

**MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA
(Revisión de la literatura)**

**Investigadores
ANA MIREYA CALDERON CASTELLANOS
ASTRID LORENA BARBOSA ACOSTA
JENNIFER GONZALEZ GARCIA
MIRIAN LORENA ESPITIA URREGO
NAYIBE ARENAS PÉREZ**

**Trabajo de grado para obtener el título de
Odontólogo**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA-UNICOC
COLEGIO ODONTOLOGICO
PREGRADO
BOGOTA D.C.
II-2008**

**MANIFESTACIONES ORALES DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA
(Revisión de la literatura)**

**Investigadores
ANA MIREYA CALDERON CASTELLANOS
ASTRID LORENA BARBOSA ACOSTA
JENNIFER GONZALEZ GARCIA
MIRIAN LORENA ESPITIA URREGO
NAYIBE ARENAS PÉREZ**

**Asesor Científico
SORAYA APARICIO
Médico Psiquiatra**

**Asesor Metodológico
CLAUDIA HURTADO ARANGO
Odontóloga Especialista en seguridad social en salud**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA-UNICOC
COLEGIO ODONTOLOGICO
PREGRADO
BOGOTA D.C.
II-2008**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias,
Quienes compartieron junto a nosotros el esfuerzo y la dedicación
y estuvieron siempre presentes para realizar con
nosotros una nueva meta

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a La Institución Universitaria Colegios de Colombia y todo su equipo interdisciplinario por el soporte científico que nos brindaron durante todo el proceso previo a la realización de éste proyecto.

Tabla de contenido

	PÁGINA
1 ASPECTOS- TEORICOS – CIENTIFICOS	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 JUSTIFICACION	10
1.3 PROPOSITO	11
1.4 IMPACTO	11
1.5 RESEÑA HISTÓRICA	11
1.5.1 MARCO TEORICO	12
1.6 OBJETIVOS	22
1.6.1 Objetivo General	22
1.6.2 Objetivos específicos	22
2 ASPECTOS METODOLOGICOS	24
2.1 TIPO DE ESTUDIO	24
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	24
2.3 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO	24
2.3.1 MUESTRA	24
2.3.2 CRITERIOS DE INCLUSION	24
2.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSION	25

2.5	PROCEDIMIENTO.....	26
3	RESULTADOS.....	31
4	CONCLUSIONES.....	34
5	RECOMENDACIONES.....	36
6	BIBLIOGRAFIA.....	37
7	ANEXOS.....	43

1 ASPECTOS- TEORICOS – CIENTIFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cavidad oral está estrechamente relacionada con el resto del organismo, tanto en el aspecto morfológico como en el funcional. Cualquier alteración del complejo biológico funcional puede repercutir en la cavidad oral.

Los trastornos de la conducta alimentaria producen diferentes alteraciones que se presentan en la cavidad oral, por ello el consumo de alimentos y el ayuno excesivo contribuyen a la degeneración de todos los tejidos duros y blandos, que se ven representados en diferentes patologías como caries, erosión dental severa, gingivitis, queilosis y periodontitis entre otras.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años (Marín, B, 2002). Traerbert Y Moréira, 2001, indica que en Inglaterra, la prevalencia de Anorexia Nerviosa varia entre 0,1 y 1% mujeres, Con 4.000 nuevos casos por año.

Según L. Lo Muzio, y colaboradores, 2007, la incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años afectando la calidad de vida especialmente de las mujeres jóvenes.

Su prevalencia en el mundo es de 0,1 a 1% para la anorexia y de 1% a 10% en Colombia la prevalencia de anorexia es de 2,3%, y de bulimia de 0,1%, siendo Medellín (33,5% de estudiantes en riesgo), y Bogotá (19,7% de los estudiantes universitarios) las ciudades de mayor concurrencia (Donager, 2003)

Por lo anterior cabe preguntarse, ¿cuáles son las manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (atracones, anorexia nerviosa atípica y bulimia nerviosa atípica).

1.2 JUSTIFICACION

Hay hallazgos odontológicos en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que sugieren la existencia de anorexia o bulimia como: como excesiva higiene oral (suelen ser compulsivos en sus rutinas diarias); erosión dental (por lo general se erosionan las superficies palatinas de los incisivos y caninos superiores como consecuencia del efecto químico del contenido gástrico), los odontólogos está, en la obligación ética de informar a los pacientes y familiares sobre la posible presencia de desordenes de la conducta alimentaria (Gordon J, 2002).

Es importante reconocer los signos y síntomas orales de desordenes de la conducta alimentaria, que pueden llegar a ser síntomas irreversibles, aunque no pongan en riesgo la vida del paciente. Quien se dedique a la atención odontológica deberá conocer las manifestaciones clínicas de estos trastornos.

1.3 PROPOSITO

Describir las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes que padecen de desordenes de la conducta alimentaria.

1.4 IMPACTO

El presente estudio resulta relevante para el estudiante de odontología pues se describe de forma detallada las manifestaciones orales de trastornos de la conducta alimentaria, y le permite al estudiante familiarizarse con las manifestaciones clínicas.

1.5 RESEÑA HISTÓRICA

La patología alimentaria, en sus distintas facetas, no es una entidad nueva sino que existen indicios de la misma desde la antigüedad. El punto es que antes del siglo XIX la restricción alimentaria estaba directamente relacionada con tabúes alimenticios o prácticas religiosas y expiatorias. Para los Egipcios la comida era sinónimo de enfermedad por lo cual practicaban purgas regularmente. Los Romanos, afectos a los banquetes y excesos alimentarios frecuentes,

implementaron los vomitorios, cercanos a los salones de comida. (A Milosev. 1999).

A partir de los siglos XVIII y XIX la bulimia represento un punto de interés para la medicina considerándola como un síntoma de enfermedades sistémicas. En 1684 en Inglaterra Morton realiza los primeros reportes de anorexia como un trastorno alimenticio, denominado anteriormente "consunción nerviosa"(Calvillo Marín, 2000).

Desde la Edad Media ya existían mujeres que, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para renunciar a la vida terrenal. Sin embargo, los casos fueron registrados en 1873 y 1874 con los reportes médicos de Charles Lasègue y William Gull, respectivamente. La anorexia nerviosa fue considerada como un problema médico, al determinarse que el ayuno era motivado por un miedo mórbido a estar obeso; no obstante, fue a partir de la muerte de la cantante Karen Carpenter cuando la anorexia empezó a ser del dominio público (Espinosa, 2004.).

1.5.1 MARCO TEORICO

"Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como una relación inadecuada con el alimento, estas alteraciones suponen un fondo conductual de miedo a la obesidad y dismorfofobia. Se distinguen dos variantes importantes en los trastornos de la alimentación: la anorexia y la bulimia". (Calvillo Marín Berenice, 2005).

