



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

**ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

**TRABAJO FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES:
SU RELACIÓN CON LA CAVIDAD BUCAL.**

**ALUMNA: MARIA EUGENIA CHANDIA
DIRECTORA: PROF. DRA. CLAUDIA N. FERNANDEZ**

AÑO: 2024

ÍNDICE

	Página
Índice.	I
Índice de figuras.	II
Abreviaturas y siglas.	III
Resumen.	1
Abstract.	2
Introducción.	3
CAPÍTULO 1: Trastornos alimentarios en niños y adolescentes.	
1.1 Definición y generalidades.	5
1.2 Clasificación de los trastornos alimentarios	7
1.2.1 Anorexia Nerviosa.	8
1.2.1a Anorexia Nerviosa Atípica.	11
1.2.2 Bulimia Nerviosa.	13
1.2.3 Trastorno por atracón.	15
1.2.4 Trastorno por restricción/evitación de la ingesta alimentaria.	16
1.2.5 Alimentación caprichosa o Picky eating propio del desarrollo.	19
1.2.6 Pica.	20
1.2.7 Trastorno por rumiación o rumia.	21
1.2.8 Trastornos alimentarios no especificados.	22
1.3 Principales comorbilidades crónicas de los trastornos alimentarios.	23
1.3.1 Obesidad.	24
1.3.2 Alteraciones Psiquiátricas.	28
1.3.3 Diabetes Mellitus.	29
1.3.4 Síndrome Metabólico.	30

CAPÍTULO 2: Componente bucal de los trastornos alimentarios	31
2.1 Erosión relacionada a los trastornos alimentarios.	33
2.2 Caries	34
2.3 Articulación Temporo Mandibular.	35
2.4 Mucosa oral.	35
2.5 Hueso alveolar.	36
2.6 Glandulas salivales	36
2.7 Lengua.	37
2.8 Tejido periodontal y gingival.	37
Conclusiones.	40
Bibliografía.	42
ÍNDICE DE FIGURAS	34
Figura 1: Erosión dentaria	

ABREVIATURAS Y SIGLAS (por orden alfabético):

ANA: Anorexia Nerviosa Atípica.

AN: Anorexia Nerviosa.

APA: Asociación Americana de Psiquiatría.

ARFID: Avoidant or Restrictive Food Intake Disorder.

BED: Binge-eating disorder.

BN: Bulimia Nerviosa.

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud 11^a Revisión (International Classification of diseases 11th Revisión).

DE: Disorders Eating.

DM1/2: Diabetes Mellitus.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

IMC: Índice de Masa Corporal.

NICE: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (National Institute for Health and Care Excellence).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SAP: Sociedad Argentina de Pediatría.

SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

TA: Trastorno por Atracón.

TA: Trastorno Alimentario.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

TANE: Trastornos alimentarios no especificados.

TEA: Trastornos del Espectro Autista.

TERIA: Trastorno por Evitación o Restricción de la Ingesta de Alimentos.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define a los trastornos alimentarios como comportamientos de alimentación anormales, acompañados por una distorsión de la imagen corporal y la preocupación excesiva por el peso y por la comida que en caso de persistir, pueden afectar y deteriorar significativamente la salud física, mental y el funcionamiento psicosocial y, en casos extremos, el deceso del paciente.

Los trastornos alimentarios son trastornos psiquiátricos cada vez más frecuentes en niños y adolescentes (principalmente) generando múltiples desequilibrios sistémicos que afectan el crecimiento y el desarrollo pudiendo ocasionar comorbilidades crónicas como la obesidad, las alteraciones psiquiátricas, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico, afectando con secuelas permanentes su calidad de vida.

Las manifestaciones bucales son los primeros síntomas en presentarse ante un trastorno alimentario, dentro de las más frecuentes se identifican, la enfermedad gingival y periodontal, alteraciones en tejidos blandos orales como lengua y glándulas salivales, traumatismo palatino u orofaríngeo . En los tejidos duros se modifica el tejido óseo y en los elementos dentarios se observa erosión dental generalizada, caries e hipersensibilidad, por lo cual, la presencia del odontopediatra en el equipo interdisciplinario es fundamental para detectar precozmente alteraciones y así abordar al niño con tratamientos oportunos e integrales.

ABSTRACT

The World Health Organization defines eating disorders as abnormal eating behaviors accompanied by a distortion of body image and excessive preoccupation with weight and food that, if persisted, can significantly affect and deteriorate the physical and mental health and psychosocial functioning and, in extreme cases, the death of the patient.

Eating disorders are increasingly common in children, prevailing especially during adolescence, generating multiple systemic alterations that affect growth and development and that can be chronic, such as obesity, psychiatric disorders, diabetes mellitus and metabolic syndrome, affecting with permanent consequences to their quality of life.

Oral manifestations are the first symptoms to appear of an eating disorder, among the most frequent: gingival and periodontal disease, alterations in oral soft tissues such as the tongue and salivary glands, palatal or oropharyngeal trauma are identified. The bone tissue is modified and in the dental elements, generalized dental erosion, cavities and hypersensitivity are observed, therefore, the presence of the pediatric dentist in the interdisciplinary team is essential to early identify alterations and thus offer the child a timely and integral treatment.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se describen los principales trastornos alimentarios que pueden manifestarse durante la infancia y en la mayoría de los casos prevalecer en la adolescencia y la adultez, así como las características odontológicas distintivas para el reconocimiento de los mismos enfatizando en la importancia del abordaje integral de los pacientes desde edades tempranas, identificando la presencia de los factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad de los niños y adolescentes, para la detección temprana y el tratamiento oportuno

Diversos factores, conllevan al deterioro de la salud bucal en los pacientes que padecen conductas alimentarias anormales entre los más importantes se encuentran: temor a la consulta odontológica, deficiencias nutricionales, comportamientos alimentarios inadecuados como vómitos, consumo de bebidas ácidas, mala higiene bucal y el mal uso de fármacos que producen xerostomía.

Esta recopilación bibliográfica pretende ser útil para los profesionales de la salud en general y en especial para los odontólogos a fin de detectar aquellas patologías que se manifiestan en la cavidad bucal y pueden ser precozmente identificadas por el odontopediatra. El odontólogo debe conocer las alteraciones, signos y síntomas que se observan desde el inicio, a corto plazo o cuando la patología se cronifica como son: el biofilm patogénico, eritema faríngeo, queilitis exfoliativa, queilitis angular, mucosa mordisqueada, gingivitis marginal, caries, erosión, el agrandamiento de las glándulas salivales, y la queratosis friccional de la lengua entre otras.

Se evidencia así que los trastornos alimentarios se pueden controlar o prevenir

en la edad pediátrica para evitar futuras patologías a nivel sistémico. Los tratamientos continúan en investigación pero concuerdan en que deben ser multidisciplinarios e incluir a la familia durante el tiempo que dure la recuperación.

Los trastornos de alimentación que se presentan desde la infancia y/o en adolescencia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 2013) son:

- Anorexia Nerviosa (AN). Anorexia Nerviosa atípica
- Bulimia Nerviosa (BN)
- Trastorno por Atracón (TA)
- Trastorno por evitación/Restricción de alimentos
- PICA
- Trastorno por Rumiación
- Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE)
- Vigorexia
- Ortorexia
- Diabulimia.

Para una mejor comprensión, este trabajo fue dividido en dos capítulos.

En el capítulo 1 se abordan definiciones, patogénesis, factores de riesgo, epidemiología, clasificación y características principales de los trastornos alimentarios, así como también las comorbilidades crónicas asociadas más relevantes.

En el capítulo 2 se describen las alteraciones en la cavidad bucal más frecuentes incluso desde el inicio de algunos trastornos alimentarios y los rasgos distintivos de la erosión dentaria en relación con los hábitos que prevalecen.

CAPÍTULO I

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

1.1 Definición y generalidades

Los trastornos alimentarios son comportamientos alimentarios anormales, acompañados por una distorsión de la imagen corporal y la preocupación excesiva por el peso y por la comida. Si persisten pueden afectar y deteriorar significativamente la salud física, mental y el funcionamiento psicosocial de quien lo padece y, en casos extremos, conducir al deceso del paciente (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012- Hornberger *et al.*, 2021).

Son también llamados, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), trastornos de la alimentación, en inglés Disorders Eating (DE) y en el 2013, trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos, según la 5ta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-5, 2013).

Estas conductas repercuten considerablemente en la capacidad del cuerpo para obtener la nutrición adecuada pudiendo causar daños en el corazón, el aparato digestivo, los huesos, aparato estomatognático, y derivar en otras enfermedades (Sandhya *et al.*, 2023).

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) asegura que para prevenir enfermedades nutricionales por exceso o por déficit en los niños desde la edad preescolar hasta su adultez, es importante la formación de hábitos saludables, promoviendo el consumo variado de alimentos nutritivos, una adecuada hidratación a expensas de agua segura, evitando o moderando la frecuencia de ingesta de bebidas azucaradas como gaseosas y jugos, y estimulando la

actividad física a través del juego (SAP, 2016).

Según la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), la adolescencia es una etapa crítica en el crecimiento y desarrollo por los importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Entre las principales características que generan un impacto en el adolescente se destacan los cambios que ocurren en el comportamiento, las necesidades nutricionales y los hábitos alimentarios influenciados por numerosos factores externos e internos, todo ello regido por la necesidad de reafirmar la propia identidad (SEPEAP, 2015).

Por otro lado, se considera a la insatisfacción corporal como una característica psicopatológica central de los trastornos alimentarios tanto para prevenirlos como para tratarlos y reducir riesgos de recaídas (McLean *et al.*, 2019).

Dentro de los factores más relevantes que influyen en el comportamiento alimentario de los niños se identifica a la familia con sus hábitos alimenticios, conductas y experiencias que persistirán a lo largo de toda su vida (Scaglioni *et al.*, 2018).

El aislamiento social vivido en el año 2020 como consecuencia de la pandemia por el Coronavirus SARS-CoV-2, impactó en los adolescentes debido a la pérdida de contacto con los grupos de pares y la falta de una red social de contención, agravando los trastornos de la conducta alimentaria (SAP, 2021).

Aumentando la prevalencia de los mismos y reduciendo la edad de los pacientes diagnosticados. Es por ello que los tratamientos nutricionales y la psicoterapia deben integrar no sólo al paciente sino también a su familia (Robatto *et al.*, 2024).

Los niños o adolescentes con determinados comportamientos relacionados con la alimentación necesariamente padecen o deben ser diagnosticados como trastornos alimentarios de competencia psiquiátrica. Por otro lado, este autor

menciona que las alteraciones relacionadas a la alimentación son más comunes en el género femenino que en el masculino (Barros, 2023).

En los adolescentes de minorías sexuales como homosexuales, bisexuales y transgénero, (en especial varones), las tasas de trastornos de la alimentación, suelen ser mayores que en sus pares heterosexuales debido a su mayor insatisfacción corporal y el estrés asociado a la discriminación, los prejuicios y el estigma relacionado a su orientación sexual (Cao, 2023).

Cabe destacar que Argentina es el segundo país que tiene mayor cantidad de casos de trastornos de conducta alimentaria después de Japón, esta premisa surge a partir de una estadística a nivel internacional realizada por la OMS, y aunque no existen estudios sociológicos, éste hecho se debería a las exigencias estéticas de la mujer Argentina siguiendo ideales europeos y al hecho de no poder sobrellevar situaciones traumáticas (Ricciardi, 2021).

Entre los síntomas físicos comunes a todos los trastornos alimentarios es posible mencionar: reflujo gastroesofágico, estreñimiento, náuseas, pre síncope, palpitaciones, dolor en el pecho, debilidad, fatiga, lanugo, piel seca, pérdida de cabello, calambres musculares, dolor en articulaciones, palidez, facilidad para la aparición de hematomas e intolerancia al frío y en caso de aquellos en los que existe purga pueden detectarse signos en las manos y patologías en la cavidad bucal (Robatto *et al.*, 2024).

