



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**BULIMIA EN ADOLESCENTES Y SUS  
MANIFESTACIONES ORALES**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**YAZMÍN ARCOS OLIVARES**

**DIRECTORA: CD. CLAUDIA NAGUHELY TOCHIJARA CORONA**

**MÉXICO D. F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

***A Dios:***

Por permitirme seguir adelante.

***A mis Padres:***

Quienes con su amor, confianza y educación han hecho de cada uno de sus hijos seres honestos y trabajadores. Gracias por su apoyo y ser parte de este gran sueño.

***Hermanos:***

Nancy: espero leas este material y encuentres mucha ayuda personal y profesional.

Hugo: sigue siendo fiel y leal a tus propósitos.

***Dra. Claudia:***

Gracias por su tiempo y por ayudarme a preparar este material.

# ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	
ANTECEDENTES.....	4
1. ADOLESCENCIA.....	9
Cambios cognoscitivos.....	10
Cambios sociales.....	12
2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	14
2.1 Anorexia nerviosa.....	15
2.2 Bulimia nerviosa.....	15
2.3 Características comunes.....	17
3. BULIMIA NERVIOSA.....	20
Criterios para el diagnóstico.....	21
Tipos de bulimia.....	22
Epidemiología.....	24
4. MANIFESTACIONES GENERALES.....	25
5. MANIFESTACIONES ORALES.....	29
Erosión del esmalte.....	29
Caries.....	32
Xerostomía.....	34

Sialoadenitis .....	36
Sialometaplásia necrozante.....	37
Lesiones en tejidos blandos.....	38
Queilitis.....	39
6. MEDIDAS PREVENTIVAS.....	40
6.1 Fluoruros.....	40
6.2 Cepillado.....	40
6.3 Gomas de mascar con xilitol.....	41
Antiácidos.....	42
Desensibilizantes.....	42
CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
GLOSARIO.....	48

# INTRODUCCIÓN

Los cambios bio-psicosociales que experimenta el ser humano durante el periodo de adolescencia, determinan la mayoría de las conductas tanto en su entorno social como familiar; es generalmente en esta etapa donde el adolescente desarrolla una modificación de la dieta y preocupación por su aspecto físico, para “pertenecer a un grupo social determinado” o por imitar estereotipos presentes en los medios masivos de comunicación.

Estos y otros factores intervienen en el desarrollo de trastornos de la alimentación como: *anorexia, bulimia o comedor compulsivo* los cuales comienzan aproximadamente a los 12 años siendo mas afectadas la mujeres por procesos como la menarca y el deposito de tejido graso en zonas corporales como: glándulas mamarias, cadera, muslos. La incidencia de estos trastornos en varones es muy baja, la Secretaria de Salud en Julio del 2005 reportó que de cada 10 individuos que padecen bulimia 9 son mujeres y 1 es varón. Se considera que estas personas tienen alteraciones de personalidad, adicciones, conflictos en su entorno familiar (divorcio, maltrato, muerte).

Sin embargo los trastornos de la alimentación no son padecimientos contemporáneos, estos han estado presentes a lo largo de la historia el primer reporte fue descrito por Morton en 1684 en el que registro el primer paciente con anorexia, la cual era una adolescente inglesa de 18 años; el menciona *“No recuerdo haber visto nunca en mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumación (como un esqueleto solamente revestido de piel): sin embargo no había fiebre, sino al contrario una frialdad en el cuerpo entero, sin tos, ni dificultad en respirar, ni señal alguna de desorden en los pulmones*

*o en las vísceras...Sólo su apetito estaba disminuido y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que le ocurrían frecuentemente...”*

De la bulimia existen reportes muy tempranos y certeros. Desde las bacanales romanas que después de engullirse grandes cantidades de alimento se inducían el vómito con el fin de vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería. Los primeros reportes de la conducta bulímica datan de fines del siglo XIX, sin embargo fue hasta el año de 1987 que se le considera a la bulimia como una entidad patológica diferente de la anorexia.<sup>3</sup>

La bulimia deriva del griego “bulimy” que se traduce como un hambre excesiva o “hambre de buey”, la cual se caracteriza por los grandes atracones de comida en un corto tiempo para después sentir culpabilidad e inducirse el vómito o realizar ejercicio excesivo. Los individuos que padecen este trastorno pueden parecer personas con un peso normal o elevado, evitan comer en compañía de otras personas y tienden a deprimirse, sin embargo presentan una conducta competitiva. El ideal de estos individuos es ser anoréxicas ya que consideran que estas si tienen voluntad para no comer.

Este trastorno no presenta signos patognomónicos, el paciente suele negar u omitir su padecimiento durante el interrogatorio; sin embargo las manifestaciones más comunes en etapas tempranas son: fluctuaciones del peso corporal, petequias en la zona orbital, Signo de Rusell en el dorso de la mano, cardiopatías por alteraciones electrolíticas y el uso de jarabe de ipecacuana; dentro de las manifestaciones orales podemos observar: agrandamiento de las glándulas parótidas, erosión de los tejidos dentales principalmente por la acción del ácido clorhídrico presente en el contenido estomacal lo cual provoca hipersensibilidad, desgaste incisal y oclusales ocasionando pérdida de la dimensión vertical, quielitis, xerostomía, eritematización de las mucosas, caries y rasguños en el paladar a consecuencia del uso del dedo u otros instrumentos para inducirse el vómito.

El diagnóstico temprano de este padecimiento regularmente le corresponde al cirujano dentista debido a que las primeras manifestaciones se presentan en boca, una vez que se tiene un diagnóstico certero es necesario remitir a estos pacientes donde reciban atención multidisciplinaria especializada. Una vez que el paciente se encuentre totalmente restablecido y sin episodios de vómito se podrá realizar el tratamiento dental ya que no de ser así el tratamiento fracasará, la rehabilitación dependerá de la severidad, función, estética y criterio del Cirujano Dentista.

Durante el proceso de rehabilitación se recomienda que el Dentista realice medidas preventivas como el uso de aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio, uso de dentríficos fluorados, uso de gomas de mascar con Xilitol, enjuagues de bicarbonato de sodio para establecer el pH y agentes adhesivos para evitar la erosión e hipersensibilidad.



## ANTECEDENTES

Los trastornos de la alimentación parecen ser patologías propiamente contemporáneas, caracterizados por la presencia de alteraciones en la ingesta de alimentos, acompañados por el temor a engordar y una excesiva preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal.<sup>1</sup> Esta idea de estética transmite a los adolescentes valores que se basan en el "*culto al cuerpo*", derivando en una adicción u obsesión por ser delgados.

Sin embargo a través de la historia podemos apreciar como las conductas alimentarias inapropiadas han estado presentes y se han modificado por diferentes factores. Ejemplo de ello es: la imagen "gorda" de las divinidades ancestrales que fue asimilada por los griegos, el mismo Baco fue representado como un dios juerguista y tragón.<sup>2</sup> Los romanos, tan amantes de la buena mesa y que tanto criticaban a los pueblos conquistados por sus "*bárbaras costumbres*" entre estos Celtas, Galos y Germanos, se auto-inducían el vómito estimulando la garganta con plumas o ingiriendo eméticos luego de los interminables banquetes a los que estaban acostumbradas las clases acomodadas.<sup>3</sup>

En el siglo X, Aurelianus describió al hambre mórbida como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-inducido. En estos enfermos eran evidentes el agrandamiento de las glándulas parótidas y la existencia de caries. No cabe duda que fue una antigüedad bulímica la que dio paso a la anorexia. La bulimia, parecía algo normal en esta sociedad pero esto cambió drásticamente con la llegada del cristianismo.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Rutzstein G. El aspecto central de la anorexia nerviosa. Investigaciones en Psicología. Instituto de investigación de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año II Vol.1, 1997.

<sup>2</sup> Gamero C.E. La insoportable levedad del nunca comer. Primera parte: Santos y brujas. <http://www2.uah.es/vivatacademia/antiores/n36/ambiente.htm#2.%20Historia%20incomible...>

<sup>3</sup> Chávez F. Antecedentes históricos de la anorexia. Psicología Iberoamericana. Vol.3 No.2 1995 Pág. 7

<sup>4</sup> Romero, R.S. Trastornos Alimenticios. www.monografias.com

<sup>5</sup> Gamero C.E. Op cit

En los primeros años de la Edad Media ya no había dioses obesos sino demonios de gran tamaño corporal y Cristos delgados. Así, la glotonería que antes ponderada, pasó a ser sinónimo de perdición. No en vano la gula se convirtió en uno de los siete pecados capitales. Durante la Edad Media, era una cuestión endémica y los religiosos apremiaban a las jovencitas a ayunar, más aún, si éstas profesaban votos de pobreza, castidad o humildad.<sup>6</sup>

Los trastornos alimenticios tienen su origen entre el siglo XIV y el siglo XIX. El primer caso más cercano a un trastorno alimenticio se conoce en el siglo XIV, en el cual la princesa Wilgefortis, hija del rey de Portugal rechazaba los alimentos que le ofrecían, ayunaba y si la forzaban a comer vomitaba con el propósito de ahuyentar a los hombres, inició una dieta de inanición hasta que su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello, enflaquecía a la vista de todos, y prácticamente se estaba dejando morir de hambre. Todo antes de romper su voto de castidad y de servir a Dios.<sup>7</sup>

Ayunar, o rechazar el alimento para llegar al cielo... fue el "leiv motiv" de muchas mujeres y algunos hombres, y el terco empeño empleado por las religiosas aspirantes a santas, esto asustó a sus confesores, como ocurrió con Catalina de Siena y muchas otras. Es por ello que esta podría ser llamada la era de las santas anoréxicas.<sup>8</sup>

