



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

**ANOREXIA Y BULIMIA COMO
PROBLEMA DE SALUD BUCODENTAL**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

NANCY EUGENIA GONZÁLEZ PÉREZ

**DIRECTORA: C. D. REBECA ACITORES ROMERO
ASESORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER**

MÉXICO D. F.

MAYO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi Padre Celestial, por que me has dado vida, valentía, coraje y espíritu de triunfo... hasta ese gran día que nos encontremos, gracias padre por cada una de tus bendiciones.

A Mi Madre

Ejemplo, Constante de superación y apoyo incondicional. Sobre todo, por ser parte de mi sueño y ayudarme a conseguirlo por ser el pilar de mi familia y por creer en mi ya que con tus esfuerzos día con día para poder llegar a este momento. Con nada podría pagar tu gran amor y tu ayuda. Muchas gracias. Te amo Mami linda.

A Mi Esposo

No hay mayor bendición en el mundo que tu compañía...

Mi amor gracias por acompañarme en cada momento de mi vida y sobre todo por tu apoyo incondicional por tu amor, comprensión y paciencia. Por ser el incentivo de mi vida. Gracias por ser mi compañero y mi único amigo eres una gran persona en todos los aspectos. Te amo muchísimo.

A Mi Hermana.

Por apoyarme siempre en el transcurso de estos años, tu fortaleza me ayudo a luchar por mis ideales...Gracias flaquis, Te quiero mucho.

A Mi Sobrino Jonhy.

Una mirada expresa mas que mil frases de amor y es el alimento de la superación ... Juntos hasta nuestra meta. Gracias pequeño. Te adoro.

A Mi Abuelo

Indequebrantable espíritu que subsiste ante la adversidad infranqueable...mi mayor herencia, gracias Cris Te amo.

A Mi Abuela

En buena madera se apoya nuestra familia... tu voluntad nos hace permanecer, juntos Te quiero mucho Luchis.

Dedicatorias.

C.D. Rebeca Acitores

Gracias por su ayuda y para la realización de este trabajo, por brindarme su ayuda incondicional. Por su linda forma de ser. Gracias. ..

Dra. Mirella Feingold

Vanguardia en la ciencia medica de nuestro país... gracias doctora por compartir cada uno de sus conocimientos en la realización de este trabajo. Su tiempo y paciencia.

C.D. María Elena Nieto

Por su ayuda y comprensión y sobre todo por tener siempre tener una cara amable
Gracias.

C.D. Patricia Henonin

Gracias por siempre tener una palabra para animarnos para seguir adelante..



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1	ANTECEDENTES.....	8
2	Trastornos de la conducta alimentaria.....	12
2.1	Imagen corporal.....	13
2.1.1	Cuerpo femenino.....	14
2.1.2	El cuerpo en anoréxicas y bulímicas.....	16
2.1.3	Influencia de los medios de comunicación.....	18
3	ANOREXIA Y BULIMIA.....	21
	A) Definiciones	
3.1	Anorexia.....	21
3.2	Anorexia nerviosa.....	21
3.3	Bulimia.....	21
4	ANOREXIA NERVIOSA.....	22
4.1	Etiopatogenia.....	22
4.2	Características clínicas.....	24
4.2.1	Signos y síntomas.....	24
4.3	Factores predisponentes.....	25
4.4	Vulnerabilidad biológica.....	26
4.5	Factores familiares.....	27
4.6	Factores psicológicos.....	27
4.7	Criterios de diagnóstico.....	29
4.8	Tratamiento.....	29
4.9	Pronóstico.....	30
5	BULIMIA NERVIOSA.....	31
5.1	Etiopatogenia.....	32
5.2	Características clínicas.....	34
5.2.1	Signos y Síntomas.....	35



5.3	Factores predisponentes.....	36
5.3.1	Vulnerabilidad biológica.....	38
5.4	Factores Familiares.....	39
5.5	Factores Psicológicos.....	40
5.6	Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa.....	40
5.7	Tratamiento.....	41
5.8	Pronóstico.....	41
6	ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA.....	42
6.1	Epidemiología y prevalencia.....	42
7	MANIFESTACIONES BUCALES Y COMPLICACIONES DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.....	44
7.1	Erosión del esmalte.....	45
7.2	Saliva.....	46
7.3	Caries.....	47
7.4	Mucosa.....	48
7.5	Periodonto.....	49
7.6	Lesiones de tejidos blandos.....	50
7.7	Sialoadenosis.....	51
7.8	Xerostomía.....	52
7.9	Hipersensibilidad dental.....	53
8	Tratamiento y manejo dental.....	54
9	CONCLUSIONES.....	56
10	BIBLIOGRAFÍA.....	57



INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI los trastornos de la ingesta se caracterizan de manera general, por una relación inapropiada del individuo con respecto a sus nutrientes, con un mal manejo de los mismos y con los resultados que mas adelante explicaremos.

Existe una grave desviación de los hábitos alimenticios, llegando mas allá de un problema conductual, presentándose en un gran número de adolescentes, tanto de sexo femenino (sobre todo) como de masculino, jóvenes. , afectando a su salud física y emocional y se le ha determinado como anorexia y bulimia, perjudicando incluso, su desempeño social y profesional.

Las variantes principales de los trastornos de la ingesta incluyen: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e ingesta compulsiva de comida, siendo estos fenómenos muy complejos y relacionados, biológicamente. Con un común denominador que es el balance calórico (relación ingreso – gasto calórico), al que consideramos como el factor desencadenante de la mayoría de los trastornos locales y sistémicos que presentan los pacientes.

Es importante destacar que los síndromes de anorexia y bulimia son trastornos de alimentación que tienen un fondo conductual básico de miedo, ansiedad permanente a la obesidad, relacionando esto con momentos depresivos y alteraciones importantes del organismo y afectando la cavidad bucal.



Ambos trastornos alimentarios están sumamente ligados y relacionados y difícilmente se encuentran solos en un paciente, sino que asociados.

La anorexia y bulimia nerviosa, ocupan un lugar muy importante dentro de la cavidad bucal provocando principalmente descalcificación, erosión del esmalte y caries extensa entre otros.

Y como son padecimientos que están apoderándose poco a poco de nuestros adolescentes, influenciados además, por los medios de comunicación, se ha convertido en un grave problema para el Sector Salud en nuestro en México.

Ya que a nivel mundial. Cada vez más niños de temprana edad se ven involucrados en ésta problemática.

Este trabajo, pretende dar a conocer las principales alteraciones que se presentan en la anorexia y bulimia con la finalidad de que el Cirujano Dentista las detecte oportunamente y evite complicaciones más severas.



1. ANTECEDENTES

Desde la Edad Media existen reportes sobre la anorexia ya que las monjas seguidoras de San Jerónimo, se imponían un ayuno voluntario hasta llegar a estar tan delgadas que perdían su menstruación (amenorrea). También se conoce que la princesa Margarita de Hungría murió de inanición intencionada, esto se llevó a cabo por conductas religiosas.

Un hecho histórico es que una monja Carmelita, se comió al día durante siete años una hostia de eucaristía como penitencia.

Entre los siglos V y XVI aparecen una serie de referencias de las conductas de restricción alimentaria, algunas muy importantes, llegando al total rechazo de los alimentos, justificando una conducta religiosa.

Los primeros reportes de anorexia nerviosa datan de 1684 en Inglaterra, Morton la definía entonces, como trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado "Consumisión Nerviosa".

