



Universidad  
Nacional  
de Córdoba



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**“MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS EN  
PACIENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA”**

TESISTA:

**OD. RENÉ LUIS PANICO**

DIRECTOR:

**PROF. DR. HECTOR GENDELMÁN**

**CÓRDOBA, 2004**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

**MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS  
EN PACIENTES CON ANOREXIA  
Y BULIMIA NERVIOSA**

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
DOCTOR EN ODONTOLOGÍA**

**Autor: René Luis PANICO**

**Año 2004**

D66

P11

9372



**Director: Profesor Doctor Héctor Gendelman**

## *Dedicatoria*

*A mi esposa Marta Lafourcade, por su compañía.*

*A hijos Juan Ignacio y Valentina, por compartir su alegría.*

*A la memoria de mis Padres, siempre presentes.*

## **Agradecimientos**

*Agradezco a mi esposa e hijos por el tiempo y apoyo brindados para crecer en la Estomatología.*

*Agradezco al personal de ALUBA, a la Dra. Juana Presman y al Dr. Oscar Meehan por su desinteresada colaboración.*

*A mis compañeros de la Cátedra de Clínica Estomatológica "A", por su estímulo.*

*Al Od. Eduardo Piemonte, por generosidad.*

*Agradezco el apoyo de la Escuela de Graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.*

*Al Profesor Doctor Héctor Lanfranchi por su incondicional y prestigioso asesoramiento en este trabajo, y por ser quien supo guiarme en el aprendizaje de la Estomatología.*

*Especialmente agradezco a mi Director de Tesis, Profesor Doctor Héctor Gendelman, por su gran generosidad y experiencia, y por haberme guiado en mi vida como un padre.*



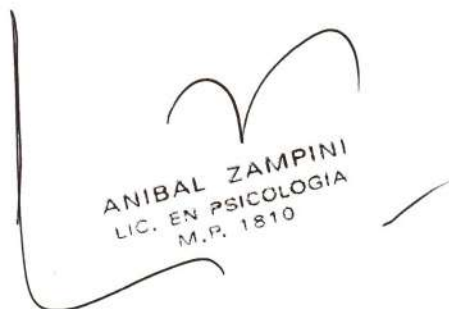
Certifico que los casos clínicos incluidos en la Tesis de Doctorado del odontólogo René Luis Panico pertenecen a pacientes que asisten regularmente al centro A.L.U.B.A.. Para ser presentado ante la Honorable Comisión de Doctorado se extiende la presente a los trece días del mes de mayo de 2004.

*Horacio Nolasco*  
*W. Nolasco*

**ALUBA**  
**DELEGACION CORDOBA**  
**ITUZAINGO 558**  
**5000 - CORDOBA**  
**Tel. 0351 - 4264440 / 441**




Certifico que durante los años 1998 y 1999, período en que me desempeñé como Coordinador del equipo terapéutico de A.L.U.B.A. filial Córdoba, el odontólogo René Luis Panico realizó el examen bucal a pacientes de dicho centro para su trabajo de doctorado. Para ser presentado ante la Honorable Comisión de Doctorado se extiende el presente a los trece días del mes de mayo del 2004.



ANIBAL ZAMPINI  
LIC. EN PSICOLOGIA  
M.P. 1810

Certifico que los casos clínicos incluidos en la Tesis de Doctorado del odontólogo René Luis Panico pertenecen a pacientes que asisten regularmente al consultorio de la Dra. Juana Presman. Para ser presentado ante la Honorable Comisión de Doctorado se extiende la presente a los trece días del mes de mayo de 2004.



JUANA A. PRESMAN  
MEDICA - M.P. 13353  
M.E. 4328

Certifico que los casos clínicos incluidos en el Grupo Control en la Tesis de Doctorado del odontólogo René Luis Panico pertenecen a pacientes que asisten regularmente a la Cátedra de Clínica Estomatológica "A" . Para ser presentado ante la Honorable Comisión de Doctorado se extiende la presente a los trece días del mes de mayo de 2004.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Victoriano Carrica".

**DR. VICTORIANO CARRICA**  
Profesor Titular  
Estomatología Clínica I y II Cátedra "A"  
Facultad de Odontología - U. N. C.

# Índice

1- Introducción .....	4
2- Objetivos .....	8
3- Antecedentes bibliográficos .....	9
<b>Epidemiología</b> .....	9
Incidencia en Anorexia Nerviosa (AN) .....	9
Incidencia en Bulimia Nerviosa (BN) .....	10
Prevalencia de Anorexia Nerviosa .....	10
Prevalencia de Bulimia Nerviosa .....	11
<b>Epidemiología de la Anorexia Nerviosa</b> .....	13
<b>Epidemiología de la Bulimia Nerviosa</b> .....	13
<b>Anorexia Nerviosa</b> .....	15
Subtipos de anorexia nerviosa .....	16
<b>Bulimia nerviosa</b> .....	20
Subtipos de bulimia nerviosa .....	21
<b>Manifestaciones bucales</b> .....	25
4- Materiales y métodos .....	32
5- Resultados .....	34
6- Discusión .....	52
7- Conclusiones .....	55
8- Resumen .....	57
9- Abstract .....	58
10- Bibliografía .....	59



# Introducción

La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa son trastornos en la conducta alimentaria que afectan a una gran cantidad de jóvenes adolescentes.

Estas enfermedades están caracterizadas por una alteración en la cantidad de alimentos ingeridos, asociada a un trastorno de la imagen corporal.

Los trastornos alimentarios producen un deterioro de todo el organismo. A nivel bucal no es la excepción y el objetivo de este trabajo es tratar de determinar la incidencia de lesiones de la mucosa bucal y su relación con estas enfermedades.

La nutrición del hombre es fundamental para mantener la salud de su organismo. Además tiene un significado social y cultural. La nutrición puede verse alterada por enfermedades sistémicas que llevan a la desnutrición, como enfermedades metabólicas, neoplásicas, etc., y por trastornos propios de la alimentación. Estos trastornos alimentarios son múltiples; entre ellos existen patologías menos frecuentes como la Pica, la Rumiación y otras, mientras que entre las más frecuentes están la Obesidad, la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. (9)

En la historia de la antigua Roma se describen los festines, en donde se daban banquetes en los cuales había piletas llamadas “Vomitorios”. Sucedió en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde, cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad, estas conductas fueron condenadas por la sociedad. (15)

Los primeros relatos de la existencia de la anorexia datan de la Edad Media; en esa época el hambre autoimpuesto se adecuó a los ideales culturales y religiosos de ese momento, cuando expresaban la preocupación de alcanzar su santidad entregando su cuerpo como un ejemplo de sacrificio a Dios. (15) Tal el caso de Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV que vivió durante años alimentándose sólo con “trocitos de manzana del tamaño de una hostia”. Otro caso fue la de Santa Wilgerfortis, hija del rey de Portugal, quien siendo una doncella ayunó y le rezó a Dios para que le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atracción de los hombres. (18), (27)

La primera descripción clínica de la Anorexia Nerviosa data del año 1689 y fue atribuida a Richard Morton quien la describió en una joven de 18 años de la siguiente manera: “cayó víctima de una supresión total de sus menstruaciones, a causa de una multiplicidad de inquietudes y pasiones de su mente... a partir de la cual el apetito comenzó a mitigar y su digestión pasó a ser nula; también sus carnes comenzaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a palidecer... igualaba un esqueleto, cubierto sólo por la piel,... no tenía fiebre, sino por el contrario una frialdad en todo el cuerpo”.

Esta paciente se negó a seguir el tratamiento y murió tres meses después. (16)

En 1874 Willian Gull lo describe como un síndrome, dándole el nombre de “**anorexia**”, que significa “falta de apetito”. Destacó la aparición de la enfermedad en la adolescencia, la preponderancia en mujeres y la alteración de los signos vitales de estos pacientes. En la última década de este siglo se incorpora el término “**anorexia nerviosa**” debido al trastorno psiquiátrico que se detecta en los pacientes que padecen esta enfermedad. (13), (4), (16), (10)

En el siglo XX la mujer cambia su rol en la sociedad, debido a la emancipación, y aparecen los factores familiares y socioculturales como causantes de la enfermedad. (27)

En el año 1914, Simmonds, patólogo alemán, describió a una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria, y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (o enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa. (26)

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciada por los conceptos psicoanalíticos que tiñeron el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. (15)

Hilde Bruch destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales, tales como los signos de necesidad nutricional. También describe en los pacientes una “sensación paralizante de ineficacia” que lo atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo. Describe la falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las altas expectativas de sus padres. (6)

Bruch atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da cuenta de un sentido de “ineficacia personal”. Lo describe así: “Las pacientes anoréxicas se perciben a sí mismas como habiendo perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos, como no siendo los dueños de sus propios cuerpos, como careciendo de un centro de gravedad. Por el contrario se sienten bajo la influencia de fuerzas externas”. (7)

Crisp y otros proponen la teoría que vincula aspectos psicológicos y biológicos; según estos autores la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación de la menstruación que hace el sistema nervioso central, y así a una forma de regresión que eluden los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad. (8)

Recién en 1979, Russel publica la primera descripción clínica de la enfermedad y diferencia a la Anorexia Nerviosa de la Bulimia Nerviosa, a la cual describe como una variante de la anorexia nerviosa. Hace el diagnóstico de Bulimia cuando existe deseo de comer de más y compensar esto mediante



vómitos, abuso de purgantes, laxantes o la combinación de ellos. Además se observa a la bulimia en etapas crónicas o tardías de la anorexia nerviosa, ya que dos pacientes con bulimia habían tenido episodios previos de anorexia nerviosa. (25)

G. Russell y sus colaboradores fueron los que realizaron con rigor científico los trabajos sobre el tema con la publicación del primer estudio realizado con un grupo control sobre la eficacia terapéutica. Allí compara la terapia familiar con la terapia de apoyo individual en una población de 80 pacientes, y concluye que la terapia familiar es más eficaz que la individual para pacientes no crónicos y para quienes la enfermedad haya comenzado antes de los 19 años. (23)

El Síndrome de Inanición fue estudiado por Keys y colaboradores en la Universidad de Minnesota con resultados asombrosos. Se sometió a treinta y seis militares a una dieta de semi-inanición durante seis meses, a fin de estudiar los efectos psicofisiológicos del hambre. Los resultados pueden compararse con los datos obtenidos de la anorexia nerviosa: al igual que los anoréxicos, aquéllos se tornaban muy preocupados por la comida, mientras perdían interés por otras áreas. Durante el período de recuperación de peso, algunos informaban sentir mucho hambre después de una comida normal, y algunos sujetos se dieron verdaderos atracones de comida.

Los cambios psicológicos y de personalidad que aparecieron en el estudio de Minnesota son: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. Acaparaban comida, aparecieron perturbaciones del sueño y hubo una pérdida del interés sexual.

Si bien los intensos temores respecto de la comida y el aumento de peso, la hiperactividad, la distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre son características propias de la anorexia nerviosa, **lo importante de este estudio es que demuestra que todas las características mencionadas son atribuibles *exclusivamente* a los efectos de la inanición y no son un rasgo de la personalidad del anoréxico.** (17)

En la última década la anorexia nerviosa atrajo la atención de los profesionales médicos, especialmente de los psiquiatras, internistas y endocrinólogos. (4), (13) Esta enfermedad se caracteriza la imposición del paciente de **no tener hambre, temor a aumentar de peso, distorsión de la imagen corporal, depresión y trastornos endócrinos.** (22)

La bulimia nerviosa se caracteriza porque el paciente hace una ingesta incontrolada de alimentos que después termina con el vómito voluntario o involuntario. (20), (30)





La bulimia está asociada a la anorexia en un 50% de los pacientes. (22), (13), (25), (24), (19)

Ambas enfermedades, en los últimos 10 ó 15 años, han tenido un incremento considerable y su diagnóstico precoz es muy importante para su control y tratamiento. (4), (25), (16)

## **Objetivos**

Los objetivos del presente trabajo son estudiar la prevalencia de lesiones estomatológicas en pacientes con Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa, y compararlas con un grupo etario control sano.

# Antecedentes bibliográficos

## Epidemiología

La Epidemiología estudia la distribución de una patología en una población determinada, buscando factores que influyan en la frecuencia de esta enfermedad. Se define como Población a un grupo de personas definido por una o varias características en común; una o varias características distinguen a una población con un alto índice de una enfermedad de otra con índices menores; estas características por lo general dan una orientación en cuanto a las posibles causas o etiología.

La frecuencia de una enfermedad se mide por medio de los índices de prevalencia e incidencia.

**Incidencia:** número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada en un tiempo especificado (un año) por 100.000 habitantes / año.

**Prevalencia:** número total de casos de una enfermedad en una población determinada.

Los trastornos alimentarios, al igual que la mayoría de las patologías psiquiátricas, responden a una serie de factores interactivos: genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. En resumen, la presión de fuerzas entre la naturaleza (genotipo) y la nutrición o ambiente (fenotipo).

### **Incidencia en Anorexia Nerviosa (AN)**

Los estudios modernos de incidencia de AN están basados en archivos de casos (Kendell, 1973; Jones, 1980, Hoek & Brook, 1985; Szmukler, 1986; Moller-Masden & Nystrup, 1992); sobre registros hospitalarios de hospitales en zonas predeterminadas (28; Willy, 1990); basados en registros de médicos generalistas (Hoek 1991, 1995; Turnbull, 1996) o basados en registros médicos de entidades proveedoras de salud en la comunidad (Lucas, 1991).

Entre los factores socioculturales, la presión puede ser tal, que las personas adoptan modelos impuestos acerca de la forma y peso corporales; estudios en Estados Unidos y Europa muestran que un 70% de las mujeres se sienten con sobrepeso, aunque sean normales o delgadas. Esto es aun más marcado entre las adolescentes (2).

Debido a diversas razones, en los últimos años la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa han recibido especial atención tanto desde el punto de vista popular como desde el científico. (3)

Los estudios de **incidencia** en Suecia (28) evaluaron el número de nuevos pacientes afectados que se presentó cada año entre 1930 y 1960, e informaron un incremento desde 1,1 a 5,8 casos nuevos por año, al principio y al final del período (28); los datos varían 0.10/100.000 en los registros hos-



pitalarios de Suecia, a 8.2 / 100mil, en la Mayo Clinic de los Estados Unidos (Lucas, et al, 1991). En subgrupos de poblaciones, como por ejemplo mujeres de 15–19 años, la incidencia es de 69/100.000 (Lucas *et al*, 1991). La mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios son mujeres jóvenes, tal es así que hay muy pocos estudios que reporten incidencia en mujeres mayores de 35. Jorgensen (1992) reporta una incidencia 0.6/100.000 en mujeres mayores de 25 años. Estas cifras más reducidas son demostrativas en las adolescentes, con su consecuente aumento de la masa corporal, y los cambios psicológicos y sociales, constituye en un factor de riesgo.

En el caso particular de AN, existe el concepto de que su incidencia puede haber estado en aumento; en este sentido, Fombonne (1995 a.b), quien examinó 16 estudios de incidencia en AN, reporta que el inicio del aumento de incidencia de AN corresponde a cambios en la política de registro de pacientes, como por ejemplo la inclusión como casos nuevos a las reinternaciones, y al desarrollo de los hospitales de día.

### **Incidencia en Bulimia Nerviosa (BN)**

El primer escollo en esta área es que hay pocos estudios de incidencia en Bulimia Nerviosa. La razón fundamental ha sido la falta de acuerdo en cuanto a los criterios diagnósticos en el pasado. La BN fue descrita por Russell en 1979, de tal modo que resulta imposible conocer la tendencia de la enfermedad desde antes de esa fecha y a posteriori. No es posible conocer los cambios de AN a BN que, a su vez, pueden haber afectado la incidencia de la primera. Cullberg y Engstrom-Liderberg (1998) informan sobre una incidencia anual de BN (1984-85) de 3.9/100.000. En 1998, Drewonoski reporta una incidencia de 4.2/100.000. En población femenina de 10 a 24 años, la incidencia anual promedio es de 1.5 a 5.3/100.000, de 1970 a 1984; de 6 a 17.4/100.000, de 1985 a 1989; y de 46/100.000 después de 1989 (Pasberg y Wang, 1994); este tipo de estudios reflejan, al contrario de la AN, que la incidencia de la BN está en aumento; esto coincide con los estudios de Hoek et al, 1996, quien reporta un aumento de incidencia, que acompaña al proceso de “globalización” e industrialización; al aumento de los índices de desempleo, consumo de alcohol y drogas ilegales; de fragmentación social y familiar, además de la falta de ideales, y el deseo de mantenerse joven como único objetivo en una sociedad individualista y sin límites. (27)

### **Prevalencia de Anorexia Nerviosa**

Mientras que Nylander reporta que una por cada 150 mujeres adolescentes padece de algún trastorno alimentario (21), el índice de prevalencia de 1% es originario en los estudios de Crisp de 1976, que reporta que una por cada 100 mujeres de 16 años padecen esta enfermedad. Sin embargo,

este dato es parcial, porque corresponde sólo a índices en escuelas privadas. Si bien es cierto que el grupo de mayor riesgo es el de mujeres adolescentes, los datos de prevalencia en AN oscilan según los estudios, entre un 0.2 a un 0.8% (Johnson-Sabine, 1988; King, 1986; Wlodarczyk, Bisaga y Dolan, 1996). La edad de comienzo para AN es de 14.7 años. Los grupos de mayor riesgo, además de las mujeres jóvenes, corresponden a todos aquellos ligados al control de peso y la comida, como por ejemplo, las bailarinas, las modelos, los jockeys (hombres y mujeres), las maratonistas, etc. La prevalencia de la AN se ha mantenido estable; esto es confirmado por los estudios de Hoek et al de 1996. Con la premisa de que la AN podría estar en aumento, este autor se trasladó a Curazao, colonia holandesa del Caribe, donde el sobrepeso no es tabú, conduciendo un trabajo epidemiológico durante 1 año, revisando los registros médicos hospitalarios y los índices de atención primaria y secundaria. El índice de AN fue de 0.8% (similar a diferentes culturas); sin embargo, no se identificaron casos de BN, certificando en cierta forma, que la AN tiene componentes genéticos y biológicos, relacionados con un tipo obsesivo de personalidad, perfeccionismo y control, de mayor preponderancia que la BN, la que responde más a variables ambientales.

