



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TEMA:**

**Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del  
odontopediatra. Revisión sistemática**

**AUTORA:**

**Cuadrado Ríos Sofía Alejandra**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título  
de ODONTÓLOGA**

**TUTORA:**

**Cruz Moreira Karla Elizabeth**

**Guayaquil, Ecuador**

**9 de marzo del 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

**TUTORA**

f. *Karla Cruz M.*  
**Cruz Moreira Karla Elizabeth**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia**

**Guayaquil, a los 9 días del mes de marzo del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del odontopediatra. revisión sistemática**, previo a la obtención del título de **ODONTÓLOGA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 9 días del mes de marzo del año 2021**

**AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del odontopediatra. Revisión sistemática**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 9 día del mes de marzo del año 2021**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**

# REPORTE DE URKUND



## Urkund Analysis Result

Analysed Document: 2.0 redaccion tesis.docx (D93259607)  
Submitted: 1/22/2021 3:05:00 PM  
Submitted By: karla.cruz@cu.ucsg.edu.ec  
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

*Karla Cruz M.*

# REPORTE DE URKUND

The screenshot shows the URKUND interface. On the left, document details are listed: 'Documento' (2.0 redaccion tesis.docx), 'Presentado' (2021-01-22 09:05), 'Presentado por' (Karla Elizabeth Cruz Moreira), and 'Recibido' (karla.cruz@analysis.urkund.com). A progress bar indicates '0% de estas 17 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.' On the right, a 'Lista de fuentes' (List of sources) table is visible, listing various references with checkboxes. At the bottom, there are navigation icons and a footer with '0 Advertencias', 'Reiniciar', 'Exportar', and 'Compartir'.

## ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN LA PRÁCTICA DEL ODONTOPEDIATRA. REVISIÓN SISTEMÁTICA ANOREXIA AND BULIMIA NERVIOSA IN THE PRACTICE OF THE PEDIATRIC DENTIST. A SYSTEMATIC REVIEW

Cuadrado Ríos Sofía<sup>1</sup>, Cruz Moreira Karla<sup>2</sup>. 1. Estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2. Docente de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

**RESUMEN** Introducción: Cada vez más adolescentes padecen algún trastorno alimenticio (TA) a nivel mundial, más comúnmente en mujeres adolescentes y el 95% estarían entre los 12 y 25 años. El objetivo de nuestro estudio es resaltar la importancia del examen clínico en cavidad oral que podría resultar útil para establecer el diagnóstico de anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN) debido a las manifestaciones bucales que pueden producirse, siendo de principal interés para el odontopediatra por el inicio temprano de los síntomas en estos trastornos y la necesidad de un diagnóstico oportuno. Metodología: Una revisión sistemática únicamente de reportes de caso y series de casos de pacientes con AN y BN, que tras evaluar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 112 artículos donde se registraron 194 sujetos. Resultados: De los 194 pacientes el diagnóstico más prevalente fue la AN tipo restrictiva (n=112, 57,73%). De toda la muestra, únicamente 16 (8,25%) pacientes fueron examinados clínicamente en boca indicando la presencia o ausencia de manifestaciones orales y evidenciando la erosión dental (n=10) como la más frecuente. Conclusión: Es necesario que se registre toda anomalía en la cavidad bucal durante el reporte de caso de pacientes anoréxicos y bulímicos para denotar su relevancia y prevalencia en la literatura y que sea complemento para el diagnóstico temprano y oportuno de estos trastornos, sobre todo para el odontopediatra ya que la edad de

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco principalmente a la razón de todo, Dios, gracias por siempre llenar mi vida de bendiciones que me han ayudado a lograr mis metas en la vida y espero por tu gracia seguir cosechando logros profesionales y personales.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por ser mi fuente de conocimientos durante estos casi 5 años de estudio para formarme como odontóloga. Cabe destacar que ese reconocimiento se extiende a los docentes doctores que supieron impartir en mi no solo conocimiento sino también las ganas y amor a la profesión. Especialmente a mi tutora, la doctora Karla Cruz, que siempre supo guiarme durante este proceso.

A mis padres, Susana y Luis, quienes me apoyaron cada día de mi formación y nunca me dejaron sola, les agradezco desde lo más profundo de mi ser porque sin ellos nada hubiera sido lo mismo. Así como a mi familia, que siempre supieron ayudarme cuando lo necesité, especialmente mis hermanos que nunca dijeron no cuando necesite paciente y mi tía Carmita quien a pesar de estar lejos siempre ha estado presente.

También le agradezco a las personas que han sido parte mi formación, tal vez no en lo académico, pero si en lo emocional porque sin su apoyo no habría podido seguir cuando creí que no podía más, gracias Julissa, Melissa, Gabriela y Daniel.

Y por último, pero no menos importante, les agradezco a mis amigos, especialmente al GSS, quienes hicieron de mis días en la universidad y la clínica más divertidos y fáciles porque el apoyo que nos brindamos siempre fue incondicional pues no queríamos que ninguno se quede atrás. Formamos una linda amistad y me alegra saber que ahora también seremos colegas. Gracias especiales a quien ha estado conmigo desde el primer día de clases, literalmente, porque sin ti Ale no habría sido lo mismo estos años.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, pues nada de esto sería posible sin su gracia, le dedico mi esfuerzo, alegrías y cansancio, aunque mejor me queda decir que le dedico todo en mi vida porque siempre cuidada de mi como su hija.

A mis Padres, porque el éxito en cada cosa que hago siento que es el mejor regalo que les puedo dar, ya que sus esfuerzos por darme todo lo necesario para vivir y formarme en la vida no serán nunca en vano, pues me llena de alegría y felicidad poder enorgullecer a mis padres.

A mi tutora, la doctora Karla Cruz, por siempre estar presta a explicarme y guiarme durante este proceso de titulación. Su conocimiento y consejo han sido parte fundamental en el desarrollo de mis habilidades en este trabajo.





UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Pino Larrea, José Fernando**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Adriana Rocío, Amado Schneider**  
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CALIFICACIÓN**

**TUTORA**

f. *Karla Cruz M.*  
**Cruz Moreira Karla Elizabeth**

# Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del odontopediatra. Revisión sistemática

Anorexia and bulimia nervosa in the practice of the pediatric dentist. a Systematic review

**Cuadrado Ríos Sofía<sup>1</sup>, Cruz Moreira Karla<sup>2</sup>.**

1. Estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
2. Docente de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

## Resumen

**Introducción:** La presencia de un trastorno alimenticio (TA) es más común en mujeres adolescentes y el 95% estarían entre los 12 y 25 años. El objetivo de nuestro estudio es resaltar la importancia del examen clínico en cavidad oral que podría resultar útil para diagnosticar anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN) debido a las manifestaciones bucales que pueden producirse, siendo de principal interés para el odontopediatra por el inicio temprano de los síntomas en estos trastornos y la necesidad de un diagnóstico oportuno.

**Metodología:** Una revisión sistemática únicamente de reportes de caso y series de casos de pacientes con AN y BN, que tras evaluar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 112 artículos donde se registraron 194 sujetos. **Resultados:** De los 194 pacientes el diagnóstico más prevalente fue la AN tipo restrictiva (n= 112; 57,73%). De toda la muestra, únicamente 16 (8,25%) pacientes fueron examinados clínicamente en boca indicando la presencia o ausencia de manifestaciones orales y evidenciando la erosión dental (n=10) como la más frecuente. **Conclusión:** Es necesario que se registre toda anomalía en la cavidad bucal durante el reporte de caso de pacientes anoréxicos y bulímicos para denotar su relevancia y prevalencia en la literatura y que sea complemento para el diagnóstico temprano y oportuno de estos trastornos sobre todo para el Odontopediatra, quien atiende en su consulta pacientes en la primera y segunda década de vida que coincide con las edades de inicio de signos y síntomas.

**Palabras clave:** anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, manifestaciones bucales y salud bucal.

## Abstract

**Introduction:** A lot of adolescents suffer from an eating disorder worldwide. It's more common in young women (95%) between 12 and 25 years old. The objective of our study is to highlight the importance of a clinical examination of the oral cavity to register oral manifestation which is useful when establishing a timely diagnosis of AN and BN due to their early beginning of symptoms, it's mainly of interest to pediatric dentists.

**Methodology:** A systematic review was done on case reports and case series of patients with anorexia and bulimia nervosa. After evaluating the inclusion and exclusion criteria, a sample of 112 articles were obtained, in which 194 patients were evaluated. **Results:** Of the 194 patients the most prevalent diagnosis was restrictive type AN (n=112; 57.73%). Of the total sample, only 8.25% (n=16) of patients were clinically examined in the mouth indicating the presence or absence of oral manifestations, and of these, the most frequent was dental erosion (n=10). **Conclusion:** It is necessary that any abnormality in the oral cavity be recorded during the case report of anorexic and bulimic patients. In this way, its relevance and prevalence in literature is established and it becomes complementary bases for the early and timely diagnosis of these disorders. This is true especially for the pediatric dentist, since as we observed in this review of literature, the age of onset of symptoms and even diagnosis of these disorders are during the second decade of life which directly coincides with the age group of patients that he cares for.

**Keywords:** Anorexia nervosa, bulimia nervosa, oral Manifestations, oral Health.

## Introducción

Los trastornos alimenticios son un tema bastante conocido en el ámbito de la salud. La Academy for Eating Disorders (AED) en su reporte de 2016, estableció que: “Todos los TA son enfermedades mentales graves con morbilidad y mortalidad médica y psiquiátrica importantes que ponen en peligro la vida, independientemente del peso de la persona. Los pacientes con TA tienen las tasas de mortalidad más altas de cualquier trastorno psiquiátrico”. (1)

En las últimas décadas cada vez más adolescentes padecen algún TA a nivel mundial, siendo más común en mujeres adolescentes, donde aproximadamente el 95% presentan edades entre 12 y 25 años. (2,3) Además, en otros estudios se establece que la pubertad parece ser un período sensible para el desarrollo de TA y el riesgo de desarrollar uno durante este período es diferente para hombres y mujeres. (4)

La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son trastornos de la conducta alimentaria (TCA) causados por factores biológicos,

psicológicos, conductuales, familiares y sociales que confluyen en un momento de debilidad del paciente. (5) La prevalencia de TCA clínicamente significativa en adolescentes es de alrededor del 13%, de los cuales el 0,8-1,7% cumple con los criterios de AN y 0,8-2,6% para BN. (6) Por lo tanto, no se debe tomar a la ligera este tipo de trastorno, como lo señala la American Psychiatric Association (APA): “Trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia nerviosa, son enfermedades mentales graves que a menudo se asocian con luchas de por vida para controlar los síntomas. Los individuos con TCA sufren un deterioro físico, psicológico y funcional significativo, caracterizado por percepciones distorsionadas de la imagen corporal, restricción o consumo excesivo de alimentos y comportamientos y/o pensamientos asociados a malos hábitos alimenticios”. (7)

Generalmente, estos trastornos son imperceptibles para los familiares del paciente y médicos que los atienden. Por lo cual no solo psicólogos y pediatras deberían ser

capaces de diagnosticar AN y BN a través de los criterios diagnósticos establecidos en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), sino cualquier profesional de la salud mediante la anamnesis y la realización de un buen examen clínico que permita identificar los signos y síntomas incluidos los de cavidad oral. Sin embargo, esto no siempre sucede ya sea por falta de conocimiento, interés o por otras causas, encontrando así que se está desestimando la relevancia de cavidad bucal al momento de identificar los signos de estos trastornos alimenticios. Por lo cual, nos planteamos la siguiente hipótesis: existe una falta de examen clínico de la cavidad bucal por parte de los profesionales de la salud al momento de reportar los pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosa.

Debido a esto, nuestro estudio pretende resaltar la importancia de una básica examinación clínica de la cavidad oral que podría resultar útil al momento de establecer el diagnóstico de estos trastornos alimenticios, sobre todo cuando son de carácter purgativo puesto

que el vómito repetitivo ocasionaría mayormente manifestaciones bucales. Siendo este artículo de principal interés para el odontopediatra ya que el inicio de los signos y síntomas acontecerían en la primera y segunda década de la vida; y de esta manera se podría establecer un diagnóstico temprano y derivación oportuna para el paciente desde la consulta del odontopediatra.

