

## ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA: ALTERAÇÕES BUCAIS E IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

## NERVOUS ANOREXIA AND NERVOUS BULIMIA: ORAL ALTERATIONS AND DENTIST'S ROLE ON THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Fernanda Daniela Guimarães dos Santos\*  
 Ilâney Cristina Guimarães Cardoso\*\*  
 Daniela Cristina Barbosa Alves\*\*\*  
 Santuza Maria Souza de Mendonça\*\*\*\*

## RESUMO

Os transtornos alimentares são caracterizados como quadros psiquiátricos que levam a graves danos psicológicos e sociais. Dentre os principais transtornos destacam-se a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, que têm como característica comum a preocupação excessiva com o corpo e o medo intenso de engordar. Nos últimos anos, a prevalência e incidência desses transtornos têm aumentado significativamente, principalmente entre as mulheres. A carência nutricional e as práticas de purgação para controle de peso resultam em diversas manifestações clínicas bucais. O objetivo deste trabalho é apresentar, através de uma revisão de literatura, as manifestações bucais da anorexia nervosa e bulimia nervosa, além de contextualizar a participação do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional desses transtornos. O cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a suspeitar do diagnóstico desses dois transtornos. Assim, é imprescindível que este esteja apto a reconhecer tais manifestações e encaminhar o paciente para tratamento multiprofissional.

**Descritores:** Anorexia nervosa • Bulimia nervosa • Manifestações bucais • Transtornos de alimentação.

## ABSTRACT

Eating disorders are characterized as psychiatric conditions that lead to severe psychological and social damage. Among the main highlights are the disorders anorexia nervosa and bulimia nervosa that have in common a preoccupation with the body and intense fear of gaining weight. In recent years, the prevalence and incidence of these disorders have increased significantly, especially among women. Nutritional deficiency, associated with the practice of purging to control weight, results in various clinical mouth manifestations. The objective of this paper is to present, through a literature review, oral manifestations of anorexia nervosa and bulimia nervosa, and contextualize the participation of dentists in the multidisciplinary approach of these disorders. The dentist may be the first professional to suspect the diagnosis of anorexia nervosa or bulimia nervosa and what possible actions play educational, preventive and curative, holistic approach to help patients. Thus, it is indispensable that he is able to recognize such events and thus refer the patient to a transdisciplinary treatment.

**Descriptors:** Anorexia nervosa • Bulimia nervosa • Oral manifestations • Eating disorders.

\* Cirurgião-dentista formada pelo curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva - BH/MG.

\*\* Cirurgião-dentista formada pelo curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva - BH/MG

\*\*\* Graduada do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva - BH/MG.

\*\*\*\* Mestre em Odontologia – FO/UFMG, doutoranda em Estomatologia - FO/UFMG, professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva – BH/MG.

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade impõe um estereótipo de beleza que exige pessoas cada vez mais magras e com corpos bem definidos. Em busca desse ideal, muitos indivíduos desenvolvem transtornos alimentares<sup>1,2,3</sup>. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa destacam-se entre os principais distúrbios alimentares<sup>2</sup>.

Os transtornos alimentares são caracterizados por distúrbios psiquiátricos que levam a graves danos psicológicos e sociais. Afetam, em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do gênero feminino<sup>4,5</sup>.

A anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso intensa e premeditada à custa de dietas rigorosas<sup>4</sup>. Os indivíduos portadores de anorexia nervosa têm como ponto comum a busca desenfreada pela magreza e extrema repulsão por comida<sup>6,7</sup>. Burke *et al.*<sup>3</sup>, (1996) reforçam que a perda exagerada de apetite, identificada nos casos de anorexia nervosa, também guarda relação com questões psicológicas como o sofrimento, medo intenso, preocupação com a alimentação e perda de peso.

A bulimia nervosa, em contrapartida, caracteriza-se pela ingestão de grandes quantidades de alimentos, acompanhada de vontade incontrolável de comer, seguida de sentimento de culpa e ações compensatórias inadequadas, como o uso de laxantes, diuréticos e o vômito autoinduzido<sup>4,8,9,10</sup>. É mais difícil de ser percebida, quando comparada à anorexia, pois, na maioria das vezes, no início da doença, o indivíduo não apresenta sinais evidentes e seu peso permanece normal<sup>11</sup>.

Ambos os transtornos apresentam etiologia multifatorial com componentes genéticos, neuroquímicos, psicológicos, socioculturais e nutricionais<sup>12,13</sup>. Podem apresentar manifestações bucais como a perimólise, xerostomia/hipossalivação, aumento de glândulas salivares, aumento do índice de cárie, bruxismo e alterações da mucosa bucal como queilite e erosões<sup>14,15,16,17</sup>.