### **Prevalencia de Bulimia Nerviosa**

En una revisión de 1990 Fairburn y Belgin reportaron una prevalencia de BN de 1%. La edad de comienzo es un poco mayor que la de la AN, siendo para la BN alrededor de los 15 años; la prevalencia en las chicas de colegio secundario fue, según Whitaker, de 4.2%.

Atento a los estudios de Lucas de 1991, Pagsberg y Wang de 1994, Soundy de 1995 y Turnbull de 1996, puede considerarse que la incidencia de la AN es de 8/100.000/año, y que para la BN es de 13/100.000/año. Los grupos mas vulnerables son las mujeres de 15 a 24 años de edad, y que la incidencia de las BN aumentó con el tiempo, no así la incidencia de la AN.

La prevalencia de la AN es de 0.28 a 0.8% en mujeres jóvenes; y la prevalencia de la BN es de 1 a 1.2%.

En cuanto al inicio de estas enfermedades, más del 90% de las adolescentes hacen dieta y sienten exceso de peso cuando en realidad no lo tienen; la dieta "per se" es el inmediato más importante para el desarrollo de BN; este tipo de preocupación lleva a modificar la ingesta para alcanzar un peso inferior, facilitándose el mecanismo generador de atracones, los que pueden ser seguidos por vómitos, y otros métodos de control de peso, o compensatorios.

Estos mecanismos son ciertamente uno de los primeros pasos para desarrollar patologías como la anorexia y la bulimia nerviosa y otros trastornos similares que no entran en las categorías anteriores



cuya prevalencia entre adolescentes occidentales alcanza al 2 y 4 %.

Se trata de enfermedades psiquiátricas en las que existen desórdenes en la forma de alimentarse y en relación con los alimentos, vinculados a una extrema preocupación por el peso y la forma corporal, que repercuten seriamente en la salud. (5)

La “Industria de la pérdida de peso” se encuentra en expansión, la creciente aparición de productos adelgazantes en revistas para mujeres y revistas exclusivas para lograr la forma deseada apunta a tales objetivos. Los medios de comunicación presentan dietas para adelgazar e imágenes de una belleza ideal con las que convencen a proporciones significativas de mujeres de iniciar sus tratamientos de adelgazamiento. (3)

Hawkins y Clement establecieron que el proceso psicosocial normal que inculca la conciencia del peso en las mujeres se convierte en más problemática que ciertas “predisposiciones patogénicas”. Estas predisposiciones pueden ser biológicas y/o psicológicas en su naturaleza.

Las predisposiciones biológicas pueden incluir una fuerte lucha por controlar la grasa del cuerpo o un temperamento inestable en lo emocional.

Las predisposiciones psicológicas incluyen una imagen distorsionada y odio al propio cuerpo. Las frecuentes distorsiones por dietas conducen al hambre, la frustración, la fatiga y las privaciones fisiológicas y psicológicas. (3)

Los factores familiares que fueron considerados de importancia consistieron en la presencia del abuso del alcohol y la depresión por parte de alguno de los parientes más cercanos, o comentarios realizados por los padres acerca de la insatisfacción del propio cuerpo o del cuerpo de la hija. Las investigaciones mencionan que los pacientes bulímicos perciben dentro de la familia disociación, hostilidad, desorganización y conflictos. Estas características familiares pueden fomentar un desequilibrio psicológico en los niños (como la ansiedad, la depresión y una baja autoestima), una falta de ejemplos a seguir y una posible insatisfacción por la imagen y el peso. (3)

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales D.S.M. IV al tratar los trastornos de la conducta alimentaria, los clasifica en: **trastornos alimentarios no específicos** y **trastornos alimentarios específicos**.



## Epidemiología de la Anorexia Nerviosa

- ❑ *Incidencia de presentación en los servicios de salud; 5/100.000 (Hoek et al. 1995).*
- ❑ *Incidencia: 8/1.000 en la población total (Hoek et al. 1995; Turnbull et al. 1996; Lucas et al. 1991).*
- ❑ *Prevalencia: 0,1 – 2 % en adolescentes de sexo femenino (Johnson Sabine et al. 1988).*
- ❑ *Prevalencia de vida: 1 % (Garfinkel et al. 1996).*
- ❑ *Edad promedio de inicio de la enfermedad: 14,7 años.*
- ❑ *90 – 96% de los casos son mujeres.*
- ❑ *Alto nivel educacional (Eagles et al. 1990.)*
- ❑ *Promedio de duración de la enfermedad: 6 –7 años (Herzog et al. 1987).*
- ❑ *Una de las tres enfermedades más frecuentes de la adolescencia (Lucas et al. 1991).*

## Epidemiología de la Bulimia Nerviosa

- ❑ *Incidencia:13/1.000 (Hoek et al. 1993; Turnbull et al. 1996).*
- ❑ *La Incidencia aumenta con los años (Hoek et al. 1993; Turnbull et al. 1996, Kendler et al. 1991; Lucas et al. 1991).*
- ❑ *Prevalencia de vida: 1 % (Kendler et al. 1991; Beglin & Fairbum 1991, Van Hoeken et al. 1998).*
- ❑ *10 % de los casos son hombres.*
- ❑ *El riesgo es mayor en ciertos grupos, como por ejemplo: modelos, etc.*
- ❑ *No está presente en sociedades no occidentalizadas.*
- ❑ *Pico de inicio 20 – 29 años (Turnbull et al. 1996).*
- ❑ *Aumenta en áreas urbanas (Hoek et al. 1995).*

Es necesario aclarar que anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son enfermedades psicósomáticas crónicas con desórdenes en la alimentación; pero mientras las pacientes anoréxicas siguen pautas alimentarias muy diferentes en calorías, en las que padecen de bulimia hay gran aporte de alimentos seguidos de algún método purgativo compensatorio. (4) (29)



**Trastornos alimentarios no específicos** se refiere a conductas alimentarias que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la conducta alimentaria. A estos se los denomina Eating Disorder Not Specific (E.D.N.O.S.) y se los clasifican en (9):

**EDNOS 1:** cuando cumple todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.

**EDNOS 2:** se cumplen los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativo, se mantiene dentro de límites normales.

**EDNOS 3:** se cumple todo para el diagnóstico de bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y la conducta compensatoria inapropiada aparecen menos de dos veces por semana o duran menos de tres meses.

**EDNOS 4:** emplea conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal. Ejemplo: se provoca el vómito después de haber comido dos galletas.

**EDNOS 5:** mastican y expulsan, pero no tragan cantidades importantes de comida.

**EDNOS 6:** trastornos compulsivos, atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. (9)

**Trastornos alimentarios específicos** son los más frecuentes, y dentro de ellos tenemos a la **anorexia nerviosa** y la **bulimia nerviosa**.





## **Anorexia Nerviosa**

**Esta enfermedad es un trastorno de la personalidad que se manifiesta por una extrema aversión por la comida; esta conducta está dirigida a perder peso por el intenso miedo a aumentarlo. (25)**

Es una enfermedad psicosomática crónica que se manifiesta primeramente como un desorden alimentario; una de las características más importantes de esta enfermedad es el rechazo a mantener un peso corporal en los límites mínimos normales, un miedo intenso a ganar peso, el cual no desaparece aunque lo pierda, y una alteración de la percepción de la forma y el tamaño del cuerpo. (9), (4), (22), (13), (14)

La causa exacta de la anorexia nerviosa es desconocida. Esta enfermedad puede ser vista desde dos aspectos; el más común es el psicológico, especialmente por conflictos emocionales emergentes de la pubertad y la adolescencia. El otro factor etiológico probable es el origen neuroendócrino. Un desbalance en el "Feeding Center" o "Centro de la Alimentación" que se ubica en el hipotálamo. Esto ha sido postulado en la base de estudios experimentales en animales pero no ha sido establecido claramente en seres humanos. La causa más probable es la de un trastorno psicológico. (4), (16)

La anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en muchos casos en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso, a pesar de que el sujeto crece en altura. (9)

Existe una alteración de la percepción del peso y la imagen corporal: algunos se ven obesos y otros se dan cuenta de que están delgados, pero se preocupan por algunas partes de su cuerpo en especial, por ejemplo, abdomen, nalgas, muslos, piernas, etc.

El nivel de autoestima se relaciona con el aspecto corporal: consideran un logro perder peso y es un signo de autodisciplina; en cambio, ven como un fracaso el aumentar de peso. (9), (4)

Estos pacientes tienen hambre intenso y compulsivo, pero el miedo a aumentar de peso después de cada ingesta causa ansiedad y depresión, lo cual conduce al paciente a realizar dietas restrictas y desarrollan un modelo obsesivo, el cual conduce generalmente a la extenuación. (13)

Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. Al igual que en niñas que ya han tenido su primera menstruación, la amenorrea es un signo muy importante de la enfermedad. (9), (16), (25).

Se han creado subtipos de esta enfermedad, teniendo en cuenta la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante el curso de la misma.

## Subtipos de anorexia nerviosa

**Subtipo restrictivo:** es un cuadro clínico donde la pérdida de peso se logra haciendo dietas, ayunos o realizando ejercicios físicos en forma intensa (en el curso de la enfermedad no recurren a atracones ni a purgas).

**Subtipo compulsivo / purgativo:** en este caso el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los pacientes que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. En otros casos no se producen los atracones, pero sí recurren a métodos purgativos. La mayoría de los pacientes pertenecen a este subtipo. (9)

Además, en esta enfermedad pueden existir síntomas y trastornos asociados. Dentro de éstos encontramos la depresión, retracción social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Esto se debe en muchos casos a secuelas fisiológicas de la semi-inanición y muchas veces estas pacientes tienen problemas en la estructura familiar. (9), (4), (13).

Otros síntomas de la enfermedad son el apetito alternante, dietas estrictas e intensa actividad física. El paciente se presenta flaco y con poco peso (70 libras), con miembros muy delgados, abdomen aplastado y huesos prominentes como la clavícula y la pelvis. (4)

Existen características que se asocian a la anorexia nerviosa, como son la preocupación de comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, poca espontaneidad social, restricción de las emociones y de la iniciativa. (9), (13)

Las pacientes anoréxicas al igual que las bulímicas se encuentran altamente preocupadas por su peso y ambas pueden presentar fluctuaciones severas en éste. Los pacientes que padecen de anorexia pueden perder hasta un 25% ó más del peso de su cuerpo en unos pocos meses, mientras que los que padecen de bulimia experimentan pérdidas dramáticas y recuperación de peso en un plazo de tiempo muy corto (3)

Otra manifestación sistémica de esta enfermedad son las **psicopatologías específicas** en las que personas normales pueden mostrar cambios en el temperamento, impaciencia, irritabilidad y depresión y puede haber una historia precedente de trastornos alimentarios o dificultad en la estructura familiar.

Los cuadros de **deshidratación** y de **disbalance electrolítico** se dan en casos de vómitos frecuentes y de cronicidad de la enfermedad. El potasio y el sodio son los electrolitos más comúnmente



eliminados, lo cual puede producir sequedad en la piel y en las membranas mucosas, en especial la mucosa oral. (4), (13) Estos cuadros pueden sufrirlas estos pacientes, en los que el vómito autoinducido, la ingesta excesiva de laxantes, diuréticos y el uso de enemas pueden llevar a una severa deshidratación. (4), (25), (16) Esto puede reflejar niveles altos de urea en sangre, aumento en las pruebas de la función hepática y en ocasiones se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperramilasemia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hipocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes puede producir acidosis metabólica. Se elimina el potasio en el suero y baja el sodio, pueden encontrarse niveles altos de urea en la sangre y también se observa en el laboratorio leucopenia y una anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia. (9)

La **amenorrea** es un signo muy importante de esta enfermedad; muchas veces es una de las causas más frecuentes por la que consultan las pacientes. Esto se debe a la eliminación de gonadotrofinas y estrógenos por orina. Los niveles de estrógeno en sangre se encuentran bajos, los niveles séricos de Tiroxina **T.4** suelen estar en el límite normal o bajos y los de Triyodotironina **T.3** están disminuidos. (4), (9), (22) Halmi encontró el síntoma de amenorrea en el 73% de las pacientes revisadas. (25)

Esta disminución en la actividad de los ovarios en examen postmortem han demostrado atrofia de los mismos. El ciclo menstrual está por lo tanto alterado y el período menstrual puede estar ausente por un largo período de tiempo. Aun después de que el paciente se recupere de la anorexia nerviosa, el período menstrual puede llegar a reestablecerse muy lentamente. (4)

La mayoría de las pacientes anoréxicas y el 40% de las bulímicas afirman haber dejado de menstruar. Se estima que el equilibrio hormonal (especialmente de los estrógenos) y la reanudación de la menstruación depende del restablecimiento de un porcentaje mínimo de la grasa corpórea. (3) Por lo tanto, la amenorrea es un síntoma de malnutrición y es un disturbio en la función endócrina de las pacientes. (13)

Las mujeres con disnutrición tienen niveles séricos bajos de estrógenos; se produce una regresión del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, lo que causa una disminución en la actividad de los ovarios y lleva muchas veces a la atrofia ovárica. (9), (16)

Con la **hipotermia** se produce una desregulación de la habilidad que posee el cuerpo para mantener su temperatura corporal, lo que probablemente se relacione con la reducción de la actividad metabólica y reducción del ritmo cardíaco como producto de una restricción constante de la alimentación. (3)

Además se puede ver hipotermia en los pacientes con inanición, cuando la temperatura está redu-

cida en 1° C principalmente en las manos y pies. El insomnio, hipocalcemia, constipación, estreñimiento, enfermedades dermatológicas, uñas y pelos delgados y quebradizos, hipotensión y/o bradicardia.

Ha sido reportada una tasa de mortalidad del 6 al 12% en la que la causa fueron la degeneración miocárdica asociada, infarto cardíaco y el suicidio, que fue la causa más frecuente de muerte. (22), (9), (16) Otros estudios han reportado entre 5.000 a 6.000 muertes por año a causa de los serios desórdenes alimenticios. (16)

También se observa sequedad en la piel, petequias que afectan más a las extremidades, son indicadores de “diátesis hemorrágica”. (9) Esta sequedad se ve especialmente en la mucosa oral por la reducción de la secreción salival que se observa con frecuencia en las pacientes anoréxicas. (13)

En algunas personas se puede ver un color de piel amarillento y esto está asociado a la hiper胡萝卜素emia, dada en estos pacientes especialmente por la gran ingesta de carotenos en las dietas que realizan. (9) Otros síntomas que se presentan son el metabolismo basal bajo, temperatura baja, presión sanguínea baja, pulso rápido, hipotonía muscular y riesgo de colapso circulatorio. (13)

Muchas veces se puede ver la aparición de vellosidades en forma anormal (lanugo) que afecta principalmente brazos, piernas y cara. (9), (16), (3)

El estado de semiinanición propia de esta enfermedad y el uso de purgas pueden producir anemias normocíticas normocromicas, alteración de la función renal y trastornos cardiovasculares. (4), (9), (22), (13), (16). Además hay riesgo de osteoporosis debido a los bajos niveles de estrógeno y al déficit de calcio. (16)

La anorexia nerviosa se da más en las sociedades industrializadas, en donde el estar delgado se relaciona estrictamente con el atractivo, especialmente en las mujeres. La enfermedad puede presentarse cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Es decir que los factores sociales y culturales influyen en la manifestación de la enfermedad. (9), (14)

La restricción de alimentos, como así también en los procesos de purga que incluyen la autoinducción al vómito, el uso de laxantes o diuréticos, pueden conducir a una deshidratación crónica. En tales casos las complicaciones más frecuentes son a nivel dermatológico (sarpullido y sequedad de la piel). En los dedos pueden aparecer callos o cicatrices debido a la autoinducción al vómito. (3)

**Problemas gastrointestinales.** En estos pacientes es frecuente el dolor abdominal y la acidez, que pueden deberse a la frecuencia de los vómitos. La constipación es otra de las complicaciones producidas por la deshidratación por vómitos o por la suspensión de la ingesta de laxantes en el caso de



los abusadores crónicos de los mismos.

También se puede producir una **ruptura gástrica**. (3) El paciente que presente uno o más de los síntomas antes expuestos deben ser mantenido bajo análisis y se le deberá realizar un seguimiento para eliminar sospechas.

