



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**IMPACTO DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES NA SAÚDE
ORAL**

Trabalho submetido por

Julio Rojas Menaya

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2020



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**IMPACTO DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES NA SAÚDE
ORAL**

Trabalho submetido por

Julio Rojas Menaya

para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof. Doutora Armanda Maria Subtil Amorim Rodrigues De Abreu

e coorientado por

Prof. Doutor José Grillo Evangelista

setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar à minha orientadora, Prof. Doutora Armanda Maria Subtil Amorim Rodrigues De Abreu, e ao meu coorientador, Prof. Doutor José Grillo Evangelista, pela paciência, disponibilidade, dedicação, optimismo e confiança sempre demonstradas, além da calma, experiência e conhecimentos transmitidos.

Da mesma forma, agradeço a todos os professores e funcionários que fizeram parte da minha formação académica no Instituto Universitário Egas Moniz, que foi a minha segunda casa durante estes últimos cinco anos. Quero também agradecer a todos os membros da Direção Clínica e aos professores da Clínica Universitária Egas Moniz, pela disponibilidade sempre demonstrada, além dos valores pessoais e profissionais transmitidos.

A todos os amigos e colegas que conheci neste curso, por todo o carinho, companheirismo, pela partilha e ajuda durante estes anos e por me fazerem sentir como mais um aluno português.

À Belén, Teresa, Laura e Blanca, por estarem sempre ao meu lado e fazer destes anos uns anos inesquecíveis, elas já são parte da minha família. Às minhas parceiras de box, Carolina e Leonor, obrigado por me fazerem sentir como em casa e por constituírem a melhor equipa possível. À Nieves, pela amizade, paciência, apoio e motivação demonstrada durante estes cinco anos.

O meu agradecimento mais especial é para os meus pais, sem o seu apoio nada disto teria sido possível. Obrigado pelo grande esforço que fizeram para que eu pudesse atingir o meu sonho de ser médico dentista e por me ensinarem que a vida não é fácil, mas que todo esforço no fim vale a pena. “A única coisa que cai do céu é chuva, o resto é luta”. E aos meus irmãos, por me acompanharem neste caminho do início ao fim.

RESUMO:

A ocorrência dos distúrbios ou transtornos alimentares, tem aumentado nos últimos anos em função dos novos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade moderna. Estima-se uma prevalência de 33.1% para possíveis transtornos alimentares entre a população adolescente, sendo o mais frequente de todos eles a bulimia nervosa (38.2%). Devido a alguns fatores psicológicos muito presentes durante a adolescência como o excesso de insegurança ou a insatisfação com o seu aspecto físico, a adolescência será a faixa etária mais vulnerável e com maior risco de desenvolver este tipo de transtornos. Foi observada ainda uma associação entre estas perturbações alimentares e o género, destacando-se o sexo feminino em 90-95% dos casos.

Os distúrbios alimentares caracterizam-se por severas perturbações do comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade. Os mais reconhecidos transtornos da conduta alimentar são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares não específicos.

Estes distúrbios vão apresentar alterações sistémicas relacionadas com o comprometimento do estado nutricional e de saúde. Além disto, vão também provocar alterações patológicas na cavidade oral tais como queilite, periodontite, hipertrofia das glândulas salivares ou lesões de abrasão ou erosão dentária provocadas pelo vômito auto-induzido.

Com este trabalho pretende-se fazer uma revisão atualizada sobre o impacto e as implicações clínicas que as perturbações alimentares têm sobre a cavidade e a saúde oral.

Para a elaboração desta revisão narrativa, foi feita uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas tais como, PubMed, Scielo, Cochrane Library ou Google Académico, entre outros.

Palavras-chave: “distúrbios alimentares” “anorexia nervosa” “bulimia nervosa” “erosão dentária”.

ABSTRACT:

The existence of eating disorders or disturbances, has increased in recent years according to the new standards of beauty established by modern society. There is an estimated prevalence of 33.1% for possible eating disorders among the adolescent population, the most frequent of which is bulimia nervosa (38.2%). Due to some psychological factors that are very present during adolescence, such as excessive insecurity or dissatisfaction with one's physical appearance, adolescence will be the age range that is most vulnerable and at greatest risk for developing this type of disorder. A relationship between these eating disorders and gender was also observed, with the female sex standing out in 90-95% of cases.

Eating disorders are characterized by severe behavioral disturbances, significantly altering eating habits and even causing extreme thinness or obesity. The most recognized are: anorexia nervosa, bulimia nervosa and non-specific eating disorders.

These disorders will cause systemic alterations related to the deterioration of the nutritional and health status. In addition, they will also cause pathological alterations in the oral cavity such as queilitis, periodontitis, hypertrophy of the salivary glands or lesions of dental abrasion or erosion caused by self-induced vomiting.

This paper aims to provide an updated review of the impact and clinical implications of eating disorders on the oral cavity and oral health.

For the elaboration of this narrative review, a bibliographic search was carried out in scientific databases such as PubMed, Scielo, Cochrane Library or Google Scholar, among others.

Key words: "eating disorders" "anorexia nervosa" "bulimia nervosa" "dental erosion".

RESUMEN:

La existencia de disturbios o trastornos alimenticios, ha aumentado en los últimos años en función de los nuevos estándares de belleza establecidos por la sociedad moderna. Se estima una prevalencia de 33.1% para posibles trastornos alimenticios entre la población adolescente, siendo el más frecuente de todos ellos la bulimia nerviosa (38.2%). Debido a algunos factores psicológicos muy presentes durante la adolescencia como el exceso de inseguridad o la insatisfacción con su aspecto físico, la adolescencia será el rango de edad más vulnerable y con mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastornos. Fue observada también una relación entre estos trastornos alimenticios y el género, en la cual destaca el sexo femenino en un 90-95% de los casos.

Los disturbios alimenticios se caracterizan por severas alteraciones del comportamiento, alterando de manera notoria los hábitos alimenticios y llegando a causar delgadez extrema u obesidad. Los más reconocidos son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos alimenticios no específicos.

Estos disturbios van a provocar alteraciones sistémicas relacionadas con el deterioro del estado nutricional y del estado de salud. Además de esto, también van a provocar alteraciones patológicas en la cavidad oral como queilitis, periodontitis, hipertrofia de las glándulas salivares o lesiones de abrasión o erosión dental provocadas por el vómito autoinducido.

Con este trabajo se pretende realizar una revisión actualizada sobre el impacto y las implicaciones clínicas que los trastornos alimenticios tienen sobre la cavidad y la salud oral.

Para la elaboración de esta revisión narrativa, fue realizada una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas como, PubMed, Scielo, Cochrane Library o Google Académico, entre otros.

Palabras clave: “trastornos alimenticios” “anorexia nerviosa” “bulimia nerviosa” “erosión dental”.

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	15
II. DESENVOLVIMENTO	19
1. DISTÚRBIOS ALIMENTARES	19
2. ETIOLOGÍA DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES.....	23
3. TIPOS DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES	25
3.1 Anorexia nervosa (clínica).....	25
3.1.1 A anorexia nervosa restritiva	26
3.1.2 A anorexia nervosa purgativa	27
3.2 Bulimia nervosa (clínica).....	27
3.2.1 A bulimia nervosa não purgativa	28
3.2.2 A bulimia nervosa purgativa.....	28
3.3 Transtornos alimentares não específicos	29
3.3.1 A anorexia nervosa e bulimia nervosa subclínicas	29
3.3.2 A compulsão alimentar.....	29
3.3.3 O distúrbio purgativo.....	29
4. MANIFESTAÇÕES ORAIS DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES	30
4.1 Erosão dentária.....	32
4.2 Xerostomia.....	37
4.3 Alterações periodontais	39
4.4 Lesões dos tecidos moles.....	41
4.5 Cárie dentária.....	42
4.6 Sialoadenite.....	44
4.7 Bruxismo.....	47
4.8 Hipersensibilidade dentária.....	48
4.9 Articulação temporomandibular (ATM)	49
5. ABORDAGEM EM MEDICINA DENTÁRIA	50
III. CONCLUSÃO.....	55

IV. BIBLIOGRAFIA 57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Exemplo de uma modelo que representa o padrão de beleza atual, mostrado através dos meios de comunicação (García, Olvera, & Torres, 2010).	19
Figura 2: A insatisfação, insegurança e percepção distorcida do próprio corpo e peso, são características muito presentes nos doentes com transtornos alimentares (Aranha, Eduardo, & Cordás, 2008).....	20
Figura 3: Excessiva perda de peso induzida por comportamentos alimentares inadequados (García et al., 2010).	21
Figura 4: Formação de calos nos nós dos dedos (sinal de Russell) em um homem de 37 anos com histórico de bulimia nervosa durante 20 anos (Milosevic, 1999).	22
Figura 5: Etiología multifactorial das perturbações alimentares (Aranha et al., 2008). .	24
Figura 6: Imagem representativa da alteração do estilo de vida e dos padrões normais de alimentação num indivíduo portador de anorexia nervosa (Aranha et al., 2008).....	26
Figura 7: Imagem representativa dos episódios de compulsão alimentar característicos dos indivíduos bulímicos (Aranha et al., 2008).....	27
Figura 8: A auto-indução do vômito é a técnica purgativa usada mais frequentemente entre os pacientes com bulimia nervosa purgativa (García et al., 2010).	28
Figura 9: Lesões de erosão características de um distúrbio alimentar (Colon et al., 2018).	33
Figura 10: Presença de lesões erosivas e "ilhas de amálgama" num paciente portador de um transtorno alimentar (Bonilla et al., 2017).....	33
Figura 11: Presença de erosão intrínseca nas superfícies dentárias de um paciente portador da doença do refluxo gastroesofágico (Colon et al., 2018).	34
Figura 12: Erosão generalizada de origem extrínseca (Dawes & Boroditsky, 2008).....	35
Figura 13: Imagem oclusal da arcada superior e inferior, onde a paciente apresenta evidência clínica de erosões dentárias com diferentes graus de perda de esmalte e dentina em todo o conjunto de dentes (Bonilla et al., 2017).....	36
Figura 14: Paciente de sexo feminino com bulimia, apresenta lesões típicas de erosão intrínseca provocadas por vômitos auto-induzidos nas superfícies palatinas dos incisivos, caninos, pré-molares e molares maxilares (Milosevic, 1999).	37
Figura 15: Recessões gengivais múltiplas presentes num paciente portador de um distúrbio alimentar (García et al., 2010).	39

Figura 16: Gengivite característica de pacientes com deficiências nutricionais provocadas pela presença de transtornos alimentares (Cirujanos et al., 2014).	40
Figura 17: Presença de hematoma palatino numa paciente com bulimia nervosa de 26 anos de idade, provavelmente provocado de forma traumática durante a auto-indução do vômito (Milosevic, 1999).	41
Figura 18: Presença de queilite angular em pacientes com distúrbios alimentares (García et al., 2010).	42
Figura 19: Alimentos altamente cariogénicos, frequentemente consumidos em grandes quantidades durante os episódios de compulsão alimentar (Aranha et al., 2008).	43
Figura 20: O aumento de volume da glândula parótida, é uma das manifestações extra-orais mais prevalentes em indivíduos com perturbações alimentares (Aranha et al., 2008).	44
Figura 21: Aumento de volume bilateral das glândulas parótidas (Milosevic, 1999). ...	46
Figura 22: Presença de sialoadenite acompanhada de xerostomia, numa paciente jovem que apresenta bulimia nervosa (García et al., 2010).	46
Figura 23: Aumento bilateral das glândulas parótidas num paciente com bulimia nervosa (Vavrina, Muller, & Gebbers, 1994).	47
Figura 24: A presença de lesões de abrasão, juntamente com recesões gengivais (manifestações intra-orais típicas dos transtornos alimentares) vão provocar o aparecimento de hipersensibilidade dentária (Cirujanos et al., 2014).	49
Figura 25: A perda de tecido duro dentário e consequente exposição dentinária provocada por comportamentos purgativos, vai dar origem a quadros de hipersensibilidade dentária (García et al., 2010).	49
Figura 26: Insucesso do tratamento restaurador das faces palatinas dos incisivos definitivos num paciente com hábitos de vômitos recorrentes. Observa-se a deterioração das restaurações pela manutenção dos hábitos de purga após o tratamento (Cardoso et al., 2007).	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resultados dos estudos de acordo com as alterações orais observadas em adolescentes com distúrbios alimentares (Adaptado de Lima et al., 2012).	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- % - Percentagem.
- AN – Anorexia Nervosa.
- ATM – Articulação Temporomandibular.
- BN – Bulimia Nervosa.
- DETM (IV) – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Edição IV).
- DTM – Disfunção Temporomandibular.
- IMC – Índice de Massa Corporal.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- ONU – Organização das Nações Unidas.
- PH – Potencial Hidrogénico.
- TA – Transtornos Alimentares.

