERVIOSA

Los desordenes alimenticios, el miedo a la obesidad y las conductas extravagantes en relación con la comida son algunos de los principales síntomas.

Los síntomas de la bulimia pueden ser muy sutiles, ya que las mujeres con este trastorno lo practican en secreto, y aunque pueden ser de bajo peso, no siempre son anoréxicas. Cuando las circunstancias les obligan a comer más de lo habitual, se provocan el vómito lo antes posible, a menudo en servicios públicos, para no ser descubiertas por sus padres. ^{1,24}

Por lo general, llegan a su peso recomendable y continúan provocándose el vómito inclusive por años, por miedo a volver a engordar.

Los atracones de comida pueden alternarse con dietas extremas que resultan en fluctuaciones de peso dramáticas. Las adolescentes tratan de ocultar el momento en que están vomitando, haciendo correr el agua mientras están encerradas en el baño. Las purgas en la bulimia nerviosa presentan un peligro muy serio a la salud física del paciente. ^{12,28}

En resumen, los principales síntomas son:

Episodios recurrentes de atracones con grandes cantidades de comida en periodos cortos.

Sensación de pérdida del autodominio durante los atracones.

Conductas purgativas: uso regular del vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, eméticos, pastillas para dieta en forma indiscriminada. Dieta estricta o ayuno (la rutina la rematan con desayunos compensatorios, que finalmente las lleva a repetir el ciclo).

Ejercicio muy enérgico y compulsivo. A menudo, el hacer ejercicio compulsivamente junto con la emaciación, conduce a problemas ortopédicos, en particular en atletas y

bailarinas. Esto podría ser la primera señal de dificultad que obliga a un paciente a buscar ayuda médica.

Preocupación excesiva por la figura y el peso corporal.

Temor excesivo a engordar.

Antecedentes de dietas frecuentes. Casi todas las personas que desarrollan bulimia, han realizado intentos frecuentes para controlar su peso.

Síntomas de depresión: incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.

Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. 1,12

La bulimia presenta tres ciclos:

1. Descontrol alimenticio (binge = atracón). Comer con atracones a intervalos menores a dos horas, una cantidad mayor de alimento acompañados con sentimiento de pérdida de control.
2. Conducta compensatoria inapropiada, generalmente, vómitos autoinducidos.
3. Semiayuno en los periodos de no descontrol. Este semiayuno o restricción, es compensatorio del descontrol-atracón previo y preparatorio del próximo.

Estos ciclos se repiten como mínimo, 2 veces por semana. 1

Actitud bulímica

Antes de empezar la comilona, la mayoría de las mujeres se sienten tensas e inquietas, tienen palpitaciones o empiezan a sudar. Durante la comilona presentan una sensación de libertad, se desvanece la inquietud o la preocupación que tenían y

ya no tienen pensamientos inquietos ni negativos. Al final de la comilona, la mayoría de las bulímicas se sienten menos tensas e inquietas, pero puede que no se sientan a gusto consigo mismas por la manera de haber comido y entonces se inducen el vómito. Esto a su vez, puede conducirles a más inquietud y tensión, y por lo tanto se establece un círculo vicioso. ¹

Si la bulímica no puede aliviar su inquietud y tensión, por ejemplo cuando es interrumpida o descubierta cuando está comiendo, su comportamiento puede cambiar hacia la agresión y la ira.

SÍNTOMAS DE ANOREXIA NERVIOSA

Los pacientes con anorexia nerviosa por lo general presentan adelgazamiento rápido y progresivo, piel reseca, desequilibrios en el ciclo menstrual, caída del cabello, estreñimiento, insomnio, ansiedad.

En resumen:

El signo principal es la pérdida de peso, y una marcada tendencia a la inanición.

Temor irracional a los alimentos. Se niegan a comer.

Realizan ejercicios exagerados. Dietas excesivas y continuas, consumo de pastillas para la dieta, diuréticos, eméticos, purgación y vómitos.

Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y altura; por ejemplo, pérdida dirigida a mantener el peso en un 15% por debajo del esperado.

Intenso temor a engordar, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que esto provoca.

En mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión.

El pensamiento puede estar confundido o desacelerado, y pueden tener una memoria pobre y carecer de juicio.

Distorsión de la imagen corporal. Éstos pacientes tienen una mayor probabilidad de sobrestimar su tamaño, habiendo una mayor disparidad entre cómo desean lucir y cómo piensan que se ven. Las personas con anorexia tienden a tener una percepción exacta de su cuerpo superior, pero sobrestiman el tamaño del área abdominal y pélvica. 1, 3,11

Actitud anoréxica

La joven con anorexia nerviosa, a menudo estudiante destacada y brillante, típicamente una perfeccionista e independiente antes de la enfermedad, va cambiando con la progresión de ésta.

Su pensamiento se hace lineal y dicotómico: como-no como, bajo-no bajo (aunque durante un periodo puede seguir siendo una muy buena estudiante; entonces, su actitud con el estudio es perfeccionista y de aislamiento).

Todo lo que pone en riesgo su mantenimiento en una delgadez extrema, es vivido como muy amenazante.

En el diálogo con el profesional la paciente no puede o no sabe expresar qué le pasa; por ejemplo, no sabe hablar de su miedo a la gordura.

Crisp (1991), habla precisamente de que estas jóvenes son en realidad frágiles e inseguras, con un gran temor ante el mundo; y que la anorexia les brinda esa fuerza que anhelaban, permitiéndoles reinar dentro de su estado. ¹

CONSECUENCIAS

Hay una serie de posibles consecuencias de ambas enfermedades, una vez que estas se vuelven extremas. A saber: Relaciones afectivas conflictivas. Úlcera de esófago y estómago. Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio. Problemas dentales y en la cavidad oral. Crecimiento anormal del vello capilar. Caída del cabello. Baja de la temperatura corporal. Sequedad en la piel. Alteraciones menstruales. Muy bajo rendimiento intelectual y físico. Dificultad para relacionarse sexualmente.

Riesgo de muerte. Entre un 5 al 15% de los casos de bulimia y anorexia extremas son mortales. ^{1,4}

Las manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa son consecuencia del ayuno.

Aún quienes puedan aceptar superficialmente que existe un problema, pueden ser incapaces de cambiar su conducta. ³

La inanición también puede dar un sentido falso de plenitud debida a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más fácil dejar de comer. ¹²

PROBLEMAS MÉDICOS

Son menores los problemas de salud para las mujeres bulímicas que mantienen su peso corporal normal y no llegan a ser anoréxicas. De cualquier modo, las personas que padecen bulimia nerviosa, pueden sufrir diversas complicaciones médicas y con frecuencia resultan en hipocalemia, hipocloremia y alcalosis. La distensión gástrica es la única complicación directamente asociada con los atracones de comida. También se presentan comúnmente algunos síntomas no dañinos como son dolor abdominal, diarrea, constipación y síntomas neuromusculares como calambres.

A continuación explicaremos algunos de los principales problemas que pueden llegar a ocasionar estos trastornos.

Problemas psicológicos y comportamiento autodestructor

Los pacientes con bulimia y anorexia nerviosa son propensos a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se reportan en la mitad de las personas con bulimia nerviosa. Otros rasgos característicos son la hiperactividad, el aislamiento social, los rituales alimentarios y el esconder los alimentos que luego pueden ser eliminados o consumidos en privado. Los pacientes con conducta bulímica tienden a ser más impulsivos y más activos sexualmente. ⁴

El uso indebido del alcohol y de las drogas es más común en las personas con bulimia que en las personas con anorexia o que en la población en general. La

cocaína y las anfetaminas son las drogas usadas con mayor frecuencia por mujeres con bulimia nerviosa.

También fueron comunes otros tipos de comportamiento autodestructores: 8% cortaban regularmente alguna parte de su cuerpo, por lo general las muñecas, y 21% robaban. ^{24,29}

Problemas neurológicos

Las personas con anorexia severa pueden sufrir algún daño nervioso, la deficiencia de vitamina B₁₂ puede producir daños irreversibles en el sistema nervioso, así como anemia. Desmielinización de las neuronas y muerte celular en la médula espinal y corteza cerebral. Esto causa signos y síntomas neurológicos como convulsiones, parestesia de manos y pies, disminución de la sensación de vibración y posición con la consiguiente falta de equilibrio, pérdida de la memoria, confusión, depresión.⁴

Cardiopatía

La cardiopatía es la causa más común de muerte en la persona con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender (hipotensión).

El prolapso (mal funcionamiento) de la válvula mitral es frecuente, y se debe a un desajuste entre la válvula y la reducción del volumen ventricular izquierdo producido por la inanición. También puede haber derrame pericárdico. ⁴

Además, los músculos del corazón llegan a “padecer hambre”, perdiendo tamaño; es decir que hay adolescentes de 17 años con corazones del tamaño de un infante de 7 años. Los expertos desconocen aún sí la recuperación del peso devolverá la normalidad al funcionamiento y tamaño cardíaco. ²

Desajuste electrolítico y problemas renales

Con la presencia de estos trastornos, los minerales como el potasio, el sodio, el calcio, el magnesio y el fosfato; se distribuyen anormalmente en el cuerpo.

La deshidratación e inanición que causa la anorexia nerviosa, pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad conocida como desajuste electrolítico.

Ocasionalmente, el proceso de atascamiento-purgación, da lugar a la pérdida de líquidos y a niveles bajos de potasio, que pueden causar deterioro de la función neuromuscular, debilidad mínima a parálisis franca, dilatación intestinal; esto se revierte cuando se administra potasio. Niveles extremadamente bajos de potasio, pueden ocasionar anomalías de la función miocárdica, arritmia y resultar en un ataque cardíaco. ^{1, 27, 30}

El calcio y el potasio son particularmente importantes para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata irregularmente, debido a la baja cantidad que se encuentra en el cuerpo.

Los episodios bulímicos traen como consecuencia la retención de agua, hinchazón e inflamación abdominal. Debido al edema de las piernas y al aumento de

las glándulas parótidas que dan a la cara un aspecto relleno, el verdadero estado de emaciación puede quedar enmascarado cuando la paciente esta totalmente vestida.

Se altera la capacidad de concentración del riñón, posiblemente a causa de la poca respuesta a la hormona antidiurética. ¹

Anormalidades hormonales y reproductoras

Diversas estructuras cerebrales, particularmente hipotalámicas, intervienen en la conducta alimentaria. La hipotermia se presenta probablemente a causa de un defecto de la termogénesis reguladora, secundario a la disfunción hipotalámica.

Actualmente numerosos investigadores adjudican a una posible vulnerabilidad hipotalámica un papel significativo en la predisposición a estos trastornos en mujeres jóvenes. ¹

La anorexia nerviosa causa niveles reducidos de hormonas reproductoras, cambios en hormonas de la tiroides, y mayores niveles de otras hormonas como el cortisol, así como también retención de líquidos.

La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común. Este es uno de los tres síntomas que sirven para el diagnóstico de la anorexia. Suele acompañar o seguir a la pérdida de peso, aunque en la sexta parte de las pacientes puede aparecer antes de cualquier otro cambio físico, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso corporal. Dicha pérdida ósea ha sido asociada, junto a un aumento de los niveles de ciertas hormonas como el cortisol y la baja ingesta y absorción de la vitamina D con la aparición de osteoporosis. Las

concentraciones plasmáticas de cortisol en estado normal inducen a la retención de sodio y la excreción de potasio. ^{4,30,69}

La reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno adecuados y aumento de peso, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa, esto pasa hasta en un 25% de las pacientes con anorexia severa.

Las mujeres que quedan embarazadas antes de recuperar su peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con neonatos de bajo peso, abortos espontáneos frecuentes, y una tasa alta de niños con defectos congénitos.

La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por los bajos niveles de estrógenos y aumento de hormonas esteroideas y la baja ingesta y absorción de calcio y vitamina D, resulta en huesos porosos y predispuestos a fracturas.

Entre más tiempo persiste la enfermedad, mayor es la probabilidad de que la pérdida de hueso sea permanente.

