

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS- REVISÃO NARRATIVA

Trabalho submetido por
Patrícia Gomes Nobre Da Conceição Dias
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Junho de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS- REVISÃO NARRATIVA

Trabalho submetido por
Patrícia Gomes Nobre Da Conceição Dias
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Ana Raquel Barata

e coorientado por
Prof. Doutora Irene Maria Ventura De Carvalho Ramos

Junho de 2025

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a minha orientadora Prof. Doutora Ana Raquel Barata, pela orientação dedicada, pelos conselhos valiosos e pela confiança depositada em mim ao longo deste percurso. A disponibilidade e a exigência foram fundamentais para a qualidade deste trabalho.

Quero também agradecer a minha coorientadora Prof. Doutora Irene Maria Ventura De Carvalho Ramos.

De igual modo, agradeço a todos os professores, funcionários e colegas de curso que fizeram parte da minha formação académica no Instituto Universitário Egas Moniz. Agradeço pelas partilhas de conhecimento, pelo espírito de ajuda e por todos os momentos que enriqueceram a minha aprendizagem.

Um agradecimento especial à minha família, pelo amor incondicional, paciência e incentivo constante. Em particular, agradeço aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem em todas as fases da minha vida.

Agradeço também ao meu namorado Daniel, pelo apoio inestimável ao longo deste percurso, e ao meu cão Balu, por todas as vezes que foi o meu “apoio de computador” e companhia fiel nos momentos de trabalho.

Deixo ainda o meu obrigado aos meus amigos, e em especial à minha colega de box Beatriz, sem a qual este percurso de 5 anos não teria sido vivido da mesma maneira.

RESUMO

Os distúrbios alimentares são transtornos psicológicos que normalmente começam na adolescência caracterizados por comportamentos alimentares disfuncionais que afetam tanto a saúde física como emocional. Os principais tipos são a Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Transtorno de compulsão alimentar entre outros.

Estes distúrbios podem ter origem multifatorial, incluindo predisposição genética, influências ambientais, pressão social e questões emocionais, como ansiedade e depressão. Os sinais de alerta incluem perda de peso significativo, recusa alimentar, comportamentos obsessivos com a comida, medo intenso de engordar, compulsão alimentar e poderão ser associados a métodos compensatórios como vômitos ou exercício físico excessivo.

Nos últimos tempos tem havido uma forte relação com o uso excessivo das redes sociais, que muitas das vezes promovem padrões irrealistas de beleza e influenciam negativamente a autoestima.

Os médicos dentistas desempenham um papel fundamental na deteção dos efeitos dos distúrbios alimentares. A bulimia, por exemplo, causa erosão do esmalte devido ao contacto com os ácidos gástricos dos vômitos frequentes. A desnutrição pode levar à inflamação gengival, boca seca e halitose. Muitas vezes, o dentista é o primeiro a perceber esses sinais e pode encaminhar o paciente para o tratamento especializado.

O combate aos distúrbios alimentares exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo psicólogos, nutricionistas e médicos.

Palavras-chave: Erosão, vômito, adolescente, manifestações orais, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa

ABSTRACT

Eating disorders are psychological disorders that typically begin in adolescence and are characterized by dysfunctional eating behaviors that affect both physical and emotional health. The main types are Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder, among others.

These disorders can have multifactorial origins, including genetic predisposition, environmental influences, social pressure and emotional issues such as anxiety and depression. Warning signs include significant weight loss, refusal to eat, obsessive behaviors with food, intense fear of gaining weight, binge eating and may be associated with compensatory methods such as vomiting or excessive physical exercise.

In recent times there has been a strong relationship with the excessive use of social media, which often promotes unrealistic beauty standards and negatively influences self-esteem.

Dentists play a key role in detecting the effects of eating disorders. Bulimia, for example, causes enamel erosion due to contact with gastric acids from frequent vomiting. Malnutrition can lead to gum inflammation, dry mouth and halitosis. Often, the dentist is the first to notice these signs and can refer the patient for specialized treatment.

Combating eating disorders requires a multidisciplinary approach, involving psychologists, nutritionists and doctors.

Keywords: Erosion, vomiting, adolescent, oral manifestations, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa

ÍNDICE GERAL:

I-Introdução	13
II-Desenvolvimento	19
1. Etiologia	19
2. Sexo masculino vs Sexo feminino	20
3. Anorexia Nervosa	21
4. Bulimia nervosa	26
5. Transtorno da compulsão alimentar periódica	27
6. Distúrbios alimentares no COVID-19	29
7. Manifestações orais	30
7.1 Erosão	30
7.2 Cáries dentárias	34
7.3 Sinal de russel	37
7.4 Hipertrofia da glândula parótida	37
7.5 Xerostomia	39
7.6 Doença periodontal	39
7.7 Articulação Temporomandibular	40
7.8 Lesões nos tecidos moles	41
8. Tratamento	43
8.1 Anorexia nervosa	43
8.2 Bulimia nervosa	46
8.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica	47
III-Conclusão	49
IV-Bibliografia	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Imagem representativa do estado inicial de um paciente com distúrbios alimentares

Figura 2: Imagem representativa dos distúrbios alimentares com o passar do tempo

Figura 3: Imagem representativa do desgaste erosivo dentário com presença de cárie

Figura 4: Sinal de russel

Figura 5: Imagem representativa de um indivíduo com sialadenose

Figura 6: Imagem representativa de uma queilite angular

Figura 7: Imagem representativa da ulceração da mucosa oral no platô mole causada pelo uso do dedo do paciente para induzir vômitos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Descrição dos principais distúrbios relacionados à alimentação.

Tabela 2: Diagnóstico de AN.

Tabela 3: Alterações físicas observadas na anorexia nervosa infantil

Tabela 4: Principais estratégias para prevenir o aparecimento de cárie dentária

Tabela 5: Modelo conceitual Care-FIT dos fatores do cuidador que influenciam o tratamento

ÍNDICE DE SIGLAS

AN- Anorexia nervosa

BN- Bulimia nervosa

DSM-5-TR- Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID- Classificação Internacional de Doenças

OMS- Organização Mundial de Saúde

AUPs- Consumo de alimentos ultraprocessados

ACEs- Experiências adversas na infância

DMO- Densidade mineral óssea

TOC- Transtorno obsessivo-compulsivo

TCAP- Transtorno da compulsão alimentar periódica

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAD- Comer na ausência de fome

EUA- Estados Unidos da América

IA- Insegurança alimentar

ED- Erosão dentária

DRGE- Refluxo gastroesofágico

BEWE- Basic Erosion Wear Examination

DNT- Doenças não transmissíveis

SN- sialadenose

FBT- Tratamento baseado na família

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

ADA- American Dietetic Association

ISRS- Inibidores seletivos de recaptção da serotonina

EMTR- Estimulação magnética transcraniana repetitiva

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

TPI- Terapia Psicodinâmica Interpessoal

TCD- Terapia Comportamental Dialéctica

I- Introdução

Os distúrbios alimentares são um problema de saúde identificado pela primeira vez no século XVII, mas registaram um aumento acentuado no final do século XX. Surgiram inicialmente em países ocidentais e, com o tempo, evoluíram atraindo rapidamente atenção tanto de países ocidentais como de países não ocidentais. Antes do século XX, na América o corpo “ideal” para uma jovem mulher era aquele com formas mais curvilíneas. No final da década de sessenta, o padrão de beleza feminino já tinha perdido grande parte das suas curvas (Yu & Muehleman., 2023).

São doenças complexas, caracterizadas por uma excessiva preocupação com a alimentação e peso, vêm acompanhadas de práticas erradas produzindo um grande impacto na saúde, sendo evidenciada por uma degradação física acentuada (Saad et al., 2021).

Podem afetar pessoas de todos os géneros, idades, raças, etnias, tipos de corpos, pesos, orientações sexuais e níveis socioeconómicos (Yu & Muehleman., 2023).

Costumam aparecer na adolescência ou no começo da vida adulta, mas podem ocorrer em qualquer idade, até mesmo durante a infância, algo que se tem tornado cada vez mais frequente especialmente após a pandemia do Covid-19 (Robatto et al., 2024).

Essas doenças geralmente duram em média até 6 anos, sendo que a anorexia nervosa apresenta uma taxa de mortalidade significativa devido a complicações médicas e suicídio (Milosevic., 1999).

Esta condição caracteriza-se por alterações comportamentais profundas, frequentemente marcada por distúrbios alimentares e por pensamentos persistentes de tristeza. Esta patologia afeta a qualidade de vida, tendo uma das maiores taxas de mortalidade (Bozzola et al., 2024).

Os hábitos alimentares de cada membro da família, mesmo que diferentes ou realizados em momentos e locais distintos pode influenciar o comportamento alimentar dos jovens. A ausência de refeições partilhadas em família pode estar associada tanto à falta de estrutura nas rotinas alimentares como a um sentimento de vazio emocional. Estes resultados coincidem com os verificados num estudo realizado com 10.540 raparigas na pré-adolescência. O estudo revelou que, quando as jovens jantavam com a família na

maioria dos dias, era menos provável que recorressem a comportamentos como provocar o vômito, comer de forma descontrolada ou seguir dietas rigorosas. Relativamente ao contexto familiar, um estudo indicou que as crianças tendem a absorver mais fortemente o ideal de beleza quando são incentivadas pelas mães a perder peso (Gonçalves et al., 2013).

Existem diversos tipos de distúrbios alimentares, onde a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são as mais frequentes. A anorexia nervosa é definida por uma distorção da percepção da imagem corporal e um comportamento obsessivo em evitar ganhar peso, considerada a terceira doença crónica mais frequente entre os adolescentes e a bulimia nervosa é caracterizada por episódios de consumo excessivo de alimentos acompanhados por ações compensatórias destinadas a controlar as preocupações com o peso que atinge mais de 1% das adolescentes do sexo feminino. Na Europa a AN foi descrito como 1%-4% e a BN 1%-2% (Brandt et al., 2017) (Lozano-Muñoz et al., 2022) (Östberg et al., 2022).

De acordo Jaka et al (2024) a incidência da AN foi de 3,6% no sexo feminino e de 0,3% no sexo masculino, enquanto a BN 4,6% no sexo feminino e 1,3% no sexo masculino (Jaka et al., 2024).

De modo geral, pessoas com bulimia costumam ser mais extrovertidas, enquanto com anorexia são frequentemente descritas como introvertidas (Milosevic., 1999).

Além destes dois distúrbios também temos a compulsão alimentar que é caracterizada pela ingestão excessiva de alimentos em quantidades significativamente maiores do que o normal, acompanhada por uma sensação de falta de controle sobre esses episódios (Bohon, 2019).

Estas condições são mais expectáveis ocorrer em mulheres, no entanto, nos últimos dez anos com a intensificação da globalização cultural observou-se uma mudança nesse padrão. Vários estudos indicam um aumento desses transtornos entre homens em países orientais, desafiando estereótipos destacando a necessidade de uma abordagem mais abrangente e diferenciada (Östberg et al., 2022) (Sandri et al., 2024).

Para além do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) outro conjunto de critérios de diagnóstico bastante utilizado é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11) da

Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo adotada por 194 países a nível global. Na maioria das vezes, os critérios da CID-11 são compatíveis com os do DSM-5- TR porém são encontradas diversas diferenças como por exemplo, na CID-11, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados são classificados como ocorrendo “pelo menos uma vez por semana durante um mês”, enquanto no DSM-5-TR, esse critério exige “pelo menos uma vez por semana durante três meses”. Nesse sentido, os critérios da CID-11 são menos exigentes, enquanto o DSM-5-TR apresenta requisitos mais rigorosos para o diagnóstico clínico.

Tabela 1. Descrição dos principais distúrbios relacionados à alimentação (Adaptado de Yu & Muehleman et al., 2023).

	DSM-5-TR	CID-11
Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • Limitação contínua na ingestão de calorias, resultando em um peso corporal consideravelmente abaixo do peso • Medo exacerbado de ganhar peso ou engordar • Uma distorção na percepção do próprio peso ou da forma corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso muito baixo do considerado saudável ou redução acelerada do peso corporal • Um comportamento alimentar restritivo mantido ao longo do tempo, acompanhado por uma percepção distorcida do próprio peso ou formato corporal
Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência frequente de episódios de ingestão alimentar compulsiva • Prática repetida de comportamentos compensatórios inadequados para evitar o aumento de peso • Aconteceu pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios repetidos e frequentes de ingestão descontrolada de alimentos • Repetição de comportamentos inadequados para compensar e evitar o aumento de peso

		<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de preocupação com aparência física e o peso corporal • Sofrimento acentuado devido à ingestão descontrolada de alimentos • Aconteceu pelo menos uma vez por semana durante um período de um mês
<p>Transtorno de compulsão alimentar periódica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento recorrente de ingestão de comida em excesso e de forma descontrolada • Sofrimento acentuado devido à ingestão descontrolada de alimentos • Desconforto emocional significativo relacionado à ingestão descontrolada de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios sucessivos de compulsão alimentar de forma frequente • Ansiedade excessiva em relação à silhueta e o peso corporal • Obsessão com o peso corporal e a imagem corporal • Houve ocorrência semanal, pelo menos uma vez, durante um mês

É comum que pessoas com distúrbios alimentares manifestem sintomas pouco específico, como dores de cabeça ou problemas resultantes da desnutrição (Tan et al., 2022).