El término de anorexia mental o nerviosa, data del siglo pasado y fueron los autores E.C. Lassegue médico del Hospital La Pittie de Paris en 1873 y William Gull en Londres en 1874, quienes lo aplicaron. Muchos teóricos pasan por alto el informe de Morton y consideran que Lassegue y Gull son realmente los que realizaron reportes médicos completos sobre este padecimiento.



Lassegue y Gull asocian además, el criterio central de diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicógeno, el miedo anormal a la obesidad.

A partir de entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia en países como EUA, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre otros. Muchos de estos trabajos asociaban ya a la anorexia con síntomas bulímicos, hay que hacer notar que se consideraba a la misma, como un mero síntoma de la anorexia, por lo que, también su historia se entrelaza para separarse finalmente entre 1980 y 1987 con la edición y revisión del “Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders” de American Psychiatric Association.¹

En cuanto a la bulimia, si existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba a la que hoy se conoce como bulimia término que se deriva del griego “Bulimi” (traducido como hambre del buey). En los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita como curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades; Los primeros reportes datan de fines del siglo XIX, aunque generalmente se asocian con anorexia nerviosa.

En los siglos XVII Lassegue y Gull analizaron la anorexia y bulimia nervios identificándolas como simples trastornos denominándolos “Inedia Prodigiosa y Anorexia Mirabili”, la palabra anorexia nerviosa es utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola sinónimo de falta de apetito, de acuerdo al significado del vocablo griego anorecktous.



Autores como Sollier 1891, Bouveret, 1893, Girou, 1905, Jannet 1908 y Schottky 1932, describen al vómito autoinducido en pacientes anoréxicas como recurso para contrarrestar la obligación de comer, para evitar el ganar peso.

En cuanto al abuso de laxantes o medicinas tiroideas con el propósito de controlar el peso, se reportó por primera vez en Nogues, en 1913 y después, en forma esporádica de los años 30 en adelante, sin embargo la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940.

El trabajo de Ludwing Binswagner 1944, es quizá el reporte mas temprano y detallado sobre la conducta anoréxica, que después, se convierte en predominantemente bulímica.

Otros estudios, reportan que este tipo de conductas bulímicas también se observan en la Diabetes Mellitus, Malaria y entre niñas que vivían lejos de sus familias en internados. Selling y Ferraro en 1945 comentan la aparición de la conducta bulímica entre la población no anoréxica, ellos observaron este dato en niños refugiados en EUA y enfatizaron la relación entre inseguridad psicológica y “atascarse” de comida; el miedo a volverse obeso aparece claramente en 1890, Charcot realizó un estudio en Worthtington y describe un caso en el que trató a una joven anoréxica en un estado crítico, un día mientras la exploraba, encontró que tenía un lazo muy apretado alrededor de su cintura. La paciente confesó que ese lazo era la medida de su cintura y nunca debía excederla “prefiero morir de hambre antes de ponerme obesa como mi madre” . .

Desde ese momento Charcot asoció la fuerza motivante con el síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa.



La búsqueda de la perfección no se limita al cuerpo, se extiende a otros dominios que hacen recordar novelas antiguas sobre mujeres muy jóvenes. Este ideal de perfección aparece casi siempre, a los ojos de los demás, visión que sirvió de guía en la ausencia de criterios propios.

El perfeccionismo no es sinónimo de búsqueda de perfección, pero, la anorexia nerviosa necesariamente si es una forma de enfrentar la tarea, desde la inseguridad y el temor a no ser aceptado por la sociedad.²

Finalmente, Abraham en 1916, Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkar 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia ligándola a estados neuróticos.

El efecto de estos trastornos sobre los dientes y estructuras bucales fue reconocido hace aproximadamente 30 años en los 70s por Hellstrom.³



2. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

La anorexia y la bulimia nerviosa pueden ser estudiadas como un trastorno de la conducta alimentaria, mismas que van acompañadas de momentos depresivos que tienen que ver con una autopercepción distorsionada de la imagen corporal, y una obsesión desmedida por obtener el peso ideal.

Nos encontramos ante una epidemia de trastornos de la conducta alimentaria, con una fuerte tendencia a la cronicidad en algunos casos, a la muerte que dejan una secuela de disfuncionalidad para quienes la sufren y la familia.

Hay una gran parte de las mujeres, que vive obsesionada por su imagen corporal.

Nunca en la historia de las enfermedades, se ha registrado un índice tan alto de personas que se sienten devaluadas a causa de su físico y en especial por su aparente “exceso de peso”, sea real o imaginario.

Los trastornos de la alimentación se caracterizan por los trastornos cognoscitivos y las alteraciones conductuales asociados a la dieta, al peso y a la figura y siempre se manifiestan ligados a una psicopatología importante.

Estos no se encuentran distribuidos de manera uniforme en la población. De los pacientes que se presentan con signos y síntomas de anorexia y bulimia, más del 90% son del sexo femenino, más del 95% son de raza blanca y más del 75% son adolescentes.



En la actualidad, el modelo etiopatogénico mas aceptado es el biopsicosocial, que permite explicar la génesis y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaría y presenta ventajas desde el punto de vista terapéutico y preventivo.⁴

Este modelo considera que la anorexia nerviosa es consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) junto con otros de tipo social familiar y cultural.⁵

2.1 IMAGEN CORPORAL

La edad promedio en que se presentan estos padecimientos es en la adolescencia, entre los 14 y 18 años, sobre todo en la mujeres, quien sin defensas intelectuales, ni argumentos físicos, resultan mas vulnerables a padecer estos trastornos alimentarios.

La paciente anoréxica abusa de su sentimiento temor e inseguridad y a que su imagen no sea aceptada por la sociedad. Tiene también la necesidad de mantenerse obsesivamente delgada. No así la bulímica, que mantiene en secreto su enfermedad, como su peso es normal, ejerce otras medidas, como episodios de sobre alimentación, para posteriormente consumir laxantes. Recurre a vómitos frecuentes y con ello, alivia su sentimiento de culpa según los especialistas. La bulímica, a diferencia de la anoréxica tiene mas conciencia de su enfermedad y suele terminar por solicitar ayuda. Cuando los familiares observan su estado optan por llevarla a tratamiento médico.

En la adolescencia, el cuerpo adquiere un valor simbólico nuevo y cada adolescente tiene un curso madurativo propio.



La adolescencia común, es una etapa crítica del desarrollo; es el escenario ideal para la manifestación de los conflictos latentes y la expresión de los estados deficitarios del desarrollo psicosexual. Sin embargo, también expresa una etapa ideal para la reparación y progreso emocional.

2.1.1 CUERPO FEMENINO

Mientras que el órgano del varón es simple y visible, el órgano sexual femenino es oculto con una vida secreta y más compleja

Los primeros pasos en la alimentación ayudan a conocer las incipientes modalidades de relación maternofilial. El rito alimentario es reconocido como una forma de espacio natural de la maternidad, de incorporación recíproca, tanto del hijo como de la madre, y ejemplo clásico de las relaciones de apego.

Cuando en la fase anal aparece la retención y la expulsión de las heces, el niño descubre el poder que obtiene al controlar desde una negativa, de la alimentación. Oponerse al alimento, despierta los componentes sádicos en los vínculos insatisfactorios. Al rehusar la comida, adquiere connotaciones simbólicas de poder y lucha con la madre, quien da la comida y la vida.

En nuestra experiencia, hemos encontrado que muchas madres anoréxicas no están satisfechas con su identidad y, en muchos casos, tampoco con su propio cuerpo. Es fácil suponer que la aceptación del cuerpo no será un elemento a tramitar por estas madres. En cambio, sobrevaloran las fallas de déficit en sus hijas.