1.2 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5-2013) los Trastornos Alimentarios se clasifican en:

- Anorexia Nerviosa (AN). Anorexia Nerviosa atípica.
- Bulimia Nerviosa (BN).
- Trastorno por Atracón (TA).
- Trastorno por evitación/Restricción de alimentos.
- PICA.
- Trastorno por Rumiación.
- Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE).
- Vigorexia.
- Ortorexia.
- Diabulimia.

1.2.1 ANOREXIA NERVIOSA (AN).

Es el trastorno que genera la mortalidad más alta de todas las enfermedades psiquiátricas (Arcelus *et al.*, 2011 - Miskovic-Wheatley, 2023).

Entre sus características principales se incluyen la restricción en la ingesta de energía con el consiguiente bajo peso, la fobia al aumento ponderal y la alteración de la imagen corporal. Anteriormente, se consideraba a la amenorrea como otra de las características distintivas, pero excluía a las niñas premenárquicas y a las adolescentes que tomaban anticonceptivos (DSM-5, 2013).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013) existen:

- AN restrictiva (limitante): los pacientes restringen la ingesta de alimentos, pero no tienen regularmente atracones ni conductas de purga; algunos pacientes se ejercitan excesivamente.

- AN con atracones/purga: los pacientes presentan regularmente atracones, luego se inducen el vómito y/o abusan de laxantes, diuréticos o enemas. Los atracones se definen como la ingesta de grandes cantidades de comida, superiores a las que comería habitualmente una persona en circunstancias semejantes, en un intervalo corto de tiempo y con pérdida de control de la ingesta, es decir, con una incapacidad percibida para resistir o dejar de comer (DSM-5,-2013).

Las complicaciones médicas de la AN que afectan a todos los sistemas del cuerpo se deben a las compensaciones fisiológicas asociadas que se generan por la desnutrición y la pérdida de peso (Gibson *et al.*, 2019).

De acuerdo al National Institute for Health and Care Excellence, dentro de las consecuencias sistémicas de la AN, se identificaron la hipopotasemia, la hipoglucemia, hipofosfatemia y cambios ortostáticos (NICE, 2017).

Entre las consecuencias irreversibles que genera este trastorno, se pueden mencionar los déficits de volumen cerebral y la pérdida de densidad mineral ósea, fundamental, ya que durante la niñez y la adolescencia es donde se produce la mayor acumulación de contenido mineral generando riesgos de fracturas en la adultez incluso habiendo recuperado valores normales de densidad ósea (Faje *et al.*, 2014,-,Chidiac, 2019- Hung *et al.*, 2022).

Otras consecuencias a nivel sistémico de la AN son, la evidente inestabilidad cardiovascular ya que los pacientes con AN presentan historia de síncope recurrente, bradicardia, hipotensión y anomalías en el electrocardiograma (Assalone *et al.*, 2022).

Existe un avance en el análisis de las imágenes cardíacas que permiten evaluar el rendimiento del miocardio, se trata de una técnica ecocardiográfica que analiza la tensión del miocardio para determinar la disfunción cardíaca en niños y adolescentes con AN tanto restrictiva como la que se desarrolla con comportamiento de purga, este estudio puede ser útil para identificar pacientes

con AN que tengan mayores riesgos cardiovasculares a futuro (Morris *et al.*, 2017).

Dentro de las complicaciones dermatológicas que pueden evidenciarse se mencionan el cabello y uñas quebradizos, piel seca y fisurada y una hipercarotenemia inexplicable que da como resultado una piel amarillenta (Cost *et al.*, 2020).

Según Baenas *et al.*, (2024) el déficit de vitaminas y oligoelementos genera entre otros signos y síntomas:

- Xerosis, que a su vez promueve la aparición de escoriaciones, prurito, hiperpigmentación, y debido al proceso de lipólisis se puede generar perniosis y acrocianosis esta última relacionada a la conservación del gasto cardíaco.
- En el cuero cabelludo se generan alopecias difusas.
- Pérdida de la visión debido a la afectación de la córnea por hipovitaminosis A y en caso de trastornos donde existe esfuerzo de vómito puede ocurrir hemorragia subconjuntival, papiledema y epistaxis.

Particularmente, tratándose de niños, es importante destacar que la AN infantil genera un deterioro del crecimiento en general y el retraso de la pubertad con consecuencias relacionadas a la duración de la enfermedad como la infertilidad e impotencia (Madden *et al.*, 2009- Modan-Moses, 2012). En la niñez, los trastornos hormonales inducidos por la inanición son aún más graves que en la adolescencia debido a la inmadurez del cuerpo y del cerebro (Miller, 2011).

Los signos a tener en cuenta en el examen físico incluyen palidez, lanugo, deshidratación, mala dentición, agrandamiento de la glándula parótida además de la anamnesis completa indagando sobre disminución abrupta del peso y arritmias al evaluar el hemograma se analizará el recuento bajo de glóbulos blancos como respuesta de la médula ósea a la falta de ingesta alimenticia, el

aumento de la urea y la alteración en los niveles de potasio y sodio y niveles bajos de calcio, magnesio y fosfato (Neale *et al.*, 2020).

El porcentaje de grasa corporal en los niños menores de 14 años, es menor que en los adolescentes por lo que la misma cantidad de pérdida de peso puede ser más grave (Herpertz-Dahlmann *et al.*, 2019).

Si bien el DSM-5 y la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados de la OMS (CIE-11) recomiendan el uso del índice de masa corporal (IMC) el mismo es un indicador que en la niñez puede conllevar a errores debido a los constantes cambios que se producen en la etapa de crecimiento de cada niño por lo cual no es el único dato que debe tenerse en cuenta (Martínez Costa *et al.*, 2010).

La alteración en el sistema inmune puede originarse por diferentes causas, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial entre AN, enfermedades inflamatorias intestinales (como la enfermedad de Crohn), la celiaquía y la diabetes mellitus tipo I, para evaluar los factores de riesgo y los tratamientos de cada patología independientemente de que exista una asociación entre los trastornos alimentarios y las enfermedades autoinmunes. Un diagnóstico de AN aumentaría el riesgo de sufrir más tarde unos de estos trastornos autoinmunes y viceversa (Hedman *et al.*, 2019).

1.2.1. a. ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA (ANA)

Se considera una variante de AN, siendo la diferencia más significativa con la misma que el peso del paciente puede ser normal, estar en sobrepeso o ligeramente inferior a su peso normal, mientras que en la anorexia nerviosa el paciente disminuye de manera muy significativa y evidente su peso mostrándose en estado de desnutrición (Moskowitz *et al.*, 2017).

Es importante evaluar el historial de peso de cada paciente, tener en cuenta la rapidez de la pérdida de peso y no el peso absoluto ya que las personas que padecen ANA han sido hospitalizadas con un rango de peso normal (Garber *et al.*, 2019).

Los trastornos sistémicos y psicológicos de la ANA son generalmente similares a los de las personas con AN, aunque puede haber diferencias en la frecuencia de algunas complicaciones físicas (Walsh *et al.*, 2023).

La inestabilidad médica es independiente al peso que tenga el paciente, relacionándose a la pérdida rápida del peso; esta situación explica el por qué los pacientes con ANA y en normopeso terminan hospitalizados con iguales alteraciones sistémicas que los pacientes con bajo peso que padecen AN (Brennan *et al.*, 2023).

Un estudio transversal realizado en Canadá evaluó la incidencia de la pandemia COVID-19 (primera ola) en el aumento de casos de AN Y ANA en niños y adolescentes arrojando como resultado que dicha circunstancia tuvo consecuencias en la salud mental con aparición de ansiedad y depresión, aumentando el número de casos y exacerbando trastornos alimentarios previamente diagnosticados, advirtiendo que el aislamiento social generó desconexión con el grupo de pares haciendo a los niños y adolescentes más vulnerables a los factores estresantes como la falta de distracciones y/o actividad física y el uso de redes sociales con ideales delgados. (Agostino *et al.*, 2021).

Existen signos, señales y advertencias en niños menores de 12 años que padecen AN o ANA:

- Relacionados a prácticas alimentarias: expresión de deseo de ser vegetarianos porque no quieren participar de la matanza de animales, prefiriendo consumir “alimentos saludables” en reemplazo de la carne y derivados independientemente de su peso (Kanayama (2019)

Y según (Kathleen, 2021) otros como -aversión a ciertos sabores o texturas, marcada selectividad alimentaria y reducción considerable del volumen consumido de alimentos; niños que esconden o acaparan comida.

-Relacionados a síntomas digestivos: dolor de estómago, movimientos intestinales excesivos, estreñimiento, problemas digestivos.

-Relacionados a la imagen corporal y el peso: preocupación por su imagen corporal, percepción alterada del peso o la forma del cuerpo, pérdida evidente de peso.

Otras advertencias: retraso en el crecimiento, retraso de la pubertad, adelgazamiento del cabello, crecimiento del vello fino en el cuerpo, cambios de humor, entre otros.

1.2.2 BULIMIA NERVIOSA (BN).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) la describe como un trastorno alimentario grave y una enfermedad mental cuatro veces más común que la AN. Sus características principales son: grandes ingestas de comida en poco tiempo (atracones) que el paciente se siente incapaz de controlar, seguidos de conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, purga, abuso de diuréticos, laxantes y de insulina. La mayoría de las personas con BN son jóvenes con peso normal o sobrepeso, lo que dificulta la detección y el diagnóstico. La diferencia con la AN compulsiva- purgativa es que los pacientes con BN no realizan dietas con restricción de calorías ni experimentan pérdidas excesivas de peso (APA-DSM-5-2013).

Entre los factores que pueden predisponer a la BN, se identifican los genéticos, ambientales, psicosociales, temperamentales, ideales de delgadez y transiciones del proceso de desarrollo como la pubertad (Stice *et al.*, 2017).

Tanto para la BN como para todos los TCA, la ansiedad, las situaciones estresantes, los antecedentes de abusos, la victimización por burlas relacionadas a la apariencia y la insatisfacción corporal son factores de riesgo importantes a tener en cuenta en la anamnesis de todo paciente (Solmi *et al.*, 2021).

La mayor parte de las complicaciones de los pacientes con BN son el resultado de los comportamientos de purga, debido a la deshidratación crónica y los trastornos electrolíticos (como hipopotasemia), y dificultades metabólicas que generan, problemas gastrointestinales, cardíacos, y pulmonares (Nitsch, 2021).

Es importante estar atentos a signos evidentes como es el signo de Russel que se genera en la piel de la mano dominante, y se caracteriza por callosidades en la cara dorsal debido a la constante irritación traumática ocasionada por los dientes durante el vómito auto inducido. Cabe destacar que no todos los pacientes que sufren BN presentan este signo ya que algunos vomitan de manera espontánea o utilizan algún utensilio o dispositivo para provocarlo (Strumia, 2013).

También el agrandamiento bilateral indoloro de las glándulas parótidas y ocasionalmente de otras glándulas salivales en respuesta a la mayor producción de saliva o acumulación excesiva de la misma que ya no se necesita luego del cese de los vómitos (García *et al.*, 2018).

Tanto en la BN como en la AN la morbimortalidad se debe a complicaciones agudas y subagudas con afectación multisistémica, siendo necesario el abordaje multidisciplinario (Baenas *et al.*, 2024).

1.2.3 TRASTORNO POR ATRACÓN (TA)

Es un trastorno también conocido como BED por sus siglas en inglés (Binge Eating Disorder) cuya frecuencia es superior a la AN y la BN, se caracteriza por el consumo excesivo y rápido de alimentos (atracción) en un periodo de tiempo (dos horas aproximadamente), perdiendo el control de la ingesta, sin sensación de hambre real, de manera compulsiva y de forma recurrente, siendo necesario para su diagnóstico el reporte de un episodio una vez por semana, durante tres meses consecutivos; la persona se siente desagradablemente llena experimentando sentimientos de culpa, angustia y vergüenza. (DSM-5, 2013).

