

# Repercusiones clínicas de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral

S. Serra-Ristol, M.C. Manzanares-Céspedes y P. Carvalho-Lobato

## ¿Cuáles son los signos de alerta que aparecen en la cavidad oral de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria?

Factores biológicos como la edad, el sexo, el balance hormonal o la osteoporosis, aparte de factores propios de la cavidad oral, se han considerado como significativos en la progresiva reducción del tejido duro del proceso alveolar en las mandíbulas edéntulas. En concreto, se ha descrito una correlación estadísticamente significativa entre la variación de la densidad mineral de la mandíbula y la del radio de ambos sexos y que, a pesar de la variación en la morfología entre la mandíbula y los huesos largos, se observa que los cambios se producen con la edad, y que estos cambios afectan cualitativamente a las dos partes del esqueleto de la misma manera<sup>1</sup>. Por otro lado, los factores etiológicos de la periodontitis, enfermedad que comporta la pérdida de dientes, incluyen la edad avanzada, la presencia de placa patogénica bacteriana, la disfunción inmunológica, las deficiencias nutricionales, el uso de esteroides y otras medicaciones, el sexo, el estrés, el

hábito tabáquico, las características genéticas y las condiciones sistémicas, incluidas las alteraciones de los neutrófilos, la diabetes, el embarazo y otras circunstancias de alteración hormonal y osteoporosis<sup>1,2</sup>.

Una osteoporosis grave reduce significativamente el contenido de masa ósea de las arcadas dentarias y puede estar asociada con un nivel de adhesión de los dientes a su alvéolo menos favorable en el caso de la periodontitis<sup>2</sup>. Por ello, se puede concluir que la osteoporosis en varios puntos del esqueleto puede estar acompañada por una avanzada periodontitis, una rápida reabsorción del reborde alveolar residual y una pérdida de dientes<sup>3</sup>.

La bibliografía muestra que las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva podrían tener problemas en la cavidad oral en mayor o menor grado debido a la osteoporosis que padecen<sup>4</sup>. Sin embargo, en un estudio preliminar llevado a cabo por nuestro equipo centrado en pacientes anoréxicas restrictivas, en el que se revisaron 90 historias clínicas de pacientes tratadas en el Hospital de Bellvitge, se observó que prácticamente ninguna de ellas contenía un apartado específico que aportara datos sobre la salud oral. Sólo en 4 casos se hacía referencia a la afección en la cavidad oral de la paciente y de un modo muy general. En 3 de ellos se indicaba que la paciente «no tenía caries» y en el otro que la paciente refería tener caries en «casi todas las muelas».

Estudios realizados a partir del año 1995 hasta la actualidad aportan datos sobre la salud oral de las pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa bulímica<sup>5</sup>. Por ejemplo, se afirma que las pacientes con bulimia y anorexia bulímica presentan una característica erosión lingual de los dientes anteriores maxilares, pero que esta afección se encuentra raras veces en las pacientes con

### LECTURA RÁPIDA

#### ¿Cuáles son los signos de alerta que aparecen en la cavidad oral de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria?

La osteoporosis en varios puntos del esqueleto puede estar acompañada por una avanzada periodontitis, una rápida reabsorción del reborde alveolar residual y una pérdida de dientes.

Las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva podrían tener problemas en la cavidad oral en mayor o menor grado debido a la osteoporosis que padecen.

Las pacientes con bulimia y anorexia bulímica presentan una característica erosión lingual de los dientes anteriores maxilares.

Unidad de Anatomía y Embriología Humana.  
Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.  
Barcelona. España.

Fuente de financiación del trabajo: Financiación ordinaria de la Unidad.

Correspondencia:  
M.C. Manzanares-Céspedes.  
Unidad de Anatomía y Embriología Humana. Campus de Bellvitge-UB.  
Feixa Larga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat.  
Barcelona. España.  
Correo electrónico: mcmanzanares@ub.edu

Manuscrito recibido el 25 de julio de 2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de agosto de 2005.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa. Enfermedad oral. Complicaciones. Osteoporosis.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ 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.

