

Trastornos de alimentación en adolescentes y sus implicancias en la salud bucal

Lorena Flores Barrantes¹

Mónica Valdivieso Vargas-Machuca²

Resumen

Los trastornos de alimentación hoy en día son uno de los problemas más importantes que pone en riesgo la salud y a veces hasta la vida de muchos adolescentes en el mundo. Las causas de los trastornos de alimentación son aún desconocidas sin embargo factores sociales, culturales, genéticos y psiquiátricos serían los posibles causales de esta enfermedad. Trastornos como la anorexia y la bulimia nerviosa han venido siendo estudiados por mayor tiempo, sin embargo hoy se conocen otros tipos de alteraciones las cuales ya son consideradas como trastornos de alimentación y que requieren tratamiento multidisciplinario.

En la cavidad oral de pacientes con trastornos 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.

El objetivo del presente artículo de revisión es proporcionar al odontólogo los conocimientos generales sobre los diferentes tipos de trastornos alimenticios así como sus signos y síntomas para dar un correcto diagnóstico y acertado tratamiento.

Palabras clave: alimentación, anorexia, bulimia, erosión dental.

Artigo de revisão

Transtornos de alimentação em adolescentes e suas consequências para a saúde bucal

Atualmente, os transtornos alimentares são uns dos problemas mundiais mais importantes no risco à saúde e até mesmo à vida de muitos adolescentes. A etiologia dos transtornos alimentares ainda é desconhecida, entretanto, fatores sociais, culturais, genéticos e psiquiátricos podem estar envolvidos

como possíveis causas dessa enfermidade. Transtornos como a anorexia e bulimia nervosa vêm sendo estudados por maior tempo, entretanto, hoje se conhecem outros tipos de alterações, as quais já são consideradas como transtornos de alimentação e requerem tratamento multidisciplinar.

¹ CD Especialista Odontología Pediátrica

² CD Especialista Odontología Pediátrica, Docente Universidad Peruana Cayetano Heredia

Na cavidade bucal de pacientes com distúrbios alimentares podemos encontrar alguns sinais que nos fazem suspeitar do problema ou o confirmam, estes devem ser conhecidos do odontólogo para seu diagnóstico oportuno e manejo adequado.

O objetivo do presente artigo de revisão é proporcionar ao odontólogo conhecimentos gerais

sobre os diferentes tipos de transtornos alimentares, assim como, seus sinais e sintomas para estabelecer o correto diagnóstico e adequado tratamento.

Palavras chave: alimentação, anorexia, bulimia, erosão dentária.

Review article

Eating Disorders in Adolescents and its implications in Oral Health

Abstract

Eating disorders are now one of the major problems threatening the health and sometimes even the lives of many teenagers in the world. The causes of eating disorders are still unknown but social, cultural, genetic and psychiatric disorders would be the possible causes of this disease. Disorders such as anorexia and bulimia nervosa have been being studied for longer, but now known other changes which are already considered as eating disorders and require multidisciplinary treatment. In the oral cavity of patients with eating disorders can find some signs that make us suspicious of the problem or confirm it, they should be known by the dentist for proper diagnosis and management.

The purpose of this review article is to provide the dentist general knowledge about the different types of eating disorders and their signs and symptoms to give a correct diagnosis and proper treatment.

Key words: feeding , anorexia , bulimia , dental erosion

Introducción

La adolescencia es la etapa de la vida que viene determinada por cambios físicos, psicológicos y sociales importantes¹. Estos cambios tienen efectos directos en el estado nutricional ya que durante esta etapa de crecimiento físico y desarrollo van a experimentar aumento de las necesidades energéticas, proteicas, vitamínicas y de minerales. Sin embargo, la lucha por la independencia que caracteriza el desarrollo psicosocial del adolescente a menudo origina el desarrollo de conductas alimenticias que afectan la salud, como regímenes dietéticos excesivos, omisión de comidas, uso de suplementos nutricionales y no nutricionales poco convencionales y adopción de dietas de moda^{2,3}.