O cirurgião-dentista deve estar apto a identificar os sinais bucais desses transtornos; assim, pode suspeitar da presença destes e encaminhar o indivíduo a uma avaliação multiprofissional. Como o diag-

nóstico e tratamento desses transtornos demandam abordagem transdisciplinar, o cirurgião-dentista deve fazer parte da equipe multiprofissional<sup>15,18,19</sup>. É importante reforçar que o diagnóstico precoce dos transtornos alimentares leva a um prognóstico favorável<sup>20</sup>.

## 2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar, através de uma revisão de literatura, as manifestações bucais relacionadas à anorexia e à bulimia nervosas, além de contextualizar a participação do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional de tais transtornos.

## 3. METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados *Pubmed/Medline* e *Scielo*, utilizando-se como estratégia de busca a associação dos descritores "anorexia nervosa", "bulimia nervosa", "manifestações bucais" e "transtornos de alimentação". Seus correspondentes em inglês também foram utilizados. Todos os descritores foram extraídos da listagem de Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde, disponível em <http://decs.bvs.br>. Foram selecionados os artigos publicados nos idiomas português e inglês entre 1992 e 2012. Para a seleção, considerou-se a relevância do artigos através da análise do título e resumo e/ou do texto integral.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

## 4.1 Transtornos Alimentares

O mundo aprecia a feminilidade e agrega o sucesso à magreza, o que tem levado as pessoas a praticarem dietas rigorosas e descontroladas para chegarem ao peso ideal<sup>21</sup>. Foi constatado, através de estudos científicos, que pessoas que fazem dietas apresentam um risco até 18 vezes maior para o desenvolvimento de transtornos alimentares em comparação com aquelas que não o fazem<sup>12,22</sup>. Os transtornos alimentares, descritos como alterações do hábito alimentar, levam a graves prejuízos biopsicossociais e elevado índice de letalidade e morbidade<sup>2,6</sup>.

A anorexia nervosa e a bulimia ner-



vosa estão intimamente relacionadas por apresentarem como sintomas comuns a preocupação excessiva com o corpo e o medo de engravidar<sup>2,11</sup>. Apresentam etiologia multifatorial, com interferência de fatores familiares, genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais<sup>23,24</sup>.

Estima-se que a anorexia nervosa acometa 1% das mulheres entre 12 e 25 anos, sendo mais comum em indivíduos da classe econômica alta<sup>25,26</sup>. Sua incidência varia de 0,24 a 7,3 casos para cada 100.000 indivíduos por ano<sup>27</sup>, com a faixa etária média de surgimento entre 14 e 18 anos<sup>28</sup>. Em contrapartida, a bulimia nervosa é mais comum do que a anorexia nervosa, com prevalência de 1% a 2% e idade média próxima de 20 anos. Esse distúrbio, no entanto, acomete mulheres de todas as classes socioeconômicas<sup>26, 28</sup>.

No Brasil, em estudo realizado com universitárias de Santa Catarina, a bulimia nervosa teve prevalência de 3,6%, com idade média de ocorrência por volta dos 20,2 anos<sup>29</sup>. As pesquisas sobre anorexia no Brasil ainda são escassas. As prevalências encontradas estão entre 4,9 a 25%, diversificando-se entre idade, atividade ocupacional, grupos étnicos e grau de urbanização<sup>30, 31</sup>.

A carência nutricional e as práticas de purgação para controle do peso, comuns nos dois distúrbios, resultam em várias alterações que também acometem a cavidade bucal<sup>15,16,32</sup>. Nesse contexto, o cirurgião-dentista contribui de forma decisiva na identificação das desordens alimentares, uma vez que os pacientes tendem a esconder esses distúrbios de familiares e amigos<sup>1</sup>.

A identificação desses transtornos é favorecida pela realização de uma anamnese detalhada, seguida dos exames físicos intra e extrabucal. O cirurgião-dentista pode ser, portanto, o primeiro profissional a suspeitar da existência de algum transtorno alimentar<sup>3,33,34</sup>.

