

Beatriz Teixeira Ferreira

**As implicações da bulimia nervosa na cavidade oral: apresentação de um caso
clínico**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2021

Beatriz Teixeira Ferreira

**As implicações da bulimia nervosa na cavidade oral: apresentação de um caso
clínico**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2021

Beatriz Teixeira Ferreira

**As implicações da bulimia nervosa na cavidade oral: apresentação de um caso
clínico**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária

(Beatriz Teixeira Ferreira)

RESUMO

A bulimia nervosa é uma das perturbações alimentares mais frequentes e emergentes. A ingestão compulsiva de alimentos, seguida de comportamentos compensatórios inapropriados, com o intuito de compensar as calorias excessivas e de evitar o ganho de peso, são as suas principais características. De causa multifatorial, afeta, preferencialmente, as mulheres em idades entre o final da adolescência e início da vida adulta, mas mantém-se presente por muitos anos, sendo de difícil tratamento.

Das muitas implicações que acarreta para a saúde geral do paciente, as que afetam a cavidade oral são as primeiras a observarem-se. A presente dissertação propõe-se descrever as implicações da bulimia nervosa na cavidade oral, sustentando-as com a apresentação de um caso clínico.

Palavras-chave: bulimia nervosa; vômito; *vomiting*; erosão; *erosion*; diagnóstico oral; exame oral; manifestações orais; *oral manifestations*; medicina oral.

ABSTRACT

Bulimia nervosa is one of the most frequent and emerging eating disorders. Binge eating, followed by inappropriate compensatory behaviors, in order to compensate for excess calories and avoid weight gain, are its main characteristics. With a multifactorial cause, it preferentially affects women between late adolescence and early adulthood, but it remains present for many years and is difficult to treat.

From the many implications for the patient's general health, those affecting the oral cavity are the first to be noted. This dissertation oversees the implications of bulimia nervosa in the oral cavity, supporting them with the presentation of a clinical case.

Keywords: bulimia nervosa; *vômito*; vomiting; *erosão*; erosion; *diagnóstico oral*; *exame oral*; *manifestações orais*; oral manifestations; *medicina oral*.

DEDICATÓRIA

Aos meus eternos avós.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu tio, que de tudo fazem para que a minha vida seja sempre melhor. Sem vocês, nada faria sentido.

A toda a minha família e, em especial, aos mais pequenos: Rafael, Livia, David e Ana – vocês podem ser tudo aquilo que se desafiarem a ser.

Ao Henrique, o meu namorado, que percorreu comigo todo este caminho universitário, sempre desejoso e disposto a fazer-me sorrir, com todo o carinho e amor que lhe definem.

Aos meus melhores amigos: Jescica, Marisa e Bruno. Não me lembro de mim sem vocês. Tem sido um prazer imenso crescer ao vosso lado; à Catarina e à Sofia que, quando eu pensava que mais nenhuma amiga me podia acrescentar, apareceram. A vossa influência fez-me ser o que sou hoje. Não me podem deixar mais feliz.

À Silvia, ao Giovanni e à Salma: os melhores amigos que podia pedir para partilharem comigo este caminho. A nossa amizade passa a não ter fronteiras. Muito sucesso é o que vos desejo. Estarei sempre no mesmo lugar, para vos receber de coração cheio e com um sorriso de orelha a orelha.

Ao Rui, o meu primeiro amigo universitário, que tantas horas depositou a ajudar-me. Todas as lembranças que tenho contigo, começam e acabam com gargalhadas. É tão fácil gostar de ti.

À minha orientadora, a Professora Doutora Otília Lopes, e à minha coorientadora, Doutora Helena Neves, que prontamente aceitaram fazer parte deste projeto. Tornaram este trabalho muito mais prazeroso.

A todos os professores que deram o seu contributo para que um dia possa atingir muito sucesso; e ao importantíssimo corpo não docente desta instituição, sempre com uma mão estendida para me ampararem.

E, por último, a todos aqueles que, aquando do final do meu secundário, no curso de línguas e humanidades, me disseram que não seria capaz de entrar no curso de medicina dentária: vocês foram a motivação.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XI
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Contextualização do tema e objetivos.....	1
2. Materiais e métodos.....	1
3. A bulimia nervosa.....	2
II. CASO CLÍNICO	4
1. História e exame clínico.....	4
2. Diagnóstico.....	6
3. Plano de tratamento.....	7
III. DISCUSSÃO.....	9
IV. CONCLUSÃO.....	15
V. BIBLIOGRAFIA.....	16
VI. ANEXOS.....	19
Anexo 1 – Informação disponibilizada à paciente.....	19
Anexo 2 – Consentimento informado.....	20
Anexo 3 – Parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ortopantomografia CPMD-UFP (2018)	5
Figura 2 - Ortopantomografia (2020)	6
Figura 3 - Fotografia frontal do sorriso da paciente	6
Figura 4 - Fotografia frontal do sorriso da paciente observando-se o corredor bucal	8
Figura 5 - Fotografia intraoral em oclusão	8
Figura 6 - Fotografia oclusal superior (6A) e inferior (6B).....	8
Figura 7 - Fotografia lateral direita (7A) e esquerda (7B).....	9
Figura 8 - Fotografia dos modelos de estudo, lateral direita (8A), frontal (8B) e lateral esquerda (8C).....	9

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIC – Aumento do índice de cárie