Los pacientes que se rehabilitan a una edad temprana (15 años o menos), tienen mayor probabilidad de lograr una densidad ósea normal. ³¹

Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento. Los niveles basales de hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH), son bajos cuando la pérdida de peso es intensa; es aquí cuando en estos padecimientos se pierde la liberación intermitente de LH, o sólo tiene lugar durante el sueño. ^{1,4}

Estos hallazgos justifican probablemente, y en menor grado la amenorrea. Pueden provocarse ciclos de ovulación en pacientes con anorexia nerviosa con un tratamiento hormonal prolongado, lo cual sugiere que existe una alteración de la liberación hipofisiaria de gonadotropinas, secundaria a una disfunción hipotalámica. 4

La hormona del crecimiento o somatotrofina (GH) puede ser normal en estado basal, o encontrarse elevada. La somatotrofina tiene efectos importantes sobre el metabolismo de los carbohidratos y los lípidos. Las acciones metabólicas prominentes de la hormona de crecimiento se parecen a las que produce el ayuno.

En el ayuno hay mayor movilización de las grasas y cetosis. La hormona del crecimiento circulante aumenta con el ejercicio y la hipoglucemia. La somatotrofina causa mayor asimilación de aminoácidos por los tejidos y crecimiento, mientras que en la inanición tiene efectos contrarios.

Los efectos del hipotiroidismo pueden producir intolerancia al frío, cabello seco y delgado y piel seca. Estas alteraciones pueden ser fácilmente reconocidas por el dentista.

La grasa corporal es indetectable, y los huesos protruyen a través de la piel. Es interesante señalar que el tejido mamario suele estar conservado, y la prolactina es normal en las pacientes anoréxicas, pero algunas mujeres tienen bajos niveles de ésta.

En el varón con anorexia nerviosa, la concentración plasmática de testosterona es baja. 4, 30

Problemas en el aparato digestivo

La inflamación y el estreñimiento son problemas muy comunes en las personas con anorexia nerviosa. El estómago a menudo se afecta después de comer y se inflama. ²⁹

Los vómitos forzados se han asociado con dolores agudos de estómago e inclusive con irritación de la garganta e inflamación del esófago, que de ser constante puede ocasionar estrechamiento o ruptura del mismo, en el que el tratamiento puede llegar a ser quirúrgico.

Los vómitos inducidos con frecuencia, cuando la persona se mete la mano hasta la garganta, también pueden producir cortes y callos pequeños en las partes superiores de las articulaciones del dedo, debido al roce de los dientes incisivos con la superficie del dedo, lo cual se conoce como signo de Russell. ^{21,30}

Ocasionalmente, las paredes del recto pueden llegar a debilitarse tanto debido a la purgación, que llegan a salirse por el ano. Esta es una condición grave que requiere de cirugía. ²⁹

Se agrietan los labios de manera frecuente por la misma acidez, y pueden llegar a romperse los vasos capilares de la cara y los ojos por el esfuerzo que realizan al provocarse el vómito. ³²

Problemas sanguíneos

La anemia y la leucopenia son problemas comunes en la anorexia nerviosa y la inanición, debido a las múltiples deficiencias vitamínicas. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles

severamente bajos de vitamina B₁₂, sustancia necesaria para realizar la hematopoyesis, principalmente los eritrocitos, los cuales son frágiles y mal formados.

Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce gravemente su producción de elementos celulares, una enfermedad potencialmente mortal llamada pancitopenia. Las pacientes presentan hemorragias frecuentes.

Se presentan niveles bajos de IgG e IgM. A pesar de éstos datos, la función inmunitaria esta conservada en general, y son raras las infecciones graves. ⁴

Problemas dermatológicos

La piel puede estar seca, escamosa, y existe palidez tegumentaria en general. Esta coloración es visible sobre todo en las palmas de las manos. Las manos y pies suelen estar fríos o a veces hinchados.⁽⁴⁾ Estas alteraciones son producidas por los trastornos de la tiroides.

También pueden surgir brotes de salpullido y acné en la piel.

Todas las irregularidades endocrinas existentes en la anorexia nerviosa, no son detectadas a simple vista por el dentista, pero a menudo existe un aumento del vello corporal, principalmente el facial que suele ser fino, similar al lanugo, aunque también puede observarse un franco hirsutismo. El lanugo aparece cuando los trastornos de la alimentación están en periodos avanzados, y es fácilmente visible. ³¹

Riesgo de muerte

En grupos de pacientes anoréxicos se han encontrado tasas de mortalidad que varían de 4 a 20%.

En este porcentaje se incluye la muerte por suicidio, que se ha calculado comprende la mitad de las defunciones por anorexia nerviosa

El riesgo de muerte prematura es 2 veces más alto en bulímicos y anoréxicos, así como en los tipos que restringen sus dietas.

Las personas en mayor riesgo también incluyen a las que han estado enfermas por más de 6 años. Los hombres están en riesgo particular de padecer problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque son diagnosticados más tarde que las mujeres, ya que el problema es más difícil de reconocer en los hombres.

MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN

Las mujeres con bulimia y anorexia nerviosa con frecuencia abusan de medicamentos sin prescripción, medicamentos encaminados al control del peso corporal, tales como: laxantes (drogas que promueven la defecación), supresores del apetito (anfetaminas), diuréticos (agente que aumenta la velocidad de formación de la orina) y drogas que inducen el vómito, generalmente Ipecacuana. ⁽²⁴⁾

Ninguno de estos medicamentos esta libre de riesgo. Por ejemplo, se han reportado casos de intoxicación por Ipecac. El efecto tóxico más importante del Ipecac en dosis elevadas es sobre el corazón, ya que causa dilatación cardiaca, insuficiencia y muerte, pero no es un problema con la dosis habitual.

Los depresores del apetito como las anfetaminas, son estimulantes del sistema nervioso central, su efecto dura varias horas. Los efectos que las anfetaminas causan son: sensación de mayor energía y lucidez, menor apetito, mejor

desempeño de tareas. Los efectos indeseables son: ansiedad, irritabilidad y somnolencia transitoria, bruxismo, desconfianza y sensación de estar vigilado.

Inclusive las hierbas, té o preparados caseros para bajar de peso, pueden ser peligrosos si se abusa en su ingesta.

La mayoría de estos medicamentos se consiguen sin la necesidad de tener una receta prescrita por el médico, por tal motivo es que se abusa de ellos. ^{3, 27, 30}

CAPÍTULO 6

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico tanto de bulimia como de anorexia nerviosa, se hacen desde un punto de vista clínico. No existen pruebas diagnósticas específicas. Durante muchos años se utilizaron criterios psicológicos y clínico-somáticos, determinados por Feighner y cols. Tabla 1 4

Tabla 1 Anorexia
1. Comienzo antes de los 25 años.
2. Anorexia con pérdida de peso de al menos un 25% del peso corporal inicial.
3. Actitud aberrante hacia los alimentos, la cantidad o el acto de comer, que se sobreponen al hambre.
4. Ninguna enfermedad conocida que pudiera justificar la pérdida de peso.
5. Ningún otro proceso psiquiátrico conocido.
6. Al menos dos de las manifestaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Amenorrea• Lanugo• Bradicardia (el pulso en reposo se mantiene a 60 latidos x min)• Fases de hiperactividad• Episodios de bulimia• Vómitos (pueden ser provocados)
Feighner y cols. American Psychiatric Association. Washington D.C. 1987

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La principal característica de la anorexia nerviosa, es la negación a comer salvo cantidades muy pequeñas de comida o niveles muy bajos de calorías. Esta negación aparece muchas veces como tal, mientras la paciente afirma que se siente muy bien, y que no tiene necesidad de comer más. Otras veces expresa que entiende que debería comer más, pero que no puede hacerlo por molestias digestivas, o de otra índole. Tabla 2. 1, 4

Este es un rasgo básico de la anorexia, sin embargo, no está formulado con base en los criterios diagnósticos del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual IV, de la American Psychiatric Association)

Tabla 2
Criterio diagnóstico para anorexia nerviosa*

- Negación a mantener el peso corporal en o sobre un peso mínimo normal para la edad y estatura .
- Miedo intenso a ganar peso o engordar a pesar de estar bajo de peso.
- Experimentan alteración de la percepción de la forma o peso corporal.
- En mujeres que ya han menstruado, amenorrea (ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision.
Washington: American Psychiatric Association; 2000. p.594.

Estos criterios del DSM IV al igual que otras normas internacionales de diagnóstico, como por ejemplo el ICD (Diagnostic Criteria for Research), son de gran importancia para disponer de pautas uniformes para el diagnóstico ¹

Criterio A. Establece que estas pacientes tienen un peso igual o menor al 85% del considerado normal para su edad, talla y contextura física.

Criterio B. Toma en cuenta el miedo o fobia al aumento de peso y el rechazo a la obesidad.

Es frecuente en la consulta que una paciente que admitió formalmente que debe mejorar y recuperar peso, al observar en la báscula el aumento de algunos gramos entre en una crisis emocional. ¹

Criterio C. Se refiere a la llamada distorsión del esquema corporal. Esta alteración puede afectar la consideración de todo el cuerpo (como “grande” o “gordo”) o a ciertas partes, particularmente muslos, región glútea, abdomen.

. Esto se confirma cuando se les pide que se dibujen tal como se ven a sí mismas y dibujan una imagen muy sobredimensionada. ¹

Criterio D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. ¹

Una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas. ¹¹

Bastante antes de los criterios diagnósticos del DSM, Rusell propuso tres niveles de criterios propios de la anorexia:

Comportamental: la férrea negación a comer.

Psicológico: el miedo a la obesidad y a engordar.

Endocrino: caracterizado en particular por la amenorrea.

En la práctica, se justifica un diagnóstico de presunción de anorexia, si existen los siguientes elementos:

Una historia de pérdida de peso importante.

Ausencia de enfermedad orgánica para justificar dicha pérdida.

Ausencia de graves enfermedades psiquiátricas primarias que justifiquen la falta de alimentación.

Extrema restricción de la ingestión de alimentos, con o sin inducción intermitente del vómito.

Ejercicio ritualizado.

Negación del hambre, la fatiga o la emaciación.

Aunque se insiste en la ausencia de enfermedad orgánica causante de la pérdida de peso, la anorexia puede coexistir con otra enfermedad que produzca pérdida de peso. ⁴

Diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa

Deben distinguirse de esta enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso en enfermos jóvenes, incluyendo:

Enfermedades emaciantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales. ¹¹

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

Los criterios del DSM IV sobre la bulimia jerarquizan dos síntomas básicos:

El descontrol alimentario, atracón o “binge”

Las conductas antes llamadas purgativas o “purge”.

Sin embargo, es importante establecer que son tres los rasgos que caracterizan la bulimia, hay que agregar el de la conducta marcadamente restrictiva en los periodos de no descontrol.

A continuación se describirán esos criterios (Tabla 3). ¹

Criterio A. Se refiere a los descontroles alimentarios o “binge eating”. El análisis de lo que las jóvenes quieren expresar cuando describen un “binge” revela que es primariamente la experiencia de la pérdida de control sobre la comida, y no la cantidad consumida.

Sí bien el descontrol calma la tensión previa, no es en absoluto placentero, y acompañado o no de vómitos, deja a la paciente en general con sensación de culpa, depresión y decaimiento general. ^{1,29}

La composición de la “comida binge” muestra un predominio franco de carbohidratos y grasas, y su valor calórico total, habitualmente de alrededor de 1,500 a 2,500 calorías, puede llegar a un total calórico que supera en ocasiones a las 10,000 calorías en un sólo episodio. ¹

Criterio B. El principal rasgo es el vómito autoinducido. Si bien es una conducta (inapropiada) de compensación como alivio a la tensión previa. ¹

Tabla 3. Criterio diagnóstico de bulimia nerviosa*

Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por lo siguiente:

1. La ingesta de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo, menor a dos horas.
2. El sentimiento de una falta de control sobre la comida durante el episodio (sentir que no puede parar de comer o controlar qué ni cuanto come.

Comportamiento compensatorio inadecuado recurrente como: vómito autoinducido, mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; el ayuno o el ejercicio excesivo.

El atracón y el comportamiento compensatorio inadecuado, ocurren en promedio dos veces a la semana, por lo menos durante tres meses.

* *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. Ed. Text revisión. Washington American Psychiatric Association; 2000. p. 589.

Ésta clasificación del DSM IV de los desórdenes mentales, es sensiblemente igual a la considerada en el DSM V.

Diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa

La bulimia debe ser diferenciada de: Trastornos del tracto digestivo superior, que puedan producir vómitos repetidos.