El caso particular de Catalina de Siena (1347 – 1380), ha sido estudiado por los especialistas en trastornos alimentarios, no solo por haber sido un caso histórico sino, porque, es un reflejo fiel de una realidad cuya continuidad se manifiesta ahora, siete siglos después de su muerte. Al igual que Wilgefortis, tenía los síntomas típicos de la anorexia nerviosa.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Romero ,R.S. Trastornos Alimenticios.[www.monografias.com](http://www.monografias.com)

<sup>7</sup> Gamero C.E. Op cit

<sup>8</sup> Ib

<sup>9</sup> Ib

Aunque los motivos que condujeron a Santa Catalina de Siena a la desnutrición difieren de los actuales, los cuales buscan el atractivo mediante la pérdida de peso, Catalina, además de no comer, se sentía obligada "a dejar una fina paja o alguna otra cosa comprimida bajo su garganta para provocarse el vómito". En la adolescencia, la futura santa sólo se alimentaba de hierbas y un poco de pan. Se presume que estas hierbas "constituyen con toda probabilidad sustancias laxantes para purgarse, al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito precedido en ocasiones de atracones" la historia de su propia vida, reflejada en el testimonio de sus confesores como Ramón de Capua, revela sus trastornos alimentarios, los mismos que la llevaron a la muerte antes de cumplir los 33 años.<sup>10</sup>

Un caso similar al de Catalina es el de la heroína francesa Juana de Arco (1412-1431), la "doncella de Orleáns", quien se sometía a largos ayunos, incluso antes de sus acciones militares para liberar a Francia, sometida al yugo inglés durante la Guerra de los 100 años, tras haber escuchado "unas voces" que ella atribuía a Dios y que le ordenaban empuñar las armas por su patria. Pero finalmente fue traicionada y entregada a los ingleses, quienes la acusaron de hereje y bruja y la obligaron a "abjurar" de su fe, enviándola a la hoguera en Ruan.<sup>11</sup>

Algunos autores presumen que en el Nuevo Mundo se dieron casos de anorexia nerviosa entre religiosas beatas y santas. Como las llamadas "*beatas iluminadas*", que pretendían seguir el modelo de vida de Santa Rosa de Lima (siglos XVII-XVIII), y estas que fueron perseguidas por la Inquisición, también mencionan el de la mística poetisa mexicana, Sor Juana Inés de la Cruz (1551-1695), de quien se dice adoptó un régimen alimenticio donde sólo ingería agua y pan, el mismo que habría influido en sus estados alterados de éxtasis religioso.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> lb

<sup>11</sup> lb

<sup>12</sup> lb

Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas "Las Santas Ayunadoras", las cuales rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, pasaban grandes jornadas sin comer; por lo cual algunas morían de inanición o deficiencias cardíacas.<sup>13</sup>

En los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades. Mencionan que James en 1743 empleó el término "boulimus" en asociación con "caninus appetitos" y "fames canina" para describir el comportamiento de la persona que vomitaba como un perro para aliviar es estómago luego de ingerir grandes cantidades de alimento; en 1825 Hooper utilizó los términos "bulimia emética", "bulimia canina" y "cynorexia" para designar un apetito voraz seguido de vómitos.<sup>14</sup>

Durante siglo XIX se establece la delgadez como un modelo corporal de sumo éxito social, lo que origino el aumento de dichos trastornos, las mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían una cuerpo muy rígido y una cintura pequeña.<sup>15</sup> En cuanto el uso de laxantes, numerosos reportes del siglo XIX referían al consumo de vinagres por parte de las anoréxicas así como en adolescentes normales por creer que actuaba como laxantes. El abuso de éstos o de medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso fue reportado por vez primera por Nogués en 1913.<sup>16</sup>

Sin embargo la bulimia nerviosa es considerada como un síndrome hasta 1940 donde se caracteriza que no solo se observa en pacientes anoréxicos u obesos ya que también puede presentarse el personas con un

---

<sup>13</sup> Romero, R.S. Op cit

<sup>14</sup> Chávez F. Antecedentes históricos de la anorexia. Vol.3 No.2 1995 Pág.7

<sup>15</sup> Matzkin V. Los orígenes de la anorexia y la bulimia nerviosa www.nutrinfo.com.ar

<sup>16</sup> Chávez F. Antecedentes históricos de la anorexia. Vol.3 No.2 1995 Pág.7

peso normal. En 1979 la bulimia fue minuciosamente descrita por el médico estadounidense Russell donde expone que estos pacientes sufren una necesidad incontrolable de sobrealimentarse, y después de estos episodios recurre a inducirse el vómito o utiliza purgantes además de tener miedo a engordar <sup>17</sup>.

En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia. Tiempo después la enfermedad fue aceptada como un desorden neurótico. Hoy esta definida en el DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) como la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias.<sup>18</sup>

Con todo esto de por medio hoy podemos mencionar que los trastornos de la alimentación más comunes son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Ambos trastornos se originan en la Antigüedad, pero es en la actualidad cuando se les ha tipificado y definido como el resultado de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, predisposición genética y desarrollarse en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Chávez F. Antecedentes históricos .Psicología Iberoamericana. Vol.3 No.2 1995 Pág.11

<sup>18</sup> Matzkin V. Los orígenes de la anorexia y la bulimia nerviosa. www.nutrinfo.com.ar

<sup>19</sup> Ib

# 1. ADOLESCENCIA

La adolescencia representa un periodo sumamente importante en el cuidado dental, ya que en esta etapa disminuye la participación de los padres y es por ello que debe hacerse énfasis en la responsabilidad del adolescente para acatar su propio programa de salud bucal.<sup>20</sup> Estos tienen la libertad para elegir su propia dieta la cual se torna deficiente, aunado a un mayor consumo de azúcar y a trastornos alimenticios. Pues a medida en que llegan a su máximo crecimiento, comienzan el largo proceso del “desarrollo de la figura”, llevándolos a modificar su dieta.<sup>21</sup>

Antes de abordar los aspectos más relevantes de los trastornos de la alimentación durante el segundo brote del crecimiento, es necesario hacer la distinción entre *pubertad* y *adolescencia*.

Se conoce como **pubertad** al periodo postnatal de máxima diferenciación sexual en el que se producen los cambios en los órganos reproductivos, aparecen las características sexuales secundarias y se modifica el tamaño y la composición corporal (cambios en las proporciones del músculo, grasa y huesos) lo que requiere de un sinnúmero de ajustes fisiológicos.<sup>22</sup>

Mientras que éste es un proceso fisiológico obligatorio, la **adolescencia** es un proceso psicosocial propio del ser humano, que comprende todos aquellos cambios que constituyen la transición de niño a adulto, y que se acompaña de una serie de ajustes que eventualmente le

---

<sup>20</sup>Pinkham, J.R. Odontología Pediátrica. 3ª ed. McGraw-Hill Interamericana, México 2001, Pág. 627

<sup>21</sup> Ib Pág. 670

<sup>22</sup>Casanueva Esther, Kaufer-Horwitz Martha. Nutriología Médica. 10ª ed. Editorial Medica Panamericana, Fundación Mexicana de Salud. México 2001. Pág. 88

permiten aceptar las transformaciones morfológicas, buscar un nuevo concepto de identidad y realizar un plan de vida.<sup>23</sup> Para algunas sociedades es un periodo de transición muy breve en el que el niño adquiere los derechos y obligaciones que tienen los adultos en su grupo de cultura.<sup>24</sup>

La adolescencia es un concepto que implica *determinantes psicológicos, intrapsíquicos y sociales*. Los *determinantes psicológicos* se entienden por procesos de percepción, aprendizaje, identidad y autoestima. Las estructuras psíquicas y mentales que intervienen en estos procesos tales como el inconsciente, los mecanismos de defensa solo por mencionar algunos se refieren a los *determinantes intrapsíquicos*.<sup>25</sup>

En esta etapa las características y límites de inicio están íntimamente relacionadas con los sistemas económicos, necesidades de mercado laboral, concepción cultural de la niñez, juventud y madurez.

## 1.1 CAMBIOS COGNOSCITIVOS:

El desarrollo cognitivo y emocional durante la adolescencia se divide en: adolescencia *temprana, media y tardía*.<sup>26</sup>

En la ***adolescencia temprana*** (11-14 años), el adolescente:

- Se preocupa por su cuerpo y su imagen corporal
- Confía y respeta a los adultos
- Se muestra ansioso respecto a las relaciones con sus compañeros
- Es ambivalente respecto a la autonomía.

---

<sup>23</sup> Ib Pág... 88

<sup>24</sup> Pinkham, Op cit, Pág. 629

<sup>25</sup> Feinholz Dafna. Adolescencia los trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición. Vol.20 No.5 1997. Pág. 5

<sup>26</sup> Mahan, Kathleen. Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10ª ed. McGraw- Hill Interamericana, México 2001. Pág. 283

Las implicaciones nutricionales estriban que en esta etapa están dispuestos a hacer cualquier cosa que mejore su imagen corporal. En esta etapa desean resultados inmediatos.<sup>27</sup>

Un joven en **adolescencia media** (15 – 18 años):

- Es influenciado en alto grado por su grupo de compañeros
- Desconfía de los adultos
- Le dan gran importancia a la independencia
- Experimenta un desarrollo cognitivo importante.

Durante esta etapa, se ocupa más de los alimentos que consume. El impulso hacia la independencia a menudo ocasiona el rechazo temporal de los patrones alimentarios en la familia.

El joven en la **adolescencia tardía** (19 – 21 años):

- Ha establecido una imagen corporal
- Se orienta hacia el futuro y hace planes
- Cada vez es más independiente
- Es más constante en sus valores y creencias
- Esta desarrollando relaciones de intimidad de tipo permanente.

