

Maria Luísa Ayres de Miranda da Costa Rodrigues

Distúrbios Alimentares Associados a Patologias Orais

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Maria Luísa Ayres de Miranda da Costa Rodrigues

Distúrbios Alimentares Associados a Patologias Orais

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Maria Luísa Ayres de Miranda da Costa Rodrigues

Distúrbios Alimentares Associados a Patologias Orais

Dissertação apresentada à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de mestre em
Medicina Dentária.

(Maria Luísa Rodrigues)

Resumo:

Os distúrbios alimentares são um problema de saúde a nível mundial. Com a sua prevalência a aumentar, torna-se cada vez mais importante a sua integração nas várias áreas de saúde, incluindo a Medicina Dentária.

Alguns fatores sociais como a pressão sobre manter o corpo em forma e obter um estilo de vida saudável podem contribuir para a ocorrência destas desordens. O género feminino é o mais afetado, no entanto o número de casos do género masculino tem vindo a aumentar nos últimos anos.

Com a ocorrência de distúrbios alimentares, todo corpo humano é afetado sofrendo alterações a vários níveis e áreas. A cavidade oral é uma dessas áreas. O âmbito desta dissertação é explorar de que forma a saúde oral pode ser prejudicada, observando como distintas patologias que nela ocorrem se relacionam com os distintos distúrbios alimentares.

O objetivo desta revisão bibliográfica é apresentar conceitos, características e sintomas dos distúrbios alimentares e associar as suas manifestações na cavidade oral.

Patologias orais como erosão, cárie dentária, xerostomia, bruxismo, hipertrofia das glândulas salivares e lesões nos tecidos moles, destacam-se em pacientes que sofram de perturbações alimentares. Todas elas serão abordadas nesta revisão bibliográfica.

Para a elaboração desta tese, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados, “PubMed/Medline”, “Science Direct” e *Chohrane library*, utilizando como palavras-chave: *eating disorders, anorexia, obesity, bulimia, tooth erosion, oral health, mouth diseases*.

O papel do médico dentista é indispensável para estes pacientes. Detetar as lesões numa fase inicial, criar estratégias preventivas para o tratamento de novas lesões e controlar a progressão das lesões existentes, fazem parte das várias funções que o dentista tem.

Sendo este um problema de saúde tão grave e abrangente é necessário que tenha a devida atenção dos profissionais de saúde. Com uma equipa multidisciplinar de várias áreas da saúde, incluindo a medicina dentária, é possível não só auxiliar estes pacientes, bem como trata-los e trazer-lhes melhor qualidade de vida.

Abstract:

Eating disorders are a worldwide health issue. With its prevalence increasing, it becomes more and more important to integrate them in the various areas of health, including dentistry.

Some social factors such as pressure on keeping the body in shape and getting a healthy lifestyle can contribute to the occurrence of these disorders. The female gender is most affected, however the number of male gender cases has been increasing in recent years.

With the occurrence of eating disorders, all of the human body is affected, suffering alterations in different levels and areas. The oral cavity is one of these areas. The aim of this dissertation is to figure out how oral health can be affected, by watching the various diseases that can happen on it, and how they relate to eating disorders.

The purpose of this literature review is to present concepts, characteristics and symptoms of eating disorders and associate them with its manifestations in the oral cavity.

Oral pathologies such as erosion, dental cavities, xerostomia, bruxism, enlarged salivary gland and soft tissue injuries, can occur in patients suffering from eating disorders. All of them will be addressed in this literature review.

To elaborate this thesis ,was performed a research in databases such as " *PubMed / Medline* ," " *Science Direct* " and *Chohrane library* , using as keywords : *eating disorders , anorexia, obesity , bulimia, tooth erosion , oral health , mouth diseases.*

The role of the dentist is essential for these patients. Detecting lesions at an early stage, create preventive strategies for the treatment of new lesions and monitoring the progression of existing lesions, are part of several functions that the dentist has.

This is such a serious and increasing health issue that it is necessary that the health professionals pay attention to it. With a multidisciplinary team of several health care areas, including dentistry, we can not only assist these patients and treat them but also bring them better quality of life.

Índice

Índice de Tabelas	X
Índice de Figuras	XI
I. Introdução.....	1
II. Desenvolvimento	3
1. Materiais e Métodos	3
2. Distúrbios Alimentares	4
2.1 Anorexia	4
2.2 Bulimia	8
2.3 Obesidade	14
2.4 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódico	18
2.5 Síndrome de Comer Noturno	20
2.6 Ortorexia	21
2.7 Vigorexia	22
3. Patologias Orais.....	23
3.1 Erosão Dentária	24
3.2 Hipersensibilidade dentinária	29
3.3 Cárie Dentária	31
3.4 Hipertrofia das Glândulas Salivares	34
3.5 Xerostomia	36
3.6 Bruxismo.....	39
3.7 Lesões dos tecidos moles.....	41
III. Conclusão	42
IV. Bibliografia	43

Índice de Tabelas

Tabela 1. Sinais clínicos para auxílio do diagnóstico em anorexia nervosa (adaptado de Fleitlich, B. <i>et al.</i> , 2000).....	7
Tabela 2. Diferenças clínicas entre anorexia e bulimia (adaptada de Borges, N. <i>et al.</i> , 2006).....	13
Tabela 3. Manifestações clínicas da xerostomia (adaptada de Feio, M., Sapeta, P., 2005).....	35

Índice de Figuras

Figura 1. Erosão dentária em molar (adaptado de Guedes *et al.*, 2007).....29

Figura 2. Fatores etiológicos da cárie dentária (adaptado de Lima, J. 2007).....31

I- Introdução

Um distúrbio alimentar é uma condição em que os pacientes sofrem de perturbações graves nos seus comportamentos alimentares, associando-se a pensamentos e emoções. Indivíduos que sofram destes distúrbios por norma ficam obcecados com alimentos e com o seu peso corporal. (Amaral, C. *et al.* 2011)

Os sintomas de uma perturbação alimentar podem variar desde uma preocupação exagerada com o peso e a forma corporal até episódios de ingestão excessiva de alimentos que tem como objetivo não apenas saciar a fome, mas também compensar variados estados emocionais ou situações de stresse. (Amoras, D. *et al.* 2010)

Um elevado número de pessoas sofre de distúrbios alimentares, sendo que o género feminino é o mais afetado, na faixa etária dos 12 aos 35 anos. (Amaral, C. *et al.* 2011)

No que diz respeito á etiologia dos distúrbios alimentares, considera-se multifatorial. Envolve componentes genéticos, neuroquímicos, psicológicos, socioculturais e nutricionais. (Appolinário, J., Claudino, A., 2000)

Os distúrbios alimentares podem manifestar-se na cavidade oral, destacando-se lesões de cárie, de erosão, de hipersensibilidade, de hipossalivação e aumento das glândulas salivares. O conhecimento destas patologias tem despertado especial interesse na Medicina Dentária. (Amoras, D. *et al.* 2010)

As manifestações orais surgem de acordo com a frequência e hábitos de cada transtorno, dando-se destaque a: autoindução do vómito, dieta hipercalórica, falta de higienização após compulsão alimentar, ansiedade, depressão e o intervalo de tempo que o paciente sofre do distúrbio. (Barboza, A. *et al.* 2011)

O médico dentista tem um papel relevante no diagnóstico dos distúrbios alimentares. Com o auxílio do exame intra e extra oral e da anamnese é possível detetar sinais e sintomas característicos desta condição. Poderá, desta forma, ser o primeiro profissional de saúde a descobrir o transtorno. (Navarro, V. *et al.*, 2011)

O objetivo deste trabalho foi observar de que forma os distúrbios alimentares podem afetar a cavidade oral; e de que forma o médico dentista pode agir para minimizar os danos destes distúrbios, trazendo melhor qualidade de vida e apoio ao doente.

II -Desenvolvimento:

1. Materiais e Métodos

Para a elaboração desta monografia, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica *on-line* nas bases de dados da *Pubmed*, *Science Direct* e *Chohrane library*.

As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: *eating disorders*, *anorexia*, *obesity*, *bulimia*, *tooth erosion*, *oral health*, *mouth diseases*.

Não foi utilizado um limite temporal, no entanto esta pesquisa foi efetuada restringindo os idiomas a português, inglês e espanhol. Desta pesquisa resultaram 98 artigos científicos.

Considerando os critérios de inclusão escolheram-se os artigos científicos que estavam de acordo com o tema, excluindo-se aqueles que não apresentaram relevância, resultando desta forma em 90 artigos selecionados.

2- Distúrbios Alimentares

2.1 - Anorexia:

A Anorexia Nervosa é considerada um Transtorno Alimentar pelos profissionais de saúde. Tem sido estudada em várias áreas da medicina, tais como a psiquiatria, a endocrinologia, a nutrição, a farmacologia e a medicina dentária; e também em outras disciplinas como a sociologia e a psicologia (Farah, M. *et al.*, 2015)

A Anorexia foi relatada pela primeira vez por Morton em 1964, como sendo uma consumpção nervosa, onde os indivíduos diminuem a ingestão de alimentos voluntariamente, devido ao medo de engordar, atingindo graus extremos de magreza, podendo mesmo levar á morte. (Ribeiro, R. *et al.*, 1998) A palavra Anorexia é oriunda do grego, “anorexis”, onde “an” significa privação e “orexis” significa apetite ou desejo. (Farah, M. *et al.*, 2015)

Segundo Cordas, T. (2004) os transtornos alimentares afetam principalmente adolescentes e jovens adultos do género feminino. Cerca de 90% dos casos de Anorexia Nervosa afetam o género feminino (American Psychiatric Association, 2002). O diagnóstico desta patologia nem sempre é fácil no género masculino. Apenas 5 a 10% dos pacientes com Anorexia Nervosa são homens (Melin, P. *et al.*, 2002)

Observa-se grande discrepância nas taxas de incidência e prevalência de Anorexia Nervosa. Esta variação está relacionada com as populações de risco. Nos fatores de risco inserem-se predominantemente a faixa etária e o género; sendo a idade mais comum a adolescência e existindo uma maior prevalência nas mulheres. (Lucas, R. *et al.*, 1991) Dentro dos muitos estudos epidemiológicos relativamente aos Transtornos Alimentares, os dados indicam um crescimento e prevalência destes transtornos nas últimas 4 décadas. (Fleitlich, B. *et al.*, 2000)

