



Estudo da relação entre transtornos alimentares e saúde bucal

Relationship between eating disorders and changes in oral health

**Cristhiane Olivia Ferreira Amaral^[a], Rafaela Vicensotto Dias^[b],
Maria Fernanda A. C. Rogê Ferreira^[c], Arlete Gomes Santos Parizi^[d], Adilson de Oliveira^[e]**

^[a] Professora da Faculdade de Odontologia na Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), São Paulo, SP - Brasil, e-mail: crisamaral@unoeste.br

^[b] Graduanda pela Unoeste, participante do Programa Especial de Iniciação Científica (PEIC) da Unoeste, São Paulo, SP - Brasil.

^[c] Graduanda pela Faculdade de Odontologia da Unoeste, participante do PEIC da Unoeste, São Paulo, SP - Brasil.

^[d] Professora da Faculdade de Odontologia da Unoeste, São Paulo, SP - Brasil.

^[e] Professor da Faculdade de Odontologia da Unoeste, São Paulo, SP - Brasil.

Resumo

Objetivo: Apresentar definições, etiologia, características gerais, manifestações bucais e as estratégias de tratamento para as implicações na saúde odontológica de pessoas portadoras dos seguintes transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa, vigorexia, ortorexia, pica, ruminação, transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP) e alcoorexia. **Fontes de dados:** Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (Bireme) – Lilacs, Ibecs, Medline e BBO; PubMed; SciELO; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); e a base Periódicos Capes. As estratégias de buscas utilizadas incluíram as seguintes expressões: “transtornos alimentares”, “manifestações bucais”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa” e “pica”. Foram selecionadas 46 referências entre os anos de 1991 e 2011 como base para o desenvolvimento do presente trabalho. As principais manifestações bucais relacionadas aos transtornos alimentares relatadas nos artigos estudados foram: cáries, doença periodontal, xerostomia, halitose, queilites, fratura dentária, bruxismo, apertamento dentário, hipersensibilidade dentinária, perimólise, ilhas de amálgama, úlceras e lesões eritematosas na mucosa bucal. **Conclusão:** O cirurgião-dentista deve agir com o intuito de preservar a saúde bucal e a estrutura dental, minimizando os danos que ocorrem na cavidade bucal.

Ainda, deve ser apto a diagnosticar as manifestações associadas às desordens e contribuir para o tratamento completo do indivíduo.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Manifestações bucais. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa e pica.

Abstract

Objective: To provide definitions, etiology, general characteristics, oral manifestations and treatment strategies for dental health implications of people with the following eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, vigorexia, orthorexia, pica, rumination disorder, compulsive overeating disorder (COD) and drunkorexia. **Data sources:** Virtual Health Library (VHL) (Bireme) – Lilacs, Ibecs, Medline and BBO; PubMed; SciELO; Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD); and Capes database journals. The search strategies used included the following words: “eating disorders”, “oral manifestations”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa” and “pica”. Forty-six references were selected between 1991 and 2011 for the development of this study. The main oral manifestations related to eating disorders reported in the articles studied were: caries, periodontal disease, xerostomia, halitosis, cheilitis, fractured teeth, bruxism, clenching, tooth sensitivity, perimolysis, amalgam islands, ulcers and oral erythematous lesions. **Conclusion:** The dental surgeon must act in order to preserve the oral health and the tooth structure, minimizing the damage that occurs in the oral cavity of people with eating disorders. Moreover, he/she should be able to diagnose oral implications associated with the disorders here presented and contribute for the entire treatment of the patient.

Keywords: Eating disorders. Oral manifestations. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa and pica.

Introdução

Os transtornos alimentares são doenças cujas vítimas sofrem distúrbios graves em seus comportamentos alimentares, o que está relacionado a pensamentos e emoções. Aqueles que sofrem desses distúrbios geralmente tornam-se obcecados com alimentos e seu peso corporal. Os distúrbios alimentares afetam grande quantidade de pessoas, sendo na maioria das vezes mulheres entre as idades de 12 e 35 anos (1).

