

Danielle Alcaniz de Carvalho

**DESORDENS ALIMENTARES E O IMPACTO NA SAÚDE ORAL**  
**REVISÃO DE LITERATURA**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017



Danielle Alcaniz de Carvalho

**DESORDENS ALIMENTARES E O IMPACTO NA SAÚDE ORAL**

**REVISÃO DE LITERATURA**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Danielle Alcaniz de Carvalho

**DESORDENS ALIMENTARES E O IMPACTO NA SAÚDE ORAL**  
**REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Como parte dos requisitos para obtenção

do grau de Mestre em Medicina Dentária

Sob orientação da Prof<sup>ª</sup>.Doutora Maria Raquel Silva

---

Danielle Alcaniz de Carvalho

## **RESUMO**

A ocorrência das DA, tais como a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa têm aumentado em função de novos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade moderna. Juntamente com essa constante busca pelo corpo ideal, algumas pessoas podem entrar em um círculo vicioso de recusa alimentar ou de compulsão alimentar, seguida de comportamentos compensatórios para prevenir o ganho de peso. O principal comportamento compensatório é a regurgitação (vômito auto induzido), que em longo prazo, pode provocar várias alterações dentais e sistêmicas.

**Objetivo:** Aprofundar os conhecimentos sobre as principais alterações orais causadas pela anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

**Metodologia:** Realizou-se uma revisão da literatura através de uma pesquisa eletrônica na PubMed, Scielo e Bsv , bem como através de pesquisa manual no catálogo bibliográfico da Universidade Fernando Pessoa. Esta pesquisa decorreu entre janeiro a abril de 2017.

De acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, obtiveram-se 26 publicações.

**Palavras-chave:** “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “desordens alimentares”, “erosão dentária”.

## **ABSTRACT**

The occurrence of Eating Disorders such as Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, has increased as a result of new patterns of beauty established by modern society. Along with this constant research for the ideal body many people get trapped in a vicious circle of food refusal or food compulsion, followed by Compensatory Behavior to prevent weight gain. The most common Compensatory Behavior is the regurgitations, ( self-induced vomit ), which can cause in a long term several dental problems and systemic alterations.

**Objective:** Deepen the knowledge regarding main oral changes, caused by Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.

**Methodology:** A review of the literature was performed, via electronic research like PubMed, Scielo and BSV, as well as through a manual research using the Bibliografic Catalog from the University “Fernando Pessoa”. The research was conducted between January and April 2017.

According to the inclusion and exclusion criteria, 26 publications were obtained.

**Keywords:** “nervous anorexia”, “nervous bulimia”, “Eating Disorders” and “Dental Erosion”.

*Dedico este trabalho a todos que me ajudaram direta e indiretamente nesta etapa. Obrigada pelo apoio e dedicação. Principalmente à Deus.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares e principalmente ao meu marido Andrea Pitzanti pela paciência e compreensão. Obrigada meus amores!

Agradeço a minha mãe Maria Waugia de Alcaniz que apesar da distância está sempre apoiando meus estudos.

A todos meus familiares do Brasil que apesar da distância estão sempre me apoiando, a todos, muito obrigada.

A todos os meus colegas de turma, em especial, Rosangela Pereira, Fernanda Moreira, Mylena Goulart, Maria Benevides e Adelaide Maso Fontinhas, os quais conheci durante o curso e com quem pude trocar experiências incríveis, os levarei para sempre no meu coração.

A vocês amigos que neste período de curso foram companheiros e puderam partilhar cada um sua experiência dando força e colaboração para minha formação.

A professora Raquel Silva pela dedicação e carinho com a qual orientou esta tese.

Aos funcionários e Pacientes da Clínica que com doçura puderam nos receber.

A todos os Professores que puderam proporcionar um maior conhecimento no processo de formação profissional.

E a Deus por ter permitido que tudo isso acontecesse.

Muito Obrigada!!!