### **Metodología**

Se realizó una revisión sistemática en buscadores como Pubmed y Cochrane, únicamente de los reportes de caso y series de casos usando las siguientes palabras clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, manifestaciones orales y salud bucal. Obteniendo así una población de 2.139 artículos, de los cuales 615 cumplieron con nuestros criterios de inclusión: pacientes menores de 65 años diagnosticados con anorexia o bulimia nerviosa (AN tipo restrictiva, AN tipo purgativa/compulsiva, BN tipo purgativa, BN tipo no purgativa) que reporten o no manifestaciones orales, artículos a partir del 2005 hasta la actualidad en idioma

español e inglés. De estos se excluyeron 503 artículos sobre pacientes con otros TA como Pica, Trastorno por atracón, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos no especificados (EDNOS) y Anorexia nerviosa atípica, así como pacientes transgéneros, en estado de gestación, con enfermedades sistémicas, síndromes, enfermedades crónicas, que usen aparatología ortodóntica o casos de recaída y artículos donde el enfoque central no sea la descripción del diagnóstico de AN y BN dándonos una muestra de 112 artículos para el estudio.

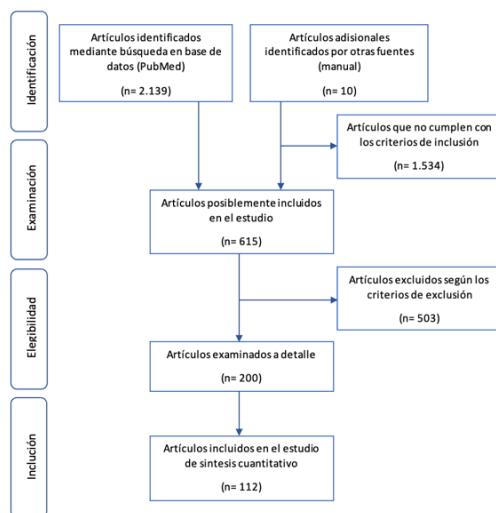


Figura 1  
**Gráfico 1**

Del total de 112 artículos incluidos, se pudo evaluar a 194 pacientes. De los cuales, se recolectaron

datos como su sexo, edad, edad de inicio de los síntomas o del diagnóstico y diagnóstico del desorden alimenticio (AN tipo restrictiva, AN tipo purgativa/compulsiva, BN tipo purgativa, BN tipo no purgativa).

Además, se registró si el paciente presentaba un examen clínico de la cavidad bucal clasificando las manifestaciones orales en grupos: manifestaciones orales en tejido duro (MOTD), manifestaciones orales en tejidos blandos (MOTB) y otras manifestaciones orales (OMO). Las manifestaciones bucales en tejidos duros a su vez las subdividimos en: no presenta manifestaciones en tejido duro, erosión dental, caries y miscelánea (erosión dental y caries); las manifestaciones bucales en tejidos blandos se subdividieron en: no presenta manifestaciones en tejidos blandos, erosión de las mucosas, gingivitis, queilitis y miscelánea (erosión de las mucosas y queilitis); el grupo de otras manifestaciones bucales se subdividió en: no presenta otras manifestaciones orales, xerostomía, disminución de la dimensión vertical y miscelánea

(xerostomía, disminución de la dimensión vertical y restauraciones de resina o amalgama levantadas/filtradas).

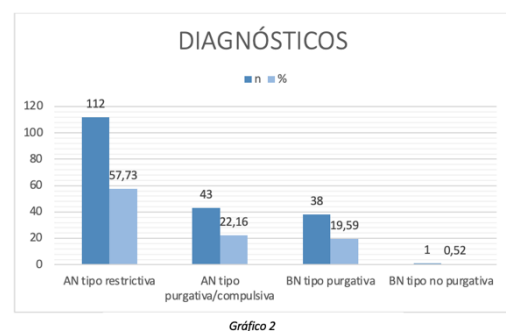
Todos estos datos fueron recolectados y tabulados en una hoja de cálculo de Excel y en el software SPSS para su posterior análisis estadístico descriptivo.

## Resultados

Nuestra muestra contó con 112 artículos y de ellos obtuvimos 194 pacientes de los cuales 182 (93,81%) fueron mujeres y 12 (6,19%) fueron varones, la edad máxima fue 62 años y la edad mínima 5 años, siendo la edad promedio 24 años. Por otra parte, la edad de inicio de los síntomas no pudo ser evaluada en el total de 194 pacientes ya que 20 de estos no reportaron dicha edad, es así como de los 174 pacientes restantes se calculó un promedio de 17 años al momento de debutar con la sintomatología.

Referente al diagnóstico, el más prevalente fue la AN tipo restrictiva con 112 (57,73%) pacientes, seguido por la AN tipo purgativa/compulsiva con 43 (22,16%), BN tipo purgativa con 38 (19,59%) y por último la BN tipo no purgativa con 1 (0,52%) paciente. **Gráfico 2**

Con respecto a si en la publicación se reportaba la examinación clínica de la cavidad oral se determinó que de los 194 pacientes únicamente 16 (8,25%) fueron examinados indicando la presencia o ausencia de manifestaciones orales y de los 178 (91,75%) pacientes restantes no registraron esta información en los reportes de casos, por lo que asumimos que no se realizó la examinación clínica.



**Gráfico 2**

**Tabla n. 1**

Diagnóstico del paciente	Si se reporta examinación de la cavidad oral	No se reporta examinación de la cavidad oral	
<i>Px con AN tipo purgativa/compulsiva</i>	4	37	
<i>Px con AN tipo restrictiva</i>	1	113	
<i>Px con BN tipo purgativa</i>	11	27	
<i>Px con AN tipo no purgativa</i>	0	1	
<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	16	178	194

*Tabla 1*

De los 16 pacientes examinados y que registraron en el reporte de caso alteraciones bucales observamos que del grupo de manifestaciones orales en tejido duro la más frecuente fue la erosión dental con 10 (62,5%) pacientes, seguido del subgrupo miscelánea (erosión dental y caries) con 3 (18,75%), 3 (18,75%) no presentaron MOTD y ninguno presentó solo caries dental como manifestación clínica de AN o BN. **Gráfico 3**

En el grupo de manifestaciones orales en tejidos blandos se observó que la mayoría de los pacientes 9 (56.25%) no presentaron signos, el subgrupo que le siguió en frecuencia fue la categoría miscelánea (erosión de las mucosas y queilitis) con 3 (18,75%) personas, la erosión de las mucosas con 2 (12,5%), al igual

que la queilitis en 2 (12,5%) pacientes y ninguno mostró exclusivamente gingivitis como parte del diagnóstico. **Gráfico 4**

A su vez, en el grupo de otras manifestaciones orales (OMO) se determinó que 8 (50%) pacientes no presentaron alteraciones, pero la categoría miscelánea (xerostomía, restauraciones de resina o amalgama levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida) presentó 5 (31,25%) pacientes, seguido de la dimensión vertical disminuida con 3 (18,75%), mientras que ninguno reportó únicamente xerostomía. **Gráfico 5**



Por otro lado, se realizó una correlación entre el diagnóstico de cada paciente y de las manifestaciones en cavidad oral presentadas. Las MOTD no se presentaron en los 16 pacientes, solamente en 13 de ellos, de los cuales 9 (69,23%) presentaron BN de tipo purgativa, de estos la erosión dental se encontró en 6 (66,67%) pacientes y 3 (33,33%) tuvieron alteraciones de la categoría miscelánea (erosión dental y caries); de los 4 (30,77%) pacientes con AN tipo purgativa/compulsiva todos reportaron erosión dental (4;100%).

En las MOTB encontramos 7 pacientes con un TA, de los cuales 5 (71,43%) fueron diagnosticados con BN de tipo purgativa y de estos, 2 (40%) personas presentaron erosión de las mucosas, 2 (40%) manifestaron erosión y queilitis (miscelánea) y 1 (20%) exclusivamente queilitis; los pacientes con AN tipo purgativa/compulsiva fueron 2

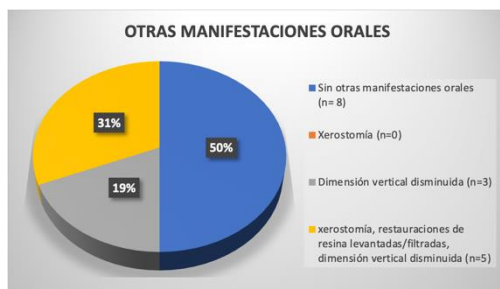


Gráfico 5

(28,57%) mostrando 1 (50%) queilitis y 1 (50%) las alteraciones



Gráfico 3

de la miscelánea (erosión de las mucosas y queilitis).

En el grupo de OMO únicamente 8 pacientes presentaron manifestaciones bucales, de los 6 (75%) diagnosticados con BN tipo purgativa 3 (50%) reportaron dimensión vertical disminuida y otros 3 (50%) las manifestaciones del subgrupo miscelánea (xerostomía, restauraciones de resina o amalgama levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida); mientras que los 2 (25%) pacientes con AN tipo purgativa/compulsiva solo reportaron los signos de la

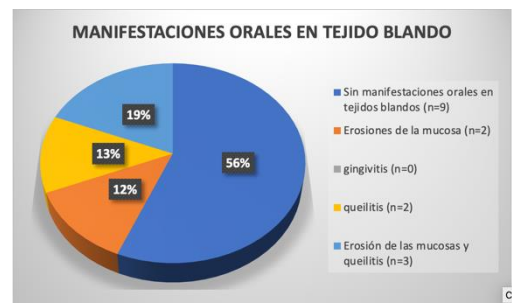


Gráfico 4

miscelánea.

No se encontraron manifestaciones bucales en pacientes con AN tipo

restrictiva y BN tipo no purgativa en ninguna de las tres categorías antes mencionadas.

Finalmente se realizó la búsqueda de asociación entre el diagnóstico de AN y BN y el reporte del examen clínico de la cavidad oral para evaluar la presencia o ausencia de alteraciones bucales, encontrando una diferencia significativa al realizar la prueba Chi cuadrado ( $p=0,001$ ) en relación a la falta de reporte de la examinación de cavidad bucal en pacientes con estos TA. Confirma la poca importancia que se está dando a la examinación clínica de cavidad oral en pacientes con AN y BN.

## **Discusión**

En nuestro estudio se registraron 194 pacientes diagnosticados con AN o BN y con un promedio de edad de 24 años, de los cuales 182 fueron mujeres y 12 varones. Estos resultados concuerdan con los reportados por Montecchi et al. (8) donde en un estudio de 80 pacientes anoréxicos el promedio de edad fue de 15 años y más de la mitad fueron de sexo femenino. Al igual que en el artículo de Le

Grange et al. (9) que presentaron 80 pacientes entre anoréxicos y bulímicos, de los cuales 74 fueron mujeres y únicamente 6 varones. Nosotros inferimos que esto se debe al núcleo de familias disfuncionales del que provienen las pacientes, por lo cual eran más susceptibles a los estereotipos de un “cuerpo perfecto” o “más femenino” que imponen la sociedad mediante la televisión, las redes sociales, etc. Cabe recalcar que la afectación en la mujer es mucho más evidente y lo podemos observar en el estudio de Panico et al. (10) donde los pacientes diagnosticados con AN o BN fueron en su totalidad mujeres, con un promedio de edad de 21 años.