Hacia la adolescencia tardía, los jóvenes piensan en el futuro y se interesan en mejorar su salud general.<sup>28</sup> En la adolescencia media y tardía es capaz de realizar tareas intelectuales muy refinadas. La capacidad del pensamiento abstracto permite que el adolescente haga frente a sus problemas educacionales complejos y que tome decisiones vocacionales difíciles.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> lb

<sup>28</sup> lb Pág. 284

<sup>29</sup> lb



## 1.2 CAMBIOS SOCIALES

Además de los cambios físicos y en parte como resultado de ellos al adolescente se le hacen constantemente nuevas demandas sociales de comportamiento, interacción, de nuevos derechos y obligaciones las cuales no entiende, ni sabe si debe o puede satisfacer o evitar. Cambian los gustos, intereses y actividades, la elección de indumentaria, actitudes ante las personas, ideas, aparecen nuevas habilidades intelectuales y motoras.<sup>30</sup>

La adolescencia es la segunda y última fase de la transición social de la niñez hacia la edad adulta. Se trata de tareas sociales formidables, que algunos adolescentes no logran dominar. La delincuencia, el suicidio fallido o consumado, el abuso de alcohol y drogas, la huida del hogar, prostitución y la interrupción de los estudios, son ejemplos comunes del fracaso de los adolescentes en su adaptación social.<sup>31</sup>

Existen en los diversos grupos sociales estereotipos que se manejan como ideales, muchos de ellos se ven reflejados y son exaltados por los medios de comunicación, estos estereotipos provocan en los jóvenes además de una lucha desesperada por imitarlos, una sensación de resentimiento y marginalidad, los cuales los tornan sensibles y críticos con los demás, pero también con ellos mismos. A menudo asumen una actitud muy crítica ante su cuerpo y pueden mostrar una intensa ansiedad si su aspecto no corresponde a su ideal.<sup>32</sup>

La talla, el peso y la complexión son las principales fuentes de preocupación, tanto por ellos mismos como por la necesidad de aceptación social.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup>Feinholz Dafna. Adolescencia para comprender. Cuadernos de nutrición. Vol.20 No.5 1997. Pág. 7

<sup>31</sup> Pinkham Op cit. Pág. 634 – 635

<sup>32</sup> Feinholz . Op cit. Pág. 9

<sup>33</sup> Ib

---

El cambio en el estado físico del adolescente tiene dos consecuencias importantes:

- Un cambio en la autoimagen corporal
- Una re-evaluación de su ser en función de sus nuevas sensaciones físicas.<sup>34</sup>

Con todo esto de por medio, el desarrollo de una imagen corporal (yo físico) que incluye un cuerpo adulto, es una tarea intelectual y emocional que se entremezcla con las cuestiones nutricionales.<sup>35</sup> El deseo para cambiar su tasa de crecimiento o sus proporciones corporales conduce a estos jóvenes a modificaciones alimentarias que tienen consecuencias negativas y que son objeto de explotación por los intereses comerciales. Su sentido de aceptación ante los demás se deriva en el sentimiento, sobre sus propios atributos físicos, un rasgo que los torna vulnerables a distorsiones serias y negativas y es cuando se desarrolla un trastorno de la alimentación.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup>Feinholz Dafna. Op cit. Pág.. 7

<sup>35</sup> Mahan, Kathleen. Op cit . Pág. 284

<sup>36</sup> Ib

---

## 2. TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Para superar con éxito la adolescencia es necesario tener una nutrición adecuada. Sin embargo, la combinación de factores genéticos, neuroquímicos, psicológicos y socioculturales puede dar lugar a trastornos de la alimentación – relacionados con la cantidad y la calidad de los nutrientes- y repercutir en el estado de salud, lo que ocasiona fallas en el crecimiento y el desarrollo.<sup>37</sup>

Los trastornos de la alimentación y las conductas de alimentación no sanas, como las dietas restrictivas, la sobrealimentación y las prácticas de control de peso dañinas representan problemas de salud importantes en los adolescentes, sobre todo en mujeres. Es común que los trastornos de la alimentación comiencen entre los 14 y los 20 años de edad (Striegel – Moore, 1997). Se estima que éstos constituyen la tercera enfermedad crónica más frecuente en los adolescentes, después de la obesidad y el asma (Golden, 1997).<sup>38</sup> Por lo que en la actualidad se debería tratar como un problema de Salud Pública.

Entre las alteraciones de la alimentación destacan la *anorexia nerviosa* y la *bulimia nerviosa*, cabe mencionar que si se reconocen en etapas tempranas es posible tomar medidas preventivas y terapéuticas oportunas para que disminuyan la mortalidad en la anorexia y la morbilidad por la bulimia.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Casanueva Esther, Kaufer-Horwitz Martha. Op cit. Pág. 95

<sup>38</sup> Mahan, Kathleen. Op cit. Pág. 289

<sup>39</sup> Casanueva Esther, Op cit. Pág. 95

## 2.1 Anorexia Nerviosa

Representa un trastorno caracterizado por el ayuno y el adelgazamiento voluntario, la baja del peso se ve como un signo de logro y disciplina extraordinario, en tanto el aumento de peso se percibe como una pérdida inaceptable del propio control (APA, 1994).<sup>40</sup>

Este trastorno se caracteriza por:

1. renuencia a mantener un peso corporal minimamente normal
2. intenso temor a subir de peso
3. distorsión de la imagen corporal

Las personas anoréxicas se niegan progresiva y sistemáticamente a comer. Están obsesionadas por pensamientos en torno a comida y por una imagen inalcanzable de esbeltez perfecta. Se presenta regularmente al comienzo y en la etapa media de la adolescencia. Las anoréxicas sienten que no merecen cariño ni atención.<sup>41</sup>

## 2.2 Bulimia Nerviosa

Es un trastorno que se caracteriza por los excesos alimentarios seguidos de métodos compensatorios inadecuados como: purgamiento, vómito autoinducido, uso inadecuado de laxantes y diuréticos; o sin purgamiento como someterse a ayuno deliberado o ejercicio excesivo.<sup>42</sup>

Presentan un patrón de conducta característico: episodios incontrolables de comer en exceso, seguidos de vomito y/o purga.

---

<sup>40</sup> Mahan, Kathleen. Op cit. Pág. 561

<sup>41</sup> Feinholz. Anorexia y Bulimia aspectos psicológicos. Cuadernos de Nutrición. Vol.20 No.5 1997. Pág. 12

<sup>42</sup> Mahan, Kathleen. Op cit. Pág. 561

Generalmente estos episodios se presentan antes o después de una situación de estrés, temor, coraje, angustia, culpa o cualquier otro sentimiento que no reconoce como tal y que no es capaz de tolerar.

En las bulímicas el vómito les ayuda a restablecer el equilibrio cuando las calorías que han ingerido rebasan el límite que consideran aceptable, la forma como funciona este mecanismo en términos generales es cuando se presenta una situación que provoca angustia, enojo, temor o cualquier otra emoción con la que la persona no puede lidiar y recurre a comer en exceso, sin control y sin conciencia de sus actos. La necesidad de liberarse de esta carga es el paso siguiente de este exceso de comida y de ahí que la consecuencia lógica sea vomitar, y sienten que al realizar esto su peso no se altera. Este mecanismo les da la sensación de control, bienestar y equilibrio emocional.<sup>43</sup>

La bulimia tiende a presentarse al final de la adolescencia y tiene una mejor respuesta al tratamiento que la anorexia. No tiene consecuencias fatales, pero sí daño físico y autodestrucción emocional.<sup>44</sup> Ambos trastornos comparten las características de que los individuos que la presentan pierden la capacidad de verse como son. Siempre se ven obesos aun cuando presentan un estado caquético. Estos trastornos comparten elementos de la dinámica emocional pero sus manifestaciones son aparentemente contrarios y ambos persiguen el mismo fin: lograr un control de peso.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Feinholz D. Anorexia y Bulimia aspectos psicológicos. Cuadernos de Nutrición. Vol.20 No.5 1997. Pág. 12

<sup>44</sup> Ib. Pág. 13

<sup>45</sup> Ib Pág. 12

## 2.3 CARACTERÍSTICAS COMUNES

- En etapas intermedias del padecimiento presentan una aparente adaptación social
- Son personas con muy baja autoestima, por lo cual no se consideran susceptibles de ser queridos ni apreciados
- Tienen una necesidad de perfección, tanto en su interacción social, como en su desempeño académico y laboral
- No reconocen dolor, ansiedad, frustración, amor ya que aseguran estar dentro de un cuadro de perfección. El mecanismo que utilizan es transformar sus sentimientos y emociones en calorías, gramos, comida, etc.<sup>46</sup>
- Son pacientes con depresión clínica<sup>47, 48</sup>

Los trastornos de la alimentación han registrado un aumento progresivo en los últimos años a nivel mundial. Alrededor del 19% de la población adolescente presenta síntomas de bulimia, sobre todo mujeres con una frecuencia de siete por cada diez hombres.<sup>49</sup>

Barriguete Meléndez dio a conocer que, de acuerdo con un estudio realizado en la ciudad de México, las mujeres de 16 a 19 años tienen mayores conductas de riesgo de trastornos alimenticios. Precisó que las edades donde se registran más casos en mujeres son entre los 12 y 13 años y 17 a 19 años, aunque también se registra un aumento de estos problemas en la población de 35 años.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> Ib

<sup>47</sup> Ib

<sup>48</sup> Bonilla, E D. Oral rehabilitation of bulimic patient: A case report. Quintessence Internacional. Vol. 32 (6) Pág. 469, 2001

<sup>49</sup> Barriguete, M. Comunicado de Prensa No. 629. Secretaria de Salud. 13 de Noviembre 2005

<sup>50</sup> Ib

Explicó que la causa por la que se presenta con más frecuencia en las niñas de 12 y 13 años es la pubertad, donde están genéticamente determinadas para acumular grasa en diversas partes del cuerpo que las obliga a adecuarse a este cambio corporal. Por otro lado, influye la cascada hormonal que enfrentan, propio de la edad, donde se modifica la percepción, la sensación y las vivencias que en ocasiones las pone en crisis. Aunado a ello, deben adecuarse a una conducta alimentaría ante un entorno donde predomina la figura delgada como ideal.<sup>51</sup>