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”*

*Charles Chaplin*

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
AGRADECIMENTOS.....	viii
ÍNDICE DE TABELAS .....	x
ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	xi
I. INTRODUÇÃO .....	1
1. Material e Métodos.....	1
II. DESENVOLVIMENTO .....	3
1. Definição de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa .....	3
2. Causas do transtorno Alimentar .....	4
3. Critérios de Diagnóstico na Medicina Dentária .....	4
i. Critérios para identificar Anorexia Nervosa.....	5
ii. Critérios para identificar a BN .....	5
4. Manifestações orais .....	6
i. Condutas clínicas na medicina dentária.....	8
III. DISCUSSÃO.....	9
IV. CONCLUSÃO .....	14
V. BIBLIOGRAFIA.....	15

## **INDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Publicações utilizadas na discussão relativa à estudos com amostras, seleccionadas de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão.....	9
--	---

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

ADA - America Dietetic Association

AN - Anorexia Nervosa

ANN - Abstaining Anorexia Nervosa

APA - American Psychiatric Association

BA - Bulimia Nervosa

DA - Desordem Alimentar

DANE - Desordem Alimentar Não Especificada

IMC - Índice de massa corpórea

VAN - Vomiting Anorexia Nervosa

## I. INTRODUÇÃO

As desordens alimentares (DA) são fenómenos pluridimensionais resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo (Souto,2002).

A (*American Dietetic Association*, 2006 e Silva, 2015), consideram que as DA têm critérios diagnósticos baseados em características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Os quadros mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), embora existam outras menos frequentes, como por exemplo, a desordem alimentar não especificada (DANE).

Na saúde oral, a característica principal das DA, torna-se visível na cavidade oral através do desgaste que o órgão dentário apresenta.

Assim este tema tem como objetivo aprofundar os conhecimentos nas principais alterações orais causadas pela a AN e pela BN. Serão descritos através de uma revisão de literatura as causas mais frequentes e os principais sinais e sintomas associados à DA, bem como as condutas terapêuticas as serem tomadas nesses pacientes.

### 1. Material e Métodos

A elaboração desta revisão de literatura foi obtida na base de dados através de uma pesquisa eletrónica *PubMed*, *Scielo* e *Bsv* bem como através de pesquisa manual no catálogo bibliográfico na Universidade Fernando Pessoa. Esta pesquisa decorreu entre janeiro de 2017 até abril de 2017.

As palavras chaves conjugadas foram: "anorexia nervosa"; "bulimia nervosa"; "eating disorders" e ; "dental erosion".

Os critérios de inclusão foram: publicações escritas em Língua Portuguesa e Inglesa e publicadas entre 1992 até 2017.

Os critérios de exclusão foram: estudos realizados em animais , estudos que não citavam aspectos dentais.

E com base nesses critérios foram encontrados:

- Na *PubMed*, obtiveram-se 1217 publicações onde foram excluídas 1208 e incluídas 9;
- Na *Scielo*, obtiveram-se 782 publicações onde foram excluídos 767 e incluídas 15;
- Na *SBV*, obtiveram-se 431 publicações onde foram excluídas 429 e incluídas 2.

## II. DESENVOLVIMENTO

As DA têm uma etiologia multifatorial, isto é, na sua origem estão diferentes fatores que interam para o seu desenvolvimento e perpetuação da doença (*American Psychiatric Association, APA, 2006*).

Acredita-se que a adolescência seja o ciclo da vida de maior exposição para a ocorrência dos transtornos alimentares (Alves et. al, 2008; Giuliani, 2007; Branco et. al, 2006).

Atualmente, observa-se o crescimento de dietas e de desordens alimentares, o que representa, individualmente, a insegurança e insatisfação quanto ao corpo e, no coletivo, uma mudança rumo a novas formas de consciência da mulher (Jackson, 1999). Segundo (Herscovici, 1997), mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos sentem-se insatisfeitas com o seu peso corporal, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente excesso de peso.

A prevalência das DA é maior no sexo feminino (90%) e apenas 10% no sexo masculino (Silva, 2015).