Los niños o adolescentes que sufren TA pueden tener un peso normal, sobrepeso u obesidad. A diferencia de la BN, los afectados por TA no poseen conductas compensatorias a la sobre ingesta (tales como inducción del vómito, uso de purgantes, práctica de ejercicio intenso), por lo cual su estado nutricional suele asociarse a la obesidad. Al igual que en otros trastornos de la conducta alimentaria, las causas del trastorno por atracción son multifactoriales (García Palacios, 2014).

El diagnóstico del trastorno por atracción en niños es difícil ya que, debido al crecimiento acelerado y los cambios en la actividad, la ingesta calórica puede ser variada y el informe del consumo de alimentos confuso, por estas razones son necesarias las entrevistas entre médicos y expertos (Marzilli *et al.*, 2018).

El criterio de pérdida de control de las ingestas y la cantidad de alimentos consumidos puede resultar difícil de identificar para niños y adolescentes por eso es importante analizar la existencia de otros comportamientos asociados a la conducta alimentaria como escabullirse o esconder comida, o bien la búsqueda de comida en respuesta a una emoción negativa (como la tristeza, la inquietud o el aburrimiento) o como recompensa (Bohon, 2019).

La insatisfacción corporal, la conducta de comer en ausencia de hambre, el índice de masa corporal (IMC) aumentado, la restricción dietética, la

desinhibición emocional, la ansiedad y la depresión en niños pueden predecir los atracones en la adolescencia (Balantekin *et al.*, 2017).

Es importante mencionar que la obesidad puede asociarse al TA no sólo porque los pacientes no recurren a métodos compensatorios a la ingesta excesiva sino que también comparten factores de riesgo sociales y ambientales como el bullying (acoso psicológico escolar) relacionado al peso, las percepciones ideales de belleza en la delgadez por parte de las redes y los medios de comunicación, el entorno, la falta de actividad física que pueden facilitar la transición de la obesidad al TA u otros TCA y viceversa (Leme *et al.*, 2020).

1.2.4 TRASTORNO POR EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA ALIMENTARIA (TERIA).

Este trastorno también llamado por sus siglas en Inglés ARFID (Avoidant or Restrictive Food Intake Disorder) o en castellano conocido como TERIA (Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta Alimentaria), puede identificarse desde los 4 años persistiendo hasta la adultez. Constituye una nueva terminología para hacer referencia a lo que se conocía como trastorno de la alimentación en la infancia, los niños pequeños y la niñez" (Balasundaram *et al.*, 2023).

Los pacientes con ARFID/TERIA presentan falta de interés por la comida o en el acto de comer, menor apetito evidente, alta sensibilidad a texturas, olores, sabores, temperatura y otras características de los alimentos que conduce al rechazo a comer o a la saciedad precoz, y miedo a las consecuencias que implicaría la ingesta de alimentos o comida (como el dolor de estómago, los vómitos, el miedo a atragantarse, defecación dolorosa). Esto provoca en el niño pérdida de peso, retraso en el crecimiento pondoestatural respecto a su edad, deficiencias nutricionales significativas que pueden requerir la dependencia de alimentación enteral , uso de complementos alimenticios y alteraciones

psicosociales; generando un evidente deterioro físico, personal, familiar, educativo, ocupacional y social. La ARFID/TERIA se diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ya que no existe alteración y/o preocupación por la imagen corporal (Bialek-Dratwa *et al.*, 2022, DSM-5, 2013).

La Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud (CIE11) incluye al ARFID/TERIA como entidad de enfermedad describiendo la ingesta de una determinada cantidad de alimentos o la variedad insuficiente para satisfacer las necesidades energéticas y nutricionales. La misma clasificación afirma que el niño puede manifestar sensaciones desagradables en la cavidad oral luego de consumir alimentos con determinada textura o temperatura que le originen hipersensibilidad llevando a rechazar o evitar determinados alimentos o la sensación de saciedad temprana (OMS-CIE-11, 2022).

Un estudio realizado en el año 2022 en niños japoneses de 4 a 7 años que con información proporcionada por los padres mediante un cuestionario de comportamiento alimentario infantil, dió como resultado que aquellos niños que presentaban ARFID se caracterizaban por un peso corporal y una altura más bajos que la media de su edad (Dinkler *et al.* 2022).

Según Thomas *et al.*, 2017 se identifican tres subtipos de ARFID/TERIA

- Evitativo (sensibilidad sensorial)
- Restringido (falta de interés en la comida, pocas señales de hambre, poco apetito)
- Aversivo (miedo a las consecuencias negativas de comer).

Godoy *et al.*, 2019 describen que el trastorno tiene una duración de al menos dos semanas y está asociado con una o más de las siguientes características:

-Disfunción Sistémica:

- Compromiso cardiorrespiratorio durante la alimentación oral.
- Neumonitis por aspiración o aspiración recurrente.

-Disfunción nutricional:

- Desnutrición
- Deficiencia de nutrientes específicos o ingesta significativamente restringida de un o más nutrientes como resultado de una menor diversidad dietética.
- Dependencia de alimentación enteral o suplementos orales para mantener la nutrición y/o hidratación.

-Disfunción de las habilidades alimentarias evidenciadas por:

- Necesidad de modificar la textura de líquidos o alimentos.
- Uso de posición o equipo de alimentación modificados.
- Uso de estrategias de alimentación modificadas.

-Disfunción psicosocial evidenciada por:

- Conductas de evitación activa o pasiva por parte del niño cuando se alimenta o es alimentado.
- Manejo inadecuado por parte del cuidador de las necesidades de alimentación y/o nutrición del niño.
- Alteración del funcionamiento social dentro de un contexto alimentario.
- Alteración de la relación cuidador- niño asociada con la alimentación.
- Limitaciones en actividades/ participación relacionadas con interacciones y relaciones interpersonales.

No todos los pacientes pediátricos tienen deterioro en los cuatro aspectos (sistémico, nutricional, habilidades alimentarias, psicosocial), por lo que se recomienda la evaluación de cada uno de ellos promoviendo la atención multidisciplinaria de bebés y niños.

Existe una asociación entre ARFID/TERIA y los niños que padecen trastornos del espectro autista (TEA), vinculada a la hipersensibilidad sensorial y a los comportamientos restrictivos y repetitivos. Es por dicha comorbilidad que los

pacientes diagnosticados con ARFID deben ser evaluados para detectar TEA y viceversa (Koomar, 2021).

En niños con TEA, los trastornos alimentarios aparecen antes que otros síntomas importantes de la afección dando manifestaciones variadas de diferente gravedad y duración (Smolko *et al.*, 2024).

Debido a la sobre respuesta sensorial, sus intereses, la selectividad alimentaria y acciones restringidas, los comportamientos alimentarios disfuncionales pueden ser particularmente críticos para los niños autistas generando deficiencias nutricionales y alteraciones en su desarrollo y crecimiento (Esposito *et al.*, 2023).

Dado que es un trastorno que comienza tempranamente es fundamental la participación de la familia o cuidadores en los tratamientos multidisciplinarios, incluso durante toda la vida (Willmott *et al.*, 2024).

1.2.5 ALIMENTACIÓN CAPRICHOSA O PICKY EATING PROPIO DEL DESARROLLO.

Se denomina de ésta manera al comportamiento quisquilloso normal del niño, que forma parte del desarrollo típico en el período en el que identifica sus preferencias gustativas; por lo general es observable en la primera infancia, se resuelve con el tiempo, con una educación alimentaria y nutricional básica. En este comportamiento los niños tienen un consumo de alimentos inadecuado en variedad o cantidad debido al rechazo de algunos alimentos (Silvers, 2023).

En algunos casos los niños caprichosos con los alimentos pueden desarrollar ARFID/TERIA y tienden a seguir siendo quisquillosos a medida que crecen adoptando dietas poco saludables o inadecuadas (Taylor, 2019).

La neofobia alimentaria es un comportamiento en el que el niño rechaza alimentos nuevos o desconocidos, propio del desarrollo en niños de 2 a 6 años

cuando adquieren autonomía en cuanto a la elección de alimentos. Esta conducta protege al individuo de la ingesta de sustancias que pueden ser tóxicas y es considerada un subconjunto de la alimentación caprichosa. Si se perpetúa en el tiempo puede ser nocivo respecto a la nutrición a lo largo de la vida (Białek-Dratwa, 2022).

1.2.6 PICA.

Es un trastorno común en la infancia, en el que el niño ingiere sustancias consideradas como no comestibles (tierra, papel, cuero, pelo, etc.) durante un periodo de al menos un mes; además esta conducta ingestiva no corresponde al nivel de desarrollo ni a prácticas culturalmente aceptadas (APA-DSM-5-2013).

Etimológicamente se denomina PICA que en latín significa urraca, siendo un ave que se caracteriza por consumir sustancias no comestibles. (Cuyuch, 2017).

Se puede identificar entre los 18 meses a los 6 años, aunque podría observarse en mayores de 12 años y suele presentarse en niños de baja condición socioeconómica, autismo y otros trastornos mentales (Mishori *et al.*, 2014).

Se afirma que este trastorno es prevalente en niños con retraso del desarrollo, discapacidad intelectual y autismo y más en varones que en niñas independientemente de su IMC (Papini *et al.*, 2023).

Genera complicaciones como mala nutrición, infecciones parasitarias, anemia por falta de hierro, obstrucción gastrointestinal, envenenamiento por plomo, mercurio y manifestaciones en la cavidad bucal. Puede asociarse a otros trastornos alimentarios como obesidad o trastorno por atracón. Afectando la calidad de vida de los niños y los padres y la interrelación social (Leung *et al.*, 2019).

Según Al Nasser *et al.*, (2023) las complicaciones pueden clasificarse según la

sustancia ingerida, entre ellas las más comunes son:

- Geofagia: La ingesta de tierra/ arcilla puede generar estreñimiento, hipopotasemia, envenenamiento por plomo, además de ser una fuente de agentes infecciosos como los parásitos.
- Pagofagia: La ingestión de hielo puede derivar en la deficiencia de hierro y sensibilidad dentaria.
- Milofagia: El consumo excesivo de almidón puede provocar niveles altos de azúcar en sangre, obesidad, por el alto contenido de carbohidratos.
- Otras sustancias ingeridas pueden tener contaminantes tóxicos como arsénico y fluoruro.

1.2.7 TRASTORNO POR RUMIACIÓN O RUMIA.

Es un trastorno gastrointestinal funcional que se caracteriza por la conducta de regurgitar la comida previamente ingerida desde el estómago hacia la boca sin esfuerzo, masticar nuevamente, y luego tragar definitivamente o bien escupirla. Suele ocurrir dentro de los 15 minutos después de finalizar una comida y continuar hasta dos horas después. La preocupación por el peso y el aspecto físico no es característica de este trastorno (DSM-5, 2013).

En niños puede provocar pérdida de peso o desnutrición. En los primeros meses de vida generalmente se resuelve espontáneamente a los 12 meses conociéndose como regurgitación del lactante (Balasundaram, 2023).

Es una afección benigna pero genera disminución de la calidad de vida ya que causa malestar físico y mental que impacta en la inestabilidad interpersonal y emocional (Kelley, 2021).

Se trata de un hábito adquirido y por lo tanto reversible asociado a la pérdida de peso que puede estar presente junto a trastornos alimentarios subyacentes pero

debe hacerse diagnóstico diferencial con patologías o trastornos como el trastorno por evitación, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), vómitos, gastritis, enfermedad celíaca, síndrome del intestino irritable, esofagitis, gastroparesia y otros trastornos gastrointestinales funcionales (Kusnik *et al.*, 2023).