A etiopatogenia da anorexia é composta por um grupo de fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais, e não apenas a fatores isolados. (Ribeiro, R. *et al.*, 1998) Existem algumas características do seio familiar do paciente com anorexia que são comuns. Entre elas sobressaem: educações rígidas e disciplinadas, superproteção, envolvimento excessivo da entidade parental e falta de motivação para mudanças. (Dare, C. 1985)

No que diz respeito ao quadro clínico desta patologia, existe uma enorme preocupação com o peso e a forma física por parte do doente. Mesmo quando já estão muito magros, sentem-se gordos e descontentes com a sua aparência; a este fenómeno dá-se o nome de distorção da imagem corporal. A diminuição de peso passa a ser o objetivo principal, e para o cumprir fazem dietas, períodos de jejum, praticam excesso de exercício físico, tomam medicações laxativas, diuréticos e inibidores de apetite. (Fleitlich, B. *et al.*, 2000) O peso do paciente anoréxico está diminuído 15% ou mais em relação ao limite inferior esperado. Outro aspeto relevante do quadro clínico é a existência de amenorreia de no mínimo três ciclos menstruais consecutivos (Scivoletto, S. *et al.*, 1997)

As características clínicas da Anorexia Nervosa na adolescência são semelhantes às dos pacientes adultos, no entanto existem algumas diferenças. Os adolescentes definham mais rapidamente relativamente à perda de peso, logo atingem mais rapidamente estágios mais severos de Anorexia. Sintomas depressivos tendem a ser notórios mais tardiamente nos adultos do que nos adolescentes. (Irwin, M. 1984)

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (1994), existem dois tipos de Anorexia Nervosa, o restritivo e o purgativo. No restritivo o doente faz um controle da ingestão alimentar, diminuindo o número de refeições, as calorias ingeridas e jejuando. No tipo purgativo há o recurso a vômitos, diarreia proveniente do uso de laxantes, prática de exercício excessivo e atitudes restritivas que também podem ser observadas nalguns casos.

Na anorexia do tipo purgativo, são mais evidentes as manifestações na cavidade oral, uma vez que a maioria das patologias são causadas pelo vômito, como é o caso da erosão, que trás consigo muitas outras lesões prejudiciais á boca, tais como a queilite, a hipersensibilidade, a hipossalivação, a mucosite, entre outras (Barboza, A. *et al.*, 2011)

No que diz respeito á anorexia restritiva as lesões na cavidade oral não estão tão presentes (Shaughnessy *et al.*, 2008)

As consequências físicas desta doença são parecidas com um estado de desnutrição crónico. Quando afeta jovens adolescentes pode interferir com o crescimento e atrasar ou interromper a puberdade. (Andersen, A., 1991) O corpo do anoréxico vai suprimir ou diminuir todas as funções essenciais, minimizando o gasto de energia e podendo até modificar as funções vitais. (Fleitlich, B. *et al.*, 2000) Os sintomas mais comuns referidos pelo paciente são: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelo, constipação, dor abdominal, letargia, amenorreia e dificuldade de concentração. Uma vez que os anoréxicos normalmente não admitem estar doentes, nem sempre manifestam espontaneamente as suas queixas, cabendo ao médico o papel de questiona-las. (Borges, N. *et al.*, 2006)

A depressão é o transtorno afetivo mais comum na anorexia nervosa, sendo que cerca de 53% dos pacientes são diagnosticados com este traço. Está mais patente na anorexia do tipo restritivo. (Herzog, B., 1992)

Os transtornos de personalidade podem ter um papel importante no tratamento e no prognóstico de distúrbios alimentares. Alguns traços da personalidade podem sofrer metamorfose devido à anorexia. Os traços mais comuns em pacientes anoréxicos são: obsessão, dependência, rigidez, controle sobre impulsos e perfeccionismo. (Fleitlich, B. *et al.*, 2000) Na tabela 1 estão patentes as manifestações clínicas mais relevantes no diagnóstico da anorexia.

Tabela 1. Sinais clínicos para auxílio do diagnóstico em anorexia nervosa (adaptada de Fleitlich, B. *et al.*, 2000)

Sinais Clínicos para Auxílio do Diagnóstico em Anorexia Nervosa
1. Perda de peso de etiologia desconhecida
2. Crescimento pômdero-estatural inadequado
3. Amenorreia primária ou secundária de etiologia desconhecida
4. Hipercolestrolémia ou hipercarotenemia de etiologia desconhecida
5. Complicações médicas decorrentes do abuso de exercício físico
6. Participação em grupos de risco: modelos, bailarinos, atletas
7. Osteoporose em indivíduos jovens

O tratamento da anorexia nervosa deve ser iniciado o quanto antes, após o diagnóstico. Em casos que não se observe perda significativa de peso ou, em casos crônicos com variação relativa do estado nutricional, a melhor opção é a assistência ambulatoria. (Ribeiro, R. *et al.*, 1998) A internação hospitalar é uma opção que está indicada em casos mais extremos, em doentes que apresentem peso menor do que 80% para a altura/idade, condições físicas de risco como desidratação, sinais de falência circulatória, vômitos persistentes ou hematêmese, condições psiquiátricas de risco ou resposta insuficiente ao tratamento ambulatorio. (Fleitlich, B. *et al.* 2000)

A prescrição medicamentosa tem um papel pequeno mas relevante no tratamento da anorexia nervosa. Os fármacos utilizados são estimulantes de apetite, neuropléticos, antidepressivos, vitaminas, suplementos e sais minerais. (Lask, B., 1996)

As taxas de recuperação da anorexia nervosa oscilam. Estima-se, no entanto, que cerca de 30% a 40% dos pacientes tenham recuperação completa, não voltando a sofrer deste distúrbio. Há pacientes que vão tendo períodos de melhora e de recidiva também, podendo evoluir para bulimia nervosa, (cerca de 30 a 40% dos anoréxicos). Os restantes doentes têm uma evolução grave, com complicações físicas e psicológicas, podendo mesmo levar à morte. (Borges, N. *et al.*, 2006)

2.2 - Bulimia

A palavra bulimia é oriunda do grego, “bous” (boi) e “limos” (fome), que tem significado relativo a um apetite tão grande que seria possível comer-se um boi. (Cordas, T., Claudino, A. 2002)

É uma desordem alimentar caracterizada pela ingestão rápida e compulsiva de uma porção exagerada de alimentos num curto intervalo de tempo, onde se precede ao vômito de forma a evitar o ganho de peso. (Guerra, C., Oliveira, F. 2012) Apesar de não ser o único meio utilizado para compensar o episódio bulímico ou para evitar ganho de peso excessivo, o vômito autoinduzido é o mais frequente. Também é comum a prática exagerada de exercícios físicos, podendo causar danos aos ligamentos e músculos. Laxantes, diuréticos e inibidores de apetite são conjuntamente usados pelos bulímicos. (Borges, N. *et al.*, 2006)

Este distúrbio alimentar aparece mais frequentemente em adolescentes e jovens adultas. Afeta mais pessoas de raça branca, com boas condições socioeconómicas e alto nível de escolaridade. (Popoff, D. *et al.*, 2010)

A etiologia da bulimia está relacionada com o desejo de emagrecer, mas não só. Fatores biológicos, psicológicos e familiares também têm um peso importante. Na presença destes aspetos que o afetam negativamente, o paciente refugia-se na comida, o que lhe

vai proporcionar uma sensação de alívio; seguindo-se por uma perda de controlo, uma vez que ingerem uma grande quantidade de calorias num curto espaço de tempo. (Amoras, D. *et al.* 2010) Como meio de contrabalançar o ato anterior provocam o vómito, que se acompanha com um sentimento de culpa, vergonha e desejos de autopunição. A quantidade de calorias ingeridas por episódio pode variar muito, embora a média seja entre 2 mil e 5 mil calorias. (Appolinário, J., Claudino, A., 2000)

Os episódios bulímicos são definidos como a ingestão, num curto espaço de tempo de uma quantidade de alimento, muito superior ao que a maioria das pessoas consegue comer durante um período de tempo igual ou em circunstâncias semelhantes. Além disso, há um sentimento de perda de controlo sobre a alimentação. (Borges, N. *et al.*, 2006)

Existem dois tipos de bulimia: o tipo purgativo, onde o indivíduo vomita por autoindução e utiliza laxantes diuréticos; e o tipo sem purgação, em que o indivíduo realiza uma compensação pelos episódios bulímicos cometidos, jejuando e fazendo exercício físico excessivo. (Farah, M. *et al.*, 2015)

O vómito provocado ocorre em cerca de 90% dos casos de bulimia do tipo purgativo. A sua frequência é variável, podendo ser de um até dez ou mais episódios por dia em casos mais graves. Inicialmente o doente precisa de auxílio para induzir o vómito, como a introdução do dedo ou algum objeto na garganta. Algumas bulímicas num estado mais avançado têm o chamado sinal de Russel: mostram ter úlceras no dorso da mão causadas pela introdução da mesma na boca para vomitar. (Bueno, J., Nardi, A., 2000)

Uma vez que a bulimia é sempre mantida em sigilo, por norma só chega ao conhecimento dos familiares quando se encontra num estágio avançado. Daí a importância do médico dentista, que deve estar atento a alterações na cavidade oral ao executar o exame clínico. Sendo que a bulimia do tipo purgativo (associada a vômitos) é a que causa mais alterações na boca. (Guedes, C. *et al.*, 2007)

Os pacientes com bulimia apresentam um perfil de baixa autoestima, depressão, sentimento de culpa, insegurança, vergonha e ansiedade. Como tal, são pessoas que tendem ao isolamento social e negatividade, provenientes do estado depressivo. Sabe-se que os episódios bulímicos, provocam ansiedade e alterações de personalidade. (Navarro, V. *et al.*, 2011)

Este distúrbio alimentar é acompanhado por variadas manifestações sistêmicas, às quais os profissionais de saúde devem estar atentos. (Guerra, C., Oliveira, F., 2012) Estas manifestações devem-se maioritariamente à insuficiência nutricional do doente., sendo os sinais mais frequentes arritmias cardíacas, anemia, obstipação intestinal, esofagite, gastrite, leucopenia, hipoglicémia, osteoporose, baixos níveis de sódio, potássio e magnésio e retenção de líquidos. (Borges, N. *et al.*, 2006)

As primeiras manifestações clínicas da bulimia surgem normalmente, seis meses após o desenvolvimento da doença e, em grande parte das situações, a cavidade oral é o local em que se revelam primeiro. No entanto o aparecimento, a ocorrência e a gravidade destes sinais clínicos dependem do tipo e da duração do transtorno. (Amoras, D. *et al.*, 2011)

As manifestações orais da bulimia que merecem mais destaque são: erosão dentária, aumento do índice de cárie, hipersensibilidade dentária, xerostomia, hipertrofia da glândula salivar, alterações periodontais, traumatismo dentário, bruxismo. (Guerra, C., Oliveira, F., 2012) Todas elas serão abordadas posteriormente.