#### 4.1.2 Anorexia Nervosa

O primeiro caso de anorexia foi descrito em 1964 pelo médico Richard Morton<sup>4, 35</sup>. Frequentemente inicia-se na infância ou adolescência e é demarcada por grande perda de peso, advinda de severa restrição alimentar<sup>2,17,23,33</sup>. Segundo o DSM-

-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), quatro critérios devem estar presentes para que seja dado um diagnóstico definitivo de anorexia nervosa<sup>11</sup>: redução do peso corporal, em pelo menos 15% abaixo do esperado; perda de peso por eliminação de alimentos ricos em carboidratos e utilização de métodos purgativos; distorção da imagem corporal quando, mesmo com peso inferior, o indivíduo se vê gordo e alterações endócrinas generalizadas, manifestadas em mulheres por ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos e, em homens, pela perda de interesse e potência sexual.

A anorexia nervosa pode apresentar dois tipos clínicos, conhecidos como restritiva ou purgativa. Na anorexia do tipo restritiva, o indivíduo segue apenas dieta restritiva, não faz uso de métodos compensatórios e pratica exercícios físicos em excesso. Já no tipo purgativa, o indivíduo come de forma compulsiva, pratica purgações com uso de medicamentos e vômito autoinduzido<sup>25,36</sup>. As alterações bucais são mais frequentes na anorexia do tipo purgativa e seu prognóstico é pior, quando comparada à restritiva<sup>9</sup>.

Estudos mostram que 53% dos anoréxicos fazem jejum restritivo e 47% têm compulsão alimentar seguida de purgação<sup>18</sup>. Como consequência das práticas purgativas e desnutrição, o indivíduo pode apresentar, além das alterações bucais, várias complicações médicas, como anemia, osteoporose, alterações endócrinas, arritmia cardíaca, dentre outras<sup>37,38</sup>.

#### 4.1.3 Bulimia Nervosa

A bulimia apresenta como característica principal a ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos, com sensação de pouco ou nenhum prazer, seguida por sentimento de culpa. Com o objetivo de evitar tanto o ganho de peso quanto esse sentimento de culpa, o indivíduo com bulimia utiliza-se de prática compensatória que envolve vômito autoinduzido, uso de laxantes e diuréticos<sup>17</sup>.

Na bulimia ocorrem os chamados episódios bulímicos, quando o paciente come compulsivamente várias vezes ao dia e em curtos intervalos de tempo. O



forte sentimento de culpa faz com que ele force uma regurgitação<sup>4,34</sup>. Alguns pacientes chegam a consumir alta quantidade de caloria, que varia entre 1000 e 5000, em pequeno espaço de tempo. Os alimentos preferidos são os de fácil acesso e com altas concentrações de carboidrato<sup>39</sup>. Em 90% dos casos é registrado o vômito autoinduzido, comprovando ser este o principal método utilizado pelos bulímicos para livrarem-se das calorias e culpa. Em casos mais graves, podem ocorrer dez ou mais episódios de vômito autoinduzido em um intervalo de 24 horas<sup>40</sup>.

O diagnóstico da bulimia nervosa é estabelecido segundo os critérios do DSM - IV e CID 10<sup>11</sup> quando o indivíduo apresenta as seguintes situações: episódios recorrentes de compulsão alimentar em curto espaço de tempo e sentimento de culpa ocorrendo pelo menos duas vezes na semana durante o período de três meses; preocupação persistente em comer; utilização de métodos purgativos para prevenir o ganho de peso; preocupação excessiva em engordar e realização de exercícios físicos e jejuns de forma descontrolada.

Segundo Teixeira Neto<sup>41</sup> (2003), os episódios bulímicos despertam sentimentos de tristeza, vergonha, condenação. Estes, na grande maioria das vezes, levam o indivíduo ao isolamento social, podendo desencadear quadros depressivos<sup>42</sup>. Em função dos quadros psiquiátricos, pacientes bulímicos apresentam prognóstico pior quando comparados aos pacientes anoréxicos<sup>25,26,33,43</sup>.

## 4.2 Manifestações bucais da anorexia nervosa e bulimia nervosa

### 4.2.1 Perimólise

A perimólise é a manifestação bucal mais frequente em indivíduos com transtornos alimentares<sup>16, 33, 44, 45</sup>. Caracteriza-se pela dissolução do esmalte e dentina, com causa associada aos ácidos de origem extrínseca ou intrínseca, sem ação de bactérias<sup>45,46</sup>.

As lesões de perimólise são causadas pela exposição frequente dos dentes ao conteúdo ácido advindo de vômitos e regurgitações crônicas. Essa situação é comum em pacientes com anorexia nervosa purgativa e bulimia nervosa<sup>14,46,47</sup>. Essas le-

ções têm como características clínicas esmalte dentário com diminuição de brilho, alteração de cor e aspecto liso. Em dentes restaurados, o material restaurador pode projetar-se além do preparo cavitário. No caso de restaurações em amálgama, tais projeções recebem o nome de "ilhas de amálgama"<sup>48</sup>.