Retomando: la anorexia nerviosa se inicia por lo general después de la pubertad, la edad promedio es de 17 a 20 años; es muy rara la aparición de este trastorno en mayores de 40 años. Esta enfermedad se ha encontrado en ambos sexos, pero el 80 o el 90 % de los casos reportados son mujeres. (22), (9)

El comienzo de la enfermedad se asocia a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar, fracasos amorosos, separaciones de los padres, etc.



## Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por la ingesta descontrolada de alimentos y métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso. Además, los pacientes hacen una autoevaluación que se ve influenciada por la silueta y el peso corporal.

Para poder hacer el diagnóstico, los atracones y las conductas purgativas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos en un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses. (9)

Se define como “**atracción**” al consumo de alimentos en un período corto de tiempo y en una cantidad de comida muy superior a lo que normalmente ingiere un individuo. Hay un miedo a ser incapaz de detenerse voluntariamente (pérdida de control) durante un atracón, y una preocupación con respecto al consumo de alimentos, la talla y el control del peso. (24)

Las pacientes bulímicas se sienten culpables sobre sus hábitos alimentarios no convencionales y tratan de mantenerlos en secreto. Las funciones sociales y ocupacionales son interrumpidas y se tornan cada vez más depresivas. (24)

Los atracones se realizan por lo general a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intenso seguido a las dietas severas o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conductas. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. (9)

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (D.M.S. IV) hace mención, en el estudio de los trastornos alimentarios, de las características especiales de éstos, en donde se lee: “Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplea el 80-90% de los sujetos que padecen este trastorno. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realiza atracones con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de



laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se considera excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades normales de una persona, cuando se realiza a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. En algunos casos estos pacientes suelen tomar hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso y en pacientes con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo durante los atracones". (9)

Esta enfermedad comienza en los adolescentes y la mayoría de los pacientes tienen entre 15 y 30 años. Hay una demora de aproximadamente 5 años desde el comienzo de la enfermedad hasta que el paciente solicita tratamiento. Aunque la bulimia nerviosa es encontrada en ambos sexos, el 90-95% de los casos son femeninos. La prevalencia está en aumento y varía entre un 1 y un 20% en grupos de alto riesgo. (24)

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporal, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. (9)

### **Subtipos de bulimia nerviosa**

Se puede determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones.

**Subtipo purgativo:** en éste se describen cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas. (9)

**Subtipo no purgativo:** este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas. (9)

Este síndrome se caracteriza por episodios recurrentes de alimentación descontrolada; a esto se le suma la falta de control sobre los alimentos durante el período de desequilibrio, la utilización de métodos propios para la inducción al vómito, uso de laxantes o diuréticos, periodos de ayunos prolongados y ejercicios para prevenir el aumento de peso, todos frecuentemente utilizado por estos pacientes. (3)

Es importante tener en cuenta que los pacientes con bulimia nerviosa se encuentran dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presenten ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico, “dietéticos”, a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón. Con frecuencia estos pacientes presentan síntomas depresivos con baja autoestima. Hay asimismo una elevada incidencia de síntomas de ansiedad. Estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado además dependencia y abuso de sustancias como alcohol y estimulantes (esto último suele empezar como un intento por controlar el apetito y el peso). (9)

En la bulimia los episodios crónicos de vómitos causan cuadros de deshidratación severa y dificultad en la respiración y en la deglución (16) debido a la pérdida de potasio, sodio y cloro. La hipocalcemia puede producir epilepsia, tétano y daños renales. El abuso de los diuréticos produce infecciones urinarias y puede aumentar o intensificar el daño renal ya presente. (16), (25)

Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. (9)

Se pueden presentar problemas gastrointestinales por el abuso de laxantes. Un bulímico puede tener calambres, constipación, inflamación abdominal, puede sufrir de enfermedades de colon, hipomotilidad intestinal, úlcera de estómago y esófago, entre otras. (16) Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo: desgarros esofágicos, roturas gástricas y arritmias cardíacas. (9)

Muchos estudios llevaron a analizar la prevalencia de la bulimia nerviosa. Los resultados muy variables indican que la prevalencia oscila en un 1% a un 16% en jóvenes adolescentes, en un 1 a un 13 % en alumnos de los primeros años universitarios, y en un porcentaje menor en el resto de la sociedad. Se cree que los estudios epidemiológicos pueden restarle importancia a los sucesos actuales sobre bulimia nerviosa y los comportamientos de dicha enfermedad. Como los individuos bulímicos se caracterizan por mantener en secreto su enfermedad, no debe ocasionar sorpresa que se resistan a admitirla. La mayoría de los estudios, sin embargo, establecen que existe un aumento de la bulimia nerviosa y que se espera un incremento aún mayor.

Las investigaciones indican claramente que el riesgo de padecer este desorden se vincula con la edad, el sexo y la raza. Las mujeres son significativamente más susceptibles a adquirir la enfermedad, los estudios revelan que la edad promedio de inicio oscila entre los 17 y los 21 años, y que la mayoría de los pacientes bulímicos son blancos. Algunos investigadores sugieren que la bulimia tiene mayor inci-



dencia en sectores de nivel medio y alto donde prevalece el cuidado de la apariencia, el peso del cuerpo, el éxito y el status. (3)

La bulimia nerviosa se asocia en un 20 a 50% con la anorexia nerviosa. Hay estudios recientes que definen a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa como síndromes separados que pueden coexistir. Sin embargo hay casos de bulimia como una enfermedad completamente separada. Se conocen pacientes con episodios de atracones y purgas en un promedio de 11,7 veces por semana. Estos episodios son considerados como una precipitación emocional por el stress. Aunque la enfermedad se ha encontrado en ambos sexos, el 80 ó 90 % de los casos reportados son mujeres. Los pacientes con bulimia nerviosa y los que padecen anorexia nerviosa tienen preocupación por el consumo de comida y el control del peso corporal. Sin embargo, los pacientes con bulimia son con frecuencia más grandes de edad que las pacientes con anorexia nerviosa (entre los 25 y 35 años), y se mantienen con normalidad, o son casi normales, en su peso. (22)

\* \* \*

En realidad, los desórdenes alimentarios son un tema serio en la salud de la mujer de hoy y es un problema que crece en importancia y magnitud. Además, el impacto de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en la salud oral se encuentra dentro de los efectos más severos aunque no está totalmente esclarecido. (3)

El odontólogo es uno de los profesionales que puede acercarse a un primer diagnóstico sobre un problema de trastorno alimentario por medio de un conjunto de evidencias en la boca del paciente que acostumbra a vomitar. Dentro de estas alteraciones se describen la sequedad en la boca como un signo asociado a la bulimia y a la anorexia nerviosa debido a los cuadros de deshidratación, que provocan saliva espesa y mucosa seca. Los labios pueden estar agrietados y en algunos casos mostrar queilitis angulares, con piel seca en las comisuras, por la falta de vitamina B e infección sobreagregada de *Candida Albicans*. En ciertos pacientes aparecen irritaciones de la mucosa del paladar y de la encía marginal con ardor en la boca y en la lengua. (3)

En vista del creciente número de casos que se presentan con desórdenes alimentarios y el impacto severo que ejercen sobre la salud bucal, es muy importante para el odontólogo conocer cuales son las lesiones más comunes de aquellas personas que padecen de anorexia o bulimia nerviosa. La bulimia es normalmente un síndrome encubierto y las personas bulímicas presentan un aspecto normal tanto en el peso como en apariencia, lo cual dificulta el diagnóstico. Es por eso que el odontólogo que conoce los síntomas y las características de estas enfermedades puede ser el primer profesional del equipo de salud que descubra la enfermedad o sospechas sobre su existencia o padecimiento. Por el

contrario, las personas anoréxicas usualmente se presentan con un estado físico dramáticamente anormal; de esta manera es mucho más sencillo determinar las causas de su patología bucal aunque el paciente niegue tener problemas físicos o psicológicos. Sin embargo, el odontólogo debe tener en cuenta la fragilidad del estado de dichos individuos tanto a nivel físico como psicológico al momento de indicar un tratamiento. El odontólogo posee un rol vital en la detección de estas enfermedades, en la utilización de referencias psicológicas adecuadas y en el cuidado de los desórdenes alimentarios que presente el individuo. (3)

Un odontólogo atento puede descubrir estos desórdenes durante la rutina del examen físico de los pacientes y de la historia clínica. Visto que los pacientes concurren al odontólogo más frecuentemente que al médico, el mencionado profesional se encuentra en una excelente posición para reconocer los primeros signos y síntomas de la enfermedad. (4)

El mayor impacto de estos desórdenes alimentarios en la salud bucal es la presencia de ácidos estomacales en la boca causada por la autoinducción crónica al vómito. El odontólogo que percibe estas características en un paciente debe incluir en su diagnóstico presuntivo bulimia o anorexia nerviosa con comportamiento bulímico.

Mientras que muchos de los cambios fisiológicos que experimenta un individuo con desórdenes alimentarios son sólo detectados por un examen médico, existen otros aspectos físicos a los cuales deben estar atentos los odontólogos al momento de realizar la historia clínica y el examen bucal del paciente. (3)

Los descubrimientos más significativos que resultan de una historia clínica se pueden correlacionar con ciertas manifestaciones características de los desórdenes alimentarios. Sin embargo, algunos de estos síntomas varían en su grado de severidad de acuerdo con el tiempo que lleve el paciente con este desorden y a la frecuencia de estos comportamientos alimentarios patológicos. Además, algunos de estos síntomas también varían de acuerdo con los hábitos dietarios o con los hábitos de higiene oral.





## Manifestaciones bucales

Las manifestaciones bucales más comunes de la anorexia y la bulimia nerviosa en las piezas dentarias son los efectos de la regurgitación crónica de los contenidos gástricos. (3)

Estos pacientes son difíciles de diagnosticar, pero los aspectos bucales de esta enfermedad son la erosión del esmalte dentario, el agrandamiento de las glándulas salivales asociado a xerostomía (sequedad bucal), mucosa oral irritada y queilitis. (1) Ninguna de estas afecciones son patognomónicas o propias de la bulimia nerviosa o de la anorexia nerviosa. Los signos y síntomas, aunque observados individualmente no tienen relación, dados en conjunto en pacientes con antecedentes físicos y psicológicos, deberían alertar sobre el padecimiento de bulimia nerviosa. (1)

La erosión del esmalte dentario es probablemente la manifestación oral más común en la bulimia. Para esto se necesita mucho tiempo de regurgitación crónica de los contenidos gástricos, los cuales producen una baja del p.h. bucal. Generalmente, la erosión y descalcificación del esmalte se produce en las caras linguales y oclusales de los dientes superiores, lo que debería alertar al clínico de la posibilidad de diagnóstico de bulimia. La hipersensibilidad térmica de los dientes es muy común en las erosiones severas del esmalte como resultado de la exposición de la dentina. (1)

El efecto bucal de la bulimia y la anorexia nerviosa fue reportado por primera vez en 1974 por Hellstron, quien describió un tipo de erosión dental clásica llamada "perimilolisis". Definió a esta lesión como una pérdida del esmalte y la dentina sobre la superficie lingual de los dientes como resultado de los efectos químicos y mecánicos causados principalmente por la regurgitación de los contenidos gástricos y activado por el movimiento de la lengua. La Perimilolisis típica afecta la superficie lingual de los dientes superiores por la acumulación de ácido clorídrico sobre las papilas de la lengua. Los dientes inferiores están protegidos por los labios, la mucosa yugal y la posición de la lengua, por lo que se ven menos afectados. (16)

Las erosiones de esmalte extremas y numerosas con una higiene oral excelente deben hacer sospechar al odontólogo que se encuentra frente a un trastorno de la ingesta. (29)

Estas erosiones dentales son causadas también por el excesivo consumo de frutas y jugos por la sed que se produce después de los vómitos. También contribuyen a esto los hábitos parafuncionales, tales como bruxismo, cepillado y hábitos de deglución atípica. (4)

Hellstrom estableció grados de erosión del 1° al 3°, tales:

- Grado 1° (leve): involucra las capas superficiales del esmalte
- Grado 2° (moderada): afectando las capas más profundas del esmalte
- Grado 3° (severa): afectando las capas más profundas del esmalte y la dentina

Se pudo observar una diferencia en el perfil de la erosión de las piezas dentarias entre el grupo de pacientes vomitadores y no vomitadores. Los del primer grupo presentaban una erosión principalmente por lingual o palatino de los dientes. (19)

La correlación de Pearson demostró que no existe una asociación continua entre la duración, la frecuencia y el total de vómitos autoinducidos. Esto es muy interesante ya que se esperaba que a mayor cantidad de episodios de vómitos, mayor iba a ser el porcentaje de erosiones presente. De los 14 casos con erosiones de las piezas dentarias, 11 habían experimentado 1.100 episodios de autoinducción al vómito o más. (19) En el caso de los 14 bulímicos vomitadores que presentaban erosiones patológicas de las piezas dentarias se descubrió que se cepillaban sus dientes inmediatamente después de haber vomitado, presentando las zonas palatinas superiores con un gran índice de placa bacteriana. Sólo el 42% de los bulímicos vomitadores y el 33% de los anoréxicos presentaron niveles de desgaste muy elevado. (19)

Dos excelentes estudios fueron conducidos por Hellstrom en 1974 y 1977. En ambos estudios los pacientes fueron divididos en 2 grupos, vomitadores y no vomitadores. Al comparar el estudio de 1974 y el de 1977 reveló una alta incidencia de caries dental en el grupo de vomitadores. Tal vez esto se explica por el hecho de que el estudio comprendía un gran número de pacientes vomitadoras con excesiva ingesta de carbohidratos. (4)

El estudio de 1974 señaló con qué frecuencia ocurrían los vómitos y la aparición clínica dominante fue la erosión dentaria con baja incidencia de placa, gingivitis y caries. Hellstrom atribuyó esto a la alteración de la placa bacteriana por los ácidos naturales de los jugos gástricos. En consecuencia, la placa bacteriana fue creciendo y fue aumentando la perimilolisis. Los pacientes que vomitan con poca frecuencia no mostraron incremento en las caries y no se les observó perimilolisis. También se describe en el estudio que la placa dental estuvo presente en la misma cantidad en ambos grupos. Por lo tanto, aparentemente el vómito no afecta cuantitativamente ni cualitativamente la placa dental. Las erosiones bucales estuvieron presentes en casi todos los casos del grupo de pacientes vomitadores, pero fue raro verlas en los pacientes no vomitadores. (4)

Por otra parte, el p.h. de la saliva fue medido por medio de una microsonda de vidrio inmediatamente tras la toma de la muestra (multiprocesador p.h.- metro p.h. 535 multical). Las alteraciones de



las glándulas parótidas fueron detectadas por palpación y clasificadas en 3 grados: grado 1, sin alteraciones de ningún tipo; grado 2, tumefacción o inflamación; y grado 3, tumefacción con inflamación.

El valor del p.h. de la saliva se encontraba reducido en todos los pacientes con trastornos de la ingesta. El p.h. de las que padecían de anorexia era de un  $6,5 \pm 0,6$ , el de las pacientes con bulimia nerviosa era de  $6,4 \pm 0,5$ , y el de las mujeres del grupo control de  $7,1 \pm 0,4$ . (29)

La saliva tiene una capacidad buffer, cualitativa y cuantitativa y el p.h. de ambas en reposo fue reducido. La prescripción de sedantes, antidepresivos y antispasmodicos puede inducir a la xerostomía en los pacientes con anorexia nerviosa. Complicaciones sistémicas como la mal nutrición, la mala absorción, desórdenes hormonales, anemias y estados de ansiedad se asocian con la reducción de la secreción salival.

