



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Manejo Estomatológico del Paciente con Bulimia

AREA CLÍNICA

TESIS

**PATIÑO RIVAS MIRNA ELIZABETH
REYES DÍAZ CARLOS ANTONIO**

DIRECTORA DE TESIS:

C.D. ROSA DIANA HERNÁNDEZ PALACIOS

SEPTIEMBRE 2005.

FES ZARAGOZA



**CIRUJANO
DENTISTA**

m. 348434



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.

AGRADECIMIENTOS

... se detuvo a mirar atrás y en ellos aprecio la "grandeza"...

Gracias FEDE y ROSITA.

... y cuando los caminos se abran para ti,
no los dejes ir, tómalos y sigue adelante.

Gracias Laura.

... mi pensamiento rodante nuevamente caminará
y mis sueños como los tuyos no tendrán fronteras.

Gracias Bere.

"Para hacer algo hay que creer mucho.
Para hacerlo con convicción hay que creer con alguien".

Gracias Mirnita.

"Los manantiales sólo estarán,
donde nuestros deseos los hagan fluir".

Gracias Pame, Emy y Aline.

"Con un profundo y sincero agradecimiento"...

Gracias Dra. Diana.

SIEMPRE.

CARLOS.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
MARCO TEÓRICO	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
Antecedentes Históricos	8
Definición	13
Etiopatogenia	14
Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	15
Diferencias entre bulimia nerviosa y anorexia nerviosa	21
ANOREXIA NERVIOSA	
Definición	22
Etiopatogenia	22
Clínica y diagnóstico	25
Complicaciones principales de la anorexia nerviosa	27

Curso y pronóstico	28
Tratamiento	29
Manifestaciones orales	30
BULIMIA NERVIOSA	
Definición	31
Antecedentes históricos	31
Etiopatogenia	33
Epidemiología y prevalencia	35
Clínica y diagnóstico	38
Pautas para el diagnóstico de bulimia nerviosa	41
Criterios de DSM-IV para el diagnóstico de bulimia nerviosa	42
Diagnóstico diferencial	43
Auxiliares de diagnóstico	44
Curso y pronóstico	50
Tratamiento	51
Consecuencias de la bulimia nerviosa	56
Manifestaciones bucales y complicaciones	59
Erosión del esmalte	60
Caries	62
Sialoadenosis	63
Saliva	64
Mucosa	65

Periodonto	65
Manejo estomatológico	66
Erosión del esmalte	66
Caries	67
Sialoadenosis	69
Mucosa	69
Periodonto	70
OBJETIVO GENERAL	72
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	73
DISEÑO METODOLÓGICO	74
RECURSOS	75
CASO CLÍNICO	76
ANEXOS	
CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han tomado auge en los últimos años debido a los diversos patrones socioculturales donde se privilegia la imagen estilizada del individuo.

Los estudios en población mexicana, realizados en la ciudad de México estiman una prevalencia del 1.5 al 2.5 de cada 100 personas afectadas por TCA. Es más frecuente en clases alta y media, zonas urbanas, profesiones de actuación pública y en países occidentales. La anorexia, bulimia y vigorexia están clasificados dentro de los trastornos de la conducta alimentaria. Los antecedentes históricos refieren que hace aproximadamente 900 años a.C. ya existían estos problemas, sin embargo, un factor que influye de manera importante es la publicidad, que ha tenido gran influencia, pues a pesar de que se dirige a gente adulta, los niños, adolescentes y jóvenes (estudiantes de secundaria, bachillerato y universidad) han sido más vulnerables de las ideas del aspecto físico o imagen delgada.

En México, se han realizado diversos estudios, la información ha aumentado pero todavía existen muchas interrogantes acerca de este trastorno, debido a que se involucran los aspectos físicos y psicológicos, pudiéndose afectar diversos sistemas del organismo como son: cardiovascular, renal y gastrointestinal. Por lo tanto la atención de estos pacientes requiere de un abordaje multidisciplinario.

El presente estudio tiene como propósito identificar los elementos para el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de la bulimia, haciendo énfasis en su manejo estomatológico, y en los aspectos psicológicos así como los de salud en general, factores de vulnerabilidad, estadísticas mundiales acerca de la enfermedad, y una detallada información de datos que permitan la rehabilitación adecuada del paciente haciendo énfasis en el papel del Cirujano Dentista como parte del equipo de salud multidisciplinario que brinda atención integral a este tipo de pacientes.

La bulimia es un trastorno sumamente importante para el cirujano dentista ya que provoca manifestaciones bucales tales como: desgaste de esmalte dental, xerostomía, sensibilidad a cambios térmicos, caries, sialoadenosis y gingivitis, que deben ser considerados para realizar un diagnóstico oportuno de la enfermedad y por lo tanto proporcionar un tratamiento óptimo.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad diversos patrones socio-culturales, así como los medios de comunicación han influido de manera importante para crear un estándar de belleza. Con frecuencia se cree que un cuerpo delgado es sinónimo de aceptación y felicidad, es por tanto, que algunos adolescentes en su mayoría mujeres de entre 13 y 19 años en su empeño por alcanzar un cuerpo que cumpla con dichas expectativas, se someten a dietas rigurosas que en ocasiones reditúan como trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia y comedor compulsivo.

Los estudios en población mexicana, sobre (TCA) realizados en la ciudad de México, estiman una prevalencia del 1.5 al 2.5 %. Es más frecuente en clases media y alta. zonas urbanas, profesiones de actuación pública y en países occidentalizados. La bulimia no purgativa es más benigna y suele remitir con el tiempo, presentándose más en varones. La forma purgativa es la más grave, se asocian a trastornos de la personalidad del grupo B (histriónico, límite y antisocial) presenta una mortalidad del 10% de los casos, normalmente por suicidio.

La bulimia es una enfermedad que produce alteraciones en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer con otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos). Dentro de las manifestaciones buco-dentales, se encuentran: descalcificación y erosión, caries

extensas, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis, xerostomía, disminución en la masticación y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobtusión), por lo que se observa alterada la estética.

El cirujano dentista desempeña una función importante en el manejo de este trastorno, ya que debido a los signos y síntomas estomatológicos que presentan estos pacientes se puede llegar al diagnóstico y tratamiento oportuno.

Además es necesario brindar una atención estomatológica integral acorde a sus condiciones bucodentales y psicológicas para evitar afecciones mayores que conlleven al paciente a complicaciones de tipo sistémico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con bulimia presentan alteraciones en el comportamiento alimentario que repercute en la salud física y mental de quien la padece, por lo que tienen que recibir tratamiento médico, dental, psicológico y nutricional, para restablecer su salud de manera integral

¿Cuáles son los elementos que permiten un apropiado manejo estomatológico del paciente con bulimia?

MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Antecedentes históricos

Las referencias al hambre autoinducida (ayunos, entre otros.) datan de los tiempos bíblicos. Desde la antigüedad en nuestra cultura, se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. El sobrepeso era signo de salud, belleza y poder. En la antigüedad los banquetes, donde se comía y se bebía con exageración, tuvieron un marcado carácter sagrado; durante estos ágapes el vómito era un remedio usual para reiniciar la comilona.¹

Jenofonte, en Anabásis, en el 970 a.C. describió la bulimia en soldados griegos de retirada en campaña militar en Asia Menor contra Artaserses, que habían subsistido con cortas raciones, y a los que les entraba hambre, debilidad y desmayos. En la antigua Grecia, las autopurgas vomitivas eran frecuentes en ciertos eventos sociales o religiosos. El culto a los dioses solía incluir conductas anoréxicas y bulímicas, entre otros.²

También la restricción alimentaria fue asociada e interpretada desde un punto de vista religioso. Los primeros cristianos y místicos practicaban el ayuno como

penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado.¹

En el siglo IX un monje de Monheim refiere la milagrosa historia de la joven Friderada, que se curó en el santuario de Santa Walpurgis de una extraña enfermedad. Tras un período de apetito voraz, Friderada rechaza los alimentos sólidos y vomita los productos lácteos que ingiere, al poco tiempo deja de comer; llevada al santuario es curada milagrosamente por Santa Walpurgis (Habermas, 1986). En el mundo árabe encontramos referencias relacionadas con la anorexia: en el siglo XI, Avicena hace la descripción de la enfermedad del joven príncipe Hamadham, preso de una intensa melancolía; esta descripción se considera la primera relativa a la anorexia en un texto médico, aunque probablemente sea secundaria a un cuadro depresivo (Sours 1980).¹

La Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la anorexia nerviosa (AN) con la obra *a treatise of consumptions*, un texto del s. XVII original de R. Morton el citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16. En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa de la pérdida de peso de los enfermos.³

En los siglos XVIII y XIX, la bulimia fue perdiendo valor y se describía como curiosidad médica en los diccionarios médicos. James (1743), citado en Ziolk y

Schrader en 1985, citaba en el diccionario médico la bulimia como intensa preocupación por la comida y atracones de cortos intervalos, seguidos de desmayos. y en una variante, el apetito canino, en el que los atracones se seguían de vómitos o incluso de episodios sincopales.²

En 1764 O. Whytt, nos legó su obra "Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados nerviosos, hipocondríacos o histéricos", los cuales están fijados sobre el sistema nervioso simpático. Whytt describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones.³

Cullen (1772) la definió como sentimientos de hambre superior a lo que se puede digerir. La enciclopedia Británica, en 1797, describe la bulimia como deseo insaciable de comer, con desvanecimientos. Hooper (1825) utiliza los términos "bulimia emética" y "cinorexia" para designar un apetito voraz seguido de vómitos. Descuret (1833) describió dos formas: en una, el hambre seguía después de varias ingestas y el topor seguía al atracón y la cinorexia, el atracón era seguido de vómito.²

En 1860, V. Marcé, de París, escribió la obra "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias", caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos, las jóvenes en el periodo de la pubertad —y después de un desarrollo físico precoz— sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. Gull llamó a este cuadro aepsia histérica, por creer que se debía a un

estado mental mórbido. Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, Laségue acabaría acuñando la expresión anorexia histérica. Gull y Laségue describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida como: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio; además examinaron la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución.⁴

En 1869, Blanchet describe dos formas de bulimia: la primera caracterizada por preocupación por la comida, y la segunda por la presencia de vómito. A lo largo de este siglo, cada vez son más frecuentes los artículos donde se describen casos que pueden ser compatibles con la bulimia, especialmente al describir la evolución de las pacientes anoréxicas (Janet, 1903).¹

Gull (1874) asocia la anorexia nerviosa con la bulimia.²

En el s. XX – y sobre todo desde los años cincuenta- se produce una revolución conceptual y metodológica acerca de la AN a la que se llegó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas. Así en 1914, M. Simmonds introdujo que el término de caquexia hipofisiaria y su tesis de que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debe a una alteración de la hipófisis y no a factores emocionales.⁵

Mientras, en 1920, P. Jane distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos.