Com o decorrer do tempo, as coroas dentárias dos indivíduos portadores de bulimia ou anorexia podem apresentar bordas incisais finas e/ou fraturadas. Pode haver, também, diastemas entre os dentes posteriores<sup>49</sup>; perda da dimensão vertical e hipersensibilidade dentinária<sup>3, 18</sup>. A perda do esmalte faz com que a superfície torne-se lisa e atinja a dentina, provocando sensibilidade ao frio, ao calor e pressão osmótica<sup>50</sup>.

O aparecimento e gravidade das lesões dependem tanto da duração e frequência dos episódios de vômito, quanto dos hábitos de higiene bucal dos pacientes<sup>18, 51, 52,53</sup>. A realização de higiene bucal logo após os episódios de vômitos favorece o desgaste dos dentes por meio do processo de abrasão<sup>14, 46</sup>.

As superfícies mais afetadas pela perimólise são as faces palatinas dos dentes anteriores superiores e, em casos mais graves, as superfícies linguais dos dentes posteriores inferiores<sup>16,33,54</sup>. Os dentes anteriores inferiores são pouco acometidos por serem constantemente banhados pela saliva e protegidos pela língua<sup>54</sup>.

### 4.2.2 Cárie dentária

Na literatura, a relação entre o aparecimento de lesões de cárie e transtornos de alimentação é questionável. Autores como Aranha *et al.*<sup>18</sup> (2008) e De Moor<sup>15</sup> (2004) mostraram que o risco à cárie em pacientes bulímicos e anoréxicos tem o mesmo padrão de variação da população em geral. Já para outros pesquisadores, a alimentação rica em carboidratos e sacarose, que é a primeira escolha desses pacientes, aliada à higiene bucal precária, favorece o desenvolvimento de lesões cariosas<sup>17,33,55,56,57,58</sup>. De acordo Cardoso Guedes *et al.*<sup>59</sup> (2007), pacientes com transtorno de alimentação ingerem compulsivamente alimentos bastante cariogênicos, que propiciam a queda do pH da saliva, provocando desmineralização dos





tecidos dentários e, conseqüente, aparecimento de lesões de cárie.

Já para Faine<sup>60</sup> (2003), o risco à cárie é individual e depende de fatores como a higiene bucal, presença de xerostomia e o tipo de alimento consumido.

#### 4.2.3 Xerostomia/Hipossalivação

A xerostomia caracteriza-se pela sensação de boca seca, com diminuição da produção salivar e predispõe à ocorrência de lesões na cavidade bucal<sup>61</sup>. A hipossalivação pode provocar alterações de paladar, halitose, dificuldade de fonação e deglutição, além de ressecamento da mucosa bucal e diminuição das propriedades de limpeza, capacidade tampão e pH da saliva<sup>1, 15</sup>.

As causas mais frequentes de hipossalivação estão associadas a emoções, jejum frequente, doenças autoimunes, síndromes, uso de medicamentos, doenças psiquiátricas, desidratação e obstrução ou infecção das glândulas salivares, que levam ao ressecamento e desidratação da mucosa bucal<sup>62</sup>. Em pacientes com transtornos alimentares, a xerostomia/hipossalivação podem ser resultantes das práticas purgativas, longos períodos de jejum e ação anticolinérgica dos diversos fármacos utilizados no tratamento dessas condições<sup>2, 63</sup>.

Segundo Barboza *et al.*<sup>1</sup>, (2011), pacientes anoréxicos permanecem muito tempo em jejum, fato que favorece o aparecimento da xerostomia/hipossalivação. Já os bulímicos, durante a compulsão alimentar, deglutem rapidamente os alimentos, o que ocasiona menor estimulação das glândulas salivares. O uso de medicamentos para tratamento desses transtornos também contribui para diminuição do fluido salivar, agravando o quadro de xerostomia/hipossalivação<sup>63, 64</sup>.

O diagnóstico da xerostomia/hipossalivação é dado através de exame clínico, com observação do estado de hidratação da mucosa bucal ou pela associação com presença ou não de lesões eritematosas, cariosas e queilite angular<sup>61</sup>. Para o diagnóstico da xerostomia é importante que o paciente relate sensação de boca seca, mas, para que se confirme a baixa produção salivar, pode ser feita a sialometria.