Durante la adolescencia, la influencia de los amigos es muy fuerte. Es posible que la necesidad de adaptación afecte la ingesta nutricional entre los adolescentes. Es evidente que los adolescentes expresan su capacidad y disposición para acoplarse a un grupo de amigos al adoptar preferencias de alimentos y tomar decisiones alimenticias con base en las influencias de sus amistades y rechazar las preferencias y elecciones familiares^{2,3}.

Trastornos de alimentación

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como una mala regulación del comportamiento alimentario, caracterizada por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales asociados a la dieta, al peso y a la figura corporal, manifestándose clínicamente asociados a una psicopatología variada^{1,4,5,6}.

Las preocupaciones y los trastornos de alimentación se agrupan en un intervalo continuo (**Figura 1**) que va de insatisfacción leve con la propia forma corporal mediante acciones como conducta de dieta a trastornos de alimentación graves como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de alimentación excesiva^{2,4,5}. La persistencia de conductas anoréxicas y regímenes dietéticos poco saludables tal vez no sea lo bastante frecuente para cumplir con los criterios formales para definirla como un trastorno de la alimentación. Sin embargo, estas conductas llegan a afectar de manera negativa la salud y tal vez conduzcan al desarrollo de trastornos de alimentación más graves^{2,6}. Los trastornos de alimentación tienen como etiología una combinación de factores genéticos, psicológicos y socioculturales, por lo que se considera un desorden bio-psico-social^{6,7,8}.

La incidencia de los desordenes de alimentación ha ido en aumento en la segunda mitad del siglo 20. Este grupo de enfermedades, según al "Diagnostic and Static Manual for mental Disorders, IV edition", incluye a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y a otros desordenes alimenticios no especificados⁹.

Algunos de los factores más influyentes son las normas sociales que ponen énfasis en la delgadez, las burlas sobre el peso, las relaciones familiares, las experiencias de abuso físico y sexual, la forma y tamaño corporal propio, la imagen corporal y la autoestima. Estos factores interactúan entre sí para aumentar el riesgo del adolescente de practicar conductas de dieta y alimentación que llegan a ser dañinas. En algunos adolescentes, los problemas familiares es el factor más importante, en tanto que en otros las normas sociales constituyen los elementos clave que producen la aparición de una patología^{2,6,8,10}.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa y su impacto sobre la morbilidad y mortalidad hacen que sea la enfermedad más grave de los trastornos de la alimentación. En adolescentes y mujeres jóvenes, los cál-



Figura 1. Pasos previos a los Trastornos de alimentación con diagnóstico clínico.

culos de prevalencia de anorexia nerviosa van de 0.2 a 1.0%. La AN es más frecuente en mujeres que en hombres, 9 de cada 10 personas son mujeres. Tan sólo en años recientes se dirigió la atención a los varones con esta enfermedad, a quienes se les diagnostica en etapas tardías, momento en que el tratamiento es más difícil^{2,7,11,12}.

La anorexia nerviosa o anorexia mental se define como un trastorno de alimentación de origen psicológico que afecta a las conductas alimentarias y cuya repercusión sitúa el problema en el ámbito de la patología psicosomática^{1,5}.

Las personas que sufren de AN suelen ser muy activos y siempre envueltos en actividades extracurriculares que les permite mantenerse ocupados y así continuar con su conducta de ayuno. Tienden a ser perfeccionistas y presentar conductas obsesivas, así como cambios de humor, depresión y desorden obsesivo compulsivo^{3,4,12}.

Las características de la anorexia nerviosa son:

- Autoinanición e intensos temores de engordar.
- Pérdida ponderal inducida y mantenida.
- Síntomas obsesivos relacionados específicamente con la silueta, el cuerpo, el peso y los alimentos.
- Conductas alimentarias extravagantes acompañadas de un exceso de actividad física^{1,2,5,6,13,14}.

