

# Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento



Gómez-Jiménez  
Antonio

## Oral health effects of anorexia and bulimia, treatment and prevention

Gómez-Jiménez, Antonio \*  
Casals-Peidró, Eñías\*  
Boj-Quesada, Joan Ramón\*\*

\* Profesor Asociado. Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

\*\* Profesor Titular Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

**Resumen:** El presente artículo trata de aportar una puesta al día de los problemas que presentan los pacientes afectados de anorexia y de bulimia nerviosa. Se expone la información que el odontólogo debe tener en cuenta respecto al conocimiento de la enfermedad, sus manifestaciones orales, los criterios diagnósticos y los enfoques preventivos y terapéuticos necesarios.

**Palabras clave:** Anorexia, Bulimia, Patología oral, Erosión dental, Prevención y Tratamiento dental.

**Abstract:** This paper updates the problems related with patients affected by anorexia nervosa and bulimia nervosa. We describe the information the dentist needs for the proper management of these patients. Knowledge about the medical condition, oral manifestations, diagnostics criteria, preventive and treatment measures are reviewed.

**Key words:** Anorexia, Bulimia, Oral pathology, Dental erosion, Prevention and Dental management.

### Correspondencia

Antonio Gómez Jiménez  
Odontología Preventiva y Comunitaria  
Facultad de Odontología  
Feixa Llarga s/n  
08907-L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Fecha recepción	Fecha última revisión	Fecha aceptación
17-4-2000	10-10-2000	31-10-2000

BIBLID [1138-123X (2000)5:6; noviembre-diciembre 697-704]

Gómez-Jiménez A, Casals-Peidró E, Boj-Quesada JR. Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. RCOE 2000; 5(6): 651-659.

## Introducción

En la actualidad los trastornos alimentarios cada vez están más presentes en nuestra sociedad debido a un excesivo culto a la imagen y a la delgadez. Se trata de graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta y de trastornos psicológicos, que afectan diez veces más a mujeres que a hombres, en especial en etapas adolescentes.

La EDA (Eating Disorders Assotiation) define los desórdenes alimentarios como «una expresión externa de problemas psicológicos y emocionales profundos, cuyos pacientes tienen a la comida como medio de expresión de sus dificultades»<sup>1</sup>.

Si bien podemos diferenciar dos entidades independientes como la anorexia y la bulimia, lo más habitual es que los pacientes sufran ambas enfermedades. Aproximadamente el 50% de los pacientes con anorexia también padecen bulimia<sup>2</sup>.

Debido a los efectos a nivel oral, los profesionales de la odontología tienen a menudo la oportunidad de ser los primeros en detectar signos de alarma. Es por ello que resulta de vital importancia el conocimiento de su etiopatogenia, epidemiología, criterios diagnósticos, manifestaciones orales, prevención y tratamiento a fin de conseguir un pronóstico más favorable de la enfermedad.

Este trabajo pretende resumir e informar sobre el estado y tendencias actuales en relación a las pautas de actuación a nivel odontológico ante casos de bulimia y anorexia nerviosa.

La búsqueda de las referencias obtenidas se ha llevado a cabo por medio de la base de datos MEDLINE. Se han seleccionado las publicaciones

desde el año 1975 al 2000, que contenían las palabras clave: bulimia, anorexia y dental; encontrándose un total de 54 referencias, lo que da una idea de la todavía escasa repercusión que estas entidades patológicas tienen en la literatura científica odontológica, de entre ellas se han seleccionado preferentemente, aquellos estudios epidemiológicos que describen la prevalencia de estos trastornos y su relación con la salud oral, se han incluido, así mismo los trabajos históricos que ayudaron a la conceptualización de la anorexia y la bulimia, como referencia obligada para cualquier estudioso del tema.

## La anorexia nerviosa

Descrita por primera vez en 1689 por Richard Morton<sup>3</sup>, literalmente significa pérdida de apetito por razones nerviosas aunque los pacientes realmente tienen un apetito normal. Así pues, se trata de una autoimposición junto a una intensa preocupación y pánico al aumento de peso.

Se consideran dos subtipos de anorexia nerviosa<sup>1</sup>: -subtipo bulímico: durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta y vómitos autoinducidos, acompañados de consumo de laxantes, enemas, etc. y -subtipo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta, simplemente inicia la restricción de ingesta alimentaria que conduce a una pérdida de peso significativa.

La anorexia por lo general afecta más al sexo femenino (sólo entre un 5% y 10% de los casos implican a los hombres) de clase social media-alta.