Trastornos depresivos, ya que los enfermos bulímicos padecen con frecuencia síntomas depresivos. (11)Tabla 4 Diagnóstico y epidemiología de los trastornos de la alimentación(9)		
Condición	Diagnóstico	Epidemiología
Anorexia nerviosa	Negación a mantener el peso corporal Miedo a ganar peso Miedo a engordar Imagen corporal distorsionada Amenorrea	Prevalencia del 0.5 al 1.0% Edad de inicio, 17 años Rara vez después de los 40 Mortalidad del 10% o mayor Emaciación Suicidio Desequilibrio electrolítico Mujeres del 90 al 95% de los casos
Bulimia nerviosa	Episodios recurrentes de atracones Gran cantidad de alimentos Periodo corto de tiempo Falta de control sobre el comer Atracones al menos 2 veces por semana por un periodo de 3 meses Comportamiento inadecuado para prevenir el aumento de peso Vómito autoinducido Laxantes Diuréticos Enemas Ipecac (inductor del vómito) Ayuno Ejercicio excesivo Autoevaluación influenciada por la forma y peso corporal	Prevalencia del 1 al 3% Más del 30% abusan del alcohol y otros estimulantes 50% padecen trastornos de la personalidad Progreso a largo plazo desconocido Mujeres del 90 al 95% de los casos
Trastornos de la alimentación inespecíficos	No entran en el criterio de anorexia o bulimia. El individuo usa laxantes o se induce el vómito, más no come de manera compulsiva	Dificultad para establecer la prevalencia de este grupo de trastornos de la alimentación

HISTORIA CLÍNICA

Cuando exista evidencia dental que sugiera que el diagnóstico probable sea bulimia, el dentista deberá verificar la historia clínica, incorporando algunas preguntas específicas acerca de los siguientes temas:

Historia de pérdida y/o ganancia de peso corporal

Tipo de ejercicio y frecuencia

Uso de laxantes diuréticos y otros medicamentos

Pasatiempos: aerobics, levantamiento de pesas, ballet, etc.

Amenorrea y edad de primera menstruación (menarca)

Intolerancia al clima frío

Estreñimiento y/o diarrea

Hábitos de alimentación

Frecuencia de dietas

Existen algunas preguntas específicas que se pueden realizar para evaluar la conducta alimentaria, como son:

¿Se siente culpable al comer?

¿Se fuerza a vomitar?

¿Toma laxantes para controlar su peso?

¿Come golosinas antes de comer?

¿Miente acerca de lo que ha comido?

¿Se compra ropa de una talla menor a la suya?

¿Se entusiasma cuando controla la comida?

¿Hace ejercicio excesivo (dónde y cuánto)?

¿Los demás ven su cuerpo diferente de cómo usted lo ve?

¿Personas cercanas se preocupan por su conducta alimentaria?

La mayoría de los dentistas no están entrenados de manera específica para realizar este tipo de entrevistas, por lo que se recomienda la interconsulta con un psicólogo o psiquiatra para platicar con el paciente y lograr que admita su enfermedad para posteriormente someterse a un tratamiento multidisciplinario.

Tomar una historia clara, confiable y completa, es necesario para:

Lograr un diagnóstico correcto, que deberá ser corroborado por un psicólogo.

Establecer la confianza para que el paciente siga su tratamiento médico y psicológico.

Terminar el tratamiento dental.

El dentista tendrá la responsabilidad de informar lo que sucede y de persuadir al paciente a buscar un tratamiento integral para su trastorno. El comportamiento del dentista al realizar la historia clínica será muy importante, pues deberá reflejar empatía hacia el paciente y nunca juzgarlo. Con esto logrará que se sienta cómodo y seguro para platicarle de su enfermedad con confidencialidad, pues seguramente sus familiares no estarán al tanto de ésta.

Es probable que el acercamiento con el odontólogo no pueda ocurrir durante las primeras citas, y puede tomar varias semanas. Ésta fase en la relación paciente/dentista es la más crítica para los pacientes que aún no han tomado la decisión de buscar un tratamiento para su trastorno alimenticio. ³¹

CAPÍTULO 7

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ORALES

Una exposición repetida y prolongada del contenido gástrico en la cavidad bucal da como resultado características típicas en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa. En la siguiente tabla se resumen los hallazgos orales y dentales que pueden encontrarse, y posteriormente explicaremos cada uno de ellos.

Tabla 5

Hallazgos orales en anorexia y bulimia

Hallazgo oral	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
Erosión dental vestibular	No	Sí
Sensibilidad dental	No	Sí
Xerostomia	Sí	Sí-No
Caries dental	No	Si
Enfermedad periodontal	No	Sí
Agrandamiento parotídeo	Si	Sí
Atrofia de mucosas	Si	No
Higiene oral deficiente	No	Si

Basado en hallazgos típicos en pacientes con anorexia o bulimia nerviosa.

<p align="center">Tabla 6</p> <p align="center">Signos y síntomas orales que asisten el diagnóstico de bulimia nerviosa</p>		
Condición oral	Características clínicas	Factor etiológico
Erosión del esmalte (perimolisis)	Erosión del esmalte, primeramente en dientes superiores en las superficies palatinas y oclusales; Hipersensibilidad térmica	PH ácido de los contenidos gástricos regurgitados
Agrandamiento de glándulas salivales	Agrandamiento de parótida y en ocasiones submandibular; Puede o no ser doloroso	Posiblemente metabólica
Xerostomia	Resequedad de la boca, flujo salival disminuido	Producción salival disminuida Depresión, ansiedad
Irritación de la Mucosa oral	Eritema, especialmente de la faringe y el paladar; También puede incluir la encía	PH ácido de los contenidos gástricos regurgitados Trauma por ingesta rápida de alimentos Trauma por autoinducción del vómito
Queilosis	Labios enrojecidos, secos, partidos, con fisuras en los ángulos o comisuras	Deficiencia vitamínica, especialmente de complejo B; PH ácido de los contenidos gástricos

CAMBIOS EN TEJIDOS BLANDOS

La deshidratación es el resultado de la ingesta reducida de líquidos así como también de la disminución en la secreción de la hormona vasopresina o antidiurética, ocasionando poliuria. La falta de hidratación y lubricación aumentará la tendencia a la ulceración e infecciones, además de la presencia de eritema como consecuencia de la irritación crónica producida por el contenido gástrico, viéndose afectada la mucosa de revestimiento del esófago, faringe, palatina y gingival.



Fig. 1 Se observa desgaste en esmalte de caras palatinas

La deshidratación puede ser exacerbada por el uso inadecuado de laxantes y diuréticos, produciendo una baja de potasio en la sangre o hipocalcemia. El vómito frecuente en las personas bulímicas, agravará el desbalance electrolítico del cuerpo. La deshidratación producirá resequead en la boca, al disminuir la cantidad de saliva producida; esto será evidente en el examen clínico que el dentista realice; encontrando saliva gruesa y espumosa, así como una mucosa oral notoriamente seca. La resequead en la boca aumenta cuando existe depresión o ansiedad. ³⁴.

Los pacientes con anorexia nerviosa pueden presentar flujo salival disminuido, boca seca y atrofia de las mucosas. ¹⁰

Aquellos pacientes con higiene oral deficiente también tienen mayor riesgo de padecer enfermedad periodontal.

Cambios en los labios

Los labios se “parten” de manera frecuente al haber un factor de irritación local por los contenidos gástricos regurgitados con pH ácido, presentes constantemente en la cavidad oral. Se encuentran fisurados en las comisuras y con grietas dolorosas; en la mayoría de las pacientes se encuentra palidez peribucal marcada, y una sensación de sequedad o comezón.

La queilosis es una condición oral caracterizada por resequedad, enrojecimiento y labios partidos, principalmente en los ángulos. En las comisuras de la boca se presenta una descamación, que se conoce como queilitis angular. Al principio, esta lesión aparece como una zona pálida en el epitelio de la comisura labial, después cambia a eritema, con fisuras y se puede extender al borde bermellón, las fisuras son rojas y con un líquido amarillento que es fácilmente removido. Se presenta principalmente en el labio inferior y la lesión se puede extender hacia el interior o exterior de la cavidad oral. ^{21,35}

Los factores sistémicos implicados en la queilosis, pueden incluir déficit de vitaminas, principalmente la B. Otro factor es la irritación local, como resultado del pH ácido de los contenidos gástricos regurgitados.

Cambios en encía y mucosa

Se ha observado eritema de la mucosa oral como consecuencia de la irritación crónica por los contenidos gástricos. Se presentan en la mucosa oral: petequias, equimosis, hiperemia y edema. También hay en retraso en la cicatrización de heridas bucales ocasionadas por deficiencia de vitamina C. La mucosa puede estar ulcerada por deficiencia de vitamina B₁₂.³⁶ La deficiencia de niacina ocasiona tumefacción, enrojecimiento y ulceración. Se presentan zonas hiperqueratósicas en la mucosa por falta de vitamina A.

Con frecuencia se encuentran ulceraciones en la encía, el paladar y la faringe en pacientes con un historial de vómitos frecuentes.

La naturaleza ácida del contenido del estómago contribuye a la irritación local de la mucosa oral y faríngea. El vómito, al ser autoinducido, con frecuencia produce laceraciones y abrasiones en la boca por el uso de los dedos u otros utensilios usados por el paciente.⁵

Las manifestaciones en la encía se presentan por deficiencia de vitamina C, riboflavina y vitamina K. Consisten en: inflamación y agrandamiento del margen gingival, enrojecimiento, hemorragias ya sean espontáneas o con ligero estímulo.

En la mucosa palatina de los dientes anteriores superiores, se encontrará una línea claramente inflamada y visible en aquellos pacientes que vomitan con frecuencia.³⁴

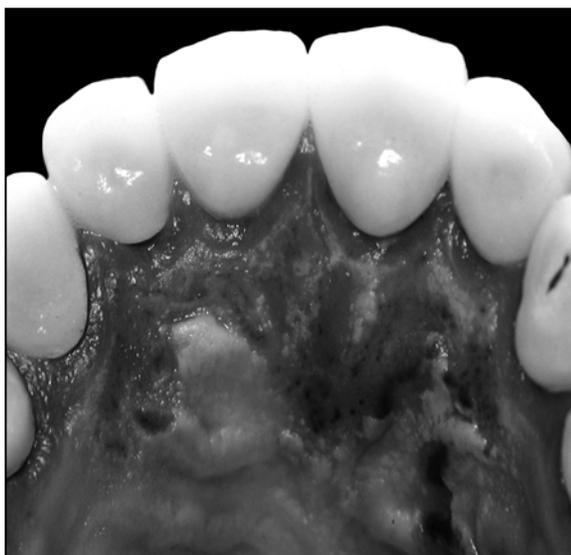


Fig. 2 Irritación en mucosa palatina

Sí la encía permanece en mal estado durante mucho tiempo, la inflamación afecta también el ligamento periodontal y el soporte alveolar se degenera, por lo que puede haber movilidad leve o severa de los órganos dentarios.

Estas son las manifestaciones por deficiencias nutricionales ocasionadas en los trastornos alimentarios como anorexia y bulimia nerviosa.

También se puede llegar a presentar disfonía asociada a pacientes con bulimia, por edema en las cuerdas vocales y pólipos causados por el reflujo laringeo-faríngeo. ^{35,37,38,39}

Cambios en la lengua

Los disturbios nutricionales que se presentan en la bulimia y la anorexia nerviosa, ocasionan cambios en el color, tamaño y sensibilidad de la lengua. Se

pueden dañar las zonas laterales, tercio anterior, medio y posterior del dorso de la lengua. En muchos de los pacientes la lesión puede ser localizada y bien marcada. Esto a consecuencia de las deficiencias nutricionales de los trastornos, ya sea por deficiencia de vitaminas B₁₂, piridoxina, niacina, riboflavina, folato, vitamina C, vitamina K, vitamina A, zinc y también por elementos como el hierro.

