

Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo

Yeily Thomas,¹ Édgar Ibáñez,² Claudia Serrano,³ Dannys, Teherán⁴

Resumen

Introducción y Objetivo: El aumento de la frecuencia que han tenido los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) principalmente anorexia y bulimia nerviosa, en la población de mujeres adolescentes a nivel mundial comenzaron a permear las diferentes esferas de nuestra sociedad. El objetivo de esta investigación fue identificar las manifestaciones dentales presentes en un grupo de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa tipo compulsivo purgativo en siete instituciones de Bogotá en el año 2007. **Materiales y Métodos:** El tipo de estudio es de serie de casos conformado por 15 mujeres voluntarias mayores de 18 años con una evolución de la enfermedad mayor a seis meses y excluyendo pacientes con reflujo gastro-esofágico, las variables que se tomaron fueron la edad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes médicos, tratamiento médico, vómito, higiene oral, placa blanda, estado de la dentición, necesidad de tratamiento y erosión dental. **Resultados:** Presentaron Bulimia el 93.3%(n=14) y anorexia de tipo compulsivo purgativo el 6,7%, con un promedio de edad de 22±4.3 años, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 4.2±2.7 años, presentaron una frecuencia de vómito de 4 a 7 veces al día el 46.7%, el índice de placa blanda promedio fue de 0.47 ± 0.2, el índice de CPO-D fue de 6±3.9, la necesidad de tratamiento más frecuente fue la obturación de dos superficies dentales con un 60%, las superficies dentales se encontraron en un 47.3% en grado II y el 42.5% en grado I. **Conclusiones:** Se presentaron buenos hábitos de higiene oral con un CPO-D alto y una erosión dental leve y moderada que puede estar relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad y la frecuencia del vómito. **Palabras Clave:** Desorden alimenticio, vómito, erosión, caries dental, bulimia. *Rev. CES Odont. 21(2) 33-38.2008*

Dental manifestations of patients with anorexia and compulsive purgative type bulimia

Abstract

Introduccion and Objectives: The increase in the frequency that had the eating disorders (TCA) mainly anorexia and bulimia nervosa in the population of female adolescents worldwide began to permeate the different spheres of our society. The objective of this study was to identify the dental manifestations of a group of patients with bulimia and nervous purgative compulsive anorexia in seven institutions from Bogota, Colombia in 2007. **Materials and Methods:** The study consisted of series of a cases of 15 volunteer women older than 18 years of age who had a history of the diseases greater than six months without gastro-esophagic reflux ebb tide; variables considered included age, occupation, medical time of evolution of the disease, antecedents, medical treatment, vomit, oral hygiene, dental plaque, dental status, treatment needs and dental erosion. **Results:** 93.3%(n=14) displayed Bulimia) and purgative compulsive type 6,7%(n=1), with an average of age of 22.67±4.3 years old; time of evolution of the disease was of 4.2±2.7 years, frequency of vomit was 4 to 7 times per day 46,7% (n=7), the average plaque index was of 0,47 ± 0,2, dmf-index was 6.07±3.9, the most frequent treatment need was two-surface restorations with 60%(n=12), 47.3%(n=138) of dental surfaces were class II and 42.5%(n=124) class I. **Conclusions:** It was concluded that patients had good oral hygiene habits, with an increased dmf scores slight to moderate dental erosions which could be related to the time of evolution of the disease and the frequency del vomit. **Key words:** Eating disorders, vomiting, tooth erosion, dental caries, bulimia. *Rev. CES Odont. 21(2) 33-38.2008*

Introducción

El aumento de la frecuencia que han tenido los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) principalmente anorexia y bulimia nerviosa, en la población de mujeres adolescentes a nivel mundial comenzaron a permear las diferentes esferas de nuestra sociedad, con la agravante complacencia

de los medios de comunicación y el desconocimiento casi general de sus mortales consecuencias por parte de la misma comunidad afectada, su entorno familiar, social y las instituciones prestadoras de servicios de salud.¹

1. Odontóloga Colegio Odontológico Colombiano, Especialista en Epidemiología, CES- Universidad el Rosario. Docente Universidad San Martín.
2. Ingeniero Universidad Distrital, Especialista en Estadística Universidad Nacional, Especialista en Docencia Universitaria Universidad El Bosque, Candidato maestría Epidemiología Clínica Universidad Nacional. Docente Universidad San Martín.

3. Odontóloga de la Universidad Nacional, Especialista en Epidemiología Universidad CES-Universidad el Rosario.
4. Enfermera Universidad Rafael Núñez, Especialista en Epidemiología Universidad CES-Universidad el Rosario.