Por otra parte, el vómito y el abuso de laxantes o diuréticos causan una disminución del volumen total de fluidos en algunos pacientes; esto contribuye a disminuir el flujo salival y a la posible reducción de la capacidad buffer y del p.h. bajo de la saliva. (4)

Las drogas antidepresivas usadas en el tratamiento de la bulimia nerviosa, así como la depresión y la ansiedad per se, pueden causar xerostomía. (4)

Con respecto a las **caries**, éstas son signo importante ya que muchas pacientes consumen caramelos y comidas ricas en carbohidratos para crear volumen gástrico. (24) Además, la caries se relacionan con una pobre higiene bucal, lo cual aumenta su incidencia. (4)

La **hiperplasia de la glándula parótida** y ocasionalmente de la glándula submaxilar, puede ser detectada en pacientes con bulimia nerviosa. Algunas veces se asocia la xerostomía con este agrandamiento de la glándula. Levin y otros estudiaron la relación del agrandamiento de la glándula y la bulimia nerviosa; observaron veinte pacientes con bulimia que tenían períodos de hipertrofia de la glándula parótida, que puede persistir por un período largo de tiempo después de que la bulimia sea tratada y resuelta. También fue reportado el agrandamiento de la glándula parótida en casos de extrema mal nutrición, parotiditis, síndrome de Sjögren, enfermedad de Mikulicz, sialadenitis, sarcoidosis, síndrome de Heerfordt y tuberculosis. Lo más frecuente es ver un agrandamiento de la glándula parótida en pacientes con endocrinopatías y diabetes mellitus. (1)

El agrandamiento glandular es generalmente asintomático e intermitente. El mecanismo de la hipertrofia no es claro y ha sido atribuida a diversas causas como la alta cantidad de carbohidratos ingeridos, la regurgitación del contenido gástrico, alcalosis metabólica y mal nutrición. Las biopsias mostraron tejido completamente normal o tejido con inflamación. (24)

El porcentaje de secreción, p.h. y capacidad buffer fueron determinadas en muestras de saliva en reposo y con estimulación con parafina. La capacidad buffer fue medida por el método de Ericsson (1959). Las propiedades de la saliva fueron clasificadas basándose en los datos promedios empíricos por sujetos de entre 15 y 55 años de edad. Se tomaron modelos de estudio y fotografías en la mayoría de los casos y fueron examinados clínicamente. Los estudios fueron realizados en un período de 4 años y algunos de los pacientes fueron reexaminados en otra ocasión. En consecuencia, es posible seguir el desarrollo de la enfermedad y los cambios bucales como así también el efecto de las medidas profilácticas y terapéuticas. (13)

La **enfermedad periodontal** es común de ver en los pacientes con anorexia nerviosa como una gingivitis leve. (4) La higiene oral de estos pacientes es regular, con una baja incidencia de placa, gingivitis y caries. (12)

Los pacientes afectados por este desorden son relativamente jóvenes, rara vez se les diagnostica una enfermedad periodontal avanzada. Sin embargo, una pobre higiene bucal, lo que es común en pacientes anoréxicos, puede acompañar estos síndromes. Esto es particularmente factible si existen períodos de depresión. Generalmente, los anoréxicos presentan un menor interés en las prácticas de higiene bucal. Algunos investigadores han observado que la xerostomía y las deficiencias nutricionales pueden ocasionar eritemas gingivales generalizados. (3)

La **mucosa bucal** se encuentra muchas veces perjudicada por la xerostomía y los efectos de la falta de lubricación de la mucosa bucal. Se han reportado lesiones sobre los tejidos blandos orales, faringe y esófago a causa de los efectos de la regurgitación gástrica a largo plazo. En casos crónicos severos de este síndrome, como los pacientes pueden sobrevivir por muchos años, podrían ser posibles cambios malignos en los tejidos afectados, debido a los efectos irritativos crónicos de los vómitos producidos durante muchos años. (4)

En la mucosa bucal se han observado **eritemas** como consecuencia de la irritación crónica de los contenidos gástricos. Usualmente se observa dolor en la faringe, paladar y gingiva en pacientes con una historia de vómitos frecuentes, y ha sido visto en pacientes que padecían de bulimia nerviosa. El vómito comienza con autoinducción, con frecuencia produciendo **laceraciones** y **erosiones** en la mucosa bucal por el uso de los dedos o de otros objetos usados por el paciente. Los ácidos del estómago contribuyen como un irritante local de la mucosa bucal y faringea. (1)

La **queilitis** es una de las manifestaciones bucales más frecuentes, y se caracteriza porque los pacientes presentan labios secos, enrojecidos y agrietados, especialmente en la zona comisural o angular. Hay factores sistémicos que involucran el comienzo de una queilitis que puede deberse al déficit de



vitaminas, resultado de la dieta inapropiada y a la alteración del metabolismo. Otro factor irritante local puede ser el p.h. ácido por la constante regurgitación gástrica. (1)

Las carencias alimentarias múltiples, primitivas y/o secundarias, la hipovitaminosis B, pueden originar este tipo de lesiones. Se acompañan, por lo general, de queilitis angular, de glositis con hipotrofia papilar, etc.

Además, en las hiporriboflavinosis se ve eczema seborreico en la cara, queratosis, aquilia gástrica y alteraciones ungueales, síntomas y signos éstos que facilitan su diagnóstico. Se producen principalmente por la falta de leche, huevos y verduras en la alimentación.

También la pelagra describe descamación labial, pero las otras manifestaciones asociadas como pigmentación bronceada en el cuello, dorso de las manos, pies y piernas, a veces hipotrofia papilar lingual, estado de confusión y diarreas permiten su diagnóstico. Otras afecciones carenciales, tales como el "síndrome de mala absorción", tienen síntomas semejantes.

En los trastornos alimentarios se ven alterados muchas veces los niveles de vitamina A, tanto por una hipovitaminosis como por hipervitaminosis A. Cuando hay una disminución de la vitamina A se pueden ver alteradas la piel y las mucosas. Una lesión frecuente de observar son las queilitis. Por su parte, Berdichesky describió numerosos casos de queilitis exfoliativas crónicas en pacientes con carencias alimentarias. (11)

Los pacientes que practican dietas estrictas o vegetarianas hacen alta ingesta de carotenos y como consecuencia se produce una pigmentación amarillenta en las palmas de las manos; y en boca se puede observar una coloración amarillenta en la mucosa bucal. ( 1)

La mucosa bucal y faríngea se traumatizan en pacientes que están afectados por la bulimia y la anorexia tanto por la ingesta rápida de los alimentos como por la fuerza realizada al regurgitar. El paladar blando puede lesionarse por el uso de objetos para inducir el vómito, tales como dedos, peines o lapiceras. Se pudo observar además deshidratación, eritemas, y queilitis. (3)

Retomando: la bulimia es una enfermedad con desorden en la alimentación que presenta dificultades en su diagnóstico, principalmente por el natural secreto de las personas con respecto a esta enfermedad. Esta es más común en jóvenes, y hay un promedio de cuatro años de demora entre el comienzo de la enfermedad y la autoconsulta del paciente para el tratamiento. Los síntomas y signos bucales pueden facilitar el diagnóstico de bulimia durante el examen de rutina. (1) Es importante además tener en cuenta que algunos de estos síntomas bucodentales varían en su grado de severidad de acuerdo con el tiempo que hace que el paciente presenta este desorden y a la frecuencia de estos comportamientos patológicos alimentarios. (3)

Observar el modelo de historia clínica usada para los pacientes con trastornos alimentarios el cual fue confeccionado conjuntamente con los profesionales del centro ALUBA.

## **Modelo de Historia Clínica N° 1**

### HISTORIA CLINICA

H.C N°.....

#### ***Datos del paciente***

Apellido y nombre  
Fecha de nacimiento

Domicilio  
Centro de atención  
Profesional actuante

Sexo

Profesional actuante

Estado civil

Fecha

#### ***Datos clínicos de la enfermedad:***

##### **1- Conducta alimentaria patológica**

- Atracones
- Dieta estricta
- Ayunos
- Ingestas selectivas

##### **2- Conductas compensatorias o purgativas**

- Abuso de diuréticos
- Abuso de laxantes
- Vómitos autoprovocados
- Cantidad de veces que vomita por día y durante cuanto tiempo
- Hiperactividad
- Compuestos tiroideos
- Anfetaminas
- Productos homeopáticos

##### **3- Amenorrea o irregularidad menstrual**

##### **4- Caída del cabello**

##### **5- Bajo peso u oscilación del peso**

##### **6- Cambios de carácter**

##### **7- Miedo a engordar**

##### **8- Hábitos**

- Intestinales
- Diuresis
- Sed
- Auto agresión
- Drogas
- Anticonceptivos
- Otros

##### **9- Intento de suicidio**

#### ***Diagnostico del trastorno alimentario:***

##### **Examen bucal**

Descripción clínica de las lesiones:

#### ***Diagnostico estomatológico***



Historia clínica del Grupo Control Sano, confeccionada con datos que permitan no ingresar pacientes dudosas

## **Modelo de Historia Clínica Nº 2**

### HISTORIA CLINICA

(Grupo control)

H.C Nº.....

#### **Datos del paciente**

Apellido y nombre  
Fecha de nacimiento  
Sexo  
Estado civil

Domicilio  
Centro de atención  
Profesional actuante  
Fecha

#### ***Datos clínicos de la enfermedad:***

- 1- Conductas alimentarias
  - Atracones
  - Dieta estricta
  - Ayuno
  - Ingesta selectiva
  - Está conforme con su peso
  - ¿Hace dieta?
  - ¿Hace las 4 comidas diarias?
- 2- Conductas compensatorias o purgativas
  - Abuso de diuréticos
  - Abuso de laxantes
  - Vómitos autoprovocados
  - Anfetaminas
  - Productos homeopáticos
- 3- Amenorrea
- 4- Caída del cabello
- 5- Oscilación en el peso
- 6- Cambio de carácter
- 7- Aislamiento
- 8- Estado de ánimo depresivo
- 9- Agresividad
- 10- Baja autoestima
- 11- Inestabilidad emocional
- 12- Miedo a engordar
- 13- Intento de suicidio

#### ***Historia familiar:***

#### ***Examen bucal:***

#### ***Diagnostico Estomatológico:***

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó en todos los casos el Test de Fisher

# Materiales y métodos

Se estudiaron sesenta y cinco pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario que concurrían a la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (A.L.U.B.A.).

Los pacientes fueron seleccionados por los profesionales de esa institución. Se estudiaron los casos con ingreso reciente al centro, con el objeto de observar las lesiones más importantes y que no se vean éstas alteradas por el tratamiento, ni por el tiempo transcurrido.

Se consideró a los trastornos alimentarios según criterios diagnósticos establecidos en el “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (D.S.M. IV) considerándose **Anorexia Nerviosa** cuando se presenta:

- \* Rechazo a mantener el peso normal o mínimamente normal para la edad y la altura.
- \* Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso a pesar de no tener sobrepeso.
- \* Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.
- \* Amenorea en mujeres posmenárquicas.

Se considera **Bulimia Nerviosa** cuando se determina:

- \* Presencia de episodios recurrentes de atracones
- \* Sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio.
- \* Conductas recurrentes e inapropiadas compensatorias para evitar ganar peso, como los vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos y otras medicaciones, ayunos, ejercicios excesivos.
- \* Los atracones y las conductas compensatorias deben ocurrir en promedio al menos dos veces semanales en los últimos tres meses.
- \* La autoestima influenciada por la figura y el peso.

Los pacientes fueron sometidos a examen bucal, con el objeto de detectar lesiones de la mucosa bucal, en la Cátedra de Estomatología Clínica “A” de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Para este estudio se confeccionó una historia clínica (figura N°1), diseñada con los datos más importantes destinados a diagnosticar trastornos alimentarios.

Se compararon los pacientes con bulimia y anorexia nerviosa con un grupo control de sesenta y cinco pacientes sin trastornos alimentarios, los cuales fueron seleccionados por interrogatorio y la

confección de una historia clínica (figura N° 2). Se lo designó “**grupo sano control**”. Para ambos se tuvo en cuenta la edad, sexo, y el uso de métodos purgativos como son el vómito, diuréticos, laxantes, atracones y amenorrea.

Los pacientes fueron examinados con el método clínico estomatológico realizando un examen a boca cerrada, luego un examen de semimucosa y mucosa de labio inferior, superior y comisura labial; continuamos con mucosa yugal zona retrocomisural, tercio anterior, medio y posterior. A continuación vemos el paladar duro y blando, la lengua (su cara dorsal), borde y piso de boca. Por último, las encías y los elementos dentarios. Es muy importante realizar un examen dinámico de la boca haciendo tragar al paciente para observar la posición de la lengua y los traumatismos que pueda sufrir la mucosa bucal durante el acto.





## Resultados

Se estudiaron 65 pacientes con trastornos alimentarios, de los cuales 19 de ellos presentaron anorexia nerviosa y 46 casos de bulimia nerviosa. La distribución por sexo mostró que todos los pacientes eran de sexo femenino. El rango de la edad de los pacientes fue de 12 a 32 años, con una media de 21,6 años.

En estos pacientes se consignaron los siguientes datos clínicos:

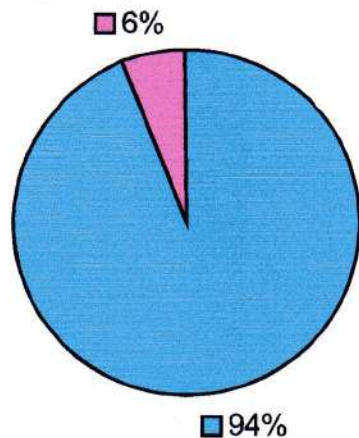
- \* Uso de laxantes
- \* Uso de diuréticos
- \* Atracones
- \* Amenorrea
- \* Vómitos autoinducidos

A este **Grupo de pacientes enfermos** se lo comparó con un **Grupo de pacientes sanos (control)** cuyo *rango de edad de los pacientes fue de 14 a 31 años, en una media de 23,21.*

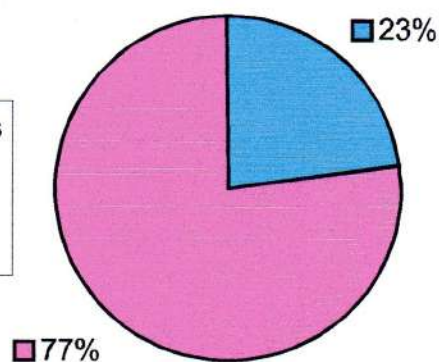
Los pacientes con Trastornos Alimentarios (65) presentaron una **incidencia** de lesiones estomatológicas elevada: 61 de ellos (**94%**) *tenían lesiones estomatológicas* y 4 pacientes (**6%**) *no tenían lesiones estomatológicas.*

### Lesiones Estomatológicas en pacientes con Bulimia y/o Anorexia Nerviosa

Grupo de pacientes enfermos



Grupo de pacientes sanos (control)

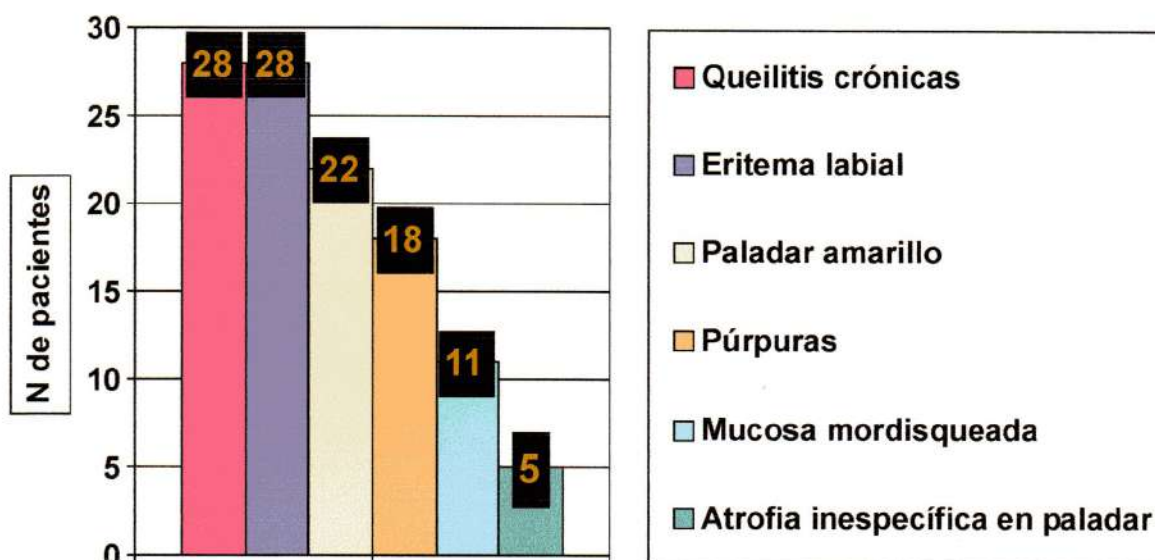


■ Pacientes con lesiones estomatológicas  
 ■ Pacientes sin lesiones estomatológicas

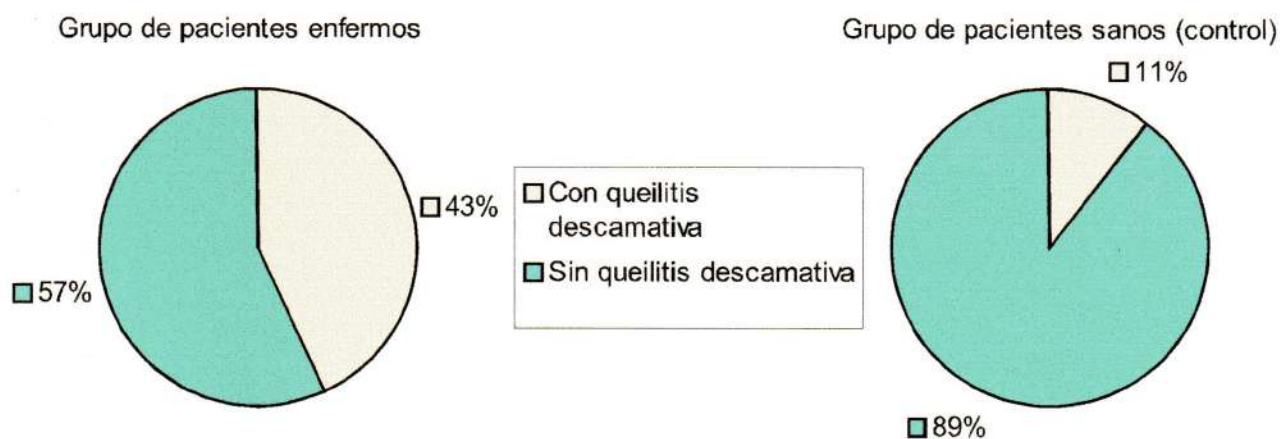
Las lesiones estomatológicas observadas se distribuyeron de la siguiente forma:

28 pacientes presentaron **queilitis descamativa crónica**, 28 **eritema labial**, 22 casos **paladar amarillento**, 18 evidenciaron **púrpuras**, 11 casos de **mucosas mordisqueada**, y 5 casos con **atrofias inespecíficas de paladar**.