Las principales manifestaciones en la lengua son:

glositis por deficiencia de vitamina B₁₂, folato, riboflavina, niacina;

enrojecimiento, lo que da a la lengua un aspecto satinado;

pérdida o atrofia de las papilas linguales por deficiencia de riboflavina, niacina, B₁₂ y hierro, principalmente de las papilas filiformes y también zonas lisas en la lengua, es acompañada de dolor y ardor en la lengua, lo que puede causar hipogeusia y disfagia. ³⁶

También se pueden encontrar ulceraciones y presentarse cianótica. Los bordes laterales de la lengua muestran indentaciones causadas por los dientes. ^{35,37,40}

Inflamación o agrandamiento de las glándulas parótidas

El agrandamiento no inflamatorio de las glándulas parótidas, también es conocido como sialoadenosis. No se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa, aunque se le encuentra con frecuencia en estos pacientes, pero se ha llegado a confundir con el síndrome de Sjögren. Debido al aumento de las parótidas, que da a la cara un aspecto relleno, el verdadero estado de emaciación puede quedar enmascarado cuando la paciente esta completamente vestida. ^{4,27}

La causa real del agrandamiento de las glándulas salivales se desconoce, aunque en general, se asocia en los pacientes bulímicos, con el esfuerzo ejercido constantemente para vomitar. Dentro de sus posibles causas encontramos el aumento de tamaño de las células acinares, infiltración de grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico. Se encuentran inflamadas generalmente las glándulas parótidas y ocasionalmente las submandibulares.

Las glándulas parótidas pueden estar aumentadas de tamaño por el incremento en la producción salival. Se reduce la función de secreción serosa de la glándula parótida, lo que resulta en un aumento de la viscosidad salival por aumento de mucina.⁴¹

El vómito y el mal uso de algunos laxantes o diuréticos, causa una disminución del volumen total de fluidos en algunos pacientes, lo cual contribuye a una disminución del flujo salival o xerostomia (producción y secreción insuficiente de saliva) asociada también al agrandamiento glandular, y que además disminuye la capacidad amortiguadora de la saliva. ⁴²

El agrandamiento de la glándula parótida, se presenta de forma bilateral en pacientes con bulimia, este agrandamiento puede ser doloroso o asintomático y generalmente es intermitente. Puede persistir por un periodo después de que la bulimia y la anorexia han sido resueltas, o puede desaparecer espontáneamente. ³⁴

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilares, puede ser notable en pacientes con bulimia, y a menudo es acompañada por xerostomia.

Además, el paciente bulímico típico con frecuencia padece de ansiedad o depresión significativas, y ambas pueden contribuir a la xerostomia, así como

también los medicamentos antidepresivos comúnmente utilizados durante el tratamiento de la bulimia nerviosa. ⁵

Los pacientes presentan xerostomía cuando hay deficiencia de vitamina A, la cual es esencial para el mantenimiento de la función y la estructura de epitelios especializados. ³⁵ La deficiencia de vitamina B₁₂ y hierro se manifiesta en atrofia y cambios inflamatorios en la glándula salival y en los conductos salivales, junto con una marcada deshidratación por reducción en la cantidad de la saliva.

La disminución del flujo salival ocasiona síntomas como sequedad, dolor, sensación de ardor o quemazón de la mucosa bucal, enrojecimiento, atrofia papilar y fisuras en el revestimiento superficial de la lengua. ^{4,35}

Se ha reportado que los pacientes con bulimia, presentan un nivel de amilasa sérica elevado en un 45%. En el mismo estudio, se encontró que el nivel de amilasa sérica, se eleva en las pacientes embarazadas con hiperemesis, pero no en pacientes embarazadas sin vómitos. Robertson y Millar ⁽⁹⁾ concluyeron que el vómito incrementa mayormente el nivel de amilasa sérica en pacientes bulímicas, que los periodos de atracones. Especularon que los niveles aumentan debido a las secreciones de las glándulas salivales.

En otros estudios se encontró que el tamaño de la glándula parótida se encontraba aumentado en un 36% de los pacientes con bulimia, y se correlaciona con la frecuencia de los síntomas de la bulimia y con las concentraciones de amilasa sérica.

CAMBIOS EN TEJIDOS DUROS

Los elementos inorgánicos o minerales más importantes en cuanto a la ingestión dietética son el calcio y el fósforo, estos son indispensables para el desarrollo y salud de los huesos y dientes.

Cambios en el hueso

En la anorexia y la bulimia nerviosa, la osteopenia o disminución del tamaño del hueso, junto con la osteoporosis o disminución de la densidad ósea por pérdida de matriz causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroideas resulta en huesos porosos que pueden dañar los maxilares y el hueso alveolar, y los hace susceptibles a fracturas o a la pérdida prematura de órganos dentarios. Entre más tiempo persista la enfermedad, mayor la probabilidad de que la pérdida de hueso sea permanente. 4, 32, 43

Dentro de este aspecto existe una contradicción debido a que algunos autores afirman que si existe riesgo de sufrir osteoporosis en edad temprana por trastornos de la alimentación (74), mientras otros autores mencionan que la osteoporosis se manifiesta en edades avanzadas cuando se tienen antecedentes de alteraciones de la alimentación en la adolescencia.²⁸

Cambios dentales

Puede existir una prevalencia de caries en estos pacientes debido a la dieta alta en carbohidratos y la higiene oral deficiente. Otras alteraciones son

debilitamiento, cavidades en caras palatinas u oclusales, ya que el esmalte tiene poco calcio y mucha solubilidad, y por lo tanto se vuelve poroso. Se pueden observar decoloraciones de los dientes, o pueden estar manchados como en el caso de que la paciente padezca también de anemia perniciosa.^{35,44}

Muchas personas ingieren dulces y comida chatarra con altos contenidos de carbohidratos en los que se ha reportado un alto índice de caries, especialmente cuando hay asociación con una higiene oral pobre y xerostomía. La relación entre el índice de caries y la frecuencia del vómito permanece confusa, pero las caries extensas junto con la disolución ácida, crean una situación dañina para el paciente.

45

La gran deficiencia de vitaminas en el organismo de estos pacientes también trae consigo consecuencias dentales como en la deficiencia de vitamina A, la cual interfiere en la calcificación del esmalte ocasionando hipoplasia. La deficiencia de vitamina C, causa en la pulpa hiperemia, edema y necrosis.

Si la anorexia o la bulimia se presentan a una edad temprana puede haber retardo en la erupción dental y mal posición dentaria, por la deficiencia de vitamina D, la cual contribuye a la absorción del calcio y fósforo, los cuales se encuentran disminuidos.³⁵

La erosión del esmalte es probablemente la manifestación oral más obvia de la bulimia.^{45,46} Con el paso del tiempo, la regurgitación crónica de los contenidos gástricos y los ácidos estomacales, que poseen un pH bajo, van a erosionar y desmineralizar el esmalte dental; principalmente de las superficies o caras palatinas.

A esta erosión del esmalte como resultado de una regurgitación crónica se le ha denominado perimolisis; es decir que las repetidas purgas causan desgaste del esmalte, y eventualmente en la dentina, donde se ocasiona degeneración de odontoblastos y formación irregular de dentina secundaria, debido al fuerte ácido estomacal que contienen los vómitos. Este proceso destructivo puede no sólo causar una desfiguración cosmética en los órganos dentarios, sino también funcional.

Comúnmente, el esmalte no se erosionará hasta después de que la regurgitación frecuente ha persistido por lo menos dos años, por lo que se asocia la erosión significativamente con la cronicidad del vómito.³⁰ Además debemos considerar también que dicha erosión puede disfrazarse en pacientes con buenos hábitos de higiene, que se cepillen y utilicen un enjuague bucal después del vómito.

El dentista deberá estar alerta para hacer un posible diagnóstico de bulimia cuando encuentre corrosión del esmalte generalizada y descalcificación de las superficies palatinas de los dientes superiores.

La función salival de lubricación y el mantenimiento del pH neutral (capacidad buffer o amortiguadora), es probablemente la más importante con respecto al desgaste dental.^{27, 44, 47} Los lubricantes que proporciona la saliva, son las glucoproteínas, mucina y una película salival derivada de las glándulas submandibular y sublingual, las cuales depositadas en los poros del esmalte, lo protegen contra la disolución del ácido.⁴¹

En casos avanzados de bulimia, los dientes presentarán un desgaste, que evolucionará en tres etapas:

- **Desgaste del esmalte.**

Los cambios iniciales que presenta un diente con erosión del esmalte son difíciles de medir con precisión sin la ayuda de un equipo de alta tecnología, por lo que el dentista no lo podrá detectar en un examen rutinario.

Cuando el vómito es crónico, el primer signo observable es un cambio en la superficie de los dientes, dando una apariencia suave y opaca, lo que demuestra que el esmalte se está erosionando, pues existe una pérdida del esmalte tersa y homogénea. Conforme ésta avanza, el color del diente se volverá más amarillento debido a la exposición dentinaria. En esta etapa, el dentista deberá hacer un diagnóstico correcto y diferenciar si la causa de la erosión del esmalte se debe al vómito autoinducido o si existen otras causas.



Fig. 3 Se observa desgaste en esmalte de caras palatinas

El área más afectada y visible de la erosión en los pacientes bulímicos es la cara palatina de los dientes anteriores superiores, y esto puede ser observado por el dentista en un examen clínico de rutina sin necesidad de equipo especializado. Las

caras palatinas y linguales de los dientes posteriores resultan afectadas también, pero es difícil observarlo.

También la erosión sucede en la cara oclusal de los molares y premolares. Las cúspides de los molares se achatan y la profundidad de los surcos, fosetas y fisuras se ven reducidas a medida en que las cúspides disminuyen. Así, la erosión produce superficies oclusales muy pulidas, a la vez que resulta en márgenes de la restauración sobresalientes a la superficie del esmalte, dejando a las restauraciones una prominencia característica y haciéndolas ver como amalgamas elevadas.

- **Desgaste del esmalte y la dentina.**

Eventualmente, el esmalte es perforado y la dentina es expuesta a través de varios años de conducta repetitiva de vómitos en pacientes bulímicos.

Generalmente, para el odontólogo es fácil reconocer el esmalte de la dentina. Esto no ocurre en los pacientes bulímicos, donde debido a que la combinación de la erosión y el desgaste logran que la dentina se calcifique por el paso del tiempo que lleva expuesta. Debido a la exagerada reducción del esmalte en pacientes bulímicos, el odontólogo puede confundirse e intentar hacer restauraciones sin la ayuda de las características propias del esmalte, pues estaría trabajando sobre la dentina, y ésta no tiene la dureza y la firmeza del esmalte al trabajar con resinas.

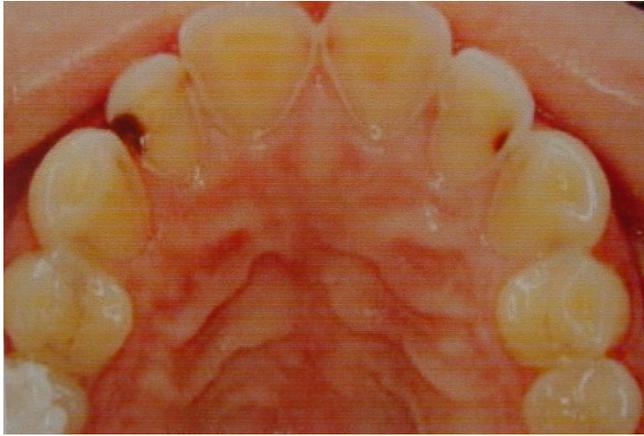


Fig. 4 y 5 Se observa desgaste en esmalte de caras palatinas y caries



Sin embargo, eventualmente la combinación de la erosión y el desgaste que se observa en los dientes de los pacientes bulímicos, puede lograr la ruptura de la dentina y la exposición de la pulpa, lo que induce a una necrosis pulpar.

Este proceso ocurre con mucho dolor, y es cuando los ángulos y bordes de los dientes son destruidos por su fragilidad. Al mismo tiempo, la cara palatina de los dientes anteriores superiores se hace completamente cóncava. ^{48,49}

- **Pérdida de dimensión vertical.**

Los dientes anteriores presentan erosión palatina y vestibular, por lo que se van haciendo más delgados; así, los bordes incisales se afilan, lo que propicia

pequeñas fracturas durante el uso normal de la dentadura. Esto hace que el borde incisal se pierda poco a poco hasta que el diente se ve reducido hasta la mitad de su altura original, y quedando las coronas muy cortas.

Los incisivos superiores e inferiores no tienen contacto incisal por la falta de erupción continua de los dientes anterosuperiores erosionados. Esta falta de compensación dentoalveolar se manifiesta por una franca mordida abierta anterior, a consecuencia del desgaste. ^{47,50}

El bruxismo puede coadyuvar al desgaste dental, pues los bulímicos presentan un alto grado de ansiedad, la cual en algunos casos se manifiesta de esta manera.