Hacia finales del siglo XX se presentaron con mayor frecuencia en sociedades industrializadas del mundo occidental, sin afectar en igual proporción a jóvenes de otras latitudes. Sin embargo, esta realidad ha cambiado: "en Bogotá, entre el 1 y 3,5% de jóvenes padecen trastornos de la alimentación". En Medellín, la Universidad de Antioquia encontró que el 18% de las niñas con algún factor de riesgo para adquirir trastornos de la conducta alimentaria está entre 12 y 21 años.²

Entre las variantes de los trastornos de la conducta alimentaria, la bulimia se presenta como la más peligrosa, debido a las graves consecuencias físicas que ésta desencadena en el organismo de la persona que la padece; "la bulimia le ha quitado el puesto a la anorexia en la lista de los trastornos alimentarios que ven con más frecuencia los especialistas; algunos estudios estiman una prevalencia del 2.8% para la población femenina, lo que haría de este trastorno el más significativo epidemiológicamente de todos los trastornos de la conducta alimentaria".³

El trastorno bulímico ha aumentado considerablemente en los últimos años. Los estudios realizados en Europa señalan índices de 1 a 3 bulímicos por cada 100 personas jóvenes (de edades comprendidas entre 15 y 30 años).⁴

La bulimia tipo compulsivo/purgativo es un desorden alimentario que consiste en una sensación de auto rechazo, que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimento con una frecuencia de vómito de varias veces al día durante muchos meses y/o el ejercicio excesivo. Una persona con bulimia consume también laxantes, diuréticos o enemas en forma excesiva con el fin de evitar el aumento de peso.⁵

En la anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo el individuo recurre regularmente a purgas o atracones o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos.⁵

El importante auge que tanto la bulimia como la anorexia tipo compulsivo purgativo ha venido adquiriendo en las últimas décadas, encuentra en parte su explicación en una absurda imposición de la sociedad, la cual presenta a la delgadez como requisito indispensable para todos los hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente; de esta manera, ser físicamente atractivo se ha convertido en sinónimo de delgadez, y hasta se ha llegado al punto de afirmar que el éxito es inversamente proporcional al peso, cuanto menos kilos, más logros.

Los adolescentes día a día a nivel mundial se ven enfrentados a estas nuevas exigencias impartidas por los cambios sociales que no se ajustan a su personalidad ó intereses particulares, sumado a esto en ocasiones a problemas familiares, comportamientos perfeccionistas, excesivo énfasis en su apariencia física, así como la responsabilidad propia del inicio a la adultez e ingreso al mercado laboral y formación de un nuevo núcleo familiar.⁶ Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para las jóvenes en general.⁷ De igual manera se han presentado cambios sociales como la incorporación de la mujer al mundo laboral, lo cual ha permitido que aspectos tradicionales como sentarse a la mesa para comer o cenar en familia estén desapareciendo de nuestros hogares, razones que están favoreciendo a la propagación de los trastornos de la conducta alimentaria.⁶

Estos comportamientos pueden llevar a que se presenten alteraciones y daños en cavidad bucal, aparato digestivo, sistema cardiovascular, respiratorio, urinario y genital; el carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones dentales pudieran poner en peligro la vida, sino por ser en algunos casos irreversibles, razón por la cual deben ser diagnosticadas con prontitud y tratadas oportunamente. ⁽⁸⁾ Las alteraciones orales que se presentan por estos trastornos son: la erosión dental, caries dental, gingivitis, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal, sialoadenoides y xerostomías, pérdida de integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria entre otros,

En estas pacientes como es frecuente el vómito, se puede presentar una alta frecuencia en caries y una erosión dental de moderada a severa, debido a que el vómito presenta un Ph ácido de 3.8.⁸

En Colombia son escasas las investigaciones sobre el tema y aun más sobre las consecuencias dentales a causa de esta patología; en la literatura se encuentran estudios de casos aislados, sin la posibilidad de tener evidencias clínicas de estas alteraciones en nuestra población.

El objetivo del presente estudio fue identificar las manifestaciones dentales presentes en un grupo de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa tipo compulsivo purgativo en Bogotá.

Materiales y Métodos

El tipo de estudio fue observacional descriptivo de series de casos en un grupo de 15 mujeres quienes recibieron tratamiento en siete instituciones terapéuticas en Bogotá en el año 2007. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta en las participantes fueron, ser mayor de 18 años con una evolución de la enfermedad con un período superior a seis meses, junto con su aceptación voluntaria para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con reflujo gastroesofágico por reporte en historia clínica y pacientes hospitalizadas.

