



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ANOREXIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y SUS  
REPERCUSIONES EN LA CAVIDAD ORAL.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

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

**MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ DE LA GUARDIA**

**TUTORA: C. D. MARÍA DE LOURDES ROMERO GRANDE**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

- ❖ Agradezco en primer lugar a Dios, a la vida y al universo pues los tres han confabulado para permitirme lograr gran parte de mis sueños; pero en especial uno de los más importantes, el de culminar satisfactoriamente mi carrera profesional.
  
- ❖ A mis padres María del Carmen y José Antonio por apoyarme en todo momento, por estar siempre a mi lado a pesar de mis fallas como hija y por quererme sin pedir nada a cambio y procurar mi felicidad y bienestar. Gracias por su ejemplo de lucha, por levantarme e incitarme a seguir adelante cuando sentía que ya no podía más y por confiar en mí.
  
- ❖ A mis hermanos Julián y Leonardo por su cariño, entendimiento y apoyo por sus enseñanzas y sobre todo por su incondicional compañía.
  
- ❖ A Elisa la hermana que siempre desee tener, Anita y Rebe mis niñas preciosas a las que quiero tanto y que han jugado un gran papel dentro de todo este gran sueño y han sido un gran motivo para superarme.
  
- ❖ A mis tío(a)s, abuelito(a)s, en fin a todos aquellos de la familia por todo su apoyo, INFINITAS GRACIAS.
  
- ❖ A todos ellos por ser mi familia, por el orgullo de pertenecer a ella y la felicidad de saber que cuento con ellos, por quererme y confiar en mí. **LOS AMO!!!**

A mis amigos y cómplices:

- ❖ Delia por su apoyo incondicional y cariño y por compartir muchos difíciles y bellos momentos durante la carrera, no hubiese sido igual sin ti. Simplemente por tu amistad muchas gracias.
- ❖ Fer que ha estado presente; por su apoyo económico, moral y por su cariño, por su preocupación, Gracias mil!!!
- ❖ Dra. Palma y Dr. Martínez por su apoyo, paciencia, confianza y por todas sus enseñanzas.
- ❖ A todos mis amigos, a los compañeros del seminario.
  
- ❖ A mis profesores de toda la carrera por sus conocimientos y sabiduría y por transmitírmelos.
- ❖ A las doctoras Lulú y Emma porque juntas colaboraron conmigo y me impulsaron a dar este pequeño gran paso. Las quiero mucho!
- ❖ Al Dr. Ángel Kameta y todos sus colaboradores por hacer valer la pena el paso por el seminario y por reiterarme que ésta fue la mejor elección que pude haber hecho.
- ❖ Al H. Jurado y lectores que se tomarán el tiempo de leerla y a quienes espero les agrade.
- ❖ Por último a la máxima casa de estudios, a mi universidad , por todos los servicios que me brindó, por su legado, porque nunca me cansaré de decir que yo soy:

“ORGULLOSAMENTE UNIVERSITARIA, **ORGULLOSAMENTE UNAM**”

\* Alimentar a un bebé no sólo es llenarle de las sustancias necesarias para el cuerpo sino también, y sobre todo, una de las primeras maneras que tiene esta nueva vida de relacionarse con el mundo que lo rodea.

\*Por todos los niños del mundo que sufren, enferman o mueren a causa de la desnutrición. Ni un día más la humanidad puede aceptarlo y consentirlo.

## ÍNDICE

Introducción	
Antecedentes	2
1. Los alimentos y su función	7
2. Periodos de ingestión y alimentación en los niños desde la lactancia hasta la adolescencia	9
2.1 Periodo de lactancia	9
2.2 Periodo transicional	9
2.3 Periodo del adulto modificado	9
2.4 Alimentación del niño preescolar y escolar	10
2.5 Alimentación del adolescente	11
3. Curvas y tablas de crecimiento	14
4. Tablas de peso y talla normal en niños y adolescentes	15
5. Definición de Anorexia	19
6. Anorexia en el niño	19
6.1 Incidencia y Prevalencia	19
6.2 Etiopatogenia	22
6.3 Clasificación de los trastornos alimentarios infantiles	23
6.4 Diagnóstico según el DSM-IV	27
6.5 Trastornos psiquiátricos y su relación con la nutrición	27
6.6 Mortalidad	30
6.7 Repercusiones orales en niños	30
6.8 Prevención de los TCA en los niños	31
7. Anorexia en el adolescente	33
7.1 Incidencia y Prevalencia	35
7.2 Etiopatogenia	36
7.3 Manifestaciones clínicas de la Anorexia	39
7.4 Diagnóstico según el DSM-IV	40
7.5 Tipos de Anorexia	41
7.6 Mortalidad	41
7.7 Prevención de los TCA en los adolescentes	42
8. Tratamiento	43
8.1 Pautas educativas	43
8.2 Nutricional	44
8.3 Farmacológico	44
8.4 Psicoterapéutico: Individual y Familiar	45

9. Principales Repercusiones en la cavidad oral	46
9.1 Lesiones de tejidos blandos	46
9.1.1 Eritema	46
9.1.2 Queilitis	47
9.1.3 Sialoadenitis	48
9.1.4 Xerostomía	48
9.1.5 Gingivitis	49
9.2 Lesiones de tejidos duros	50
9.2.1 Erosión dental	50
9.2.2 Caries dental	53
9.2.3 Pérdida de piezas dentales	54
10. Tratamiento y recomendaciones odontológicas	54
Conclusiones	57
Bibliografía	58

## INTRODUCCIÓN

Se considera que el rechazo a ingerir alimentos, que puede ser total o selectivo, se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero en el niño y en el adolescente es más frecuente y preocupante para la familia y el facultativo.

Generador de gran ansiedad y preocupación familiar. Se considera el motivo más frecuente de consulta en las consultas de nutrición de los hospitales pediátricos. Por su incidencia es difícil de tratarla y el pronóstico no siempre es favorable. Se necesita de un equipo multidisciplinario que incluye: clínico, psicólogo, antropometrista, nutriólogo, odontólogo y en ocasiones trabajador social.

Es bien sabido que en el lapso en que un niño cambia a la edad de la adolescencia ocurren cambios importantes y determinantes para la vida adulta; estos cambios ocurren en todos los ámbitos de la vida del individuo, tanto física, psicológica y socialmente, e influyen en el estado de ánimo de la persona.

Los trastornos de la conducta alimenticia o TCA han alcanzado en esta población proporciones alarmantes, cerca del 75% son adolescentes y el 90% de estos individuos son mujeres.

En este breve recuento de información abordaremos el tema de la ANOREXIA en niños y adolescentes que es un trastorno de la conducta alimenticia y que en estos tiempos se han encontrado casos de niños con este padecimiento. Desde la perspectiva médica, la anorexia infantil tiene un curso clásico con buen desenlace, mientras que la anorexia del adolescente suele tener peor pronóstico.

## ANTECEDENTES

Se cree que las patologías relacionadas con la ingesta de alimentos son exclusivas de la época actual debido al deterioro social que se vive actualmente, pero no esta de más hacer una breve retrospectiva a la historia de nuestras sociedades para observar que siempre hubo situaciones similares a las que hoy se presentan.

Se piensa que la metáfora de la prohibición de ingerir una manzana del árbol prohibido en la biblia puede constituir una antítesis del fenómeno de la anorexia; en el relato bíblico la primera mujer desafía una orden divina de un ser superior y todopoderoso y que la amenaza con expulsarla del paraíso, desaparecer su felicidad original y encontrarse con la enfermedad, la desdicha y el sufrimiento. Mientras en el fenómeno humano que nos ocupa (anorexia) el ser humano desafía una orden no menos superior que viene de su propio organismo “el instinto biológico” que le requiere la alimentación también bajo la amenaza de toparse con la enfermedad, sufrimiento e incluso la muerte; aunque este desafío va más allá de su propio ser, llegando a la familia amigos y a toda la sociedad que se oponen rotundamente a que logre llevar a cabo sus objetivos patológicos.<sup>1</sup>

Así se manifiesta la importancia que tiene el acto de alimentarse como actividad relacional del hombre y por tanto se puede considerar a la comida no solo como una importante fuente de nutrientes para el organismo sino también como una imponente fuente de carga simbólica.

También sabemos que todas las religiones tienen una serie de premisas, prohibiciones, etc. En relación con la alimentación, los Islámicos consideran a algunos alimentos como prohibidos y durante algunas épocas no pueden ingerir alimentos a determinadas horas. De igual forma los cristianos en el acto más

---

<sup>1</sup>Tinahones Madueño Francisco J. anorexia y bulimia una experiencia clínica. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2003, pag.1.

importante en su liturgia llamado Comunión simbolizan la asimilación del propio Cristo al comer el pan y también en ciertas fechas del año prohíben comer ciertos alimentos. Y así todas las religiones que han fundamentado las creencias espirituales del hombre y que son motor de las diferentes sociedades guardan alguna premisa con respecto a los alimentos.<sup>2</sup>

Del siglo V al siglo XVI con frecuencia se encontraban mujeres que siguiendo un modelo de ascetismo comían muy poco, incluso al grado de llegar al total rechazo del alimento como un signo de divinidad. En el postmedievo fueron frecuentes los casos de mujeres que sobrevivían sin comer, pasando mucho tiempo en cama y sufriendo parálisis histérica; sin embargo, la razón del ayuno se debía aparentemente al valor simbólico que esas mujeres le atribuían a la comida, al igualar al alimento y la comida con objetos sexuales “prohibidos”, de ahí que se hiciera alusión (desde una postura psicoanalítica) al temor a ser penetrada-alimentada por miedo a quedar embarazada-engordar.<sup>3</sup> En los años 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes religiosas, un número creciente de mujeres se entregaba a la práctica del ayuno, como un medio de protección contra las fuerzas del mal, garantizando cierta pureza. Existe información que data de la edad media cuando algunas mujeres seguidoras de San Jerónimo se imponían el ayuno voluntario hasta llegar a ser muy delgadas y perder la menstruación. La mayoría de las mujeres que presentaban conductas similares eran religiosas o estaban relacionadas con alguna religión en particular, como ejemplo de esto tenemos a la princesa Margarita de Hungría que murió de inanición y el de una monja llamada Catalina de Siena “la más famosa anoréxica de la historia” la cual renunció a la comida desde la infancia como rechazo al proyecto de vida que sus padres tenían pensado para ella al pretender casarla, por lo cual ella se niega entrando a la orden de las dominicas y ante el fracaso de sus intentos por evitar la ruptura de la orden eclesiástica presenta su sacrificio de cese de alimentos hasta el punto de llegar a la muerte y posteriormente a los altares. Algunos estudiosos

---

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ochoa García Leonor. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*, vol. 12, no.1, marzo 2008:46-54. Pag. 45

del tema consideran que estas mujeres padecían de anorexia nerviosa; pero otros no consideran que la padecieran, sino que para ellas el ayuno era una forma de purificación o cumplir penitencia.<sup>4</sup>

Sin embargo, hasta mediados del siglo XIX Habermas citó que el ayuno antes mencionado no caía propiamente en ser anorexia nerviosa, ya que éstos no eran motivados por un temor mórbido a engordar. En este mismo ámbito religioso hay referencias de que la Santa Inquisición llevaba a cabo la investigación de estos casos pues presumía que eran por intervención diabólica y las mujeres que la padecían eran sometidas al castigo de la hoguera pues al ser quemadas vivas pretendían salvar sus almas.

Richard Morton reconoció por primera vez la Anorexia Nerviosa como enfermedad, quien la mencionó en la literatura médica en 1689 en Inglaterra, en el “Tratado para la consunción”, en donde distinguía claramente la Anorexia Nerviosa de otros estados de emaciación causados por enfermedad; describió en Inglaterra a una mujer de 18 años, que padecía de “multitud de ansiedades y pasiones de muerte” y los síntomas que presentaba eran: disminución del apetito, interrupción de la menstruación, aversión a los alimentos, hiperactividad y desnutrición grave.<sup>5,6</sup>

En 1764 Robert Whytt describe un cuadro similar al que llamará atrofia nerviosa. En 1860 Marce considera un delirio hipocondriaco al rechazo de los alimentos. En 1874 Gull y Lasségue consideran a la anorexia dentro de la psiquiatría contemporánea y asocian el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicogénico el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación (adelgazamiento); se consideran los primeros en descubrir este cuadro en Francia en el siglo XIX.