El efecto de una pérdida importante en la altura o dimensión vertical de los dientes, es una sobremordida, la cual se atribuye en algunos casos a alguna anomalía en la articulación temporomandibular. ⁵⁰

SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA EROSIÓN DENTAL

A continuación describiremos los síntomas que reportan los pacientes y que están asociados a la erosión dental.

Sensibilidad térmica

Cuando hay una erosión severa del esmalte, se produce comúnmente una hipersensibilidad dental a los cambios térmicos, al cepillado o a la masticación ⁽⁵¹⁾, como resultado de la exposición dentinaria. Algunos pacientes no presentan

sensibilidad ni molestia, pero no están satisfechas con su aspecto físico, y presentan dificultades para la masticación de alimentos. 35,52

Generalmente, la molestia de esta hipersensibilidad fuerza al paciente a buscar ayuda con el odontólogo.

Pulpitis

En el grado de erosión intenso donde queda muy poco esmalte, puede haber evidencia de exposición cercana a la pulpa.

La caries dental es la causa más común de pulpitis, y puede presentarse en pacientes bulímicos, pero la sensibilidad térmica, sí es frecuente y prolongada, puede inducir a una pulpitis.

No hay una duración específica del dolor que permita hacer un diagnóstico preciso para conocer si la pulpitis es reversible o irreversible, pero hay factores adicionales que pueden sugerir si la pulpa presenta necrosis, como son: El dolor persiste horas después del estímulo. El calor o el frío provocan un dolor más intenso. El dolor empieza espontáneamente. Recostarse exacerba el dolor.

Los dientes erosionados por exceso de ácido por vómito en pacientes bulímicos pueden presentar todos los síntomas anteriores. 53

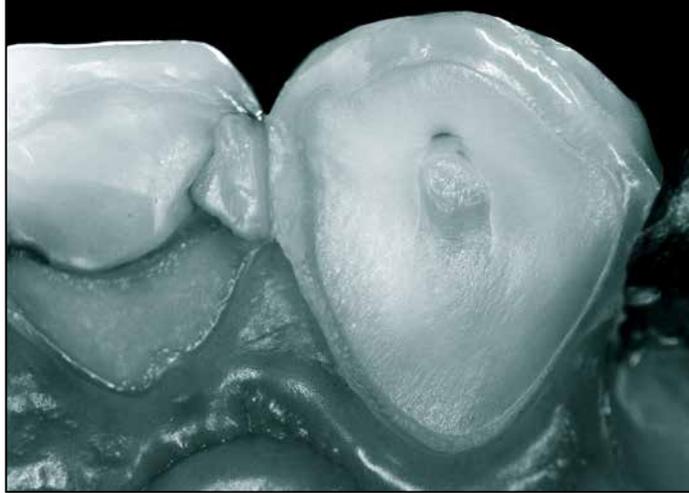


Fig. 6 Se observa desgaste en esmalte de caras palatinas, alcanzando la pulpa

Necrosis pulpar

El dolor de la pulpitis puede disminuir conforme la pulpa se va necrosando. La necrosis pulpar puede ser asintomática, y seguir su curso hasta convertirse en un granuloma periapical, con síntomas discretos, o evolucionar a un absceso periapical.

CAPÍTULO 8

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento de la anorexia nerviosa no procede significativamente en la ausencia de una ganancia de peso. El estado nutricional del paciente y la estabilidad médica, se deben evaluar primero. Los pacientes con desequilibrio electrolítico o con anomalías en el electrocardiograma pueden requerir hospitalización. Una vez que el paciente esta médicamente estable, se puede iniciar el tratamiento psiquiátrico. Se utilizan técnicas para modificar el comportamiento para ayudar al paciente a ganar peso. Aún no se ha establecido la eficacia de la psicoterapia. La terapia con medicamentos no ha mejorado significativamente la mejoría de los pacientes con anorexia nerviosa. El antidepresivo fluoxetina ha demostrado ser útil para evitar la recaída de los pacientes que han recuperado su peso. 9

Se deberá ver al paciente regularmente para revisar las variaciones en el peso, la dieta y los patrones de ejercicio. En cada visita el médico deberá reafirmarle al paciente que no se le va a dejar que engorde. Un estudio realista sobre los daños que puede producir la emaciación, incluyendo la muerte, debe ser explicado. El médico deberá ser percibido como un consejero y un compañero en la batalla.

Los medicamentos antidepresivos, la terapia cognitiva del comportamiento, y la terapia interpersonal, son efectivas en tratar la bulimia nerviosa. Los pacientes con complicaciones médicas tales como un desequilibrio hidro-electrolítico o síntomas bulímicos severos, pueden requerir hospitalización.

El cuidado y la comprensión y el apoyo del médico también pueden ser útiles para el paciente con bulimia. Se deberá intentar que el paciente detenga el ciclo de atracón-regurgitación, o al menos que limite la carga de comida ingerida para minimizar la oportunidad de que aparezca una ruptura gástrica o aspiración. Los suplementos de potasio pueden requerirse en pacientes que vomitan o que utilizan laxantes. 9

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico para la anorexia nerviosa ni para la bulimia. El intenso temor a engordar unido a las alteraciones de la percepción que dan lugar a una sobreestimación del tamaño corporal provocan una poderosa resistencia al tratamiento. Aún peor, la enfermedad anoréxica puede ser estimulada por la familia que puede negar el problema y ser obstructiva o manipuladora, aumentando la dificultad del tratamiento.

Es muy importante que el paciente y cualquier amigo o pariente cercano estén informados acerca del grave potencial de estas enfermedades y la importancia de recibir ayuda inmediata. 4

A menudo es útil establecer un contrato explícito en que se llegue a un acuerdo mutuo. Por ejemplo, si la paciente pesa 35 Kg. y su peso ideal según las tablas médicas es de 52, puede establecerse como primer objetivo llegar a los 45 Kg.

En cada visita hay que proporcionar a la enferma un cuadro tranquilo pero realista de los peligros de la inanición, incluida la muerte súbita.

Hay que utilizar un enfoque similar en las pacientes bulímicas. Incluso aunque no puedan detenerse los ciclos de comida y vómito, puede lograrse reducir la frecuencia de los episodios.

Como la depresión y la conducta antisocial son más frecuentes en la bulimia, a menudo hay que recurrir a la terapéutica psiquiátrica.

La hospitalización puede ser una medida para preservar la vida en algunos casos de anorexia grave. Con pérdida de peso de más del 35% por debajo del peso ideal puede sobrevenir una muerte súbita, sobre todo si dicha pérdida ha sido rápida.

Otras indicaciones de hospitalización son la hipopotasemia, la hipotensión y la hiperazoemia prerrenal debida a la depleción de volumen. Puede ser necesario instalar una sonda nasogástrica, aunque es mejor persuadir a la paciente de que coma.

Al principio es necesario vigilar las comidas, sí es posible por la misma persona. Durante la hospitalización nunca debe dejarse que la paciente coma sola. Rara vez esta indicada una nutrición parenteral total.

En el plan terapéutico debe incluirse instrucción acerca de la nutrición, terapéutica ocupacional, trabajo de grupo con la familia y psicoterapia individual.

Hay que asegurar repetidamente a la paciente que la comida es “inocua”, y que no engordará. La hospitalización en la bulimia está indicada sólo cuando existen complicaciones médicas como la broncoaspiración.

El tratamiento de un síndrome de anorexia-bulimia es una tarea a largo plazo, llena de fracasos y que requiere perseverancia por parte de la paciente, su familia y el médico. ¹

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

El éxito de la terapia para los trastornos de la conducta de la alimentación depende de muchos factores, entre ellos, la propia personalidad del paciente y el deseo del cambio, la duración de su trastorno, la edad a la que comenzó la enfermedad, su historial familiar, su nivel de habilidades sociales y a la concurrencia de otros trastornos como la depresión.

En general los objetivos principales de la terapia son:

Mitigar los síntomas físicos peligrosos o que representan una amenaza para la vida.

Enseñar al paciente a comer normalmente.

Investigar con la esperanza de modificarlos, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.

Antes de iniciar el tratamiento de un paciente como interno o externo, se debe evaluar su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y de su voluntad para cambiarlos. ^{1, 4}

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La terapia interpersonal trata la depresión o la ansiedad que puede ser la base de los trastornos de la alimentación junto con los factores sociales que influyen en los hábitos de alimentación.

Las metas son: expresar los sentimientos, descubrir como tolerar la incertidumbre y el cambio, y desarrollar un sentido fuerte de la individualidad e independencia. Esta forma de terapia también toma en cuenta asuntos sexuales y

cualquier suceso traumático o de abuso en el pasado que puedan ser causa del trastorno del comer. 2, 4

PSICOTERAPIA TRADICIONAL

Los métodos de terapia tradicionales animan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos expresados, para de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, dice la teoría, la paciente adquiere una nueva percepción de sus acciones y las puede cambiar.

MODIFICACIONES DE LA CONDUCTA

Esta forma de terapia es quizá antagónica con respecto a la psicoterapia tradicional, porque ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra sólo en la conducta cambiante. La terapia conductual se concentra sólo en cambiar los hábitos dietéticos.

La modificación de la conducta actúa basándose en un principio muy simple: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada.

Deberá tomarse en cuenta que este método no es muy eficaz cuando se emplea sólo. 1, 28

TERAPIA CONDUCTIVISTA COGNITIVA

Combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. ^{1, 3, 25}

TERAPIA DE GRUPO

La terapia de grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de la bulimia. Puesto que muchos bulímicos creen que son los únicos que se dedican a esas horribles prácticas, resulta terapéutico enterarse de que otras personas también hacen esas cosas.

La terapia de grupo para la anorexia nerviosa es menos utilizada. Algunos terapeutas se lamentan de que en grupo los anoréxicos compiten por ver quién consigue mantener el peso más bajo o pasar más tiempo sin comer. Además la terapia prolongada que necesitan muchos anoréxicos provoca que muchos grupos sean inapropiados, puesto que no es usual que un grupo de terapia dure mucho tiempo. ¹

TERAPIA DE FAMILIA

Debido al papel principal que juegan las actitudes familiares en los trastornos de la alimentación, uno de los pasos importantes en el tratamiento, es buscar ayuda y apoyo en la familia.

Sí el paciente es hospitalizado, se recomienda que la terapia de familia empiece después de que el paciente haya aumentado de peso, pero antes de ser dado de alta, y deberá continuar después de que el paciente haya salido del hospital.

La terapia de familia simplemente permite al terapeuta observar los patrones que ayudaron a dar origen al trastorno de la alimentación. ¹²

TERAPIA NUTRICIONAL

La American Dietitian Association, ha recomendado que los dietistas formen parte del equipo de orientación a largo plazo. Estos especialistas deberán educar a los pacientes y a los padres respecto a los aspectos nutricionales. El dietista también deberá estar en comunicación cercana con los otros profesionales del equipo para integrar los resultados del trabajo conductual e interpersonal con el proceso de desarrollo de buenos hábitos nutricionales.

GRUPOS DE APOYO Y AUTOAYUDA

Estos grupos proporcionan atención, apoyo emocional, sugerencias de mayor ayuda y una salida social para las personas que estén muy aisladas. El grupo recuerda al paciente que no es el único, que otras personas se han visto envueltas

en la misma conducta y no obstante se han recuperado. Un buen grupo puede ayudar al paciente a enfrentar y superar una crisis. En los grupos dirigidos por terapeutas, el papel de estos cambiará a medida que los miembros del grupo se vuelvan más fuertes y más hábiles para asumir responsabilidades.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ninguna farmacoterapia ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que acompaña generalmente el trastorno y que a la vez lo perpetúa. Además la mayoría de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso.

La fluoexitina (prozac), sertraline (zolofot), paroxetina (paxil), son medicamentos antidepresivos conocidos como inhibidores de recaptura de la serotonina; ahora se recomiendan como tratamiento de primera línea contra el trastorno obsesivo-compulsivo y pueden ayudar a las personas con anorexia.

