

Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia.

Guerrero-Castellón Martha Patricia,* Barajas-Cortés Lourdes Lorena,* Aguiar-Fuentes Emma Genoveva,* Negrete-Castellanos María América,** Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián.*

Resumen

Los malos hábitos alimenticios como son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) son fenómenos complejos que se manifiestan en etapas tempranas de la vida y que pueden ser prevenibles. Son un grupo de psicopatologías graves que presentan complicaciones físicas y psicológicas en todos los sistemas que ponen en riesgo la vida y constituyen uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo. El origen de estos trastornos es multifactorial donde se complementan factores biológicos, psicológicos, sociofamiliares, genéticos, socioculturales y ambientales. Los TCA presentan manifestaciones bucales debido a las alteraciones que presentan en los diferentes sistemas del organismo como son: erosión, caries, alteraciones en la mucosa bucal, en la lengua, en los tejidos periodontales, en las glándulas salivales, en la articulación temporomandibular y bruxismo. El daño que provocan en la cavidad oral es irreversible, razón por la cual deben ser identificadas y tratadas oportunamente.

Palabras clave: anorexia, bulimia, trastorno alimentario, manifestaciones bucales

Abstract

Bad eating habits such as eating disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa are complex phenomena that manifest themselves in early stages of life and can be preventable. They are a group of serious psychopathologies that present physical complications in all systems and psychological that put life at risk and constitute one of the most prevalent psychiatric problems in the world. The origin of these disorders is multifactorial where biological, psychological, socio-family, genetic, sociocultural and environmental factors complement each other. Eating disorders have oral manifestations due to the alterations that they present in the different systems of the organism such as: erosion, caries, alterations in the oral mucosa, in the tongue, in the periodontal tissues, in the salivary glands, in the temporomandibular joint and bruxism. The damage they cause in the oral cavity is irreversible, which is why they must be identified and treated in a timely manner.

Key words: anorexy, bulimia, eating disorder, oral manifestations

*Docente de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit

** Docente de la Unidad Académica de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Nayarit

Correspondencia: Martha Patricia Guerrero Castellón. e-mail: gro.patty@hotmail.com

Recibido: Febrero 2019 Aceptado: Abril 2019

Introducción

Por lo general se considera que los adolescentes son un grupo sano, sin embargo, muchos mueren de forma prematura por accidentes de tráfico, suicidios, homicidios y complicaciones relacionadas con el embarazo. Por otro lado, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia como son el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio que son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida, pero más numerosos son los que tienen problemas de salud o discapacidad y que pudieron ser prevenibles o tratables.^{1,2}

Los malos hábitos alimentarios como lo son trastornos de la conducta alimentaria (TCA): la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), los trastornos alimentarios no especificados (TCANE), el trastorno de atracones así como la obesidad son enfermedades prevenibles.³ Los TCA son un grupo de psicopatologías graves que ponen en riesgo la vida al presentar complicaciones físicas en todos los sistemas y psicológicas que pueden llegar al suicidio, caracterizadas por graves disturbios en la ingesta como restricción de

alimentos, episodios de apetito voraz, excesiva preocupación por la figura corporal y el peso, que comprometen todos los sistemas del cuerpo y es considerado uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo, con impacto en la familia y los servicios de salud, por lo tanto con impacto a la salud pública.^{4,5,6,7}

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) 2013 presenta la siguiente clasificación:

Anorexia Nerviosa: Presenta alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, es rara la pérdida de apetito, hay restricción de consumir alimentos, se pierde del 15-60 % del peso corporal ideal. Dentro de éste encontramos el tipo restrictivo donde la pérdida de peso es a través de dietas, se realizan ayunos o ejercicio excesivo y el de tipo compulsivo / purgativo donde se evidencian atracones y purgas, provocando de esta manera el vómito o la utilización de diuréticos y/o laxantes de manera excesiva.

Bulimia Nerviosa: hay alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, se presenta extremo control de peso (dietas restrictivas, inducción del vomito frecuente, o el uso de laxantes) con recurrentes episodios de atracones, entre éstas se encuentra el de tipo purgativo que se provoca regularmente el vómito, usan laxantes, diuréticos o enemas en exceso y el de tipo no purgativo que presenta ayuno o ejercicio intenso.