La principal preocupación es la desnutrición infantil por lo que el tratamiento tiene como objetivo eliminar la necesidad del comportamiento de rumiación para mejorar el estado nutricional del niño (Zeevenhooven *et al.*, 2017).

Esta enfermedad puede existir en pacientes de todas las edades y capacidades cognitivas sin la necesidad de que padezcan patologías médicas o psiquiátricas, se considera de pronóstico favorable pero puede ocasionar consecuencias médicas como lesión esofágica secundaria, desnutrición, deshidratación, retraso en el crecimiento, erosiones dentales y problemas psicosociales como el ausentismo escolar (Sasegbon *et al.*, 2022).

La respiración diafragmática junto con técnicas cognitivo-conductuales o relajantes pueden ser el tratamiento no farmacológico en niños aunque aún no exista una evidencia comprobada (Sartori, 2024).

1.2.8 TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS (TANE).

Son aquellos trastornos que presentan síntomas de trastornos alimentarios pero que no se corresponden con los criterios diagnósticos tradicionales completos causando de igual manera, malestar o deterioro en la salud del paciente. Todos comparten la preocupación excesiva por el peso y la imagen. En niños menores de 12 años no existen estudios que demuestren su frecuencia o prevalencia, mientras que en adolescentes son aún más frecuentes que los TA y en algunos casos se trata de enfermedades autolimitadas (Saad, 2021).

Dentro de estos trastornos pueden identificarse, además de la Anorexia Nerviosa

Atípica ya descrita:

- **Trastorno por atracón de duración limitada y baja frecuencia**, en el cual se cumplen las características de BED pero los atracones ocurren menos de una vez por semana y durante menos de tres meses.

- **Trastorno de purga**: recurrente émesis, uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos con la intención de disminuir el peso.

- **Ortorexia**: Es la obsesión por la comida saludable, la restricción no se basa en la preocupación por la cantidad sino por la calidad de los alimentos, los pacientes suelen obsesionarse con el tipo y calidad de lo que consumen (Hornberger *et al.*, 2021).

Adolescentes entre 13 y 16 años presentan mayor riesgo de padecer ortorexia junto a otros trastornos alimentarios, sufriendo deficiencias nutricionales debido a la eliminación de grupos de alimentos que no está impulsada por el deseo de perder peso (Skella, 2022).

- **Diabulimia**: omisión de la insulina para bajar de peso; este trastorno se da en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1, con episodios de atracones, vómitos auto inducidos y ejercicio excesivo; empeorando su control glucémico y sufriendo las complicaciones asociadas a la hiperglucemia prolongada como retinopatía, neuropatía, insuficiencia renal, edema cerebral, cetoacidosis entre otras (Hall, 2021).

1.3 PRINCIPALES COMORBILIDADES CRÓNICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS y ADOLESCENTES.

Los pacientes con trastornos alimentarios presentan altas tasas de comorbilidades psiquiátricas y médicas como obesidad, diabetes mellitus y síndrome metabólico (Yu, 2023).

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas con control dietético como diabetes, fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal, alergias

alimentarias, errores congénitos del metabolismo y la celiaquía tienen un riesgo alto de sufrir trastornos alimentarios ya que deben prestar especial atención a su alimentación y someterse a que su peso debe ser monitoreado permanentemente (Kumar, 2023).

Según Balasundaram, (2023) dentro de las complicaciones crónicas más relevantes en relación a los niños se identifica el retraso tanto en el crecimiento, desarrollo y la pubertad, el aumento al riesgo de fracturas por la disminución de la densidad ósea y en el caso de los atracones, incrementa el riesgo de obesidad y diabetes tipo 2.

1.3.1 OBESIDAD

La definición de obesidad según la Organización Mundial de la Salud es la acumulación anormal o excesiva de grasa que presenta un riesgo para la salud. Un niño se considera obeso cuando su peso sobrepasa el 20% de su peso ideal. (OMS 2023).

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil ha crecido y continúa aumentando en todo el mundo tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo (OMS 2016- Federación Mundial de obesidad 2023).

Epidemiológicamente, la obesidad infantil se determina mediante el índice de masa corporal (IMC), que se ajusta por edad y sexo según los cambios fisiológicos durante el crecimiento (Zemel, 2021).

Un análisis global que incluyó a 200 países y a 222 millones de participantes entre niños, adolescentes y adultos, determinó que se cuadruplicaron los casos de obesidad entre el año 1990 y el 2022 (Melville, 2024).

Sobre los riesgos a largo plazo, un estudio de simulación realizado en Estados Unidos encontró que alrededor de un 60 % de los niños serán obesos en el

2030 en dicho país (Zachary *et al.*, 2017).

Argentina tiene la tasa más alta de exceso de peso en menores de 5 años de América Latina con un 13,6%; el sobrepeso y la obesidad afectan a más del 40% de los niños y niñas de entre 5 y 17 años y al 70% de la población con 18 años o más, según la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2, 2019).

La obesidad se genera por una combinación e interacción de factores genéticos, epigenéticos, patrones de comportamiento, entornos obesógenos, influencias ambientales, socioculturales, y el consumo y promoción de alimentos ultra procesados dirigidos a los niños (Lister *et al.*, 2023).

En niños, la obesidad abarca exposiciones previas a la concepción y prenatales, así como los entornos alimentarios y la actividad física. El alto IMC materno, la obesidad paterna, el aumento de peso gestacional, el tabaquismo materno, la diabetes gestacional, el estilo de vida, la duración de la lactancia materna están asociados a la obesidad pediátrica (Larqué *et al.*, 2019).

Otros factores de riesgo son: la disfunción familiar, eventos vitales adversos, la disminución de la actividad física, la baja calidad de sueño, el aumento del consumo de alimentos ricos en, azúcar y grasas (comida chatarra) y pobres en macronutrientes (Hemminsgson 2018- Mahumud *et al.*, 2021).

Como determinantes importantes de la adiposidad posterior a lo largo de la vida, se identifican al crecimiento y al rápido aumento de peso en los primeros años de vida (Geserick *et al.*, 2018).

A diferencia de otros tiempos, la generación actual cuenta con dispositivos digitales y espacios online que han generado dependencia, aumentando el tiempo frente a las pantallas, volviéndose el comportamiento sedentario más común y una de las causas principales del sueño inadecuado y de emociones

negativas por la influencia de mensajes y anuncios en las redes que impactan en el comportamiento y hábitos alimentarios de niños y adolescentes (Nakshine, 2022).

Los niños y adolescentes evalúan la confiabilidad de las dietas de moda o las tendencias nutricionales según la cantidad de "likes" (me gusta) o las visitas generadas en las redes sociales sin base científica leyendo foros o blogs que no están escritos por profesionales de la salud creando ideales poco realistas sobre el peso (Moorman *et al.*, 2020).

Un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) demuestra que el marketing digital (promoción de marcas utilizando comunicación por internet) está absolutamente desregulado en lo que refiere a la insistente y constante exposición de niñas, niños y adolescentes a alimentos y bebidas poco saludables y en cantidades no recomendadas.

La obesidad puede coexistir con otros trastornos alimentarios, teniendo un impacto bidireccional, el trastorno por atracón es el que presenta mayor prevalencia, seguido por la bulimia nerviosa, PICA. Se estima que alrededor del 30 % de los pacientes que padecen trastornos alimentarios sufrieron obesidad a lo largo de su vida (Stabouli, 2021).

Los niños que padecen obesidad y son parte de esta epidemia mundial, tienen más probabilidades de padecer prediabetes, asma, apnea de sueño, presión arterial alta, enfermedades de hígado graso, desórdenes psicológicos, provoca depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, discriminación, deficiencias psicosociales, rechazo y bullying (acoso escolar, físico o psicológico) afectando al bienestar psicológico del niño y el adolescente (Sharma, 2019, Kang *et al.*, 2020).

Además de otras complicaciones como: ortopédicas, síndrome metabólico,

diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, síndrome de ovario poliquístico, alteraciones como depresión y baja autoestima, disminución del rendimiento escolar. Es destacable que la pandemia obligó a muchas familias a cambiar su estilo de vida hacia el sedentarismo y el consumo de alimentos calóricos generando un aumento de casos a nivel mundial de obesidad infantil (Ali, 2023).

En Argentina, desde el 2022 se aprobó la reglamentación de la Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable, también conocida popularmente como Ley de Etiquetado Frontal la cuál promueve el derecho a contar con información clara y veraz sobre el contenido de nutrientes críticos en los alimentos envasados y bebidas sin alcohol. Consiste en advertencias en forma de octógonos sobre el contenido en exceso de azúcares, grasas totales, grasas saturadas y sodio. Además la ley dispone que las grandes industrias no pueden hacer publicidad, promoción, y patrocinio de eventos o entrega de productos o alimentos gratuitos dirigidos a niñas y niños que contengan uno o más sellos (Ley de Promoción de la Alimentación Saludable, Ley N° 27.642, 2021).

La ley beneficia a toda la sociedad argentina, especialmente a niñas, niños y adolescentes, quienes según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud consumen 40% más de bebidas azucaradas y el triple de golosinas que las personas adultas (ENNyS 2, 2019).

También es importante mencionar la Ley N° 3704, (2022) de Alimentación Saludable de niños, niñas y adolescentes en edad escolar que tiene por objeto promover la alimentación saludable variada y segura de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar a través de políticas de promoción y prevención.

La escuela es un lugar importante para mejorar los hábitos alimentarios, y el compromiso de la comunidad educativa es fundamental. Por ello, la ley dispone que además de contar con las comodidades y el equipamiento necesarios para los niños con obesidad, no se ofrezcan alimentos o bebidas con sellos, recomendando que los kioscos dentro de las escuelas, reemplacen los

alimentos no saludables, por frutas, licuados y/o preparaciones caseras y agua, dispuestos a la vista de los alumnos (Ley de Alimentación Saludable de niños, niñas y adolescentes en edad escolar (Ley N° 3704, 2022).

El consumo de bebidas azucaradas en niños y por ende la incorporación de calorías líquidas, provoca disminución de la saciedad y un aumento en la ingesta total de energía lo que conlleva al aumento de peso y a riesgos metabólicos relacionados con la obesidad infantil como: resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, hipertensión, trastornos cardíacos tempranos, hiperandrogenismo, síndrome de ovario poliquístico, síndrome de apnea de sueño, trastornos gastrointestinales, síndrome metabólico (Calcaterra, 2023).

1.3.2 ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

Existe una asociación bidireccional entre los trastornos alimentarios y los psiquiátricos por lo que el riesgo y las tasas de padecer ambos trastornos de forma concomitante son muy altos (Momen *et al.*, 2022).

Características psicológicas como inseguridad social, ineficacia, mala regulación de los impulsos, sensación de soledad, fracaso e impotencia pueden predisponer a la depresión y a las conductas suicidas en los pacientes con trastornos alimentarios (Patel *et al.*, 2021).

Las conductas autolesivas como cortar, golpear, morder, rascarse, arrancarse el cabello y quemarse sin intención suicida tienen gran prevalencia en los trastornos alimentarios independientemente de cuál sea y responden al auto castigo, a reprimir o evitar emociones negativas (Kirkpatrick *et al.*, 2024).

Los niños y adolescentes transgénero y de género expansivo tienen mayor riesgo de sufrir trastornos alimentarios ya que padecen estigma, presión social, inseguridad, disforia de género , discriminación, y alteraciones psicológicas que

en muchos casos aumentan las probabilidades de mortalidad comparados con sus pares cisgénero (Baker *et al.*, 2024).

1.3.3 DIABETES MELLITUS (DM)

Existe una conexión significativa entre los trastornos alimentarios y la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) siendo el género femenino quien tiene un mayor riesgo de omitir o usar de manera incorrecta la insulina (Dean *et al.*, 2024).