Contudo, os distúrbios alimentares podem existir em simultâneo com a saúde física e mental, incorporando a depressão, a ansiedade, o transtorno obsessivo-compulsivo e podem afetar as funções físicas, por exemplo o impacto da anorexia pode atingir o sistema endócrino, interferir no crescimento, altura, início da menstruação (menarca), ciclo menstrual, densidade dos ossos e até no volume cerebral. Já os efeitos dos distúrbios de compulsão alimentar e do vômito autoinduzido podem prejudicar a saúde oral afetando os dentes (Massau et al., 2025).

Pode também ocorrer consequências fisiológicas, incluindo desidratação, ptose intestinal, enfraquecimento e redução do tônus da musculatura visceral devido à desnutrição. Além disso, podem ocorrer alterações na regulação da temperatura pelo hipotálamo, perda de gordura subcutânea, afinamento da pele e disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal devido à deficiência de proteínas, energia e gordura essencial (Sandri et al., 2024).

Felizmente, com o tratamento adequado, cerca de 60% dos doentes conseguem alcançar uma recuperação completa. Ainda assim, apenas uma parte das pessoas que sofrem de distúrbios alimentares acaba por procurar e ter acesso a tratamento, estimando-se que esse número ronde os 50%. A identificação atempada e a intervenção precoce são fundamentais (Yu & Muehleman., 2023).

O consumo de alimentos ultraprocessados (AUPs), ricos em açúcar, gorduras prejudiciais e aditivos, agrava a alimentação emocional, contribui para transtornos metabólicos e eleva o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. Adolescentes que consomem alimentos AUPs relatam uma menor satisfação com o corpo e um maior sofrimento emocional, criando um ciclo de retroalimentação que aumenta a vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos alimentares (Ispas et al., 2025).

Obstáculos, como a ansiedade ou o desconforto relacionado com o dentista podem levar as pessoas com perturbações alimentares a evitar procurar ajuda para os seus problemas de saúde oral. Os profissionais de nutrição fazem parte do núcleo de apoio inicial no acompanhamento de distúrbios alimentares e, nesse contexto, encontram-se bem colocados para efetuar uma avaliação preliminar e transmitir noções fundamentais sobre cuidados dentários (Patterson-Norrie et al., 2020).

Geralmente, a preocupação com o impacto estético em emergências é a principal motivação para a procura do médico dentista neste grupo de pacientes. Por norma, pessoas com distúrbios alimentares não abordam de forma espontânea o seu problema com o médico dentista. Dessa forma, o primeiro passo é criar uma comunicação eficaz e não intimidante com o paciente, a fim de obter informações necessárias para avaliar o diagnóstico de um distúrbio alimentar (Rangé et al., 2000).

A falta de orientação em torno da saúde oral associada aos distúrbios alimentares faz com que essas condições não sejam identificadas ou tratadas e consequentemente os efeitos sejam mais severos (Presskreischer et al., 2023).

Porém são mais visíveis durante os primeiros 6 meses do comportamento inadequado (Hasan et al., 2020).

Os pacientes que realizam consultas dentárias, normalmente para realizarem exames de rotina e acabam por ser detetados com distúrbios alimentares de forma acidental. Indivíduos afetados por distúrbios alimentares geralmente são jovens e frequentemente não têm conhecimento da gravidade das complicações que podem surgir devido à ausência de diagnóstico, ao não tratamento da doença e hábitos alimentares inadequados (Paszynska et al., 2023).

A cavidade oral é muita das vezes um dos primeiros pontos a evidenciar manifestações clínicas de patologias sistêmicas e insuficiência nutricional devido ao rápido ciclo de renovação das células epiteliais nas mucosas orais que demoram cerca de três a sete dias, em contraste com a pele, cujo processo pode prolongar-se até 28 dias (Monda et al., 2021).

As principais expressões desses transtornos incluem a erosão dentária, que é a condição mais comumente relacionada com os transtornos alimentares, mas também podem estar associados ao aparecimento de cáries, distúrbios periodontais tais como a gengivite e periodontite, Hipossalivação, xerostomia e lesões nos tecidos moles (Brandt et al., 2017) (Monda et al., 2021).

A escolha deste tema surgiu da necessidade de abordar a relação entre os distúrbios alimentares e a saúde oral, um tema de grande relevância clínica e social. Os transtornos alimentares têm impacto significativo na saúde geral dos pacientes, incluindo na cavidade oral. Como futura médica dentista, acredito que compreender e reconhecer esses sinais precocemente pode ser crucial para o diagnóstico e encaminhamento adequado do paciente.

II-Desenvolvimento

1. Etiologia

A origem dos transtornos alimentares é na verdade diversa e envolve múltiplos fatores sendo bastante complexa (via & Contrera-Rodríguez et al., 2023).

O elemento central na origem e progressão dos distúrbios alimentares continua a ser a autoestima instável e a insatisfação com a própria imagem corporal. Alguns indivíduos podem igualmente possuir uma tendência genética. Em resumo, os distúrbios alimentares resultam principalmente de uma complexa interação entre fatores psicológico, características de personalidade e influências ambientais, como a pressão dos pares e da família, experiências de maus-tratos na infância, isolamento social e variações culturais (Hasan et al., 2020).

A causa da anorexia nervosa envolve fatores genéticos e ambientais, que podem atuar como elementos predisponentes. Assim, os transtornos alimentares, especialmente a anorexia nervosa, podem ser entendidos como condições complexas e multifacetadas, resultantes de uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Bozzola et al., 2024).

O trauma na infância emergiu como um fator de risco relevante, com diversos estudos evidenciando altas taxas de experiências adversas na infância (ACEs) em pessoas com transtornos alimentares. Experiências essas que incluem uma série de eventos prejudiciais ocorrendo antes dos 18 anos, como diferentes formas de abuso (emocional, físico, sexual), negligência (emocional, física) e disfunções no ambiente familiar. Embora nem todas as ACEs sejam consideradas eventos traumáticos propriamente ditos, elas podem ainda assim ter um impacto significativo no desenvolvimento do indivíduo. Segundo classificações mais recentes, o trauma costuma ser uma experiência extremamente impactante que ameaça a integridade física ou mental do indivíduo, enquanto as ACEs incluem uma variedade maior de adversidades vivenciadas na infância. A adversidade vivenciada na infância tem sido amplamente investigada devido aos seus impactos prolongados no desenvolvimento mental e emocional. Essas experiências podem prejudicar os caminhos de desenvolvimento típicos, resultando em uma série de dificuldades emocionais, cognitivas e comportamentais que perduram na vida adulta. Uma área crucial impactada pelo trauma infantil é a empatia, que é uma habilidade complexa envolvendo aspectos emocionais e cognitivos. A empatia permite que as pessoas

entendem e compartilhem as emoções dos outros, promovendo a união social incentivando comportamentos pró-sociais. No contexto dos transtornos alimentares, a empatia comprometida pode ajudar na persistência e agravamento de comportamentos alimentares desordenados (Meneguzzo et al., 2025).

Para além disso, as características sociodemográficas dos pais, como o estado civil e o nível de escolaridade também influenciam essas atitudes. Um ambiente escolar acolhedor, aliado ao suporte dos professores pode oferecer recursos importantes para fortalecer a autoestima, a sensação de segurança e a autoconfiança, favorecendo que os alunos lidem melhor com os efeitos das mensagens das redes sociais (Aserese et al., 2025) (Bacalhau et al., 2025).

Entre elas, o IMC também é um elemento multifacetado. Apesar de um índice de massa corporal reduzido antes do diagnóstico ser frequentemente observado na anorexia nervosa, o quadro geralmente tem início com uma redução deliberada de peso, motivada por uma percepção real ou distorcida, de sobrepeso frequentemente influenciada por pressões sociais e do círculo de convivência. Em contrapartida, um índice de massa corporal alto está relacionado à compulsão alimentar e à bulimia nervosa. Pesquisas longitudinais indicam que os padrões de IMC durante a infância podem prever diagnósticos futuros de transtornos alimentares, enfatizando a importância da identificação e intervenção precoces. Padrões de IMC mais baixos frequentemente precedem a anorexia nervosa, enquanto trajetórias de IMC mais elevados estão associadas à bulimia nervosa e ao transtorno da compulsão alimentar periódica. Além disso, experiências traumáticas, como bullying, elevam ainda mais o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, especialmente em adolescentes com IMC mais elevado (Ispas et al., 2025).

2. Sexo masculino vs Sexo feminino

As mulheres apresentam uma prevalência 2 a 3 vezes superior à dos homens, possivelmente devido a níveis mais elevados de insatisfação com a imagem corporal e a uma maior propensão para sofrer de depressão, stress e ansiedade (Yu & Muehleman., 2023).

Desde 2018, estima-se que, em média 137 a cada 100.000 crianças e adolescentes no mundo sofrem de transtornos alimentares. No sexo masculino, a taxa de transtorno alimentares é de aproximadamente 90 casos por 100.000, enquanto no sexo feminino esse

número chega a cerca de 188 por 100.000. De forma mais específica, estima-se que a anorexia nervosa atinja cerca de 61 indivíduos a cada 100.000, enquanto a bulimia nervosa afeta aproximadamente 79 em cada 100.000 pessoas (Ispas et al., 2025).

Embora sejam mais frequentes nas mulheres, estes casos também se verificam entre os homens. Ter familiares próximos com perturbações alimentares ou doenças psiquiátricas está igualmente ligado a uma maior probabilidade de vir a desenvolver um distúrbio alimentar. Importa salientar que os distúrbios alimentares podem surgir mesmo em pessoas sem antecedentes de risco evidente, incluindo no sexo masculino. No caso dos homens, a preocupação com a imagem corporal pode centrar-se na forma física e no desenvolvimento muscular, levando à adoção de comportamentos como aumentar a ingestão alimentar, modificar a dieta ou recorrer a suplementos para ganhar massa muscular (Tan et al., 2022).

Os meios de comunicação social apresentam-nos constantemente representações do corpo “ideal”, tanto no caso dos homens como das mulheres (Yu & Muehleman., 2023).

A síndrome metabólica é caracterizada por um agrupamento de alterações metabólicas, como resistência à insulina, dislipidemia aterogênica, acúmulo de gordura na região abdominal e pressão arterial elevada, pode ocorrer como uma condição associada a certos transtornos alimentares. Por exemplo, jovens com síndrome metabólica mostravam uma probabilidade duas vezes maior de desenvolver padrões alimentares disfuncionais, como limitar excessivamente ingestão de comida ou comer em resposta a emoção em relação aos que não apresentavam essa condição. Além disso, estudos mostram de forma consistente que os homens têm maior tendência a desenvolver síndrome metabólica que as mulheres. Assim, indivíduos do sexo masculino com transtornos alimentares podem enfrentar efeitos clínicos negativos mais intenso em comparação ao sexo feminino (Fahed et al., 2022) (Yu & Muehleman., 2023).

3. Anorexia Nervosa (AN)

A anorexia nervosa está associada à desnutrição e ao baixo peso incompatível com a idade, sexo, desenvolvimento e saúde, sendo geralmente reversíveis com a renutrição e a recuperação do peso (Baena set al., 2024) (Robatto et al., 2024).

Os distúrbios alimentares, especialmente a anorexia nervosa, estão associados a um risco considerável de suicídio (Roma et al., 2024).

É o distúrbio que causa mais letalidade, sendo a terceira doença crônica mais frequente entre os adolescentes que normalmente ocorre por volta dos 17 anos. É caracterizada por excesso de preocupação com o peso e com o corpo, que vem acompanhado de restrição de alimentos com ou sem exercício físico abundante, vômito e/ou uso de laxantes, transpondo o paciente a um peso abaixo do mínimo ideal. (Batista et al., 2018) (Khalifa & Goldman, 2019) (Silva et al., 2024)

AAN pode ser dividida em dois subtipos: **Subtipo restritivo**- caracterizado pela restrição alimentar nos últimos três meses, sem recorrer a métodos desprovidos, como indução de vômitos, uso excessivo de laxantes ou diuréticos e prática intensa de exercício físico ou em **subtipo de punição**- ocorre quando para além da restrição alimentar, há presença de comportamentos eliminatórios. Um pode inicialmente apresentar um subtipo restrito e posteriormente evoluir para o subtipo de punição, ou ao contrário (Robatto et al., 2024).

Na suspeita de AN, o médico deve investigar os sinais clínicos e planejar o acompanhamento do paciente cuidadosamente (Hebebrand et al., 2024).