Entre las razones de muerte por anorexia; la cual se estima va de 10 a 15%, se encuentran:^{2,4}

- Debilitamiento del sistema inmunitario debido a desnutrición.
- Rotura gástrica.

- Arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca.
- Suicidio.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno de la alimentación caracterizado por consumo de grandes cantidades de alimento con la subsiguiente purga a través de vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, enemas o ejercicios obsesivos, o la combinación de todas las anteriores. En tanto la anorexia nerviosa se caracteriza por pérdida de peso grave, en la bulimia nerviosa se observa mantenimiento del peso o fluctuaciones extremas debido a la alternancia de ayunos y comidas excesivas^{1,2,5,6,11}.

Los prevalencia de bulimia nerviosa van de 1.0 a 3.0%. Al igual que en el caso de la anorexia nerviosa, alrededor de 90% de las personas que la padecen son mujeres, lo que tal vez se debe a mayores presiones sociales para estar delgadas^{1,2,5,6,11,12,15}.

Pacientes con BN suelen vomitar como mínimo dos veces al día y hasta 20 veces. El promedio de la ingesta calórica durante el episodio de atracón alcanza los 3 500 calorías, pero algunas personas pueden ingerir hasta 50 000 calorías en un periodo de 24 horas¹⁵. Las personas con BN pueden presentar sobrepeso, bajo peso o peso promedio para la talla y constitución física. En ocasiones, el trastorno va precedido por un antecedente de dietas o alimentación restrictiva, lo que se cree que contribuye al ciclo de alimentación excesiva-purga. Woodside calculó que alrededor de 5% de los pacientes mueren por la enfermedad, a menudo debido a insuficiencia cardíaca que se origina por anormalidades electrolítica o suicidio^{2,4,15}.

Trastornos de alimentación excesiva (TAE)

Trastorno en el que la persona ingiere grandes cantidades de alimento y siente que no tiene control sobre estos episodios. El TAE se define por episodios recurrentes de alimentación excesiva, cuando menos dos días por semana durante un mínimo de seis meses².

La persona siente pérdida de control sobre este tipo de alimentación, lo que está indicado por la presencia de tres de los siguientes cinco criterios: alimentación rápida, ingesta cuando no existe hambre en forma física, alimentación en la soledad, ingesta hasta sentir saciedad incómoda y sentimiento de repugnancia por sí mismo debido a la sobrealimentación². El TAE difiere de la bulimia nerviosa en que la alimentación excesiva no va seguida por conductas compensatorias, como el vómito autoinducido².

El TAE es más prevalente en las poblaciones con sobrepeso clínico (30%) que en las muestras comunitarias (5% de las mujeres y 3% de los hombres).

Tratamiento de los trastornos de alimentación

La etiología compleja de los trastornos de alimentación y sus posibles consecuencias psicosociales, físicas y conductuales destacan la necesidad de un método de tratamiento multidisciplinario. El equipo de salud que atiende al adolescente con trastorno de la alimentación a menudo incluye a un médico, nutricionista, enfermera, psicólogo o psiquiatra, o ambos. El papel del nutricionista es de vital importancia en las etapas de evaluación, tratamiento y mantenimiento de

los trastornos de alimentación. Al principio, el adolescente tal vez este más dispuesto a discutir sus preocupaciones con el nutricionista que con el psicólogo².

Implicancias odontológicas

Manifestaciones Orales de los Trastornos de Alimentación

1. Erosión dental: Perimilólisis

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 y otras causas. Los pacientes con bulimia y anorexia nerviosa que realizan purga van a tener una erosión dental clásica llamada perimilólisis y se define como la erosión de esmalte en las superficies palatinas, oclusales e incisales de los dientes como resultado de los efectos químicos y mecánicos causados por la regurgitación de los contenidos gástricos y activado por los movimientos de la lengua. Típicamente, esta erosión se observa en las superficies palatinas de los dientes anteriores superiores y presentan una apariencia suave y brillante^{12,16,17,18,19,20}.