Segundo (Killen, et. al, 1994), a preocupação excessiva com o peso, a insatisfação corporal e a história de realização de dietas no início da adolescência constituem fatores preditores da ocorrência de distúrbios alimentares nos anos subsequentes.

### 1. Definição de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

A AN é um transtorno alimentar caracterizado pela recusa em manter o peso corporal em valores normais para a idade e a estatura, acompanhado de intenso medo de ganhar peso e distorção da imagem corporal (Brown e Bonifazi, 1993; Silva, 2015).

A (BN) é uma síndrome caracterizada por episódios recorrentes de grande consumo de alimento, num curto período de tempo, seguida de uma sensação de descontrolo e sentimento de culpa. Isso leva o indivíduo a provocar o vômito, praticar jejum e exercícios em excesso e até mesmo fazer uso de diuréticos e laxantes, visando prevenir o ganho de peso (Brown e Bonifazi, 1993; Silva, 2015).

## **2. Causas do transtorno Alimentar**

Muitos pesquisadores indicam a existência de fatores genéticos ligados à manifestação desta enfermidade, porém é desconhecida a dimensão da contribuição genética para o surgimento da doença. A maioria dos pesquisadores consideram a dimensão multifatorial e psíquica (Cordás *et.al*, 2007).

Acredita-se atualmente que características biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais são fatores que interagem na determinação da manifestação de anorexia nervosa (Fleitlich, *et. al*, 2000; Silva, 2015).

Mudanças biológicas, físicas, psíquicas, aliadas ao desenvolvimento da formação de identidade e do senso de independência são atributos evidenciados, que quando associados ao forte apelo sociocultural do culto à magreza, e encontrando ressonância nos fatores psicológicos individuais e familiares, podem predispor às DA (Duker *et. al*, 2009).

Segundo (Freitas, 2002), existe portanto uma dificuldade na realização de estudos de incidência e prevalência, pois são necessárias avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção. Assim, pesquisas sobre comportamento de risco podem dar um indício do problema em determinado local e população.

A sociedade determina e impõe um padrão de beleza que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza de um corpo perfeito surge, atualmente, uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade (Gauger, 1997).

## **3. Critérios de Diagnóstico**

Segundo a (APA, 1994) existem alguns critérios de diagnósticos identificar a bulimia nervosa e a anorexia nervosa:

### **i. Critérios para identificar Anorexia Nervosa.**

Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado a idade e a altura (por exemplo: perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado). Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando abaixo do normal.

Perturbação no modo de vivenciar o peso ou forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

A presença de amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Na AN, existem 2 tipos a identificar: O tipo restritivo, que durante o episódio atual de AN, o indivíduo não se envolveu regularmente num comportamento de comer compulsivamente ou de purgação isto é, não ocorreu a auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos, mas à prática de exercício físico intenso e excessivo (Silva, 2015). E o do tipo compulsivo ou purgativo que durante o episódio AN, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação isto é, recorreu a auto-indução de vômito ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

### **ii. Critérios para identificar a BN**

A BN diz respeito a episódios recorrentes de compulsão periódica. é caracterizado por seguintes aspectos:

- Ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares;
- Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar (exemplo, parar de comer ou controlar o quanto está comendo);
- Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, com auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos. A compulsão periódica e os comportamentos

compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana por três meses.

- A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

- O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de BN.

Na BN, existem 2 tipos a identificar: O tipo purgativo, onde durante o episódio atual de BN, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. E o tipo não purgativo, onde durante o episódio atual de BN, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejum ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução do vômito ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

### **iii. Sinais clínicos no auxílio do diagnósticos**

Foram sinalizados alguns sinais clínicos para auxílio de diagnóstico de anorexia nervosa por (Fleitlich et. al, 2000).

Perda de peso de etiologia desconhecida;

- Crescimento pômbero-estatural inadequado;

- Amenorréia primária ou secundária de etiologia desconhecida;

- Hipercolesterolemia ou hipercarotenemia de etiologia desconhecida em adulto jovem;

- Complicações médicas decorrentes do abuso de exercícios, distensões musculares;

- Participação em grupos de risco: ginastas, bailarinos, modelos, jôqueis, maratonistas.

