Rev Venez Invest Odont IADR 2015; 3 (1):75-90. Depósito Legal: PP 199902DF816
ISSN: 2343-595X.
http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio

ARTÍCULO DE REVISIÓN

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN CAVIDAD BUCAL

Brenda Bautista, Airabel Ceballos, Génesis Parra, Karly Semidey
Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Autor de correspondencia: Génesis Parra, E-mail: gm.parra@hotmail.com

Recibido: 14-07-2014
Aceptado: 22-11-2014

Resumen

La anorexia es un trastorno caracterizado por presencia de pérdida deliberada de peso por el enfermo, mientras la bulimia es un síndrome que presenta episodios de ingesta excesiva de alimentos y preocupación por el control del peso, estos trastornos tienen efectos a nivel oral los cuales ensombrecen los problemas dentales; por lo tanto, el objetivo de esta investigación es describir a partir de evidencias científicas disponibles las tres principales manifestaciones clínicas en la cavidad bucal causadas por la anorexia y bulimia. De este modo se podría ayudar a los odontólogos a mejorar sus diagnósticos. La erosión dental es causada por factores relacionados con enfermedades asociadas al vómito, es la manifestación más común en trastornos alimenticios; la xerostomía es común en pacientes anoréxicos y bulímicos causada por diuréticos, laxantes ingeridos, así como también la inflamación de las glándulas; las enfermedades periodontales se caracterizan por afectar los tejidos subyacentes de los dientes. Se concluye que pacientes con estos trastornos presentan una erosión de los dientes anteriores maxilares, un signo de la anorexia en la cavidad oral la encontraríamos con la xerostomía y gingivitis. El reconocimiento de estos signos por el odontólogo es la primera aproximación a un diagnóstico de la enfermedad.

Palabras clave: anorexia, bulimia, trastorno alimenticio, erosión dental, xerostomía, enfermedad periodontal.

Abstract

Anorexia is a disorder characterized by the presence of deliberate weight loss in the patient, while bulimia is a syndrome that presents episodes of overeating and concern about weight control, these disorders have oral effects which overshadow dental problems; therefore, the objective of the present research is to describe, based on available scientific evidence, the three main clinical manifestations in the oral cavity caused by anorexia and bulimia. In that way, it would be possible to help dentists improve their diagnoses. Dental erosion is caused by factors related to diseases associated with vomiting, it is the most common manifestation of eating disorders; xerostomia is common in anorexic and bulimic patients caused by diuretics, ingested laxatives, as well as swollen glands: Periodontal diseases are characterized by affecting tissues underlying the teeth. It is concluded that patients suffering from those diseases present erosion on the maxillary anterior teeth; a sign of anorexia in oral cavity could be found with xerostomia and gingivitis. Recognizing those signs is the first approach to the diagnosis of the disease.

Key words: anorexia, bulimia, eating disorder, dental erosion, xerostomia, periodontal disease.

Rev Venez Invest Odont IADR 2015; 3 (1):75-90. Depósito Legal: PP 199902DF816
ISSN: 2343-595X.
http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios son definidos como una expresión externa de problemas psicológicos y emocionales profundos, donde los pacientes consideran a la comida como medio de expresión de sus dificultades; entre los principales trastornos alimenticios encontramos la anorexia y la bulimia. La anorexia significa la pérdida de apetito por razones nerviosas aunque los pacientes realmente tienen un apetito normal, se trata de una autoimposición junto a una intensa preocupación y pánico al aumento de peso (1), también se conoce como el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (2). Por otra parte la bulimia se define como el perpetuo y voraz apetito para comida en grandes cantidades, originado por el aumento del hambre hasta un nivel mórbido. Las características de la bulimia son similares a las de la anorexia, pero los alimentos son consumidos en gran cantidad y el vómito es autoinducido También es frecuente que este tipo de pacientes utilice laxantes o diuréticos. En los dos casos los síntomas psicológicos son una excesiva preocupación con el aspecto físico, miedo de quedar "gordo" y una baja autoestima (3). Generalmente estos pacientes se irritan con facilidad debido a la fuerte depresión que padecen, generalmente son medicados por antidepresivos (4), además los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son un grupo de trastornos psicopatológicos que afectan a la relación paciente con los alimentos y su propio cuerpo (5). El gran impacto de la anorexia y bulimia en la cavidad oral resulta de la presencia de ácidos estomacales en la boca originados por la autoinducción, crónica y frecuente, del vómito (3). Las manifestaciones orales de los trastornos alimentarios representan un reto para el profesional dental. La erosión dental, caries, la xerostomía, la ampliación de las glándulas parótida, traumatismos en la mucosa oral y otras manifestaciones orales se pueden presentar en los pacientes anoréxicos y bulímicos (6).

Los primeros reportes de anorexia datan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya entonces se definía como un trastorno alimentario asociado con ansiedad en mujeres jóvenes denominado "Consumición Nerviosa"; otros como Laségue en 1873 y Gull en 1874 asocian además el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicógeno: el miedo anormal a la obesidad desde entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia en países como EUA, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre otros (7). De la bulimia sí existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia, término que deriva del griego "bulimy" (traducido como hambre del buey). En el siglo 18, James 1743 describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica publicada en Paris en 1830 (8). En los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades; los primeros reportes sobre conducta bulímica como tal, datan de fines del siglo XIX, aunque generalmente se asocian a la anorexia autores como Sollier, 1891; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso (7).