En el grupo de 17 a 19 años se debe a que es el momento en que se decide una profesión, por lo que son más vulnerables a los factores de riesgo de los trastornos de la alimentación. Barriguete menciona que incluso desde los 11 años de edad les preocupa mucho estar delgados y a 75% de las niñas y 65% de los niños les causa estrés llegar a engordar. Detalló que además, en la actualidad las niñas viven momentos de estrés porque reciben más información, la existencia de la delgadez como modelo ideal es muy fuerte. También afirmó que la conducta alimentaría está determinada por la genética, la función materna y paterna desde el momento de nacimiento, el concepto familiar de la alimentación y su preocupación por el peso, así como el entorno social.<sup>52</sup>

La anorexia y la bulimia son los dos trastornos alimenticios más frecuentes, sobre todo en la población femenina, ya que 9 de cada 10 personas que la padecen son mujeres entre los 12 y 25 años de edad, según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Ib

<sup>52</sup> Barriguete M. Secretaría de Salud. Comunicado de Prensa No. 629. 13 de Noviembre 2005

<sup>53</sup> Ib

Sin prevención estos desórdenes siguen un desarrollo que puede llevar a consecuencias letales. Los profesionales de Área de de la Salud deben estar al tanto de la existencia y conocer el adecuado tratamiento de estos desordenes. Dado el problema de salud pública de los trastornos de la conducta alimentaría es importante contar con instrumentos adecuados para la detección, con fines tanto clínicos como epidemiológicos.<sup>54</sup>

En México, por razones principalmente de recursos, son pocas las encuestas que logran tener una verdadera representatividad nacional. Siendo los trastornos de la conducta alimentaría una enfermedad poco reconocida como problema de salud pública.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Secretaria de salud. Comunicado de prensa No. 355. 12 de Julio 2005

<sup>55</sup> Unikel-Santoncini Claudia. Validación de un cuestionario. Salud Pública de México. Vol.46 No.6  
Noviembre-Diciembre de 2004. Pág. 510



---

### 3. BULIMIA NERVIOSA

La palabra bulimia o “hambre de buey” se deriva del griego *bous*: buey y *limus*: hambre.

Este es un trastorno que se caracteriza por los episodios recurrentes de excesos alimentarios acompañados de una o más conductas compensatorias inadecuadas para evitar aumento de peso. Estas conductas consisten en vómito provocado, abuso de laxantes, diuréticos, ayuno largo o ejercicio excesivo.<sup>56</sup>

Los excesos alimentarios han sido practicados desde hace miles de años. En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos.

Los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes. En el siglo X, Aurelianus describió al “hambre mórbido” como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado. En estos enfermos eran evidentes el agrandamiento de las glándulas parótidas y la existencia de caries.

El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. La historia cuenta que la monja Catalina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética. Vomitar después de grandes comilonas ha sido descrito a través de la historia, sin embargo esas conductas no eran prácticas cotidianas sino esporádicas. La mayoría de los informes se remontan al siglo XIX y estas estaban asociadas a otros padecimientos como depresión, ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nerviosa.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> Mahan, Kathleen. Op cit Pág. 562

<sup>57</sup> Palma, Marcela. Op cit Pág. 26

En el año de 1980 la American Psychiatric Association (APA, 1980) publicó criterios para el diagnóstico de este trastorno, pero no fue hasta 1987 cuando tal asociación reconoció a la bulimia nerviosa y a la anorexia nerviosa como dos entidades diferentes.<sup>58</sup>

### 3.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Estos fueron publicados en 1994 por la American Psychiatric Association.

A. Crisis recurrentes de excesos o atracones de comida. Dicha crisis se caracteriza por:

1. Ingesta de gran cantidad de alimentos en un periodo de tiempo definido (Ej. 2 hrs.)
2. Perdida de control respecto a la cantidad de ingesta consumida durante este episodio

B. Recurre a conductas compensatorias inapropiadas repetidas con el fin de no ganar peso. Ej.: inducir al vómito

C. Los atracones o los excesos alimentarios y las conductas compensatorias ocurren en un promedio, de por lo menos dos veces a la semana en los últimos tres meses.

D. El paciente se evalúa dependiendo de su figura y peso corporal.

E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante la crisis de anorexia

<sup>58</sup> Mahan, Kathleen. Op cit Pág. 562

### 3.2 TIPOS DE BULIMIA

- Purgativa: regularmente se autoinduce al vómito, uso de laxantes y diuréticos.
- No purgativa: el individuo recurre a conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito, no usa laxantes.<sup>59, 60</sup>

Suele pensarse que el vómito es la característica predominante en la bulimia nerviosa sin embargo esta es la conducta del exceso alimentario.<sup>61</sup>

Los episodios de voracidad o atracones pueden durar desde una a setenta y dos horas, cuando se dan estos atracones los pacientes se organizan para comer a solas, compran grandes cantidades de comida, en su mayoría ingieren alimentos fáciles de deglutir y de alto contenido calórico que ellos consideran “prohibidos”, ejemplo: pasteles, pastas, chocolates, etc.<sup>62</sup> El atracón termina cuando el paciente siente molestia estomacal, cansancio o bien es interrumpida. La cantidad de energía que puede llegar a consumir es de 3000 a 6000 Kcal por episodio<sup>63</sup>, mientras que otros pueden llegar a consumir 50000 Kcal en un periodo de 24 hrs.<sup>64</sup>

Considerando que éste es un trastorno de tipo psicológico, los pacientes que lo padecen son personas muy lastimadas y solas pero aparentan ser amistosas y competentes, suelen ser impulsivas y es común que abusen de fármacos y de alcohol. Tiene poca capacidad de adaptación

---

<sup>59</sup> Ib Pág. 563

<sup>60</sup> Szmukler, G. Dare C. Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and research. John Wiley & sons. England. 1995. Pág. 30, 31

<sup>61</sup> Mahan, Kathleen. Op cit Pág. 563

<sup>62</sup> Palma, Marcela. Trastornos de la conducta alimentaría. Cuadernos de Nutrición. Vol. 20 Num.5. Septiembre / Octubre 1997. Pág. 26

<sup>63</sup> Ib

<sup>64</sup> Mandel L. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. JADA Vol. 135 (5) Pág. 614, 2004

social, inhiben sus sentimientos, por su gran necesidad de cariño y aceptación tienden a la promiscuidad y creen que siendo delgadas serán aceptadas por los demás.<sup>65</sup>

Otras características son el uso de dietas no recomendadas por especialistas o nutriólogos, moderación en el consumo de alimentos delante de otras personas y la realización de ejercicio excesivo. La apariencia física de estos pacientes no siempre está deteriorada, puede estar dentro del peso correspondiente a su talla o ligeramente elevado.<sup>66</sup>

Este un trastorno que afecta principalmente a mujeres jóvenes de raza blanca de un nivel económico medio a medio alto, actualmente otro sector que se ve afectado es el de mujeres mayores de 35 años debido a la competencia laboral, embarazo, premenopausia y cambios hormonales principalmente, este trastorno es poco frecuente en mujeres de raza negra, orientales, clase económica baja y hombres.<sup>67</sup>

El diagnostico temprano es difícil debido a que los enfermos y sus familiares no tienen claro que las conductas presentes después de la ingesta de alimentos son síntomas de enfermedades complejas y graves que requieren atención especializada. Los factores de riesgo que están asociados a los trastornos de la conducta alimentaría son: el genero, edad, personalidad predisponerte, ambiente familiar, ambiente socioeconómico, y factores culturales.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> Palma, Marcela. Op cit Pág. 27

<sup>66</sup> Ib Pág. 28

<sup>67</sup> Little J.W. Eating disorders: Dental implications. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. Vol. 93 No. 2 2002 Pág. 138-143

<sup>68</sup> Palma, Marcela. Op cit Pág. 22

### 3.3 EPIDEMIOLOGÍA

Las causas etiológicas de los trastornos de la alimentación son desconocidos sin embargo se han propuesto varios modelos etiológicos para la patogénesis de la bulimia nerviosa las cuales incluyen: adicción, familia, sociocultural, cognitivo-conductual y psicodinámico.

- **Adicción:** sugiere la dependencia al alimento y a la conducta, el tratamiento es similar al que se utiliza en el caso de abuso de alcohol y drogas (programa de 12 pasos)
- **Modelo familiar:** se enfoca a la identificación y el tratamiento de la disfunción familiar, sugiere que la genética es un factor predisponente para este tipo de patología.
- **Modelo sociocultural:** atribuye el desarrollo de la bulimia nerviosa a presiones culturales para estar delgados. Dado que este tipo corporal no se logra naturalmente en todos los individuos, las personas susceptibles recurren a la conducta bulímica cuando fracasan los modelos habituales de someterse a dieta.
- **Modelo cognitivo-conductual:** atribuye el desarrollo de la bulimia nerviosa a pensamientos irracionales y creencias en torno al peso corporal, las dietas y la autoestima. El tratamiento se orienta a la identificación y tratamiento de la conducta de las creencias disfuncionales.
- **Modelo psicodinámico:** constituye uno de los modelos etiológicos más sólidos. La bulimia nerviosa representa el intento del paciente por controlar evitar o minimizar el impacto de los sentimientos penosos, impulsos y ansiedades.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Mahan, Kathleen. Nutrición. Pág. 564

## 4. MANIFESTACIONES GENERALES

Los signos y los síntomas clínicos de la bulimia nerviosa son los más difíciles de detectar en virtud de que los pacientes suelen tener un peso normal y una conducta secreta. Las alteraciones más comunes que se presentan en la bulimia son la de los electrolitos cuya disminución dependerá de las conductas que se practiquen.