También los psicoanalistas, en los años 40, explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual. Para H. Bruch los pacientes con anorexia presentan una patología emocional común:

- 1: - Perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo
2. - Dificultad para reconocer señales para nutrirse
- 3: - Sentimiento de ineficiencia en todas las actividades de la vida.³

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) aumentó a partir de la década de los setenta. En los primeros años de la década siguiente el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial de la AN, después se puso énfasis en los cambios neuroendocrinos y genéticos, como marcadores fisiológicos de vulnerabilidad. Muchos analistas teóricos postulan el papel de los desórdenes alimenticios en la organización y en la estabilidad del "Yo".⁶

Berkman (1939) describe los atracones y vómitos de anoréxicas. Stunkard (1959) describe los atracones, apareciendo ya en la década de los setentas el término de "incontrolados". Crisp (1967), Theander (1970), Bruch (1973) y otros muchos autores constatan atracones y vómitos en las anorexias nerviosas. Dóor (1972) habla de casos de hiperfagia y vómitos. Hasta entonces la historia de la bulimia era tomada más como un síntoma que como un síndrome.²

Para Rusell (1979), la bulimia sería una variante de la anorexia y es un hecho comprobado que un gran porcentaje de bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa. En 1979, Rusell acuña el nombre de bulimia nerviosa para definir aquellos cuadros caracterizados por episodios de sobre ingesta, a los que siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón, en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas.¹

Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cyn:orexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida. Pero el síndrome de bulimia nerviosa (BN), desde una perspectiva científica de diagnóstico, apareció en Alemania en los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial. El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la BN como síndrome en la década de los sesenta.⁶

La American Psychiatric Association (APA) acuña el diagnóstico de bulimia (DSM-III).²

Definición.

El término trastorno de la conducta alimentaria (TCA) generalmente se refiere a desórdenes psicológicos que constituyen graves anormalidades en la ingesta de

alimentos, preocupación excesiva por el peso corporal presentándose en mujeres y hombres. Estos trastornos incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el comer compulsivamente.⁷

Etiopatogenia.

Factores etiopatogénicos: No se han establecido factores con precisión, pero se han considerado factores socioculturales, familiares, neuropsíquicos, endocrinos, e incluso genéticos.⁷

Factores socioculturales: Su gran influencia parece clara si se tiene en cuenta las diferencias en prevalencia encontradas en diferentes grupos sociales y las características de la cultura occidental moderna en relación con el comer y con la apariencia del cuerpo. Los estudios de prevalencia, evidencian mayores tasas de anorexia nerviosa en clases sociales altas y medias, de hábitat urbano. Es conocida también la asociación de determinadas profesiones (gimnastas, bailarinas). El anhelo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura, 6 de cada 10 jóvenes entre los 15 y 29 años están preocupadas por el peso y se sienten obesas con mayor o menor intensidad, mientras que en el caso de los varones esta preocupación la tienen 3 de cada 10. La delgadez mitificada significa en la sociedad actual el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. La asociación de estos logros derivados

de estar delgada ha hecho que la delgadez se convierta en un fin; incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez.⁸

Factores familiares: En las familias de los jóvenes con TCA se ha descrito con frecuencia la presencia de depresión, trastornos por uso de alcohol, obesidad y cambios de la conducta alimentaria.⁴

En las madres de pacientes con TCA se ha encontrado también mayor insatisfacción con su imagen corporal.³

Algunos estudios han comparado familias de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, encontrando que las relaciones familiares en BN presentaban más alteraciones que en la AN: más conflictividad, menor organización, pobre relación afectiva con padres y diferente modo de desarrollo del proceso de individualización.³

Factores Psicológicos individuales: Los rasgos psicológicos que se han encontrado asociados a los TCA son: disminución en la autoestima, dependencia, temores a la pérdida de control, vivencias de soledad y temor a la misma, así como abandono, vivencia de control externo, inseguridad y problemas de identidad.⁹

Clasificación de los trastornos de conducta alimentaria.

Los trastornos de conducta alimentaria se han clasificado principalmente en dos grupos: trastornos cuantitativos, que incluyen las alteraciones por exceso de ingesta

(bulimia), por defecto o rechazo al alimento (anorexia) y trastornos cualitativos o aberraciones alimentarias, como la pica y la rumiación. Además existen otros trastornos relacionados con la ingesta de alimentos como lo son: El trastorno por atracón, la ortorexia y la vigoréxia.¹⁰

Anorexia Nerviosa:

a) Tipo "restrictivo": Restricción voluntaria a la ingesta de alimentos, o realización de ejercicios físicos extenuantes.

b) Tipo "bulímico o purgativo": Se utilizan métodos como el vómito auto-inducido o el abuso de laxantes o diuréticos.¹¹

Bulimia Nerviosa:

Existen tres tipos bulimia, tomando los siguientes parámetros para la clasificación:

- a) Edad de comienzo del trastorno de la conducta alimentaria
- b) Antecedente o presencia de otras enfermedades psicosomáticas.
- c) Perfil de respuesta al EDI (Eating Disorders Inventory) creado por Garner (1982) en Canadá, desarrollado en la Argentina por Zukerfeld, Fuchs, Girard y colaboradores en el Centro de Investigación en Nutrición y Obesidad. Se trata de un cuestionario de 64 ítems que evalúa la magnitud de ocho factores psicológicos presentes en estos pacientes: deseo de adelgazar (DA),

síntomas de atracón-purga (factor B9), insatisfacción por el cuerpo (IC), sensación de ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza de los vínculos (D), registro de sensaciones interiores (CI) y temor a madurar.¹²

d) Modalidad de funcionamiento del aparato psíquico. Observamos que cuando el síntoma es similar o con pequeñas variaciones en los tres tipos, la diferencia en los parámetros recién descritos determina modalidades de abordaje terapéutico distintas para cada caso. Existen otras clasificaciones de la bulimia de acuerdo con la presencia o ausencia de purgas, especialmente de vómitos, o con el peso del paciente.¹²

BULIMIA SINTOMÁTICA

Aparece generalmente en pacientes mujeres, y la edad de comienzo es variada. Puede haber antecedentes de patología somática, accidentes, antecedentes de obesidad y otras adicciones de la familia, en especial problemas de adaptación ante situaciones nuevas.¹²

El funcionamiento mental es predominantemente neurótico, pero mal organizado. Estos episodios pueden terminar como tales o ser seguidos por conductas compensatorias: las purgas. Se considera purga a todo aquello que en la fantasía del paciente sirve para "anular" el episodio compulsivo y recuperar el control perdido en el atracón. Las más habituales son el vómito autoinducido, comer y escupir (sin llegar a la digestión), el uso de diuréticos y laxantes o la actividad física intensa.¹²

BULIMIA CONFLICTIVA

Aparece en mujeres jóvenes; la edad de comienzo es la adolescencia. El funcionamiento mental es con predominio neurótico. No se observa patología somática previa ni accidentes físicos relevantes. Puede haber antecedentes de obesidad en la familia. La capacidad asociativa se mantiene aún en los episodios bulímicos, y los mecanismos de defensa son variados: histéricos, obsesivos o fóbicos. En general, se sienten muy presionadas por responder a un ideal de belleza marcado desde la cultura, sumado a la imposibilidad biológica o genética de lograrlo. Esta insatisfacción de su propio cuerpo y la competencia con otras mujeres, a quienes ven como perfectas, reproducen la rivalidad edípica original y las llevan a conductas restrictivas, dietas imposibles de cumplir pensando que así serán más atractivas.¹²

BULIMIA OPERATORIA

Aparece en mayor proporción en mujeres, con edad de comienzo en la niñez, donde ya se observan trastornos en la alimentación: obesidad o anorexia infantil. Suele estar asociada a otras patologías somáticas, en especial a patología de origen alérgico, presencia de accidentes y patología somática familiar, por ejemplo obesidad y otras adicciones.¹²

Los bulímicos de este tipo muestran grandes dificultades, hablan de distintos temas pero sin ninguna modificación fantasiosa, no expresan sentimientos de placer ni aun cuando se refiere a una comilona. Sus sentimientos de displacencia tienen que ver con sus síntomas o con sus dificultades para ejercer el control de sus impulsos, o por la enfermedad que padecen.¹²

- a) Tipo “purgativo”: La persona autoinduce el vómito o abusa de medicamentos laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
- b) Tipo “ no purgativo”: La persona emplea otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno (no mayor a 24 horas.) o el ejercicio excesivo.¹¹

Otra psicopatología alimentaria

Vigorexia: Este trastorno no es estrictamente alimentario, pero comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Es una adicción que aparece normalmente en hombres que se obsesionan por conseguir un cuerpo más y más músculo mediante el ejercicio físico excesivo. Los que padecen esta obsesión por verse musculosos se miran constantemente en el espejo y se ven delgados. De manera que pasan horas y horas en el gimnasio para aumentar su musculatura, además de ingerir esteroides y anabólicos lo que genera graves problemas de salud.¹³

La dieta de los vigoréticos es poco equilibrada. Reducen drásticamente el consumo de grasas y aumentan de forma excesiva el consumo de hidratos de carbono y proteínas, favoreciendo así el aumento de la masa muscular y causando problemas metabólicos importantes. Tienen obsesión por el peso, razón por la cual se pesan varias veces al día. Como pasan muchas horas en el gimnasio se alejan de la familia y amistades (aislamiento social).¹³

Aunque existen complicaciones biológicas a estos trastornos (desequilibrio en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro) los factores sociales y educativos influyen de manera importante. Se puede decir que las características de la vigorexia están asociadas con la baja autoestima y a una falta de aceptación de su imagen corporal. ¹³

Diferencias entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
Inicio en edades más temprana	Inicio más tardío
Más demacradas	Menos demacradas o aspecto normal, pasan más desapercibidas (menos diagnosticadas)
Variablemente impulsivas	Mucho más impulsivas
Miedo a ser bulímica nerviosa	Deseo de ser anoréxica nerviosa
Peso previo al diagnóstico bajo	Peso cercano al normal
Método de control de peso: Restricción alimentaria	Método de control de peso: Vómitos, laxantes-duréticos
Mayor control	Mayor descontrol
Mayor hiperactividad	Menor hiperactividad
Amenorrea casi en el 100%	Menstrúa normalmente o con cierta frecuencia el 50%
No comen	Pueden no comer a veces, pero la tendencia es a vomitarlo
Menor psicopatología	Mayor psicopatología asociada de personalidad, sociopatías, consumo de tóxicos, cleptomanía, depresión
Hipotensiones, bradicardia e hipotermia frecuentes	Hipotensión, bradicardia e hipotermia poco frecuentes
Menos conductas autolíticas directas	Más frecuentes conductas autolíticas
Conductas bulímicas en el 50-70% de los casos	Conductas bulímicas en el 100% de los casos
Mejor pronóstico	Peor pronóstico
Peor respuesta a los antidepresivos	Mejor respuesta a los antidepresivos
Puede evolucionar a bulimia nerviosa	Rara vez evoluciona a la anorexia nerviosa típica, pero previa anorexia nerviosa menos severa
Complicaciones muy variadas	Complicaciones variadas y algunas derivadas de los vómitos o atracones

ANOREXIA NERVIOSA

Definición

Se conoce como pérdida del apetito de origen nervioso. Este trastorno de la conducta alimenticia se caracteriza por alteraciones de la percepción de la imagen corporal. En donde existe un miedo al sobrepeso y un gran deseo de estar delgado. No tienen conciencia de la enfermedad, por lo que no reconocen que están en su peso normal o menor y se siguen considerando gordos.^{14,15}

