

## Área Rehabilitación Oral

# Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

### AUTORES

**BOERO LÓPEZ, Edgardo Oscar**

Profesor Adjunto Cátedra Integrada III, Módulo Oclusión F. O. Universidad Nacional de Cuyo

**DOLONGUEVICH, Evelyn Ruth**

JTP Integrada II Módulo Oclusión F. O. Universidad Nacional de Cuyo

### LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

Especialización en Prosthodontia, Especialización en Periodontia, Facultad de Odontología, UNCuyo y Laboratorio de Bioquímica de la Facultad de Odontología UNCuyo

### DOMICILIO DEL AUTOR:

Cobos 1353 - Dorrego- Guaymallén - Mendoza  
e-mail: eboero@fodonto.uncu.edu.ar  
edolonguevich@fodonto.uncu.edu.ar

### RESUMEN

La paciente C. J., asistió a la carrera de Especialización en Prosthodontia recomendada para iniciar, dado su diagnóstico de bulimia y anorexia nerviosa purgativa, un tratamiento rehabilitador integral que le permita recomponer su salud bucal para, de esta manera, estimularla a mantener su condición de paciente estable en lo que se refiere a su enfermedad.

Se transitaron los pasos de la historia clínica para llegar a un diagnóstico ajustado y de esta manera poder determinar un buen pronóstico y desarrollar un adecuado plan de tratamiento y tratamiento final que colmó las expectativas de la paciente.

### Palabras clave:

Tratamiento Rehabilitador Prosthodóntico - Bulimia - Anorexia

### ABSTRACT

*The patient C.J., with a diagnosis of bulimia and purgative anorexia, was recommended to begin an integral rehabilitating treatment at the Prosthodontics Specialization Career to improve her oral health and in this way to encourage her to remain a stable patient in reference to her illness. The steps of her medical history were carefully followed to achieve a precise diagnosis and thus to be able to establish a good prognosis and to develop an adequate course of treatment and reach the goal that pleased the patient's expectations.*

### Key words:

*Prosthesis - Periodontics - Bulimia - Anorexia*

### INTRODUCCIÓN

La naturaleza de este trastorno, la bulimia y anorexia nerviosa, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la condición psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal. Sin embar-

go, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.<sup>(1)</sup>

El tratamiento restaurativo, una vez contro-

lado el paciente, será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material restaurativo adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólogicos como dimen-

## Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth

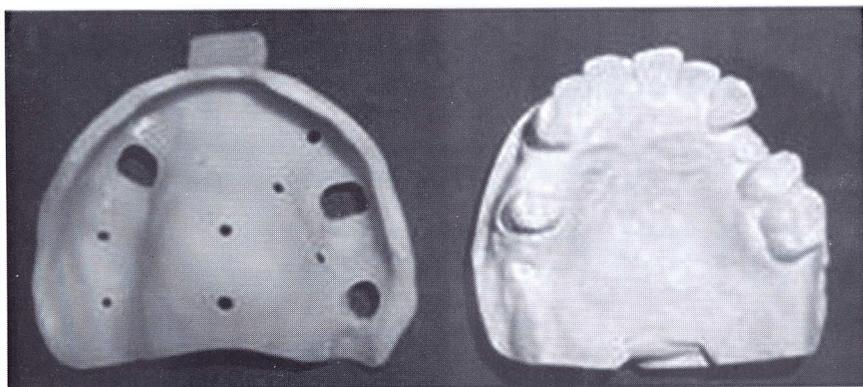


Figura 1. Impresión para modelo definitivo paciente C. J.

sión vertical, sintomatología de ATM, mordida abierta, etc. Según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.<sup>(2)</sup>

Aunque se comenta que los tratamientos médicos ensayados en la anorexia y bulimia nerviosa son innumerables y que los fracasos son más frecuentes que los éxitos, con dificultades terapéuticas numerosas y desalentadoras, esto no debe de ser un aspecto desmotivador para el odontólogo, más aún, al contrario, considerarlo como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que al conseguir función y estética dental el paciente recobrarán, reforzará y retroalimentará su autoestima.<sup>(2)</sup>

### CASO CLÍNICO

**OBJETIVOS GENERALES:** Motivar desde la rehabilitación de la función y la estética oral la recuperación de los trastornos alimentarios.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estudiar los trastornos de conducta alimentaria.
- Aprender a diagnosticar los trastornos bucales originados por la bulimia y anorexia.
- Adecuar un plan de tratamiento para esta paciente.
- Seleccionar el material odontológico

más acorde a la rehabilitación protésica.

**e.** Devolver al paciente la función y estética perdidas.

#### DESCRIPCIÓN Y DATOS DEL PACIENTE

Paciente: C. J.; sexo: femenino; estado civil: soltera; fecha y lugar de nacimiento: Mendoza, 05-03-75; edad: 32 años; ocupación: periodista, locutora; motivo de la consulta: "dolor, pérdida y deterioro dental"; expectativas de la paciente: recuperar las funciones, salud y estética bucal; predisposición de la paciente: excelente, muy colaboradora.

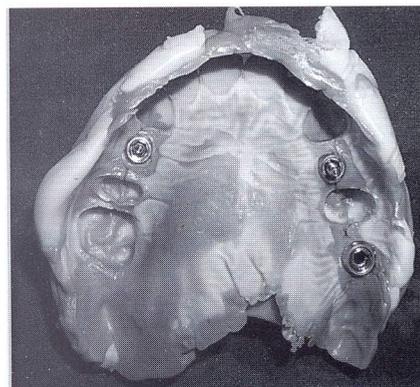
Tratamiento médico actual: Está en tratamiento psicológico y nutricional por bulimia y anorexia desde hace 4 años, sufre de asma e insomnio y ha padecido hepatitis B.