#### 4.2.4 Alterações periodontais

A maior incidência de alterações pe-

riodontais em pacientes com transtornos alimentares ainda é controversa na literatura<sup>18</sup>. Autores como Cardoso Guedes *et. al.*<sup>59</sup> (2007) acreditam que indivíduos com transtornos alimentares têm maior acometimento periodontal, especialmente devido à deficiência de higiene bucal. Já outros autores acreditam que a doença periodontal raramente é diagnosticada entre anoréxicos e bulímicos, pelo fato de tais indivíduos serem jovens. O que pode ser encontrado nesses pacientes são papilas interdentais hipertrofiadas, em decorrência da acidez do vômito, da abrasão e recessão gengival, devido à escovação rigorosa, e gengivite<sup>1, 15, 17, 58</sup>. As alterações periodontais são mais comuns em indivíduos com anorexia nervosa do que em bulímicos<sup>65</sup>, pois os bulímicos têm um cuidado maior com sua imagem corporal e higiene bucal<sup>66</sup>.

#### 4.2.5 Aumento da glândula parótida

O aumento da glândula parótida é comum em pacientes com transtornos alimentares<sup>50, 67</sup>, no entanto, sua causa ainda é desconhecida. Acredita-se que ocorra um estímulo colinérgico da glândula parótida associado ao ato de vomitar. Essa condição pode ocorrer uni ou bilateralmente, com incidência que varia de 10% a 50% dos pacientes<sup>67</sup>.

O aumento da glândula parótida pode ser identificado a partir do segundo ao sexto dia, após o início dos episódios de compulsão alimentar. A gravidade do caso está relacionada com a frequência dos vômitos<sup>66, 68</sup>. O ducto da glândula permanece em estado normal, não havendo inflamação nem obstrução. Nenhum tratamento é necessário; apenas orientação dos pacientes a fim de mudar seus hábitos alimentares e suspender os vômitos<sup>60</sup>.

#### 4.2.6 Bruxismo

O bruxismo é um hábito parafuncional, involuntário e inconsciente que inclui apertar e ranger os dentes<sup>69</sup>. Pode estar associado a fatores como estresse, ansiedade e traços de personalidade<sup>70</sup>.

A bulimia nervosa está associada a quadros psicológicos, podendo ser um fator iniciador ou agravante do bruxismo. Como consequência, o paciente pode apresentar excessivo desgaste dos dentes, cefaleias, disfunção na articulação tem-



poromandibular, dor e sensibilidade nos músculos<sup>57,59</sup>. Na literatura consultada não foi citada relação entre anorexia nervosa e bruxismo.

#### 4.2.7 Alterações da mucosa bucal

Por terem dieta inadequada e episódios purgativos, os anoréxicos e bulímicos apresentam múltiplas deficiências nutricionais, o que pode provocar aparecimento de lesões eritematosas no palato, inflamação da língua com eritema e atrofia de suas papilas<sup>71</sup>.

A candidose é uma infecção fúngica oportunista muito comum na cavidade bucal<sup>72</sup>. Por estar associada às deficiências nutricionais e diminuição do fluxo salivar, pode ser identificada, com frequência, em pacientes com transtornos alimentares<sup>1, 18</sup>.

As úlceras são as alterações de mucosa mais prevalentes na cavidade bucal dos indivíduos com bulimia ou anorexia<sup>50</sup>. São caracterizadas como uma degeneração progressiva do epitélio de revestimento das mucosas, devido a traumas, medicamentos e pelo vômito autoinduzido, quando são utilizados objetos como pentes, escovas de dente e até mesmo o próprio dedo<sup>15,44,58</sup>.

A queilite angular é também uma manifestação comum em pacientes com transtornos alimentares. Sua causa está associada à carência nutricional e traumas. Apresenta-se como inflamação e fissuras nas comissuras labiais<sup>16</sup>.

#### 4.3 Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce da anorexia nervosa, bulimia nervosa e tratamento multiprofissional

O cirurgião-dentista, nas consultas de manutenção preventiva odontológica, pode detectar alterações bucais que contribuem para o diagnóstico precoce de transtornos alimentares, favorecendo a rápida inserção do indivíduo em tratamento transdisciplinar<sup>4,18,33,58</sup>. Compete ao cirurgião-dentista realizar uma anamnese detalhada, com o intuito de conhecer melhor os hábitos alimentares dos pacientes e estabelecer vínculo de confiança com eles<sup>18</sup>. Esse profissional tem importante papel no tratamento das alterações bucais dos indivíduos com bulimia e anorexia, devendo contribuir para a melhoria da autoestima e diminuição dos danos às estru-

turas bucais<sup>73</sup>.