## **4. Manifestações clínicas**

As manifestações orais podem aparecer de acordo com a frequência da autoindução de vômito, da dieta e do período de tempo que o indivíduo apresenta a síndrome. Pacientes com

DA, especialmente a BN ou AN do tipo purgativo podem apresentar as seguintes manifestações ao nível da cavidade oral (Solis *et. al*, 2006):

- Desgaste dentário (perimólise), nas faces palatinas e oclusais dos dentes;
- Restaurações em amálgama podem apresentar-se mais elevadas que o plano oclusal, devido a desmineralização do esmalte (ilhas de amálgama);
- Região orofaríngea mais avermelhada, ou até com leves ulcerações e sangramento (devido ao instrumento / dedo utilizado para estimular o reflexo do vômito);
- Hipertrofia da glândula parótida;
- Ulceração no dorso da mão (*Sinal de Russel*);
- Outros: erosão dental, bruxismo, perda de dimensão vertical, mordida aberta, redução do fluxo salivar e xerostomia.

A erosão dental descreve o resultado físico de uma perda patológica, crónica, localizada e assintomática dos tecidos dentais duros pelo ataque químico da superfície do dente por ácido e/ou quelante, sem o envolvimento de bactérias. O ácido de origem não bacteriana é, provavelmente, a causa da erosão, levando à desmineralização da matriz inorgânica do dente (Bishop, et al, 1997).

Quando a erosão é provocada por vômitos e regurgitações crônicas do conteúdo ácido do estomago, o quadro odontológico é cohecido como perimólise e pode levar a perdas severas de esmalte e dentina, principalmente nas superfícies palatinas linguais e oclusais (Pegoraro et. al, 2000).

Este tipo de erosão divide-se de acordo com o grau de severidade: superficial (Classe I) - acomete apenas a superfície do esmalte; localizada (Classe II) - atinge menos de 1/3 da dentina; extensa (Classe III) destruição mais de 1/3 da dentina (Caldeira et. al, 2000).

### **i. Condutas clínicas na medicina dentária**

Em lesões iniciais de erosão, com hiperestesia dentinária, podem ser utilizados agentes antihiperestésicos como o oxalato de potássio, aplicações tópicas de flúor semanais ou até mesmo vernizes fluoretados (Pergoraro *et. al*, 2000). Ainda os mesmos autores relatam que, perdas substancia dentária que causem hiperestesia e dores acentuadas devem ser tratadas através de restaurações com ionômero de vidro, resina composta ou até mesmo reabilitação protética.

Foi sugerido por (Brown *et. al*, 1993), o uso de saliva artificial para os pacientes com xerostomia severa, como pode ser o caso de alguns destes indivíduos. Estimular hábitos de higiene oral, advertindo o paciente a não escovar os dentes imediatamente após a regurgitação, pois esse ato pode acelerar a erosão do esmalte. Por outro lado é adequado realizar vigoroso bochecho com substância que neutralize a acidez da cavidade bucal como fluoreto de sódio a 0,05%, bicarbonato de sódio diluído em água ou até mesmo a água mineral (Caldeira *et. al*, 2000).

Por fim, instituir uma alimentação rica em queijos, vegetais e alimentos não ácidos, é uma estratégia importante (Sudaram & Bartlet, 2001).

### III. DISCUSSÃO

Para (Silvana S. 2006), a prática de dietas representa um risco até 18 vezes mais para o desenvolvimento de transtornos alimentares, portanto essa conduta não deve ser estimulada indiscriminadamente.

Tabela 1: Publicações utilizadas na discussão relativa à estudos com amostras, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão.