A bulimia tem um diagnóstico diferencial da anorexia nervosa. Distingue-se da anorexia nervosa do tipo purgativo, uma vez que os pacientes com bulimia mantêm o peso dentro dos parâmetros da normalidade na maioria dos casos (cerca de 70%) ou, ligeiramente abaixo deste (15%), ou, nalguns casos acima do peso (15%). (Nunes, M., *et al.*, 1998)

Apesar de apresentarem peso normal e de se alimentarem em excesso, os bulímicos são, na maioria dos casos, malnutridos. Os alimentos que consomem em excesso costumam ser pouco nutritivos e muito calóricos, tendo alta concentração de hidratos de carbono e gorduras. (Francischone, C. *et al.*, 2003)

Os bulímicos, por norma, sentem vergonha dos seus hábitos, e tentam ocultar os seus sintomas a qualquer custo. Este sigilo absoluto dificulta o diagnóstico da doença. Em muitos casos a família só desconfia da doença quando esta já está muito avançada, e os sintomas e sinais tornam-se evidentes. (Guedes, C. *et al.*, 2007)

É de grande importância que o diagnóstico seja feito o quanto antes para que o tratamento tenha êxito, uma vez que serão tomadas prontamente todas as medidas necessárias para controlar o desenvolvimento e progressão das patologias orais, ao mesmo tempo proporcionando o bem-estar do paciente. (Lima, K. *et al.*, 2011)

Para que este diagnóstico seja feito é imperativo que seja feita uma minuciosa anamnese, história clínica, prestando especial atenção ao comportamento alimentar do paciente e detalhado exame clínico. (Guedes, C. *et al.*, 2007)

O prognóstico das patologias orais é na maioria das vezes positivo; exceto em casos muito avançados, de erosão e de grandes perdas dentárias. No que diz respeito a casos mais simples, podem ser revertidos através de uma boa reeducação alimentar, instrução de higiene oral e interrupção dos episódios de vômito. (Guerra, C., Oliveira, F., 2012)

O plano de tratamento será diferente em cada paciente, uma vez que depende do tipo de patologia oral que o afeta, bem como a sua história clínica. (Popoff, D. *et al.*, 2010)

Enquanto o transtorno alimentar não for tratado, o médico dentista poderá aliviar os sintomas de sensibilidade dentária com a aplicação tópica de fluor semanal e os de bruxismo com a confeção de uma goteira. É indicado que a seguir ao vômito se bocheche com substâncias que neutralizem o pH da boca, tais como bicarbonato de sódio e hidróxido de magnésio. (Caldeira, T. *et al.*, 2000)

Um dos principais problemas que o médico dentista enfrenta ao tratar pacientes com bulimia, são os traços compulsivos/ obsessivos que alguns destes apresentam. É frequente estes doentes fazerem uma higiene oral muito minuciosa e repetitiva, escovando os dentes agressivamente após o vômito. Isto irá agravar a erosão dentária ainda mais. (Guerra, C., Oliveira, F., 2012) O paciente deve ser orientado a realizar a higiene oral corretamente e alertado de que não deve escovar os dentes após a regurgitação. (Guedes, C. *et al.*, 2007) Deve-se indicar a estes pacientes uma escova macia, prescrever fluor 0,05% e uma solução de bochecho com bicarbonato de sódio, de forma a neutralizar o pH oral. (Traebet, J., Moreira, E., 2001)

Segundo Bonilla, E. (2001) há quatro fatores principais que condicionam a realização de um tratamento restaurador em pacientes que sofrem de bulimia. Estes são: aceitação e consciencialização do paciente relativamente à bulimia nervosa; compromisso com um tratamento psiquiátrico ou psicológico, com o objetivo de parar com os atos de regurgitação; desejo do paciente em realizar o tratamento; haver uma melhoria da higiene oral do doente.

O cimento ionómero de vidro pode ser utilizado como material restaurador em pacientes com bulimia, uma vez que liberta fluor. No entanto a resina composta é uma melhor opção, pois não é solúvel em ácidos. Para além disso, a realização à base de adesivos dentários, que têm uma natureza mais conservadora, podem alcançar melhores resultados nestes pacientes. (Traebet, J., Moreira, E., 2001)

O hábito destes pacientes em induzir o vômito condiciona o sucesso das restaurações, quer provisórias, quer definitivas. Estes são pacientes que muitas vezes sofrem mais com a aparência do que com a condição da saúde oral, portanto, por vezes devem-se adotar tratamentos pouco invasivos. (Guerra, C., Oliveira, F., 2012)

Relativamente à evolução e prognóstico da bulimia nervosa, há uma boa recuperação em cerca de 60% dos pacientes, 30% têm evolução mediana e 10% têm uma má evolução, podendo mesmo levar à morte. Alguns fatores indicativos de mau prognóstico são: grande frequência de vômitos, manifestação tardia da doença por parte do paciente, relações pessoais conturbadas. (Borges, N. *et al.*, 2006)

A anorexia e a bulimia são dos distúrbios alimentares mais comuns, sendo importante distingui-los. Na tabela 2, observam-se alguns pontos que as diferenciam.

Tabela 2. Diferenças clínicas entre anorexia e bulimia (adaptada de Borges, N. *et al.*, 2006)

Anorexia	Bulimia
Vômitos auto-induzidos do subtipo bulímico ou purgativo	Vômitos auto-induzidos do subtipo bulímico ou purgativo
Abuso de diuréticos ou laxantes	Abuso de diuréticos ou laxantes
Perda de peso grave	Menor perda de peso, peso normal ou acima do normal
Grave distorção da imagem corporal	Distorção da imagem corporal quando existe é menos acentuada
Maior incidência aos 16 anos	Maior incidência aos 20 anos
Mais introvertidas	Mais extrovertidas
Negam a fome	Referem fome

O comportamento alimentar é considerado normal pelo paciente, e o desejo de controlo de peso justo e adequado	O comportamento alimentar é motivo de vergonha, culpa, e há desejo de oculta-lo
Sexualmente inativas	Mais ativas sexualmente
Amenorreia	Menstruação varia de irregular a normal
Traços obsessivos de personalidade podem estar presentes	Traços histriónicos e <i>borderline</i> podem estar presentes
Co morbilidade com doenças afetivas	Co morbilidade com doenças afetivas e abuso de álcool e drogas
Transtornos ansiosos	Transtornos ansioso em alguns casos
Impulsividade do subtipo purgativo	Impulsividade

2.3 - Obesidade

A Organização Mundial de Saúde define a obesidade como uma situação de acumulação desmesurada de gordura corporal num determinado grau, onde a saúde e o bem-estar do individuo possam ser afetados negativamente. (Organização Mundial de Saúde, 2003)

A maior dificuldade deste conceito básico seria medir o tecido adiposo e estabelecer o limiar a partir do qual um individuo é considerado obeso. Como tal, criou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que atualmente um obeso define-se como um individuo com IMC superior a 30kg por metro quadrado. (Vasques, F. *et al.*, 2004)

A obesidade tem vindo a alcançar proporções epidémicas globais, existindo 300 milhões de indivíduos no mundo, em todas as faixas etárias e grupos socioeconómicos, sofrem de obesidade clínica. (Santos, S. *et al.*, 2014)

Este distúrbio alimentar não pode ser considerado uma simples desordem, mas sim, um grupo heterogénico de condições com variadas causas. Desta forma, fatores ambientais, sociais e comportamentais influenciam o peso corporal, sendo atribuídos á sua etiologia. (Alves, L. *et al.*, 2013) Apesar do componente genético ter um papel indubitável na etiologia da obesidade, o observável aumento de prevalência desta patologia pode ser também explicado por mudanças sociais e comportamentais, resultantes da transição sociodemográfica. (Saporiti, S. *et al.*, 2014) Os fatores mais marcantes da obesidade são os biológicos referentes ao estilo de vida, principalmente em relação à dualidade dieta e atividade física. (Wanderley, E., Ferreira, V., 2010)

A obesidade, é uma doença de carácter crónico, e devido á sua prevalência, encontra-se entre as dez doenças crónicas mais prevalentes do mundo. (Peterson, P., Ogawa, H., 2012)

Em muitos casos, o individuo com excesso de peso desconhece mecanismos controladores da saciedade e apetite. Os problemas emocionais do obeso são geralmente considerados uma consequência da doença; no entanto alguns problemas psicológicos podem preceder o desenvolvimento da obesidade. A depressão e a ansiedade são os sintomas mais comuns. (Vasques, F. *et al.*, 2004)

As complicações na obesidade não dependem só do excesso de peso mas também da distribuição de gordura corporal, que pode estar localizada na região central ou abdominal (conhecida como obesidade em forma de maçã) ou na região inferior do quadril (conhecida como em forma de pera). A existência de tecido adiposo intra-abdominal é um fator de risco para distúrbios metabólicos e é determinada pela relação entre as circunferências da cintura e do quadril. (Francischi, R. *et al.*, 2000)

A obesidade é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças sistêmicas, tais como, diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro. (Chaffee, B., Weston, S., 2010)

Comparativamente a pessoas de peso normal, indivíduos com 20% de peso a cima do recomendado possuem 20% mais de probabilidade de morrer por todas as causas. Em indivíduos com 40% de peso a cima do recomendado, a mortalidade por todas as causas é 55% maior. (Francischi, R. *et al.*, 2000)

A literatura tem mostrado uma possível associação entre a obesidade e as patologias orais, com destaque à cárie dentária, às doenças periodontais e ao traumatismo dentário. (Saporiti, S. *et al.*, 2014)

A literatura científica tem investigado a possível relação entre cárie dentária e obesidade. No entanto, esta possível associação ainda não é certa, uma vez que os estudos apresentam resultados divergentes relativamente ao assunto. Vários estudos que abordam este tema concordam que há uma relação positiva entre cárie dentária e obesidade, no entanto a causa dessa relação não está totalmente definida. (Silva, A. *et al.*, 2013)

O aumento de sedentarismo e da frequência de refeições, principalmente de alimentos processados e com grande percentagem de açúcar, têm sido associados a uma dieta não saudável. (Hayden, C. *et al.*, 2013) Esse sedentarismo promove um aumento do consumo de alimentos que podem aumentar o risco de incremento de peso e obesidade e, conseqüentemente, o maior tempo de contato dos dentes com esses alimentos pode causar o aumento do risco aparecimento de cárie dentária. (Saporiti, S. *et al.*, 2014) Indivíduos obesos tendem a consumir alimentos ricos em hidratos de carbono que, como se sabe são altamente cariogénicos. (Hayden, C. *et al.*, 2013)