Los trastornos de la conducta alimentaria, constituyen un problema de salud importante y relativamente descuidado (9), Estamos ante trastornos cuyas repercusiones son graves (10), donde las lesiones en la cavidad bucal pueden ser muy manifiestas, difíciles de esconder y fáciles de explorar (3), a su vez los trastornos alimenticios son enfermedades graves que a menudo no son detectados por los profesionales de la salud (11); 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 estos trastornos, y sus manifestaciones orales (1) Entre las actividades consideradas de buena calidad en el tratamiento delos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no se incluye una exploración odontológica (12). En la cavidad oral de pacientes con desórdenes alimenticios podemos encontrar algunos signos que nos hacen sospechar del problema o nos confirman el mismo, estos deben ser conocidos por el odontólogo para su diagnóstico oportuno y adecuado manejo (13). El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones bucodentales sean graves o pudieran poner en peligro la vida, sino por ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser reconocidas de manera precoz y tratadas con prontitud (14), La detección temprana de trastornos de la alimentación, con referencia apropiada, se asocia con menos efectos dentales adversos y un pronóstico más favorable, Se han evaluado estudios que demuestran que previo a la intervención odontológica, el especialista debe disponer de un tiempo determinado para realizar cierta cantidad de preguntas al paciente para conocer su hábitos alimenticios y de higiene y en conjunto con la observación clínica, podría diagnosticarse el padecimiento de un trastorno alimenticio (15).

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es describir a partir de evidencias científicas disponibles en la literatura las tres principales manifestaciones clínicas de la cavidad bucal causadas por la anorexia y bulimia. De este modo se podría ayudar a los profesionales de la odontología a mejorar sus criterios diagnósticos.

Para la obtención de datos del presente artículo se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos disponibles en línea consultando las siguientes bases de datos: Medline/Pubmed, Scielo y Google Académico. Sin limitar el periodo, en los idiomas inglés, y español, utilizando los descriptores: anorexia, bulimia, erosión dental, xerostomía, enfermedades periodontales. La búsqueda arrojó 80 artículos, de los cuales se excluyeron 30 por no ser de importancia para el desarrollo de la revisión.

Esta revisión está dividida en 3 partes (3 manifestaciones clínicas) y estos a su vez en 2 secciones: La primera corresponde a la definición de la manifestación clínica y la segunda a su evidencia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA CAVIDAD BUCAL

Según la Organización Mundial de la Salud La anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. La bulimia es un síndrome

caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal (16).

La anorexia y la bulimia tienen grandes efectos a nivel oral, la naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal (7). Las secuelas más importantes que encontramos en estos enfermos a nivel oral son la xerotomía, las enfermedades periodontales y la erosión dental. A raíz de la pérdida de esmalte aparece hipersensibilidad dentinaria y/o dolor a consecuencia de la exposición dentinaria o pulpar en casos extremos. Ocasionalmente, podemos observar eritemas, petequias o hemorragias submucosas en el paladar especialmente en la úvula y paladar blando (1).

Erosión dental: La erosión es un evento en donde el tejido dental es removido a través de un proceso químico. Esta manifestación oral es el principal signo para la diferencia diagnóstica de un desorden alimenticio (17), la erosión dental es causada por sustancias ácidas que permean frecuentemente las estructura dentarias cuando esta afecciones provocada por vómitos y regurgitaciones crónicas del contenido ácido del estómago, el cuadro odontológico es conocido como "perimólisis" y puede llevar a pérdidas severas de esmalte y dentina (18). A su vez la erosión dental es causada por factores intrínsecos se ha observado sólo en aquellas enfermedades que están asociadas con vómito crónico o persistente reflujo gastroesofágico durante un largo período (19), es la manifestación oral más común de los trastornos alimenticios consiste en la pérdida de estructura dentaria por procesos químicos donde no intervienen bacteria, la erosión dentaria afecta no sólo a las superficies palatinas sino también a las vestibulares. Es principalmente atribuida a vómitos repetidos, el vómito baja temporalmente el pH de la boca y el esmalte dentario empieza su erosión en niveles de pH inferiores a 5,2. La sucesiva desmineralización y disolución pérdida del esmalte y, con el tiempo, puede envolver también la dentina y el cemento. La erosión dentaria asociada a los vómitos repetidos frecuentemente origina un estrechamiento de los bordes incisales de los incisivos mordida abierta anterior, pérdida de dimensión vertical, sobre erupción compensatoria de los dientes antagonistas y aumento de la sensibilidad dentaria (17). Existen tipos de grado de la erosión dental. Grado 1: Pérdida de las características de la superficie del esmalte: Vestibular/Palatino/Oclusal/Incisal Grado 2: Pérdida de esmalte, dentina visible en menos de un tercio del esmalte, Vestibular/Lingual/Oclusal, pérdida de esmalte con dentina visible: Incisal (20). La abrasión de esmalte de dientes es un signo típico de esta enfermedad (21), cabe destacar que no todos los bulímicos presentan erosión dental y que los factores asociados con la ocurrencia y la severidad de la condición son el tiempo de duración de la enfermedad, la frecuencia de los episodios de vomito (22), la erosión dental no es descubierta hasta que el comportamiento del vomitar haya ocurrido durante al menos dos años de vómitos autoinducidos, aunque hay estudios que muestran a la erosión dental después de un período de un seis meses (23). Este evento es el primero en el que el especialista dental puede realizar un diagnóstico diferencial y para detectar un caso de trastornos

de la alimentación. Las lesiones que se producen en los dientes por efecto de los ácidos gástricos, presentan una superficie lisa y brillante (24).