▼ La deshidratación de los tejidos orales a causa de la atrofia de las glándulas salivales puede tener un impacto en la salud de los tejidos periodontales y de la mucosa oral.

▼ Algunos autores describen que las pacientes con anorexia restrictiva notaron cambios en la mucosa oral incluso sin haber tenido ningún episodio de vómitos provocados.

anorexia nerviosa restrictiva. Dichas pacientes presentan más erosión que la población control sin ninguna alteración alimentaria, pero menos que las pacientes con anorexia nerviosa bulímica o bulimia nerviosa<sup>6</sup>.

Algunos autores han mencionado, en estudios de poblaciones de pacientes con anorexia nerviosa restrictiva, que habían encontrado unos valores altos de «inflamación en la cavidad oral»<sup>7</sup>, así como una alta incidencia de caries, especialmente al inicio de la enfermedad, que atribuyen a la carencia de nutrientes en la dieta y a la falta de higiene oral<sup>8</sup>.

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, que afecta a las glándulas salivales y, por tanto, causa sequedad de la boca y las mucosas; la queilitis, que afecta a la comisura de los labios; y la gingivitis, que afecta a las en-

cías. Algunos cambios parecen depender del subtipo de anorexia nerviosa que los origine; así, 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. La deshidratación de los tejidos orales a causa de la atrofia de las glándulas salivales, junto con una deficiencia nutricional y una escasa higiene oral, pueden tener un impacto en la salud de los tejidos periodontales y de la mucosa oral<sup>9</sup>.

Hediger et al<sup>10</sup> describen que las pacientes con anorexia restrictiva notaron cambios en la mucosa oral incluso sin haber tenido ningún episodio de vómitos provocados. La deficiencia de vitamina C ha sido propuesta como la causa de la alteración de la mucosa oral, y se ha descrito un cuadro clínico similar al escorbuto en la anorexia nerviosa, lo que podría ser una posible causa de estos cambios.

**TABLA 1** Aspectos de la anamnesis y la exploración bucal que pueden ser de ayuda en la detección de un trastorno de la conducta alimentaria

Anamnesis
Edad actual
Edad de inicio de la enfermedad
Fracturas
Se ha visitado al dentista y fecha de la última visita
Última limpieza bucal
Función oral alterada (masticar por un lado a causa del dolor)
Dolor dental
Sangrado espontáneo de las encías
Inflamación de las encías y dolor en éstas
Mal aliento (halitosis)
Aparatos dentales
Aprietan los dientes (bruxismo)
Sensibilidad al comer/beber cosas frías
Exploración bucal
Pérdida de dientes
Sangrado/estado gingival
Caries
Descalcificación en los dientes y aparición de una mancha blanca-amarillenta (hipoplasia del esmalte o amelogenénesis imperfecta)
Presencia de lesiones en la comisura bucal (queilitis)
Disminución de secreción de la saliva por una disminución de la función de las glándulas salivales (xerostomía)
Erosión en el cuello del diente y/o incisal del diente, por apretar los dientes o por regurgitación de los ácidos gástricos

## ¿Cuál es la aportación del odontólogo de atención primaria en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria?

Resulta llamativo que ningún signo o síntoma referente a la salud oral sea mencionado, ni por lo que se refiere a la detección precoz de los TCA, ni en los más recientes estudios orientados hacia la mejora de los protocolos de atención a estos pacientes. Entre las actividades consideradas de buena calidad en el tratamiento de los pacientes con TCA no se incluye una exploración odontológica<sup>11</sup>. La pérdida de uno o más dientes o la presencia de sangrado gingival o de caries, en el contexto de un cuadro general sugestivo de TCA, constituyen signos físicos fáciles de evidenciar y forman parte del concepto general de salud, lo que facilita el establecimiento de una estrategia de intervención integrada en un conjunto de actividades de educación para la salud más global, como la propuesta por Díaz et al<sup>12</sup>. El presente trabajo propone el seguimiento de una serie de signos y síntomas claramente objetivables por el profesional sanitario de la atención primaria, que pueden constituir signos de detección precoz del trastorno o incluso representar criterios de gravedad de éste (tabla 1).