---

<sup>4</sup> Tinahones. Op cit. Pag.4

<sup>5</sup> Tinahones. Op cit. Pag.4,5.

<sup>6</sup> Lenoir Melissa. Anorexia en niños y adolescentes parte 1, *Arch. Argent. Pediatr.* 2006 , 104 (3): 253-260.

Otras referencias como Sollier, en 1891; Bouveret, 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante. El trabajo de Ludwin Binswagner en 1944 es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica.<sup>7</sup>

Según Wilson hasta los años 70 fue muy difícil separar los reportes sobre anorexia nerviosa de aquéllos sobre la incipiente bulimia nerviosa, hay que notar que se consideraba como un síntoma de la anorexia nerviosa; por lo tanto, también su historia se entrelaza para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y revisión del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, de la American Psychiatric Association.<sup>8</sup>

Remontándonos más al pasado y fuera de la religión el hombre primitivo pensaba que al ingerir determinados alimentos incorporaba propiedades de éstos a su organismo así bien al comer león decía que adquiría valores propios de éste. La fuente más extrema de estas creencias constituyó el canibalismo.<sup>9</sup>

Cuando el hombre desarrolla otros métodos de adquisición de la comida o sea cuando pasa de la caza y la recolección a la ganadería y agricultura comienza a surgir el valor simbólico de la comida, y refleja una eminente manifestación de poder del hombre y adquiere cuerpo incluso de moneda en algunos sistemas económicos primitivos, agasajo a los visitantes, como símbolo de divinidad y poder. Donde el papel primitivo de nutrirse se perdía y se cambia por el de tener y

---

<sup>7</sup> Ochoa García. Op cit. Pag. 47.

<sup>8</sup> Ibid

<sup>9</sup> Tinahones. Op cit. Pag.2

comer hasta más no poder y llegar al extremo de inducirse el vómito para poder iniciar otra vez como solía ocurrir en los festines romanos.<sup>10</sup>

En la actualidad la medicina se ocupa y preocupa por el tratamiento de estas personas que son consideradas enfermas estableciéndose diferentes hipótesis, tratando de explicar médica y científicamente su conducta autodestructiva, mediante la conjunción de diversos especialistas tratando de abordar el trastorno desde diversos puntos de vista, realizando estudios, publicaciones, investigaciones que tratan de precisar los orígenes, pronósticos, epidemiología y tratamientos más adecuados para restablecer el estado de salud en los pacientes que padecen esta enfermedad.

---

<sup>10</sup> Ibid

## 1. Los alimentos y su función

Comer es una función vital del organismo y tiene como finalidad satisfacer una necesidad biológica cuya naturaleza cambia con la edad. El desarrollo de esta función se lleva a cabo mediante maduración y aprendizaje.<sup>1</sup>

Las sustancias que el hombre ingiere con el propósito de asegurar su crecimiento normal, mantener en sentido óptimo sus funciones corporales, renovar los tejidos deteriorados y proveerse de la energía necesaria para realizar eficientemente sus actividades cotidianas reciben el nombre de alimentos.

Si bien los alimentos de una dieta normal deben cubrir todas estas funciones, su consumo pretende como objetivo inmediato suprimir la sensación de hambre, ser un elemento gratificador y constituir un medio más de socialización. Es por esta razón que los alimentos que integran la dieta de los niños deben juzgarse desde 3 puntos de vista:

- ✓ Nutriológico: Comprende el estudio cuantitativo y cualitativo de los nutrimentos contenidos en los alimentos.
- ✓ Dietológico: Analiza los alimentos que conforman la dieta.
- ✓ Psicosocial: Examina la estimulación afectiva emocional y social que brindan los alimentos.<sup>2</sup>

La alimentación que es la capacidad cambiante del organismo para ingerir y utilizar alimentos de varias características cualitativas, esta unida en su desarrollo a la maduración de las estructuras del cuerpo implicadas.

En la primera infancia de los 0 a 3 años la alimentación tiene un papel fundamental para el desarrollo del niño, pues la mayoría de los sistemas y órganos

---

<sup>1</sup> Tojo R. Tratado de nutrición pediátrica tomo 2. Ed. Doyma, Barcelona, 2001, Pag. 333

<sup>2</sup> Vega Franco Leopoldo. Temas cotidianos sobre alimentación y nutrición en la infancia. Ed. Fco. Méndez Cervantes. México DF, 1988, Pag. 31

maduran durante este tiempo. Si existe una mala nutrición durante estos años los daños suelen ser irreversibles, no se puede recurrir a una segunda oportunidad.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Tojo R. Op cit. Pag.399

## **1. Periodos de ingestión y alimentación de los niños desde la lactancia hasta la adolescencia**

2.1 Periodo de lactancia: Comprende de los 0 a los 6 meses de vida, al nacer el lactante solo es capaz de succionar y deglutir líquidos, sus aparatos digestivo y renal no están maduros para tomar otros alimentos diferentes, por lo que su única fuente de nutrición y energía son la leche materna o fórmulas para lactancia artificial.<sup>1</sup>

2.2 Periodo transicional: Va desde los 6 meses al año de vida aquí el lactante se desarrolla en los aspectos psicomotor, digestivo, absorptivo, inmunológico y renal. En esta fase inicia la alimentación complementaria para compensar las demandas de energía y nutrientes de un organismo en rápido crecimiento, la alimentación es transicional y comienza con la ingesta de alimentos líquidos diferentes a la leche, que no succiona sino que le son introducidos a la boca y al aprender a deglutir alimentos no líquidos inicia la masticación.<sup>2</sup>

Es probable que durante esta etapa exista aversión a la comida debido a que esta acostumbrado a ingerir alimentos líquidos y puede resultar difícil la adaptación a la textura y sabor de alimentos semisólidos, es una forma de resistencia que se manifiesta a esta edad.

2.3 Periodo del adulto modificado: Comienza alrededor del primer año de vida y termina cerca de los 2 o 3 años de edad cuando puede masticar por si solo alimentos sólidos y digerirlos, en esta etapa todos los órganos y sistemas han alcanzado la madurez a un grado similar al del adulto y los mecanismos fisiológicos han madurado. Comienza a incorporarse progresivamente a la dieta de la familia poco a poco, los padres le enseñaran hábitos alimenticios y a comer solamente los alimentos necesarios para una correcta nutrición.

De los 12 a los 15 meses prefiere mucho más jugar que comer, de los 18 a los 20 meses su deseo es comer solo; rechaza enérgicamente dejarse alimentar,

---

<sup>1</sup> Ibid

<sup>2</sup> Ibid

muestra interés por los alimentos de los mayores. Se deben comprender y tolerar las necesidades de autonomía del niño en el dominio alimentario y encontrar los medios de darle satisfacción sin olvidar la actitud vigilante necesaria.<sup>3</sup>

2.4 Alimentación del niño preescolar y escolar: La alimentación de estos niños implica varios factores importantes que determinarán la nutrición o la falta de ésta en el niño, podemos observar en esta etapa que el niño ya elige los alimentos que desea ingerir para esto adquiere influencias de los medios televisivos en los cuales muestran alimentos aunque en muchas ocasiones no muy nutritivos pero el niño insiste en comerlos, entre estos alimentos también podemos encontrar los llamados Fast food o comida rápida la cual encanta a los niños y desgraciadamente a la madre la ayuda al disminuir el tiempo para alimentarlos debido a la rutina diaria a la que esta sometida; entre estos encontramos los alimentos preparados que empaquetados únicamente se calientan en el microondas, también tiene que ver el desarrollo que tiene en su escuela con sus compañeros pues muchas veces intercambian sus alimentos o los comparten entre ellos y están expuestos a no alimentarse debidamente pues en las cooperativas escolares suelen encontrarse caramelos y alimentos con pocos nutrientes. Por tal motivo sus padres deben estar pendientes de su alimentación una vez que llegaron de la escuela y establecer una determinada hora para realizar el acto de comer en familia y crear un hábito.

Se debe instaurar una dieta que contenga suficiente variedad de alimentos que aporten las cantidades adecuadas de energía de macro y micronutrientes, fibra y componentes funcionales prebióticos, y simbióticos (bacterias y péptidos bioactivos) que fomenten un estado óptimo de salud y crecimiento.

Esta dieta debe aportar una cantidad:

- Abundante de granos, vegetales y frutas

---

<sup>3</sup> Ibid. Pag 400

- Moderada de leche y sus derivados y de alimentos ricos en proteínas de origen animal.
- Limitada en grasa, grasa saturada, colesterol, azúcares refinados y sal.

La recomendación según la pirámide nutricional es de 30% de grasas, 55% de hidratos de carbono, y 15% de proteínas. El calcio en niños de 1 a 5 años debe ser de 800mg/día; éste lo podemos adquirir en alimentos como el yogurt, queso o lácteos fermentados.

El ejercicio físico regular produce importantes beneficios para la salud y debe favorecerse su práctica desde los primeros años de vida.<sup>4</sup>

2.5 La alimentación del adolescente: Es importante, al igual que en la niñez, pero el adolescente considera que está demasiado ocupado para preocuparse por la comida, la nutrición, el plan dietético o la alimentación correcta. Por tal motivo recurre a alimentarse entre comidas con alimentos sin ningún valor nutritivo así como la pizza, pasteles, bocadillos y otros tantos más pues son fáciles de obtener, de calentarse y hasta de ingerir.<sup>5</sup>

El consejo nutricional para los adolescentes es llevar una dieta equilibrada y variada, rica en hidratos de carbono, complejos y fibra soluble, baja en grasas, azúcares y sal. Se recomienda incluir en el desayuno al menos un producto lácteo, una fruta o su jugo y cereales, ingerir como almuerzo bocadillos con embutidos o quesos y tratar de evitar alimentos industrializados, tratar que las papas fritas que tanto les gustan sean hechas al horno o en su defecto freídas con poca grasa y de preferencia mono o poli insaturadas, consumir pan integral, beber de preferencia agua y jugos naturales, las bebidas refrescantes y jugos comerciales deben ser bajos en azúcares.

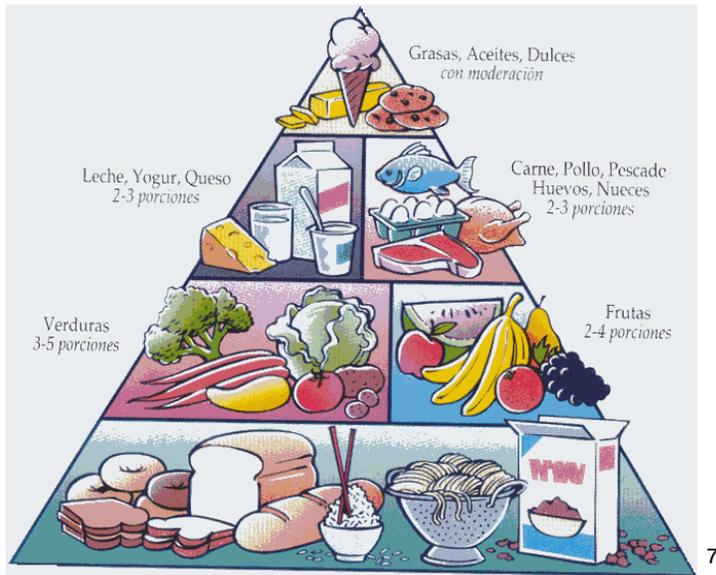
Los frutos secos y palomitas de maíz son tentempiés más saludables que los dulces o los aperitivos de bolsa; las hamburguesas y las pizzas pueden ser un alimento de elección, siempre y cuando se equilibre bien la dieta y se consuman

---

<sup>4</sup> Ibid Pag. 431,432

<sup>5</sup> Ibid. Pag 449

no muy a menudo. Es importante consumir verduras, las cuales son necesarias para un buen desarrollo de todo el organismo, pues en ellas se encuentran nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del cuerpo en general; también las proteínas de origen animal deben ser parte de la dieta en los adolescentes.<sup>6</sup>



8

Pirámide nutricional y plato del bien comer: guías de alimentos en preescolares, escolares y adolescentes



<sup>6</sup> Ibid. Pag 451

<sup>7</sup> www.baptithealt.net

<sup>8</sup> www.facmed.unam.mx

## 1. Curvas y tablas de crecimiento

Durante los primeros meses de vida el peso suele ser la guía más útil sobre el estado de bienestar del niño, más adelante la altura lo reflejará con mayor exactitud. En la infancia el principal determinante del crecimiento es el factor genético, al que habría que añadir las influencias de los medios nutritivo, emocional y el padecimiento o no de enfermedades graves.<sup>1</sup>

Las tablas de peso y talla son una guía indispensable para darnos una idea de la normalidad en la que debemos encontrar a los niños y a los adolescentes para así determinar si encontramos alguna deficiencia en su constitución física; la cuál nos indique la presencia de algún Trastorno de la Conducta Alimenticia.