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA

Inicio del problema: Dolor y pérdida de piezas dentales por caries, a los 26 años de edad.

Otros síntomas: Respiradora bucal (aunque recibió educación respiratoria) presenta con frecuencia dolores de garganta, presenta bruxismo (rechina los dientes al dormir), sufre frecuentemente de dolores o rigidez de los músculos del cuello y ha tenido problemas en los oídos como zumbidos o cambio de audición y saltos en la articulación temporomandibular.

DETERMINACIÓN DE RIESGO CARIOGÉNICO y REGISTRO DE HIDRATOS DE CARBONO. De acuerdo al examen dental y al regis-



tro de los hidratos de carbonos, los cuales fueron suministrados verbalmente por el paciente, se observa que al comienzo del tratamiento el riesgo es alto.<sup>(6)</sup>

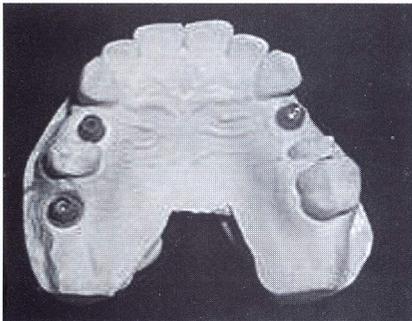
**DIAGNÓSTICO:** En cuanto al diagnóstico del estado bucal de la paciente C. J. podemos llegar a determinar que la mayoría de sus alteraciones bucales existentes, como caries, restauraciones desbordantes, pérdida de elementos dentarios y erosión marcada por palatino de dientes antero superiores, son secuelas y se deben en gran parte a su patología de base.

**PRONÓSTICO:** En lo que respecta a su patología de los trastornos de conducta alimentaria podemos considerar al pronóstico como reservado, debido a que hay un alto porcentaje de recurrencia de la enfermedad.

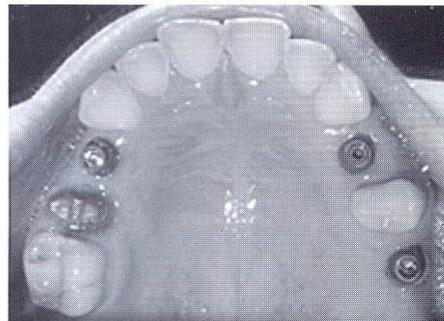
Desde el enfoque odontológico de la paciente, de acuerdo a todo lo expuesto en cuanto a su diagnóstico bucal, es favorable, dado que desde el punto de vista periodon-

Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

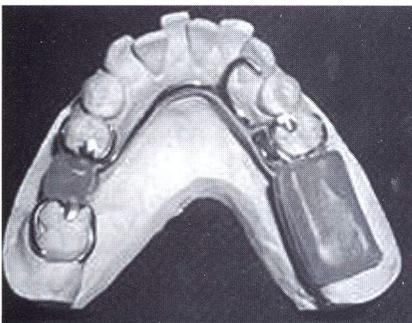
Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth



**Figura 2.**  
Personalización de pilares y cromo inferior.



**Figura 3.** Prueba clínica de pilares.



tal, el cual lo da el estudio exhaustivo que se hizo en la fase periodontal en la Carrera de Especialización en Periodoncia, marca un punto de partida importante para el objetivo final; y en lo que se refiere al estado de salud oral, caries, tratamientos de conducto y futura rehabilitación también es favorable, dado la excelente predisposición de la paciente hacia el tratamiento.

**PLAN DE TRATAMIENTO**

Se planificó un tratamiento acorde al caso e inclusive pensando en una posible recidiva, ya que tal cual lo describe ella, “es una enfermedad en la que se lucha día a día”. Por esto se decide encarar el plan de tratamiento de la siguiente manera:

- Control de placa bacteriana
- Resolución de la gingivitis marginal crónica
- Exodoncia de elemento 38
- Re tratamiento de conducto elemento 15
- Obturación con resina elemento 25
- Resolución de caries de elementos

- Implantes en elementos 14,16 y 24
- Regeneración de paredes vestibulares en elementos 14 y 24
- Perno muñón elemento 15
- Corona metalo cerámica elementos 24, 25 y 14 y 16
- Prótesis parcial de cromo cobalto inferior
- Tratamiento preventivo.

**° Impresión y cementación de perno muñón elemento 25**

Se realizó la impresión del conducto radicular con una resina acrílica marca Dura Lay, y se instaló el perno muñón en el elemento con cemento de fosfato de zinc.

**° Impresiones para rehabilitación maxilar superior**

Para la impresión se confeccionó, previa impresión con alginato para modelo primario, una cubeta individual, como material de fijación de los emergentes se utilizó resina acrílica Dura Lay y como material de impresión se uso silicona por adición marca Panasil (Putty soft e Initial Contact light) (figura 1).

**° Tallado de apoyos para prótesis parcial removible de cromo cobalto inferior**

Se realizaron apoyos según diseño y previo tallado de planos guía, en mesial de elemento 45, en lingual del 43, en distal del 35 y mesial del 37.

**° Personalización de pilares de titanio y estructura de cromo cobalto inferior**

El laboratorio personaliza los pilares de titanio correspondientes a cada implante colocado y realizó la estructura de cromo de la prótesis inferior (figura 2).