Las variables de estudio que se tuvieron en cuenta fueron: edad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes médicos, tratamiento médico, vómito, elementos de higiene oral, placa blanda, estado de la dentición, necesidad de tratamiento y erosión dental.

La información fue recolectada a través del formato para evaluación clínica contempló dos componentes: El primero incluyó identificación del paciente, antecedentes médicos, hábitos y prácticas en salud oral y el segundo componente correspondió al examen clínico odontológico que consistió en la medición de la placa blanda mediante el índice de Higiene Oral Simplificado IHO-S de Green y Vermillion, considerando como bueno si el índice está en 0.0 y 0.6, regular si el índice está entre 0.61 y 1.8 y malo si el índice está entre 1.81 y 3.0.

Para la medición del estado de la dentición mediante el índice- CPO-D y en la necesidad de tratamiento se tomaron los siguientes códigos 0=Ninguno, S=Sellante, 1=Obturación de una superficie, 2=Obturación de 2 superficies, 3=Obturación de tres o más superficies, 4=corona, 5=carilla estética, 6=tratamiento endodóntico y operatoria, 7=tratamiento endodóntico y corona y 8=extracción. Para la Erosión dental mediante el índice de IDD, desarrollado por Smith y Knight y para el índice IDD se tomaron los siguientes puntajes:

Puntaje 0: No hay pérdida de las características de la superficie del esmalte:V/P/O/I.

Puntaje 1: Pérdida de las características de la superficie del esmalte: V/P/O/I

Puntaje 2: Pérdida de esmalte, dentina visible en menos de un tercio del esmalte, V/L/O, pérdida de esmalte con dentina visible: I

Puntaje 3: Pérdida de esmalte, dentina visible en más de un tercio del área de superficie: V/L/O, pérdida de

esmalte y pérdida importante de dentina sin exposición de pulpa: I

Puntaje 4: Pérdida completa de esmalte, exposición de la pulpa, o exposición de la dentina secundaria: V/P/O, exposición de la pulpa o exposición de la dentina secundaria.

V:vestibular, P:palatino, O:oclusal,L:lingual, I: incisal. Se describieron las variables cualitativas mediante distribuciones de frecuencias absolutas y porcentuales y variables cuantitativas con medidas de tendencia central con el promedio y medidas de dispersión con el rango y la desviación estándar, se midió la variación mediante el coeficiente de variación u homogeneidad (0-10% Homogéneo, 10.1-20% medianamente homogéneo, mayor del 20% Heterogéneo). Los datos se digitaron y se procesaron en el paquete estadístico Epi Info versión 6.04.

Aspectos Éticos y Legales

La presente es una investigación con riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Protección Social en la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y acorde a las pautas éticas para investigaciones establecidas en la declaración de Helsinki. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del Rosario mediante oficio CIE-AMH002-00083 de junio 20 de 2007.

Resultados

Características Generales

El grupo estuvo conformado por 15 pacientes de las cuales presentaron bulimia el 93.3%(n=14) y anorexia de tipo compulsivo purgativo el 8.7%, el promedio de edad fue de 22.7±4.3 años, con un mínimo de edad de 18 años y un máximo de 32 años, la variabilidad fue medianamente homogénea (CV=19.1%), el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 4.2±2.7 años con un mínimo de 0.8 años y un máximo de 11.2 años, la variación fue Heterogénea(CV=64.8%). Con respecto a la ocupación fueron estudiantes el 73.3%(n=11) y trabajan el 33.3%(n=5).

Antecedentes Médicos

Con respecto a los antecedentes médicos predominó la bulimia seguido de la gastritis, el tratamiento actual

más frecuente fue el relacionado con la bulimia, la frecuencia de vómito más frecuente fue de 4 a 7 veces al día. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de antecedentes médicos

	Pacientes	Porcentaje
Antecedentes médicos		
Bulimia	14	93.3
Gastritis	10	66.7
Anorexia	7	46.7
Migraña	5	33.3
Otros antecedentes	5	33.3
Tratamiento Actual		
Bulimia	14	93.3
Anorexia	5	33.3
Gastritis	5	33.3
Migraña	2	13.3
Otras patologías	3	20.0
Frecuencia de vómito		
De 1 a 3 veces al día	6	40.0
De 4 a 7 veces al día	7	46.7
Mas de 7 veces al día	2	13.3

*Una paciente puede tener mas de un antecedente

Hábitos y Prácticas de la Salud Oral

Predominó en su totalidad el uso del cepillo seguido de la crema dental y el uso de la seda dental, el momento del cepillado más frecuente fue a la hora de levantarse seguido en una misma proporción después del desayuno y después del almuerzo. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de hábitos y prácticas de salud oral

