



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



Raftu, María

Graduada en Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Oral. Universidad Complutense de Madrid.

Paredes Rodríguez, Víctor Manuel

Profesor Asociado Departamento de Especialidades Odontológicas. Universidad Complutense de Madrid.

Gazzera, Filippo

Especialista en Medicina Oral. Universidad Complutense de Madrid.

Solís González, Sandra

Especialista en Medicina Oral. Universidad Complutense de Madrid.

García-Riart Monzón, Mariano

Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Universidad Complutense de Madrid.

Hernández Vallejo, Gonzalo

Catedrático y director del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Universidad Complutense de Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

María Raftu.

Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Plaza Ramón y Cajal s/n, 28040 Madrid. Teléfono: 913941966 Email: mariaelena_185@yahoo.es

Fecha de recepción: 7 de mayo de 2018.
Fecha de aceptación para su publicación: 30 de noviembre de 2018.

Manejo Odontológico del Paciente con Trastornos de la Alimentación

Raftu, M. Paredes Rodríguez, VM. Gazzera, F. Solís González, S. García-Riart Monzón, M. Hernández Vallejo, G.. Manejo odontológico del paciente con trastornos de la alimentación. *Cient. Dent.* 2018; 15; 3; 225-231

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión narrativa acerca del manejo y las manifestaciones orales de los pacientes que presentan trastornos alimenticios, centrándose en la anorexia y la bulimia nerviosa.

Ambos trastornos frecuentemente se manifiestan por primera vez de forma oral: caries, erosión de las caras linguales y oclusales de los dientes, mucosas atróficas y traumatizadas, agrandamiento de las glándulas parótida y submandibular, etc. Es importante detectar a este tipo de pacientes y advertir al paciente y/o a los padres de las posibles complicaciones que pueden desencadenarse, y consecuentemente derivar al paciente para su correcto diagnóstico y tratamiento. Desde punto de vista odontológico, el profesional debe instruir al paciente en técnicas de higiene oral e introducirlo en un programa de prevención individualizado.

PALABRAS CLAVE

Manejo odontológico; Manifestaciones orales; Trastornos de alimentación; Anorexia; Bulimia.

DENTAL MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH EATING DISORDERS

ABSTRACT

The objective of this paper is to perform a narrative review about the management and oral manifestations of patients who present eating disorders, focusing on anorexia and bulimia nervosa.

Both disorders are often manifested orally for the first time: teeth decay, erosion of the lingual and occlusal surfaces of the teeth, atrophic and traumatized oral mucosa, parotid and submandibular enlargement, etc. It is important to detect these types of patients and remark the patient and/or their parents of the possible complications that may occur, and consequently refer the patient for a correct diagnosis and treatment. The professional must instruct the patient in oral hygiene techniques and introduce him into an individualized prevention program.

KEY WORDS

Dental management; Oral manifestations; Eating disorders; Anorexia; Bulimia.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación (TA) son un tipo de patología psiquiátrica que dan lugar a manifestaciones extra e intraorales. Se pone de manifiesto al no cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas y se puede dar uno o más de los siguientes criterios: pérdida de peso y/o deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o suplementos orales, interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. Se conocen diferentes tipos de TA, y, según cada uno de ellos habrá distintos criterios diagnósticos. Así, se puede hablar de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado^{1,2}. En esta revisión nos vamos a centrar en los dos primeros trastornos. Son la tercera patología crónica más frecuente entre chicas jóvenes. La AN afecta a un 1% de las mujeres entre 12-25 años y la edad de comienzo es a los 17 años. La BN es más común que la AN, su prevalencia entre mujeres es de 1,1-4,2% y la edad de comienzo suele ser a los 20 años. Ambas son más habituales en mujeres de raza blanca. La ratio hombres-mujeres en la AN es 1:10 y en la BN 1:20. Además, un 40-50% de los pacientes con AN son también bulímicos.³⁻⁵ La etiología es desconocida, pero se ha relacionado con factores genéticos, culturales, psiquiátricos, disfunción del hipotálamo, y también influyen la autoestima y los hobbies y ocupaciones (gimnasia, ballet, patinaje, etc.). No se conocen con exactitud los genes específicos implicados, pero los cromosomas que parecen estar asociados con estos trastornos son el cromosoma 1 con la AN y el cromosoma 10 con la BN^{3,6-8}. Otra posible causa de estos TA son cambios en algunas hormonas como la leptina o la ghrelina que conducen a la inanición o atracones.^{9,10} Para su tratamiento se requiere de un equipo multidisciplinar del que deben formar parte psiquiatras, psicólogos, nutricionistas y odontólogos¹¹.