Afecta aproximadamente al 0,2-0,8% de la población general y al 1,1% de chicas adolescentes. La incidencia es del 7 por 100.000 en el Reino Unido, con 4.000 nuevos casos cada año, la prevalencia va desde el 0,1 al 1% en mujeres jóvenes<sup>4</sup>.

En Cataluña, y según cifras proporcionadas por el servicio hospitalario de la ciudad sanitaria de Bellvitge (Barcelona), el 97,9 por ciento de los pacientes tratados son mujeres, el 88% son solteras que viven con sus padres y el 76,3% presentaban unos cinco años de evolución de la enfermedad.

En un estudio realizado en 1993-1994 en Móstoles (Madrid) los trastornos alimentarios afectaban al 4,7% de las adolescentes de 15 años y un 0,69% de éstas eran anoréxicas nerviosas, dato similar al resto de países de nuestro entorno<sup>5</sup>.

La anorexia generalmente comienza en la mitad de la adolescencia (13-19 años), pudiendo ocasionalmente aparecer antes, en la infancia, o con posterioridad, en la década de los 30 a los 40 años. Las fases iniciales comienzan con la dieta diaria, aproximadamente un tercio de las chicas anoréxicas tienen sobrepeso cuando empiezan la dieta que las conduce a la anorexia. Estas pacientes no cesan en su intento de rebajar peso hasta llegar a límites muy por debajo de lo que por su edad y altura les correspondería. Ingeren una mínima cantidad de calorías al día, realizan ejercicio físico hasta llegar a la extenuación y en ocasiones utilizan laxantes, diuréticos o derivados anfetamínicos para evitar el aumento de peso.

La etiología de los trastornos del comportamiento alimentario en general y la anorexia en particular no es

nada clara. Su carácter multicausal implica la interacción de determinados factores de riesgo que están asociados a estos desórdenes: -factores profesionales, como en el caso de bailarines, atletas, modelos, -factores psicológicos como el estrés, baja estima, perfeccionismo, depresión, -factores sociales y familiares, historia familiar previa de anorexia nerviosa u otro desorden alimentario, familias de clase media-alta, de profesionales libres o empresarios, -factores biológicos como la disfunción 5HT; y -factores genéticos que diferentes estudios evidencian asociación con el desarrollo de rasgos de anorexia o con el síndrome completo<sup>6,7</sup>.

La duración media de la enfermedad es superior a los seis años, con una mortalidad entre el 4 y el 20 por ciento, como consecuencia a las complicaciones médicas o el suicidio<sup>4</sup>.

#### • Características, signos y síntomas de la anorexia nerviosa.

Los criterios diagnósticos más difundidos de anorexia nerviosa proceden del DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>1</sup>. De acuerdo a los mismos, la anorexia nerviosa presenta las siguientes características:

Los pacientes manifiestan un miedo intenso al aumento de peso, tamaño o forma corporales. Siempre se ven gordos o desproporcionados, a pesar de estar caquécticos, siendo esto debido a una excesiva influencia de la imagen corporal sobre la autovaloración y siempre niegan la gravedad de su bajo peso. Rechazan el mantener su peso corporal en el mínimo para su edad y altura o por encima de éste.

Tienen por costumbre evitar concurrir a reuniones donde se puedan

ver obligadas a comer, esconden su cuerpo bajo ropa muy holgada y de colores oscuros, realizan rituales obsesivos en su alimentación, como desmenuzar los alimentos en porciones pequeñas, saborear lentamente, preparar comida para terceras personas y abuso de edulcorantes.

Estas características conducen a una serie de síntomas inespecíficos que dependen de la gravedad del trastorno: fatiga, astenia, dolores abdominales, excesiva sensibilidad al frío, mareos, calambres musculares, trastornos auditivos, aislamiento social, desinterés sexual, irritabilidad, estreñimiento, diarreas, vértigos y amenorrea como mínimo de tres períodos menstruales consecutivos.

Por otro lado, uno de los signos más evidentes de manifestación general es la clara disminución de peso y aunque alrededor de la mitad de los pacientes tienen un peso cerca de lo normal, un 20% está por debajo.

Aparecen también alteraciones dérmicas: piel pálido-amarillenta, seca, uñas y cabellos frágiles, incluso con pérdida debido a la anemia y a trastornos hormonales; trastornos circulatorios: cambios ortostáticos e hipotensión y ritmo cardíaco alterado, entre otros.