Os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Um risco maior de transtornos do humor também foi constatado entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos portadores de distúrbios alimentares (2).

Práticas de embelezamento, manipulação e mutilação fazem do corpo um terreno de significados simbólicos. Existem dois processos que promovem essas atitudes e comportamentos: o reforço social e a modelagem. O reforço social refere-se ao processo em que as pessoas tomam atitudes e comportam-se mediante aprovação dos outros. A modelagem refere-se ao processo em que o indivíduo observa comportamentos de outros e os imita (3).

Os critérios diagnósticos para transtornos alimentares estão em processo de revisão, e as prováveis quatro categorias são: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar e transtorno alimentar sem outra especificação. Essas categorias também serão mais amplas do que eram anteriormente, o que aumentará a prevalência na população (4).

As alterações fisiológicas associadas a transtornos alimentares podem ser devastadoras e podem levar à morte. Esses distúrbios são muitas vezes difíceis de diagnosticar, e mesmo quando detectados, os pacientes podem ser avessos a aceitar o tratamento. Assim, os profissionais de saúde bucal devem estar cientes dos sinais dos transtornos alimentares e preparados para colaborar com outros profissionais da saúde para tratá-los (5).

As manifestações orais podem aparecer de acordo com a frequência e a intensidade dos hábitos de cada transtorno, que são: autoindução de vômito, dieta hipercalórica, falta de higienização após compulsão alimentar, ansiedade, depressão e período de tempo em que o indivíduo apresenta os transtornos que levam a vários graus de problemas na saúde bucal (6, 7).

Muitas dessas condições carregam um estigma social e até mesmo de negação. Além disso, sem a participação do cirurgião-dentista, principalmente para o diagnóstico e a prevenção, os transtornos alimentares podem ter um efeito negativo sobre a denteição, a oclusão e a mucosa bucal em um estágio relativamente precoce na vida dos portadores desses desvios (8).

Como o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional da saúde a suspeitar dos transtornos alimentares, há a necessidade de que esteja preparado para um manejo adequado do paciente. O objetivo inicial é a obtenção da confiança deste, gerando consequentemente um melhor resultado no tratamento odontológico (7).

Na anamnese, é importante que se tenha a habilidade de abordar o assunto de forma que se obtenha a confiança do paciente, inquirindo sobre os hábitos alimentares e a possibilidade de existência de problemas gastrointestinais, como refluxo, cirurgia bariátrica ou hérnia de hiato, em vez de dirigir perguntas diretas acerca do transtorno (9).

Justifica-se este estudo pelas manifestações bucais ocasionadas pelos transtornos alimentares, e estes representarem um desafio para o cirurgião-dentista. O fracasso no diagnóstico e na percepção dessas manifestações buco-dentárias podem levar os portadores desses distúrbios a sérios problemas sistêmicos, além de danos progressivos e irreversíveis para os tecidos bucais.

O objetivo deste estudo é apresentar definições, etiologia, características gerais, manifestações bucais e estratégias de tratamento para as implicações na saúde odontológica de pessoas portadoras dos seguintes transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa, vigorexia, ortorexia, pica, ruminação, transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP) e alcoorexia.

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são muito conhecidas, mas existem os outros transtornos, que podem ser identificados por lesões bucais e alterações dentais, que serão relatados, pois estão cada vez mais prevalentes e não são muito conhecidos pela classe odontológica.

Metodologia

O presente estudo foi desenvolvido por meio da análise documental da produção bibliográfica obtida por meio das bases de dados: Biblioteca Virtual

em Saúde (BVS) (Bireme) – Lilacs, Ibecs, Medline e BBO; PubMed; SciELO; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); e a base Periódicos Capes. As estratégias de buscas utilizadas incluíram as seguintes palavras: transtornos alimentares, manifestações bucais, anorexia nervosa, bulimia nervosa e pica.