Distribución de las Lesiones Estomatológicas



Prevalencia de Queilitis Descamativa



En este gráfico podemos observar una prevalencia de la Queilitis Descamativa, 28 casos (el 43 %) del total de pacientes con trastornos alimentarios y 37 casos (el 57 %) no presentó dicha lesión.



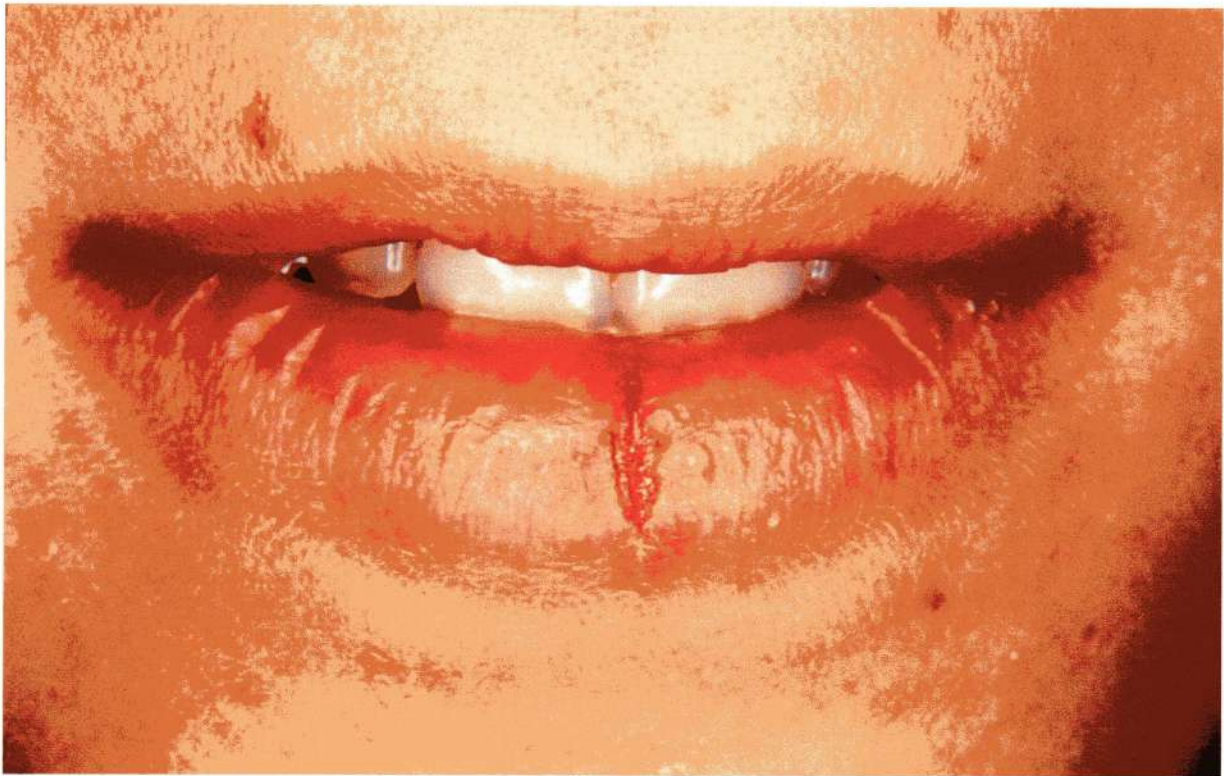


**Foto1: Paciente de 13 años, sexo femenino, con anorexia nerviosa. Presenta queilitis descamativa crónica y atrofia en semimucosa de labio inferior, vellos en la zona facial (lanugo).**



**Foto 2: Paciente con bulimia nerviosa 25 años, sexo femenino, con vómitos reiterados. Se observa queilitis descamativa crónica.**



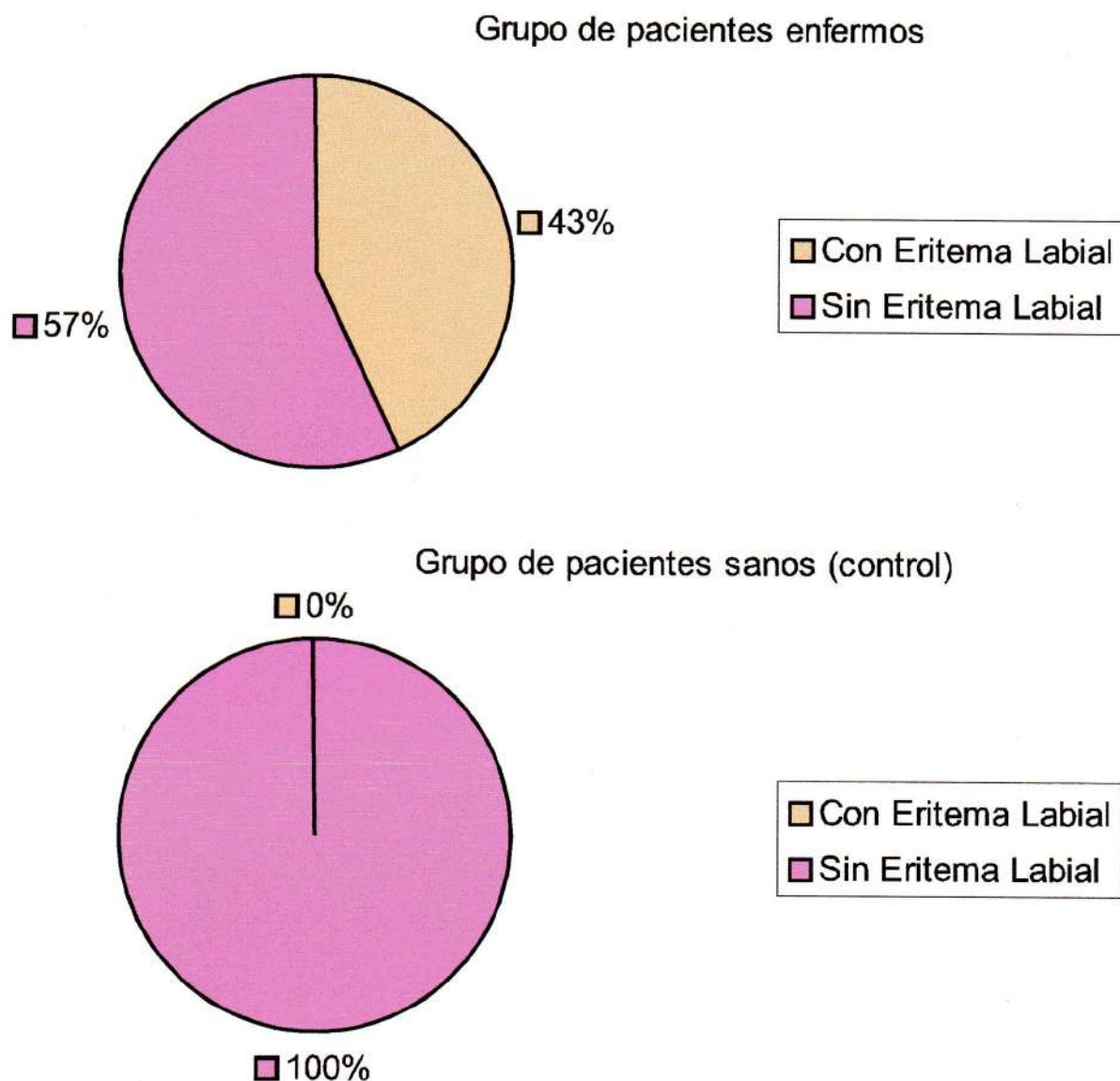


**Foto 3: Queilitis fisurada crónica, en una paciente de 15 años con anorexia nerviosa de un año de evolución, dieta estricta y pérdida de peso de 17 Kg. en 6 meses.**



**Foto 4: Paciente de 17 años, mujer, con queilitis descamativa crónica, se observa eritema, escamas y atrofia labial.**

## Prevalencia del Eritema Labial en Empalizada



La prevalencia del Eritema Lineal en Empalizada fue de 28 pacientes (el 43 %) que presentaron eritema labial y 37 (el 57 %) que no lo presentó. Esta lesión fue muy llamativa y nos llevó a estudiarla con mucho interés, y observamos que se podía ver con distinta intensidad y por eso la clasificamos en Eritema Lineal en Empalizada (E.L.E.) Grado 1 cuando afecta a un solo labio, Grado 2 cuando afecta a ambos labios y Grado 3 cuando afecta a uno o ambos labios y se asocia a queilitis descamativa crónica.

La Prevalencia de los distintos grados fue:

Grado 1: 7 casos que corresponden al 25 %.

Grado 2: 9 casos que corresponden al 32 %.

Grado 3: 12 casos que corresponden al 43 %.





**Foto 5: Paciente de 18 años. con bulimia nerviosa, presenta un eritema en los labios con aspecto clínico de Eritema labial en empalizada (grado 2).**



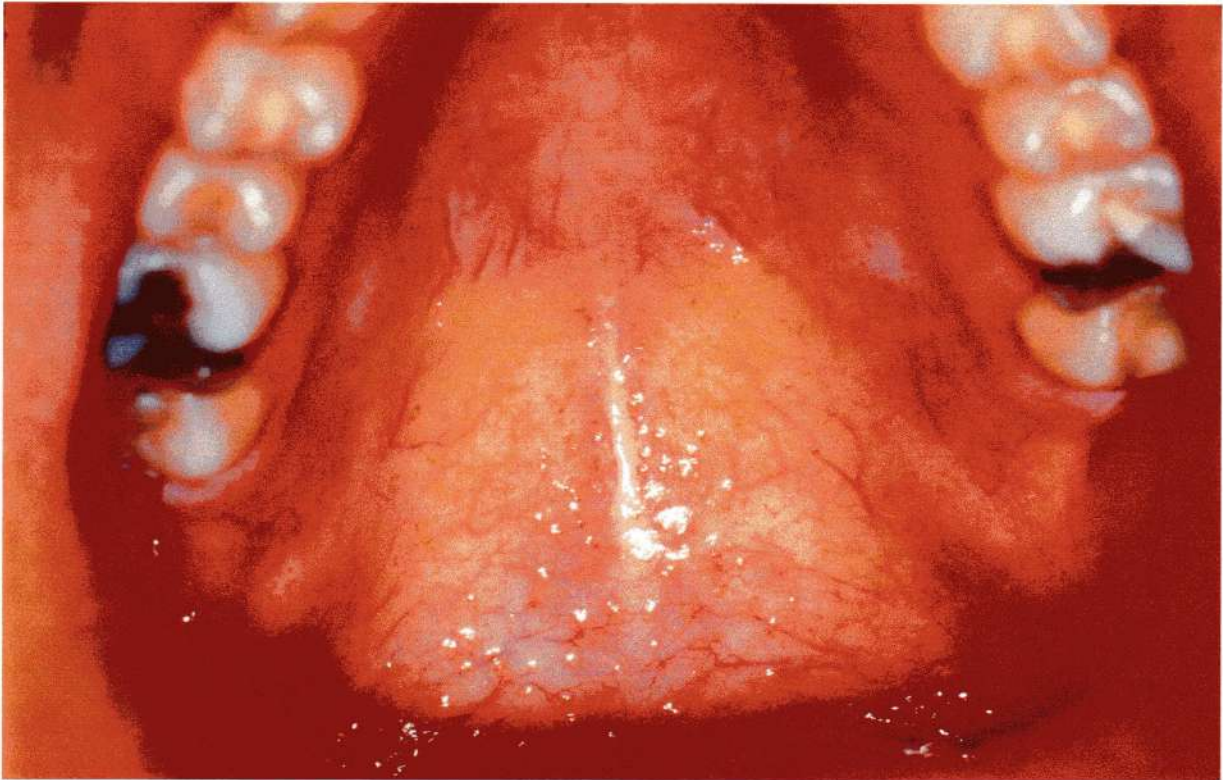
**Foto 6: Eritema labial en empalizada, asociado a queilitis descamativa (grado 3), en una paciente de 17 años con diagnóstico de bulimia nerviosa.**



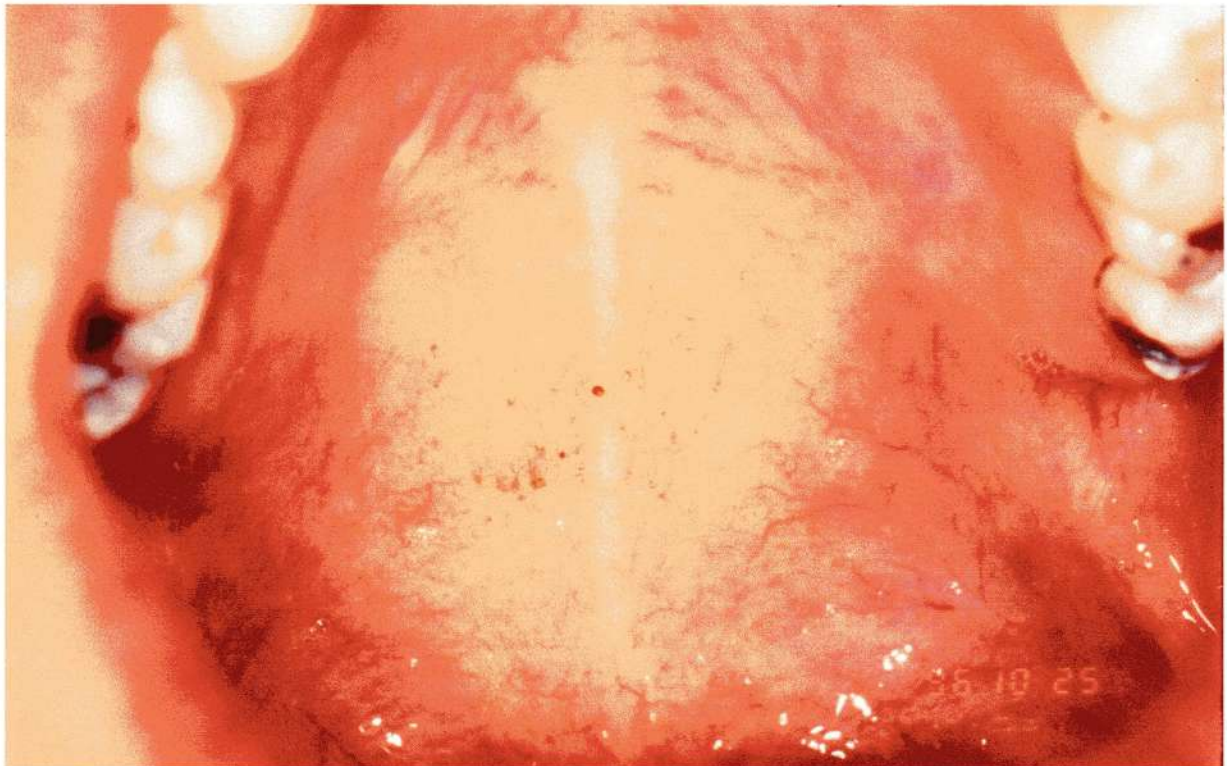
El Paladar Amarillo configura un diagnóstico clínico estomatológico muy importante, ya que en los pacientes con trastornos alimentarios se describe una hipercarotinemia causada por la alta ingesta de alimentos con carotenos, como la zanahoria o el zapallo, ya que dichos trastornos comienzan con las dietas vegetarianas. En este trabajo se les realizó a los pacientes que se les detectó dicha pigmentación un análisis de laboratorio en el que se determinó el dosaje de Vitamina A y de carotenos plasmáticos en sangre.

La pigmentación amarillenta del paladar se observó en 22 pacientes (34 %) y su valor de Vitamina A en sangre fue normal en todos los casos y el valor de Beta Carotenos Plasmáticos se vio aumentado, coincidiendo con una dieta rica en Beta Carotenos.