Se sabe que la erosión dental no es detectada sino hasta que las conductas de purga hayan ocurrido al menos por 2 años, aunque algunos opinan y refieren que sólo se necesitarían 6 meses de episodios de vómito para que se pueda observar el daño a nivel dental. En casos severos se observa una disminución en la altura clínica de las coronas de los dientes y así también la pérdida de dimensión vertical. La erosión dental como perimilólisis no se observa en casos de anorexia nerviosa restrictiva y trastorno de alimentación excesiva^{9,12,17,18,19}.

Usualmente la erosión dental y la exposición de dentina son seguidas por dolor, debido a la hipersensibilidad dentinaria o la dentina cervical expuesta, esta incomodidad puede influenciar de cierta manera a las conductas de alimentación y a las de higiene oral^{9,12,17,18,19,20}.

La severidad de la erosión dental depende de la duración y frecuencia de la purga al día, así como los hábitos de higiene oral^{9,12,19,21}.

Es importante diferenciar entre la erosión causada por hábitos de comida y aquellas causadas por vómito. Las superficies vestibulares erosionadas son resultado de un sobre ingesta de alimentos ácidos, como frutas ácidas consumidas en exceso, lo cual sucede en pacientes que presentan anorexia nerviosa. Adicionalmente, las superficies vestibulares erosionadas presentan una apariencia opaca y con porosidades en contraste con la perimilólisis que es brillante y lisa^{9,12,18,19,22} (**Fig. 2 y 3**).

2. Caries dental

La caries dental se vuelve un problema cuando los individuos con dieta altamente cariogénica tienen hábitos inadecuados de higiene oral y alguna manifestación de disturbio salival¹⁴. Existe controversia con respecto a la caries dental en pacientes con anorexia nerviosa. Algunos autores han encontrado que pacientes con esta enfermedad presentan mayor incidencia de caries dental debido a su alta ingesta de carbohidratos, bebidas a base de frutas ácidas y al consumo de medicamentos como antidepresivos que suelen provocar xerostomía en algunos casos, causando así, mayores lesiones de caries dental. 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 multifac-

torial^{12,16,19,22}. El único trastorno de alimentación que podría tener un aumento significativo de la incidencia de caries dental es el trastorno de alimentación excesiva debido al consumo de alimentos altamente calóricos y muchos carbohidratos^{12,19}.

3. Efectos en los tejidos periodontales

Los datos con respecto a los tejidos periodontales en pacientes con trastornos de alimentación son inconsistentes, así como ocurre con los datos de caries dental, ya que la etiología de la enfermedad periodontal es compleja y multifactorial^{8,9,12,16,20,21}.

Deficiencias nutricionales, especialmente de vitamina C podría afectar el margen gingival predisponiendo a una gingivitis. En particular,



Figura 2. Perimilólisis a nivel de superficies palatinas de incisivos superiores.



Figura 3. Erosión vestibular y palatina de incisivos centrales y laterales superiores. Tomado de: Burkhart N, Roberts M, Alexander M. *Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa*. J Am Dent Assoc 2005;136: 1130-37.

la deficiencia de vitamina C, conocida como escorbuto, 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. Estas manifestaciones pueden estar asociadas con diferentes grados de incomodidad oral incluyendo al dolor⁹.

4. Mucosa oral y faringe

Muchas de las lesiones orales están relacionadas a deficiencias nutricionales que actúan sobre la reparación y regeneración de las mucosas orales. La reducción de la ingesta de vitaminas y otros nutrientes, así como la alteración general metabólica y la anemia por deficiencia de hierro, afectan la biología de la mucosa oral concluyendo en una atrofia general de la mucosa. Particularmente, la deficiencia de vitamina B, especialmente la B1, B6 y B12, han sido clasificadas y asociadas con la disminución del volumen celular. Generalmente, se evidencian estos cambios en la lengua; como eritema y aparición de glositis atrófica. La atrofia de las mucosas puede también causar sensación de quemazón en la boca la cual puede ser más intensa en la lengua^{9,12,19}.