La literatura sobre la erosión dental se caracteriza por ser generalmente informes anecdóticos de casos, también se encuentran pruebas que se concentran en los estudios de control de casos en los que existe una fuerte asociación con la erosión dental, por ejemplo, los pacientes con bulimia. La última pieza de evidencia epidemiológica está empezando a emerger como estudios de prevalencia, pero la información de la prevalencia mundial de datos es escasa. Es difícil comparar los estudios de prevalencia debido a los diferentes índices utilizados en los diversos estudios y también a causa de los distintos dientes evaluados en la muestra. La normalización de los índices utilizados permitiría superar algunas de estas diferencias al igual que la comunicación de los resultados de una manera comparable. Sin embargo, la identificación de la verdadera prevalencia de la erosión de por sí está llena de dificultades, a pesar de ello hay una creciente conciencia, entre la profesión dental, que considera importante estar vigilante e instiga al uso de medidas preventivas antes de que la pérdida de dientes tejido se vuelve clínicamente significativa más aun en pacientes con historial de enfermedades como bulimia. (25)

Un estudio sobre las complicaciones orales de la bulimia. Se realizó mediante la base de datos MEDLINE arrojó un total de 82 informes publicados entre 1966 y 2002 que son pertinentes al tema de las manifestaciones orales y el tratamiento de la bulimia. La literatura se compone principalmente de los exámenes, cartas, informes de casos, con o sin gestión de restauración y estudios descriptivos de los tamaños de muestra pequeños.se obtuvieron los siguientes resultados: las mujeres bulímicas presentan con una variedad de signos orales y faríngeos y síntomas, incluyendo caries y erosión dental, dolor dental, el aumento de los niveles de bacterias cariogénicas, anomalías de ortodoncia, xerostomía (la queja subjetiva de sequedad en la boca-) y la disminución de la secreción salival (en la medida objetiva), disminución del pH salival, disminución de la enfermedad periodontal, la ampliación parótida, y alteración de la deglución. La erosión dental es el principal hallazgo asociado con bulimia. Los informes de casos describen la restauración de las superficies dañadas con laminados de porcelana carillas, coronas unidas a la dentina con una mínima preparación del diente, materiales compuestos, y las restauraciones completa-cobertura. Sin embargo se concluye: que realmente se necesita es la identificación de marcadores verbales de la conducta bulímica para la detección precoz de los pacientes bulímicos por los dentistas y por los médicos que pueden prevenir los efectos nocivos de los vómitos frecuentes en los tejidos orales / dentales. (26)

Se halló un estudio observacional descriptivo de una serie de casos en un grupo de 15 mujeres quienes recibieron tratamiento en siete instituciones terapéuticas en Bogotá en el año 2007. Donde luego de su observación presentaron bulimia el 93.3% y anorexia de tipo compulsivo purgativo el 8.7%, a través de la evaluación de los trastornos alimenticios padecidos se llegó a la siguiente conclusión: el total de superficies dentales evaluadas predominó la pérdida de esmalte de grado 2

(47.3%) seguido del grado de erosión 1 (42.5%) (20).

Un estudio realizado en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Donde el objetivo a estudiar fue: Evaluar signos clínicos observados en adolescentes que recurren al vómito como conducta compensatoria para controlar el aumento de peso. Se incluyeron en este estudio 70 pacientes, 66 mujeres y 4 varones con edad promedio 17,3 años se evaluaron las siguientes variables: edad, tiempo de evolución de la enfermedad, signo de Russell, hipertrofia de glándulas salivales, erosión y caries dentales relacionadas con el diagnóstico psicopatológico del trastorno. Los datos se procesaron con un programa SPSS versión 6. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 60% de los pacientes revelaron episodios de vómitos autoinducidos mientras que el 40% restante manifestó conductas no purgativas; el tiempo de evolución de la enfermedad por interrogatorio de la primera consulta mostró un promedio de 30,8% con 3,4 meses para el grupo de pacientes con conductas purgativas y 20,8% con 1,9 para el grupo sin este tipo de conductas. El signo de Russell se observó en el 4,76% de los pacientes con conductas purgativas y la hipertrofia parotídea, en el 9,52%. El 33% de los pacientes vomitadores presentó erosión de grado 1 (pérdida superficial limitada al esmalte).y se concluye que: La pérdida irreversible de tejidos dentarios por erosión fue de severidad clínica leve (grado 1). La prevalencia de la enfermedad caries dental fue mayor en el grupo de pacientes vomitadores (27).

Estudios de prevalencia sugieren que hasta un 90 por ciento de pacientes con bulimia nerviosa son afectados por erosión dental. Un seguimiento a un grupo de 29 pacientes con anorexia y bulimia nerviosa arrojó un predominio de erosión en ambos incisivos maxilares y mandibulares como la más importante patología oral, mostrando exposición de dentina a causa de las lesiones producidas en el esmalte. Específicamente la aparición del desgaste en estas piezas dentales se atribuyó a una combinación de sustancias químicas y acciones mecánicas del ácido gástrico retenido en las papilas filiformes de la lengua. Reportes confirman presencia de erosión oclusal en la parte posterior de los dientes, así como desgaste en las superficies de los dientes anteriores y posteriores es frecuente en los pacientes bulímicos. También se reflejan factores causales tales como la disminución de tasa de flujo salival, disminución de la capacidad de amortiguación de saliva y la xerostomía también son comunes en la bulimia nerviosa (28).

Se realizó una evaluación odontológica a un grupo de diecisiete pacientes. Éstos fueron en 3 grupos con características diferentes y edades diferentes: vomitadores con edades comprendidas de 17-33 años de edad, regurgitadores de 13-34 años y no vomitadores de 16-33. Después de su evaluación clínica se arrojaron que las manifestaciones dentales más serias de la anorexia y bulimia aparecen en aquellos pacientes asociados a vómitos prolongados o a la regurgitación, la erosión dental y la pérdida de dientes eran considerablemente más comunes en estos pacientes que en los no vomitadores (29).

