



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU REPERCUSIÓN
ORAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

GABRIELA GARCÍA CÁRDENAS

TUTORA: Esp. LILA ARELI DOMÍNGUEZ SANDOVAL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 mis padres Favián y Verónica por haberme forjado para ser la persona que soy hoy en día; muchos de mis logros se los debo a ustedes, en los que incluyo este, se mantuvieron conmigo a lo largo de todos estos años y aunque no siempre fue fácil me motivaron para alcanzar mis metas y no rendirme. Sé que jamás existirá una forma de agradecer la lucha, el sacrificio y esfuerzo que hicieron por mí; solo deseo que entiendan que este logro no es solo mío, también es suyo; que mi esfuerzo está inspirado en ustedes y que mi único ideal es seguir su ejemplo para ser una persona de provecho, un excelente profesionista y un mejor ser humano. Hoy termino mis estudios profesionales y es el legado más grande que me pueden dar, y por lo cual les viviré eternamente agradecida.

Gracias mamá y papá

A mis hermanos Elisa Andrea y Fabián apoyarme en este largo camino, por ser mis primeros pacientes, por preocuparse por mí, por aguantarme en mis momentos de estrés y que a pesar de las peleas se mantuvieron a mi lado, por estar en este momento tan importante, por su apoyo incondicional; simplemente gracias por ser mis hermanos y ser parte de mi vida.

Muchas gracias hermanos.

A Diego porque la ayuda que me has brindado ha muy importante, por estar a mi lado inclusive en los momentos más difíciles, siempre ayudándome. No fue sencillo terminar este proyecto, sin embargo siempre estuviste motivándome y apoyándome hasta donde te era posible. Muchas gracias por tu ayuda en la elaboración de esta tesina, y por tu gran apoyo en mi vida.

A mi familia, a todos mis tíos, primos y sobrinos que estuvieron a mi lado a lo largo de este camino, que aceptaron ser mis pacientes y por su apoyo a lo largo de mis duros años de carrera profesional.

A mi tutora la Esp. Lila Areli, Domínguez Sandoval, muchas gracias por sus conocimientos, por sus consejos, porque siempre me motivo, por su tiempo dedicado a esta tesina, por su paciencia y por el gran apoyo que siempre recibí de su parte.

A mis compañeros y amigos por los momentos que hemos vivido a lo largo de estos años y en especial gracias al equipo de Prostodoncia, gracias Moni, Omar, Ruth, Mary, Juan Christian, Mariana, Alain, Ricardo, Nandy y Octavio, por su apoyo y por sus consejos durante estos años, y en especial al Dr. Víctor Moreno Maldonado, por no solo hacerme una mejor profesionista, sino también una mejor persona.

A la Facultad de Odontología y a la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi segunda casa, por darme la mejor educación y las herramientas para enfrentarme al mundo para ser una gran profesionista, gracias por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	5
1. GENERALIDADES.....	6
1.1 Definición de trastornos alimentarios.....	6
1.2 Definición de anorexia nerviosa.....	7
1.3 Antecedentes de la anorexia.....	9
1.4 Definición de bulimia nerviosa.....	13
1.5 Antecedentes de la bulimia.....	15
2. ANOREXIA NERVIOSA.....	20
2.1 Características generales.....	20
2.2 Etiología.....	23
2.3 Síntomas.....	27
2.4 Criterios de diagnóstico.....	32
2.5 Diagnóstico diferencial.....	34
2.6 Complicaciones sistémicas.....	36
3. BULIMIA NERVIOSA.....	41
3.1 Características generales.....	41
3.2 Etiología.....	46
3.3 Síntomas.....	54
3.4 Criterios de diagnóstico.....	56
3.5 Diagnóstico diferencial.....	57
3.6 Complicaciones sistémicas.....	58
4. REPERCUSIONES ORALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	66
4.1 Erosión dental.....	68
4.2 Caries.....	73
4.3 Enfermedad periodontal.....	75
4.4 Lesiones en la mucosa oral.....	78
4.5 Xerostomía.....	81
4.6 Sialoadenitis.....	85
5. MANEJO ODONTOLÓGICO Y TRATAMIENTO.....	87
CONCLUSIONES.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95



INTRODUCCIÓN

En estos tiempos donde la publicidad y los medios de comunicación exaltan los cuerpos jóvenes y esbeltos, el esencial acto de comer se ha convertido en un tema tabú en la búsqueda del cuerpo perfecto. Esto ha generado en un importante número de individuos un sentimiento de malestar frente a su cuerpo y han adquirido una distorsionada imagen corporal. Como consecuencia son vulnerables a padecer diferentes trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas que afectan la relación que tiene una persona con la comida y con su propio cuerpo, lo cual se manifiesta en una conducta alimentaria desordenada.

Las manifestaciones de desorden alimentario más comunes en la actualidad son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, generalmente caracterizadas por una excesiva preocupación por el aspecto físico y el peso corporal, por lo tanto se inician conductas como dejar de comer, autoinducirse el vómito y el abuso de laxantes y medicamentos y todo para restringir la alimentación, evitando engordar y generando un sentimiento de autoaceptación en los individuos que las efectúan.

Los efectos que se suscriben a estos dos trastornos específicamente, tienen repercusiones tanto en hombres como en mujeres, provocando en ambos grupos serias complicaciones tanto a nivel emocional, sistémico y a nivel de salud oral.

Dada la importancia y relevancia de la temática y su repercusión en el campo odontológico, este trabajo está centrado en describir el manejo odontológico y el tratamiento que se lleva a cabo para la rehabilitación del paciente.



OBJETIVO

Describir las características de los trastornos alimentarios y las repercusiones orales que se presentan.



1. GENERALIDADES

1.1 Definición de trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son un grupo de desórdenes psicopatológicos que afectan la relación que tiene el paciente con la comida y su propio cuerpo, lo cual se manifiesta a través de una conducta alimentaria caótica o distorsionada. Los pacientes que sufren de desórdenes alimenticios tienen diferentes perfiles de comportamiento en relación a la comida y la dieta.¹

Los trastornos de la alimentación son principalmente condiciones psicológicas, a menudo con graves complicaciones médicas y comparten las características principales de la autoevaluación por la percepción de forma y peso y un deseo de ser más delgado.²

El Manual diagnóstico y estadístico 4º edición (DSM) clasifica los trastornos alimentarios como Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Este último es una limitada variante de síntomas del síndrome completo; típicamente la persona cumple con la mayoría, pero no con todos los criterios de diagnóstico.²

La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) Incluye Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa Atípica (similar a el Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado), vómitos asociados con otras condiciones psicológicas y pérdida de apetito psicógena.²



1.2 Definición de anorexia nerviosa

Según la Organización Mundial de la Salud la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente (Ver fig. 1). Por lo común se produce en adolescentes y mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia.³

El trastorno se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales (Ver fig. 2), a modo de ideas intrusivas (pensamientos no deseados involuntarios, imágenes o ideas desagradables que pueden convertirse en obsesiones, son molestos o preocupantes, y puede ser difícil de manejar o eliminar.), y el paciente se impone a sí mismo un límite máximo de peso bajo.³

Suele haber desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinas y metabólicas. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción del vómito o purgas intestinales y uso de anorexígenos (es una sustancia supresora o depresora del apetito, comercializada como suplementos dietéticos o como fármaco y administrada con el objetivo de perder peso.) y diuréticos.³



Fig. 1 La anorexia está caracterizada por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente.⁴



Fig. 2 Se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales.⁵

1.3 Antecedentes de la anorexia

En siglos pasados el significado del cuerpo estaba muy ligado a lo religioso, la culpa, el pecado y la espiritualidad, por lo cual muchas mujeres consideradas santas, monjas o quienes querían expiar sus culpas practicaban el ayuno. Tenemos el ejemplo de Santa Liberata, la joven Friderada, Santa Catalina de Siena (Ver fig. 3), Sor Juana Inés de la Cruz (Ver fig. 4) y Santa Juana de Arco, quienes pensaban que a través de la restricción y de la purga, se conseguía la pérdida de cualquier rastro de la femineidad que en esa época se consideraba pecaminosa, elevando el espíritu, se realizaba tratando de conseguir una absoluta espiritualidad; darle sentido a la existencia por medio de la penitencia, el sacrificio y también la productividad intelectual y artística.



Fig. 3 Santa Catalina de Siena.⁶



Fig. 4 Sor Juana Inés de la Cruz.⁷



No todos los cuadros anoréxicos están vinculados con la penitencia y sacrificio, puesto que documentos antiguos también refieren episodios de restricción voluntaria de la alimentación por motivos diversos que van desde la existencia de alguna psicopatología, hasta individuos que se exhibían en ferias y mercados mostrando su cuerpo esquelético y manifestando que podían vivir “sin alimentarse”.⁸

Durante el siglo XVII, cada vez con más frecuencia, aparecen documentos que describen minuciosamente casos de inanición provocada por rechazo de los alimentos.⁸

Morton en 1689 es el primer autor en describir con precisión un caso de anorexia nerviosa en un texto titulado *A Treatise of Consumptions*, en el denomina a la enfermedad “consunción nerviosa” y en la descripción hace referencia a la anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen, por lo cual lo atribuye a la tristeza y a las preocupaciones.⁹

Gull y Lassegue en 1873 describen cuadros de anorexia nerviosa, atribuyéndola a la histeria que en esa época se encontraba de moda y denominándola respectivamente “apepsia histérica” y “anorexia histérica” descartando la causa orgánica de la enfermedad. Aunque Gull al principio supone una causa orgánica, como un trastorno del aparato digestivo, después la descarta, también ante la ausencia de déficit de pepsina gástrica, opta por el término anorexia nerviosa.¹⁰

Janet en 1903 clasifica la anorexia nerviosa entre los trastornos de la alimentación de origen neuropático.¹⁰

Simmonds en 1914 a partir de estudios necrópsicos establece la disfunción hipofisaria como una nueva hipótesis de la causa de la anorexia nerviosa, llamándola “caquexia hipofisaria”.⁹



Los endocrinólogos consideran entonces la anorexia nerviosa una forma de panhipopituitarismo que precisa un tratamiento endocrinológico.¹⁰

Sheehan en 1938 establece las diferencias entre la anorexia nerviosa y caquexia hipofisaria de origen isquémico, demostrando que en la insuficiencia hipofisaria, el adelgazamiento nunca es precoz, por lo cual la “neurosis” antehipofisaria de origen isquémico debe de ser diferenciada de la anorexia nerviosa.^{9, 10}

Entre 1938 y 1956 las hipótesis endocrinológicas dan lugar a una importante serie de trabajos, que gira en torno a exploraciones biológicas y anatomopatológicas, pero estas son rebatidas por la evidencia de la ineficiencia de los tratamientos hormonales, mientras que los psiquiatras, utilizando el aislamiento y la separación de la familia, obtienen excelentes resultados terapéuticos.¹⁰

Decourt en 1954 contribuye al reconocimiento del origen psiquiátrico del trastorno, escribiendo: “aún se ven morir enfermas que los antiguos médicos sin duda habrían curado”.¹⁰

A lo largo de la historia de la Medicina, diferentes especialidades de esta, han establecido diferentes descripciones e interpretaciones de este trastorno. Desde el punto de vista de la Psicología, el psicoanálisis fue la primera escuela que estableció interpretaciones causales. Freud, Abraham Fenichel o M. Klein consideraron a la anorexia nerviosa, una neurosis, relacionándola con la histeria y después con la melancolía.⁹

La anorexia ha sido considerada, como una enfermedad anexa a la depresión, al histérico, al obsesivo compulsivo y al psicótico, hasta que tomo una identidad propia, aun cuando curse junto con otros trastornos.⁹

Fenichel en 1941 estudia el significado dinámico de la anorexia nerviosa en los conflictos propios de cada estructura psicopatológica.¹⁰



En el Simposio de Gottingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones:

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.⁹

Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que demuestra un notable interés de los investigadores sobre el tema, las líneas terapéuticas se han diversificado y en la actualidad se tiene una visión más práctica del problema, considerando que en la causa del trastorno deben influir una serie de factores enlazados, deben de ser psicológicos, biológicos y sociales que en un momento concreto desencadenan el trastorno.⁸

Los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados promueven modelos etiopatogénicos multideterminados y con tratamientos pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos y percepciones alteradas de ambos.⁸



1.4 Definición de bulimia nerviosa

Según la Organización Mundial de la Salud, la bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva por el peso corporal, que conducen a un patrón de atracones seguidos de vómitos o uso de purgantes (Ver fig. 5 y 6).³

Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la anorexia nerviosa, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporales. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una gran pérdida de peso.³

A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio temprano de anorexia nerviosa, con un intervalo comprendido entre pocos meses y varios años.³

La distribución por edades y sexo es similar a la anorexia nerviosa, aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía.¹¹

A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos.¹¹



Fig. 5 La bulimia está caracterizada por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos. ¹²



Fig. 6 Después del atracón el paciente se provoca el vómito. ¹³



1.5 Antecedentes de la bulimia

El término bulimia no es algo novedoso, a través de la historia ha sufrido varios cambios, desde considerarse como solo un síntoma hasta convertirse en todo un cuadro clínico.¹⁴

El término bulimia proviene etimológicamente del griego, de *limos*, que significa “hambre”, y del prefijo *bou*, que significa “gran cantidad”, o *boul*, que significa “buey” y el término resultante se puede traducir como “hambre feroz” o “hambre de buey”.¹⁵

El primer reporte de este fenómeno clínico de extrema o inaguantable hambre fue hecho por Diócles de Karystos en siglo 4 A.C. después por Aristóteles y por Erasistratos.¹⁴

Incluso en el mundo antiguo, *bulimos* era comprendido como un hambre voraz en conjunto con debilidad y agotamiento (desmayo).¹⁴

Después del siglo 4 una variante de *bulimos* fue reconocida. Esta estaba caracterizada por hambre que se presentaba inicialmente, seguida por desmayos y colapsos, como lo describe Oribasius de Pergamon, Aetius de Amida y Alexander de Tralles.¹⁴

Jenofonte en 970 a.C. describió como bulimia un estado de hambre extrema, debilidad y desfallecimiento en los soldados griegos retirados en las montañas de Asia Menor.¹⁵

Galeno definía los síntomas bulímicos como hambre, colapso, palidez, extremidades frías, opresión en el estómago y pulso débil; diferenciándola de la *fames canina* o *kynorexia*, la cual se caracterizaba porque el paciente vomitaba como resultado de las grandes cantidades ingeridas y la presión en el estómago.^{14, 15}