El trauma hacia las membranas mucosas, faringe y paladar blando son aceptados y reconocidos como característico en pacientes que se inducen el vómito. El trauma puede ser causado por la rápida ingesta de alimento y por la fuerza de regurgitación. El paladar blando puede ser también dañado por objetos utilizados para la inducción de vómito. Pacientes que realizan purga, presentan en las manos algunos signos característicos como piel reseca, lesiones a nivel de los dedos por los dientes. La queilitis angular también se ha reportado como consecuencia

de la malnutrición y trauma. La candidiasis oral está asociada a deficiencias nutricionales y a la disfunción salival^{9,12,16,19}.

5. Efectos en las glándulas salivales

- Xerostomía.

La xerostomía es un efecto común de la medicación psicotrópica prescrita en pacientes con desordenes alimenticios. Factores adicionales como desbalance de fluido causado por excesos de diuréticos y laxantes ingeridos para la prevención del aumento de peso y por la persistencia de vómito pueden ser contributivos. Se ha observado disminución de saliva no estimulada en pacientes con TAE o episodios de purga, sin embargo, no se observó reducción de saliva estimulada. Esto indica que no hay alteración en la secreción de las glándulas salivales pero sí una disminución de la cantidad de saliva por el consumo de medicamentos^{3,9,12,16,20}.

- Aumento de tamaño de las glándulas parótidas.

Pacientes con desordenes alimenticios que realizan conductas de purga presentan aumento de tamaño de las glándulas parótidas. La ocurrencia y extensión de la inflamación parotídea es proporcional a la duración y severidad de la conducta de purga. La incidencia unilateral o bilateral de la inflamación de las glándulas parótidas ha sido calculada entre un 10 a 50%^{9,12,16,17,18}.

En estadios iniciales de los desordenes alimenticios, el aumento de tamaño de las glándulas parótidas puede aparecer y desaparecer; pero si el desorden de alimentación progresa, la inflamación se vuelve más persistente. La deformidad facial se observa como un aspecto de cara ancha y cuadrada a nivel mandibular la cual puede ser un factor que complica el estado psicológico del



Figura 4. Agrandamiento de las Glándulas Parótidas asociado a Bulimia Nerviosa (Tomado de: Burkhart N, Roberts M, Alexander M. *Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa*. J Am Dent Assoc 2005;136: 1130-37).

paciente ya que éste se va a observar más “gordo” (Fig. 4). A la palpación, la glándula es suave y generalmente indolora. Al examen intraoral se observa un conducto salival intacto, flujo salival normal, y ausencia de inflamación. Histopatológicamente generalmente se revela un aumento del tamaño de los acinos, del número de gránulos secretores e infiltración grasa no inflamatoria^{8,9,12,18}.

La etiología del aumento de tamaño de las glándulas no es clara. Se atribuye a una hipertrofia

de la glándula y a la relación entre el rápido consumo de alimentos y las cantidades excesivas de comida. La estimulación colinérgica de las glándulas durante el vómito o la estimulación autonómica por medio de la activación con alimentos son los mecanismos que se proponen para la inflamación glandular^{12,15,20}.

Mandel y Abai 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 aumentando periódicamente. Se le pidió tomografías faciales de corte axial en donde se observó el aumento de volumen significativo de ambas glándulas parótidas^{15,17} (Fig. 5).