El objetivo de esta revisión narrativa ha sido realizar una búsqueda bibliográfica sobre el manejo del paciente con trastornos de la alimentación y sus repercusiones orales, puesto que al ser una de las primeras manifestaciones de los TA, los odontólogos van a tener un papel muy importante en el diagnóstico precoz y la derivación del paciente para su adecuado manejo terapéutico^{12,13}.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Aquellos individuos que sufran de AN, al tener un peso excesivamente bajo, pueden presentar depresión, irritabilidad, insomnio y se vuelven más introvertidos. Esto puede deberse a un posible estado de inanición, por ello, cuando se vuelve a alcanzar el peso adecuado se debe valorar si estos síntomas han remitido. En ocasiones, pueden tam-

bién tener un trastorno obsesivo-compulsivo que estará relacionado con la comida. Estos pacientes pueden presentar anemia, leucopenia, y en las pruebas bioquímicas, se observan altos niveles de urea, hipomagnesemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia y bicarbonato sérico aumentado en aquellos que se inducen el vómito. En mujeres hay niveles bajos de estrógenos y en varones de testosterona. En casos más avanzados, pueden desarrollar bradicardia sinusal y arritmias^{4,8}.

Otros síntomas muy frecuentes en la AN son: amenorrea, fatiga, estreñimiento, dolor abdominal, dolor miofascial, intolerancia al frío, letargia, hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Tras 6 meses de haber sufrido amenorrea puede aparecer osteopenia y osteoporosis. En algunos pacientes se pueden observar erosiones dentarias y cicatrices o callosidades en las manos y nudillos (signo de Russell) (Figura 1) si se inducen el vómito, lanugo, vello fino, alopecia, xerosis, hipertrichosis, fragilidad de las uñas, se evidencian las protuberancias óseas, edemas periféricos, petequias, piel de color amarillento por la hiper胡萝卜素emia, hipertrofia de las glándulas salivales, sobre todo las parótidas, aunque también se han descrito casos de la submandibular. La muerte puede producirse por inanición, taquiarritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca y suicidio^{3,7,11,14-17}.

Todo esto se puede asociar a diversas enfermedades sistémicas como la anemia normocítica normocroma, función renal alterada o cardiopatías.

Los pacientes con BN suelen tener un peso corporal normal, aunque pueden tener desviaciones de la normalidad. Son conscientes de que los atracones no son normales y tienen sentimientos depresivos cuando terminan de comer. Suelen mantener en secreto los atracones y vómitos. Los síntomas depresivos, de ansiedad y los trastornos del estado anímico y de personalidad suelen ser muy frecuentes, e incluso, pueden preceder al TA. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias en un tercio de estos pacientes. Esto lo realizan como un intento para controlar el apetito^{2,4,18}.

Como consecuencia de los métodos compensatorios inadecuados pueden sufrir alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico como hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia, bicarbonato sérico elevado debido a los vómitos inducidos y niveles altos de amilasa.

Otras manifestaciones son: erosiones dentarias (Figura 2), signo de Russell, agrandamiento de la glándula parótida o submandibular, amenorrea, dolor miofascial, hinchazón, estreñimiento, esofagitis, dolor abdominal y náuseas. Entre las complicaciones de la patología se encuentra la aspiración del vómito, rotura esofágica o gástrica, hipopotasemia con arritmias cardíacas, pancreatitis, miopatía y miocardiopatía^{3,14,15,17}.