Etiopatogenia

El aumento en la incidencia de dichos trastornos y la aparición en edades más tempranas podrían deberse a la mayor penetración de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación que conllevan la creación de un culto a la esbeltez y a las dietas sin una adecuada educación sanitaria al respecto.²

En la actualidad, el modelo etiopatogénico más aceptado es el modelo biopsicosocial, que considera a la anorexia nerviosa como una consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) junto con otros de tipo social, familiar y cultural.²

Factores predisponentes²

- Mayor riesgo entre hermanas
- Mayor frecuencia entre monocigotos
- Antecedentes de complicaciones perinatales
- Mayor número de acontecimientos estresantes tempranos
- Mayor peso al nacer
- Obesidad previa
- Raza caucásica
- Clase media alta
- Sexo femenino (10 a 1 frente a varones)
- Preocupación por la apariencia
- Dependencia parental
- Disminución de la actividad sexual
- Identidad personal incompleta
- Dificultad para ser independientes
- Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto
- Impotencia y engaños sobre el ambiente que los rodea
- Ciertas presiones (bailarines, modelos, entre otros)
- Periodos de negativismo, subordinación

Factores desencadenantes²

- Las familias tienen necesidades neuróticas de prohibir la maduración de las anoréxicas
- La escuela y el matrimonio precipitan la AN
- El 14% son huérfanas de padre el año previo al inicio de AN
- Realización de dietas
- Conflictos familiares
- El estrés precede a las funciones endocrinas secundariamente y a la conducta anoréxica, y altera ciertos neurotransmisores que pueden influenciar la personalidad, humor y conducta

Factores de mantenimiento²

- Alteraciones hipotalámicas por disminución de la regulación de la temperatura, hormonas pituitarias y centros de hambre-saciedad
- Tendencia a ser trabajadores duros, ansiosos por el trabajo profesional
- Responsables y vigilantes de las obligaciones
- Alexitimia
- Actitudes hacia la comida mediadas más por influencias externas que internas
- Reducción de carbohidratos y grasas
- Hiperactividad
- Preocupación por pensamientos centrados en la comida
- Amplios cambios de humor

Clínica y diagnóstico

El diagnóstico de la AN dependerá de la captación de ciertas conductas alteradas, relacionadas con la imagen corporal, alimenticia, que sería lo primario, y de lo que derivarían el resto de los síntomas descritos en la clínica y son los siguientes:

- Pérdida de peso de origen desconocido, en mujeres sobre todo
- Fallo en el crecimiento normal para edad y sexo
- Retraso de la menarca o maduración retardada en varones
- Amenorrea primaria o secundaria inexplicable
- Complicaciones médicas por abuso de ejercicio
- Osteoporosis en jóvenes
- Hirsutismo
- Creciente interés por temas gastronómicos, modas y ropa
- Restricción de alimentos con más calorías
- Evitar comer en familia, con tendencias a comer sola/o y de ser posible a deshoras
- Inicio suave de restricción y selección de alimentos
- Tendencia al troceo y desmenuce de alimentos
- Tardanza en el tiempo de la ingesta
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente y creciente
- Tendencia a desaparecer inmediatamente después de las comidas
- Inicio de trastornos perceptivos de la imagen corporal
- Tendencia progresiva a una mayor hiperactividad

- Ocultan las partes libres del cuerpo para que no se les vea la delgadez
- No hay consciencia de la enfermedad, ni de tener problemas con la comida, el peso, ni su propio cuerpo
- Tendencia de aislamiento
- Intolerancia a las críticas
- Tendencia a la disforia irritable o a la distimia depresiva
- Dificultades con el sueño
- Frecuentemente pertenecen a ciertos grupos de población como bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, entre otros; esto implica una mayor vulnerabilidad a padecerla
- Por lo general se da en adolescentes de 14-18 años como edad de inicio y afecta ambos sexos
- Un gran número de estos adolescentes han hecho previamente dietas, de forma individual o con otras/otros compañeros o familiares, o por inducción de algún familiar, sobre todo la madre.²

Las principales complicaciones médicas, son primariamente efectos colaterales de la inanición. La mayoría de las complicaciones físicas son el resultado del intento del organismo por conservar la energía y pueden ser revertidos cuando se vuelve al estado nutricional normal.¹⁵

Complicaciones principales de anorexia nerviosa.

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

Curso y pronóstico

El curso y el pronóstico dependerán del momento evolutivo en que se encuentren los pacientes, de la gravedad y los riesgos biológicos y de muerte, de las actitudes del paciente y de la familia y del éxito del primer abordaje terapéutico. Ante situaciones graves el paciente acepta la ayuda. De una u otra forma, entre ser internada y ser tratada el ciclo suele durar unos 3-4 años antes de poder obtener soluciones satisfactorias en los casos en que mejoran o remiten. El 40% de los pacientes se curan, el 30% son mejoradas significativamente pero con vida algo deteriorada, 15-20% quedan o están estables pero con anorexia crónica y el 10% mueren por causas variadas. La mortalidad es de: 5-10% por causas directamente relacionadas con el desorden, el porcentaje de suicidios es relativamente bajo (1%). El 60-65% trabajan bien; 20% a tiempo parcial, otras estudian. En AN recuperadas pueden aparecer posteriormente:

- Ansiedad, fobias
- Depresiones (10-25%)
- Obsesividad

A pesar de todo en las AN la preocupación sobre limitación de ingesta y control de peso está presente, aunque en unas con menos obsesividad. La evolución y el pronóstico varían desde la remisión completa a la muerte, a mejorías variadas o tendencia a la cronicidad. Naturalmente, dependerá del diagnóstico y tratamiento precoz. Por otra parte, una vez establecido el cuadro dependerá de la gravedad, de la clínica y de los factores patogénicos coincidentes o concomitantes,

fundamentalmente de la patología familiar y del tipo de personalidad del enfermo. En cuanto al tipo de tratamiento, según el estado del cuadro y paciente en cuestión, hemos de tener en cuenta que si bien es deseable el tratamiento ambulatorio o en hospital de día, la mayoría de veces hemos de ocurrir al ingreso.²

Tratamiento

En general, el primer paso del tratamiento es la recuperación del peso hasta valores normales. El segundo se focaliza en el mantenimiento del peso, es decir, se realiza un tratamiento teniendo en cuenta los factores psicológicos y previniendo las posibles recaídas.¹¹

- El tratamiento se realiza por separado: paciente - familia
- Alimentario (dietéticos)
- Sintomáticos (correctores: dihidroergotamina; vitaminas y minerales)
- Psicofármacos:
 - A. Antidepresivos.- clorimipramina, fluoxetina, entre otros.
 - B. Benzodiacepinas: clorazepato, lorazepam, entre otros.
 - C. Normotímicos: topiramato
- Psicoterapia:
 - A. Cognitivo - conductista
 - B. Apoyo, directiva
 - C. Análisis biográfico
 - D. Integración social

E. Sobresignificado del cuerpo, hambre y apetito

- Ambulatorios o en ingresos si hay riesgo
- Información - interpretación del cuadro o parte de la conducta al paciente y su familia.²

Manifestaciones orales

Las manifestaciones orales se centran en la presencia de erosiones dentales acompañadas de sensibilidad secundaria a la pérdida de tejidos duros, cambios en la morfología y tamaño dentario por la misma causa; trastornos en las mucosas derivadas de la xerostomía producida por las alteraciones en la secreción salival, atrofia de la mucosa y lesiones erosivas frecuentes. El paciente con anorexia nerviosa suele tener una higiene oral correcta que no se incrementa en el riesgo de caries, mientras que el paciente bulímico suele tener una deficiente higiene oral y el riesgo de caries se encuentra incrementado.⁶

BULIMIA NERVIOSA

En los últimos treinta años se ha producido un cambio en el ideal de belleza. Las mujeres gustan delgadas, lánguidas, y como si esto fuera poco, con el cuerpo trabajado por una rutina de ejercicio. La presión en el mundo occidental para acatar los valores estéticos, impuestos por una sociedad que condena el sobrepeso como insano, bombardea desde los medios de comunicación y alerta a la población de esta nueva fórmula para obtener éxito. La delgadez, aparece como sinónimo de salud y juventud. Atribuido a esto se presentan trastornos de alimentación tales como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa las cuales han ido en aumento considerable.¹⁷

Definición

La bulimia es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas), que produce desordenes en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión, acompañado de dietas excesivas, asociado a vómitos y a la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos).¹⁸

Antecedentes Históricos

El término bulimia procede del griego "boulimos", de bous (buey) y limós (hambre). Literalmente significa "hambre de buey" o un hambre muy intensa. Tradicionalmente se ha empleado para describir todo tipo de conductas de ingesta masiva.³

Encontramos referencias históricas a la bulimia desde el siglo XVIII.¹⁹

En 1708 en el Physical Dictionary de Blanckaart y en 1726 en el Diccionario Médico de Quincy se relacionan episodios bulímicos con alteraciones digestivas. En 1743 en el Diccionario Médico de la Ciudad de Londres se describe un cuadro de "true boulimus" caracterizado por preocupación por la comida, ingestas voraces y periodos de ayuno.³

Sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940.¹⁹

Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia, ligándolos a estados neuróticos.³

En la bulimia no se conoce causa determinante, la naturaleza episódica e incontrolada de la conducta alimentaria ha hecho que muchos investigadores infieran que la bulimia pueda ser debida a razones psicológicas de represión en aspectos referentes a aprensividad, conducta sexual, desaprobación personal, control o manipulación del ambiente externo, baja autoestima y amor propio, entre otros; aunque tanto como la anorexia, los factores culturales y la depresión influyen de manera determinante.¹⁹

Fisiológicamente también se han encontrado participación de algunos neuroquímicos de los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, se sabe que las manipulaciones y estados naturales que aumentan su síntesis, reducen el apetito especialmente para carbohidratos y trastornan los mecanismos de la saciedad.²⁰

Etiopatogenia

Es un trastorno de etiopatogenia no muy bien conocida y de carácter multifactorial y considera la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos. Algunos de estos factores van a actuar como predisponentes o desencadenantes en este tipo de trastornos.²

Factores familiares.- pueden ser de tipo genético, hereditario o bien educacional. La supuesta vulnerabilidad genética podría actuar directamente aumentando la predisposición a la obesidad o a una estructura de personalidad, que a su vez actuaría como factor predisponente para el desarrollo de BN. En cuanto a los factores familiares educacionales, se han considerado factores predisponentes de la BN las características psicológicas del núcleo familiar de las pacientes bulímicas. Suele tratarse de familias con relaciones conflictivas, desorganizadas y con escasa confianza entre sus miembros, con interacciones de control y dependencia emocional mutua. Además existe una falta de afecto y empatía de los padres hacia las pacientes bulímicas, las cuales, a su vez, no guardan esperanzas en cuanto la ayuda y comprensión que puedan recibir por parte de la familia.²

Factores individuales.- dentro de estos debemos considerar como los principales los factores psicológicos, los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, aunque en los tres últimos factores no podamos determinar de forma exacta si la BN es la causa o la consecuencia de este tipo de trastornos. Desde el punto de vista psicológico las pacientes se muestran insatisfechas con su imagen corporal puesto que su percepción alterada les lleva a verse más gordas de lo que están, se hallan, obsesionadas con evolucionar hacia la obesidad, muestran una tendencia al perfeccionismo compensador y sentimientos de insuficiencia.²