Los efectos a corto, medio y largo plazo de la anorexia restrictiva hacen de estos pacientes casos muy especiales desde el punto de vista odontológico, ya que los efectos de esta enfermedad en la cavidad oral dificultan el tratamiento bucodental. Por ejemplo, la osteoporosis sería una contraindicación, ya que el hueso sería de una calidad no apta para la colocación de los implantes, que sería el tratamiento de elección para las zonas edéntulas de la cavidad oral. Dado el característico perfeccionismo respecto a la autoimagen y las dificultades de estos pacientes para mantener su autoestima, el aspecto estético de las alteraciones odontológicas es especialmente relevante.

## Bibliografía

1. Wactawski-Wende J, Grossi SG, Trevisan M, Genco RJ, Tezal M, Dunford R, et al. The role of osteopenia in oral bone loss and periodontal disease. *J Periodontol*. 1996;67:1076-84.
2. Mohammad A, Brunsvold M, Bauer R. The strength of association between systemic postmenopausal osteoporosis and periodontal disease. *Int J Prosthodont*. 1996;6:479-83.
3. Tezal N, Wactawski-Wende J, Grossi S, Ho A, Dunford R, Genco R. The relationship between bone mineral density and periodontitis in postmenopausal women. *J Periodontol*. 2000;71:1492-8.
4. Watson EL, Katz RV, Adelezzì R, Gift H, Dunn SM. The measurement of mandibular cortical bone height in osteoporotic vs. non-osteoporotic postmenopausal women. *Special Care Dentistry*. 2000;15:124-8.
5. Little JW, et al. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg, Oral Med Oral Pathol*. 2002;93:138-43.
6. Rosenquist C, et al. Serum cross laps one step ELISA. First application of monoclonal antibodies for measurement in serum bone-related degradation products from C-terminal telopeptides of type I collagen. *Clin Chem*. 1998;44:2281-9.
7. Hotta H, et al. The importance of body weight history in the occurrence and recovery of osteoporosis in patients with anorexia nervosa. Evaluation by dual X-ray absorptiometry and bone metabolic markers. *Eur J Endocrinol*. 1998;139:276-83.
8. Glorio R, et al. Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol*. 2000;39:348-53.
9. Joyce J, et al. Osteoporosis in women with eating disorders: comparison of physical parameters, exercise, and menstrual status with SPA and DPA evaluation. *J Nucl Med*. 1990;31:325-31.
10. Strumia R, et al. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology*. 2001;203:314-7.
11. Hediger C, Rost B, Itin P. Cutaneous manifestations in anorexia nervosa. *Schweiz Med Wochenschr*. 2000;130:565-75.
12. Aguilar ME, Sagredo J, Heras G, Estévez JC, Linares ML, Peña E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. *Aten Primaria*. 2004;34:26-31.
13. Díaz M, Rodríguez F, Martín C, Hiruela MV. Factores relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria*. 2003;32:403-9.

### LECTURA RÁPIDA

#### ¿Cuál es la aportación del odontólogo de atención primaria en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria?

Entre las actividades consideradas de buena calidad en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no se incluye una exploración odontológica.

La pérdida de uno o más dientes o la presencia de sangrado gingival o de caries, en el contexto de un cuadro general sugestivo de trastornos de la conducta alimentaria, constituyen signos físicos fáciles de evidenciar.

Los efectos a corto, medio y largo plazo de la anorexia restrictiva hacen de estos pacientes casos muy especiales desde el punto de vista odontológico, ya que los efectos de esta enfermedad en la cavidad oral dificultan el tratamiento bucodental.