Se evaluaron a 101 pacientes, de los cuales 11 padecían de anorexia nerviosa, 41 de bulimia nerviosa y el resto padecían ambos

trastornos alimenticios pero con la única diferencia que estos eran pacientes controlados, se observó una mayor prevalencia de erosión dental así como de daño en tejidos blandos de la cavidad bucal, en aquellos pacientes que no eran controlados por algún especialista. En estos pacientes no controlados, se observó ultra estructuralmente un esmalte dispuesto de una organización prismática bastante irregular, confiriéndoles una mayor predisposición a erosiones dentales, como consecuencia de la acción de los ácidos gástricos presentes en la cavidad bucal al momento de la inducción del vomito (30).

Un estudio señala que la historia clínica, el examen dental y pruebas de saliva de 39 pacientes de entre 14 y 42 años, después de haber sufrido de una por períodos de 1 a 20 años de anorexia y bulimia, mostraron signos de caries dental, debido al consumo excesivo de hidratos de carbono, en todas las materias, a menudo en una forma desenfrenada. En pacientes con una historia de vómito intenso (27 casos) se observaron severa erosión lingual-oclusal (perimylolysis), esta fue casi siempre presente. La erosión bucal, principalmente se muestra debido a un alto consumo de frutas ácidas y las bebidas para aliviar la sed causada por la deshidratación, era más frecuente en los vómitos que en los pacientes no vómitos. También se muestran valores subnormales de propiedades de la saliva, debido a la deshidratación o medicamento inductor de la xerostomía. (31)

En un estudio fueron incluidas 59 adolescentes del mismo sexo, entre 17 y 20 años de edad que concurrieron al Servicio de Adolescencia del Hospital Dr. Cosme Argerich. Los resultados demostraron que había un 32,2% de pacientes con anorexia nerviosa, un 35,36% padecían de bulimia nerviosa, un 15% con otros tipos de trastornos, y las cifras restantes no contaban con ninguna de estas conductas. Se registró erosión dental en todos los casos con prevalencia de alguno de estos dos trastornos, así como la aparición de manchas blancas. De igual forma se determinó que en estadio temprano de la enfermedad la erosión del esmalte se limitada a las caras palatinas de los dientes anterosuperiores (32).

Otro estudio presenta la situación oral de 11 anoréxicos y 41 pacientes bulímicos y lo compara con 50 personas sanas de control. Mientras que los pacientes con un trastorno alimentario mostraron menos signos de inflamación gingival (SBI: anorexia: 14,6%; bulimia: 12,5%; controles: 44,7%), tenían erosiones del esmalte claramente más que las personas sanas de control. En 27 de 41 pacientes bulímicos una inflamación bilateral de la glándula parótida fue encontrada. Además se observó una correlación significativa entre la ampliación de la parótida y la erosión del esmalte que existe en los pacientes bulímicos con una fase previa al anoréxico. Por lo cual se concluyó: que los pacientes con un trastorno alimentario tenían mayores niveles de amilasa sérica que en personas sanas de control. Y se observó una correlación significativa entre la actividad de la amilasa sérica y características dentales se encontró en pacientes bulímicos. (33)

Un estudio realizado con el objetivo de evaluar el estado bucodental en personas anoréxicas y bulímicas, en comparación con los controles emparejados por edad. Ciento ocho

personas participaron, de los cuales 58 tenían un trastorno alimentario. Este grupo se subdividió en las bulímicas que indujeron vómitos (29), las bulímicas que no vomitan (9), y anoréxicos (22). La experiencia de caries, los niveles de placa, la inflamación gingival y capacidad tampón de la saliva se evaluaron y episodios totales vómitos estimado a partir del producto de la frecuencia de los vómitos y la duración. El análisis estadístico (ANOVA de una vía) no reveló diferencias significativas con la mayoría de las variables dentales entre los grupos de trastornos alimentarios y los controles. Una asociación lineal (coeficiente de correlación de Pearson) entre la frecuencia de los vómitos, la duración o episodios totales vómitos y desgaste de los dientes no se ha encontrado, aunque se concluye que: la frecuencia de desgaste de los dientes patológico es significativamente mayor en el grupo bulímica vómitos, especialmente si el número total de episodios de vómito es mayor de 1100. (34)

Xerostomía: La xerostomía es un efecto común en pacientes anoréxicos y bulímicos, causada por el exceso de diuréticos, laxantes ingeridos, así como también la inflamación de las glándulas originando como consecuencia un desbalance en el fluido gingival (13). También se entiende como la sensación subjetiva de sequedad de boca. También puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales debido a enfermedad, infección, o un efecto colateral de tratamiento médico (14), la deshidratación causa xerostomía, esta es evidente a la exploración física, como saliva viscosa. (2), la xerostomía que presentan estos pacientes es provocada por la disfunción de las glándulas salivares mayores a consecuencia de los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, así como inflamación bilateral de glándulas salivares y la sialodenosis (1), a su vez la sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes. Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva, son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros (7), es importante mencionar que la desnutrición puede afectar glándulas salivares, reduciendo el flujo salivar y alterando la composición de la saliva (35). De igual forma, La aparición de pequeñas vesículas o de algunas alteración como consecuencia de algún tipo hongos o bacterias, pueden ser también un síntoma que podría determinar el padecimiento de un trastorno alimenticio, ya que debido a la poca ingesta de nutrientes, se presenta un sistema inmunológico bastante débil (36).