Tratamiento odontológico

Cuando el odontólogo percibe signos y características de desordenes alimenticios, es impor-

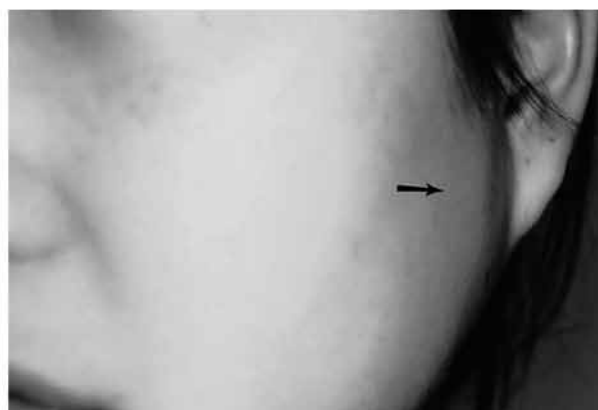
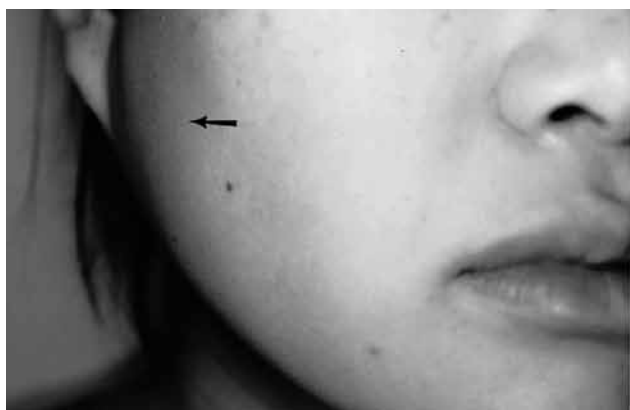


Figura 5. Agrandamiento de las Glándulas Parótidas asociado a Bulimia Nerviosa (Tomado de: Mandel L, Abai S. *Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling*. J Am Dent Assoc 2004;135:613-16).

tante establecer una buena comunicación con el paciente, en una forma no amenazadora, para obtener información que nos ayude a confirmar el diagnóstico^{17,24}.

El historial médico que muchos odontólogos utilizan no suele ser el adecuado para el diagnóstico con desorden de alimentación. Se deben realizar preguntas adicionales que nos dé información con respecto a la duración y severidad del desorden, frecuencia de los atracones o de la purga, periodos de abstinencia, factores que predisponen a los atracones o a la purga, estado actual, y grado de control de la conducta dañina puede servir para el asesoramiento del paciente con su enfermedad^{17,24}. (**Cuadro 1**).

Conclusiones

Los trastornos de la alimentación mas prevalentes incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de alimentación excesiva.

La elevada prevalencia de los trastornos de alimentación y sus probables consecuencias físicas y psicosociales indican la necesidad de intervenciones encaminadas a su tratamiento y prevención.

Los padres, amigos, educadores y personal de salud juegan un papel importante en la disminución de la prevalencia de los trastornos alimenticios.

Cuadro 1. Tipos de tratamientos según el motivo de consulta y necesidad, objetivos y opciones de tratamientos.

Tratamiento	Problema	Objetivo Tx	Tratamiento
De Emergencia ²⁴	Dolor por sensibilidad a cambios térmicos por exposición dentinaria o pulpar.	Eliminar o calmar el dolor y dar confort al paciente.	Uso de láser. Topicaciones con flúor hasta realizar restauraciones definitivas.
Preventivo ^{24,25}	Hipersensibilidad por erosión dental (irreversible).	Evitar destrucción de la estructura dental con restauraciones provisionales y luego definitivas.	Educación al paciente. Saliva artificial en casos de xerostomía. Masticación de chicles no azucarados para estimular la salivación. Disminución de ingesta de carbohidratos. Controles periódicos.
Restaurador ^{21,24,25}	Pérdida estructura dentaria. Pérdida dimensión vertical.	Estabilización del problema dental con tx provisional. Tratamiento de la enfermedad (TA). Tratamientos definitivos.	Cualquier tratamiento odontológico puede ser realizado, no existen contraindicaciones para el uso de materiales dentales.