**° Prueba clínica de los pilares maquinados**

Se realizó luego de controlar la adaptación en modelos, la prueba clínica de los pilares de titanio personalizados (figura 3).

**° Impresión de pilares y muñón (Fig. 34)**

Se realiza impresión de pilares de titanio de los elementos 14, 16 y 24 del muñón del elemento 25 con silicona por adición Panasil. (figura 4).

**° Prueba de casquetes.**

Se procede a la prueba en modelos y clínica de los casquetes metálicos de los ele-

## Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth

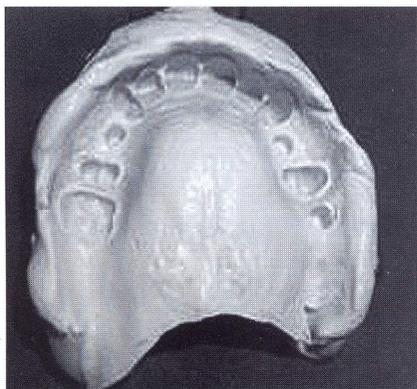


Figura 4 Impresión pilares y muñón.

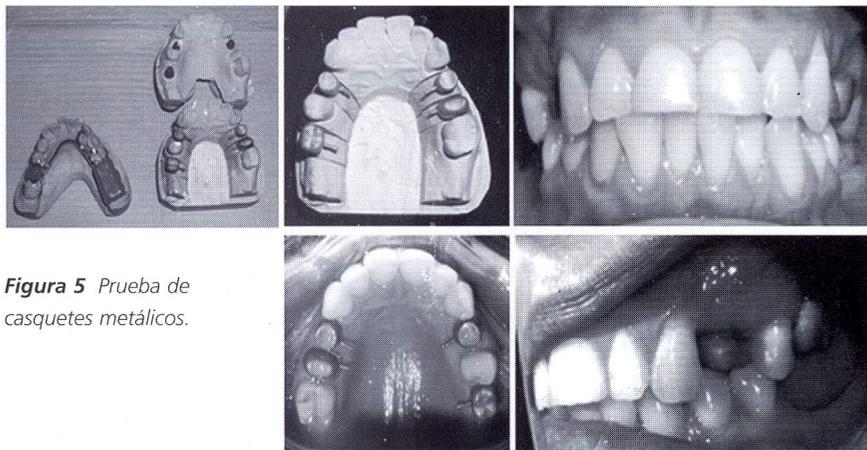


Figura 5 Prueba de casquetes metálicos.

mentos 14, 16, 24 y 25 (figura 5).

° Modelos para prueba de los bizcochados.

El laboratorio entrega los bizcochados en porcelana y enfilado del cromo inferior para proceder a probar en la paciente, se realiza prueba de la oclusión y observación de detalles estéticos (figura 6).

° Prueba clínica de bizcochado y enfilado de cromo inferior

Se realiza la prueba clínica de las estructuras de porcelana y el enfilado inferior, donde se observan detalles estéticos, color y forma, a corregir antes del acabado final, y se prueba la oclusión de la paciente (figura 7).

° Instalación de la rehabilitación

Se procede a instalar la rehabilitación, en cuanto a las coronas de metal porcelana sobre implantes<sup>(14, 16 y 24)</sup> se cementan con óxido de zinc eugenol reforzado, la corona de metal porcelana del elemento 25 con cemento de ionómero vítreo, y en cuanto al cromo inferior se activaron retenedores y se comprobó la oclusión.

Como indicaciones se le sugirió una adecuada higiene bucal, enjuagues y dentífricos fluorados (ver plan de tratamiento), control trimestral con el profesional odontólogo y, como al momento del cierre de la rehabilitación no accede debido a su educación respiratoria, a la placa neuromiorelajante se le aconseja en no menos de tres meses su instalación (figuras 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

DISCUSIÓN

Se presentó un caso de rehabilitación protética en una paciente con un trastorno de tipo alimentario con una presunta estabilidad en cuanto a su patología, y es por esta situación que se ha creado alguna discusión del tiempo de intervención odontológica en estos casos, aunque por un lado se concuerda en que el cuidado odontológico de rutina debería proceder como se requiere en el manejo de la caries y problemas perio-