## La bulimia nerviosa

Descrita por primera vez en 1979 por Gerald Russell<sup>8</sup>. Es un trastorno severo de la conducta alimentaria que afecta casi siempre a mujeres, caracterizado por episodios recurrentes de ingesta compulsiva. La mayoría de las mujeres que la presentan tienen un peso normal y la edad en que generalmente aparece es más avanzada

que la anorexia, alrededor de los 17 a 24 años. Al tratarse frecuentemente de un comportamiento secreto y dado que físicamente la apariencia es normal, a diferencia de los casos de anorexia donde la pérdida de peso es evidente, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

Al igual que en la anorexia, existen dos subtipos de bulimia: -subtipo purgativo: la paciente autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso y compensar así las grandes ingestas; y -subtipo no purgativo: la paciente usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o ejercicio físico sin provocar el vómito<sup>1</sup>.

Es más común que la anorexia, 3 de cada 100 mujeres padecen crisis de bulimia en algún momento de sus vidas, la incidencia varía según autores del 19 al 35% en adolescentes escolarizadas<sup>4,9</sup>; la prevalencia es variable del 1 al 3%; en el estudio llevado a cabo por Morande y col. en Móstoles<sup>5</sup> la prevalencia en mujeres adolescentes escolarizadas fue un 1,24%, si bien en la literatura internacional podemos encontrar diferencias significativas desde el 4,5 a 18% en el Reino Unido<sup>9</sup>.

En cuanto a su posible etiología, si bien, al igual que la anorexia es algo confusa, se reconoce como un desorden de origen psicológico<sup>4</sup>.

La paciente típica de bulimia es de raza blanca, de clase media alta aunque se puede presentar en todas las clases sociales<sup>4</sup>, presentan a menudo una historia de abuso de alcohol<sup>10</sup>. Como factores de riesgo encontramos: -presión social y cultural (Garner y col.<sup>11</sup> demostraron la disminución de peso progresiva de las Miss Universo a

lo largo de los últimos 25 años), -factores familiares: familias desestructuradas, -factores pertenecientes a la historia familiar: presencia de trastornos afectivos entre familiares, abuso de drogas, obesidad y gran preocupación de los padres por el peso y la figura de la hija, -factores pertenecientes a la historia personal: presencia de trastorno afectivo, obesidad, abuso sexual y diabetes mellitus y -algunas actitudes son sugeridas como predisponentes al desarrollo de esta alteración alimentaria: búsqueda de la perfección, la delgadez es admirable y la gordura desagradable, el aumento de peso es malo y significa pérdida del control<sup>11</sup>.

Al compararla con la anorexia, el pronóstico es mejor en estos enfermos, siendo la mortalidad muy baja (0,3%)<sup>4</sup>.

#### •Características, signos y síntomas de la bulimia nerviosa

Los criterios diagnósticos más difundidos de Bulimia Nerviosa proceden del DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>1</sup>. De acuerdo a los mismos, la bulimia nerviosa presenta las siguientes características:

Estos pacientes presentan episodios recurrentes de compulsión alimentaria caracterizadas por comer en un periodo discreto de tiempo (en unas dos horas) una cantidad de comida que es definitivamente mucho mayor a lo que cualquier persona podría comer en el mismo lapso de tiempo y en circunstancias similares. En éste tiempo récord la persona puede llegar a engullir a escondidas más de 5.000 calorías; los alimentos predilectos son precisamente aquellos considerados como «prohibidos», sobretodo dulces. Durante estos episodios recurrentes



Figura 1. Aspecto oral de una paciente anoréxica de 22 años tras 5 años de evolución de la enfermedad.

que ocurren en un promedio de por lo menos dos veces por semana durante tres meses, la sensación que experimentan estos pacientes es de total falta de control, no pueden parar de comer e incluso niegan la evidencia del problema cuando son sorprendidos en pleno atracón.

Abusan en exceso de los edulcorantes, diuréticos y laxantes, procuran no concurrir a reuniones para evitar cualquier tipo de ingesta, consumen indiscriminadamente chicles, suelen ayunar aunque no tienen tanta constancia como las personas anoréxicas restrictivas puras, almacenan alimentos en distintos lugares con el fin de utilizarlos en las compulsiones alimentarias, tienen una verdadera obsesión por el control del peso y terror a engordar y como no, en el subtipo purgativo, visitan el baño después de comer para autoinducir el vómito ayudándose con los dedos (en estos casos es característico el signo de Russell, durezas en el dorso de dedos y manos), con cucharas o con cepillos dentales.

## Anorexia y bulimia; manifestaciones orales

La anorexia y la bulimia tienen grandes efectos a nivel oral, por tanto el odonto-estomatólogo se halla en una posición ideal para identificar los signos de alarma antes de que se lleve a cabo una atención médica<sup>12</sup>.

