



Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia

Leonor Ochoa García,* Saúl Dufoo Olvera,* Claudia S de León Torres[§]

RESUMEN

La profesión odontológica orientada hacia la población reconoce el papel de la nutrición en la práctica clínica y aplica los principios nutricionales a la salud bucal. El cirujano dentista tiene la oportunidad de observar las manifestaciones bucales debidas a una ingestión de alimentos inapropiada y orientar adecuadamente a sus pacientes. Los trastornos nutricionales, como la anorexia y la bulimia, tienen repercusiones importantes en la salud bucodental del paciente que las padece. Dentro de las manifestaciones más importantes y de mayor prevalencia destacan: desmineralización y erosión del esmalte, caries, alteraciones de la mucosa y del periodonto. Debido a la naturaleza de estos trastornos, comúnmente no se le da la importancia a los problemas bucodentales, sin embargo aunque éstos no ponen en riesgo la vida del paciente, debe tenerse en cuenta por su carácter irreversible y se debe actuar con prontitud en su diagnóstico y tratamiento. Es necesario advertir que el tratamiento dental no es sencillo y que el odontólogo debe considerar como un reto importante la recuperación y el mantenimiento del paciente, pero por tratarse de un padecimiento multisistémico deberá ser tratado por un equipo multidisciplinario especializado, quienes de manera conjunta ayudarán a salvarle la vida a la persona que la padece.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, erosión dental, xerostomía y sialoadenitis.
Key words: Diet disorders, anorexia, bulimia, dental erosion, xerostomy, sialadenitis.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día resulta irónico el bombardeo publicitario, que por un lado, incita al consumidor a adquirir más alimentos y después es rechazado por no poseer un cuerpo deseado socialmente. La gente gasta grandes cantidades de dinero en más alimentos de los que necesita y después paga por el privilegio de hacer ejercicio y dietas para bajar de peso; todo con la finalidad de alcanzar una figura esbelta, la cual se torna más importante que la propia salud, y sobre todo en las mujeres, quienes sin defensas ni argumentos críticos se enfrentan ante esta situación.¹

Por lo mencionado anteriormente, los trastornos alimenticios se revisten de actualidad en la sociedad y es evidente que son los resultantes de distintos factores que intervienen en su incidencia y prevalencia, por consiguiente, es necesario reconocer su existencia, la

ABSTRACT

Dental profession oriented towards the population recognizes the role of nutrition in the clinical practice and applies the nutritional principles to oral health. The dentist has the opportunity to first diagnose oral manifestations due to an inadequate diet and to orient the patient to eat properly. Nutritional disorders, as bulimia and anorexia, have important repercussions in oral health of patients that suffer them. Among the manifestations, those with the biggest prevalence are: demineralization and erosion of dental enamel, caries and mucosal and periodontal alterations. Due to the nature of these diseases, the oral problems are not considered as important, however, they should be considered to be diagnosed and treated early. It is convenient to mention that their treatment is not easy and the dentist has the challenge to restore and maintain the oral health. It is necessary to advise that dental treatment is not easy and the dentist has to consider as a challenge the recovery and maintenance of the patient, and since it is a multisystemic disorder it should be treated by a multidisciplinary team of clinicians in order to save patient's life.

población en riesgo y la forma de su abordaje terapéutico que, acompañado de un trabajo multidisciplinario, que le permita salvarle la vida a quien padece estos trastornos.¹

Del siglo V al siglo XVI con frecuencia se encontraban mujeres que siguiendo un modelo de ascetismo comían muy poco, incluso al grado de llegar al total rechazo del alimento como un signo de divinidad.²

En el postmedievo fueron frecuentes los casos de mujeres que sobrevivían sin comer, pasando mucho tiempo en cama y sufriendo parálisis histérica; sin em-

* Profesor de Asignatura.

§ Ayudante de Profesor.

bargo, la razón del ayuno se debía aparentemente al valor simbólico que esas mujeres le atribuían a la comida, al igualar al alimento y la comida con objetos sexuales "prohibidos", de ahí que se hiciera alusión (desde una postura psicoanalítica) al temor a ser penetrada-alimentada por miedo a quedar embarazada-engordar.³

En los años 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes religiosas, un número creciente de mujeres se entregaba a la práctica del ayuno, como un medio de protección contra las fuerzas del mal, garantizando cierta pureza.⁴

Sin embargo, hasta mediados del siglo XIX Habermas citó que el ayuno antes mencionado no caía propiamente en ser anorexia nerviosa, ya que éstos no eran motivados por un temor mórbido a engordar. Bordo en 1990 menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.^{5,6}