La anorexia Nerviosa es una enfermedad mental que consiste en una pérdida voluntaria de peso, y un intenso temor a la obesidad. Los principales síntomas de la anorexia son rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura, delgadez extrema, miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo, sensación de estar gordo/a en general o en algunas partes del cuerpo, como nalgas, muslos, abdomen. Tienen una percepción de su cuerpo que no es real. Aunque estén realmente delgados/as, su espejo les dice que siguen estando gordos/as, se presenta otros tipos de problemas físicos que acompañan a la desnutrición como la aparición de vello o intolerancia al frío, tensión baja, arritmias en la mujeres (Espinosa, 2004).

La Bulimia significa "Hambre de buey" y es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingestión episódica de grandes cantidades de alimentos de manera compulsiva, con un consecuente sentimiento de culpa y depresión por no poder controlar la conducta. Debido a ello el paciente trata de recuperar el control, al principio mediante la inducción al vómito y posteriormente con el uso de laxantes, diuréticos, ayunos y hasta ejercicios compulsivos (Alvarado, 2001).

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son aquellos que no cumplen los criterios para la anorexia ni la bulimia, entre ellos se encuentran los casos que cumplen los criterios de la anorexia excepto amenorrea. Los casos que cumplen los criterios de la anorexia, pero con un peso a nivel normal, los casos que cumplen todos los criterios de la bulimia excepto las consideraciones de tiempo (frecuencia y tiempo de evolución). Los casos en los cuales hay empleo de

conductas compensatorias luego de la ingestión normal de alimentos sin atracones de comida, casos que en vez de purgas el paciente no traga sino que mastica y luego expulsa (no vómitos ni uso de laxantes) y trastornos compulsivos con atracones recurrentes sin conductas compensatorias (purgas, no purgas). Dentro de ésta clasificación se encuentran los atracones, bulimia nerviosa atípica, anorexia nerviosa no especificada (Alvarado, 2001).

Dentro de las Características físicas de pacientes con anorexia nerviosa se encuentran la disminución de peso significativa con atrofia muscular y prominencias óseas (ej.: costillas y escápulas visibles), Excesiva sensibilidad al frío por la pérdida de la capa grasa de la piel. Disminución del metabolismo basal, Piel pálido-amarillenta, reseca. Puede haber acné y alopecia, Debilidad y mareos, Palpitaciones e Hipotensión, Calambres musculares, Halitosis, Agrandamiento de las glándulas parótidas, Estreñimiento, Meteorismo (gases intestinales), Trastornos auditivos (sensación de un "eco") por pérdida del tejido graso en áreas específicas del oído, Propensión a las infecciones debido la falta de defensas (anginas a repetición, bronquitis, resfriados frecuentes, ganglios palpables) y pérdida de consistencia de los huesos, con osteoporosis. Debida a la falta de hormonas femeninas que facilitan la incorporación de calcio en los huesos. Fracturas óseas espontáneas en casos graves. (Velásquez, 1995)

Dentro de las Características físicas de pacientes con bulimia nerviosa se encuentran: Oscilaciones en el peso, Cara hinchada y agrandamiento de las glándulas parótidas, Puede haber hemorragias en conjuntivas y mejillas, Mialgias y

astenia, Orofaringe irritada. A veces disfonía, Caries. Pérdida de piezas dentarias, Alopecia, Menstruaciones irregulares, Vértigo y dolor de cabeza, Hipotensión, Diarrea y/o estreñimiento, Acidez estomacal. Reflujo. Úlcera gástrica o duodenal y Anemia. **(Debate y colaboradores, 2005)**

Se piensa que los desordenes de la conducta alimentaria son una suma de influencias biológicas, psicológicas y sociales. Desde el punto de vista biológico hay una alteración del funcionamiento del hipotálamo, a nivel psiquiátrico como una respuesta a relaciones interpersonales inadecuadas o destructivas, depresiones, estrés, etc.; y a nivel social por la búsqueda de la delgadez como patrón de belleza, miedo a engordar, excesiva promoción de dietas mágicas, productos y equipos para adelgazar, la exhibición de cuerpos ultra delgados en los medios de comunicación. (Martí Del Cerro , 2007).

Los factores que pueden llegar a explicar por qué alguien es más vulnerable a estos trastornos se suelen clasificar en: a) Factores predisponentes (hacen que seamos más vulnerables a desarrollar un trastorno) y b) Factores precipitantes y c) Factores de mantenimiento son los que hacen que se perpetúe o perdure la enfermedad y tienen que ver fundamentalmente con las consecuencias, con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer.

- La propia purga. Después del atracón, proporciona la seguridad necesaria para llevarla a cabo.

- La reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza.
- El medio social que valora la delgadez.

Prevalencia: Según Milosevic, 1999, la incidencia de anorexia se encuentra entre incidencia: 7×100.000 con 4.000 nuevos casos por año y la prevalencia 0.1 a 1%. Traerbert Y Moréira, 2001, indica que en Inglaterra, la prevalencia de anorexia nerviosa varía entre 0,1 e 1% mujeres, con 4.000 nuevos casos por año. Cortes Y Col, 2003, señalan que el 95% de los trastornos de la alimentación se presenta en mujeres. Su prevalencia en el mundo es de 0,1 a 1% para la anorexia y de 1% a 10% para la bulimia en Colombia es de 2,3% y 0,1% respectivamente. Doniger, 2003, sostiene que el 1 % de las adolescentes desarrollan anorexia nerviosa. 90 % de los afectados por trastornos de la alimentación son los adolescentes y las mujeres adultas jóvenes. Espinosa, 2004, reporta que en España la incidencia anual entre 10 y 30 años es de 17-19/100 000. Burkhart, N et al, 2005, reporta que entre 0.5 % a 3.7% de la población padece de anorexia.

Por otra parte, Milosevic, 1999, sostiene que la incidencia de bulimia en el mundo esta entre 8.6 y 14×100.000 . prevalencia 1 a 2%. Traerbert Y Moréira, 2001, indica que en Inglaterra la prevalencia de entre 1 a 2% mujeres adolescentes. Doniger, 2003, sostiene que la incidencia de los trastornos de la alimentación en la población normal es de 5 a 10%, pero las mujeres atletas muestran un 16-72% de

incidencia. Espinosa, 2004 indica que en España incidencia anual de 50/100 000. Burkhart, N Et Al, 2005 reporta una prevalencia de 1.1% A 4.2% de la población.

La sociedad americana de psiquiatría señala que entre el 90 y el 95 por ciento de las víctimas de la anorexia nerviosa son mujeres, que tienen 12 veces más probabilidades de morir por alguna enfermedad que las que no han privado a sus cuerpos de los nutrientes fundamentales (Universidad Nacional de Colombia, 1997).

Manifestaciones orales de los desordenes de la conducta alimentaria: Dentro de la cavidad oral se puede encontrar erosión dental de tipo intrínseco que se caracteriza por la pérdida exhaustiva de los tejidos duros dentarios. Este problema es resultado de la exposición de los tejidos a los fluidos gastrointestinales causados por el vómito. La prevalencia de la erosión dental es baja, se encuentra en un 38 por ciento y depende de la combinación de aspectos como tipo de dieta, frecuencia del vómito, tiempo con el padecimiento, higiene posterior al vómito, entre otros. La erosión se presenta si la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos(Calvillo, 2005).