Factores socioculturales.- la sociedad ha experimentado a lo largo de los años un cambio progresivo hasta llegar a un modelo idealizado de mujer en el cual se acepta la delgadez como valor intrínseco asociado a éxito social y profesional, rechazándose la gordura. Pero esto no sólo va incidir en la edad adulta, en la cual existen mecanismos de defensa más desarrollados, sino también, y claramente, en edades cada vez más tempranas. El bombardeo de mensajes que rechazan el sobrepeso y priman la delgadez es continuo, fundamentalmente en el ámbito publicitario, en el que la figura de la mujer esbelta y delgada es la más utilizada en anuncios publicitarios, desfiles de moda, entre otros. Se idealiza el modelo de delgadez en la mujer como meta para lograr el éxito profesional y la felicidad.²

Factores desencadenantes.- se considera a la restricción dietética como el principal factor desencadenante, pero a esta restricción se puede llegar por varias vías. Algunos autores nos dicen que la mitad de las pacientes han desarrollado con

anterioridad cursos de AN en el cual la restricción alimentaria puede llegar como desencadenante. Las conductas restrictivas tras el inicio de una dieta originarian transgresiones dietéticas vividas por los pacientes de forma descontrolada y con crecientes sentimientos de culpa. Durante esta etapa las cantidades de comida ingerida pueden ser importantes llevando de forma equívoca a una mayor restricción, de modo que estas fases de alternancia de episodios bulímicos y de restricción intensa en la que se altera la regulación del sistema de control del apetito. Dicha alteración se agrava definitivamente al aparecer el vómito como conducta compensatoria.²

Epidemiología y prevalencia

La bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los pasados 5 años. Un estudio de estudiantes de escuela secundaria reportó que 2.7% de las niñas, 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico. Los estudiantes universitarios corren un riesgo inclusive mayor. Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; y ocasionalmente forzan el vómito después de comer demasiado, sin embargo, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento insalubre ocasional no continúa después de la juventud.²²

Contrario a lo antes mencionado un estudio realizado en estudiantes de primer año de universidad, el 4.5% de las mujeres y el 0.4% de los hombres reúnen los criterios de diagnóstico de bulimia nerviosa.^{23,24}

Los reportes sobre la frecuencia de la bulimia varían: En mujeres de escuelas preparatorias y universidades se ha encontrado que entre el 4.5% y el 18% la padecen, en cambio, fuera de estos ambientes, esta cifra apenas alcanza un 2%. típicamente comienza en la adolescencia tardía después de haber intentado varias dietas de reducción de peso con poco éxito, frecuentemente influenciadas por amigos o en su defecto familiares, el 90-95% de los casos de bulimia se da en mujeres, las pacientes son caucásicas, de clase media alta.^{25,26}

También se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables a estos trastornos, tales como las gimnastas, modelos, bailarinas o azafatas. Entre los hombres, uno de los factores psicológicos de vulnerabilidad, por mencionar alguno, sería la preocupación por la identidad.¹¹

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, también están apareciendo con mayor frecuencia en hombres jóvenes. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto

sociocultural en la aparición de estos fenómenos. Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual que no significa que sea privativo de ese grupo. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto al cuidado de su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en los homosexuales la apariencia es un valor apreciado, igual que para las mujeres.³

Además de los factores predisponentes individuales y familiares, existen factores desencadenantes entre los cuales se encuentran separaciones o pérdidas familiares, fracaso de las experiencias emocionales y/o sexuales u otras experiencias que son vividas como un fracaso personal, comentarios peyorativos, desagradables y/o críticos acerca del cuerpo, dietas estrictas para adelgazar, una creciente actitud de desagrado ante su propia imagen corporal junto al mimetismo sobre la moda del adelgazamiento, e incluso la existencia previa de enfermedades orgánicas como hepatitis, tuberculosis o patología traumática corporal tras un accidente. El ejercicio físico riguroso y en exceso asociado a ciertas profesiones también favorece la presentación clínica de estos cuadros.¹¹

En la bulimia, son frecuentes los trastornos familiares afectivos, además, otras alteraciones de la conducta más que signos clínicos evidentes de enfermedad, como el robo (usualmente de alimentos), existe un alto índice de abuso de alcohol y drogas, la depresión es más intensa haciendo del suicidio un riesgo latente; dentro de sus

signos clínicos se pueden encontrar edema de manos y pies, sensación de plenitud abdominal, fatiga, cefalea y náusea; además pueden presentar un aumento de volumen de las mejillas, presumiblemente de la sialoadenosis, o bien, problemas dentales relacionados con la erosión del esmalte secundaria a vómitos y callosidades en los dedos y dorso de la mano por la estimulación del reflejo nauseoso mecánico.²⁷

En la bulimia los pacientes modifican su carácter presentando: depresión, sentimientos de culpa u odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol, severa autocrítica, necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona, cambios en la autoestima en relación con el peso corporal.¹⁷

La bulimia generalmente afecta a un grupo de edad ligeramente superior al de las pacientes anoréxicas, con frecuencia mujeres con poco más de 20 años que también han tenido un problema de sobrepeso en la infancia.²⁸

Clínica y Diagnóstico

De acuerdo al DSM-IV, los síntomas esenciales de la bulimia nerviosa son los episodios recurrentes de sobreingesta; una sensación de pérdida de control sobre la comida durante estos episodios; y la autoevaluación indebida y persistente, influenciada por la figura corporal y el peso. La sobre ingesta normalmente precede en un año al inicio de los vómitos.¹⁹

Previamente al inicio del atracón, las pacientes casi siempre están ansiosas, estresadas, tensas. La conducta bulímica puede pasar desapercibida para la familia durante mucho tiempo. Al inicio, los episodios de los atracones se suelen dar cuando no están los padres en casa, durante los fines de semana, a escondidas, al igual que los vómitos o la hiperactividad. A las bulímicas les angustia ser anoréxicas, pero también les resulta más fácil y sencillo el control por vómitos- laxantes- diuréticos después de las bulimias para no asimilar el peso, lo que les da una seguridad rápida e inmediata más que con la inanición. Dado que el control alimentario por el rechazo de la comida de forma voluntaria puede durar mucho tiempo y esfuerzo con control- supervisión permanente, con la consiguiente satisfacción y no darse cuenta del peligro, todo ello para controlar y no perder la autoestima; resulta más fácil y rápido la purga- vómitos- diuréticos en pocos minutos y tener mejor apariencia y pasar inadvertidas, al contrario de lo que pasa en la anorexia en que se nota demacrada.²

Los vómitos son comunes y normalmente se inducen introduciéndose los dedos en la garganta, aunque algunos pacientes son capaces de vomitar sin estos métodos. El vómito disminuye el dolor abdominal y el malestar psicológico, y permite a los pacientes continuar comiendo sin miedo a ganar peso. La depresión suele seguir a estos episodios y ha sido llamada angustia post-atracón. Durante estos episodios los pacientes ingieren alimentos dulces, con alto contenido calórico, y generalmente de textura suave, como pasteles. Todo esto se hace secreto y rápidamente, y a veces incluso sin masticar.⁹

La mayoría de los pacientes con bulimia poseen un peso dentro de los márgenes normales, pero algunos pueden estar por encima o por debajo. Estas personas están preocupadas por su imagen corporal y su apariencia, y por como los ven los demás; también les preocupa su atractivo sexual.³

La mayoría de los pacientes se mantienen sexualmente activos, en comparación con los pacientes que sufren anorexia, que no están en lo absoluto interesados por el sexo.²⁹

Los pacientes que sufren de bulimia tipo purgativo pueden presentar un riesgo elevado para determinadas complicaciones médicas, como la hipopotasemia debida al vómito o uso de laxantes y la alcalosis hipocloremica. Los que vomitan repetidamente tienen muchas posibilidades de que se produzca rupturas gástricas o esofágicas, aunque estas complicaciones son poco frecuentes. Los pacientes que se purgan pueden presentar un curso diferente de aquellos que tras una sobre ingesta siguen una dieta o hacen ejercicio.⁹

Los pacientes con bulimia también presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, y trastornos disociativos así como historias de abuso sexual.²⁴

Pautas para el diagnóstico de bulimia nerviosa.

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones como las siguientes:

- Preocupación continua por la comida con deseos irresistibles de comer de modo que el paciente sucumbe a ellos y presenta episodios de polifagia en el que consume grandes cantidades de comida en poco tiempo.
- El enfermo intenta evitar el aumento de peso por los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, consumo de fármacos, extractos tiroideos o diuréticos y períodos de ayuno. Si se presenta en diabéticos, éstos pueden abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre dichos trastornos de varios meses o años.

Criterios de DSM-IV para el diagnóstico de bulimia nerviosa

CRITERIOS DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo; en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- 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
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Extraído del DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002.

Diagnóstico Diferencial

Debido a la frecuente asociación de la BN con otros trastornos psiquiátricos, es importante delimitar con claridad la relevancia de cada uno de ellos y su interrelación, ya que presenta gran importancia para el plan terapéutico. Las condiciones con las que habitualmente se debe realizar el diagnóstico diferencial son las siguientes:

-Trastornos de ansiedad: El aspecto diferencial más importante es la ausencia de los aspectos cognitivos, ya que no suele existir ni miedo a la obesidad ni distorsiones de la imagen corporal.

-Trastornos afectivos. Igualmente pueden existir alteraciones de la ingesta con incremento del peso consecuente, pero no encontramos el patrón de funcionamiento cognitivo ni conductual de la BN.

-Anorexia nerviosa: Las características diferenciales son obesidad previa más frecuente. Más vomitadoras, menor control de impulsos, mayor abuso de alcohol y drogas, mayores conductas suicidas y auto mutilaciones, cleptomanía, mayor ansiedad e inestabilidad emocional, comienzo de la enfermedad más tardío y mayor duración de la misma, entre otros.

-Otros: Alteraciones de la personalidad, hipotiroidismo, tumores hipotalámicos.²⁴

Auxiliares de Diagnóstico

Se deben tener los conocimientos de esta patología, para brindar medidas terapéuticas adecuadas. Ante un paciente con TCA es necesario no sólo realizar una adecuada historia clínica psiquiátrica, una correcta exploración psicopatológica y un completo estudio de personalidad, es preciso llevar a cabo una exploración física completa y las determinaciones analíticas y exploraciones complementarias necesarias para poder valorar tanto el estado orgánico como nutricional, así como detectar las posibles complicaciones orgánicas que pueden presentarse.³⁰

Historia clínica psiquiátrica.

La elaboración de una historia clínica completa en los pacientes con TCA no es fácil. Nos podemos encontrar con algunas dificultades. En muchas ocasiones los pacientes no tienen conciencia de la enfermedad, no se muestran colaboradores y son llevados a consulta por sus familiares, que son quienes advierten irregularidades en los hábitos alimentarios, en el peso o en el comportamiento de estos enfermos. En el caso de la BN las alteraciones de la conducta alimentaria pueden pasar inadvertidas para la familia durante mucho tiempo, ya que los atracones suelen producirse a escondidas; pueden aparentar un comportamiento normal con el consiguiente riesgo de retrasar el diagnóstico y empeorar el pronóstico. Es muy importante establecer desde el principio una relación de confianza y respeto mutuo con el paciente que servirá para brindar el tratamiento psicoterapéutico. A la hora de

realizar la historia clínica psiquiátrica es necesario incidir específicamente en algunos aspectos que consideramos de gran importancia.³⁰

Inicio de la enfermedad.