Reportaron el caso de una mujer de 22 años de edad que acudía a la consulta por presentar aumento bilateral facial a nivel de las glándulas parótidas. Sin signos intraorales relevantes, su principal motivo de consulta era por la deformidad cosmética. Se evaluó y se descartó presencia de parotiditis u otra patología. Al concluir el examen intraoral y no llegar a una impresión diagnóstica, se le formulan preguntas acerca de la historia médica y personales, la paciente admitió padecer de bulimia nerviosa por más de seis años, con episodios de purga los cuales han ido aumentado

periódicamente. Se le pidió tomografías faciales de corte axial en donde se observó el aumento de volumen significativo de ambas glándulas parótidas (13).

Se estudió el caso de una paciente de 28 años de edad, afectada por bulimia/anorexia nerviosa, que presentaba además de la ampliación parótida, una inflamación simétrica bilateral indolora suave del paladar duro. Realizada la biopsia y un estudio histopatológico mostró las características clásicas de sialodenosis, que podrían originar la xerostomía, los médicos pueden señalan que este cuadro era causado por su trastorno alimenticio, fue evaluada de manera exhaustiva con el fin de evitar molestias potencialmente invasoras extra-orales y los procedimientos de diagnóstico para confirmar se realizarían con una biopsia intraoral (37).

Se estudió a 27 pacientes que debelaron que del 10 al 50 % de ellos, presentaron inflamación de las glándulas parótidas. Sólo un 8% también presentó afectación en las glándulas submandibular. A la par se concretó que el grado de hinchamiento es directamente proporcional a la frecuencia de los vómitos y al dolor de garganta que se produce. El mecanismo de la hipertrofia se asigna a la gran ingesta de hidratos de carbono, a una regurgitación ácida gástrica que conduce a alcalosis metabólica y la desnutrición. No se propone tratamiento, excepto la recomendación a los buenos hábitos alimenticios y un alto a los vómitos inducidos (38).

Un estudio evidencia que los trastornos alimenticios se están produciendo cada vez más precoz en la infancia y puede dar lugar a una serie de manifestaciones orales, donde el objetivo fue evaluar la correlación entre las lesiones estomatognáticas y los trastornos de la alimentación en 80 pacientes jóvenes (76 mujeres y 4 varones de entre 9-18 años) con restricción alimenticias (anorexia) o de tipo purgante (bulimia), donde los resultados confirman la estrecha correlación entre estos desordenes de la conducta y las lesiones orales, la más común de las cuales fue la erosión dental, hipersensibilidad dental y la xerostomía. Los autores concluyen destacando la importancia de involucrar a los dentistas en el diagnóstico y el tratamiento (39).

Enfermedad periodontal: Las enfermedades periodontales se caracterizan por afectar los tejidos subyacentes de los dientes; las producen bacterias que forman la placa periodontopática y su clasificación depende de la progresión de la enfermedad (40); el periodonto puede estar afectado en las papilas que se muestran aumentadas debido a la irritación ocasionada por el vómito (23), 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 si sola produce afectación gingival es la vitamina E y la textura de los alimentos no parece guardar relación con la salud periodontal. El estrés también presente en estas patologías desempeña un papel importante en el desarrollo de patología periodontal (1), es frecuente encontrar alteraciones indicativas de gingivitis en pacientes con bulimia. En pacientes vomitadores frecuentes, las papilas interdentarias se encuentran frecuentemente hipertróficas como resultado de la constante

irritación del vómito ácido y también como resultado de la xerostomía y deficiencia nutricional (3). Los pacientes con trastorno de la alimentación pueden tener higiene oral deficiente, lo que puede conducir a la inflamación gingival y potencialmente predisponer a la periodontitis. Deficiencias nutricionales, especialmente en vitamina C también puede afectar el periodonto marginal que predisponen a la gingivitis. La deshidratación afecta los tejidos blandos por deterioro glándula salival, además de deficiencias en la dieta y mala higiene bucal puede afectar negativamente a la salud de los tejidos periodontales y la mucosa oral (41). Por otra parte, el ácido estomacal que destruye el esmalte del diente también puede irritar la mucosa oral. Produciendo así consecuencias tales como, lesiones en las papilas linguales, formación de úlceras, gingivitis, sensibilidad en el paladar (42).

Un estudio de corte transversal en una población de universitarios de I a X semestre, la muestra fue de 233 estudiantes, de la Fundación Universitaria San Martin (F.U.S.M) Facultad de Odontología, cuyo objetivo sería conocer el nivel de riesgo de los estudiantes ante los TCA. Las variables involucradas fueron: edad, sexo, semestre, estrato socioeconómico, peso, estatura, conocimiento frente a las consecuencias de los TCA a nivel de cavidad oral. Se aplicó la prueba tamiz Test de Actitudes Alimentarias EAT- 26, donde se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia en el grupo de mujeres fue del 9,7% y en el grupo de hombres fue de 3,5%. Con respecto al estado civil predominó el soltero con un 90,5%, la edad promedio fue de 21,05±3,4 años con un mínimo de 16 y un máximo de 35 años, el peso promedio fue de 57,6±10.1 kg con un mínimo de 35 y un máximo de 102 kg, los estudiantes identificaron que las enfermedades más frecuentes relacionadas con el TCA eran la caries dental, erosión dental y enfermedad periodontal (43).

Estudios realizados en una población joven de 30 pacientes que padecían trastornos alimenticios, arrojó que debido a sus estados psicológicos, estos prestaban poco interés al cuidado e higiene bucal por lo que esto unido a la falta de nutrientes consumidos, afectaban la vitalidad y salud del periodonto, provocando así problemas gingivales (44).