AN – Anorexia nervosa

ATM – Articulação tempero-mandibular

BN – Bulimia nervosa

CA – Compulsão alimentar

CC – Comportamentos compensatórios

CPMD-UFP – Clínicas pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa

DC – Doença cárie

DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*

DVO – Dimensão vertical de oclusão

EB – Episódio bulímico

ED – Erosão dentária

FDI – *Fédération Dentaire Internationale (World Dental Federation)*

Fig. – Figura

PA – Perturbação alimentar

SD – Sensibilidade dentária

I. INTRODUÇÃO

1. Contextualização do tema e objetivos

A adoração do corpo sempre acompanhou a evolução humana. Resistentes ao tempo, mas modificados por diferentes culturas e modas, os ditos padrões de beleza influenciam o nosso dia-a-dia e podem ter impacto na nossa saúde. De todos os cantos do mundo, pelas mais diversas fontes digitais, de comunicação e informação, e, essencialmente, perpetuados por esta era digital, chegam-nos imagens, notícias, propagandas e afins – muitas vezes não correspondentes à realidade – que rotulam um ideal de beleza corporal e que deixam graves marcas na saúde física e mental, do público frágil que as recebe (Groesz *et al.*, 2002; Dorian e Garfinkel, 2002; Martinez *et al.*, 2019).

Destas consequências mais comuns, podemos encontrar a bulimia nervosa (BN), classificada como uma perturbação alimentar (PA) – estas são uma ‘perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.’, como descrito pela *American Psychiatric Association*, em 2013. As PAs, na última década, têm-se acentuado. Cada vez mais se conhece as suas expressões na saúde geral, e especificamente, na saúde oral. Por este motivo, o principal objetivo desta dissertação é compreender como a BN influencia as estruturas da cavidade oral. Para isso, será explorado: a sua definição, etiologia, epidemiologia e prevalência; como se manifesta na cavidade oral e quais os possíveis planos de tratamento; culminando com a apresentação de um caso clínico que ajudará na discussão deste tema.

2. Materiais e métodos

Para a elaboração desta dissertação foi efetuada uma pesquisa bibliográfica prévia, na plataforma *PubMed*, sendo apenas consultados os artigos com texto completo e sem limitação temporal, com o intuito de enquadrar o leitor na literatura mais atual sobre o tema, bem como no seu contexto histórico e evolutivo. De forma a dirigir este estudo para uma vertente mais prática, uma paciente da clínica privada da Professora Doutora Otília Lopes – que também haveria frequentado as Clínicas Pedagógicas da

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (CPMD – UFP) –, que sofre da condição descrita, foi convidada a participar. Após lhe ter sido explicitada toda a informação sobre o tema (Anexo 1), prontamente aceitou fazer parte deste trabalho, dando o seu consentimento (Anexo 2). O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, sendo aceite (Anexo 3), seguido da autorização das CPMD – UFP, para o levantamento dos dados clínicos da paciente, quando outrora frequentou estas clínicas. A terminologia e nomenclatura dentária seguida será a da FDI.

3. A bulimia nervosa

A BN, do grego antigo “fome de boi”, é caracterizada pela compulsão rápida e excessiva de alimentos, acompanhada pela sensação de falta de controlo, num período de menos de duas horas – comparativamente ao que um indivíduo, num tempo e circunstância semelhante, comeria –, seguida por um sentimento de culpa e vergonha, muitas vezes restringindo este transtorno ao segredo ou à máxima discrição. Para compensar estas calorias excedidas, que, normalmente, em cada episódio bulímico (EB), variam entre três mil e seis mil, seguem-se comportamentos compensatórios (CC) inapropriados, como a autoindução de vômito, uso de laxantes, diuréticos e enemas, longos períodos de jejum e/ou exercício físico excessivo (*American Psychiatric Association*, 2013; Neto, 2013; Castillo e Weiselberg, 2017).

Para esta ser diagnosticada, os EBs, com CCs, devem ocorrer uma vez por semana por, pelo menos, três meses. Estes episódios podem ser classificados, em graus de gravidade, mediante a frequência que apresentam: leve, entre um a três episódios por semana; moderada, de quatro a sete; grave, entre os oito e treze; e extrema, com catorze ou mais CCs por semana. Esta classificação – introduzida na quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), de 2013 – demonstrou-se necessária, por permitir, por um lado, identificar que a maioria dos pacientes portadores de BN encontram-se numa gravidade leve a moderada, e, por outro, que os pacientes classificados como extremos padecem mais de depressão e têm mais problemas alimentares, comparativamente às demais categorias. Adicionalmente, também permite relacionar a frequência dos episódios com a previsão das suas consequências na saúde, e o seu risco de morbilidade e mortalidade, secundários aos CCs. Assim sendo, os critérios principais para o diagnóstico da BN são: a compulsão

alimentar (CA), por norma de alimentos fáceis de ingerir; os CCs, pelo menos uma vez por semana, por três meses; e a influência da autoavaliação da forma e peso corporal que o paciente anseia. É importante diferenciar a BN de outras PA, isto porque, a presença de CCs sem CA – ou viceversa – pode ser o sinal de uma outra PA (*American Psychiatric Association*, 2013; Castillo e Weiselberg, 2017).

A BN é mais frequente nas mulheres do que nos homens, numa proporção de 10:1, e em idades como o final da adolescência e início da idade jovem adulta, entre os 17 e os 25 anos. Embora seja difícil precisar a sua prevalência e incidência, devido ao facto de muitos pacientes hesitarem em revelar a sua condição, esta é mais observada em classes sociais mais favorecidas, e em países ocidentais e industrializados – onde a comida, em abundância, é de fácil acesso (Polivy e Herman, 2002; Gonçalves *et al.*, 2011; Maciel e Cé, 2017).

A etiologia da BN é multifatorial: fatores de natureza psicológica, ambiental e predisposição genética e familiar estão descritos. Os pacientes cujos familiares têm doenças psicológicas ou já foram diagnosticados com PAs têm maior risco de desenvolver BN, assim como os pacientes que sofrem de baixa autoestima, insegurança, ansiedade, e os que apresentam sintomas depressivos e sentimentos de rejeição, muitas vezes em conjunto com o distress psicológico que estes sentimentos provocam, uma vez que a CA lhes proporciona algum alívio emocional (Polivy e Herman, 2002; Bulik, 2005; Rahkonen e Mustelin, 2016; Castillo e Weiselberg, 2017).