Es necesario valorar los posibles factores desencadenantes o precipitantes de la enfermedad, acontecimientos vitales de índole familiar, laboral, escolar, comentarios acerca de su imagen corporal o su posible "gordura", entre otros. No es raro que el trastorno se inicie tras una dieta de adelgazamiento motivada por la insatisfacción que les produce considerar que su peso o su figura no encaja dentro de los "cánones" de la moda actual. Generalmente al principio estas dietas hipocalóricas suelen iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono, posteriormente limitando las grasas y al final reduciendo también las proteínas.³⁰

Conducta alimentaria.

En la historia clínica convendrá recabar información acerca de sus hábitos alimentarios: frecuencia de las comidas y suplementos, con quién come, dónde come, gustos y preferencias, alimentos que incluye habitualmente en su dieta, alimentos que evita y alimentos que ingiere durante los atracones en el caso de que se trate de un paciente con síntomas bulímicos. Será útil obtener información a través de la familia acerca del comportamiento del paciente durante las comidas.³⁰

Es frecuente en los pacientes anoréxicos, además de la restricción dietética rigurosa, la presencia de hábitos alimentarios inusuales. Llama la atención su manera de comer: comen poco y muy lentamente, masticando una y otra vez antes de ingerir pequeñas cantidades, manipulan los alimentos, suelen trocear la comida en porciones muy pequeñas y extenderlas en el plato, mezclan diversos tipos de alimentos, esconden comida que luego tiran. Mantienen gran concentración en el acto de comer. Se irritan cuando se sienten vigilados o controlados: en la medida de lo posible evitan comer con el resto de la familia, prefieren comer solos y en cuanto pueden se saltan una comida. En el caso de pacientes bulímicos, lo característico es la presencia de atracones en los que ingieren grandes cantidades de alimentos ricos en calorías en un tiempo variable y en los que el paciente experimenta pérdida del control sobre la conducta alimentaria y presenta gran dificultad para parar de comer. En estos pacientes es útil obtener en la historia la frecuencia con la que aparecen estos atracones, la hora del día en que suelen ser más frecuentes, así como las vivencias relacionadas con los mismos, el tipo de alimentos que ingieren, así como la presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso.³⁰

Exploración psicopatológica.

La preocupación persistente por el peso y la figura se ha considerado como síntoma principal de la AN y BN. El descontento hacia el propio cuerpo es el principal motivo que induce a estos enfermos a querer perder peso. Estas actitudes patológicas como

el temor fóbico a engordar y las ideas sobre valoradas acerca del peso y la figura, las exploraremos valorando el rechazo que el paciente siente hacia su imagen corporal, cómo repercute el aumento de peso en su autoestima, preguntándole con que frecuencia se pesa.³⁰

Estudio de la personalidad.

Interesa conocer el Cociente Intelectual de estos pacientes a través de un test de inteligencia, y realizar un estudio de personalidad para lo que pueden ser útiles tanto los tests proyectivos como diversos cuestionarios.³⁰

Instrumentos para valoración el comportamiento alimentario.

La American Psychiatric Association recomienda que la evaluación de los pacientes con TCA se lleve a cabo con la ayuda de algunos instrumentos estandarizados como la entrevista semiestructurada "Eating Disorders Examinación" o alguno de los muchos cuestionarios autoaplicados como el "Eating Disorders Questionnaire". Se han diseñado así mismo una serie de escalas para poder confirmar el diagnóstico y valorar la intensidad de la sintomatología. Estas escalas podemos agruparlas en dos tipos. Aquellas que miden la alteración de la conducta alimentaria y que son aplicadas por los familiares o por el personal sanitario. Aquellos que consisten en cuestionarios autoaplicados.³⁰

Estudios del clima familiar.

Interesa conocer el clima familiar de estos pacientes, por la repercusión que tiene tanto en el inicio como en la evolución de los TCA. En los últimos años, además de las entrevistas clínicas, se están empleando diversos procedimientos para la dinámica familiar. Las distintas escalas que se han utilizado para el estudio del entorno familiar se plantean como objetivos: la apreciación de las características socio-ambientales de las familias, las relaciones interpersonales entre los miembros, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella.³⁰

Exploración física.

Debe de llevarse acabo una exploración física completa prestando especial atención a los signos vitales: tensión arterial, pulso, temperatura, respiraciones/ minuto, así como el peso y la talla del paciente. Se observará el grado de deshidratación, pliegue cutáneo, alteración dental y de mucosas, la presencia de edemas, lanugo, hipertriosis, y en el caso de pacientes vomitadores, se observará el dorso de la mano en busca de callosidades producidas por la provocación de los vómitos.³⁰

Valoración del estado nutricional.

Actualmente la mayoría de los autores están de acuerdo en que una medida útil para valorar el estado nutricional de un paciente es el Índice de Quetelet o Índice de Masa

Corporal (IMC) que se obtiene mediante la relación peso- altura (IMC: peso/altura²). Los rangos saludables para el índice de la masa corporal están relacionados con la edad del paciente, y se deben consultar las tablas apropiadas. Exploraciones analíticas y otros exámenes complementarios. La APA recomienda que se realicen las siguientes determinaciones analíticas: hemograma completo, análisis de orina, niveles de BUN/ creatinina y equilibrio hidroelectrolítico.

En pacientes con malnutrición se recomienda la realización de niveles de calcio, fósforo, magnesio, amilasa, pruebas de función hepática y ECG.

Otras exploraciones complementarias opcionales serían: electroencefalograma, Resonancia Magnética Nuclear, niveles de LH, FSH y estradiol entre otras determinaciones hormonales.³⁰

La bulimia nerviosa puede producir anomalías electrolíticas y las pacientes se encuentran demacradas, aunque no es tan obvia como en las pacientes anoréxicas de bajo peso, por tanto, incluso en el caso de pacientes con normo peso, el especialista debe realizar un análisis de electrolitos y metabolismo general. La función tiroidea suele permanecer intacta, pero el paciente puede presentar no supresión en el test de supresión de la dexametasona. La deshidratación y las alteraciones electrolíticas son probables que aparezcan en pacientes con bulimia que se purgan a menudo. Estos pacientes suelen presentar hipomagnesemia e hiperamilasemia. Aunque no es un síntoma esencial para el diagnóstico, muchos

pacientes presentan alteraciones en la menstruación. Se observa en algunos pacientes bradicardia e hipotensión.¹³

Curso y pronóstico

El curso de la enfermedad suele ser crónico e intermitente a lo largo de varios años. Los atracones pueden alternar con periodos de comidas normales o bien con restricciones o ayuno severo. No siempre se da el vómito, por lo que no se debería forzar la ingesta. Si hay una mejoría al inicio puede que el curso dure dos años, aunque luego puede haber una recidiva. Cuando hay historia previa de AN y ahora se trata con una BN el pronóstico es peor o al menos reacciona más lentamente.²

La bulimia nerviosa parece tener mejor pronóstico que la anorexia. A corto plazo, los pacientes con bulimia que son capaces de integrarse en el tratamiento, experimentan una mejoría del 50% en los atracones y en las purgas; entre los pacientes ambulatorios las mejorías parecen mantenerse más de cinco años. No obstante los pacientes no están libres de síntomas durante los periodos de mejoría; la bulimia nerviosa es un trastorno crónico con un curso oscilante. Otros pacientes están desbordados por el trastorno que deben ser hospitalizados; menos de un tercio de estos siguen en seguimiento a los tres años; más de un tercio experimenta alguna mejoría de sus síntomas, y un tercio presenta un curso desfavorable, con síntomas que mantienen al cabo de tres años.²⁵

El pronóstico depende de la gravedad de las secuelas de las conductas purgativas, además de la presencia de desequilibrios electrolíticos, esofagitis, amilasemia, engrosamiento de las glándulas salivales y caries dental, en cuyo caso será reservado. En algunos pacientes que no han recibido tratamiento se pueden producir remisiones espontáneas en uno o dos años.²⁵

Tratamiento

El tratamiento de la bulimia consiste en diferentes intervenciones como psicoterapia individual de tipo cognitivo-conductual, terapia de grupo, terapia familiar y la farmacoterapia.⁷

La mayoría de los pacientes con una bulimia no complicada no requieren hospitalización. Los pacientes bulímicos no son tan negadores con sus síntomas como los pacientes que sufren anorexia; por lo tanto el tratamiento ambulatorio no suele ser demasiado complicado, en cambio la psicoterapia suele ser tormentosa y larga.¹⁷

Algunos pacientes bulímicos con obesidad que han sido tratados durante un tiempo prolongado, se recuperan extraordinariamente. En algunos casos, cuando los atracones están fuera de control, cuando fracasa el tratamiento ambulatorio o el paciente presenta otro síntoma psiquiátrico como la ideación autolítica o el abuso de sustancia, la hospitalización puede ser imprescindible. Además de casos de purgas

graves que provocan alteraciones metabólicas y electrolíticas, puede ser necesaria la hospitalización.²⁹

a) Psicoterapia.

Algunos estudios recomiendan el uso de psicoterapia de orientación cognitivo-conductual para conductas específicas y para detener los atracones.¹¹

El tratamiento psicodinámico de estos pacientes ha revelado una tendencia a concretar mecanismos de defensa introyectivos y proyectivos. De forma análoga el paciente divide los alimentos en dos categorías: los que son nutritivos y los que son poco saludables. Los alimentos nutritivos se ingieren y se retienen porque inconscientemente simbolizan elementos asimilables (buenos). Pero la comida que se rechaza, inconscientemente se asocia a elementos no asimilables (maños), y por tanto se rechazan vomitándolos, con la fantasía inconsciente de que toda la destructividad, el odio y la maldad son evacuados. Los pacientes pueden sentirse bien temporalmente tras vomitar gracias a esta evacuación fantaseada, pero este sentimiento de bienestar dura poco ya que se basa en una combinación inestable de partición y proyección.²³

b) Farmacoterapia.