Cuando los pacientes se inducen el vómito puede haber indicios clínicos como:

1. Cicatrices en el dorso de la mano utilizada para estimular el reflejo nauseoso lo que se conoce como: *Signo de Russell*
2. Crecimiento de las glándulas parótidas
3. Erosión de esmalte dentario

ÓRGANO O SISTEMA	COMPLICACIONES POR BULIMIA TIPO PURGATIVA	
Desequilibrio de líquidos y electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocaliemia</li> <li>• Hiponatremia</li> <li>• Alcalosis</li> <li>• Disminución de la tasa de filtración glomerular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de potasio</li> <li>• Pérdida de Na<sup>+</sup></li> <li>• Aumento de pH</li> <li>• Dificultad del riñón para diluir la orina</li> </ul>
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotensión ortostática</li> <li>• Arritmias</li> <li>• Intervalo QT prolongado</li> <li>• Cardiopatía por ipecacuana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de PA</li> <li>• Anormalidad del latido cardíaco</li> <li>• Sístole ventricular mayor a 0.4 seg.</li> <li>• Alcaloide emético que induce vomito</li> </ul>

Dermatológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signo de Russell</li> <li>• Edema depresible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Callosidad en dorso de la mano.</li> <li>• Acumulación anormal de líquido en tejidos</li> </ul>
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Esofagitis</li> <li>• Diarrea sanguinolenta</li> <li>• Cálculos biliares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para evacuar heces fecales</li> <li>• Inflamación del esófago</li> <li>• Heces de consistencia líquida con presencia de sangre</li> <li>• Masas de materia sólida depositada en la vesícula biliar</li> </ul>
Neurológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsiones</li> <li>• Miopatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodio repentino de actividad eléctrica cerebral no controlada</li> <li>• Degeneración del tejido muscular</li> </ul>
Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Hipertrofia de las glándulas salivales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de glucosa anormalmente bajo</li> <li>• Agrandamiento de glándulas parótidas principalmente</li> </ul>
Orales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erosión dental</li> <li>• Caries</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del esmalte dental de tipo química</li> <li>• Desmineralización del esmalte y pérdida de la estructura dental de tipo bacteriana</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerostomía</li> <li>• Sialoadenitis</li> <li>• Sialometaplasia necrozante</li> <li>• Lesiones en tejidos blandos</li> <li>• Hipersensibilidad dental</li> <li>• Desgaste incisal y oclusal</li> <li>• Restauraciones sobresalientes</li> <li>• Exposición pulpar<sup>70, 71</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del flujo salival</li> <li>• Hipertrofia de glándulas salivales</li> <li>• Tumefacción ulcerativa del paladar duro</li> <li>• Eritematización de la mucosa por traumatismos</li> <li>• Sensibilidad a cambios térmicos</li> <li>• Perdida de contacto entre los dientes superiores e inferiores</li> <li>• Restauraciones desajustadas por pérdida de estructura dental</li> <li>• Perdida de estructura dental causada por la erosión involucrando pulpa</li> </ul>
--	---	---

<sup>70</sup> Palma, Marcela. Op cit. Pág. 27

<sup>71</sup> Mahan, Kathleen. Op cit. Pág. 566



El vómito crónico ocasiona *deshidratación, alcalosis e hipocaliemia*. Entre las manifestaciones clínicas más comunes encontramos: *faringitis, esofagitis, hematemesis leve, dolor abdominal y hemorragia subconjuntival*. Entre las complicaciones gastrointestinales más serias figuran los *desgarres esofágicos de Mallory-Weiss*, la presencia de perforación esofágica o perforación gástrica aguda.<sup>72</sup>

El abuso de laxantes conduce a la deshidratación, elevación de los niveles de aldosterona y vasopresina en suero, hemorragia rectal, atonía intestinal y calambres abdominales. El uso excesivo de diuréticos ocasiona deshidratación e hipocaliemia.<sup>73</sup> Las arritmias cardíacas son secundarias al desequilibrio electrolítico y ácido-básico ocasionado por vómito, abuso de laxante y diuréticos. La ipecacuana que se utiliza para inducir al vómito, puede causar daño miocardiótico irreversible y muerte súbita.<sup>74</sup>

Estos pacientes presentan aumento de tamaño de las glándulas parótidas, submaxilares y submandibulares, lo que provoca facie inflamada “cara de ardilla” causándoles gran preocupación ya que se ven “cachetonas”. Estos signos disminuyen después de un tiempo de no practicar el vómito. La amenorrea se presenta si las pacientes tienen un bajo peso o en ocasiones puede ser debida a los trastornos psicológicos.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Mahan, Op cit. Pág. 565

<sup>73</sup> Ib

<sup>74</sup> Ib

<sup>75</sup> Palma, Marcela. Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición. Vol.20 No.5 1997. Pág. 28

## 5. MANIFESTACIONES ORALES

El diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaría regularmente le corresponde al cirujano dentista ya que las primeras manifestaciones de estos suelen presentarse en cavidad oral.

El dentista debe estar seguro del diagnóstico y ser directo en el interrogatorio sobre todo hacer que los pacientes admitan que sufren de bulimia u otro trastornos, en el caso de ser niños o adolescentes los que la padezcan debe informarse a los padres y preguntar si han observado algún comportamiento extraño en sus hijos después de comer.<sup>76</sup> El odontólogo está obligado a remitir a estos pacientes a lugares donde puedan recibir atención multidisciplinaria (médicos, nutriólogos, psiquiatras).

Las manifestaciones orales más características de la bulimia son:

### 5.1 EROSIÓN

Es un proceso irreversible caracterizado por disolución química del esmalte y dentina el cual puede ser causado por agentes **internos** (vómito, bruxismo) y **externos** (técnica de cepillado horizontal, exposición ocupacional como galvanización y platería además de dietas ácidas y el hábito de chupar cítricos).<sup>77,78,79</sup>

---

<sup>76</sup> Gordon JC. Oral care for patients with bulimia. Journal American Dental Association. Vol 133, No 12, 2002 Pág. 1689-1691

<sup>77</sup> Bouquot J.E, Seime R.J. Bulimia Nervosa: Dental perspectivas. Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry Vol 9, 1997 Pág. 655 – 663

<sup>78</sup> Ali D.A, Rodríguez L.O, Moody E.L. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. Journal American Dental Association. Vol 133, 2002. Pág. 734- 737.

<sup>79</sup> Little J.W. Eating disorders: Dental implications. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. Vol. 93 No. 2 2002 Pág. 138-143

Existen tres tipos de erosión:

- **Extrínseca:** provocado por alimentos, bebidas y otros factores
- **Intrínseca:** relacionado con la regurgitación y reflujo de ácidos estomacales
- **Idiopática:** cuando las causas no son obvias y la condición a menudo es general<sup>80</sup>

Puede establecerse un cuadro evolutivo que determinara el tiempo de exposición e incidencia de la enfermedad distinguiéndose tres periodos:

- **Periodo inicial:** alteración odontológica donde existe un adelgazamiento del espesor del esmalte siendo deficiente establecer un diagnostico.
- **Periodo intermedio:** lesiones en superficies del esmalte por palatino de los dientes anteriores superiores, no habiendo aun perdida de la morfología del borde incisal. Evolución de la enfermedad por varios meses.
- **Periodo final:** los incisivos se encuentran disminuidos en tamaño, lesiones en forma de “v” por cara vestibular por la gran erosión del borde incisal, aparición de sensibilidad incluso afectación pulpar. Perdida de la dimensión vertical de 1-2 mm y falta de anatomía oclusal en cúspides y fosas. Cuadro con evolución de varios años.<sup>81</sup>

La erosión es probablemente la manifestación más común del la bulimia de tipo purgativo debido al vómito constante. El vaciamiento crónico de los contenidos gástricos los cuales son activados por los movimientos linguales tienden a bajar el pH a 3.8.<sup>82</sup> El ácido del vómito (ácido clorhídrico)

---

<sup>80</sup> Touyz S.W, Liev V.P, Frisken K. Oral and Dental complications in dieting disorders. International Journal Eating Disorders Vol.18 1993. Pág. 341-348

<sup>81</sup> lb

<sup>82</sup> Little J.W. Eating disorders: Dental implications. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology

produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxiapatita debido a la unión del Ion  $H^+$  del ácido con el Ion  $Ca^+$  del esmalte lo cual conlleva a la pérdida del esmalte en las zonas que están en contacto con el ácido. <sup>83</sup>

Esto se observa principalmente en las superficies palatinas de los dientes anteriores superiores. La desmineralización inicialmente es moderada y después se extiende a las superficies oclusales de los dientes posteriores y superficies vestibulares en dientes superiores e infrecuentemente en dientes inferiores. Cuando la erosión se generaliza y llega a los dientes posteriores provoca que las restauraciones parezcan sobreobturadas debido al alisamiento de las caras oclusales, lo cual provoca pérdida de la dimensión vertical, hay exposición y daño a la dentina, la pulpa puede quedar expuesta, presentando hipersensibilidad a los cambios térmicos. <sup>84</sup>

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito suelen realizar los pacientes bulímicos para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca es el causante directo por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva ya que se arrastran los prismas del esmalte debilitados por el ácido. <sup>85</sup>

De acuerdo con la FDI aunque no se conoce exactamente su etiología, a este se le relaciona con un proceso multifactorial de tipo químico o de disolución de ácidos. Tempranamente se observa a la erosión como un

---

<sup>83</sup> Touyz S.W, Liev V.P, Frisken K. Op cit. Pág. 341-348

<sup>84</sup> De Moor R.J.G. Eating disorder-induced dental complications: a case report. Journal of Oral Rehabilitation Vol. 31 2004 Pág. 725-732

<sup>85</sup> Touyz S.W, Liev V.P, Frisken K. Op cit. Pág. 341-348

defecto adamantino brillante y liso. Hay ausencia de pigmentaciones exógenas provocadas por café, té, cigarrillo sobre las superficies erosionadas, lo cual marca un indicio más de la enfermedad. <sup>86, 87</sup>

Etiologías fisiológicas relacionadas con la erosión incluye el reflujo esofágico, eructos, daño cardiaco y dolor abdominal los cuales pueden provocar vómito continuo. Otro tipo de comportamiento que causa erosión incluye el consumo de golosinas, bebidas deportivas (isotónicas), uso continuo de vinagres. Otras dos formas de pérdida del esmalte es la *atrición* (daño fisiológico de la estructura dental por contacto dental) y la *abrasión* (proceso patológico que daña la estructura dental por procesos mecánicos como el cepillado). <sup>88</sup>

## 5.2 CARIES DENTAL

En 1890 W.D. Miller en su libro *Microorganismos de la boca humana* trazó los fundamentos de la cariología moderna cuando escribió: “La caries dental es un proceso químico - parasitario que consiste en dos estadíos distintamente marcados: descalcificación o reblandecimiento de los tejidos, y disolución de los residuos reblandecidos. Los ácidos cuyo efecto es la desmineralización son principalmente derivados de partículas de sustancias amiláceas y sacarinas, que se alojan en las zonas de retención y allí experimentan la fermentación.” <sup>89</sup>

Desde entonces es claro que la caries es una enfermedad multifactorial, en la que hay una compleja interrelación entre los factores del huésped, placa dentobacteriana, dieta y tiempo. En este contexto la dieta

---

<sup>86</sup> Nachón M.G. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos compulsivo purgativo. Revista Medica Vol.3 No.2 Pág. 235-244 2003.