As intervenções odontológicas precisam acontecer de forma integrada ao tratamento realizado pelos demais profissionais e devem abranger todas as fases do planejamento integral: urgência; terapia causal; terapia reabilitadora e manutenção preventiva<sup>3,4</sup>. O cirurgião-dentista deve fornecer orientações sobre a forma adequada de higiene bucal (técnicas de escovação e uso do fio dental); pode prescrever bochechos com água e bicarbonato para neutralizar a acidez decorrente do vômito; buscar restabelecer a forma, função e estética dos dentes e demais estruturas bucais<sup>46, 74, 75</sup>. Trabalhos restauradores definitivos deverão ser realizados somente quando o paciente conseguir controlar o hábito de purgação<sup>76,77</sup>.

## 5 - DISCUSSÃO

Conforme a literatura pesquisada, tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa podem manifestar alterações bucais. Existe um consenso na literatura de que a perimólise é a principal manifestação bucal associada aos transtornos alimentares estudados. A perimólise, presente em pacientes com anorexia e bulimia, está relacionada com o processo de regurgitação induzido pelos pacientes pelo período mínimo de dois anos consecutivos<sup>78</sup>.

De acordo com alguns autores consultados, a incidência de cárie é similar em bulímicos, anoréxicos e população em geral<sup>15, 18</sup>. Há outros autores, no entanto, que creditam o aumento da incidência da cárie nos grupos de indivíduos com anorexia e bulimia nervosas devido ao consumo maior e mais frequente de alimentos cariogênicos, especialmente, por este último grupo<sup>17, 33, 55, 56, 57, 58</sup>. As diferenças na incidência de cárie encontradas nesses estudos podem ser atribuídas ao tipo de população avaliada, ao nível de higiene bucal, ao tipo de dieta e também ao uso de medicamentos que podem causar hipossalivação<sup>15</sup>.

O aumento da incidência da doença periodontal em anoréxicos e bulímicos também é questionado na literatura, apesar de ser citado por muitos pesquisadores. Outras alterações bucais como aumento de glândula parótida, úlceras, xerostomia



e bruxismo também foram mencionadas na maioria dos artigos analisados.

Em todos os artigos consultados foi discutida a importância da participação do cirurgião-dentista na abordagem transdisciplinar de pacientes com transtornos alimentares. Esse profissional deve atuar com ações educativas, preventivas e curativas, visando à melhoria da saúde bucal e qualidade de vida desses pacientes.

É importante salientar que a maioria dos artigos analisados eram revisões de literatura convencionais. Foram encontrados poucos ensaios clínicos brasileiros, evidenciando-se a necessidade da realização de estudos clínicos com metodologia padronizada.

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos alimentares podem ocasionar diversas manifestações bucais, tanto em tecidos duros quanto em tecidos

moles. As principais manifestações bucais decorrentes desses transtornos são: perimólise, que é a mais prevalente, seguida pelo aumento de glândula parótida, queilite angular, úlceras, xerostomia, cárie dentária, bruxismo e alterações periodontais.

O cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a suspeitar do diagnóstico de anorexia e bulimia, devido ao monitoramento periódico de seus pacientes com possibilidade de identificação de sinais bucais relacionados com a presença de transtornos alimentares. É imprescindível que este esteja apto a reconhecer tais manifestações e, dessa maneira, encaminhar o paciente para um tratamento transdisciplinar. Dentro dessa perspectiva, esse profissional deve atuar buscando restabelecer a saúde bucal dos indivíduos através de procedimentos preventivos e reabilitadores.

## REFERÊNCIAS

1. Barboza CAG, Morais PD, Alves MVA, Carneiro DTO, Moura SAB. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *Int J Dent, Recife* 2011 jan-mar;10(1):32-7.
2. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006 39(3):340-8.
3. Burke FJ, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: implications for the practising dentist. *Br Dent J* 1996 Jun 8;180(11):421-6.
4. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clin* 2004 31(1):154-7.
5. Doyle J, Bryant-Waugh R. Epidemiology. In: Lask B, R B-W. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 2.ed. ed. East Sussex, UK: Psychology Press; 2000. p. 41-60.
6. Abreu CN, Cangelli Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev psiquiatr clín* 2004 31(4):177-83.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders [revised] *Am J Psychiatry* 2000 157(Suppl):1-39.
8. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008 Nov;106(5):696-707.
9. Fairburn CG. Psychological and social problems associated with binge eating. In: Fairburn CG. *Overcoming binge eating*. New York: The Guilford Press; 1995. p. 42-66.
10. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc* 2001 Jul;101(7):810-9.