Los antidepresivos pueden reducir los atracones y las purgas, independientemente de que exista un trastorno afectivo. De este modo para ciclos atracón-purga especialmente difíciles y que no responden a la psicoterapia, los antidepresivos pueden ser de utilidad. Los más utilizados son la Imipramina, Desipramina, Trazodona e IMAO. La Fluoxetina es un fármaco con grandes posibilidades terapéuticas en este campo. La mayoría de los antidepresivos son eficaces a las mismas dosis que se dan en el caso de los trastornos depresivos. Sin embargo, las dosis de Fluoxetina que son útiles en la reducción de los atracones pueden ser superiores (60 mg/día) a las utilizadas para los trastornos depresivos. En caso de comorbilidad entre trastornos depresivos y bulimia nerviosa, la medicación puede resultar eficaz. La Carbamazepina y el Litio no han demostrado ser de mucha utilidad en este tipo de trastorno, pero se han utilizado cuando existe comorbilidad con trastornos afectivos, como en el caso del trastorno bipolar.¹⁹

No están claramente identificados los factores de riesgo de los efectos secundarios de los medicamentos entre los pacientes con BN. Por lo que en una situación clínica se debe realizar una evaluación cuidadosa del paciente antes de emplear medicamentos. Los efectos varían ampliamente dependiendo del tipo de medicamento antidepresivo empleado:

Para los antidepresivos tricíclicos los efectos adversos incluyen la sedación, la constipación, la resequedad en boca y en casos de sobredosis la intoxicación puede

provocar la muerte, por lo que se deberá tener una especial precaución en los pacientes que han tenido intentos de suicidio.³¹

El empleo de la fluoxetina con una dosis de 60 mg/día, produce efectos secundarios como insomnio, náusea y astenia. Ocasionalmente pueden encontrarse deficiencias sexuales.³²

Para los pacientes con BN que requieren de estabilizadores del estado de ánimo, no se recomienda el carbonato de litio, la amitriptilina y el ácido valproico ya que frecuentemente producen un indeseable aumento de peso.³¹

Es común que diferentes medicamentos antidepresivos sean empleados de manera secuencial para obtener efectos óptimos. Es importante tomar en cuenta las dosis de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de monoamina oxidasa para el tratamiento de pacientes con BN y que cursan paralelamente con depresión. Por ejemplo en el caso de personas que cursan con ambos trastornos, la fluoxetina en dosis altas (60-80 mg/día) sirve para tratar ambas sintomatologías. En casos donde los síntomas no respondan a la medicación, será importante valorar si el paciente está tomando algún otro medicamento, principalmente para vomitar. Los niveles de suero pueden determinar la cantidad de medicamento y presumiblemente los niveles de eficacia logrados. Existen algunos reportes sobre el uso de medicamentos antidepresivos durante la fase de mantenimiento. Estos datos indican altas tasas de reincidencia en pacientes que tienen tratamiento farmacológico. Mientras no existan

más datos que corroboren esto, se recomienda que se siga empleando la terapia con antidepresivos por un mínimo de 6 meses hasta un año en pacientes con bulimia.³²

c) Consulta y rehabilitación nutricional.

El primer enfoque concerniente a la rehabilitación nutricional es el monitoreo de los patrones del paciente en los atracones y purgaciones.

- En estos pacientes se deben establecer esquemas que los regulen, prestando atención en la ingesta de calorías para alimentarlos normalmente, y expandiendo la selección de macronutrientes.
- La mayoría de los pacientes con bulimia tienen un peso normal, por lo que la restauración nutricional no es un objetivo principal para la terapéutica. No obstante, la consulta nutricional es un adjunto de modalidades de tratamiento que podrían ayudar a reducir las conductas relacionadas al trastorno.
- Esta terapia solo se realizará en pacientes que, biológicamente, se les determine reestablecer el peso corporal en rango normal, para que de esta manera al ganar peso se obtenga una estabilidad emocional y psicológica.
- Existe cierta evidencia de que los programas de tratamiento que incluyen una consulta y manejo dietético como parte de la terapia son más efectivas que aquellas que no lo incluyen.³²

Consecuencias de la bulimia

Los vómitos que las pacientes se provocan como un medio para controlar el peso, causa diversas alteraciones, que en algunos casos, pueden llegar a poner en peligro la vida. Al vomitar, además de perder parte del alimento ingerido, se pierde una serie de jugos gástricos ricos en electrolitos que posteriormente deben ser repuestos por los que se encuentran en el resto de líquidos del organismo, como por ejemplo la sangre. Así, una de las más graves consecuencias de los vómitos autoinducidos es la hipopotasemia, que supone un grave riesgo de arritmias cardíacas y, por lo tanto, de muerte súbita. Además de las alteraciones cardíacas, puede provocar alteraciones neuromusculares (tetania, debilidad muscular, parestesias, crisis epilépticas, u otros), renales (insuficiencia renal crónica), edemas, deshidratación, entre otros. Otras alteraciones electrolíticas debidas a los vómitos son la hipocloremia, hipomagnasemia y la alcalosis como consecuencia de la pérdida de ácido. Las alteraciones dentales, como la pérdida del esmalte de la cara lingual de los dientes, se deben a la erosión ocasionada por el ácido que proviene del estómago. Los dientes de los pacientes se ven expuestos a cambios de color antiestéticos, a una mayor frecuencia de caries y a daños en las encías, las glándulas parótidas pueden inflamarse con frecuencia en pacientes que presentan vómitos, con la consiguiente inflamación facial. En la zona abdominal pueden existir sensaciones de molestia como consecuencia del esfuerzo que supone el vómito y que las pacientes pueden confundir con sensación de plenitud, llevándolas a vomitar de nuevo, con lo que se cierra el círculo vicioso. Debido a los atracones puede existir

cierta dilatación gástrica que, en casos extremos, llegaría a producir roturas gástricas; la utilización de laxantes tiene como objetivo reducir la absorción de alimentos, y, por lo tanto, la ansiedad y los sentimientos de culpabilidad causados por las ingestas realizadas. Los utilizan tanto pacientes anoréxicas como bulímicas y generalmente se asocia a otras medidas compensadoras. Esta actitud conlleva a múltiples riesgos de complicaciones médicas, incluyendo la muerte.²

En función de su mecanismo de acción pueden ser estimulantes, formadores de bolo intestinal, lubricantes y agentes osmóticos. Los estimulantes como dulcolaxo o evacuo se usan con más frecuencia y presentan mayor riesgo; actúan estimulando el peristaltismo intestinal por acción directa sobre las terminaciones nerviosas. Su uso crónico puede provocar atonía, dilatación y flacidez del colon debido a un daño en la inervación de éste; además puede provocar dependencia de uso y llegar a crear una auténtica adicción. Otras consecuencias del abuso de laxantes son: las alteraciones hidroelectrolíticas; como consecuencia de la pérdida de líquido y sodio se activa el eje renina-aldosterona, lo que causa retención de sodio y pérdida de potasio. Esta hipopotasemia puede llegar a ser grave, sobre todo si se suma a la producida por los vómitos y el abuso de diuréticos. Los diuréticos son utilizados por las pacientes como una medida para reducir la absorción de líquido en el organismo, en un intento de reducir el volumen de su cuerpo. Se utilizan menos que los vómitos o los laxantes y es una medida que, al igual que las anteriores, a menudo se asocia a estas pacientes. Los riesgos que conlleva son una repetición de muchos de los anteriores, ya que se centran, fundamentalmente, en alteraciones electrolíticas, como

la pérdida de potasio y cloro, además, como consecuencia del uso de diuréticos, existen continuos estados de deshidratación que alternan con estados de edematización.²

Por la bulimia:²

- Ante la ingesta excesiva notan plenitud abdominal, fatiga, náuseas, cefaleas, debilidad, sensación de hinchazón, entre otros.
- Dilatación o rotura gástrica
- Hernia de hiato, perforación esofágica
- Rotura diafragmática con entrada de contenido abdominal
- Pancreatitis, aumento de amilasa
- Edema crónico
- Neumomediastino
- Hipotensión
- Trastornos menstruales.

Por los vómitos:

- Desequilibrio hidroelectrolítico, hipocalcemia, hipopotasemia, hipoglucemia
- Arritmias cardíacas, prolapso mitral
- Nefropatías
- Parestesias- disestesias periféricas, crisis comiciales
- Deshidratación en cavidad torácica
- Reflujo gastrointestinal

- Lesiones queratósicas en dorso de mano

Abuso de laxantes / diuréticos:

- Esteatorrea
- Retención de líquidos
- Colon irritable, megacolon
- Nefropatías

Manifestaciones bucales y complicaciones

Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este padecimiento no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.³³

Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales, en los pacientes con bulimia se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, disminución en la masticación y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobre obturación), lo que altera la estética.³⁴

Erosión del esmalte

Se considera como la pérdida de la estructura dental (esmalte) a partir de un proceso químico no bacteriano. Con frecuencia los ácidos participan en los procesos de disolución, ya sea de una fuente interna o externa; la fuente externa puede ser el ambiente de trabajo o la dieta (consumo excesivo de frutas cítricas). La fuente interna de ácido es, con más probabilidad, el contenido gástrico por la regurgitación; esto se observa en cualquier trastorno que curse con vómito crónico. La autoinducción del vómito, componente del síndrome de bulimia puede ser una causa importante de erosión dental. Este tipo puede ser generalizado de las superficies linguales de los dientes, sin embargo, todas las superficies se pueden afectar, en especial en individuos que compensan la pérdida de líquidos con la ingestión excesiva de jugos de frutas.³⁵

Existen tres tipos de erosión dental: extrínseca, intrínseca e idiopática. La erosión extrínseca es provocada por alimentos, bebidas y otras fuentes externas de ácidos. La erosión intrínseca esta relacionada con la regurgitación o el reflujo de fluidos del estomago, cuyo ejemplo clásico es la encontrada en la cavidad bucal de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo. Cuando las causas no se determinan con claridad recibe el nombre de erosión idiopática. Cuando el proceso es activo, se necesita proteger de inmediato los tejidos duros del diente para evitar

un mayor deterioro. Esto implica tomar medidas para reducir los factores etiológicos en el proceso erosivo.³⁶

La erosión producida sobre las piezas dentarias es masiva y, a diferencia de las abrasiones, abarca la totalidad de la cara afectada (palatina principalmente) al asumir la forma de una cuchara. Se caracteriza por: erosión extensa de superficies palatinas anteriores; erosión moderada en superficie vestibular, anterior-superior; erosión moderada en superficies linguales y oclusal posterior superior e inferior y superficies linguales inferiores prácticamente inalteradas. Existe ausencia de pigmentaciones exógenas ocasionadas por café, té, cigarrillo, entre otros, sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. La rehabilitación de estas piezas es difícil, más aún cuando existe extrusión de las piezas antagonistas. Mientras que la dieta es considerada la causa más importante de erosión dental, el riesgo de erosión debido al efecto de ácidos intrínsecos ha sido reconocido y estudiado. Teóricamente, todos los desordenes asociados a la presencia de ácido gástrico en cavidad oral, pueden derivar en desmineralización de los tejidos duros dentales. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de erosión dental inducida por factores intrínsecos han sido solamente observadas a la fecha en desordenes asociados con regurgitación ácida persistente y vómito crónico. Estos incluyen la enfermedad de reflujo gastro-esofágico, alcoholismo crónico y la bulimia nerviosa.³⁶

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. La erosión no aparece hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años. Se considera, a pesar de su baja prevalencia que es la lesión dental típica de estos pacientes en orden descendente. El grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión; esto crea un verdadero reto restaurativo y se complica aun más por:³⁶

- capacidad de amortiguación salival (buffer)
- pH salival
- magnitud flujo salival
- composición y grado de calcificación de las superficie dental
- parafunciones (bruxismo)
- tipo de dieta ácida

Caries

La caries dental es una enfermedad multifactorial que causa la desmineralización y disolución de los tejidos dentales. Este proceso ocurre no solamente en la corona del diente, sino también en la superficie de la raíz cuando esta expuesta.^{37,38}

Al cambiar la dieta se identifican por lo menos tres cambios importantes que pueden atribuirse a la transformación de la actividad de caries de baja a alta. Estos tres cambios principales son:

- 1.- Supresión de los factores protectores de los alimentos durante la cosecha, proceso, almacenamiento y preparación.
- 2.- Adicción de factores cariogénos a los alimentos.
- 3.- Cambios en los hábitos dietéticos que disminuyen las proteínas y aumentan los carbohidratos.³⁵

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia de caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina. C, bebidas ricas en sacarosa, entre otros.²⁷

Sialoadenosis

Se caracteriza por crecimiento no inflamatorio, no neoplásico, de las glándulas salivales; suele ser bilateral, puede ser indoloro, y presentar recurrencia. Se afectan con mayor frecuencia las parótidas así como las submandibulares. Existe tumefacción que puede ser consecuencia de carencias nutricionales cualitativas, especialmente carencias proteicas prolongadas, como ocurre en el cautiverio, en las cárceles, en pacientes con trastornos mentales. La sialoadenosis se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales.^{39,40}

Saliva

La saliva juega un papel importante en la higiene de la boca. Además de intervenir en el proceso digestivo, ayudando a la masticación. 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 dentobacteriana 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 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.³⁴

No se han reportado diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque se encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento de la viscosidad; sin embargo y en contraparte, se han referido informes en los que se afirma que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas. Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, mala absorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desordenes hormonales, así como secundarias a

prescripción de medicamentos, sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenosis.³⁴

Mucosa

Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alterados produciendo también queilosis caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales, principalmente comisurales.⁴⁰

Periodonto

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis.⁴¹

En casi todos los casos el crecimiento gingival inflamatorio se inicia en un área de mala higiene bucal, impacto de alimento y otra irritación local que puede controlarse con facilidad. Sin embargo, las pseudobolsas formadas por el crecimiento gingival

dificultan una buena higiene bucal y perpetúan un ciclo de inflamación y fibrosis. Los tejidos afectados son brillantes, lisos, edematosos y con hemorragia fácil.⁴¹

Puede haber olor fétido por descomposición de desechos alimenticios y acumulación de bacterias en estas áreas inaccesibles.⁴⁰

Manejo estomatológico

Erosión del esmalte.

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo pueden comenzar al tener certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y el ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y retratamientos restaurativos.²⁷

El tratamiento preventivo incluye: revisión continua, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando un

poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.⁴¹

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas el gel de fluoruro estañoso (0.4%), así como el contenido de la pasta dental de uso diario que además de proteger el esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. El tratamiento restaurativo, una vez controlado será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatológicos como dimensión vertical, sintomatología ATM, mordida abierta, entre otros; según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.⁴³

Caries

Cuando se ha producido una caries, es la operatoria dental, la odontología conservadora o restauradora la que se encarga de eliminar, curar la caries y reconstruir la pieza dentaria.^{37,38}

El tratamiento de una caries se basa en eliminar los tejidos afectados, que a su vez están infectados o contaminados por las bacterias que producen las caries.³⁸

Cuando hemos eliminado el tejido careado, la pieza dentaria ha perdido parte de tejidos que conforman su anatomía normal, por tanto el objetivo de la operatoria dental es doble, por una parte eliminar la caries y por otra la de restaurar la forma original de la pieza dentaria, para que pueda ejercer su función con la máxima efectividad. El tratamiento más simple de una caries es realizar a la vez los dos puntos antes mencionados, y esto es lo que se llama una obturación o empaste.³⁸

La obturación de una pieza dentaria, se basa pues en eliminar el tejido careado, desinfectar los tejidos sanos que pueden estar contaminados de bacterias y restaurar la forma anatómica de la pieza dentaria, mediante diferentes materiales que a continuación mencionaremos: ⁴³

- amalgama de plata
- resinas compuestas (composites)
- ormocerams
- ionómeros de vidrio

Cuando la destrucción dentaria es muy grande, debemos recurrir a otros sistemas de restauración como pueden ser: coronas o fundas, incrustaciones, carillas, entre otros.

Para realizar restauraciones indirectas:⁴³

- incrustaciones de oro
- incrustaciones de cerámica
- carillas o frentes laminados de cerámica
- coronas o fundas de metal, metal cerámica o cerámica

Las lesiones cariosas se deben obturar lo más pronto posible, aunque sean pequeñas, no debemos dejar que afecte más tejido dentario.⁴³

Sialoadenosis

Una vez eliminada la causa que en este caso sería el trastorno el crecimiento de las glándulas se detendrá sin mayor problema.³⁹

Mucosa

El uso de sialagogos proporciona la ventaja de estimular la secreción salival, que puede incluir todos los componentes normales y proporcionar las funciones protectoras de la saliva. Antes de prescribir un sialogogo es útil clínicamente medir los índices del flujo salival a fin de establecer si existe función residual. Si no se obtiene saliva en condiciones de reposo o estimulación, no es probable que un fármaco sistémico sea eficaz. El uso de goma de mascar sin azúcar o de caramelos también puede ayudar a estimular cualquier función glandular residual.⁴⁰

La pilocarpina es el sialogogo que se ha estudiado mejor. Es un fármaco parasimpaticomimético, en efectos principales en el receptor muscarínico-colinérgico de las células acinares de las glándulas salivales. A dosis hasta de 15 miligramos/día aumenta la secreción de saliva y se han observado pocos efectos secundarios cardiovasculares. Cuando no es posible estimular la función pueden utilizarse fármacos humectantes de la boca o sustitutos de la saliva. Son esenciales sorbos frecuentes de agua y una dieta húmeda. Las características deseables en sustitutos de la saliva son: lubricar, humedecer la superficie, inhibir el crecimiento excesivo de microorganismos patógenos, conservar la dureza de estructuras dentales, sabor agradable, efecto prolongado, fecha de caducidad y costo bajo. Casi todos los productos disponibles son a base de carboximetilcelulosa.³⁷

Periodonto

El tratamiento del crecimiento gingival de tipo inflamatorio consiste en establecer una higiene bucal excelente; eliminar todos los factores predisponentes locales, si es posible; suprimir cualquier causa sistémica predisponente identificada y cuidado adecuado en casa por el paciente. Deben corregirse todos los factores irritantes, como cálculos, bordes de cavidades cervicales o áreas de impacto de alimentos.³⁷

Con frecuencia el tratamiento local tiene valor, incluso cuando la hiperplasia gingival se relaciona con una enfermedad sistémica. Aunque siempre que es posible debe

eliminarse los factores sistémicos, tal vez solamente sea necesario suprimir factores irritantes locales para obtener un resultado clínico más o menos satisfactorio.⁴⁰

OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo estomatológico para la prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente con bulimia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Describir los elementos clínicos necesarios para la identificación del paciente con bulimia.

2.- Identificar las manifestaciones orales en el paciente con bulimia.

3.- Plantear las acciones de atención integral, que requieren los pacientes con bulimia.

4.- Determinar el tratamiento adecuado para cada manifestación oral que presenta el paciente con bulimia.

DISEÑO METODOLÒGICO

TIPO DE ESTUDIO.- Descriptivo, modalidad caso clínico (n=1)

MÉTODO.- Para la realización de la presente investigación, se consultarán bibliotecas, biblioteca virtual, hemerotecas con la finalidad de recopilar la información adecuada para desarrollar el tema, de 5 años a la fecha;

- Se presentará una paciente con bulimia que requiere atención estomatológica en la práctica privada.

RECURSOS

RECURSOS.- Humanos.- 2 pasantes de la carrera de Cirujano Dentista

Director de Tesis

Físicos.- Bibliotecas, biblioteca virtual, hemerotecas

Materiales.- Computadora, hojas blancas, plumas y lápices,
copias.

CASO CLÍNICO

Ficha Clínica.

Nombre.- Morales González Osmara Itzel

Edad.- 15 años

Sexo.- femenino

Estado civil.- soltera

Ocupación.- estudiante

Lugar de nacimiento y residencia.- Estado de México

Motivo de la consulta

Refiere que desde hace aproximadamente 2 ó 3 meses tiene la boca seca a pesar de la ingesta de líquidos.

Padecimiento actual

La paciente refiere que desde aproximadamente 5 ó 6 meses a la fecha padece de crisis nerviosas, mareos (2,3 y hasta 4 veces por semana), desmayos (1 ó 2 veces por semana), vómitos (1 ó 2 veces por semana), duerme 8 horas diarias por las noches y siestas de 2 horas aproximadamente. Realiza actividades deportivas 1 hora cada 2 días.

Antecedentes heredofamiliares

Su madre padece de crisis nerviosas, al igual que su prima. Padre sin alteraciones sistémicas.

Antecedentes personales no patológicos

Cuenta con casa propia, con tres recamaras, sala, comedor baño y cocina, con servicios intradomiciliarios (agua, drenaje y luz).

El paciente indica que su dieta es a base de lácteos (6 veces por semana), carne (2 ó 3 veces por semana), verdura (todos los días), fruta (1 ó ninguna vez por semana), tortilla (todos los días), pan (2 veces por semana) y pescado (1 ó ninguna vez por semana).

Antecedentes personales patológicos

Refiere que acudió con el médico general hace aproximadamente 3 meses y le diagnosticó hipotensión, nerviosismo, gastritis y posible principio de anemia a lo que le mando tratamiento a base de vitaminas las cuales ha tomado de forma irregular así como exámenes de laboratorio que no se ha realizado e interconsulta con el psicólogo a la cual no ha asistido.

Somatometría y signos vitales

Altura.-1.56 m.

Peso.-43,500 kgs.

Tensión arterial.-74/63 mm./Hg

Pulso.-81 /min.

Respiración.-29 /min.

Temperatura.-36 oC.

Exploración bucal

Presenta xerostomía, se observa caries de 2º grado en tres dientes (16, 17 y 25) y una obturación con amalgama (36). Existe un ligero desgaste a nivel de incisal en dientes anteriores inferiores.

Diagnóstico

De acuerdo con los signos y síntomas encontrados en el paciente se identificó: gastritis, úlceras bucales, hipotensión, xerostomía, caries dental y desgaste del esmalte. Asociando lo anterior y con apoyo del interrogatorio verbal y escrito (the eating attitudes test), se diagnosticó presuntivamente: bulimia nerviosa.

Pronóstico

Favorable una vez que el paciente reciba terapia psicológica y nutricional para que de esta forma se elimine la causa principal que origina las alteraciones bucales.