I. INTRODUÇÃO

A adolescência define-se como o período de transição entre a infância e a idade adulta. Este período caracteriza-se pelos estímulos físicos, mentais, emocionais e sexuais, além do desenvolvimento social e do esforço que o indivíduo realiza para atingir as expectativas culturais e sociais do ambiente em que vive. A adolescência começa com a puberdade, fase na qual ocorrem mudanças morfológicas e psicológicas que se aproximam da condição de adulto, e termina quando o indivíduo atinge pleno crescimento e personalidade, alcançando autonomia económica e posição definida num grupo social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são considerados adolescentes os indivíduos entre os 10 e os 19 anos e, a Organização das Nações Unidas (ONU) classifica como jovens, os indivíduos entre os 15 e os 24 anos de idade (Lima, Coutinho, & Holanda, 2012; Souto, Costa, Oliveira, Flório, & Zanin, 2017).

A adolescência, infelizmente, é uma altura geralmente caracterizada pela insatisfação com o próprio corpo. Assim sendo, este é o segmento da população com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TAs), devido ao momento de criação ou construção da identidade própria e de não possuir ainda critérios e valores próprios que lhes permitam escapar das pressões dos modelos estéticos vigentes. Alguns aspectos do comportamento do adolescente durante este período podem ter implicações futuras no crescimento e na saúde do próprio indivíduo. Algumas atitudes ou comportamentos de risco que envolvam a alteração dos hábitos alimentares para atingir os padrões de beleza da sociedade moderna, podem levar o indivíduo a quadros de transtornos alimentares, entre os quais se encontram frequentemente, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (de Lima, Barreto, da Silva, Grinfeld, & Colares, 2016; Lima et al., 2012).

A tentativa e o desejo constante de alcançar o corpo perfeito, jovem e esbelto, juntamente com a distorção da própria imagem corporal, diante do espelho, irão desencadear nestas pessoas um controle neurótico do peso corporal, adotando restrições alimentares rígidas e práticas exaustivas de exercícios físicos. Isto ocorre porque, nas últimas décadas, ser fisicamente perfeito tem-se convertido num dos objetivos principais das sociedades desenvolvidas, além de que atualmente o aspecto físico parece

ser o único sinônimo válido de êxito, felicidade e inclusive de saúde (Castro, Magajewski, & Lin, 2017; Lima et al., 2012).

Como já foi referido anteriormente, a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) são os dois tipos de transtornos alimentares mais prevalentes hoje em dia. A anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição do consumo alimentar, levando a um peso corporal significativamente baixo em relação à idade, sexo, desenvolvimento e saúde física. Os pacientes que sofrem anorexia nervosa sentem um medo intenso de ganhar peso ou engordar, além de, terem uma característica distorção da realidade em relação à forma e peso do seu próprio corpo (Pallier et al., 2019).

A bulimia nervosa é caracterizada pela recorrência a episódios de compulsão alimentar, descritos por uma falta de controle sobre a alimentação durante os mesmos e, por um subsequente comportamento compensatório inadequado como, o vômito auto-induzido, o excesso de exercício físico ou a purga para prevenir o ganho de peso. De forma semelhante ao que ocorre nos casos de anorexia nervosa, a bulimia nervosa é caracterizada por uma distorção da forma e peso do corpo diante do espelho (Pallier et al., 2019).

Estes transtornos alimentares podem afetar ambos os sexos e podem aparecer em qualquer altura da vida, sendo muito mais frequentes entre adolescentes e adultos jovens e, especialmente entre o sexo feminino. A prevalência estimada para ambos os transtornos aos 20 anos é de 0.8% para a anorexia nervosa e 2.6% para a bulimia nervosa (Pallier et al., 2019).

Existe uma clara evidência científica que revela que os indivíduos portadores de algum tipo de transtorno alimentar se encontram em pior estado de saúde do que os indivíduos que não os sofrem. Isto deve-se principalmente a fatores biológicos e comportamentais, tais como desnutrição e vícios ou atitudes deletérias. Portanto, os pacientes portadores destes transtornos podem apresentar, além de várias alterações sistêmicas relacionadas com o comprometimento do estado nutricional e do estado de saúde, alterações na cavidade oral. A existência e severidade das mesmas vão depender do tipo e tempo de duração do transtorno apresentado pelo paciente (Lima et al., 2012; Pallier et al., 2019).

Os distúrbios alimentares estão habitualmente associados a alterações ou problemas relacionados com a cavidade oral. Alguns exemplos são, a cárie dentária, erosão, função salivar prejudicada, aumento da glândula parótida ou distúrbios temporomandibulares. Assim sendo, nestes casos, geralmente é necessária uma abordagem multidisciplinar, sendo muito importante o papel do médico dentista, tanto na prevenção como no tratamento. A deteção e identificação precoce da doença é de extrema importância para o prognóstico, bem como para reduzir futuras complicações somáticas, psicológicas ou orais (Johansson et al., 2015).

São muitas as alterações e complicações que as perturbações alimentares podem provocar na cavidade oral, sendo, por esta razão, essencial o papel do médico dentista, já que, poderá ser este, o primeiro profissional de saúde a identificar a existência destas patologias. Isto ocorre principalmente porque durante as consultas medico-dentárias de rotina o médico dentista realiza um exame clínico à cavidade oral, portanto, mediante essa observação existe a possibilidade de despistar ou diagnosticar manifestações orais características ou específicas destes distúrbios (de Lima et al., 2016; Lima et al., 2012).

No que respeita ao diagnóstico da doença, é importante referir que os transtornos alimentares estão comumente associados a sentimentos de vergonha e culpa, além da negação da mesma. É comum que pacientes portadores de distúrbios alimentares escondam a verdadeira origem do seu problema ou até, evitem o contacto com profissionais de saúde. É muito importante que os médicos dentistas sejam capazes de identificar os sinais e sintomas específicos dos transtornos alimentares entre seus pacientes. Infelizmente, alguns estudos demonstraram que médicos dentistas e higienistas dentários geralmente têm um nível insuficiente de conhecimentos nessa área e que é comum que não informem os pacientes ou o agregado familiar da situação, mesmo que suspeitem que seus pacientes sofrem algum transtorno da conducta alimentar (Johansson et al., 2015).

É de grande importância que o médico dentista conheça estas alterações, e portanto, tenha a capacidade de reconhecer e identificar os sinais e sintomas que possam aparecer na cavidade oral de um paciente portador de algum transtorno alimentar. Isto vai ajudar à identificação do transtorno em questão e ao seu posterior diagnóstico (de Lima et al., 2016).

Além do diagnóstico, o médico dentista desempenha uma importante função no acompanhamento e tratamento dentário do paciente em si. Algumas atitudes como o rápido diagnóstico e a adoção precoce de estratégias e tratamentos adequados, vão minimizar o desenvolvimento e progressão das manifestações orais provocadas por estes distúrbios, favorecendo assim o bem-estar do paciente, o aumento da sua autoestima e minimizando ou diminuindo os danos provocados nas estruturas orais. Desta forma, o médico dentista, vai proporcionar ao paciente portador de qualquer transtorno alimentar uma melhoria na saúde oral, e por conseguinte, uma melhoria na sua qualidade de vida (de Lima et al., 2016).

II. DESENVOLVIMENTO

1. DISTÚRBIOS ALIMENTARES

A extrema valorização da magreza como padrão de beleza na atualidade, tem contribuído para o desenvolvimento de distúrbios ou perturbações alimentares na população mais jovem, afetando principalmente os adolescentes. Como a adolescência é uma fase da vida em que a autonomia e a independência estão no começo do seu desenvolvimento, os indivíduos vão ter a possibilidade de alterar o seu estilo de vida e hábitos alimentares. Isto vai influenciar o comportamento alimentar, levando ao desenvolvimento de mudanças negativas nos padrões de alimentação, promovendo o aparecimento de distúrbios/perturbações alimentares (Souto et al., 2017).



Figura 1: Exemplo de uma modelo que representa o padrão de beleza atual, mostrado através dos meios de comunicação (García, Olvera, & Torres, 2010).

Na imagem anterior, podemos observar o estereótipo de beleza das sociedades desenvolvidas, caracterizado pelo culto da magreza. O desejo da população mais vulnerável de alcançar esse estereótipo, vai implicar a alteração do estilo de vida e do padrão normal de alimentação dos mesmos (García et al., 2010).

Os distúrbios alimentares, são considerados os transtornos mais prevalentes na adolescência e os mesmos podem ter consequências muito negativas, incluindo baixa

qualidade de vida, complicações médicas e até a morte (Allen, Robson, & Laborde, 2020). São definidos como condições psicopatológicas que envolvem alterações deletérias do comportamento alimentar, provocando graves complicações de saúde (Garrido-Martínez et al., 2019; Souto et al., 2017). Estes distúrbios, caracterizam-se principalmente por uma preocupação excessiva com a imagem corporal, percepção distorcida do próprio peso e constante desejo de emagrecer (Souto et al., 2017).



Figura 2: A insatisfação, insegurança e percepção distorcida do próprio corpo e peso, são características muito presentes nos doentes com transtornos alimentares (Aranha, Eduardo, & Cordás, 2008).

Souza et al., (2020) definiram os distúrbios alimentares como patologias de caráter psiquiátrico e debilitante, as quais consistem em alterações patológicas e persistentes dos hábitos e comportamento alimentar, o que provoca problemas na saúde física e psicossocial do indivíduo.

Os distúrbios alimentares, são um grupo de perturbações psicopatológicas que afetam a autoestima e a autopercepção física dos indivíduos, causando uma alteração dos padrões normais de alimentação e comportamento alimentar. Esta alteração dos padrões de alimentação, vai provocar deterioração da saúde física, devido à significativa perda ou ganho de peso que os doentes podem experimentar (Casula et al., 2017).

O comportamento alimentar é definido como “respostas comportamentais associadas ao ato de comer, maneira ou modo de comer e padrões rítmicos de alimentação”. Este comportamento, pode ser influenciado por condições sociais, culturais e demográficas, pela percepção individual, pela comida, pelas experiências anteriores, pelo estado nutricional do próprio indivíduo e pelos meios de comunicação.

De todos estes fatores, a condição sociocultural e a informação mostrada através dos meios de comunicação, são os que provocam um maior impacto no padrão de ingestão alimentar e no conseqüente desenvolvimento de transtornos alimentares. Os meios de comunicação, hoje em dia, enfatizam a contradição entre o apelo ao estilo de vida saudável, ao mesmo tempo em que é elogiado o culto à magreza e é incentivado o consumo de alimentos ricos em calorías. O resultado dessas contradições, vai constituir um maior risco para o desenvolvimento de transtornos ou distúrbios alimentares na população mais vulnerável (Gonçalves, Moreira, Trindade, & Fiates, 2013).