Foi ainda realizada busca manual na literatura nacional de periódicos e de livros especializados. Os critérios para inclusão dos estudos foram: terem sido publicados entre os anos de 1991 e 2011; estarem escritos nas línguas inglesa, espanhola ou portuguesa; relatarem pesquisa científica, caso e revisão da literatura. Pesquisas que abordaram temas inerentes a Psicologia, Psiquiatria e saúde bucal. Foram selecionadas 46 referências, compostas por: 41 artigos, três livros e duas teses, como base para o desenvolvimento do presente trabalho. As principais manifestações bucais relacionadas aos transtornos alimentares relatadas nos artigos estudados foram: cáries, gengivites, doença periodontal, xerostomia, halitose, queilites, fratura dentária, bruxismo, apertamento dentário, hipersensibilidade dentinária, perimólise, ilhas de amálgama, úlceras e lesões eritematosas na mucosa bucal.

Revisão de literatura

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa é caracterizada por magreza extrema (caquexia), incansável busca pelo emagrecimento e falta de vontade de manter um peso normal ou saudável (1). Esse distúrbio é determinado pela pouca ingestão de alimentos, o medo intenso de ganho de peso (aspecto central da anorexia) e distúrbios da própria imagem corporal. A pessoa tem uma imagem distorcida do próprio corpo, o que a leva a sentir-se como “gorda”, mesmo após perder muito peso (1, 2, 10).

O número de doentes com anorexia nervosa é suficientemente elevado para causar preocupação. Vários estudos têm sugerido que 20% de todas as pessoas com essa doença morrem das condições médicas causadas por ela, e o suicídio tem taxa elevada em indivíduos portadores dessa doença (11).

A desnutrição pode surgir quando há perda de peso extrema, afetando o Índice de Massa Corpórea (IMC), que se obtém pela divisão do peso pela altura ao

quadrado. O portador do distúrbio é considerado desnutrido quando o IMC está abaixo de 18 kg . m² (12).

As características essenciais da anorexia nervosa para critérios diagnósticos, segundo a quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), da American Psychiatric Association (APA), são:

- a) recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura;
- b) medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo mesmo com o peso abaixo do normal;
- c) perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual;
- d) nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (2).

Segundo a APA, a anorexia nervosa pode ser restritiva quando não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas) ou purgativa: quando existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação (2).

A intensidade do distúrbio pode levar o indivíduo a sérias manifestações sistêmicas como: osteoporose, anemia, amenorreia, infertilidade, hipotireoidismo, atrofia cerebral, dificuldades cognitivas, problemas hepáticos, edema pulmonar, arritmia até a parada cardíaca. Na cavidade oral, as manifestações mais comuns são aumento de cárie, gengivites, halitose, xerostomia, bruxismo, hipersensibilidade dentinária e queilites (13).

Em decorrência da restrição alimentar e da deficiente absorção de nutrientes nos pacientes, a oferta de determinadas vitaminas podem tornar-se prejudicadas e, como resultado, têm-se múltiplas deficiências nutricionais. Nesse contexto, a manifestação encontrada na cavidade bucal é a presença de lesões eritematosas no palato, a inflamação na língua com eritema e a atrofia (12).

As alterações de quantidade e qualidade da saliva estão associadas à desnutrição e ao uso de antidepressivos, que reduzem o fluxo salivar e modificam a composição da saliva por causa da desidratação. Isso resulta em uma drástica diminuição do seu efeito protetor, podendo causar vulnerabilidade da

mucosa bucal, infecções e alteração do paladar, sensação de ardência na boca e cárie dentária (14).

As lesões odontológicas devem ser tratadas quando diagnosticadas. Se não forem tratadas, continuarão provocando prejuízos à saúde bucal, muitas vezes irreversíveis, como o escurecimento dos dentes pela abrasão dentinária. O bruxismo leva ao desgaste dental, contribuindo para a progressão do dano, podendo levar a uma redução excessiva da altura da coroa clínica, o que muitas vezes requer uma intervenção reparadora. A terapia para pacientes com distúrbio alimentar e bruxismo deve incluir métodos preventivos e não invasivos (15).