Tabela 2. Diagnóstico de AN (Adaptado de Hebebrand et al., 2024)

Anamnese do paciente e cuidadores	<ul style="list-style-type: none">• Histórico de peso• Comportamento alimentar atual• Atividade física• Descobertas mentais e físicas
Outras responsabilidades do médico durante a avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none">• Exame físico• Exame mental• Deliberação da altura, peso e IMC• Testes laboratoriais• Exame de diagnóstico complementar, quando necessário• Definir um objetivo de peso
Gestão de casos ao longo do tratamento	

Na maior parte dos casos, vem também associado ao perfeccionismo, baixa autoestima, baixa capacidade de controlar emoções e têm dificuldade de gerir a imagem corporal

especialmente na adolescência. Foi observado também associado transtornos de personalidade (Wasniewska & Pomi, 2022).

Outros fatores como desportos ativos por exemplo a ginástica e o balé também podem estar associados a uma excessiva perda de peso uma vez que poderá existir uma comparação entre pesos (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019).

Como as crianças possuem uma proporção menor de gordura corporal em comparação aos adolescentes, a mesma quantidade de perda de peso pode resultar em consequências mais graves do que nos adolescentes. É fundamental coletar um histórico clínico detalhado e realizar um exame físico completo. A Tabela 3 apresenta as características clínicas comuns e as complicações associadas à anorexia nervosa em crianças (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019).

Tabela 3. Alterações físicas observadas na anorexia nervosa infantil (Adaptado de Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019).

Sistema de órgãos	UM
Resultado do exame físico	<ul style="list-style-type: none"> • Pele seca • Queda de cabelo • Fragilidade dos fios de cabelo e unhas, que se tornam quebradiços • Acrocianose • Redução da temperatura corporal • Desidratação • Icterícia (exclusivamente em situações de magreza extrema) • Formação de pelos lanugos (exclusivamente em situações de magreza extrema) • Atraso no crescimento e nas mudanças associadas à puberdade
Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia (<50bpm) • Taquicardia postural (>20bpm)

	<ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades do ECG (principalmente intervalo QT prolongado, arritmia cardíaca) • Derrame pericárdico (relativamente frequente, mas raramente perigoso) • Sopros cardíacos (prolapso da válvula mitral) • Hipotensão (<80/50 mm) • Edema (antes ou durante realimentação)
Sistema gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade no esvaziamento do estômago • Esvaziamento gástrico comprometido • Constipação • Pancreatite
Sangue	<ul style="list-style-type: none"> • Leucopenia • Trombocitopenia • Anemia
Anomalias bioquímicas	<ul style="list-style-type: none"> • Hipocalcemia • Hiponatremia • Hipomagnesemia • Hipocalcemia • Hipofosfatemia • Glicose ÿ • Creatina ÿ, nitrogênio de ureia ÿ • AST, ALT (com jejum severo ou início de realimentação) • Amilase ÿ, Lipase ÿ • Colesterol ÿ

A anorexia nervosa está ligada a uma redução da densidade mineral óssea (DMO) na coluna vertebral e no quadril, a um aumento da porosidade da camada cortical, ao desgaste da estrutura microestrutura dos ossos trabeculares e a uma diminuição da resistência óssea. Uma vez que a anorexia nervosa afeta frequentemente indivíduos jovens, o desenvolvimento máximo da massa óssea pode ser afetado, levando a perdas nocivas e em grande parte irreversíveis na densidade óssea. O impacto adverso no metabolismo ósseo é principalmente relacionado à disfunção das glândulas sexuais, com níveis reduzidos de estradiol e testosterona. Além disso, também é influenciado pela elevação dos níveis de cortisol, resistência à hormona do crescimento e alterações em outros sistemas hormonais. Adicionalmente, a desnutrição severa na anorexia nervosa retira do esqueleto nutrientes essenciais como cálcio, proteínas e vitamina D, os quais são cruciais para o metabolismo ósseo e a manutenção da saúde óssea (Axelsson et al., 2022).

A anorexia nervosa está muitas das vezes relacionada com alterações endócrinas, na maior parte são adaptativas mobilizando as reservas de energia ou preservar energia para funções vitais. (Misara & Klibanski, 2016)

Também está associada a alteração de estruturas funcionais no sistema central e periférico. Ao nível cerebral, observa-se atrofia difusa da substância cinzenta e branca, o que pode resultar em défices neuropsicológicos. Como esses défices nem sempre são revertidos com a recuperação do peso, sugere-se que possam representar fatores de vulnerabilidade ou até mesmo consequências irreversíveis do transtorno. O comprometimento periférico inclui neuropraxia, decorre da perda de tecido celular subcutâneo, e está associado à fraqueza distal dos membros. Nesses pacientes, a disautonomia pode manifestar-se, por exemplo, como paresia visceral. Além disso, junto com os défices neuropsicológicos, a disautonomia tem sido frequentemente descrito na anorexia nervosa (Baena et al., 2024).

A relação entre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e os transtornos alimentares, especialmente a anorexia nervosa é conhecida há muitos anos. Ambos os transtornos representam fatores de risco mútuo, apresentando uma prevalência ao longo da vida a 13,9% entre pessoas com transtornos alimentares. Sinais de transtorno obsessivo-compulsivo na infância tendem a aparecer com maior frequência em pessoas que mais tarde manifestam transtornos alimentares na adolescência. Estudos longitudinais indicam que esses sinais podem construir um fator de risco precoce, especialmente quando as obsessões já se focam na alimentação (Prete et al., 2025).

Condições dermatológicas estão entre os sinais mais visíveis dos distúrbios alimentares, podendo surgir mesmo nos estágios iniciais do desenvolvimento, como por exemplo os pacientes frequentemente sofrerem de eflúvio telógeno ao nível do couro cabeludo (Baena et al., 2024).

4. Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa, é 4 vezes mais frequente do que a anorexia nervosa, afeta sobretudo mulheres e geralmente tem início na adolescência, é caracterizada por obsessões e compulsões relacionadas a hábitos alimentares seguidos de comportamentos compensatórios destinados a eliminar o excesso de calorias, que engloba vômitos autoinduzidos, uso abusivo de diuréticos, laxantes e uso indevido de insulina. As obsessões, são pensamentos ou preocupações persistentes e indesejadas, que podem abranger diferentes áreas, como alimentação, peso, forma, podem incluir comportamentos associados à comida, episódios de compulsão alimentar, punição, controlo de peso, exercício físico e elaboração de listas. A severidade da bulimia nervosa determina-se pela regularidade dos comportamentos de punição: leve- 1/3 episódios por semana, moderado- 4/7, grave- 8/13 e extremo- 14 ou mais. Os vômitos autoinduzidos e o uso impróprio de laxantes são responsáveis por mais de 90% desses comportamentos (Gorrell et al., 2019) (He et al., 2016) (Nitsch et al., 2021).

Indivíduos com bulimia normalmente mantêm um peso dentro da faixa considerada normal, mas apresentam esses comportamentos pelo menos uma vez por semana por um período de três meses (Sandri et al., 2024).

É um distúrbio em que a pessoa percebe os seus próprios comportamentos como indesejados e entra em conflito com a sua identidade e valores, o que a torna ego-distónica. Apesar do desejo de controlar ou interromper esses comportamentos, os sentimentos de vergonha e culpa dificultam que o individuo fale sobre o problema e procure ajuda. O medo de julgamento e o sigilo em torno dos episódios de compulsão alimentar seguidos de compensação contribuem para o tratamento ser mais desafiador. Estes comportamentos podem levar a desequilíbrios eletrolíticos, que pode resultar em arritmia ou morte, ruturas esofágicas e gástricas, dificuldade em engravidar e cáries. O nível de suicídio é mais preocupante nesta patologia sendo a que apresenta uma taxa mais elevada de suicídio, os adolescentes apresentam taxas de mais elevadas em comparação com adultos. Contudo, uma meta-análise recente revelou que, de forma geral, os

distúrbios alimentares estão pouco associados ao risco de morte por suicídio (Hail & Grange, 2018) (Perkins et al., 2019).

A menarca precoce, frequentemente associada à obesidade infantil, pode aumentar a probabilidade de adoção de dietas restritas em idades precoces, o que por sua vez, eleva o risco de desenvolvimento de bulimia. Experiências como abuso físico e sexual na infância, as expectativas excessivas dos pais, a hiper crítica, a indiferença parental e a imaturidade emocional são fatores frequentemente presentes no ambiente familiar de indivíduos com bulimia (Milosevic., 1999).

Estudos anteriores mostram que tanto a compulsão alimentar quanto o vômito prejudicam a saúde oral, independentemente do diagnóstico específico de transtorno alimentar. Além disso, as escolhas dos alimentos durante a compulsão alimentar desempenham um papel importante, como por exemplo, se o alimento consumido tem potencial para causar cáries ou erosão dentária. (Johansson et al., 2022)

Avanços em neuroimagem permitem uma compreensão mais profunda dos mecanismos neuronais da BN. Diversos estudos de ressonância magnética funcional e espectroscopia funcional de infravermelho próximo mostram alterações na atividade cerebral em repouso, em diferentes tarefas e na conectividade funcional. As descobertas mais consistentes incluem a hipoatividade no circuito frontoestriatal, além de alterações na função cortical estriatal, orbitofrontal, insular e pré-frontal. Também há hiperatividade no córtex cingulado anterior e no OFC, enquanto o controle inibitório deficiente no circuito pré-frontal lateral contribui para episódios de compulsão alimentar. Além disso, pacientes com BN apresentam hipoatividade nas redes de controle executivo e hiperatividade em áreas parieto-occipitais. Como observado, a BN envolve alterações na atividade de diversas regiões corticais. Por isso, abordagens terapêuticas que atuem diretamente nessas alterações podem ser especialmente benéficas (Chmiel & Stepień-Stodkowska., 2024).

5. Transtorno da compulsão alimentar periódica

O Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão excessiva de alimentos, nos quais o indivíduo consome grandes quantidades de comida e sente que perdeu o controle sobre a sua alimentação. É mais frequente no sexo feminino, é diagnosticado por volta dos vinte e três anos embora se estime que o início ocorra ainda na infância. O TCAP foi oficialmente reconhecido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 2013 e incluído na

Classificação Internacional de Doenças (CID) em 2019. Para que o diagnóstico seja estabelecido de acordo com os critérios, os episódios de compulsão alimentar devem ocorrer no mínimo uma vez por semana durante pelo menos três meses e estar acompanhados de sofrimento significativo. Além disso, de acordo o DSM-5, os episódios de compulsão alimentar devem estar relacionados a pelo menos três das cinco características a seguir: ingerir os alimentos de forma muito acelerada, comer até sentir desconforto intenso, alimentar-se mesmo sem estar com fome, comer sozinho por sentir vergonha da quantidade consumida e sentimentos negativos após comer demasiado (Giel et al., 2022) (Robatto et al., 2024).

O comportamento alimentar é orientado pelas necessidades energéticas do organismo, que são reguladas por mecanismos homeostáticos. Estes mecanismos envolvem uma interação complexa entre processos metabólicos, hormonais e neurológicos. Diversos fatores ambientais e psicológicos, especialmente em jovens mais vulneráveis como a exposição a stress intenso e prolongado durante a infância, ou uma preocupação excessiva dos pais com a alimentação, peso e imagem corporal pode ter um impacto significativo nos hábitos alimentares. Estas influências podem alterar a ingestão de energia e contribuir para a ocorrência de episódios alimentares desregulados. Os diferentes tipos de episódios alimentares incluem: a “compulsão alimentar”, que se refere a um consumo exagerado de comida acompanhada de uma sensação de perda de controlo, o “comer na ausência de fome” (EAD), que acontece quando se come mesmo sem ter fome, o “comer apetitivo”, que é motivado pelo prazer ou desejo de comer, influenciado por fatores como o sabor ou a atração que o alimento exerce. A ingestão alimentar excessiva acompanhada pela perda de controlo constitui o marcador clínico mais significativo do TCAP. A sua deteção precoce, nomeadamente no início da adolescência, poderá representar uma janela de intervenção preventiva eficaz (Cena et al., 2022).

O TCAP afeta entre 3% a 5% da população dos Estados Unidos da América (EUA) e pode implicar diversas consequências médicas e psiquiátricas, como diabetes, síndrome metabólico, doenças cardiovasculares e um maior risco de suicídio. Apesar de sua prevalência na população dos EUA, os TCAP têm recebido menos atenção quando comparado a outros transtornos alimentares. A prevalência do TCAP atinge o seu auge no final da adolescência, contudo apenas 11,9% procuram tratamento clínico (Nagata et al., 2023).

Frequentemente ligado à obesidade, pois, ao contrário da bulimia nervosa, não envolve comportamentos compensatórios para eliminar as calorias ingeridas (Bohon, 2019).

Os tratamentos disponíveis para o controle de peso em pacientes pediátricos incluem a terapia comportamental, o uso de medicamentos e em casos extremos a cirurgia bariátrica. Essas abordagens podem contribuir para a redução de peso nos pacientes. No entanto, há preocupações de que, em crianças e adolescentes, esses tratamentos possam incentivar ou agravar comportamentos alimentares descontrolados, como a compulsão alimentar. Diversos mecanismos têm sido sugeridos para explicar essa relação tais como: a restrição alimentar e regras alimentares impostas por terceiros ou autoimpostas. (Moustafa et al., 2021).