O perfil psicológico do indivíduo também é importante, uma vez que pode afetar a sua propensão para a higiene oral. Por norma, indivíduos obesos têm uma baixa autoestima e, conseqüentemente uma pior condição de saúde oral devido a um desleixo e desinteresse com a imagem. (Palmer, C., 2005)

A composição da saliva é outro componente que se pensa estar envolvido na associação entre cárie e obesidade. Indivíduos obesos apresentam alterações na composição da saliva, o que é favorável á cárie dentária. Ocorre uma diminuição do fluxo salivar que se deve ao deficit de proteínas na alimentação; uma vez que os obesos têm uma alimentação rica em hidratos de carbono e alimentos pouco ricos em proteína. (Hooley, M. *et al.*, 2011)

A relação entre a cárie e a obesidade tem mostrado estar relacionada com a condição socioeconómica, uma vez que esta altera significativamente o padrão alimentar. (Saporiti, S. *et al.*, 2014)

A obesidade, devido definir-se como um acumulo excessivo de gordura corporal, pensa-se estar relacionada com doenças periodontais, apesar dos estudos ainda não serem conclusivos. (Palmer, C., 2005)

A doença periodontal define-se como uma patologia crónica, de origem infecciosa, que afeta os tecidos de suporte dentários. O principal fator etiológico desta doença é a presença de placa bacteriana. No entanto, estudos mostram que a periodontite também pode estar relacionada com a suscetibilidade do hospedeiro, uma vez que, dependendo da resposta imune mediada á presença dessas bactérias, pode ocorrer ou não destruição do tecido periodontal. (Genco, R. *et al.*, 2005)

Estudos recentes apontam para uma possível relação entre a obesidade e o sistema imunitário, mostrando que o excesso de peso pode afetar negativamente o sistema imunitário. Este é um aspeto importante para a relação ente a obesidade e a doença

periodontal. Apesar desta descoberta, que leva a crer que o individuo obeso se tornar mais propicio ao desenvolvimento de doenças periodontais, outros fatores ainda interrogam os investigadores que tentam entender a relação entre estas duas patologias, tendo em conta fatores como a ingestão de açúcares, a higiene oral, a diminuição de secreção salivar, entre outros. (Saporiti, S. *et al.*, 2014)

O tratamento da obesidade deve, para além de outras, ter uma abordagem psicológica. A avaliação e a correção de pensamentos inadequados, que contribuem quer para a etiologia quer para a manutenção da obesidade, são métodos utilizados para a modificação do comportamento do obeso. (Vasques, F. *et al.*, 2004) A reestruturação cognitiva, imagens orientadas, o treino da auto instrução, a determinação de objetivos, o estímulo ao esforço e resolução de problemas, são alguns procedimentos utilizados no tratamento comportamental. (Abreu, C. *et al.*, 2003)

As primeiras modalidades de tratamento da obesidade devem ser o tratamento psicológico e o acompanhamento nutricional. No entanto quando transtornos psiquiátricos estão associados a este distúrbio alimentar, deve-se considerar a farmacoterapia. (Vasques, F. *et al.*, 2004)

2.4 - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

O transtorno compulsivo alimentar periódico é um distúrbio alimentar, caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, que resultam numa ingestão exagerada e descontrolada de alimentos, seguida de sentimentos de culpa e auto reprovação. (Amoras, D., *et al.* 2010)

Na presença deste distúrbio alimentar, alguns comportamentos são comuns: comer muito depressa, comer grandes porções de comida sem estar com fome, sentir-se cheio, sentir repulsa de si próprio, depressão ou sentimentos de culpa. (Amaral, C. *et al.*, 2011)

O stresse é um fator que pode levar ao aumento das compulsões alimentares. Durante situações de stresse, é libertado cortisol, o que estimula a ingestão de alimentos e consequentemente o aumento de peso. (Gluck, M. *et al.*, 2001)

Para um paciente ser considerado com o transtorno da compulsão alimentar periódica, a ocorrência dos episódios de compulsão deve ocorrer pelo menos duas vezes por semana, durante 6 meses. (Associação de Psiquiatria Americana, 2002)

A maioria dos pacientes com este transtorno é obesa. A sua prevalência na população em geral é cerca de 2%. (Amaral, C. *et al.*, 2011)

Na compulsão alimentar, não são utilizados meios compensatórios extremos, contrariamente ao que acontece na anorexia e na bulimia. (Amoras, D., *et al.* 2010) O transtorno de compulsão alimentar distingue-se da bulimia nervosa nalguns aspetos: os portadores de compulsão alimentar normalmente apresentam índice de massa corporal superior aos portadores de bulimia; a história clínica dos bulímicos relata a existência de dietas e perda de peso, enquanto na compulsão alimentar não; os pacientes com bulimia apresentam maior nível de restrição alimentar. (Azevedo, A. *et al.*, 2004)

O tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica, requer uma orientação dietética adequada, refeições regradas, psicoterapia cognitivo-comportamental e uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina e benzodiazepinas. (Gluck, M. *et al.*, 2001)

Os psicofármacos podem ter reações adversas, que têm implicações diretas no tratamento dentário. As benzodiazepinas podem causar xerostomia, edema da língua, língua saburosa e inflamação gengival. A fluoxetina, que é um antidepressivo usado nestes casos, apresenta também relatos de xerostomia, glossite, estomatite aftosa, edema e descoloração da língua. (Abreu, M. *et al.*, 2000)

Uma maior incidência de cáries nestes pacientes deve-se a uma alimentação rica em hidratos de carbono e açúcares, e a uma pobre higiene oral. A utilização de medicamentos antidepressivos também pode contribuir para um aumento de patologias orais, uma vez que provocam xerostomia. (Traebert, J., Moreira, E. 2001) Esta escassez de saliva por vezes dificulta a emulsificação do bolo alimentar durante a deglutição, observando-se um aumento drástico de cáries dentárias, uma vez que o efeito protetor da saliva está ausente. (Kavoura, V. *et al.*, 2005)

Para o sucesso do tratamento restaurador é fundamental que haja uma abordagem relativamente à educação alimentar do paciente e prevenção oral; principalmente em doentes com má higiene oral e alta taxa cariogénica decorrente da ingestão de grandes quantidades de hidratos de carbono. (Abreu, M. *et al.*, 2000)

2.5 - Síndrome do Comer Noturno

O paciente com síndrome do comer noturno apresenta um descontrolo em relação à comida que ingere, com frequente associação a distúrbios psicológicos e transtornos de sono. Este indivíduo come descontroladamente grandes quantidades de alimentos, antes de se deitar, ou nos períodos em que desperta do sono. (Amoras, D. *et al.*, 2010) O síndrome de comer noturno caracteriza-se por: anorexia matinal e hiperfagia vespertina ou noturna. (Napolitano, M. *et al.*, 2001)

Este distúrbio alimentar é semelhante ao transtorno da compulsão alimentar periódica. Tal como nele, a obesidade também é uma característica recorrentemente observada. (Dobrow, I. *et al.*, 2002)

A síndrome de comer noturno por vezes encontra-se associada ao transtorno da compulsão alimentar, pois pode ser uma forma de manifestação deste. (Amoras, D. *et al.*, 2010) Constatou-se que 44% dos pacientes com síndrome de comer noturno preenchem

os critérios do transtorno da compulsão alimentar periódica e que os pacientes com ambos o diagnósticos apresentam níveis mais altos de ansiedade do que os seus equivalentes com diagnósticos singulares. (Napolitano, M. *et al.*, 2001)

2.6 - Ortorexia

A palavra “ortorexia” tem origem grega, onde “órthos” significa “correto”, e “orexisis” significa apetite. Define-se como sendo um distúrbio alimentar obsessivo compulsivo onde se selecionam alimentos considerados saudáveis, levando uma dieta extremamente inflexível. (Amaral, C. *et al.*, 2011) Estes pacientes excluem alimentos que tenham corantes, conservantes, pesticidas, ingredientes geneticamente modificados, gorduras, sódio. Apenas se sentem satisfeitos com pratos exclusivamente orgânicos e biológicos. Muitos indivíduos preferem passar fome do que comer algum alimento considerado impuro. (Aranceta, B. 2007)

Nestes casos, muitas vezes observa-se o isolamento social, pois dificilmente alguém partilha os mesmos costumes alimentares. Com receio de ser julgado, o ortorexico isola-se, faltando a compromissos que envolvam comida. (Catalina, Z. *et al.*, 2005)

Este tipo de alimentação tem como objetivo a prevenção de doenças, mas pode acontecer o inverso, quando o transtorno apresenta riscos à saúde dos pacientes. Alguns ficam tão obcecados em seguir este regime, que acabam por adoecer. Mesmo falhando a saúde mental física, os comportamentos ortorexicos não cessam. (Tsoukanelis, E., 2009)

Pacientes que sofrem de ortorexia, têm comportamentos obsessivo compulsivos e traços de personalidade semelhantes aos de anorexia (rigidez, perfeccionismo, necessidade de controlo da sua alimentação). (Graham E., 2003)

Um dos principais desafios do médico dentista com pacientes com distúrbios alimentares obsessivos é derivado dos seus problemas psicológicos. Estes, são pessoas compulsivas nas suas rotinas diárias. A sua higiene oral é bastante meticulosa, repetitiva e muitas vezes feita com uma escovagem demasiado vigorosa, o que pode resultar numa grave abrasão. (Traebert, J., Moreira, E. 2001)

Os medicamentos utilizados nestes pacientes, são dirigidos aos seus comportamentos obsessivos (por exemplo clomipramina, fluvoxamina, citalopram, entre outros) e entre os seus efeitos adversos, provocam xerostomia. A xerostomia, associada a hipossalivação provoca cárie dentária. (Cordoli, A., 2004)

O tratamento da ortorexia baseia-se principalmente na prevenção. (Catalina, Z. *et al.*, 2005)

2.7 -Vigorexia

A vigorexia é um distúrbio alimentar provocado pela prática em excesso de exercício físico. Tem maior prevalência em jovens adultos do género masculino. (Amaral, C. *et al.*, 2011)

Este transtorno é caracterizado pelo desejo de ficar em forma, praticando-se exercício físico sem limites. Os vigorexicos passam muitas horas por dia no ginásio, sendo que a musculação faz parte das suas atividades diárias. (Magalhães, E., 2009)

Os indivíduos que sofrem de vigorexia têm uma imagem corporal distorcida, achando-se sempre muito magros. (Magalhães, E., 2009) Não se preocupam com as possíveis consequências nocivas á sua saúde. Podem ingerir 4500 calorias diárias, recorrendo a

complexos vitamínicos, suplementos alimentares e, nalguns casos esteroides e anabolizantes. (Severiano, M. *et al.*, 2010)

A toma frequente de suplementos alimentares, principalmente de hidratos de carbono, nem sempre é seguida de higienização oral, o que pode originar aparecimento de cárie dentária e envolvimento periodontal. A vigorexia causa algumas alterações a nível oral, como: xerostomia, bruxismo e fadiga muscular. (Tsoukanelis, E., 2009)

3 - Patologias Orais

As alterações fisiológicas associadas aos distúrbios alimentares podem causar danos muito sérios ao indivíduo, levando mesmo em certos casos á morte. (Amaral, C. *et al.*, 2011)

As primeiras manifestações orais de uma perturbação alimentar podem ocorrer a nível da cavidade oral. Desta forma, cabe ao médico dentista deteta-las o mais precocemente possível. (Borges, N. *et al.*, 2006)

No que diz respeito a patologias orais, estas devem ser diagnosticadas através do exame intra-oral, extra-oral e anamnese. (Russo, L. *et al.*, 2008)

No seguinte capítulo serão abordadas algumas das patologias orais mais frequentes e de maior relevância nos distúrbios alimentares.