Además, en estos estudios podemos resaltar la edad promedio de los participantes ya que también concuerda con las registradas en el meta-análisis de Hirst et al. (11) donde evidenciamos la tendencia de estos trastornos a presentarse durante las primeras dos décadas de vida. Esto lo respalda nuestro estudio, en donde la mayoría de pacientes presentaron la edad de inicio de síntomas durante la adolescencia; así mismo otros

autores como Machado et al. (12) y Johansson et al. (13) registraron esta edad a los 15 y 16 años respectivamente. Inclusive, registramos que la edad mínima reportada fue la presentada en el artículo de Chatoor et al. (14) perteneciente a una paciente de 5 años diagnosticada con AN de tipo purgativa/compulsiva. Por lo tanto, podemos deducir que a pesar de ser más frecuente el desarrollo de estos TA en la adolescencia, estos se siguen prolongando a lo largo de la vida del paciente y según la literatura, existen pacientes que son diagnosticados durante su infancia, que como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad.

En cuanto al diagnóstico, nuestro estudio reflejó una mayor prevalencia de pacientes anoréxicos ya que se registraron 155 (79,89%) con AN (n= 112 de tipo restrictiva y n= 43 de tipo purgativa/compulsiva) y únicamente 39 (20,11%) con BN (n= 38 de tipo purgativa y n= 1 de tipo no purgativa). Estos resultados coinciden con los relatados por

Machado et al. (12) donde 98 pacientes presentaron AN (n= 63 de tipo restrictiva y n= 35 de tipo purgativa/compulsiva) y 79 BN (n= 72 de tipo purgativa y n= 7 de tipo no purgativa). Sin embargo, esto difiere de lo reportado por Panico et al. (10) donde 46 (71%) pacientes presentaron BN (44 practicaban algún comportamiento purgativo) y únicamente 6 (9%) AN (4 practicaban algún comportamiento purgativo), el 20% restante presentó EDNOS pero esta patología no fue evaluada en nuestro estudio. Al igual que en el estudio de Kisely et al. (15) donde el diagnóstico más prevalente fue el de BN. Esta diferencia podría deberse a que nosotros analizamos el total de pacientes reportados en la literatura con BN y AN, mientras que los estudios de Panico y Kisely se centraron en reportar el trastorno alimentario que presentase con mayor frecuencia lesiones bucales.

Por otra parte, un factor muy importante que denotan nuestros resultados es la falta de realización de un examen clínico de la cavidad bucal durante la examinación y diagnóstico de pacientes

sospechosos de presentar AN o BN. Debido a que de los 194 sujetos de la muestra únicamente 16 (8,25%) reportaron la ausencia o presencia de manifestaciones orales gracias al examen clínico. Esta problemática es aun más evidentes en otros artículos donde ningún paciente es examinado clínicamente en boca, como se observa en lo reportado por Smink et al. (n= 2.230), Nalg et al. (n= 3.021) y Hudson et al. (n= 9.282) donde los participantes previamente seleccionados bajo criterios de inclusión, tuvieron que cumplir con otros parámetros, la realización de análisis, pruebas y encasillamientos según los criterios diagnósticos de cada trastorno para finalmente llegar al diagnóstico del TA, no obstante, la examinación clínica de la cavidad oral no fue una de ellas. Consideramos que las alteraciones encontradas en la cavidad bucal de pacientes anoréxicos o bulímicos son relevantes para su estudio ya que son parte de los signos y síntomas de estas enfermedades y esto las convierte en un campo más a tratar. Es bien sabido que el tratamiento de pacientes con AN o BN es de carácter interdisciplinario y viéndolo

desde este ángulo, el odontólogo y más aún el odontopediatra se volverían parte de este grupo de trabajo. (2,3,6)

Con respecto a las manifestaciones orales, 16 sujetos reportaron la presencia o ausencia de estas alteraciones en sus reportes de caso, de los cuales 11 registraron un diagnóstico de BN tipo purgativa, 4 de AN tipo purgativa/compulsiva, 1 de AN tipo restrictiva y 0 de BN tipo no purgativa. Esto evidencia que la presencia de alteraciones bucales es mayor en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo, que incluyen los diferentes métodos de purgación tales como: laxantes, diuréticos y vómito autoinducido para compensar la ingesta de alimentos. Por otra parte, cabe recalcar que en nuestro estudio se registraron 81 sujetos con AN y BN de tipo purgativa, sin embargo 65 de ellos no registraron el examen clínico de la cavidad bucal por lo cual desconocemos si estos pacientes presentaron alguna alteración, además esto revela la poca atención que se le brinda a la inspección de la cavidad bucal, a pesar de ser importante recopilar

estos datos, no solo para su tratamiento sino también para futuras investigaciones.

Hablando un poco más a fondo sobre las manifestaciones bucales, en nuestro estudio se las clasificó de acuerdo con el tipo de tejido donde se localizaban y otras. Las MOTD analizadas fueron la erosión dental (n= 10) y la caries, siendo la primera la más frecuente y dividiéndose entre 6 pacientes con BN tipo purgativa y 4 con AN tipo purgativa/compulsiva; mientras que la caries solo se encontró en conjunto con la erosión dental en 3 pacientes diagnosticados con BN de tipo purgativa. Estos resultados se asemejan a los registrados por Lifante-Oliva et al. (16) donde de 17 pacientes bulímicos y anoréxicos, 1 con AN y 7 con BN presentaron erosión dental a causa del vómito, reflejando una mayor frecuencia de esta alteración en la Bulimia Nerviosa. A partir de lo analizado hasta ahora resaltamos que, de los 16 pacientes antes mencionados, exactamente 15 evidenciaron la autoinducción de vómito como uno o el único de sus mecanismos purgativos y de estos, 13 presentaron erosión dental. Lo que

concuerdan con los reportado en el estudio de Otsu et al. (17) donde la erosión dental se observó en 43 (86%) de los 50 sujetos que registraron vómito autoinducido, mientras que ninguno presentó erosión dental en el grupo de no vómito (n= 21). A su vez Johansson et al. (13) mostraron una asociación significativa entre el reporte de vómito autoinducido/atracones y la mayor presencia de erosión dental. Sin embargo, tal y como lo señalan otros autores (18,19), está documentado que los pacientes con episodios de atracones exhiben una gran tendencia a consumir alimentos altos en azúcar (carbohidratos) durante estos episodios lo cual aumentaría el riesgo de caries y a su vez, los sujetos que realizan actividad física excesiva tienden a consumir más bebidas deportivas ácidas lo cual promueve el desgaste del esmalte dental y por ende lo hace más susceptible a erosionarse.

En el grupo de las MOTB se observaron erosión de las mucosas, queilitis y gingivitis. Las mucosas erosionadas se reportaron en 2 pacientes diagnosticados con BN tipo

purgativa, al igual que la queilitis (n= 2) con la diferencia de que uno presentaba BN tipo purgativa y el otro AN tipo purgativa/compulsiva; mientras que 3 pacientes, 2 con BN tipo purgativa y 1 con AN tipo purgativa/compulsiva, mostraron tanto erosión en las mucosas como queilitis. Por lo contrario, no se evidenció inflamación de las encías (gingivitis). Es así, que nuestros resultados difieren de lo señalado en el estudio de Lifante-Oliva et al. (16) que con una muestra de 17 participantes, reportaron 3 sujetos con queilitis (n=3 con BN y n= 0 con AN), 13 con erosión de las mucosas (n= 11 con BN y n= 2 con AN) y 5 con gingivitis (n= 3 con BN y n= 2 con AN). El aumento de alteraciones en tejido blando de un estudio a otro demuestra que estas no son una constante y que claramente pueden variar según el método purgativo que se utilice, irritantes locales y hábitos de higiene oral de cada individuo.

Si analizamos un poco más los resultados de pacientes con gingivitis podemos notar que es uno de los síntomas más bajos en los estudios y esto podría deberse principalmente a una frecuente

higiene bucal por parte de los sujetos. Como Johansson et al. (13) manifiestan en su estudio de pacientes con TA comparado con el grupo control, los hábitos de higiene oral en el grupo con TA fueron más vigorosos que en el grupo sin trastornos, tal vez porque estos pacientes tienden a desarrollar comportamientos obsesivos/compulsivos, lo que explica un intenso y frecuente cepillado dental y los resultados de bajos niveles del índice de placa (7,1%) y de sangrado gingival (1%) comparados con el grupo control. Esto también coincide con lo encontrado en el artículo de Derchi et al. (20) donde tras efectuar el examen periodontal encontraron resultados similares. En relación a las prácticas de higiene oral de los pacientes con AN o BN, otros autores (21) relatan que el cepillado de los pacientes suele ser dos veces al día sin ningún otro procedimiento de limpieza bucal, mientras que en el estudio de Lifante-Oliva et al. (16) se estableció que la mayoría de participantes cepillaban sus dientes tres o más veces en el día. No obstante, bien se conoce que “más” no siempre es sinónimo de mejor y

exceder los momentos y forma del cepillado pueden provocar un mayor desgaste del esmalte, sobre todo cuando el cepillado se realiza inmediatamente después de autoinducirse el vómito.

Por otra parte, en el estudio de Dynesen et al. (22) donde se analizó el conocimiento y hábitos que presentaban los pacientes con TA, se encontró que los sujetos con AN y BN pretendía cuidar su salud oral a través de: una completa práctica de higiene bucal, neutralizar el ácido en la boca después de un vómito autoinducido, algunos pacientes pensaban que evitar cepillarse los dientes directamente después de vomitar era mejor aunque otros preferían hacerlo inmediatamente terminado el vómito, mientras que otros sujetos tomaban precauciones al consumir alimentos. Esto denota un interés del paciente con TA en cuidar su salud oral, sin embargo, muchos de estos procedimientos los realizaban de manera empírica ya que no recibieron la instrucción de un correcto cuidado bucal. Por lo cual, es importante abarcar la salud

oral de un paciente con TA como parte de su tratamiento integral.

Por último, otras manifestaciones orales fueron evaluadas en este estudio tales como xerostomía, restauraciones de resina o amalgama levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida que en conjunto se presentaron en 3 pacientes con BN tipo purgativa y en 2 con AN tipo purgativa/compulsiva; además de otros 3 con diagnóstico de BN tipo purgativa que registraron dimensión vertical disminuida. A pesar de que en nuestro estudio no fueron muy frecuentes estas alteraciones bucales, sí podemos observar como otros autores evidencian su prevalencia, como en el artículo de Montecchi et al. (8) donde de un grupo de pacientes con AN entre restrictiva y purgativa/compulsiva, 11 de ellos reportaron restauraciones de amalgama o resina levantadas/filtradas y 9 xerostomía. No obstante, el análisis de pacientes anoréxicos y bulímicos con respecto a la situación de su cavidad oral no registra ampliamente el estudio de la disminución de la dimensión vertical, que como sabemos va muy

relacionada al desgaste de esmalte por erosión dental.

### **Conclusión**

- En definitiva, el conocimiento sobre las alteraciones bucales que se pueden presentar en pacientes anoréxicos y bulímicos no es solo de importancia para los odontólogos ya que son parte de los signos clínicos de estos TA y por ende también les compete a los profesionales de la salud que se encargan de su tratamiento. Por lo tanto, es necesario que se registre toda anomalía en la cavidad bucal durante el reporte de caso de este tipo pacientes para que de esta forma se establezca su relevancia e incidencia en la literatura y se convierta en bases complementarias para el diagnóstico temprano y oportuno de estos trastornos. Cabe resaltar, que en el área de la odontología el especialista que afronta una mayor responsabilidad es el

odontopediatra; ya que como lo observamos en el presente estudio, la edad de inicio de los síntomas e incluso del diagnóstico de la AN y BN es durante la segunda década de vida que directamente coincide con grupo etario de pacientes que acuden a la consulta del odontopediatra, por lo cual es necesario que el especialista reconozca estas manifestaciones al realizar el examen clínico en boca.

- Además, se confirma la hipótesis planteada en nuestro estudio, que nos revela la falta de realización de un examen clínico de la cavidad bucal por parte de los profesionales de la salud al momento de reportar los pacientes diagnosticados con anorexia y bulimia nerviosa.