Los adolescentes (DM1) tienen el doble de probabilidades de sufrir trastornos alimentarios debido a factores psicopatológicos como sentir la obligación de cumplir con una dieta saludable lo que conduce a comportamientos como atracones, vómitos o alteraciones en la administración de insulina (Tate, 2021).

En niños y en uno de cada tres adolescentes con DM1 existe la necesidad de tener una alimentación emocional que es el uso de alimentos para sobrellevar la angustia específica referida a las emociones negativas de convivir de por vida con la patología y la carga del autocontrol. Identificar oportunamente la alimentación emocional podría ser importante para prevenir otros trastornos alimentarios en pacientes con diabetes tipo I (Ripoli *et al.*, 2022).

Una forma específica de controlar el peso que tienen algunos pacientes con diabetes tipo I es la reducción o la omisión voluntaria de la terapia con insulina para inducir hiperglucemia, glucosuria, cetonuria y pérdida de peso (Winston, 2020).

Dicha reducción u omisión de la insulina para reducir el peso se denomina diabulimia que a corto plazo ocasiona problemas en la salud integral de niños y adolescentes con diabetes tipo 1 como neuropatía y retinopatía (Cainer, 2022).

El estrés psicosocial del manejo de la DM1 conocido como angustia diabética es el principal factor para que el paciente desarrolle diabulimia ya que el estigma y la incomprensión que rodean a la patología pueden generar sentimientos de

aislamiento y presión social para mantener un determinado peso corporal sumado a una dieta estricta y medicación generando ansiedad, depresión, impotencia y angustia (Poos *et al.*, 2023).

Los pacientes que padecen diabetes tipo II (DM2) pueden presentar con gran prevalencia trastorno por atracón (BED). Estos pacientes manifiestan sentimientos de privación con el objetivo de perder o mantener el peso; los atracones empeoran el autocuidado y los resultados glucémicos (Salvia, 2022).

1.3.4 SÍNDROME METABÓLICO

Es un trastorno complejo caracterizado por aumento de la grasa abdominal, circunferencia de cintura elevada, presión arterial alta, niveles elevados de azúcar en sangre (glucemia) e hiperlipidemia. No existe actualmente una definición de Síndrome Metabólico (MetS) en niños por lo tanto el diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos clínicos y pruebas de laboratorio (Codazzi, 2023).

Una revisión que evaluó los criterios de identificación del MetS en niños entre 6 y menos de 13 años determinó que los factores de riesgo más relevantes en niños son la concentración elevada de triglicéridos, colesterol HDL bajo, presión arterial elevada y glucosa elevada en ayunas. En la misma revisión se encontró que la prevalencia de esta patología es mayor en varones que en niñas pudiendo variar según los diferentes países (Díaz-Ortega, 2023).

CAPÍTULO 2

COMPONENTE BUCAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los pacientes con trastornos alimentarios independientemente de su sexo, se muestran más temerosos y ansiosos ante la consulta odontológica y pueden ser más sensibles a los estímulos auditivos, de contacto y visuales comparados con los pacientes de rutina por lo cual postergarían la atención odontológica generando una mala salud dental (Sirin *et al.*, 2011).

La combinación de hábitos dietéticos nocivos; y las consecuencias de los mismos contribuyen a que los pacientes con TA tengan un riesgo mucho mayor de desarrollar una mala salud bucal que aquellos que no los padecen (Johansson *et al.*, 2020).

Existen diversos factores, que en conjunto conllevan al deterioro de la salud bucal en los pacientes que padecen estas afecciones entre los más importantes se encuentran: la nutrición deficiente, conductas como atracones, vómitos, consumo de bebidas ácidas, mala higiene bucal y el mal uso de fármacos que producen disminución del flujo salival (Paszynska, 2023).

Es importante realizar una correcta anamnesis e identificar lesiones que se correspondan con TA o enfermedades sistémicas como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la que entre el 48 y el 80 % de los pacientes pediátricos (con dentición permanente) presentan manifestaciones orales similares a las observables en los niños y adolescentes con TA tales como queilitis angular, problemas articulares, caries, gingivitis, entre otras, no siendo observable la erosión (Haznedaroglu *et al.*, 2023).

Existen muchos profesionales médicos que no consideran a la odontología dentro del tratamiento integral del paciente con un TA. Por lo cual es necesario promover una mayor comunicación y el trabajo interdisciplinario desde el inicio

de atención de un niño o adolescente independientemente del estadio de una patología relacionada a la alimentación o enfermedad sistémica. (Johnson *et al.*, 2017).

Es importante que todos los odontólogos se capaciten sobre TA para lograr, no sólo el tratamiento en relación a lo estrictamente odontológico sino el vínculo y la empatía con el paciente durante el seguimiento hacia su recuperación (Presskreischer *et al.*, 2023).

Según Monda (2021), los profesionales odontólogos deben identificar y tratar lesiones y/o manifestaciones orales que involucran la mucosa oral y tejidos orales y periorales como:

- Enfermedad gingival y periodontal.
- Elementos dentarios: erosión dental generalizada, caries, hipersensibilidad.
- Traumatismo palatino u orofaríngeo.
- Alteraciones en tejidos blandos orales y periorales: coloración amarillo-naranja del paladar blando, mucosa atrófica, agrandamiento bilateral de la glándula parótida, xerostomía, queilitis exfoliativa, eritema labial, glositis atrófica, glosodinia, morderse las mejillas o labios, candidiasis, manifestaciones salivales como sialadenosis, alteraciones del flujo salival.

Tanto en pacientes adultos como pediátricos la mala salud bucal se relaciona con malos resultados de salud en general, en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas como reflujo gastroesofágico y TA pueden presentarse cuadros de estomatodinia o halitosis generadas por erosiones producto de la patología crónica. (Gaddey, 2017).

Las complicaciones orales generalmente están presentes en los trastornos alimentarios causadas por la desnutrición, deficiencia de macronutrientes y micronutrientes, conductas lesivas, exposición crónica a trauma y/o ácido (Kisely *et al.*, 2015).

2.1 EROSIÓN DENTARIA RELACIONADA A TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La erosión dental es el desgaste patológico e irreversible de la superficie dentaria, causada por ácidos extrínsecos o intrínsecos de origen no bacteriano, provocando en muchos casos, la pérdida del elemento dental. Puede observarse en niños, adolescentes y adultos afectando sólo a un área del elemento dentario o a toda la dentición (Inchingolo *et al.*, 2023).

La preferencia de los niños por alimentos y bebidas ácidas (bebidas carbonatadas, jugos de frutas, cítricos) generó un constante aumento de erosión dental en los últimos años lo cual denota el desconocimiento de los padres sobre factores de riesgo (Nihtyanova, 2021).

En pacientes que presentan trastornos con vómitos autoinducidos se observan erosiones del esmalte y la inflamación de las glándulas salivales (Lesar, 2022).

Es importante remarcar que la frecuencia y duración al contacto con el vómito, la edad del paciente, la higiene bucal, el pH, el flujo salival, la historia clínica personal y sus condiciones gastrointestinales, serán factores que determinan la presencia de las lesiones erosivas y la profundidad de las mismas (Madariaga *et al.*, 2023).

La erosión en las pacientes con anorexia nerviosa se relaciona no sólo a los vómitos sino también con la deshidratación, a la xerostomía y el consumo excesivo de bebidas ácidas sin embargo diferentes estudios aseguran que las pacientes bulímicas tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor de sufrir lesiones erosivas que aquellas que padecen AN, debido al contacto frecuente de las superficies dentales con el ácido gástrico por un tiempo no menor a seis meses (Nijakowski *et al.*, 2023).

Generalmente la erosión endógena es observable en las caras palatinas de los elementos antero superiores, en la superficie oclusopalatina de los molares superiores y la cara oclusolingual de los elementos antero inferiores y molares

(Otsu *et al.*, 2014 (Fig. 1).

Un estudio prospectivo (durante un año) de casos controles en 65 individuos con TA descartaría a la erosión como un síntoma temprano de trastornos alimentarios ya que pacientes con higiene bucal estricta no presentaron lesiones de pérdida adamantina pero si lesiones como eritema labial, queilitis exfoliativa y paladar amarillo anaranjado en etapas iniciales de los trastornos (Panico *et al.*, 2018). Otro estudio en el que se analizó la saliva de mujeres (con TA y sanas), afirma que no necesariamente existe erosión dental en pacientes con trastornos alimentarios y que la misma depende de factores como regurgitación gástrica, hiposalivación provocada por medicamentos como ansiolíticos, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroides y antihistamínicos, acidez de la saliva y cepillado dental inmediatamente después del vómito (Dehghan *et al.*, 2023).

También cabe destacar, para lograr realizar diagnósticos diferenciales que puede observarse desgaste erosivo de los dientes en niños y adolescentes nadadores dependiendo de la duración del entrenamiento, la edad del paciente, el consumo de bebidas deportivas ácidas para compensar la deshidratación, la cantidad de cloro y el ph del agua de la piscina. La exposición prolongada al agua subsaturada respecto a la hidroxiapatita podría ser responsable del daño adamantino. Las lesiones se observan en elementos anteriores y premolares en los que los pacientes pueden manifestar hipersensibilidad (Zebrauskas *et al.*, 2014).



Fig. 1: Caras dentarias afectadas por la erosión dental causada por vómitos en TA. Fuente Torres, 2016

2.2 CARIES DENTAL

La literatura cuenta con pocos estudios que evalúen una asociación significativa entre los TA con la caries dental (Brandt *et al.*, 2017).

La caries dental puede desarrollarse en niños y/o adolescentes con IMC alto como bajo ya que depende de otros factores, además del trastorno alimentario por sí mismo como: el estado nutricional, la higiene bucal, la cariogenicidad de la dieta, el flúor durante el desarrollo de los elementos dentarios y la ingestión de medicamentos que provocan reducción de la cantidad de saliva. En este sentido el rol del odontopediatra es importante ya que las caries comienzan en la primera infancia y adolescencia y al detectarlas precozmente también puede dar información preventiva a los padres respecto a posibles trastornos alimentarios (Gokkaya *et al.*, 2022).

El acúmulo de biofilm patogénico debido a la mala higiene y al consumo excesivo de bebidas carbonatadas, o "deportivas" para mejorar la resistencia favorece la comorbilidad de caries en estos trastornos, como así también de erosiones dentarias (Romanos *et al.*, 2012).

2.3 ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)

Entre las complicaciones derivadas por los TA vinculadas a la ATM se mencionan artralgia, disfunción articular, trastornos temporomandibulares con síntomas como: mareos, dolor de cabeza, dolor facial, cansancio de la mandíbula, empuje de la lengua, sensación de nudo en la garganta, dificultad de concentración y alteraciones del sueño, debido (principalmente), a la hipovitaminosis –C que además pone en peligro la salud periodontal por escorbuto (Romanos *et al.*, 2012).

Existe mayor sensibilidad muscular general en especial dolor miofascial especialmente en mujeres (Presskreischer, 2023).

2.4 MUCOSA ORAL Y PERIORAL

Los TA en mucosa oral y perioral se manifiestan con diversos signos, lesiones y síntomas:

- Morsicatio buccarum es la acción de morder repetidamente las mejillas y los labios. Puede además observarse eritema faríngeo, estomatodinia, lesiones hemorrágicas, ulcerosas, ardor, disgeusia, hábitos parafuncionales, posiblemente derivados de un componente psicógeno o como somatización de un trastorno (Valeriani *et al.*, 2024).
- Los pacientes más jóvenes presentan línea alba y aquellos con déficit nutricional evidencian atrofia de las mucosas, ulceraciones orales candidiasis y la queilitis angular y exfoliativa. Las lesiones eritematosas del paladar blando son generadas por el uso de objetos para inducir los vómitos (Romanos *et al.*, 2012).
- El vómito autoinducido puede provocar un traumatismo en forma de ulceración epitelial en los tejidos blandos (Antonelli *et al.*, 2016).
- La emesis recurrente favorece la debilidad muscular orofaringolaríngea lo que provocaría el reflujo laringofaríngeo y por consiguiente la afectación de las cuerdas vocales que se evidencia por la disfonía, la odinofagia y la disfagia (Baenas *et al.*, 2024).