Phagedaena, un concepto paralelo a la *kinorexia* (también *adephagia*, del griego *phagein*, que significa, para comer, ingerir o tragar) denotaba el deseo voraz por la comida, así como la ingesta voraz de grandes cantidades de comida. Los pacientes no pueden controlarse a sí mismos y comen compulsivamente para después vomitar, debido a la sensación de peso y distensión.¹⁴

Son muy conocidas las prácticas de las clases altas de la antigua Roma, en las que los comensales se provocaban el vómito durante abundantes banquetes. Sin embargo, las primeras descripciones se refieren a la bulimia como una respuesta fisiológica a una restricción alimentaria (Ver fig. 7).¹⁵



Fig. 7 Los grandes banquetes romanos. ¹⁶

En los inicios del año 1000 D.C. el significado de *bulimos*, como una constante, insaciable, desmesuradamente grande e inconmensurable hambre ganó popularidad. Esto fue documentado por la Escuela de Medicina de Salerno (Siglos 10 al 11).¹⁴



Durante la época medieval se consideraba a la gula o glotonería como uno de los siete pecados capitales de la Iglesia católica y el vómito constituyó una práctica penitencial. No obstante, la incertidumbre por las provisiones de la comida y la baja expectativa de vida provocaban que en épocas prosperas fueran comunes los atracones.¹⁵

En 1743 el Diccionario Médico de la Ciudad de Londres describe un cuadro denominado "*true boulimus*", caracterizado por una preocupación por la comida, ingestas voraces y períodos de ayuno. Otro cuadro descrito es el "*caninus appetitus*" en el cual el vómito sigue al atracón.⁸

En el siglo XIX el New Dictionary of Medical Science da la siguiente definición del término bulimia: "de buey y hambre (hambre de buey). Un apetito atroz. Se observa en algunas ocasiones en la histeria y a lo largo del embarazo, pero raramente en otras circunstancias".¹⁰

En la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX se describen comportamientos bulímicos asociados generalmente a la anorexia nerviosa.¹⁵

Blachez en 1869 proponía, una definición de la bulimia, donde la establecía como un síntoma aparte. Insistía en los criterios de la bulimia a diferenciar de la hiperfagia, según las siguientes características: la bulimia no debía confundirse con el aumento de las necesidades alimentarias fisiológicas de la adolescencia, con una patología digestiva que pudiera explicar el hambre o con el consumo alimentario de pacientes afectados por la fiebre tifoidea. Precisaba que en las bulímicas el alimento se convertía en una preocupación franca y obsesiva, también describía un cuadro de torpeza tras el acceso bulímico, con todo esto, Blachez hace de la bulimia no un síntoma particular, sino un síndrome completo.¹⁰



Janet en 1903, en su obras sobre “las obsesiones y la psicastenia”, publicó diversos ejemplos de casos de bulimia que ocurrieron a finales del siglo XIX, describe particularmente las observaciones clínicas de tres mujeres y un hombre que presentan todas las características del síndrome bulímico.¹⁰

Wulff en 1932 describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de periodos de ascetismo y de voracidad insaciable, estableciendo ya de este modo implícitamente una relación entre anorexia y bulimia.¹⁰

A partir de la Segunda Guerra Mundial se observan con más frecuencia casos que se aproximan a los criterios diagnósticos actuales; sin embargo, se sigue considerando a la bulimia como un síntoma de la anorexia, prestando más atención a la conducta de sobreingesta que a las medidas purgativas.¹⁵

Stunkard en 1959 describió el síndrome del atracón, *binge eating syndrome*, basándose en la similitud entre la ingesta durante un atracón y el consumo de alcohol en las personas alcohólicas. Se aceptaron sus criterios en el DSM-III en 1980, bajo el nombre de bulimia, sin hacer alusión a las conductas purgativas.¹⁵

Boskind-Lodhal en 1976 y Boskin-Lodhal y Sirlin en 1977 presentan un síndrome dominado por los episodios de sobreingesta, al que denominan “bulimarexia”.¹⁰

Palmer en 1979 llama “síndrome del caos alimentario” a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia.¹⁰

Russel en 1979 describe la bulimia nerviosa propiamente dicha; en sus criterios diagnósticos se contemplan las conductas compensatorias y el miedo a engordar, además de atracones. A partir de 1985 reservará este término a las bulímicas que llegan a serlo tras un periodo de anorexia, por lo que lo llamará simplemente bulimia.^{10, 15}



El DSM-III en 1980 propone una serie de criterios, a fin de perfilar mejor el diagnóstico de bulimia, precisando concretamente que los accesos bulímicos deben de ser repetidos, sin definir la frecuencia, y que los episodios bulímicos no deben darse en el contexto de una anorexia nerviosa o de un trastorno psíquico reconocido.¹⁰

El DSM-III-R en 1989 establece una noción de frecuencia de los accesos, por lo menos dos episodios bulímicos por semana como promedio durante un mínimo de tres meses, y deja de precisar la necesidad de exclusión del diagnóstico de anorexia nerviosa, rebautizando el síndrome como “bulimia nerviosa”.¹⁰

De esta manera queda establecida la concepción actual del trastorno y prevalece el término de bulimia nerviosa frente a otras denominaciones, como por ejemplo: hiperorexia nerviosa, síndrome del caos dietético, síndrome de atracones y bulimarexia.¹⁵

Si bien la descripción de atracones se remonta a la antigüedad, el miedo a engordar, las conductas purgativas y el hecho de que predomine el sexo femenino aparecen en la segunda mitad del siglo XX; por lo tanto la presión social hacia la delgadez y la estigmatización de la obesidad van a perfilar las características del trastorno tal y como se presenta en nuestros días.¹⁵



2. ANOREXIA NERVIOSA

2.1 Características generales

Es una enfermedad psicológica que se caracteriza por el rechazo a mantener un peso mínimo normal, esto se transforma en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y además sufren de amenorrea.^{17, 18, 19}

La persona con anorexia nerviosa mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.^{17, 18}

La anorexia se establece si el peso es inferior al 85 % del peso considerado normal para la edad y talla del paciente, de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría. Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m².¹⁷

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos (Ver fig. 8). A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.^{17, 18, 19}



Fig. 8 El paciente se somete a una dieta restringida para no ganar peso.²⁰

El miedo a ganar peso o a convertirse en obesos no desaparece aunque la persona haya perdido peso, y de hecho, su miedo va a aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.^{17, 18}

Existe una alteración de la percepción de la silueta corporal. Algunas personas se observan “obesas”, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, los glúteos y los muslos (Ver fig. 9).¹⁷



Fig. 9 Existe una alteración de la percepción de la silueta corporal.²¹



Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son, el pesarse constantemente, medirse las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas que consideran “gordas”.¹⁷

El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.^{17, 18}

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.¹⁷

Tipo compulsivo/purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima. La diferencia con un paciente con bulimia nerviosa, es que el paciente con bulimia puede tener un peso normal o se puede encontrar en su nivel más bajo de peso.¹⁷



2.2 Etiología

La anorexia nerviosa se inicia durante la pubertad, que se caracteriza por cambios biológicos y psicológicos considerables y la exposición a una amplia variedad de influencias sociales. Por lo tanto, es un trastorno de origen multifactorial. Se considera una enfermedad bio-psico-socio-cultural, donde se precisa de la interrelación de factores biológicos, sociales y psicológicos, produciéndose un círculo vicioso que perpetúa la enfermedad. En su origen participan múltiples factores que se pueden clasificar en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.^{22, 23}

Factores predisponentes

- **Factores socioculturales:** en la sociedad occidental actual existe un interés creciente por la salud y la dieta. Paralelamente aumenta la preocupación por el aspecto físico, se establecen parámetros de belleza y existe una importante presión social que hace que un gran número de individuos intente adaptarse a unos determinados estándares estéticos. Aquel individuo que tenga las características de este modelo tiene razones para valorarse positivamente y aquellos que se aparten de él son infravalorados por los demás y tienden a padecer una baja autoestima. Socio-culturalmente los pacientes pertenecen a la clase media-alta y ambientes urbanos muy desarrollados.²²
- **Factores familiares:** Es probable que la patología familiar sea una consecuencia de la presencia de la anorexia nerviosa en uno de sus miembros. Se ha descrito en la familia una mayor sobreexigencia y sobreprotección sobre los hijos, así como una evitación de los conflictos que dificulta su autonomía y favorece una sensación de inseguridad y falta de control.²²



- **Factores individuales:**
 - **Neuroendocrinos:** La regulación de la ingesta (hambre/saciedad) en el organismo se produce a través de la interacción de complejos sistemas y señales que proceden del sistema gastrointestinal, las reservas energéticas y el sistema nervioso central (hipotálamo). Los pacientes con trastornos alimentarios, presentan importantes alteraciones en las percepciones del hambre y saciedad y en sus patrones alimentarios. Se han documentado importantes alteraciones en estos pacientes en algunos neurotransmisores que participan activamente en la regulación de la homeostasis energética (serotonina, dopamina, noradrenalina) y en los sistemas de la colecistoquinina, leptina, adiponectina, neuropeptido y otros péptidos implicados en el control de la ingesta.^{24, 25}
 - **Psicológicos:** en general se describe que los pacientes presentan una personalidad premórbida, en la que destacan la inestabilidad emocional, fenómenos de ansiedad y la tendencia a la depresión. Es difícil determinar si estas alteraciones son previas o si son consecuencia de la propia enfermedad.²²
Los rasgos obsesivos-compulsivos, como la rigidez, la necesidad de orden y control, la preocupación por el detalle el perfeccionismo son evidentes en la infancia.²⁵
- **Otros factores físicos:** la obesidad o la tendencia al sobrepeso o a ciertas alteraciones corporales pueden preceder al desarrollo de la anorexia nerviosa.²²

Factores precipitantes

En la sociedad occidental la delgadez entre las mujeres y la “musculatura” entre los hombres son los ideales interiorizados de la imagen corporal, reforzados por los medios de comunicación y la publicidad (Ver fig. 10).²³



Fig. 10 La publicidad y los medios de comunicación refuerzan de que eres mejor si eres delgado.²⁶

En un número significativo de pacientes que sufren anorexia nerviosa se da ansiedad social con miedo a una evaluación negativa, y esto antecede al inicio de la enfermedad.²³

En atletas, modelos y bailarinas de ballet existe el riesgo de contraer el trastorno, debido a su entorno y a las exigencias de este, lo que los orilla a mantener un régimen de adelgazamiento, el cual puede ser un desencadenante de la anorexia nerviosa de tipo compulsivo-purgativo.²³

Como factores de riesgo, se han identificado precipitantes externos, como una separación, las pérdidas y una experiencia sexual adversa en la infancia.²³



Factores de mantenimiento

La propia malnutrición, las alteraciones en los neurotransmisores que controlan la ingesta, el retraso en el vaciamiento gástrico, las alteraciones de la dinámica familiar, el aislamiento social, la actividad física y las cogniciones anoréxicas pueden ser capaces de perpetuar el cuadro clínico y generar una gran resistencia al tratamiento.²²

En la enfermedad también se han descrito la búsqueda reducida de novedades, la evitación de riesgos, la ausencia de autodirección y la baja cooperatividad. Hay características compartidas con el trastorno de personalidad ansioso, evitador y dependiente y con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. El déficit en las estrategias cognitivas, como debilidad de la flexibilidad cognitiva, coherencia central, aprendizaje y recompensa, se relacionan con estos rasgos y pueden tomar parte tanto en la mediación como en la moderación de la enfermedad.²³



2.3 Síntomas

Clínicamente se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico. Sus síntomas son rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres (Ver fig. 11).²⁴

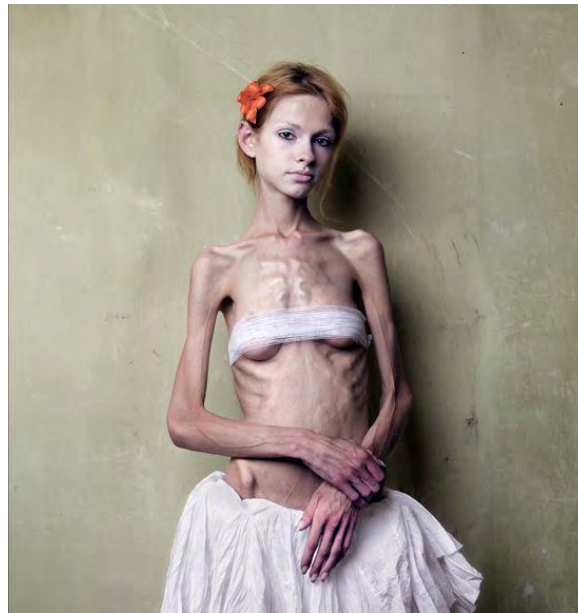


Fig. 11 Los síntomas son rechazo a mantener un peso normal y un gran miedo a ganar peso.²⁷

Se presenta fundamentalmente en el sexo femenino, aunque el 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino.²⁸

La evolución de la anorexia puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios indeterminados, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir el desarrollo de desnutrición progresiva con la posibilidad de caer en estados caquécticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico.²⁸



Se presenta habitualmente en adolescentes sin psicopatología previa valorable y sin muestras de obesidad, solamente con discreto sobrepeso. La búsqueda de la delgadez es para ellos el centro de su vida. Este estilo de pensamiento extremo los lleva a una disciplina muy rígida en la dieta, cuyo éxito le da un sentido de validez a sus vidas y la sensación de tener un núcleo de personalidad propio. ²⁸

Estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo de alimentos con alto contenido calórico, y muchos de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. El ejercicio físico excesivo es también típico. No reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad, y es el ejercicio parte de esa autodisciplina para no convertirse en obeso. ^{17, 28}

Lograda la pérdida de peso, siguen reduciendo la cantidad de calorías que ingieren por día, y están cada vez más preocupados por pensamientos sobre la comida, y es esta preocupación lo que amplía su miedo a no tener control sobre su apetito. ²⁸

La pérdida de peso puede ser paulatina, de forma tal que se produce una adaptación a la malnutrición, pero muchas anoréxicas se vuelven débiles y tienden a ser hipoactivas. ^{17, 28}

Aunque se niegan a comer, la sensación de hambre puede estar presente, no sólo al inicio de la enfermedad, sino también durante ésta. Por lo general sólo pierden el apetito cuando están en pleno estado de emaciación. ^{17, 28}

Los pacientes se destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tienen un límite calórico muy restrictivo, pero se ha detectado que la mitad de las anoréxicas restrictivas, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica el denominado "atacón", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito autoinducido. Es decir, de



anoréxicas restrictivas, se convierten en anoréxicas compulsivas/purgativas, por el vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos. ²⁸

Existen algunas diferencias entre los pacientes con anorexia restrictiva y los que tienen anorexia compulsiva/purgativa: (Ver Cuadro 1) ²⁸

Cuadro 1. Diferencias entre los pacientes con anorexia restrictiva y con anorexia compulsiva/purgativa.