Según S.W. Touyz y colaboradores, 1992, la prolongada hambruna crónica y los vómitos pueden dar lugar a cambios significativos en la dentición y la cavidad oral en general, y que a menudo son irreversibles. Dentro de los signos y síntomas se incluye xerostomía, el aumento de la incidencia de caries, el aumento de la enfermedad periodontal, y la erosión dental glándula parótida ampliación. En

general se acepta que hay una fuerte asociación entre los niveles de algunas bacterias salivales y la incidencia de caries en los dientes

La erosión dental que se presenta en pacientes con anorexia y bulimia también recibe el nombre de perimolisis. Hellstrom en 1974 la definió como "pérdida del esmalte y dentina en las superficies linguales de los dientes como resultado de efectos químicos y mecánicos causados por la regurgitación y el contenido gástrico y movimientos activados por la lengua" (Calvillo, 2005). Según S.W. Touyz y V.P. Liew 1992, los periodos prolongados de dieta en pacientes anoréxicos, no dio lugar a cambios en las bacterias asociadas a la caries dental. Además, los pacientes no tienen menores tasas de flujo salival o no, pero tienen más ácida la saliva.

El abuso de la ingesta de los carbohidratos asociado a una deficiencia en la higiene oral aumenta la prevalencia de la caries dental. Además el uso de los medicamentos prescritos a los pacientes anoréxicos y bulímicos, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, etcétera, causa problemas en la cavidad oral (Rytömaan.Jarunen, 1998).

La xerostomía es otra manifestación oral en estos pacientes. Se le conoce también como boca seca y está asociada a la deshidratación producida por la pérdida de líquidos a consecuencia del vómito. Se asocia a periodos de ansiedad o a medicación depresora del sistema nervioso central y a una mayor presencia y cúmulo de la placa dentobacteriana y, por consiguiente, al desarrollo de caries

dental. La sialodenitis, definida como agrandamiento de las parótidas, se encuentra frecuentemente en la cavidad oral de los pacientes y está asociada a la condición crónica de vomitar (A Milosev. C 1999).

También la mucosa oral se ve afectada por la falta de hidratación y lubricación; que aumenta la tendencia a las ulceraciones e infecciones. El eritema se debe a la irritación crónica por el paso del contenido gástrico y laceraciones por la autoinducción del vómito. La deficiencia de nutrientes y de vitaminas básicas para la conservación y el recambio epitelial ocasiona queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales, principalmente comisurales (Shipley, 2003).

La deshidratación de los tejidos orales por las deficiencias en la producción salival, así como las deficiencias dietéticas y la escasa higiene oral impactan adversamente la salud periodontal por acumulo de irritantes locales.

El mecanismo patogénico de la erosión funciona, primero, cuando el ácido del vómito disuelve el esmalte y, segundo, por abrasión, ya que el cepillado del paciente para eliminar el mal sabor agrava la situación.(Calvillo, 2005).

Como consecuencia de la erosión se produce un aumento de la sensibilidad al frío y al calor. También fracturas de los bordes incisales o cúspides debido a la delgadez del esmalte.

Según Milosevic y colaboradores, 1996, los hábitos de higiene de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria favorece la erosión dental, sin embargo no se observó diferencia entre los pacientes anoréxicos y bulímicos. La reducción del pH de la saliva seguida del cepillado genera pérdida de esmalte dental.

La desmineralización dentaria no obedece a un patrón pre-establecido, sino que éste se basa en la pérdida de sustancia calcificada, frecuentemente, en la porción de la corona clínica donde anatómica e histológicamente existe menor cantidad de esmalte, es decir a nivel del tercio cervical de la misma.

En los casos crónicos y severos de desordenes de la conducta alimentaria, se presentan manifestaciones dentales excesivas, incluyendo pérdida del esmalte, dentina, sensibilidad dentaria, patología pulpar y daño estético considerable. (Dena A Ronalds, 2002).

L Lo Mozio y colaboradores, 2007, indican que la carencia de vitaminas del grupo B, especialmente B1, B6 y B12, puede estar asociados a la pérdida de células epiteliales, especialmente las de la mucosa lingual lo que produce enrojecimiento de la lengua hasta generar glositis.

Serra S, y colaboradores, 2006 describen que las pacientes con anorexia restrictiva presentaron 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.

D. Altshuler, y colaboradores, 1988 reportaron que una mayor prevalencia de erosión del esmalte, caries dental, la dentina de hipersensibilidad, disfunción parótida, y xerostomía en pacientes bulímicas. Se encontró que la erosión del esmalte estaba relacionada con la duración de los vómitos. Después de 6 meses en la mayoría de los expuestos a vómitos repetidos, se observó que la erosión aumentó en gravedad con el tiempo.

Posibles mecanismos fisiológicos que representan un aumento de la secreción de amilasa en pacientes bulímicos se deben a la ampliación de la glándula salival por origen autonómico, endocrino, mecánico o por la biología natural. La patología de la hinchazón dolorosa de las glándulas parótidas se denomina sialadenosis, que se caracteriza por una ausencia de inflamación ampliada con células acinares y un aumento de la presencia de gránulos secretores (Jeffrey M. Levine y colaboradores, 1991).

Como generalmente hay pérdida de la estética, el paciente al recobrar la misma en las primeras citas refleja un restablecimiento de su autoestima y por tanto, aumenta su nivel de colaboración al tratamiento (Moss, 2002).

Es muy importante que en la consulta, durante la anamnesis y el examen clínico, el odontólogo pueda percatarse de síntomas característicos, para así poder diagnosticar un cuadro de bulimia y de esta manera, poder orientar al paciente hacia la búsqueda de la ayuda psicológica necesaria.

El papel del odontólogo es de suma importancia, ya que son algunos de los síntomas irreversibles, aunque las lesiones orales no ponen en riesgo la vida del paciente. Quien se dedique a la atención dental deberá conocer las manifestaciones clínicas de estos trastornos; de esta manera podrá orientar a los pacientes y a sus familiares sobre la mejor manera de tratar el padecimiento oportunamente.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

Describir las manifestaciones orales que puedan contribuir a detectar signos y síntomas de pacientes que padecen desordenes de la conducta alimentaria.

1.6.2 Objetivos específicos

- Describir los trastornos de la alimentación.
- Describir las manifestaciones orales más frecuentes de los trastornos de la alimentación.
- Describir las variaciones en la microflora oral de pacientes con trastornos de la alimentación.

- Describir la frecuencia de las manifestaciones orales de los trastornos de la alimentación.

2 ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión Narrativa.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Manifestaciones orales de los desórdenes de la conducta alimentaria.