Tratamiento

El tratamiento de la paciente fue multidisciplinario por lo que se solicitó una interconsulta con el psicólogo y médico general para corroborar el diagnóstico de bulimia nerviosa, además del nutriólogo para la rehabilitación nutricional. El tratamiento estomatológico inicia eligiendo la obturación con amalgama de los dientes afectados por caries, utilizando lidocaina y epinefrina al 2%, para nivelar el pH salival, disminuir la gingivitis y mejorar la higiene bucal sin cepillado, se recomendaron enjuagues con bicarbonato de sodio, aunque el cepillado se prohibió únicamente en caso de que se presentara un cuadro de vómito; se le indicó el uso de goma de mascar sin azúcar para la estimulación de las glándulas salivales y contrarrestar la xerostomía, para las ulceraciones en boca se sugirió evitar alimentos calientes y condimentados así como aplicaciones de anestésico tópico en el área afectada para disminuir el cuadro agudo. Finalmente se indican revisiones periódicas una vez que visitó a los profesionales de la salud antes ya mencionados, de tal forma que esto nos permita un control estomatológico.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



Úlceras labiales y xerostomia



Ulceras bucales



Gingivitis

J. N. A. M.
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO ES
DE NUESTRA REFLEXION

HISTORIA CLINICA DE TRATAMIENTO.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

DERIVADO POR: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

II PADECIMIENTO ACTUAL: _____

FECHA DE APARICION: _____ EVALUACION _____

SIGNOS Y SINTOMAS: _____

III ANTECEDENTES PERSONALES. PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS. _____

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS: _____

ANEXO 2

The Eating Attitudes Test (EAT-26)

Sección A				
Edad	Peso:	Altura:	Género:	
Sección B				
A) Siempre	B) Con frecuencia	C) En ocasiones	D) Nunca	
1. ¿Siente temor a tener sobrepeso?	A	B	C	D
2. ¿Evita alimentarse aunque tenga hambre?	A	B	C	D
3. ¿Le preocupa el contenido de alimentos?	A	B	C	D
4. ¿Ha tenido atracones, o siente que no es capaz de dejar de comer?	A	B	C	D
5. ¿Come racionadamente, en vez de comer normalmente?	A	B	C	D
6. ¿Le preocupa el contenido de calorías en los alimentos?	A	B	C	D
7. ¿Le preocupa el alto contenido de carbohidratos en los alimentos (pan, arroz, papas, etc.)?	A	B	C	D
8. ¿Las demás personas le han sugerido que debería de comer más?	A	B	C	D
9. ¿Vomita después de haber comido?	A	B	C	D
10. ¿Se siente culpable después de comer?	A	B	C	D
11. ¿Le obsesiona la idea de querer adelgazar?	A	B	C	D
12. ¿Quema calorías realizando ejercicio?	A	B	C	D
13. ¿Se siente acomplejado si la gente le dice que no es delgado (a)?	A	B	C	D
14. ¿Le preocupa la idea de volverse obeso?	A	B	C	D
15. ¿Cuando come acompañado, tarda más que el resto de sus acompañantes?	A	B	C	D
16. ¿Le desagrada comer dulces?	A	B	C	D
17. ¿Se alimenta a base de dietas?	A	B	C	D
18. ¿Cuando tiene problemas siente que la manera en que se alimenta, es el único control que tiene en la vida?	A	B	C	D
19. ¿Deja de realizar cualquier actividad por alimentarse?	A	B	C	D
20. ¿Siente que las demás personas le presionan para que coma?	A	B	C	D
21. ¿No se logra concentrar por tener pensamientos referentes a comer?	A	B	C	D
22. ¿Se siente incómodo después de comer dulces?	A	B	C	D
23. ¿Cuando realiza dietas las lleva a cabo rigurosamente?	A	B	C	D
24. ¿Durante el día siente su estomago vacío?	A	B	C	D
25. ¿Disfruta de probar nuevos alimentos?	A	B	C	D
26. ¿Siente impulsos por vomitar después de comer?	A	B	C	D

VALIDACIÒN

El EAT- 26 consiste de 26 preguntas con 4 opciones de respuesta, se secciona formando 3 sub escales:

- Dieta: 1, 6, 7, 10, 11,12, 14, 16, 17, 22, 23, 24,25
- Bulimia y preocupaciones respecto a los alimentos: 3, 4, 9, 18, 21, 26
- Control oral: 2, 5, 6, 13, 15, 19, 29

El valor de cada respuesta es de la siguiente forma (excepto la pregunta 25, que es la única con sentido inverso).

A=3
B=2

C=1
D= 0

Los resultados de cada sección pueden ser evaluados de forma particular para cada sub escala: el resultado total del EAT- 26 es la suma de todas las secciones (las 3 sub escalas). Los resultados menores a 25 se suponen asintomático y el superior a 26 se consideran sintomáticos de un TCA.

CONCLUSIONES

La anorexia y bulimia nerviosa afectan a los adolescentes y adultos jóvenes de niveles socioeconómicos medio y alto, inclinándose en mayor número hacia el sexo femenino.

Los pacientes con bulimia nerviosa constantemente niegan este tipo de trastorno y consecuentemente se rehusan a dejar sus hábitos dietéticos y purgativos lo que complica el manejo estomatológico, presentando reincidencia de caries así como la complicación del tratamiento y rehabilitación de la xerostomía, sialoadenosis, erosión del esmalte y gingivitis.

Una elaboración detallada de la historia médica, los auxiliares de laboratorio, la interconsulta médica y psicológica puede conducir al cirujano dentista a la identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente con bulimia nerviosa.

Tanto la bulimia nerviosa como los trastornos de la conducta alimentaria requieren de una atención integral multidisciplinaria teniendo un peso mayor en el área psicológica debido que el paciente a través de las terapias logrará modificar su comportamiento beneficiando de esta manera el tratamiento y rehabilitación que requieren para mejorar su bienestar bucal y sistémico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Turón G. V. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson; 1997: 4-5,116-121

2.- Chinchilla M. A. *Trastorno de la Conducta Alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson; 2003

3.- Chinchilla M. A. *Guía Teórico- Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Gedisa, 1996: 3-24

4.- *Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial*. Postgrado Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol. 3 No. 3 Julio- Septiembre 2002. Disponible en URL: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/3/ensayos/trastornos.html>

5. - *Trastornos de la conducta alimentaria*. Revisión y actualización. Centro de Salud: Mental España. Disponible en: <http://www.cfnavrra.es/salud/anales/textos/vol23/n2/revis2a.html>

6.- Crispo R. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa, 2001: 33-87

7. - NILO LAMBRUSCHINI. *Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*. Disponibles en URL:
<http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/8.pdf>

8.- ¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)?. Consejería Estudiantil Todo lo que necesita saber. Universidad de Quito, Ecuador. Disponible en URL:
<http://www.consejeria/trastorno/trastorno.html>

9. -M. DIÉGUEZ PORRES. Caso clínico. bulimia nerviosa. *Un nuevo enfoque terapéutico. Psiquiatría Pública*. Vol. 11 Núm. 2 Marzo- Abril 1999. Servicios de Salud Mental. Madrid

10. -Trastornos de la conducta alimentaria. El portal del mundo de la psicología Psicocentro. Disponible en URL: <http://www.psicocentro.com.htm>

11.- Anorexia – bulimia. (Citado el 30 abril del 2001. Disponible en URL.
<http://wwwpsicoplanet.com>

12.- Zukerfeld R. *Acto Bullmico, cuerpo y tercera tónica*. 2ª. ed. Argentina: Paidós; 1996: 34-39, 76-77, 82-83,116-121.

13- Centro de día para trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, ortorexia (Citado el 1 de junio de 2004) Disponible en: <http://www.gumasalive.com/historia.htm>

14.- Toro J. *El cuerpo como delito, Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel; 1999 7-11

15.- *Trastornos de la alimentación*. Departamento de Investigación Biomédica, Fundación Clínica Médica Sur disponible en URL: <http://www.medigrafic.com>

16.-*Estrategias contra anorexia y bulimia*. Facultad de Psicología de la UNAM Disponible en URL: <http://www.pavlov.com>

16- Gay Z. O *Anorexia y Bulimia nerviosa*. Aspectos Odontológicos. ADM. México.2000; LVII (L): 23-32

17 -*La bulimia* Disponible en URL en: <http://www.oglia.com>

18- *Bulimia*. Glaxo Smith Kline. Pregunta al especialista. Disponible en URL: <http://www.tuotromedicobulimia.htm>

19.- Rausch H.C. *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Buenos aires; México: Paidós, 1990:137-181

20- Mitchell JE, Siem HC, Colon E, Pomeroy C. *Medical complications and medical management of bulimia*. Ann Int Med 1987; 107: 7-71.

21.- Devaud C, Michaud PA, Narring F. *Anorexia and bulimia: Increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders* (Med line abstract). Rev Epidemiol Sante Publique 1995; 43: 347-60

22. -Estadísticas de los Trastornos al comer. Tecnológico de Monterrey. Campus Guadalajara. (Citado el 16 de marzo de 2004) Disponible en URL: <http://www.gda.itesm.mx/pat/estaim.html>

23.- Duker M. *Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México: Limusa, 1992. 35-39, 147-162

24. -Trastornos de la conducta alimentaria. (MAZMED- El enlace médico) Disponible en URL. <http://www.usuarios.lycos.es/mazmed/monografias/aliment.htm>

25- Refleja su obra daño de bulimia. Sección de Ciencia y Tecnología. Nota tomada de la página web de Reforma. Copyright 2002. Disponible en URL: <http://www.gaceta.cicese.mx/ver>.

26 - Síndrome de la súper mujer, predispone a la bulimia y anorexia. Entorno Médico. Fuente: Fuerza Informativa Azteca. (Citado el 20 de abril de 2002. Disponible en URL: <http://www.entornomedico.org/noticias>

27.- Hazelton LR. *Diagnosis and dental management of eating disorder patients*. Int J Prosthodont 1996; 9: 65-73.

28.- ¿Qué es la bulimia? . Copyright 2000 (citado el 14 de marzo de 2004. Disponible en: <http://www.queeslabulimia.htm>

29.- Fernández A. F. *Trastornos de la alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson. 1995: 15-2323 - Amenazan a jóvenes mexicanos anorexia y bulimia. Boletín UNAM Ciudad Universitaria (Citado el 4 de octubre de 2004) Disponible en URL.
http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2003_746.html

30.-L. Lasa Asnar y C. Canedo Magariños *Disfunciones fisiológicas relacionadas con factores mentales y del comportamiento: Trastornos de la conducta alimentaria*.
<http://www.aurasalud.com/articulos.htm>

31. Mitchell JE, Groat R: *A placebo- controlled double-blind trial of amitriptyline bulimia*. J Clin Psychopharmacol 1984; 4 186-193

32.- Fichter MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J. *Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating- specific psychopathology*. J Clin Psychopharmacol 1996 16: 9-18

- 33.- Gay Z O *Anorexia y Bulimia nerviosa. Aspectos Odontológicos.* ADM. México.2000; LVII (L) 23-32
- 34.- Milosevic A. Dawson L.J. *Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear* (Mead line abstract). *Caries Res* 1996; 30; 6-361
- 35.- Regezi J. S. *Patología Bucal.*3ª.ed. México: Mc. Graw Hill- Interamericana; 2000:463-464
- 36.- *Manifestaciones Bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo.* Universidad Veracruzana. Disponible en URL: <http://www.revistamedicaveracruzana.htm>
- 37.- Baum L. *Tratado de Operatoria Dental.*2ª.ed.México: Interamericana- Mc Graw Hill; 1987:16-18,402
- 38.-Shafer W. H. *Tratado de patología bucal.* 2ª ed. México: Interamericana; 1996
- 39.- Cawson R. A. *Cirugía y Patología Odontológicas.* 3ª.ed. México: El Manual Moderno; 1983; 234,402
- 40.- Burket L.W. *Medicina Bucal de burket : Diagnóstico y tratamiento* 6ª. ed. México: Interamericana; 1995

41.- Kleir DJ, Aragon SB, Averbach RE. *Dental management of the chronic vomiting patient*. JADA 1984; 106: 20-618.

42.- Touys SW ET AL. *Oral and dental complications in dieting disorders* (Med line abstract): Int J Eat Disord 1993; 14: 7-341.

43.- Caries disponible en URL: <http://www.odontocat>