Un estudio sobre anoréxicas y bulímicas demostró que los padres de anoréxicas pensaban que su lugar estaba en el hogar y desconfiaban de la inteligencia de sus esposas. Así como que la inteligencia de sus hijas no era comparable con la de sus hijos.

Cuando las madres se encontraban insatisfechas con sus carreras, los padres desconfiaban aún más, acerca de la inteligencia de sus esposas. Desde una perspectiva sociológica y de género, algunos han propuesto que las curvas femeninas se vinculan con la falta de inteligencia y competencia. Así, en algunas anoréxicas, aparece un deseo de emular el cuerpo masculino y los valores mas reconocidos como propios del varón.

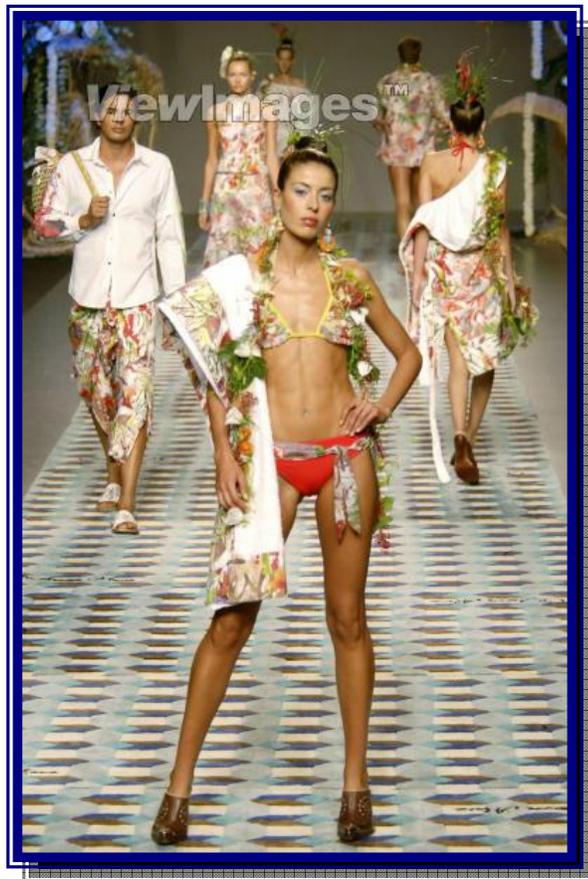


Fig. 1. Fuente: <http://cache.viewimages.com/>

2.1.2 EL CUERPO EN LAS ANORÉXICAS Y BULÍMICAS

El cuerpo expresa distintas modalidades de conflicto como déficit de la personalidad total. Asimismo, la angustia de absorber en el interior sustancias tanto peligrosas como destructivas generará respuestas paranoicas.



Fig. 2. <http://www2.uah.es/>

En el cuerpo de las pacientes, acontecerá una renegación delirante de su imagen real que les causa una auténtica fobia corporal; el cuerpo físico es renegado y sustituido por un cuerpo idealizado, objeto de deseo. En la anorexia la avidez hacia el pecho es destruirlo y, posteriormente, las anoréxicas se identifican con el pecho destruido, lo cual manifiesta un paso para la aceptación de la humillación que representa ser niña dependiente. Primero era el pecho y más tarde debe aceptar que no es así y reconoce que depende en su avidez, del pecho que destruye. El proceso habitual es el rechazo de alimentos que luego se transforman en vómitos e intolerancia a la ingestión. Esto es, como un intento de inmovilizar a sus propios objetos y conservar un control omnipotente sobre la relación sexual que así queda neutralizada.



Muchas anoréxicas evitan comer para no tener el cuerpo de una mujer, para no ser como la madre que odia y que quiere matar en su propio cuerpo. Hay un conflicto inusual que provee una ansiedad oral como un odio hacia la madre que revierte en agresión hacia su propio ser.

La única arma que tiene para lograr una autonomía, de manera paradójica, es abstenerse lo que demuestra con actitud autoagresiva.

La mayoría de estas mujeres comienzan la abstinencia de alimentos en la adolescencia para resolver un sentimiento agudo de autoduda y de devaluación, así como para buscar un método espiritual, para la perfección moral. Su comportamiento ascético que reduce sus cuerpos a un estado sexual y no reproductivo ha sido una manera de desafiar a los padres.

Las anoréxicas tienen incapacidad para controlar sus experiencias internas en su enfermedad. Se niegan a sí mismas para liberarse de la compañía de otros.

En las pacientes bulímicas, es frecuente en lugar de hablar con sus madres, comen de modo desaforado. Comen sin sentirlo, ya que así vinculan la relación con la madre, surge, el dolor en relación con ésta, que prefieren negar. De manera paradójica, se sigue repitiendo "la falta" las crisis integran el registro de compulsión a la repetición, se les entendería como intentos de ligar y no permitir a la pulsión oral constituirse como tal, lo que siempre aparece en las bulímicas es que tienen la sensación de ser vistas, salvo en los momentos de crisis. Es importante que las bulímicas hagan un duelo en la relación de complicidad con la madre, cuya existencia no sospechaban. Esta complicidad está destinada a conservar al padre oculto.⁶

2.1.3 INFLUENCIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

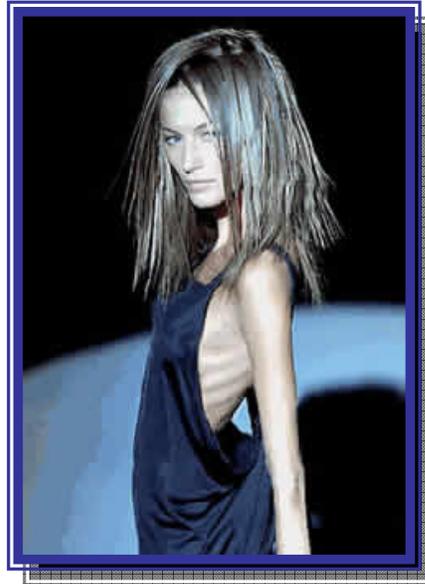


Fig. 3. Fuente: <http://www.alu.ua.es/>

Los medios de comunicación son uno de los factores más importantes en cuanto al desarrollo de la anorexia y bulimia, porque se refleja la moda e implican tipos de vestimenta, modelos a seguir, dietas diferentes etcétera.



Fig. 4. Fuente: www.adolescentesxlavida.com.ar/



En la vestimenta de la moda se exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos, a partir de las pantallas y las revistas de los máximos exponentes del género. En contraposición a la delgadez de las modelos, a las cuales transforman en ideal. Recientes investigaciones se han dado cuenta, que el peso promedio de adultas jóvenes se ha REDUCIDO. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el cuerpo ideal, así, la delgadez se transforma mas en la expresión de un modelo social el cual es un producto vendido por los medios de comunicación, la presencia de estrellas de espectáculos y modelos de moda que llevan a muchas mujeres a pensar, si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré. A cualquier precio aun de la propia salud. Lo cual en esta sociedad de consumo, se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito.

Con todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada, en lo que le tiende la cultura reinante, todo el mundo se ve afectado por estas presiones, pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario.

Las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve también el consumo de alimentos, gaseosa y golosinas, cada vez más tentadores con poco valor nutritivo y alto valor engordante.

En cuando a la familia toma un papel muy importante, a veces el exceso de protección deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por el contrario la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente mas importantes, por otro lado, la propia sociedad en que vivimos nos lleva a exigencias desmedidas que repercute en los desórdenes alimenticios hasta llegar a ser una patología.⁷



Fig. 5. fuente: <http://supernet.com.br/>



3. ANOREXIA y BULIMIA

DEFINICIONES

3.1 ANOREXIA.

Etimológicamente se define (sin apetito) OMS

Es un trastorno de la conducta con desviaciones en los hábitos alimentarios, que se expresa por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en los valores mínimos aceptados para una determinada edad o estatura.