De la bulimia nerviosa sí existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia nerviosa, término que deriva del griego "bulimy" (traducido como hambre de buey).⁷

La postura que argumenta que la bulimia nerviosa es un trastorno relativamente reciente es acertada si se considera que fue hasta 1940 cuando se le empezó a considerar como un síndrome. Aunque hay que destacar que la mayoría de los reportes la asociaban con la anorexia nerviosa, por lo que seguía existiendo cierta inespecificidad de la bulimia nerviosa como patología, ya que no se distinguía si era un síndrome independiente, o bien un síntoma de la anorexia nerviosa.⁷

Los primeros reportes de anorexia nerviosa datan de 1684 en Inglaterra por Morton, y se definió como un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado consumición nerviosa. En 1874 Gull (citado en Hartman) asocia el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicogénico: el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación (adelgazamiento).⁸

Desde entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia nerviosa en países como Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre otros. En muchos de esos reportes ya se asociaba a la anorexia nerviosa con síntomas bulímicos y, a la par de los estudios sobre anorexia nerviosa, fueron descubriendo la bulimia nerviosa.⁹

Según Foster, autores como Sollier, en 1891; Bouveret, 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al

abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome hasta 1940. El trabajo de Ludwin Binswagner en 1944 es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica.¹⁰

La bulimia nerviosa fue descrita por primera vez por Russell en 1979 como "una siniestra variedad de anorexia nerviosa".¹¹

Según Wilson hasta los años 70 fue muy difícil separar los reportes sobre anorexia nerviosa de aquéllos sobre la incipiente bulimia nerviosa, y hay que notar que se consideraba a la misma como un mero síntoma de la anorexia nerviosa; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y revisión del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", de la American Psychiatric Association.⁵

Así, en 1979 Russell hace una descripción completa del cuadro, acuñando a su vez el término de "Bulimia nerviosa" para la conducta caracterizada por:

1. Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse;
2. Presencia del atracón seguido de la autoinducción del vómito y uso de purgantes, como medidas para evitar el sobrepeso, y
3. Presencia de un gran miedo a engordar.¹¹

Influencia de los medios de comunicación y otros factores

Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación (Figura 1).¹²

El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras.¹²

Factores familiares: La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de protección deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando la falta de habilidades para tomar decisiones. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre-involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general.

Factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno.

Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones, divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero); aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.¹²

Trastorno alimentario

El término trastorno alimentario se refiere en general a trastornos psicológicos que comparten graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica.¹³



Figura 1. Tipo de modas que implican un determinado estilo de vida y alimentación.

Definición de la anorexia nerviosa según la OMS

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia (Figura 2).¹⁴

Tipos de anorexia nerviosa

1. Tipo restrictivo (ANR): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
2. Tipo compulsivo/purgativo (ANCP): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (Figura 3).¹⁵

Bulimia nerviosa

Definición de bulimia nerviosa según la OMS

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el con-



Figura 2. La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida deliberada de peso.

trol del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma sicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la anorexia nerviosa, aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso (*Figura 4*).¹⁴

La mayoría de las mujeres que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas. Generalmente se presenta en mujeres mayores que las que tienen anorexia nerviosa. La media de edad de aparición en pacientes con bulimia, está situada alrededor de los 17 años. Al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada como la anorexia nerviosa, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.¹⁶

Tipos de bulimia nerviosa

1. Tipo "Purgativo": la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.¹⁵
2. Tipo "No purgativo": la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.¹⁵



Figura 3. Imitación de estilo de moda.

Síntomas de la bulimia nerviosa

- Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal (vigorexia). Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.
- Antecedentes de dietas frecuentes. Muchos estudios han revelado que casi todas las personas que desarrollan bulimia nerviosa han realizado frecuentes intentos de controlar su peso.
- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar.
- Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.
- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia nerviosa también desarrollarán bulimia nerviosa.¹⁷

Principales alteraciones bucodentales provocadas por la anorexia y bulimia nerviosa

Según Blinder, el efecto de la bulimia y la anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidos en los años 70 por Hellstrom.¹⁰ Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran.