### **Recomendaciones**

En base a lo descrito en nuestro meta-análisis, recomendamos a futuros estudios sobre pacientes anoréxicos y bulímicos:



- Establecer claramente la edad de inicio de los síntomas y del diagnóstico de TA ya que es un dato igual o hasta más importante que la edad actual del paciente cuando es incluido en la muestra del artículo o se reporta su caso.
- Determinar en futuros estudios no solo si el paciente padece de AN o BN sino que también especificar a que tipo.
- Examinar la cavidad bucal de pacientes bulímicos y anoréxicos durante su análisis para el reporte del caso.

Además, recomendamos a los odontólogos, pero específicamente al odontopediatra lo siguiente:

- Implementar un cuestionario especializado para los pacientes sospechosos de presentar alteraciones bucales por AN o BN para complementar el examen clínico y llegar a un diagnóstico temprano más preciso.

## Referencias

1. Bermudez O, Devlin M, Dooley-Hash S, Guarda A, Katzman DK, Madden S, et al. Eating Disorders: A Guide to medical care. Reston, VA |: Academy for Eating Disorders; 2016 p. 24. Report No.: 3rd edition.
2. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(8):903–18.
3. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348–58.
4. Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(1):1.

5. Bakalar JL, Shank LM, Vannucci A, Radin RM, Tanofsky-Kraff M. Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(6):42.
6. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents: Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 2014;47(6):610–9.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Montecchi PP, Custureri V, Polimeni A, Cordaro M, Costa L, Marinucci S, et al. Oral manifestations in a group of young patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2003;8(2):164–7.
9. le Grange D, Loeb KL, Van Orman S, Jellar CC. Bulimia Nervosa in Adolescents: A Disorder in Evolution? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(5):478–82.
10. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. *J Psychiatr Res.* 2018;96:178–82.
11. Hirst RB, Beard CL, Colby KA, Quittner Z, Mills BM, Lavender JM. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;83:678–90.
12. Machado BC, Gonçalves SF, Martins C, Brandão I, Roma-Torres A, Hoek HW, et al. Anorexia nervosa versus bulimia nervosa: differences based on retrospective correlates in a case-control study. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2016;21(2):185–97.

13. Johansson A-K, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study: Eating disorders and oral health. *Eur J Oral Sci.* 2012;120(1):61–8.
14. Chatoor I, Webb LE, Kerzner B. Anorexia nervosa and depression in a 5-year-old girl: Treatment with focused family play therapy and medication. *Int J Eat Disord.* 2019;52(9):1065–9.
15. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2015;207(4):299–305.
16. Lifante-Oliva C, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(2):119–22.
17. Otsu M, Hamura A, Ishikawa Y, Karibe H, Ichijyo T, Yoshinaga Y. Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. *Biopsychosoc Med.* 2014;8(1):25.
18. Rytömaa I, Järvinen V, Kanerva R, P. Heinonen O. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand.* 1998;56(1):36–40.
19. 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(6):479–84.
20. Derchi G, Vano M, Peñarrocha D, Barone A, Covani U. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion. *J Clin Exp Dent.* 2015;7(1):e170–4.
21. Paszynska E, Dutkiewicz A, Osinska A, Mozol-Jursza M, Smalc N, Tyszkiewicz-Nwafor M, et al. Anorexia Nervosa with Vomiting Episodes: Dermatological and Oral Complications. *Eur J Dent.* 2020;14(01):180–5.
22. Dynesen AW, Gehrt CA, Klinker SE, Christensen LB.

- Eating disorders: experiences of and attitudes toward oral health and oral health behavior. *Eur J Oral Sci.* 2018;126(6):500–6.
23. Abed J, Judeh H, Abed E, Kim M, Arabelo H, Gurunathan R. “Fixing a heart”: the game of electrolytes in anorexia nervosa. *Nutr J.* 2014;13(1):90.
  24. Verzak Ž, Čuković-Čavka S, Čuković-Bagić I. A Case Report of Bulimia Induced Dental Erosion in a Female Adolescent. *Acta Stomatol Croat.* 2007;41(3):260–7.
  25. Tajiri K, Shimizu Y, Tsuneyama K, Sugiyama T. A case report of oxidative stress in a patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2006;39(7):616–8.
  26. Rose M, Frampton I, Lask B. A Case Series Investigating Distinct Neuropsychological Profiles in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Neuropsychological Case Series in AN. *Eur Eat Disorders Rev.* 2012;20(1):32–8.
  27. Taylor V, Sharma A. A Patient with Personal Control of the Adjustable Gastric Band and Bulimia: A Psychiatric Complication. *obes surg.* 2006;16(10):1386–7.
  28. Pelegrina B, Guillén MA, Palma S, Lisbona A, Martín M, Gómez-Candela C. A propósito de un caso de malnutrición muy extrema en una paciente. *Nutr Hosp.* 2014;30(3):690–4.
  29. Treasure J, Schmidt U, Kan C. An illustration of collaborative care with a focus on the role of fathers in Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA). *J Clin Psychol.* 2019;75(8):1403–14.
  30. Rockwell RE, Boutelle K, Trunko ME, Jacobs MJ, Kaye WH. An Innovative Short-term, Intensive, Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: Case Series: Anorexia Nervosa Family Therapy. *Eur Eat Disorders Rev.* 2011;19(4):362–7.
  31. Chatoor I, Webb LE, Kerzner B. Anorexia nervosa and depression in a 5-year-old girl: Treatment with focused family play therapy and medication. *Int J Eat Disord.* 2019;52(9):1065–9.
  32. Englebort J, Follet V, Valentiny C. Anorexia Nervosa and First-

- Person Perspective: Altruism, Family System, and Body Experience. *Psychopathology*. 2018;51(1):24–30.
33. Paul P, Mehta S, Coffey BJ. Anorexia Nervosa in a 14-Year-Old Second-Generation Hispanic Adolescent Boy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. mayo de 2013;23(4):295–9.
34. Demarque M, Guzman G, Morrison E, Ahovi J, Moro MR, Blanchet-Collet C. Anorexia nervosa in a girl of Chinese origin: Psychological, somatic and transcultural factors. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015;20(2):276–88.
35. Areemit RS, Patjanasoonorn N. Anorexia nervosa in a Thai adolescent. *Eat Weight Disord*. 2012;17(3):e207–9.
36. Sokol MS, Carroll AK, Heebink DM, Hoffman-Rieken KM, Goudge CS, Ebers DD. Anorexia Nervosa in Identical Triplets. *CNS spectr*. 2009;14(3):156–62.
37. Tan TSE, Tan JSH. Anorexia nervosa presenting as diffuse spontaneous air leaks. *BMJ Case Rep*. 2019;12(2):bcr-2018-227838.
38. Nagata T, Ono K, Nakayama K. Anorexia nervosa with chronic episodes for more than 30 years in a patient with a comorbid schizotypal personality disorder: Chronic anorexia nervosa with comorbid SPD. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007;61(4):434–6.
39. Paszynska E, Dutkiewicz A, Osinska A, Mozol-Jursza M, Smalc N, Tyszkiewicz-Nwafor M, et al. Anorexia Nervosa with Vomiting Episodes: Dermatological and Oral Complications. *Eur J Dent*. 2020;14(01):180–5.
40. Qadan L. Anorexia Nervosa: Beyond boundaries. *Int J Eat Disord*. 2009;42(5):479–81.
41. Ruskay J, Gerstein F. Anorexia: Dying to Live. *Eating Disorders*. 2006;14(2):177-80.
42. Lis A, Mazzeschi C, Di Riso D, Salcuni S. Attachment, Assessment, and Psychological Intervention: A Case Study of Anorexia. *Journal of Personality Assessment*. 2011;93(5):434–44.
43. Mehler-Wex C, Romanos M, Kirchheiner J, Schulze UME. Atypical antipsychotics in severe anorexia nervosa in

- children and adolescents—review and case reports. *Eur Eat Disorders Rev.* 2008;16(2):100–8.
44. Micula-Gondek W, Tao Y, Guarda AS. Atypical purging behaviors in a patient with anorexia nervosa: consumption of raw red kidney beans as an emetic. *Eat Weight Disord.* 2018;23(4):537–9.
45. Rojo-Moreno L, Plumed JJ, Fons MB, Gonzalez-Piqueras JC, Rojo-Bofill L, Livianos L. Auditory hallucinations in anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev.* 2011;19(6):494–500.
46. Godbole M, Key A. Autophonia in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2010;43(5):480–2.
47. Fernández-Aranda F, Crespo JM, Jiménez-Murcia S, Krug I, Vallejo-Ruiloba J. Blindness and bulimia nervosa: A description of a case report and its treatment. *Int J Eat Disord.* 2006;39(3):263–5.
48. Katzman DK, Misra M. Bone health in adolescent females with anorexia nervosa: What is a clinician to do? *Int J Eat Disord.* 2013;46(5):456–560.
49. Sedghizadeh PP. Bulimia Nervosa. *N Engl J Med.* 2013;368(13):1238–1238.
50. Morgan CD, Marsh C. Bulimia nervosa in an elderly male: A case report. *Int J Eat Disord.* 2006;39(2):170–1.
51. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa? *Eat Weight Disord.* 2006;11(4):e112–6.
52. Bachar E. Case Illustration of the Self-Psychological Treatment of Eating Disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2005;42(3):54–162.
53. van Noort BM, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Kappel V. Cognitive Remediation Therapy for Children with Anorexia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 2015;43(5):351–5.
54. Alvarado-Sánchez N, Alvarez-Rayón G, Mancilla-Díaz JM. Cognitive remediation therapy in Mexico as a treatment for Anorexia Nervosa: A case study. *Eating Disorders.* 2019;27(2):230–52.
55. Wang T-S, Chou Y-H, Shiah I-S. Combined treatment of

- olanzapine and mirtazapine in anorexia nervosa associated with major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(2):306–9.
56. Birmingham CL, Sidhu FK. Complementary and alternative medical treatments for anorexia nervosa: Case report and review of the literature. *Eat Weight Disord*. 2007;12(3): e51–3.
57. Patmore J, Meddaoui B, Feldman H. Cultural considerations for treating Hispanic patients with eating disorders: A case study illustrating the effectiveness of CBT in reducing bulimia nervosa symptoms in a Latina patient. *J Clin Psychol*. 2019;75(11):2006–21.
58. Bagińska J, Rodakowska E, Piszczatowski S, Kierklo A, Duraj E, Konstantynowicz J. Dens invagination and root dilaceration in double multilobed mesiodentes in 14-year-old patient with anorexia nervosa. *Folia Morphologica*. 2017;76(1):128–33.
59. Thajer A, Kotlarenko P, Vaskovich T, skolka astrid, Moritz A. Development of a Novel Restorative Digital Workflow for Patients with Bulimia Nervosa, Report of a Case. *Int J Dent Oral Health*. 2018;4(5):1–9.
60. Holmes SRM, Gudridge TA, Gaudiani JL, Mehler PS. Dysphagia in severe anorexia nervosa: A case report: Dysphagia in Severe Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 2012;45(3):463–6.
61. Staten RA. Eating Disorder in a Young Active-Duty Male. *Military Medicine*. 2013;178(7): e884–9.
62. Rome ES, Strandjord SE. Eating Disorders. *Pediatrics in Review*. 2016;37(8):323–36.
63. Inoko K, Nishizono-Maher A, Ishii K, Osawa M. Effect of medical treatments on psychiatric symptoms in children with anorexia nervosa. *Pediatr Int*. 2005;47(3):326–8.
64. Ostermann T, Vogel H, Starke C, Cramer H. Effectiveness of yoga in eating disorders – A case report. *Complementary Therapies in Medicine*. 2019; 42:145–8.
65. Roy PK. Efficacy of Combined Cognitive-Behavior Therapy