Restrictiva	Compulsiva/Purgativa
Menor Peso	Mayor peso en comparación a los pacientes restrictivos
Menor tendencia a la obesidad	Tienen más antecedentes de obesidad
Mayor aislamiento social y de las relaciones	Se encuentra con mayor frecuencia la existencia de una madre obesa
Menos activos sexualmente	

La menstruación casi siempre regresa con el aumento de contenido de masa corporal llega al 22 %. Los varones con anorexia nerviosa pierden la libido y son infértiles. ²⁸

Existe la alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas, también se preocupan por algunas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gruesas, es decir, hay una alteración de la imagen corporal. Las percepciones distorsionadas de su cuerpo favorecen el mantenimiento del cuadro anoréxico, pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta. ²⁸



La realización de la dieta les permite interrumpir el desarrollo y tratar de evitar la pubertad, es decir, que su apariencia física se quede en una imagen de preadolescentes que los defiende de asumir el papel de adulto con sus responsabilidades y cambios en la forma del cuerpo, para lo cual no se encuentran preparados. ²⁸

Algunas veces se puede encontrar infertilidad o dificultad para el embarazo, pues el miedo al incremento del hambre durante éste, puede desencadenar el miedo a perder el autocontrol sobre la comida. ²⁸

Las conductas de interacción social de las anoréxicas cambian con la enfermedad. Tienden al aislamiento o buscan compañía de personas más jóvenes. La rigidez, la obsesión y la dependencia de la familia son características. ^{17, 28}

Su estado de ánimo es vulnerable. Son comunes los sentimientos de desamparo, de depresión, de ansiedad. Se destaca también el sentido de ineficacia y baja autoestima, lo cual está en estrecha relación con el miedo a perder el control sobre sí, reflejando desconfianza personal. ^{17, 28}

No dan opiniones, presentan perfeccionismo excesivo, autoexigencia, sumisión y obediencia hacia figuras de autoridad. Las pacientes anoréxicas también experimentan una significativa reducción del sueño. ^{17, 28}

Los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), ya sean en relación con la comida o no, es una característica de este cuadro. La mayoría de las personas con anorexia están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de TOC. ¹⁷



La restricción dietética lleva consigo una serie de cambios biológicos y físicos importantes. Entre ellos se destaca la alteración del eje hipotalámico y endocrino, respondiendo a la aparición de la amenorrea. ^{17, 28}

Muchos síntomas de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición. Los síntomas de la anorexia nerviosa son (Ver cuadro 2): ^{17, 28}

Cuadro 2. Síntomas de la anorexia nerviosa.

Amenorrea	Estreñimiento	Dolor abdominal	Intolerancia al frío	Hipotensión
Hipotermia	Bradicardia	Sequedad en la piel	Lanugo	Edemas Periféricos
Anemia	Leucopenia	Petequias en extremidades	Color de piel amarillento	Atrófia mamaria
	Reducción del vello axilar y pubial		Metabolismo basal disminuido	

En el paciente con anorexia nerviosa, nutricionalmente hay un déficit de minerales, calcio, hierro y zinc. Se detectan valores séricos altos de caroteno y vitamina A, las vitaminas E y B6 pueden aparecer deficitarias, no así la vitamina C, la cual puede ser normal o elevada, pues una gran parte de los alimentos se consumen crudos, y, por lo tanto, no sufren importantes reducciones en el contenido de esta vitamina. También puede ser normal en los anoréxicos el contenido de proteínas. ²⁸



2.4 Criterios de diagnóstico

Actualmente los criterios que se siguen para el diagnóstico son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 (DSM-IV) y los elaborados por la OMS (CIE-10), ya que se trata de una enfermedad psiquiátrica. ²⁴

Los Criterios de Investigación de la CIE-10 y los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa difieren en diversos aspectos. La CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de “comidas grasas” y, en el hombre, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM-IV donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular (Ver cuadro 3). ^{3,17}

Cuadro 3. Cuadro comparativo entre criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa.

Criterios de Diagnóstico	
DSM-IV	CIE-10
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).	A. Pérdida significativa de peso (IMC<17,5 kg/cm ²). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoinducidos, purgas autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.



<p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p>	<p>C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p>
<p>D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)</p>	<p>D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisariogonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual, una excepción la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina</p>
	<p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene, cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.</p>



2.5 Diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos categóricos que estipula el DSM-IV permiten un diagnóstico relativamente fácil de esta entidad alimentaria; sin embargo, es importante mencionar que deben descartarse otras enfermedades médicas que cursan con disminución ponderal acentuada.²⁵

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas, como el inicio de la enfermedad después de los 40 años. Entre las que se encuentran la diabetes tipo I, el hipertiroidismo primario o secundario, las neoplasias, el síndrome de la arteria mesentérica superior, desnutrición carencial, enfermedades digestivas, tumores cerebrales y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en estas enfermedades puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.^{17, 25}

El síndrome de la arteria mesentérica superior, caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico, debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que la presentan, debido a su emaciación.^{17, 18}

En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso.^{17, 25}

En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero es a consecuencia de la actividad delirante del paciente, que puede tener una actitud negativa y se niega a comer, estos pacientes rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.^{17, 29}



Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico.

Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público, al igual que en la fobia social; pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos, al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario, como en el trastorno dismórfico. ^{17, 25, 29}

Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria, por ejemplo miedo excesivo a hablar en público, es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento, por ejemplo miedo excesivo a contaminarse, y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales por ejemplo existe preocupación por tener una nariz demasiado grande. ^{17, 29}

En la bulimia nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo. ^{17, 29}



2.6 Complicaciones sistémicas

En las primeras fases la exploración sólo se aprecia bradicardia, hipotensión, algún edema periférico, piel seca e indicios de deshidratación. ⁸

Exploración general:

A la observación se aprecia una paciente delgada, malnutrida, con la piel seca y fría y edemas periféricos. El cabello es lacio y frágil, y las uñas quebradizas. Pueden presentar lanugo y tener los dientes en mal estado. ⁸

Sistema cardio-circulatorio:

- **Circulación periférica:** Las extremidades están frías y azuladas, debido a la hipotensión, la hipovolemia y la vasoconstricción. ^{8, 18}
- **Corazón:** El corazón sufre una progresiva disminución de su tamaño, con paredes más delgadas, y se sitúa en posición más vertical. ⁸
- **Exploración Electrocardiográfica:** Se pueden observar una bradicardia sinusal, aplanamiento o inversión de la onda T y alteraciones de los QRS. Las pérdidas de potasio, secundarias a los vómitos o al abuso de laxantes y diuréticos, provocan importantes alteraciones del ritmo y de la contractilidad cardíaca, que son los responsables de la muerte súbita de algunos pacientes. ⁸
- Se puede observar también prolapso de la válvula mitras, arritmia o insuficiencia cardíaca congestiva. ¹⁸

Aparato respiratorio:

Pueden presentar neumotórax espontáneos y enfisema mediastínico, por la pérdida de elasticidad pleural asociada a los esfuerzos para vomitar, que aumentan la presión intratorácica. Además, los vómitos pueden provocar neumonías por aspiración. ⁸



Sistema nervioso central:

Se dan alteraciones neuropsicológicas: retraso en el tiempo de reacción, trastorno en la memoria visual y fallos en la recuperación de la información. ⁸

Se observa una aparente atrofia cerebral, como dilatación ventricular y ensanchamiento de los surcos cerebrales, que se pueden deber a la pérdida ponderal. ⁸

Aparato digestivo:

Estas pacientes se quejan de inapetencia, estreñimiento, pesadez postprandial, disfagia, náuseas y vómitos, casi siempre provocados. Con el estreñimiento crónico se pueden intercalar episodios diarreicos producidos por abuso de laxantes. ^{8, 18}

La exploración permite observar que el abdomen está excavado, palpándose fácilmente los fecalomas favorecidos por el estreñimiento. Son frecuentes las hemorroides y prolapso rectal, también debidos al estreñimiento. ^{8, 18}

Los dientes pueden presentar importantes lesiones: erosión dental y caries. Estas alteraciones se dan con más frecuencia en pacientes purgativos, por el contacto de sus dientes con el ácido del estómago. ⁸

Presentan una hipertrofia de las glándulas parotídeas, acompañada de sequedad de boca, dolor y en ocasiones náuseas. Esta hipertrofia está asociada con las conductas de vómito, la deshidratación y la hipopotasemia, y se revierte con la recuperación física y el abandono de las conductas de vómito. También hay hipertrofia de las glándulas submaxilares. ⁸

Presentan una función hepática normal pero algunos pacientes pueden presentar elevadas las fosfatasas alcalinas y transaminasas, además de la amilasa sérica, que se regulariza al recuperar peso la paciente. ⁸



Presentan frecuentemente hipercolesterolemia, que ha sido vinculada a una anomalía tiroidea, a un abuso de carbohidratos, a un déficit de ácidos biliares o a un trastorno del catabolismo de las grasas. ⁸

Función renal y equilibrio electrolítico:

Presentan cifras de urea en sangre normales, aunque las que tienen una importante pérdida corporal pueden presentar un aumento del BUN, posiblemente en relación con la alimentación, especialmente el consumo proteico. ⁸

Las ligeras deshidrataciones son difíciles de detectar y obedecen a gran número de causas. Como la mayoría de anoréxicos no suelen restringir la ingesta de agua, generalmente la pérdida de líquidos se debe a los vómitos, laxantes o diuréticos, que provocan una disminución del filtrado glomerular. ⁸

Los casos más severos de anorexia llegan incluso a restringir la ingesta de agua, agravando más así su función renal. ⁸

Las alteraciones electrolíticas son raras en las anoréxicas restrictivas, pero mucho más frecuentes en las purgativas. Se puede presentar una alcalosis metabólica hipokaliémica e hipoclorémica, así como una importante depleción de sodio con hipovolemia, que activaría el sistema renina-angiotensina-aldosterona, favorecido por la presencia de edemas secundarios a la hipoproteinemia. Este hiperaldosteronismo secundario empeora la pérdida de potasio por los vómitos, también agravada por la presencia de alcalosis metabólica. ⁸

La hipopotasemia puede sospecharse por: pérdida de fuerza muscular, parestesias, poliuria por disminución secundaria de la capacidad de concentración renal. ⁸

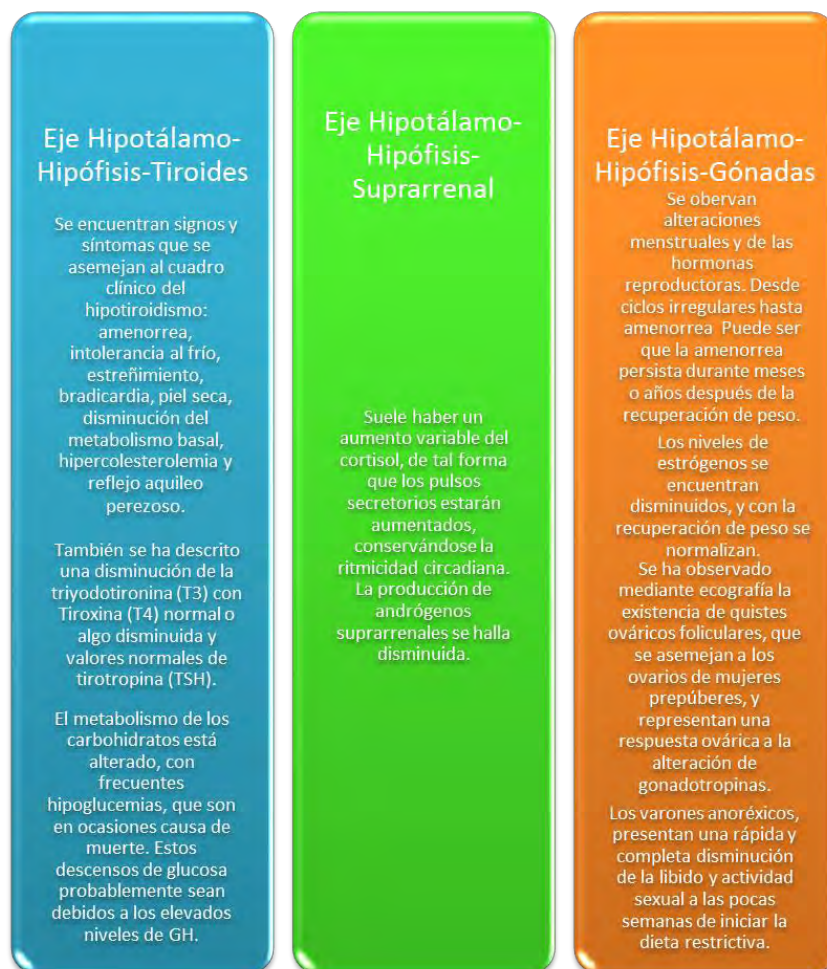


Hematología:

El hemograma acostumbra a ser normal en la anorexia, aunque no es infrecuente la anemia. La transferrina puede estar baja. También se pueden encontrar ferropenias y déficit de ácido fólico. Suele apreciarse una caída del hematocrito y la hemoglobina durante el tratamiento por efectos de la rehidratación. También son frecuentes cifras bajas de leucocitos. ⁸

Neuroendocrinología: Las alteraciones neuroendocrinológicas presentes sugieren una disfunción hipotalámica, secundaria a la pérdida de peso (Ver cuadro 4) ^{8, 18}

Cuadro 4. Alteraciones en el hipotálamo.