- Erosión dental
- Enfermedad periodontal

- Sialoadenitis en glándulas salivales principalmente parótida
- Xerostomía^{18,19}

Erosión dental

La lesión dentaria de mayor prevalencia en los pacientes con trastornos de la alimentación, tanto anoréxicos como bulímicos, es la erosión dental provocada por el ácido del vómito el cual suele tener un pH de 2.²⁰

Para definir la erosión en las superficies de los dientes superiores (*Figura 5*) debida al vómito, reflujo gastroesofágico, y regurgitaciones, se recurre al término de perimilólisis, actualmente se describen lesiones erosivas localizadas en la cara palatina de los dientes superiores, siendo el primer signo que aparece a nivel dental en pacientes anoréxicos y bulímicos. Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vómito voluntario y a que la propia lengua en su adaptación lateral protege a los dientes mandibulares.²⁰

En pacientes que se autoinducen el vómito, puede aparecer un signo clínico denominado signo de Russell, que consiste en una formación calcíca en el dorso de la mano y los dedos debido a la colocación de la mano en la boca para inducir el vómito.²⁰

El ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxiapatita debido a la unión del ion H del ácido con el ion calcio del esmalte, lo cual conlleva la pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido. La gravedad de la afectación del esmalte depende de su grado de mineralización, de la duración, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación) (*Figura 6*).²⁰

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito suelen realizar los pacientes, para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es el causante directo, por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva que



Figura 4. Provocación de vómito.

arrastrará los prismas de esmalte debilitados por el ácido y durante el cepillado, favoreciendo esto la formación de caries (*Figura 7*).²⁰



Figura 5. Erosión de caras palatinas de dientes superiores debido al vómito y reflujo gastroesofágico en pacientes anoréxicos y bulímicos.



Figura 6. Pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido provocado por el vómito.



Figura 7. Abrasión mecánica provocada por el uso frecuente del cepillo dental con el fin de eliminar el mal sabor después del vómito.

Alteraciones periodontales

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, originando en el peor de los casos pérdida, tanto de densidad ósea, como de piezas dentales y afecciones en tejidos de soporte, entre ellos de los más afectados suele ser la encía, ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía, afectando al ya no hidratar directamente a ésta, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias, por lo tanto la alteración más prevalente es la gingivitis (*Figura 8*).²¹

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales.²²

Liew, estudió los índices de placa en estos pacientes, encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia nerviosa; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. Liew y col apoyan lo anterior (*Figura 9*).²³

Lesiones de tejidos blandos

Existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficien-



Figura 8. Trastornos periodontales presentes en pacientes con trastornos alimentarios.



Figura 9. En algunos casos se reporta recesión gingival en pacientes con anorexia y bulimia.



Figura 10. Debido a las deficiencias nutricionales se pueden presentar queilosis y fisuras principalmente comisurales.

cias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales (Figura 10).²⁴

Hay descritos casos de lesiones bucales como queilitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos de la alimentación; según Milosevic estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes (Figura 11).²⁰



Figura 11. Queilitis angular.



Figura 12. Sialoadenitis acompañada de xerostomía, se puede presentar en pacientes con bulimia nerviosa.

Sialoadenitis

Definido como enfermedad inflamatoria bacteriana de las glándulas salivales, no se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa aunque es frecuente encontrarlo. Ya que se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975.²⁵

La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia nerviosa, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, común en estos pacientes.²⁵

La sialoadenitis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia nerviosa han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente (*Figura 12*).²⁵

Xerostomía

El concepto de xerostomía implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.²⁶

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización, neutralizar el medio ácido causado por los alimentos.²⁶

La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente. Las principales causas son el consumo de diversos tipos de medicamento, la sialoadenitis auto-inmune (síndrome de Sjögren) y la radioterapia cervicofacial.²⁵

Conclusiones

La erosión dental; uno de los eventos más agresivos, conviniendo que a mayor incidencia de vómito se provocaba una mayor erosión obviamente por el contacto del ácido del vómito con las superficies dentales, esto está directamente relacionado con los años del padecimiento y se pueden observar pacientes de largo proceso con alteraciones importantes en la oclusión por degradación completa de los dientes superiores.

Otro factor que incrementa la erosión dental, es la ingesta de líquidos cítricos y/o refrescos. Además de

existir el factor del inapropiado cepillado al ejecutarlo principalmente después de cada vómito.

En pacientes anoréxicas el riesgo de una mala dieta o nula ingesta de alimentos se traduce en desmineralización del esmalte, por lo que los dientes en este tipo de pacientes son frágiles y quebradizos. De igual manera presentan hipersensibilidad dental indiscutiblemente por la erosión presentada, que a mayor edad o implementación de los hábitos anteriores la sensibilidad presentada será mayor.

Por el mismo proceso del vómito recurrente se presenta una irritación orofaríngea, dándose una mayor percepción por parte del paciente después del vómito, observando en algunos de ellos hasta sangrado.

Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el dentista juega un rol importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos que usualmente son manejados tardíamente en las clínicas psiquiátricas varios años después.

En este sentido, el Odontólogo debe ser más que un técnico dental que repara de momento las afecciones provocadas por la anorexia y la bulimia nerviosa, es decir, debe observar, diagnosticar, prevenir y tratar su probable padecimiento, por lo tanto es imperativo el conocimiento y la capacitación acerca de cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en Odontología.

REFERENCIAS

1. Barber S, Bolaños CP, López JCh, Ostrosky A. Los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia nerviosa y Obesidad. *Psicología Iberoamericana* 1995; 3(2): 20-34.
2. Bell RM. *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago. 1985: 59-66.
3. Silverman JA. Anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physician, philosopher and pedagogue an essay. *International Journal of Eating Disorders* 1986; 5(5): 47-853.
4. Toro J. *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel y ciencia. 1996: 20-38.
5. Wilson GT, Walsh BT. Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(3): 362-365.
6. Gómez US, Pérez-Mitré G. Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferencias y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Revista de la Psicología Conductual* 1999; 7(3): 417-429.
7. Blinder BJ, Candenhead K. *Bulimia: una reseña histórica*. En: S.C. 1988; 23-35.
8. Hartman D. Anorexia nerviosa-diagnosis, aetiology and treatment. *Postgrad Med J* 1995; (71): 712-6.

9. Ramírez G, Zárate O. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Aspectos Odontológicos. *Revista ADM* 2000; Vol. LVII. (1): 23-32.
10. Foster DW. Anorexia nerviosa y bulimia. En: Harrison. *Principios de medicina interna*. 13ª ed. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill 1994; I: 527-31.
11. Russell GF. Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. *Psicol Med* 1979; 9: 429-448.
12. Artículo No. 11. "Anorexia en adolescentes y T.V." [en línea] 1999 febrero 20 [fecha de acceso 12 noviembre 2002]; URL disponible en: www.ctv.es/diagnostico/diagnostico/anorexia%20y%20bulimia.html
13. Valles L. *Ensayo sobre anorexia y bulimia*. Ed. Interamericana. 9a Edición. 1999.
14. Organización Mundial de la Salud. Ginebra CIE-10. *Trastornos mentales y de comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1992.
15. DSM-IV –tr. *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*. Publicado por Asociación Psiquiátrica Americana. C.C. de Washington 1994.
16. Raich ER. Definición y evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. *Revista de Psicología y Ciencia Social* 1998; 1: 201.
17. Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Ed. Salvat. México, pp. 125-133.
18. Ríos L. 1999 Ideal estético: Fuente de Insatisfacción. *Reforma*, 11-11[en línea] 1990 [fecha de acceso noviembre 2002]; disponible en: <http://www.fumtadip.com.ar/salgado.htm>
19. Stege P, Visco DL, Rye L. Anorexia nerviosa: review including oral and a dental manifestations. *JADA* 1982; 104: 648-52.
20. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J* 1999; 186: 109-113.
21. TUBOTICA.NET "La Gingivitis". [en línea] 2000 [fecha de acceso Noviembre 2002]; Disponible en: http://www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Gingivitis.htm
22. Cómo diagnosticar y manejar la gingivitis. Facultad de Odontología. Universidad de Colombia. *Journal of Periodontology* 1998: 1-4.
23. Touyz SW, Liew VP, Frisken K, Williams H, Beumont PJV. Oral and dental complications in dieting disorders. *Int J Eating Disord* 1993; 18: 341-348.
24. Declaración de la Federación Dental Internacional. "Erosión dental" [en línea] 2001 [fecha de acceso 24 de Noviembre 2002]; Disponible en: http://www.ateneo-odontologia.org.ar/revista_2001_03.html
25. Regezzi JA, Sciubba JJ. *Patología Bucal*. 3a ed. México: editorial Interamericana. 2000.
26. TUBOTICA.NET "La xerostomía o sequedad bucal" [en línea] 2000 [fecha de acceso Noviembre 2002]; Disponible en: http://216.239.39.100/search?q=cache:6l_ctxu6ZPOC:www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Xerostomia.htm+GINGIVITIS+CARIES+POR+ANOREXIA&hl=es&ie=UTF-8

Dirección para correspondencia:
Mtra. Leonor Ochoa García
 Torres Adalid Núm. 1508,
 Colonia Narvarte.
 Deleg. Benito Juárez. 03020.
 México, D.F.
 ronoel1508@hotmail.com