Na tentativa de atingir o estereótipo da sociedade atual, a perda de peso é induzida por métodos inadequados, como jejum prolongado, exercício físico intenso ou uso de medicamentos como diuréticos ou laxantes com o intuito de emagrecer (Gonçalves et al., 2013).



Figura 3: Excessiva perda de peso induzida por comportamentos alimentares inadequados (García et al., 2010).

Os distúrbios alimentares estão associados a complicações clínicas, que variam de acordo com as características específicas do distúrbio. Algumas destas complicações podem ser, comprometimento do crescimento e desenvolvimento do indivíduo, queilite, erosão e abrasão dentária, periodontite, hipertrofia das glândulas salivares, hipovolemia, desequilíbrio eletrolítico ou ganho de peso. Quando o início do transtorno ocorre na adolescência, estes distúrbios vão afetar também às relações sociais e familiares, e os desejos suicidas tornam-se mais comuns. O início da atividade sexual antes dos 16 anos

também é mais frequente em adolescentes com transtornos alimentares. Além disso, mulheres jovens com histórico de transtorno alimentar, têm maior provabilidade de aborto ou gravidez (Gonçalves et al., 2013).

Fazem parte dos critérios de diagnóstico para os distúrbios alimentares a aquisição de comportamentos inadequados como vômito auto-induzido, compulsão alimentar ou uso indiscriminado de medicamentos para perda de peso, como diuréticos, laxantes e pílulas dietéticas, entre outros. Todos estes, são comportamentos deletérios para a saúde, resultantes de uma tentativa de perda ou controle do peso corporal (Souto et al., 2017).

Hiperalgisia e comprometimento estético, são as principais razões pelas quais os pacientes anoréxicos e bulímicos procuram o consultório dentário. Nesse aspecto, o médico dentista desempenha um papel fundamental na identificação de distúrbios alimentares, pois costuma ser o primeiro profissional de saúde a identificar alterações, uma vez que sinais e sintomas sugestivos desses distúrbios são visíveis na cavidade oral (Souto et al., 2017).

Um dos sinais mais evidentes da presença de distúrbios alimentares, é a formação de calos nos nós dos dedos, causados pela introdução da mão na boca de forma traumática para induzir o vômito. A presença destes calos, designa-se como sinal de Russell (Figura 4) e pode ser de grande ajuda para o diagnóstico precoce de transtornos alimentares por parte dos médicos dentistas (Milosevic, 1999).



Figura 4: Formação de calos nos nós dos dedos (sinal de Russell) em um homem de 37 anos com histórico de bulimia nervosa durante 20 anos (Milosevic, 1999).

2. ETIOLOGÍA DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

Atualmente, especialmente entre as mulheres jovens, existe uma preocupação constante e exacerbada com o peso corporal. Esta preocupação é consequência do impacto dos meios de comunicação na população, que mostram constantemente figuras que representam o padrão de beleza típico da sociedade moderna, e cujos corpos são extremamente magros e esbeltos (Brandt et al., 2017). Este motivo, juntamente com a necessidade da população mais jovem de se sentir aceita pelo ambiente em que vive, vão ocasionar que a prevalência dos transtornos alimentares seja de 36,5%, sendo as mulheres o grupo social mais afetado (Souto et al., 2017).

Existem varias teorías sobre a etiología ou as causas que podem provocar o aparecimento deste tipo de transtornos. Alguns autores como Souto et al., (2017) defendem a ideia de que a etiología dos principais distúrbios alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) é desconhecida. Porém, outros autores, baseiam-se em comportamentos ou fatores de risco como possíveis causas que podem promover o aparecimento destes distúrbios.

Rikani et al., (2013) defendem a hipótese baseada na etiología multifactorial dos transtornos alimentares. Estes autores, destacaram como possíveis causas destes distúrbios um conjunto de fatores, incluindo fatores biológicos/genéticos, psicológicos e socioculturais. Uma rede firmemente tecida de causas, sinais e sintomas, torna o estudo da etiología dos distúrbios alimentares muito complexo. A maioria dos fatores de risco que podem propiciar o aparecimento de transtornos alimentares, devem ser considerados também como partes integrais dos mesmos. Alguns destes fatores são insatisfação corporal e perfeccionismo, além de alterações funcionais da serotonina e distúrbios do humor, ambas alterações resultantes de uma alimentação desorganizada prolongadamente. Deve-se ter em consideração o conceito de que alguns dos fatores de risco que promovem o aparecimento de transtornos alimentares, são também sintomas dos mesmos, o que torna muito mais complicado o estudo da etiología e causas destes distúrbios.

A etiología que explica a origem e a manutenção ao longo do tempo destes transtornos é multifactorial, envolvendo principalmente fatores biológicos, sociais e psicológicos. Além disto, o fator chave ou fator principal que promove o aparecimento

destes distúrbios, é a distorção da autopercepção corporal juntamente com a insatisfação com a aparência física (Brandt et al., 2017).



Figura 5: Etiologia multifactorial das perturbações alimentares (Aranha et al., 2008).

O ambiente familiar e social juntamente com os meios de comunicação, foram destacados como os mais importantes fatores de risco, podendo fomentar ou propiciar o desenvolvimento de transtornos alimentares. A influência dos meios de comunicação ou mídia juntamente com o ambiente social, tem sido relacionada com o culto à magreza extrema. Em relação ao ambiente familiar, o momento das refeições parecia ser fundamental na determinação do comportamento alimentar dos indivíduos, chegando a promover de forma não intencionada, o aparecimento ou desenvolvimento destes distúrbios. Os transtornos alimentares, foram associados a problemas nutricionais (comprometimento do crescimento e ganho de peso), patologias relacionadas com a cavidade oral (queilite, erosão dentária, gengivite ou hipertrofia das glândulas salivares, entre outras) e preconceito ou prejuízo social (Gonçalves et al., 2013).

É muito importante identificar e reconhecer as atitudes e/ou comportamentos de risco que podem levar ao aparecimento e desenvolvimento destes transtornos alimentares. Atitudes que envolvam preocupação exacerbada com as calorias dos alimentos, prática exagerada de exercício físico, uso de medicamentos com o intuito de emagrecer e restrição ou compulsão alimentar representam os principais comportamentos de risco (Souza et al., 2020).

3. TIPOS DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES

Podemos classificar os diferentes tipos de distúrbios alimentares nos seguintes grupos e subgrupos:

❖ 3.1 Anorexia nervosa (clínica)

- 3.1.1 Anorexia nervosa restritiva
- 3.1.2 Anorexia nervosa purgativa

❖ 3.2 Bulimia nervosa (clínica)

- 3.2.1 Bulimia nervosa não purgativa
- 3.2.2 Bulimia nervosa purgativa

❖ 3.3 Transtornos alimentares não específicos

- 3.3.1 Anorexia nervosa e bulimia nervosa (subclínicas)
- 3.3.2 Compulsão alimentar (clínica e subclínica)
- 3.3.3 Purgação (clínica e subclínica)

Todas estas perturbações encontram-se inter-relacionadas e são caracterizadas por padrões anormais do comportamento alimentar, controle do peso e percepção alterada sobre o peso e a forma corpórea. Observou-se ainda que, para os indivíduos portadores de qualquer um destes transtornos, o ato de comer estava relacionado a algo negativo, como tortura, medo ou obrigação (Casula et al., 2017; Gonçalves et al., 2013).

3.1 Anorexia nervosa (clínica)

A anorexia nervosa é um distúrbio alimentar caracterizado principalmente pelo desejo de emagrecer, o que leva a um comportamento alimentar monótono e ritualizado, provocando uma significativa perda de peso. A anorexia, é um transtorno muito mais prevalente em crianças e adolescentes, nos quais a baixa ingestão calórica se reflete no déficit ou atraso no desenvolvimento (Gonçalves et al., 2013; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).



Figura 6: Imagem representativa da alteração do estilo de vida e dos padrões normais de alimentação num indivíduo portador de anorexia nervosa (Aranha et al., 2008).

Para diagnosticar a presença desta patologia existem uns critérios diagnósticos específicos, os quais incluem comportamentos ou atitudes tais como:

- Grave perda de peso.
- Negação em manter o mesmo dentro dos níveis adequados e de saúde.
- Medo profundo de engordar.
- Negação do baixo peso.
- Peso abaixo de 85% do mínimo esperado para a idade e a altura.
- Distúrbios no reconhecimento do próprio peso.
- Amenorreia por três ciclos consecutivos.

Existem principalmente dois tipos diferentes de anorexia nervosa:

- ❖ Anorexia nervosa restritiva.
- ❖ Anorexia nervosa purgativa.

3.1.1 **A anorexia nervosa restritiva** é o subtipo mais comum, no qual se vai produzir uma significativa perda de peso resultando habitualmente num índice de massa corporal (IMC) $< 17,59$ (Colon, Cougot, & Famery, 2018). Este tipo de anorexia, é caracterizada pelos episódios de jejum prolongado e pela limitação da ingestão de alimentos ricos em energia e calorías, como carboidratos e lípidos (Gonçalves et al., 2013; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).

3.1.2 **A anorexia nervosa purgativa** baseia-se em episódios frequentes de compulsão alimentar e posterior purgação. Alguns exemplos de comportamentos de purga são o uso de laxantes, enemas e diuréticos, ou o vômito auto-induzido (Gonçalves et al., 2013; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).

Embora a anorexia nervosa normalmente tenha início durante a adolescência, para alguns autores, a mesma pode ser encontrada a partir dos sete anos de idade. Estes autores apontam que a anorexia nervosa na infância, pode afetar ou até interromper o desenvolvimento físico (Gonçalves et al., 2013; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).

3.2 **Bulimia nervosa (clínica)**

Os doentes com bulimia nervosa sentem também um grande medo de ganhar peso e, geralmente, têm uma visão distorcida do próprio corpo. Caracterizam-se também pela restrição do consumo de alimentos, mas, após algum tempo seguindo uma dieta restritiva, perdem o controle e apresentam episódios de compulsão alimentar. Após um episódio de compulsão alimentar, o paciente vai tentar compensar a elevada ingestão calórica, adotando comportamentos compensatórios que podem ser classificados como métodos purgativos ou não purgativos (Gonçalves et al., 2013; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).



Figura 7: Imagem representativa dos episódios de compulsão alimentar característicos dos indivíduos bulímicos (Aranha et al., 2008).

A bulimia nervosa pode ser classificada de acordo com o método compensatório utilizado, adotando métodos de purga ou não. Vão existir então dois tipos principais:

- ❖ Bulimia nervosa não purgativa.
- ❖ Bulimia nervosa purgativa.

3.2.1 **A bulimia nervosa não purgativa** é o subtipo caracterizado por actividade física intensa ou por jejuns prolongados como métodos compensatórios, após os episódios de perda de autocontrole e consequente compulsão alimentar.

3.2.2 **A bulimia nervosa purgativa** (muito mais prevalente que a anterior), caracteriza-se por vômito auto-induzido ou abuso de laxantes e diuréticos como técnicas principais para evitar a absorção das calorias consumidas e induzir a perda de peso.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV (DETM-IV) alguém só é diagnosticado com bulimia nervosa se apresentar episódios de compulsão alimentar e posterior compensação duas vezes por semana, por pelo menos três meses. A bulimia foi encontrada com maior frequência na faixa etária de 16 a 20 anos de idade. Ao contrário da anorexia, é muito raro a existência de bulimia nervosa durante a infância ou antes da adolescência (Gonçalves et al., 2013; Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).



Figura 8: A auto-indução do vômito é a técnica purgativa usada mais frequentemente entre os pacientes com bulimia nervosa purgativa (García et al., 2010).