Mais de metade dos pacientes que sofrem de BN padecem de doenças do foro psicológico que podem estar presentes aquando do seu diagnóstico, ou desenvolverem-se posteriormente. A ansiedade e a depressão são as mais comuns, mas também podem estar presentes transtornos de personalidade limítrofe ou *borderline*, especialmente nos pacientes que sofreram traumas na sua infância (Rahkonen e Mustelin, 2016).

Comportamentos como o consumo de álcool e de estimulantes, na tentativa de ajudar a controlar o apetite, podem estar presentes, assim como comportamentos de automutilação e tentativa de suicídio. (Preti *et al.*, 2010; Castillo e Weiselberg, 2017).

O papel dos *media* e, mais recentemente, das redes sociais, é muitas vezes associado como um contributo para o desenvolvimento das PAs, embora seja difícil

avaliar. Por um lado, alega-se a influência que provocam, muitas vezes por promoverem uma realidade distorcida, ditando que um ideal de beleza corporal deve seguir um certo padrão – não destacando a diversidade existente – sendo este o designado magro. Ainda segundo Giordano (2015), é este magro que é apelativo e que conquista a atenção e vontade dos consumidores, ajudando a vender. Esta influência, nos indivíduos considerados de risco, causa preocupações com o seu corpo. Estas, ao longo do tempo, desenvolvem-se para uma insatisfação corporal, que, por sua vez, desencadeia sentimentos negativos. De forma a aliviá-los, são utilizados comportamentos inapropriados, que, mais tarde, geram arrependimento. Através deste ciclo, as PAs instalam-se. Por outro lado, pela própria difusão de informação que estes meios proporcionam, e que ensina, ao público frágil que a recebe, certas atitudes e comportamentos, muitas vezes fazendo-os entrar numa nova realidade, antes desconhecida (Polivy e Herman, 2002; Giordano, 2005; Martinez *et al.*, 2019).

Várias são as repercussões que esta perturbação acarreta para a saúde geral do paciente. Desequilíbrios hidroeletrólíticos, arritmias cardíacas e convulsões, como também a alcalose hipoclorêmica, hipocaliemia, hemorragia subconjuntival e epistaxis, e, ainda, a danificação das cordas vocais, disfagia e esôfago de Barrett, acontecem, maioritariamente, devido ao constante vômito. Com o uso de laxantes, pode suceder-se diarreia, hemorróidas, hematoquézia e prolapso retal. Há também relatos de que, em casos mais extremos, a rutura do esôfago e até a morte podem ocorrer (Westmoreland *et al.*, 2016; Mehler, 2011; Castillo e Weiselberg, 2017). Mas de todas estas manifestações, as orais são as primeiras a ocorrer, ao fim de seis meses (Catunda *et al.*, 2012) – na discussão serão, detalhadamente, exploradas.

II. CASO CLÍNICO

1. História e exame clínico

Uma paciente, do sexo feminino, com 43 anos, apresentou-se numa consulta de medicina dentária, nas CPMD – UFP, com o principal motivo da consulta sendo uma urgência por dor no dente 48.

Na história clínica, a paciente relatou não ter nenhuma patologia atual nem história médica passada relevante, como hospitalizações ou qualquer outra patologia, e afirmou estar medicada com Venlafaxina bid (75 + 150 mg, 2 vezes por dia), como antidepressivo, e Migrétil®, para episódios de enxaquecas, acrescentando não ter nenhuma hipersensibilidade a fármacos. Seguida do exame clínico, verificou-se que a articulação temporo-mandibular (ATM) apresentava um desvio para a esquerda, mas sem se acompanhar de ruídos ou estalidos. Não se visualizou alterações de forma, cor e volume da mucosa jugal, língua, palato e lábios, nem lesões gengivais. As faces palatinas dos dentes anteriores encontravam-se com um desgaste erosivo, o que suscitou a dúvida de haver alguma patologia presente que a paciente não mencionou. Uma abordagem mais específica, na anamnese, levou a paciente a revelar que vomitava, regularmente, após comer grandes quantidades de comida, de forma descontrolada, por sentimento de culpa e por medo de ganhar peso. No decorrer da anamnese, a palavra bulimia foi assumida, afirmando padecer há mais de 6 anos da doença. Como a paciente não associava o desgaste dentário à BN, ou a qualquer outra alteração na cavidade oral, não a mencionou na história clínica. Foi, então, efetuada a consulta de triagem e a realização de uma ortopantomografia [figura (fig.) 1]:

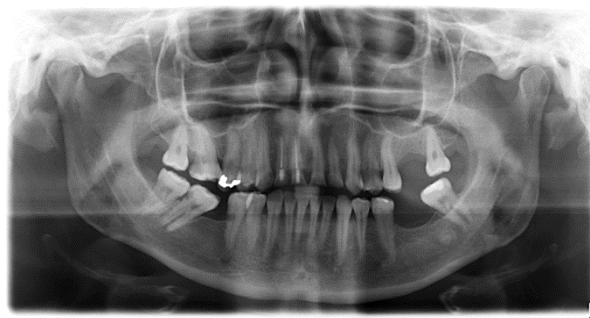


Figura 1 - Ortopantomografia CPMD-UFP (2018)

O plano de tratamento incluiu a restauração em resina composta dos dentes 48, 47 e 24, e a extração do dente 17. Como foi explicado à paciente que deveria, primeiramente, tratar da componente psicopatológica da BN, para, posteriormente, poder reabilitar a cavidade oral, foi encaminhada para uma consulta de psicologia na mesma instituição. Devido à pandemia, pela COVID-19, a paciente deixou de frequentar as consultas de medicina dentária e de psicologia.