O TCAP pode estar associado à insegurança alimentar (IA) que é caracterizada pela dificuldade de acesso a alimentos adequados para uma alimentação equilibrada e saudável devido à escassez de recursos financeiros ou outros motivos. Com base em pesquisas cerca de 3 milhões de crianças dos EUA sofrem de IA e esse número tem vindo a aumentar. Diversos estudos associados a IA relevam efeitos negativos em todas as áreas da saúde infantil, abrangendo os aspetos físicos, emocionais, comportamentais e do desenvolvimento (Nagata et al., 2023).

6. Distúrbios alimentares no COVID-19

No final do ano de 2019, surgiu na China a pandemia de COVID-19, que ainda hoje representa uma crise de saúde pública, tendo-se alastrado mais tarde a todos os países do mundo. O surto espalhou-se com grande velocidade, e a necessidade de medidas preventivas rigorosas e de respostas médicas abrangentes agravou consideravelmente os efeitos da pandemia na população, especialmente no bem-estar psicológico. A pandemia teve um impacto profundo na capacidade de resistência psicológica tanto dos indivíduos como das suas comunidades, contribuindo para o surgimento de diversos problemas de saúde mental, tais como a ansiedade, depressão, solidão, stress e fobias (Mukantwali et al., 2024).

A pandemia de COVID-19 teve um impacto profundo na saúde, na economia, nas finanças e na sociedade, influenciando diversos aspetos da vida global (Devoe et al., 2023).

Os adolescentes por norma já enfrentam uma fase delicada da transição biológica, social, cognitiva e emocional. Além disso, lidaram com responsabilidades e desafios éticos, como a quarentena e a vacinação (Akin & Sarrar., 2024).

De acordo com estudos recentes mostram que a pandemia de COVID-19 levou a um aumento de casos de distúrbios alimentares, especialmente em adolescentes. A perda de rotina e convívio social em conjunto com o aumento do tempo despendido em redes sociais, devido ao encerramento das escolas provocou um aumento do stress e ansiedade. Para além disso, a pandemia teve uma duração mais de quatro anos o que acabou por afetar as crianças no qual foram fatores cruciais para o aparecimento de depressões e problemas alimentares (Parpia et al., 2023) (Usami et al., 2024).

Em julho de 2020, foram divulgados os primeiros relatórios que indicavam que a pandemia de COVID-19 esteve associado a um aumento significativo nos casos de anorexia nervosa em crianças e adolescentes. Os autores sugeriram que as condições impostas pela pandemia resultaram em uma maior incidência e severidade da anorexia nervosa (Dylag et al., 2024).

O fecho repentino de serviços e a dificuldade de acesso a tratamentos ambulatoriais, de internamento e de cuidados diários, aliadas às longas listas de espera, criaram desafios significativos para pessoas com transtornos alimentares. Isso resultou no surgimento de novos casos, além da piora dos sintomas e do aumento das recaídas em pacientes já diagnosticados. Esses obstáculos às redes de apoio e aos serviços especializados para transtornos alimentares podem ter impactos graves e duradouros tanto para os indivíduos como para a família (Devoe et al., 2023)

7. Manifestações orais

7.1 Erosão

A erosão dentária (ED) é caracterizada pela perda irreversível de tecido dentário duro devido a um processo químico que ocorrem sem participação de bactérias. A erosão pode afetar uma área pequena ou todos os dentes, no entanto os primeiros sinais normalmente são detetados nas fases oclusais dos molares. Uma vez desenvolvida, é irreversível. Quanto mais tempo a doença persiste, mais recorrente se torna a erosão (Dehghan et al., 2023) (Inchingolo et al., 2023) (Jarkander et al., 2018) (Muller-Bolla et al., 2015) (Nitsch et al., 2021).

Distinguir entre lesões de erosão ativas e inativas pode ser relevante para avaliar se a prática de indução do vômito foi cessada. As erosões ativas apresentam-se lisas, sem descolorações e tendem a não reagir a estímulos térmicos, tanto frios como quentes. Quando a indução do vômito é interrompida, a dentina exposta nas superfícies palatinas dos dentes acaba por escurecer com o tempo, sinalizando a presença de lesões inativas. É igualmente essencial distinguir entre erosões provocadas por padrões alimentares e aqueles resultantes de episódios frequentes de vômito autoinduzido (Kavitha & Hegde., 2011).

Indivíduos com AN que não recorre, ao vômito autoinduzido para controlar o peso, mas mantêm uma alimentação extremamente restrita, tendem a ter menos predisposição para a erosão dentária do que indivíduos com BN. No entanto, continuam a enfrentar um risco acrescido de comprometimento dentário ao longo da vida, em comparação com indivíduos se esta condição (Monda et al., 2021).

O processo de ED acontece em várias etapas. No início a superfície de esmalte torna-se mais macia e essa alteração pode depender do tempo de exposição e do tipo de ácido presente. Se a erosão continuar, as camadas sucessivas de cristais de esmalte dissolvem-se resultando numa perda irreversível de estrutura, o que leva a uma camada amolecida sobre o tecido remanescente. Na dentina, o processo de desmineralização erosiva expõe uma camada superficial de matriz orgânica completamente desprovida de minerais seguida por uma região com perda mineral parcial, prosseguindo até atingir a dentina interna preservada (Buzalaf et al., 2012).

É uma doença multifatorial, na qual diversos fatores desempenham um papel importante. Entre eles, estão os fatores biológicos, como o fluxo, a composição e a capacidade tampão da saliva, além das características anatômicas dos dentes e dos tecidos moles. Esses fatores, combinados com aspetos químicos dos alimentos sólidos e líquidos, como pH, a capacidade tampão e acidez, além de fatores comportamentais do indivíduo, como o estado de saúde, o consumo frequente de bebidas carbonatadas ou frutas ácidas, a higiene oral e certos hobbies, contribuem para o desenvolvimento da condição. Atividades como a natação podem influenciar o risco de desenvolvimento da doença devido ao baixo pH da água resultante do uso do cloro, o que pode impactar a gravidade das lesões em cada paciente (Martínez et al., 2020).

Também existem fatores fisiológicos, o que podem influenciar o processo erosivo de diferentes formas, o que pode oferecer proteção contra a erosão quanto intensificar a progressão. Entre esses fatores estão a saliva, a composição e estrutura dentária, a anatomia e oclusão, a disposição dos tecidos moles em função dos dentes e movimentos naturais como a deglutição (Buzalaf et al., 2012).

Os ácidos que corroem o esmalte podem ter origem tanto em fontes externas como internas. Em especial, o ácido clorídrico produzido pelo estômago, com um pH extremamente baixo, em torno de 1, contribui para a degradação do esmalte. Esse efeito é mais comum em pacientes com refluxo gastroesofágico (DRGE), vômitos e distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia. Quando a erosão é causada por distúrbios alimentares, a sua progressão tende a ser mais rápida do que quando ocorre devido ao consumo de alimentos ou bebidas ácidas. Para além disso, a erosão também pode ser provocada por medicamentos que contêm ácidos, como aspirina e o ácido ascórbico (Inchingolo et al., 2023).

A erosão dentária pode resultar em dor devido à hipersensibilidade, além de causar perda de forma e função, isso compromete a estética e em casos mais graves pode levar a lesões na polpa exigindo tratamento endodôntico (Dehghan et al., 2023).

O vômito autoinduzido afeta os dentes de duas maneiras: I- indiretamente, pelo tipo de alimento ingerido antes de vômito, que pode ser criogénico e, assim, aumentar o risco de cáries dentárias; II- diretamente, pelo ácido do estômago que entra em contacto com a cavidade oral durante o vômito, o que pode elevar o risco de erosão dentária. A sensibilidade dentária é frequente nestes pacientes. A frequência e a qualidade das práticas de higiene oral são essenciais para a prevenção de cáries e doenças gengivais ou periodontais. No entanto, escovar os dentes logo após vomitar pode aumentar o risco de desgaste dentário, especialmente nas superfícies dos dentes que já estão erodidas (Johansson et al., 2022).

O consumo frequente de refrigerantes e sumos com muito açúcar elevam o risco de erosão. Além disso, refrigerantes adoçados artificialmente, mesmo sem açúcar, também aumentam a probabilidade de erosão dentária. Muitas das vezes estes pacientes optam por bebidas dietéticas como estratégia para controlar tanto o apetite quanto o peso (Johansson et al., 2020).

O diagnóstico da erosão dentária é feito principalmente por meio de exame visual, o que pode torná-lo subjetivo. Por isso, é fundamental utilizar um índice confiável e com alta capacidade de detecção. Diversos índices foram desenvolvidos para avaliar lesões erosivas, sendo a BEWE (Basic Erosion Wear Examination) o mais amplamente utilizado. Esse índice mede exclusivamente a erosão dentária, sem considerar outros tipos de desgaste de origem diferente, como abrasão, atrito ou abfração. Além de ser fácil de aprender, aplicar e calibrar, o BEWE apresenta boa especificidade e sensibilidade ao contrário de outros índices (Martínez et al., 2020).

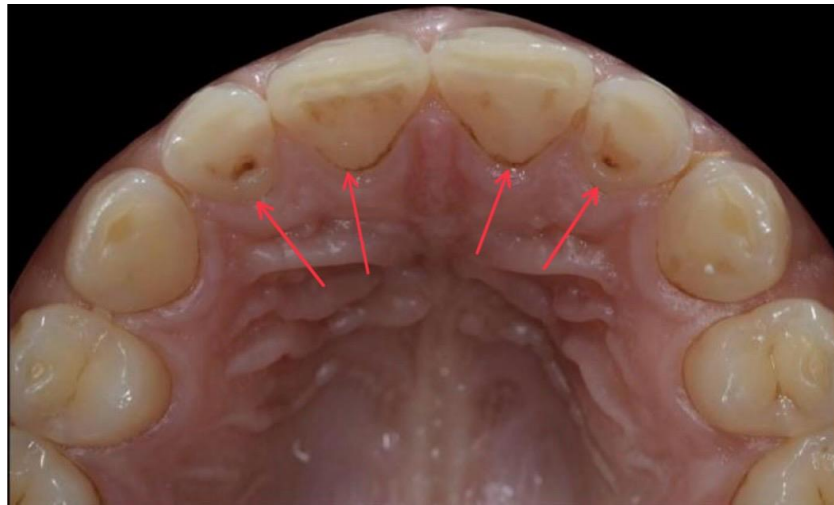


Figura 1: Estado inicial do desgaste erosivo dentário numa mulher de 25 anos com NA (adaptado de Rangé et al., 2021).

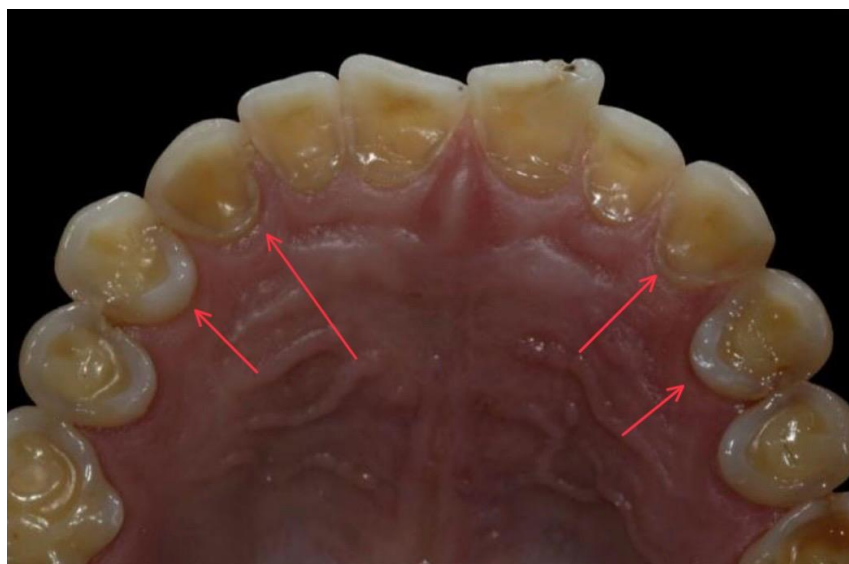


Figura 2: Desgaste dentário erosivo generalizado e avançado numa mulher de 38 anos após 5 anos relacionados à AN. O desgaste erosivo nos dentes, nas áreas lingual e oclusal anteriores, é característico de transtornos alimentares relacionados a episódios de vômito (adaptado de Rangé et al., 2021).