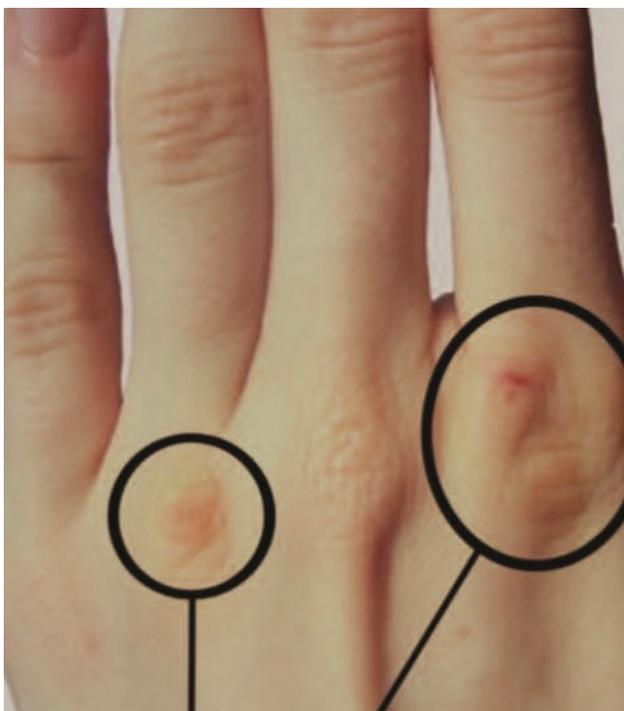


Figura 1. Signo de Russell.

DIAGNÓSTICO

Se realiza mediante los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM-V). Los criterios se detallan en la Tabla 1 ¹.

Es importante llevar a cabo un diagnóstico diferencial con aquellas patologías sistémicas que conlleven pérdida de peso importante (enfermedades digestivas, neoplasias, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, trastornos depresivos), pero debe tenerse en cuenta que, de padecer estas enfermedades, los pacientes no van a tener una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más ⁴.

MANEJO MÉDICO

El tratamiento de la AN incluye su estabilización y la valoración del estado nutricional. Es necesario tratamiento psiquiátrico y farmacológico para prevenir la recaída. En la BN se dan fármacos antidepresivos, terapia conductual e interpersonal para romper el ciclo de atracones-vómitos o disminuir la ingesta. En casos graves requieren hospitalización ¹¹.

En el estudio de Rosen se da importancia a la terapia basada en la familia, los programas de tratamiento diarios, las terapias hospitalarias y la farmacoterapia. El primero de ellos se realiza en adolescentes con TA y pretende ayudar al paciente a asumir su responsabilidad en la patología y el tratamiento. En los programas de tratamiento diarios el paciente está hospitalizado durante un día y recibe tratamientos durante 8-10 horas (incluidas las comidas, terapia en grupo, etc.) administrados por un equipo multidisciplinar.



Figura 2. Erosiones dentarias en las caras palatinas/linguales y oclusales.



Figura 3. Paladar blando de coloración amarillenta.

Respecto a las terapias hospitalarias, la hospitalización es más común en pacientes con AN que con BN y permite la estabilización médica, ganancia de peso adecuada y adquirir unos hábitos alimenticios adecuados ¹⁶.

En cuanto a la farmacoterapia, no hay ningún tratamiento aprobado por la FDA para el tratamiento de la AN. A estos pacientes se les administra fármacos para tratar síntomas de la depresión y ansiedad. Se suelen usar los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para prevenir recaídas de AN y la olanzapina, ya que se ha visto que mejora la ganancia de peso y los pensamientos disfuncionales ¹⁶.

La fluoxetina está aprobada para tratar la BN. Otros fármacos que se usan son: ISRS, antidepresivos tricíclicos y topiramato para disminuir el ciclo de atracones-vómitos ¹⁶.

El pronóstico de los TA es variable, algunos pacientes se recuperan totalmente, otros sufren varias recaídas y otros sufren un deterioro crónico ^{4,5}.

MANIFESTACIONES ORALES Y MANEJO ODONTOLÓGICO

Los TA pueden dar manifestaciones mucosas, dentales o salivales. Todas ellas se suelen dar al cabo de seis meses desde el comienzo del trastorno ¹¹.

Tabla 1. Diagnóstico de La anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa según el DSM-V.