	Pacientes	Porcentaje
Hábitos y prácticas		
Cepillado dental	15	100
Crema dental	14	93.3
Seda dental	10	66.7
Enjuague bucal	11	73.3
Otras	1	6.7
Momento del cepillado		
Al levantarse	9	60.0
Después del desayuno	8	53.3
Después del almuerzo	8	53.3
Después de la comida	9	60.0
Antes de acostarse	7	46.7
Otros momentos	1	6.7

*Una paciente puede tener mas de un hábito y práctica

Placa Blanda

El índice de placa blanda promedio fue de 0.47 ± 0.2 considerado como bueno, con una variación heterogénea (CV= 42.1%)

Estado de la Dentición

El grupo presentó un índice de CPO-D de 6 ± 3.9 con un mínimo de 0 y un máximo de 13, con una variación muy heterogénea entre los pacientes (CV=64.3%).

La distribución fue de cariadados el 3.3%, obturado con caries el 7.7%, obturados sin caries el 83.5% y perdidos el 5.5%, con respecto al estado de dentición predominaron los dientes sanos y los obturados.

Necesidad de Tratamiento

La necesidad de tratamiento más frecuente fue la obturación de dos superficies dentales con un 60%, obturación de una superficie dental con un 30%, obturación de 3 y más superficies con un 5% y tratamiento endodóntico y operatoria con un 5%.

Erosión Dental

Del total de superficies dentales evaluadas predominó la pérdida de esmalte de grado 2 seguido del grado de erosión 1. (Tabla 3, Figuras 1 y 2)

Tabla 3. Número de superficies dentales y pacientes de acuerdo al grado de erosión dental del IDD

Grado de Erosión dental de acuerdo al IDD	Número de superficies dentales	Número de pacientes involucrados	Porcentaje
1	124	14	42.5
2	138	14	47.3
3	30	5	10.3
4	0	0	0

*El porcentaje es sobre el total de superficies dentales

Discusión

A nivel nacional e internacional existen pocos estudios relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y las manifestaciones dentales, por lo tanto, la confrontación con otros estudios con pacientes bulímicos y anoréxicos se encuentra limitada.

La presencia de placa blanda al momento del examen tuvo un promedio de 0.45 ± 0.2 , considerado como bueno, comparando con los resultados del Estudio

Nacional de 1998⁹ con el grupo de 20-24 años donde el índice de higiene fue de 0.8 y el grupo de 25-29 años con un índice de 0.7 se considera que el grupo de mujeres del estudio, presenta una mejor higiene oral, no siendo así para el índice CPO-D que tuvo un promedio de 6.07 ± 3.9 considerándose como alto, aunque menor que el obtenido en el Estudio Nacional de Salud Bucal en el grupo de 20-34 años donde el CPO-D fue de 10.0, resultados similares se encontraron en el estudio realizado en Argentina por el Dr. Berner y sus colaboradores en un grupo de 70 pacientes con edad promedio de 17.3 ± 2 años donde refiere un índice de CPO-D de 5.69 en grupo de pacientes con episodios de vómito, siendo mayor que en el grupo de no vomitadoras el cual presentó un CPO-D de 2,96.¹⁰

Con relación a los elementos utilizados para la limpieza de los dientes, se observa que es muy similar el uso del cepillo y crema dental en las participantes para este estudio, comparado con el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998.⁹ El uso de la seda dental con un 66.7% y el enjuague bucal con un 73.3% fue mayor comparado con el grupo de 18- 24 años y 25-34 años del Estudio Nacional de Salud Bucal 1998,⁹ donde solamente el 45.4% y 42.6 % respectivamente utilizaban la seda dental y el 23.2% y 15.9% hacen uso del enjuague bucal para la limpieza de los dientes.

En el presente estudio los dientes cariados y perdidos en las personas entre 20-30 años fueron 2.1% y 1% respectivamente. Mientras que el el ENSAB III estos datos fueron de 10% y 11% respectivamente.⁹

Con relación al porcentaje de dientes con obturaciones y sanos, se presentó un mayor porcentaje en las pacientes con bulimia con un 15.8% y 81% respectivamente, frente

a un 14% de dientes obturados y de 63% de dientes sanos del grupo evaluado en el Estudio Nacional de Salud Bucal.⁹ Oval Spigset, en su investigación realizada en Noruega en 1991, en una serie de casos de síntomas orales en pacientes con bulimia nerviosa encontró que once de treinta y cuatro (32%) no reportaron problemas dentales, las otras 23 (68%) reportaron varios síntomas como hipersensibilidad dental, dolor dental, fractura dental e incremento de la caries.¹¹