La secuela más importante que encontramos en estos enfermos a nivel oral es la erosión del esmalte, sobretodo en caras linguales o palatinas como resultado de la acción del ácido de los jugos gástricos del estómago al provocar vómitos recurrentes (figs. 1 y 2).

A raíz de la pérdida de esmalte aparece hipersensibilidad dentinaria y/o dolor a consecuencia de la exposición dentinaria o pulpar en casos extremos. El proceso a nivel oral va degenerando rápidamente provocando la pérdida de dientes a consecuencia del mal estado en que pueden quedar y se va produciendo una

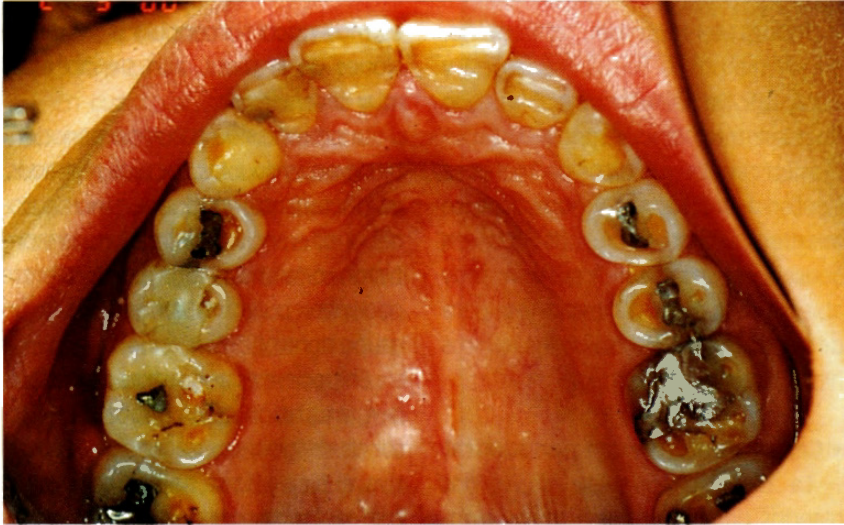


Figura 2. Imagen de erosiones dentales palatinas en una paciente bulímica de 30 años tras 1 año de evolución de la enfermedad.

Tabla 1. Ejemplo de acidez en la dieta (Adaptado de: Clark DC. y col. 1990<sup>16</sup>)

	Ph
Manzana	2,9-3,5
Café	2,4-3,3
Vino	2,3-3,8
Yogurt	3,8-4,2
Coca-Cola®	2,7

pérdida de dimensión vertical; es entonces cuando los procesos de queilitis angular aparecen por el deficiente sellado labial y sobreinfección por candidas a causa de la xerostomía que presentan estos pacientes provocada por la disfunción de las glándulas salivares mayores a consecuencia de los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, así como inflamación bilateral de glándulas salivares («pape-ras» nutricionales), sialoadenosis, y parotidomegalia.

La sialometaplasia, en ocasiones también presente, se trata de un pro-

ceso benigno, autolimitado y necrotizante que afecta a las glándulas mucosecretoras, básicamente glándulas salivales menores de paladar duro debido a una causa traumática.

Ocasionalmente podemos observar eritemas, petequias o hemorragias submucosas en el paladar especialmente en la úvula y paladar blando.

En estos pacientes es una constante la halitosis, fruto del forzado reflujo gástrico y en casos de anorexia restrictiva, donde la higiene oral es peor, resulta más evidente.

#### • Erosión dental

El vómito crónico es una causa bien reconocida de erosión dental. Pacientes con alteraciones alimentarias como la anorexia y la bulimia son ejemplos clásicos. Este problema fue descrito por primera vez por Hellstrom y Hurst en 1977<sup>13,14</sup>.

La erosión del esmalte puede tener un origen extrínseco o intrínseco. Los ácidos extrínsecos provienen de bebidas ácidas sobretodo del tipo «light» tan consumidas en casos de anorexia

y bulimia, y frutas que poseen un ph muy ácido (tabla 1). Este hecho se evidencia tras estudios que concluyen que la frecuencia de consumo de bebidas ácidas es significativamente más elevado en pacientes con erosión dental que en pacientes sin ella y que estos consumidores son principalmente niños y adolescentes<sup>15</sup>. La localización de este tipo de erosiones es más frecuente en las caras vestibulares de los dientes.

Como causas intrínsecas de erosión dental encontramos la regurgitación de ácidos gástricos hasta la boca, estos ácidos, que pueden llegar a tener un ph 1, llegan a la cavidad oral y entran en contacto con los dientes produciendo una desmineralización muy severa.