2. Diagnóstico

Atualmente, é acompanhada numa clínica de medicina dentária privada e consentiu ceder a sua documentação e iconografia para o desenvolvimento desta dissertação (radiografia panorâmica – fig. 2; fotografias extra e intraorais – fig. 3 a 7; fotografia dos modelos de estudo – fig. 8).



Figura 2 - Ortopantomografia (2020)

No exame clínico extraoral diagnosticou-se uma assimetria facial. Quando a paciente sorri, não há exposição gengival superior (entre 1 a 3mm), essencial para um sorriso considerado estético (fig. 3, 4 e 5). Não se encontraram adenopatias submandibulares ou cervicais palpáveis e a ATM continuava sem sintomatologia, mas com um desvio para o lado esquerdo, e sem ruídos.



Figura 3 - Fotografia frontal do sorriso da paciente

Relativamente ao exame clínico intraoral, observou-se o seguinte:

- i) Desvio da linha média e sorriso invertido;
- ii) Margem gengival assimétrica: entre os caninos e os incisivos laterais e os incisivos centrais;
- iii) Perda de papila na zona dos incisivos superiores;
- iv) Desgaste excessivo dos bordos incisais dos incisivos superiores (sem coincidirem com a linha do lábio inferior);
- v) Erosão dentária severa, principalmente nas faces palatinas dos dentes anteriores superiores;
- vi) Coloração escurecida no dente 11, por endodontia;
- vii) Dente 15 extruído e com lesão de cárie na face mesial;
- viii) Retrações gengivais nos dentes 15, 23, 24, 31, 32, 34, 35, 41, 42, 44 e 45;
- ix) Dente 47 mesializado e com bolsa periodontal;
- x) Ausências das peças dentárias: 16, 17, 26, 27, 36, 37, 38 e 46.

Pelo exposto, estabeleceu-se o seguinte diagnóstico: assimetria e retração gengival (fig. 5); erosão dentária severa (fig. 6); perda de dimensão vertical de oclusão (DVO); edentulismo parcial e má oclusão, com mastigação unilateral (fig. 7); lesão de cárie na face mesial do dente 15 e bolsa periodontal no dente 47.

3. Plano de tratamento

Adicionalmente ao estudo da documentação clínica e imagiológica, fez-se a análise dos modelos de estudo (Fig. 8) e uma cuidadosa planificação do tratamento deste caso. Os seguintes pontos essenciais foram definidos: avaliação da condição médica atual da paciente, fundamental para o avanço do tratamento; aumento da DVO, através da extração dos dentes 47 e 48 e reabilitação protética; e desprogramação neuromuscular, com goteira oclusal de miorrelaxamento, por existência de interferências, em movimento, no lado direito.



Figura 4 - Fotografia frontal do sorriso da paciente observando-se o corredor bucal



Figura 5 - Fotografia intraoral em oclusão

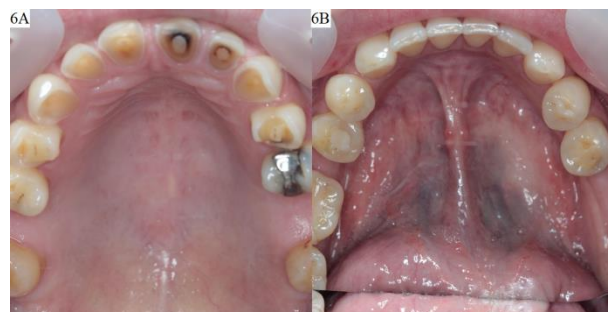


Figura 6 - Fotografia oclusal superior (6A) e inferior (6B)



Figura 7 - Fotografia lateral direita (7A) e esquerda (7B)

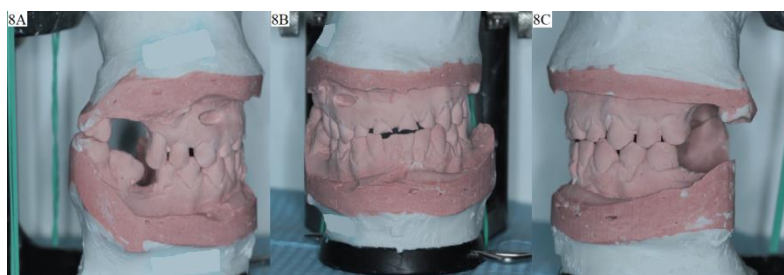


Figura 8 - Fotografia dos modelos de estudo, lateral direita (8A), frontal (8B) e lateral esquerda (8C)

III. DISCUSSÃO

De todas as implicações que a BN acarreta para a saúde, as que envolvem a saúde oral são as primeiras a serem observadas. Quando os EBs são uma constante, as manifestações orais estão presentes seis meses após o início da BN. Estas manifestações fazem-se sentir tanto nos tecidos duros, como nos tecidos moles. A erosão dentária (ED), a sensibilidade dentária (SD), a doença cárie, a fratura e perda dentária e, também, a possibilidade de presença de ilhas de amálgama, são as manifestações que acometem os tecidos duros; relativamente às presentes nos tecidos moles, a mucosite, queilite angular, gengivite, sialometaplasia necrosante, úlceras, aumento das papilas linguais, queilite descamativa, hematoma da úvula, granuloma e eritema do palato, são as lesões que mais se observam, como demonstrado por Catunda *et al.* (2012). Também é comum ocorrer a xerostomia, sialoadenose e sialoadenite (Santos, 2016). É relevante ressaltar que embora todas estas manifestações orais estejam descritas na literatura, nem sempre estão presentes no mesmo momento (Rosten e Newton, 2017).