Al realizar curvas y tablas de análisis del crecimiento hasta los 2 años nos referimos con el término longitud, posterior a esta edad nos referiremos a la talla. Para el análisis de las curvas de longitud y talla los valores obtenidos deben anotarse directamente en la gráfica y comprobar sí se encuentran dentro o fuera de los límites de variación normal situados entre el 3% y el 97%.<sup>2</sup>

Medición de la estatura: Medir al niño descalzo, de pie y erguido.

Anomalías de la estatura: En caso de estatura corta <3%, estatura elevada > 97% durante un periodo de 6 meses, o ritmo de crecimiento menor de 3- 5 cm/ año se debe considerar la posibilidad de remitir al niño a un servicio especializado en crecimiento.<sup>3</sup>

Medición del peso: Se debe efectuar con el niño vestido con poca ropa y descalzo.

---

<sup>1</sup> Barberia Leache Elena. Odontopediatría. 2ª.edición, Ed. Masson, Barcelona, 2002, 432pp. Pag.6, 7.

<sup>2</sup> Ibid. Pag. 7.

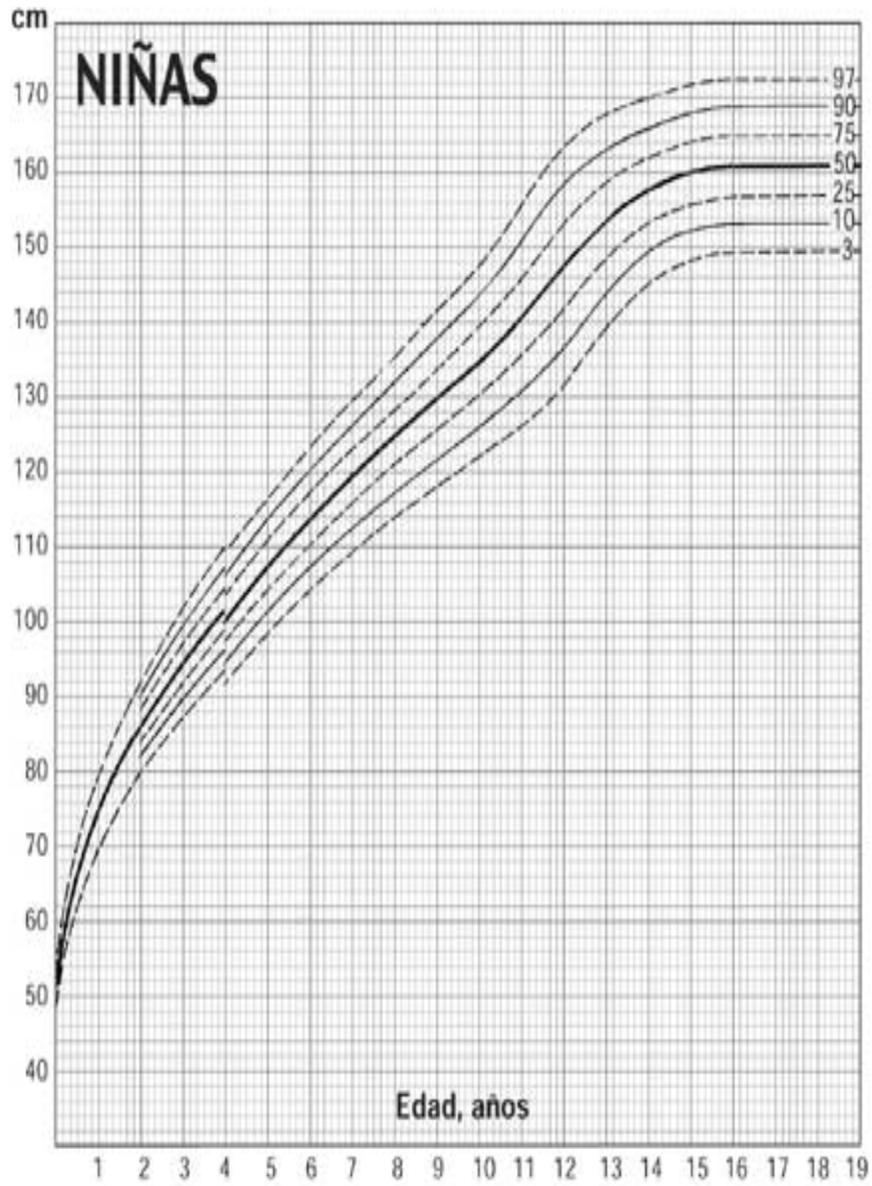
<sup>3</sup> Cameron Angus. Manual de odontología pediátrica. Ed. Harcourt, Madrid, 1998, 368 pp. Pag.337.

Anomalías del peso: Si existe peso bajo considerar la posibilidad de padecer anorexia o bulimia. Sí hay sobrepeso puede indicar la existencia de problemas nutricionales, cuando los niños se desvían mucho de los valores normales para su edad, es esencial remitirlos cuanto antes a un pediatra o un nutriólogo.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ibid

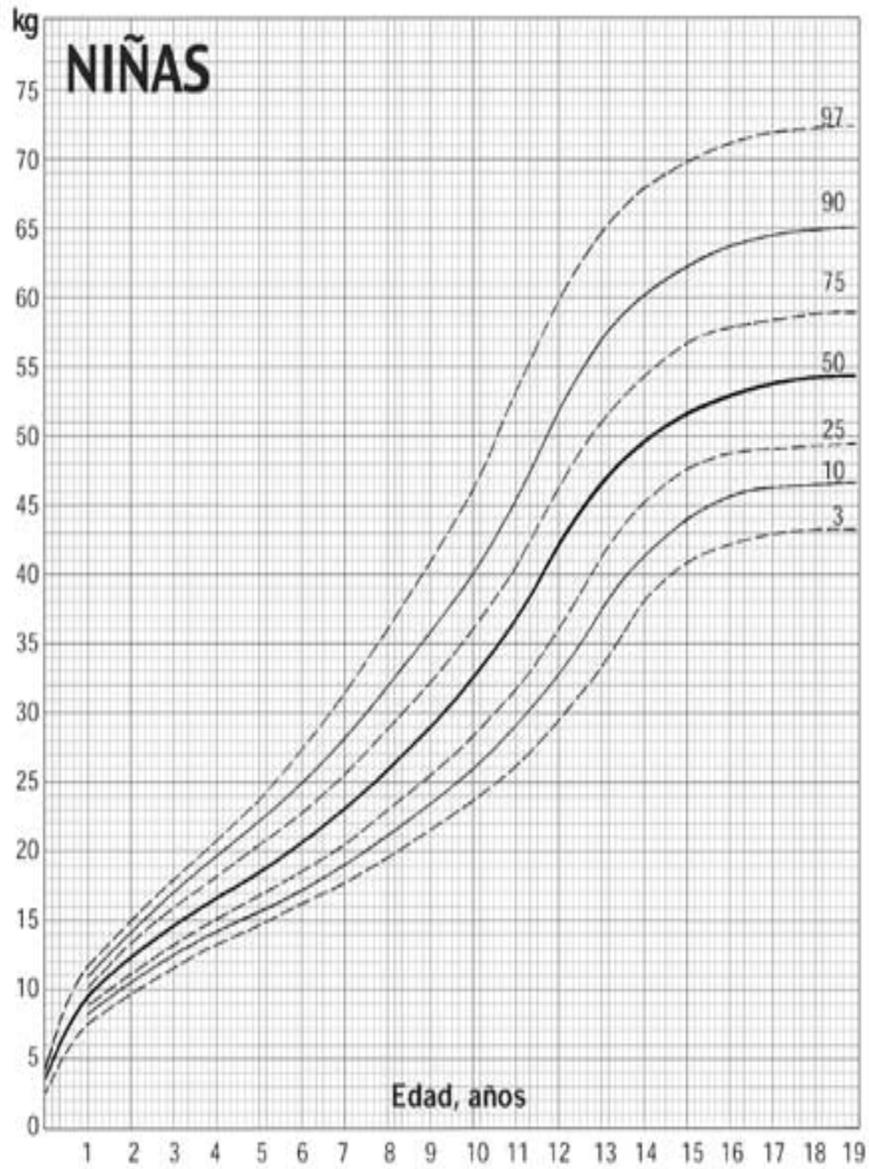
**1. Tablas de peso y talla normal en niños y adolescentes**  
**TALLA EN NIÑAS DE 0 A 19 AÑOS<sup>1</sup>**



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.  
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

<sup>1</sup> Arch argent pediatr 1987, 85:209-222

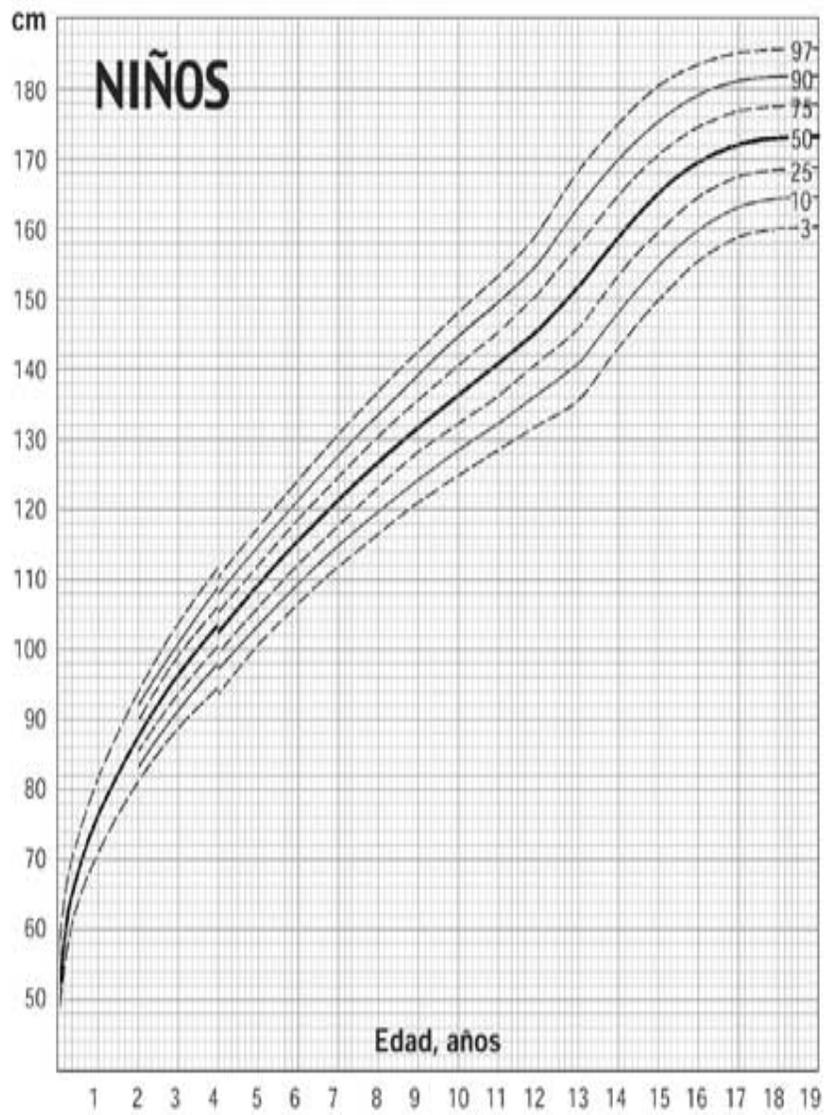
## PESO EN NIÑAS DE 0 A 19 AÑOS<sup>2</sup>



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.  
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