A consecuencia de la inducción del vómito crónico se puede presentar reflujo gastroesofágico debido a la alteración permanente del esfínter esofágico inferior, que también se asocia con la erosión dental<sup>17</sup>.

Debemos considerar asimismo las modificaciones salivales; los pacientes con bulimia y anorexia a menudo precisan de tratamiento farmacológico con antidepresivos que causan hipofunción salival, y en consecuencia el flujo y por ende la capacidad tampoadora de la saliva se ve mermada<sup>18</sup>.

Los pacientes de anorexia y bulimia tienen niveles significativamente más altos de erosión dental que el resto de la población. Existen estudios que muestran que el grado de erosión no está directamente relacionado con la frecuencia o la duración del vómito, si bien es significativamente mayor en los casos de bulimia purgativa, especialmente cuando el número de episodios de vómitos supera los 1100<sup>19</sup>.

Aproximadamente el 20% de los

pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y más del 90% con anorexia purgativa y bulimia, presentan erosiones dentales. Hay claras diferencias entre los diferentes grupos respecto a la localización y el grado de severidad de las lesiones. En los pacientes con anorexia restrictiva, las erosiones son causadas exclusivamente por causas dietéticas extrínsecas, mencionadas anteriormente y localizadas (Tooth Wear Index de Smith y Knight<sup>20</sup>) en las superficies vestibulares y más en premolares. Por el contrario en pacientes con anorexia purgativa o bulimia, están afectadas esencialmente las superficies palatinas superiores, en particular las de incisivos, y sólo cuando los vómitos recurrentes persisten más allá de los cinco años, las superficies vestibulares se afectan<sup>21</sup>.

Un aspecto muy controvertido en la literatura es la relación existente entre la erosión dental y el cepillado post-vómito. Algunos autores encontraron que las pacientes bulímicas que se cepillaban los dientes poco después del vómito presentaban mayores erosiones que las que únicamente enjuagaban su boca con agua o no se cepillaban, aunque, posteriormente, Robb y col<sup>22</sup> no confirmaron estos resultados, no encontrando ninguna relación entre la higiene oral post-vómito y el nivel de erosión dental en pacientes bulímicos. Más recientemente otro estudio<sup>19\*\*</sup> apunta que la contribución del cepillado a la erosión en casos de bulimia no es significativa y por ello recomienda las prácticas de higiene oral inmediatamente tras el vómito. Estas diferencias vienen determinadas por diferentes enfoques metodológicos, mientras que en los estudios que no recomiendan esta práctica la variable fue la duración

individual del desorden alimentario, en los últimos lo fue la frecuencia y duración del vómito, variables que fluctúan mucho en especial si tenemos en cuenta que estos pacientes se sienten avergonzados y normalmente mienten acerca de sus hábitos; en consecuencia es un área aún muy abierta a las investigaciones para determinar la influencia de los hábitos higiénicos en estos casos.

#### • Caries y enfermedad periodontal

La deshidratación de los tejidos blandos por el deterioro de las glándulas salivares junto a las deficiencias dietéticas pueden inducir a creer que estos pacientes mostraran altos niveles de caries y patología periodontal.

En pacientes con vómitos recurrentes, se han encontrado niveles de acúmulo de placa bacteriana muy bajos, y en general la higiene oral y el estado periodontal de los pacientes bulímicos es bueno<sup>14</sup>, ello se explica porque la inducción al vómito provoca la necesidad de cepillado dental posterior a esta práctica. Los índices de caries son generalmente bajos, y no son diferentes a la población normal<sup>12</sup>. Cabe recordar que la caries es poco predecible en estos casos y que es un factor dependiente de la dieta e higiene oral, aunque parece haber en algunos pacientes la predisposición a desarrollar caries cervicales rápidamente progresivas<sup>12\*\*</sup>.

Los estudios epidemiológicos realizados no han sido capaces de establecer una relación entre la malnutrición y el incremento de la caries. En períodos prolongados de restricción dietética en pacientes anoréxicas no se encontraron cambios en las bacterias relacionadas con la caries dental<sup>23</sup>. Por otro lado la composición de la saliva

es muy poco susceptible a modificaciones de la dieta, aun siendo éstas muy severas<sup>24</sup>.

La presencia de patología periodontal de acuerdo a los trabajos revisados, es discrepante; ya que algunos autores, a diferencia de otros, no encontraron diferencias significativas entre pacientes bulímicas, anoréxicas y un grupo control<sup>12\*\*</sup>,<sup>25</sup>.