3.3 Transtornos alimentares não específicos

Os transtornos alimentares não específicos, são aqueles distúrbios clinicamente relevantes mas que não atendem aos critérios de classificação nem de anorexia nervosa nem de bulimia nervosa. Embora sua prevalência seja superior à da anorexia e bulimia nervosa, o conhecimento sobre este tipo de distúrbios é limitado. Entre os transtornos alimentares não específicos encontram-se:

- ❖ Anorexia nervosa (subclínica).
- ❖ Bulimia nervosa (subclínica).
- ❖ Compulsão alimentar (clínica e subclínica).
- ❖ Purgação (clínica e subclínica).

3.3.1 **A anorexia nervosa e bulimia nervosa subclínicas** são situações patológicas sem manifestação de sinais nem sintomas, é por esta razão que a identificação e diagnóstico das mesmas é de extrema dificuldade. Numerosos estudos demonstraram que o tipo subclínico de anorexia e bulimia nervosa é mais prevalente do que o tipo clínico. Além disto, foi revelado que estes doentes têm os mesmos marcadores de gravidade do que os casos clínicos, embora não tenham um quadro constante ou persistente de alteração do seu comportamento alimentar (Gonçalves et al., 2013).

3.3.2 **A compulsão alimentar** é um transtorno não específico comum em crianças, principalmente em crianças com obesidade. É caracterizado pela ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos em relação à idade, peso e altura de um indivíduo determinado. Para que seja diagnosticado tal distúrbio, estes episódios devem ocorrer pelo menos duas vezes por semana durante seis meses consecutivos, acompanhados sempre por uma sensação de falta de autocontrole. Durante estes episódios, os indivíduos experimentam uma perda de controle sobre o que comem e quanto comem, gerando em si um sentimento de depressão e culpa. Ao contrário da bulimia nervosa, neste tipo de distúrbio, não se recorre a métodos compensatórios para neutralizar a quantidade excessiva de alimentos ingeridos (Gonçalves et al., 2013).

3.3.3 **O distúrbio purgativo** é um transtorno alimentar do qual existe pouca informação hoje em dia. Os doentes portadores deste transtorno têm comportamentos de

purga, como vômitos auto-induzidos ou uso de laxantes e diuréticos. Neste caso, existem comportamentos de purga sem que ocorram previamente episódios de compulsão alimentar. Nos distúrbios purgativos clínicos, os episódios de purga ocorrem em média duas vezes por semana, durante aproximadamente três meses; no entanto, nos distúrbios purgativos subclínicos, não há critérios de frequência e duração (Gonçalves et al., 2013).

4. MANIFESTAÇÕES ORAIS DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

A aquisição de comportamentos alimentares inadequados de forma prolongada pode provocar o aparecimento de numerosos problemas dentários, tais como sensibilidade, fraturas e perda dentária, aumento do índice de cárie ou erosão dentária, sendo esta última condição a mais citada na literatura, por ser a manifestação intra-oral mais prevalente destes transtornos (Souto et al., 2017).

As manifestações orais dos distúrbios alimentares, são causadas principalmente pela existência de um déficit nutricional e consequente comprometimento metabólico. No entanto, comportamentos como o vômito auto-induzido, o consumo exagerado de determinados alimentos/bebidas e uma habitual falta de atenção à higiene e cuidado oral característica deste tipo de doentes, são também fatores que predis põem ao seu aparecimento (Gokul, 2016).

Xerostomia, sensação de boca seca e/ou hipertrofia das glândulas parótidas são normalmente queixas comuns aos vários tipos de distúrbios alimentares; no entanto, as manifestações orais podem diferir ligeiramente em função dos comportamentos associados a cada tipo de transtorno. A erosão dentária palatina/lingual, sensibilidade dentária, aumento do índice de cárie e/ou doença periodontal são alguns exemplos disso, estando normalmente mais associados à bulimia nervosa. Também a mucosa atrofica encontra-se normalmente mais associada ao distúrbio de anorexia nervosa (DeBate, Tedesco, & Kerschbaum, 2005).

Podemos classificar as manifestações orais dos transtornos alimentares em dois tipos diferentes perante a sua localização, sendo intra-orais ou extra-orais:

- ❖ **As manifestações intra-orais** mais comuns incluem a erosão dos tecidos dentários, trauma na mucosa da cavidade oral e faringe, feridas nos tecidos moles causadas pela ação direta do vômito ou êmese, candidíase oral, mucosites,

hipossalivação, hipersensibilidade dentária, periodontite marginal e aumento do índice de cárie dentária, entre outras.

- ❖ **As manifestações extra-orais** incluem principalmente a queilite angular, a hipertrofia glândular e os distúrbios da articulação temporomandibular (ATM) (DeBate et al., 2005; Gokul, 2016).

Nachón García M^aGabriela, Hernández Parra Tomás Gerardo, Félix López Gustavo Alonso (2003) referiram que as perturbações alimentares são condições que têm um impacto negativo na saúde oral dos doentes, devido às alterações patológicas que estes transtornos podem provocar na cavidade oral. As alterações a nível dentário são as mais graves de todas elas, visto que são as únicas que não podem ser revertidas. Por esta razão, os médicos dentistas desempenham um papel muito importante no reconhecimento destas patologias e no tratamento preventivo oportuno. Estes autores destacaram como principais manifestações orais da anorexia e bulimia nervosa:

- Descalcificação do esmalte.
- Erosão do esmalte.
- Cáries extensas.
- Sensibilidade dentária a estímulos térmicos.
- Alterações da mucosa oral.
- Alterações do periodonto.
- Sialoadenite.
- Xerostomia.
- Perda de integridade das arcadas dentárias.
- Diminuição da capacidade mastigatória.
- Problemas ou comprometimento estético.
- Queilite angular.
- Mordida aberta anterior.
- Restaurações desadaptadas nos dentes que apresentam erosão dentária.

Lima et al., (2012) fizeram uma comparação entre vários estudos realizados previamente, com o intuito de destacar as alterações ou manifestações orais mais prevalentes em adolescentes com transtornos alimentares. O produto da comparação dos resultados destes estudos foi que, as alterações orais mais comuns em adolescentes são as lesões de erosão dentária, além da cárie e queilite (Tabela 1).

Tabela 1: Resultados dos estudos de acordo com as alterações orais observadas em adolescentes com distúrbios alimentares (Adaptado de Lima et al., 2012).

Autores	Ano	Local (País)	Alterações orais observadas
RYTOMAA, I.; JARVINEN, V.; KENEVA, R.; HEINONEN, O. P.	1998	Finlândia	Erosão dentária, cárie, xerostomia, sensibilidade dentária.
XIMENES, R. C. C.; COLARES, V.; COUTO, G. B. L.	2004	Brasil	Queilite, mucosite, erosão dentária, bruxismo, cárie.
XIMENES, J. D. C.; XIMENES, R.; COUTO, G.; SOUGEY, E.	2010	Brasil	Mucosite, queilite, gengivite, hipertofia das glândulas salivares, erosão dentária, cárie.

4.1 Erosão dentária

A erosão dentária ou perimólise é uma condição complexa e multifactorial, definida como a perda progressiva de tecido duro dentário provocada por um processo químico que não envolve bactérias. O processo erosivo ocorre em diferentes fases; inicialmente (fase inicial) ocorre o amolecimento da superfície externa do esmalte, processo que pode variar de acordo com o tempo de atuação e o tipo de ácidos envolvidos. Se o processo erosivo persistir (fase avançada) vai ocorrer a dissolução das camadas consecutivas de cristais de esmalte, levando a uma perda permanente de volume e tecido dentário. A erosão é clinicamente detectável pela aparência do esmalte mais fino e menos brilhante, com sulcos chanfrados, pontas das cúspides em forma de concha e bordos incisais ranhurados, às vezes com exposição da dentina e aspeto acastanhado (Buzalaf, Hannas, & Kato, 2012; Hermont et al., 2014).



Figura 9: Lesões de erosão características de um distúrbio alimentar (Colon et al., 2018).

Nesta imagem, os contornos da lesão estão mal definidos e toda a estrutura dentária é afetada, embora a lesão inicial esteja localizada na superfície lingual/palatina (Colon et al., 2018).



Figura 10: Presença de lesões erosivas e "ilhas de amálgama" num paciente portador de um transtorno alimentar (Bonilla et al., 2017).

Estas imagens revelam um estágio muito avançado de erosão do esmalte e dentina, nas superfícies oclusais e palatinas dos pré-molares e molares. A perda de esmalte localizada nas margens das restaurações de amálgama provoca a projeção do material restaurador em relação à estrutura dentária, estas projeções recebem o nome de "ilhas de amálgama" (Bonilla et al., 2017).

A erosão é caracterizada por uma perda irreversível da estrutura mineral dentária, devido a um processo patológico e crónico. Esta perda da estrutura dentária mineral deve-se ao ataque químico dos ácidos na superfície dentária ou à quelação, e ambas podem ter origem intrínseca ou extrínseca:

- ❖ **Causas intrínsecas:** O dano causado à estrutura dentária por fatores intrínsecos deve-se à ação dos ácidos endógenos, ou seja, ácidos segregados pelo nosso

próprio organismo. Os principais são os ácidos gástricos, que ao entrarem em contacto com os dentes de forma recorrente podem provocar lesões de erosão. Alguns exemplos de causas intrínsecas de erosão são os vômitos recorrentes (como em pacientes que têm anorexia ou bulimia nervosa purgativas), tratamento com citostáticos ou propulsão de conteúdo gástrico para a cavidade oral devido à doença do refluxo gastroesofágico, entre outros (Buzalaf et al., 2012; Gokul, 2016; Souto et al., 2017).



Figura 11: Presença de erosão intrínseca nas superfícies dentárias de um paciente portador da doença do refluxo gastroesofágico (Colon et al., 2018).

Nesta imagem, a visão oclusal da arcada mandibular revela a existência de erosões assimétricas (4º quadrante) nas superfícies oclusais de pré-molares e molares. Estas lesões são resultantes do refluxo gastroesofágico noturno em pacientes que dormem em decúbito lateral (Colon et al., 2018).

- ❖ **Causas extrínsecas:** O dano causado à estrutura dentária por fatores extrínsecos é o resultado da ação de ácidos exógenos, ou seja, provenientes do exterior do organismo. Estes ácidos, podem ser provenientes da dieta (consumo frequente de alimentos ou bebidas ácidas), do uso de produtos de higiene oral ou medicamentos ácidos (como a vitamina C efervescente ou a aspirina) ou do meio ambiente. Este processo também pode ocorrer pelo consumo anormal e/ou exagerado de algumas bebidas com cafeína ou gaseificadas (coca-cola ou pepsi, por exemplo), usadas no caso dos transtornos alimentares com o intuito de aumentar os níveis de energia para a prática de exercício físico e consequente consumo calórico ou, para aumentar a dilatação do estômago pelo gás e diminuir o estímulo reflexo da fome. O álcool é também muitas vezes referido como uma

das possíveis causas extrínsecas na ocorrência de processos erosivos dentários (Buzalaf et al., 2012; Gokul, 2016; Souto et al., 2017).



Figura 12: Erosão generalizada de origem extrínseca (Dawes & Boroditsky, 2008).

Estas imagens representam a cavidade oral de uma paciente de sexo feminino de 72 anos de idade, que apresenta uma perda quase completa do esmalte por erosão ácida extrínseca, provocada pela concentração inadequada de cloro numa piscina. A paciente nadou diariamente durante 2 semanas numa piscina com o nível de cloro inadequado e o pH muito ácido. O excesso de acidez da água em contacto com as superfícies dentárias provocou uma erosão irreversível do esmalte, como observável na figura 12 (Dawes & Boroditsky, 2008).