2.5 HUESO ALVEOLAR

En relación al perjuicio en el tejido óseo que ocasionan los TA como la bulimia nerviosa, los pacientes sufren mayor atrofia de los procesos alveolares provocando pérdida de elementos dentarios, complicaciones en la futura

rehabilitación debido a osteopenia y osteoporosis. (Turhani *et al.*, 2019).

En la anorexia nerviosa , la sarcopenia y la atrofia muscular contribuyen a la debilidad muscular así como junto a la hipovitaminosis D y la actividad física excesiva favorecen la pérdida de masa ósea (Baenas *et al.*2024).

2.6 GLÁNDULAS SALIVALES.

En algunos TA en los que se evidencia deficiencia de hierro existe trauma y exposición química del paladar, se puede desencadenar en consecuencia anemia hipocrómica, disminuyendo el suministro de oxígeno y afectando de manera irreversible a las glándulas salivales menores (Presskreischer *et al.*, 2023).

Se mencionan alteraciones vinculadas a TA como: Sialoadenosis, agrandamiento no inflamatorio de la glándula salival, hiposalivación, xerostomía, alteración del flujo salival (causadas por medicamentos) alteración en la composición de la saliva, sialometaplasia necrotizante (Romanos *et al.*, 2012).

Una disminución del flujo salival podría ser un indicador de anorexia aunque el organismo se adapta y las enzimas salivales desarrollan actividad fisiológica (Paszynska, 2015).

La sialometaplasia necrotizante es una úlcera ubicada en el paladar duro de carácter benigno causada por el traumatismo local, la inflamación de la mucosa e isquemia, autolimitada a glándulas salivales menores. En trastornos alimentarios se generan alteraciones vasculares como la fragilidad en las paredes de las células sanguíneas, adelgazamiento de la mucosa favoreciendo la aparición de la lesión descrita (Salvado *et al.*, 2020).

2.7 LENGUA

Los TA en mucosa lingual se manifiestan con diversos signos, lesiones y síntomas:

- Glosodinia, alteración del gusto, disgeusia (pérdida del gusto), hipogeusia, sensación de lengua ardiente (Hasan *et al.*, 2020).
- Queratosis friccional de la lengua relacionada con una duración más larga del trastorno, como en la anorexia y bulimia nerviosa, también puede observarse la lengua con impresiones dentales (Romanos *et al.*, 2012).

2.8 TEJIDOS PERIODONTALES Y GINGIVALES

El tejido periodontal y gingival sufre diversas modificaciones como manifestación de un TA:

- Gingivitis marginal, periodontitis, escorbuto por deficiencia de vitamina C.
- Recesiones gingivales como resultado del daño tisular generado por la acidez y el mal uso del cepillo dental ya que la fuerza y la frecuencia del cepillado pueden producir migración gingival teniendo en cuenta que quienes padecen trastornos alimentarios son pacientes psiquiátricos con una mala higiene bucal ya sea por exceso o por defecto y principalmente por la mala nutrición (Casarín *et al.*, 2023). Teniendo en cuenta las conductas autolesivas de los pacientes con trastornos alimentarios, es importante controlar la higiene ya que se pueden auto provocar lesiones cervicales y posterior recesión gingival generalizada (Pallier *et al.*, 2019).
- Es fundamental conocer las lesiones de tejidos blandos y gingivales que se observan a corto plazo del inicio del trastorno alimentario como son: placa dental, eritema faríngeo, queilitis exfoliativa, queilitis angular, mucosa mordisqueada, gingivitis marginal, caries, mientras que otras lesiones se evidencian luego de transcurrido meses o años del trastorno alimentario como la erosión, el agrandamiento de las glándulas salivales y la queratosis friccional de la lengua. Respecto a la edad de los pacientes, la línea alba y el

dolor en la ATM se observan en personas más jóvenes y aquellos con deficiencia nutricional severa se observa entre otras complicaciones, la impresión dental en la lengua. Teniendo en cuenta los trastornos alimentarios los pacientes con bulimia nerviosa presentan dolor en la ATM y cefaleas con más frecuencia que los pacientes con otros trastornos (Lesar *et al.*, 2022).

Es importante ante la consulta odontológica tener en cuenta que en algunos pacientes que padecen TA existe trombocitopenia asociada a la disfunción hepática lo cual expone al paciente a sufrir hemorragias, púrpura y petequias en piel y mucosa (Baenas *et al.*, 2024).

La formación del profesional odontólogo respecto a manifestaciones de los trastornos alimentarios en la cavidad bucal así como en las conductas de quienes los padecen y la comunicación con médicos y psiquiatras aumentará los beneficios de la detección temprana, prevención y la derivación a especialistas para mejorar la salud sistémica y oral (Presskreischer *et al.*, 2023.)

CONCLUSIONES

El objetivo de éste trabajo es aportar información valiosa para los profesionales de la salud permitiendo reconocer lesiones en la cavidad bucal en relación a los diferentes trastornos alimentarios que pueden manifestarse en niños y/o adolescentes debido a la vulnerabilidad propia de dicha etapa de la vida caracterizada por complejos cambios físicos y psicosociales en busca de la identidad y la imagen corporal.

Dado que muchos pacientes niños y adolescentes ocultan su trastorno alimentario, y/o algunos no lo reconocen como un problema de salud así como tampoco su familia, es muy importante identificar lesiones orales, cambios en la cavidad bucal así como la presencia de signos y síntomas que guíen a un diagnóstico temprano teniendo en cuenta que las alteraciones en la cavidad oral son las primeras en presentarse permitiendo detectar conductas relacionadas a trastornos alimentarios. El diagnóstico precoz favorece las derivaciones correspondientes con el fin de brindar un tratamiento oportuno e integral desde el inicio de la patología evitando la cronificación de la afección y minimizando los riesgos tanto físicos como psicológicos.

Es preocupante el aumento de TA en la niñez y el crecimiento exponencial de casos durante la adolescencia. Sus características multifactoriales, el estilo de vida actual y el impacto de la tecnología afectan a la población de este rango etario profundizando su vulnerabilidad y exacerbando los riesgos de morbimortalidad dependiendo de las consecuencias sistémicas o las secuelas permanentes a lo largo de la vida.

Por lo general los TA evolucionan de manera imperceptible ya que no necesariamente hay cambios físicos evidentes y cuando los hay ya esta instaurada la patología; es por ello que tienen relevancia las lesiones en la

cavidad bucal ya que se presentan desde el comienzo de algunos de los TA con características como eritema faríngeo, coloración amarillo- naranja del paladar blando, queilitis exfoliativa, queilitis angular, mucosa mordisqueada, gingivitis marginal, hábitos parafuncionales, agrandamiento de las glándulas salivales, queratosis friccional de la lengua, dolor en la ATM, erosión dental, entre otros.

Es de vital importancia el trabajo en conjunto con los pediatras, licenciados en nutrición, y profesionales de salud mental, teniendo como recursos y/o herramientas la información sobre el examen físico, la historia médica, nutricional y psiquiátrica para lograr orientar al paciente y su familia sobre el mejor abordaje para lograr su recuperación, mantener la salud y reducir las comorbilidades crónicas de origen psiquiátrico, médicas y otras complicaciones vinculadas al retraso del crecimiento, desarrollo y la pubertad.

La presencia del odontopediatra en el equipo interdisciplinario es fundamental para identificar precozmente las alteraciones presentes y en lo estrictamente odontológico, devolver funcionalidad y estética dental contribuyendo a que el niño y el adolescente eleven, recuperen y refuercen la autoestima como componente fundamental de la recuperación ante un trastorno alimentario como así también para el desarrollo psicológico e integración social para el resto de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, et al. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2137395. Published 2021 Dec 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.37395.
2. Al Nasser Y, Muco E, Alsaad AJ. Pica. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 26, 2023.
3. Ali AT, Al-Ani F, Al-Ani O. Childhood obesity: causes, consequences, and prevention. *Dětská obezita: příčiny, důsledky a prevence. Ceska Slov Farm*. 2023; 72(1):21-36.
4. Antonelli JR, Seltzer R. Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Tex Dent J*. 2016; 133(9):528-535.
5. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7):724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
6. Asociación Americana de Psiquiatría “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o MDE (en el original en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM, 2013)”, editado por la Asociación Americana (2013) de Psiquiatría. 5ta ed. Arlington, VA 5ta ed.: American Psychiatric Publishing.
7. Assalone C, Leonardi L, Franceschi R, et al. Determinants of severe bradycardia in adolescents hospitalized for anorexia nervosa. *Pediatr Int*. 2022; 64(1):e14967. doi:10.1111/ped.14967.
8. Baenas I, Etxandi M, Fernández-Aranda F. Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. Complicaciones médicas en anorexia y bulimia nerviosa. *Med Clin (Barc)*. 2024; 162(2):67-72. doi:10.1016/j.medcli.2023.07.028
9. Baker JH, Freestone D, Cai K, Silverstein S, Urban B, Steinberg D. Eating Disorder Clinical Presentation and Treatment Outcomes by Gender Identity

Among Children, Adolescents, and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2024;75(2):254-260. doi:10.1016/j.jadohealth.2023.11.015.

10. Balantekin KN, Birch LL, Savage JS. Eating in the absence of hunger during childhood predicts self-reported binge eating in adolescence. *Eat Behav*. 2017; 24:7-10. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.11.003.

11. Balasundaram P, Santhanam P. Eating Disorders. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 26, 2023.

12. Barros Daniela." *Eating Disorders in kids a Global Public Health Emergency*" Medscape Medical News; 2023. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/992212>. Accedido en Abril 2024.

13. Bellaïche M, Leblanc V, Viala J, Jung C. Oral exploration and food selectivity: A case-control study conducted in a multidisciplinary outpatient setting. *Front Pediatr*. 2023; 11:1115787. Published 2023 Feb 15. doi:10.3389/fped.2023.1115787.

14. Białek-Dratwa A, Szczepańska E, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Kowalski O. Neophobia-A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children?. *Nutrients*. 2022; 14(7):1521. Published 2022 Apr 6. doi: 10.3390/nu14071521.

15. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019; 28(4):549-555. doi:10.1016/j.chc.2019.05.003.

16. Brandt LMT, Fernandes LHF, Aragão AS, et al. Relationship between Risk Behavior for Eating Disorders and Dental Caries and Dental Erosion. *ScientificWorldJournal*. 2017; 2017:1656417. doi:10.1155/2017/1656417.

17. Brennan C, Illingworth S, Cini E, Bhakta D. Medical instability in typical and atypical adolescent anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *J Eat Disord*. 2023; 11(1):58. Published 2023 Apr 6. doi: 10.1186/s40337-023-00779-y.

18. Cainer A. Recognising and managing type 1 disordered eating in children and young people with diabetes. *Nurs Child Young People*. 2022; 34(2):28-32.

doi:10.7748/ncyp.2022.e1396.