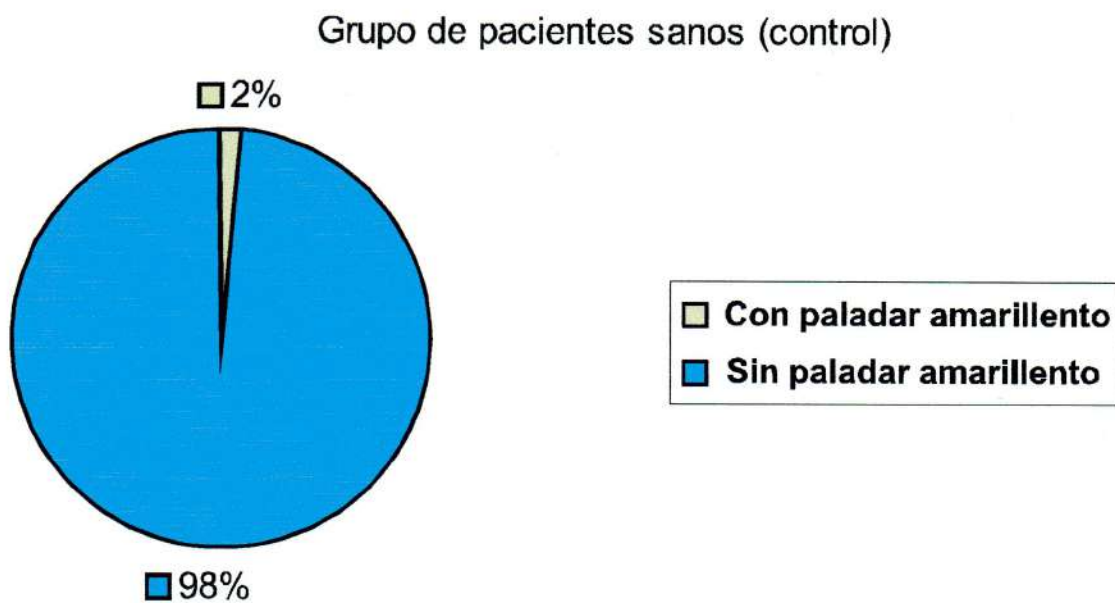
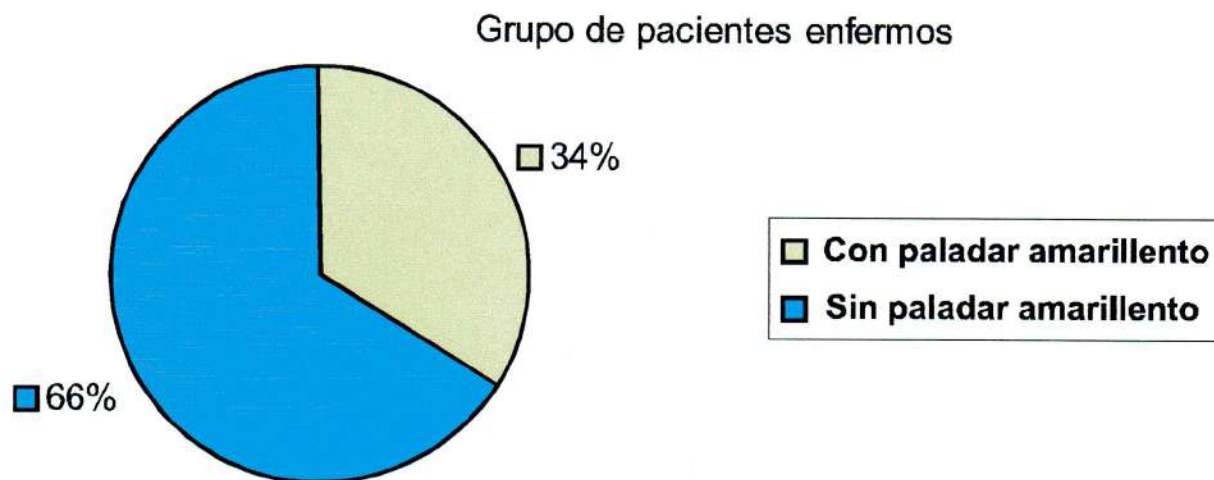


**Foto 7: Paciente de 23 años, sexo femenino, con anorexia nerviosa y alta ingesta de carotenos en la dieta. Se observa paladar blando amarillento e hiperplasia de glándulas salivales menores palatinas.**



**Foto 8: Paciente de 18 años, mujer, con bulimia nerviosa que presenta paladar amarillento y púrpuras.**

## Prevalencia de Paladar Amarillento

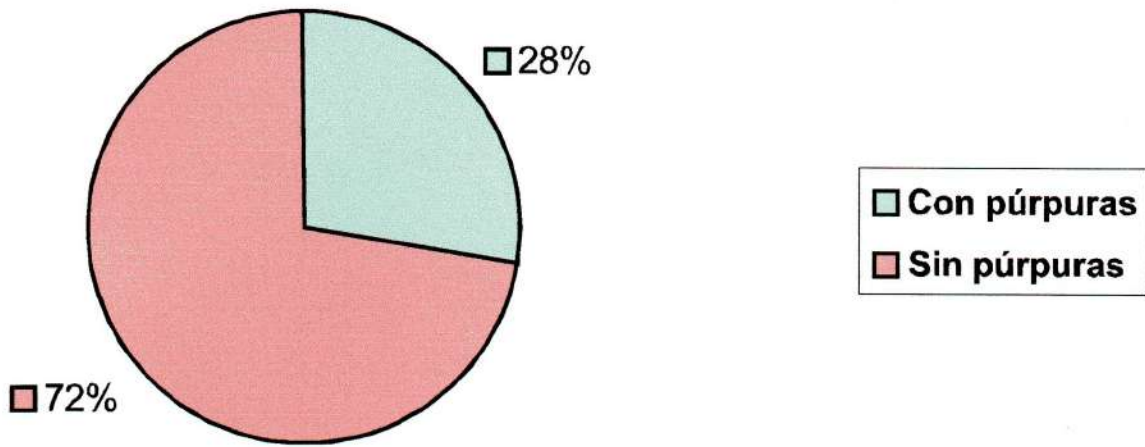


Se describe en la literatura la aparición de petequias y púrpuras en pacientes con trastornos alimentarios que afecta más a las extremidades; son indicadores de “Diátesis hemorrágicas”. Nosotros las hemos observado en la mucosa bucal de pacientes con trastornos alimentarios en una prevalencia de 18 casos (el 28 %) del total de 65 pacientes examinados.

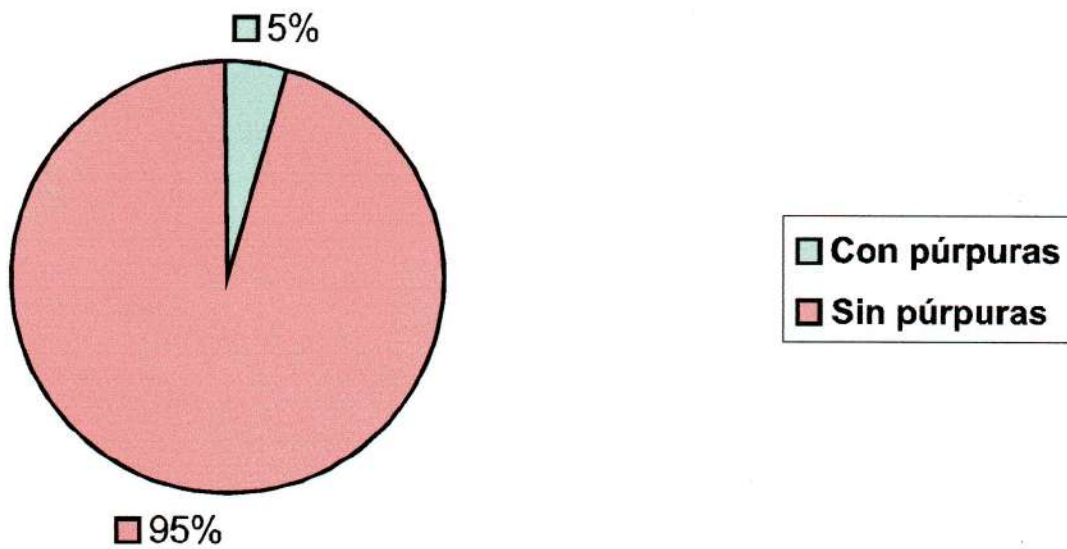


Prevalencia de Púrpuras

Grupo de pacientes enfermos

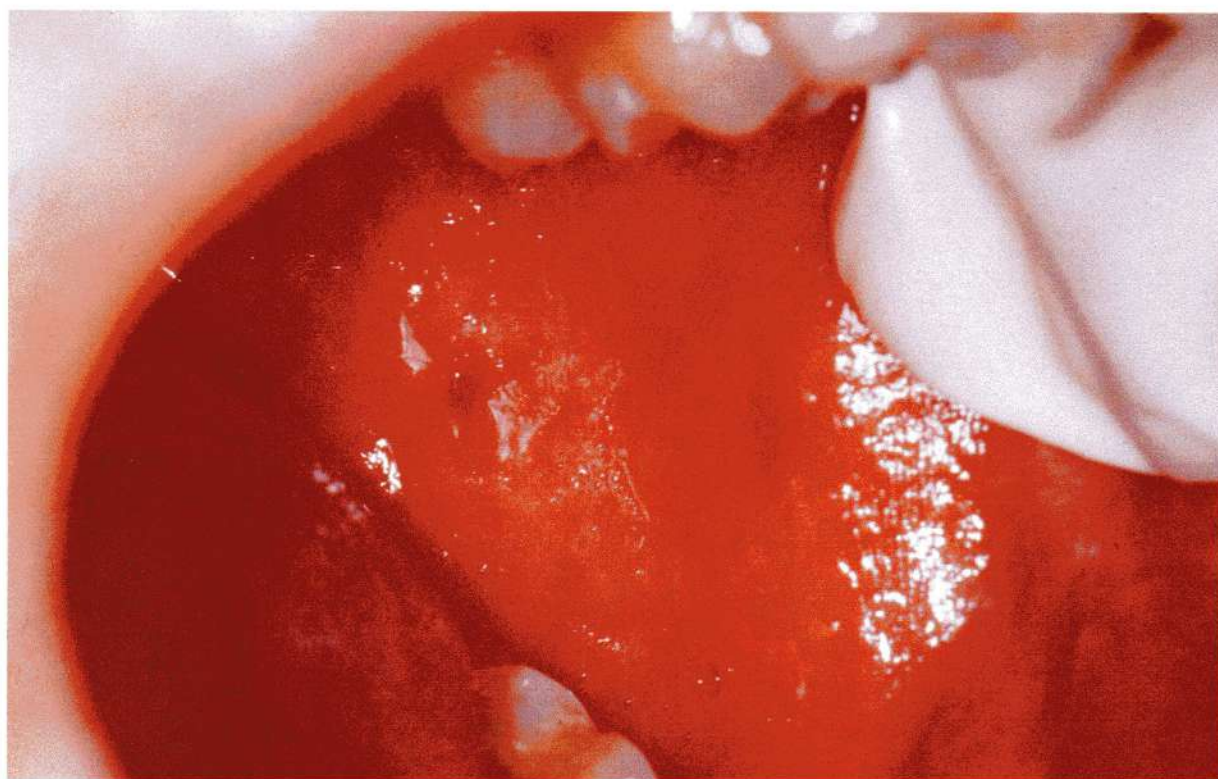


Grupo de pacientes sanos (control)





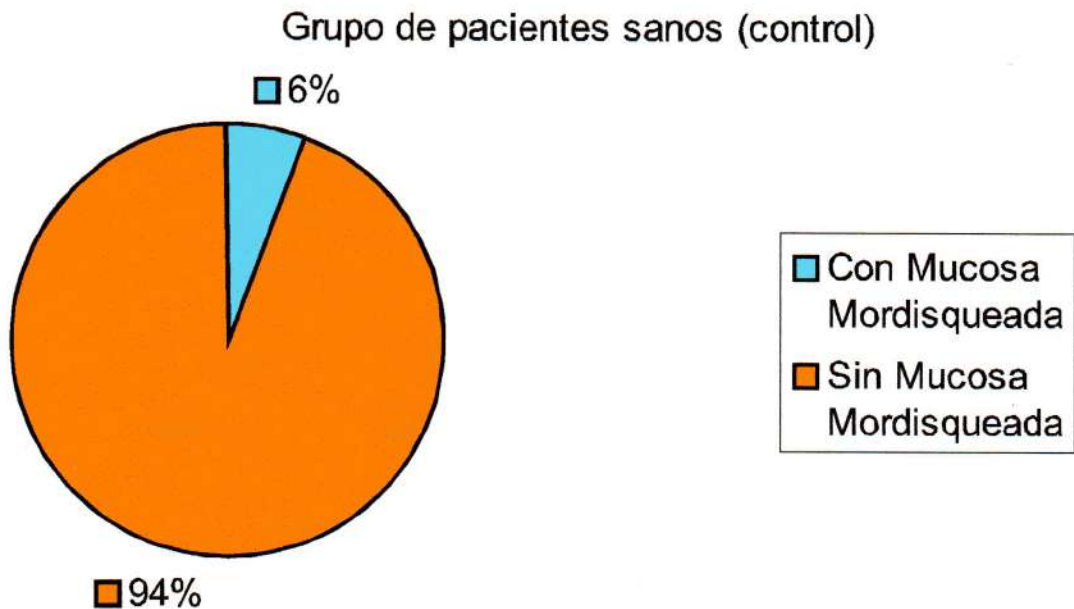
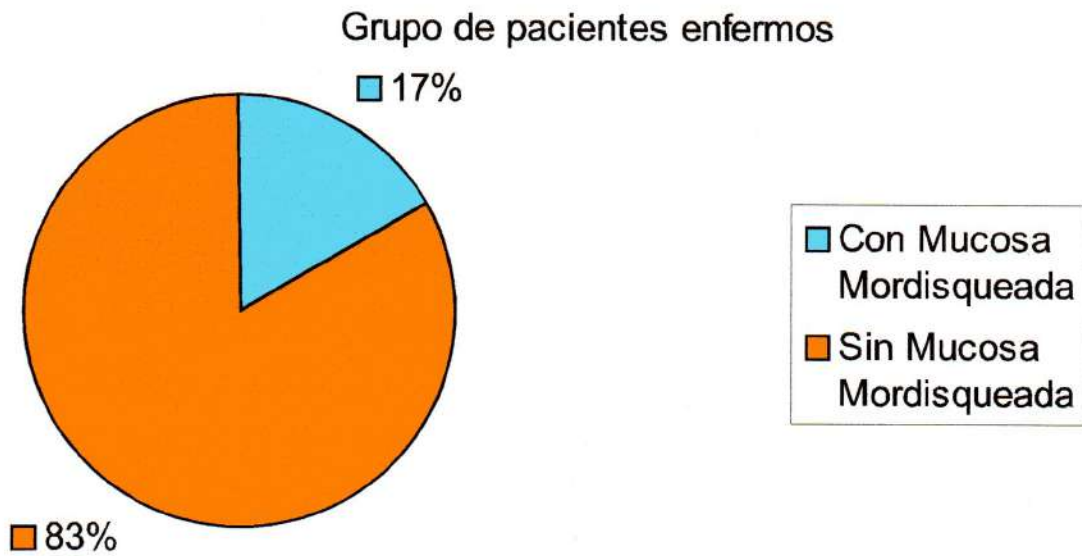
**Foto 9: Púrpuras en paladar, son lesiones rojas de aspecto lenticular, en una paciente de 22 años.**



**Foto 10: Paciente de 25 años, sexo femenino, con diagnóstico de bulimia nerviosa que presenta en mucosa yugal izquierda púrpuras y mucosa mordisqueada.**

## Prevalencia de Mucosa Mordisqueada

Otra lesión estomatológica que observamos fue la Mucosa Mordisqueada. Esta lesión es un signo de autoagresión. También se describe en pacientes con trastorno alimentario. El morderse, el arrancarse escamas y costras de las heridas, son signos de autoagresión física.







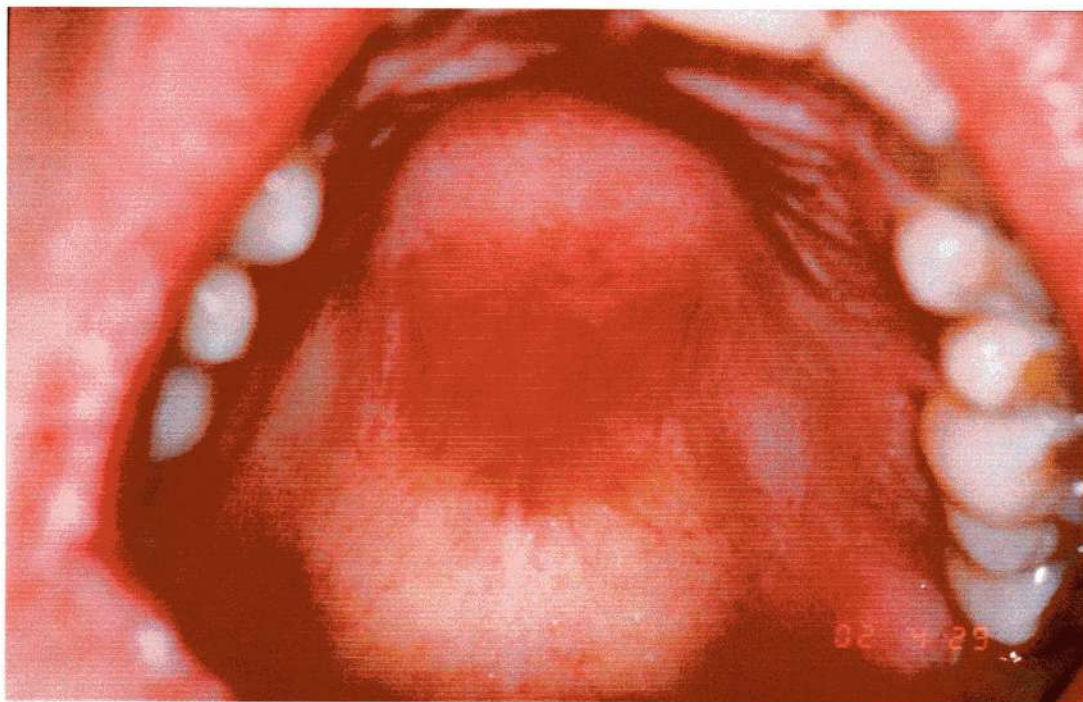
**Foto 11:** Mujer de 19 años, con diagnóstico de bulimia nerviosa, podemos observar colgajos epiteliales en mucosa yugal derecha, producido por el mordisqueo de la misma.