<sup>87</sup> Gay, O. Ramírez G.E. Anorexia y Bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Vol 52 Pág. 23- 32 2000

<sup>88</sup> Ali D.A, Rodríguez L.O, Op cit. Pág. 734- 737

<sup>89</sup> Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ediciones Doyma. España 1988. Pág. 107

actúa como un sustrato para las bacterias, la fermentación de los carbohidratos durante el metabolismo anaerobio de las bacterias causa el incremento en la concentración de ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico en la placa y en las lesiones de caries. La disminución del pH después de cada ingesta de carbohidratos fermentables, causa desmineralización del diente, si estos ácidos atacan con demasiada frecuencia o en largos periodos, en relación con los periodos de remineralización, el resultado final será una lesión cariosa.<sup>90</sup>

Valorar la caries en pacientes bulímico es muy variable ya que la extensión depende de la frecuencia y tiempo de evolución de este comportamiento.<sup>91</sup> El incremento y efecto en la incidencia de caries dependerá en gran parte del tipo de dieta (consumo de azúcares, carbohidratos) cantidad y calidad del flujo salival, pH, higiene y tiempo de evolución. El descenso del flujo salival, causado principalmente por el uso de antidepresivos usados para el tratamiento de los bulímicos contribuye en gran parte a la formación de caries<sup>92, 93</sup>

El balance de los sucesos está determinado por un complejo de factores, como el contenido inductor de la caries y los componentes protectores en los alimentos, cantidad y calidad de la placa, composición salival, la susceptibilidad de la superficie dental y la concentración de fluoruros en el ambiente.<sup>94</sup>

---

<sup>90</sup> .Thylstrup A, Fejerskov O. Op cit Pág 107, 108

<sup>91</sup> De Moor R.J.G. Op cit. Pág. 725-732

<sup>92</sup> Mueller J.A. Eating Disorders: Identification and Intervention. The Journal of contemporary dental practice. Vol.2 No. 2, 2003

<sup>93</sup> Bidwell H.L, Dent D, Sharp J.G. Bulimia-induced dental erosion in a male patient. Quintessence International. Vol. 30 No.2, 1999. Pág. 135-137

<sup>94</sup> Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ediciones Doyma. España 1988. Pág. 108

### 5.3 XEROSTOMÍA

La saliva es uno de los fluidos corporales cuya secreción es el resultado de un complejo reflejo nervioso que comienza en la cavidad oral gracias a la estimulación de los receptores de la mucosa (táctiles, gustativos, de presión), de los órganos dentarios (pulpaes y periodontales) y finalmente en los músculos masticatorios donde tenemos unos receptores propioceptivos. También existen potenciales generados a nivel olfatorio y rutinario como receptores periféricos de carácter extraoral.<sup>95, 96</sup>

La cantidad de saliva que se segrega en un día es de 1 a 1.5 l. pero esta cantidad esta sujeta a muchas variaciones. La viscosidad depende de la proporción de las células mucosas de cada glándula. El componente principal de la saliva es el agua en un 99% de su totalidad. Dentro de sus componentes inorgánicos encontramos: *sodio, potasio, bicarbonato, cloruro, calcio y fosfato*. Sus componentes orgánicos los integran: lípidos, carbohidratos, glucoproteínas, amilasa, proteínas (ricas en histidina, prolina, tirosina), IgA, IgG, IgM.<sup>97</sup> Fundamentalmente, el mecanismo de secreción es distinto según el tipo de componente. La secreción de los productos inorgánicos (agua y electrolitos) proviene del plasma sanguíneo y la de los orgánicos en su mayor parte del proceso de secreción intracelular de las células acinares.<sup>98,99</sup>

La xerostomía, aunque produce una serie de molestias a causa de la sequedad de boca que siente el paciente, no es una enfermedad, sino una

---

<sup>95</sup> De Moor R.J.G. Op cit. Pág. 725-732

<sup>96</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Medicina Oral. Ed Masson. España 1995. Pág.

<sup>97</sup> Ib. Pág.

<sup>98</sup> Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ediciones Doyma. España 1988. Pág. 25-27

<sup>99</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit Pág.

situación clínica que se presenta por una multitud de factores que influyen en la secreción salival como:<sup>100</sup>

- Edad y sexo
- Tamaño glandular
- Peso corporal
- Estado de hidratación
- Ritmos circadianos
- Factores ambientales

Aunque aparentemente esta relacionado con la hipertrofia glandular, hay reportes de la reducción y baja estimulación del flujo salival en pacientes que se inducen el vómito. Además el uso de diuréticos y laxantes reducen la capacidad buffer y contribuye a la baja del pH en boca.<sup>101</sup>

Otros factores que provocan xerostomía en los pacientes bulímicos es la falta de nutrientes como proteínas y electrolitos, aunado al uso de diuréticos los cuales disminuyen el flujo salival. Uno de los primeros signos de la xerostomía es la sequedad bucal provocando dificultad para realizar funciones como la masticación, impedimento en la deglución y molestia a la fonación.<sup>102</sup>

Durante la exploración clínica, se observa la mucosa bucal como un tejido poco lubricado, es característico que el espejo dental se adhiera a la mucosa al intentar separarla. La lengua se observa seca, roja y fisurada, los labios deshidratados; la encía suelen perder brillo y ocasionalmente presenta gingivitis, el paladar se caracteriza zonas eritematosos que corresponden a la salida de las glándulas salivales menores palatinas, donde se puede encontrar restos de secreciones.<sup>103</sup>

---

<sup>100</sup> Ib Pág.

<sup>101</sup> De Moor R.J.G. Op cit. Pág. 725-732

<sup>102</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit. Pág. 105

<sup>103</sup> Ib. Pág. 106



## 5.4 SIALOADENITIS

Es definida como una inflamación no dolorosa de las glándulas salivales. Las glándulas más afectadas son las parótidas, el flujo salival se vuelve mucoso. Regularmente se asocia a la condición crónica de vomitar, este crecimiento es posterior a los episodios purgativos de 2 a 6 días seguidos <sup>104</sup>, produce clínicamente una tumefacción no dolorosa. <sup>105, 106</sup>

El agrandamiento suele ser bilateral y en el menor de los casos unilateral, se ha reportado que de un 10 a 50% de los pacientes con bulimia presentan este signo, la glándula submandibular pocas veces esta involucrada. La tumefacción se localiza en la región prearicular, aunque también la podemos hallar en la porción retromaxilar, la mucosa presenta humedad normal, el flujo salival es claro, regularmente son pacientes libres de caries sin anomalías periodontales y tienden a tener una excelente higiene oral.<sup>107</sup>

La patogénesis no está exactamente determinada, generalmente se acepta como un episodio causado por una *neuropatía autonómica* con el deterioro del nervio simpático, agrandamiento individual de las células acinares. <sup>108</sup> Esta manifestación suele desaparecer espontáneamente. El mecanismo de hipertrofia tiene diversas características por el consumo de carbohidratos, regurgitación de los contenidos gástricos, alcalosis metabólica y malnutrición. En muestras de biopsia se observado que el tejido es completamente normal con inflamación esparcida.<sup>109</sup>

---

<sup>104</sup> De Moor R.J.G. Op cit. Pág. 725-732

<sup>105</sup> Nachón M.G. Manifestaciones bucales. Revista Medica Vol.3 No.2 Pág. 235-244 2003.

<sup>106</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Medicina Oral. Ed Masson. España 1995. Pág. 282

<sup>107</sup> Mandel L. Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. Journal American Dental Association. Vol.135 No. 5 2004. Pág. 613-616

<sup>108</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit. Pág. 122

<sup>109</sup> De Moor R.J.G. Op cit. Pág. 725-732

Debemos recordar que esté no es un signo patognomónico de la bulimia y podemos hacer diagnóstico diferencial con *parotiditis vírica*, *parotiditis agudas bacterianas*, *parotiditis crónicas secundarias*, *parotiditis crónicas recurrentes* y finalmente con *Síndrome de Sjögren*.<sup>110</sup>

## 5.5 SIALOMETAPLASIA NECROZANTE

Esté es un término histológico definido en 1973 por Abrams como una reacción necrotizante asociada a un proceso inflamatorio que implica a las glándulas salivales menores del paladar duro. Aunque aún no haya sido demostrado, se cree que la lesión se origina por isquemia vascular, que puede ser causada por un embolismo. Está afectada los acinos de las glándulas salivales, los cuales sufren posteriormente infarto. Algunos factores desencadenantes son: pacientes con tabaquismo, alcohólicos y generalmente expuestos a traumatismos mucosos. Entre estos se incluyen la infiltración de anestesia, traumatismos oclusales, golpe sobre el labio, quemaduras o el uso de instrumentos para inducir el vómito. Pasaran de 1 a 3 semanas tras para que la lesión clínica sea evidente.<sup>111,112</sup>

La edad de aparición abarca de los 2 años hasta los 75 años, es más frecuente en hombres que en mujeres, la localización prevalente es: paladar duro, paladar blando y glándulas salivales mayores siendo la más afectada la parótida .existen dos formas clínicas de presentación: la *ulcerada* y la *exofítica* esta última es la más común en los pacientes bulímicos.