19. Calcaterra V, Cena H, Magenes VC, et al. Sugar-Sweetened Beverages and Metabolic Risk in Children and Adolescents with Obesity: A Narrative Review. *Nutrients*. 2023; 15(3):702. Published 2023 Jan 30. doi: 10.3390/nu15030702.
20. Cao Z, Cini E, Pellegrini D, Fragkos KC. The association between sexual orientation and eating disorders-related eating behaviours in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2023;31(1):46-64. doi:10.1002/erv.2952.
21. Casarin M, da Silveira TM, Bezerra B, Pirih FQ, Pola NM. Association between different dietary patterns and eating disorders and periodontal diseases. *Front Oral Health*. 2023; 4:1152031. Published 2023 Mar 22. doi:10.3389/froh.2023.1152031.
22. Chidiac CW. An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Curr Opin Pediatr*. 2019; 31(4):448-453. doi:10.1097/MOP.0000000000000755.
23. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud (CIE11); 2022.
24. Codazzi V, Frontino G, Galimberti L, Giustina A, Petrelli A. Mechanisms and risk factors of metabolic syndrome in children and adolescents. *Endocrine*. 2024; 84(1):16-28. doi:10.1007/s12020-023-03642-x
25. Codazzi, V., Frontino, G., Galimberti, L., Giustina, A., & Petrelli, A. (2023). Mechanisms and risk factors of metabolic syndrome in children and adolescents. *Endocrine*, 10.1007/s12020-023-03642-x. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12020-023-03642-x>. Accedido en Mayo, 2024.
26. Cost J, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa. *Cleve Clin J Med*. 2020; 87(6):361-366. doi:10.3949/ccjm.87a.19084.
27. Cuyuch Marta. "Trastornos pica y rumiación";(2017) Disponible en:<https://es.slideshare.net/September15/trastornos-pica-y-rumiacion>. Accedido en Mayo, 2024.
28. Dean YE, Motawea KR, Aslam M, et al. Association Between Type 1

- Diabetes Mellitus and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Endocrinol Diabetes Metab.* 2024; 7(3):e473. doi:10.1002/edm2.473.
29. Dehghan M, Tantbirojn D, Harrison J, et al. Oral Health and Behavior Patterns of Women with Eating Disorders-A Clinical Pilot Study. *Life (Basel)*. 2023;13(12):2297. Published 2023 Dec 3. doi:10.3390/life13122297.
30. Díaz-Ortega JL, Yupari-Azabache IL, Caballero Vidal JA, Conde-Parada NE, Rojas Gamboa AF. Criteria in the Diagnosis of Metabolic Syndrome in Children: A Scoping Review. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2023; 16:3489-3500. Published 2023 Nov 3. doi:10.2147/DMSO.S430360.
31. Dinkler L, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, et al. Development of a parent-reported screening tool for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Initial validation and prevalence in 4-7-year-old Japanese children. *Appetite*. 2022; 168:105735. doi:10.1016/j.appet.2021.105735
32. Esposito M, Mirizzi P, Fadda R, et al. Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(6):5092. Published 2023 Mar 14. doi:10.3390/ijerph20065092.
33. Faje AT, Fazeli PK, Miller KK, et al. Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):458-466. doi:10.1002/eat.22248.
34. Federación mundial de Obesidad. Prevalencia de la obesidad. Disponible en: <https://www.wordobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity> .
Accedido en Mayo, 2024.
35. Gaddey HL. Oral manifestations of systemic disease. *Gen Dent.* 2017;65(6):23-29.
36. Garber AK, Cheng J, Accurso EC, et al. "Pérdida de peso y gravedad de la enfermedad en adolescentes con anorexia nerviosa atípica";2019 *Pediatría* vol.144,6. Doi:10.1542/peds.2019-2339.
37. García García B, Dean Ferrer A, Díaz Jiménez N. Alamillos Granados F.J." *Sialadenosis parotídea bilateral asociada a bulimia de larga evolución: reporte de un caso y revisión de la literatura* *Maxillofac Oral Surg*; 17

(2):117-121. Doi: 10.1007/s12663-016-0913-7.

38. Garcia Palacios Azucena, "El trastorno por atracón en el DSM-5", Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de psicosomática n° 110, pag. 70 a 73; 2014.

39. Geserick M, Vogel M, Gausche R, et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *N Engl J Med*. 2018; 379(14):1303-1312. doi: 10.1056/NEJMoa1803527.

40. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am*. 2019; 42(2):263-274. doi:10.1016/j.psc.2019.01.009.

41. Goday PS, Huh SY, Silverman A, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019; 68(1):124-129. doi:10.1097/MPG.0000000000002188.

42. Gokkaya B, Kargul B. Assessment of the eating disorders and relationship with dental caries, age, gender, and body mass index in a sample of Turkish adolescents aged 9 through 15. *Niger J Clin Pract*. 2022; 25(5):695-701. doi:10.4103/njcp.njcp_1998_21.

43. Gorrell S, Murray SB. Eating Disorders in Males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019; 28(4):641-651. doi:10.1016/j.chc.2019.05.012.

44. Hall R, Keeble L, Sünram-Lea SI, To M. A review of risk factors associated with insulin omission for weight loss in type 1 diabetes. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021; 26(3):606-616. doi:10.1177/13591045211026142

45. Hall, R., Keeble, L., Sünram-Lea, S. I., & To, M. (2021). A review of risk factors associated with insulin omission for weight loss in type 1 diabetes. *Clinical child psychology and psychiatry*, 26(3), 606 -- 616. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/13591045211026142> Accedido en Mayo, 2024.

46. Hasan S, Ahmed S, Panigrahi R, Chaudhary P, Vyas V, Saeed S. Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(8):3890-3897. Published 2020 Aug 25. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_608_20.

47. Haznedaroglu E, Polat E. Dental Caries, Dental Erosion and Periodontal Disease in Children with Inflammatory Bowel Disease. *Int J Med Sci*.

- 2023;20(5):682-688. Published 2023 Apr 9. doi:10.7150/ijms.83075.
48. Hedman A, Breithaupt L, Hübel C, et al. Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(7):803-812. doi:10.1111/jcpp.12958.
49. Hemmingsson E. Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Curr Obes Rep*. 2018;7(2):204-209. doi: 10.1007/s13679-018-0310-2.
50. Hornberger LL, Lane MA; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021; 147(1):e2020040279. doi:10.1542/peds.2020-040279.
51. Hung C, Muñoz M, Shibli-Rahhal A. Anorexia Nervosa and Osteoporosis. *Calcif Tissue Int*. 2022; 110(5):562-575. Doi: 10.1007/s00223-021-00826-3.
52. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Diet and behavioral habits related to oral health in eating disorder patients: a matched case-control study. *J Eat Disord*. 2020; 8:7. Published 2020 Feb 27. doi: 10.1186/s40337-020-0281-z.
53. Jung EH, Jun MK. Relationship between Risk Factors Related to Eating Disorders and Subjective Health and Oral Health. *Children (Basel)*. 2022; 9(6):786. Published 2022 May 26. doi: 10.3390/children9060786.
54. Johnson LB, Boyd LD, Rainchuso L, Rothman A, Mayer B. Eating disorder professionals' perceptions of oral health knowledge. *Int J Dent Hyg*. 2017;15(3):164-171. doi:10.1111/idh.12183.
55. Kang NR, Kwack YS. An Update on Mental Health Problems and Cognitive Behavioral Therapy in Pediatric Obesity. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2020;23(1):15-25. doi:10.5223/pghn.2020.23.1.15
56. Kanayama S, Sakai C, Aoto H, et al. Childhood dietary intake: Comparison between anorexia nervosa and healthy leanness. *Pediatr Int*. 2019; 61(1):73-79. doi:10.1111/ped.13730.
57. Kathleen Smith "Eating disorders",(2021) Psycom.net. Disponible en: Boletines <https://www.psycom.net/eating-disorders-in-children>. Accedido en

Marzo, 2024.

58. Kelley K, Walgren M, DeShong HL. Rumination as a transdiagnostic process: The role of rumination in relation to antisocial and borderline symptoms. *J Affect Disord.* 2021; 295:865-872. doi:10.1016/j.jad.2021.08.034.
59. Kirkpatrick RH, Breton E, Biorac A, Munoz DP, Booij L. Non-suicidal self-injury among individuals with an eating disorder: A systematic review and prevalence meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2024;57(2):223-248. doi:10.1002/eat.24088
60. Kisely S, Baghaie H, Laloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2015; 207(4):299-305. doi:10.1192/bjp.bp.114.156323
61. Kumar MM. Eating Disorders in Youth with Chronic Health Conditions: Clinical Strategies for Early Recognition and Prevention. *Nutrients.* 2023;15(17):3672. Published 2023 Aug 22. doi:10.3390/nu15173672
62. Kusnik A, Vaqar S. Rumination Disorder. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 8, 2023.
63. Larqué E, Labayen I, Flodmark CE, et al. From conception to infancy - early risk factors for childhood obesity. *Nat Rev Endocrinol.* 2019; 15(8):456-478. doi: 10.1038/s41574-019-0219-1.
64. Leme ACB, Haines J, Tang L, et al. Impact of Strategies for Preventing Obesity and Risk Factors for Eating Disorders among Adolescents: A Systematic Review. *Nutrients.* 2020; 12(10):3134. Published 2020 Oct 14. doi: 10.3390/nu12103134.
65. Leung AKC, Hon KL. Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Curr Pediatr Rev.* 2019;15(3):164-169. doi: 10.2174/1573396315666190313163530.
66. Lesar T, Vidović Juras D, Tomić M, Čimić S, Kraljević Šimunković S. ORAL CHANGES IN PEDIATRIC PATIENTS WITH EATING DISORDERS. *Acta Clin Croat.* 2022; 61(2):185-192. doi:10.20471/acc.2022.61.02.03
67. Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/ley-de-promocion-de-la->

[alimentacion-saludable](#). Accedido en Abril, 2024.

68. Ley N° 3704 de Alimentación Saludable de niños, niñas y adolescentes en edad escolar 2022. Disponible en: <https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/ley-3704-alimentacion-saludable-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-edad-escolar/>. Accedido en Abril, 2024.
69. Lin JA, Woods ER, Bern EM. Common and Emergent Oral and Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2021;17(4):157-167.
70. Madariaga VI, Pereira-Cenci T, Walboomers XF, Loomans BAC. Association between salivary characteristics and tooth wear: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2023; 138:104692. doi:10.1016/j.jdent.2023.104692.
71. Mahumud, RA, Sahle, BW, Owusu-Addo, E. et al. Asociación de la ingesta dietética, la actividad física y las conductas sedentarias con el sobrepeso y la obesidad entre 282.213 adolescentes en 89 países de ingresos bajos y medios a altos. *Int J Obes* 45, 2404-2418 (2021). <http://doi.org/10.1038/s41366-021-00908-0> . Accedido Marzo, 2024.
72. Martínez Costa, C. y Pedrón Giner, C. ."Valoración del estado nutricional en Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica "SEGHNP-AEP, (pp. 313-18). Ergon. 2010.
73. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9:17-30. Published 2018 Jan 5. doi:10.2147/AHMT.S148050.
74. McLean SA, et al."Imagen corporal en el contexto de los trastornos alimentarios" . *Psiquiatra Clin North Am*. Mar; 42 (1):145-156. 2019 DOI: 10.1016/J.PSC.2018.10.006. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30704635.
75. Melville A. Nancy "Obesity Affects More Than 1 Billion Around the World" *Medscape Medical News*.2024.
76. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord*. 2023; 11(1):85. Published 2023 May 30. doi: 10.1186/s40337-023-00801-3.