Autores e datas	Amostras	Objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
Ohrn, Enzell, Ang-mar. (1999)	100 referências consecutivas, das quais 79 eram mulheres e 2 homens.	explorar possíveis correlações entre o estado oral dos pacientes submetidos a tratamento para transtornos alimentares.	As desordens alimentares foram diagnosticadas de acordo com os critérios DSM III-R da American Psychiatric Association. Os exames clínicos e radiográficos foram complementados por fotografias intraorais padronizadas, modelos de estudo e análises salivares.	uma frequência de cáries significativamente maior do que para o grupo de referência. Mais de metade dos indivíduos apresentaram desgaste dentário erosivo envolvendo a dentina e cerca de um terço apresentaram índices de fluxo salivar muito pouco estimulados e contagens muito altas de estreptococos e lactobacilos mutans. O desgaste do dente foi significativamente correlacionado com o número de anos de compulsão alimentar. Em comparação com indivíduos com a mesma idade, os sujeitos com transtornos alimentares diagnosticados são mais suscetíveis à cárie dentária e à erosão.	Eles devem ser encorajados a adotar programas preventivos devidamente adaptados e a ter exames dentários regulares.
Fortes, et al. (2013)	271 futebolistas de Juiz de Fora /MG.	Identificar fatores de risco para o CAI em jovens futebolistas.	Utilizou-se o <i>Eating Attitudes Test</i> para avaliar o CAI. O <i>Body Shape Questionnaire</i> e a <i>Commitment Exercise Scale</i> foram utilizados para mensurar IC e GCPE, respectivamente. Aferiram-se dobras cutâneas para classificar a AC segundo sexo. Peso e es-	Observou-se que somente a insatisfação corporal manteve-se associada ao CAI, tanto no modelo simples, quanto no ajustado para todas as variáveis ( $p < 0,05$ ).	A insatisfação corporal apresentou risco para a manifestação do CAI.

			tatura foram aferidos para calcular-se o índice de massa corporal (IMC) e classificar o EN. O NE foi avaliado pelo Critério de Classificação Econômica Brasil. Aplicou-se questionário que buscava avaliar etnia, idade e sexo.		
Miranda, Conti, Bastos, Ferreira. (2011)	358 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 11 e 14 anos.	Avaliar a insatisfação corporal em adolescentes ao longo de um ano.	A investigação foi desenvolvida em três momentos (T1, T2 e T3). Utilizou-se o Body Shape Questionnaire (BSQ), e peso e estatura foram mensurados para o cálculo do índice de massa corporal (IMC).	A prevalência de insatisfação corporal diferiu entre os sexos, com aumento gradativo em meninas e diminuição em meninos em função do tempo (T1, T2 e T3) ( $p < 0,05$ ). Ademais, os escores diferiram segundo T1, T2 e T3. No sexo feminino, em T3, as meninas depreciaram o corpo quando comparadas a T1 e T2 ( $F = 9,71$ ; $p = 0,001$ ), e de forma oposta entre os meninos, evidenciou-se maior insatisfação em T1 em relação a T2 e T3 ( $F = 12,55$ ; $p = 0,001$ ).	A insatisfação corporal aumentou ao longo de um ano em meninas, enquanto em meninos houve diminuição. Sugere-se a implementação de programas de promoção à saúde para escolares durante o ano letivo.
Pelegriani, Petroski. (2010)	234 meninos e 442 meninas.	Analisar a associação entre insatisfação corporal e estado nutricional em adolescentes.	A informação foi coletada sobre a imagem do corpo e a antropometria realizada. O estado nutricional foi estratificado em duas categorias: saudável (IMC: 18,5-25,0 kg/m <sup>2</sup> ) e insalubre (IMC: <18,5 e >25,0 kg/m <sup>2</sup> ). A imagem do corpo foi codificada como satisfeita e insatisfeita.	65,5% dos adolescentes não estavam satisfeitos com a imagem corporal. Enquanto as meninas desejavam reduzir as silhuetas do corpo (48,4%), os meninos desejavam aumentar de volume (51,3%). O estado nutricional pouco saudável foi associado apenas à insatisfação corporal entre as meninas (IC 95% = 1,35-3,43). As meninas com excesso de peso eram 11 vezes mais propensas a estarem insatisfeitas com seus corpos do que as meninas com peso normal.	O estado nutricional foi um fator determinante para a insatisfação corporal, principalmente entre as adolescentes do sexo feminino, uma vez que aqueles cujo estado nutricional não era saudável apresentavam diferentes