---

<sup>110</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit . Pág. 123

<sup>111</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit . Pág. 125

<sup>112</sup> Schöning H. Emshoff R. Necrotizing sialometaplasia in two patients with bulimia and chronic vomiting. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Vol 27 1998. Pág. 463-465

Se presenta como una tumefacción elevada sobre la mucosa, provocando dolor de baja intensidad o sensación de parestesia, que posteriormente desaparece cuando se ulcera o se resuelve espontáneamente sin úlcera. La parestesia y el dolor se debe a la retención de moco y a la necrosis.<sup>113</sup>

Esté es un proceso benigno autolimitado. En ocasiones se trata de manera quirúrgica, posiblemente de forma innecesaria ya que la propia evolución es favorable, el periodo de cicatrización oscila entre las 3 y 12 semanas. No requiere tratamiento específico pero se pueden utilizar enjuagues salinos para ayudar al proceso de recuperación. Hasta el momento se han registrado muy pocos casos de la sialometaplasia necrozante asociada a la bulimia y al vómito crónico.<sup>114</sup>

## 5.6 LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS

La membrana de la mucosa oral se ve afectada por la xerostomía; la falta de hidratación y lubricación por lo que existe tendencia a la ulceración, es común encontrar estas alteraciones en pacientes que se purgan y que ingieren gran cantidad de alimentos de forma rápida. El eritema afecta el paladar, la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea y la parte posterior de la lengua esté se manifiesta con disfagia, es frecuente la presencia de petequias en el paladar blando aunado a los posibles desgarres o rasguños por la autoinducción del reflejo nauseoso, resultado del uso del dedo, cepillo u otros objetos.<sup>115,116, 117, 118, 119</sup>

<sup>113</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit . Pág. 300

<sup>114</sup> Ib. Pág. 301

<sup>115</sup> Nachón M.G. Manifestaciones bucales . Revista Medica Vol.3 No.2 , 2003.Pág. 235-244

<sup>116</sup> De Moor R.J.G. Op cit. Pág. 725-732

<sup>117</sup> Bouquot J.E. Bulimia Nervosa. Practical Periodontics Vol. 9, 1997 Pág. 655 – 663

<sup>118</sup> Nachón M.G. Op cit. Pág. 235-244 2003.

<sup>119</sup> Mendoza S.M. Prevalencia de alteraciones bucodentales en pacientes con diagnostico de anorexia y bulimia nerviosa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Facultad de Odontología UNAM, 2003

## 5.7 QUEILITIS

Se denomina queilitis a las lesiones inflamatorias inespecíficas de los labios. Es la entidad más frecuente en labios, regularmente no presenta etiología específica, denominándose queilitis aguda o crónica según el tiempo de evolución.<sup>120</sup> Es una condición caracterizada por el enrojecimiento y agrietamiento de los labios, que suele ser provocada por la deficiencia vitamínica.<sup>121</sup>

En los casos de bulimia es común la queilitis exfoliativa en la que se observa una descamación persistente en el labio inferior. Se produce una exfoliación importante de epitelio, quedando una superficie eritematosa insensible que recidiva sucesivamente. La mayoría de los casos son mujeres jóvenes que refieren alteraciones de personalidad.

Otro tipo de queilitis que presentan estos pacientes es la localizada en los comisuras labiales donde la etiología es variable, por ejemplo: factores mecánicos, enfermedades sistémicas, padecimientos dermatológicos, agentes biológico – infecciosos (virus, bacterias, hongos). Se caracteriza por una lesión inespecífica, ulceración superficial y formación de costras en los ángulos labiales, pudiéndose extenderse a piel. Clínicamente se manifiesta como un área de forma triangular eritematosa unilateral o bilateral, puede haber exudación y formación de costras. El tratamiento se basará en eliminar el agente causal.<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit. Pág. 161

<sup>121</sup> Abrams R, Ruff J. Oral Signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. JADA Vol. 113, 1986 Pág. 761-764

<sup>122</sup>. Bagán J.V, Ceballos A. Fenoll A. Op cit . Pág. 163- 164

## 6. MEDIDAS PREVENTIVAS

Como parte del tratamiento a estos pacientes es necesario concientizar en las medidas preventivas que se deben realizar para el mantenimiento de la salud oral y evitar las consecuencias provocadas por los ácidos gástricos. Sin embargo estas pueden ser utilizadas para disfrazar los signos de la enfermedad.

### 6.1 FLUORUROS

Los dentríficos fluorados, la aplicación tópica de fluoruro de sodio (0.4%) y enjuagues de fluoruro de sodio (0.05%) incrementan la resistencia del diente a la disolución ácida. Bartlett y colaboradores reportaron que la pasta dental fluorada comparada con la no fluorada provee más protección a la erosión durante un estudio de laboratorio. El resultado sugiere que la aplicación prolongada a altas concentraciones de fluoruro reduce la solubilidad durante un episodio erosivo.<sup>123</sup>

### 6.2 CEPILLADO

Los pacientes bulímicos son muy escrupulosos con su higiene oral regularmente después de un episodio de vómito realizan el cepillado, sin embargo hay que advertirles del daño que se puede ocasionar este ya que los prismas del esmalte debilitados por el ácido al ser arrastrados provocan abrasión mecánica.<sup>124</sup>

---

<sup>123</sup> Sundaram G, Bartlett. Preventative measures for Bulimic patients with dental erosion. Eur. J. Prosthodont. Rest. Dent., Vol.9, No.1 pp. 25-29

<sup>124</sup> Touyz S.W, Liev V.P, Frisken K. Op. Cit. Pág. 341-348

### 6.3 GOMAS DE MASCAR CON XILITOL

Pacientes han informado los posibles beneficios de las gomas de mascar libres de azúcar posterior al vómito. Su acción esta en incrementar el flujo salival ayudando a la capacidad Buffer, esto se soporta en base a los conceptos de prevención de caries y estimulación del flujo salival, aumentando la concentración de calcio y iones de hidroxifosfatasa lo cual proporciona un potencial para la remineralización.

Estas gomas son bacteriostáticas en pacientes susceptibles a caries. Se ha reportado su capacidad de formar iones de calcio los cuales penetran en las zonas de desmineralización. La evidencia sugiere que estas gomas junto con el fluoruro después de un episodio de vómito minimiza la erosión dental en los pacientes bulímicos. <sup>125</sup>

El xilitol fue descrito por primera vez en 1890. Ha demostrado ser un sustituto de azúcar efectivo en la prevención de caries, éste puede ser fabricado a partir del árbol de Abedul, residuos de maíz, cáscaras de cacahuate, etc. Su mecanismo de acción tiene efectos salivales, microbiológicos, bioinorgánicos. . Los efectos microbiológicos provocan que los microorganismos cariogénicos no metabolizen el xilitol y esto evita el crecimiento de colonias de *S.mutans* y dentro de los bioinorgánicos se inhibe la precipitación del calcio en solución. <sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Sundaram G, Bartlett. Op. Cit. pp. 25-29

<sup>126</sup> Seif T. Cariología prevención, diagnostico y tratamiento. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. Venezuela, 1997 pp. 211-213

---

## 6.4 ANTIACIDOS

Se aconseja a los pacientes el uso de enjuagues alcalinos después de vomitar ya que con esto se reduce el daño de la erosión dental, de tal manera que los enjuagues incluyen líquidos antiácidos los cuales se usan durante 60 segundos después de consumir bebidas con un pH bajo o después del vómito.<sup>127</sup>

## 6.5 DESENSIBILIZANTES

Son prácticos cuando los pacientes no desean adoptar ninguna de las medidas preventivas anteriores. En exposición de dentina es muy prudente proteger la superficie para evitar futuros daños causados por la erosión.<sup>128</sup>

Las medidas preventivas, tienen por objetivo minimizar el daño causado por la erosión y no son promotores de la conducta bulímica.

---

<sup>127</sup> Sundaram G, Bartlett. Op. cit. Pág. 25-29

<sup>128</sup> Ib. Pág. 28

## CONCLUSIONES

Los cirujanos dentistas de practica general que tratan con adolescentes deben realizar el diagnostico temprano de las manifestaciones relacionadas con patrones de la conducta alimentaría, además de brindarles asesoramiento y remitirlos con especialistas para un tratamiento adecuado y un pronostico favorable.

El paciente debe reconocer su padecimiento bulímico; debido a que ninguna de las manifestaciones orales son patognomónicas de este trastorno. Una vez que el diagnostico es confirmado, el odontólogo debe informar a los padres, la conducta de sus hijos, de forma discreta ya que la mayoría de los adolescentes al ser descubiertos se niegan al tratamiento. Del 10 al 30% de los pacientes que son tratados reinciden en un lapso de cinco años.

En el manejo odontológico, las revisiones deben ser continuas y las medidas de tipo preventivo como el uso de enjuagues de fluoruro de sodio (0.05%) aplicaciones tópicas de fluor (0.4%), colutorios con bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio y tratar de evitar el cepillado inmediato después de un episodio de vómito para no acelerar el proceso de erosión y evitar la sensibilidad. El tratamiento restaurativo se realizara una vez que el paciente es controlado el cual puede constar desde una resina, hasta prótesis. El plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno como de su magnitud. Son muy comunes las dificultades terapéuticas y los fracasos en los tratamientos, pero esto no debe desmotivar a los clínicos y debe considerarse como un reto importante en la recuperación y mantenimiento de la salud oral, además de conseguir función y estética.