3.1 - Erosão dentária

A alteração dos hábitos e comportamentos alimentares contribui para o aparecimento de lesões derivadas da perda de estrutura dentária. (Catelan, A. *et al.*, 2010)

Vários processos destrutivos crónicos podem afetar as estruturas dentárias e causar a perda irreversível da superfície externa dos dentes. A erosão dentária é um destes processos. (Cheng, R. *et al.*, 2009)

A perda não cariiosa de tecido dentário é um processo fisiológico que ocorre ao longo de toda a vida. No entanto, pode ser considerada patológica quando essa perda se torna excessiva, originando problemas funcionais ou estéticos, podendo provocar sensibilidade aos doentes. (Ximenes, R. *et al.*, 2010)

A erosão dentária caracteriza-se pela perda de estrutura dentária de tecido mineralizado através de um processo patológico e crónico onde ocorre o ataque químico da superfície do dente por ácido e/ou quelantes sem o envolvimento de bactérias. A presença de ácido dará origem á erosão, levando á desmineralização da matriz inorgânica do dente (Catelan, A. *et al.*, 2010)

Esta perda de estrutura dentária é irreversível e advém de fatores extrínsecos ou intrínsecos. Os danos causados por fatores extrínsecos resultam da ação de ácidos exógenos derivados de medicamentos, do meio ambiente e da dieta alimentar. Relativamente aos fatores intrínsecos, são derivados da ação dos ácidos endógenos, os ácidos estomacais que entram em contato com os dentes durante a regurgitação ou refluxo gástrico. (Cheng, R. *et al.*, 2009)

A erosão proveniente de fatores extrínsecos é aquela que está associada a distúrbios alimentares. Tendo em conta o grau de severidade esta erosão classifica-se em: superficial (Classe I), que afeta apenas a superfície do esmalte; localizada (Classe II) que atinge menos de um terço da dentina; ou extensa (Classe III) onde há destruição de mais de um terço da dentina. (Schlueter, N. *et al.*, 2012)

Segundo Vasconcelos, F. *et al.* (2010) existem dois tipos de lesões erosivas, tendo em conta a sua atividade patogénica. Classificam-se em ativas ou inativas. Nas ativas, o final dos prismas de esmalte é dissolvido abaixo do nível do tecido adjacente, dando origem a uma estrutura fissurada, semelhante a um favo de mel. Nas inativas os prismas não são tão evidentes. Com a evolução da lesão para a dentina peritubular, os túbulos dentinários alargam, afetando também a dentina intertubular.

Algumas práticas realizadas pelos pacientes que sofrem de distúrbios alimentares, tais como o ato de vomitar e de fazer jejum, ambos com o objetivo de controlar o peso, causa problemas dentários. (Junior, R. *et al.*, 2012)

A erosão dentária é a patologia oral mais característica dos distúrbios alimentares, tendo como manifestações clínicas principais sensibilidade e comprometimento estético. (Ximenes, R. *et al.*, 2010) A presença destas lesões representa um desafio para o médico dentista. Deste modo, deve realizar-se uma anamnese cuidadosa para a identificação de possíveis associações com transtornos alimentares. (Vasconcelos, F. *et al.*, 2010)

Além de ser irreversível, a erosão provoca sérios danos no paciente, desde impactos no seu bem-estar psicológico, devido a mudanças na estética dentária; à existência de hipersensibilidade da dentina exposta; e perdas funcionais do dente. (Schlueter, N. *et al.*, 2012)

Outro fator importante na fisiopatologia da erosão é a composição salivar. Esta é uma das maiores responsáveis pela manutenção da homeostase bucal, devendo estar em quantidade e qualidade adequadas. Uma vez que a sua capacidade de controlar alterações do pH oral e a concentração de sais responsáveis pela remineralização dos dentes estão alteradas, a lesão tende a aparecer com mais facilidade e a sua progressão é mais rápida. (Correa, M. *et al.*, 2012)

O desgaste dentário pode ocorrer por abrasão, atrição e erosão. Nem sempre é fácil a distinção destes mecanismos. No entanto o local do desgaste e a sua aparência podem auxiliar. (Junior, R. *et al.*, 2012)

O médico dentista pode ser o primeiro a revelar a existência de transtornos alimentares, uma vez que estes se podem diagnosticar através de várias manifestações orais observáveis no exame clínico. Desta forma o paciente pode ser tratado de uma forma precoce, cautelosa, gradativa e integral. (Ximenes, R. *et al.*, 2004)

Desta forma, o diagnóstico da erosão dentária depende de um criterioso exame clínico e de uma boa anamnese, uma vez que o estágio da lesão é muito importante para o sucesso o tratamento. Durante a anamnese devem ser considerados hábitos alimentares, distúrbios gastrointestinais, medicamentos, disfunção das glândulas salivares, exposição a meios ácidos durante o trabalho e hábitos de higiene oral. (Correa, M. *et al.*, 2012)

No que diz respeito ao exame clínico, serão observadas as lesões de erosão que se apresentam frequentemente com um aspeto superficial e fosco e ausência de limites bem definidos. (Schlueter, N. *et al.*, 2012) Lesões de erosão associadas ao refluxo gastrointestinal apresentam-se como depressões concavas nas superfícies palatinas e oclusais dos dentes maxilares, bem como nas superfícies linguais e oclusais dos dentes posteriores mandibulares. Erosão associada á dieta pode ser notória na superfície vestibular dos dentes anteriores maxilares e evidencia-se como uma depressão escavada para fora. (Correa, M. *et al.*, 2012)

Quando a erosão dentária afeta dentes com restaurações, estas tornam-se salientes, deslocando-se acima da superfície dentária. Este processo, se ocorrer rapidamente, pode originar sensibilidade dentária. Se se tratar de cimento ou dentina radicular, expostos ao meio oral, a lesão vai evoluir mais rapidamente. (Vasconcelos, F. *et al.*, 2010)

No que diz respeito ao diagnóstico da erosão, sabe-se que esta é uma patologia multifatorial. No entanto, nos pacientes bulímicos que sofram de erosão dentária existe uma peculiaridade. A saliva destes doentes apresenta capacidade tampão menor do que aqueles sem erosão. Observam-se também diferenças nas atividades enzimáticas, sendo que as ações de as ações de proteases e colagenases estão aumentadas nestes pacientes., intensificando a hidrólise de estruturas de tecidos dentários desmineralizados ou até mesmo a modulação da película salivar. (Catelan, A. *et al.*, 2010)

Após um bom diagnóstico, é possível aplicar métodos preventivos, de modo a atuar-se sobre os fatores causais da erosão no sentido de evitar a sua formação ou progressão, tentando restituir a forma, função e estética. (Correa, M. *et al.*, 2012)

A prevenção da erosão pode ser feita de duas formas: através do enfraquecimento do potencial erosivo dos ácidos ou pelo aumento na resistência dos dentes. A utilização de colutórios e dentífricos com fluor é apontada como método preventivo da erosão, uma vez que o fluor aumenta a resistência do esmalte à dissolução provocada pelos ácidos. Após o contato com os ácidos pode também bochechar-se com bicarbonato de sódio, consumo de produtos como leite e queijo com o objetivo de neutralizar os ácidos. (Hayashi, M. *et al.*, 2007)

No caso da erosão ter a dieta como causa principal, deve-se diminuir o consumo de alimentos ácidos. A ingestão de bebidas ácidas deve ser feita de forma rápida e de preferência com o auxílio de uma palhinha. (Schlueter, N. *et al.* 2012)

A escovagem dentária deve ser evitada após o contacto da boca com ácidos, para que o contato com a saliva possa neutralizar o pH da cavidade oral. O paciente também deverá ser aconselhado a utilizar escovas de dentes macias e dentífrico fluoretado não abrasivo. (Guedes, C. *et al.*, 2007) Pacientes com baixo fluxo salivar, e derivada diminuição da efetividade da lubrificação e capacidade tampão, pode ser indicado o uso de saliva artificial. (Correa, M. *et al.*, 2012)

Os doentes com uma perda de estrutura severa têm comumente sensibilidade dentária. Neste caso, e dependendo da severidade das lesões, poderão ser utilizadas aplicações tópicas de fluor semanais, utilização de vernizes fluoretados, de agentes dessensibilizantes e tratamentos reabilitadores. (Vasconcelos, F. *et al.*, 2010)

Os materiais restauradores mais indicados para serem utilizados são a resina composta ou o iónomero de vidro, facetas de porcelana, *onlays* nos dentes posteriores, ou ainda, em casos de perdas severas, colocação de coroas totais. As restaurações de compósito são preferíveis às de ionómero de vidro, uma vez que o compósito não é solúvel em ácido. Quando a vitalidade pulpar for comprometida, deve-se realizar o tratamento endodôntico antes do tratamento restaurador. (Traebet, J., Moreira, E., 2001)

A reabilitação da erosão dentária tem como função restabelecer a forma, a função e a estética, facultando conforto ao paciente e facilitando a higiene oral, evitando o aparecimento de novas lesões. (Vasconcelos, F. *et al.*, 2010)

Na medicina dentária, é necessário que o tratamento desta patologia seja multidisciplinar. Pacientes diagnosticados com distúrbios alimentares há mais tempo apresentam mais frequentemente erosão. (Correa, M. *et al.*, 2012) Numa fase inicial é preciso aliviar os sintomas e controlar a progressão da doença, através da eliminação de fatores etiológicos, recorrendo a procedimentos restauradores e tratando desordens sistémicas que pesam na evolução da lesão. (Ximenes, R. *et al.*, 2004)

Desta forma, é muito importante o tratamento da causa da erosão dentária, recorrendo ao auxílio de acompanhamento multiprofissional, envolvendo médicos dentistas, médicos, nutricionistas e psicólogos. (Vasconcelos, F. *et al.*, 2010)

Na Figura 1 observa-se a destruição de dentina num dente molar, causada por uma erosão extensa.