					níveis de insatisfação daqueles com IMC saudável.
Rytömaa, Jarvine, Kanerva, Heinonen. (1998).	35 pacientes diagnósticos com bulimia e 105 controles correspondentes à idade, sexo e nível educacional.	avaliar os fatores associados à erosão e cárie dentária em pacientes com bulimia.	entrevista	A erosão dentária severa e a cárie dentária foram bastante comuns entre os bulímicos do que os controles. Os bulímicos geralmente apresentavam baixa taxa de fluxo salivar, mas outros fatores de risco aparentes de erosão dentária não diferiam dos controles. Um sentimento de boca seca era comum entre os bulímicos do que os controles, e os bulímicos tinham uma maior sensibilidade dentária ao frio e ao toque.	Mais deve ser feito para proteger os dentes da erosão dentária entre bulímicos, porque a perda de tecido dental permanece mesmo se o transtorno alimentar desaparecer.
Robb, et al. (1996).	122 pacientes com DA foi comparado a com um grupo controle para a idade, sexo e classe sócio-econômica.	Dar ao dentista uma visão do impacto dos distúrbios alimentares sobre os pacientes.	Revisão da literatura psiquiátrica sobre o diagnóstico, etiologia e tratamento dessas condições.	Verificou-se que os indivíduos AN apresentavam mais erosões quando comparados ao grupo controle, e uma menor frequência de erosões, quando comparados aos grupos com episódios de vômitos. Entretanto, os autores não puderam observar uma correlação positiva entre o nível de erosão dentária e a frequência ou duração do vômito.	O dentista está em uma posição ideal para identificar os sinais de alerta dessas condições antes de terem atraído atenção médica.

Em 1999, Ohrn et. al, ( Quadro 1), realizaram um estudo na Suécia, avaliando 81 pacientes ambulatoriais (sendo que 79 eram mulheres, e 2 eram homens com idade variando entre 17 a 47 anos), provenientes de uma clinica psiquiátrica direcionada ao tratamento de DA, com o objetivo de explorar a possível correlação entre o padrão oral e fatores como: o diagnóstico psiquiátrico, duração da doença, hábitos de higiene oral, função salivar, e hábitos dietéticos. O estudo mostrou que a saúde oral entre os pacientes psiquiátricos diagnosticados com DA foi significativamente pior, quando comparado ao grupo da mesma faixa etária e sem a doença. A precária saúde oral encontrada nos pacientes com DA foi caracterizada pela alta frequência de cárie e erosão dentária, e predisposição ou fatores como baixa estimulação do fluxo salivar, alta contagem de Streptococcus Mutans e lactobacilos. Para estes autores, a alta

suscetibilidade a cárie e erosão desses pacientes com DA devem ser tratadas com através de motivação e visitas regulares médico dentista para uma avaliação geral, com intervalo máximo de um ano.

Já Fortes *et al* (2013), (Quadro 1), realizaram um estudo com adolescentes de 10 a 15 anos que apresentou delineamento transversal e foi realizado no ano de 2011. Ao todo, participaram do estudo 362 jovens de ambos os sexos, sendo 199 meninas e 163 meninos, com médias de 12,73 ( $\pm 1,59$ ) e 12,65 ( $\pm 1,69$ ) anos para o sexo feminino e masculino, respectivamente. Em relação à razão de chances para o comportamento alimentar inadequado no sexo feminino, o modelo de regressão logística ajustada para todas as variáveis demonstrou associação com insatisfação corporal, grau de comprometimento psicológico ao exercício e nível econômico ( $p < 0,05$ ). Já no sexo masculino, insatisfação corporal, adiposidade corporal e o índice de massa corporal estiveram associados ao comportamento alimentar inadequado ( $p < 0,05$ ).