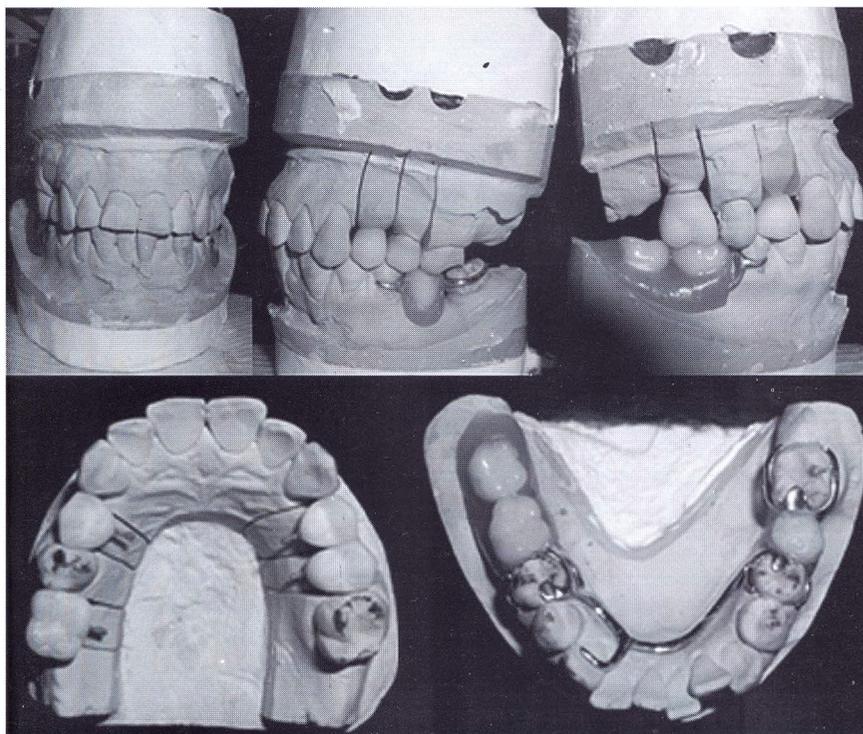


Figura 6. Prueba de bizcochado en modelos.

Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth

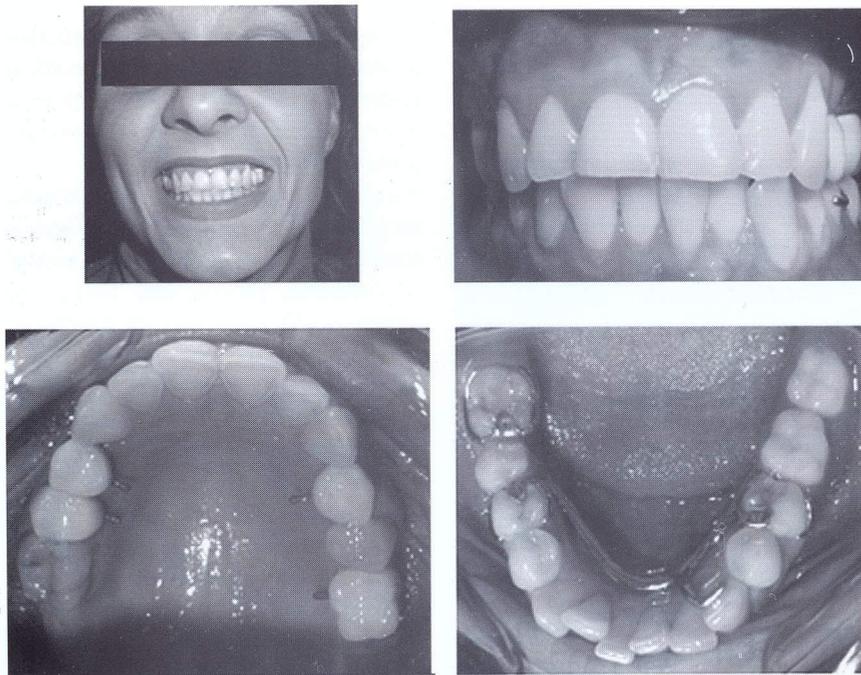


Figura 7. Prueba clínica de rehabilitación.

dontales. Si la erosión progresiva está presente, es mejor esperar hasta que el desorden alimentario haya sido controlado antes de iniciar un tratamiento restaurador exten-

so, pero por otro lado se sabe que el tratamiento puede ayudar al paciente a enfrentar su problema de salud. Mejorar su apariencia al proveer al paciente puede ser, si se

inicia en el tiempo correcto, un importante factor en el manejo y recuperación del paciente.<sup>(48)</sup>

Es por esto que el tratar pacientes con desórdenes alimentarios presenta un gran desafío dado que las lesiones en boca suelen ser irreversibles.

La extensión del tratamiento está determinada frecuentemente por el daño existente en los tejidos duros y el objetivo del tratamiento debería ser la restauración funcional y estética del paciente, tanto como la prevención de más daño en la dentadura existente.<sup>(46)</sup>

Si hubo una extensa pérdida de la estructura dentaria el cuidado dental deberá incluir una completa rehabilitación oral con rehabilitación con cobertura completa.<sup>(47)</sup>

El actual plan de tratamiento se orientó hacia una rehabilitación funcional y estética y en la protección de la dentadura existente.

El tratamiento endodóntico y los pernos fueron considerados necesarios por la extrema destrucción de los tejidos duros de la corona del 25.