- and Hypnotherapy in Anorexia Nervosa: A Case Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2014;62(2):224–30.
66. Schwarz S, Kreuter A, Rammelsberg P. Efficient prosthodontic treatment in a young patient with long-standing bulimia nervosa: A clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2011;106(1):6–11.
67. Andrews J, Seide M, Guarda A, Redgrave G. Electroconvulsive Therapy in an Adolescent with Severe Major Depression and Anorexia Nervosa | 10.1089/cap.2014.2422. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2014;24(2):94–8.
68. Harris RH, Sasson G, Mehler PS. Elevation of liver function tests in severe anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2013;46(4):369–74.
69. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*. 2009;16(4):336–82.
70. Docx MKF, Simons A, Ramet J, Mertens L. Erythema Ab igne in an adolescent with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2013;46(4):381–3.
71. Bosch A, Miltenberger RG, Gross A, Knudson P, Breitwieser CB. Evaluation of Extinction as a Functional Treatment for Binge Eating. *Behav Modif*. 2008;32(4):556–76.
72. Murray SB, Treanor M, Liao B, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Extinction theory & anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms. *Behaviour Research and Therapy*. 2016; 87:1–10.
73. Loeb KL, Hirsch AM, Greif R, Hildebrandt TB. Family-Based Treatment of a 17-Year-Old Twin Presenting with Emerging Anorexia Nervosa: A Case Study Using the “Maudsley Method”. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38(1):176–83.
74. Forsberg S, Lock J. Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015;24(3):617–29.
75. Aspen V, Boutelle K. Family-based treatment without a family: case report of an adolescent with anorexia



- nervosa. *Eat Weight Disord.* 2014;19(1):119–23.
76. Ng F, Bruxner G. Flying under the radar: first hospitalisation with anorexia nervosa at age 54. *Medical Journal of Australia.* 2016;204(9):347–347.
77. Hurst K, Zimmer-Gembeck M. Focus on perfectionism in female adolescent anorexia nervosa: FOCUS on perfectionism. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):936–41.
78. Vailati F, Vaglio G, Belser U. Full-mouth Minimally Invasive Adhesive Rehabilitation to Treat Severe Dental Erosion: A Case Report. *The journal of adhesive dentistry.* 2011;13(10):83–92.
79. Mauri M, Miniati M, Mariani MG, Ciberti A, Dell’Osso L. Haloperidol for severe anorexia nervosa restricting type with delusional body image disturbance: a nine-case chart review. *Eat Weight Disord.* 2013;18(3):329–32.
80. Birmingham CL, Gritzner S. Heart failure in anorexia nervosa: Case report and review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2007;12(1):e7–10.
81. Hotta M, Araki M, Urano A, Ohwada R. Home Parenteral Nutrition Therapy in Seven Patients with Anorexia Nervosa: The Role and Indications. *Intern Med.* 2014;53(23):2695–9.
82. Støvning R, Lingqvist L, Bonde R, Andries A, Hansen M, Andersen M, et al. Is glycyrrhizin sensitivity increased in anorexia nervosa and should licorice be avoided? Case report and review of the literature. *Nutrition.* 2011; 27:855–8.
83. Trunko ME, Schwartz TA, Marzola E, Klein AS, Kaye WH. Lamotrigine use in patients with binge eating and purging, significant affect dysregulation, and poor impulse control: Lamotrigine in Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 2014;47(3):329–34.
84. Gonidakis F, Georgantopoulos G, Konstantakopoulos G, Varsou E. Late onset anorexia nervosa and the role of parental family. Presentation of two cases. *Eat Weight Disord.* 2014;19(3):409–12.
85. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek H, Sihvola E, Rissanen A, Kaprio J. Lifetime anorexia nervosa in young men in the

- community: Five cases and their co-twins. *Int J Eat Disord.* 2008;41(5):458–63.
86. Bravender T, Story L. Massive Binge Eating, Gastric Dilatation and Unsuccessful Purging in a Young Woman with Bulimia Nervosa. *Journal of Adolescent Health.* 2007;41(5):516–8.
87. Hartogs BMA, Eikmans KM, Bartels-Velthuis AA. Melting down the Ice Queen: an integrative treatment of anorexia nervosa. *BMJ Case Rep.* 2013;1–4.
88. Geer B, Gibson D, Grayeb D, Benabe J, Victory S, Mehler S, et al. Metformin abuse: A novel and dangerous purging behavior in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2019;52(3):319–21.
89. Derchi G, Vano M, Peñarrocha D, Barone A, Covani U. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion. *J Clin Exp Dent.* 2015;7(1):e170–4.
90. Morgan HG, Barry R, Morgan MH. Myoedema in anorexia nervosa: A useful clinical Sign. *Eur Eat Disorders Rev.* 2008;16(5):352–4.
91. Foppiani L, Massobrio B, Cascio C, Antonucci G. Near-fatal Anorexia Nervosa in a Middle-aged Woman. *Intern Med.* 2017;56(3):327–34.
92. Dadić-Hero E, Ružić K, Pernar M, Kabalin M, Medved P. Olanzapine Treatment in Anorexia Nervosa: Case Report. *Psychiatria Danubina.* 2009;21(1):4.
93. Dennis K, Le Grange D, Bremer J. Olanzapine use in adolescent anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2006;11(2): e53–6.
94. Deb KS, Gupta R, Varshney M. Orlistat abuse in a case of bulimia nervosa: the changing Indian society. *General Hospital Psychiatry.* 2014;36(5): 549.e3-549.e4.
95. Olson AF. Outpatient Management of Electrolyte Imbalances Associated with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: *Journal of Infusion Nursing.* 2005;28(2):118–22.
96. Glasofer DR, Albano AM, Simpson HB, Steinglass JE. Overcoming Fear of Eating: A Case Study of a Novel Use of Exposure and Response Prevention. *Psychotherapy.* 2016;53(2):223–31.

97. Jagielska G, Tomaszewicz-Libudzić CE, Brzozowska A. Pellagra: a rare complication of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(7):417–20.
98. Daniel CP, Ricci HA, Boeck EM, Bevilacqua FM, Cerqueira-Leite JBB. Perimolysis: case report. *Rev Gaúch Odontol*. 2015;63(2):213–8.
99. Rice T, Coffey BJ. Pharmacotherapeutic Considerations in the Treatment of an Adolescent with Anorexia Nervosa and Obsessive-Compulsive Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(5):444–7.
100. Fagundo AB, Via E, Sánchez I, Jiménez-Murcia S, Soriano-Mas C, Giner-Bartolomé C, et al. Physiological and Brain Activity After a Combined Cognitive Behavioral Treatment Plus Video Game Therapy for Emotional Regulation in Bulimia Nervosa: A Case Report. *J Med Internet Res*. 2014;16(8):e183–93.
101. Túry F, Szentes A, Varga M. Pitfalls of the psychotherapy of twins with eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2012;17(2):e140–3.
102. Walsh BJ. Rapid Remission of Anorexia Nervosa and Unconscious Communication. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2010;52(4):319–33.
103. Keshen A, Ivanova I. Reduction of Bulimia Nervosa Symptoms After Psychostimulant Initiation in Patients with Comorbid ADHD: Five Case Reports. *Eating Disorders*. 2013;21(4):360–9.
104. Luzier J, Rached K, Talley J. Relapse prevention and selective serotonin reuptake inhibitor medication in two adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2019;52(7):863–7.
105. Moga DE, Cabaniss DL, Marcus ER, Walsh BT, Kahn DA. Religious Delusions in an Evangelical Christian Woman with Anorexia Nervosa: *Journal of Psychiatric Practice*. 2009;15(6):477–83.
106. Jaššová K, Albrecht J, Papežová H, Anders M. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) Treatment of Depression and Anxiety in a Patient with

- Anorexia Nervosa. *Med Sci Monit.* 2018; 24:5279–81.
107. Cowdrey FA, Davis J. Response to Enhanced Cognitive Behavioural Therapy in an Adolescent with Anorexia Nervosa. *Behav Cogn Psychother.* 2016;44(6):717–22.
  108. Hayashi M, Shimizu K, Takeshige F, Ebisu S. Restoration of Erosion Associated with Gastroesophageal Reflux Caused by Anorexia Nervosa Using Ceramic Laminate Veneers: A Case Report. *Operative Dentistry.* 2007;32(3):306–10.
  109. Gentile M.G., Manna G.M., Pastorelli P., Oltolini A. Resumption of menses after 32 years in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2011;16(3): e223–5.
  110. Mroczkowski MM, Redgrave GW, Miller NR, McCoy AN, Guarda AS. Reversible vision loss secondary to malnutrition in a woman with severe anorexia nervosa, purging type, and alcohol abuse. *Int J Eat Disord.* 2011;44(3):281–3.
  111. Dagan Y, Yager J. Severe bupropion XR abuse in a patient with long-standing bulimia nervosa and complex PTSD. *International Journal of Eating Disorders | 10.1002/eat.22948.* *Int J Eat Disor.* 2018;1–3.
  112. Smith R, Korenblum C, Thacker K, Bonifacio H, Gonska T, Katzman D. Severely elevated transaminases in an adolescent male with anorexia nervosa | 10.1002/eat.22162. *Int J Eat Disord.* 2013;46(7):751–4.
  113. Kluckow H, Telfer J, Abraham S. Should we screen for misophonia in patients with eating disorders? A report of three cases: Misophonia and Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):558–61.
  114. Panico RL. Síntomas y signos bucales en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2006;63(2):30–2.
  115. Willemsen EMC, Hoek HW. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa in a black woman. *Int J Eat Disord.* 2006;39(4):353–5.

116. Sağlam T, Aksoy Poyraz C, Poyraz BÇ, Tosun M. Successful use of electroconvulsive therapy in a patient with anorexia nervosa and severe acute-onset obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):1026–8.
117. Gaudiani JL, Heinrichs G, Narayanan V, Mehler PS. Tampon use in patients with anorexia nervosa can cause persistent vaginal bleeding: A case series. *Int J Eat Disord.* 2011;44(8):752–5.
118. Túry F, Wildmann M, Szentes A. Tandem Hypnosis with Identical Bulimic Twins: Case Report. *American Journal of Clinical Hypnosis.* 2011;53(4):265–75.
119. Stroe-Kunold E, Wesche D, Friederich H-C, Herzog W, Zastrow A, Wild B. Temporal Relationships of Emotional Avoidance in a Patient with Anorexia Nervosa—A Time Series Analysis. *Int J Psychiatry Med.* 2012;44(1):53–62.
120. Berends T, van Meijel B, van Elburg A. The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2011;1–7.
121. Graap H, Erim Y, Paslakis G. The effect of dronabinol in a male patient with anorexia nervosa suffering from severe acute urge to be physically active. *Int J Eat Disord.* 2018;51(2):180–3.
122. Krantz M, Lee D, Donahoo W, Mehler P. The paradox of normal serum albumin in anorexia nervosa: A case report | 10.1002/eat.20129. *Int J Eat Disord.* 2005;37(3):278–80.
123. Campbell AT, Aulisio MP. The stigma of “mental” illness: End stage anorexia and treatment refusal. *Int J Eat Disord.* 2012;45(5):627–34.
124. Cardi V, Krug I, Perpiñá C, Mataix-Cols D, Roncero M, Treasure J. The Use of a Nonimmersive Virtual Reality Programme in Anorexia Nervosa: A Single Case-Report: The Use of a Virtual Reality Programme in AN. *Eur Eat Disorders Rev.* 2012;20(3):240–5.
125. Goldstein M, Madden S, Peters L. The use of effective treatments: The case of an adolescent girl with anorexia

- nervosa in the context of a conversion disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2013;18(2):214–23.
126. Jaffa T. Three cases illustrating the potential of dental treatment as a precipitant for weight loss leading to anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*. 2007;15(1):42–4.
127. Frølich J, Palm CVB, Støving RK. To the limit of extreme malnutrition. *Nutrition*. 2016;32(1):146–8.
128. Tor PC, Lee EL. Treatment emergent mania responding to valproate in a Chinese female adolescent population with eating disorders: A case series. *Eur Eat Disorders Rev*. 2008;16(6):421–6.
129. Turhani D, Henning K, Sutter W, Kielbassa A. Undesirable course of an oral implant rehabilitation in a patient with a long history of bulimia nervosa: case report and review of the literature. *Quintessence International*. 2019;50(1):68–79.
130. Chan ZCY, Ma JLC. Unwrapping the Box: Dancing with the Clients. *Health Care for Women International*. 2008;29(4):431–45.
131. Mehler PS, Weiner KL. Use of total parenteral nutrition in the refeeding of selected patients with severe anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2007;40(3):285–7.
132. Mountford V, Waller G. Using imagery in cognitive-behavioral treatment for eating disorders: Tackling the restrictive mode. *Int J Eat Disord*. 2006;39(7):533–43.
133. Lopez C, Roberts ME, Tchanturia K, Treasure J. Using neuropsychological feedback therapeutically in treatment for anorexia nervosa: two illustrative case reports. *Eur Eat Disorders Rev*. 2008;16(6):411–20.
134. Pudukollu M, Khan S, Forsyth D. Weight loss in an adolescent girl. *BMJ*. 2014;348(feb06 3): g132

# ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ANEXOS 1: TABLA DE DATOS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o Inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREOS (artículos)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSION DENTAL Y CARIES	NO REPORTA	
1	Q1	Anorexia Nervosa with Vomiting Episodes: Dermatological and Oral Complications	Reporte de caso	Elzbieta Paszynska, et al	2020	3	17	13	14.67	3	0	1	14.67	1	0	3	0	0	0
2	Q2	A Case Report of Bulimia Induced Dental Erosion in a Female Adolescent	Reporte de caso	Željko Verzak, Silvija Čuković-Čavka, Ivana Čuković-Bagić	2007	1	17	17	17	1	0	1	15	3	0	0	0	1	0
3	Q4	Eating Disorders	Reporte de caso	Rome E. Strandjord S	2016	2	16	14	15	2	0	1	15	1	1	1	0	0	0
4	Q3	SINTOMAS Y SIGNOS BUCALES EN PACIENTES CON BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA	Reporte de caso	René L Panico	2019	2	23	17	20	2	0	1	12.5	0	2	0	0	0	0
5	Q4	Bulimia Nervosa	Reporte de caso	Parish P. Sedghizadeh,	2013	1	27	27	27	1	0	1	NR	3	0	0	0	1	0
6	Q1	Undesirable course of an oral implant rehabilitation in a patient with a long history of bulimia nervosa: case report and review of the literature	Reporte de caso	Dritan Turhani, et al	2019	1	40	40	40	1	0	1	16	1	0	1	0	0	0
7	Q1	Development of a Novel Restorative Digital Workflow for Patients with Bulimia Nervosa, Report of a Case	Reporte de caso	Polina Kotlareno, Tom Vaskovich, Astrid Skolka, Andreas Moritz y Alexandra Kreissl	2018	1	36	36	36	1	0	1	13	1	0	1	0	0	0
8	Q2	Efficient prosthodontic treatment in a young patient with long-standing bulimia nervosa: A clinical report	Reporte de caso	Stefanie Schwarz, Alexander Kreuter, Peter Rammelsberg	2011	1	26	26	26	1	0	1	NR	3	0	0	0	1	0
9	Q1	Full-mouth Minimally Invasive Adhesive Rehabilitation to Treat Severe Dental Erosion: A Case Report	Reporte de caso	Francesca Vallatia / Giovanna Vagliob / Christoph Belserec	2011	1	25	25	25	1	0	1	22	1	0	1	0	0	0
10	Q2	Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion	Reporte de caso	Giacomo Derchi, Michele Vano, David Peñarocha, Antonio Barone, Ugo Covani	2015	1	22	22	22	1	0	1	NR	1	0	1	0	0	0

T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
SIGNOS TEJ BLANDOS (artículos)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILUTIS	# PX EROSIÓN Y QUEILUTIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículos	#PX SIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomia, restauraciones de resina levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DX TA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
1																	
2	4	1	0	0	1	1	0	3	2	0	0	1	0	1	3	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	3	0	0	1
4	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	0	1	1
5	4	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	0	2
6	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1
7	4	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	3	0	0	1
8	4	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	1
9	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	1
10	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	1
11	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Q	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREOS (artículos)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSIÓN DENTAL Y CARIES	NO REPORTA
12	Q4	Perimolysis: case report	Reporte de caso	Carolina Pratti, et al	2015	1	38	38	38	1	0	1	NR	1	0	1	0	0	0
13	Q1	Restoration of Erosion Associated with Gastroesophageal Reflux Caused by Anorexia Nervosa Using Ceramic Laminate Veneers: A Case Report	Reporte de caso	M Hayashi, K Shimizu F Takeshige, S Ebisu	2007	1	33	33	33	1	0	1	27	1	0	1	0	0	0
14	Q2	A Case Series Investigating Distinct Neuropsychological Profiles in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa	Serie de casos	Mark Rose, Ian Frampton, Bryan Lask	2012	9	16	12	14.90	9	0	2	NR	4	0	0	0	0	9
15	Q2	An Innovative Short-term, Intensive, Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: Case Series	Serie de casos	Roxanne E. Rockwell, Kerri Boutelle, Mary Ellen Trunko, M. Joy Jacobs & Walter H. Kaye	2011	16	18	10	15	16	0	2	12.27	4	0	0	0	0	16
16	Q1	Anorexia Nervosa in a 14-Year-Old Second-Generation Hispanic Adolescent Boy	Reporte de caso	Panchajanya Paul and Sunny Mehta	2013	1	14	14	14	0	1	2	14	4	0	0	0	0	1
17	Q2	Anorexia nervosa in a girl of Chinese origin: Psychological, somatic and transcultural factors	Reporte de caso	Méissa Demarque, et al	2015	1	18	18	18	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
18	Q3	Anorexia nervosa in a Thai adolescent	Reporte de caso	R. S. Areekit and N. Patjanasontorn	2012	1	13	13	13	1	0	2	13	4	0	0	0	0	1
19	Q1	Anorexia Nervosa: Beyond Boundaries	Reporte de caso	Laila Qadan	2009	1	14	14	14	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
20	Q1	Attachment, Assessment, and Psychological Intervention: A Case Study of Anorexia	Reporte de caso	Adriana Lis, Claudia Mazzechi, Daniela Di Riso & Silvia Salcuni	2012	1	17	17	17	1	0	2	15	4	0	0	0	0	1
21	Q2	Atypical Antipsychotics in Severe Anorexia Nervosa in Children and Adolescents—Review and Case Reports	Reporte de caso	Claudia Mehler-Wex, Marcel Romanos, Julia Kirchheiner and Ulrike M. E. Schulte	2008	3	15	11	13.33	3	0	2	12.67	4	0	0	0	0	3
22	Q1	Extinction theory & anorexia nervosa: Deepening therapeutic mechanisms	Reporte de caso	Stuart B. Murray, et al	2016	1	14	14	14	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
23	Q1	Family-Based Treatment of a 17-Year-Old Twin Presenting with Emerging Anorexia Nervosa: A Case Study Using the "Maudsley Method	Reporte de caso	Katharine L. Loeb, Alicia M. Hirsch, Rebecca Greif, and Thomas B. Hildebrandt	2009	1	17	17	17	1	0	2	13	4	0	0	0	0	1
24	Q3	Family-based treatment without a family: case report of an adolescent with anorexia nervosa	Reporte de caso	Vandana Aspen, Kerri Boutelle	2014	1	16	16	16	0	1	2	16	4	0	0	0	0	1

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículos)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículos	# PXSIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON KEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/ filtradas Y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DXTA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
12	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	3	0	0	1	0
13	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
14	5	0	0	0	0	0	9	4	0	0	0	0	9	2	0	9	0	0
15	5	0	0	0	0	0	16	4	0	0	0	0	16	7	2	13	1	0
16	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
17	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
18	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
19	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
20	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
21	5	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	3	6	1	2	0	0
22	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
23	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
24	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Q	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREOS (artículos)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX: EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSIÓN DENTAL Y CARIES	NO REPORTA	
25	Q2	Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders	Reporte de caso	Sarah Forsberg, James Lock	2015	1	15	15	15	1	0	2	13	4	0	0	0	1	
26	Q1	Focus on Perfectionism in Female Adolescent Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Kim Hurst, Melanie Zimmer-Gembeck	2015	3	17	16	16.67	3	0	2	16	4	0	0	0	3	
27	Q1	Lamotrigine Use in Patients with Binge Eating and Purging, Significant Affect Dysregulation, and Poor Impulse Control	Reporte de caso	Trunko Mary Ellen, Terry A. Schwartz, Enrica Marzola, Angela S. Klein, Walter H. Kaye	2014	5	21	15	18	5	0	2	16.8	4	0	0	0	5	
28	Q3	OLANZAPINE TREATMENT IN ANOREXIA NERVOSA: CASE REPORT	Reporte de caso	Elizabeta Dadić-Hero, Klementina Ružić, Mirjana Pernar, Milena Kabilin & Paola Medved	2009	1	15	15	15	1	0	2	15	4	0	0	0	1	
29	Q3	Pitfalls of the psychotherapy of twins with eating disorders	Reporte de caso	F. Tury, A. Szentes, and M. Varga	2012	6	29	13	20.33	6	0	2	16.17	4	0	0	0	6	
30	Q1	Relapse prevention and selective serotonin reuptake inhibitor medication in two adolescents with anorexia nervosa	Reporte de caso	Jessica Luzer, Kristina Rached, Jessica Talley	2019	2	13	13	13	2	0	2	11.5	4	0	0	0	2	
31	Q1	Response to Enhanced Cognitive Behavioural Therapy in an Adolescent with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Felicity A. Cowdrey, Jennifer Davis	2016	1	15	15	15	1	0	2	14	4	0	0	0	1	
32	Q2	Three Cases Illustrating the Potential of Dental Treatment as a Precipitant for Weight Loss Leading to Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Tony Jaffa	2007	1	12	12	12	1	0	2	12	4	0	0	0	1	
33	Q2	Treatment Emergent Mania Responding to Valproate in a Chinese Female Adolescent Population with Eating Disorders: A Case Series	Reporte de caso	Phern Chern Tor, Ee Lian Leez	2008	3	20	16	18.33	3	0	2	14	4	0	0	0	3	
34	Q2	Using Neuropsychological Feedback Therapeutically in Treatment for Anorexia Nervosa: Two Illustrative Case Reports	Reporte de caso	Carolina Lopez, Marion E. Roberts, Kate Tchanturia and Janet Treasure	2008	2	21	17	19	2	0	2	15.5	4	0	0	0	2	
35	Q1	Weight loss in an adolescent girl	Reporte de caso	Malika Punukollu, Saman Khan, Dianne Forsyth	2014	1	15	15	15	1	0	2	14	4	0	0	0	1	
36	Q2	Olanzapine use in adolescent anorexia nervosa	Reporte de caso	K. Dennis D. Le Grange, and J. Bremer	2006	4	18	15	16.5	4	0	2	16	4	0	0	0	4	
37	Q2	Effect of medical treatments on psychiatric symptoms in children with anorexia nervosa	Reporte de caso	KAYO INOKO, AYA NISHIZONO-MAHER, KAYANO ISHII, MAKIKO OSAWA	2005	2	15	11	13	2	0	2	13	4	0	0	0	2	
38	Q1	"Fixing a heart": the game of electrolytes in anorexia nervosa	Reporte de caso	Jean Abed, et al	2014	1	25	25	25	1	0	2	NR	4	0	0	0	1	