<sup>2</sup> Ibid

### TALLA EN NIÑOS DE 0 A 19 AÑOS<sup>3</sup>

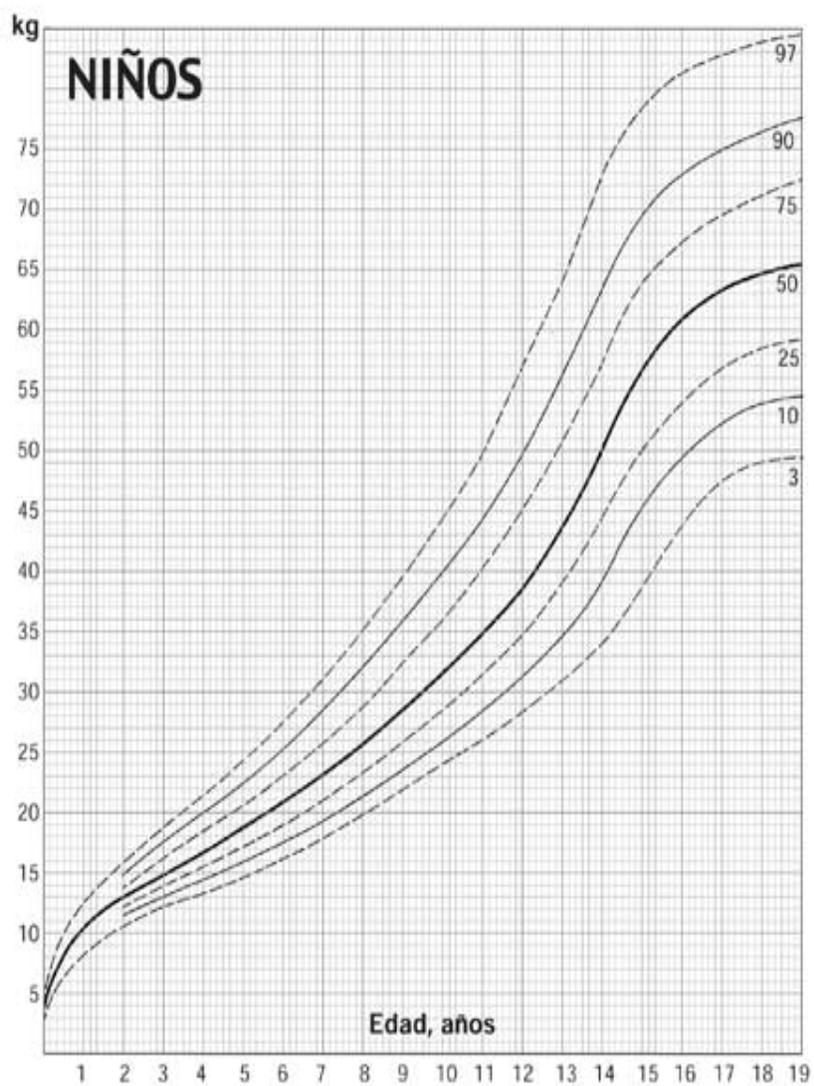


Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.  
Arch argent pediatr 1987; 85:209-222.

<sup>3</sup> Ibid

<sup>4</sup> Ibid

## PESO EN NIÑOS DE 0 A 19 AÑOS



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.  
Arch argent pediatr 1987; 85:209-222.

## 1. Anorexia

Definición: El término anorexia proviene del griego a/ an (negación) y orégo (apetecer). La anorexia es un trastorno en el que un individuo restringe excesivamente la ingesta de alimento y presenta una notoria pérdida de peso por debajo del peso corporal ideal. Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso autoinducida y que lleva inexorablemente a un estado de inanición. Aunque la anorexia suele considerarse una "patología mental", no debe olvidarse que los niños y adolescentes con anorexia nerviosa pueden presentar complicaciones graves, incluida la muerte, motivo por el cual se deben controlar y tratar por un equipo multidisciplinario.<sup>1,2</sup>

---

<sup>1</sup> Lenoir Op cit

<sup>2</sup> Nelson, Behrman, Kliegman, Jenson. Manual de Pediatría. Ed. Mc. Graw Hill Internacional, 16ª edición, Madrid 2002, 709 pp. Pag.573.

## 1. La anorexia en el niño

### 6.1 Incidencia y Prevalencia

Si bien la anorexia es un trastorno típico de la adolescencia, con picos de frecuencia a los 14 años y medio y a los 18 años, en aproximadamente el 8% de quienes la padecen se presenta antes de los 10 años. La anorexia infantil tiene ciertas particularidades ya que, dada la edad del paciente, el retraso en el crecimiento y la frecuente gravedad del cuadro constituyen la mayor preocupación desde el punto de vista médico.<sup>1,2</sup>

También es llamada “neurosis por exceso de atención” pues aquí destaca en el mecanismo de la anorexia el factor psicológico parental, ansiedad, agitación e inseguridad de los padres en el cuidado alimentario del niño.

El niño recurre a manifestarse a través del aparato digestivo ya que desde la vida fetal este es uno de los primeros en desarrollarse y por ello es un aparato de elección para convertirse en portavoz de lo que el niño quiere exponer al ambiente. Alrededor de la alimentación se estructura el eje de interacción más precoz entre madre e hijo, el cual constituirá el núcleo de referencia de los diversos estadios posteriores del desarrollo.<sup>3,4</sup>

Esto ocurre como si la satisfacción de las necesidades nutricionales fuese para la madre la ocasión de enseñar el placer a su hijo. Vinculado inicialmente a la satisfacción de la necesidad, este placer es buscado con rapidez por el niño y se diversifica a medida que crece. Las primeras experiencias de satisfacción e insatisfacción, placer y desagrado, esperanza y decepción se producen en la relación alimenticia del niño así como también los primeros conflictos derivando el

---

<sup>1</sup> Ibid

<sup>2</sup> Mahan L.Kathleen, Escott-Stump Silvia. Nutrición y Dietoterapia de Krause. ed.Mc Graw Hill,9ª edición, México, 2000, 1207 pp.

<sup>3</sup> Tojo R Op cit Pag. 942.

<sup>4</sup> Freud Anna. El psicoanálisis y la crianza del niño. Ed. Paidós. Barcelona, 1985, 250 pp. Pag. 51.

hecho de que alimentarse fácilmente queda investido de simbolismos afectivos o lo que es lo mismo nutrirse bien y fácil es igual a cariño y afecto por parte de la madre hacia el hijo.<sup>5</sup>

Sabemos que la succión constituye para el bebe una necesidad en sí, además de la necesidad fisiológica de saciar el hambre el acto de alimentar es un prototipo de las interacciones humanas “A través de la leche sea de pecho o del biberón no pasa tan solo el alimento sino también el amor de la madre”.

Y así sabemos que la ingestión de alimentos tiene una doble función: satisface, calma el hambre, la sed, y lleva consigo una descarga tensional gracias a la satisfacción de la oralidad por medio de la actividad de los labios, la lengua, el paladar y la faringe. Por supuesto no solo la ingestión de alimentos es fuente de satisfacción oral: los movimientos de succión espontáneos del bebé, la succión del pulgar o de otros dedos representan gratificaciones orales.<sup>6,7</sup>

La anorexia es tan común en estos días que se calcula que 1 de cada 4 niños la padece. El pediatra y psicoanalista americano René Spitz piensa que su origen podrían ser los primeros gestos de rechazo, como los del niño al retirar la boca rehusando el pezón apartándose del pecho; el autor considera que “desviar la cabeza del seno o biberón a fin de indicar saciedad representa el prototipo del gesto semántico “no” y en este sentido la anorexia es una conducta masiva de rechazo de la relación madre-hijo”.<sup>8</sup>

El rechazo del alimento provoca en la madre una profunda angustia, una herida narcisista en lo más íntimo de su ser: el sentirse fracasada en su función maternal.<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> Chinchilla. Op cit. Pag. 149.

<sup>6</sup> Ibid

<sup>7</sup> Chinchilla. Op cit. Pag. 149.

<sup>8</sup> Spitz René A. El primer año de vida del niño. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1969, 294 pp. Pag. 139.

<sup>9</sup> Ibid. Pag 140.

Estas mujeres por lo general son: con ojos brillantes, palabra rápida y gesto vivo, emotivas, irritables, sujetas a fácil depresión, activas y con falta de tiempo; las distingue una tendencia autoritaria y dominadora y poseen un gran anhelo de perfección. Respecto a los niños suelen ser delgados y de miembros frágiles su aspecto no tiene nada de inquietante y su poco peso llama mucho la atención, son niños vivarachos y despiertos con una excesiva actividad física y psíquica y tienden a tener un carácter autoritario.<sup>10,11</sup>

## 6.2 Etiopatogenia

### Causas psicológicas de la anorexia infantil

Por parte del niño:

- ❖ Medio de atraer la atención u obtener algún deseo.
- ❖ Imitación de los hermanos o compañeros.
- ❖ Interés por otras cosas a la hora de comer.
- ❖ Simple negativismo.
- ❖ Inquietud general (déficit de atención con hiperactividad).
- ❖ Actitud ensoñadora (perderse en las nubes).
- ❖ Estado de ánimo excitado o deprimido.
- ❖ Actitud caprichosa con simpatías y antipatías por las comidas.

Por parte de los padres o cuidadores:

- ❖ Incoherencia en la enseñanza de los hábitos de comer (demasiados maestros con distintos métodos).
- ❖ Alimentación forzada.
- ❖ Regaños como medio de incitar a comer.
- ❖ Exceso de solicitud con motivo de la comida.
- ❖ Demasiados juegos o distracciones (incluida televisión) como premio para comer.
- ❖ Excitación antes de las comidas o en el transcurso de éstas.

---

<sup>10</sup>Tinahones Op cit. Pag.32.

<sup>11</sup>Tojo R. Op cit. Pag. 943.

- ❖ Ambiente desagradable.
- ❖ Excesiva disciplina (especialmente acerca de los modales).
- ❖ Tolerancia en prolongar la duración de la comida.<sup>12</sup>

Factores precipitantes: Hay acontecimientos vitales potencialmente estresantes que influyen en la aparición de la anorexia en los niños como pueden ser:

- Nacimiento de un hermano o hermana.
- Separación de los padres.
- Fallecimiento del padre.
- Cambio de vivienda.
- La madre ha empezado a trabajar fuera de casa.
- Cambio de escuela.
- Cambio de etapa escolar.
- Aparición de una enfermedad grave.
- Conflictos importantes con un amigo(a) íntimo(a).<sup>13</sup>

### 6.3 Clasificación de los trastornos alimentarios infantiles

Hay escasa bibliografía que estudia la anorexia del niño a diferencia de la del adolescente probablemente es debido a la falta de criterios diagnósticos debidamente estandarizados para la población infantil, lo que a su vez hace que no haya coincidencia de categorías diagnósticas entre los diversos estudios.

Anna Freud dio una clasificación pionera de los trastornos de la alimentación infantil en 1946 y diferenció 3 tipos diferentes de trastornos:

- A) Trastornos alimentarios orgánicos
- B) Trastornos no orgánicos de los procesos instintivos

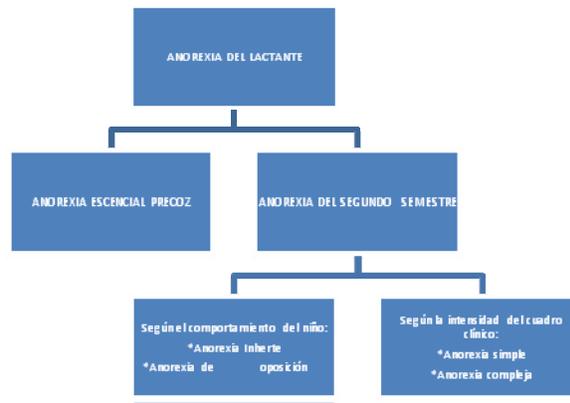
---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Raich Rosa María. Anorexia y Bulimia trastornos alimentarios. Ed. Pirámide, Madrid, 1994, 150 pp. Pag.63.

### C) Trastornos alimentarios neuróticos.<sup>14</sup>

Posteriormente y también partiendo del modelo psicoanalítico Kreisler y colaboradores introducen el término “ANOREXIA DEL LACTANTE” y la dividen así:



**ANOREXIA ESENCIAL PRECOZ:** Su cuadro clínico de pasividad o de rechazo hacia la comida aparece en las primeras semanas de vida o en el primer día.