3.2 ANOREXIA NERVIOSA

Es una enfermedad mental que consiste en una pérdida de peso derivada de un intenso temor a la obesidad y conseguida por la propia persona a través de una serie de conductas.

3.3 BULIMIA

Bulimia nervosa o bulimia nerviosa quiere decir literalmente: “hambre de buey”.

La bulimia es un trastorno mental que se caracteriza por episodios repentinos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de “atracones” y una preocupación exagerada por el control de peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para la salud.⁸



4. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa etimológicamente significa “sin hambre”, es una enfermedad mental que consiste en la pérdida de peso derivada de un intenso temor a la obesidad y conseguida por la propia persona que enferma a través de una serie de conducta

Afecta preferentemente a mujeres jóvenes entre 14 y 18 años.

Los principales trastornos de la conducta alimentaría de origen psíquico son anorexia nerviosa y bulimia.

Es la anorexia nerviosa una patología seductora; en la sociedad de la opulencia y del exceso, estas personas se mantienen con nada.

Esta heroicidad difícil de entender en nuestra sociedad actual, logra que esta patología atraiga a los medios de comunicación, mismos, que en estos últimos años han sido seducidos por la anorexia.

4.1 ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de este trastorno se interrelaciona de manera compleja con una serie de factores, psicológicos biológicos, genéticos familiares y socioculturales. En los últimos años la amplia repercusión socio sanitaria de este trastorno ha sido la causa de nuevas líneas de investigación en las que destacan principalmente los aspectos psicológicos.



Existen varias teorías del factor etiológico pero ninguna concluyente.

Estudios realizados especulan sobre la función alterada del neurotransmisor y vasoconstrictor que estimula al músculo liso y disminuye la secreción gástrica.

Por otra parte los trastornos del humor y la ansiedad asociada a estos trastornos podrían alterar los sistemas neuroendocrinos y neurotransmisores.

Desde el punto de vista psiquiátrico, se duda que sea exclusivamente biológico, ya que en casos en los que mas se presenta esta alteración, es en pacientes de un estrato socioeconómico medio alto.

Es decir alguna de las alteraciones observadas podrían ser el resultado y no la causa de distintas variables asociadas a la misma enfermedad, del mismo modo algunas de las alteraciones biológicas observadas podrían constituir una adaptación funcional del organismo a las conductas que aparecen en la anorexia.

La causa principal de la mayoría de los casos es hipogénica, influye sobre los centros hipotalámicos del apetito aboliendo la sensación del hambre y sobre los que se liberan gonadotropinas produciendo amenorrea.

La anorexia conduce a hipofagia, disminución del aporte calórico, y desnutrición, desaparición del tejido adiposo y catabolismo proteico.⁹

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

4.2.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Exploración física

Pérdida significativa de peso más del 25% del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento, disminución de masa corporal.



Fig. 6 y 7. Fuente: <http://www.beaconschool.org/>

SIGNOS

- Disminución de masa muscular.
- Amenorrea, útero y ovario hipotrófico en ecografía.
- Estreñimiento.
- Vaciamiento gástrico lento.
- Bradicardia.
- Hipotermia.
- Oliguria, deshidratación, edemas.
- Hipertrofia parotídea (especialmente en vomitadores).
- Alteraciones dentales gingivales (especialmente en vomitadores).
- Piel seca descamada.
- Signo de Russell (Lesiones en la mano por vómitos autoprovocados)¹⁰



SÍNTOMAS

- Miedo intenso a subir de peso
- Imagen corporal distorsionada.
- Pérdida importante de peso en breve tiempo.
- Sentimiento de culpa o depresión por haber comido.
- Negación total de la enfermedad.
- Depresión.
- Irritabilidad, tristeza e insomnio.
- Hiperactividad.
- Disminución de la libido.
- Temor a perder el autocontrol.
- Pesarse compulsivamente.

4.3 FACTORES PREDISPONENTES

La anorexia se presenta principalmente en mujeres jóvenes entre los 11 y 25 años aunque no es exclusiva de este rango de edad, en anhelo de delgadez, una belleza basada en la delgadez; existen factores socioculturales que resultan importantísimos pero no exclusivos tanto para la anorexia como la bulimia son sumamente complejos con una multicausalidad.

La autoimagen general esta sumamente ligada a la imagen corporal, el grupo en el cual se desenvuelve y el núcleo familiar en que vive.

La relevancia del bajo peso es negada prácticamente siempre y suele carecer de conciencia de enfermedad.



Tanto los hábitos alimentarios desde la infancia, como la mala nutrición que una vez establecida produce alteraciones de todo orden, afectan e involucran especialmente al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal.

La mala nutrición y la cronicidad en una situación cada vez más estresante, provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio.¹¹

4.4 VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

Se le considera como un factor individual, puede ser heredado o adquirido; la vulnerabilidad es una alteración de las vías de transmisión neuronal, se le puede traducir como dismaduración hipotalámica así como alteración en la actividad cerebral de los neurotransmisores. De igual manera se observa un aumento significativo de trastornos en la esfera afectiva en los familiares de pacientes afectados por la anorexia nerviosa.

Algunos hallazgos muestran que estos pacientes presentan un déficit de actividad, que se corresponde con una predisposición a disminuir la ingesta de comida convirtiéndose posteriormente en una patología.

Distintos autores sostienen que, ciertas personas, tras una comida copiosa, basada principalmente en carbohidratos, producen una liberación exagerada de péptidos gastrointestinales lo cual da lugar a una respuesta de saciedad.



4.5 FACTORES FAMILIARES

Se observan con mucha frecuencia trastornos en la esfera afectiva, son familias sobreprotectoras y estrictas donde se disminuye la autonomía del paciente creando relaciones dependientes enfermizas que en ocasiones aumentan el trastorno.

Estas familias aparentemente son perfectas, pero en su entorno existen conflictos conyugales o frustraciones, ante sus aspiraciones personales no alcanzadas.

Madres pasivas ante su esposo que proyectan sus frustraciones y desilusiones en las hijas, con altas exigencias sociales de normas y apariencias.

Estos conflictos se ven reflejados en el paciente que manifiesta síntomas de anorexia nerviosa.

4.6 FACTORES PSICOLÓGICOS

Suelen ser individuos con tendencia al perfeccionismo, a la obediencia y a la sumisión, pero con actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados.

Johnson y Connor 1987, asociaron con la anorexia nerviosa estas características importantes:

La baja autoestima, alteraciones hacia su imagen corporal, el humor depresivo, los temores de separación e individualización, la clara tendencia al perfeccionismo, la obediencia, sumisión y desconfianza.



Fig. 8. Fuente: <http://babyjaneofhollywood.com/>

Desde el punto de vista etiopatogénico, estos trastornos de personalidad son factores de riesgo para que se desarrolle un trastorno de conducta alimentaria.

Junto con estos factores psicológicos, podemos encontrar predisponentes personales tales como:

- Sexo femenino (no limitativo)
- Edad entre 13 y 20 años
- Nivel social medio alto.
- Culturas occidentales.
- Antecedentes de obesidad o sobrepeso.
- Posible relación entre las alteraciones de la alimentación durante los primeros años de vida y la aparición de la anorexia a edad temprana ¹²

4.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ANOREXIA NERVIOSA.