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados “episódios bulímicos”. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios de purgação (2).

Etimologicamente, o termo “bulimia” deriva do grego “*bous*” (boi) e “*limos*” (fome), ou seja, “apetite para comer um boi”. Pacientes com bulimia nervosa, entretanto, não visam apenas a saciar uma fome demasiada, mas a suprir suas necessidades emocionais.

A bulimia nervosa é um transtorno mental caracterizado, geralmente, por longos períodos de restrição alimentar severa, que culminam em episódios de hiperfagia, seguidos de autoindução ao vômito, podendo estar associada a exercícios exagerados e ao medo mórbido de engordar. O bulímico é capaz de comer quantidades absurdas, rapidamente e de forma indiscriminada, misturando doces, salgados, congelados, refrigerantes e o que encontrar pela frente, até não poder mais (16).

A baixa autoestima e a distorção da imagem do corpo são os princípios que reforçam a busca de um emagrecimento excessivo, levando a pessoa a praticar esportes físicos, fazer jejum e usar laxantes, enemas ou diuréticos (17).

Esses pacientes escolhem os horários de refeições de modo que ficam sozinhos para comer compulsivamente. Comem em recipientes grandes como panelas e tigelas, acompanhando as refeições com grandes volumes de líquidos para facilitar ou promover o vômito e ingerindo rapidamente grandes

quantidades de alimentos entre 8.000 a 10.000 kcal/h (18).

A bulimia nervosa é caracterizada por um ciclo constituído por dieta, compulsão e purgação; a restrição tem papel fundamental no início e perpetuação do quadro. Assim, a compulsão pode ser desencadeada pela restrição e por fatores emocionais; e a purgação é usada por pacientes com o objetivo de eliminar o excesso de alimentos ingeridos e trazer sensação de alívio (19).

Os pacientes com bulimia nervosa apresentam sinais e sintomas de ordem geral que incluem metabolismo basal baixo, temperatura corporal baixa, pressão sanguínea baixa, pulso rápido, hipotonia muscular e risco de colapso circulatório. Em alguns casos, podem ocorrer manifestações de depressão, retração social, irritabilidade, insônia, perda do interesse sexual e até mesmo amenorreia em determinadas mulheres (20).

As características essenciais da bulimia nervosa para critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV, são:

- a) Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos –, tendo as seguintes características:
 - ingestão em pequeno intervalo de tempo (aproximadamente em duas horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeriam no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias;
 - sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (a sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto come).
- b) Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.
- c) Ocorrência dos episódios bulímicos e dos comportamentos compensatórios, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.
- d) Autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal (2).

Segundo a APA, a bulimia nervosa pode ser purgativa: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas. Ou sem purgação, com prática de exercícios excessivos ou de jejuns (2).

Os sinais mais comuns na cavidade bucal de um paciente com bulimia nervosa são: perimólise, cáries, doença periodontal, edema de glândulas salivares, dermatite perioral, xerostomia, queilites, glossite, úlceras na mucosa oral, fratura dos ângulos incisais, perda de dimensão vertical, bruxismo, apertamento dentário, hipersensibilidade dentinária, erosão severa do esmalte, dentes gastos e translúcidos (alterações na cor, formato e tamanho), ilhas de amálgama, halitose, lábios vermelhos, ressecados e rachados, exposição pulpar, infecções periodontais e endodônticas (21).

Pessoas portadoras de bulimia nervosa estão sujeitas à erosão ácida, pois o esmalte dentário é influenciado pelo pH e está sujeito a contínuos processos de desmineralização/ remineralização. A desmineralização do esmalte começa a partir de pH 5,5 (22). Em estudo realizado para verificar os efeitos do vômito frequente na saúde dental em 35 pacientes bulímicas, os autores encontraram erosão dentária, abrasão e atrito, em 22 voluntárias da amostra, ou seja, 5-6 vezes mais frequente em bulímicos do que no grupo controle de 105 voluntários (23).