77. Miller KK. Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96(10):2939-2949. doi:10.1210/jc.2011-1222
78. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Manual del nutricionista, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), Argentina. 2022.
79. MINISTERIO DE SALUD SECRETARÍA DE CALIDAD EN SALUD (2023). Disponible en: www.boletinoficial.gob.ar. Accedido en Abril, 2024.
80. Mishori R, McHale C. Pica: an age-old eating disorder that's often missed. *J Fam Pract.* 2014; 63(7):E1-E4.
81. Momen NC, Plana-Ripoll O, Yilmaz Z, et al. Comorbidity between eating disorders and psychiatric disorders. *Int J Eat Disord.* 2022;55(4):505-517. doi:10.1002/eat.23687.
82. Monda M, Costacurta M, Maffei L, Docimo R. Oral manifestations of eating disorders in adolescent patients. A review. *Eur J Paediatr Dent.* 2021; 22(2):155-158. doi:10.23804/ejpd.2021.22.02.13
83. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017; 47(4):70-84. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.003
84. Morris R, Prasad A, Asaro J, et al. Markers of Cardiovascular Dysfunction in Adolescents with Anorexia Nervosa. *Glob Pediatr Health.* 2017; 4:2333794X17727423. Published 2017 Aug 29. doi:10.1177/2333794X17727423.
85. Moreno Villares, M.J. Galiano Segovia "Alimentación del niño, preescolar y del adolescente". PEDIATRÍA INTEGRAL-tomo 4- Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) 2015.
86. Moorman EL, Warnick JL, Acharya R, Janicke DM. The use of internet sources for nutritional information is linked to weight perception and disordered eating in young adolescents. *Appetite.* 2020; 154:104782. doi:10.1016/j.appet.2020.104782
87. Nakshine VS, Thute P, Khatib MN, Sarkar B. Increased Screen Time as a

Cause of Declining Physical, Psychological Health, and Sleep Patterns: A Literary Review. *Cureus*. 2022; 14(10):e30051. Published 2022 Oct 8. doi:10.7759/cureus.30051

88. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Trastornos de la alimentación: reconocimiento y tratamiento. Guía NICE [NG69] publicado 23 de Mayo 2017. Última actualización: 16 de diciembre de 2020.

89. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020; 81(6):1-8. doi:10.12968/hmed.2020.0099

90. Nihtyanova T, Sapunarova P, Belcheva-Krivorova A, Petrova S. Parental knowledge of dental erosion and erosion-related risk factors in children. *Folia Med (Plovdiv)*. 2021; 63(4):541-545. doi:10.3897/folmed.63.e55879.

91. Nijakowski K, Jankowski J, Gruszczynski D, Surdacka A. Eating Disorders and Dental Erosion: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023;12(19):6161. Published 2023 Sep 24. doi: 10.3390/jcm12196161.

92. Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med*. 2021;88(6):333-343. Published 2021 Jun 2. doi:10.3949/ccjm.88a.20168.

93. Organización Mundial de la Salud (OMS) "Salud mental del adolescente" 2018 Disponible en: <https://www.who.int/es>. Accedido en Febrero, 2024.

94. 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;8:25. Published 2014 Nov 19. doi:10.1186/1751-0759-8-25

95. Pallier A, Karimova A, Boillot A, et al. Dental and periodontal health in adults with eating disorders: A case-control study. *J Dent*. 2019; 84:55-59. doi:10.1016/j.jdent.2019.03.005.

96. 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; 96:178-182. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.09.022.

97. Patel RS, Machado T, Tankersley WE. Eating Disorders and Suicidal Behaviors in Adolescents with Major Depression: Insights from the US Hospitals.

Behav Sci (Basel). 2021; 11(5):78. Published 2021 May 19. doi: 10.3390/bs11050078.

98. Papini, N. M., Bulik, C. M., Chawner, S. J., & Micali, N. Prevalence and Recurrence of Pica Behaviours in Early Childhood: Findings from the ALSPAC Birth Cohort. MedRxiv: the preprint server for health sciences, 2023.06.04.23290951. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2023.06.04.23290951> . Accedido en Marzo 2024.

99. Paszynska E, Schlueter N, Slopian A, Dmitrzak-Weglarz M, Dyszkiewicz-Konwinska M, Hannig C. Salivary enzyme activity in anorexic persons—a controlled clinical trial. *Clin Oral Investig*. 2015; 19(8):1981-1989. doi: 10.1007/s00784-015-1442-3.

100. Poos S, Faerovitch M, Pinto C, et al. The role of diabetes distress in Diabulimia. *J Eat Disord*. 2023; 11(1):213. Published 2023 Dec 1. doi:10.1186/s40337-023-00924-7

101. Presskreischer R, Prado MA, Kuraner SE, Arusilor IM, Pike K. Eating disorders and oral health: a scoping review. *J Eat Disord*. 2023; 11(1):55. Published 2023 Apr 4. doi:10.1186/s40337-023-00778-z.

102. Ricciardi Olga. "Argentina es el Segundo país con más casos de Trastorno de Conducta Alimentaria" .2021; Salud Consciente. Diario digital. Disponible en: <https://libertaddigital.com.ar/Notas/Nota/1247438421-argentina-es-el-segundo-pas-con-ms-casos-de-trastornos-de-conducta-alimentaria> . Accedido en Junio, 2024.

103. Ripoli C, Ricciardi MR, Zuncheddu E, Angelo MR, Pinna AP, Ripoli D. Emotional eating and disordered eating behaviors in children and adolescents with type 1 diabetes. *Sci Rep*. 2022;12(1):21854. Published 2022 Dec 17. doi: 10.1038/s41598-022-26271-2.

104. Robatto AP, Cunha CM, Moreira LAC. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2024; 100 Suppl 1(Suppl 1):S88-S96. doi:10.1016/j.jped.2023.12.001.

105. Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite*. 2012; 59(2):499-504.

doi:10.1016/j.appet.2012.06.016.

106. Saad MB, Eymann A, Granados N, Rotblat G, et al. Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(4):e364-e369.

107. Salvado F, Nobre MA, Gomes J, Maia P. Necrotizing Sialometaplasia and Bulimia: A Case Report. *Medicina (Kaunas)*. 2020; 56(4):188. Published 2020 Apr 19. doi:10.3390/medicina56040188

108. Salvia MG, Ritholz MD, Craigen KLE, Quatromoni PA. Managing type 2 diabetes or prediabetes and binge eating disorder: a qualitative study of patients' perceptions and lived experiences. *J Eat Disord*. 2022;10(1):148. Published 2022 Oct 12. doi: 10.1186/s40337-022-00666-y.

109. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. 2023; 31(2):226-246. doi:10.1002/erv.2964. <https://doi.org/10.1002/erv.2964>

110. Sandhya Pruthi, M.D et al. Libro familiar de Mayo Clinic "Trastornos de la alimentación" 5ta edición; 2023.

Disponible en: www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-diso .

Accedido en Marzo, 2024.

111. Sasegbon A, Hasan SS, Disney BR, Vasant DH. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis and practical management. *Frontline Gastroenterol*. 2022; 13(5):440-446. Published 2022 Jan 11. doi: 10.1136/flgastro-2021-101856.

112. Sartori R, Della Torca A, Bramuzzo M, Barbi E, Tessitore A. Non Pharmacological Treatment of rumination syndrome in childhood: A systematic review of the literature. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;78(4):763-773. doi:10.1002/jpn3.12038.

113. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children 's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018; 10(6):706. Published 2018 May 31. doi: 10.3390/nu10060706.

114. Sharma V, Coleman S, Nixon J, et al. A systematic review and meta-

analysis estimating the population prevalence of comorbidities in children and adolescents aged 5 to 18 years. *Obes Rev.* 2019; 20(10):1341-1349. doi:10.1111/obr.12904.

115. Sharp WG, Silverman A, Arvedson JC, et al. Toward Better Understanding of Pediatric Feeding Disorder: A Proposed Framework for Patient Characterization. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2022; 75(3):351-355. doi:10.1097/MPG.0000000000003519.

116. Silvers E, Erlich K. Picky eating or something more? Differentiating ARFID from typical childhood development. *Nurse Pract.* 2023; 48(12):16-20. doi:10.1097/01.NPR.0000000000000119.

117. Sirin Y, Yucel B, Firat D, Husseinova-Sen S. Assessment of dental fear and anxiety levels in eating disorder patients undergoing minor oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(8):2078-2085. doi:10.1016/j.joms.2010.12.050.

118. Skella P, Chelmi ME, Panagouli E, et al. Orthorexia and Eating Disorders in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Children (Basel).* 2022; 9(4):514. Published 2022 Apr 6. doi: 10.3390/children9040514.

119. Smolko NA, Valiev RI, Kabdesh IM, Fayzullina RA, Mukhamedshina YO. Eating disorder in children: Impact on quality of life, with a spotlight on autism spectrum disorder. *Nutr Res.* 2024; 123:38-52. doi:10.1016/j.nutres.2023.12.006

120. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), ALIMENTACIÓN SALUDABLE.2016. Disponible en: [comunidad.sap.org.ar/index.php/2016/03/01/alimentacion-saludable/"sap.org.ar/index.php/2016/03/01/alimentacion-saludable/](http://comunidad.sap.org.ar/index.php/2016/03/01/alimentacion-saludable/). Accedido en Enero, 2024.

121. Solmi M, Radua J, Stubbs B, et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Braz J Psychiatry.* 2021; 43(3):314-323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099.

122. Stabouli S, Erdine S, Suurorg L, Jankauskienė A, Lurbe E. Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients.* 2021;13(12):4321. Published 2021 Nov 29. doi: 10.3390/nu13124321.

123. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent

- females. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126(1):38-51. doi: 10.1037/abn0000219.
124. Strumia R. Eating disorders and the skin. *Clin Dermatol.* 2013; 31(1):80-85. doi:10.1016/j.clindermatol.2011.11.011
125. Tate AE, Liu S, Zhang R, et al. Association and Familial Coaggregation of Type 1 Diabetes and Eating Disorders: A Register-Based Cohort Study in Denmark and Sweden. *Diabetes Care.* 2021; 44(5):1143-1150. doi:10.2337/dc20-2989
126. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):54. doi: 10.1007/s11920-017-0795-5.
127. Torres Camilo, "La bulimia y los dientes"2016. Disponible en: www.dentisalud.com/la-bulimia-y-los-dientes/. Accedido en Abril, 2024.
128. Turhani D, Ohlmeier KH, Sutter W, Kielbassa AM. 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 Int.* 2019; 50(1):68-79. doi:10.3290/j.qi.a41367.
129. UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Exposición de niños, niñas y adolescentes al marketing digital de alimentos y bebidas en la Argentina";2021. Disponible en: buenosaires@unicef.org www.unicef.org.a. Accedido en Febrero, 2024,
130. Valeriani L, Frigerio F, Piciocchi C, et al. Oro-dental manifestations of eating disorders: a systematic review. *J Eat Disord.* 2024; 12(1):87. Published 2024 Jun 24. doi: 10.1186/s40337-024-01050-8.
131. Walsh BT, Hagan KE, Lockwood C. A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2023; 56(4):798-820. doi:10.1002/eat.23856.
132. Willmott E, Dickinson R, Hall C, et al. A scoping review of psychological interventions and outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID). *Int J Eat Disord.* 2024; 57(1):27-61. doi:10.1002/eat.24073.
133. Winston AP. Eating Disorders and Diabetes. *Curr Diab Rep.* 2020;

- 20(8):32. Published 2020 Jun 15. doi:10.1007/s11892-020-01320-0.
134. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(3):2446. Published 2023 Jan 30. doi:10.3390/ijerph20032446
135. Yurtdaş-Depboylu G, Kaner G, Özçakal S. The association between social media addiction and orthorexia nervosa, eating attitudes, and body image among adolescents. *Eat Weight Disord*. 2022; 27(8):3725-3735. doi:10.1007/s40519-022-01521-4.
136. Zebrauskas A, Birskute R, Maciulskiene V. Prevalence of Dental Erosion among the Young Regular Swimmers in Kaunas, Lithuania. *J Oral Maxillofac Res*. 2014; 5(2):e6. Published 2014 Jul 1. doi:10.5037/jomr.2014.5206
137. Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017;20(1):1-13. doi:10.5223/pghn.2017.20.1.1.
138. Zemel BS. The Challenges of Interpreting Body Mass Index in Children with Obesity. *J Pediatr*. 2021; 235:21-22. doi:10.1016/j.jpeds.2021.04.011.