- Percepción distorsionada del peso tamaño y figura corporal.
- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un rango mínimo para edad y estatura (85% del esperado), en el aspecto corporal dice “sentirse gorda “ cuando es evidente lo contrario
- Miedo intenso al sobrepeso aunque este se encuentre en los parámetros límites.
- En mujeres amenorrea por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.



Fig. 9. Fuente: www2.uah.es/

4.8 TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico para el síndrome de anorexia. Debe ser multidisciplinario e incluye terapia psicológica grupal, individual y familiar.



Se emplean medicamentos antidepresivos, estimulantes del apetito y antagonistas de la serotonina, tratamiento nutricional y el psicológico antes mencionado.

El tratamiento psicológico es la piedra angular para que todo lo antes descrito se pueda llevar a cabo; existen propuestas psicológicas como, la psicoanalítica que recurre en principio a las experiencias infantiles para después trabajar con el paciente.

Para la Integración del paciente al núcleo familiar y lo más importante, la disposición de los familiares y del sujeto a la recuperación.¹³

4.9 PRONÓSTICO

El pronóstico para este padecimiento es pobre y el curso de la enfermedad varía ya que un paciente puede sufrir un episodio único de ayuno, varios o no remitir hasta culminar desafortunadamente con la muerte.

Que se dan principalmente por inanición debido al desequilibrio hidroelectrolítico y nutricional, llegando al infarto, o en el caso más grave al suicidio.

Un 40 % de pacientes anoréxicas recuperan su peso normal, 30% mejora en forma importante su peso alcanzando el peso inferior al normal y el 5% se hace obesa.



5. BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa literalmente, quiere decir literalmente “hambre de buey”.

Existen una serie de factores que se describen como predisponentes para la aparición de la bulimia nerviosa, entre ellos se incluyen vulnerabilidad biológica, problemas familiares y presión social la bulimia se presenta principalmente en mujeres jóvenes entre 15 y 35 años, y se distingue de la anorexia nerviosa porque se presenta con muy poca frecuencia en hombres.



Fig. 10. fuente: <http://www.corriere.it/>

La bulimia nerviosa se define por la presencia de atracones recurrentes, y conductas compensatorias inapropiadas.

Existen dos tipos:

Tipo purgativo: cuando se utiliza la conducta compensatoria (vómito y anfetaminas).

Tipo no purgativo: cuando se utiliza la conducta compensatoria (restricción alimentaria y ejercicio excesivo)



Es frecuente que se le asocie a otras alteraciones de la personalidad. También con el abuso de alcohol, drogas y sexo.

Estos abusos son planteados de forma parecida al atracón ya que establecen una relación con las drogas o el sexo, parecida a la que se establece con el alimento.



Fig. 11. fuente: <http://koerner-home.de/>

5.1 ETIOPATOGENIA

En la bulimia no se conoce causa determinante, se considera que su etiología es multifactorial, la naturaleza episódica e incontrolada de la conducta alimentaría ha hecho que muchos investigadores infieran que la bulimia es debido a razones psicológicas de represión, en aspectos como conducta sexual, desaprobación personal, control o manipulación del ambiente externo. La baja estima y amor propio, los factores culturales y la depresión influyen de una manera determinante.

Además del sexo femenino y la raza blanca, se han identificado grupos de alto riesgo para los trastornos de conducta alimentaría como son las gimnastas, modelos azafatas, bailarinas etcétera.



La alarma social que está provocando este trastorno, motivó que el senado español en 1999, se contactara con profesionales de élite relacionado con estos grupos de riesgo: publicistas, diseñadores de moda, etcétera.

Respecto a los factores genéticos, algunos investigadores nos indican que tiene, un papel muy importante los antecedentes familiares en primer grado, que se vean afectados por un trastorno alimentario, bulimia o anorexia.

Todos los datos apuntan a que la bulimia nerviosa es mas frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes siendo la edad promedio de aparición los 20 años y la proporción mujer – varón al igual que la anorexia es de 10:1.

Cabe puntualizar que gran parte de los síntomas en las pacientes bulímicas pasan desapercibidos durante mucho tiempo, incluso años tanto a los ojos del especialista como a los de la propia familia.

Los sujetos diagnosticados con bulimia nerviosa presentaron más intentos de suicidio que los diagnosticados de anorexia.



5.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La característica frecuente de este padecimiento es la preocupación excesiva por la figura corporal y un rechazo patológico a subir de peso.

En todos los casos se caracteriza por “atracones de comida” seguidos por un sentimiento de culpa tan importante que la mayoría de las veces llevan a cabo una serie de comportamientos compensatorios como vomitar, laxarse, utilizar anfetaminas, sobreejercitarse, etc. para “contrarrestar los excesos de comida”.

Es importante mencionar que la mayoría de personas bulímicas tienen un peso corporal dentro de los parámetros normales.

Estudios han demostrado que los pacientes con bulimia tienen respuestas de hambre aumentada y de saciedad disminuidas con comidas ricas en contenido graso, comparado con comidas en contenido bajo en grasas y alto de carbohidratos.

Esta observación conduce a pensar que una dieta con contenido alto en carbohidratos y bajo en grasa disminuiría el consumo de alimentos en el atracón, este hecho es difícil de comprobar en la práctica clínica.

5.2.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

SIGNOS

- Hiperemésis (vómitos psicógenos).
- Esofagitis.
- Bradicardia.
- Peso normal o aumento del mismo
- Edema facial.
- Regurgitación y rumeación.
- Hipertrofia parotídea.
- Hipopotasemia (calambres).
- Amenorrea.



Fig. 12. Fuente: www.elsalvador.com/

SÍNTOMAS

- Obsesión por no aumentar de peso / o deseo compulsivo de perderlo.
- Comer más y más rápido que los demás.
- Estar a dieta una y otra vez con fracasos recurrentes.

- Incapacidad para detenerse al comer.
- Sentimiento de culpa después de comer.
- Necesidad de “compensar” la comida con vómito, laxantes o anfetaminas.
- Ayuno de una o varias comidas después de un atracón.
- Baja autoestima y autodevaluación.
- Tristeza y depresión recurrentes.
- Sensación de falta de control con la comida.
- Incapacidad de disfrutar cosas o situaciones placenteras.
- Necesidad de complacer a los demás y ser aceptado.
- Cambios en el deseo y actividad sexual.
- Ansiedad y nerviosismo.
- Antecedentes de abuso psicológico. Ejercicio excesivo.¹³

5.3 FACTORES PREDISPONENTES

La enfermedad se va apoderando progresivamente de la paciente, como si se tratara de una adicción, la niegan abiertamente rechazan el hecho de estar enfermas ante su familia, amigas y van obligadas al médico.



Fig. 13. Fuente: www.elsalvador.com/

En pocos meses se instaura el cuadro con poderosos mecanismos de autopercepción, la mayoría de ellos psicológicos que a continuación se mencionan:

- Terror a subir de peso o deseo compulsivo de perderlo.
- Trastorno severo de la imagen corporal.
- Negación total o parcial de enfermedad.



Fig. 14. Fuente: www.elsalvador.com/

- Compulsión a comer constantemente.
- Sueños con atracones.
- Razonamiento empobrecido.
- Elección de todo o nada.
- Temor a descontrolarse y dejarse llevar por sus impulsos.
- Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.