#	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículos)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MD) por artículos	# PXSIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/filtradas Y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DXTA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
25	S	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
26	S	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	3	6	1	2	0	0
27	S	0	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	5	8	3	0	2	0
28	S	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
29	S	0	0	0	0	0	6	4	0	0	0	0	6	5	0	4	2	0
30	S	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
31	S	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
32	S	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0
33	S	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	3	7	1	1	1	0
34	S	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
35	S	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
36	S	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	4	2	0	4	0	0
37	S	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
38	S	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXOF	SEXOM	Examinación cavidad bucal #art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREOS (artículo)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX: EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSION DENTAL Y CARIES	NO REPORTA
39	Apropósito de un caso de malnutrición muy extrema en una paciente que presenta Anorexia Nervosa Restrictiva de larga evolución y no recibía tratamiento	Reporte de caso	Beatriz Pelegrina Cortés, et al	2014	1	33	33	33	1	0	2	16	4	0	0	0	0	1
40	An illustration of collaborative care with a focus on the role of fathers in Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)	Reporte de caso	Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Carol Kan	2019	1	17	17	17	1	0	2	11	4	0	0	0	0	1
41	Anorexia Nervosa and First-Person Perspective: Altruism, Family System, and Body Experience	Reporte de caso	Jérôme Engleberta, b Valérie Folleta Caroline Valentynya	2017	1	24	24	24	1	0	2	21	4	0	0	0	0	1
42	Anorexia Nervosa in Identical Triplets	Reporte de caso	Mae S. Sokol et al	2009	3	12	12	12	3	0	2	9	4	0	0	0	0	3
43	Anorexia nervosa presenting as diffuse spontaneous air leaks	Reporte de caso	Timothy Shao Ern Tan, Janice Ser Huey Tan	2019	1	23	23	23	1	0	2	23	4	0	0	0	0	1
44	Atypical purging behaviors in a patient with anorexia nervosa: consumption of raw red kidney beans as an emetic	Reporte de caso	Weronika Micol-Gondek, Ye Tao, Angela S. Guarda	2017	1	47	47	47	1	0	2	46	4	0	0	0	0	1
45	Auditory Hallucinations in Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Luis Rojo-Moreno, et al	2011	2	18	14	16	2	0	2	15.5	4	0	0	0	0	2
46	Autophonia in Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Meghana Godbole, Adrienne Key	2010	2	19	17	18	2	0	2	14.5	4	0	0	0	0	2
47	Cognitive Remediation Therapy for Children with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Betteke Maria van Noort, Ernst Pfeiffer, Ulrike Lehmküh, and Viola Kappel	2015	1	12	12	12	1	0	2	10	4	0	0	0	0	1
48	Cognitive remediation therapy in Mexico as a treatment for Anorexia Nervosa: A case study	Reporte de caso	Nayeli Avarado-Sánchez, Georgina Álvarez-Rayón, and Juan Manuel Mancilla-Díaz	2019	1	21	21	21	1	0	2	11	4	0	0	0	0	1
49	Complementary and alternative medical treatments for anorexia nervosa: Case report and review of the literature	Reporte de caso	C.L. Birmingham, F.K. Sidhu	2007	1	38	38	38	1	0	2	33	4	0	0	0	0	1
50	Cultural considerations for treating Hispanic patients with eating disorders: A case study illustrating the effectiveness of CBT in reducing bulimia nervosa symptoms in a Latina patient	Reporte de caso	Jacqueline Patmore, Brianna Meddaoui, Helen Feldman	2019	1	20	20	20	1	0	2	8	4	0	0	0	0	1

T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
SIGNOS TEJ BLANDOS (artículo)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículo	# PXSIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/fibradas y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DXTA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
1																	
39	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
40	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
41	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
42	5	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	3	2	0	3	0	0
43	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
44	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
45	5	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
46	5	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
47	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
48	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
49	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
50	5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0

J	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	Q	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal #art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUROS (artículo)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX: EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSION DENTAL Y CARIES	NO REPORTA	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículo)
51	Q3	Dens invagination and root dilaceration in double multilobed mesiodentes in 14-year-old patient with anorexia nervosa	Reporte de caso	J. Bagińska, E. Rodakowska, Sz. Pizczatowski, A. Kierklo, E. Duraj, J. Konstantynowicz	2017	1	14	14	14	1	0	2	13	4	0	0	0	0	1	5
52	Q1	Dysphagia in Severe Anorexia Nervosa: A Case Report	Reporte de caso	Samantha R.M. Holmes, Tricia A. Guddridge, Jennifer L. Gaudiani, Philip S. Mehler	2012	1	33	33	33	1	0	2	NR	4	0	0	0	0	1	5
53	Q2	Eating Disorder in a Young Active Duty Male	Reporte de caso	Robert A. Staten	2013	1	21	21	21	0	1	2	21	4	0	0	0	0	1	5
54	Q1	Effectiveness of yoga in eating disorders - A case report	Reporte de caso	Thomas Ostermann, et al	2019	1	38	38	38	1	0	2	8	4	0	0	0	0	1	5
55	Q2	EFFICACY OF COMBINED COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY AND HYPNOTHERAPY IN ANOREXIA NERVOSA: A Case Study	Reporte de caso	Prasanta Kumar Roy	2014	1	22	22	22	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1	5
56	Q1	Elevation of Liver Function Tests in Severe Anorexia Nervosa	Reporte de caso	R. Hill Harris, Gila Sason, Philip S. Mehler	2013	2	34	20	27	2	0	2	14.5	4	0	0	0	0	2	5
57	Q2	Emotion-Focused Therapy in a Case of Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Joanne Dolhanty1 and Leslie S. Greenberg	2009	1	24	24	24	1	0	2	15	4	0	0	0	0	1	5
58	Q1	Erythema Ab Igne in an Adolescent with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Martine K. F., Annik Simons, José Ramet, Luc Mertens	2013	1	16	16	16	1	0	2	16	4	0	0	0	0	1	5
59	Q2	Haloperidol for severe anorexia nervosa restricting type with delusional body image disturbances: a nine-case chart review	Reporte de caso	Mauro Mauri, Mario Miniati, Michela Giorgi Mariani, Agnese Ciberti, Liliana Dell'Osso	2013	9	51	18	25.8	9	0	2	18.1	4	0	0	0	0	9	5
60	Q2	Heart failure in anorexia nervosa: Case report and review of the literature	Reporte de caso	C.L. Birmingham, S. Gritner	2007	1	56	56	56	1	0	2	31	4	0	0	0	0	1	5
61	Q4	Home Parenteral Nutrition Therapy in Seven Patients with Anorexia Nervosa: The Role and Indications	Reporte de caso	Mari Hotta, Mariko Araki, Ayako Urano, Rina Ohwada	2014	7	38	22	28.14	7	0	2	18.43	4	0	0	0	0	7	5
62	Q3	Late onset anorexia nervosa and the role of parental family. Presentation of two cases	Reporte de caso	Fragitkos Gonidakis, et al	2014	2	56	51	53.5	2	0	2	53.5	4	0	0	0	0	2	5
63	Q4	Melting down the Ice Queen: an integrative treatment of anorexia nervosa	Reporte de caso	Bregje M A Hartogs, Kirsten M Ekmans, Agna A Bartels-Velthuis	2013	1	23	23	23	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1	5
64	Q1	Metformin abuse: A novel and dangerous purging behavior in anorexia nervosa	Reporte de caso	Bashir Geer, et al	2019	1	50	50	50	1	0	2	NR	4	0	0	0	0	1	5

J	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículo)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículos	# PXSIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DX TA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
51	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
52	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
53	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
54	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
55	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
56	5	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
57	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
58	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
59	5	0	0	0	0	0	9	4	0	0	0	0	9	2	0	9	0	0
60	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
61	5	0	0	0	0	0	7	4	0	0	0	0	7	6	4	3	0	0
62	5	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0
63	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
64	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Q	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREZ (artículo)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSIÓN DENTAL Y CARIES	NO REPORTA
65	Q2	Myoedema in Anorexia Nervosa: A Useful Clinical Sign	Reporte de caso	H. Gethin Morgan1,y, Ralph Barry and M. Hilary Morgan	2008	1	29	29	29	1	0	2	NR	4	0	0	0	0	1
66	Q4	Near-fatal Anorexia Nervosa in a Middle-aged Woman	Reporte de caso	Luca Foppiani, et al	2017	1	46	46	46	1	0	2	26	4	0	0	0	0	1
67	Q2	Orlistat abuse in a case of Bulimia Nervosa: the changing Indian society	Reporte de caso	Koushk Sinha, Rishab Gupta, Mohit Varshney	2014	1	23	23	23	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
68	Q2	Outpatient Management of Electrolyte Imbalances Associated With Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa	Reporte de caso	Ann F. Olson	2005	3	30	20	23.67	3	0	2	18.67	4	0	0	0	0	3
69	Q2	Overcoming Fear of Eating: A Case Study of a Novel Use of Exposure and Response Prevention	Reporte de caso	Deborah R. Glasofer, Anne Marie Albano, PhD, H. Blair Simpson, Joanna E. Steinglass	2017	1	21	21	21	1	0	2	15	4	0	0	0	0	1
70	Q1	Pellagra: a rare complication of anorexia nervosa	Reporte de caso	Gabriela Jagielska Celina, et al	2007	1	14	14	14	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
71	Q1	Pharmacotherapeutic Considerations in the Treatment of an Adolescent with Anorexia Nervosa and Obsessive Compulsive Disorder	Reporte de caso	Timothy Rice	2015	1	17	17	17	1	0	2	12	4	0	0	0	0	1
72	Q3	Rapid Remission of Anorexia Nervosa and Unconscious Communication	Reporte de caso	Bart J. Walsh Portland, Oregon	2010	1	19	19	19	1	0	2	16	4	0	0	0	0	1
73	Q2	Reduction of Bulimia Nervosa Symptoms After Psychostimulant Initiation in Patients With Comorbid ADHD: Five Case Reports	Reporte de caso	Aaron Keshen, Iryna Ivanova	2013	5	34	20	26.2	5	0	2	16.2	4	0	0	0	0	5
74	Q2	Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) Treatment of Depression and Anxiety in a Patient with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Katarína Jašková Jakub Albrecht Hana Papežová Martin Anders	2018	1	29	29	29	1	0	2	25	4	0	0	0	0	1
75	Q3	Resumption of menses after 32 years in anorexia nervosa	Reporte de caso	M.G. Gentile, G.M. Manna, P. Pastorelli, and A. Ottolenghi	2011	1	53	53	53	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
76	Q1	Reversible Vision Loss Secondary to Malnutrition in a Woman with Severe Anorexia Nervosa, Purging Type, and Alcohol Abuse	Reporte de caso	Megan M. Mroczkowski, Graham W. Redgrave, Neil R. Miller, Allison N. McCoy, Angela S. Guarda	2011	1	29	29	29	1	0	2	22	4	0	0	0	0	1
77	Q1	Electroconvulsive Therapy in an Adolescent with Severe Major Depression and Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Joseph T. Andrews, Margaret Seide, Angela S. Guarda, Graham W. Redgrave	2014	1	17	17	17	1	0	2	15	4	0	0	0	0	1