La decisión de la colocación de los implan-

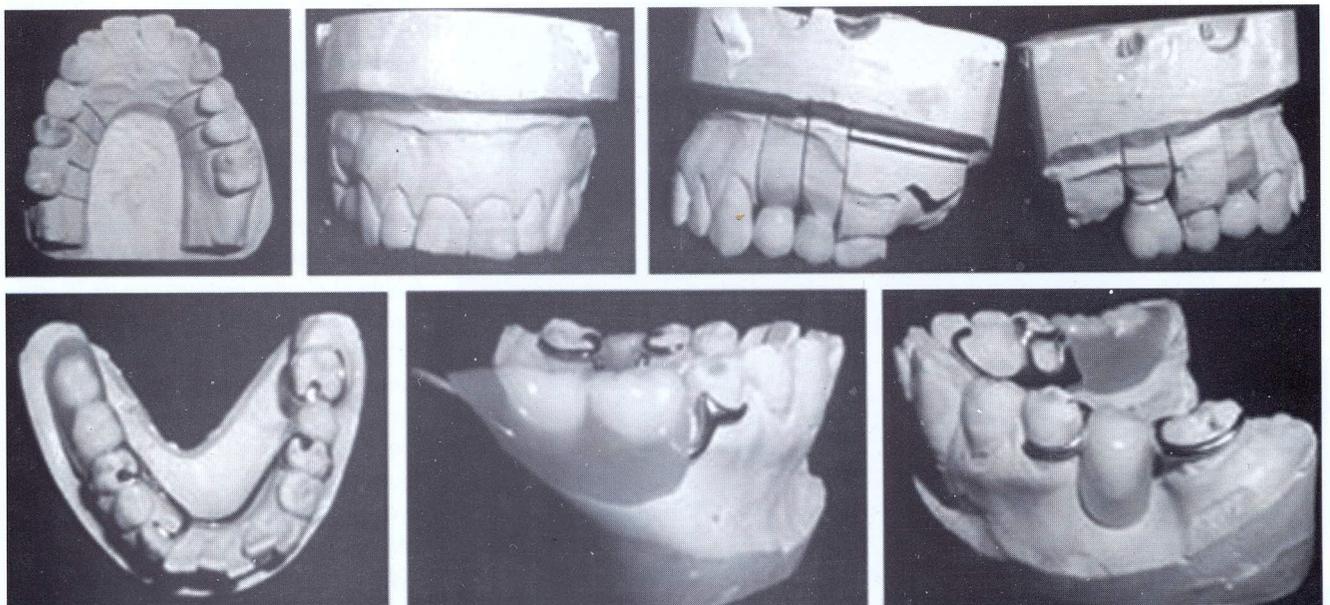


Figura 8. Modelos con rehabilitación terminada.

## Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth

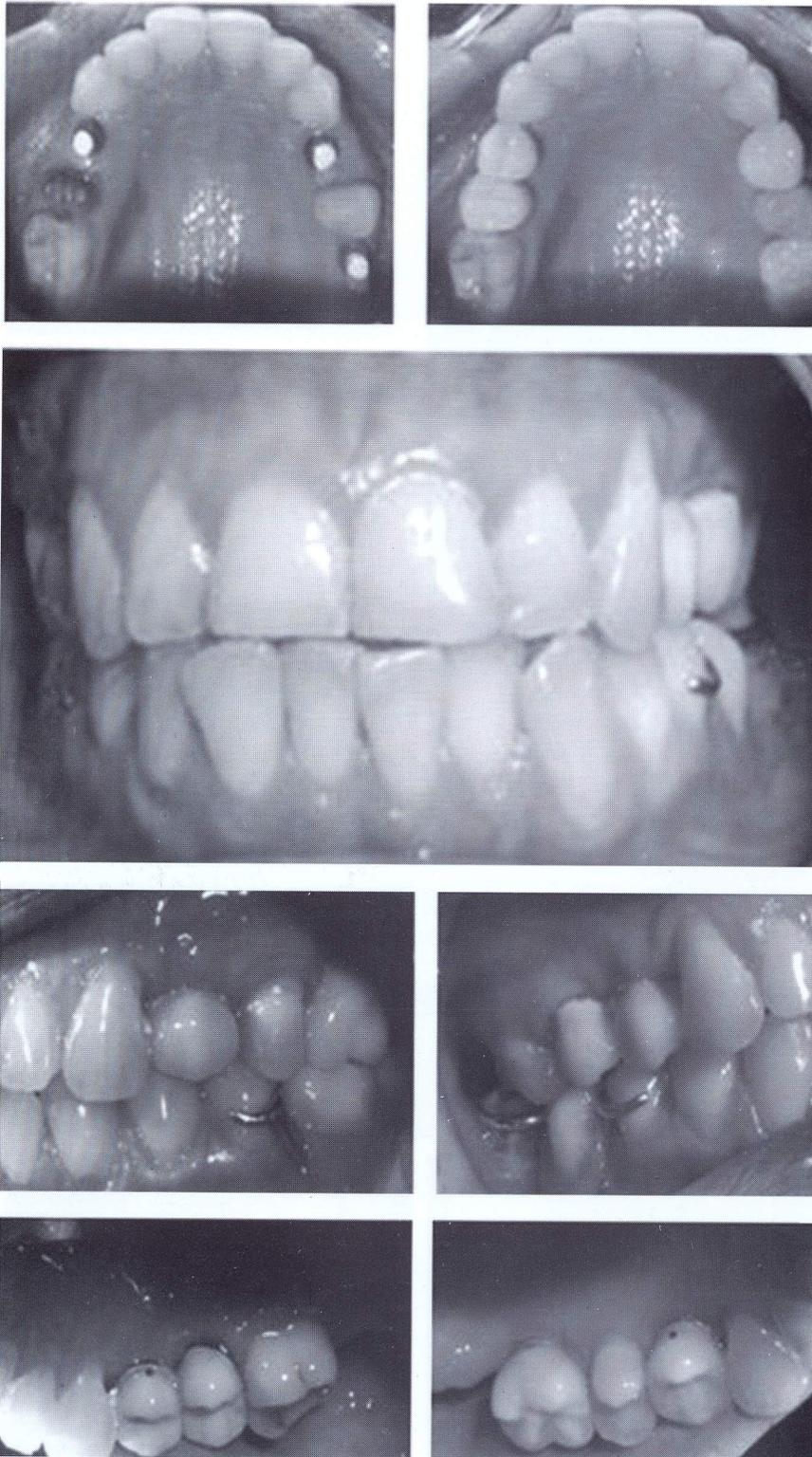


Figura 9. Instalación de rehabilitación superior.

tes se toma en base a que en los estudios analíticos que la paciente entregó no existía evidencia de osteoporosis ni de déficit en la absorción del calcio; esto nos dio un buen punto para la decisión tomada.