A ED, também conhecida como perimólise, é a primeira manifestação a ser observada – o que justifica a importância do médico dentista na suspeita de diagnóstico desta doença. A ED caracteriza-se por uma perda de estrutura dentária, tanto do esmalte como da dentina, através da desmineralização provocada por um agente químico, como, por exemplo, um ataque ácido, não envolvendo um processo bacteriano. A origem deste ácido pode ser extrínseca ou intrínseca. A origem extrínseca é baseada na dieta de um indivíduo, normalmente rica em açúcares e bebidas gaseificadas, mas também bebidas desportivas, conhecidas pelo elevado índice de carboidratos, que, no caso de alguns pacientes com BN, são ingeridas quando acompanhadas de exercício físico, como o CC utilizado. O vômito provocado ou o refluxo gastroesofágico são exemplos do ácido de origem intrínseca: provenientes do ácido clorídrico, um dos constituintes do suco gástrico. O esmalte pode ser dissolvido quando é exposto a um pH de 5.5: o ácido gástrico, que ronda o pH de 2.9, promove, inevitável, a desmineralização e irritação dos tecidos. É por este motivo, que nos pacientes bulímicos, a ED é uma manifestação muito evidente, precisamente pela relação direta entre o ácido, essencialmente devido ao vômito autoinduzido (e à duração, tempo de exposição e frequência deste EB), e a sua consequência no tecido duro dentário (Szupiany *et al.*, 2015; Santos, 2016; Rosten e Newton, 2017; Lourenço *et al.*, 2018; Marshall, 2018).

A ED pode suceder-se em qualquer face dentária, mas, quando presente devido ao vômito autoinduzido, é maioritariamente encontrada na arcada superior e na face palatina, seguida da face oclusal e, menos frequente, da face vestibular. Isto porque, esta face é protegida pelo lábio superior e inferior, e não se encontra tanto em contacto com o ácido gástrico como as faces palatinas dos dentes anteriores e do segmento lateral, da arcada superior. Da mesma forma, a arcada inferior está mais protegida pela língua, quando esta se encontra sobre as faces linguais dos dentes inferiores, enquanto realiza o movimento expulsivo do vômito, sendo esta uma das razões pela ED não ser tão visualizada na mandíbula, como é na maxila. Clinicamente, a ED é reconhecida pelo evidente desgaste dentário e pelo aspeto liso e com falta de brilho que a estrutura dentária remanescente apresenta. Como há perda de estrutura, os dentes aparecem mais curtos e finos, favorecendo uma mordida aberta anterior e, quando há erosão das faces oclusais dos dentes posteriores, uma possível perda de DVO (Bruno *et al.*, 2015; Santos 2016; Rosten e Newton, 2017).

Como uma das consequências da ED, pode-se verificar a SD. Por efeito da perda de estrutura, a dentina e a polpa dentária ficam expostas, gerando sensibilidade térmica e ao toque (Lourenço *et al.*, 2017). Após um EB, com o vômito usado como CC, e com o intuito de eliminar o sabor característico que se sente na cavidade oral, segue-se uma escovagem, muitas vezes agressiva, que, em conjunto com a acidificação do meio oral, contribuí para o desgaste e, portanto, para a SD (Antunes *et al.*, 2007). Outra consequência relatada na literatura é a possibilidade de presença de ilhas de amálgama. A erosão, em dentes restaurados, provoca defeitos, desintegração e/ou proeminências nas restaurações. No caso das que são em amálgama, devido à desmineralização e perda de esmalte, a restauração fica mais proeminente e elevada no plano oclusal, deixando um aspeto de “ilhas” de amálgama (Catunda *et al.*, 2012; Santos, 2016).

A doença cárie (DC) e o aumento do índice de cárie (AIC) também são expressões comuns da BN na cavidade oral, embora alguns estudos defendam que, quando pacientes diagnosticados com BN são comparados a grupos controlo, as diferenças não são acentuadas, atribuindo esta manifestação a uma pobre higiene oral por parte do doente bulímico, talvez devido à sua psicopatologia, do que propriamente pelos sintomas da BN (Rosten e Newton, 2017; Monda *et al.*, 2021). A literatura que afirma existir o AIC e a DC, fundamenta esta presença por culpa da dieta rica em alimentos cariogênicos e pela ingestão de bebidas ricas em açúcares, como também ao hábito que alguns pacientes bulímicos demonstram ter em mastigar pastilha elástica, como forma de suprimir o desejo de comer (Monda *et al.*, 2021). De igual modo, alegam que as alterações salivares, como a redução do fluxo salivar e a xerostomia, também contribuem para esta manifestação, ao causarem desidratação dos tecidos (Debate *et al.*, 2007; Catunda *et al.*, 2012; Santos, 2016; Monda *et al.*, 2021).

A saliva é essencial para uma boa saúde oral. Das inúmeras vantagens que proporciona, a regulação do pH oral e a proteção dos dentes e da mucosa oral, através da sua capacidade tampão, é a que mais influencia as estruturas orais. A sua capacidade de neutralizar o pH da cavidade oral, e devolvê-lo para valores próximos de 7, quando ocorre um EB com vômito autoinduzido, é muito importante para o processo de remineralização dentária, uma vez que este só se inicia quando o pH oral se encontra neutro. As proteínas salivares também favorecem a formação de uma película, em volta das faces dentárias, que atua como uma barreira contra o processo de desmineralização

e, conseqüentemente, da perda de estrutura. Em pacientes que vomitam repetitivamente, o tempo em que as superfícies dentárias estão em contacto com o ataque ácido passa a ser maior que os períodos de remineralização, exacerbando a destruição da barreira protetora, e facilitando o desenvolvimento de lesões nas estruturas dentárias, como a erosão e a doença cárie, e irritações na mucosa oral (Santos, 2016).