Anorexia nerviosa (AN)	Bulimia nerviosa (BN)
A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal inferior al mínimo esperado con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.	A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por: <ul style="list-style-type: none"> - Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
B. Miedo a ganar peso o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.	B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso (vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo).
C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.	C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
	D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
	E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante los últimos 3 meses no ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas (tipo restrictivo) o sí ha habido tales episodios (tipo con atracones/purgas). - Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de AN, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero sí se han cumplido B o C (remisión parcial) o si no se ha cumplido ninguno de los criterios (remisión total). - Gravedad: se basa en el índice de masa corporal (IMC) o, en caso de niños o adolescentes, en el percentil del ICM. Según la OMS: <ul style="list-style-type: none"> • Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ • Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ • Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ • Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ 	<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado (remisión parcial) o si no se ha cumplido ninguno de los criterios (remisión total). - Gravedad: basada en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados: <ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1-3 episodios/semana. • Moderado: 4-7 episodios/semana. • Grave: 8-13 episodios/semana. • Extremo: 14 episodios/semana

En cuanto a la mucosa oral, cabe encontrar atrofia de la misma debido a la anemia que se da por la falta de ingesta de vitaminas y nutrientes. Las vitaminas B1, B6 y B12 se han relacionado con una disminución en el recambio de células epiteliales. Esto se hace evidente sobre todo en lengua, donde se puede encontrar eritema y glositis atrófica. Así, se favorece la aparición de una sensación de boca ardiente. En el paladar blando, en aquellos pacientes que se inducen vómitos, también es frecuente observar lesiones debido al trauma constante o a la acción de ácido durante el vómito. Además, estos pacientes tienen una higiene oral deficiente, por lo que presentan altos índices de placa, inflamación gingival y predisposición a la periodontitis. La deficiencia de vitamina C afecta al periodonto y predispone a la gingivitis y a infecciones periodontales. Otras manifesta-

ciones mucosas que se dan son: eritema labial, queilitis exfoliativa, paladar de color amarillento (Figura 3), lesiones hemorrágicas¹⁷, infecciones fúngicas por *Candida* spp.²⁰, sialometaplasia necrotizante, disgeusia y xerostomía, generalmente por la medicación¹⁵.

Respecto a las manifestaciones dentales es frecuente observar erosiones dentarias en las caras palatinas/linguales y oclusales de los dientes en aquellos pacientes que tienen atracones y purgas. Algunos usan vinagre o zumo de limón para eliminar la fase gustatoria del mecanismo que regula el hambre, y esto puede aumentar el riesgo de erosión²⁰⁻²². La erosión va a favorecer la sensibilidad dentinaria y por tanto, el dolor oral. La sensibilidad dentinaria suele ser peor durante el primer año y, posteriormente, va disminuyendo²¹. En la fase en la cual los pacientes tienen atracones con-

Tabla 2. Manifestaciones orales en los trastornos de alimentación.

Manifestaciones mucosas	Manifestaciones dentales	Manifestaciones glandulares
Atrofia	Caries dental	Agrandamiento glándula parótida
Eritema y glositis atrófica	Erosiones dentarias en las caras palatinas/linguales y oclusales	Agrandamiento glándula submandibular
Úlceras traumáticas en paladar blando	Sensibilidad dentinaria	
Sensación de boca ardiente		
Inflamación gingival, infecciones periodontales y predisposición a periodontitis		
Infecciones fúngicas por <i>Candida spp.</i>		
Sialometaplasia necrotizante		
Disgeusia		
Xerostomía		

sumen una alta cantidad de carbohidratos, por lo que van a desarrollar caries dental ¹⁵.

Las glándulas salivales mayores, sobre todo la parótida y, en algunas ocasiones, la submandibular, pueden aumentar de tamaño debido a la sialoadenitis ^{21, 22}. La severidad del agrandamiento es directamente proporcional a la frecuencia del vómito, por lo que, los que no vomitan no lo desarrollan. No es doloroso, por lo que la atención del paciente va enfocada a la deformidad estética. El examen intraoral revela flujo salival normal y el conducto no presenta inflamación. La causa de la hinchazón es desconocida, pero se piensa que puede estar en relación con el estímulo colinérgico que, junto a la acción del vómito, activa las glándulas salivales y conlleva a una hipertrofia acinar y al agrandamiento. El tratamiento para el agrandamiento glandular es el cese del TA ²¹.