Algunos médicos recomiendan cyproheptadine, un antihistamínico, que puede estimular el apetito. En los pacientes con vómitos, puede ser necesario administrar un suplemento de potasio. ^{1, 4, 27}

CAPÍTULO 9

TRATAMIENTO DENTAL

La nutrición puede ejercer un efecto directo en la salud dental, así como en el bienestar físico general. La cavidad bucal se ha descrito como el barómetro de la salud general

Por tanto, el odontólogo es la persona ideal para identificar problemas potenciales de nutrición y salud en general. 55 No sólo debe estar perfectamente familiarizado con los trastornos de bulimia y anorexia nerviosa, sino que también debe ser capaz de reconocer las manifestaciones bucales que la enfermedad trae consigo.

En la anorexia y la bulimia nerviosa se afectan de manera grave las diferentes estructuras de la cavidad oral, siendo más grave el daño en los pacientes que se autoinducen el vómito con gran frecuencia. 52

Los carbohidratos son indispensables para la formación y desarrollo de la placa dentobacteriana. La ingestión especialmente de azúcares, promueve la caries dental y la enfermedad periodontal.

Las bacterias cariogénicas presentes en la boca más los azúcares ingeridos, forman ácidos y estos ocasionan la destrucción dentaria. El nivel de ácidos se eleva en cada ingesta de azúcar, y por lo tanto, es importante la frecuencia y no la cantidad; esto, aunado a los ácidos estomacales presentes en boca por los repetidos

episodios de vómito, hacen altamente susceptibles a caries a los órganos dentarios.

4, 35, 56

La distensión esofágica ocasionada después de un atracón de comida, y la irritación de la mucosa gástrica causa náusea y un poderoso estímulo de salivación. Adicionalmente, el centro del vómito en la médula, es conectado con el núcleo salival, el cual presenta una elevación del reflejo salival antes del vómito.^{30, 40}

La paciente se induce el vómito por medio de sustancias eméticas o al introducir algún objeto como cepillos dentales, o estimularse la garganta con la mano o el dedo, esta inducción provoca irritación y enrojecimiento en la garganta y principalmente en el paladar blando debido al constante roce que se tiene sobre estas estructuras, provocando en ocasiones una especie de ampolla, callo o corte en el paladar blando, o simplemente una ligera irritación.^{26, 76}

MANEJO ODONTOLÓGICO

Uno de los roles del dentista en el manejo de los pacientes con bulimia nerviosa consiste en tratar con las caries y la corrosión dental como resultado del vómito crónico. En las fases iniciales del padecimiento, el dentista podría ser la primera persona en darse cuenta del trastorno de la alimentación, al encontrar un patrón de erosión en los dientes consistente con la regurgitación del contenido estomacal. Además existen otras manifestaciones orales que se pueden presentar en los pacientes bulímicos, como son: agrandamiento de las glándulas salivales con xerostomía, irritación de la mucosa oral y queilitis o queilosis.

Al encontrar varios de estos signos y síntomas, el dentista podrá sospechar de la presencia de bulimia. Así, el paciente puede ser referido al médico para el diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

La erosión dental clínicamente observable es el signo principal del comportamiento bulímico. Al continuar la bulimia por periodos más largos, los dientes presentarán erosión generalizada, una apariencia poco agradable y sensibilidad que puede ir de moderada a severa. Cuando el paciente ha tenido una actividad bulímica por un periodo moderado de tiempo (por lo menos dos años), presenta erosión en las superficies palatinas de los dientes superiores. Las superficies palatinas y oclusales de los molares superiores presentan erosión moderada, y los dientes posteriores inferiores pueden presentar erosión en sus superficies linguales y oclusales.⁷⁶

El patrón de corrosión asociado con la bulimia, el alcoholismo crónico y el reflujo gastroesofágico implica principalmente las superficies linguales de los dientes. En algunos casos, la corrosión puede afectar también las superficies oclusales de los molares y premolares, dientes en los cuales el proceso puede ser acelerado por la atrición.⁵⁸ Se deberá realizar un diagnóstico diferencial con otras condiciones como son el uso excesivo de hábitos peculiares con alimentos acídicos y condiciones poco comunes, como son el contacto constante con cloro en nadadores; contacto con ácido sulfúrico en fábricas de baterías, ingesta de vinos, ácido ascórbico, salicilatos y vinos. Aún así, los signos clínicos característicos de la bulimia son fácilmente reconocibles.¹³

Basándose en el patrón de erosión dental, la historia médica y los hallazgos en la dieta, el dentista podría necesitar confrontar al paciente con la posibilidad de

padecer de bulimia, y discutir las complicaciones dentales, médicas y psicológicas de este trastorno. ⁷⁶

Se deberá indicar al paciente las complicaciones médicas más serias de la bulimia nerviosa, como son la ruptura gástrica, desgarres esofágicos, arritmia cardiaca y muerte,

En el caso de pacientes menores de edad, el dentista deberá discutir sus hallazgos con los padres en privado, y pedirles que observen el comportamiento del paciente.

Los pacientes adultos deberán ser alentados a buscar ayuda médica, y el dentista podrá remitirlos a alguna clínica donde puedan tratar este trastorno de la conducta de la alimentación. Se indicará que la visita a una clínica ayudará a descartar la posibilidad de que un trastorno de alimentación esté causando los problemas de la cavidad oral.

El dentista deberá aclararle al paciente que actuará en conjunto con el médico para tratar las complicaciones dentales de este trastorno.

Con frecuencia, el mayor aumento en la caries dental ocurre en pacientes con una higiene oral pobre o deficiente. Para estos pacientes, la meta del dentista es lograr que el paciente mejore su higiene oral. Esto incluirá la técnica de cepillado, el uso del hilo dental, y la aplicación tópica de flúor. Se le recomendará al paciente utilizar algún colutorio con bicarbonato. La sensibilidad dental puede ser manejada mediante el uso de pastas desensibilizantes y aplicaciones de flúor, entre otros.⁷⁶

Los pacientes con anorexia nerviosa pueden ser más difíciles de identificar y tratar en la práctica dental. Los pacientes con anorexia nerviosa que también padecen de bulimia, pueden ser identificados por los signos dentales de bulimia.¹⁰

Los pacientes jóvenes que aparentan tener anorexia deberán ser confrontados con respecto a la pérdida de peso. Las complicaciones médicas serias de la anorexia nerviosa, incluyendo la muerte deberán ser discutidas de una manera muy directa.⁹

TRATAMIENTO DENTAL

El dentista deberá confirmar la posibilidad de la bulimia y referir al paciente a una clínica de trastornos de la alimentación competente, instruir al paciente respecto de su condición y restaurar la boca del paciente a un estado aceptable de salud y estética. El tratamiento de estos pacientes dependerá de la severidad de la erosión dental.

Los pacientes que padecen de bulimia no deberán ser tratados con procedimientos extensos de restauración, hasta que el ciclo del vómito sea interrumpido.⁷⁶

El tratamiento dental se logra cuando la paciente ha controlado por completo los episodios continuos de vómitos, ya que la presencia constante de los ácidos estomacales en la cavidad oral, impide la restauración adecuada de los órganos dentarios.

Por supuesto que se deberá realizar algún tratamiento cuando el paciente tenga dolor dental. Se recomienda sólo estabilizar el dolor.³¹ El diente podrá estar muy sensible si la pérdida de esmalte expone una gran cantidad de dentina a los

alimentos, el cepillado y los cambios de temperatura. Ocasionalmente la pulpa llega a estar tan dañada que requiere de tratamiento endodóntico. Cuando se requieran coronas se colocaran de material provisional y se colocaran las definitivas hasta que la bulimia sea controlada, ya que la estructura dental en los márgenes de las restauraciones se puede seguir perdiendo mientras el vómito persista.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DENTAL

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación en efectos que la deshidratación y la dieta pudieran tener sobre los dientes y tejidos bucales.

Los objetivos del tratamiento dental son: Prevención para detener la erosión y remineralizar. Detener la pérdida de dimensión vertical. Rehabilitación dental a corto plazo. Rehabilitación dental a largo plazo.

Prevención para detener la erosión y remineralizar

Barreras físicas. Cuando el vómito es todavía frecuente e incontrolable, el paciente puede proteger sus dientes con una guarda dental hecha de plástico flexible, y que deberá usar mientras dure el vómito. Ésta es sólo una solución temporal para prevenir más daño. Sólo se sugerirá su uso cuando el paciente no haya iniciado el tratamiento para su trastorno.

Selladores de fosetas y fisuras. Se deben colocar en los órganos dentarios donde no se haya formado caries, o donde se encuentren cavidades ocasionadas por la erosión pero con ausencia de caries. Tal medida preventiva puede ayudar de manera considerable para que se mantenga por más tiempo una mejor salud dental.

Neutralización química. La neutralización química es también otro método para ayudar a evitar la erosión dental. El ácido que produce el estómago se puede amortiguar con enjuagues de bicarbonato de sodio. De no ser posible, cada vez que se presente el vómito se enjuagará abundantemente con agua.

La higiene oral es la principal medida de prevención para una paciente con bulimia nerviosa. Ésta se logrará por medio del cepillado dental minucioso tres veces al día. Dentro de la higiene dental se debe enseñar a la paciente a utilizar el hilo dental diariamente, si es que no lleva a cabo dichas medidas higiénicas.⁷⁶

Cepillado. Después del episodio de vómito, existe una desmineralización superficial que puede ser reversible si se trata correctamente. El esmalte queda frágil, y la acción mecánica del cepillado puede destruirlo de manera irreversible. Por tanto el cepillado deberá postergarse media hora después del vómito, pero el enjuague bucal deberá hacerse inmediatamente. El paciente también deberá cepillar su lengua, que es un depósito del ácido remanente.

Protección del esmalte con flúor. El tratamiento más importante para pacientes con trastornos como bulimia y anorexia nerviosa es la prevención, por medio de la aplicación de flúor. En un principio, las aplicaciones tópicas de flúor se recomiendan tan frecuentes como el paciente lo permita, es decir, tratar de colocarlo por lo menos una vez a la semana para disminuir la sensibilidad térmica causada por la erosión,

así como prevenir la desmineralización del esmalte, y la formación de caries, pues aumenta la resistencia del tejido dental. ⁴⁷

El flúor puede inducir una remineralización en dientes recién erosionados de la misma forma en que actúa cuando hay caries incipientes.

El flúor tópico puede aplicarse en forma de gel al 1.23% durante 4 minutos o en espuma al mismo porcentaje, o colocar un barniz de flúor.

Revisiones dentales mensuales. El paciente deberá asistir a revisión dental por lo menos una vez al mes, para que le realicen una limpieza, aplicación de flúor y seguimiento minucioso de la higiene oral; hasta que la enfermedad esté controlada y los vómitos desaparezcan, continuando con las medidas preventivas antes mencionadas, hasta poder hacer un tratamiento restaurador.^{1, 44, 52}

Medidas dietéticas. Se deberán incluir en el programa de prevención, para instruir a los pacientes sobre los tipos de bebidas y alimentos, adecuados y saludables que deben incluir u omitir en su dieta, para el buen estado de los órganos dentarios.

Es importante que el paciente comprenda que el tratamiento dental al ser costoso, no deberá realizarse de manera definitiva hasta que el padecimiento este controlado.

Detener la pérdida de dimensión vertical.

Cuando la dentina esta expuesta, el desgaste dental es más acelerado. Cuando el paciente sufre además de bruxismo, los efectos de la erosión dental serán aún más obvios. Como consecuencia de esto se verá una sobremordida vertical

demasiado cerrada. Se deberá iniciar un tratamiento que prevenga a los dientes de un daño mayor.

Desgraciadamente, las resinas con su gran efecto estético no son suficientemente resistentes como los materiales convencionales como son amalgama, oro o porcelana. En los dientes anteriores superiores, que son los más afectados, se colocarán restauraciones temporales con resina, aunque ésta no logre una unión tan eficaz con la dentina como la que logra con el esmalte.

Tratamiento a corto y largo plazo.

El tratamiento con resinas en dientes anteriores desgastados, es una buena opción como tratamiento temporal. Por esto, una vez que el paciente esté recuperado y sus vómitos estén controlados, se buscará el tratamiento a largo plazo.

Esto implicará usar materiales restauradores más resistentes, estéticos y compatibles con una higiene oral fácil y sencilla, como son onlays de oro o coronas de metal porcelana en los dientes posteriores.