A erosão dentária é a manifestação intra-oral mais comum em doentes com transtornos alimentares, causando principalmente sensibilidade dentária e comprometimento estético. Os médicos dentistas devem ter especial atenção às lesões de erosão, pois podem ser o principal sinal clínico sugestivo da presença de distúrbios alimentares (Souto et al., 2017).

Como foi referido anteriormente, a erosão dentária é a manifestação intra-oral mais prevalente nos pacientes portadores de transtornos alimentares. As lesões dentárias resultantes, costumam localizar-se geralmente nas superfícies palatinas dos dentes anteriores e posteriores, e caracterizam-se por uma dissolução química da estrutura dentária, criando uma superfície uniforme, lisa e polida com uma cor acastanhada característica provocada pela diminuição da espessura do esmalte (Colon et al., 2018; Gokul, 2016).

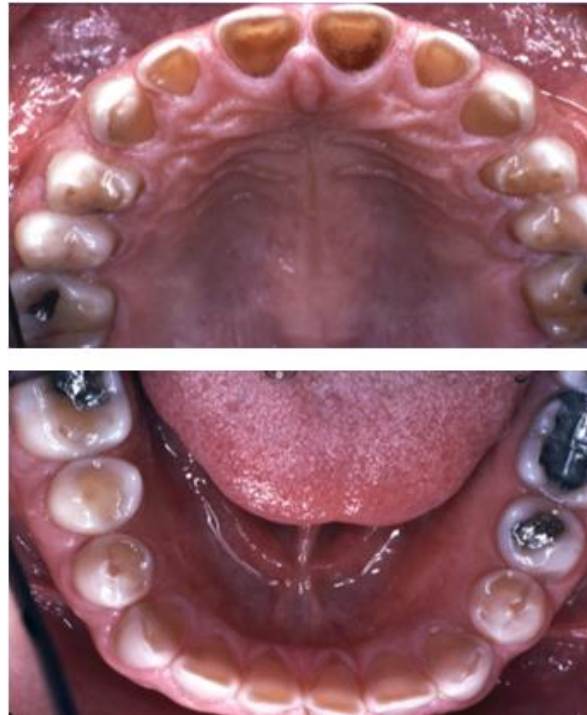


Figura 13: Imagem oclusal da arcada superior e inferior, onde a paciente apresenta evidência clínica de erosões dentárias com diferentes graus de perda de esmalte e dentina em todo o conjunto de dentes (Bonilla et al., 2017).

Na presença de erosão de origem intrínseca (provocada por vômitos auto-induzidos ou doença do refluxo gastroesofágico) as superfícies mais danificadas vão ser as faces palatinas dos incisivos, caninos, pré-molares e molares maxilares, juntamente com as superfícies oclusais dos pré-molares e molares mandibulares. Em casos mais graves, também podem ser afetadas as superfícies linguais dos dentes postero-inferiores, porém, os dentes antero-inferiores são pouco afetados por serem constantemente lubrificados pela saliva e protegidos pela língua. De acordo com a natureza dos alimentos ingeridos previamente aos episódios de vômito, as lesões de cárie podem estar associadas ou não às lesões erosivas (Colon et al., 2018; Dos Santos, Cardoso, Alves, & De Mendonça, 2017).



Figura 14: Paciente de sexo feminino com bulimia, apresenta lesões típicas de erosão intrínseca provocadas por vômitos auto-induzidos nas superfícies palatinas dos incisivos, caninos, pré-molares e molares maxilares (Milosevic, 1999).

Existem vários fatores fisiológicos que podem modificar o processo erosivo em ambos sentidos, ou seja, podem proteger contra a erosão ou aumentar o grau de erosão. Dentro destes fatores fisiológicos encontram-se a saliva, a composição e estrutura dentária, anatomia e oclusão dentária, anatomia dos tecidos moles em relação aos dentes e movimentos fisiológicos, como a deglutição (Buzalaf et al., 2012).

4.2 Xerostomia

Um dos principais fatores biológicos que oferece uma proteção contra a erosão ácida de diferentes formas, é a saliva:

- Primeiro, existe a influência da película adquirida contra a erosão.
- Segundo, a saliva apresenta uma ação diluente sobre os ácidos.
- Terceiro, a depuração salivar elimina gradualmente os ácidos através da deglutição.
- Quarto, a saliva apresenta capacidade tampão, causando neutralização dos ácidos da dieta.
- Quinto, a saliva é supersaturada em relação ao conteúdo mineral dos dentes, fornecendo assim, cálcio, fosfato e fluoreto, necessários para a remineralização.
- Sexto, muitas proteínas presentes na saliva e na película adquirida desempenham um importante papel na erosão dentária (Buzalaf et al., 2012).

Foi observada a existência de uma relação entre os transtornos alimentares e patologias como a xerostomia ou hipossalivação. Em doentes com distúrbios alimentares, estas patologias podem ser causadas pelas práticas purgativas recorrentes, extensos períodos de jejum ou pela ação anticolinérgica dos fármacos usados durante o tratamento destas condições (Dos Santos et al., 2017).

Sabemos que os distúrbios alimentares podem causar um comprometimento significativo do estado de saúde dos indivíduos. Um exemplo disto, são as graves perdas de potássio provocadas pelos vômitos recorrentes, podendo afetar a frequência cardíaca e por conseguinte, exigir hospitalização de emergência do doente, ou hospitalização prolongada com cuidados psiquiátricos associados. Esta última situação, geralmente requer a prescrição de medicamentos como antidepressivos ou neurolépticos, que sempre terão consequências negativas no fluxo salivar podendo causar xerostomia ou hipossalivação, além dos seus problemas associados como o incremento do risco de cárie ou a progressão mais rápida das lesões erosivas (Colon et al., 2018).

A xerostomia é definida como a sensação de boca seca, causada geralmente por uma diminuição (fisiológica ou patológica) da produção salivar (hipossalivação), o que predispõe à existência de lesões na cavidade oral. Às vezes, esta condição pode estar associada a complicações orais como, candidíase oral, cárie dentária ou gengivite. Por outra parte, a hipossalivação pode favorecer o processo de erosão dentária, devido ao ressecamento da mucosa oral e diminuição das propriedades de limpeza da saliva, além da diminuição da capacidade tampão e de regulação do pH. Além disto, a hipossalivação pode causar alterações no palato, halitose ou dificuldade de fonação e deglutição (Dos Santos et al., 2017; García et al., 2010).

Uma das características principais dos doentes com anorexia nervosa restritiva são os extensos períodos de jejum, o que vai favorecer o aparecimento da xerostomia ou hipossalivação. No caso dos doentes bulímicos, durante os episódios de compulsão alimentar deglutem com muita rapidez os alimentos, o que vai provocar uma menor estimulação das glândulas salivares. Como foi dito anteriormente, os medicamentos usados para o tratamento destas condições contribuem também para a diminuição da estimulação salivar, agravando assim este quadro (Dos Santos et al., 2017; Gokul, 2016).

Esta situação é diagnosticada através do exame clínico ao paciente, observando o nível de hidratação da mucosa oral, a presença de queilite angular, de lesões eritematosas, ou pelo aumento do número de lesões cáries. No caso da xerostomia é muito importante que o paciente refira sensação de boca seca e, para que o diagnóstico seja confirmado, pode ser feita uma sialografia (Dos Santos et al., 2017).

4.3 Alterações periodontais

Os dados relativos ao estado periodontal de pacientes com transtornos alimentares, são inconsistentes. Como a maioria dos pacientes que sofrem transtornos alimentares são jovens, raramente são diagnosticados casos de doença periodontal avançada. No que respeita à higiene oral deste tipo de pacientes, foi relatado que é mais comum a existência de má higiene oral em pacientes com anorexia nervosa, comparativamente a pacientes com bulimia nervosa. No caso da anorexia nervosa, a inadequada higiene oral acentua-se se a depressão acompanhar o transtorno alimentar. Além disto, habitualmente pacientes com anorexia nervosa estão menos interessados em práticas de higiene oral do que pacientes com bulimia nervosa. Essa falta de interesse pode ser causada pela natureza psicopatológica mais complexa da anorexia. Como os pacientes com bulimia nervosa costumam ter uma imagem corporal mais realista e aparentemente saudável, costumam estar mais preocupados com sua aparência e, portanto, é mais provável que tenham um cuidado mais meticuloso com os dentes e tecidos gengivais (Aranha et al., 2008).



Figura 15: Recessões gengivais múltiplas presentes num paciente portador de um distúrbio alimentar (García et al., 2010).

Na figura 15, é possível observar a existência de recessões gengivais múltiplas presentes em pacientes com anorexia e bulimia nervosa, provocadas frequentemente por

uma escovagem traumática e pelo uso de uma técnica de escovagem inadequada. No caso dos subtipos purgativos de anorexia e bulimia nervosa, a presença de recessões gengivais acentua-se pela escovagem dentária imediatamente depois dos episódios de vômito, para aliviar o mau sabor de boca (García et al., 2010).

Hurst et al., (1977) relataram uma alta taxa de inflamação gengival em pacientes com anorexia nervosa restritiva, em comparação com outros tipos de transtornos alimentares. As deficiências nutricionais características das perturbações alimentares, vão provocar a falta ou escassez de algumas vitaminas essenciais para a manutenção de uma correta saúde periodontal. Estas deficiências nutricionais podem provocar avitaminoses, que são uma família de doenças causadas pela falta ou deficiência de determinadas vitaminas no organismo. A avitaminose que vai provocar um maior impacto no periodonto, é a deficiência de ácido ascórbico ou vitamina C, podendo afetar ao periodonto de uma forma negativa tornando-o muito mais propenso à gengivite. Isto ocorre porque a deficiência de vitamina C (ou escorbuto) causa síntese defeituosa de colagénio, o que pode levar ao inchaço ou inflamação gengival, mobilidade dentária, aumento da gravidade das infeções periodontais, hemorragia gengival espontânea ou ulcerações (Gokul, 2016).



Figura 16: Gengivite característica de pacientes com deficiências nutricionais provocadas pela presença de transtornos alimentares (Cirujanos et al., 2014).

Na figura 16, podemos observar a inflamação gengival frequentemente presente nos pacientes com transtornos alimentares. Como foi referido anteriormente, esta inflamação do periodonto deve-se principalmente às deficiências nutricionais próprias destes distúrbios, além da falta de cuidado e atenção da higiene oral nestes pacientes. Na imagem, é claramente visível a inflamação ou hipertrofia das papilas interdentárias,

causada principalmente pela irritação provocada pelo ácido do vômito durante os episódios purgativos (Cirujanos et al., 2014).

Além da avitaminose C, outros fatores como o estresse ou a deficiência da vitamina E, vão desempenhar um papel importante no desenvolvimento de patologias periodontais. Em pacientes com transtornos alimentares e hábitos purgativos, é frequente a presença de inflamação ou hipertrofia das papilas interdentárias, como resultado da constante irritação provocada pelo ácido do vômito juntamente com a xerostomia e o déficit nutricional. Por outra parte, durante os episódios purgativos, o ácido proveniente do estômago vai provocar a perimólise do esmalte dentário, irritar a mucosa oral, provocar lesões nas papilas gustativas linguais, gengivite, úlceras e sensibilidade no palato (Parra, G., Bautista, B., Ceballos A., 2014).

4.4 Lesões dos tecidos moles

A presença de transtornos alimentares, pode provocar alterações clinicamente visíveis a nível dos tecidos moles da cavidade oral. Uma das alterações mais referidas na literatura a nível dos tecidos moles, é o eritema oral. Esta condição, afeta frequentemente o palato mole de pessoas com comportamento purgativo, podendo estar associado à ação direta do ácido do vômito (causando erosão epitelial), ou também pode estar relacionado ao trauma provocado pelo objeto usado para induzir o vômito durante os episódios purgativos (García et al., 2010; Gokul, 2016).