Se ha estudiado y comparado la composición bioquímica de la saliva de pacientes con TA frente a pacientes control. En el estudio de Johansson y cols., no se encontraron diferencias significativas entre la secreción de saliva estimulada y no estimulada y la capacidad buffer entre pacientes con TA respecto a los controles. Se encontraron resultados estadísticamente significativos en la saliva no estimulada ya que en los pacientes con TA se han observado valores más elevados de albumina, fosfato inorgánico, aspartato aminotransferasa, clorhidrato, magnesio y las cantidad de proteínas totales. Las concentraciones superiores de aspartato aminotransferasa y de proteínas totales se consideraron como buenos indicadores de los TA ya que mostraron una sensibilidad de 65% y especificidad de 67%.

²³ En otro estudio anterior, se observó que los niveles ele-

vados de amilasa sérica son directamente proporcionales a la frecuencia de los episodios de atracones/vómitos ²². No obstante, son necesarios más estudios para poder corroborar estos datos.

Ante los resultados de una dieta con alto contenido en carbohidratos (caries) y los efectos del vómito crónico (erosión de los dientes), el odontólogo debe sospechar de un trastorno de alimentación y el paciente debe ser remitido al médico para su diagnóstico y tratamiento. Las repercusiones orales suelen ser las primeras en manifestarse en los TA. En ocasiones, los pacientes niegan tener esos hábitos y se les debe avisar sobre las complicaciones médicas como ruptura gástrica, arritmias cardíacas y muerte. Si se trata de pacientes jóvenes, es necesario avisar a sus padres.

Los pacientes con AN son más difíciles de identificar y lidiar en la práctica odontológica. Como se ha mencionado anteriormente, un gran porcentaje de pacientes con AN son también bulímicos, por lo que se pueden encontrar manifestaciones orales similares (Tabla 2). Es más frecuente encontrar una peor higiene en pacientes con AN que en los bulímicos ^{3, 24, 25}.

En los diversos estudios de DeBate y cols., se ha observado que la mayoría de los dentistas no saben detectar a los pacientes con TA, ni reconocen sus manifestaciones orales. En uno de sus estudios, los higienistas identificaron correctamente más casos que los dentistas, por lo que insiste en la educación sobre este tema por parte de los odontólogos por las repercusiones que tienen en su campo profesional ^{12, 26, 28}. También reporta que hay más dentistas mujeres que varones que detectan casos de TA ²⁸.

El dentista debe tener una buena comunicación con el paciente e instruirlo para llevar a cabo una higiene oral adecuada y aplicar flúor tópico. Hay que explicarles que no deben cepillarse inmediatamente después de vomitar ya que se aceleraría la destrucción del esmalte, y recomendar el uso de enjuagues de fluoruro sódico al 0,05% para neutralizar el ácido. La sensibilidad dental se puede manejar mediante pastas desensibilizantes, aplicaciones de flúor, etc. Este tipo de pacientes pueden requerir tratamientos dentales básicos que incluyen raspado y alisado radicular, eliminación de las caries, tratamiento de las erosiones dentarias y, en ocasiones, extracciones y tratamiento de conductos. No se deben planear procedimientos restauradores hasta que el ciclo de atracones-vómitos haya finalizado y el paciente esté estable. Tanto el dentista como el paciente deben ser conscientes de una posible recaída ³.

CONCLUSIONES

El odontólogo es un profesional sanitario muy importante para el diagnóstico temprano de los pacientes con TA, puesto que las manifestaciones orales suelen ser las primeras en presentarse (caries, erosión de las caras linguales y oclusales de los dientes, mucosas atróficas y traumatizadas, agrandamiento glándulas salivales mayores). Deberá concienciar al paciente y/o sus padres sobre las complicaciones que se pueden dar y derivarlo para realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno. Asimismo, se debe instruir al paciente en técnicas de higiene oral e introducirlo en un programa de prevención individualizado.



BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2014.
2. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Little and Falace's dental management of the medically compromised patient. 8th ed. St. Louis (Mi). Elsevier Mosby; 2012.
3. Steinberg B. Medical and dental implications of eating disorders. *J Dent Hyg* 2014; 88: 156-159.
4. López Ibor J, Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4th ed. Barcelona: Masson; 2002.
5. Grange D, Loeb K. Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. *Early Interv Psychiatr* 2007; 1 (1): 27-39.
6. Vanderlinden J, Kamphuis J, Slagmolen C, Wigboldus D, Pieters G, Probst M. Be kind to your eating disorder patients: The impact of positive and negative feedback on the explicit and implicit self-esteem of female patients with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2009; 14: e237-e242.
7. De Souza S, Antequerdts R, Aratany E, De Siqueira S, Cordás T, De Siqueira J. Pain and temporomandibular disorders in patients with eating disorders. *Bras Oral Res* 2018; 32 (51): 1-8.
8. Grzelak T, Dutkiewicz A, Paszynska E, Dmitrzak-Weglarz M, Slopian A, Tyszkiewicz-Nwafor M. Neurobiochemical and psychological factors influencing the eating behaviors and attitudes in anorexia nervosa. *J Physiol and Biochem* 2016; 73 (2): 297-305.
9. Monteleone A, Castellini G, Volpe U, Ricca V, Lelli L, Monteleone P y cols. Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018; 80: 132-142.
10. Yagi T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inui A. The role of ghrelin, salivary secretions, and dental care in eating disorders. *Nutrients* 2012; 4: 967-989.
11. Kavitha P, Vivek P, Hegde A. Eating disorders and their implications on oral health - role of dentists. *J Clin Pediatr Dent* 2011; 36 (2): 155-160.
12. DeBate R, Tedesco L, Kerschbaum W. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J Dent Educ* 2018; 69 (3): 346-354.
13. Kisely S, Baghaie H, Laloo R, Johnson N. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Pediatr Dent* 2015; 207 (4): 299-305.
14. Hermont A, Pordeus I, Paiva S, Abreu M, Auad S. Eating disorder risk behavior and dental implications among adolescents. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 677-683.
15. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis* 2008; 14: 479-484.
16. Rosen D. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatr* 2010; 126 (6): 1240-1253.
17. Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *J Ment Health* 2005; 14 (6): 611-624.
18. Oberne A, DeBate R. Self-induced vomiting as a function of bulimia nervosa increases the risk for oral health issues. *J Evid Based Dent Pract* 2014; 14 (4): 195-196.
19. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in anorexia nervosa, bulimia nervosa and EDNOS. *J Psychiatric Res* 2018; 96: 178-182.
20. Szupiany T, Pytko-Polończyk J, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 945-954.
21. Montecchi P, Custereri V, Polimeni A, Cordaro M, Costa L, Marinucci S y cols. Oral manifestations in a group of young patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2003; 8 (2): 164-167.
22. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: A review and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50 (10): 1122-1125.
23. Johansson A, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and biochemical composition of saliva: a retrospective matched case-control study. *Eur J Oral Sci* 2015; 123 (3): 158-164.
24. Johansson A, Johansson A, Nohler E, Norring C, Åström A, Tegelberg Å. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. *BMC Oral Health* 2015; 15: 124.
25. AlShahrani M, Haralur S, Alqarni M. Restorative rehabilitation of a patient with dental erosion. *Case Rep Dent* 2017; 2017: 1-6.
26. DeBate R, Tedesco L. Increasing dentists' capacity for secondary prevention of eating disorders: identification of training, network, and professional contingencies. *J Dent Educ* 2006; 70 (10): 1066-1075.
27. Frimenko K, Murdoch-Kinch C, Inglehart M. Educating dental students about eating disorders: perceptions and practice of interprofessional care. *J Dent Educ* 2017; 81 (11): 1327-1337.
28. DeBate R, Vogel E, Tedesco L, Neff J. Sex differences among dentists regarding eating disorders and secondary prevention practices. *J Am Dent Assoc* 2006; 137 (6): 773-781.