2.3 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

Artículos científicos relacionados con manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria.

2.3.1 MUESTRA

Por conveniencia 53 artículos científicos.

2.3.2 CRITERIOS DE INCLUSION

Artículos:

- científicos publicados de 1980 en adelante
- de publicaciones científicas reconocidas
- De estudios de casos y controles.
- De estudios de cohorte.

- ~~Ensayos~~ ensayos clínicos controlados
- Metaanálisis, revisiones sistemáticas
- Artículos en inglés y español.

2.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Investigación en proceso
- Opinión de expertos

2.4 UNIDADES DE ANALISIS

Definiciones y tipos de desordenes de la conducta alimentaria

Manifestaciones en tejidos gingivo – periodontal

- recesión gingival, gingivitis, periodontitis, deshidratación tejidos orales.
- Mucosa: xerostomía, disfagia, queilosis

Manifestaciones en los dientes

- erosión del esmalte
- caries

Manifestaciones del microflora oral

- saliva (pH)
- microbiota

Importancia del diagnóstico odontológico temprano

2.5 PROCEDIMIENTO

La investigación se dividió en una primera fase o heurística que consistió en la consecución de información posteriormente siguió la fase hermenéutica donde se realizó el análisis de dicha información para efectos de cumplir con los objetivos del trabajo.

- **Etapas. Planificación de la revisión. Identificación de la necesidad de revisión.**

OBJETIVO	RECURSOS
Identificar las manifestaciones orales que puedan contribuir al diagnóstico temprano de pacientes que padecen desordenes de la conducta alimentaria Objetivos específicos: Reconocer condiciones y características de los tejidos gingivo-periodontales. Identificar las variaciones en la microbiota oral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y Proveer un marco de trabajo y/o los antecedentes necesarios con el objeto de posicionar nuevas actividades de investigación en cuanto a manifestaciones orales de los desordenes de la conducta alimentaria. Interrogantes tenidos en cuenta: ¿cuáles son las manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, anorexia nerviosa y bulimia)? ¿cuáles son las características gingivo periodontales de pacientes con dichos desordenes? ¿Existen variaciones en la microbiota oral de pacientes con desordenes de la conducta alimentaria? ¿qué estudios existen de las condiciones de salud oral de pacientes con desordenes de la conducta alimentaria?	▪ bases de datos electrónicas: Medline, Cinahl, Embase, Lilacs, Cochrane Controlled Trials Database, SciSearch, pubmed, pubmedcentral y Hinary. ▪ revistas que están siendo consultadas se encuentran: acta odontol Scand, Journals Periodontology, Journals Tenn Dentistry, Lancet, Medical Oral Patology, Public Health y revista de la Federación Odontológica Colombiana, por ser una investigación de las manifestaciones orales. ▪ bibliotecas seleccionadas para la consulta son: Luis Ángel Arango, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Colegio Odontológico Colombiano, Fundación Santa Fé, Universidad Antonio Nariño.

PROTOCOLO DE BUSQUEDA

Términos: Las palabras claves según el Index médico utilizadas para la ubicación de

los artículos son: trastornos de la conducta alimentaria, manifestaciones ~~orales~~, perimolisis, sialoadenosis, ~~amilosis~~.

Combinaciones: trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis; trastorno de la conducta alimentaria + sialoadenosis; trastorno de la conducta alimentaria + amilosis.

estrategia de búsqueda:

En recursos con herramientas de búsqueda : Ingresar en forma escalada las palabras clave y/o combinaciones de ellos.

En CD's de actas de congresos: Buscar sobre los títulos en los índices, y luego sobre los resúmenes y palabras claves. Conjuntamente usar la función de búsqueda de la aplicación.

En textos no electrónicos: Revisión manual de: título, resumen, palabras clave.

En Internet: Acceso a documentos mediante motores de búsqueda, cuando los documentos no estén accesibles, buscar en las páginas, o en sitios de publicación alternativos.

En artículos: Detectar referencias bibliográficas de utilidad, en base a ellas buscar directamente el documento citado usando los antecedentes que aparecen en la citación (autor, título, conferencia, etc.).

registro de los resultados: los resultados serán registrados en tablas luego de su análisis.

PROTOCOLO DE REVISION	
<i>formas de revisión</i>	Leer el resumen e introducción y decidir si se incluye o no el estudio, en base a los criterios de este protocolo. En la copia completa del trabajo, adjuntar comentarios sobre el mismo documento en un lugar visible. Se llevará un control acerca de los estudios primarios aceptados y rechazados, registrando el motivo de exclusión, mediante la matriz bibliografica.
<i>criterios de inclusión</i>	Artículos científicos publicados del 2000 en adelante, Artículos de publicaciones científicas reconocidas, Artículos de casos y controles de CIT, Artículos de cohorte, Ensayos clínicos controlados, artículos en ingles y español y Metaanálisis, revisiones sistemáticas
<i>criterios de exclusión</i>	investigación en proceso y Opinión de expertos
<i>estrategia de extracción de datos</i>	Por cada estudio seleccionado, se realizará una lectura con el objeto de extraer datos para el trabajo, en 2 etapas: Etapla 1: En esta deberá leer el resumen, introducción, trabajos relacionados, conclusión y referencias. Etapla 2: Se leerán los preliminares y el cuerpo del artículo, esto permitirá: Incluir en forma detallada la información necesaria para la revisión. Los datos serán sintetizados de acuerdo a los siguientes temas: Definiciones y tipos de desordenes de la conducta alimentaria

estrategia de síntesis de datos	Manifestaciones en tejidos gingivo – periodontal • recesión gingival, gingivitis, periodontitis, deshidratación tejidos orales. • Mucosa: xerostomía, disfagia, queilosis Manifestaciones en los dientes • erosión del esmalte • caries Manifestaciones del microambiente oral • saliva (pH) • microbiota Tratamientos odontológicos • diagnóstico diferencial • recuperación y mantenimiento • multisistémico. Importancia del diagnóstico odontológico temprano
--	--

▪ **Etapas. Planificación de la revisión. Evaluación de la planificación.**

Dado que esta investigación esta en el desarrollo de una tesis, la evaluación de la planificación fue realizada por los asesores metodológicos y científicos de la misma.

▪ **Desarrollo de la revisión. Búsqueda de estudios primarios.**

Esta se realizó en base al protocolo de búsqueda definido y sobre los recursos de información disponibles.