Trastornos del Comportamiento Alimentario No especificado (TCA-NE): se definen por la presencia incompleta de los criterios diagnósticos de AN y BN, en estos encontramos el Trastorno por Atracón (TPA).⁸

Epidemiología

Estos padecimientos constituyen uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo, predominantemente en las mujeres.⁶ La mayor prevalencia se presenta en los países occidentales, es la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas, se presenta en la infancia o en la vida adulta y en estratos sociales altos. La prevalencia oscila entre el 1% y el 5% para la mayoría de las poblaciones, aunque en otras llega al 15%. Algunos estudios muestran la prevalencia de Estados Unidos 6.8 %, España 8 %, Brasil 2%, Italia 0,1%. En México durante los últimos 20 años los casos aumentaron 300% y cada año se registran 20 mil casos nuevos entre adolescentes con prevalencia en la adolescencia de 46% y al comienzo de la juventud de 52%.⁵

Gómez en su estudio de 2017 observó que la mayor prevalencia de BN se observó en Brasil (2%) y la menor prevalencia en Italia (0,1%), siendo la prevalencia total del 1%. En España, la prevalencia fue del 0,7%. En el caso del AN, Brasil fue nuevamente el país que registró mayor prevalencia, siendo esta de algo más del doble que la de BN (4,7%). Italia y España fueron los países con menor prevalencia.⁹ Según Peláez la bulimia es más común que la anorexia y 2 de cada 10 adolescentes la padecen, el 33% de los pacientes con bulimia abusan del alcohol o estimulantes, más del 50% de los pacientes presentan trastornos de la personalidad.¹⁰

Etiopatogenia

Los trastornos de la conducta alimentaria son fenómenos complejos en los cuales los elementos históricos y socioculturales tienen un papel relevante para que éstos se manifiesten especialmente en las etapas más tempranas de la vida, como la pubertad y la adolescencia, sin embargo, se han descrito varias

teorías que nos muestran que el origen de estos trastornos es multifactorial donde se complementan factores biológicos, psicológicos, sociofamiliares, genéticos, socioculturales y ambientales.^{11,7}

La globalización, llegada en el siglo XXI, abarca cada día más las diferentes esferas de la sociedad, la política, la economía y la salud teniendo gran influencia en los estilos de vida de las personas. La belleza y juventud del cuerpo son una auténtica meta social que choca ineludiblemente con la realidad física, la delgadez es la premisa básica y las modelos el modelo; las cirugías y el abuso de fármacos, el rechazo a la vejez y a la muerte.^{12,13} Se introducen estilos de comer, moda incompatible con la mayoría de las mujeres, dietas y fármacos para adelgazar rápidamente sin ningún esfuerzo y con resultados milagrosos, la industria de los gimnasios, centros dermoestéticos y de lipoescultura, así como cirujanos plásticos que modelan rostros y la influencia de los medios de comunicación con modas que incrementan la insatisfacción de la imagen corporal.¹⁴

Dentro de los factores de vulnerabilidad personal encontramos que no se aceptan como personas, hay baja autoestima, percepción incorrecta de su cuerpo y de su peso; en los factores familiares se involucra la educación de los hijos y el rol de la mujer actual en la sociedad. Se ha encontrado que la imitación juega un papel importante sobre todo en familias de nivel socioeconómico alto y en un ambiente social competitivo. El modelaje y los deportes también tienen gran influencia puesto que enfatizan la forma del cuerpo, el peso y la apariencia corporal.^{11,15,16,17,18,19,20,21}