Dermatológicas:

Russell describe la presencia de lesiones en las manos de los pacientes que se provocan el vómito, en donde, en el dorso de las manos se observan varias ulceraciones elongadas y superficiales o callosidades hiperpigmentadas o cicatrices, llamadas signos de Russell (Ver fig. 12).⁸

Los pacientes pueden presentar petequias, que pueden deberse a una hipoplasia de la médula ósea y trombocitopenia. En los pacientes del tipo purgativo se puede observar una cara púrpura transitoria, hemorragias conjuntivales debido a la fuerza de los vómitos y se puede observar también edema en manos y tobillos, debido al edema periférico, que es el resultado de la retención de líquidos o a hipoalbuminemia secundaria a la malnutrición.¹⁸



Fig. 12 Signo de Russell.³⁰

3. BULIMIA NERVIOSA

3.1 Características generales

La característica más importante de la bulimia nerviosa consiste en una ingesta desmesurada de alimentos (atracon) seguida de vómitos inducidos por la víctima y/o del abuso de laxantes (conductas compensatorias inapropiadas), con la finalidad de eliminar todo lo ingerido para evitar ganar peso (Ver fig. 13). Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso. ^{17, 28}



Fig. 13 La bulimia consiste en atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas. ³¹

Una característica de esta enfermedad es que las víctimas comen en exceso independientemente del hambre que tengan. La tensión y la soledad, así como los sentimientos de ineptitud, aburrimiento, indecisión y cólera no expresada, son frecuentes factores precipitantes. ³²

Se define atracón como el consumo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían a lo largo de un período corto de tiempo, que significa un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas (Ver fig. 14). Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente culpables de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento.^{17, 32}

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico, así como de consistencia suave, porque después es más fácil vomitarlos.^{17, 32}



Fig. 14 Un atracón el consumo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían a lo largo de un período corto de tiempo, principalmente dulces y comida de alto contenido calórico.³³



Los estados de ánimo depresivos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir los pensamientos depresivos de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar un sentimiento de culpa, sentimientos de autodesprecio e intensificar el estado de ánimo depresivo.^{17, 32}

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso; Los pacientes son conscientes de que a menos que tomen medidas para contrarrestar los efectos de los alimentos, engordaran y pueden adoptar cualquiera de los siguientes métodos para controlar su peso, o bien una combinación de los mismos:

- Ayunar entre atracones o seguir una dieta estricta.
- Tomar grandes cantidades de laxantes.
- Tomar pastillas para adelgazar.
- Tomar supresores de apetito (anorexígenos), como las anfetaminas.
- Tomar diuréticos
- Hacer ejercicio de manera desmesurada.
- Provocarse el vómito (es el más habitual)^{17, 32}

Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico producido por el atracón y la disminución del miedo a ganar peso por la cantidad de comida ingerida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos, por ejemplo el mango de un cepillo de dientes y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman algún emético, por ejemplo el jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas.^{17, 32}



Pero una dieta restrictiva y las purgas no son suficientes, por lo que la persona se vuelve más activa, realizando ejercicio excesivo como mecanismo compensatorio para perder peso. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Los sujetos con diabetes mellitus y que padecen bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.^{17, 32}

Las consecuencias para la salud son muy graves debido al déficit nutricional; por otra parte, los periodos prolongados de ayuno hacen que la persona sienta un hambre voraz, que a su vez conduce a nuevos atracones.³²

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autoevaluarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Ver fig. 15). Estos individuos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo.¹⁷



Fig. 15 El paciente se pesa constantemente para vigilar su peso.³⁴



Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.¹⁷

Tipo no purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.¹⁷



3.2 Etiología

La bulimia nerviosa es un trastorno complejo cuya etiología se ven implicados múltiples factores, biológicos, psicológicos y sociales.¹⁵

Los acontecimientos estresantes que incluyen la sensación de pérdida, pueden provocar una depresión. Para muchas personas este es un factor principal en el desarrollo de la bulimia.¹⁵

Por lo general los episodios de atracones pueden producirse por una o más de las siguientes razones:

- Presiones sociales por estar delgada/o.
- Un periodo de anorexia nerviosa.
- Comenzar una dieta
- Un episodio que es motivo de preocupación o una observación personal.
- Un acontecimiento estresante importante o una circunstancia adversa que produce ansiedad e inquietud, por ejemplo una separación, un despido, etc.³²

Factores predisponentes

Es una serie de variables que hacen a la persona más vulnerable a padecer bulimia nerviosa. Existen variables personales, familiares y socioculturales que facilitan el desarrollo de conductas precursoras del trastorno.¹⁵

Variables personales

- **Sexo:** en una sociedad donde el ideal estético tiene gran importancia en la valoración que se hace de las personas, ser mujer puede considerarse un factor de riesgo. En nuestra sociedad la mujer pone en marcha con frecuencia conductas de riesgo encaminadas a conseguir el ideal de belleza para obtener la aprobación de los demás, lo que



facilitara la puesta en marcha de conductas precursoras, principalmente la dieta. ¹⁵

- **Adolescencia:** en esta etapa el sujeto es más vulnerable a las críticas y valoraciones que los demás hacen de él y que ponga en marcha conductas de dieta para conseguir aprobación. Es durante la adolescencia cuando más centrada esta la persona en su apariencia física y cuando más negativas suelen ser sus autoevaluaciones. ¹⁵
- **Sobrepeso:** su presencia favorece una mayor preocupación por la imagen y el inicio de dietas restrictivas. ¹⁵
- **Perfeccionismo y baja autoestima:** el tener una baja opinión de sí mismos hace a los individuos más vulnerables a las presiones de estar delgados y hacer dieta. La pérdida de peso y la dieta se convierten en una vía para conseguir el aumento de la sensación de control que la persona tiene sobre su vida. ¹⁵
- **Otros trastornos psicopatológicos:** la prevalencia de depresión en pacientes con bulimia oscila entre un 25 y 80%, aunque los síntomas depresivos podrán ser más bien una consecuencia secundaria de la bulimia. Se describen anormalidades en la función serotoninérgica que está implicada en el desarrollo de un trastorno afectivo y en el desarrollo de un trastorno alimentario; además, una dieta moderadamente hipocalórica afecta a esta función.

Con frecuencia se relacionan la ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo con la bulimia nerviosa, es probable que algunos de los síntomas obsesivos – compulsivos y de ansiedad estén relacionados directamente con la conducta de dieta, ya que se observa con frecuencia la presencia de pensamientos obsesivos y rituales en relación con la comida en sujetos sometidos a dietas restrictivas. ¹⁵



Variables familiares

- **La presencia de una madre obsesiva o muy preocupada por el cuerpo y la imagen en general:** Podría producirse un aprendizaje por observación de la conducta de dieta y de la obsesión por el peso y la figura. Es frecuente que la madre del paciente ponga en marcha conductas de restricción alimentaria, y que está muy preocupada por la figura y la imagen corporal; lo que explicaría que prestase una atención excesiva a la apariencia, figura corporal y hábitos alimentarios de sus hijos, favoreciendo que se adopte una conducta de dieta. ¹⁵
- **La presencia de algún trastorno alimentario en algún miembro de la familia:** El riesgo de desarrollar un trastorno alimentario entre los familiares de primer orden de un sujeto con anorexia y bulimia, es tres veces mayor, que entre familiares de personas que no padecen ninguna. ¹⁵

Variables socioculturales

- **Presión social hacia la delgadez:** el ideal de belleza vigente es biológicamente imposible de conseguir para muchas mujeres. Esta discrepancia entre el ideal cultural y la realidad biológica, favorece la aparición de una insatisfacción con el cuerpo y el peso (Ver fig. 16). Los adolescentes de la cultura occidental son particularmente vulnerables a la idealización de delgadez y a los sentimientos de insatisfacción con la figura. Esto facilita en gran medida la puesta en marcha de dietas restrictivas para conseguir dicho objetivo. ¹⁵



Fig. 16 Se establecen parámetros de belleza y existe una importante presión social que hace que un gran número de individuos intente adaptarse a unos determinados estándares estéticos.³⁵

- **Presencia de mitos nutricionales:** en nuestra sociedad existen muchas creencias erróneas con relación a la nutrición y delgadez, por ejemplo: “toda delgadez es saludable”, “se puede adelgazar solo una parte concreta del cuerpo”, “hacer dieta es saludable”. Estos errores van a facilitar que se pongan en marcha dietas estrictas y fomentan de manera indirecta la insatisfacción con el propio cuerpo; favoreciendo el futuro desarrollo de la bulimia.¹⁵
- **Determinados contextos:** existen algunos contextos en los que se promueve un control estricto de peso, por ejemplo: ballet, gimnasia, modelaje, etc. Como consecuencia, es frecuente que aparezca insatisfacción corporal en las personas inmersas en dicho contexto y que pongan en marcha dietas restrictivas que favorecen la aparición de atracones.¹⁵



Factores precipitantes

La bulimia se desencadena a raíz de algún acontecimiento en concreto, que provoca la aparición del miedo a engordar y favorece el desarrollo de conductas alimentarias inadecuadas. ¹⁵

Este suceso puede ser un acontecimiento estresante relacionado con la figura o la presencia de sucesos vitales estresante como resultado se propicia que el sujeto comience a realizar una dieta restrictiva. Si esta conducta se asocia a estos sucesos estresantes o a determinadas variables personales es probable que se precipite el desarrollo del trastorno. ¹⁵

Los efectos de la restricción alimentaria son la privación biológica de energía, la aparición de hambre y la urgencia de consumir alimentos. Esto facilita la aparición de atracones y la sensación de estar dominado por el hambre y la comida. ¹⁵

En las personas con bulimia nerviosa es común que coman más cuando han consumido un alimento que ellos consideran rompe con alguna de sus ideas de dieta. ¹⁵



Factores de mantenimiento

Una vez que aparece el ciclo de atracón – conducta purgativa, algunos antecedentes favorecen la aparición reiterada de los atracones.¹⁵

Antecedentes

- **Seguimiento de una dieta estricta**

En las dietas de este tipo se prohíbe el consumo de algunos alimentos. La ingesta de alguno de ellos podría precipitar un atracón, a través de la aparición de un pensamiento dicotómico.

Al comer un alimento que la persona no se permite, abandona todo intento de control y aparece el episodio de atracón, más que la ingesta en sí de un alimento, lo que precipita el atracón es el pensamiento de todo o nada.¹⁵

- **Estar solo/a**

Es muy frecuente que la persona señale el hecho de estar solo en un momento determinado como un antecedente del atracón. Si estando solo consume un alimento que se autoprohíbe es más probable que aparezca la sobreingesta. El efecto facilitador de esta solo se debe principalmente que se evitan la connotaciones negativas de carácter social que van asociadas al atracón.¹⁵

- **Estados emocionales negativos**

Mientras la persona está comiendo, evita centrarse en pensamientos o en situaciones que le generen ansiedad. Se facilita así que en situaciones posteriores del mismo tipo, el sujeto utilice la misma respuesta que le ha servido anteriormente para evitarlas: comer. Podría considerarse al atracón como una estrategia aprendida de afrontamiento del estrés. Las personas con bulimia consideran que comer alivia los estados emocionales negativos y consideran que la dieta y la delgadez mejoraran su vida.¹⁵



Consecuentes

El atracón, el uso de conductas purgativas para eliminar los efectos del mismo y algunas reacciones de las personas del entorno ayudaran al mantenimiento del problema. ¹⁵

- **Recompensas físicas de los atracones**

Las personas bulímicas que se dan un atracón de alimentos ricos en carbohidratos suelen experimentar la sensación de euforia, a consecuencia del estímulo instantáneo del azúcar sanguíneo sobre las células cerebrales a través del torrente sanguíneo, dicha sensación mejora su estado de ánimo. ^{15, 32}

- **Recompensas emocionales de los atracones**

Durante el proceso de los atracones, las personas bulímicas consiguen olvidarse eficazmente de pensamientos obsesivos con la comida. ^{15, 32}

- **Conductas purgativas**

Las personas bulímicas sienten profundo alivio del malestar físico después de vomitar, sobre todo en los casos en los que tienen distensión del estómago, ocasionado por la gran cantidad de alimentos ingeridos en poco tiempo. ^{15, 32}

Pueden llegar a sentir alguna de estas emociones después de purgarse:

- Sensación placentera de alivio de la distensión física, al igual que de la ansiedad por la absorción de un exceso de calorías.
- Sensación de “limpieza”.
- Una forma de autocastigo.
- Sensación de seguridad.

Es así como las conductas purgativas actúan en el mantenimiento de la bulimia nerviosa. La posibilidad de vomitar después de un atracón es en muchas ocasiones un requisito para que el atracón se produzca, para aliviar las emociones negativas y la ansiedad relativas al miedo a

engordar tras la sobreingesta. Por lo tanto, el vómito se mantiene mediante reforzamiento negativo.¹⁵

- **Reacción de las personas del entorno**

Hay ocasiones en las que algunos de los comportamientos de las personas con bulimia son reforzados positivamente por las personas de su entorno, especialmente la pérdida de peso y el seguimiento de una dieta restrictiva; esto ayuda a aumentar la sensación de control, pero da cronicidad. Las personas con bulimia son más sensibles que otras personas a los mensajes de desaprobación social y por lo tanto ponen en marcha conductas de dieta restrictivas dirigidas a evitar comentarios negativos relativos a su aspecto físico.¹⁵

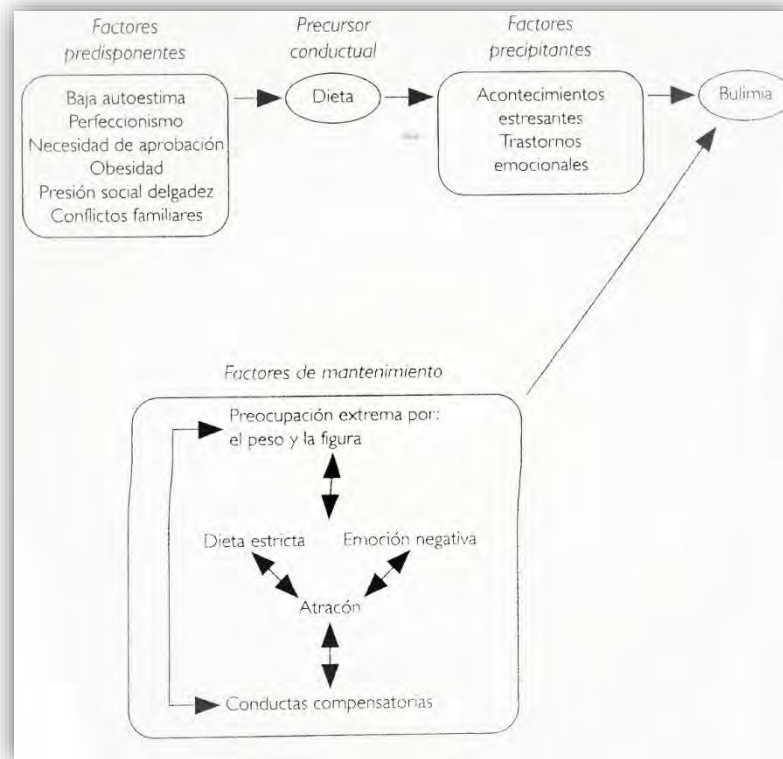


Fig. 17 Origen y mantenimiento de la bulimia. ¹⁵



3.3 Síntomas

Muchas de las personas con bulimia se sienten abrumadas por el sentimiento de culpa, remordimientos y el desprecio hacia sí mismas.³²

Los atracones pueden empezar en cualquier momento del día. Los episodios pueden durar desde quince minutos hasta dos horas, y pueden producirse varias veces al día o solo algunas veces al mes.³²

Los atracones suelen terminar cuando ocurre cualquiera de las siguientes causas:

- Alguien entra en la habitación.
- Se les acaba la comida.
- La distensión abdominal llega a ser intolerable, lo que conduce la víctima a vomitar.
- La persona se siente demasiado exhausta emocionalmente o demasiado débil desde un punto de vista físico para continuar.