No.	fuelle	clave de búsqueda	resultado
1	BASES DE DATOS	manifestaciones orales de la conducta alimentaria	
2	INTERNET	manifestaciones orales de la conducta alimentaria	
3	REVISTAS	manifestaciones orales de la conducta alimentaria	

No.	fuelle	clave de búsqueda	resultado
1	Medline	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;	
1	Embase,	trastorno de la conducta alimentaria + sialoadenosis; trastorno de la conducta alimentaria + amilosis	
1	Cochrane	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;	
1	pubmed	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;	

1	Hinany	trastorno de la conducta alimentaria + sialoadenosis; trastorno de la conducta alimentaria + amilosis	
2	Google	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;.	
2	altavista	trastorno de la conducta alimentaria + sialoadenosis; trastorno de la conducta alimentaria + amilosis	
3	odontol Scand,	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;.	
3	Journals Periododntology,	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;.	
3	Journals Tenn Dentistry,	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;.	
3	Lancet	trastorno de la conducta alimentaria + sialoadenosis; trastorno de la conducta alimentaria + amilosis	
3	Medical Oral Pathology,	trastorno de la conducta alimentaria + manifestación oral; trastorno de la conducta alimentaria + perimolisis;.	
3	Public Health	trastorno de la conducta alimentaria + sialoadenosis; trastorno de la conducta alimentaria + amilosis	

▪ **Desarrollo de la revisión. Extracción de datos.**

En esta etapa se extrajo la información de interés en los estudios siguiendo el procedimiento del protocolo de revisión. Se consignó en matriz bibliográfica datos como autor, años, palabras clave, resultados, conclusión y área médica.

Luego de seleccionar los artículos se organizaron en tablas por unidad de análisis extrayendo el principal hallazgo de cada estudio.

▪ **Desarrollo de la revisión. Síntesis de datos.**

Dentro del análisis de la información o fase hermenéutica se tendrá en cuenta el Nivel de evidencia de los estudios: los estudios seleccionados entran dentro del nivel de evidencia 2++: estudios de cohortes o casos y controles y 2-: casos y controles, de cohorte donde la relación es no causal.

▪ **Publicación de los resultados.**

Los resultados serán analizados por medio de las unidades de análisis establecidas y la información será consignada en tablas previamente diseñadas. Finalmente se elaborará un informe final en donde se analice la información obtenida de los artículos y se describan las principales manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria.

3 RESULTADOS

Se estudiaron 53 (100%) artículos de manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria, de los cuales 36 (68%) reportan manifestaciones orales de la bulimia, 17 (32%) reportan manifestaciones orales de la anorexia. 18 (33,9%) artículos fueron de Europa occidental, 17 (32%) de Norte América y 18 (33,9%) de Sur América.

UNIDAD DE ANÁLISIS I: PREVALENCIA E INCIDENCIA Y TIPOS DE DESORDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Del 100% de los artículos, 71% reportaron una prevalencia de bulimia promedio de 5.8% siendo 1% el rango mínimo y 10% el mayor, en cuanto a la prevalencia de anorexia en 62.2%, en cuanto a la incidencia se encontró que un 71% reportaron un promedio de 0.05% con un rango mínimo de 5 X 100 y máximo de 72 X 100, para la anorexia 62.2% la incidencia promedio reportada fue de 0.001%, con un rango mínimo de 7 X 100.000 y máximo de 4.000 por año.

UNIDAD DE ANÁLISIS II: MANIFESTACIONES ORALES DE LA BULIMIA

Del 100% de los artículos, un 28,3%, reportaron alteraciones de la mucosa oral, con un promedio de 8% siendo el rango mínimo 6% y el máximo 13%, un 71,6%, reportaron alteraciones de los tejidos periodontales, siendo el promedio 37% con un rango mínimo de 24 % y máximo de 42%. Un 11.3%, reportaron hipertrofia glandular con un promedio de 6,4%, un rango mínimo de 3.45 % y máximo de 9,5%.

Del 100% de los artículos 69,8%, reportaron perimolisis en pacientes con bulimia, con un resultado promedio de 33% un rango mínimo de 17% y máximo de 38%. Un 67% reportaron presencia de caries dental, con un índice de COPD promedio de 6.4 ± 1 , un rango mínimo de 3.18 y máximo de 7,4. Un 58,4% reportaron manchas blancas con un resultado promedio de 25,4%, un rango mínimo de 22% y máximo de 36%. Un 38 71% reportaron reducción del pH oral con un pH promedio de 4.1, un rango mínimo de 2 y un rango máximo de 5.2.

UNIDAD DE ANÁLISIS III: MANIFESTACIONES ORALES DE LA ANOREXIA

El 17% de los artículos reportaron alteración de la mucosa oral en pacientes anoréxicos, con un promedio de 24%, un rango mínimo de 13% y máximo de 80%. Un 52,8%, reportaron alteraciones de los tejidos periodontales, con un resultado

promedio de 26,5%, un rango mínimo de 10,71% y máximo de 40%, un 1,88% reportó hipertrofia glandular.

Un 30,2% de los artículos, reportaron presencia de perimolisis, con un resultado promedio de 39%, un rango mínimo de 21% y máximo de 42%. Un 49% reportaron caries dental con un índice de COPD promedio de 7.1 ± 1 , un rango mínimo de 3.6 y máximo de 8.1. Un 45,2% reportaron manchas blancas con un promedio de 19%, un rango mínimo de 15% y máximo de 24%. Un 35,8%, reportaron disminución en el pH con un promedio de pH 5.2, un rango mínimo de pH 4.9 y máximo de 6.0.

4 CONCLUSIONES

Se observó que la prevalencia e incidencia de la bulimia es mayor que la de la anorexia, siendo de 1% a 10% y 0,1% a 1.1 %, respectivamente, y son las mujeres adolescentes y Adultas jóvenes las más afectadas por estas patologías.

Dentro de las manifestaciones orales de la anorexia, los autores reportan la erosión dental como la de mayor prevalencia tanto en pacientes anoréxicas como bulímicas, sin embargo se observa una mayor presencia en los pacientes bulímicos purgativos que en los anoréxicos.

A demás de la erosión dental, los autores reportan otras manifestaciones orales de los trastornos de la conducta alimentaria como: Xerostomía, Sialoadenosis, Irritación De La Mucosa, Enfermedad Periodontal, Queilitis, Leucoplasias, Depapilación Lingual, Gingivitis y Encías Eritematosas.

Los estudios reportan que existen diferencias en la salud oral entre pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria, siendo los pacientes bulímicos purgativos los que presentan mayores manifestaciones orales y con mayor grado de severidad, debido posiblemente al mayor número de vómitos autoinducidos, lo que reduce considerablemente el pH oral.

Debido al proceso del vómito recurrente se presenta una irritación orofaríngea después del vómito, observando en algunos de ellos hasta sangrado, pueden presentarse otras manifestaciones como el signo de Russell e hipertrofia de glándulas salivales

5 RECOMENDACIONES

Adelantar estudios sobre el conocimiento que tienen los estudiantes de pregrado del Colegio odontológico Colombiano respecto a las manifestaciones orales de los desordenes de la conducta alimentaria.

Realizar estudios sobre manifestaciones orales de trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes del Colegio Odontológico, que permitan establecer los factores de riesgo de la población estudiantil de presentar dichas patologías.

6 BIBLIOGRAFIA

A Milosev. 1999: Eating Disorders And The Dentist British Dental Journal, Vc1186, #3, Feb 12 1999.