De forma a proteger as estruturas da cavidade oral, após um episódio de vômito, as glândulas salivares estimulam a produção de saliva, para aumentarem o fluxo salivar que ajuda a estabilizar o pH oral – esta é outra razão pela qual as faces linguais dos incisivos inferiores não se observarem com tanta ED como os superiores, uma vez que estas são banhadas pelas glândulas submandibulares e sublinguais. Quando a estimulação salivar é contínua e intensa, pode ocorrer o aumento destas glândulas (sialoadenose) e, como consequência, a sua inflamação, conhecida como sialoadenite (Santos, 2016). Por norma, este aumento persiste entre dois dias a uma semana, após o contacto com o agente ácido, tendendo a desaparecer, mas em pacientes em que o vômito é muito regular, esta manifestação pode ser mais persistente. Há também relatos de sialometaplasia necrosante, que acontece quando a inflamação é tão exacerbada e duradoura, que acaba por necrosar as glândulas salivares (Catunda *et al.*, 2012; Monda *et al.*, 2021). O fluxo salivar pode-se encontrar diminuído por este motivo, mas também devido à medicação utilizada para auxiliar na perda de peso, como os laxantes e diuréticos, ou à necessária para combater uma comorbidade associada, como os antidepressivos ou ansiolíticos – é, por este motivo, que a xerostomia é uma das queixas mais frequentes (Catunda *et al.*, 2012; Santos, 2016; Monda *et al.*, 2021).

No que se refere às implicações relacionadas com os tecidos moles, a ação do vômito, mais uma vez, torna-se notória. Como forma de o induzir, muitos pacientes introduzem instrumentos na cavidade oral, ou utilizam os próprios dedos, podendo traumatizar a faringe e o palato, como também criar lesões e calosidades no dorso dos dedos ou das mãos, conhecido como o sinal de Russell (Castillo e Weiselberg, 2017). A diminuição do pH oral provoca irritação da mucosa oral, promovendo lesões como a mucosite, mais frequente no palato, e eritema, tanto no palato como também na língua, podendo, neste caso, originar glossite. É também propício a formação de úlceras e o aumento das papilas linguais, como também descamação, atrofia ou eritema labial. As deficiências nutricionais, provenientes da restrição alimentar, facultam a instalação de

infecções orais, como a candidíase, queilite angular e/ou queilite descamativa crônica (Catunda *et al.*, 2012; Rosten e Newton, 2017; Monda *et al.* 2021). Uma vez que os CC atenuem, observa-se o recuo destas lesões (Ximenes *et al.*, 2010).

O periodonto também pode ser afetado por estas deficiências nutricionais, especialmente pela falta da vitamina C. Inflamações gengivais e hemorragias podem ocorrer, e, como causa, o agravamento da doença periodontal. Esta pode propagar a SD, mobilidade e, em casos severos, perda dentária. Por norma, estes pacientes, por se preocuparem com a sua aparência, são rigorosos com a sua higiene oral (Lo Russo *et al.*, 2008; Santos *et al.*, 2016). Como explicado anteriormente, estes pacientes tendem a higienizar os dentes várias vezes, de forma a eliminar o sabor característico do vômito. Segundo Pallier *et al.* (2019), as escovagens descrevem-se por movimentos horizontais e, em conjunto com a placa bacteriana que se acumula, derivada da ineficiência da técnica de escovagem, a inflamação e recessão gengival é comum. Estas também podem ocorrer quando o paciente é reabilitado com várias restaurações, devido à excessiva erosão e cáries que apresentam, várias vezes descritas na literatura como afetando, regularmente, a área cervical.

Em comparação com o caso clínico descrito, algumas destas manifestações podem ser encontradas. A paciente revelou ter BN há mais de seis anos – sem saber precisar com certeza – quando compareceu à primeira consulta nas CPMD-UFP, em 2018. Assim sendo, no momento atual, os efeitos da doença acumulam-se há nove anos. A paciente revelou utilizar, maioritariamente, o vômito como CC e que os EBs aconteciam várias vezes por semana. Em acompanhamento psicológico desde 2018, admitiu ainda ter alguns EBs mas não com a mesma frequência. A paciente revelou desconhecimento das consequências nefastas que a BN implicou na sua cavidade oral.

Os dentes anteriores da arcada superior apresentam uma severa ED, precisamente devido ao acumular de muitos EBs, durante anos. Os pré-molares, e molares, superiores e inferiores, também apresentam erosão nas faces oclusais mas sem se verificar a presença de ilhas de amálgama, no dente 15, restaurado com este material. Quando questionada por que motivo necessitou de extrair algumas peças dentárias, a paciente relatou ter sido por lesões de cárie dentária. A mesma causa condicionou os tratamentos de dentística e endodontia presentes. Foi possível observar, embora que

inativas, lesões de cárie nos dentes 14, 15 e 18. As endodontias dos dentes 11 e 12 foram efetuadas por queixas de sensibilidade, devido à severa erosão que apresentam. Estes diagnósticos corroboram com a justificação dos efeitos da ação do ácido, proveniente do constante vômito, nos tecidos duros dentários. A xerostomia não foi uma queixa relatada, mesmo estando medicada com antidepressivos e depois de ter um historial de longos episódios de vômito, e as glândulas salivares encontraram-se competentes, no momento do exame clínico. A justificação talvez se deva ao facto dos EBs já não serem tão regulares, o que permitiu que alguns sintomas regredissem.