Varios estudios han examinado la relación entre la anorexia nerviosa y la condición oral. Sin embargo, ninguno ha utilizado sujetos de control. Quince pacientes femeninos de quince años de edad recientemente hospitalizados por anorexia fueron estudiados, Los parámetros examinados incluyeron pH salival y el caudal, las puntuaciones de placa faciales y palatinas, periodontal embolsarse, recesión gingival y el sangrado después de un ligero sondaje. Donde se obtuvieron los siguientes resultados: En comparación con los sujetos control, los anoréxicos tenía un pH salival significativamente menor (7,1 + / - 0,4 versus 7,6 + / - 0,3), mayor placa facial y lingual con puntuaciones de placa de placa facial 1 (38 por ciento vs 18 por ciento , la placa lingual del 47 por ciento frente al 29 por ciento),además se encontraron las superficies con recesión gingival, y un mayor número de superficies con sangrado al sondaje (16,9 por ciento frente al 6,5 por ciento). (45)

Un estudio investigó el estado oral y las complicaciones dentales en pacientes con

anorexia y bulimia nerviosa. Los resultados revelaron que los períodos prolongados de restricción dietética en los pacientes anoréxicos no originaban cambios en las bacterias asociadas a la caries dental. Además, los pacientes no tienen menores tasas de descomposición o el flujo salival pero, si tenían saliva más ácida. Además, ambos grupos de pacientes revelaron cambios indicativos de recesión gingival y la gingivitis, pero no necesariamente de la periodontitis en comparación con los sujetos control. (46)

Un estudio investigó signos odonto-estomatológicos y síntomas asociados con la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa han examinado las siguientes condiciones en un grupo de 14 sujetos femeninos (media de edad: 23,5) que sufren de trastornos alimenticios, en comparación con un grupo control de 12 sujetos femeninos (edad media: 22,58) negativos para trastornos alimenticios, donde los criterios diagnósticos: pH salival, los índices periodontales (índice de placa, índice de sangrado, la presencia de bolsillos, la presencia recesión gingival), los índices dentales (erosión dental), glándulas salivales hinchazón, hábitos de higiene oral (en relación con el comportamiento de los vómitos). Los resultados obtenidos revelaron una mayor prevalencia de recesión gingival, gingivitis marginal difusa, la participación de erosión dental, menor pH salival en los trastornos de la alimentación en comparación con un grupo control. Se concluye que: desde patologías odonto-estomatológicas, estas puedan ser el único signo detectable de la anorexia nerviosa y / o bulimia nerviosa, los datos presentados en este estudio podría facilitar la detección precoz de estos pacientes y proporcionar directrices para la evaluación de las patologías orales en los pacientes anoréxicos y bulímicos. (47)

Se realizó un estudio cuestionario, con una tasa de respuesta del 53%, se examinó el vómito auto inducido, erosiones y asistencia dental en mujeres con trastornos de la alimentación, así como el miedo dental y su efecto en la asistencia y la comunicación con el dentista. Una encuesta de 371 mujeres que respondieron con trastornos alimenticios, fueron reclutados de una organización de autoayuda, reveló que el miedo dental fue mayor en las mujeres con trastornos alimenticios en comparación con la población general. El miedo estaba presente en el 32,1% de las mujeres con trastornos alimenticos, y el miedo dental muy alto estaba presente en el 16,5% de las mujeres con estos trastornos. De los que tienen miedo al dentista muy alto, el 32,3% no había visitado una clínica dental en absoluto en los últimos 2 años, y el 43,5% sólo se inició el contacto cuando tenían síntomas. Se obtuvieron los siguientes resultados: El Vómito auto inducido fue especialmente frecuente en las mujeres con bulimia nerviosa (87,9%) y en aquellos con más de un trastorno alimenticio (el "grupo mixto") (80,6%). Entre las personas con el vómito auto inducido, el 45,3% pensaba que tenían erosiones, aunque sólo el 28,4% tenían erosiones diagnosticados por un dentista. De las mujeres con trastornos alimenticios, el 61,4% no dio a conocer su condición. También se observó que el miedo al dentista superior no afecta la voluntad de dar a conocer su condición en el servicio de urgencias. Llegaron a la conclusión de que los dentistas deben examinar cuidadosamente para pacientes con erosiones dentales. Además, deben darse cuenta de que la mayoría de pacientes con erosiones dentales evitan revelar su trastorno y que el miedo dental

complica aún más el tratamiento dental en estos pacientes. (48).

Un estudio que tenía como objetivo evaluar la salud dental y periodontal de los adolescentes y las mujeres jóvenes con anorexia nerviosa restrictiva, y la relación entre la densidad mineral ósea (DMO) evaluada por absorciometría dual de Rayos X de energía (DXA) y las radiografías dentales. Se evaluaron veintitrés mujeres jóvenes y de edad mediana 17,6 años (rango 14,4 a 27,2), fueron estudiados dentro de los tres meses de entrar en un ensayo clínico, se les realizó un examen dental completo, incluyendo radiografías dentales panorámicas y de mordida. Tres observadores evaluaron ancho cortical mandibular en la región foramen mental en las radiografías panorámicas. Se hallaron los resultados: Hallazgos dentales incluido muy buena higiene oral. La recesión gingival fue evidente en 10 participantes (43%). La erosión dental estaba presente y la media de dientes ausentes y obturados fue de 8,6, se concluyó: que se presenta manifestaciones dentales asociados con la Anorexia Nerviosa restrictiva y la asociación entre las evaluaciones óseas por DXA y las radiografías dentales en este grupo de pacientes. A pesar de subnormales mediciones DXA en la mayoría de los pacientes, prácticamente todos los adolescentes tenían un examen dental normal. Proveedores dentales deben ser conscientes del hecho de que muchos pacientes con trastornos de la alimentación no muestran los "clásicos" de los resultados reportados en la literatura (49).