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrams R, Ruff J. Oral Sings and symptoms in the diagnosis of bulimia.  
Journal American Dental Association Vol. 113, 1986 Pág. 761-764
- Ali D.A, Rodríguez L.O, Moody E.L. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. Journal American Dental Association.  
Vol 133, 2002. Pág. 734- 737.
- Barriguet, M. Comunicado de Prensa No. 629. Secretaria de Salud. 13 de  
Noviembre 2005.
- Bidwell H.L, Dent D, Sharp J.G. Bulimia-induced dental erosion in a male patient. Quintessence International. Vol. 30 No.2, 1999. Pág. 135-137
- Bonilla, E D. Oral rehabilitation of bulimic patient: A case report.  
Quintessence Internacional. Vol. 32 (6) 2001. Pág. 469
- Bouquot J.E, Seime R.J. Bulimia Nervosa: Dental perspectivas. Practical  
Periodontics and Aesthetic Dentistry Vol 9, 1997 Pág. 655 – 663
- Casanueva Esther, Kaufer-Horwitz Martha. Nutriología Médica. 10<sup>a</sup> ed.  
Editorial Medica Panamericana, Fundación Mexicana de Salud. México  
2001. Pág. 719
- Chávez F. Antecedentes históricos de la anorexia. (Nueva Época). Plaza y  
Valdez editores. Departamento de Psicología. Psicología Iberoamericana.  
Vol.3 No.2 1995. Pág. 3-4
- Comunicado de prensa No. 355. Secretaria de Salud. 12 de Julio 2005

De Moor R.J.G. Eating disorder-induced dental complications: a case report.  
Journal of Oral Rehabilitation Vol. 31 2004. Pág. 725-732

Dobrosielsky K. Biology of the Salivary Glands. CRS Press. USA, 1993. Pág.  
3-401

Feinholz D. Anorexia y Bulimia aspectos psicológicos. Cuadernos de  
Nutrición. Vol.20 No.5 1997. Pág. 12-16

Feinholz Dafna. Adolescencia los trastornos de la conducta alimentaria.  
Cuadernos de nutrición. Vol.20 No.5 1997 Pág. 5,6

Feinholz Dafna. Adolescencia para comprender. Cuadernos de nutrición.  
Vol.20 No.5 1997. Pág.7-11

Gamero C.E. La insoportable levedad del nunca comer.  
<http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n36/ambiente.htm#2.%20Historia%20incomible>

Gay, O. Ramírez G.E. Anorexia y Bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos.  
Revista de la Asociación Dental Mexicana. Vol 52 2000 Pág. 23- 32

Gordon JC. Oral care for patients with bulimia. Journal American Dental  
Association. Vol. 133, No 12 , 2002 Pág. 1689-1691

Holtz V. Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Psicología  
Iberoamericana (Nueva Época). Plaza y Valdez editores. Departamento  
de Psicología Vol.3 No.2 1995. Pág.5-8

Little J.W. Eating disorders: Dental implications. Oral Surgery, Oral Medicine,  
Oral Pathology. Vol. 93 No. 2 2002 Pág. 138-143

- Mahan, Kathleen. Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10ª ed. McGraw- Hill Interamericana, México 2001. Pág.1073
- Mandel L. Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. Journal American Dental Association. Vol.135 No. 5, 2004. Pág. 613-616
- Matzkin V. Los orígenes de la anorexia y la bulimia nerviosa [www.nutrinfo.com.ar](http://www.nutrinfo.com.ar)
- Mendoza S.M. Prevalencia de alteraciones bucodentales en pacientes con diagnostico de anorexia y bulimia nerviosa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Facultad de Odontología UNAM, 2003 Pág. 74
- Mueller J.A. Eating Disorders: Identification and Intervention. The Journal of contemporary dental practice. Vol.2 No. 2, 2003 Pág. 345-349
- Nachón M.G. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos compulsivo purgativo. Revista Medica Vol.3 No.2, 2003. Pág. 235-244.
- Palma, Marcela. Trastornos de la conducta alimentaría. Cuadernos de Nutrición. Vol. 20 Num.5. Septiembre ,1997. Pág. 26
- Pinkham, J.R. Odontología Pediátrica. 3ª ed. McGraw-Hill Interamericana, México 2001. Pág.701
- Romero,R.S.TrastornosAlimenticios.[www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- Rutzstein G. El aspecto central de la anorexia nerviosa. Investigaciones en Psicología. Instituto de investigación de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año II vol.1, 1997. Pág. 89-97

Schöning H, Emshoff R. Necrotizing sialometaplasia in two patients with bulimia and chronic vomiting. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Vol 27 1998. Pág. 463-465

Seif T. Cariología prevención, diagnóstico y tratamiento. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. Venezuela, 1997. Pág.350

Sundaram G, Bartlett. Preventative measures for Bulimic patients with dental erosion. Eur. J. Prosthodont.Rest. Dent., Vol.9, No.1, 2001 Pág. 25-29

Szmukler, G. Dare C. Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and research. John Wiley & sons. England, 1997. Pág. 420

Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ediciones Doyma. España 1988.

Touyz S.W, Liev V.P, Frisken K. Oral and Dental complications in dieting disorders. International Journal Eating Disorders Vol.18 1993. Pág 341-348

Unikel C, Bojórquez I. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México/ Vol.46, no.6, noviembre-diciembre de 2004. Pág.510-514

---

## GLOSARIO

**ALCALOSIS:** Estado anormal de los líquidos corporales, caracterizado por una tendencia al aumento de pH. La alcalosis metabólica puede deberse a la pérdida significativa de ácido gástrico por vómito, ingesta excesiva o retención de bicarbonato. Gran parte de las causas son iatrogénicas como el tratamiento con soluciones salinas, uso prolongado de diuréticos, esteroides, ingestión no controlada de antiácidos.

**ANTIÁCIDOS:** Son productos que neutralizan el ácido clorhídrico por reacción química en el estómago.

**ARRITMIA CARDIACA:** frecuencia o ritmo anormal de las contracciones miocárdicas auriculares o ventriculares.

**DESGARRES ESOFÁGICOS DE MALLORY-WEIS:** Es una condición que se presenta en la unión del esófago y el estómago con presencia de sangrado. Surge a causa de vómito, tos o convulsiones prolongada.

**EMÉTICOS:** Sustancias que provocan el vómito. Se usan en casos de intoxicación siempre y cuando la persona esté consciente.

**ESTREÑIMIENTO:** Evacuación difícil o infrecuente de las heces, dureza de estas o sensación de evacuación incompleta. Obedece a múltiples causas tanto orgánicas como funcionales.

**HIPOCALIEMIA:** concentración sérica de potasio inferior a 3.5 mEq/l (mmol/l). La pérdida excesiva de potasio, sea por vía urinaria o gastrointestinal constituye una de las principales causas de hipocaliemia. Entre las causas renales no intrínsecas debe incluirse el efecto de los diuréticos. Clínicamente se caracteriza por alteraciones en el electrocardiograma, debilidad, puede estar provocada por el ayuno, tratamiento de la acidosis diabética, tumores adrenales o tratamiento con diuréticos. La hipocaliemia leve puede resolverse por sí sola, en una de tipo grave debe tratarse con la administración oral o parenteral de cloruro potásico.

**HIPONATREMIA:** niveles anormalmente bajo de sodio en sangre, provocado por una excreción inadecuada de agua o por exceso de agua en sangre circulante, se caracteriza por una concentración de sodio sérica inferior a 13mEq/l (mmol/l). Las manifestaciones clínicas incluyen apatía, agitación, anorexia, diarrea, calambres musculares, náuseas, poliuria y vómitos.

**HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA:** Descenso excesivo de la presión arterial (>20/10mm Hg.) se produce cuando una persona adopta la posición erecta. Regularmente se presenta en pacientes con alteración de los reflejos.

**INANICIÓN:** estado físico caracterizado por una marcada debilidad, gran pérdida de peso y un bajo metabolismo derivados de la falta total o considerable de alimentación.

**INTERVALO QT PROLONGADO:** el intervalo QT se conoce como periodo de sístole eléctrica de los ventrículos, refleja la longitud del potencial de acción de las células miocárdicas ventriculares. Su duración es de aproximadamente 0.4 seg.

**JARABE DE IPECACUANA (IPECAC):** es un emético proveniente de la raíz seca de la ipecacuana que se cultiva en Brasil, la ipecacuana produce náuseas intensas, vómito y cólicos intestinales. Si se consume una cantidad excesiva de ipecacuana, puede causar mareo, taquicardia y palpitaciones. Se han descrito casos de personas con bulimia que abusaron del uso de la ipecacuana, tomándola con frecuencia para inducir el vómito, y presentaron daños musculares o cardíacos graves y, en algunos casos, incluso causó la muerte. La ipecacuana no debe usarse durante el embarazo y la lactancia.

**LAXANTES:** Son todos aquellos medicamentos que producen un aumento del ritmo intestinal. Pueden hacerlo por el aumento de la movilidad de los músculos de la pared intestinal: son los llamados estimulantes (Antraquinonas, Fenolftaleína, Bisacodilo, etc.). Estos tienen una acción directa sobre las terminaciones nerviosas del intestino, especialmente en el colon. Su acción aparece a las 6-12 horas. No se recomienda, el uso prolongado.

**REDUCCION DE FILTRACIÓN GLOMERULAR:** resultado de una alteración de la capacidad del riñón para diluir la orina y excretar agua condicionando el desarrollo de sobrehidratación, hiponatremia y crisis convulsivas. Síntomas: apnea cefalea, irritabilidad, náuseas, vómitos y taquicardia. La confirmación del diagnóstico suele basarse en los datos de laboratorio que muestran un pH sanguíneo superior a 7.45