El 93,3% de las participantes presentaron erosión dental moderada correspondiente al grado 1 y 2, diferente a los resultados del estudio realizado en 1999 por Ohrn y col en Suecia, en 81 pacientes con promedio de edad de 25 años, donde el 50% del grupo presentaron erosión dental grado 2 y 3 significativamente correlacionada con el tiempo de 6 años de evolución de la enfermedad.¹²

Estos resultados pueden llevar a asociar que el ácido del vómito recurrente y la xerostomía producida por la pérdida de líquidos ocasionados por el mismo vómito y por la ingesta de medicamentos antidepressivos, son factores que favorecen la aparición de la caries dental, que de acuerdo con la teoría quimioparasitaria presentada por Miller, quien refiere que la caries dental es causada por los ácidos que producen los microorganismos acidógenos (productores de ácido de la boca al degradar los alimentos), lo cual disminuye el pH de la saliva de la placa dentobacteriana, aumentando la actividad acidógena, seguida por la descalcificación de la molécula del esmalte y la posterior formación de las cavidades.¹³ En el grupo se observa que el grado de erosión dental y el alto índice de CPO-D puede estar relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad y la frecuencia del vómito.



Figura 1. Ejemplo de erosión dental grado 2 con adelgazamiento y ruptura de bordes incisales



Figura 2. Ejemplo de erosión dental grado 2 en superficies palatinas de dientes anteriores superiores.

Conclusiones

El grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo presentaron buenos hábitos y prácticas en salud oral, sin embargo las pacientes presentan grado leve y moderado de erosión dental y un CPO-D alto, lo que indica una posible asociación entre estas manifestaciones y el vómito recurrente característico de estos trastornos.

Aproximadamente la mitad de las superficies de los dientes evaluados en el grupo de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa tipo compulsivo purgativo, presentó pérdida de esmalte, dentina visible en menos de un tercio de las superficies correspondiente al grado 2.

Las manifestaciones de erosión dental observadas en el grupo de pacientes que participaron en el estudio son similares a las descritas en las investigaciones realizadas a nivel mundial.

Agradecimientos

A los Centros de orientación y apoyo para los trastornos de la conducta alimentaria, en especial a HORUS por abrirnos las puertas de su institución para la realización del estudio.

A las pacientes de las diferentes instituciones que muy amablemente participaron en el estudio.

Al Doctor Carlos Trillos Coordinador Epidemiología Universidad El Rosario por transmitirnos sus conocimientos, disciplina y valores.

Referencias

1. Cortés H, Díaz A, Mejía C, Mesa J. Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Revista CES Medicina*. 2003 Ene; 17(1): 33-45.
2. Díaz V. Las famélicas y la belleza en Colombia. *Realidades colombianas* [en línea] 2005 septiembre [fecha de acceso 10 abril 2007]; disponibles en URL: <http://www.lacoctelera.com/realidades/post/2005/09/26/las-famelicas-y-belleza-colombia>.
3. Mendoza P. Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros. Trastornos de la alimentación. [en línea] 2001 noviembre [fecha de acceso 8 abril 2007]; disponible en URL: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/anorexia/tratamientos.html>
4. Cervera M. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Ediciones Pirámide grupo Anaya, S. A. Madrid; 2005. p. 30- 42.
5. García – Gamba de la Muela E. Trastorno de la Conducta Alimentaria en el momento actual. Avances en trastornos de la conducta alimentaria anorexia nerviosa, bulimia, obesidad. Masson; 2001. p.2-27.
6. Zorro C. Hacia una política para la población joven de Bogotá. Departamento de acción comunal distrital. /CIDER, uniandes; 2004. p.5-13.
7. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y cerebrales: departamento de salud mental y toxiconomías de las OMS. Ginebra:OMS; 2001. Serie de Informes Técnicos.
8. Milosevic A. Eating disorders and the dentist Br DentJ. 1999 Feb; 13; 186(3):109-13.
9. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB; 1998. Tomo VII.
10. Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria. Signos clínicos en pacientes adolescentes en episodios de vómito autoinducidos. *Arch argent pediatr* 2004; 106 (8) 440-444.
11. Spigset O. Oral symptoms in bulimia nervosa. A survey of 34 cases. *Acta odontol scand* 1991;49:335-339.
12. Ohrn R, Enzell K, Angmar-Mansson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 157-163.
13. Bishop K, Kelleger M, Briggs P, Joshi R. Wear now. An update on the ethiology of wear. *Quintessence int* 1997; 28:305-313.

Correspondencia

Yeily_isabelt@hotmail.com

Recibido para publicación: Marzo de 2008
Aprobado para publicación: Octubre de 2008



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007