Guadarrama encontró que tanto la bulimia como la anorexia nerviosa se encuentran relacionadas con la depresión aunque no en todos los casos tanto en hombres como en mujeres.¹⁵ Dentro de los aspectos biológicos se encuentran una serie de cambios o alteraciones biológicas en especial del sistema neuroendócrino, serotoninérgico y noradrenérgico. Las manipulaciones y estados naturales que aumentan su síntesis, reducen el apetito especialmente para carbohidratos y trastornan los mecanismos de la saciedad que podrían ser predisponentes, concomitantes o secundarios. En los últimos años es el elemento genético de los TCA el que sentaría la base predisponente, hay un número significativamente mayor de familiares que sufren o han sufrido del mismo problema. Asimismo se ha comprobado mayor frecuencia de TCA en hermanos gemelos idénticos que en los mellizos. Existen también factores relacionados a trastornos psiquiátricos como antecedentes familiares; depresión, neurosis obsesiva, abuso de alcohol o de otras drogas.^{22,23}

Manifestaciones bucales

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. Debido al origen de carácter psicológico de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal por lo cual los problemas bucales son subestimados.²⁴

Las lesiones bucales son producidas por el recurrente vómito inducido, por la desnutrición, deshidratación y por instrumentos utilizados para inducir el vómito y que al presentarse esta conducta de manera periódica por un lapso de tiempo aproximado de dos años, los tejidos dentales se verán afectados.²⁵ Las principales alteraciones bucales son: erosión, caries, alteraciones en la mucosa bucal, alteraciones en la lengua, alteraciones de los tejidos periodontales, alteraciones de las glándulas salivales, bruxismo y alteraciones de la articulación temporomandibular.^{26,27}

En un estudio realizado por Little en el 2002 encontró caries dental en el 50.43% de los casos, erosión dental en el 30.43%, enfermedad periodontal en el 20.87%, xerostomía se encontró en el 10.87%, bruxismo en el 5.65%, úlceras en el 1.30% y otras patologías en el 1.30%, en contraste con el estudio de Garzón en el 2016 donde la erosión se encontró en el 56,8% de los casos, caries 38.6%, queilitis angular 39%, xerostomía 36.4%, aftas 27.3% y sialoadenitis 4.5%. Flores en 2011 menciona que la incidencia de la inflamación de la glándula parótida se presenta entre el 10 y el 50% de los casos.^{28,29,30}

Erosión dental: Esta patología remueve el tejido dental a través de un proceso químico o mecánico, en los pacientes anoréxico y bulímicos las piezas dentarias mayormente afectadas son particularmente las caras palatinas del grupo anterosuperior que son las expuestas a la regurgitación o al reflujo de fluidos del estómago como es el vómito el cual suele tener un pH de 2. La lengua dirige el contenido gástrico hacia adelante durante el vómito y la lengua protege a los dientes inferiores en su adaptación lateral. Es clásico encontrarla en los pacientes anoréxico y bulímicos de tipo purgativo y se hace presente cuando los hábitos purgativos regulares han prevalecido por lo menos dos años. El ácido es el factor iniciador de la erosión y el cepillado que realizan los pacientes tras el vómito para eliminar mal sabor y la sensación áspera de la boca es el causante de la abrasión mecánica al arrastrar los prismas del esmalte debilitado contribuyendo a la formación de caries.^{17,23,25,26,31}

Caries dental: Es provocada por una alimentación alta en carbohidratos asociada a deficiente higiene bucal. En los paciente anoréxico y bulímicos la presencia de una mayor acidez en el medio y una disminución del flujo salival debido a la utilización de medicamentos prescritos ocasionalmente como tabletas de dextrosa o vitamina C contribuyen a la presencia de caries dental. Se presentan cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *streptococos mutans* y *lactobacilos* por la disminución del pH intraoral frecuente después del vómito inducido volviendo a la flora bacteriana más ácida. Contribuye también a la enfermedad el aumento de placa dentobacteriana debido a la xerostomía ocasionada por la pérdida de líquidos del vómito o de la medicación depresora del sistema nervioso central. Sin embargo, otros autores refieren que este grupo de pacientes van a presentar la misma incidencia que la población no afectada, ya que la caries dental no deja de ser una enfermedad multifactorial.^{25,26,29,30}