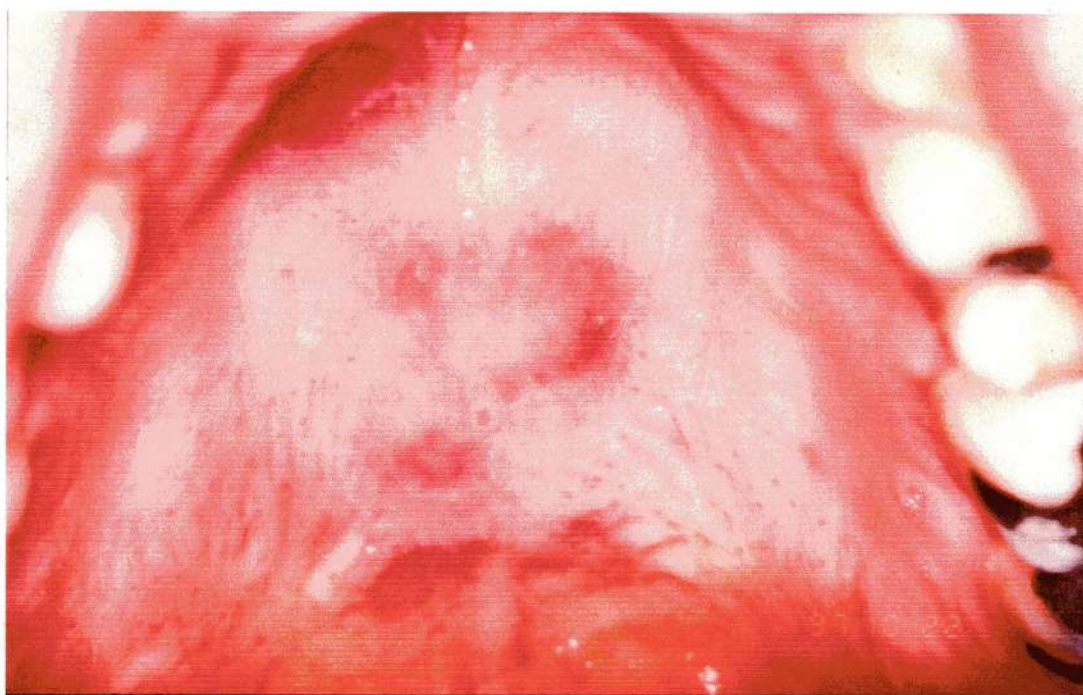
**Foto 12:** En la mucosa yugal izquierda, en la misma paciente, mucosa mordisqueada.



También se observaron lesiones que no fueron muy importantes en su incidencia, pero sí su significación clínica: **las atrofas inespecíficas de paladar**. Se observaron en 5 pacientes, 4 de ellas eran Bulimias Nerviosas Purgativas y 1 caso de Anorexia Nerviosa Purgativa, los cuales se producían el vómito de 2 a 8 veces por día. Esta inducción al vómito es muchas veces realizada usando objetos que pueden producir alguna lesión traumática.

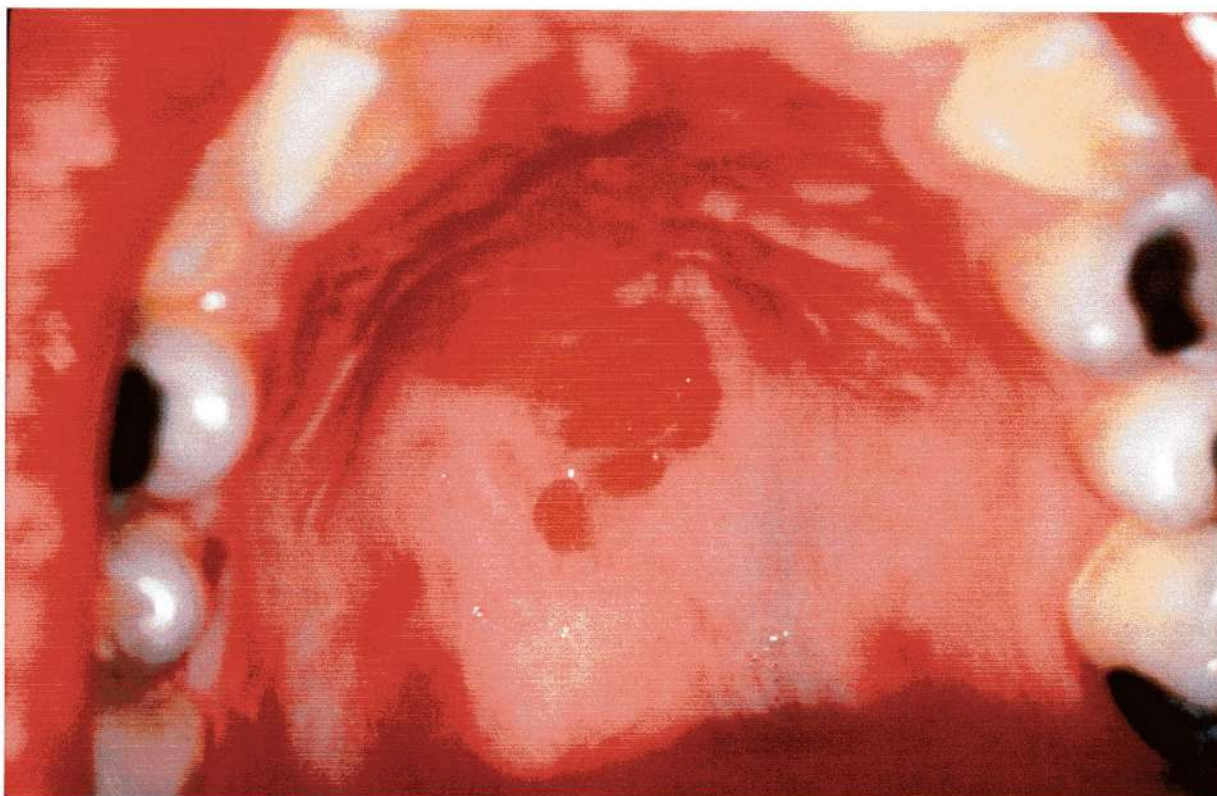


**Foto 13: Paciente bulímica de 24 años, mujer, que presenta lesiones atróficas en paladar, asociadas al hábito de vomitar.**

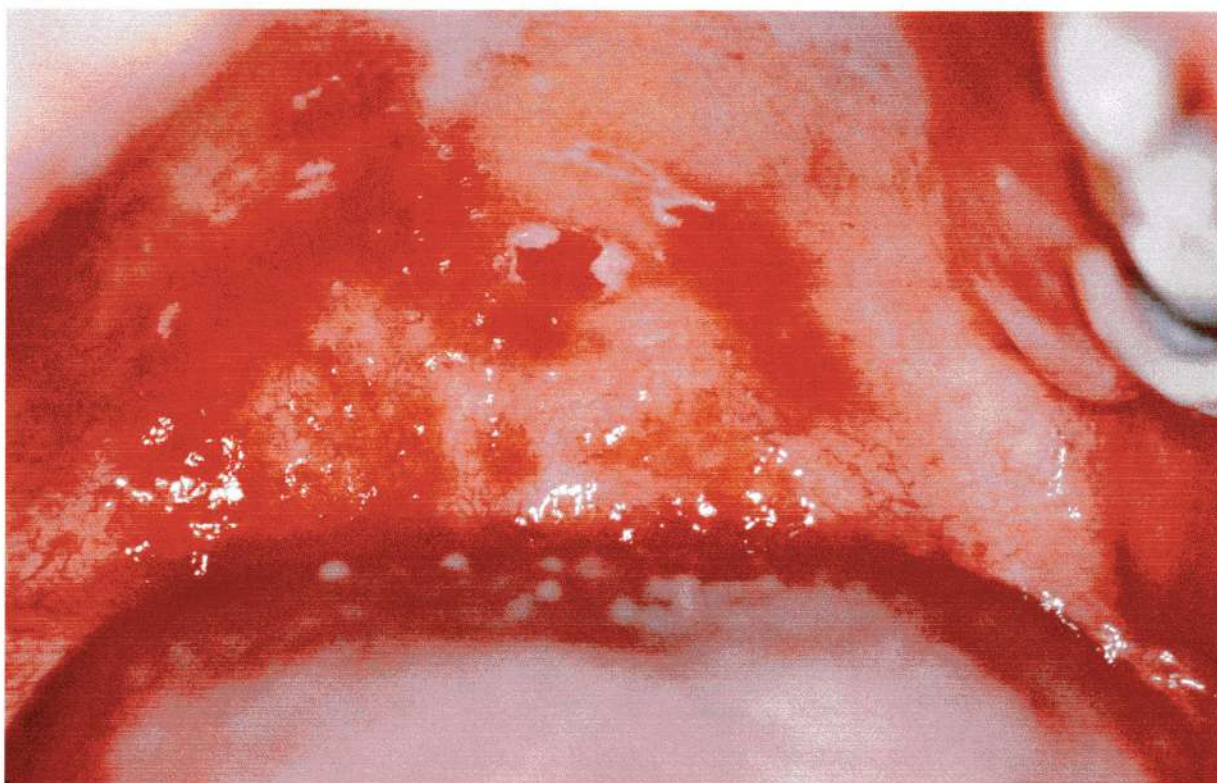


**Foto 14: Lesión atrófica en paladar duro, en una paciente bulímica de 22 años, sexo femenino.**





**Foto 15: Paciente mujer de 20 años, con bulimia nerviosa y que presenta lesiones atróficas en paladar duro, causado por la autoinducción al vómito.**



**Foto 16: Lesión atrófica y colgajos epiteliales en paladar blando, en una paciente de 19 años, que se induce al vómito.**



## Análisis Estadístico

1) Descripción de algunas características observadas en la muestra

a) La variable EDAD se distribuyó de la siguiente forma:

Grupo	Nº	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Estandar
Control	65	14	31	23.54	3.11
Anorexia	19	12	25	18.58	4.23
Bulimia	46	14	32	22.85	14.25

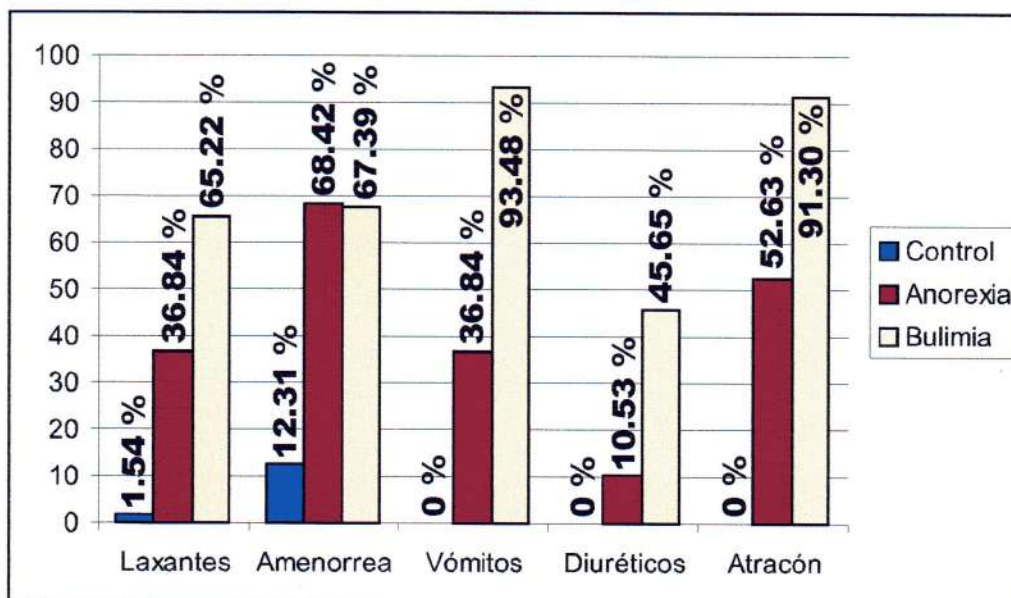
Tabla I

b) En cuanto a las características observadas: Consumo de Laxante, Presencia de Amenorrea, inducción al Vómitos, Consumo de Diuréticos y Atracón, los porcentajes para cada Grupo fueron:

Características	Control 65	Anorexia 19	Bulimia 46
Laxantes	1.54 % (1)	36.84 % (7)	65.22 % (30)
Amenorrea	12.31 % (8)	68.42 % (13)	67.39 % (31)
Vómitos	0 % (0)	36.84 % (7)	93.48 % (43)
Diuréticos	0 % (0)	10.53 % (2)	45.65 % (21)
Atracón	0 % (0)	52.63 % (10)	91.30 % (42)

Tabla II

Los datos de la Tabla II se visualizan en el siguiente gráfico:



**Comentarios:** se observa que el porcentaje de pacientes que consumen Laxantes (65,22) y Diuréticos (45,65) es mayor en el grupo de Bulímicas: como así también el porcentaje de pacientes con Vómitos autoinducido (93,48) y Atracones (91.3 %).

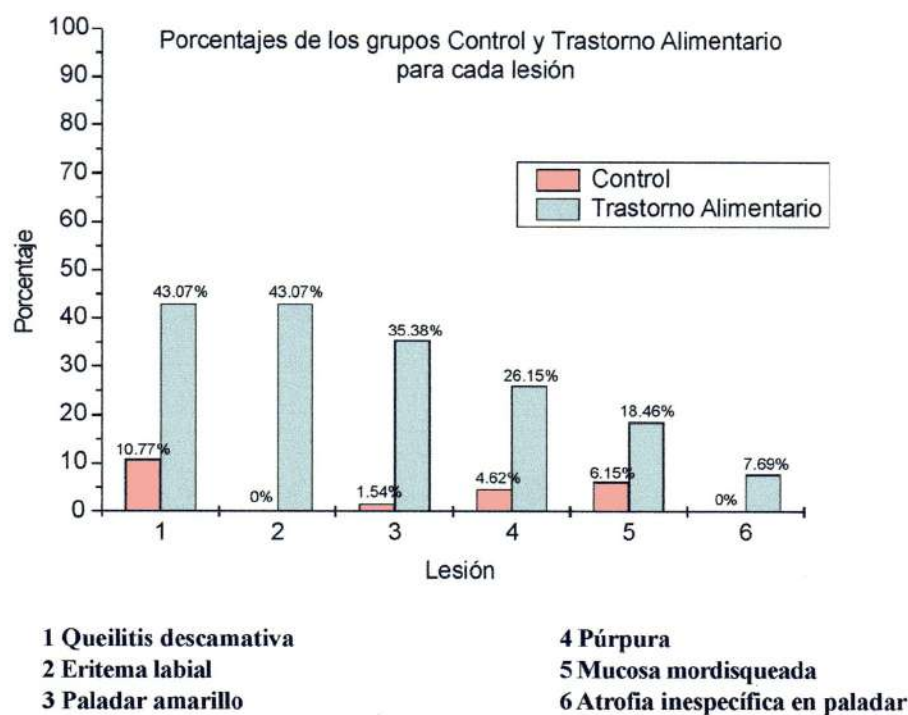
## Comparación para cada una de las lesiones entre los grupos control y con trastornos alimentarios

Para comprobar diferencias estadísticamente significativas se usó el test de Fisher exacto (Marascuilo 1977) entre los grupos Control y con Trastorno Alimentario, para cada una de las lesiones. Dichas pruebas se realizaron a un nivel de significación del 5% y los resultados obtenidos para cada lesión se resumen en la siguiente tabla:

LESION	CONTROL (65)	TRASTORNO ALIMENTARIO (65)	P-VALOR
<i>Queilitis descamativa</i>	10.77 % (7)	43.07% (28)	0.000014 (*)
<i>Eritema labial</i>	0 % (0)	43.07% (28)	< 0.00001 (*)
<i>Paladar amarillo</i>	1.54 % (1)	35.38 % (23)	< 0.00001 (*)
<i>Púrpura</i>	4.62 % (3)	26.15 % (17)	0.00062 (*)
<i>Mucosa mordisqueada</i>	6.15 % (4)	18.46 % (12)	0.03657 (*)
<i>Atrofia inespecífica en paladar</i>	0 % (0)	7.69 % (5)	0.02886 (*)

(\*) Diferencia estadísticamente significativa al 5%.

Tabla III



Se encontraron diferencias significativas para cada una de las lesiones entre los grupos Control y Trastorno alimentario.



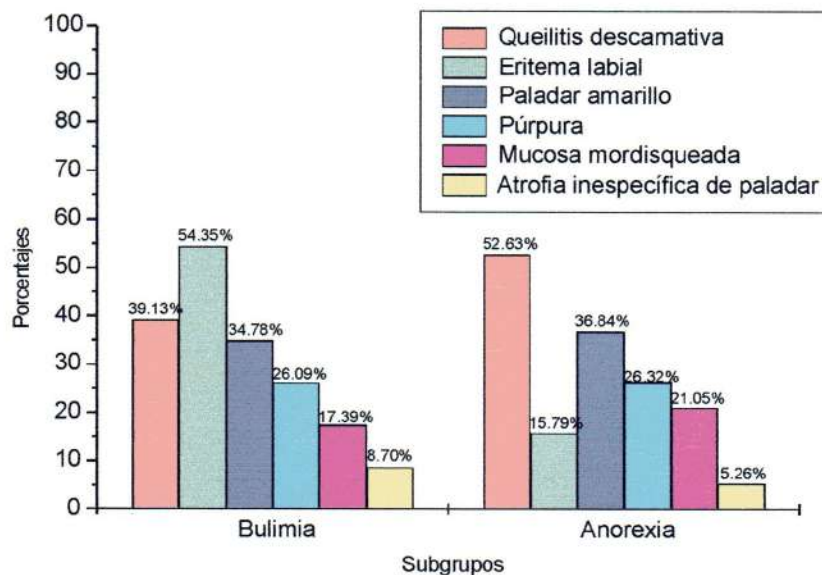
### Comparación para cada una de las lesiones entre los subgrupos Bulimia y Anorexia

Lesión	Anorexia (19)	Bulimia (46)	p valor
Queilitis descamativa	52.63 % (10)	39.13 % (18)	> 0.5
Eritema labial	15.79 % (3)	54.35 % (25)	0.0056 (*)
Paladar amarillo	36.84 % (7)	34.78 % (16)	> 0.5
Púrpura	26.32 % (5)	26.09 % (12)	> 0.5
Mucosa mordisqueada	21.05 % (4)	17.39 % (8)	> 0.5
Atrofia inespecífica en paladar	5.26 % (1)	8.70 % (4)	> 0.5

(\*) Diferencia estadísticamente significativa al 5%.