Fig. 15. Fuente: www.elsalvador.com



- Baja autoestima personal, física y a veces moral.
- Persistente sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.
- Severo egocentrismo donde el otro desaparece o es un instrumento.
- Fijación de metas por encima de su capacidad actual.
- Dificultad para captar las claves de interacción personal.
- Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.
- Oscilaciones rápidas de humor y estados de ánimo.
- Intensa lucha interna entre aspectos buenos y malos de la persona.¹⁴

5.3.1 VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

La bulimia se presenta en pacientes con tendencia a la obesidad, con vulnerabilidad biológica y depresiva, observando:

- Disminución de saciedad ante comidas grasa.
- Hipoglucemia tras el atracón.
- Disminución del sueño.
- Depresión.

5.4 FACTORES FAMILIARES

Es muy importante el núcleo familiar ya que enseñar y educar desde la infancia, influye considerablemente en la aparición de esta enfermedad. La necesidad del paciente por adelgazar es entendido en muchos casos, por la familia especialmente en aquellas que le dan mucha importancia a la apariencia.

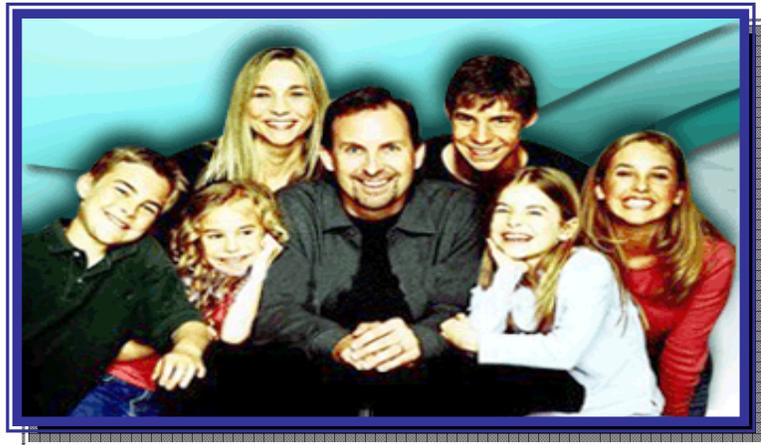


Fig. 16. Fuente: www.cinapef.esidi.com/

La mayoría de las pacientes presenta uno o varios de los siguientes síntomas.

- Irritabilidad y cambios bruscos de humor.
- Desorden con su ropa, habitación e incluso higiene.
- Evitación de compartir vida familiar y salidas sin límites.
- Mentira evitativa y también innecesaria.
- Robo de comida, dinero y objetos inútiles.



5.5 FACTORES PSICOLÓGICOS

La bulimia tiene una causa psicosocial importante, que produce alteraciones en el comportamiento y en la ingesta alimentaria, alternándose con periodos compulsivos de comer (atracones) con otras conductas compensatorias inadecuadas (dietas excesivas, provocación de vómitos), ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos), ejercicio excesivo; con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos.

Estos atracones generalmente aparecen a solas cuando con anterioridad se ha comprado gran cantidad de alimentos con alto contenido calórico, terminando con malestar estomacal o cuando es sorprendido por una persona conocida o desconocida en ese momento.

5.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVIOSA

- Episodios recurrentes de atracones de comida.
- Mínimo de dos episodios por semana en un lapso de tres meses.
- Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso: vómitos, laxantes, diuréticos y enemas, ayunos o ejercicio inmoderado.
- Preocupación excesiva por la figura y peso corporal.¹⁵



5.7 TRATAMIENTO

Para la bulimia nerviosa no existe un tratamiento específico pero éste deberá ser multidisciplinario, que incluye: terapia psicológica individual, grupal y familiar. Se requiere de un equipo especializado en patología de la alimentación.

El uso de antidepresivos resultan muy eficaces incluso más que si se usaran placebos.

Grupos de autoayuda que mejoren la comunicación y la convivencia familiar y de amigos que entiendan la enfermedad y ayuden a su curación.

5.8 PRONÓSTICO

En la bulimia se desconoce exactamente el pronóstico ya que hay pocos estudios confiables sin embargo, existen reportes en los que se asegura que la mayoría de los bulímicos se recupera por completo o por lo menos mejoran en un 80%. Sin embargo, cuando las alteraciones psiquiátricas son graves las personas tienden al suicidio.

De esta manera deducimos que el pronóstico es peor que el de la anorexia y un 40% de pacientes tratadas siguen bulímicas después de 18 meses de tratamiento y un 65% recaen después de un año de recuperación.¹⁶



6 ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

6.1. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Hacia mediados de los años 80 apuntaba que la incidencia de la anorexia se había duplicado en relación con los datos de las décadas anteriores.

Sin embargo, tales cifras probablemente sólo podrían estar representando un aumento en el número de diagnósticos y no un incremento en la incidencia del problema. Se estima que en la actualidad la anorexia nerviosa ocurre en 0.2 a 1.3 % de la población, con una incidencia anual de 5-10 casos por cada 100 habitantes.

En un estudio de la literatura (1995) sobre la epidemiología de la anorexia Devaud y Could concluyeron que la incidencia y prevalencia de ésta ha permanecido estable, aunque los trastornos anoréxicos atípicos a menudo autolimitados están incrementándose. Entre las mujeres de entre 15 y 45 años de edad.

Tannenhaus por su parte señala que, de acuerdo con los datos recientes (1965), la incidencia de la anorexia nerviosa oscila del 1/100 al 1/800 entre adolescentes de 11 a 18 años, en tanto que un estudio realizado en estudiantes de primer año de la universidad, el 4.5 % de las mujeres y el 0.4% de los hombres reúnen los criterios de diagnóstico de la bulimia nerviosa.



La tasa de incidencia tanto de la anorexia como de la bulimia tienden a ser mas altas en determinada población, tal como universitarias; esté tipo de ambiente y de esta edad, se da una alta prioridad a la delgadez, y la dieta es practica común.

La anorexia nerviosa es mucho más común en mujeres que en hombres, aunque aproximadamente 5 al 10 % de los pacientes con anorexia nerviosa son hombres. La anorexia típicamente comienza en la adolescencia y en adultos jóvenes, a una edad promedio de 17 años, aunque también ha sido reportada en niños de edad escolar y personas de edad media.

En cuanto a 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%, generalmente comienza en la adolescencia tardía después de haber intentado varias dietas de reducción de peso con poco éxito, frecuentemente , influenciados por los amigos o en su defecto familiares. Al igual que en la anorexia, el 90-95% de los casos de bulimia se da en mujeres, y en ambos trastornos, las pacientes son caucásicas, de la clase media alta¹

7. MANIFESTACIONES BUCALES Y COMPLICACIONES DENTALES DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.

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

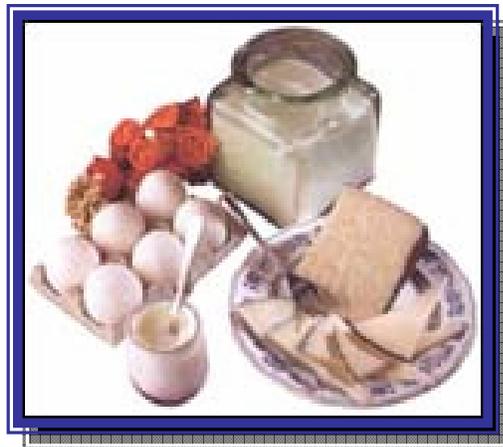


Fig. 16. fuente: <http://saludyalimentacion.consumer.es/>

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

- Descalcificación
- Erosión del esmalte.
- Caries extensa.
- Sensibilidad dental a estímulos térmicos.
- Periodonto
- Lesiones de tejidos blandos.
- Sialoadenosis
- Xerostomia

7.1 EROSIÓN DEL ESMALTE



Fig. 17. Fuente: gmtv.medicdirect.co.uk



Fig.18. Fuente: gmtv.medicdirect.co.uk

Aunque irónicamente baja, en porcentaje 38%, podría decirse que es la lesión dental típica de estos pacientes, en orden descendente de prevalencia:

- Erosión extensa incluye superficie palatina anterior
- Erosión moderada superficie vestibular anterior, superior.
- Erosión moderada superficie lingual y oclusal posterior superior e inferior y prácticamente inalteradas las superficies linguales inferiores.