Y si se toma en cuenta que la implantodontología es un recurso terapéutico habitual confiable para la solución de gran cantidad de problemas clínicos, este tratamiento representa una alternativa para abordaje en el reemplazo de dientes perdidos.

La rehabilitación con restauraciones de cobertura completa ofreció una solución segura para una rehabilitación funcional y estética de esta paciente.

Las restauraciones ceramo metálicas se utilizaron porque dan un resultado estético excelente (similar a restauraciones completas cerámicas) con mejor resistencia mecánica. La rehabilitación con ceramo metálica en pacientes con desórdenes alimentarios ha sido adecuadamente documentada.<sup>(49, 50)</sup>

A esto se puede agregar que, según un estudio realizado sobre la solubilidad y dureza superficial de cerámicas odontológicas después de ser expuestas a fluido gástrico, si estas son adecuadamente elegidas en composición y trabajadas adecuadamente el grado de afectación disminuye notoriamente.<sup>(51)</sup>

Aproximadamente un tercio de los paciente con desórdenes alimentarios sufren un recaída dentro de los cuatro años posteriores.<sup>(52, 53)</sup>

Por lo expuesto en el párrafo anterior es que la prevención en pacientes en donde el cuadro sintomático de la anorexia y la bulimia se encuentra activo, incluye preventivos como revisiones continuas y protección del esmalte con fluoruro. Si el paciente vomita, se recomienda el empleo diario de soluciones neutras en forma de enjuague de fluoruro de sodio (0,05%), aplicaciones directas en gel de fluoruro de estaño (0,4%), así como el contenido de éste en la pasta dental de uso diario que, además de proteger al esmalte ante la

Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth

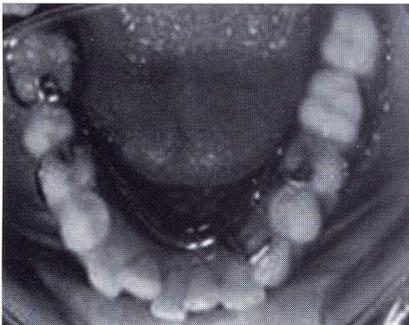
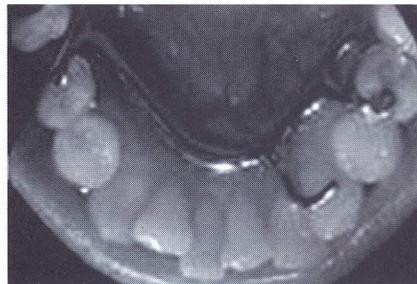


Figura 10. Instalación rehabilitación inferior de paciente



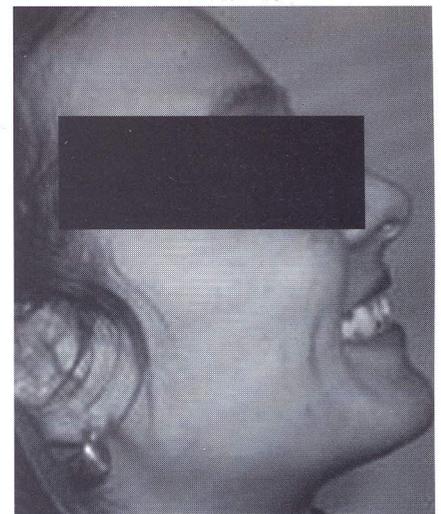
dilución ácida y la erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries.<sup>(54, 55, 56, 57)</sup>

Se ha reportado una reducción hasta de 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. Se debe evitar el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.<sup>(55, 58)</sup>

Se sabe de las dificultades terapéuticas y de los fracasos en el tratamiento dental de estos desórdenes alimenticios<sup>(59, 55, 60)</sup>; esto no debe desmotivar al clínico, al contrario, debe considerarse como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que, al conseguir función y estética dental, éste recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.<sup>(55)</sup>



Figura 11. Frente y perfil de paciente C. J. con rehabilitación instalada.



**CONCLUSION**

Una rehabilitación protética en un paciente con trastornos de la alimentación es de una gran complejidad, y si bien desde un punto de vista odontológico lo que se busca es la estética y la función de todo el sistema estomatognático, no se debe dejar de lado que para que este sistema funcio-

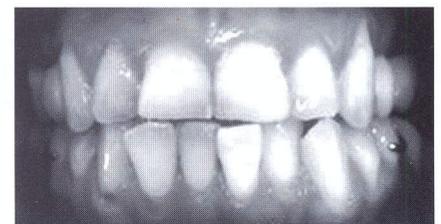
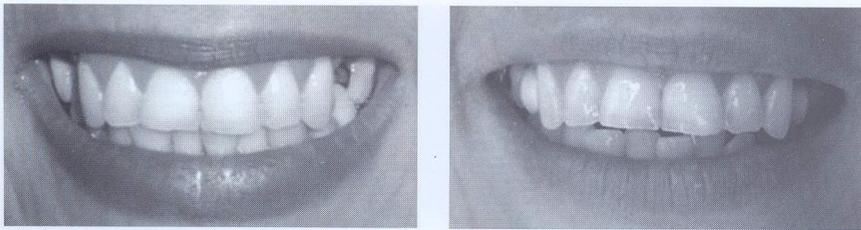


Figura 12. Boca de frente de paciente antes y después.

## Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth



**Figura 13.** Marco de sonrisa de paciente C. J. antes y después.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ENRIQUE BERNER, JULIA PIÑERO\* Y SHIRLEY VALENTE, *Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos*, *Arch. argent. pediatr* 2004; 102(6) / 440-444
2. ÓSCAR GAY ZÁRATE, JOSÉ L. CASTELLANOS, LAURA DÍAZ GUZMÁN, *Serios en medicina bucal. VIII Anorexia y bulimia en odontología*. Revista Asociación Dental Mexicana, Vol. LXI, N° 3, Mayo-Junio 2004, pág. 117 - 120
3. DR. ÓSCAR GAY ZÁRATE, DRA. GRACIELA ELIZABETH RAMÍREZ RODRÍGUEZ, *Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. Revisión*. Revista Asociación Dental Mexicana, Vol. LVII, N° 1, Enero-Febrero 2000, pp 23 - 32.
4. STEGE P, VISCO DANGLER L, RYE L. *Anorexia nerviosa: review, including oral and dental manifestations*. *JADA* 1982; 104:648-52.
5. BRADY WF. *The anorexia nerviosa syndrome*. *Oral Surg*, 1980; 50: 509-16.
6. BARRANCOS MONEY J., BARRANCOS P. J. *Operatoria Dental Ed. Panamericana*. 4ª ed. 2.006; 373 - 375
7. DÉBORA C. MATTHEWS Y MOE TARESH, *Detección de factores dentales que predisponen a las infecciones periodontales*, *Periodontology* 2000, Ed. Esp., Vol. 9, 2005, 136 - 150
8. GARY C. ARMITAGE, *Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales*, *Periodontology* 2000, Ed. Esp., Vol. 9, 2005, 9 - 21
9. CRISPO R, FIGUEROA E, GUELAR D. *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Ed. Guedisa S.A. Barcelona 2005. 1: 33 - 38
10. MANDEL L, KAYNAR A. *Bulimia and parotid swelling: a review and case report*. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50:1122-1125
11. RAUCH S, HERZOG D. *Parotidectomy for bulimia: Adissenting view*. *Am J Otolaryngol* 1987; 8: 376.
12. RUSSELL G. *Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychol Med* 1979; 9:429-448.
13. PINDBORG J. *Pathology of Dental Hard Tissues*. Copenhagen 1970; *Munsksgard*: 312 - 321
14. MILOSEVIC A, BRODIE D, SLADE PD. *Dental erosion, oral hygiene and nutrition in eating disorders*. *Int J Eating Disord*. 1997; vol 21 N° 2: 195 -199
15. Meurman J. H., Ten Cate J. M. *Patogénesis and modifying factor son dental erosion*. *Eur J Oral Sci*. 1996; 104: 199 - 206
16. HELLSTRÖM J. *Oral complications in anorexia nervosa*. *Scand J Dent Res*. 1977; 8: 71 - 86
17. MILOSEVIC A., DAWSON L. J. *Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear*. *Caries Res*. 1996; 30: 361 - 366
18. OHRN R, ENZELL K, ANIMAR - MANSSON B. *Oral status of 81 subjets with eating disorders*. *Eur J Oral Sci*. 1999; 107(3): 157 - 63
19. JARVINEN V. K., RYTOMA H., EINONEN O. P. *Risk factors in dental erosion*. *J Dental Res*. 1991; 70: 942 - 947
20. MEURMAN J. H., TEN CATE J. M. *Patogénesis and modifying factor son dental erosion*. *Eur J Oral Sci*. 1996; 104: 199 - 206
21. ZERO D. T. *Etiology of dental erosion - extrinsic factors*. *Eur J Oral Sci*. 1996; 104: 162 - 177
22. ZERO D. LUISSIA. *Erosion Chemical and biological factors of importante to the dental practitioner*. *Internacional Dental Journal*. 2.005 : 55: 285-290
23. BARTLETT D. *The role of erosion in toothwear: aetiology, prevention and management*. *Internacional Dental Journa*. 2.005; 55: 277-284
24. HUGHES J. A., WEST N. X. PARKER D. M. ET AL. *Development and evaluation of a low erosive blackcurrent juice drink. Final drink and concentrate, formulae comparisions in situ and overview of the concept*. *J Dent* 1999; 27: 345 - 350
25. CHRISTENSEN GORDON J. *Oral care for patients with bulimia*. *JADA*. Vol. 133. 2002; 1.689 - 1.690
26. ALI DENA A., BROWN RONALD S., RODRÍGUEZ LUCIANO, MOODY EDWARD L. NASR MAHMOUD F. *Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease*. *JADA*. Vol 133. 2002; 734 - 737
27. MEHLER P. S., GRAY M. C., SCHULTE M. *Medical complications of anorexia nervosa*. *Jornal of Woman's Health*. 1997; 6: 533 - 541
28. MITCHELL J., PYLE R., ECKERT E. *Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia*. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 835l.
29. GUTMANN J. L., LOVDAHL P. E. *Problems encountered in tooth isolation and access to the pulp chamber space*. En: Gutmann J. L, Dumsba T. C., Lovdabl P. E., Hovland E. J. editores. *Problem Solving in Endodontics*. 3ª edición. Missouri. Mosby, 1997: 47 - 66.
30. INGLE J., BAKLAND L. *Endodoncia*. 4ª edición. 1996. Capítulo 1

## Rehabilitación protética de un paciente con trastornos de conducta alimentaria

Boero López, Edgardo Oscar; Dolonguevich, Evelyn Ruth

ne necesita de otro por demás importante que es el del ser humano. De esta manera se podrán encarar estos tratamientos par-

tiendo de la base que entender qué es lo que les pasa por dentro a nuestros pacientes nos hará saber qué se les puede devol-

ver por fuera para motivarlos a mejorar y encarar la vida con otra actitud.