Se pueden realizar tratamientos endodónticos, postes y coronas vaciadas para dientes con coronas clínicas cortas.⁵⁹ Se ha sugerido la realización de preparaciones conservadoras y el uso de coronas cerámicas cementadas con resina, para restaurar los dientes afectados.^{60, 47}

Usar coronas en dientes anteriores tiene como desventaja que requiere mayor desgaste dental. Por esto, el uso de coronas se restringe a los pacientes que estén curados de los trastornos alimenticios, pues aunque el diente esté protegido de

los ácidos del vómito, la encía migrará, produciéndose erosión en las raíces de los dientes.

El tratamiento dental en pacientes con trastornos de la alimentación es largo, por lo que el odontólogo deberá mantenerse en contacto con los médicos tratantes del paciente. ³¹

TRATAMIENTO PARA DIENTES CON DESTRUCCIÓN MODERADA CAUSADA POR BULIMIA

El daño dental ocasionado por bulimia moderada, se localiza principalmente en las caras palatinas de los dientes anteriores superiores. Sin embargo, los dientes anteriores inferiores se irán extruyendo conforme el esmalte se erosione, y mantendrán el contacto en oclusión céntrica.

Se deberá restaurar con resina directa, siguiendo las instrucciones del fabricante y respetando el protocolo operatorio.

Colocar al paciente en un régimen de flúor de alta concentración aplicado en cucharillas para reducir la sensibilidad y la posibilidad de caries adicionales.

Pida al paciente que regrese al consultorio para evaluaciones subsecuentes a lo largo de las siguientes semanas, hasta que todos los dientes estén en oclusión.

TRATAMIENTO PARA DIENTES CON EROSIÓN SEVERA CAUSADA POR BULIMIA

Los pacientes con corrosión severa pueden presentar una dimensión vertical disminuida, sensibilidad dental, una apariencia estética pobre y baja autoestima debido a la apariencia de su sonrisa.

Si la causa de la erosión ha sido identificada, y el tratamiento de la causa es considerado efectivo, el paciente sólo tendrá cuatro alternativas para el tratamiento oral:

Dejar los dientes en su estado actual hasta que uno de los siguientes tratamientos sea inminente.

Realizar una guarda oclusal superior, abriendo la dimensión vertical, y colocar resinas en cualquier área donde sean necesarias.

Se pueden colocar dientes de acrílico en la guarda para ofrecer una apariencia estética aceptable, y además mantener la dimensión vertical. Se deberá aplicar flúor en gel en la guarda diariamente, para evitar la formación de caries por el uso constante del guarda.

Colocar coronas en todos los dientes afectados, restituyendo la dimensión vertical y reponiendo una función y estética adecuadas.

CAPÍTULO 10

EVOLUCIÓN

Ambos trastornos de la conducta de la alimentación pueden ocasionar desafíos para el pronóstico y el marco terapéutico; uno de estos es el intenso temor a engordar unido a las alteraciones de la percepción corporal.

Contrarreferencias intensas y negativas al tratamiento pueden ser fácilmente identificadas en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, los cuales presentan características demandantes, manipuladoras y coléricas; así como una resistencia del paciente anoréxico el cual piensa que la emaciación es normal e inclusive atractiva, o el paciente bulímico que cree que la purgación es la única manera de prevenir la obesidad, lo cual disminuye que el pronóstico sea bueno.

Es esencial que la familia sea consciente de los efectos que éste tipo de pacientes ejercen sobre el tratamiento, enseñarles a no negar el problema y dejar de ser obstructivos y manipuladores. ¹

El pronóstico y la evolución de la anorexia y la bulimia nerviosa es variable de un paciente a otro, por tal motivo no se puede establecer un diagnóstico preciso para la generalidad de las pacientes. En los casos en que se produce ganancia de peso, pero persisten los signos de enfermedad, se mantienen de forma intermitente las dietas, la ingestión masiva de comida, los vómitos y el uso de laxantes hasta en 2/3 de los casos. La muerte suele ser secundaria a la inanición, sobre todo por arritmias cardiacas o por suicidio. ⁴

El seguimiento a largo plazo del tratamiento en pacientes anoréxicos da un pronóstico que se presenta de la siguiente manera:

50% recobra el peso normal

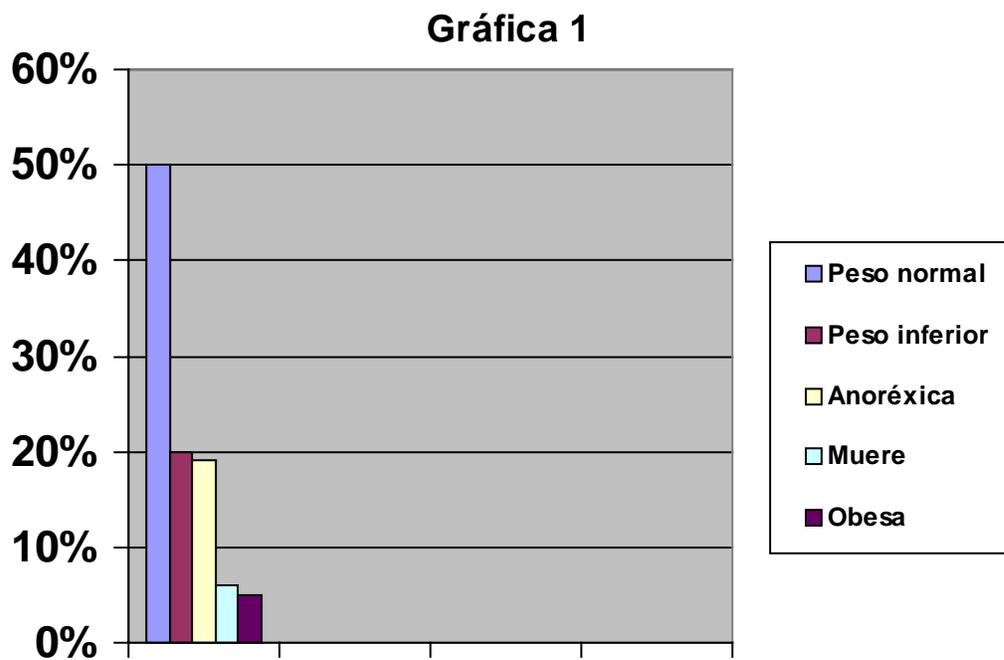
20% mejora pero sigue teniendo peso inferior al ideal

19% se mantiene anoréxico

5% se vuelve obeso

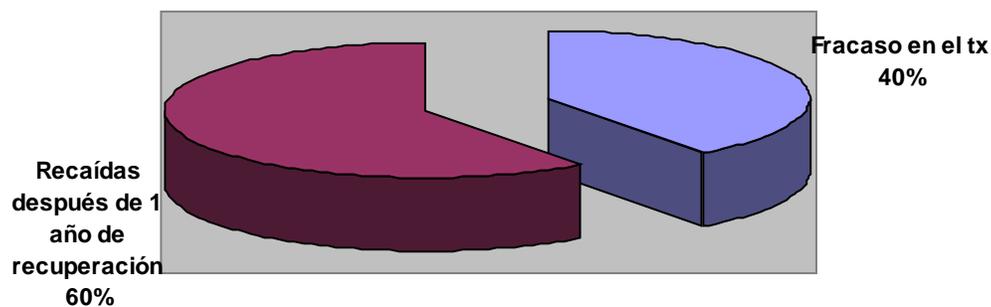
6% muere.

Esto se puede observar en la **gráfica 1**.



Los informes de seguimiento a largo plazo son más raros en el caso de la bulimia. Como las alteraciones psiquiátricas que presentan dichas pacientes tienden a ser más graves; el índice de suicidios es mayor, los peligros médicos son mayores. Se cree que su pronóstico es incluso peor que el de la anorexia.

Gráfica 2



En la **gráfica 2**, podemos observar los siguientes datos:

40% de los pacientes tratados siguen siendo bulímicos después de dieciocho meses de tratamiento.

60% de los enfermos tienen recaídas después de un año de recuperación. (4)

Tratar la anorexia o la bulimia requiere además de recursos económicos elevados, de mucho tiempo. Este es un factor importante a tomar en cuenta para el

pronóstico de los trastornos, ya que muchos pacientes suspenden el tratamiento, ya sea por carencias económicas, o por que no ven resultados rápidos, y al desesperarse vuelven a reincidir en dichos trastornos.

El éxito en la lucha contra estos trastornos parece ir en aumento, o por lo menos la gente presta más atención, ya que hasta hace 10 años las enfermas acudían al especialista hasta después de un año de la enfermedad, mientras que ahora acuden a los tres o seis meses de iniciarse el cuadro. ³⁸

El pronóstico del tratamiento dental es poco confiable, y muy costoso sí las restauraciones son múltiples, por tal motivo no hay que pensar en un pronóstico favorable, y siempre hay que mencionarle al paciente del posible fracaso del tratamiento. El tratamiento restaurador de la erosión dental intensa supone siempre un reto. ⁴⁷

Entre los signos de mal pronóstico se encuentran involucrados:

- La personalidad del paciente obsesiva compulsiva, rígida, perfeccionista y con alto nivel de inseguridad.
- Tiempo de evolución del padecimiento. Una edad tardía de inicio del padecimiento, así como una larga duración de la enfermedad. La más peligrosa es la más temprana, principalmente en la adolescencia. Especialmente por pérdidas significativas.
- La historia familiar, como la presencia de una madre dominante, un padre ajeno, familia disfuncional con eventos antecedentes de depresión, drogadicción o alcoholismo. Historia de bulimia o vómitos en la familia.

- Existencia de depresión mayor. Presencia de angustia y depresión familiar y personal.
- Factores económicos, es mayor en la clase económica acomodada.
- Una pérdida de peso extrema.
- Falta de habilidades sociales.
- Falta de empatía hacia el médico. 4

CONCLUSIONES

El rol del odontólogo a lo largo de la historia, ha sido prevenir y tratar enfermedades orales y específicamente dentales. Anteriormente se atendían éstos padecimientos de forma aislada, sin tomar en cuenta que por lo general pueden estar asociados a algún padecimiento sistémico del paciente.

Actualmente, un gran número de padecimientos se tratan de manera multidisciplinaria, es decir, a través de varios especialistas incluido el odontólogo; ya que tanto las causas como las manifestaciones se dan en distintos sistemas y órganos del cuerpo humano.

No obstante que la anorexia nerviosa y la bulimia son padecimientos reportados en la literatura antigua, poco se ha reportado del tema desde el punto de vista dental, pues anteriormente se consideraban enfermedades exclusivas de la rama de la psiquiatría y la nutrición. Hasta estos tiempos es que la medicina se percata de que estos trastornos producen consecuencias importantes en los dientes y la cavidad oral en general.

El enfoque odontológico de los trastornos de la conducta de la alimentación tiene gran relevancia, debido a que sus manifestaciones orales son las únicas que no pueden ser revertidas.

Debido a esto, es muy importante prevenir, detectar y tratar las lesiones oportunamente. Se deberán cuestionar aspectos como sensaciones subjetivas de dolor en dientes, ardor en boca y lengua, resequedad generalizada; e identificar

signos fácilmente identificables por un odontólogo como son: erosión dental, inflamación de parótidas, etc.

Es aquí donde la intervención de un odontólogo es importante, debido a las repercusiones que producen estos trastornos a nivel de la cavidad oral.

Sí la persona presenta algunas de las siguientes características, no hay que dudar de la existencia de un problema inminente: Deporte excesivo. Preferencia por los alimentos "Light". Aislarse continuamente. Acumular golosinas y comer con la sensación de no poder parar. Tener dificultades para dormir bien. Tener un estado de ánimo triste con grandes cambios de humor.

Comer los alimentos en trozos muy pequeños, esparcirlos por el plato, revolver la comida, secarla con servilletas para evitar todo tipo de grasa y al final apenas probar bocado.

Que la persona entre al baño inmediatamente después de comer, después de todas las comidas. Padecer estreñimiento debido a la escasa dieta, y usar laxantes o diuréticos.

Obsesión por quemar calorías, comer de pie o dormir poco. Pesarse continuamente. Abrigarse demasiado en comparación de los demás. Cansancio excesivo, pulso, tensión arterial y frecuencia cardíaca más bajas de lo normal. Caída excesiva de cabello, piel seca y pálida. Mareos y desmayos por mala nutrición.

Pérdida de menstruación en las mujeres. En mujeres que no han tenido la menarca, retraso y falta de maduración física general.