**ANOREXIA DEL SEGUNDO SEMESTRE:** Se manifiesta preferentemente entre el sexto y el octavo mes de vida coincidiendo con el cambio de régimen dietético, restringiendo la leche y diversificando la alimentación.

**ANOREXIA INHERTE:** Es cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces ni siquiera ingiere y se le escapa la comida por la comisura de los labios.

---

<sup>14</sup> Freud Anna. Op cit. Pag. 51-54.

**ANOREXIA DE OPOSICIÓN:** Implica auténtico enfrentamiento, reaccionando el niño ante la comida con chillidos, agitación, rechazo total con giro de la cabeza y vómitos.

**ANOREXIA SIMPLE:** Esta clasificación implica que haya acontecido un hecho previo a su desencadenamiento (destete, enfermedad, separación de la madre) que a su vez da origen a un enfrentamiento entre la madre empeñada en imponerse y el niño en franca oposición, siendo todo ello solucionable con un cambio de pautas y actitudes que disminuyan la ansiedad materna

**ANOREXIA COMPLEJA:** Caracterizada por una mayor intensidad de los síntomas y por resistencia a los tratamientos habituales, es un auténtico trastorno psicológico, aquí el niño muestra un desinterés absoluto por los alimentos (hace pensar en la existencia de un déficit congénito del apetito con posibles antecedentes anoréxicos de la madre). La relación es muy conflictiva entre el hijo y la madre.

Chatoor y Egan los clasifican en trastornos alimentarios del desarrollo y en esta diferencian a los niños de menos a más edad, incluyéndolos en 3 tipos de alteraciones:

- a) trastorno alimentario de homeostasis que se inicia entre 0 y 3 meses.
- b) trastorno alimentario de vinculación con inicio de retardo del crecimiento entre los 2 y 8 meses.
- c) trastorno alimentario de separación o anorexia infantil, iniciando rechazo de la alimentación entre los 6 meses y los 3 años.

Woolston, basándose en una perspectiva más somática y evolutiva del crecimiento propone clasificar a los niños con trastorno de la alimentación en 3 tipos de patología:

- a) Tipo I o trastorno reactivo de la vinculación en la infancia.
- b) Tipo II o malnutrición proteínico-calórica simple.

c) Tipo III o rechazo alimentario patológico.<sup>15</sup>

Para terminar esta la clasificación que propone la Asociación Americana de Psiquiatría en su última edición del DSM-IV publicado en EU en 1994. En este actualizado sistema diagnóstico hay 2 apartados diferentes para poder clasificar los trastornos alimentarios, así las categorías de anorexia y bulimia nerviosas típicas del adolescente y el joven están separadas de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

El DSM-IV incluye estos en el apartado de trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, que consta a su vez de tres categorías diagnósticas: a) trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez; b) pica, y c) trastorno de rumiación.<sup>16</sup>

#### 6.4 Criterios para el diagnóstico de trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (Según el DSM-IV)

- a) Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
- b) La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad orgánica asociada (por ejemplo reflujo esofágico).
- c) El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
- d) El inicio es anterior a los 6 años de edad.<sup>17,18</sup>

---

<sup>15</sup> Tojo R. Op cit. Pags. 943, 944.

<sup>16</sup> Ibid.

## 6.5 Trastornos psiquiátricos y su relación con la nutrición

Sanders en un estudio incluyó en las dificultades alimentarias la alta incidencia de conductas disruptivas a la hora de la comida, como son: el rechazo violento del alimento, el no obedecer las continuas quejas, las exigentes demandas el negativismo físico, la conducta de oposición, los vómitos y los juegos con la comida entre otros.

Marchi y Cohen observaron que estos niños al llegar la etapa de la adolescencia muestran un patrón de comportamiento común comen poco y lentamente, necesitan picar y tienen muy poco interés por la comida.<sup>19</sup>

La anorexia del segundo semestre en la forma compleja es el prototipo de alteración que cumple los requisitos para ser considerada dentro del ámbito psiquiátrico. Hay un gran conflicto entre el niño y la madre o la persona que lo este cuidando.<sup>20</sup>

El rechazo alimentario se inicia entre los 6 meses y los 3 años (aunque la máxima incidencia se encuentra entre el sexto y el octavo mes) y puede variar de una comida a otra, y también según la persona que alimente al niño. El peso puede estar por debajo del 5% en relación con la edad o puede bajar 2% en un periodo máximo de 6 meses. Se detiene su crecimiento a causa de ingestión alimentaria insuficiente, puede presentar retraso en el desarrollo motriz secundario a la malnutrición cuando es severa o retraso en la expresividad verbal si el negativismo a hablar es también una forma de rechazo. Son niños frágiles a las infecciones y también con otras características emocionales y conductuales negativas.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Lopez Ibor Aliño Juan J. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado Ed. Masson, Barcelona, 2003, 1049pp. Pag.653.

<sup>18</sup> Tojo R. Op cit. Pag. 945.

<sup>19</sup> Cohen Bruce J. Theory and Practice of Psychiatry. Ed. Oxford, New York, 2003, 558 pp. Pag. 326.

<sup>20</sup> Tojo R. Op cit. Pag. 946.

<sup>21</sup>Ibid Pag. 945.

Es frecuente la psicopatología materna que se manifiesta con depresión y hostilidad pero que se puede relacionar tanto como consecuencia como causa del trastorno. Los padres y cuidadores están muy ansiosos ante el niño terco y obstinado en no comer, y lo forzan para que coma ya sea con inventos, engaños, distracciones o esperando a que este medio dormido para obligarlo o intentar que el niño acceda a abrir la boca.

Según el DSM-IV el trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez cuya característica esencial del cuadro es la incapacidad persistente para comer adecuadamente lo que se pone de manifiesto por una incapacidad significativa para ganar peso o por una pérdida de peso significativa durante por lo menos un mes, también se asocian algunas deficiencias de neuroregulación por ejemplo dificultades en el ritmo sueño vigilia, regurgitaciones frecuentes, periodos de vigilia en estado de alerta impredecibles. El trastorno de rumiación consiste en la salida del contenido gástrico a la cavidad bucal sin náuseas ni repugnancia, seguida de masticación con nueva degustación y vuelta a deglutir, se da entre los 3 a los 12 meses y se presenta más en niños que en niñas, pueden preceder al trastorno alimentario del niño trastornos psicológicos de los padres como separación o situaciones familiares estresantes, las madres de estos niños acostumbran a ser poco cariñosas, sobrecargadas de trabajo, inseguras y distantes en el trato con el hijo.

Otro trastorno es la pica que es la ingestión de sustancias no comestibles o carentes de valor nutritivo, cuando esta actividad es continua o compulsiva se interpreta como una carencia afectiva profunda o situación de abandono. También se presenta en niños con retrasos mentales o psicóticos por ejemplo la tricofagia o ingestión de pelo que precede a la tricotilomania o manía de arrancarse el pelo.

Merece atención un trastorno que no posee categoría diagnóstica pero no menos importante y es el trastorno alimentario postraumático consiste en un rechazo alimentario persistente, secundario a experiencias orales traumáticas relacionadas con tratamientos médicos, atragantamientos o forzamientos de la alimentación o de la medicación.

Clínicamente hay ansiedad ante la comida que puede llegar a fobia alimentaria específica de un determinado alimento o generalizada o crisis de pánico.

Los vómitos psicógenos bien conocidos por los pediatras, suelen empezar precozmente dentro del primer semestre de vida cuando el lactante percibe un trato de aparente sobreprotección, tiene el significado de una respuesta de protesta que es la expresión de repulsión de un niño fuerte y activo y la de un niño débil es negarse a recibir la comida, el vaciamiento gástrico por el tubo digestivo es la vía de elección preferida del niño para descargar tensiones. Cuando ya es mayor este cuadro adquiere otro significado que son los problemas escolares, este vomito ocurre en las mañanas a la hora del desayuno de los días escolares y no en fines de semana ni días festivos puesto que el niño se resiste a ir ala escuela lo que se denomina fobia escolar. Los efectos de la malnutrición son devastadores en el desarrollo cognitivo y psicomotor de los niños.<sup>22</sup>

## 6.6 Mortalidad

En niños no hay reportado un índice de mortalidad puesto que es un trastorno que se puede controlar con mayor facilidad.<sup>23</sup>

## 6.7 Repercusiones orales en niños

La única alteración relacionada con la anorexia se debe a la falta de nutrientes, en especial déficit de vitaminas A, C, D y K; así como también de calcio y fósforo estos son factores sistémicos productores de hipoplasia generalizada del esmalte. Es frecuente encontrar al diente con hileras horizontales que se corresponden exactamente con la zona de la matriz formada en el momento del déficit vitamínico. Es característico que la zona hipoplásica presente manchas y tinciones

---

<sup>22</sup> Ibid Pag.946

<sup>23</sup> Ibid. Pag. 941.

extrínsecas. La extensión de la hipoplasia es proporcional a la duración del proceso. Cuanto mayor sea el tiempo, mayor la zona de la hipoplasia.<sup>24,25,26,27</sup>



Hipoplasia del esmalte por deficiencia de vitamina D.<sup>28</sup>

#### 6.8 Prevención de los TCA en el niño

Cultura de la Alimentación: Actualmente el apetito del Occidente industrializado a pesar de ser sobrealimentado no es satisfecho, esto puede deberse a que desde la infancia picoteamos cotidianamente golosinas o diversos alimentos y el hambre ya no nos amenaza sino que nos cosquillea, es así que vivimos ya no en la época de la grande bouffe sino en la época en la del simple y prosaico “gran picoteo”.<sup>29</sup>

Los niños están sometidos a un intenso bombardeo de los medios que le incita al consumo de múltiples “alimentos” de dudoso valor nutritivo. Los alimentos que consumimos hoy son muy diferentes a los que se consumían hace 30 años, la

---

<sup>24</sup> Sapp J. Philip. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed. Harcourt, Madrid, 1998, 433 pp. pag.12.

<sup>25</sup> Regezi Joseph. Patología Bucal. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, U.S.A., 1991, 579 pp. Pag.579

<sup>26</sup> Barbería Op cit. Pag.93.

<sup>27</sup> Mc Donald Ralph. Odontología Pediátrica y del adolescente. 6ª. Edición. Ed. Mosby/Doyma. Madrid, 1995,856 pp. Pag.121.

<sup>28</sup> Imagen Cameron A. Op cit. Pag.201

<sup>29</sup> Tojo R. Op cit. Pag. 948

agricultura y ganadería se alejan cada vez más de la naturaleza, cada día la alimentación esta más lejos de las materias primas y más cerca de la industria.<sup>30</sup>

La cultura de la alimentación debe iniciar en el hogar desde los primeros días de vida que luego deberá continuarse con una complementaria información técnica en la escuela, acercándolo al mundo de los alimentos y alimentarse desde saber elegir los alimentos para preparar ya sea en el mercado o tiendas de autoservicio y hasta en un restaurante. Se sabe que los niños que realizan el acto de alimentarse con sus padres y hermanos toman más veces los alimentos de los grupos básicos.<sup>31</sup>

#### Decálogo para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en los niños

1. Alimentar a los niños tiene que ser un acto de amor, pero el alimento en si no se tiene que convertir en muestra de amor.
2. Enseñar a los niños los hábitos de alimentación desde los primeros días de vida, tanto en casa como luego en la escuela.
3. Presentar dignamente los alimentos cocinados, haciéndole conocer, querer y practicar la cocina tradicional regional.
4. No permitir al niño aversiones alimentarias especialmente entre los 6 y los 12 años de edad.
5. Ir a los restaurantes, aprender a escoger los platos, disfrutar de la relación social y de la sobremesa.
6. Concentración de las comidas en las 3 diarias: desayuno, comida del medio día y cena (optativa la merienda).
7. Implantación firme de los horarios de las comidas principales.

---

<sup>30</sup> Ramos Galván Rafael. Alimentación normal en niños y adolescentes teoría y práctica. Ed. Manual Moderno, México, 1985, 785 pp. Pag.102.

<sup>31</sup> Tojo R. Op cit. Pag. 949.

8. Sincronización de los miembros de la familia para que estén juntos en la misma mesa de la comida.
9. Localización apropiada y fija de los lugares de las comidas: no comer en cualquier parte.
10. Enseñar a ser altruista y pensar en los que no tiene nada que comer.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Ibid.