Al principio a las personas bulímicas les resulta fácil provocarse el vómito introduciéndose los dedos o cualquier otro objeto, como el mango del cepillo de dientes, hasta el fondo de la garganta. Con el tiempo algunas son capaces de regurgitar todo el contenido del estómago espontáneamente mediante la contracción del diafragma y los músculos abdominales y pueden inducirse los vómitos sin ningún esfuerzo.^{17, 32}

Algunas personas adoptan un procedimiento de gargarismo para eliminar cualquier contenido gástrico residual, que consiste en tragar y regurgitar grandes cantidades de agua hasta que se expulsa de color completamente claro. Algunas personas recurren al procedimiento de introducirse un tubo por el esófago como un medio para lavarse el estómago, lo cual demuestra el grado de desesperación que sienten ante la posibilidad de ganar peso.³²



Inicialmente, los vómitos y las purgas pueden parecer la solución ideal al dilema de como coordinar la ingesta alimentaria con el ser delgado. Sin embargo, la práctica suele crear hábito y tras un cierto tiempo las personas pueden considerar que una comida normal o una transgresión dietética insignificante son lo bastante amenazadoras como para justificar un “lavado”.³²

Cuando desaparece el alivio de haber vomitado todo lo ingerido, la víctima experimenta una sensación de vergüenza, humillación, depresión y culpa.³²

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta, por ejemplo, baja autoestima, al igual que los trastornos del estado de ánimo, especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad, por ejemplo, miedo a las situaciones sociales o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa.¹⁷

Puede existir dependencia y abuso de sustancias como alcohol y estimulantes. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad.¹⁷



3.4 Criterios de diagnóstico

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, pero a diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia si se han dado atracones de forma regular (Ver cuadro 5).^{3, 17}

Cuadro 5. Cuadro comparativo entre criterios de diagnóstico de la bulimia nerviosa.

Criterios de Diagnóstico	
DSM-IV	CIE-10
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias</p> <p>2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p>	<p>A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.</p>
<p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>	<p>B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia).</p>
<p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p>	<p>C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vómitos autoinducidos. 2. Purgas autoinducidas. 3. Períodos de ayuno alternantes. 4. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes.
<p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>	<p>D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad.</p>
<p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>	



3.5 Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, por ejemplo, cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares, es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo o bulimia nerviosa.¹⁷

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con enfermedades digestivas (úlceras pépticas, alteraciones de la motilidad, pancreatitis agudas o enfermedad inflamatoria intestinal) y enfermedades neurológicas (infarto cerebral o hipertensión cerebral).²²

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales.¹⁷

Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.¹⁷



3.6 Complicaciones sistémicas

Efectos secundarios de los atracones

Entre los efectos secundarios se encuentran:

- Distensión y dolor abdominal.
- Hinchazón de las manos, pies y piernas (edema).
- Sensación de cansancio, náuseas, disnea y mareo.
- Predisposición a la caries y la enfermedad periodontal como consecuencia de los atracones de alimentos ricos en carbohidratos.
- Sensación de pérdida de control sobre la comida.
- Tras dietas muy restrictivas, los ciclos repetidos de pérdida y ganancia de peso pueden alterar y enlentecer el metabolismo basal y dificultar cada vez más la pérdida de peso.
- Pensamientos repetitivos e incontrolables con relación a la comida pueden alterar la capacidad de concentración, lo que a su vez genera más ansiedad y favorece futuros atracones. ^{29, 32}



Efectos secundarios de los vómitos

Los efectos secundarios que se presentan a causa de los vómitos son (Ver cuadro 6): 15, 17, 32, 36

Cuadro 6. Efectos secundarios de los vómitos.

Problemas Dermatológicos	Pelo frágil y quebradizo, uñas frágiles, piel seca, edema pretibial sin hipoproteinemia, el signo de Russell, lesiones petequiales limitadas a la cara y parte superior del tórax, las cuales se deben al aumento de la presión intratorácica asociada con el vómito.
Problemas bucales	Erosión dental, puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. Las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Cuando se inflaman las glándulas parótidas, la cara adquiere una forma redondeada, lo que la persona interpreta que esta gorda e intensifica el vómito.
Lesiones en el tracto intestinal superior	Ampollas, desgarros y hemorragias en la garganta y el esófago. Las heridas de la garganta corren el riesgo de infectarse. Es frecuente que la persona se queje de odinofagia y disfagia. En casos de traumatismo muy importante se puede originar la rotura del esófago, que precisa un tratamiento quirúrgico para repararlo.
Pulmonares	Neumomediastino: se debe a un rápido aumento de la presión intralveolar, lo que lleva a la ruptura alveolar y el consiguiente pasaje de aire a través de los planos perivasculares al mediastino y tejido celular subcutáneo. Dolor pleurítico: se agrava con la inspiración o la tos, éste puede irradiarse a la espalda, el cuello o los hombros. La presencia de enfisema subcutáneo puede objetivarse por la palpación a nivel supraclavicular de un área que crepita. La mediastinitis es una complicación mortal de la ruptura esofágica (síndrome de



	<p>Boerhaave). Los hombres presentan mayor riesgo de esta patología, debido a que presentan mayor volumen de ingesta por atracón.</p> <p>También pueden ocurrir microaspiraciones que a veces acompañan a los vómitos, las cuales pueden provocar espasmo bronquial, asma y neumonitis.</p>
Hipoglucemia	<p>La respuesta normal del organismo a la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos es la secreción de insulina en el torrente sanguíneo. La práctica de inducirse vómitos provoca una brusca disminución del nivel sanguíneo de nutrientes, para cuya metabolización es segregada la insulina, y en consecuencia la insulina carece de sustrato que metabolizar, excepto la glucosa presente en la sangre. Esto produce una disminución de los niveles de glucosa en sangre hasta valores anormalmente bajos, lo que provoca una serie de síntomas que pueden ser graves.</p>
Desequilibrio químico	<p>El potasio y el sodio, se eliminan progresivamente del organismo como consecuencia de los vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes o de diuréticos. Ambos minerales son esenciales para el funcionamiento adecuado de los músculos y, cuando se altera el equilibrio, pueden aparecer complicaciones metabólicas.</p> <p>Con la pérdida de sales minerales se producen mareos, calambres musculares espasmos, retención de líquidos e irregularidades cardíacas. Es frecuente la aparición de cansancio crónico, debilidad y dolores de cabeza.</p> <p>En casos extremos, la disminución de agua y de iones puede producir ataques epilépticos, arritmias cardíacas y daños permanentes en el riñón.</p>
Déficit de proteínas	<p>Los vómitos autoinducidos y el abuso de laxantes pueden traducirse en un déficit de proteínas.</p> <p>La hipoproteïnemia provoca una acumulación de agua en los tejidos corporales (edema).</p>



	<p>Los signos de edema incluyen una cara abotargada, con los párpados muy hinchados, hinchazón de los tobillos y los pies.</p>
Modificaciones de los valores sanguíneos	<p>En las personas bulímicas “restrictivas” suelen identificarse anemia y disminución de la concentración plasmática de folatos. La anemia puede contribuir a explicar el cansancio que experimentan algunas personas.</p> <p>Una alteración en los niveles de colesterol, el aumento de colesterol en sangre que presentan algunos pacientes, se atribuye a la disminución de los niveles de hormonas tiroideas.</p> <p>Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia).</p> <p>La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica.</p> <p>Algunos individuos presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.</p>
Manifestaciones endócrinas	<p>Una pérdida importante de peso provoca una disminución de los valores sanguíneos del estrógeno, y amenorrea.</p>
Manifestaciones óseas	<p>La bulimia está fuertemente relacionada con dietas restrictivas, desnutrición, menstruaciones irregulares, pobre ingesta nutricional y bajos niveles de estrógenos y todos estos factores actúan como factores de riesgo para la osteoporosis.</p>



Efectos secundarios del abuso de laxantes

El colon se afecta por el abuso de laxantes, oscilan períodos de constipación (donde se puede hallar un masa palpable a nivel de fosa ilíaca izquierda) y de diarrea con pérdida de agua y electrólitos.³⁶

Astenia y adinamia como consecuencia del desequilibrio químico, que puede llegar a ser una amenaza para la vida.^{17, 32}

La diarrea crónica provoca deshidratación y pérdida de sales y minerales del organismo y un estado de irritabilidad cardiaca, lo que lleva a arritmias cardiacas.^{32, 36}

El consumo de grandes cantidades de laxantes puede provocar la pérdida del tono intestinal y un estreñimiento secundario, susceptible de impulsar a la persona a continuar con el abuso de laxantes.³²

Cuando los laxantes se toman a una dosis mayor a la recomendada o por períodos prolongados, se puede observar el “colon catártico” que ocurre cuando se pierde la motilidad colónica y el reflejo defecatorio, requiriendo desobstrucción de la materia fecal impactada y ostomía (es una operación quirúrgica en la que se practica una abertura en la pared abdominal para dar salida a una víscera al exterior, como el tracto intestinal o uno o ambos uréteres). Si el abuso se prolonga, hay alteraciones histológicas en la mucosa colónica.³⁶

Cuando la persona deja de inducirse vómitos y de usar laxantes puede experimentar una sensación de plenitud e hinchazón, estos síntomas son pasajeros y se relacionan con el proceso de rehidratación.^{15, 32}



Efectos secundarios de los estimulantes y el abuso del alcohol

Algunas personas bulímicas utilizan anfetaminas, así como alcohol, para manipular su peso y evadir sus problemas que les causan ansiedad.³²

Las anfetaminas afectan al sistema nervioso central y mimetizan los efectos de la adrenalina. Entre los efectos iniciales de las anfetaminas figuran los siguientes:

- Aumento de la energía
- Disminución del apetito
- Mejora del humor
- Disminución de la conciencia del entorno
- Falta de concentración
- Falta de coordinación física y propensión a los accidentes

Cuando ha desaparecido el efecto estimulante, la persona se siente irritable, confusa y depresiva. Este episodio de “bajón” puede llevarle a tomar otra dosis para recuperar la sensación de euforia.³²

Los efectos a largo plazo incluyen una dependencia física, que se caracteriza por el hecho de que para producir el ánimo eufórico deseado, se requieren dosis cada vez más altas, se producen persecuciones y la sensación de persecución.³²

El abuso de alcohol produce una sensación pasajera de malestar, pero al igual que las anfetaminas, una vez ha desaparecido el efecto estimulante, la persona entra en un estado de depresión. Finalmente para evadirse de la realidad necesita cantidades cada vez mayores y más frecuentes de alcohol.³²



Complicaciones secundarias al abuso de medicamentos

El uso excesivo del uso de medicamentos, como las píldoras para adelgazar, laxantes y diuréticos, con objeto de compensar los atracones y alcanzar una mayor disminución de peso, puede originar una serie de complicaciones médicas que podrían provocar la muerte.³²

- Aumento de la eliminación de sodio por parte del riñón, así como de potasio, y en consecuencia los niveles sanguíneos de estos minerales disminuyen. Las consecuencias inmediatas son debilidad muscular, dilatación intestinal y alteraciones del electrocardiograma.³²
- El riñón puede estar afectado como consecuencia de la deshidratación, de la pérdida de potasio y del empleo crónico de diuréticos y podemos hallar aumento de la urea y descenso de la densidad urinaria. ³⁶
- Mayor incidencia de infecciones urinarias. ³²
- El uso crónico del jarabe de ipecacuena, produce miopatía que en sus formas más graves afecta el músculo del corazón, el miocardio.^{32, 36}



Secuelas emocionales

Es muy frecuente la asociación entre bulimia nerviosa y depresión, aproximadamente el 80% de los pacientes presenta síntomas depresivos en algún momento.¹⁵

La intensidad de la depresión es proporcional a la sensación de la falta de control sobre la conducta alimentaria, por lo que en la medida en que mejoran los síntomas bulímicos mejorara el estado anímico.¹⁵

La depresión se complica por el hecho de que las personas con bulimia frecuentemente tienen que mentir, engañar, ocultarse o incluso robar para satisfacer sus necesidades de darse un atracón. Los pacientes pueden ser propensos a oscilaciones insoportables del humor, en especial, cuando el deseo irresistible de comer es muy intenso, pueden llegar a mostrarse agresivos e intolerantes con otras personas a las que consideran poco flexibles con su problema, sentimientos que suelen aumentar su sensación de culpa.¹⁵

Los trastornos de la alimentación se relacionan a menudo con los intentos de suicidio.¹⁵

Es más frecuente la presencia de síntomas de ansiedad en la bulimia nerviosa que en otras patologías. La ansiedad se produce por el propio cuerpo, la ingesta de determinados alimentos y la exposición a determinadas situaciones sociales. A medida que se produce una mejoría en los síntomas relacionados con la alimentación se observa también una disminución de los niveles de ansiedad.¹⁶

Algunas pacientes con bulimia experimentan amenorrea, se considera que la interrupción de la menstruación es consecuencia, en mayor parte, del estrés y la tensión a la que se encuentra sometidas, a pesar de que también contribuyen a la misma las alteraciones químicas y las importantes oscilaciones del peso corporal.^{1, 17}



4. REPERCUSIONES ORALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Las lesiones en la cavidad oral que provocan la anorexia y la bulimia resultan de la presencia de ácidos estomacales en la boca originados por la autoinducción crónica y frecuente del vómito.³⁷

Debido al origen de carácter psicológico de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal; sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y de un tratamiento preventivo oportuno.³⁸

El efecto de la bulimia y la anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidos en los años 70 por Hellstrom. Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran:

- Erosión dental y Caries
- Enfermedad periodontal
- Lesiones en la mucosa oral
- Xerostomía
- Sialoadenitis ^{11, 38}

Los trastornos alimentarios son una seria preocupación con respecto a la salud bucal de los pacientes. Representan un reto clínico para los odontólogos debido a sus patrones psicológicos, médicos, nutricionales y dentales.³⁰



TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU REPERCUSIÓN ORAL.