7.2 Cáries

As cáries dentárias, também chamadas de cavidade, são provocadas pela deterioração do dente causada pelos ácidos produzidos por bactérias na boca. A palavra “cárie” teve origem no início do século XVII. Em latim, o termo “cáries” significa “podridão” ou “decadência”, uma designação bastante apropriada para esta patologia, tendo em conta o seu efeito destrutivo sobre os tecidos dentários. É um problema de saúde significativo na maioria dos países desenvolvidos, afetando tanto crianças como adultos. Assim como outras condições classificadas como doenças não transmissíveis (DNT), a cárie dentária surge devido a uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. É fundamental compreender que a manifestação da cárie pode variar consideravelmente de caso para caso. Numa fase inicial, a cárie é geralmente identificada durante o exame clínico como uma pequena mancha esbranquiçada ou opaca numa superfície lisa do dente, incluindo uma zona de desmineralização do esmalte. Caso não seja intervencionada atempadamente, a cárie inicial pode evoluir de forma gradual, agravando-se progressivamente. Com o tempo, a lesão torna-se mais extensa, formando uma cavidade visível e podendo provocar sintomas. Os sinais associados à cárie podem incluir desconforto, sensibilidade ao frio ou calor, bem como dor persistente. Se a condição não for tratada, pode evoluir para complicações mais graves, como inflamação da polpa dentária, infeções tanto agudas como crónicas, desenvolvimento de abscessos, perda do dente afetado e em casos mais severos celulite (Pitts et al., 2021) (Wong., 2022).

A cárie dentária é um dos aspetos relevantes nos distúrbios alimentares. Como a origem é geralmente multifatorial, não se pode atribuir a sua ocorrência unicamente aos distúrbios alimentares. As lesões de cárie observadas nestes pacientes apresentam as seguintes características: a maior incidência de cáries na região cervical e lesões profundas na dentina, com extensas áreas de esmalte danificado (Hasan et al., 2021).

Devido ao vômito crónico autoinduzido, que causa regurgitação ácida, a saliva de pessoas com anorexia e bulimia contém uma maior quantidade de micróbios produtores de ácidos e causadores de cáries. Além disso, a redução no fluxo salivar, que se torna mais espesso e com pH baixo, pode promover o desenvolvimento de micróbios orais que preferem ambientes acídicos. Estudos indicam que níveis elevados de *S.sobrinus* na saliva são consistentes em pacientes bulímicos, sugerindo que a análise salivar de *S.sobrinus* pode ser útil como ferramenta diagnosticada em casos de bulimia (Hasan et al., 2020).

Os hábitos alimentares em pacientes com distúrbios alimentares podem contribuir para o desenvolvimento de cárie dentária devido à restrição de grupos inteiros de alimentos e macronutrientes sem necessidade médica, a adoção de dietas para emagrecimento e a restrição intencional de refeições, resultam em possíveis deficiências nutricionais. A ingestão insuficiente de nutrientes, como proteínas, vitaminas A, C e D, e minerais, pode elevar a suscetibilidade à desmineralização nos processos de cáries. Por outro lado, hábitos alimentares alternativos, como a redução do ritmo de ingestão, o consumo excessivo de alimentos ricos em calorias e carboidratos durante episódios de compulsão alimentar e a indução do vômito para controle do peso, podem favorecer a retenção de resíduos alimentares, a formação de placa bacteriana na superfície dentária, a diminuição do pH na cavidade oral e a desmineralização, aumentando assim o risco de cárie. (Pasznska et al., 2023)

Investigações indicam que a cárie dentária tende a ocorrer com maior frequência pessoas com desequilíbrios nutricionais. Para além dos outros fatores abordados, a higiene oral deficiente em pacientes com distúrbios alimentares influenciado por fatores psicológicos contribui para um maior risco de desenvolvimento de cárie (Monda et al., 2021).

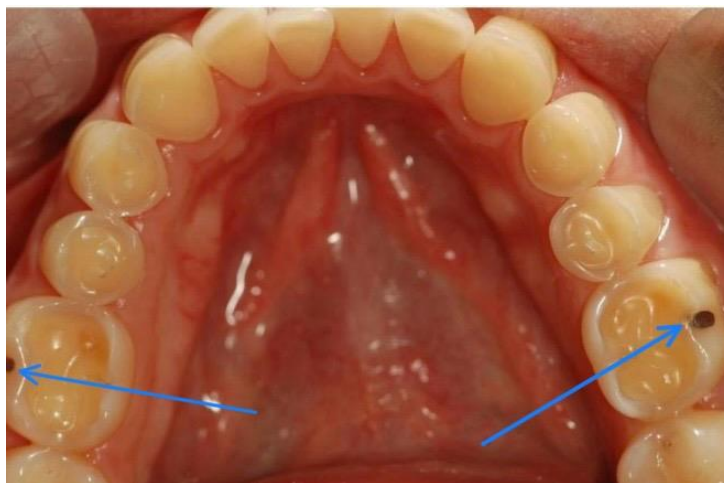


Figura 3: Superfícies oclusais impactadas pelo desgaste erosivo dentário (adaptado de Paszynska et al., 2023)

Como referido anteriormente, indivíduos que sofrem de distúrbios alimentares estão inseridos num grupo com elevado risco de desenvolvimento de cárie. Dessa forma, é essencial implementar estratégias eficazes para prevenção da cárie dentária (Tabela 4).

Tabela 4. Principais estratégias para prevenir o aparecimento de cárie dentária
(Adaptado de Paszynska et al., 2023).

Gestão do biofilme bacteriano	Métodos físicos: <ul style="list-style-type: none">• Escova de dentes• Escovilhões• Escova de língua• Fio dentário• Irrigadores orais Preparações antibacterianas (temporariamente, se necessário): <ul style="list-style-type: none">• Dentífricos com agentes antibacterianos• Elixires orais com substâncias ativas (clorhexidina, sais estanosos ou sais de zinco)
Fortalecimento dos tecidos dentários contra a ação desmineralizante dos ácidos produzidos por bactérias	Por meio de aplicação superficial de substâncias remineralizantes, utilizadas tanto em tratamentos caseiros como realizados em consultório
Alterações dos hábitos alimentares	<ul style="list-style-type: none">• Limitar o consumo de hidratos de carbono fermentáveis• Evitar o consumo de alimentos que sejam aderentes ou muito ácidos, pois podem favorecer o desenvolvimento de cárie.• Dar preferência:<ul style="list-style-type: none">○ Legumes crus○ Frutos secos○ Queijo
Estimulação da secreção salivar	Incluir alimentos mais consistentes na dieta e optar por pastilhas elásticas sem açúcar, que contenham substitutos do açúcar como xilitol
Ajustar a hipossalivação causada por fármacos, quando necessário	
Realização de consultas dentárias trimestrais para acompanhar a saúde oral e incentivar o paciente	

7.3 Sinal de russel

A manifestação cutânea mais típica associada ao vômito autoinduzido designam-se por sinais de Russel são caracterizados por surgimento de calos na parte superior da mão dominante, que podem tornar-se permanentes e apresentar hiperpigmentação proveniente da autoindução do vômito devido à irritação traumática causada pelos dentes. Não é frequente pois muitos pacientes conseguem vomitar sem esforço ao provocar o vômito de forma voluntária, relaxando o esfíncter esofágico de modo semelhante ao ato de arrotar, enquanto comprimem os músculos gástricos ou através utilização de objetos. (Kavitha & Hegde., 2011) (Nitsch et al., 2021) (Rikhari et al., 2020).



Figura 4: Dorso da mão do paciente com sinais de russel (adaptado de Rikhari et al., 2020).

7.4 Hiperplasia das glândulas salivares

Nas glândulas parótidas a hipertrofia ou sialadenose (SN) podem-se desenvolver em mais de 50% dos pacientes com esta patologia devido ao vômito autoinduzido. A sialadenose é descrita como uma doença inflamatória, de evolução autolimitada e com processo necrosante, afetando sobretudo as glândulas salivares menores localizadas no palato duro. Normalmente esta condição surge 3 a 4 dias após a interrupção da punição. Nos estádios iniciais o inchaço pode ocorrer de forma intermitente, mas com o tempo torna-se mais constante. Os sintomas incluem um aumento bilateral indolor das glândulas parótidas e, em alguns casos, de outras glândulas salivares. A estimulação colinérgica das glândulas, junto com a hipertrofia das glândulas, ocorre para atender à maior demanda de produção de saliva ou acúmulo exacerbado e saliva que não é necessária após a interrupção do vômito. A razão mais provável para esse aumento pode ser atribuída a uma neuropatia

autonômica, que afeta os nervos simpáticos o que leva a um crescimento das células acinares devido à acumulação dos grânulos zimogênio (Hasan et al., 2020) (Monda et al., 2021) (Nitsch et al., 2021).

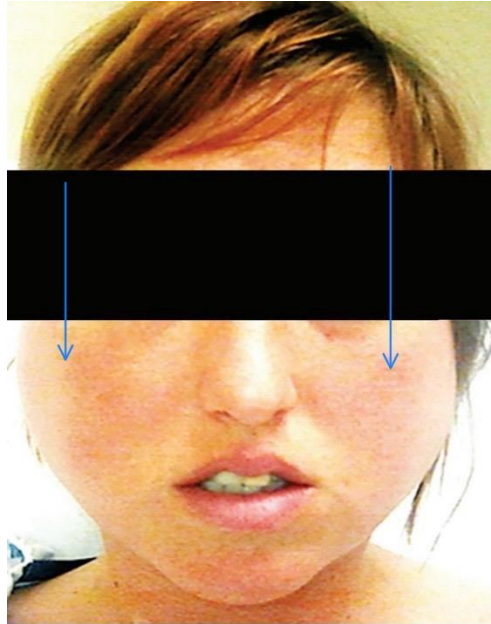


Figura 5: Invidiuo com sialadenose (Adaptado de Nitsch et al., 2021).

A neuropatia autonômica resulta conseqüentemente, uma maior produção de proteína acinar e/ou a uma liberação irregular de grânulos. O armazenamento excessivo de grânulos de zimogênio nas células acinares leva ao aumento do volume da parótida e à disfunção na produção de saliva. Uma investigação conduzida por Donath et al. revelou que a produção e liberação de saliva são reguladas por células mioepiteliais e neurónios simpáticos pós-ganglionares. Presume-se que a degeneração dessas células reguladoras seja o fator responsável pelo desenvolvimento da sialadenose (Hasan et al., 2020).

A literatura também relata casos de sialometaplasia necrosante como uma manifestação oral dos distúrbios alimentares, sendo mais comum na bulimia nervosa. Ela surge como uma úlcera em forma de cratera com margens irregulares, a nível histológico caracteriza-se pela necrose das células glandulares e metaplasia escamosa do epitélio dos ductos salivares, associada a um infiltrado inflamatório. Este estado de aumento das glândulas pode estar relacionado com episódios recorrentes de compulsão alimentar e vômitos autoinduzidos (Monda et al., 2021).

Além da causa mencionada anteriormente presume-se que a SN seja resultado da necrose isquêmica dos lóbulos das glândulas salivares, embora a sua etiopatogenia exata ainda

não esteja completamente compreendida. O consumo de tabaco e álcool, traumas como próteses mal ajustadas, cirurgias recentes e extrações dentárias, além de doenças pulmonares como possíveis fatores desencadeantes (Hasan et al., 2020).

7.5 Xerostomia

A xerostomia, conhecida como a sensação subjetiva de boca seca, é um problema frequente, especialmente entre pessoas de meia-idade e idosos, mas também pode estar associada ao stress, ansiedade e devido a diversas doenças que afetam diretamente as glândulas salivares. Embora muitas vezes esteja associado a uma redução significativa na produção de saliva (hipossalivação), também pode ocorrer sem essa diminuição. O diagnóstico de hipossalivação é determinado por meio da sialometria, sendo identificado quando a taxa de secreção salivar total não estimulada é de no máximo 0,1ml/min e/ou quando a taxa de secreção salivar total estimulada pela mastigação não ultrapassa 0,7ml/min (Dreyer et al., 2021).

Os níveis de amilase sérica costumam ser elevados em pacientes com BN e AN, geralmente devido ao aumento da amilase salivar associado a episódios frequentes de vômitos intensos. Antes do vômito, a produção de saliva cresce de forma intensa, pois a região do cérebro que controla esse reflexo está conectada aos núcleos responsáveis pela salivação. Os pacientes com distúrbios alimentares relatam frequentemente uma sensação de salivação diminuída, o que resulta em boca seca (Lesar et al., 2022) (Milosevic., 1999).

A hipossalivação é comumente observada em pacientes anoréxicos durante períodos de privação alimentar prolongada, em contraste com os comportamentos de compulsão alimentar típicos da bulimia (Hasan et al., 2020).

7.6 Doença periodontal

A doença periodontal é uma patologia inflamatória de longa duração que compromete a estrutura de suporte dos dentes. A periodontite não se limita apenas às gengivas, sendo caracterizada também pela destruição gradual de todas as estruturas de suporte dos dentes, incluindo tecidos moles e duros. Pesquisas científicas apontam que a doença periodontal está relacionada com a diabetes mellitus tipo 2, problemas cardiovasculares e complicações na gravidez, entre outros (Kalhan et al., 2022).