Xerostomía: En pacientes con disturbios alimenticios se encuentran alteraciones cuantitativas de saliva más frecuentemente que alteraciones cualitativas. Una prolongada reducción en la cantidad o fluido de saliva puede tener consecuencias serias, entre ellas caries dental severa e infecciones orales.³¹ En los anoréxicos de tipo purgativo compulsivo pueden existir grados variables de xerostomías debido a las condiciones generales como deshidratación, malnutrición, mala absorción, ansiedad, anemia, desórdenes hormonales, uso de antiespasmódicos, diuréticos y laxantes. También influyen los estados secundarios a medicación depresora del sistema nervioso como sedantes, antidepresivos y antihistamínicos.²³ En relación al pH salival Milosevic y Dawson no encontraron diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad. En contraparte Touyz y col. refieren que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival.^{23,25,30}

Sialoadenitis: La glándula parótida es la afectada con mayor frecuencia y la hipertrofia parotídea puede observarse entre 2 a 6 días después de un episodio de ingesta compulsiva y purgas, puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia han sido revertidas o puede desaparecer espontáneamente. También es el resultado de invasión viral o bacteriana estimulada por la deshidratación ocasionada por condición crónica de vomitar. En la sialoadenitis el flujo salival se reduce y la saliva se vuelve más espesa y

viscosa. Además se ha encontrado que existe asociación entre malnutrición y el crecimiento de las glándulas salivales. El aumento de tamaño puede aparecer y desaparecer o ser persistente si el desorden alimenticio progresa, se observa deformidad facial bilateral o unilateral complicando el estado psicológico del paciente.^{17,31,25,31}

Lesiones en la mucosa y lengua: Se ve afectada la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival por causa de la xerostomía, por la falta de hidratación y lubricación. Las deficiencias de nutrientes, deficiencia de hierro y vitaminas básicas alteran la conservación y recambio epitelial. La deficiencia de vitamina C, vitamina B, especialmente B1, B6 y B12 han sido propuesta como la causa de la alteración de la mucosa oral. La mucosa puede presentar ulceración e infección, eritema y dolor, queratitis y fisuras labiales entre otras como consecuencia de irritación crónica por la toxicidad del contenido gástrico producto del vómito inducido. Las alteraciones en la lengua son de tipo sensorial y presenta apariencia de glositis atrófica. También se presentan trauma y laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso, por la rápida ingesta de alimentos y por la fuerza de regurgitación. La candidiasis oral también se asocia a las deficiencias nutricionales.^{25,26,29}

Alteraciones periodontales: Los trastornos periodontales son comunes y son ocasionados por la deshidratación de los tejidos bucales, por las deficiencias en la producción de saliva, por deficiencias nutricionales como la deficiencia de vitamina C que causa defectos en la síntesis de colágeno, la cual puede asociarse con la inflamación gingival generalizada, sangrado gingival espontáneo, ulceraciones, movilidad dental y aumento de la severidad de la infección periodontal, así como los problemas hormonales y metabólicos y la pobre higiene bucal. La gingivitis es la más frecuentemente encontrada y según algunos estudios como los de Brady, Robert y Li el índice de placa es más alto en los pacientes anoréxicos que en los bulímicos.^{25,29,30}

Bruxismo: Éste es ocasionado por factores psicológicos presentes en estos trastornos donde la pérdida de estructura dental provoca una disminución de la dimensión vertical y que puede generar, como consecuencia problemas de dolor orofacial.³²

Disfunciones de ATM: La ausencia de diferentes nutrientes en el organismo puede provocar inflamación de las articulaciones y fibromialgias. En caso de presentar algún grado de osteopenia u osteoporosis el daño a nivel de los componentes óseos de la ATM puede manifestarse por medio de disfunciones.³²