Figura 17: Presença de hematoma palatino numa paciente com bulimia nervosa de 26 anos de idade, provavelmente provocado de forma traumática durante a auto-indução do vômito (Milosevic, 1999).

Devido às deficiências nutricionais e vitamínicas comuns nos pacientes com distúrbios alimentares, algumas funções como a manutenção e renovação epitelial vão-se encontrar comprometidas, provocando assim, o aparecimento de lesões nos tecidos moles orais, sendo um exemplo disto a queilite angular. Esta situação, é principalmente caracterizada pela desidratação, inflamação e aparecimento de fissuras labiais, principalmente nas comissuras (García et al., 2010).

Além do eritema oral e da queilite angular, foram relatadas na literatura condições como, hematoma palatino, candidíase, glosite ou ulcerações da mucosa oral. Todas elas, apresentavam-se em pacientes com deficiências nutricionais e/ou vitamínicas, frequentemente causadas pela presença destes transtornos (García et al., 2010).



Figura 18: Presença de queilite angular em pacientes com distúrbios alimentares (García et al., 2010).

4.5 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença crónica de alta prevalência, que atinge uma proporção significativa da população mundial, incluindo aproximadamente 60% a 90% das crianças em idade escolar e a grande maioria dos adultos. A cárie não tratada causa destruição progressiva da porção coronal dos dentes, geralmente acompanhada de dor intensa e dificuldade de mastigação (Marinho, Worthington, Walsh, & Clarkson, 2013).

A questão da cárie dentária em pacientes com perturbações alimentares é um assunto complexo, multifatorial e controverso. De um modo geral, no que respeita aos pacientes com perturbações alimentares, a cárie dentária torna-se um problema em indivíduos cuja dieta é rica em alimentos cariogénicos, têm higiene oral deficiente e presença de distúrbios salivares como xerostomia ou hipossalivação (Aranha et al., 2008).

Depois de fazer uma revisão narrativa da literatura existente, podemos afirmar que existem varias opiniões diferentes sobre o assunto. Alguns autores relataram que, os pacientes anoréxicos exibiam uma alta taxa de cárie dentária atribuída a alguns hábitos como o consumo de alimentos com alto teor em carboidratos e sacarose, além do consumo habitual de frutas cítricas, comportamentos de compulsão alimentar e higiene oral inadequada. Além do alto consumo de alimentos ricos em carboidratos, os antidepressivos usados para tratar a anorexia nervosa, causam xerostomia e podem aumentar a incidência de lesões de cárie, principalmente localizadas no terço cervical (Aranha et al., 2008; Dos Santos et al., 2017). Em contraste, outros autores como Hurst et al., (1977); Milosevic (1999) relataram que a incidência de cárie em pacientes com anorexia nervosa, foi semelhante à incidência na população não afetada por este tipo de perturbações.

A maior parte dos pacientes com transtornos alimentares que apresentam aumentos significativos nas taxas de cárie dentária, são aqueles com transtorno de compulsão alimentar periódica. Isto deve-se ao consumo excessivo de alimentos com alto teor calórico e alto teor de carboidratos. Habitualmente, a maioria das pessoas fazem entre cinco e seis refeições por dia, mas quando essa frequência aumenta significativamente, o risco de cárie dentária também aumenta (Aranha et al., 2008).



Figura 19: Alimentos altamente cariogênicos, frequentemente consumidos em grandes quantidades durante os episódios de compulsão alimentar (Aranha et al., 2008).

As diferenças nos resultados das taxas de cárie dentária entre pacientes com transtornos alimentares, podem ser atribuídas a características pessoais, tais como, a higiene oral do indivíduo, cariogenicidade da sua dieta, nível de desnutrição,

predisposição genética, experiência com flúor durante o desenvolvimento dentário e ingestão de certos tipos de medicamentos (Aranha et al., 2008; Dos Santos et al., 2017).

Chegar a um consenso geral quanto ao risco de cárie nos pacientes com perturbações alimentares, é complicado, mas em modo de conclusão da literatura revista, podemos afirmar que existem muitas variáveis que podem influenciar as taxas de cárie de uma forma ou outra. Algumas destas variáveis podem ser, o tamanho da amostra da população estudada, tipo de transtorno alimentar estudado, se os grupos estudados tomavam ou não medicamentos ou as diferenças na capacidade tampão da saliva e na predisposição genética de cada indivíduo (Aranha et al., 2008).

4.6 Sialoadenite

A sialoadenite, é uma patologia da cavidade oral que pode ser definida como a infecção ou inflamação dolorosa de uma ou mais glândulas salivares major. Esta situação, é o resultado de uma invasão bacteriana ou viral das glândulas salivares, e apresenta principalmente tumefação crônica ou aguda. A glândula parótida costuma ser a mais afetada, e durante esta situação a taxa de fluxo salivar diminui, provocando que a saliva se torne mais espessa e viscosa (García et al., 2010; Nachón García M^aGabriela, Hernández Parra Tomás Gerardo, Félix López Gustavo Alonso, 2003).



Figura 20: O aumento de volume da glândula parótida, é uma das manifestações extra-orais mais prevalentes em indivíduos com perturbações alimentares (Aranha et al., 2008).

A desidratação provocada por alguns fármacos usados para o tratamento das perturbações alimentares, pode estimular o aparecimento de sialoadenite bacteriana. A sialoadenite não é considerada como uma patologia própria dos distúrbios alimentares, no entanto, é muito frequente o aparecimento desta condição entre os pacientes com

anorexia ou bulimia nervosa. A etiologia real é desconhecida, embora seja habitualmente relacionada com a condição crónica de auto-indução do vômito. Esta patologia foi relacionada com os transtornos alimentares pela primeira vez no ano 1975. Como já foi dito, a etiologia da sialoadenite ou do aumento das glândulas salivares é incerta. Alguns autores, atribuíram a inflamação e hipertrofia das glândulas salivares à compulsão alimentar e ao consumo acelerado de grandes quantidades de alimentos; no entanto, a maioria dos investigadores associaram o aumento de volume da glândula parótida a vômitos recorrentes. A estimulação colinérgica das glândulas salivares durante o vômito ou a estimulação autonômica das glândulas por ativação das papilas gustativas, são os mecanismos propostos para explicar a inflamação das glândulas (Anderson, Shaw, & McCargar, 1997; Aranha et al., 2008; García et al., 2010; Nachón García M^aGabriela, Hernández Parra Tomás Gerardo, Félix López Gustavo Alonso, 2003).

O aumento de volume da glândula parótida é a manifestação mais comum da sialoadenite, e é muito frequente em pacientes com perturbações alimentares, especificamente em pacientes que tenham comportamentos purgativos. Acredita-se que exista um estímulo colinérgico da glândula parótida associado à ação de vomitar. O aumento de volume da glândula parótida pode ocorrer unilateralmente ou bilateralmente, e tem uma incidência que vai do 10% ao 50% aproximadamente. Este aumento de volume, pode ser observado a partir do segundo ao sexto dia depois do início dos episódios de compulsão alimentar e posterior purgação. A gravidade desta condição, vai depender da frequência e duração dos episódios purgativos. Para reverter esta situação e desinflamar as glândulas salivares, em pacientes com perturbações alimentares atualmente não existe nenhum tratamento específico, apenas orientar aos pacientes para mudarem seus hábitos alimentares e suspenderem os comportamentos purgativos, principalmente a auto-indução do vômito (Aranha et al., 2008; Dos Santos et al., 2017).

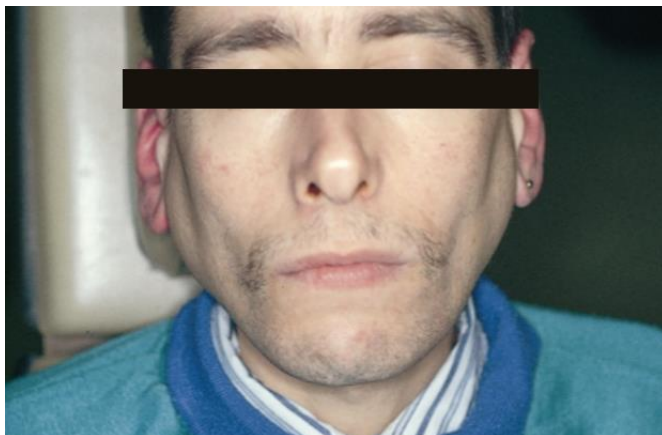


Figura 21: Aumento de volume bilateral das glândulas parótidas (Milosevic, 1999).

A sialoadenite das glândulas parótidas e ocasionalmente da glândula submaxilar, pode ser notória em pacientes com bulimia. Geralmente os quadros de sialoadenite encontram-se acompanhados de xerostomia, situação que pode piorar devido à ansiedade e depressão presente nestes pacientes. A sialoadenite pode persistir um tempo após a bulimia e a anorexia desaparecerem, ou pelo contrário, pode desaparecer espontâneamente (García et al., 2010; Nachón García M^aGabriela, Hernández Parra Tomás Gerardo, Félix López Gustavo Alonso, 2003).



Figura 22: Presença de sialoadenite acompanhada de xerostomia, numa paciente jovem que apresenta bulimia nervosa (García et al., 2010).

Nas fases iniciais do distúrbio alimentar, a inflamação da glândula salivar pode aparecer e desaparecer, mas à medida que o distúrbio alimentar progride, a hipertrofia torna-se mais persistente. Devido à sialoadenite, os pacientes podem apresentar uma deformidade facial como resultado da inflamação ou do aumento de volume das glândulas. Esta deformidade facial pode aparecer de forma unilateral ou bilateral, sendo em ambos casos caracterizada por uma aparência mais alargada e quadrangular da

mandíbula. Esta alteração no aspeto físico dos pacientes, pode complicar ou piorar o estado psicológico dos mesmos, devido a aparência mais alargada do terço inferior da face. O aumento da glândula parótida é um indicador muito útil no diagnóstico e monitorização da bulimia nervosa, e até pode dispensar a realização de testes desnecessários para o seu diagnóstico (Anderson et al., 1997; Aranha et al., 2008).



Figura 23: Aumento bilateral das glândulas parótidas num paciente com bulimia nervosa (Vavrina, Muller, & Gebbers, 1994).

Histopatologicamente, esta condição geralmente apresenta um aumento no tamanho das células acinares e no número de grânulos secretores, além de apresentar infiltração gordurosa com fibrose não inflamatória (Anderson et al., 1997; Aranha et al., 2008; García et al., 2010).

4.7 Bruxismo

O bruxismo é definido como uma atividade parafuncional muscular repetitiva da mandíbula, caracterizada por apertar ou ranger os dentes ou por imobilização ou projeção da mandíbula. O bruxismo tem duas manifestações circadianas diferentes:

- ❖ O primeiro deles, pode ocorrer durante a noite, enquanto o indivíduo está a dormir, e designa-se como bruxismo noturno ou bruxismo do sono.

- ❖ O segundo, pode ocorrer durante o dia, e designa-se bruxismo diurno ou bruxismo em vigília.

A principal diferença entre os dois tipos diferentes de bruxismo, baseia-se no momento em que a parafunção se manifesta. Como seu nome indica, a principal distinção entre eles encontra-se no facto do primeiro deles se manifestar durante o sono, e o segundo quando o paciente está acordado. Além disto, os dois tipos existentes de bruxismo, vão ter algumas características próprias que vão permitir fazer uma distinção entre eles. O bruxismo diurno ou em vigília, caracteriza-se principalmente pela existência de atividades parafuncionais semi-voluntárias baseadas no excessivo apertamento dentário. Além disto, o bruxismo em vigília ou diurno está geralmente relacionado a tiques ou hábitos, provocados comumente por situações de estresse. Por outro lado, o bruxismo noturno ou de sono, vai ser caracterizado por atividades parafuncionais inconscientes que incluem o apertamento dentário e o ranger dos dentes, habitualmente acompanhados de produção de sons. A prevalência aproximada de bruxismo na população adulta é de 20%, sendo muito mais predominante no sexo feminino (Lavigne, Khoury, Abe, Yamaguchi, & Raphael, 2008; Lobbezoo et al., 2013; Macedo, 2008).