Emocionalmente, personas con baja autoestima, muy inseguras, con cierto nivel de ansiedad, muy perfeccionistas y exigentes consigo mismas. Lo hace todo bien o no hacen nada.

Dentro de las características dentales se pueden encontrar la inflamación gingival, la resequedad bucal, irritación de las mucosas, el desgaste de esmalte dental y aumento en la incidencia de caries.

A continuación, se puntualizan algunas reflexiones relevantes al respecto de estos trastornos.

1.- Ya que esta enfermedad no hace distinciones de sexo y edad, es importante que los jóvenes aprendan a quererse como son, con sus virtudes y defectos, y no obsesionarse con alcanzar una “perfección” que por definición es imperfecta.

2.- Conocer con precisión los criterios diagnósticos en los trastornos de la conducta de la alimentación es imprescindible para que el odontólogo pueda establecer los distintos planes de tratamiento. Sin embargo, no se debe reemplazar el criterio clínico para el reconocimiento de estos pacientes.

3.- Se deberá estar alerta ante estos trastornos, ya que una persona muy cercana a nosotros, ya sea un hijo, hermano, familiar o paciente puede estar frente a nosotros y no darnos cuenta de que se trate de un enfermo en ciernes.

4.- Se deberá tomar en cuenta que en pacientes con complexión normal pasan desapercibidas estas características clínicas por tal motivo se deberá poner atención al momento de realizar la historia clínica en aspectos como: profesión, pasatiempos y estrato social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braguinsky J y cols. *Obesidad patogénica clínica y tratamiento*. 2ª ed. Ed. El Ateneo. México, D.F., 1996.
2. Bruch H. *Eating disorders Obesity, anorexia nerviosa, and the person within*. Basic Books, Inc. Publishers. New York, 1973.
3. Kelley N W. *Medicina interna*. 2ª ed. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina, 1994.
4. Harrison. *Principios de la medicina interna Volumen I*. 3ª ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1992.
5. Abrams R A, Ruff J C. *Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia*. J Am Dent Assoc. 1986 Nov; 113(5):761-4.
6. Goldman S H, Marder Z M. *Physicians Guide to Diseases of the Oral Cavity*. Medical Economics Company. Book Division Oradell, New Jersey 1982. p. 44-46.
7. Ziolk H. *Bulimia a historical outline*. Int J Eat Disord. 1996 Dec;20(4).
8. Stein S. Chalhoub N, Hodes M. *Very early-onset bulimia nervosa: report of two cases*. Int J Eat Disord (United States). 1998 Nov;24(3).
9. Little J W. *Eating disorders: dental implications*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Feb;93(2):138-43.
10. Roberts M W, Li S H. *Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases*. J Am Dent Assoc. 1987;115(3): 407-10.

11. Galtzel J, Kuhre G, Henderson A, Strotzka H. *Cie 10 10a revision de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ed. Meditor OMS. 1992.
12. Bruch H. *Anorexia Nerviosa therapy and theory*. American Journal of Psychiatry 1982;139.
13. Christensen G J. *Oral care for patients with bulimia*. J Am Dent Assoc. 2002 Dec; 133 (12): 1689-91.
14. Sullivan P F, Builk C M, Kendler K S. *Genetic epidemiology of bingeing and vomiting*. Br J Psychiatry (England). 1998 Jul;173.
15. Guyton-Hall. *Tratado de Fisiología Médica*. 9ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1995 p. 609-1021.
16. Carpenter B M. *Neuroanatomía Fundamentos*. 4ª ed. Ed. Panamericana. 1994 p. 68.
17. Winic M. *Control of Appetite*. Ed. Wiley Interscience. 1988 p. 27-34.
18. Casanueva E, Pérez-Lizaur A B, et al. *Nutriología Médica*. Ed. Panamericana. 1995 p.136-388.
19. Sherman T R, Thompson A. *Bulimia una guía para familiares y amigos*. Ed. Trillas. México, 1999.
20. Hekler M, Miller C. *Anorexia, bulimia, deseo de nada*. Ed. Paidos. Buenos Aires Argentina, 1994.
21. Mc Laren D. *La nutrición y sus trastornos*. 2ª ed. Ed. Manual Moderno. 1997.

22. Fairburn C G, Welch S L, Doll H. *Risk factors for bulimia nervosa, A community based case-control study.* Arch Gen Psychiatry. 1997 Jun;54(6).
23. Crisp A H. *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in Anorexia Nerviosa.* Br J Psychiatry (England). 1991 Sep;159.
24. Casper R C. *Depression and eating disorders.* Depress anxiety (United States), 1998;8 suppl 1.
25. Tantillo M. *A relational approach to group therapy for women with bulimia nervosa: moving from understanding to acting.* Int J Group Psychother. 1998 Oct; 48(4).
26. Daluiski A, Rahbar B, Meals R. *Russell's sign. Subtile hand changes in patients with bulimia nervosa.* Clin Orthop. 1997 Oct;343.
27. McGilley B M, Pryor T L. *Assesment and treatment of bulimia nervosa.* Am Fam Physician. 1998 Jun;57(11).
28. Smith H Cecil *Tratado de medicina interna Tomo I.* 16^a ed. Ed. Interamericana. Madrid, 1985.
29. Kozyk J C, Touyz S W, Beumont P J. *Is there a relationship between buylimia nervosa and hazardous alchohol use?.* Int J Eat Disord. 1998 Jul;24(1).
30. Goodman & Gillman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* 6^a ed. Ed. Médica Panamericana. México, 1982.
31. Kaplan S A, Garfinkel E P. *Medical Issues and the Eating Disorders. The Interface.* Ed. Brunner/Mazel. 1993 p. 101-119.

32. Ziolkó H. *Persistent osteopenia after recovery from anorexia nervosa*. Int J Eat Disord. 1997 Jul;22(1):71-75.
33. Tobin D L, Griffing A, Griffing S. *An examination of subtype criteria for bulimia nervosa*. Int J Eat Disord. 1997 Sep;22(2).
34. Gay Z O, Ramírez R G. *Anorexia y Bulimia Nerviosa. Aspectos Odontológicos*. Revista ADM. 2000;57(1):23-32.
35. Dreizen S, Stone R. *Practical Dental Monographs Nutritional Deficiency Nutritional Stomatitis*. Ed. Board. 1981.
36. Haistraeli-Shalish, Livneh Avi, Katz Joseph. *Recurrent aphthous stomatitis and thiamine deficiency*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 Dec;82(6).
37. Bhaskar S. *Patología Oral*. . 6ª ed. Ed. El Ateneo. México, 1986.
38. Bouquot J E, Seime R J. *Bulimia nervosa: dental perspectives*. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1997 Aug;9(6).
39. Rothstein S G. *Reflux and vocal disorders in singers with bulimia*. J Voice. 1998 Mar;12(1).
40. Nickl N J, Brazer S, Rockwell K. *Patterns of esophageal motility in patients with stable bulimia*. Am J Gastroenterol. 1996 Dec;91(12).
41. Milosevic A, Dawson L. *Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear*. Caries research. 1996;30:361-366.
42. Stege P, Visco-Dangler L, Rye L. *Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations*. J Am Dent Assoc. 1984;109:723-5.

43. Levyk, A. *Bone mineralization, hypotalamic amenorrhea and sex steroid therapy in female adolescents and young adults.* J Pediatrics. 1995 May;126(5).
44. Halmen D. *Dental erosion, oral hygiene and nutrition in eating disorders.* Int J Eat Disord. 1997 Mar;21(2).
45. Wolcott R B, Yager J, Gordon G. *Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): report of cases.* J Am Dent Assoc. 1984 Nov; 109(5):723-5.
46. Spigset O. *Oral symptoms in bulimia nervosa. A survey of 34 cases.* Acta Odontol Scand. 1991 Dec;49(6):335-9.
47. Milosevic A, Jones C. *Coronas de cerámica adheridas con resina para un paciente bulímico con erosión dentaria intensa.* Edición especial. Quintessence Int. 1997;10(3).
48. Bartlett D W, Smith B G. *The Dental Impact of Eating Disorders.* Dental update. 1994;21(10):404-7.
49. Lazarchik D A, Filler S J. *Effects of Gastroesophageal Reflux on the Oral Cavity.* Am J of Med. 1997;103(5)107S-113S.
50. Schroeder P L, Filler S J., et al. *Dental Erosion and Acid Reflux Disease.* Annals of Int Med. 1995;122(11):809-815.
51. Kleier D J, Aragon S B, Averbach R E. *Dental management of the chronic vomiting patient.* J Am Dent Assoc. 1984;108:618-21.
52. Burke F J, Bell T J, Ismail N. *Bulimia: implications for the practicing dentist.* Br. Dent J. 1996 Jun;8,180(11).
53. McGilley B M, Pryor L T. *Assessment and Treatment of Bulimia Nervosa.* Am Fam Phys. 1998;57(11):2743-50.

54. Rytomaa I, Jarvinen V, et al. *Bulimia and Tooth Erosion*. Acta Odontol Scand. 1998;56(1):36-40.
55. Woodall I, Dafoe R B, Stutsman Y, Yankell L. *Odontología preventiva*. Nueva editorial Interamericana. México, D.F., 1983.
56. Anderson L, Shaw JM, McCargar L. *Physiological effects of bulimia nervosa on the gastrointestinal tract*. Can J Gastroenterol. 1997 Jul-Aug;11(5).
57. McCracken M, O'Neal S J. *Dental erosion and aspirin headache powders: a clinical report*. J Prosthodont. 2000;9:95-8.
58. Bartlett D W, Evans D F, Smith B G. *The relationship between gastro-esophageal reflux disease and dental erosion*. J Oral Rehabil. 1996 May;23(5):289-97.
59. Hastings J H. *Conservative restoration of function and aesthetics in a bulimic patient: a case report*. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1996;8:729-36.
60. Milosevic A, Jones C. *Use of resin-bonded ceramic crowns in a bulimic patient with severe tooth erosion*. Quintessence Int. 1996;27:123-7.
61. Ali D A, Browns R S, et al. *Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease*. J Am Dent Assoc. 2002 Jun;133(6):734-7; quiz 768-9.
62. Bonilla E D, Luna O. *Oral rehabilitation of a bulimic patient: a case report*. Quintessence Int. 2001 Jun;32(6):469-75.
63. Polivy Janet. *Causes of eating disorders*. Canada 2005; 689-2002-09.
64. Ponce de León Hernández Carmen. *Anorexia nerviosa, Aspectos médicos en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario*. Universidad de San Carlos. 2005;45-391-400.

65. Monteleone Palmiero, Martiadis Bassilis. *Leptin Secretion is related to chronicity and severity of the illness in BN*. Naples Italy ; Junio 2005;6842-200211-04.
66. Monteleone D. *Serotonergic dysfunction across the eating disorders: relationship to eating behavior, purging behavior, nutritional and general psychopathology*. Naples Italy; 2005;1.11354.1.65.
67. Favaro Angela, Caregaro Lorenza. *Tryptophan levels, excessive exercise, and nutritional status in AN*. Padova Italy; Febrero 2005; 1.11354.1.65.
68. Waller Glenn. *Pattern of birth adults with AN*. Londres 2005; 5053-200211-05.
69. Watson T.L. Andersen. *A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnostic AN*. EUA. Junio 2005;196-2003090-05.
70. Farrington Alice D. *Disociation in adolescent girls with AN*. Relationship to comorbid psychopathology. London 2005;5053-200211-04.
71. Gongora Vannesa. *The role of core beliefs in the specific cognitions of Bulimic Patients*. Argentina 2005;5053-2004040-07.
72. Echeburua Enrique. *Transtornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosas: un estudio piloto*. Sicopatología y Psicología Clínica 2002; vol.7; No 2, p.p 95-101.
73. Brunton Johan Nicola. *Narcissism and eating characteristics in young nonclinical women*. London 2005; 5053-200211-05.
74. Rivera Gallardo María Teresa. *Transtornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis*. Salud Pública de México; vol. 47; No. 4, Julio 2005.

75. Waller Glenn D. *The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs*. London 2005;1.11354.1.65.
76. Gay Zarate Oscar. Series en Medicina Bucal VIII. Anorexia y Bulimia en Odontología. Revista ADM vol. LXI; No. 3; Julio 2004; p.p. 117-120.