Un estudio transversal con 650 adolescentes de entre 12 y 16 se llevó a cabo con el objetivo de examinar la prevalencia de las alteraciones bucales relacionadas con los trastornos alimentarios y factores asociados, se realizó a través de cuestionarios de auto-reporte (EAT-26; bocado y auto-calificación cuestionario de depresión de Hamilton, SRHDQ) y un examen dental. Se encontraron como resultados: asociaciones significativas en la mucositis, queilitis, hipertrofia de las glándulas salivales, y erosiones dentales. La prevalencia de adolescentes en situación de riesgo para los trastornos alimentarios fue del 33,1%, según el EAT-26 y el 1,7% (puntuaciones más altas) y 36,5% (puntuaciones medias), en la BITE, mayor entre los de 13 años de edad, las mujeres, con sus hermanos, padres o persona responsable que es analfabeta, siendo el hijo más pequeño, que vive en una residencia de más de dos habitaciones y que presentaba síntomas depresivos. Todos estos factores mostraron relación significativa con los trastornos alimentarios. Se concluye que: la presencia de alteraciones orales se asocia a síntomas de trastornos de la alimentación, ayudando a la detección precoz de sub casos clínicos. (50)

Los diferentes estudios evidencian que Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis; en estudios sobre los índices de placa en estos pacientes se ha encontrado más frecuente en bulímicos que en anoréxicos (16).

CONCLUSIONES

Las pacientes con anorexia nerviosa podrían tener problemas en la cavidad oral en mayor o menor grado debido a la osteoporosis que padecen. A su vez, los pacientes con bulimia y anorexia bulímica presentan una

característica erosión lingual de los dientes anteriores maxilares.

De igual forma, un signo importante de la anorexia nerviosa en la cavidad oral la encontraríamos en la mucosa oral y en los labios, cuyas afecciones más importantes por orden de frecuencia son: la xerostomía, la queilitis y la gingivitis. En la anorexia restrictiva aparecen con más frecuencia la queilitis y la xerostomía, al contrario que en la anorexia bulímica, en la que aparece en primer lugar la gingivitis.

Por otra parte, el reconocimiento de estos signos por parte del odontólogo 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 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.

Por tal motivo, se recomienda a quien se dedique a la atención de la salud bucal conocer las manifestaciones clínicas de este padecimiento así podrá orientar al paciente y familia sobre la mejor manera de tratarlo oportunamente; ya que el fracaso en el diagnóstico podría llevar a serios problemas sistémicos así como la progresión y daño irreversible de los tejidos duros de la cavidad oral.

REFERENCIAS

1. Gómez A, Casals E, Boj J (2000) Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud oral, prevención y tratamiento. RCOE. Vol. 5 Núm. 6.
2. Barriguete J, Viladoms A (2008) Trastornos de la conducta alimentaria. Revista odontológica mexicana. Vol. 12 Núm. 2.
3. Barbería E, Cardoso C, Maroto M, Villalon G (2007) Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. JADA. Vol. 2 Núm. 5.
4. Jarit A (2008) Trastornos alimenticios en el aula: anorexia y bulimia II parte. Revista digital innovación y experiencias educativas. Vol. 6 Núm. 45.
5. Campisi G, Di Fede O, Di Liberto CLo Russo L, Lo Muzio L, Panzarella V. (2008) Oral manifestations of eating disorders: a critical review. Oral Dis.14(6):479-84.
6. Aranha AC, Cordás TA, Eduardo C. (2008) Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. JournalContempDentPract. 1;9(7):89-96.
7. Gay O, Ramírez G (2000) Anorexia y bulimia nerviosa. aspectos odontológicos. Revista ADM. Vol. LVII Núm. 1.
8. Rava M, Silber T (2004) Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. Arch.argent.pediatr. 102(5).
9. Rava M, Silber T (2004) Bulimia nerviosa (Parte 2). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. Arch.argent.pediatr. 102(6).
10. Martí N. (2007) Trastornos Alimenticios. Universidad De Valencia Facultad De Medicina Y Odontología Diseño Y Presentación De Trabajos E Informes Científicos.
11. Hague AL. (2010) Eating disorders: screening in the dental office. Journal Am Dent Assoc. 141(6):675-8.
12. Carvallho-Lobato P, Manzanares-Céspedes M, Serra-Ristol S (2006) Repercusiones clínicas de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral. Reflexiones en medicina de familia. 37(2):101-3.
13. Flores L, Valdivieso M. (2011).Trastornos de alimentacion en adolescentes y sus implicancias en la salud bucal. Revista Especialista odontología pediátrica. Vol 1 Núm. 2.
14. Gracia C, López G, Nachón M, Parra T. (2003) Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Vol. 3 Núm. 2.
15. Hay P. (2011) New Insights Into The Prevention And Treatment Of Bulimia Nervosa. Intech Open. 978-953-307-767-3.
16. Castellanos J, Díaz L, Gay O. (2004). Series en medicina bucal VIII. Anorexia y bulimia en odontología. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Vol. 61 Núm. 3.
17. Guerra M. (2011). Trastornos de alimentación en adolescentes y sus implicancias en la salud bucal. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. Vol. 1 Núm. 2.
18. Aleixo P, Asenjo M, Batista E, Lia R. (2004).Tratamiento conservador de superfícies palatinas en dientes anteriores con erosión dental por reflujo de ácidos gástricos perimólisis. Relato de caso. Revista Odontológica Dominicana. Vol. 10.