As consequências da erosão e da doença cárie levaram à perda de peças dentárias, que acabou por conduzir à diminuição da DVO. O edentulismo parcial acompanhou-se de extrusão dentária do 15, 24 e 28, mesialização do 18, 28 e 47, e de uma função mastigatória unilateral. Como consequência, há um desvio da ATM esquerda para encontrar a oclusão posterior presente apenas do lado direito.

Esta paciente continua em acompanhamento psicológico e sabe da importância que este tem para a sua recuperação, como também para prosseguir com a sua reabilitação oral.

Embora a literatura seja escassa, em relação aos pontos essenciais de uma reabilitação para um paciente que sofra de BN – muito devido à multiplicidade de manifestações que podem, ou não, ocorrer, e, obviamente, pela particularidade de cada caso –, há algumas considerações a ter. O papel do médico dentista pode ser fulcral no combate desta patologia, ao diagnosticá-la precocemente e ao reencaminhar o paciente para o tratamento especializado que necessita (Debate e Tedesco, 2006). Em relação ao tratamento, o médico dentista deve assegurar que trata do paciente na melhor altura e da melhor forma. As reabilitações definitivas não devem ser começadas enquanto a doença não se encontra controlada, mas os tratamentos restauradores podem contribuir para melhorar a autoestima do paciente e ajudá-lo a encarar o tratamento psicológico com ânimo (Vailati *et al.*, 2012). As técnicas utilizadas devem ser minimamente invasivas, de forma a conseguir preservar a estrutura remanescente dentária, provocada pela erosão, e convém serem utilizados materiais que proporcionem proteção dos tecidos, como cimentos de ionómero de vidro e resinas compostas. Também se deve apostar na higiene oral do paciente, principalmente nos que apresentem muita ED, de forma a

diminuir os efeitos abrasivos que pode advir de uma má escovagem. As pastas dentífricas devem conter altas concentrações de flúor e também é benéfico recorrer a aplicações de flúor e vernizes fluoretados, como forma de auxiliar a neutralizar o pH ácido da cavidade oral (Passos *et al.*, 2015).

O plano de tratamento, do caso clínico descrito, inclui uma primeira fase de tratamento de suporte à reabilitação protética; e uma segunda fase de reabilitação protética definitiva quando a doença se encontrar numa fase controlada.

A fase de tratamento de suporte à reabilitação protética inclui a exodontia do dente 48, desprogramação neuromuscular com goteira oclusal, nivelamento do plano oclusal e reabilitação protética provisória com prótese parcial removível.

No momento da finalização desta dissertação, a paciente ainda não finalizou o tratamento de suporte à reabilitação protética.

IV. CONCLUSÃO

A cavidade oral é, comumente, o primeiro local afetado pelas manifestações da BN. As suas manifestações orais mais comuns são a ED, SD, doença cárie, perda dentária, xerostomia, sialoadenose e sialoadenite, e a inflamação da mucosa oral. O vômito recorrente, a redução do fluxo salivar e as deficiências nutricionais que acompanham a BN são as principais causas daquelas manifestações.

As implicações da BN, no estado da saúde oral, condiciona necessidades de tratamento em diferentes áreas da medicina dentária e reabilitações protéticas complexas. O médico dentista deve atuar rapidamente no diagnóstico e no encaminhamento do paciente para um acompanhamento interdisciplinar.

O presente caso clínico corroborou com algumas das manifestações descritas na literatura, assim como com a natureza da BN.

V. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). Transtornos alimentares. *In: American Psychiatric Association (Eds.) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. Artmed, pp. 345- 350.
- Antunes, K. T., Fontoura, C., e Agostini, E. (2007). Anorexia e Bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares, *Disciplinarium Scientia*, 8(1), pp.159-167.
- Bruno, V., Massimo, A., Catapano, S. e Lovino, P. (2015). Dental erosion in patients seeking treatment for gastrointestinal complaints: a case series, *journal of medical case reports*, 9(1), pp.250.
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders, *Journal of psychiatry and neuroscience: JPN*, 30(5), pp. 335-339.
- Castillo, M. e Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/Purging Disorder, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), pp. 85-94.
- Debate, R. D., Shuman, D., e Tedesco, L. A. (2007). Eating disorders in the oral health curriculum, *Journal of Dental Education*, 71(5), pp.655-663.
- Debate, R. D. e Tedesco, L. A. (2006). Increasing dentists' capacity for secondary prevention of eating disorders: identification of training, network, and professional contingencies, *Journal of dental education*,70(10), pp. 1066-1075.
- Dorian, L. e Garfinkel, P.E. (2002). Culture and body image in Western society, *Eating and Weight Disorders*, 7(1), pp. 1-19.
- Giordano, S. (2015). Eating disorders and the media, *Current opinion in psychiatry*, 28(6), pp. 478-482.
- Gonçalves, S. F., Machado B. C. e Machado, P. P. P. (2011). O papel dos fatores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: uma revisão da literatura, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), pp. 280-297.
- Groesz, L. M., Levine, M. P. e Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review, *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), pp. 1-16.
- Junior, R. M., Catunda, I.S., Silva, I. H. M., Silva, N. F. A. S., Silva, C. H. V. e Beatrice, L. C. S. (2012). Manifestações orais e Maxilofaciais secundárias à Bulimia Nervosa: uma revisão sistêmica, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 12(2), pp. 279-284.