Los odontólogos deben saber reconocer las características clínicas de los desordenes alimenticios; 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.

El equipo odontológico debe preocuparse y ocuparse de la condición dental del paciente, prever

medios de prevención y proponer el mejor tratamiento de acuerdo al estado sistémico.

El trabajo multidisciplinario en estos pacientes es predictivo para el pronóstico favorable de recuperación.

Se deben trazar objetivos reales en cuanto al tratamiento odontológico de pacientes con trastornos alimenticios y darle énfasis a la fase preventiva.

Referencias bibliográficas

1. Olesti M, Piñol JL, Martín N. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr* 2008; 68(1):18-23.
2. Brown JE. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. México: Editorial Mac Graw Hill (2nda Edición), 2006.
3. Papalia DE, Wendkos S, Duskin R. Psicología Del desarrollo de La infancia a La adolescencia. México: Editorial Mc Graw Hill (9na Edición), 2005.
4. Hay PJ, Mond J, Buttner P. Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in south Australia. *Plos One* 2008;2:1-5.
5. Patton GC, Coffey C, Carlin JB. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *The British Journal of Psychiatry* 2008;1:294-299.
6. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta analysis. *Int J Eat Disord* 1997;22:107-125.
7. Gonzales A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician* 2007;36(B):614-19.
8. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord* 2009;1:1-6.
9. Russo LL, Campisi G, Di Fede O. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Diseases* 2008;14:479-484.
10. Poyastro A, Thornton LM, Pltonicov KH. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40:424-434.
11. Biesalski HK, Grimm P. Nutrición: texto y atlas. Argentina: Editorial Panamericana, 2007.
12. Correa AC, De Paula C, Athanassios T. Eating disorders Part 1: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J Con-temp Dent Pract* 2008;6(9):73-81.
13. Nishimura H, Komaki G, Ando T. Psychological and weight-related characteristics of patients with anorexia nervosa-restricting type Who later develop bulimia nervosa. *BioPsychoSocial Medicine* 2008;2(5):1-8.
14. Hurst PS, Crisp AH, Lacey JH. Teeth, vomiting and diet: a study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *Postgraduate Medical Journal* 1977;53:298-305.
15. Mandel L, Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. *J Am Dent Assoc* 2004;135:613-16.
16. De Moor RJG. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J of Oral Rehab* 2004;31:725-32.
17. Burkhart N, Roberts M, Alexander M. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc* 2005;136: 1130-37.
18. Philipp E, Willershausen-Zönnchen B, Hamm G. Oral and Dental characteristics in Bulimic and Anorectic patients. *Int J Eat Disord* 1991; 10(4):423-431.

19. DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentist and dental hygienists. *Journal Of Dental Education* 2005;69(3):346-354.
20. Atshuler BD, Dechow PC, Waller DA. An investigation of the oral pathologies occurring in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1990;9(2):191-199.
21. Gordon JC. Oral care for patients with bulimia. *JADA* 2002; 133: 1689-91.
22. Touyz SW, Liew VP, Tseng P. Oral and Dental complications in dieting disorders. *Int J Eat Disord* 1993;14(3):341-347.
23. Jones RRH, Cleaton-Jones P. Depth and area of dental erosions, and dental caries, in bulimic women. *J Dent Res* 1989;68(8):1275-78.
24. Correa AC, De Paula C, Athanassios T. Eating disorders Part 2: Clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pract* 2008;9(7):89-96.
25. DiGiacchino R, Tedesco LA. Increasing dentist's capacity for secondary prevention of eating disorders identification of training, network and professional contingencies. *Journal of Dental Education* 2006;70(10):1066-1075.

Recibido: 16-05-2011

Aceptado: 22-07-2011

Correspondencia: loreflo@gmail.com