19. Scheutzel P.(1996) Etiology of dental erosion--intrinsic factors. Euor Journal Oral Sci.104(2):178-90.
20. Ibáñez E, Serrano C, Teherán D,Thomas Y (2008)Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. Revistas CES odontología. Vol. 21 Núm. 2.
21. De León Torres C, Dufoo S, Ochoa L. (2008) Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana. Vol. 12, Núm. 1.
22. Moreira E, Traebert E. (2001) Transtornos Alimentares De Ordem Comportamental E SeusEfeitos Sobre A Saúde Bucal Na Adolescencia. PesquiOdontolBras, Vol. 15 Núm. 4.
23. Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. (2008)Eating Disorders Part I: Psychiatric Diagnosis and Dental Implications. Journal Contemp Dent Pract. (9)6:073-081.
24. Back G (2009). Avaliação Da Microbiota Bucal De Pacientes ComAnprexia Nervosa E Bulimia Nervosa. Faculdade de Odontologia de São José dos Campos Universidade Estadual Paulista – UNESP.
25. Nunn JH. (1996) Prevalence of dental erosion and the implications for oral health. Euro Journal Oral Sci.104(2 (Pt 2):156-61.
26. Bretz WA. (2002) Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. What is the evidence? Journal Evid Based Dent Pract. (4):267-272.
27. Berner E, Piñero J, Valente S. (2004) Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. Arch.argent.pediatr. 102(6).
28. Valena V, Young WG. (2002). Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. Australian Dental Journal. 47:(2):106-115.
29. Crispt H, Hurst P, Lacey J. (1997) Teeth, Vomiting And Diet: A Study Of The Dental Characteristics Of Seventeen Anorexia Nervosa Patients. Postgraduate Medical Journal. 53, 298-305.
30. Costa L. (2007) Prevalencia de lesoes dentarias nao cariosas e suarelacaocomprocessos erosivos. Faculdade odontología de BauruUniversidade de Sao Pablo. C823p.
31. Hellström I. (1977). Oral complications in anorexia nervosa. Scand Journal Dent Res. 85(1):71-86.
32. Armatta A, Bordoni N, Garcia V, Rozensztejn R, Shiley M. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente salud bucal de un encuadre interdisciplinario. Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños;32(3):23-27.
33. Willershausen B, Philipp E, Pirke KM, Fichter M. (1990) Oral complications in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Zahn MundKieferheilkdZentralbl. 78(4):293-9.
34. Milosevic A, Slade PD. (1989) Theorodental status of anorexics and bulimics. Br Dent Journal.167(2):66-70.
35. Bitencourt Y, Czlusniak G, Gomes G, Lawder J, Mena-Serrano A, Mendes E, Wambier D (2011) Análisis del impacto real de los hábitos alimenticios y nutricionales en el desarrollo de la caries dental. Acta odontológica venezolana. Vol. 49 Núm. 2.
36. Popoff D, Santa-Rosa T, De Paula A, Biondi C, Domingos M, Oliveira S.(2010) Bulimia: ManifestaçõesBucais E Atenção Odontológica. Rev GaúchaOdontol Vol. 58Num. 3.

37. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L. (2004) Anorexia/bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. Journal Oral Pathol Med. 33(7):441-2.
38. Amoras D, Campos M, Furtado D, Pedroso C, Pessa R, (2010) Caracterização Dos Transtornos Alimentares E SuasImplicaçõesNaCavidade Bucal. Revista De Odontologia Da Unesp. 39(4): 241-245.
39. Cordaro M, Costa L, Custureri V, Marinucci S, Montecchi F, Montecchi PP, Polimeni A. (2003) Oral manifestations in a group of youngpatientswith anorexia nervosa. EatWeight Disord;8(2):164-7.
40. DeBate R, Tedesco L, Kerschbaum W. (2004) Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. Journal of Dental Education. Vol. 69 Num. 3.
41. Mehra A, Mehra J, Misra N, Misra P. (2010). Oral manifestations of eating disorders. Journal of Indian academy of oral medicine and radiology. 22(4):S19-22.
42. Carneiro L, Da Silva V, De Araújo S, Medeiros R, Silva I, Souza I, Souza B. (2012)ManifestaçõesOrais e MaxilofaciaisSecundárias à Bulimia Nervosa: Uma RevisãoSistemática. Rede de Revistas Científicas da América Latina o Caribe, a Espanha e Portugal. 12(2):279-84.
43. Alvarado Y, Gómez N, Ibáñez E, Leguizamón P, Morales R, Ramírez D, Vásquez I (2001) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y conocimiento frente a daños en cavidad oral en estudiantes de odontología, año 2010. Revista colombiana de investigación en odontología. 2 (6): 163-171.
44. Julianelli J. (2007). Avaliacao da prevalancia de desgaste dentario em pacientes portadores de transtosnos alimentares. Faculdade odontología de BauruUniversidade de Sao Pablo. Ar15a.
45. Beumont PJ, Frisken KW, Liew VP, Touyz SW, Williams H. (1991) Clinical and microbiological investigations of anorexia nervosa. Australian Dent Journal. 36(6):435-41.
46. Beumont PJ, Frisken K, Liew VP, Touyz SW, Tseng P, Williams H. (1993) Oral and dental complications in dieting disorders. International Journal Eat Disord.14(3):341-7.
47. Cordioli GP,Consolati E, Favaro A, Santonastaso P, Sivolella S. (2000) Odontostomatologic symptomatology in eating disorders A controlled study. Università degli Studi-Padova. Minerva Stomatol. 49(3):119-27.
48. Graugaard PK, Willumsen T. (2005) Dental fear, regularity of dental attendance and subjective evaluation of dental erosion in women with eating disorders. Euro Journal Oral Sci. 113(4):297-302.
49. Brown JN, Cleveland R, Feldman HA, Gordon CMShaughnessy BF, Sonis A. (2008) Oral health and bone density in adolescents and young women with anorexia nervosa. Journal ClinPediatr Dent. 33(2):87-92.
50. Couto G, Sougey E, Ximenes R. (2010) Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health.International Journal Eat Disord. 43(1):59-64.