En pacientes anoréxicas restrictivas la malnutrición es un importante factor de riesgo de periodontitis destructiva, si bien sólo se ha podido demostrar la asociación de la periodontitis con niveles alarmantes de carencia de muchos nutrientes. El único nutriente cuya carencia por sí sola produce afectación gingival es la vitamina C y la textura de los alimentos no parece guardar relación con la salud periodontal. El estrés también presente en éstas patologías desempeña un papel importante en el desarrollo de patología periodontal<sup>26</sup>.

#### • Medidas preventivas y tratamiento dental

El tratamiento de la anorexia y la bulimia debe ser multidisciplinario. Estos pacientes precisan tratamiento médico, psicológico, farmacológico, nutricional y odontológico.

Si bien hemos expuesto anteriormente los signos y síntomas más frecuentes en la bulimia y la anorexia, es fundamental una evaluación inicial con una completa historia clínica con el fin de conseguir un diagnóstico certero.

Ya que en muchos casos, sobretudo en bulimias, la apariencia física del paciente es totalmente normal debemos tener en cuenta y valorar otras entidades o causas de vómito recurrente distintas a la bulimia y que se asocian con signos sospechosos para

nosotros tales como la erosión dental (tabla 2).

En cuanto al tratamiento o a las actuaciones preventivas mientras la enfermedad esté activa existen distintas recomendaciones que citaremos seguidamente.

1º. Corregir la hipofunción salival causada de los fármacos antidepresivos y alteraciones de las glándulas salivares, se deberá conseguir una buena hidratación, con el consumo de chicles sin azúcar para estimular el flujo salival, la realización de enjuagues durante todo el día para mantener húmeda la mucosa oral; el uso de sialogogos suaves como la anetoltritiona, a dosis de 25 mg en comprimidos (3 veces al día), o bien estimulantes más potentes como la pilocarpina en solución al 2% en gotas sublinguales en el suelo de la boca (3-4 veces al día).

En el caso de la bulimia, que como hemos indicado anteriormente se acompaña frecuentemente con el abuso de ingesta de bebidas alcohólicas, es evidente que su consumo debe cesar o disminuir.

2º. Disminuir la frecuencia de ingesta de alimentos y bebidas de tipo ácido, y en el caso de bebidas ácidas es aconsejable el uso de pajitas para reducir el potencial erosivo de éstas.

Para favorecer la resistencia y remineralización de las superficies dentales, se realizarán enjuagues diarios de FNa al 0,05%, así como aplicación de gel de flúor o barnices de 2 a 4 veces por año en la consulta dental.

3º. Con el fin de aumentar la protección química a nivel oral, se deben neutralizar los ácidos de la boca por medio de la disolución de pastillas antiácidas sin azúcar 5 veces al día, especialmente tras ataques ácidos

intrínsecos o extrínsecos o por medio de componentes de la dieta como el queso que proporciona fosfatos y calcio al medio oral.

4º. Deberá recomendarse la utilización de cepillos dentales blandos y dentífricos de bajo índice abrasivo; y en ningún caso proceder al cepillado directo inmediatamente después del ataque ácido en la boca, ya que en ese momento la erosión resultaría más fácil.

5º. Se recomendará el enjuague con agua o solución de bicarbonato de sodio para elevar el pH ácido en la cavidad oral y después proceder al cepillado suave.

6º. Con el fin de aumentar la protección mecánica en zonas de erosión donde encontremos dentina expuesta. En el caso en que el factor estrés esté presente, sería recomendable la confección de férulas oclusales a fin de minimizar las posibles fases de bruxismo.

Por último la monitorización de estos pacientes resulta de vital importancia dado que se trata de procesos de recuperación lenta, donde las recaídas son frecuentes. Las revisiones de la dieta, métodos de higiene oral, cumplimiento de las aplicaciones de flúor tópico, etc, deben ser muy estrictas<sup>27</sup>.

## Tabla 2. Causas del vómito

### Desórdenes del tracto digestivo:

- Úlcera péptica, gastritis crónica
- Alteraciones de motilidad gastrointestinal: diabéticos, gastroparesis idiopáticas
- Obstrucción intestinal: adherencias, hernias
- Infecciones del tracto intestinal: pancreatitis, hepatitis, gastroenteritis

### Desórdenes Neurológicos:

- Migrañas
- Polineuropatía alcohólica
- Enfermedad de Ménière

### Desórdenes metabólicos y endocrinos:

- Uremia
- Embarazo
- Hipo e hiperparatiroidismo

### Efectos secundarios por drogas:

- Efecto emético central: opioides, levodopa, betabloqueantes, digital, emetina
- Irritación gástrica con vómito como efecto secundario: alcohol, diuréticos, salicilatos