Em relação ao sexo masculino, são raros os estudos que avaliaram a possibilidade de associação do comportamento alimentar inapropriado com fatores considerados de risco para tal desfecho, dificultando, então, as comparações dos resultados. Os achados da presente pesquisa para esse sexo evidenciaram que jovens insatisfeitos com peso e aparência física apresentaram maiores riscos para o desenvolvimento de hábitos alimentares não saudáveis (7,97 vezes mais chances). Autores ressaltam que, assim como no sexo feminino, entre os meninos a insatisfação corporal parece ser a principal variável desencadeadora de atitudes alimentares inadequadas. (Miranda *et al*, 2011; Pelegrini, 2010), (Quadro 1).

Noutro estudo feito na Finlândia (Rytömaa. *et al*, 1998), (Quadro 1), selecionaram 35 pacientes do sexo feminino e com BN (idade média de 25 anos), diagnosticadas no Departamento Ambulatorial de Psiquiatria e Psiquiatria Adolescente do Hospital da Universidade Central de Helsinkí na Finlândia, tendo sido comparadas a um grupo controle, que era composto por 105 indivíduos. Verificou-se que a severa erosão dentária a cárie dentária eram mais comuns entre as pacientes com BN. Pacientes com BN apresentaram baixo fluxo salivar, sensação de boca seca, elevada sensibilidade dentária ao frio e ao toque. Foi concluído que procedimentos para a proteção da erosão dentária devem ser realizados, pois a perda do esmalte dentário, encontrada nestes pacientes, permanece mesmo após o controle dos episódios bulímicos.

Esse outro estudo avaliou os efeitos das DA e frequência de erosão dental e relacionou a gravidade da erosão a fatores como frequência da auto-indução de vômito ( Robb *et al*,1995), ( quadro 1). Um número de 122 pacientes com DA foi comparado a com um grupo controle para a idade, sexo e classe sócio-econômica. A população estudada foi dividida em quatro subgrupos, de acordo com a categoria de diagnóstico da DA: Abstaining Anorexia Nervosa (ANN, aqueles com Anorexia Nervosa, e que estavam 10% abaixo do peso ideal e sem episódios de vômito), Vomiting Anorexia Nervosa (VAN, com Anorexia Nervosa, e que estavam 10% abaixo do peso ideal, com episódios regulares de vômito), Uni-impulsive Bulimia Nervosa (UBN, aqueles que vomitam regularmente, e seu peso estava 10% abaixo do peso ideal, sem histórico de abuso de álcool, medicamentos controlados, ou práticas sexuais anormais) e Multi-impulsive BN (aqueles que vomitam regularmente, com peso 10% abaixo do ideal, com histórico de abuso de álcool, medicamentos controlados, ou práticas sexuais anormais). Verificou-se que os indivíduos ANN apresentavam mais erosões quando comparados ao grupo controle, e uma menor frequência de erosões, quando comparados aos grupos com episódios de vômitos. Entretanto, os autores não puderam observar uma correlação positiva entre o nível de erosão dentária e a frequência ou duração do vômito.

Valena *et al.* (2002), descreveram a natureza de desgastes dentários e locais mais afetados em situações de regurgitações frequentes e correlacionaram tais desgastes àqueles causados por ácidos de origem extrínseca. Além disso, avaliaram a distribuição da erosão em faixas etárias e sexo. Concluíram que a erosão da face lingual e da incisal dos dentes anteriores inferiores permite fazer distinção entre lesões dentárias erosivas de clientes com bulimia nervosa e refluxo gastroesofágico com aqueles que apresentam desgastes dentários por erosão extrínseca

Segundo Souza *et al* (2010), as etiologias da erosão intrínseca: refluxo gastroesofágico e bulimia nervosa são relativamente frequentes na população. Clinicamente, apresentam características e localizações que justificam a origem ácida.

A característica clínica mais comum da lesão por erosão é a perda de brilho do esmalte. A superfície apresenta-se lisa em forma de “U” ou pires. A lesão apresenta-se larga, roxa e sem ângulos nítidos. Quando atinge a dentina, provoca sensibilidade ao frio, calor e pressão osmótica. Quando acomete dentes restaurados, as restaurações tornam-se proeminentes, projetando-se acima da superfície dental (Caldeira *et. al*, 2000).