Figura 1. Erosão dentária em molar.
Imagem retirada de: Guedes *et al.*, 2007.

3.2 Hipersensibilidade Dentinária

A hipersensibilidade dentinária define-se como uma dor intermitente oriunda da dentina exposta, onde há uma resposta a um estímulo químico, térmico, tátil ou osmótico, que não pode ser explicada por outra patologia oral. (Faria, G., Villela, L., 2000)

A sua etiologia é multifatorial, destacando-se a abrasão, a erosão, uma dieta rica em ácidos ou o uso de força excessiva na escovagem dentária. (Tirapelli, C., 2007)

Existem várias teorias para explicar o mecanismo de transmissão da dor pela dentina. Atualmente a teoria mais aceita é a teoria hidrodinâmica. Esta explica que a perda de esmalte ou cemento origina uma exposição da dentina havendo uma abertura dos túbulos dentinários para o meio oral. Como consequência da abertura dos túbulos, sob determinados estímulos, o fluido dentinário vai-se deslocar no interior dos túbulos, estimulando indiretamente as extremidades dos nervos pulpaes e causando dor. (Faria, G., Villela, L. 2000)

O local onde mais frequentemente se observa hipersensibilidade dentária é a nível cervical, pois nessa área, por norma a quantidade de esmalte é mais fina, sendo assim mais fácil de se expor a dentina e consequentemente os túbulos dentinários. (Vasconcelos, F. *et al.*, 2010)

O exame clínico e radiográfico, associados a uma correta anamnese permitem distinguir hipersensibilidade dentinária de outras patologias orais. (Correa, M. *et al.*, 2012)

A hipersensibilidade dentinária pode apresentar cura espontânea, por produção de dentina reacional ou por remineralização através da saliva. (Tirapelli, C. 2007)

Atualmente, os tratamentos para a hipersensibilidade baseiam-se no impedimento da movimentação dos fluidos no interior dos túbulos ou no bloqueio dos mecanorreceptores pulpaes. Desta forma, os procedimentos mais utilizados são: utilização de agentes anti-inflamatórios, obliteração dos túbulos dentinários e selamento dos túbulos dentinários. (Faria, G., Villela, L., 2000)

Segundo Spigset, O. (1991) a hipersensibilidade dentinária surge como uma manifestação de bulimia em 47% dos pacientes, derivada da erosão que provoca a destruição de tecido dentário, podendo deixar a dentina exposta.

Em paciente que sofram de distúrbios alimentares e que tenham frequentes hábitos de regurgitação, observa-se frequentemente hipersensibilidade dentinária devido á erosão dentária provocada por estes mesmos hábitos. (Amoras, D. *et al.*, 2010)

Se os pacientes que sofrem deste tipo de perturbações apresentarem hipersensibilidade significa, por norma, que a erosão dentária já está num estado muito avançado. (Junior, R. *et al.*, 2012)

3.3 - Cárie Dentária

A cárie dentária é uma patologia infecciosa e transmissível que existe desde os primórdios da humanidade. É uma consequência da colonização da superfície do esmalte por microorganismos (dando-se especial relevância ao *streptococcus mutans*) que metabolizam hidratos de carbono fermentáveis e produzem ácidos. (Narvai, P. 2000) Esta acidez, causada pela presença de açúcar, vai dar origem á dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais de esmalte, libertando-o para o meio oral. Se essa perda de fosfato de cálcio atingir um determinado grau, irá formar-se uma cavidade no dente, podendo em estados mais avançados, levar á destruição de toda a coroa. (Antunes, J. *et al.*, 2006)

A cárie dentária é uma patologia com alta prevalência, que tem grande impacto no individuo e na sociedade. È derivada de uma combinação de fatores, evidenciando-se a colonização de bactérias cariogénicas nas estruturas dentárias, o tipo de alimentação e a frequência de exposição a determinados alimentos, e a suscetibilidade individual. (Carvalho, M. *et al.*, 2009)

A alimentação e a nutrição são importantes no desenvolvimento dentário. A integridade da cavidade oral, bem como das estruturas dentárias pode afetar os componentes funcionais e sensoriais da ingestão dietética normal, e conseqüentemente, o estado nutricional. Bem como o estado nutricional comprometido, tal como ocorre nos distúrbios alimentares, pode afetar a integridade da cavidade oral. (Mahan, K. *et al.*, 2010)

Determinados alimentos favorecem a instalação da doença, dando-se destaque a: conservas e enlatados, alimentos ricos em gordura principalmente de origem animal, alimentos ricos em hidratos de carbono e açúcares. Mesmo que o indivíduo utilize agentes protetores, como fluoretos por exemplo, o risco de cárie ao fazer esta alimentação não diminui (Traebert, J. *et al.* 2001)

Entende-se universalmente que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dependente da dieta, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias. (Antunes, J. *et al.*, 2006) Segundo Lima, J. (2007) este conceito é dependente de vários fatores, tais como, o dente suscetível, a dieta, o tempo e os microorganismos, tal como é possível observar na Figura 2.

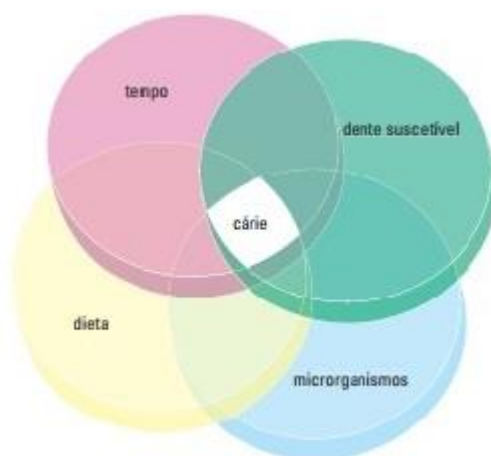


Figura 2. Fatores etiológicos da cárie dentária

Imagem retirada de: Lima, J. 2007

Apesar de se ter consciência destes fatores etiológicos e de todas as estratégias aplicadas até ao momento, apenas foi possível diminuir a incidência de cárie, sem ser possível erradicá-la. (Carvalho, M. *et al.*, 2009)

O diagnóstico da cárie dentária não é um processo simples. Requer a interpretação de um conjunto de dados provenientes dos sintomas e sinais clínicos e de exames complementares. Desta forma, o diagnóstico pode ser feito através da habilidade do médico dentista em distinguir a doença observando os seus sintomas e sinais. (Traebert, J. *et al.* 2001)

O estabelecimento de um diagnóstico assertivo também nem sempre é simples, uma vez que esta patologia se pode manifestar clinicamente de forma subtil. O profissional deve estar atento para realizar um diagnóstico precoce, possibilitando um tratamento conservador e não invasivo. (Mahan, K. *et al.*, 2010)

Os métodos mais frequentemente utilizados pelo médico dentista para a deteção da cárie dentária são o exame tátil-visual associado ao exame radiográfico. No exame tátil-visual, utiliza-se o auxílio da sonda exploradora e do espelho; aspetos como textura, brilho e coloração das lesões são importantes para a diferenciação das lesões ativas e inativas. Para uma boa visualização clínica das lesões é muito importante que as superfícies dentárias estejam limpas, secas e bem iluminadas. (Lima, J. 2007)

O auxílio do exame radiográfico pode ser muito útil na deteção de cárie dentária, como radiografias interproximais, que ajuda no diagnóstico de lesões iniciais em superfícies proximais, ou a determinar a profundidade da lesão em superfície oclusal. (Antunes, J. *et al.*, 2006)

No que diz respeito aos distúrbios alimentares, a sua associação com a cárie dentária ainda não está bem assente, pois existem vários fatores de risco no desenvolvimento desta patologia. (Traebert, J. *et al.*, 2001)

No entanto, sabe-se que os bulímicos, aquando os seus episódios de compulsão alimentar consomem um elevado número de alimentos, entre eles hidratos de carbono e açúcares, o que representa um fator de risco para a cárie. (Guedes, C. *et al.*, 2007). Após este ato de compulsão, segue-se frequentemente o vômito, o que altera o pH da boca, tornando o meio oral mais suscetível a determinados microorganismos. (Guerra, C., Oliveira, F., 2012).

A depressão, característica vinculada dos distúrbios alimentares, pode causar fatores de risco para a cárie dentária. Os pacientes depressivos, frequentemente descuidam a higiene, o que implica uma higiene oral negligenciada, logo maior risco de cárie. (Guedes, C. *et al.*, 2007)

3.4 - Hipertrofia das Glândulas Salivares

O ser humano possui três glândulas salivares principais, sendo elas: glândula parótida, glândula submandibular e glândula sublingual. Possui também glândulas salivares menores. A sua função é a de secreção salivar. (Beale, T., Madani, G.2006)

A produção diária de saliva é de cerca de 1,5L, sendo que cerca de 90% é produzida pelas glândulas parótidas e submandibulares, 5% pelas sublinguais e 5% pelas glândulas salivares menores. (Spigset, O. 1991)

A hipertrofia das glândulas salivares caracteriza-se pelo inchaço das mesmas. Pode estar associado a alterações metabólicas, alterações endócrinas, ou desnutrição. (Scully, C., Everson, J. 2004)

Segundo Navarro, V. *et al.*, (2011) o inchaço das glândulas salivares é mais comum em pacientes bulímicos, uma vez que pode ser causado pelo vômito. É mais frequente dar-se nas glândulas parótidas, ocorrendo em cerca de 10 a 50% dos pacientes, sendo uni ou bilateral. Poderá também afetar as glândulas submandibulares, embora seja mais raro.