### Desórdenes del sistema nervioso central con aumento de presión Intracranial:

- encefalitis, hidrocefalia

### Desórdenes psicósomáticos:

- Stress
- Desórdenes alimentarios: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En cuanto al tratamiento se refiere, hace años se consideraba que los cuidados restauradores no se debían poner en práctica hasta que el paciente hubiera controlado el desorden alimentario, pero esta propuesta, además de no contribuir a la mejora del confort estético y psicológico del paciente, suponía un riesgo para las superficies con dentina expuesta, así que en la actualidad se considera más apropiado realizar las restauraciones oportunas según el grado de abrasión. La odontología adhesiva, de preparaciones sencillas y poco extensas por medio de composites puede ser una opción muy válida en casos donde encontremos poca destrucción, ya que las zonas de erosión con frecuencia sólo afectan a las caras palatinas y por tanto una restauración más compleja como una corona implica que por su preparación se elimine demasiada estructura dental sana, así pues las restauraciones parciales serían el tratamiento de primera elección en estos casos, además de proporcionar unos resultados estéticos aceptables y ser menos abrasivos con los dientes antagonistas que la porcelana. En casos de mayor destrucción se debe proceder a una rehabilitación oral compleja con coronas de recubrimiento total. Los márgenes serán sub-

gingivales en pacientes con buen estado periodontal ya que el ataque ácido en los márgenes supra o yuxtaringivales perdurará<sup>28\*\*29\*\*</sup>.

En cualquier caso, se debe tener siempre presente que las modalidades de tratamiento dental dependen del estado de salud mental del paciente, y la decisión para proceder a un tratamiento definitivo de la enfermedad debe ir encaminado a que el paciente reciba tratamiento psicológico.

## Conclusiones

La anorexia y la bulimia son alteraciones alimentarias con un importante componente psicológico cuya incidencia y prevalencia van en aumento en los países industrializados. Tanto la anorexia no restrictiva purgativa que se caracteriza por la pérdida desmesurada de peso acompañada de vómitos autoinducidos, como la bulimia nerviosa caracterizada por la ingesta compulsiva de grandes cantidades de alimentos seguida de vómitos provocados, presentan unas alteraciones a nivel oral como consecuencia principalmente de la acción de los ácidos gástricos: erosión dental, parotidomegalia, xerostomía y lesiones de tejidos blandos. Las dos enfermedades en los

últimos años han provocado una alarma social creciente, pero desde el punto de vista dental se les ha dado poca relevancia.

El reconocimiento de estos signos por parte del odonto-estomatólogo es, en muchas ocasiones, la primera aproximación a un diagnóstico de la enfermedad, y por este motivo resulta de gran importancia diseminar la mayor información posible acerca de las repercusiones que estas patologías tienen sobre la salud oral a fin de que el odontólogo sea capaz de identificar, los signos y síntomas de la enfermedad ya desde sus inicios.

Al tratarse de desórdenes que precisan de un tratamiento multidisciplinario, la vertiente odontológica debe centrarse en la prevención de la erosión dental y complicaciones como la caries y la enfermedad periodontal, así como la restauración inmediata de la pérdida de sustancia dental sin necesidad de esperar a la curación del paciente.

Es de gran importancia que se difunda toda la información existente entre los profesionales, asociaciones, etc, y que el odontólogo esté en contacto con los otros profesionales de la salud implicados, médicos, asistentes sociales, psicólogos y dietistas entre otros.



## Bibliografía recomendada

Para profundizar en la lectura de este tema, el/los autor/es considera/an interesantes los artículos que aparecen señalados del siguiente modo: \*de interés \*\*de especial interés.