Os estudos apresentam resultados divergentes quanto às alterações periodontais em pacientes com distúrbios alimentares. Na realidade, em alguns estudos indicam uma fraca

ou mesmo inexistente associação. Por outro lado, investigadores defendem que os efeitos no tecido periodontal em pacientes com distúrbios alimentares são evidentes e resultam da má higiene oral, assim como de outros fatores que influenciam a composição bacteriana, mecanismos de defesa do hospedeiro e os processos de reparação tecidual. Existem estudos que mostram que pacientes com distúrbios alimentares apresenta uma prática de higiene oral reduzida devido a condições psicopatológicas e depressivas.

Deficiências nutricionais podem provocar distúrbios hematológicos, nomeadamente anemia, trombocitopenia, leucopenia e neutropenia. Esses fatores podem favorecer o aparecimento da doença periodontal. Em particular, a falta de vitamina C pode tornar os indivíduos mais suscetíveis a doenças periodontais. Essa carência, resultante de uma alimentação inadequada pode levar a síntese defeituosa de colágeno, o que pode estar relacionado com o aparecimento de sangramento gengival espontâneos, úlceras, mobilidade dentária e um aumento das infeções periodontais. A falta de outros micronutrientes pode também agravar a saúde periodontal (Monda et al., 2021).

Pesquisas sobre a presença de bolsas periodontais superiores a 3 mm não indicam variações significativas entre indivíduos com distúrbios alimentares e a população em geral. No entanto, uma percentagem mais elevada de locais com nível de inserção clínica de 3 mm ou mais tem sido consistentemente observada em indivíduos com distúrbios alimentares, especialmente naqueles que padecem de anorexia nervosa. Pode-se inferir que indivíduos com distúrbios alimentares apresentam um risco maior de recessão gengival em comparação com a população geral, embora não de periodontite (Rangé et al., 2000).

7.7 Articulação Temporomandibular

O desgaste das superfícies de mastigação dos dentes podem comprometer a estabilidade dos contactos entre os arcos dentários e reduzir a dimensão vertical, contribuindo para o desenvolvimento de distúrbios temporomandibulares. Estudos de caso-controle demonstram que indivíduos com distúrbios alimentares, sobretudo aqueles que referem episódios de vômito ou de ingestão compulsiva de alimentos manifestam sensibilidade aumentada à palpação muscular, um hábito mais intenso de mastigar pastilha elástica e uma incidência mais elevada de dor craniofacial em relação a pessoas sem essas condições. Cerca de 60% das pessoas com distúrbios alimentares referem ter experienciado algum tipo de dor fácil, seja no momento atual ou num passado recente.

Curiosamente, foi observada uma relação entre o fluxo gastrointestinal e os distúrbios temporomandibulares crônicos e dolorosos, que são influenciados por fatores como a ansiedade e a somatização. A dor fácil crônica pode afetar a eficácia do tratamento de indivíduos com distúrbios alimentares e por isso deve ser avaliada de forma sistemática e devidamente gerida (Rangé et al., 2000).

A dor na ATM parece estar relacionada ao estado emocional das crianças, uma vez que pode provocar um aumento da tensão muscular que posteriormente desencadeia dor e comprometimento da função da articulação temporomandibular. De igual modo, um estudo de Farsi indicou que crianças com alterações emocionais apresentam um risco mais elevado de desenvolver DTM. Sugere-se também que o surgimento da dor e da disfunção esteja ligada ao acréscimo da tensão muscular desencadeado por fatores emocionais. O estado emocional deve ser tido em conta ao avaliar um paciente que apresenta sinais e sintomas de DTM (Alamoudi., 2001).

7.8 Lesões nos tecidos moles

Uma alimentação desequilibrada com carência vitamínica e elevado consumo de hidratos de carbono, hábitos prejudiciais, hipossalivação e uma higiene oral deficiente podem comprometer a saúde da mucosa oral e dos tecidos periodontais. Indivíduos com distúrbios alimentares apresentam uma maior incidência de lábios secos, eritema labial, quelite esfoliativa, descamação do tecido do palato (coloração amarelo-alaranjada), lesões hemorrágicas, mordeduras de lábios e bochechas, sensação de ardor na língua e doenças periodontais com pacientes saudáveis. As lesões ulcerativas na mucosa oral estão frequentemente associadas a comportamentos de vômito autoinduzido. Portanto, durante o exame clínico de um indivíduo em risco de distúrbios alimentares, os dentistas devem verificar de forma sistemática a presença de ulcerações no palato, causadas pelo uso dos dedos ou escova de dentes para induzir o vômito (Rangé et al., 2000).

A queilite angular, também conhecida como queilose, é uma característica comum da BN, manifestando-se principalmente nos cantos da boca, que costumam apresentar um aspecto pálido e macerado. A queilite angular deve-se, na maioria dos casos, a uma infecção crônica por *Candida*, embora também possa surgir devido a uma infecção simultânea por estafilococos (Hasan et al., 2020).



Figura 6: Queilite angular (adaptada de lesar et al., 2022)

A síndrome da boca ardente é observada nos pacientes com distúrbios alimentares. Os doentes referem uma sensação de queimadura ou picadas na língua ou na boca, apesar da ausência de alterações clínicas ou patológicas relevantes. A sensação de ardor pode surgir como consequência de distúrbios psicológicos, como ansiedade, depressão e stress, bem como de condições neurológicas subjacentes. A atrofia da mucosa oral, causado por carências nutricionais e vômitos persistentes, pode igualmente desempenhar um papel no surgimento da sensação de ardor nesses doentes (Hasan et al., 2020).



Figura 7: ulceração da mucosa oral no platô mole. Essa lesão episódica foi causada pelo uso do dedo do paciente para induzir vômitos (adaptada de Rangé et al., 2000).

8. Tratamento

8.1 Anorexia nervosa

O tratamento da AN baseado na família (FBT) é atualmente a terapia mais usada em adolescentes. É um tratamento ambulatorio uma vez que é visto como a opção mais apropriada para o tratamento de jovens com AN, sendo oferecido por especialistas e destaca a grande importância da participação familiar (Olivo et al., 2019) (Walsh & McNicholas., 2020).

O FBT em pacientes com AN envolve 3 fases. A primeira fase centra-se na recuperação rápida da saúde física sendo coordenada pelos pais. Explica-se às famílias, devido à natureza egossintónica do transtorno, o paciente tem dificuldade em fazer escolhas saudáveis relacionadas com a alimentação. Para evitar a necessidade de tratamentos mais intensivos, a responsabilidade pelas escolhas alimentares é temporariamente transferida do paciente para os pais. Cabe aos pais a responsabilidade determinar a alimentação dos filhos decidindo o que ingerem, em que quantidades e em que momento, para além de acompanharem de perto toda a ingestão alimentar e sempre que necessário restringir a atividade física, tal como seria feito numa unidade de internamento. O objetivo do FBT, contudo, é possibilitar que os pacientes recuperem no seu ambiente habitual, rodeados pelo seu sistema de apoio, em vez de serem afastados dos pais e encaminhados para um programa de tratamento hospitalar ou em regime residencial. Os irmãos também desempenham um papel fundamental de apoio, mas não participam diretamente no processo tal como os pais. A segunda sessão de FBT inclui uma refeição em família, onde os familiares levam uma refeição ao consultório do terapeuta. Durante esse momento, o terapeuta orienta a família sobre estratégias para lidar de forma mais eficaz tanto com o transtorno alimentar como com o próprio paciente. O objetivo é dar motivação à família pois sentem-se derrotados. A fase 1 prolonga-se até que haja um aumento de peso consistente. A fase 2 consiste em devolver gradualmente ao adolescente a responsabilidade pela alimentação, de forma adequada à sua idade e alinhada com a dinâmica específica de cada família. Esta fase é implementada de forma gradual para reduzir o risco de recaídas, evitando frustrações tanto para a família quanto para os terapeutas. Na Fase 3, avalia-se o progresso do adolescente, assegurando que a família tenha regressado à sua rotina quotidiana e restabelecido uma convivência familiar harmoniosa. A família antecipa os desafios futuros do desenvolvimento do adolescente e

estabelece formas de o orientar, assegurando que não utilize o transtorno alimentar como uma forma de lidar com essas dificuldades (Rienecke., 2017).

Ao fim de apoiar profissionais clínicos e pesquisadores na identificação dos fatores que impactam o FBT, foi desenvolvido um modelo conceitual com base nos resultados da revisão. Este modelo foi elaborado de forma sistemática, por meio da análise de conteúdos e da frequência com que cada variável apareceu (McCord et al., 2025).

Tabela 5. Modelo conceitual Care-FIT dos fatores do cuidador que influenciam o tratamento (Adaptado de McCord et al., 2025)

Fatores de externalização Componentes de emoção expressa	<ul style="list-style-type: none">• Crítica• Hostilidade• Cordialidade• Comentários Positivos• Desregulação• Promoção de um ambiente harmonioso• Conduta no momento de comer
Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Colaboração entre cuidadores• Isolamento social• Responsabilidades dos pais• Relação de confiança entre o terapeuta e o paciente• Rede de apoio pessoal• Apoio cultural
Fatores relacionados com a alimentação	<ul style="list-style-type: none">• História do transtorno alimentar• Normas rígidas sobre a alimentação• Práticas alimentares influenciadas pela cultura• Alimentação intuitiva do cuidador
Função familiar	<ul style="list-style-type: none">• Sintonização do cuidador• Presença• Refeições em contexto familiar• Gestão comportamental• Habitação
Fatores internalizantes	<ul style="list-style-type: none">• Transtornos mentais

	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Luto • Remorso • Capacidade de adaptação • Vivência subjetiva
Prontidão	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação • Disposição • Motivação
Confiança	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamento • Autoeficácia
Capacidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aptidão • Qualificação • Sobrecarga do cuidador • Fontes de apoio • Bem estar do cuidador

Embora formas leves a moderadas de AN com estabilidade médica possam ser tratadas em ambiente ambulatorio, casos moderados ou graves requerem cuidados diferenciados. Segundo as diretrizes de tratamento do NICE (National Institute for Health and Care Excellence), crianças e adolescentes com AN que apresentam, por exemplo, um baixo peso grave (IMC abaixo do terceiro percentil para a idade), perda de peso rápida ou contínua e/ou comorbidades significativas devem receber tratamento em regime de internamento (Stonawski et al., 2025).

A reposição do peso é um fator importante, sendo um pré-requisito para a recuperação do paciente tanto a nível físico como mental melhorando a qualidade de vida. A psicoterapia é outro elemento importante pois ajuda na obtenção de segurança derivado do medo de ganhar peso (Hebebrand et al., 2024).

O ganho de peso precoce é um fator crucial para os desfechos no acompanhamento ao longo de um ano. Essa realimentação é baseada em “melhores práticas” ou na experiência clínica, em vez de evidências robustas, refletindo uma clara falta de consenso global. Como resultado, a abordagem para a restauração do peso varia significativamente entre e dentro dos países. Até há pouco tempo, a abordagem mais comum, segundo diretrizes

internacionais como as da American Dietetic Association (ADA), recomendava iniciar a realimentação com uma ingestão de 1.000 a 1.200 kcal/dia (30-40 kcal/kg/dia). Em casos de desnutrição grave, a ingestão poderia ser ainda menor (10-20 kcal/kg/dia), com aumentos progressivos de 100 a 200 kcal/dia. Na Europa, eram recomendados níveis extremamente hipocalóricos de 500-600 kcal/dias (5-10 kcal/kg/dia) (Roma et al., 2024).

8.2 Bulimia nervosa

O tratamento para a BN inicialmente é de natureza psicológica, como a terapia cognitivo-comportamental, embora a sua eficácia seja limitada. O uso de medicamentos é uma alternativa complementar no tratamento. Os fármacos mais frequentemente recomendados incluem os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), como o topiramato e a fluoxetina. O uso da bupropiona tem se tornado menos comum. A combinação de farmacoterapia como psicoterapia pode proporcionar benefícios adicionais, que tendem a se manter ao longo do tempo (Chmiel & Stepień-Stodkowska., 2024).

Um dos tratamentos é a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTR), uma técnica não invasiva de estimulação cerebral que tem despertado grande interesse na comunidade científica ao longo dos anos devido à sua segurança e eficácia (Chmiel & Stepień-Stodkowska., 2024).

A terapia baseada na família foi ajustada para aplicação em pacientes com BN. Embora tenha muitas semelhanças com a FBT em anorexia nervosa, a FBT em bulimia nervosa concentra-se principalmente em interromper os episódios de compulsão alimentar e comportamentos de punição. Embora os pais continuem a ter um papel fundamental na recuperação, a abordagem por norma é mais participativa. Isto deve-se em parte, ao facto de a bulimia nervosa gerar um maior conflito interno em comparação com a anorexia nervosa. Procura-se atenuar a crítica por parte dos pais, que pode ser mais intensa em famílias de pacientes com BN do que com AN. Além disso, dá-se especial atenção à diminuição do sentimento de vergonha e do sigilo que habitualmente envolvem os episódios de compulsão alimentar e punição. Para além disso, a abordagem apresenta maior flexibilidade, permitindo ajustar o foco para lidar com patologias associadas ou desafios comportamentais que surgem com mais frequência do que o habitual no tratamento da anorexia nervosa (Rienecke., 2017).