Las manifestaciones orales que se producen en los trastornos alimenticios son causadas principalmente por deficiencias nutricionales y el consiguiente deterioro metabólico, pero también pueden estar relacionadas con la falta de importancia que se le da a la higiene y el cuidado personal, a la modificación de hábitos nutricionales (tendencia a comer alimentos en particular) o a la toma de determinados fármacos. ¹



4.1 Erosión dental

Es la manifestación oral más común de los pacientes con trastornos alimentarios, tanto anoréxicos como bulímicos del tipo purgativo. Es la pérdida de estructura dentaria por procesos químicos donde no intervienen bacterias. Para definir la erosión dental debida al vómito, reflujo gastroesofágico, y regurgitaciones, se recurre al término de perimilólisis. ^{1, 2, 11, 30, 38, 39, 40}

Tarda cerca de dos años hasta que sea clínicamente visible. Principalmente ocurre en todos los pacientes que se autoinducen el vómito, pero rara vez en los que no vomitan de forma continua. ^{2, 30, 37, 38, 39, 40}

El ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxiapatita debido a la unión del ion H del ácido con el ion calcio del esmalte, lo cual conlleva la pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido. La gravedad de la afectación del esmalte depende de su grado de mineralización, de la duración, frecuencia de las purgas y concentración del ácido (a menor pH, mayor descalcificación), el grado de dilución de ácido por medio de aclarado con agua o beber líquidos neutralizantes tales como leche y de los hábitos de higiene bucal. La sucesiva desmineralización y disolución debida a los vómitos puede originar la total pérdida del esmalte y, con el tiempo, puede envolver también la dentina y el cemento. ^{11, 30, 37, 38,39}

En pacientes de comportamiento de purga, podría estar relacionado con el vómito. Además, se puede desarrollar secundaria al uso frecuente de las bebidas deportivas ácidas durante el ejercicio, y puede aumentar de intensidad con el tiempo. También puede ser consecuencia de un uso anormal de algunas bebidas con cafeína y / o carbonatadas, ya sea para aumentar los niveles de energía o para disminuir el hambre mediante el aumento de la dilatación del estómago. Del mismo modo, las bebidas alcohólicas se pueden usar para la energía y la estimulación pero el alcohol en general puede ser un cofactor para



la purga y, además, la acidez de algunas bebidas, como el vino, puede contribuir a la erosión.^{1, 30, 37}

Se puede observar un desgaste de los bordes incisales, mordida abierta anterior, pérdida de dimensión vertical, sobreerupción compensatoria de los dientes antagonistas, los márgenes en las restauraciones en los dientes posteriores pueden parecer más altos que las estructuras adyacentes y aumento de la sensibilidad dentaria. El ácido es el factor iniciador de la erosión, pero los episodios de atracones y autoinducción de vómito son seguidos frecuentemente de un cepillado dentario vigoroso, lo que conlleva un arrastre de los prismas de esmalte debilitados por el ácido y durante el cepillado, favoreciendo esto la formación de caries. Las erosiones también se asocian con disturbios en el flujo salivar y calidad de la dieta.^{11, 30, 37, 39, 40}

Las erosiones directamente relacionadas con los vómitos se caracteriza por: erosión extensa de superficies palatinas anteriores; erosión moderada en superficies vestibular, anterior-superior; erosión moderada en superficies linguales y oclusal posterior superior e inferior y superficies linguales inferiores prácticamente inalteradas. Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vómito voluntario y a que la propia lengua en su adaptación lateral protege a los dientes inferiores posteriores. Es el primer signo que aparece a nivel dental en pacientes anoréxicos y bulímicos (Ver fig. 18).^{11, 30, 37, 38, 40}

La erosión de la superficie bucal puede ser el resultado de un consumo excesivo de alimentos muy ácidos. Esto es particularmente cierto de las frutas cítricas crudas consumidas en exceso por pacientes con anorexia nerviosa, ya que son los alimentos bajos en calorías con alta acidez que afectan adversamente a la dentición mientras que las erosiones que se producen como resultado de los vómitos se producen en las superficies linguales como se describió anteriormente (Ver fig. 19).^{2, 30, 40}

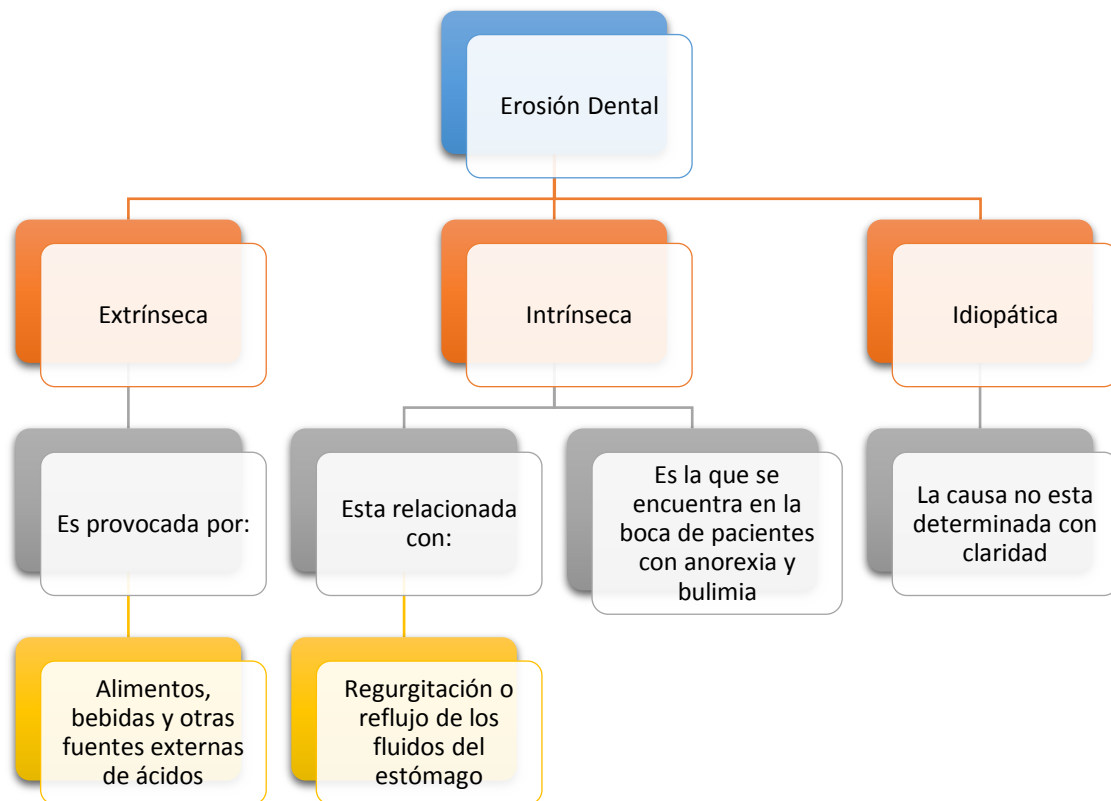


Clínicamente, la erosión dental puede aparecer en principio como un defecto adamantino brillante y liso, que si no se trata puede avanzar a la dentina y producir defectos graves que cambian la forma y función de la dentición (Ver fig. 20).^{38, 39, 40}

La erosión producida sobre las piezas dentarias es masiva y, a diferencia de las abrasiones, abarca la totalidad de la cara afectada (palatina principalmente) al asumir la forma de una cuchara.^{1, 38}

Existen tres tipos de erosión dental: extrínseca, intrínseca e idiopática (Ver cuadro 7).³⁸

Cuadro 7. Tipos de erosión dental.





La diferenciación de las lesiones de erosión activas de las inactivas puede ser importante para determinar si el vómito inducido ha sido discontinuado. Las erosiones activas son lisas y sin manchas y por lo general no son sensibles a los estímulos ya sea frío o caliente. Cuando el vómito autoinducido cesa; la dentina expuesta en las superficies palatinas de los dientes se mancha con el transcurso del tiempo lo cual es indicativo de lesiones inactivas.^{30, 40}

Cuando el proceso es activo, se necesita proteger de inmediato los tejidos duros del diente para evitar un mayor deterioro. Esto implica tomar medidas para reducir los factores etiológicos en el proceso erosivo.³⁸

Existe ausencia de pigmentaciones exógenas ocasionada por café, té, cigarrillo, etcétera, sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. La rehabilitación de estas piezas es difícil, más aún cuando existe extrusión de las piezas antagonistas.³⁸

El porcentaje (38%) de prevalencia de la erosión dental es bajo debido a que depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómito, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), entre otros. Se considera, a pesar de su baja prevalencia, que es la lesión dental típica de estos pacientes.^{2, 38, 40}



Fig. 18 Erosión dental en caras palatinas y dientes posteriores superiores causadas por vómito y reflujo gastroesofágico en pacientes anoréxicos y bulímicos.³⁰



Fig. 19 La erosión en la cara vestibular puede ser ocasionada por alimentos ácidos. ⁴¹



Fig. 20 La erosión dental puede aparecer en principio como un defecto adamantino brillante y liso. ¹¹



4.2 Caries

La caries dental se convierte en un problema en individuos cuya dieta es rica en comida cariogénica, tienen una pobre higiene bucal y manifiestan alteraciones salivales (Ver fig. 21).^{2, 30, 40}

Las diferencias en las tasas de caries entre los pacientes con trastornos alimentarios pueden atribuirse a las características personales, tales como la higiene bucal del individuo, la malnutrición, la experiencia con el flúor durante el desarrollo dental, cariogenicidad de la dieta, la predisposición genética, y la ingestión de ciertos tipos de medicamentos.^{30, 37, 40}

El abuso en la ingesta de carbohidratos, asociado a una deficiencia en la higiene bucal, aumenta la prevalencia a la caries dental. El uso de medicamentos prescritos a los pacientes anoréxicos o bulímicos, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, entre otras, contribuyen a la presencia de dicho padecimiento. Es factible que existan cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *streptococo mutans* y lactobacilos.^{30, 38, 40}

En los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo compulsivo, pueden existir grados variables de xerostomías asociadas a la deshidratación, producida por la pérdida de líquidos ocasionada por el vómito, estados permanentes de ansiedad y secundarios a medicación depresora del sistema nervioso central lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de placa dentobacteriana.^{20, 38}

Los antidepresivos prescritos para el manejo de los aspectos psiquiátricos de los trastornos alimentarios son antisialagogos, lo que aumenta significativamente el riesgo de caries. Los únicos pacientes con trastornos alimentarios que pueden mostrar un aumento significativo en las tasas de caries son los que tienen un trastorno por atracones, debido al consumo de alto valor calórico y carbohidratos. Por lo general, la mayoría de la gente come



cinco o seis veces al día, pero cuando esa frecuencia aumenta significativamente, el riesgo de caries también aumenta. ^{2, 30, 40}

Otros medicamentos, tanto con receta y de venta libre tienen efectos antisialagógicos, como los supresores del apetito, lo cual influye en la salivación.²

En pacientes con caries activa, el ritmo al que se desarrollan nuevas caries hace con que el tratamiento sea virtualmente imposible. ³⁷



Fig.21 Caries en paciente con un trastorno alimentario. ⁴²



4.3 Enfermedad periodontal

La etiología de la enfermedad periodontal es compleja y multifactorial. Cualquier factor que influya en la composición de la microbiota, de los mecanismos de reparación del tejido blando o mecanismos de defensa del huésped, puede tener una influencia en la aparición y progresión de las condiciones periodontales. ^{2, 30, 40}

Los padecimientos periodontales son comunes en los pacientes con trastornos alimentarios, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, originando en el peor de los casos pérdida, tanto de densidad ósea, como de piezas dentales y afecciones en tejidos de soporte, entre ellos de los más afectados suele ser la encía, ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía, afectando al ya no hidratar directamente a ésta, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias, por lo tanto la alteración más prevalente es la gingivitis. ^{11,38,39}

Es frecuente encontrar alteraciones indicativas de gingivitis en pacientes con bulimia, pero no necesariamente de periodontitis (Ver fig. 22). ^{37, 40}

En pacientes que vomitan frecuentemente, las papilas interdentarias se encuentran frecuentemente hipertróficas como resultado de la constante irritación del vómito ácido y también como resultado de la xerostomía y deficiencia nutricional. El estado gingival puede estar afectado por medicamentos prescritos por cuestiones psicológicas. Algunos de estos son anticolinérgicos que originan xerostomía, así como papilas hipertróficas. Estos tejidos no presentan sangrado por sondaje ni pérdida de adherencia. ^{37, 38}

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales. ^{11, 38}



El diagnóstico diferencial en los pacientes con trastornos alimenticios aquí tratados es importante para distinguirlos de condiciones que resultan de episodios que cursan con vómitos de corta duración, dado que en éstos no se presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como de condiciones dentales locales.³⁸

Como la mayoría de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria son jóvenes, no es de extrañar que la enfermedad periodontal avanzada rara vez sea diagnosticada. La mala higiene bucal ha sido reportada con mayor frecuencia en pacientes con anorexia nerviosa que en los pacientes bulimia nerviosa.^{2, 30, 40}

Esta observación es particularmente cierta si la depresión acompaña a los trastornos alimentarios. También se afirma que los anoréxicos están menos interesados en las prácticas de higiene oral que los bulímicos. Esta falta de interés puede ser causado por la naturaleza psicopatológica más grave de la anorexia nerviosa. Dado que los pacientes con bulimia nerviosa pueden tener una imagen corporal más realista y puede ser más preocupados por su apariencia, que podrían ser más propensos a tener un cuidado meticuloso de sus dientes y los tejidos gingivales.^{1, 30, 39}

Las deficiencias nutricionales, especialmente en vitamina C, también pueden afectar el periodonto predisponiendo a la gingivitis. En particular, la deficiencia de vitamina C, conocida como escorbuto, provoca la síntesis defectuosa de colágeno, que puede estar asociada con inflamación gingival generalizada, sangrado gingival espontáneo, ulceraciones, la movilidad dental y aumento de la gravedad de la infección periodontal. Tales manifestaciones pueden estar asociados con diversos grados de incomodidad oral, incluyendo dolor. Sin embargo, la rápida destrucción periodontal del escorbuto no se puede equiparar con la lenta progresión de la periodontitis. Sería de esperar que en los pacientes con deficiencia de vitamina C se manifestaran otras características de la deficiencia.^{1, 2}



Fig. 22 Es frecuente encontrar gingivitis en pacientes con trastornos alimentarios. ⁴³



4.4 Lesiones en la mucosa oral

El trauma de la mucosa oral, particularmente de la faringe y paladar blando, es casi reconocido universalmente como secuela de los trastornos alimentarios, debido a la utilización de objetos para inducir el vómito. También pueden ser traumatizadas por atracones y purgas, debido a la rápida ingestión de grandes cantidades de comida y por la fuerza de la regurgitación.^{2, 30, 37, 39,40}

Existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso (Ver fig. 23).^{11, 38}

Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo glositis (Ver fig. 24) y también queilitis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente en las comisuras (Ver fig. 25).^{2, 11, 30, 37, 38, 40}

Lesiones mucosas, como las inducidas por trauma, son con frecuencia infectadas secundariamente por *Candida*. Todas las formas de candidiasis oral se asocian con deficiencias nutricionales y los pacientes con trastornos alimentarios son pacientes comprometidos de forma nutricional que presentan frecuentemente lesiones por *Candida* en la mucosa oral.^{2, 30, 37, 40}

La candidiasis oral es un marcador clínico temprano de enfermedades sistémicas tan diversas como SIDA, diabetes y sideropenia. Se puede esperar que en los individuos con deficiencia de la nutrición como los pacientes de trastornos alimentarios, la candidiasis oral puede ser un marcador clínico de sospecha, especialmente ya que la candidiasis oral crónica no es una característica de los adolescentes saludables.²

La reducción en la ingesta de vitaminas y otros nutrientes, así como alteraciones metabólicas generales y la anemia por deficiencia de hierro, puede afectar sensiblemente la biología de mucosa oral terminando con atrofia generalizada de la mucosa. En particular, una deficiencia de vitaminas del grupo B, especialmente B1, B6 y B12, se ha asociado con una disminución en la renovación de células epiteliales. Generalmente, esto es particularmente evidente en la lengua; y en asociación con eritema, produce un cuadro clínico de glositis atrófica. La atrofia de la mucosa también puede causar sensación de ardor bucal, que puede ser más intensa en la lengua (glosodinia).^{1, 2, 30}

La mucosa oral se ve afectada entre otras cosas por xerostomía; la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección.³⁸

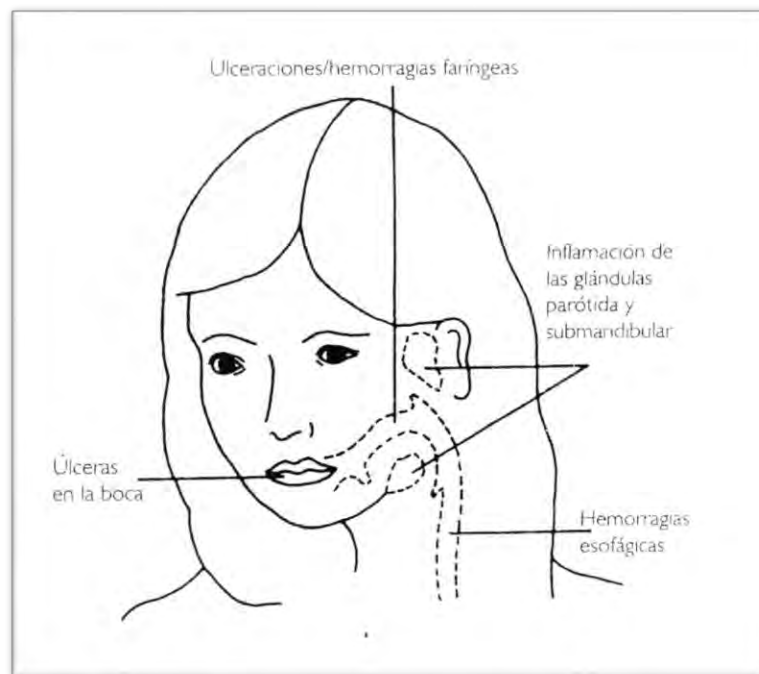


Fig. 23 Efectos de los Trastornos alimentarios en la mucosa oral.³²

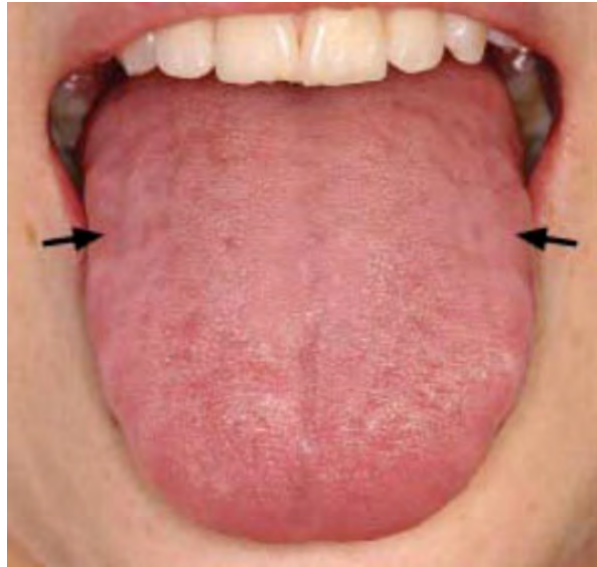


Fig. 24 Glositis en un paciente que sufre de anorexia nerviosa. ²



Fig. 25 Queilitis angular. ¹¹



4.5 Xerostomía

El concepto de xerostomía implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva (Ver fig. 26). Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis. ^{11, 38}

La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente. Las principales causas son el consumo de diversos tipos de medicamento, la sialoadenitis auto-inmune (síndrome de Sjögren) y la radioterapia cervicofacial. La xerostomía es un efecto secundario común de los muchos medicamentos psicotrópicos prescritos para pacientes con trastornos alimentarios ^{1, 11, 30, 38, 40}

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización y neutralizar el medio ácido causado por los alimentos. Por lo tanto, sumado al malestar de la boca seca, una prolongada reducción en la cantidad o fluido de saliva puede tener consecuencias serias, entre ellas caries dental severa e infecciones orales y malnutrición. La xerostomía combinado con la falta de higiene oral puede aumentar el riesgo de enfermedad periodontal. ^{1, 11, 38, 39, 40}

Una causa común de boca seca es la ingesta de medicamentos xerogénicos, los cuales reducen la producción de saliva en glándulas salivales sanas. Alrededor de 1800 medicamentos tienen la capacidad de causar resequedad de boca. Estos medicamentos, los cuales se pueden obtener por prescripción (tales como los antidepresivos) o sin ella (tales como los remedios para la gripa o antialérgicos), tomados después de un periodo de tiempo, pueden incrementar el riesgo de infecciones orales y dentales. El abuso de laxantes y diuréticos puede agravar aún más el problema. También se ha indicado que



las perturbaciones salivales pueden estar asociados con la inflamación de las glándulas salivales. ^{2, 30, 37, 38, 40}

La saliva neutraliza el ácido gástrico y disminuye la duración de una exposición perjudicial. Un flujo salival disminuido y xerostomía han sido descritos en pacientes con bulimia que vomitan frecuentemente, lo cual, se aplica al flujo salival en reposo, porque el flujo salival de saliva estimulada se encuentra dentro de los valores normales. ^{30, 37, 39, 40}

Los valores del pH de la saliva son más bajos en pacientes con bulimia que vomitan frecuentemente, y se observan también alteraciones en el contenido de calcio y fosfato en los tejidos dentarios y saliva. El pH de la saliva es importante porque un pH bajo predispone la desmineralización del esmalte dentario y proporciona el crecimiento de microorganismos productores de ácidos como el *Streptococcus mutans*, lactobacilos y *Cándida spp.* ^{2, 37}

La saliva mantiene y protege la integridad de la mucosa bucal, participa en la protección de la dentadura gracias a su composición química, que le confiere un efecto tampón y contiene los iones necesarios para la remineralización de los dientes. Además tiene capacidad antifúngica, antibacteriana y antiviral, necesarias para el mantenimiento del equilibrio de la microbiota oral. ³⁸

La cantidad de flujo real de saliva es el resultado de la producción y consumo de saliva. La saliva en reposo es la que se produce de forma espontánea, en situación de relajación y en ausencia de estímulos exógenos o farmacológicos. La saliva estimulada es la que se obtiene después de haber sometido al paciente a estimulación salival. La secreción media de saliva mixta en reposo es de 0,2-0,4 ml/min y la de saliva estimulada es de 1-2 ml/min. ³⁸



La xerostomía se detecta cuando el flujo de saliva mixta disminuye a la mitad, y este síntoma define la sensación subjetiva de boca seca, pero no indica necesariamente sequedad objetiva de la mucosa bucal, pues el umbral de esta sensación es variable y no todos los casos de hipofunción salival se acompañan de sequedad bucal.³⁸

La saliva juega un papel importante en la higiene de la boca. Además de intervenir en el proceso digestivo, ayudando a la masticación y recubriendo los alimentos de enzimas que facilitan la transformación del almidón contenido en ellos, impide la proliferación de la placa bacteriana. Actúa estabilizando el pH de la boca, debido a su alta concentración en carbonatos y fosfatos. Si no se mantiene una higiene bucodental adecuada, prolifera gran cantidad de placa bacteriana y microorganismos, que hacen que el pH dentro de la boca se vuelva ácido. Una alimentación con excesivo contenido en azúcares refinados y harinas contribuye también a acidificar el pH bucal. Al mismo tiempo, la saliva juega un papel esencial ya que incluye otros elementos como calcio y flúor que ayudan a remineralizar los dientes y mantener su esmalte.³⁸

Muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas de la saliva son debidas principalmente a condiciones generales como mal nutrición, mal absorción, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenitis.³⁸



Fig.26 La Xerostomía implica sequedad en la mucosa bucal por una disminución en la producción de saliva.⁴⁴



4.6 Sialoadenitis

Los pacientes con trastornos alimentarios frecuentemente tienen sialoadenitis, la cual está definida como infección o inflamación dolorosa de una o de las seis glándulas salivales mayores se produce como resultado de invasión bacteriana o viral y se presenta como tumefacción crónica o aguda. La glándula parótida es la afectada con mayor frecuencia, ya sea uni o bilateralmente (Ver fig. 27 y 28). El flujo salival se reduce, la saliva se vuelve más espesa y viscosa. La deshidratación, secundaria a cirugía o fármacos, estimula la sialoadenitis. No se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuentemente encontrado, sin embargo se ha llegado a confundir con síndrome de Sjögren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce. ^{1, 11, 30, 37, 38, 40}

Dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración de grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico, se ha asociado la inflamación de la parótida con vómitos recurrentes. ^{2, 30, 38, 39, 40}

Como componente del cuadro de anorexia nerviosa, se describió por vez primera en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales; ^{11, 38}

El aumento de las glándulas salivares parece ocurrir en individuos que purgan por vómito y no en aquellos con que purgan por algún otro método. Las glándulas afectadas se suelen presentar blandas a la palpación y generalmente no es dolorosa. La examinación intraoral revela un ducto permeable, un flujo salivar normal y no hay inflamación. ^{2, 37, 40}



La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia nerviosa, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, común en estos pacientes. Puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia nerviosa han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente. ^{2, 11, 38, 39}

En las primeras etapas del trastorno de la alimentación, el aumento de la glándula puede aparecer y desaparecer; pero a medida que avanza el trastorno, la inflamación se vuelve más persistente. La deformidad facial presenta un aspecto ensanchado y cuadrado de la mandíbula, lo que puede convertirse en un factor de complicación en el estado psicológico general del paciente. ^{2, 30, 39, 40}

La sialometaplasia necrotizante también se ha asociado con la bulimia; es un trastorno auto-limitante, que puede imitar al carcinoma invasivo. El reconocimiento de sialometaplasia necrotizante es esencial para evitar un mal diagnóstico y la terapia quirúrgica inútil. Es asociada con una lesión traumática de las glándulas salivales menores y propone que la inserción de los dedos o de objetos extraños en la boca para inducir el vómito puede ser el factor etiológico (Ver fig. 29).^{1, 2}



Fig. 27 La sialoadenitis es la inflamación de una o de las seis glándulas salivales mayores.⁴⁵



Fig. 28 La glándula parótida es la más frecuentemente afectada.⁴⁶



Fig. 29 Sialometaplasia necrotizante.⁴⁷



5. MANEJO ODONTOLÓGICO Y TRATAMIENTO

Durante mucho tiempo, el tratamiento restaurativo ha sido prioritario en el manejo de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo compulsivo, quedando relegadas las técnicas preventivas. Esto puede ser debido a que en ocasiones el dentista no está enterado del desorden alimentario. ³⁸

Las técnicas preventivas deben de comenzar inmediatamente, porque el proceso de erosión el esmalte es irreversible y deberán de requerirse restauraciones dentales. El foco principal de la prevención es el exista una mayor destrucción de la estructura del diente. ⁴⁸

Algunas de las medidas preventivas son:

- **Flúor.**

Los pacientes que vomitan deberían enjuagarse a diario con flúor, ya que ayuda a proteger el esmalte frente a la disolución ácida. Los dentífricos con flúor y los geles de fluoruro de sodio con pH neutro pueden aplicarse tópicamente para aumentar la resistencia de las superficies dentarias a la disolución ácida, y también como forma de disminuir la sensibilidad dentaria y el riesgo de futuras caries. ^{37, 38, 39, 48}

- **Cepillado.**

Después del vómito en pacientes bulímicos es frecuente un cepillado vigoroso debido a que son muy escrupulosos con su higiene oral, pero se debe tener en cuenta la abrasión que provocan los cepillos y la pasta dental, puesto que pueden contribuir a un mayor desgaste dentario. La combinación de abrasión y erosión presenta una tasa más elevada de desgaste dentario que en los casos en que se presentan cada uno por separado. ^{37, 48}



Los pacientes no deberían cepillarse los dientes hasta una hora después del vómito, pero es de crucial importancia que enjuaguen la boca justo después de vomitar para reducir la acidez y disminuir la pérdida de esmalte.^{37, 39}

El odontólogo debe aconsejar a sus pacientes métodos apropiados de cepillado dentario, con cepillos suaves, para evitar la pérdida de esmalte.^{37, 38}

El paciente puede realizar un cepillado suave con una pequeña cantidad de un agente desensibilizante o pasta de bicarbonato después del vómito, también debe de utilizar un raspador lingual para así remover los residuos ácidos que se alojan en las papilas linguales después del vómito.³⁷

- **Xilitol y Goma de mascar.**

Para aumentar el flujo salival los pacientes deben ser informados de los posibles beneficios del consumo de goma de mascar y caramelos de menta sin azúcar después del vómito, especialmente los que tienen xilitol añadido. Además, el uso de goma de mascar puede tener también algún beneficio más, por el factor de que estos pacientes suelen presentar caries dentaria. El flujo de saliva estimulada también aumenta la concentración de iones de calcio, fosfato e hidroxilo en la boca, lo que potencialmente puede proporcionar una fuente de remineralización. El xilitol, siendo un agente bacteriostático también puede tener un papel importante en la prevención de caries en pacientes susceptibles.^{37, 38, 48}