Ausencia de pigmentaciones exógenas (café, te cigarrillo etc) sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio de la enfermedad ¹⁸

La presencia de la erosión depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos, duración del padecimiento, higiene (enjuague posterior al vomito).

La erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente de forma continua por lo menos durante dos años consecutivos.

Por lo anterior, el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión creando un verdadero reto restaurativo lo cual a su vez es complicado por los siguientes aspectos:

- pH salival
- Magnitud del flujo salival
- Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- Tipo de dieta ácida (frutas, condimentos y golosinas)
- Capacidad de amortiguación salival.¹⁹



Fig. 19. Pérdida de anatomía oclusal por erosión. Fuente: gmtv.medirect.co.uk

7.2 SALIVA

Milosevic y Dawson no encontraron diferencias significativas en los valores del pH, salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento de viscosidad, en contraparte Touyz y col. refiere que la saliva es mas acida 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 de la saliva como la xerostomía, son debidas a condiciones generales como malnutrición, mala absorción por deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos y por sialoadenosis.²⁰

7.3 CARIES

La caries es una enfermedad crónica, infecciosa multifactorial y transmisible que produce la desmineralización de los tejidos dentales, tienen carácter dinámico de tal forma, que pueden progresar lentamente frenarse e incluso remineralizarse o llegar a la destrucción total del diente, sobre ella incide ciertos factores relativos al ambiente bucal genético y conductual.

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal.

Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, ejemplo tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, por mencionar algunos.²¹

En estos pacientes pueden existir grados variables, de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC lo que contribuye a mayor presencia y acúmulo de biopelícula.²²



Fig. 20 y 21 Fuente: www.anamai.moph.go.th/

www.anamai.moph.go.th

7.4 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, faringea, palatina y gingival manifestándose aparte del eritema, dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso.²³

Las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas que interfieren en la conservación y recambio epitelial, pueden ocasionar queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.²⁴

7.5 PERIODONTO

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

Robert y Li estudiaron los índices de placa en estos pacientes y encontraron que, fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, sea el índice gingival, resultó mejor en los pacientes con anorexia; la resección gingival, no fue representativa contrario a los resultados.²⁵



Fig. 22. Fuente: www.koenig-hilger.de/

La recesión gingival y gingivitis es más frecuente en los padecimientos alimentarios, contrario a la periodontitis. Según Liew y col apoyan a lo anterior.

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

El diagnóstico en pacientes con trastornos alimenticios antes descritos, es importante para poder distinguir en forma aquellos que resultan con episodios que cursan con vómitos de corta duración, dado que éstos, no presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como reconocer las condiciones dentales locales, como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias²⁶



Fig. 23 24 Fuente: www.dental.mu.edu/oralpath/.



Fuente: medweb.uni-muenster.de/

7.6 LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS

Existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior, las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.

Hay descritos casos de lesiones bucales como quelitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos de la alimentación; según Milosevic estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes.



Fig. 25. Queilosis fisural y labial. Fuente: www.umm.edu/esp_imagepages/2896.htm

7.7 SIALOADENOSIS

Definido como agrandamiento de las glándulas parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patológico de la anorexia aunque es frecuentemente encontrado. Sin embargo, se ha llegado a confundir con el síndrome de Sjögren.

Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975, aunque muchos años se ha reconocido la asociación entre la malnutrición y el crecimiento de las glándulas salivales; dentro de sus causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.²⁷

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en bulímicos, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, común en estos pacientes.

La sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y la anorexia han sido revertidas o puede desaparecer espontáneamente.²⁸

7.8 XEROSTOMÍA

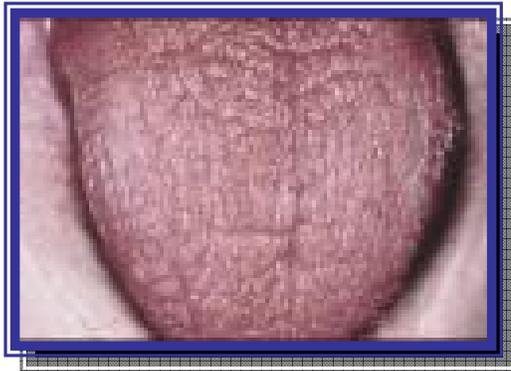


Fig. 26 y 27. Fuente: www.hopkins-arthritis.org/

www.coem.org/revista/

El concepto de Xerostomía, implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.²⁹ⁱ La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento (halitosis) y dificulta la higiene bucal, debido a que el flujo salival ya no arrastra las bacterias.

La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente.³⁰

7.9 HIPERSENSIBILIDAD DENTAL



Fig. 28. Fuente: www.odontocat.com/

La hipersensibilidad dental surge de la dentina subyacente expuesta, después que el esmalte o el cemento sufren erosión en la superficie radicular.³¹

La hipersensibilidad dentinaria es una reacción ante un estímulo inocuo y es un estado crónico con episodios agudos, en tanto que el dolor dentario equivale a la reacción a un estímulo nocivo y a menudo es una situación aguda, esto es tal vez lo que causa diferencias marcadas en la descripción del paciente sobre los dos estados.³²



8 TRATAMIENTO Y MANEJO DENTAL

El primer paso del tratamiento dental consiste en la instrucción y educación sobre aspectos como causa de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales; el cuidado correctivo y exhaustivo pueden comenzar a tener certeza con el manejo médico y el control de problema de manera integral, de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor sin intentar cubrir la zona un tratamiento odontológico integral. Para evitar fracasos y retratamientos restaurativos.

Aspectos importantes en los que se encuentran etapas activas del padecimiento, incluyen aquellos preventivos como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio, adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado agresivo para no acelerar la erosión, al ser un padecimiento difícil de confesar, dadas las prácticas en las que incurren el sentimiento de culpa, es importante un interrogatorio exhaustivo resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos.) y control de peso, así como observar, cuidadosamente signos físicos de la enfermedad como sialodenoisis, erosión dental..³³

La protección del esmalte, puede realizarse mediante el empleo diario de soluciones neutras del fluoruro de sodio (0.05%) como colutorios, aplicaciones directas en gel, de fluoruro estanoico (0.04%), así como el contenido de la pasta dental del 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 la reducción de hasta un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio.

El manejo de sensibilidad y dolor producto de la erosión puede manejarse desde la aplicación de fluoruro, pasando por el recubrimiento con hidróxido de calcio retenido, con una capa de resina compuesta con técnica opcional de grabado ácido, o en terminar con un tratamiento de endodoncia.

El tratamiento restaurativo, una vez disminuido el dolor dental, el paciente será controlado como con cualquier paciente, valorando el grado de erosión y material restaurativo más adecuado, que puede coexistir desde una resina hasta la rehabilitación protésica, mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos, sintomatología de ATM, mordida abierta etc. Según sea el caso, el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología de fondo del trastorno como de la magnitud del mismo.³⁴

Los estudios realizados de fondo después de los tratamientos dentales en anorexia y bulimia nerviosa, son innumerables y el fracaso es más frecuentes que los éxitos. A pesar de las numerosas dificultades terapéuticas y desaliento que esto produce esto no debe ser un aspecto desmotivador, sino todo lo contrario debemos considerarlo como un reto importante ya que la rehabilitación del paciente así como su recuperación y mantenimiento que al conseguir función y estética dental ayudara a recobrar y reforzar su autoestima.³⁵



9. CONCLUSIONES

Una vez que concluyó la búsqueda de la información documental sobre anorexia y bulimia nerviosa, se observa que poco se ha escrito sobre el tema desde el punto de vista odontológico.