#### **IV. CONCLUSÃO**

As DA são problemas psíquicos caracterizados por alterações nos hábitos alimentares, associados à distorção mental da imagem corporal. Causam desconfortos e riscos importantes para a saúde. O tratamento vai muito além de aconselhamentos motivacionais ou simples restaurações dos dentes restabelecendo estética e função. Portanto é prudente que o médico dentista esteja aliado a equipas multidisciplinares, que incluam médicos, psiquiatras, psicólogos e nutricionistas.

A literatura disponível com relação à manifestação oral de transtornos alimentares relaciona-se, especialmente, a relatos de casos clínicos e de artigos de revisão de literatura. Portanto, sabemos que o médico dentista deve estar atento as características orais , como por exemplo as erosões dentais, as lesões em regiões de palato , entre outras descritas para diagnosticar o mais breve possível e que novos estudos devam ser realizados para ampliar o conhecimento sobre o tema, especialmente em populações mais vulneráveis como os adolescentes e em indivíduos do sexo feminino.

## V. BIBLIOGRAFIA

American Dietetic Association (2006) Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*. 106(12), pp. 2073-2082.

Edward, V. N. (2006) Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V. *Addiction*. 101, pp. 89-96.

Emilaura, A. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis. *Caderno de Saúde Pública*. 24(3), pp. 503-12.

Bishop, K. (1997). Wear now? An update on the etiology of tooth wear. *Quintessence Internacional*. 28(5), pp. 305-13.

Cordás, et al. (2007). Transtornos Alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. *Nutrição Profissional*. São Paulo, 11(1), pp. 12-20.

Brown, S. (1993). An overview of anorexia and bulimia nervosa, and the impact of eating disorders on the oral cavity. *Compendium*. 14(12), pp. 1594-1608.

Caldeira, H.T. (2000). Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 54(6), pp. 465-7.

Dunker, K.L.L. (2009). Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58(3), 3, pp. 156-161.

Fleitlich, B.W. (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 8(76), pp. 323-9.

Freitas, S. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 3(24), pp. 34-8.

- Fortes, L.S. (2013). Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 40(2), pp. 59-64.
- Gauguer, C.R. (1997). Reflexões da imagem corporal e da obesidade através do estudo de um caso clínico. São Paulo. *C.R. Gaiguer*.
- Silvana, S. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*. 6(19), pp. 693-704.
- Jackson, E. (1999). Alimento e transformação: imagens e simbolismo da alimentação. São Paulo. *Paulus*.
- Miranda, V.P.N. (2011) Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 3(60), pp. 190-7.
- Ohrn, R. (1999). Oral status of 81 subjects with eating disorders. *European Journal of Oral Sciences*. 3(107), pp. 157-163.
- Pelegri, A. (2010). The association between body dissatisfaction and nutritional status in adolescent. *Human Movement*. 1(11).
- Souto, S.G. (2002). Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres. *Revista de Nutrição*. 19(6), pp. 693-704.
- Sudaram, G. (2001). Preventative Measures for bulimic patients with dental erosion. *European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry*. 9(1), pp. 25-9.
- Triches, R.M. (2007). Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*. 2(20), pp.119-128.
- Patton, G.C. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 year. *British Medical Journal*. 7186(318), pp. 765-8.
- Pergoraro, N. (2000). Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 54(2), pp. 156-161.
- Rytömaa, A.I. (1998). Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1(56), pp. 36-40.

Robb, N.D. (1996). Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. *Journal Dentistry*. 1-2(24), pp. 7-16.

Silva, M.R.G. (2015). Avaliação Nutricional e composição corporal. *Universidade Fernando Pessoa*. Porto. pp.127.

Souza, C.V.A. et al. (2010). Erosão dentária causada por ácidos intrínsecos. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro,1(67), pp. 28-33.

Valena, V. (2002). Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Australian Dental Journal*, 2(47), pp. 106-15.