- Lourenço, M., Azevedo, A., Brandão, I., Gomes, S. P. (2018). Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behaviour, *Clinical oral investigations*, 22(5), pp. 1915-1922.
- Lo Russo, L., Campisi, G. Di Fede, O., Di Liberto, C., Panzarella, V. e Lo Muzio, L. (2008). Oral manifestations of eating disorders: a critical review, *Oral Diseases*, 14(6), pp. 479-484.
- Maciel, N. L. e Cé, L.C. (2017). Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre manifestações orais em pacientes portadores de transtornos alimentares, *Journal of Oral Investigations*, 6(1), pp. 3-14.
- Marshall, A. (2018). Dietary assesment and counseling for dental erosion, *Journal of the American Dental Association*, 142(2), pp. 148-152.
- Martinez, A. P., Moreno, J. P. A., Jimenez, P. M. M., Macías, D. R. M., Pagliari, C., Abellan, V. M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis, *International journal of environmental research and public health*, 16(21), pp: 41-77.
- Mehler, P. S. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments, *The International Journal of Eating Disorders*, 44(2), pp. 95-104.
- Monda, M., Costacurta, M., Maffei, L. e Docimo, R. (2021). Oral manifestations of eating disorders in adolescent patients. A review, *European journal of pediatric dentistry*, 22(2), pp. 155-158.
- Neto, G. S. (2013). Bulimia nervosa e reabilitação oral: apresentação de um caso clínico, *O Jornal Dentistry*, 2, pp. 16-20.
- Pallier, A., Karimova, A., Boillot, A., Colon, P., Ringuenet, D., Bouchard, P. e Rangé, H. (2019). Dental and periodontal health in adults with eating disorders: a case-control study, *Journal of dentistry*, 84(1), pp. 55-59.
- Passos, V. F., Vasconcellos, A. A., Pequeno, J. H. P., Rorigues, L. K. A. e Santiago, S. L. (2015). Effect of comercial fluoride dentifrices against hydrochloric acid in na erosion – abrasion model, *Clinical oral investigations*, 19(1), pp. 71-76.
- Petri, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Camboni, M. V. e Miotto, P. (2010). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), pp. 6-17.
- Polivy, J. e Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders, *Annual Review of Psychology*, 53, pp. 187-213.

Rahkonen, K. A. e Mustelin L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors, *Current opinion in psychiatry*, 29(6), pp. 340-345.

Rosten, A. e Newton, T. (2017). The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature, *British dental journal*, 223(7), pp. 533-539.

Santos, M. R. I. (2016). Manifestações orais em pacientes com anorexia ou bulimia, Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Szupiany, T., Polonczyk, P. J. e Rutkowski, K. (2015). Dental needs of psychiatric patient with eating disorders, *Psychiatria polska*, 49(5), pp. 945-954.

Vailati, F., Vaglio, G. e Belser, U. C. (2012). Full-mouth minimally invasive adhesive rehabilitation to treat severe dental erosion: a case report, *The journal of adhesive dentistry*, 14(1), pp. 83-92.

Westmoreland, P., Krantz, M. J. e Mehler, P. S. (2015). Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia, *The American Journal of Medicine*, 129(1), pp. 7-30.

Ximenes, R., Couto, G. e Sougey, E. (2010). Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health, *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), pp. 59-64.

VI. ANEXOS

Anexo 1 – Informação disponibilizada à paciente:

Exma. Senhora

Eu, Beatriz Teixeira Ferreira, aluna da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, com o número institucional 35358, convido a Exma. _____, com o código _____, a participar no caso clínico do meu projeto de dissertação, intitulado de "As implicações da Bulimia nervosa na cavidade oral: apresentação de um caso clínico".

Este projeto tem como finalidade entender como a Bulimia nervosa se manifesta na cavidade oral, nomeadamente, nos tecidos duros e moles, através de uma revisão da literatura, seguida da exposição de um caso clínico, com o intuito de apresentar estas manifestações e a terapêutica e plano de tratamento que lhe podemos aplicar.

Ao aceitar que o seu caso clínico, concordante com os objetivos acima definidos, seja utilizado por mim, para a minha dissertação, concorda, igualmente, que a utilização dos seus dados – como a anamnese, radiografia panorâmica e periapical, fotografias intra e extra-orais, exame periodontal e modelos de estudo – seja exposto neste trabalho. É de salientar que o anonimato será sempre cumprido.

Abaixo assina que concorda com as informações explicitadas:

Assinatura da investigadora:

Beatriz Teixeira

Porto, 19 de Março de 2021

Anexo 2 – Consentimento informado:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial
(Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: 21 / Novembro / 2020

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome: Beatriz Teixeira Ferreira

Assinatura: Beatriz Ferreira

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo 3 – Parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS


Nº	Data
FCS/MED – 140/21	8 de Março de 2021

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, de Beatriz Teixeira Ferreira, intitulado "As implicações da Bulimia nervosa na cavidade oral: apresentação de um caso clínico", considera o estudo muito pertinente, com título e objetivos concordantes. Este estudo tem como finalidade efectuar uma revisão da literatura científica sobre as implicações da bulimia nervosa na cavidade oral e apresentar um interessante caso clínico com o fim de comparar o diagnóstico e tratamentos efectuados com o que é relatado na literatura científica. A CE considera não ter nada a opor à realização do referido estudo, nos moldes propostos, contudo, ressalva-se que é necessária a autorização da Direcção Clínica da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária – UFP para acesso aos dados clínicos, uma vez que a paciente é seguida nesta clínica.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

RU: 505 00 600 - Reg. Conservat.º do Conservatório de Registo Conservat. do Porto
FACULTADE - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciências e Tecnologia] Rua 9 de Abril, 349 - 4249-064 Porto-Portugal - T. +351 22 507 0000 - F. +351 22 510 6200 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 298 - 4200-308 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4830 - F. +351 22 507 4837 - R. Delfino Maia, 334 - 4200-373 Porto - Portugal
T. +351 22 549 6371 - geral.assiste@ufp.pt UNIDADES de Ponta de Lima - Casa da Garrida - R. Castelo de Brancos - 4950-078 Ponta de Lima-Portugal - T. +351 258 741 626 - F. +351 258 741 472 - geral.glima@ufp.pt