O tratamento odontológico desses pacientes deve envolver cuidados emergenciais, educação, prevenção, cuidado pré-restaurador (ou adequação de meio bucal), restaurações e manutenção. Entre os cuidados emergenciais, encontram-se a procura pelo alívio da dor e a melhora da estética. Como alívio da dor, propõe-se a proteção da dentina indevidamente exposta com a utilização de cimentos de ionômero de vidro e vernizes fluoretados. Deve-se prescrever a utilização de cremes dentais com alta concentração de flúor e com baixa abrasividade, além da utilização de bochechos com substâncias neutralizadoras da acidez após o vômito, como bicarbonato de sódio. Soluções neutras de flúor a 0,05% também são úteis na redução da erosão e da sensibilidade subsequente (9).

A higiene dental é recomendada após a ingestão de alimentos. Porém, deve ser evitada logo após a regurgitação, pois poderá ocorrer sinergismo do efeito erosivo com o efeito mecânico da escovação (24).

Vigorexia

A vigorexia é um transtorno causado pela prática excessiva de exercícios físicos, geralmente musculação. Acomete mais pessoas do gênero masculino,

em idade de 18 a 34 anos, pelo desejo de ficar cada vez mais musculoso e forte, sem ter limites para exercícios físicos, ficando horas e horas diárias em academias. Na vigorexia, o indivíduo vê seu corpo com uma aparência distorcida, com uma imagem esquelética (25).

Portadores de vigorexia não se importam com eventuais consequências prejudiciais à saúde ou com contraindicações. Chegam a ingerir mais de 4.500 kcal diárias, incluindo complexos vitamínicos e suplementos alimentares e até o consumo de esteroides e anabolizantes. Trata-se de uma das mais recentes patologias potencializadas pela cultura, não tendo sido ainda catalogada como doença específica pelos manuais de classificação (CID-10 e DSM-IV). Caracteriza-se, também, por uma obsessão de traço narcísico, voltada de maneira abusiva para o culto ao corpo nas suas mais íntimas e fatais proporções. Quanto mais musculosos se apresentam, os vigorexicos consideram-se “fracos”, “raquíticos”, “frangos” ou “mirrados”, recorrendo cada vez mais a anabolizantes e exercícios intensos na tentativa de alcançar a silhueta “ideal” (26).

A ingestão frequente de suplementos alimentares, principalmente de carboidratos, geralmente não é seguida de higienização (porque a aparência com o corpo se torna prioridade, e a higiene deixada em segundo plano), resultando, assim, no aparecimento de cárie dentária e no acometimento periodontal. A vigorexia causa algumas alterações bucais, como: xerostomia, placa bacteriana espessa com aspecto melado, fadiga muscular, problemas bucais como apertamento dentário e bruxismo (13).

Ortorexia

O termo “ortorexia” é de origem grega – “orthós” significa “correto”, “direito”, e “orexis” significa apetite. É um quadro obsessivo-compulsivo extremo de seleção de alimentos considerados saudáveis, levando a configurar essa dieta como um ritual de isolamento social compensatório. Esses indivíduos evitam alimentos que contenham corantes, conservantes, pesticidas, ingredientes geneticamente modificados, gorduras, sódio. Ao contrário, sentem uma sensação de conforto com pratos exclusivamente de produtos orgânicos, biológicos. Muitos indivíduos preferem ficar em jejum a ingerir algum alimento considerado impuro (27).

Embora ainda não suficientemente testados, são propostos alguns critérios diagnósticos para a ortorexia com base na resposta a cada uma dessas questões:

- a) Gasta mais de três horas por dia pensando em uma dieta saudável?
- b) Preocupa-se com a qualidade, perdendo o prazer das refeições, com aumento da pseudoqualidade da alimentação, diminuindo a sua qualidade de vida?
- c) Sente-se culpado quando não cumpre suas crenças alimentares?
- d) Isola-se em sua alimentação?
- e) Planeja com antecedência o que vai comer sempre? (28)

Existe o isolamento social, pois é muito difícil encontrar quem compartilhe dos seus hábitos alimentares. O portador do distúrbio prefere faltar a compromissos que envolvam comida – como um almoço em família – a ter que justificar suas escolhas ou ser tachado de neurótico (29).