Alma Espinosa. Bulimia Y Anorexia, Trastornos De La Adolescencia Del Siglo Xxi. Xalapa • Veracruz • México. En Gaceta Universidad Veracruzana. Octubre-Diciembre 2004, Nueva Época No. 82-84.

Alvarado, Alessandra Maso, Marisabel Cedillo Ayala Y Gisell Rivas Z; Teresa Mora. Bulimia. *Recibido: 14/07/2000. Aceptado Para Publicación: 04/10/2000.* Volumen 39 N° 2 / 2001

American Association of Women Dentists. AAWD women in dentistry leadership. Chicago: American Association of Women Dentists; 2006. Available at: "www.womendentists.org". Accessed May 2, 2006.

American Dental Association. Contact information. Chicago: American Dental Association; 2006. Available at: "www.ada.org/ada/contact/index.asp". Accessed May 2, 2006.

Angel La, Vasquez R, Chavarro K, Martnez Lm, Garcia J. Angel La, Vasquez R. 1995 Trastornos Del Comportamiento Alimentario. Características Clínicas Y Evolución. Acta Mcd Colombiana. Vol 20, Pp 14 21

Calvillo Marín Berenice, Chávez Madrigal Angela, Garfias Moreno Dulce Maria, López Luis Karen, Miranda Islas Ricardo, Pérez López Karla. Prueba De Actividad Cariogénica En Pacientes Bulímicas. 2005. Diagnosis And Rnanagement Of Dental Erosbn. The Journals, Vol 16, /23 Pp, 56- 62

Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, 18. McMahon B. Looking good, feeling bad. Nurs Stand Barros-Bermúdez JA. Validación de la escala de Zung 1998; 12:19. para depresión en universitarias de Bucaramanga,

D.A. y cols. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. J Am Dent Assoc 2002 Jun; 133(6):734-7; quiz 768-9

DeBate RD, Plichta S, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Integration of oral health care and mental health services: dental hygienists' readiness and capacity for secondary prevention of eating disorders. *J Behav Health Services Res* 2006;33(1):113-25.

DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J Dent Educ* 2005;69:346-54. [\[Abstract/Free Full Text\]](#).

Dena A Ronalds, & Colaboradores:2002. Dental Erosion Caused By S!Ant Castrcesophagea! Ref!Ux Disease, *Jada*, Val 133, June 2002.

EAT-40 (Eating Attitudes Test) Unidad de Trastornos de conducta Alimentaria. (UTCAs). Febrero - 2001. (Citado el 10 de mayo de 2002) (15 pantallas). Disponible en: <http://www.utcas.com/eatinf.asp> (información) y en <http://www.utcas.com/Validar.asp?test=3> (Aplicación del test).

Frydrych AM, Davis GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J* 2005;50(1):6-15. [\[Medline\]](#)

Future of dentistry executive summary. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resources Center; 2002. Available at: ["www.ada.org/prof/resources/topics/futuredent/index.asp#execsum"](http://www.ada.org/prof/resources/topics/futuredent/index.asp#execsum). Accessed April 11, 2006

Gay, O. Z. y Ramírez G.E. R. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. Asociación Dental Mexicana. Vol. LVII, No. 1, 2000, enero-febrero, pp. 23-32

Gordon J, Christensen & Colaboradores, 2002. Oral Care For Patients With Bulimia, *Jada*, Val 133, #12 1609-1691.

HAZELTON, L. R.; FAINE, M. P. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont*, v. 9, n. 1, p. 65-73, Jan. 1996.

Internet bibliografía gay Anorexia y Bulimia aspectos odontológicos ADM volumen LVII No 1 2000 Enero-febrero pp. 23-32 (p4)

J. Moss Project Leader, Fdi Commission, Dental Erosión. *International Dental Journal* (1998) 48, 529-539, 2004.

Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2215-21.

Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002:45-66.

Kaye H, Bulik M, Thornton L, Barbarich N, Masters K. comor. Rev Med Chile 2002; 130:964-75. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimic.

Little JW. Eating disorders: dental implications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93(2):138-43.[Medline]

Little,J.W. Eating disorders: dental implications. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod 2002 Feb;93(2):138-43

Mendoza J. y Nistal O. Impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en el aparato masticatorio (Contribución del odontólogo a un diagnóstico precoz) REVISTA AETCA Volumen 1 No. 3 diciembre 1998

Milosevic A. Eating disorders and the dentist. Br Dent J 1999;186(3):109-13.[Medline]

National Eating Disorders Association. Dental complications of eating disorders: information for dental practitioners. Available at: "www.edap.org/p.asp?WebPage_ID=286&Profile_ID=73512". Accessed May 2, 2006.

Neus Martí Del Cerro. Trastornos Alimenticios. Universidad De Valencia. Facultad De Medicina Y Odontología. Diseño Y Presentación De Trabajos E Informes Científicos. Valencia 2006-2007, 1º Odontología. 10 Julio 2007. En [Http://Mural.Uv.Es/Cerro](http://Mural.Uv.Es/Cerro)

P., Visco, Dangler L. y Rye L. Anorexia nerviosa: review including oral and dental manifestations. JADA 1982; 104: 648-52

Powers P and Santana C. Eating disorders. A guide for the primary care physician. Primary Care; Clin Office Practice 2002; 29(1)

Powers P and Santana C. Eating disorders. A guide for the primary care physician. Primary Care; Clin Office Practice 2002; 29(1)

Prevalencia De Trastornos Del Comportamiento Alimentario En Estudiantes De La Universidad Nacional De Colombia Entre Julio /1994 Y Diciembre / 1995 1997 Acta Med Colombiana. Vol 22. Pp Iii 119.

Rta D, Debate Ph D.:& Coiaboradores,2005. Knowledge Of Ora And Physcal Man!Festation Of Anorexia And Bulimia Nervosa Among Dentist And Dental Hygienst .Lourbnai Of Dental Educationt, Voi69#3pg. 346516

Rytómaan.Jarunen, Rkanerva.Op Heinonen, Bulima And Tooth Erosion, 1998; 56:36-40. Oslo Issn 0001-6357.

Sanderson K, Andrews G. The SF-12 in the Australian population: cross-validation of item selection. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2002; 26:343-345.

SHAW, L.; SMITH, A. J. Dental erosion - the problem and some practical solutions. **Brit Dent J**, v. 186, n. 3, p. 115-118, Feb. 1998.

Shipley Samantha, Et Al, 2003. Identificando Causas De Erosion Dental. Brady.W.F. 1980 The Anorexia Nervosasyndrome Oral Surg.50(6):509-516.

Sullivan PF, Bulik CM, Kendler KS: The epidemiology of bulimia nervosa: symptoms, syndromes and diagnostic thresholds. *Psychol Med* 1998; 28:599-610[CrossRef][Medline]

The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of 20. Behar R. Adolescentes, alcohol y anorexia. *Rev Nneuro- eating disorders in adolescent girls: Results of the psiquiatr* 2004; 40:167-74.