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículo)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículo	# PX SIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DX TA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
65	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
66	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
67	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
68	5	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	3	9	1	0	1	1
69	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
70	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
71	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
72	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
73	5	0	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	5	3	0	0	5	0
74	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
75	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
76	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
77	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Q	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREZ (artículo)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSIÓN DENTAL Y CARIES	NO REPORTA
78	Q1	Severe bupropion XR abuse in a patient with long-standing bulimia nervosa and complex PTSD	Reporte de caso	Yael Dagan, Joel Yager	2018	1	22	22	22	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
79	Q1	Severely Elevated Transaminases in an Adolescent Male with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Ryan W. Smith, et al	2013	1	17	17	17	0	1	2	17	4	0	0	0	0	1
80	Q1	The Paradox of Normal Serum Albumin in Anorexia Nervosa: A Case Report	Reporte de caso	Mori J. Krantz, David Lee, Philip S. Mehler, William T. Donahoo	2005	1	52	52	52	1	0	2	32	4	0	0	0	0	1
81	Q1	Successful use of electroconvulsive therapy in a patient with anorexia nervosa and severe acute-onset obsessive-compulsive disorder	Reporte de caso	Tarik Saglam, Cana Aksoy Poyraz, Burç C. Poyraz, Musa Tosun	2018	1	24	24	24	0	1	2	16	4	0	0	0	0	1
82	Q1	Tampon Use in Patients with Anorexia Nervosa Can Cause Persistent Vaginal Bleeding: A Case Series	Reporte de caso	Jennifer L. Gaudiani, Gretchen Heivrich, Vignesh Narayanan, Philip S. Mehler	2011	2	32	32	32	2	0	2	15.5	4	0	0	0	0	2
83	Q2	TEMPORAL RELATIONSHIPS OF EMOTIONAL AVOIDANCE IN A PATIENT WITH ANOREXIA NERVOSA—A TIME SERIES ANALYSIS	Reporte de caso	ESTHER STROE-KUNOLD DANIELA WESCHE HANS-CHRISTOPH FRIEDERICH WOLFGANG HERZOG ARNE ZASTROW BEATE WILD	2012	1	25	25	25	1	0	2	NR	4	0	0	0	0	1
84	Q1	The effect of dronabinol in a male patient with anorexia nervosa suffering from severe acute urge to be physically active	Reporte de caso	Holmer Graap, Yesim Erim, Georgios Paslakis	2017	1	27	27	27	0	1	2	25	4	0	0	0	0	1
85	Q2	The Use of a Nonimmersive Virtual Reality Programme in Anorexia Nervosa: A Single Case Report	Reporte de caso	Valentina Cardí, Isabel Krug, Conxa Perpiñá, David Mataix-Cols, María Rencero & Janet Treasure	2011	1	21	21	21	1	0	2	16	4	0	0	0	0	1
86	Q1	To the limit of extreme malnutrition	Reporte de caso	Jacob Fralich, Camilla Viola Buskberg Palm, Rene K. Støving	2016	1	29	29	29	1	0	2	12	4	0	0	0	0	1
87	Q1	Use of Total Parenteral Nutrition in the Refeeding of Selected Patients with Severe Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Philip S. Mehler, Kenneth L. Weiner	2007	1	24	24	24	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
88	Q1	A Case Report of Oxidative Stress in a Patient with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	Kazuto Tajiri, et al	2006	1	21	21	21	1	0	2	21	4	0	0	0	0	1
89	Q1	A Patient with Personal Control of the Adjustable Gastric Band and Bulimia: A Psychiatric Complication	Reporte de caso	Valerie H. Taylor, Arya M. Sharma	2006	1	25	25	25	1	0	2	NR	4	0	0	0	0	1

#	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículo)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículos	# PX SIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DXTA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
78	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
79	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
80	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
81	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
82	5	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
83	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
84	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
85	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
86	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
87	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
88	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
89	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Q	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación cavidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREOS (artículos)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX: EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSIÓN DENTAL Y CARIES	NO REPORTA
90	Q1	Anorexia nervosa and depression in a 5-year-old girl. Treatment with focused family play therapy and medication	Reporte de caso	Irene Chatoor, Lauren E. Webb, Benny Kerzner	2019	1	5	5	5	1	0	2	3	4	0	0	0	0	1
91	Q2	Anorexia nervosa with chronic episodes for more than 30 years in a patient with a comorbid schizotypal personality disorder	Reporte de caso	TOMOYUKI NAGATA, KAZUYA ONO, KAZUHIKO NAKAYAMA	2007	1	23	23	23	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
92	Q1	Blindness and Bulimia Nervosa: A Description of a Case Report and its Treatment	Reporte de caso	Fernando Fernández-Aranda, et al	2006	1	47	47	47	1	0	2	43	4	0	0	0	0	1
93	Q1	Bulimia Nervosa in an Elderly Male: A Case Report	Reporte de caso	C. Don Morgan, Connie Marsh	2006	1	62	62	62	0	1	2	30	4	0	0	0	0	1
94	Q3	Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa?	Reporte de caso	K. Tchanturia, J. Whitney, and J. Treasure	2006	1	42	42	42	1	0	2	24	4	0	0	0	0	1
95	Q3	Case Illustration of the Self-Psychological Treatment of Eating Disorders	Reporte de caso	Eytan Bachar	2005	1	21	21	21	1	0	2	20	4	0	0	0	0	1
96	Q2	Combined treatment of olanzapine and mirtazapine in anorexia nervosa associated with major depression	Reporte de caso	Tzong-Shi Wang a, Yuan-Hwa Chou b, I-Shih Shiah	2006	1	27	27	27	1	0	2	24	4	0	0	0	0	1
97	Q2	Should We Screen for Misophonia in Patients with Eating Disorders? A Report of Three Cases	Reporte de caso	Hannah Kluckow, James Telfer, Suzanne Abraham	2014	2	15	11	13	2	0	2	13	4	0	0	0	0	2
98	Q2	Evaluation of Extinction as a Functional Treatment for Binge Eating	Reporte de caso	Amanda Bosch, et al	2008	1	21	21	21	1	0	2	8	4	0	0	0	0	1
99	Q1	Flying under the radar: first hospitalisation with anorexia nervosa at age 54	Reporte de caso	Faith Ng, George Bruxner	2016	1	54	54	54	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
100	Q1	Massive Binge Eating, Gastric Dilatation and Unsuccessful Purging in a Young Woman with Bulimia Nervosa	Reporte de caso	Terrill Bravender and Lisa Story	2007	1	21	21	21	1	0	2	18	4	0	0	0	0	1
101	Q1	Physiological and Brain Activity After a Combined Cognitive Behavioral Treatment Plus Video Game Therapy for Emotional Regulation in Bulimia Nervosa: A Case Report	Reporte de caso	Ana Beatriz Fagundo, et al	2014	1	28	28	28	1	0	2	22	4	0	0	0	0	1
102	Q2	Religious Delusions in an Evangelical Christian Woman with Anorexia Nervosa	Reporte de caso	DIANA E. MOGA, et al	2009	1	42	42	42	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
103	Q2	Anorexia: Dying to Live Differently	Reporte de caso	FRAN GERSTEIN	2006	1	20	20	20	1	0	2	NR	4	0	0	0	0	1

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
1	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículos)	# PXSIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (MO) por artículos	# PXSIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/filtradas y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DXTA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
90	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
91	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
92	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
93	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
94	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
95	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
96	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
97	5	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
98	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
99	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
100	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
101	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
102	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
103	5	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
		TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	AUTOR	AÑO	# PACIENTES	EDAD MAX	EDAD MIN	PROMEDIO DE EDAD	SEXO F	SEXO M	Examinación calidad bucal # art	Edad (pro) de Dx o inicio de síntomas	SIGNOS TEJ DUREOS (artículos)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej duros	# PX: EROSIÓN DENTAL	# PX CON CARIES	# PX CON EROSIÓN DENTAL Y CARIES	NO REPORTA
1	Q	Bone Health in Adolescent Females with Anorexia Nervosa: What is a Clinician to Do?	Reporte de caso	Debra K. Katzman, Madhusmita Misra	2013	1	17	17	17	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
104	Q1	Is glycyrhizin sensitivity increased in anorexia nervosa and should licorice be avoided? Case report and review of the literature	Reporte de caso	René K. Støving, et al	2011	1	18	18	18	1	0	2	18	4	0	0	0	0	1
105		Lifetime Anorexia Nervosa in Young Men in the Community: Five Cases and Their Co-Twins	Serie de casos	Anu Raevuori, et al	2008	5	28	20	24.2	0	5	2	17.6	4	0	0	0	0	5
106	Q1	The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report	Reporte de caso	Tamara Berends, Bemo van Meijel, and Annemarie van Elburg	2011	1	21	21	21	1	0	2	17	4	0	0	0	0	1
107	Q1	Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman	Reporte de caso	Elen M.C. Willemsen, Hans W. Hoek	2006	1	30	30	30	1	0	2	24	4	0	0	0	0	1
108	Q1	Tandem hypnosis with identical bulimic twins: Case report	Reporte de caso	Ferenc Túry, Márta Wildmann, Annamária Szentes	2011	2	19	19	19	2	0	2	17	4	0	0	0	0	2
109	Q3	The Stigma of "Mental" Illness: End Stage Anorexia and Treatment Refusal	Reporte de caso	Amy T. Campbell, Mark P. Aulisio	2012	2	55	40	47.5	2	0	2	15	4	0	0	0	0	2
110	Q1	The use of effective treatments: The case of an adolescent girl with anorexia nervosa in the context of a conversion disorder	Reporte de caso	Mandy Goldstein, Sloane Madden and Lorna Peters	2012	1	14	14	14	1	0	2	9	4	0	0	0	0	1
111	Q2	Unwrapping the Box: Dancing With the Clients	Reporte de caso	ZENOBIA C. Y. CHAN, JOYCE L. C. MA	2008	1	14	14	14	1	0	2	14	4	0	0	0	0	1
112	Q1	Using Imagery in Cognitive-Behavioral Treatment for Eating Disorders: Tackling the Restrictive Mode	Reporte de caso	Victoria Mountford, BA, ClinPsy, Glenn Waller, MClinPsychol	2006	1	22	22	22	1	0	2	18	4	0	0	0	0	1
113	Q1																		
114						112 artículos	194	62	5	24.49	182	12			3	10	0	3	178
115										93.81	6.19								194

	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK
	SIGNOS TEJ BLANDOS (artículos)	# PX SIN MANIFESTACIONES en tej blandos	# PX EROSIÓN EN MUCOSAS	# PX CON GINGIVITIS	# PX CON QUEILITIS	# PX EROSIÓN Y QUEILITIS	NO REPORTA	OTRAS (NO) por artículos	#PX SIN OTRAS MANIFESTACIONES	# PX CON XEROSTOMÍA	# PX CON DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA	# PX CON xerostomía, restauraciones de resina levantadas/filtrada Y dimensión vertical disminuida	NO REPORTA	DX TA (por artículo)	AN tipo purgativa/compulsiva	AN tipo restrictiva	BN tipo purgativa	BN tipo no purgativa
1																		
104		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
105		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
106		5	0	0	0	0	5	4	0	0	0	0	5	5	0	4	1	0
107		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
108		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
109		5	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	3	0	0	2	0
110		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0
111		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
112		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0
113		5	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
114			9	2	0	2	3	178	8	0	3	5	178	43	112	38	1	
115							194					194						194





## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**, con C.C: **#0926800830** autora del trabajo de titulación: **Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del odontopediatra. revisión sistemática**, previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **9 de marzo del 2021**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Cuadrado Ríos, Sofía Alejandra**

C.C: **0926800830**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Anorexia y bulimia nerviosa en la práctica del odontopediatra. Revisión sistemática.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Sofía Alejandra, Cuadrado Ríos		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Karla Elizabeth, Cruz Moreira		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Odontología		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Odontóloga		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	9 de marzo del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	38
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Odontopediatra, Psicología, Conductas Alimenticias		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Manifestaciones Bucales, Salud Bucal.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>Introducción: La presencia de un trastorno alimenticio (TA) es más común en mujeres adolescentes y el 95% estarían entre los 12 y 25 años. El objetivo de nuestro estudio es resaltar la importancia del examen clínico en cavidad oral que podría resultar útil para diagnosticar anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN) debido a las manifestaciones bucales que pueden producirse, siendo de principal interés para el odontopediatra por el inicio temprano de los síntomas en estos trastornos y la necesidad de un diagnóstico oportuno. Metodología: Una revisión sistemática únicamente de reportes de caso y series de casos de pacientes con AN y BN, que tras evaluar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 112 artículos donde se registraron 194 sujetos. Resultados: De los 194 pacientes el diagnóstico más prevalente fue la AN tipo restrictiva (n= 112; 57,73%). De toda la muestra, únicamente 16 (8,25%) pacientes fueron examinados clínicamente en boca indicando la presencia o ausencia de manifestaciones orales y evidenciando la erosión dental (n=10) como la más frecuente. Conclusión: Es necesario que se registre toda anomalía en la cavidad bucal durante el reporte de caso de pacientes anoréxicos y bulímicos para denotar su relevancia y prevalencia en la literatura y que sea complemento para el diagnóstico temprano y oportuno de estos trastornos sobre todo para el Odontopediatra, quien atiende en su consulta pacientes en la primera y segunda década de vida que coincide con las edades de inicio de signos y síntomas.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>CON</b>	<b>Teléfono:</b> +5930981169760	<b>E-mail:</b> sofia19993@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>LA</b>	<b>Nombre: Pino Larrea José Fernando</b>	
		<b>Teléfono: +593-0962790062</b>	
	<b>DEL</b>	<b>E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec</b>	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			