Essa ingestão excessiva de alimentos saudáveis visa a prevenir doenças e enfermidades, mas o transtorno pode apresentar riscos à saúde dos ortoréxicos, pois influencia o comportamento e a forma como eles lidam com outras pessoas. Alguns são tão fixados em purificar seus corpos que adoecem no processo. Mesmo se a saúde física e emocional começa a falhar, o doente continua um severo regime alimentar, provocando um desequilíbrio de neurotransmissores, levando a uma diminuição na alegria e a um excesso de medo (30).

O termo “ortorexia” não aparece nos manuais de diagnósticos de classificação, pois não há estudos suficientes sobre o assunto. Nos Estados Unidos há um grande número de internações registradas por causa desse problema – a incidência pode estar entre 0,5 e 1%, afetando igualmente ambos os sexos. Em pacientes ortoréxicos, há comportamentos obsessivo-compulsivos e traços de personalidade semelhantes às de anorexia restritiva (rigidez, perfeccionismo, necessidade de controle de sua alimentação) (31).

Um dos principais problemas para o dentista no trabalho com pacientes com distúrbios alimentares obsessivos advém de seus problemas psicológicos. Normalmente, eles são bastante compulsivos em seus comportamentos diários. Sua higiene bucal é

bastante meticulosa, repetitiva e muitas vezes seguida de escovações agressivas, podendo resultar em severa abrasão. Nesses casos, o cirurgião-dentista deve alertar o paciente sobre o perigo dessas escovações excessivas (9).

Os medicamentos usados para pacientes que possuem obsessão são: clomipramina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina e citalopram. Esses medicamentos têm efeitos colaterais que são: xerostomia, inquietude, náuseas, tremores e eventualmente sonolência (32). A sensação de boca seca, quando acompanhada de hipossalivação, provoca diversas alterações na cavidade bucal, destacando-se, entre estas, a maior frequência de cárie. Seu tratamento inclui, sobretudo, a prevenção (33).

Pica

A palavra “pica” deriva do nome em latim “*pega*”, um pássaro notório pelo hábito de reunir objetos variados em seu ninho para saciar sua fome. É um hábito alimentar caracterizado por o paciente não discriminar substâncias nutritivas de não nutritivas. A pica é uma síndrome de difícil diagnóstico; é a perversão do apetite. Sua etiologia é provavelmente multifatorial e ela tem efeitos deletérios dependendo da substância ingerida. O tratamento da pica deve ser multiprofissional, incluindo na equipe médicos, psicólogos e nutricionistas (34).

Além do termo “pica”, outros termos são propostos, tais como: picamalácia, picacia, picacismo. A prática da pica é comumente relatada em indivíduos com doenças mentais, crianças, mulheres na gestação, entre outros. Entre as perversões do apetite mais comuns, encontram-se a pagofagia (ingestão de gelo), a geofagia (ingestão de terra ou barro) e a amilofagia (ingestão de goma, principalmente a de lavanderia). No entanto, outras substâncias também são referidas, como palitos de fósforo queimados, cabelo, pedra, cascalho, carvão, fuligem, cinzas de cigarro, alimentos crus, madeira, lápis, comprimidos de antiácidos, leite de magnésia, borra de café, bolinhas de naftalina, pedaços de câmara de ar, plástico, tinta, sabonete, giz, toalha de papel e, até mesmo, insetos, fezes de animais e sujeira (35).

Essas substâncias, ao serem ingeridas, podem provocar problemas gastrointestinais e lesões na mucosa bucal, além de risco de fraturas dentais (13).