## 7. La anorexia en el adolescente

La adolescencia representa el paso de la edad infantil a la edad madura, de la protección a la autonomía y con ello la adquisición de responsabilidades, la elaboración de proyectos personales y la toma de una actitud propia ante la vida. El adolescente, hasta entonces niño, busca su propia identidad al tiempo que asimila y hace suyas las normas de conducta que rigen el medio en donde vive. De las experiencias vividas, consecuencias que deriven de sus actos y de sus hábitos adquiridos dependerá su adaptación al medio; en este sentido cobran especial importancia en este periodo las relaciones sociales del adolescente y la aprobación o desaprobación de aquellos que lo rodean.<sup>1</sup>

La anorexia es una enfermedad compleja y multicausal que se manifiesta por una obsesión hacia la comida, el peso y la delgadez. De manera irracional se aferran al ayuno el cual imponen de forma voluntaria ya sea limitando la ingesta o mediante vómitos autoinducidos o usando laxantes de forma regular. Su patrón de conducta es peculiar pues combinan de forma obsesiva una dieta rígida y severa con un ejercicio físico compulsivo. Son rebeldes a todo razonamiento y conlleva una pérdida de peso a veces extrema, aislamiento social y separación afectiva de la familia y los amigos.<sup>2</sup>

Si se intenta cambiar la actitud en estos pacientes el rechazo es enérgico y niegan la existencia del problema.

La anorexia se considera un importante problema de salud pública, debido al número de pacientes, la repercusión en el medio familiar, el aislamiento social durante el período crítico de la enfermedad y el consumo de recursos necesarios para su tratamiento.<sup>3</sup>

Sabemos que uno de los cambios más obvios en el comportamiento entre la infancia y la adolescencia es el mayor interés que adquieren los jóvenes por su

---

<sup>1</sup> Chinchilla Moreno A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosas, obesidad y atracones. ed. Masson, Barcelona, 2003, 306 pp. Pag.26.

<sup>2</sup> Tojo R. Op cit. Pag. 951.

<sup>3</sup>Chinchilla Op cit. Pag. 21.

propio cuerpo, los niños suelen estudiar su musculatura, queriendo parecerse cada vez más a los personajes que aparecen en la televisión y causan gran impacto a las chicas tanto física como emocionalmente; las niñas su rostro y su figura, en especial desde muy jóvenes dedican especial atención a su cuerpo, peinados, vestidos de moda, maquillaje, cremas se convierten diariamente en un tema de conversación; pasan horas frente al espejo y no pueden evitar pasar frente a este sin mirar de reojo.<sup>4</sup>

Las jóvenes son más propensas a ser víctimas de ésta enfermedad puesto que su apariencia les importa por encima de todas las cosas inclusive por encima de su propia salud. Los anoréxicos tienen un miedo anormal a engordar lo cual se muestra en distorsiones de su imagen corporal y otras percepciones, que tal vez reflejan una combinación de alteraciones del estado físico, percepciones deformes y negación de percepciones que culminan en autosatisfacción.<sup>5,6</sup>

### 7.1 Incidencia y Prevalencia

La prevalencia de este trastorno ha aumentado de manera extraordinaria en los últimos 20 años y como se había mencionado afecta mayormente a mujeres<sup>7</sup>, existen de 1 a 4 casos por cada 100 chicas que la padecen, aunque también se han dado a conocer casos de varones aunque estos sólo son el 10% del total de casos.<sup>8</sup> Surge de modo típico en familias de nivel socioeconómico medio a alto y los grupos a los que más afecta es a los que oscilan entre los 14 y 18 años de edad o bien llamados adolescencia intermedia y la incidencia de casos nuevos anuales es de 5 a 10 por 100 000 habitantes.<sup>9,10</sup>

---

<sup>4</sup> Maddaleno Matilde y cols. La Salud del adolescente y del joven. OPS Publicación Científica no.552, E.U.A., 1995, 355 pp.

<sup>5</sup> Gallagher J. Roswell, Heald Felix P. & Garell Dale C. Medical Care of Adolescent. Ed. Appleton-Century-Crofts, 3ª edición, New York, 1975, 774 pp. Pag 253.

<sup>6</sup> Lissauer Tom, Clayden Graham. Illustrated Textbook of Pediatrics. ed. Harcourt Internacional, 2ª edición, Madrid, 2002, 410 pp. Pag.21.

<sup>7</sup> Chinchilla Op cit. Pag. 15.

<sup>8</sup> Nelson.Op cit. Pag. 573.

<sup>9</sup>López Ibor. Op cit. Pag. 657.

<sup>10</sup> American Academy of Pediatrics. Manual de nutrición pediátrica. 5ª. Edición. E.U.A, 2004, 1178pp. Pag. 657.

También es bien sabido que este trastorno es muy factible que lo desarrollen jóvenes que están sometidos a actividades físicas que requieren de un esfuerzo constante y que les exige mantener su constitución corporal lo mas delgada posible como son los gimnastas, bailarinas(es), y otros comprometidos a nivel laboral con mantenerse delgados como son las azafatas, los(as) modelos, edecanes, etc.<sup>11</sup>

## 7.2 Etiopatogenia

Numerosos factores predisponen a un adolescente para desarrollar la anorexia nerviosa como pueden ser biológicos y genéticos, intrapersonales, familiares y socioculturales, es fundamental la prevención y el diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico.

### Factores predisponentes

**Predisposición individual:** Es posible la existencia de factores genéticos responsables, el riesgo para los familiares en primer grado de un paciente es del 6% comparado con el 1% de los controles.

Se cree que hay una mayor predisposición biológica por alteraciones en algunos neurotransmisores quizá debido a alguna anomalía cerebral orgánica o funcional o incluso han descrito algunos desencadenantes de origen infeccioso. Quizá tenga que ver la regulación del apetito pues es compleja y muy poco conocida, aun se desconocen factores que actúan sobre la ingesta para mantener el peso corporal.

Es difícil determinar si los factores psicológicos son causa o efecto del propio trastorno, se describen alteraciones cognitivas, errores en las creencias y razonamientos sobre la apariencia física, el peso y la forma corporal.

También hay dificultad para responder adecuadamente a las emociones, indiferencia a la emaciación. El bajo autoconcepto y autoestima favorecen la

---

<sup>11</sup> Chinchilla. Op cit. Pag.57.

presencia de los síntomas depresivos y la ansiedad, que con frecuencia se observa en los pacientes.<sup>12,13</sup>

Influencias familiares: La madre suele ser dominante, intrusiva y ambivalente, el padre suele ser inefectivo o pasivo, sus familias son rígidas, sobreprotectoras, con gran intromisión, altas expectativas y escasa atención a los problemas y preocupaciones del adolescente. El estilo de vida de las familias de hoy con poco tiempo para comer y el cambio de las actividades aunado al papel social que muchas madres desempeñan dificulta el poder reunirse todos los miembros en torno a la mesa. Comer solo priva del placer de la conversación y favorece el desinterés por la comida en los más jóvenes.<sup>14,15</sup>

Influencias culturales: Actualmente hay una gran presión por el valor que tiene la forma y el tamaño corporal esto induce al descontento y al deseo de hacer dietas para modificarlo, además del estigma de la obesidad y la marcada relevancia de ser delgado son factores de riesgo.

Influencia de los medios de comunicación: Sabemos que los medios de comunicación tienen gran influencia sobre la población en general y sobre todo en los adolescentes, pues estos dedican varias horas del día al mal hábito de sentarse ante ellos.<sup>16</sup>

En la actualidad la sociedad está viviendo en un total y absoluto culto al cuerpo y a través de la televisión ha sido bombardeada con mensajes publicitarios, moda, prensa, con mensajes directos e indirectos que preconizan que un cuerpo esbelto y delgado es necesario para poder triunfar tanto a nivel emocional como laboral e incluso personal.

Los mensajes establecen la delgadez como valor altamente positivo como meta que alcanzar, como modelo corporal que seguir y lo convierte en el criterio central

---

<sup>12</sup> Ibid. Pag. 22.

<sup>13</sup> Nelson. Op cit. Pag. 573.

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Chinchilla. Op cit. Pag. 25.

<sup>16</sup> Ibid. Pag. 26.

de evaluación de la persona: SER DELGADA ES SINÓNIMO DE TRIUNFO, ÉXITO PROFESIONAL, PERSONAL Y SOCIAL, demuestra que se tiene control sobre uno mismo y sobre todo lo demás.<sup>17,18</sup>

Además de la televisión, la Internet desafortunadamente también posee sitios donde por desgracia los jóvenes son susceptibles a caer en trastornos de este tipo, pues tristemente fomentan el inicio y mantenimiento de estas conductas; entre los sitios que están abiertos y al alcance de los jóvenes hay uno llamado PROANA, el cual presenta a la enfermedad como una amiga en la cual se pueden refugiar y a quién deben hacerle caso al seguir sus propuestas de no alimentarse, de esconderse y aislarse de sus padres, amigos, y demás personas que pudieran ayudarlos, los induce a engañar a los demás y a morir lentamente pues los priva de alimentarse.

**FACTORES PRECIPITANTES:** Las dietas restrictivas, las situaciones de crisis y adversidad, los sentimientos de inseguridad y el estrés al que muchos adolescentes están sometidos, pueden actuar como desencadenantes, existe una escala de acontecimientos estresantes para adolescentes de 14 a 18 años que pueden ser desencadenantes de la anorexia:

- Intimididad, sexo, romance
- Familia
- Compañeros
- Académicos
- De autonomía
- Sociales.<sup>19,20</sup>

### 7.3 Manifestaciones clínicas de la anorexia

---

<sup>17</sup> Mahan. Op cit. Pag. 495.

<sup>18</sup> Chinchilla. Op cit. Pag. 18.

<sup>19</sup>Ibid. Pag. 28.

<sup>20</sup> Raich. Op cit. Pag. 63.

Los síntomas se manifiestan a tres niveles: físico, psicológico y conductual.

**SÍNTOMAS FÍSICOS:** Restricción de la ingesta.  
Pérdida de peso.  
Amenorrea.  
Mareos.  
Estreñimiento.  
Vómitos.  
Intolerancia al frío.  
Alteraciones del sueño.  
Caída del pelo.

#### **SÍNTOMAS**

**PSICOLÓGICOS:** Distorsión de la imagen corporal.  
Negación de la enfermedad.  
Baja autoestima.  
Perfeccionismo.  
Perfección de bajo autocontrol.  
Inestabilidad emocional.  
Altas expectativas.  
Depresión marcada.  
Incapacidad para pensar con claridad.  
Caída del rendimiento escolar.

#### **ALTERACIONES DE**

**LA CONDUCTA:** Hábitos alimentarios peculiares.  
Interés por dietas y calorías de los alimentos.  
Hiperactividad.  
Ejercicio físico exagerado.  
Medición reiterada del peso.  
Empleo de diversos métodos para perder peso.  
Excesiva dedicación para las actividades escolares.<sup>21</sup>

### **7.4 Diagnóstico según el DSM-IV**

Los criterios para diagnosticar la anorexia son:

---

<sup>21</sup>Tojo R. Op cit. Pag. 954.

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente bajo la administración de hormonas por ejemplo al administrar estrógenos).<sup>22</sup>

## 7.5 Tipos de anorexia:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas, por ejemplo provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo compulsivo/ purgativo: Durante el episodio de anorexia el individuo recurre regularmente a atracones o purgas, por ejemplo provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.<sup>23,24</sup>

## 7.6 Mortalidad

---

<sup>22</sup>López Ibor. Op cit. Pag. 659,660.

<sup>23</sup>Ibid. Pag. 660.

<sup>24</sup> Mahan. Op cit. Pag. 494.

Uno de los aspectos más alarmantes es la capacidad que tiene este trastorno para llevar a la muerte a los pacientes la cual puede ser por inanición, autólisis, y/o complicaciones médicas o por suicidio. La tasa de mortalidad oscila entre el 1 al 5%.<sup>25,26</sup>

### 7.7 Prevención de los TCA en los adolescentes

La prevención no es fácil pues es un proceso donde intervienen múltiples factores desencadenantes pero se puede actuar sobre las conductas de riesgo específicas; la prevención debe ser primaria evitando el establecimiento de la enfermedad identificando a los pacientes de riesgo como aquellos que realizan dietas con deseo creciente de perder peso, rechazo de la imagen corporal, aislamiento social progresivo, vómitos inexplicables o a escondidas y amenorrea.