Tabla IV

#### Porcentajes por Subgrupo para cada Lesión



Sólo se encontró diferencias significativas para la lesión Eritema labial, entre los subgrupos Bulimia y Anorexia.

## Discusión

En la presente investigación hemos analizado la presencia de lesiones estomatológicas relacionadas con la anorexia y la bulimia nerviosa -lesiones poco investigadas hasta el momento-. A partir de las bases de datos consultadas, hemos observado que sólo se hace hincapié en las lesiones de los tejidos duros de la boca.

Los trastornos alimentarios son enfermedades que progresivamente van aumentando su incidencia en los adolescentes y adultos jóvenes, debido a la influencia del medioambiente y al concepto de la imagen corporal (factores psico-socio-culturales). (3)

La edad media de las pacientes con anorexia nerviosa es de 18,58 años, mientras que en la bulimia la media es de 22,85 años; valores que no difieren con los encontrados en la literatura.

Los pacientes con trastornos alimentarios presentan manifestaciones clínicas, tanto generales como bucales. En cuanto a los síntomas y signos de orden general, se describen la amenorrea, la ingesta descontrolada de alimentos, los métodos purgativos (uso de laxantes y diuréticos) y el vómito autoinducido. (4), (3), (13).

En cuanto a la incidencia de amenorrea reportada en otros estudios, es de alrededor del 73% en pacientes con anorexia nerviosa y del 40 % en las bulimias nerviosas. La amenorrea parece ser un hallazgo bastante frecuente en cuadros de anorexia nerviosa. Halmi observó que esto ocurría en un 73% de las pacientes. La presencia de amenorrea es atribuida al bajo nivel de la hormona luteinizante en los pacientes con estados de malnutrición. (14)

Otros autores como Brown y Bonifazi reportan que la mayoría de las pacientes anoréxicas y el 40% de las bulímicas afirmaron haber dejado de menstruar. (3)

Todos estos signos han sido observados en nuestros pacientes, y los porcentajes son semejantes a los descriptos en la literatura.

La muestra del presente estudio indica un porcentaje de amenorrea del 68,42% en pacientes con anorexia y de 67,39% en pacientes con bulimia. Los valores relacionados al uso de laxantes son de 36,84% en anoréxicas y de 65,22% en bulímicas. El hábito del vómito estuvo presente en un 36,84% de los casos de anorexia y en un 93,48% en los de bulimia. Observamos que el 10,53% de las pacientes con anorexia y un 45,65% de las que padecían bulimia consumían diuréticos. Por último, pudimos cotejar que los casos de ingesta descontrolada de alimentos fueron de 52,63% en el primer grupo y de 91,30% en el segundo.



En cuanto a lo estudiado en el grupo control (pacientes sanos), encontramos amenorrea en un 12,31%, un 1,54% de uso de laxantes, hábito de vómito en un 0%, uso de diuréticos en un 0% y el porcentaje de ingesta descontrolada de alimentos fue de 0%. Al confrontar estos datos se ha observado una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes sanos y los que presentan trastornos alimentarios, lo cual nos indica que el grupo de estudio es diferente al grupo control respecto a estas variables.

En referencia a las manifestaciones bucales, en la literatura se describen con mayor frecuencia las abrasiones del esmalte de los dientes, la xerostomía, el aumento de tamaño de las glándulas parótidas, la caries y la enfermedad periodontal. Abrams y Ruff afirman que la erosión del esmalte dental es la manifestación bucal más importante de la bulimia nerviosa y es la que se manifiesta por descalcificación de la cara lingual y oclusal de los elementos dentarios. (1)

Knewitz describe dentro de las complicaciones dentales de la bulimia y la anorexia a la destrucción de los dientes. (16)

Ya en 1974, Hellstron describió este tipo de erosiones dentales como una pérdida de esmalte y dentina sobre la superficie lingual de los dientes como resultado de los efectos químicos y mecánicos causados por el vómito, a la cual llamó "perimilorisis". (13)

Brady trata en su artículo "The anorexia nervosa síndrome", la relación causa-efecto entre la acidez de la regurgitación gástrica y la pérdida del esmalte y la dentina. (4) También Spigset menciona que las erosiones del esmalte son el síntoma oral más relevante en la bulimia. (24)

Willershausen sostiene que la erosiones del esmalte deben hacer sospechar al odontólogo que se encuentra frente a un trastorno de la ingesta. Un diagnóstico precoz de esta enfermedad debería hacerse por medio de trabajo en común de internistas, psiquiatras y odontólogos para evitar las posibles complicaciones sistémicas de la enfermedad. (29)

Brown cita de erosiones palatinas del esmalte, y de su aspecto liso y redondeado, las que se hacen visibles a partir de los dos años de sufrir esta enfermedad. (3)

**Nosotros pensamos que esto es muy importante porque indica que es un signo tardío y que los tejidos blandos deberían sufrir daños más precozmente, por lo cual sí actuarían como signos tempranos para el diagnóstico de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa.**

**Examinamos 65 pacientes con trastornos alimentarios y sólo dos presentaron descalcificaciones dentarias, lo cual indica que en nuestra experiencia estas lesiones no serían muy frecuentes y que no es un signo temprano de la enfermedad, mientras que la mucosa**

**oral sufriría el impacto en etapas iniciales y un correcto examen estomatológico es muy importante para hacer un diagnóstico precoz de estas patologías. Esta, nuestra opinión, no tiene antecedentes en la literatura consultada**

En trabajos publicados por Abrams y Ruff se hace mención de los signos y síntomas bucales para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. Ellos resaltan que el agrandamiento de las glándulas parótidas, la xerostomía y el eritema de la mucosa bucal son indicadores importantes para su diagnóstico.

El eritema de la mucosa bucal es causado por la irritación de los ácidos gástricos, en la zona de faringe, paladar y gingival. Describen erosiones en la zona de paladar y faringe, y también se menciona a la queilitis especialmente angular, asociándola con factores sistémicos por déficit de vitamina y por el resultado de las dietas estrictas con su alteración metabólica. (1)

El presente estudio es uno de los pocos que hace mención de los tejidos blandos de la boca, haciendo estudios estadísticos y observando la prevalencia de lesiones bucales que sin duda son los signos y síntomas más importantes de observar en los trastornos alimentarios, como demostramos nosotros en nuestra experiencia.



## Conclusiones

1- Los trastornos alimentarios producen diversas lesiones o enfermedades, entre ellas, distintos tipos de patologías odontoestomatológicas.

2- Los trastornos alimentarios que cursan con traumatismos por autoagresión y/o por vómitos autoinducidos provocan cambios diversos en la mucosa bucal, muchas veces con carácter de lesiones precoces o tempranas.

3- Las lesiones bucales, particularmente las de la AN y BN, pueden utilizarse como elementos importantes para el diagnóstico precoz y presuntivo de este tipo de trastornos alimenticios.

4- Las lesiones estomatológicas asociadas a hábitos de autoagresión, a vómitos autoinducidos y/o a ingesta excesiva de carotenos, en este tipo de enfermedades como AN y BN, son más frecuentes que las erosiones dentarias, que en nuestro trabajo no se presentaron como las más precoces según informa la literatura consultada.

5- El método purgativo de elección de pacientes con AN y BN, según el presente estudio, resultó ser el vómito, los laxantes en segundo lugar y los diuréticos en el tercer puesto.

6- El **eritema labial** se presentó en el 15,79% de los pacientes con AN y en el 54,35% en los que padecen BN.

7- La **queilitis descamativa**: 52,63% en AN y 39,13% en BN.

8- El **paladar amarillento**: 36,84% en los casos de AN y 34,78% en los casos de BN.

9- **Púrpuras**: 26,32% en AN y 26,09% en BN.

10- **Mucosa mordisqueada**: 21,05% y 17,39% en AN y BN, respectivamente.

11- **Atrofia inespecífica de paladar**: 5,26% y 8,70% en AN y BN, respectivamente.

12- En todos los casos las diferencias con el Grupo Control han sido estadísticamente significativas.

13- En los pacientes de sexo y edad similares a la del grupo estudiado y que además presenten las lesiones referidas, se debe indagar, a través de la anamnesis, la posible existencia de un trastorno alimentario.

14- El diagnóstico precoz o temprano es de gran valor para iniciar el tratamiento de dichas patologías (bulimia y anorexia nerviosa) y de sus secuelas, por lo que las lesiones estomatológicas, parti-

cularmente **eritema labial**, **queilitis descamativa** y **paladar amarillento** en grupos etarios como los estudiados inducen a pensar en BN o AN, respectivamente, colocando al odontólogo en posición privilegiada en el equipo de salud que maneja estos problemas.





## Resumen

**Objetivos:** Observar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes con bulimia y/o anorexia nerviosa, y determinar si existe asociación entre las lesiones de la mucosa oral y los trastornos alimentarios.

**Materiales y métodos:** Se examinaron clínicamente 65 pacientes con trastornos alimentarios (46 con bulimia nerviosa y 19 con anorexia nerviosa), todos de sexo femenino, con un rango de edad de 12 a 32 años. El Grupo Control estuvo constituido por 65 individuos de sexo femenino, de entre 14 a 31 años de edad, sin trastornos alimentarios diagnosticados.

**Resultados:** En el grupo de pacientes con trastornos alimentarios, 61 individuos presentaron lesiones en mucosa oral (94%), con un total de 112 lesiones; mientras que en el grupo control lo hicieron sólo 12 pacientes (18.5%), presentando un total de 15 lesiones en la mucosa oral. Las lesiones más frecuentes en el grupo con trastornos alimentarios fueron queilitis descamativa (28 casos, 43.07%), eritema labial (28 casos, 43.07%), paladar amarillo (23 casos, 35.38%), púrpuras (17 casos, 26.15%), mucosa mordisqueada (12 casos, 18.46%) y atrofia inespecífica de paladar (5 casos, 7.69%). En el grupo de control estas lesiones se presentaron con una frecuencia de queilitis descamativa (7 casos, 10.77%), eritema labial (0 casos, 0%), paladar amarillo (1 caso, 1.54%), púrpuras (3 casos, 4.62%), mucosa mordisqueada (4 casos, 6.15%) y atrofia inespecífica de paladar (0 casos, 0%). El análisis estadístico (Test de Fisher) indicó que existen diferencias estadísticamente significativas para cada una de las lesiones entre los grupos de estudio y control ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Las lesiones de la mucosa oral en pacientes con bulimia y/o anorexia nerviosa presentan una asociación con dichos trastornos alimentarios y sirven para una orientación diagnóstica temprana.

# Abstract

**Aims:** To observe prevailing injuries in the oral mucous membrane in patients with nervous bulimia and/or nervous anorexia and to determine if there is a relationship between the injuries in the oral mucous membrane and eating disorders.

**Materials and Methods:** 65 patients with eating disorders were examined. 46 patients had nervous bulimia and 19 had nervous anorexia. All patients were female and their ages ranged from 12 to 32 years. The control group was made up of 65 female people aged 14 to 31 years without diagnosed eating disorders.

**Results:** In the group of patients with eating disorders 61 patients had injuries in the oral mucous membrane (94%) with 112 injuries in all; whereas in the control group only 12 patients (18.5%) had a total of 15 injuries in the oral mucous membrane. The most frequent injuries in the control group were exfoliative cheilitis (28 cases, 43.07%), lip erythema (28 cases, 43.07%), yellow palate (23 cases, 35.38%), purpuras (17 cases, 26.15%), cheek biting (12 cases, 18.26%) and unspecific palate atrophy (5 cases, 7.69%). In the control group the injuries occurred with the following frequency; exfoliative cheilitis (7 cases, 10.77%), lip erythema (0 case, 0%), yellow palate (1 case, 1.54%), purpuras (3 cases, 4.62%), cheek biting (4 cases, 6.15%), and unspecific plate atrophy (0 case, 0%). According to the statistical analysis (Fisher Test) there are important statistical differences for each of the injuries in the observed group and in the control group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The injuries in the oral mucous membrane in patients with nervous bulimia and/or nervous anorexia show a relationship with eating disorders and are useful for an early diagnosed guidance.





## Bibliografía

- 1- Abrams R. A., Ruff J. C. *Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. J Am Dent Assoc.* 1986; 113 (5): 761-764.
- 2- Andersen A. E. *Anorexia nervosa and bulimia: diagnosis and comprehensive treatment. Compr Ther.* 1983; 9 (11): 9-17.
- 3- Brown S., Bonifazi D. Z. *An overview of anorexia and bulimia nervosa, and the impact of eating disorders on the oral cavity. Compend Contin Educ Dent.* 14: 1594, 1596-1602, 1604-8.
- 4- Brady W. *The anorexia nervosa syndrome. Oral Suug Oral Med Oral Pathol,* 1980, 50 (6): 509-516
- 5- Bay L., Herscovici R. C. "Anorexia nervosa: 34 casos con asistencia multidisciplinaria de enfoque sistémico". *Archivos Argentinos de Pediatría* 1988; 86: 137-148.
- 6- Bruch H. *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. Basic Books, Nueva York,* 1973.
- 7- Bruch H. *Anorexia nervosa: therapy and theory. Am J Psychiat.* 1982; 139: 12, 1531-1538.
- 8- Crisp A. H., Hsu L. K., Harding B., Hanshorn J. *Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. Journal of Psychosomatic Reseach,* 1980, 24: 179-191.
- 9- D.M.S. IV. "Trastornos de la conducta alimentaria. Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales". *Messon, Barcelona, Madrid, Buenos Aires,* 1995, pp 553-564.
- 10- Gull W. W. *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica. 1868 Obes Res.* 1997; 5 (5); 498-502.
- 11- Grinspan D. *Enfermedades de la boca. Tomo III: Cap XXXII-A pp 1595-1605 Mundi* 1970, Buenos Aires.
- 12- Hirschfeld Z. *Anorexia nervosa: dental manifestations and treatment. Comp. Conti. Educ.* 1986; 222-231.
- 13- Hellstron I. *Oral complications in anorexia nervosa. Scand. J. Dent. Res.* 1977;85;71- 86.

- 14- Halmi K. *Anorexia nervosa and bulimia. Ann. Rev. Med.* 1987; 38: 373-380.
- 15- Herscovici C. R., Bay L. *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Ed. Paidós. Buenos Aires, Barcelona, México. 1997.*
- 16- Knewitz J. L. *Anorexia nervosa and bulimia: a review. Comp. Contin. Educ. Dent.*
- 17- Keys A., Broaek D. *The biology of human starvation. Minneapolis. University of Minnessota Press. Percrpt Mot Skills. 1995. 81 (2): 395-400.*
- 18- Lacey J. *Anorexia nervosa and a bearded female saint. Br. Med. J. (Clin. Res. De).* 1982; 18-25; 285 (6357): 1816-1817.
- 19- Milosevi A, Slade P. D. *The orodental status of anorexics and bulimics. Br. Dent. J.* 1989; 22; 167 (2): 66-70.
- 20- Montgomery M., Ritvo J., Ritvo J., Weiner K. *Eating disorders: Phenomenology, identification and dental intervention. Gen. Dent.* 1988, 36 (6) pp 485-488.
- 21- Nylander I. *The feeling of being fat and dieting in a school population: an epidemiology interview investigation. Acta Sociomédica Scandinava. 1971; 3: 17-26.*
- 22- Roberts W. *Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. J.A.D.A.* 1987; 115: 407-410.
- 23- Russel G, Szmukler G, Dare C., Eisler I. *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch. Gen. Psychiatry.* 1987; 44 (12): 1047-1056.
- 24- Spigset O. *Oral symptoms in bulimia nervosa: a survey of 34 cases. 1991; 49 (6): 335-339.*
- 25- Stege P. *Anoroxia nervosa: review including oral and dental manifestations. J.A.D.A.* 1982; 104: 30-31.
- 26- Simmonds M. *Ueber embolische prozesse in der hypophysis. Archives of Pathology and Anatomy* 1914; 217: 226-239.
- 27- Toro J. *El cuerpo como delito, Ariel. 1996*
- 28- Theander S. *Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. Acta Psychiatrica Scandinava. 1970; 214: 1-194.*



29- Willershausen B., Joseph W., Zimmermann C. *Alteraciones orales características en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Quintessence. 1992; 5/7: 418-422*

30- White D. *Loss of tooth structure associated with chronic regurgitation and vomiting. J.A.D.A. 1978; 97: 330-332.*