## BIBLIOGRAFÍA

31. **KHAYATY COL**, Microfiltración bacteriana en endodoncia, *The Journal of Endodontic* 23: 35 - 38, 1997; 19: 388 - 391, 458 - 461, 1993; 17: 324 - 331, 1991; 15: 157 - 160, 1989
32. **GARCÍA DE VALENTE M., BORDONI N., ROZANSZTEJNM R., ARMATTA A.** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente salud bucal de encuadre interdisciplinario. *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños*. Vol. 32 - N° 3, Septiembre / Diciembre 2003. 23 - 27
33. **NEWBURN ERNEST**, *Cariología*, México, Limusa 1984, pp. 295 - 314
34. **SALAS ORTEGA AGUSTINA, ET-AL**, *Instrumentación, Manual de prácticas*, México, UNAM 2004, pp. 58 - 62
35. **GARCÍA DE VALENTE M. S., BERNER E., KOVALSKYS I., PIÑEIRO J.** Relación entre estudios salivales y estado dentario en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria; *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños*. Vol. 34 - N° 4, Diciembre / Marzo 2006 14 - 18
36. **MLOSEVIC A., DAWSON L. J.** Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. *Caries Res.* 1996; 30: 361 - 366
37. **MEURMAN J. H. ET AL.** Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. *Oral Surg Med Pathol* 1994; 78: 583 - 9.
38. **ROBERTS M. W., TYLEND A. C. A.** Dental aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa (Med line abstract). *Pediatrician* 1989; 16: 178 - 84.
39. **GROSS K., BROUGH K. M., RANDOLPH P. M.** Eating disorder: Anorexia y bulimia nerviosas. *J Dent Child* 1986; 5: 378 - 80
40. **ABRAMS R. A., RUFF C.** Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *JADA* 1986; 113: 761-4
41. **SHAW B. M.** Orthodontic/prosthetic treatment of enamel erosion resulting from bulimia: A case report. *JADA* 1994; 125: 188 - 90.
42. **DARBAR U. R.** Treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers: A case report. *Quintessence Int* 1994; 25: 195 - 7.
43. **MITCHELL J. E., SIEM H. C., COLON E., POMEROY C.** Medical complications and medical anagement of bulimia. *Ann Int Med* 1987; 107: 71 - 7.
44. **BASSIOUNY M. A., POLLACK R. L.** Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers. *JADA* 1987; 115: 412 - 7.
45. **HERZOG D. B., COPELAND P. M.** Eating disorders. *N Engl J Med* 1985; 113: 295 - 303.
46. **KAVOURA V., DDS, MSC3, KOURTIS E., DDS, DR. ODONT, AND COL.,** Full-mouth rehabilitation of patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int* 2005; 36: 501 - 510
47. **STEWART B.** Restoration of the severely worn dentition using a systematized approach for a predictable prognosis. *Int J. Periodont Rest. Dent* 1998; 18: 47 - 57
48. **ROBB N. D., SMITH B. G.** Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): Conditions of interest to the dental practitioner. *J. Dent* 1996; 24: 7 - 16
49. **BONILLA D. B., LUNA O.** Oral rehabilitation of a bulimic patient: A case report. *Quintessence Int* 2001; 32: 469 - 475
50. **STUDENT-PAVLOVICH D., ELIOTH M. A.,** Eating disorders in women's oral health. *Dent Clin North Am* 2001; 45: 491 - 511
51. **HILBERT E., VÁSQUEZ R., Y COL.** Solubilidad y Dureza Superficial de Cerámicas Odontológicas Después de ser expuestas a fluido gástrico artificial. Estudio in vitro. *Acta odontológica venezolana, Volumen 45, N° 2.* 2007
52. **KEEL PK, MITCHELL JE,** Outcome in bulimia nervosa *AM J Psychiatry* 1997; 154: 313 - 321
53. **OLMSTED MP, KAPLAN AS,** Predictors of relapse in bulimia nervosa (abstract). *Psychosomat Med* 1997; 59: 103
54. **BRADY W.F.** The anorexia nervosa syndrome. *Oral Surg* 1980; 50: 509 - 516.
55. **GROSS K, BROUGH K. M. Y RANDOLPH P. M.** Eating disorder: Anorexia y bulimia nervosas. *J Dent Child* 1986; 5: 378 - 380.
56. **ROBERTS M.W. Y LI Y-H.** Oral findings in anorexia and bulimia nervosa: A study of 47 cases. *JADA* 1987; 115: 407 - 410.
57. **HASLER J. F.** Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nervosa. *Oral Surg* 1982, 53: 567 - 573.
58. **MITCHELL J. E., SIEM H. C., COLON E., POMEROY C.** Medical complications and medical anagement of bulimia. *Ann Int Med* 1987; 107: 71 - 77.
59. **STEGE P, VISCO, DANGLER L. Y RYE L.** Anorexia nerviosa: review including oral and dental manifestations. *JADA* 1982; 104: 648 - 652.
60. **HARTMAN D.** Anorexia nervosa-diagnosis, aetiology and treatment. *Postgrad Med J* 1995; 71: 712 - 716. z