Traebert J. y Moreira E.A. Behavioral eating disorders and their effects on the oral health in adolescence, *Pesqui Odontl Bras* 2001 Oct-Dec; 15(4):359-63

Valena V. y Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Australian Dent Journal* 2002; 47(2):106-115.

Vasquez R. Angel La, Calvo Jm, Moreno N. 1999. Anorexia Nerviosa En Adolescentes: Estudio Comparativo. *Rev Facmed Universidad Nacional De Colombia Vol 47 Pp 190-196.*

Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, Fleiss J, Waternaux C: Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997; 154:523-531[Abstract]

Referencias de Internet

<http://www.aluba.org>.

<http://www.comenzardenuevo.org>.

<http://www.anaymia.com>.

<http://www.nutrar.com>

<http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.htm>.No.5.

<http://www.campusred.net/campusalud/info.reportajes.aso>.
<http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexia2.html>

7 ANEXOS

MATRIZ BIBLIOGRAFICA

Autor	Titulo	Palabras Claves	Método	Resultado	Área
Neus Martí Del Cerro, 2007	Trastornos Alimenticios	Dieta Equilibrada Y Hábitos Alimenticios Trastornos Del Comportamiento Alimentario, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa	Revisión Bibliográfica	Documentación, Definición, Factores De Riesgo	Nutrición
Piangchai S. Jennings, David Forbes, Brett Mcdermott, Gary Hulse, Sato Juniper, 2006	Eating Disorder Attitudes And Psychopathology In Caucasian Australian, Asian Australian And Thai University Students	Actitudes, Desordenes Alimentarios, Psicopatología, Etnicidad	Se Realizaron Test A 110 Australianos Caucásicos, 130 Asiático-Australianas Y 101 Tailandeses, Se Incluyó Las Actitudes Y Hábitos Alimenticios	Se Encontró Una Mayor Prevalencia De Desordenes De La Alimentación Entre Os Tailandeses, Asociados A Practicas Sociales Y Culturales	Psicología
Jonathan J. Mond, Phillipa J. Hay, Bryan Rodgers, Cathy Owen, James Mitchell, 2006	Correlates Of The Use Of Purging And Non-Purging Methods Of Weight Control In A Community Sample	Bulimia Nerviosa, Desordenes De La Alimentación	Observacional, Reporte De Casos. Se Observaron Tres Grupos De Pacientes Con Bulimia En Diferentes	Se Observó Una Relación Directa De La Bulimia Con Pacientes Jóvenes. Se Observó Que La Utilización Del Servicio Médico Se Da En Episodios Avanzados De La Enfermedad.	Psiquiatría

	Of Women		Etapas Y Con Diferentes Grados De Afectación		
Rodríguez, V. J., Ortega, S. M., González, M. M., Acevedo, Bessone, G.G., Monzón, J.E., Guiglioni, M.A., Tomasín, G., 2000	Estudio Y Evaluación Del Estado De Salud Oral En Pacientes Bulímicos Y Anoréxicos De La Ciudad De Corrientes - Argentina.	Anorexia, Bulimia, Salud Oral,	Observacional: Reporte De Casos Clínicos Pacientes De Ambos Géneros Entre 15 Y 30 Años De Edad	Los Labios Presentaron 3 Casos, 20% Con Patología Típicas Como Queilitis No Glandulares, Mientras Que 5 Pacientes, 33% Presentaron Sequedad Y Grietas Manifiestas, Asimismo 6 Pacientes, 40% Presentaron Los Labios Sin Particularidad.	Odontología
Óscar Gay Zárate* José L. Castellanos** Laura Díaz Guzmán, 2004	Anorexia Y Bulimia En Odontología	Anorexia, Bulimia, Manifestaciones Orales	Revisión Bibliográfica	Definición De Desordenes De La Alimentación, Manifestaciones Orales Mas Frecuentes Y Complicaciones.	Odontología
Leticia Rímola, María Haydée Capra, 2001	Patología Alimentaria: ¿Enfermedad De Los Tiempos Modernos?	Anorexia Nerviosa, Bulimia, Historia, Diagnostico Clínico	Revisión De Literatura	Los Desordenes De La Alimentación En La Historia, Definición, Diagnostico Temprano.	Medicina.
Cynthia M. Bulik, Ph.D, 2000	An Empirical Study Of The Classification Of Eating Disorders	Anorexia Nerviosa Bulimia, Desordenes De La Alimentación	Observacional, Descripción De Casos Clínicos. 2.163 Mujeres Caucásicas.	Factores Como El Tiempo De Presentar El Desorden, Presión Social, Historia Personal O Familiar De Obesidad, Fueron Constantes En La	Medicina

				Población Afectada	
Alessandra Alvarado Maso Y Col, 2000	8 Bulimia	Bulimia, Amilolisis, Ansiedad, Vómito, Diagnóstico	Revision Bibliográfica	Etiología, Definición, Historia, Manifestaciones, Complicaciones, Factores De Riesgo.	Medicina
Maritza Rodríguez Guarín* Juanita Gempeler Rueda, 1999	La Corporalidad En Los Trastornos De La Alimentación Body Image In Eating Disorders	Trastorno De La Alimentación, Imagen Física	Descriptivo No Comparativo, 38 Pacientes Mujeres	Trastornos De La Alimentación: 5 Casos (13.15%) Con Anorexia Nerviosa Tipo I, 10 Casos (26.31%) Con Anorexia Nerviosa Tipo II, 17 Casos (44.73%) Con Bulimia Nerviosa Tipo I (Purgativo), 1 Caso (2.63%) Con Bulimia Nerviosa Tipo II (No Purgativo) Y 5 Casos (13.15%) Con Trastorno Por Atracones.	Psiquiatría
Alexandra Sheffield 2006.	Is Comorbidity In The Eating Disorders Related To Perceptions Of Parenting? Criterion Validity Of The Revised Young Parenting Inventory	Psicopatología, Desordenes Alimenticios, Estilos De Vida.	124 Mujeres Con Desordenes De La Alimentación, Realizaron	Las Escalas De Ypi-R Eran Predictores Significativos De Una De Las Nueve Escalas Del Bsi, Y Distinguieron A Esos Pacientes Que Hicieron O No Utilizaron Comportamientos Impulsivos Específicos.	Psicología