Como já foi referido, esta parafunção encontra-se altamente relacionada com fatores como, o estresse, ansiedade e traços de personalidade. Estes fatores psicológicos encontram-se muito presentes em doentes que tenham transtornos alimentares, podendo chegar a ser um fator iniciador ou agravante do bruxismo. Como consequência do bruxismo desencadeado pelo estresse e ansiedade próprios das perturbações alimentares, os pacientes podem apresentar sinais e sintomas como:

- Excessivo desgaste dentário.
- Diminuição ou perda da dimensão vertical.
- Cefaleias.
- Disfunção da articulação temporomandibular (DTM).
- Dor, sensibilidade ou fraqueza na musculatura facial (Dos Santos et al., 2017).

4.8 Hipersensibilidade dentária

As lesões de erosão ou abrasão dentária habitualmente presentes nos pacientes com perturbações alimentares, provocam a exposição da dentina. Ambas condições, são

comumente acompanhadas de dor, devido à hipersensibilidade dentária. A hipersensibilidade dentinária ou hipersensibilidade dentária cervical, é definida como sendo uma dor de curta duração e aguda, provocada pela exposição da dentina e habitualmente como resposta a estímulos químicos, térmicos, táteis ou osmóticos. O desconforto provocado pela exposição da dentina, pode influenciar o comportamento alimentar e alterar os hábitos de higiene oral dos pacientes (Aranha et al., 2008; Cirujanos et al., 2014).



Figura 24: A presença de lesões de abrasão, juntamente com recesões gengivais (manifestações intra-orais típicas dos transtornos alimentares) vão provocar o aparecimento de hipersensibilidade dentária (Cirujanos et al., 2014).



Figura 25: A perda de tecido duro dentário e consequente exposição dentinária provocada por comportamentos purgativos, vai dar origem a quadros de hipersensibilidade dentária (García et al., 2010).

4.9 Articulação temporomandibular (ATM)

A perda de estrutura dentária devida a condições patológicas como erosão, abrasão, bruxismo ou atrição, vai provocar uma diminuição da dimensão vertical nos pacientes, podendo causar problemas no âmbito da dor orofacial. A ausência de certos nutrientes e vitaminas no organismo, pode desencadear a inflamação das articulações e fibromialgias. No caso de um paciente apresentar algum grau de osteopenia ou

osteoporose, o dano a nível dos componentes ósseos da ATM pode manifestar-se por meio de disfunções temporomandibulares (DTM) (Cirujanos et al., 2014).

5. ABORDAGEM EM MEDICINA DENTÁRIA

No que respeita à abordagem em medicina dentária de pacientes com distúrbios alimentares, o médico dentista pode fornecer conselhos e rotinas adequadas e que se adaptem aos problemas orais específicos de cada paciente. É muito frequente que os pacientes portadores de transtornos alimentares apresentem uma dentição severamente erosionada. Devido às alterações orais que estes pacientes podem apresentar, o atendimento dentário por parte dos médicos dentistas deve ser mais específico, atencioso e minucioso. A abordagem deste tipo de pacientes deve ser sem julgamentos nem juízos e simpática (Milosevic, 1999).

Embora o médico dentista possa suspeitar de vômito auto-induzido como sendo a causa principal das lesões de erosão presentes, o paciente com transtorno alimentar não admitirá tal comportamento, pois estes pacientes costumam ser muito reservados. O tratamento restaurador em pacientes com perturbações alimentares e presença de dentes severamente erosionados, é um tema controverso. A cárie dentária e a doença periodontal, são abordadas normalmente nestes pacientes; no entanto, o tratamento das lesões de erosão é mais complexo. Será que o médico dentista deve esperar a que os hábitos purgativos sejam controlados antes de restaurar as superfícies desgastadas? É contra-indicado proceder ao tratamento restaurador das lesões de erosão, caso os hábitos purgativos (como a auto-indução do vômito) continuem. A presença destes hábitos purgativos não vai permitir o sucesso do tratamento restaurador, devido à dissolução ácida do tecido duro dentário ao redor das restaurações (Dos Santos et al., 2017; Milosevic, 1999).



Figura 26: Insucesso do tratamento restaurador das faces palatinas dos incisivos definitivos num paciente com hábitos de vômitos recorrentes. Observa-se a deterioração das restaurações pela manutenção dos hábitos de purga após o tratamento (Cardoso et al., 2007).

Após a realização da terapia inicial e das restaurações necessárias, o desgaste dentário frequentemente presente nestes pacientes, pode ser controlado ou monitorizado a partir de modelos de estudo e fotografias intra-orais. O facto de mostrar ao paciente os seus modelos de estudo e fotografias, vai ajudar a que tenha consciência da sua situação e da malignidade dos seus hábitos. Estas atitudes, vão ajudar a estabelecer um vínculo de confiança entre o paciente e o médico dentista, podendo assim conseguir que o paciente fale abertamente sobre a sua alimentação desorganizada e hábitos de purga. Uma vez que o médico dentista consegue relacionar abertamente as lesões de erosão com os hábitos de auto-indução do vômito, é provável que exista uma motivação por parte do paciente em reduzir a frequência destes comportamentos purgativos. O alívio da dor, a redução da sensibilidade dentária e a melhoria da aparência física, são outros fatores que motivam o paciente (Dos Santos et al., 2017; Milosevic, 1999).

O médico dentista pode fazer algumas recomendações aos pacientes anoréxicos e bulímicos, ao fim de reduzir ou minimizar os problemas dentários derivados das perturbações alimentares. Algumas destas recomendações são:

- ❖ Aumentar a consciência sobre as bebidas/alimentos ácidos ingeridos na dieta:
 - Reduzir a ingestão de bebidas ácidas.
 - Reduzir o consumo de frutas frescas, especialmente das frutas cítricas.
 - Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas.

- ❖ Estratégias para aumentar o pH e melhorar o ambiente oral após os episódios de vômitos:
 - Após o vômito auto-induzido, mastigar chiclete/pastilha elástica ou enxaguar/bochechar com água ou leite.
 - Enxaguar a cavidade oral com uma preparação antiácida.
 - Escovar os dentes de maneira suave usando uma pequena quantidade de pasta dentífrica dessensibilizante ou bicarbonato.
 - Bochechar com água e bicarbonato com o intuito de neutralizar a acidez decorrente do vômito.
- ❖ Estratégias para melhorar a xerostomia/hipossalivação:
 - Prescrever saliva artificial neutra ou pastilhas de sialogogo.

Além destas recomendações, é muito importante verificar que o paciente em questão não tome nenhum medicamento que lhe provoque xerostomia ou reflexo de vômito (Dos Santos et al., 2017; Milosevic, 1999; Nachón García M^aGabriela, Hernández Parra Tomás Gerardo, Félix López Gustavo Alonso, 2003).

No caso dos pacientes com transtornos alimentares, o médico dentista deve sempre entrar em contacto com o médico. Alguns dos medicamentos prescritos para o tratamento destas condições (como os antidepressivos) podem influenciar de forma notória o fluxo salivar dos pacientes, diminuindo habitualmente a qualidade e quantidade de saliva. Além disto, é muito interessante que o médico dentista tenha conhecimento sobre a progressão da terapia psicológica e comportamental do paciente em questão, podendo assim planejar melhor as diferentes etapas do tratamento dentário (Milosevic, 1999).

O atendimento deste tipo de pacientes deve ser integral e multidisciplinar, ou seja, os médicos dentistas devem ter atenção aos problemas dentários que os pacientes apresentem, mas também devem ter em conta os aspetos psicológicos, médicos e nutricionais dos mesmos. Como foi referido anteriormente, nestes casos é muito importante que o médico dentista contacte com o médico. No caso dos tratamentos invasivos, é indispensável entrar em contacto com o médico cardiologista do paciente, e no caso de existir certo grau de risco cardiovascular, o paciente deve ser previamente medicado com antibióticos antes de realizar tratamentos periodontais ou extrações dentárias. No que respeita à mucosa e tecidos periodontais de pacientes com

perturbações alimentares, o processo deve iniciar-se pelo tratamento das infeções ou lesões orais, caso existam. É muito importante incluir nesta fase uma correta educação e motivação no âmbito da higiene oral, ensinando ao paciente a realização de uma correta técnica de escovagem adaptada as suas necessidades, além de explicar as vantagens/benefícios de ter uma correta saúde oral. A prescrição de pastas dentífricas ou colutórios com alto teor em flúor, pode ajudar ao controlo das lesões dos tecidos duros dentários e da placa bacteriana. Outras recomendações que vão ajudar ao controlo destas condições são, o uso diário de soluções neutras em forma de colutório de fluoruro de sódio (0.05%) ou aplicações diretas de gel de fluoruro de estanho (0.4%). A presença de fluoruro de estanho na pasta dentífrica diária, vai proteger o esmalte da diluição ácida provocada pelo vómito, diminuir a sensibilidade térmica da dentina exposta e a incidência de cáries. Obtiveram-se resultados que demonstraram uma redução do 30% da erosão dentária após a aplicação tópica de fluoruro de sódio. É recomendável também evitar a escovagem vigorosa ou traumática para não acelerar o processo erosivo (Cirujanos et al., 2014; Nachón García M^aGabriela, Hernández Parra Tomás Gerardo, Félix López Gustavo Alonso, 2003).

Condições como a xerostomia ou a sialoadenite, geralmente vão ter uma evolução satisfatória com o início do tratamento psicológico e comportamental do paciente. À medida que o paciente vai melhorando e evoluindo respeito ao transtorno alimentar em si, estas condições vão regredindo até desaparecerem na sua totalidade (Cirujanos et al., 2014).

O tratamento restaurador nestes pacientes, apresenta um grau de complexidade importante devido às lesões de erosão e abrasão presentes, assim como as fraturas incisais, similares às lesões produzidas pelo bruxismo. O 2º sextante vai ser geralmente a zona mais afetada pelo desgaste da estrutura dentária (especificamente nas faces palatinas) e pelas fraturas dos bordos incisais. A escassez de estrutura dentária remanescente vai provocar que a reabilitação desta área apresente um maior grau de dificuldade para o médico dentista; por esta razão, é preciso fazer um bom diagnóstico e planeamento do tratamento. Nesta fase, o paciente encontra-se em reabilitação no âmbito psicológico, nutricional e físico, portanto, durante esta etapa, uma mudança a nível oral pode traduzir-se num importante estímulo e motivação para a sua recuperação (Cirujanos et al., 2014).

A perda da dimensão vertical nestes pacientes, devida às lesões anteriormente descritas, pode provocar importantes problemas a nível articular. Nestes casos, além da terapia restauradora é muito importante a terapia física. A aplicação de exercícios de estimulação muscular e articular pode ajudar na diminuição da dor, mialgias e disfunções da articulação temporomandibular (DTM). Após a finalização da terapia restauradora, é muito importante persuadir ao paciente do uso de dispositivos de proteção oral. Por último, é também muito importante o seguimento destes pacientes durante as consultas de controlo. Estas consultas geralmente têm uma frequência de três em três meses, e durante as mesmas vai-se confirmar que esteja tudo bem, o que vai permitir manter um controlo adequado da saúde oral destes pacientes (Cirujanos et al., 2014).