- **Enjuagues alcalinos.**

Los pacientes con trastornos alimentarios deberían enjuagarse la boca con una mezcla de bicarbonato sódico y agua, neutralizando así el ácido clorhídrico del estómago, que es el que lesiona el esmalte. Si los pacientes no tienen bicarbonato sódico accesible deberían enjuagarse con agua para minimizar la acidez. La leche y el fluoruro de sodio neutro también pueden utilizarse como agentes antiácidos.^{37, 39}



En pacientes con bulimia, los agentes antiácidos se deben mantener en la boca por un tiempo, para minimizar la erosión provocada por el vómito.³⁷

- **Adhesivo dentinario.**

En pacientes bulímicos, que presenten dentina expuesta, puede ser prudente proteger la superficie dentaria de daños adicionales recubriendo las áreas erosionadas con una fina capa de adhesivo dentinario.³⁷

- **Saliva artificial.**

Los pacientes que toman medicamentos que tienen efectos xerogénicos deben de ser aconsejados para que usen saliva artificial, la cual proporciona un efecto lubricante en los tejidos.^{39, 48}

Cuando un odontólogo percibe signos y características de trastornos alimentarios, es importante establecer comunicación con el paciente, de una manera no amenazante, para reunir información y confirmar un diagnóstico.⁴⁸

Inicialmente, el paciente con un desorden alimentario, puede asistir al consultorio por una emergencia. Las quejas más frecuentes son de sensibilidad al frío o al calor, causada por la dentina o pulpa expuesta.⁴⁸

Un tratamiento para la recesión dentinaria puede ser la utilización de láser, ya que la irradiación de un tejido con una terapia de laser con un nivel bajo (LLLT) promueve un incremento en la síntesis de proteínas por las células, así como cambios en la distribución de cargas eléctricas en la membrana celular. Los efectos macroscópicos observados son la aceleración en la curación de heridas y analgesia. La irradiación debe de ser absorbida para producir un cambio físico y/o químico, que resulta en una respuesta biológica. Una vez que la respuesta biológica es observada, el siguiente paso es determinar la dosis óptima de radiación en una longitud de onda específica y el número de tratamientos necesarios para producir efecto. Debido a la efectividad de su



uso, el láser parece ser la opción más conservadora y apropiada para el tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria. ⁴⁸

En adición al láser también se pueden utilizar barniz de flúor, sistemas adhesivos, oxalatos de potasio y clorato de estroncio. ⁴⁸

La instrucción y educación de aspectos tales como la erosión y los efectos que la deshidratación y la dieta tienen sobre los tejidos bucales serán el paso inicial en el tratamiento dental. ³⁸

En los casos donde se verifique la existencia de lesiones del esmalte por erosión ácida y que, por su localización y extensión, originen sensibilidad o presenten riesgo de caries, se debe realizar la protección de dichas superficies según la edad del paciente y tipo de lesión. En estos casos es necesario realizar revisiones frecuentes, principalmente en los pacientes en los que se verifique la persistencia del vómito, por riesgo de filtraciones y/o nuevas lesiones. ³⁷

Si el paciente vomita, se recomienda el empleo diario de soluciones neutras en forma de enjuague de fluoruro de sodio (0.05%), aplicaciones directas en gel de fluoruro de estaño (0.4%), así como el contenido de este en la pasta dental de uso diario que, además de proteger al esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries. ^{38, 39, 48}

Por ser un padecimiento que el paciente generalmente oculta, dadas las prácticas en las que incurren, así como el sentimiento de culpa, será importante un escrupuloso interrogatorio enfocado a aspectos tales como la actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicios, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, etcétera) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad, como sialoadenitis, erosión dental y cambios en piel del dorso de las manos. ^{38, 39}



Las manifestaciones orales deben ser llevadas a la atención del paciente de una manera no conflictiva. El paciente puede o no puede admitir que tiene un trastorno de la alimentación en el interrogatorio inicial. El odontólogo puede persistir suavemente durante las citas iniciales y posteriores para abrir la comunicación sobre el problema y hacer las referencias apropiadas cuando el momento sea el adecuado. Es importante señalar las graves complicaciones médicas que pueden ocurrir en trastornos de la alimentación y mencionar que estos pueden ser evitados con el tratamiento médico y psicológico adecuado. El odontólogo deberá también valorar el conocimiento del paciente en lo relacionado con su enfermedad y estimar si éste se encuentra receptivo a un tratamiento médico multidisciplinar. ^{37, 39, 48}

Una vez controlado el paciente, el tratamiento restaurativo será rutinario como en cualquier paciente odontológico con este tipo de lesión bucal. Se valorará el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado, sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatológicos como dimensión vertical, sintomatología de la articulación temporo-mandibular o mordida abierta. ^{38, 48}

Los casos leves que no involucran una gran pérdida de tejido duro pero que presentan dolor debido a la remoción de esmalte y a la exposición de la dentina pueden requerir la aplicación de agentes desensibilizantes y la irradiación de láser como un tratamiento conservador. En los dientes que requieren restauraciones, se pueden utilizar ionómero de vidrio o resinas para disminuir la sensibilidad. ⁴⁸

Si la pérdida de esmalte es severa en los dientes anteriores y compromete la estética, se pueden utilizar carillas, porque requieren menos preparación del diente. En casos más severos, cuando la erosión del esmalte involucra los dientes posteriores y ha dado como resultado la pérdida de dimensión vertical, se debe de considerar la reconstrucción de toda la boca y la rehabilitación de la oclusión. Coronas totales u onlays pueden estar indicadas. ⁴⁸



Respecto al tratamiento dental definitivo, la mayoría de los odontólogos recomiendan retrasar tratamientos de restauración complejos hasta que el paciente tiene una estabilidad psicológica y se haya recuperado del trastorno alimentario. En casos de emergencia, es recomendable solo estabilizar el dolor, sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento. La razón de esta recomendación es que un pronóstico aceptable para el tratamiento dental más complejo depende de la cesación del hábito de atracones y purgas, así se evitan fracasos y reintervenciones. ^{38, 39, 48}

Pueden existir dificultades terapéuticas y fracasos en el tratamiento dental de los pacientes con desórdenes alimentarios; esto no debe desmotivar al odontólogo, al contrario, debe considerarse como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que, al conseguir función y estética dental, el paciente recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima. ³⁸

Los odontólogos juegan un papel crítico para la identificación de los trastornos alimentarios no diagnosticados. De hecho, debido a la visibilidad de manifestaciones oro-faciales, el odontólogo puede ser el primero en encontrarse con estos pacientes y jugar un papel importante de hacer la interconsulta apropiada para su posterior diagnóstico y tratamiento. El tratamiento eficaz requiere de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud para proporcionar apoyo médico / dental, psicológico y nutricional. ^{39,48}



CONCLUSIONES

La investigación realizada, permite concluir que los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas que repercuten en la percepción que tiene un individuo sobre su autoimagen y en su relación con sus hábitos alimenticios.

Aun cuando la existencia de estas enfermedades aconteció hace algunas siglos, en la actualidad, estos trastornos alimentarios tienen mayor impacto en los jóvenes a nivel físico y emocional.

Ambos trastornos presentan repercusiones orales, tales como: erosión dental, caries, enfermedad periodontal, en especial gingivitis, xerostomía, sialoadenitis y lesiones en la mucosa. Que son consecuencia directa de la autoinducción del vómito acompañado de ácido gástrico que al hacer contacto con la boca produce las consecuencias arriba mencionadas.

Estas manifestaciones ocurren tanto en la anorexia nerviosa del tipo purgativo (caracterizada por una pérdida desmesurada de peso, con purgas autoinducidas, además de que está acompañada por un trastorno dismórfico corporal) como la bulimia nerviosa (caracterizada por la ingesta excesiva de alimentos, llamada "atracción", seguida por purgas autoinducidas, principalmente el vómito). Se puede diferenciar que una persona que padece bulimia se encontrará dentro de los límites normales de su peso y talla, contrariamente con una persona que padece anorexia, ya que ésta tendrá un peso por debajo de los límites normales de su peso y talla.

Desde el punto de vista odontológico Las repercusiones orales de estas enfermedades no han sido de relevancia. El cirujano dentista posee las habilidades y capacidades propias de su área que le permiten observar y distinguir las señales de deterioro bucal características de estos pacientes.



Razón por la cual, el cirujano dentista desempeña un papel muy importante en el tratamiento de este tipo de pacientes. Una de las principales contribuciones que puede hacer el odontólogo se relaciona con el acercamiento que tiene con el paciente y con su enfermedad, que dependiendo de la edad del paciente indagará en los hábitos alimenticios en la búsqueda de señales contundentes del trastorno, para posteriormente y con el consentimiento del paciente (o en caso necesario del tutor) solicitar una interconsulta con los especialistas en psiquiatría y psicología, ya que se requiere un tratamiento multidisciplinario para que el paciente tenga una rehabilitación exitosa.

Para finalizar podemos puntualizar que el cirujano dentista además de observar, prevenir y rehabilitar la salud bucal del paciente, puede contribuir con el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lo Russo, L., Campisi, G., Di Fede, O., Di Liberto, C., Panzarella, V. and Lo Muzio, L. (2008), Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Diseases*, 14: 479–484.
2. Frydrych, A., Davies, G. and McDermott, B. (2005), Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Australian Dental Journal*, 50: 6–15.
3. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación: CIE-10: CDI-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
4. <http://elvocerodigital.com/2016/06/01/hermanas-competieron-por-ser-la-mas-delgada-y-se-volvieron-anorexicas/>
5. <http://www.taringa.net/post/salud-bienestar/19169759/Bulimia-y-Anorexia-Repercusion-a-nivel-Bucal.html>
6. <http://mujeresquehacenlahistoria.blogspot.mx/2013/08/siglos-xiii-al-xv-catalina-de-siena.html>
7. <http://www.poemas-del-alma.com/sor-juana-ines-de-la-cruz.htm>
8. Turon Gil, V. Trastornos de la alimentación. Anorexia, Bulimia y Obesidad. Barcelona: Masson; 1997. p. 3-16.
9. San Sebastián Casbasés J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*. Anorexia y bulimia, nº 47, 1999.
10. Guillemot, Anne. Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. Barcelona: Masson; 1994.
11. Ochoa García, L., Dufoo Olvera, S., & S de León Torres, C. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*, 12(1).
12. <https://consejonutricion.wordpress.com/2012/06/09/trastorno-del-atracon-un-trastorno-de-la-conducta-alimentaria/>



13. <http://www.mejorsaludybelleza.com/psicologia/bulimia-sintomas-consecuencias-y-tratamiento/>
14. Ziolk, H.-U. (1996), Bulimia: A historical outline. *Int. J. Eat. Disord.*, 20: 345–358.
15. Gómez Martínez, María Angeles. *Bulimia*. Madrid: Síntesis; 2007.
16. <http://sedeslav.deviantart.com/art/Roman-feast-Rimska-gozba-494242684>
17. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson, 2002.
18. Uyeda, L., Tyler, I., Pinzon, J. et al. *Eat Weight Disord* (2002) 7: 116.
19. Herpertz-Dahlmann B., *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Jan; 18(1):31-47.
20. http://eeeeeeej.blogspot.mx/2016_03_01_archive.html
21. <https://elartededucarte.wordpress.com/category/ciencias-sociales/>
22. Soto, Alfonso. *Fisiología y fisiopatología de la nutrición*. I curso de especialización en nutrición, 2005: 239-256.
23. Woerwag-Mehta, S., & Treasure, J. (2009). Causas de la anorexia nerviosa. *Psiquiatría Biológica*, 16(1), 32-37.
24. Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
25. Bosque-Garza, J. M. D., & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409.
26. <http://faithofthefathersnowalls.blogspot.mx/2006/08/stupidly-skinny-women-obsessed-with.html>
27. <http://j-sumii.blogspot.mx/2010/09/salud-alimentacion-y-nutricion.html>
28. Bravo Rodríguez, Martha, Pérez Hernández, Argelia, & Plana Bouly, Roberto. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 300-305.



29. Almenara, C. (2013). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66(1), 52-62.
30. Kavitha, P. R., Vivek, P., & Hegde, A. (2011). Eating disorders and their implications on oral health—Role of dentists. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 36(2), 155-160.
31. <http://www.taringa.net/post/salud-bienestar/19169759/Bulimia-y-Anorexia-Repercusion-a-nivel-Bucal.html>
32. French, Barbara. *La bulimia*. Barcelona : Oniro, 1999
33. <http://luzyanocomas.blogspot.mx/p/atracones.html>
34. <http://joya937.mx/blogs/anorexia-y-bulimia-las-amigas-malas-de-las-adolescentes.html>
35. <http://pijamasurf.com/2014/11/las-modelos-de-victorias-secret-tienen-el-cuerpo-y-perfecto-y-tu-que-cuerpo-tienes/>
36. Rava, F. M., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch. argent. pediatr*, 102(5), 353-363.
37. Cardoso, C., Villalón, G., Edo, M. M., & Leache, E. B. (2007). Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *The Journal of the American Dental Association (JADA)*, 2(5), 298-302.
38. García, M. G. N., Parra, T. G. H., López, G. A. F., & Gracia, C. F. (2003). Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. *Revista médica de la Universidad Veracruzana*, 3(2), 17-28
39. Steinberg, B. J. (2014). Medical and Dental Implications of Eating Disorders. *American Dental Hygienists Association*, 88(3), 156-159.
40. Aranha, A. C., Eduardo, C. D. P., & Cordás, T. A. (2008). Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract*, 9(6), 73-81.



41. <http://www.tuodontologa.com/blog/consecuencias-de-la-bulimia-en-la-salud-bucal/>
42. <http://odontologiasalud.blogspot.mx/2011/03/bulimia-y-anorexia-efectos-bucales.html>
43. <http://alteracionesbucales3302albertogleza.blogspot.mx/2015/05/anorexia-y-bulimia-trastorno-alimentario.html>
44. <http://www.kurpisdentistry.com/dry-mouth-treatment/>
45. <http://alteracionesbucales3302albertogleza.blogspot.mx/2015/05/anorexia-y-bulimia-trastorno-alimentario.html>
46. <http://eentblueprintnotes.blogspot.mx/2014/01/mouththroat-disorders.html>
47. <http://estomatologiaonlinepb.blogspot.mx/2015/10/sialometaplasia-necrosante.html>
48. Aranha, A. C., Eduardo, C. P., & Cordás, T. A. (2008). Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *The journal of contemporary dental practice*, 9(7), 89-96.