Estos padecimientos de la conducta alimentaria son prevenibles por lo tanto para poder brindar a la población atención primaria a estos padecimientos y evitar así las enfermedades bucales, es necesario vincular al área de ciencias de la salud con el área de ciencias sociales dado que es un padecimiento multisistémico y su etiopatogenia es multifactorial. Los pacientes que padecen alguno de estos desórdenes deberán ser tratados por un equipo multidisciplinario y deberán tomar en cuenta que las manifestaciones bucales no pueden ser revertidas. Es indispensable que el profesional de la odontología identifique estos desórdenes y sus manifestaciones bucales para poder brindarles un tratamiento oportuno.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe Final de Resultados. 2016
2. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
3. Calcedo J. Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria. Tesis. Universidad de Cantabria. 2016.
4. Alvarado T. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y conocimiento frente a daños en cavidad oral en estudiantes de odontología. *Rev Colomb Invest Odont.* 2011; 2(6)
5. Martínez L. y cols. Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colomb Psicol.* 2017; 20 (2): 178-188
6. Costa-Val A. y cols. Sobre anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de Saúde. *Interface (Botucatu).* 2019.
7. Samay V, Romero R. Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico en estudiantes de 7mo, 8vo y 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, periodo 2016-2017. Universidad Central del Ecuador. 2017.
8. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) 2013.
9. Gómez C. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria.* España. 2017;34(5).
10. Peláez M. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *IntJournPsych and PsycalTher.* 2005;5(2):135-148.
11. Comunicado de la Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/004-jovenes-entre-15-y-19-anos-de-edad-principales-victimas-de-la-anorexia>
12. Los procesos de globalización e integración económica: retos y oportunidades para el mercadeo internacional de las empresas. *RevVenezAnál Coyuntura.* 2010; 16(2): 95-113.
13. MarimónN. Martínez E. Globalización, salud y solidaridad: una visión diferente. *RevCub Sal Púb.* 2018; 35(1)
14. Talam A. Globalización y salud mental. *Herder. Barcelona* 2017. 1(2): 514-521.
15. Ochoa L, Olver S, De León S. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *RevOdontoMex* 12(1). 2008. 46-5
16. Pérez A, y cols. Analysis of the aesthetic stereotypes of women in nine fashion and beauty mexican magazines. *Revista Mexicana de TrastornosAlimentarios.* 2016; 40:45.
17. Andrade A, y cols. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia: Revisão de literatura. *Reas/Ejch.* 2019.
18. Benavides A, Cuevas D. Estilos de vida en un grupo de personas anoréxicas participantes en una página virtual. *Psychologia. Avances de la disciplina.* 2008; 2(2): 2008.
19. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* 2004; 6(3): 49

20. Cruzat M, Claudia V, Haemmerli Delucchi, Constance V., García Troncoso, Andrea L. Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Rev Mex Trast Alim.* 2012; 3: 54-61.
21. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr. Hosp.* 2008; 23(3): 183-190.
22. Freyre E. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Diag.* 2003; 42(3).
23. Gay Z, y cols. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. *Rev ADM.* 2000 52(1): 23-32.
24. Camacho n, Cuevas R. Índice de erosión dental con la clasificación de O'Sullivan en pacientes desdentados parciales con trastornos alimentarios. *Hosp Daniel Alcides Carrión Pasco.* Tesis. 2017.
25. Nachón M, Hernández T, Félix G, Flores C. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. *RevMédUV.* 2003; 3(2).
26. Ochoa L, Olver S, De León S. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Rev Odonto Mex.* 2008; 12(1): 46-54.
27. Tenorio J. Evaluación del estado de salud oral por medio de la exploración clínica bucal y la aplicación del cuestionario BULIT-R en pacientes bulímicos de un instituto de salud en México. *Rev Tamé.* 2014; 3 (8): 251-257
28. Little J. Eating disorders: Dental implications. *Med Oral Path.* 2002; 93(2).
29. Garzón S. Manifestaciones bucales en pacientes que presentan anorexia y bulimia en "Noos" Clínica De Especialidades Psicológicas y Médicas durante el periodo octubre-febrero 2015-2016. Quito 2016.
30. Flores L. Trastornos de alimentación en adolescentes y sus implicancias en la salud bucal. *Rev Odontop Latin.* 2011.
31. Caradoso S, Barbería E, Maroto S. Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *JADA.* 2007; 2(5).
32. Mora A. Bulimia y Anorexia en la práctica odontológica. Generalidades *Rev Cient Odont.* 2014; 10 (1): 73-76.