SANTOS FDG  
CARDOSO ICG  
ALVES DCB  
MENDONÇA SMS

ANOREXIA NERVOSA E  
BULIMIA NERVOSA:  
ALTERAÇÕES BUCAIS  
E IMPORTÂNCIA DO  
CIRURGIÃO-DENTISTA  
NA ABORDAGEM MUL-  
TIPROFISSIONAL





11. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington DC: APA; 1994.
12. Morgan CM, Azevedo AMC. Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares. *Psychiatry Brazil* 1998 3(2):1-8.
13. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord* 2010 Jan;43(1):59-64.
14. Caldeira TH, Nápole RCDO, Busse SR. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000 nov-de.;54(6):465-7.
15. de Moor RJ. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil* 2004 Jul;31(7):725-32.
16. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J* 2005 Mar;50(1):6-15; quiz 56.
17. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras* 2001 dez;15(4):359-63.
18. Aranha AC, Eduardo Cde P, Cordas TA. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract* 2008 9(6):73-81.
19. Lifante-Oliva C, Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hyg* 2008 May;6(2):119-22.
20. DeBate RD, Plichta SB, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Integration of oral health care and mental health services: Dental hygienists' readiness and capacity for secondary prevention of eating disorders. *J Behav Health Serv Res* 2006 Jan;33(1):113-25.
21. Killen JD, Taylor CB, Hammer LD, Litt I, Wilson DM, Rich T, et al. An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1993 May;13(4):369-84.
22. Campos R. Imagens irreais. *Rev Viver Psicol* 2002 109(1):24-9.
23. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000 dez;22(supl. 2):28-31.
24. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002 dez;24(supl. 3):18-23.
25. American Psychiatric Association. Eating disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR). 4. ed. Washington: American Psychiatric Association 2000. p. 583-97.
26. Majid SH, Treasure JL. Eating disorders. In: Wright P, Stern J, Phelan M. Core psychiatry. Edinburgh Elsevier; 2005. p. 217-41.
27. Devlin MJ. Eating disorders. In: Cutler JL, Marcus ER. Saunders text and review series: psychiatry. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p. 170-85.
28. West DS. The eating disorders. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil textbook of medicine. 2. ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p. 1336-8.
29. Cenci M, Peres KG, Vasconcelos FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev psiquiatr clín* 2009 36(3):83-8.
30. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr* 2001 14(supl. p. 3-6):3-6.
31. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr* 2001 mar;23(1):21-7.
32. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr* 2002 dez;24(supl. 3):29-33.



33. Little JW. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002 Feb;93(2):138-43.
34. Schmidt U, Treasure J. Eating disorders and the dental practitioner. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 1997 Dec;5(4):161-7.
35. Golden NH, Jacobson MS, Scheben-dach J, Solanto MV, Hertz SM, Shenker IR. Resumption of menses in anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997 Jan;151(1):16-21.
36. Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2002 dez;24(supl. 3):03-6.
37. Herzog DB, Hopkins JD, Burns CD. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Disord* 1993 Nov;14(3):261-7.
38. Smith C, Steiner H. Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992 Sep;31(5):841-3.
39. Busse SR, Silva BL. Transtornos alimentares. In: Busse SR. Anorexia, bulimia e obesidade. Barueri: Manole; 2004. p. 31-110.
40. Appolinario JC. Transtornos alimentares. In: Bueno JR, Nardi AE. Diagnóstico e tratamento em psiquiatria. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
41. Teixeira Neto F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
42. Myers D. Introdução a psicologia geral. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1999.
43. Foster DW. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ. Harrison's principles of internal medicine. 14. ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 462-72.
44. Bouquot JE, Seime RJ. Bulimia nervosa: dental perspectives. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1997 Aug;9(6):655-63; quiz 64.
45. Hoepfner MG, Massarollo S, Bremm LL. Considerações clínicas das lesões cervicais não cariosas. *Publ UEPG Ci Biol Saúde* 2007 13(3/4):81-6.
46. Pegoraro CN, Sakamoto FFO, Domingues LA. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000 mar-abr ;54(2):156-61.
47. Rytomaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand* 1998 Feb;56(1):36-40.
48. Campos JADB, Lima NA. Desordens alimentares: o cirurgião-dentista pode ajudar. *Rev bras odontol* 2005 62(3/4):166-7.
49. Blazer T, Latzer Y, Nagler RM. Salivary and gustatory alterations among bulimia nervosa patients. *Eur J Clin Nutr* 2008 Jul;62(7):916-22.
50. Medeiros Júnior R, Catunda IS, Silva IHM, Silva NFAS, Silva CHV, Beatrice LCS. Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. *Pesqui bras odontopediatria clín integr* 2012 jul;12(2):
51. Camilotti PP, Venturini AF, Cardoso AS. Perimólise: etiologia, diagnóstico e tratamento: caso clínico. *Arq Ciênc Saúde Unipar* 2003 7(1):23-5.
52. Santos LGS. Distúrbios alimentares: erosão dental por refluxo de ácidos gástricos. *Rev Jurí Minis Públ* 2006 6(1):165-79.
53. Scheutzel P. Etiology of dental erosion--intrinsic factors. *Eur J Oral Sci* 1996 Apr;104(2 ( Pt 2)):178-90.
54. Gregory-Head BL, Curtis DA, Kim L, Cello J. Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. *J Prosthet Dent* 2000 Jun;83(6):675-80.
55. Ohrn R, Enzell K, Angmar-Mansson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci* 1999 Jun;107(3):157-63.
56. Pinto VG. Saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Santos; 2000.