Numa fase inicial do distúrbio alimentar, a hipertrofia da glândula pode aparecer e desaparecer. No entanto, com o passar do tempo, o aumento torna-se mais persistente, observando-se uma deformidade facial no paciente, com aspeto quadrado e alargada da região mandibular. Esta alteração na aparência pode piorar o estado psicológico geral do doente. (Toledo, B. *et al.*, 2014)

O grau de inchaço da glândula é diretamente proporcional á frequência do vômito. Existe dor á palpação, mas o ducto salivar não se encontra obstruído, nem inflamado. O exame intraoral demonstra que o fluxo salivar está normal. (Spigset, O. 1991)

Através de uma tomografia computadorizada é possível confirmar o estado normal das glândulas. (Toledo, B. *et al.*, 2014)

Nestes casos, a hipertrofia é atribuída a uma grande ingestão de hidratos de carbono e regurgitação de ácido gástrico, levando a uma alcalose metabólica e má nutrição. (Navarro, V. *et al.*, 2011) Nos vômitos recorrentes ocorre também uma estimulação das glândulas. (Toledo, B. *et al.*, 2014)

O único tratamento recomendado para esta patologia é a paralisação dos vômitos, e a recomendação de bons hábitos alimentares. (Spigset, O. 1991)

3.5 - Xerostomia

A xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca, que pode estar relacionada ou não com a diminuição da função das glândulas salivares. (Coelho, C.*et al.* 2002)

A xerostomia pode afetar o paciente no campo físico, psicológico e social. A saliva desempenha a importante função de manter as condições fisiológicas normais dos tecidos da boca: humidifica a cavidade oral, auxilia a formação e deglutição do bolo alimentar, facilita a fonética e previne danos nos tecidos causados por fatores mecânicos ou microorganismos patogênicos. (Perotto, J. *et al.* 2007)

Esta patologia pode ser derivada, normalmente de uma das seguintes causas: fatores que alterem a estimulação independente, fatores que afetam o centro salivar e alterações das funções da própria glândula. (Cooke, C. *et al.* 1996)

O diagnóstico desta condição é majoritariamente clínico. Algumas questões deverão ser feitas ao paciente: se sente a boca seca, se sente necessidade de molhar a boca principalmente à noite, se a língua cola ao palato, se ao mastigar a comida adere aos dentes. Outros sintomas associados são a disgeusia e a glossodinia. (Coelho, C.*et al.* 2002)

A observação da mucosa oral, a verificação da existência de saliva debaixo da língua, o aspecto da saliva, pesquisa de lesões eritematosas na mucosa, presença de cáries, são fatores importantes para que se faça um diagnóstico mais assertivo. (Feio, M., Sapeta, P. 2005)

A secreção salivar não estimulada tem o valor de 0,3 ml/min e a estimulada é de cerca de 1,5 ml/min. Está-se perante hipossalivação se o valor quando não estimulada for de 0,1

ml/min ou inferior, e se quando estimulada o valor for de 0,7ml/min ou inferior. Para se medir a produção de saliva podem se realizar alguns testes. (Perotto, J. *et al.* 2007)

Na Tabela 3 são observáveis as manifestações clínicas da xerostomia.

Tabela 3. Manifestações clínicas da xerostomia (adaptada de Feio, M., Sapeta, P., 2005)

	Manifestações clínicas da Xerostomia
Orais de caráter funcional	Dificuldade em mastigar, deglutir, falar ou alterações do paladar.
Orais de caráter orgânico	Cáries, acúmulo de placa bacteriana, doenças periodontais.
Problemas da mucosa	Atrofia, fissuras e úlceras dos tecidos moles; a mucosa está seca, eritematosa e dolorosa, com sensação de ardor na língua.
Predisposição a infecções	A diminuição das funções antimicrobianas produz uma alteração do pH, diminuição das imunoglobulinas, lisozima e outras enzimas que favorecem a infecções, especialmente por <i>candida albicans</i> .
Halitose	A diminuição da saliva e das suas funções lubrificantes e solventes determinam a retenção dos alimentos. A ação de alguns medicamentos e a destruição das mucosas provocam o mau hálito.

O tratamento da xerostomia deve ter em conta a etiologia, bem como as implicações que a secura da boca tem na qualidade de vida do paciente. Desta forma, deve-se controlar o uso de medicamentos xerogénicos, tratar a doença inicial se for possível, manter o

paciente hidratado e adotar medidas para o controlo sintomático. (Navarro, V. *et al.*, 2011)

No caso de pacientes com distúrbios alimentares, a xerostomia pode dever-se a vômitos constantes, depressão, utilização de antidepressivos e outros medicamentos., e ao mau uso de diuréticos e modeladores de apetite. (Cooke, C. *et al.* 1996)

O vômito frequente e a utilização inadequada de laxantes ou diuréticos provocam uma diminuição do volume total de fluidos nalguns pacientes, contribuindo desta forma para a redução do fluxo salivar, levando a hipossalivação e consequentemente xerostomia. (Perotto, J. *et al.* 2007)

Um dos perigos da xerostomia associada a hipossalivação é o fator de risco que acomete para o desenvolvimento de cárie dentária. (Feio, M., Sapeta, P. 2005)

3.5 - Bruxismo

O bruxismo é uma atividade parafuncional do sistema mastigatório na qual o paciente comprime e range os dentes. Tem etiologia multifatorial, sendo o stresse um dos fatores aos quais mais se associa. (Gonçalves, L. *et al.* 2010)

O bruxismo pode ocorrer durante o dia, ou á noite durante o sono. Desta forma, o bruxismo diurno é caraterizado como sendo uma atividade semi-voluntária da mandibula, onde o individuo aperta os dentes estando acordado; normalmente não se dá o ranger dos dentes, e está associado a um tique ou hábito. Já o bruxismo do sono, ocorre involuntariamente, enquanto o individuo dorme. (Macedo, C. 2008)

Esta patologia classifica-se como primária ou secundária. O bruxismo primário, não está associado a nenhuma causa médica, clínica ou psicológica. Por sua vez o bruxismo secundário relaciona-se com transtornos clínicos: neurológicos, psiquiátricos (nos casos de depressão), outros transtornos de sono ou uso de drogas. (Gonçalves, L. *et al.* 2010)

A cavidade oral pode ser severamente afetada pelo bruxismo. (Lima, K. *et al.*, 2011) O esmalte dentário vai sofrer um desgaste anormal, podendo estender-se até á gengiva causando dor; no caso de dentes mais frágeis ou cariados, podem-se partir ou fissurar; dores de cabeça também são comuns, devido á contração excessiva dos músculos da mastigação; por último destaca-se a dor na articulação temporo-mandibular que também pode afetar pacientes que sofram de bruxismo. (Guerra, C., Oliveira, F. 2012).

O tratamento do bruxismo passa pelo alívio de sinais e sintomas. A terapia mais usada é a utilização de goteiras oclusais. Estas reduzem a atividade muscular durante a noite e protegem os dentes do desgaste. A tensão psicológica é outro aspeto a ter em conta, uma vez que o stresse pode intensificar o bruxismo. (Guedes, C. *et al.*, 2007).

Os distúrbios alimentares originam, por norma, quadros de ansiedade, sendo esta um fator etiológico de bruxismo. Desta forma, os distúrbios alimentares podem intensificar ou originar o bruxismo. (Poppof, D. *et al.*, 2010)

Caso se esteja perante pacientes bulímicos, o bruxismo associado aos atos de regurgitação, pode vir a agravar bastante a erosão dentária a que estes pacientes estão sujeitos. (Lima, K. *et al.*, 2011)

3.6 - Lesões nos tecidos moles

Os indivíduos que sofram de distúrbios alimentares podem apresentar alterações periodontais e nas mucosas, devido à diminuição do consumo de vitaminas e outros

nutrientes que sofrem. As lesões dos tecidos moles mais frequentemente observadas são: atrofia da mucosa, glossodinia, lesões mucosas eritematosas e periodontite. (Navarro, V. *et al.*, 2011)

Nestes casos, os tecidos periodontais e a mucosa oral são afetados pela desidratação, uma vez que estes pacientes normalmente têm redução de produção de saliva. O fato de alguns pacientes descuidarem a higiene oral também poderá afetar os tecidos moles. (Toledo, B. *et al.*, 2014)

A queilite actínica, que se caracteriza como uma atrofia da mucosa, pode aparecer em pacientes que sofram de transtornos alimentares. Ela é resultante da desidratação e debilidade do sistema imune provocada por carência nutricional. Localiza-se normalmente no lábio com cor avermelhada, com aspeto erosivo e presença de sangramento. (Russo, L. *et al.*, 2008)

A mucosa pode apresentar uma tonalidade avermelhada derivada da irritação causada pelos ácidos gástricos, provenientes da regurgitação em pacientes com distúrbios alimentares. (Navarro, V. *et al.*, 2011)

III- Conclusão

A sociedade atual está infestada por estereótipos de beleza e pelo “culto do corpo”. Esta busca pela perfeição, por vezes vai longe demais, levando os indivíduos a fazer escolhas e a adotar decisões prejudiciais para a sua saúde física e mental.

Sendo os distúrbios alimentares mais prevalentes a anorexia, bulimia e obesidade, novos conceitos vão surgindo, tais como a vigorexia e a ortorexia. Desta forma é importante que o profissional de saúde se mantenha atualizado e informado.

Os transtornos alimentares afetam principalmente adolescentes e jovens adultos do gênero feminino. Sendo a adolescência uma faixa etária de mudança e descoberta do corpo, é importante estar principalmente atento a estes pacientes, uma vez que tem mais predisposição para estes distúrbios.

Os distúrbios alimentares podem desencadear manifestações na cavidade oral. Foi possível observar nesta revisão bibliográfica que estes são responsáveis por variadas alterações em funções e estruturas da cavidade oral, destacando-se: erosão dentária, sensibilidade dentinária, cárie dentária, xerostomia, bruxismo, hipertrofia da glândula salivar e lesões nos tecidos moles.

O médico dentista, em colaboração com outros profissionais de saúde pode tornar o tratamento desta condição mais completo. O conhecimento de características, sinais, sintomas e patologias orais dos distúrbios alimentares disponibiliza meios para o desenvolvimento de um tratamento adequado e personalizado.

Deve tentar-se sempre preservar a saúde oral, bem como as estruturas dentárias.
Tentando sempre alcançar a melhor reabilitação possível, e tendo em conta, que por norma, a estética é um fator importante para estes pacientes.

IV- Bibliografia

Abreu, C. *et al.*, (2003). Psicoterapias cognitiva e construtiva, novas fronteiras da prática clínica. *Artmed*, Porto Alegre.