Jefferson Traebert, 2001	Transtornos Alimentares De Ordem Comportamental E Seus Efeitos Sobre A Saúde Oral Na Adolescência	Anorexia Nerviosa, Bulimia, Salud Oral, Erosión Dental	Revisión Bibliográfica	Descripción, Etiología De Los Desordenes De La Alimentación, Influencia De Estos Desordenes Sobre La Salud Oral	Odontología
Suzanne Abraham, 2006	F. Quality Of Life: Eating Disorders	Desordenes Alimenticios, Medida, Resultado, Calidad De La Vida, Validación	306 Pacientes Con Desordenes Alimenticios Fueron Tratados Con Hospitalización Y Evaluada La Calidad De Vida	El Estudio Validó El Concepto De Desórdenes De La Alimentación Como Una Disfunción Psicológica, Y Del Comportamiento, Afecta Directamente El Peso Corporal	Psicología Clínica
Enrique Berner, 2004	Trastornos De La Conducta Alimentaria: Signos Clínicos En Pacientes Adolescentes Con Episodios De Vómitos Autoinducidos	Trastornos De La Conducta Alimentaria, Adolescencia, Vómitos, Signo De Russell, Hipertrofia De Glándulas Salivales, Erosión Dental.	Se Incluyeron En Este Estudio 70 Pacientes, 66 Mujeres Y 4 Varones Con Edad Promedio 17,3 ± 2 Años Que Concurrieron Para Su Atención Al Servicio De Adolescencia	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 ± 3,4 Meses Para El Grupo De Pacientes Con	Psicopatología

			Del Hospital	Conductas Purgativas Y 20,8 $\square$ 1,9 Para El Grupo Sin Este Tipo De Conductas ($P < 0,05$)	
Rita Digioacchino Debate, 2006	Diferencias Del Sexo Entre Dentistas Con Respecto Desórdenes El Comer Y A Prácticas Secundarias De La Prevención	Desórdenes De La Alimentación; Prevención Secundaria; Etapas Del Cambio	Cuestionario De Una Muestra Seleccionada Al Azar De 350 Que Practican A Dentistas Masculinos Y Femeninos	Los Dentistas Femeninos Tenían El Mayor Conocimiento De Manifestaciones Orales De Los Desórdenes El Comer ($P = .001$), El Mayor Conocimiento De Señales Físicas Del Nervosa Del Anorexia ($P < .001$), La Mayor Opinión De La Severidad Del Nervosa Del Anorexia ($P = .007$) Y Mayor Conocimiento De Señales Físicas Del Nervosa Del Bulimia ($P < .001$).	Odontología
Jonathan J. 2006	Correlación Del Uso De Métodos De Purgar Y De No-Purgar Del Control Del Peso En Una Muestra De La Comunidad De Mujeres	Bulimia Nerviosa, Trastorno De La Alimentación	Análisis Del Efecto De La Purga Y No Purga, Inducción De Vómito En Los Desordenes De La Alimentación	Se Encontró Que Los Pacientes Acuden Al Medico Luego De Disminuir Drásticamente El Peso Corporal Es Más Frecuente En Los Pacientes Que Se Purgan Que En Aquellos Que No Se Purgan	Psicología-Medicina
Nilo Lambruschini Y Rosaura	Trastornos De La Conducta Alimentaria	Trastornos De La Alimentación, Bulimia, Anorexia Nerviosa, Atracones	Protocolos Diagnósticos Y Terapéuticos	Definición, Etiología, Indicación Del Manejo Nutricional De Los	Nutrición

Leis, 2000			En Pediatría	Desordenes De La Alimentación	
Martinatto, Hebe	Trastornos alimentarios	Anorexia, bulimia, obesidad, desnutrición	Revisión de literatura	Síntesis de obesidad, desnutrición, enfermedad psicológica con consecuencias físicas.	Psicología,
Bermúdez M	Efectos del ácido clorhídrico a nivel de esmalte y dentina de dientes humanos como simulación para observar los daños producidos por el jugo gástrico en anorexia y bulimia	Erosión dental, anorexia, bulimia.	Ensayo clínico controlado	Erosión dental y pérdida de la microdureza dental en forma drástica se encontró líneas de prisma y de fractura.	Odontología
Colgate total	Bulimia, anorexia y salud oral	Trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia, daño dental.	Revisión de literatura	Descripción, problemas de salud oral e indicaciones de tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.	odontología
B. Timothy Walsh, 1994	Trastornos de la conducta alimentaria	Epidemiología, diagnóstico, bulimia, anorexia nerviosa.	Revisión de literatura	Criterios diagnóstico, etiología, epidemiología, definición alteraciones, pronóstico	medicina

Roberts, M, 1987	Resultados orales en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: un estudio de 47 casos.	Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa,	Descriptivo observacional	La anorexia en general fue diagnosticada a edades más tempranas que la bulimia, se observó resección gingival, bruxismo	Odontología
A. Milosevi c, 1999	Desordenes alimenticios y el dentista	Factores de riesgo, definición, criterio diagnóstico	Revisión de la literatura	Se definen los criterios diagnóstico, la epidemiología, factores de riesgo asociados a los desordenes alimentarios, efectos en la salud oral.	Odontología
Dena A, 2002	Erosión dental causada por el reflujo	Erosión dental, reflujo, ácidos gástricos.	Reporte de caso	La erosión dental es causada por factores psicológicos.	Odontología
Rytomaa I, 1998	Bulimia y erosión dental	Desordenes de la alimentación, bulimia, erosión dental, pérdida de microdureza	Caso y control	Se encontró que la erosión dental era 1:6 más frecuente en pacientes bulímicos que en el control, la diferencia entre el control que consume jugo de frutas y bebidas y el bulímico es	Odontología

				significativo	
N.D. Robb, 1995	La distribución de erosión dental de pacientes con desordenes de la alimentación.	Erosión dental, bulimia, anorexia.	Experimental,	Se encontró que factores como la frecuencia de vómitos, duración del vómito, higiene oral después del vómito, influyen significativamente en la erosión dental.	Odontología
Burkhart, N, 2005	Comunicación efectiva con pacientes sospechosos de tener bulimia nerviosa.	Bulimia nerviosa, desordenes de la alimentación, erosión dental, prevención.	Revisión de literatura: reporte de casos	El equipo odontológico es primordial en pacientes con éste tipo de desordenes.	Odontología
Stege P, 1982	Anorexia nerviosa: revisión incluida manifestaciones dentales y orales	Odontólogo, anorexia nerviosa, erosión dental	Revisión de literatura: reporte de casos.	Se encentra la descripción de una paciente, manifestaciones orales y tratamiento dental.	Odontología
Howat, P, 1990	la eficacia de un equipo dental/nutricional de la salud dental	Bulimia, salud dental, factores nutricionales.	Casos y controles.	Los resultados mostraron una diferencia significativa entre el grupo control y el estudio.	Odontología
Wilcott R, 1984	Secuelas dentales con el síndrome de	Erosión dental, tratamiento dental,	Reporte de casos	Se encontró pérdida de esmalte dental,	Odontología

	purga (bulimia): reporte de casos	problemas dentales		caries dental extensiva.	
D Debate, R, 2006	Conocimiento de las manifestaciones orales y físicas de la anorexia y bulimia nerviosa, higiene dental	Desordenes de la alimentación, prevención secundaria.	encuesta	Los odontólogos e higienistas reconocieron factores como la erosión dental, hipersensibilidad dental, entre otros como indicadores de pacientes con bulimia.	Odontología.