8.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica

Estão disponíveis várias formas eficazes de intervenção para lidar com a compulsão alimentar periódica em adultos, desde terapias psicológicas e comportamentais a tratamentos com medicamentos ou até intervenções cirúrgicas. Em crianças e adolescentes, embora existam menos soluções consolidadas, algumas abordagens mostram-se igualmente promissoras (Smith & Goldschmidt., 2024).

A prevalência da forma completa da síndrome de compulsão alimentar periódica é relativamente baixa entre crianças e adolescentes. No entanto, os dados indicam que os sintomas subclínicos estão fortemente ligados a sofrimento emocional, dificuldades no funcionamento diário e a um maior risco de desenvolver perturbações alimentares mais graves. Dessa forma, as abordagens terapêuticas para jovens costumam ser ajustadas de acordo com critérios específicos para a sua faixa etária, relacionados com os TCAP. Estes critérios incluem episódios de compulsão alimentar, tanto de natureza objetiva como subjetiva, permitindo uma menor frequência e/ou duração das compulsões em comparação com os padrões definidos no DSM-5. A maioria das estratégias de intervenção para jovens tem-se focado em abordagens ajustadas ao seu estágio de desenvolvimento, com resultados positivos já demonstrados no tratamento de adultos. Entre estas abordagens encontram-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Psicodinâmica Interpessoal (TPI) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD). Foi demonstrado que a TCC é mais eficaz do que a ausência de intervenção em jovens com episódios recorrentes de compulsão alimentar e com diagnóstico de TCAP ajustado à idade. No entanto, até ao momento, não existem estudos que a comparem com um tratamento de controlo fiável (Smith & Goldschmidt., 2024).

As investigações sobre agentes farmacológicos para tratar a compulsão alimentar e, jovens têm sido bastante limitadas, embora o uso off-label de LDX tenha sido mencionado na literatura com efeitos promissores num único caso de compulsão alimentar. Assim como nos estudos realizados com adultos, a cirurgia bariátrica em adolescentes está associada a melhorias na compulsão alimentar, desde antes da operação até seis anos depois. Contudo, as taxas de prevalência parecem aumentar progressivamente com o passar do tempo após a cirurgia (Smith & Goldschmidt., 2024).

Tendo em conta todos estes elementos, a abordagem multidisciplinar deve envolver uma equipa interdisciplinar composta por diversos profissionais, nomeadamente psiquiatras,

pediatras, enfermeiros, terapeuta familiar, psicólogo, nutricionistas credenciados, treinadores de saúde, entre outros para que a intervenção seja verdadeiramente eficaz (Cena et al., 2022).

III- Conclusão

Com base na revisão narrativa realizada, destaco a importância do médico dentista na detecção precoce dos distúrbios alimentares.

Concluo que os distúrbios alimentares são uma doença complexa que relata uma excessiva preocupação com o peso e que vêm acompanhados de práticas menos corretas para combater o aumento de peso. Ao longo deste trabalho, ficou evidente que estas patologias, para além de causarem sérios prejuízos na saúde física e mental, também se manifestam significativamente na cavidade oral, podendo ser detetada precocemente por médicos dentista. A complexidade multifatorial destas patologias, que envolve aspetos genéticos, sociais e culturais, reforça a importância de uma abordagem interdisciplinar no seu diagnóstico e tratamento.

As manifestações orais, como a erosão, xerostomia, lesão nos tecidos moles e alterações periodontais, muitas vezes surgem como sinais precoces destas doenças o que torna o médico dentista uma figura crucial na identificação inicial dos distúrbios alimentares. Reconhecer esses sinais pode ser determinante para um encaminhamento precoce e adequado, contribuindo para o sucesso do tratamento.

Existem vários tipos de diversos distúrbios alimentares, sendo os mais conhecidos a anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica.

A bulimia nervosa é aproximadamente quatro vezes mais comum do que a anorexia nervosa. Apesar de geralmente manter o peso corporal dentro da faixa normal, a pessoa tem consciência de que os seus comportamentos são prejudiciais, mas sente-se incapaz de controlá-los, o que leva a uma série de consequências físicas e emocionais.

Porém, a anorexia nervosa é o transtorno alimentar com maior taxa de mortalidade, frequentemente associada ao suicídio. Está ligada à desnutrição e a um peso corporal extremamente baixo, incompatível com a idade e o sexo da pessoa, o que pode levar a diversos problemas de saúde associados.

O transtorno da compulsão alimentar periódica distingue-se da bulimia nervosa porque, embora o indivíduo também ingira grandes quantidades de comida de forma descontrolada, não recorre a métodos compensatórios, como o vômito, para eliminar o que consumiu.

A pandemia do COVID-19, iniciada no final de 2019, teve um impacto profundo na saúde mental e emocional da população, especialmente entre adolescentes, ao agravar quadros de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares. A perda de rotina, o isolamento social, o aumento do uso das redes sociais e a dificuldade de acesso a tratamentos contribuíram para o aumento da incidência e gravidade de casos como a anorexia nervosa em crianças e jovens.

Neste contexto, torna-se evidente o papel crucial do médico dentista não apenas na identificação dessas alterações, mas também no encaminhamento adequado para uma equipa multidisciplinar. O conhecimento e a sensibilização dos profissionais de saúde oral em relação às manifestações clínicas dos distúrbios alimentares podem contribuir significativamente para o diagnóstico precoce, o início do tratamento e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

Bibliografia

- Akın, A., & Sarrar, L. (2024). Understanding Adolescent Mental Health in the COVID-19 Era: A Psychodynamic Approach. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(7), 772. <https://doi.org/10.3390/children11070772>
- Alamoudi N. (2001). Correlation between oral parafunction and temporomandibular disorders and emotional status among saudi children. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 26(1), 71–80. <https://doi.org/10.17796/jcpd.26.1.m24280163t5q65x6>
- Axelsson, K. F., Woessner, M. N., Litsne, H., Wheeler, M., Flehr, A., King, A. J., Kalén, M., Vandemput, L., & Lorentzon, M. (2022). Eating disorders are associated with increased risk of fall injury and fracture in Swedish men and women. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 33(6), 1347–1355. <https://doi.org/10.1007/s00198-022-06312-2>
- Bacalhau, S. P. O. S., de Orange, L. G., Correia Junior, M. A. V., Nunes, J. V., de Almeida, C. L. A. S., & Coriolano-Marinus, M. W. L. (2025). Mindfulness-based interventions and their relationships with body image and eating behavior in adolescents: a scoping review. *Journal of eating disorders*, 13(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01238-6>
- Baenas, I., Etxandi, M., & Fernández-Aranda, F. (2024). Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. Complicaciones médicas en anorexia y bulimia nerviosa. *Medicina clinica*, 162(2), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.028>
- Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja, O., Jakovina, T., & Begovac, I. (2018). PREDICTORS OF EATING DISORDER RISK IN ANOREXIA NERVOSA ADOLESCENTS. *Acta clinica Croatica*, 57(3), 399–410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>
- Bohon C. (2019). Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(4), 549–555. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>
- Bozzola, E., Cirillo, F., Mascolo, C., Antilici, L., Raucci, U., Guarnieri, B., Ventricelli, A., De Santis, E., Spina, G., Raponi, M., Villani, A., & Marchili, M. R. (2024). Predisposing Potential Risk Factors for Severe Anorexia Nervosa in Adolescents. *Nutrients*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.3390/nu17010021>
- Brandt, L. M. T., Fernandes, L. H. F., Aragão, A. S., Aguiar, Y. P. C., Auad, S. M., de Castro, R. D., Cavalcanti, S. D. L. B., & Cavalcanti, A. L. (2017). Relationship between Risk Behavior for Eating Disorders and Dental Caries and Dental Erosion. *TheScientificWorldJournal*, 2017, 1656417. <https://doi.org/10.1155/2017/1656417>

Buzalaf, M. A., Hannas, A. R., & Kato, M. T. (2012). Saliva and dental erosion. *Journal of applied oral science : revista FOB*, 20(5), 493–502. <https://doi.org/10.1590/s1678-77572012000500001>

Cena, H., Vandoni, M., Magenes, V. C., Di Napoli, I., Marin, L., Baldassarre, P., Luzzi, A., De Pasquale, F., Zuccotti, G., & Calcaterra, V. (2022). Benefits of Exercise in Multidisciplinary Treatment of Binge Eating Disorder in Adolescents with Obesity. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8300. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148300>

Chmiel, J., & Stępień-Słodkowska, M. (2024). Efficacy of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in the Treatment of Bulimia Nervosa (BN): A Review and Insight into Potential Mechanisms of Action. *Journal of clinical medicine*, 13(18), 5364. <https://doi.org/10.3390/jcm13185364>

Damtie Aserese, A., Merid, M., Getie, A., & Belayhun, Y. (2025). Assessment of disordered eating attitudes and associated factors among female undergraduates at Arba Minch University, Southern Ethiopia. *BMC public health*, 25(1), 1730. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22957-0>

Dehghan, M., Tantbirojn, D., Harrison, J., Stewart, C. W., Johnson, N., Tolley, E. A., & Zhang, Y. H. (2023). Oral Health and Behavior Patterns of Women with Eating Disorders-A Clinical Pilot Study. *Life (Basel, Switzerland)*, 13(12), 2297. <https://doi.org/10.3390/life13122297>

Dreyer, N. S., Lynggaard, C. D., Jakobsen, K. K., Pedersen, A. M. L., von Buchwald, C., & Grønhoj, C. (2021). *Ugeskrift for laeger*, 183(27), V11200814.

Dylağ, K. A., Skowron, K. P., Kurnik-Łucka, M., Drzewiecki, Ł., Przybyszewska, K., Król-Dykas, M., Dumnicka, P., Gawlik, Z., Gawlik, J., Sikora, S., & Gil, K. (2024). Anorexia Nervosa in Polish Children and Adolescents in the Context of the COVID-19 Pandemic-An Observational Single Centre Study. *Nutrients*, 16(23), 4112. <https://doi.org/10.3390/nu16234112>

Fahed, G., Aoun, L., Bou Zerdan, M., Allam, S., Bou Zerdan, M., Bouferraa, Y., & Assi, H. I. (2022). Metabolic Syndrome: Updates on Pathophysiology and Management in 2021. *International journal of molecular sciences*, 23(2), 786. <https://doi.org/10.3390/ijms23020786>

Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>

Gonçalves, J.deA., Moreira, E. A., Trindade, E. B., & Fiates, G. M. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 31(1), 96–103. <https://doi.org/10.1590/s0103-05822013000100016>

- Gorrell, S., Kinasz, K., Hail, L., Bruett, L., Forsberg, S., Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Rituals and preoccupations associated with bulimia nervosa in adolescents: Does motivation to change matter?. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 27(3), 323–328. <https://doi.org/10.1002/erv.2664>
- Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 11–16. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135326>
- Hasan, S., Ahmed, S., Panigrahi, R., Chaudhary, P., Vyas, V., & Saeed, S. (2020). Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *Journal of family medicine and primary care*, 9(8), 3890–3897. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_608_20
- He, X., Stefan, M., Terranova, K., Steinglass, J., & Marsh, R. (2016). Altered White Matter Microstructure in Adolescents and Adults with Bulimia Nervosa. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(7), 1841–1848. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.354>
- Hebebrand, J., Gradl-Dietsch, G., Peters, T., Correll, C. U., & Haas, V. (2024). The Diagnosis and Treatment of Anorexia Nervosa in Childhood and Adolescence. *Deutsches Arzteblatt international*, 121(5), 164–174. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0248>
- Herpertz-Dahlmann, B., & Dahmen, B. (2019). Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 11(8), 1932. <https://doi.org/10.3390/nu11081932>
- Inchingolo, F., Dipalma, G., Azzollini, D., Trilli, I., Carpentiere, V., Hazballa, D., Bordea, I. R., Palermo, A., Inchingolo, A. D., & Inchingolo, A. M. (2023). Advances in Preventive and Therapeutic Approaches for Dental Erosion: A Systematic Review. *Dentistry journal*, 11(12), 274. <https://doi.org/10.3390/dj11120274>
- Ispas, A. G., Forray, A. I., Lacurezeanu, A., Petreuş, D., Gavrilaş, L. I., & Cherecheş, R. M. (2025). Eating Disorder Risk Among Adolescents: The Influence of Dietary Patterns, Physical Activity, and BMI. *Nutrients*, 17(6), 1067. <https://doi.org/10.3390/nu17061067>
- J Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 56(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Jaka, S., Pokhrel, S., Patel, A., Sejdiu, A., Taneja, S., Vashist, S., Arisoyin, A., Bachu, A. K., Rajaram Manoharan, S. V. R., Mogallapu, R., & Patel, R. S. (2024). Demographics, psychiatric comorbidities, and hospital outcomes across eating disorder types in adolescents and youth: insights from US hospitals data. *Frontiers in child and adolescent psychiatry*, 3, 1259038. <https://doi.org/10.3389/frcha.2024.1259038>