III. CONCLUSÃO

Após a realização desta revisão narrativa e de acordo com a literatura revista, podemos concluir que:

- Os transtornos alimentares provocam a alteração dos padrões psicológicos, médicos, nutricionais e dentários/orais dos pacientes que os sofrem.
- Os hábitos ou comportamentos adquiridos por estes pacientes, podem provocar graves alterações ou danos à saúde física e oral. Em relação à cavidade oral, a presença destas doenças pode provocar alterações a nível dentário, periodontal, salivar e articular, sendo a erosão dentária a condição mais referida de todas elas.
- A elevada taxa de prevalência de tais distúrbios na população mais jovem, constitui uma preocupação séria no que se refere à saúde oral dos mesmos. Além disto, o sucesso do tratamento dentário neste tipo de pacientes torna-se um desafio para os médicos dentistas, devido à manutenção dos hábitos de purga durante ou após o tratamento.
- Há uma falta de consciência relativamente à importância fundamental da participação do médico dentista no tratamento multidisciplinar dos pacientes afetados por perturbações alimentares.
- O médico dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a identificar, detetar ou diagnosticar a presença de tais distúrbios.
- Devido à possibilidade do médico dentista de identificar precocemente a presença destes transtornos, o mesmo pode encaminhar os pacientes ao tratamento médico necessário, proporcionando assim um tratamento multidisciplinar com prognóstico favorável.

IV. BIBLIOGRAFIA

Allen, M. S., Robson, D. A., & Laborde, S. (2020). Normal variations in personality predict eating behavior, oral health, and partial syndrome bulimia nervosa in adolescent girls. *Food Science & Nutrition*, 8(3), 1423-1432.

Anderson, L., Shaw, J. M., & McCargar, L. (1997). Physiological effects of bulimia nervosa on the gastrointestinal tract. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 11.

Aranha, A. C., Eduardo, C. D. P., & Cordás, T. A. (2008). Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract*, 9(6), 73-81.

Bautista, B., Ceballos, A., Parra, G., & Semidey, K. (2015). Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. Venezuela. *Rev. Invest. Odont. IADR*, 3(1), 75-90.

Bonilla, E. D., Del Aguila, C. L., & Bonilla, S. C. (2017). Eating Disorders: Diagnosis and Prosthodontic Management. *BAOJ Dentistry*, 3, 1-12.

Branco, C. A., Valdivia, A. D. C. M., Soares, P. B. F., Fonseca, R. B., Fernandes Neto, A. J., & Soares, C. J. (2013). Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. *Revista de Odontologia da UNESP*, 37(3), 235-242.

Brandt, L. M. T., Fernandes, L. H. F., Aragão, A. S., Aguiar, Y. P. C., Auad, S. M., Castro, R. D. D., ... & Cavalcanti, A. L. (2017). Relationship between risk behavior for eating disorders and dental caries and dental erosion. *The Scientific World Journal*, 2017.

Buzalaf, M. A. R., Hannas, A. R., & Kato, M. T. (2012). Saliva and dental erosion. *Journal of Applied Oral Science*, 20(5), 493-502.

Cardoso, C., Villalón, G., Edo, M. M., & Leache, E. B. (2007). Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *The Journal of the American Dental Association (JADA)*, 2(5), 298-302.

Casula, I., Bonfanti, L., Ganda, A., Anzaldi, T., Marchesini, E., Bianchi, M. E., & Amighetti, A. (2017). Eating and oral hygiene habits in a population of young adults: An observational study. *Ital J Dent Med*, 2, 90-100.

Colon, P., Cougot, N., & Famery, C. (2018). Adverse effects of eating disorders on the oral health of teenagers. *Journal of Dentofacial Anomalies and Orthodontics*, 21(1), 105.

Dawes, C., & Boroditsky, C. L. (2008). Rapid and severe tooth erosion from swimming in an improperly chlorinated pool: case report. *Journal of the Canadian Dental Association*, 74(4).

de Abreu Gonçalves, J., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. D. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Rev paul pediatri*, 31(1), 96-103.

de Campos Lawder, J. A., Mendes, Y. B. E., Gomes, G. M., Serrano, A. M., Czlusniak, G. D., & Wambier, D. S. (2011). Análisis del impacto real de los hábitos alimenticios y nutricionales en el desarrollo de la caries dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49(2).

de Castro, C. B., Magajewski, F., & Lin, J. (2017). Atitudes alimentares e autopercepção da imagem corporal em bailarinas do município de Tubarão-Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46(1), 33-42.

de Lima, D. S. M., Barreto, K. A., da Silva, R. M. M. P., Grinfeld, S., & Colares, V. (2016). Conhecimento dos estudantes de odontologia sobre transtornos alimentares. *Adolescencia e Saude*, 13(4), 57-62.

DE VASCONCELOS, F. M. N., Vieira, S. C. M., & Colares, V. (2010). Erosão dental: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal.

DeBate, R. D., Tedesco, L. A., & Kerschbaum, W. E. (2005). Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *Journal of dental education*, 69(3), 346-354.

dos Santos, F. D. G., Cardoso, I. C. G., Alves, D. C. B., & de Mendonça, S. M. S. (2017). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 27(1), 33-42.

Fasoulas, A., Pavlidou, E., Petridis, D., Mantzorou, M., Seroglou, K., & Giaginis, C. (2019). Eating Habits as a Common Risk Factor for Obesity and Oral Health Disorders in School Children. *Austin J Nutri Food Sci*, 7(7), 1129.

García, L. O., Olvera, S. D., & de León Torres, C. S. (2008). Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*, 12(1), 46-54.

García, M. G. N., Parra, T. G. H., López, G. A. F., & Gracia, C. F. (2003). Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. *Revista médica de la Universidad Veracruzana*, 3(2), 17-28.

Garrido-Martínez, P., Domínguez-Gordillo, A., Cerero-Lapiedra, R., Burgueño-García, M., Martínez-Ramírez, M. J., Gómez-Candela, C., ... & Esparza-Gómez, G. (2019). Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 24(5), e595.

Gokul, G. (2016). Eating disorders and its effect toward the oral cavity: A review. *Asian J Pharm Clin Res*, 9(1), 40-42.

Gonçalves, J. D. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. D. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista paulista de pediatria*, 31(1), 96-103.

Guerrero-Castellón, M. P., Barajas-Cortés, L. L., Aguiar-Fuentes, E. G., Negrete-Castellanos, M. A., & Gutiérrez-Rojo, J. F. (2020). Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Revista Tamé*, 7(23), 951-955.

Hazelton, L. R., & Faine, M. P. (1996). Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *International Journal of Prosthodontics*, 9(1).

Hermont, A. P., Oliveira, P. A., Martins, C. C., Paiva, S. M., Pordeus, I. A., & Auad, S. M. (2014). Tooth erosion and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(11), e111123.

Hurst, P. S., Lacey, L. H., & Crisp, A. H. (1977). Teeth, vomiting and diet: a study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *Postgraduate Medical Journal*, 53(620), 298-305.

Imfeld, C. A. R. O. L. A., & Imfeld, T. H. O. M. A. S. (2005). Essstörungen (II): Zahnmedizinische Aspekte. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin SMfZ*, 115(12), 1163-1171.

Johansson, A. K., Johansson, A., Nohler, E., Norring, C., Åström, A. N., & Tegelberg, Å. (2015). Eating disorders-knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. *BMC Oral Health*, 15(1), 124.

Jugale, P. V., Pramila, M., Murthy, A. K., & Rangath, S. (2014). Oral manifestations of suspected eating disorders among women of 20-25 years in Bangalore City, India. *Journal of health, population, and nutrition*, 32(1), 46.

Kumar, R., Kumar, A., & Sawal, R. (2012). Sialadenitis—A Salivary Gland Disease. *International Journal of Pharmaceutical Erudition*, 1(4), 16-240.

Lavigne, G. J., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T., & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *Journal of oral rehabilitation*, 35(7), 476-494.

Lima, D. S. M. D., Grinfeld, S., Holanda, L. C. A. D., & Colares, V. (2012). A saúde oral e os transtornos alimentares entre adolescentes. *Revista Brasileira de Odontologia*, 69(2), 190-193.

Limbers, C. A., Cohen, L. A., & Gray, B. A. (2018). Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 111.

Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Glaros, A. G., Kato, T., Koyano, K., Lavigne, G. J., ... & Winocur, E. (2013). Bruxism defined and graded: an international consensus. *Journal of oral rehabilitation*, 40(1), 2-4.

Lovón, W. E., & Tapia, R. P. (2019). Tratamiento manifestaciones Clínicas Bucales de la Anorexia y Bulimia.

Macedo, C. R. D. (2008). Bruxismo do sono. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 13(2), 18-22.

Mafla, A. C. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*, 39(1), 41-57.

Marinho, V. C., Worthington, H. V., Walsh, T., & Clarkson, J. E. (2013). Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa—medical complications. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-5.

Milosevic, A. (1999). Eating disorders and the dentist. *British dental journal*, 186(3), 109-113.

Mora-Badilla, A. C. (2014). Bulimia y anorexia en la práctica odontológica. Generalidades. *Revista Científica Odontológica*, 10(1), 73-76.

Ojeda-Garcés, J. C., Oviedo-García, E., & Salas, L. A. (2013). Streptococcus mutans and dental caries/Streptococcus mutans y caries dental. *CES odontologia*, 26(1), 44.

Oliveira-Cardoso, É. A. D., & Santos, M. A. D. (2014). Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF*, 19(2), 209-220.

Otsu, M., Hamura, A., Ishikawa, Y., Karibe, H., Ichijyo, T., & Yoshinaga, Y. (2014). Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 25.

Pallier, A., Karimova, A., Boillot, A., Colon, P., Ringuenet, D., Bouchard, P., & Rangé, H. (2019). Dental and periodontal health in adults with eating disorders: a case-control study. *Journal of dentistry*, 84, 55-59.

Pazos, C. T. C., Austregésilo, S. C., & de Goes, P. S. (2019). Autoestima e comportamentos de saúde bucal em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4083-4092.

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., ... & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157.

Robinson, L., Micali, N., & Misra, M. (2017). Eating disorders and bone metabolism in women. *Current opinion in pediatrics*, 29(4), 488.

Serra-Ristol, S., Manzanares-Céspedes, M. C., & Carvalho-Lobato, P. (2006). Repercusiones clínicas de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral. *Atención Primaria*, 37(2), 101-103.

Silverstein, L. S., Haggerty, C., Sams, L., Phillips, C., & Roberts, M. W. (2019). Impact of an oral health education intervention among a group of patients with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa). *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 29.

SOUTO, D. F., COSTA, B. A. D. O., OLIVEIRA, A. M. G., FLÓRIO, F. M., & ZANIN, L. (2017). Risk behaviors related to eating disorders in adolescents and its association with dental erosion. *Revista de Odontologia da UNESP*, 46(2), 66-71.

Souza, M. P. G., Sampaio, R., Cavalcante, A. C. M., Arruda, S. P. M., & Pinto, F. J. M. (2020). COMPORTAMENTO ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS EM SERVIDORES: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE COLETIVA. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(63).

Thomas, Y., Ibáñez, É., Serrano, C., & Teherán, D. (2008). Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. *Revista CES Odontología*, 21(2), 34-38.

Vavrina, J., Müller, W., & Gebbers, J. O. (1994). Enlargement of salivary glands in bulimia. *The Journal of Laryngology & Otology*, 108(6), 516-518.

Zárate, Ó. G., & Rodríguez, G. E. R. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. Odontologic aspects. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 57(1), 23-32.

Zeulner, B., Ziemainz, H., Beyer, C., Hammon, M., & Janka, R. (2016). Disordered eating and exercise dependence in endurance athletes. *Advances in Physical Education*, 6(2), 76-87.