La Asociación Americana de Pediatría en su guía para la actuación Preventiva en la adolescencia recomienda asesorar a los adolescentes sobre la dieta saludable para mantener el peso adecuado y pesarlo, medirlo y conocer sus hábitos de alimentación y la opinión que tienen sobre su propia imagen corporal. Es importante la participación de las instituciones públicas para influir en los fabricantes de moda, en el cambio de imagen de las modelos y realización de tallas más amplias. También en los medios de comunicación para que limiten la importancia de la belleza física y difundan ideales estéticos más realistas acordes con la constitución de la población.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Ibid. Pag. 498.

<sup>26</sup> Chinchilla. Op cit. Pag. 17.

<sup>27</sup> Tojo R. Op cit. 963.

## 8. TRATAMIENTO

8.1 Pautas educativas: A cualquier edad los niños reaccionan con anorexia ante la forma mecánica, tensa y ansiosa de nutrirlos en estas condiciones la comida deje de significar para el niño la ingesta del alimento, siendo más bien la absorción de la angustia materna. No es necesario tener grandes conocimientos de puericultura para saber que cuando un niño come bien nadie le presta atención pero cuando el niño no come correctamente automáticamente recibirá atención por parte de todo su entorno con lo cuál él reforzará y mantendrá su conducta de inapetencia.

Lo que se debería hacer es no prestarle atención si no come y recompensarlo cuando si lo hace, pues estos niños descubren precozmente que con su comportamiento inapetente durante las horas de comida poseen un arma poderosa para manipular y dominar a la madre o al cuidador y controlar así todo su entorno.<sup>1</sup>

Para combatir la anorexia debemos poner atención a los puntos antes mencionados y además el acto de la comida debe ser algo placentero y gratificante para el niño, no debe llegar a la mesa cansado, evitar que coman entre comidas caramelos, galletas, pan, etc. Debe evitarse que la hora de la comida se convierta en un campo de batalla entre los padres y el hijo.<sup>2</sup>

Es útil emplear recompensas de actividad que tanto gustan al niño y lo incitan a conseguir un digno comportamiento con la comida; se sabe que las recompensas aumentan aquella conducta a la que suceden.

Sin embargo también es muy efectivo el dejar sin comer al niño inapetente, retirarle el plato sin explicación alguna, pero es importante advertirle a la madre o cuidador que debe estar atento a que en el momento en que el niño realice el menor intento de comer posterior a esta acción se le debe gratificar esta buena conducta y así incitarlo a que la repita. Otra medida aplicable a los niños

---

<sup>1</sup> Ibid. Pag. 947.

<sup>2</sup> Ibid.

anoréxicos es servir en sus comidas cantidades de lo que mas les guste y mínimas porciones de alimentos que les disgusten.<sup>3</sup>

8.2 Tratamiento nutricional: Las necesidades nutricionales se estiman de acuerdo con la valoración antropométrica, de forma individualizada. Al principio, en la fase de recuperación ponderal la energía necesaria para el metabolismo basal está reducida, como mecanismo de adaptación al ayuno; es suficiente un aporte de 30 cal/kg en las primeras 24 horas, aumentando de 5 a 10 cal/kg cada día en la primera semana hasta un total de 1200 a 1500 cal/día. Según la tolerancia y aceptación del paciente se aumentan de 300 a 500 cal/día a partir de la primera semana hasta 2200 a 2500 cal. A partir de un aporte de 2000 cal/día cabe esperar un aumento de peso de 100g. diarios.<sup>4</sup>

8.3 Tratamiento farmacológico: Es probable que se envíen fármacos coadyuvantes en el tratamiento pero debe ser muy limitado tanto en dosificación como en tiempo de administración los fármacos ayudan estimulando el apetito y los tratamientos anabolizantes (hormonales, vitamínicos, etc.) pueden tener sus específicas indicaciones en caso de malnutrición. En el tratamiento sintomático de los vómitos se pueden usar antieméticos y obviamente monitoreado por el médico y el nutriólogo.

Si acaso existieran cuadros de ansiedad, angustia o depresión durante el proceso de anorexia se deben enviar fármacos antidepresivos.<sup>5</sup>

8.4 Tratamiento psicoterapéutico individual y familiar: Se indican programas basados en técnicas conductuales para modificar la conducta alimentaria del niño y del adolescente, que se plantean como objetivos básicos: incrementar las conductas apropiadas y disminuir las inapropiadas, adquisición de nuevas conductas, generalización de las conductas a situaciones cotidianas y entrenamiento parental. El clínico vigilará la totalidad de las conductas del

---

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup>Chinchilla. Op cit. Pag.229.

<sup>5</sup> Tojo R. Op cit. Pag. 961

paciente desde el reposo absoluto los primeros días, la realimentación y la recuperación progresiva de los de las actividades más normales.<sup>6</sup>

Técnicas de terapia familiar, utilizando los recursos sistémicos que movilizan a los miembros de la familia otorgándoles nuevos papeles en su actuación en las circunstancias que rodean el acto alimentario consiguen eficaces y duraderos cambios en la alimentación del niño anoréxico. Los padres le acompañarán al principio las 24 horas y le apoyarán sistemáticamente para enfrentar los reposos, la alimentación, los tiempos de ocio y la comunicación con los amigos y el colegio.

Los padres y familiares deben evitar las críticas, reproches e importante abstenerse de iniciar discusiones. Establecer límites claros en lo que corresponde a cada cual parece necesario, así como posibilitar los intentos de autonomía cuando el hijo(a) deja de ser un enfermo y vuelve a ser un adolescente.<sup>7</sup>

Una vez que el paciente acepta que padece la enfermedad posterior al mantenimiento de dichas técnicas poco a poco se deben ir introduciendo los tratamientos nutricionales, pues será más fácil la aceptación de los alimentos.

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid

## 9. Principales repercusiones en la cavidad oral

Los problemas bucodentales en esta enfermedad no suelen ser tomados de manera seria ni por los pacientes ni por su familia, puesto que no ponen en riesgo su vida, pero debido a su carácter de irreversibles sí se les debe prestar la atención adecuada y tratar de resolverlos prontamente para evitar un daño mayor. Entre ellos vamos a encontrar lesiones de los tejidos blandos: eritema de la mucosa oral, queilitis angular, sialoadenitis, xerostomía; lesiones de tejidos duros: erosión dental, caries, enfermedad periodontal y pérdida dental.

### 9.1 Lesiones de tejidos blandos

9.1.1 Eritema de la mucosa oral: La mucosa bucal se ve afectada por la falta de hidratación y lubricación; con ello aumenta la tendencia a las ulceraciones e infecciones. El eritema es provocado por la irritación crónica de la superficie epitelial con el contenido gástrico, posterior al vómito recurrente afectando las mucosas de revestimiento gingival, palatina, esofágica y faríngea, sus manifestaciones clínicas son: una visible coloración roja del tejido, ardor, dolor, inflamación y por consecuencia disfagia. También es posible encontrar laceraciones en el paladar blando debido a la autoinducción del vómito ya sea con los dedos o con el uso de algún otro objeto.<sup>1,2</sup>

9.1.2 Queilitis angular: Al haber deficiencia de nutrientes y de vitaminas básicas para la conservación de las células de los tejidos sanos y el recambio del epitelio, se puede ocasionar queilitis la cuál es caracterizada principalmente por resequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente en la comisura labial; Es bien sabido que la queilitis es una lesión provocada a causa de una infección

---

<sup>1</sup> Ochoa. Op cit. Pag. 50.

<sup>2</sup> Espinosa Alma. Bulimia y anorexia, trastornos de la adolescencia del siglo XXI. *Gaceta Universidad Veracruzana*, Octubre-Diciembre 2004, Nueva época 82-84, Xalapa. Veracruz. México, Publicación trimestral.

oportunista por el hongo denominado candida albicans, el cual se hace presente debido a la inmunosupresión existente en estos pacientes por la desnutrición que presentan; se pueden llegar a encontrar otras lesiones provocadas por dicho microorganismo como la candidiasis, glositis y ulceraciones. Es posible pensar que estas lesiones son secundarias a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes.<sup>3,4,5</sup>



Queilitis y candidiasis en la mucosa del carrillo.



Queilitis angular, lesión en la comisura labial.<sup>6</sup>

9.1.3 Sialoadenitis: Definida como el agrandamiento de las glándulas parótidas, se encuentra frecuentemente en la cavidad bucal de estos pacientes y está asociada

---

<sup>3</sup> Ochoa. Op cit. Pag 52.

<sup>4</sup> Mahan. Op cit. Pag. 494.

<sup>5</sup> Espinosa. Op cit.

<sup>6</sup> Ibid.

a la condición crónica de vomitar, las glándulas se pueden palpar suaves y presentan sintomatología dolorosa; esta alteración puede persistir después de un tiempo en que la anorexia nerviosa ha sido revertida, o puede desaparecer de manera espontánea.<sup>7,8</sup>

9.1.4 Xerostomía: La xerostomía es otra de las manifestaciones bucales en estos pacientes. Se le conoce también como boca seca y está asociada a la deshidratación producida por la pérdida de líquidos a consecuencia del vomito, implica sensación de sequedad en la boca, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva. La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales; dificulta el habla, la deglución y la higiene bucal, provoca mal aliento, la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización y neutralizar el medio ácido causado por los alimentos. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente.<sup>9,10</sup>



Xerostomía<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> Espinosa. Op cit.

<sup>8</sup> Serra Ristol, Manzanares Céspedes, Carvalho-Lovato. Repercusiones de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral, atención primaria. *Publicación oficial de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria* .Miércoles 15 de febrero 2006 vol. 37, no.2:101-103.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ochoa. Op cit. Pag 53.

<sup>11</sup>Imagen [www.ser.es/imag](http://www.ser.es/imag)

9.1.5 Gingivitis: Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, por una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos, la encía suele ser un tejido muy afectado pues disminuye su hidratación al disminuir el flujo salival y con esto no es suficiente la limpieza que provee la saliva al arrastrar las bacterias ocasionando acumulo de placa dentobacteriana y por consecuencia gingivitis.<sup>12</sup>



Gingivitis<sup>13</sup>

## 9.2 Lesiones de los tejidos duros

9.2.1 Erosión dental: El gran impacto de la anorexia en la cavidad oral resulta de la presencia de ácidos estomacales en la boca originados por la autoinducción crónica y frecuente del vómito, la erosión dental es la manifestación más común en la cuál existe pérdida de la estructura dentaria por procesos químicos donde no intervienen las bacterias, las caras más afectadas son las palatinas de los anteriores superiores y las linguales de los anteriores inferiores, aunque también suele observarse estrechamiento de los bordes incisales de

---

<sup>12</sup> Pinkham. Op cit. Pag.655.

<sup>13</sup> Imagen [www.google.com/imagenes](http://www.google.com/imagenes)

estos, por consecuencia mordida abierta anterior, pérdida de la dimensión vertical, sobreerupción compensatoria de los dientes antagonistas y aumento de la sensibilidad dentaria. Los dientes posteriores están provistos de protección por la lengua lo cuál no permite que estos sean tan gravemente afectados.