- Johansson, A. K., Mjanger Øvretvedt, T., Reinholtsen, K. K., & Johansson, A. (2022). Eating Disorders: An Analysis of Self-Induced Vomiting, Binge Eating, and Oral Hygiene Behavior. *International journal of clinical practice*, 2022, 6210372. <https://doi.org/10.1155/2022/6210372>
- Johansson, A. K., Norring, C., Unell, L., & Johansson, A. (2020). Diet and behavioral habits related to oral health in eating disorder patients: a matched case-control study. *Journal of eating disorders*, 8, 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0281-z>
- Kalhan, A. C., Wong, M. L., Allen, F., & Gao, X. (2022). Periodontal disease and systemic health: An update for medical practitioners. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 51(9), 567–574. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2021503>
- Kavitha, P. R., Vivek, P., & Hegde, A. M. (2011). Eating disorders and their implications on oral health--role of dentists. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 36(2), 155–160. <https://doi.org/10.17796/jcpd.36.2.3785414p682843wj>
- Khalifa, I., & Goldman, R. D. (2019). Anorexia nervosa requiring admission in adolescents. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 65(2), 107–108.
- Lesar, T., Vidović Juras, D., Tomić, M., Čimić, S., & Kraljević Šimunković, S. (2022). ORAL CHANGES IN PEDIATRIC PATIENTS WITH EATING DISORDERS. *Acta clinica Croatica*, 61(2), 185–192. <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.02.03>
- Lesar, T., Vidović Juras, D., Tomić, M., Cvitković Roić, A., Vrtarić, A., Nikolac Gabaj, N., Čimić, S., & Kraljević Šimunković, S. (2022). Saliva Changes in Pediatric Patients with Eating Disorders. *Acta stomatologica Croatica*, 56(2), 154–161. <https://doi.org/10.15644/asc56/2/6>
- Lozano-Muñoz, N, Borrallo-Riego, Á, & Guerra-Martín, MD. (2022). Influencia de las redes sociales sobre la anorexia y la bulimia en las adolescentes: una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(2), e1009. Epub 24 de abril de 2023. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.1009>
- Marqués Martínez, L., Segarra Ortells, C., Gavara Navarro, M.^aJ., & Borrell García, C. (2020). Erosión dental en una muestra de niños valencianos. Prevalencia y evaluación de los hábitos de alimentación [Dental erosion in a sample of Valencian children. Prevalence and evaluation of eating habits]. *Nutricion hospitalaria*, 37(5), 895–901. <https://doi.org/10.20960/nh.03095>
- Massou, E., Magnusson, J., Fulop, N. J., Gandhi, S., Ramsay, A. I., Heyman, I., O'Curry, S., Bennett, S., Ford, T., & Morris, S. (2025). Systematic review of integrated mental and physical health services for children and young people with eating and functional symptoms. *Health and social care delivery research*, 1–24. Advance online publication. <https://doi.org/10.3310/ELPT1245>

- McCord, A., Rice, K., & Rock, A. (2025). Caregiver factors influencing family-based treatment for child and adolescent eating disorders: a systematic review and conceptual model. *PeerJ*, 13, e19247. <https://doi.org/10.7717/peerj.19247>
- Meneguzzo, P., De Mico, A., Maragno, L., Marzotto, A., Conti, F., Maggi, L., Mezzani, B., & Todisco, P. (2025). Childhood adversity and empathy in eating disorders: Exploring transdiagnostic profiles and socio-emotional functioning. *Child abuse & neglect*, 164, 107445. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107445>
- Milosevic A. (1999). Eating disorders and the dentist. *British dental journal*, 186(3), 109–113. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800036>
- Misra, M., & Klibanski, A. (2016). Anorexia Nervosa and Its Associated Endocrinopathy in Young People. *Hormone research in paediatrics*, 85(3), 147–157. <https://doi.org/10.1159/000443735>
- Monda, M., Costacurta, M., Maffei, L., & Docimo, R. (2021). Oral manifestations of eating disorders in adolescent patients. A review. *European journal of paediatric dentistry*, 22(2), 155–158. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2021.22.02.13>
- Moustafa, A. F., Quigley, K. M., Wadden, T. A., Berkowitz, R. I., & Chao, A. M. (2021). A systematic review of binge eating, loss of control eating, and weight loss in children and adolescents. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 29(8), 1259–1271. <https://doi.org/10.1002/oby.23185>
- Mukantwali, M. B., Niyonsenga, J., Uwingeneye, L., Kanyamanza, C. U., & Mutabaruka, J. (2024). Prevalence of depression, anxiety and stress and their risk and protective factors among secondary students in Rwanda during the first wave of COVID-19 pandemic. *PloS one*, 19(7), e0306389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306389>
- Muller-Bolla, M., Courson, F., Smail-Faugeron, V., Bernardin, T., & Lupi-Pégurier, L. (2015). Dental erosion in French adolescents. *BMC oral health*, 15, 147. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0133-4>
- Nagata, J. M., Chu, J., Cervantez, L., Ganson, K. T., Testa, A., Jackson, D. B., Murray, S. B., & Weiser, S. D. (2023). Food insecurity and binge-eating disorder in early adolescence. *The International journal of eating disorders*, 56(6), 1233–1239. <https://doi.org/10.1002/eat.23944>
- Nagata, J. M., Smith-Russack, Z., Paul, A., Saldana, G. A., Shao, I. Y., Al-Shoaibi, A. A., Chaphekar, A. V., Downey, A. E., He, J., Murray, S. B., Baker, F. C., & Ganson, K. T. (2023). The social epidemiology of binge-eating disorder and behaviors in early adolescents. *Journal of eating disorders*, 11(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00904-x>
- Nitsch, A., Dlugosz, H., Gibson, D., & Mehler, P. S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 88(6), 333–343. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168>

- Olivo, G., Gaudio, S., & Schiöth, H. B. (2019). Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI Studies. *Nutrients*, *11*(8), 1907. <https://doi.org/10.3390/nu11081907>
- Östberg, A. L., Wigenstedt, S., & Karlsson, G. P. (2024). Self-Perceived Oral Health Related to Eating Disorders-A Cross-Sectional Questionnaire Study. *International journal of dental hygiene*, *10*.1111/idh.12863. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/idh.12863>
- Parpia, R., Spettigue, W., & Norris, M. L. (2023). Approach to anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in adolescents. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, *69*(6), 387–391. <https://doi.org/10.46747/cfp.6906387>
- Paszynska, E., Hernik, A., Rangé, H., Amaechi, B. T., Gross, G. S., & Pawinska, M. (2023). Diet Traps during Eating Disorders among Dentate Patients at an Oral Health Glance. *Nutrients*, *15*(20), 4414. <https://doi.org/10.3390/nu15204414>
- Patterson-Norrie, T., Ramjan, L., Sousa, M. S., Sank, L., & George, A. (2020). Eating disorders and oral health: a scoping review on the role of dietitians. *Journal of eating disorders*, *8*, 49. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00325-0>
- Perkins, N. M., & Brausch, A. M. (2019). Body dissatisfaction and symptoms of bulimia nervosa prospectively predict suicide ideation in adolescents. *The International journal of eating disorders*, *52*(8), 941–949. <https://doi.org/10.1002/eat.23116>
- Pitts, N. B., Twetman, S., Fisher, J., & Marsh, P. D. (2021). Understanding dental caries as a non-communicable disease. *British dental journal*, *231*(12), 749–753. <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3775-4>
- Presskreischer, R., Prado, M. A., Kuraner, S. E., Arusilor, I. M., & Pike, K. (2023). Eating disorders and oral health: a scoping review. *Journal of eating disorders*, *11*(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00778-z>
- Preti, A., Bevione, F., Lacidogna, M. C., Raballo, A., Poletti, M., & Abbate-Daga, G. (2025). Early intervention in eating disorders: introducing the chronopathogram. *Eating and weight disorders : EWD*, *30*(1), 9. <https://doi.org/10.1007/s40519-025-01715-6x>
- Rangé, H., Colon, P., Godart, N., Kapila, Y., & Bouchard, P. (2021). Eating disorders through the periodontal lens. *Periodontology 2000*, *87*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1111/prd.12391>
- Rienecke R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, *8*, 69–79. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775>
- Rikhari, P., & Kumar, A. (2021). Russell's sign in obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, *63*(2), 200–201. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_957_20

- Robatto, A. P., Cunha, C. M., & Moreira, L. A. C. (2024). Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Jornal de pediatria*, *100 Suppl 1*(Suppl 1), S88–S96. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.12.001>
- Roman, C., Aglave, R., Farine, S., Joris, C., Lefebvre, L., & Vermeulen, F. (2024). High-calorie refeeding in adolescents with anorexia nervosa: a narrative review. *Acta gastro-enterologica Belgica*, *87*(2), 287–293. <https://doi.org/10.51821/87.2.12851>
- Saad, M. B., Eymann, A., Granados, N., Rotblat, G., Dawson, S., Cibeira, A., & Paz, M. C. (2021). Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos [Treatment of eating disorders in adolescents: case series]. *Archivos argentinos de pediatría*, *119*(4), e364–e369. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.e364>
- Sandri, E., Cantín Larumbe, E., Cerdá Olmedo, G., Luciani, G., Mancin, S., Sguanci, M., & Piredda, M. (2024). Anorexia and Bulimia Nervosa in Spanish Middle-Aged Adults: Links to Sociodemographic Factors, Diet, and Lifestyle. *Nutrients*, *16*(16), 2671. <https://doi.org/10.3390/nu16162671>
- Skalsky Jarkander, M., Grindefjord, M., & Carlstedt, K. (2018). Dental erosion, prevalence and risk factors among a group of adolescents in Stockholm County. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *19*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0317-5>
- Smith, K. E., & Goldschmidt, A. B. (2024). Treatment of Binge-Eating Disorder Across the Lifespan: An Updated Review of the Literature and Considerations for Future Research. *Current obesity reports*, *13*(2), 195–202. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00553-4>
- Stonawski, V., Stehbach, C., Bauer, M., Wangler, S., Moll, G. H., Horndasch, S., & Kratz, O. (2025). Early intervention for adolescents with anorexia nervosa: Pilot evaluation of an outpatient group therapy prior to inpatient treatment. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *33*(1), 95–105. <https://doi.org/10.1002/erv.3128>
- Tan, J. S. K., Tan, L. E. S., Davis, C., & Chew, C. S. E. (2022). Eating disorders in children and adolescents. *Singapore medical journal*, *63*(6), 294–298. <https://doi.org/10.11622/smedj.2022078>
- Torrejón Silva, C., Arellano Montiel, E., Pascual Moreno, M. D. P., Bravo Jiménez, P., & Yohannessen Vásquez, K. (2024). Evaluación de adolescentes con anorexia nerviosa y anorexia nerviosa atípica controlados ambulatoriamente [Assessment of adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa monitored as outpatient]. *Andes pediátrica : revista Chilena de pediatría*, *95*(4), 373–380. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v95i4.4932>

- Usami, M., Sasaki, Y., Ichikawa, M., Matsudo, M., Ohashi, M., Higashino, Y., Kono, Y., Matsudo, H., Nomura, Y., Ma, M., Sakoh, Y., Odaka, M., Itagaki, K., Yamamoto, K., Takahashi, M., Yoshimura, Y., Inoue, S., Ishida, M., Inazaki, K., Hakoshima, Y., ... Mizumoto, Y. (2024). The COVID-19 pandemic-induced behavioral restrictions and their impact on child and adolescent psychiatric units-Infection control or freedom. *PCN reports : psychiatry and clinical neurosciences*, 3(4), e70047. <https://doi.org/10.1002/pcn5.70047>
- Via, E., & Contreras-Rodríguez, O. (2023). Binge-Eating Precursors in Children and Adolescents: Neurodevelopment, and the Potential Contribution of Ultra-Processed Foods. *Nutrients*, 15(13), 2994. <https://doi.org/10.3390/nu15132994>
- Walsh, O., & McNicholas, F. (2020). Assessment and management of anorexia nervosa during COVID-19. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 187–191. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.60>
- Wasniewska, M., & Li Pomi, A. (2022). Does anorexia nervosa with adolescent onset need long-term follow-up?. Czy jadłowstręt psychiczny z początkiem w okresie młodzieńczym wymaga długotrwałej obserwacji?. *Pediatric endocrinology, diabetes, and metabolism*, 28(1), 1–3. <https://doi.org/10.5114/pedm.2022.113814>
- Wong, H. M. (2022). Childhood Caries Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8527. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148527>
- Yu, Z., & Muehleman, V. (2023). Eating Disorders and Metabolic Diseases. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2446. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032446>