SANTOS FDG  
 CARDOSO ICG  
 ALVES DCB  
 MENDONÇA SMS

ANOREXIA NERVOSA E  
 BULIMIA NERVOSA:  
 ALTERAÇÕES BUCAIS  
 E IMPORTÂNCIA DO  
 CIRURGIÃO-DENTISTA  
 NA ABORDAGEM MUL-  
 TIPROFISSIONAL

• • 42 • •



57. Popoff DAV, Santa-Rosa TA, Paula ACF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Rev Gaúcha Odontol* 2010 58(3):381-5.
58. Seabra BGM, Seabra FRG, Almeida RQ, Ferreira JMS. Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal *Rev bras patol oral* 2004 out-dez;3(4):195-8.
59. Cardoso Guedes C, Kalil Bussadori S, Mutarelli PS. Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura. *Pediatr mod* 2007 nov-dez;43(6):303-8.
60. Faine MP. Recognition and management of eating disorders in the dental office. *Dent Clin North Am* 2003 Apr;47(2):395-410.
61. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port, Porte Alegre* 2005 abr;18(1):459-66.
62. Pupo DB, Bussoloti Filho I, Liquidato BM, Korn GP. Proposta de um método prático de sialometria. *Rev Bras Otorinolaringol* 2002 mar;68(2):219-22.
63. El Achkar VNR, Back-Brito GN, Koga-Ito CY. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2012 jan-abr;24(1):51-6.
64. Bartlett DW, Smith BG. The dental impact of eating disorders. *Dent Update* 1994 Dec;21(10):404-7.
65. Bretz WA. Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. What is the evidence? *J Evid Based Dent Pract* 2002 Dec;2(4):267-72.
66. Brown S, Bonifazi DZ. An overview of anorexia and bulimia nervosa, and the impact of eating disorders on the oral cavity. *Compendium* 1993 Dec;14(12):1594, 6-602, 604-8; quiz 608.
67. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1992 Oct;50(10):1122-5.
68. Paszynska E, Jurga-Krokowicz J, Shaw H. The use of parotid gland activity analysis in patients with gastro-esophageal reflux disease (GERD) and bulimia nervosa. *Adv Med Sci* 2006 51(208-13).
69. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
70. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *J Oral Rehabil* 2001 Dec;28(12):1085-91.
71. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis* 2008 Sep;14(6):479-84.
72. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J* 2002 78(922):455-9.
73. Messias DCF, Serra MC, Turssi CP. Estratégias para prevenção e controle de erosão dental. *RGO* 2011 jan-jun;59(Suppl):7-13.
74. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997 Mar;21(2):195-9.
75. Robb ND, Smith BG. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. *J Dent* 1996 Jan-Mar;24(1-2):7-16.
76. Nunn J, Shaw L, Smith A. Tooth wear--dental erosion. *Br Dent J* 1996 May 11;180(9):349-52.
77. Smith BG, Bartlett DW, Robb ND. The prevalence, etiology and management of tooth wear in the United Kingdom. *J Prosthet Dent* 1997 Oct;78(4):367-72.
78. Anderson L, Shaw JM, McCargar L. Physiological effects of bulimia nervosa on the gastrointestinal tract. *Can J Gastroenterol* 1997 Jul-Aug;11(5):451-9.

Recebido em 10/04/2015

Aceito em 22/05/2015