Esta erosión ocurre porque el pH del ácido gástrico es de 2 y al contactar con el tejido dentario se lleva a cabo una reacción de desmineralización de la matriz inorgánica al disolver los cristales de hidroxiapatita debido a la unión del ion H del ácido y del ión calcio del esmalte.<sup>14</sup> Este proceso es conocido como perimiolisis, origina dientes sensibles susceptibles a la caries con un esmalte que se desprende con facilidad, a menudo los bordes de los dientes son afilados y las restauraciones dentales parecen protruir de ellos.<sup>15,16</sup>

La prevalencia de la erosión dental es baja, se encuentra en un 38%, depende de la combinación de aspectos como tipo de dieta, frecuencia del vómito, tiempo con el padecimiento, higiene posterior al vómito, entre otros.<sup>17</sup> Aunque no es un signo visible en la boca, suele encontrarse en estos pacientes el llamado signo de Russell, el cual se produce por la autoinducción del vómito y es una formación cálcica en el dorso de la mano o de los dedos debido a la colocación de ellos para inducir el vómito.<sup>18</sup>



Erosión en los bordes incisales de los dientes anteriores superiores.<sup>19</sup>

---

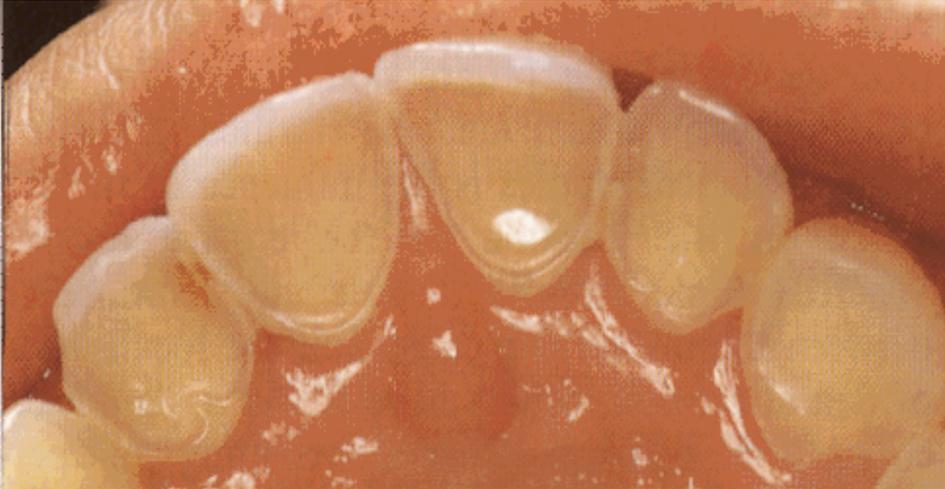
<sup>14</sup> Ochoa. Op cit. Pag. 50.

<sup>15</sup> McAnarney Elizabeth. Medicina del Adolescente. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1994, 1264 pp. Pag.333.

<sup>16</sup> Pinkham. Odontología Pediátrica. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, 3ª edición, México, 1999, 700 pp. Pag. 655.

<sup>17</sup> Ochoa. Op cit. Pag. 50.

<sup>18</sup> Ibid



Erosión en las caras palatinas de los dientes anteriores superiores.<sup>20</sup>



Erosión en las caras oclusales  
de molares.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> [www.scielo.com](http://www.scielo.com)

<sup>20</sup> *Ibid*

<sup>21</sup> [www.google.com/imagenes](http://www.google.com/imagenes)



Perimiólisis en dientes posteriores.<sup>22</sup>

9.2.2 Caries dental: Ésta puede estar presente dado que hay pérdida en la continuidad del esmalte a causa de la erosión al encontrarse el tejido desmineralizado y habiendo una escasa higiene bucal da oportunidad al desarrollo de la caries dental por los desechos bacterianos que no son eliminados. Esto puede ocurrir también posterior al uso de medicamentos antidepresivos que suelen enviarse a estos pacientes, los cuales contribuyen a una mayor presencia y acumulo de placa dentobacteriana y al desarrollo de caries.<sup>23 ,24</sup>

9.2.3 Pérdida de piezas dentales: En ocasiones relacionada con la desnutrición que presentan estos pacientes la cuál induce a un deterioro de la densidad ósea del organismo del paciente y por tal motivo los huesos maxilar y mandibular

---

<sup>22</sup> Ibid

<sup>23</sup> Pinkham. Op cit. Pag. 655.

<sup>24</sup> Tinahones. Op cit. Pag, 56.

disminuyen su calidad, dejando de ser soporte para los dientes por tal razón puede existir pérdida de ellos.<sup>25,26</sup>

---

<sup>25</sup> Serra. Op cit.

<sup>26</sup> Espinosa. Op cit.

## 10. Tratamiento y recomendaciones odontológicas

El odontólogo debe recomendar enjuagues diarios con flúor en una solución de 0.05% de fluoruro de sodio que equivale a 50 ppm; esta solución contiene baja potencia de fluoruro y se puede utilizar con alta frecuencia, o enjuagues semanales con el mismo fluoruro de sodio al 0.2% que equivalen a 225 ppm esta solución contiene alta potencia de fluoruro y se puede utilizar con menor frecuencia; estos ayudarán a endurecer el esmalte frente a la disolución ácida.

Pueden ser útiles las aplicaciones tópicas de gel de fluoruro de sodio o barnices al 5% que corresponderían a 22,600 ppm y su uso es recomendado cada 3 meses o el uso de pastas dentales con fluoruro de estaño con una concentración de 5000 ppm; su uso es recomendado una vez a la semana y esto también permitirá disminuir la sensibilidad dentaria.

Estas recomendaciones son dadas a los pacientes que presentan un alto riesgo de padecer caries y a estos pacientes por la erosión que sufren debido al vómito frecuente se les puede catalogar como pacientes con alta tendencia o riesgo a desarrollar caries dental.<sup>1</sup>

El cepillado es recomendado de manera cuidadosa aproximadamente 30 minutos después del vómito y si es posible también se recomienda enjuagarse con algún agente antiácidos como por ejemplo bicarbonato de sodio diluido en agua, leche, o simplemente agua para neutralizar los ácidos del contenido gástrico.<sup>2</sup>

Los alimentos no ácidos y que no contienen azúcares añadidos como el queso, frutas y vegetales son importantes para una buena salud bucal y sistémica, se encontró que la ingestión de algunos quesos proporcionan una rápida

---

<sup>1</sup> Takiguchi A. comunicación verbal. 7 de Abril del 2008.

<sup>2</sup> Ochoa. Op cit. Pag. 53.

recuperación de del pH de la placa después de un ataque ácido, y funciona como un reservorio de iones de calcio y fosfato.<sup>3</sup>

También se recomienda el uso de un raspador lingual para así remover los residuos ácidos que se alojan en las papilas linguales.

El consumo de chicles y caramelos puede contribuir al aumento del flujo salival. Debe informársele al paciente y explicarle de la importancia de que no posean azúcar y si contienen Xylitol sería muy bueno, pues éste funciona como un bacteriostático que no permite la aceleración del proceso carioso en los pacientes susceptibles. Además, el flujo salival aumenta la concentración de iones de calcio fosfato e hidroxilo en boca por lo cual puede existir una gran remineralización.<sup>4</sup>

Sí las áreas erosionadas sobreexponen la dentina se puede utilizar una fina capa de adhesivo dentinario y con esto disminuir la hipersensibilidad dentinaria.<sup>5</sup>

Si se requiere de tratamientos restaurativos, no dudar en llevarlos a cabo y restablecer la función y la estética de estos pacientes, pues finalmente ésta es parte importante en su autoimagen.

Se deben realizar revisiones frecuentes para evitar riesgo de filtraciones y/o nuevas lesiones.

---

<sup>3</sup> Cardoso Cristina, Villalón, Maroto, Barberia. Relevancia del diagnóstico Odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *JADA*. Vol. 2, No.5:298-302, Octubre 2007.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

## CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimenticia que está creciendo en intensidad cada vez más. Muchas personas están siendo afectadas y, desafortunadamente, el número de niños y adolescentes que lo padecen seguirá aumentando si no se toman las medidas necesarias para evitar que esto suceda.

El Cirujano Dentista debe estar debidamente capacitado para poder detectar este trastorno, diagnosticarlo, conocer sus manifestaciones clínicas, características y secuelas; llevar a cabo el tratamiento adecuado para las necesidades que cada paciente requiere, el cual le permita mantener la salud de su cavidad oral y proporcionar los tratamientos preventivos para minimizar el daño que este padecimiento causa a las diversas estructuras bucodentales.

Además de esto, el Cirujano Dentista debe recordar que las personas con este padecimiento requieren apoyo, entendimiento, paciencia, y por esta razón; comprometerse a proporcionárselos. También debe entender que el tratamiento de estos pacientes es largo y complejo por lo cual debe ser monitoreado por las diversas especialidades encargadas en llevarlo nuevamente a un estado de salud física integral.

El Cirujano Dentista es un profesionalista importante para la detección de diversos trastornos o entidades patológicas que debe ser reconocido y respetado por su labor.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics. Manual de nutrición pediátrica. 5ª. Edición. E.U.A, 2004, 1178pp.
- Barberia Leache Elena. Odontopediatría 2ª. Edición. Ed.Masson. Barcelona, 2002, 432pp.
- Cameron A. Manual de Odontología Pediátrica. Ed. Harcourt. Madrid, 1998, 368 pp.
- Cardoso Cristina, Villalón, Maroto, Barberia. Relevancia del diagnóstico Odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *J ADA*. Vol. 2, No.5: 298-302. Octubre 2007. [www.jada.com](http://www.jada.com)
- Cohen Bruce J. Theory and Practice of Psychiatry. Ed. Oxford, New York, 2003, 558 pp.
- Chinchilla Moreno A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosas, obesidad y atracones. ed. Masson, Barcelona, 2003, 306 pp.
- Espinosa Alma. Bulimia y anorexia, trastornos de la adolescencia del siglo XXI. *Gaceta Universidad Veracruzana*, Octubre-Diciembre 2004, Nueva época 82-84, Xalapa. Veracruz. México, Publicación trimestral. [www.uv.mx/gaceta](http://www.uv.mx/gaceta)
- Freud Anna. El psicoanálisis y la crianza del niño. Ed. Paidós. Barcelona, 1985, 250 pp.
- Gallagher J. Roswell, Heald Felix P. & Garell Dale C. Medical Care of Adolescent. Ed. Appleton-Century-Crofts, 3ª edición, New York, 1975, 774 pp.
- Lenoir Melissa, Silber Tomas. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes parte 1. *Arch. Argent. Pediatr*, 2006, 104 (3): 253-260. [www.arch.argent.pediatric.com](http://www.arch.argent.pediatric.com)
- Lissauer Tom, Clayden Graham. Illustrated Textbook of Pediatrics. ed. Harcourt Internacional, 2ª edición, Madrid, 2002, 410 pp.

Lopez Ibor Aliño Juan J. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado Ed. Masson, Barcelona, 2003, 1049pp.

Maddaleno Matilde y cols. La Salud del adolescente y del joven. OPS Publicación Científica no.552, E.U.A., 1995, 355 pp.

Mahan L.Kathleen, Escott-Stump Silvia. Nutrición y Dietoterapia de Krause. ed.Mc Graw Hill,9ª edición, México, 2000, 1207 pp.

Mc Anarney Elizabeth. Medicina del Adolescente. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1994,1264 pp.

Mc Donald Ralph. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª. Edición, Ed. Mosby/Doyma, Madrid, 1995, 865 pp.

Nelson, Behrman, Kliegman, Jenson. Manual de Pediatría. Ed. Mc. Graw Hill Internacional, 16ª edición, Madrid 2002, 709 pp.

Ochoa García Leonor, Dufoo Olvera Saúl, De León Torres Claudia. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*, vol. 12, no. 1, Marzo 2008: 46- 54.  
[www.mediagraphic.com](http://www.mediagraphic.com)

Pinkham. Odontología Pediátrica. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, 3ª edición, México, 1999, 700 pp.

Raich Rosa María. Anorexia y Bulimia trastornos alimentarios. Ed. Pirámide, Madrid, 1994, 150 pp.

Ramos Galván Rafael. Alimentación normal en niños y adolescentes teoría y práctica. Ed. Manual Moderno, México, 1985, 785 pp.

Regezi Joseph. Patología Bucal. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, U.S.A., 1991, 579 pp.

Sapp J. Philip. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed. Harcourt, Madrid, 1998, 433 pp.

Serra Ristol, Manzanares Céspedes, Carvalho-Lovato. Repercusiones de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral, atención primaria. *Publicación oficial de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria* .Miércoles 15 de febrero 2006 vol. 37, no.2: 101-103. [www.dialnet.unirioja.es](http://www.dialnet.unirioja.es)

Spitz René A. El primer año de vida del niño. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1969, 294 pp.

Tinahones Madueño, Francisco J. Anorexia y Bulimia una experiencia clínica. ed.Díaz de Santos, Madrid, 2003, 165 pp.

Tojo R. Tratado de Nutrición Pediátrica. tomo 2. Ed. Doyma, Barcelona, 2001, 1451 pp.

Vega Franco Leopoldo. Temas cotidianos sobre alimentación y nutrición en la infancia. Ed.Fco. Mendez Cervantes, México D.F., 1998