Abreu, M. *et al.*, (2000). Utilização de psicofarmacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais. *Pan American Journal of Public Health*, pp. 17-23.

Alves, L. *et al.* (2013). Overweight and obesity are not associated with dental caries among 12-year-old south brazilian schoolchildren. *Community of Dental Oral Epidemiology*, pp. 224-231.

Amaral, C. *et al.* (2011). Estudo da relação entre transtornos alimentares e saúde bucal. *Archives of Oral Reaserch*, São Paulo, pp. 205-215.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washinton D.C.

Amoras, D. *et al.* (2010). Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Revista de Odontologia UNESP*, Araraquara, pp. 241-245-

Andersen, A. (1991). Medical complications of eating disorders. *American Psychiatric Press*, pp. 119-144.

Antunes, J. *et al.* (2006) Cárie Dentária. *Fundamentos de Odontologia*, Rio de Janeiro, pp.49-67.

Appolinário, J., Claudino, A. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, São Paulo, pp. 28-31.

Aranceta, B. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable.

Aronne, L. (2003). Current pharmacological treatments for obesity. *Eating Disorders and Obesity*, New York, pp. 551-556.

Azevedo, A. *et al.* (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, pp. 170-172.

Barboza, A. *et al.* (2011). Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *International Journal of Dentistry*, Recife

- Beale, T., Madani, G.(2006) Anatomy of the salivary glands. *Seminars in Ultrassounds, CT an MRI*, pp.436-439.
- Bonilla, E., Luna, O. (2001). Oral rehabilitation of a bulimic patient: a case report. *Quintessence*, pp.469-475.
- Borges, N. *et al.* (2006). Transtornos alimentares – quadro clínico. *Medicina*, Ribeirão Preto, pp. 340-348.
- Bueno, J. Nardi, A. (2000). Diagnóstico e tratamento em psiquiatria. Rio de Janeiro
- Caldeira, T. *et al.*, (2000). Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia nervosa. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, pp. 465-467.
- Cardoli, A. (2004). Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitiva-comportamental para pacientes e terapeutas. *Artmed*, Porto Alegre.
- Carvalho, M. *et al.* (2009). Correlação entre a merenda escolar, obesidade e cariogenicidade em escolares. *Revista Odontológica*, pp. 56-63.
- Catalan, A. *et al.*, (2010). Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. *RFO*, pp. 83-86.
- Catalina, Z. *et al.*, (2005). Ortorexia nervosa. Un nuevo transtorno de la conducta alimentaria? *Actas Españolas de Psiquiatria*, pp. 66-68.
- Chaffee, B., Weston, S. (2010). Association between chronic periodontal disease and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontology*, pp. 708-724.
- Cheng, R. *et al.*, (2009). Dental erosion and severe tooth decay related to soft drinks: a case report and literature review. *Journal of Zhejiang University Science B*, pp. 395-399.
- Coelho, C.*et al.* (2002) Implicações clínicas da xerostomia. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, pp. 84-86.
- Cooke, C. *et al.* (1996) Xerostomia- a review. *Journal of Paliative Medecine*, pp. 284-292.

- Cordas, T. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, pp.154-157.
- Cordas, T., Claudino, A. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, pp. 3-6.
- Correa, M. *et al.* (2012). Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. *Arquivos de Gastroenterologia*, pp. 214-218.
- Dare, C. (1985). The family therapy of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, pp. 435-443.
- Dobrow, I. *et al.*, (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 63-67.
- Farah, M. *et al.* (2015). Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência. *Ahead of print*, São Paulo.
- Faria, G., Villela, L. (2000) Etiologia e tratamento da hipersensibilidade dentinária em dentes com lesões cervicais não cariosas. *Revista Biociencias*, pp. 21-27.
- Feio, M., Sapeta, P. (2005) Xerostomia em cuidados paliativos. *Ata Médica Portuguesa*, pp. 459-466
- Fleitlich, B. *et al.* (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, São Paulo.
- Francischi, R. *et al.*, (2000). Obesidade: actualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, pp- 17-18.
- Francischone, C. *et al.*, (2003). Tratamento Conservador de dentes com erosão decorrente de bulimia nervosa: restabelecimento da guia anterior. *Jornal Brasileiro Clínico de Odontologia*, Curitiba, pp. 100-105
- Gluck, M. *et al.*, (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, pp. 264-267.
- Gonçalves, L. *et al.* (2010) Relação entre bruxismo, fatores oclusais hábitos bucais. *Dental Press Journal of Orthodontics*, pp.97-104.

- Gonco, R. *et al.*, (2005). A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes and periodontal infections. *Journal of Periodontology*, pp. 2075-2084.
- Graham, E. (2003). Development of eating habits questionnaire. Texas.
- Guedes, C. *et al.*, (2007). Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura. *Revista de Pediatria Moderna*, São Paulo.
- Guerra, C., Oliveira, F. (2012). Alterações bucais causadas pela bulimia nervosa. São Paulo.
- Hayashi, M. *et al.* (2007). Restoration of erosion associated with gastroesophageal reflux caused by anorexia nervosa using ceramic laminate veneers: a case report. *Operative Dentistry*, pp. 306-310.
- Hayden, C. *et al.*, (2013). Obesity and dental caries in children: a systematic review and meta-analysis. *Community of Dental Oral Epidemiology*, pp. 289-308.
- Herzog, B. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment- seeking anorexic and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Hooley, M. *et al.*, (2011). Body mass index and dental caries in children and adolescents: a systematic review of literature published 2004 to 2001. *Systematic Review*, pp. 1-57.
- Irwin, M. (1984). Early onset of anorexia nervosa. *Outhern Medical Journal*, pp.611-614
- Junior, R. *et. al.*, (2012). Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. *Pesquisa Brasileira Odontopediátrica de Clínica Integrada*, pp. 279-284.
- Kavoura, V-*et al.*, (2005). Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Publishing*, pp. 501-505.
- Lask, B. (1996). Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Psychology Press*, United Kingdom, pp. 157-161.
- Lima, J. (2007) Cárie dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, pp.119-130.

Lima, K. *et al.*, (2011). Bulimia: seus reflexos na cavidade bucal e a sua importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento multiprofissional. *Revista Florence*.

Lopes, F. *et al.* (2008) Estudo sobre xerostomia, fluxo salivar e enfermidades sistêmicas em mulheres na pós-menopausa. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Porto Alegre, pp. 127-130.

Lucas, R. *et al.* (1991). Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, Minnesota, pp. 917-922

Macedo, C. (2008) Bruxismo do sono. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, pp. 18-22.

Magalhães, E. (2009). Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. *E-scientia*, pp. 2-7.

Mahan, K. *et al.* (2010) Alimentos, nutrição e dietoterapia. *Elsevier*, Rio de Janeiro.

Melin, P. *et al.* (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, pp. 73-76.

Napolitano, M. *et al.* (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 193-203.

Narvai, P. (2000) Cárie dentária e fluor: uma relação do século XX. *Ciências e Saúde Coletivas*, São Paulo, pp.381-392.

Navarro, V. *et al.*, (2011). Desordens Alimentares: aspectos de interesse na odontologia. *Revista Gaucha Odontológica*, Porto Alegre, pp. 15-18.

Nunes, M. *et al.* (1998). Transtornos alimentares e obesidade. *Artes Médicas*, Porto Alegre, pp. 164-170.

Organização Mundial de Saúde, (2003).

Palmer, C. (2005) Dental caries and obesity in children: different problems, related causes. *Quintessence International*, pp. 457-461.

- Perotto, J. *et al.* (2007) Prevalência da xerostomia relacionada á medicação nos pacientes atendidos na área de odontologia da UNIVILLE. *Revista Sul Brasileira de Odontologia*, pp. 17-22.
- Petersen, P., Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, pp. 15-39.
- Poppof, D. *et al.*, (2010). Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Revista Gaucha Odontológica*, pp. 385-405.
- Ribeiro, R. *et al.* (1998). Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. *Medicina*, Ribeirão Preto, pp. 45-53.
- Russo, L. *et al.* (2008) Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Journal of Oral Diseases*, pp. 479-484.
- Santos, C. *et al.*, (2014). Avaliação das condições bucais de pacientes obesos. *Revista Baiana de Odontologia*, pp. 84-93.
- Saporiti, S. *et al.* (2014). Obesidade e saúde bucal: impacto da obesidade sobre condições bucais. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Passo Fundo, pp. 368-374.
- Schlueter, N. *et al.* (2012). Is dental erosion really a problem? *Advances in Dental Research*, pp. 68-71.
- Scivoletto, S. *et al.* (1997). Anorexia e bulimia na adolescência: diagnóstico e formas de tratamento. *Manual de Medicina na adolescência*, pp. 41-67.
- Scully, C., Everson, J. (2004) Sialosis and Necrotizing sialometoplasia in bulimia: a case report. *International Journal of Maxillofacial Surgery*, pp. 808-810.
- Severiano, M. *et al.*, (2010). O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade. *Revista Mal-Estar Subjacente*, pp. 137-165.
- Shaughnessy, F. *et al.* (2008). Oral health and bone density in adolescents and young women with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*.
- Silva, A. *et al.* (2013). Obesity and dental caries: systematic review. *Revista Saúde Pública*, pp. 779-812.

Spigset, O. (1991) Oral symptoms in bulimia nervosa: a survey of 34 cases. *Acta Odontológica Scandinavica*, pp.335-339.

Tirapelli, C. (2007) Avaliação da eficácia de um biomaterial e conhecidos agentes dessensibilizantes no tratamento da hipersensibilidade dentinária – estudo *in vivo* e *in vitro*. Ribeirão Preto.

Toledo, B. *et al* (2014) O papel do cirurgião-dentista nas desordens alimentares. *Revista Investigação*, pp. 48-51.

Traebert, J. *et al*. (2001) Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Revista Saúde Pública*, pp. 283-288.

Traebert, J., Moreira, E. (2001). Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, pp. 359-363.

Tsoukanelis, E. (2009). Obsessed with health. *Environmental Magazine*, pp. 30-31.

Vasconcelos, F. *et al*. (2010). Erosão dental: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, pp. 59-64.

Vasques, F. *et al*. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, pp. 195-198.

Wanderley, E., Ferreira, V. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Colectiva*, pp. 185-194.

World Health Organization. (2003). *Obesity and Overweight*. Geneva

Ximenes, R. *et al*. (2004). O impacto de transtornos alimentares na saúde bucal de adolescentes aos 14 anos. *Revista Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do bebê*, pp. 543-550.

Ximenes, R. *et al*. (2010). Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 59-64.