Estos trastornos del comportamiento alimentario, se escapan cada vez con mayor frecuencia al examen, clínico dental, debido al aumento en el número de casos en la actualidad se presentan, es imperativo el conocimiento y la capacidad del Cirujano Dentista en relación a estos tipos de desórdenes alimentarios.

Como la anorexia y la bulimia tienen aspectos psicológicos importantes en el paciente, es necesario informar, motivar y a la vez vincular a las distintas áreas de la salud, para profundizar más sobre el tema y de esta manera se pueda abordar de forma integral, para poder apoyar con más éxito a estos pacientes, pero lo que hay que tener en cuenta principalmente es la prevención, es decir orientar a la población desde la niñez sobre los riesgos para evitar que se presente.

Finalmente, se espera que este trabajo pueda servir para dar inicio a futuras investigaciones clínicas de manifestaciones en la cavidad bucal ocasionadas por la anorexia y la bulimia.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Blinder B.J., y Candenhed, K. "Bulimia: una reseña histórica" 1998.pp. 23-35 En: S.C.
- ² Holtz, V. "Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa" Psicología Iberoamericana. 3 (2),1995 5-13
- ³ Raich, E. R. "Definición y evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios". Revista de psicología y ciencia social. Vol. 1.1998 P. 201
- ⁴ Tinahones f. "Anorexia y bulimia una experiencia clínica" Ed pirámide,5ª Edición.Pp 54-61
- ⁵ Toro, J "El cuerpo como delito" . Barcelona: Ariel y ciencia.1996 Pp 20-38
- ⁶ castañon Antunez v. Rocha Pineda. S. "Figuras de la Anorexia y bulimia nerviosa "editores de textos mexicanos 2005 P.p 31-38
- ⁷ Martínez M., Toro, T,. Blecua, M., y Zaragoza, M. "Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la estimulación". Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20 (2), 1993 P.p 51-65
- ⁸ Villalobos, B. "El disgusto con el propio cuerpo es causa de sentimientos de depresión, estrés y culpa en hombres y mujeres". [en línea] 2000 septiembre [fecha de acceso 27 de febrero 2006]; Disponible en: <http://www.terra.com.mx/noticias/articulos/020575>
- ⁹ Chinchilla Moreno.A. "Trastornos de Alimentación" Ed.Mansson 1ª edición 2003 P.p. 21-35
- ¹⁰ Morgado Bernal "Anorexia y Bulimia" Ed interamericana edición 2000 Pp.39-42
- ¹¹ Fernández Aranda .F. "Trastornos de Alimentación" Ed.Mansson 1ª edición.1996 P.p. 3-49
- ¹² Toro, J, Vilardell, E. "Anorexia nerviosa". Barcelona: Martínez Roca. 1987. P.p. 229-234



- ¹³ Foster DW. "Anorexia nerviosa y bulimia". En: Harrison, Principios de medicina interna, 13ª ed. Madrid: Interamericana/ Mc Graw-Hill; 1994 vol I: 527-31
- ¹⁴ Crispo R. Figueroa.E. "Lo que hay que saber de Bulimia y Anorexia"ed gedisa Barcelona 1ª edición. 35-67
- ¹⁵ Ramírez G. Zárate O. "Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa". Aspectos Odontológicos. Revista ADM Vol. LVII. No. 1 Enero-Febrero 2000, pp 23-32
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Ginebra CIE-10 "Trastornos mentales y de comportamiento". Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1992
- ¹⁷ Dr. Alejandro Caballero R. Conferencia "Evaluación y manejo de los trastornos alimentarios". Instituto Nacional de Psiquiatría. México. D.F. 2003
- ¹⁸ TOUYZ SW, LIEW VP, FRISKEN K, WILLIAMS H, BEUMONT PJV. "Oral and dental complications in dieting disorders". int J Eating disord 1993; 18: 341-348.
- ¹⁹ Declaración de la Federación Dental Internacional. "Erosión dental" [en línea] 2001 [fecha de acceso 24 de Noviembre 2002]; Disponible en: http://www.ateneo-odontologia.org.ar/revista_2001_03.html
- ²⁰ Artículo No. 2 "Nutrición y aspectos bucodentales". Universidad Autónoma Metropolitana. U. Xochimilco.[en línea] 2004 [fecha de acceso 25 febrero 2006]; Disponible en: www.odontologia.com.mx
- ²¹ Newbrun. E.Cariologia. capitulo I.ciudad de Mexico editorial Noriega, 1997. P.p 50-51.
- ²² Seis R.T.Cariologia prevención Tratamiento contemporaneo de la caries dental.1ª edición.Caracas-Venezuela: actualizaciones, medico odontológicos editorial:Interamericana Pp 77-79.
- ²³ Milosevic, A. "Eating disorders and the dentist". Br Dent J, 1999; 186; P.p.109-113
- ²⁴ Regezi – Sciubba. "Patología Bucal" Segunda Edición. McGraw Interamericana., pp.267 o tutores.



- ²⁵ Piedrola G Medicina Preventiva y salud publica. Edición 10.Barcelona España. Editorial Masson, 1991. Pp790-792
- ²⁶ TUBOTICA.NET “La Gingivitis”. [en línea] 2000 [fecha de acceso 3 marzo 2006] Disponible en:
http://www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Gingivitis.htm
- ²⁷ Gross K, Brough KM, Randolph PM. Eating disorder: “Anorexia y bulimia nerviosa nerviosas”. J Dent Child 1986, 5: 378-80
- ²⁸ Internet. SIMÓN. “Bulimia y anorexia” [en línea] 1999 agosto 28 [fecha de acceso 1 de febrero el 2006]; Disponible en:
http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/buli_anore/default.htm
- ²⁹ TUBOTICA.NET “La Xerostomía o sequedad bucal” [en línea] 2000 [fecha de acceso 18 febrero 2006]; Disponible en:
http://216.239.39.100/search?q=cache:6l_ctxu6ZP0C:www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Xerostomia.htm+GINGIVITIS+CARIES+POR+ANOREXIA&hl=es&ie=UTF-8
- ³⁰ TUBOTICA.NET “La Xerostomía o sequedad bucal” [en línea] 2000 [fecha de acceso 10 marzo 2006]; Disponible en:
http://216.239.39.100/search?q=cache:6l_ctxu6ZP0C:www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Xerostomia.htm+GINGIVITIS+CARIES+POR+ANOREXIA&hl=es&ie=UTF-8
- ³¹ Dra. Luna Pinto. “Hipersensibilidad Dental” [en línea] 2000 [fecha de acceso Marzo 2006]; Disponible en:
<http://www.tupediatra.com/odontología/hipersensibilidad-dental.htm>
- ³² Stege P, Visco Dangler L. Rye L. “Anorexia nerviosa: review including oral and a dental manifestations”. JADA 1982; 104 648-52
- ³³ Ducker M, Slade R, “Testing the hipótesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents”, Adolescence 1997, Spring; 32 (125): 101-111
- ³⁴ Reiff, “Eating Disorders nutrition therapy in the recovery process”. Aspen publication, Gaithersburg Maryland, 1992., pp. 69