1. American Psychiatric Association: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4ª. Ed.) Washington: APA, 1994.
2. Roberts MW, Tylenda CA. **Dental aspects of anorexia and bulimia nervosa**. *Pediatrician*. 1989; 16(3-4): 178-84. Review.
- 3\*. Morton R. **Phthisiologica, seu Exercitationes, de phthisi**. London: Smith, 1689.  
Primera referencia histórica sobre la anorexia nerviosa.
4. Hugo PJ, Lacey JH. **Eating disorders, diagnosis and management**. *Primary Care Psych* 1996; 2: 87-100.
- 5\*\*. Morande G, Celada J, Casas JJ. **Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population**. *J Adolesc Health* 1999; 24(3): 212-9.  
Uno de los pocos estudios epidemiológicos realizados en España que demuestra el aumento de la prevalencia de los desórdenes alimentarios con resultados similares a los de la literatura de otros países de nuestro entorno
6. Toro J, Vilardell E. **Anorexia nerviosa**. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
7. Strober M, Lampert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C. **A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders**. *Int J Eating Disorders* 1990; 9: 239-53.
- 8 \* Russell GFM. **Bulimia nervosa: an anonymous variant of anorexia nervosa**. *Psychol Med* 1979; 9: 429-48.  
Primera referencia histórica sobre la bulimia nerviosa.
9. Cooper PJ, Fairburn CG. **Binge-eating and self-induced vomiting in the community: a preliminary study**. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 139-44.
10. Cowan, RD, Sabates, CR, Gross, KB, Elledge, DA. **Integrating dental and medical care for the chronic bulimia nervosa patient: a case report**. *Quintessence International*. 1991; 22: 553-7.
- 11\*. Garner D, Garfunkel P, Schwartz D, Thompson M. **Cultural expectations of thinness in women**. *Psychol Rep* 1980; 47: 483-91.  
Este trabajo muestra los cambios socio-culturales y su relación con el incremento de la incidencia progresiva de los desórdenes alimentarios.
- 12\*\*. Milosevic A, Slade PD. **The orodental status of anorexics and bulimics**. *Br Dent J*. 1989; 167(2): 66-70.  
Estudio clínico de 58 pacientes con alteraciones alimentarias en el cual se comparaban con los grupos control los niveles de caries, placa, gingivitis y capacidad tamponadora de la saliva, concluyendo que no son peores que el resto de la población.
13. Hellstrom I. **Oral complications in anorexia nervosa**. *Scand J Dent Res* 1977; 85: 71-86.
14. Hurst PS, Lacey JH, Crisp AH. **Teeth, vomiting and diet: a study of anorexia nervosa patients**. *Postgrad Med J* 1977; 53: 298-305.
15. Millward A, Shaw L, Smith AJ, et al. **The distribution and severity of tooth wear and the relationship between erosion and dietary constituents in a group of children**. *Int J Paediatr Dent* 1994; 4: 151-7.
16. Bartlett DW, Evans DF, Smith BG. **The relationship between gastroesophageal reflux disease and dental erosion**. *J Oral Rehabil*. 1996; 23(5): 289-97. Review
17. Clark DC, Woo G, Silver JG, Sweet D, Grisdale JC. **The influence of frequent ingestion of acids in the diet on treatment for dentin sensitivity**. *J Can Dent Assoc*. 1990; 56(12): 1101-3.
18. Birkhed D and Heintze U. **Salivary Secretion Rate, Buffer Capacity, and pH**. En: Tenovou JO, ed. *Human Saliva: Clinical Chemistry and Microbiology*, Volume 1. Boca Raton: CRC Press; 1989: 25-73.
- 19\*\*. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. **Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders**. *Int J Eat Disord* 1997; 21(2): 195-9.  
Trabajo de uno de los autores que más se han ocupado de este tema y probablemente uno de los pocos estudios clínicos existentes en la literatura.
20. Smith BGN, Knight JK. **An index for measuring the wear of teeth**. *Br Dent J* 1984; 156: 435-8.
21. Scheutzel P. **Etiology of dental erosion-intrinsic factors**. *Eur J Oral Sci*. 1996; 104 (2 [Pt 2]): 178-90. Review
22. Robb ND, Smith BG, Geidrys-Leeper E. **The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders**. *Br Dent J*. 1995; 178(5): 171-5
23. Touyz SW, Liew VP, Tseng P, Frisken K, Williams H, Beumont PJ. **Oral and dental complications in dieting disorders**. *Int J Eat Disord* 1993; 14(3): 341-7.
24. Serra L, Cuenca E. **Dieta, flúor y caries**. En: Serra, Aranceta J, Mataix J, eds. **Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones**. Barcelona: Masson 1995; 280-6.
25. Roberts MW, Li SH. **Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases**. *J Am Dent Assoc*. 1987; 115(3): 407-10.
26. Johnson NW. **Detection of high-risk groups and individual for periodontal disease**. *Int Dent J* 1989; 39: 33-47.
27. Imfeld, T. **Prevention of progression of dental erosion by professional and individual prophylactic measures**. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 215-20.
- 28\*\*. Burke FJ, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. **Bulimia: implications for the practising dentist**. *Br Dent J* 1996; 180(11): 421-6.  
Artículo de revisión donde se destaca la importancia del equipo odontológico tanto en el diagnóstico inicial como en el tratamiento de estos pacientes.
- 29\*\*. Milosevic A. **Eating disorders and the dentist**. *Br Dent J* 1999; 186: 109-13.  
Quizá se trate del artículo más cercano a la odontología, se destaca la importancia del dentista en el diagnóstico de casos de bulimia y anorexia, así como una descripción de efectos oro-dentales y tratamiento en estos casos.