Ruminação

A ruminação é um transtorno que nenhuma condição médica pode explicar; são episódios constantes de regurgitação e remastigação. A regurgitação que não tem uma causa orgânica denomina-se “ruminação”. Esse tipo de regurgitação é frequente nos lactentes, mas está presente também em adultos. A ruminação nos adultos ocorre, sobretudo, em quem sofre de problemas emocionais, especialmente durante períodos de estresse. Nesse transtorno, as pessoas regurgitam pequenas quantidades de alimentos do estômago, normalmente entre 15 e 30 minutos depois de comer, habitualmente, mastigam o alimento de novo e voltam a engoli-lo. Esse problema não é acompanhado de náuseas, dor nem dificuldade em engolir (35).

A associação entre fluxo retrógrado do conteúdo gástrico para a cavidade bucal e erosão dental sinaliza uma consequência da ação do refluxo ácido. A erosão dental define-se como perda irreversível da estrutura dental causada por um processo químico não envolvendo a ação bacteriana (36). Além disso, os pacientes que apresentaram o hábito de regurgitar são mais susceptíveis às cáries (37).

A erosão dos tecidos duros do dente também produz hipersensibilidade, alterações da oclusão, enfraquecimento e fratura dentárias. A sensibilidade dentária ao quente, frio e substâncias ácidas pode ser atribuída ao dano sofrido pelo esmalte dentário. Outro dado encontrado em pacientes que regurgitam frequentemente é a papila interdental geralmente aumentada em consequência da constante irritação provocada pelo ácido do estômago. O *status* gengival pode estar igualmente afetado, caracterizado por gengivite e ressecamento da mucosa gengival. Foram identificadas, ainda, aparições de granuloma e úlceras orais (20).

A erosão dental causada pelos vômitos e regurgitações crônicas é conhecida pelo nome de “perimólise”, que é também uma das principais alterações dentárias encontradas em pacientes com bulimia nervosa do tipo purgativo. A associação do efeito dos ácidos gástricos, como o ácido clorídrico, com os movimentos habituais da língua sobre as superfícies dos dentes leva a perimólise, que se caracteriza pela desmineralização lenta e gradual das superfícies dos dentes sem alguma ação mecânica. Essa desmineralização ocorre em razão do baixo pH do ácido gástrico, que varia de 1 a 1,5, muito abaixo do

nível crítico para a dissolução do esmalte dental, que é de 5,5 (21).

Transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP)

O transtorno compulsivo alimentar periódico (TCAP) consiste em episódios recorrentes de compulsão alimentar, excesso de alimentação e perda de controle. Alguns comportamentos são comuns para identificar esse transtorno, como: comer rapidamente, sentir-se cheio, comer grandes quantidades de comida sem estar com fome, sentir repulso por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão. Para a TCAP, não se utilizam métodos compensatórios inadequados (como a purgação) para evitar ganho de peso (38).

Em meio ao comportamento dos indivíduos portadores de transtorno da compulsão alimentar periódica, pode ser encontrada a síndrome do comer noturno (SCN), pois pode ser uma das formas manifestação desse desvio. A SCN se apresenta com três componentes principais: anorexia matutina, hiperfagia vespertina ou noturna. O padrão alimentar é caracterizado por ingestão alimentar previamente ao paciente deitar-se ou nos períodos em que desperta do sono, que ocorre em média de três a quatro vezes durante a noite (12, 39).

Pacientes com SCN podem representar uma importante subcategoria dos obesos, distinta dos que possuem apenas TCAP. Constatou-se que 44% dos pacientes com SCN preenchem os critérios para TCAP e que os pacientes com ambos os diagnósticos exibiram níveis mais altos de ansiedade do que seus equivalentes com diagnósticos únicos (39).

A maioria dos pacientes com o transtorno é obesa. A sua prevalência na população em geral é em torno de 2%. O tratamento do TCAP deve envolver orientação dietética adequada, refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina), benzodiazepínicos ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como o topiramato (35).

Os psicofármacos apresentam reações adversas que têm implicações diretas no atendimento odontológico. O diazepam e o lorazepam podem causar xerostomia, "gosto amargo", edema da língua, língua saburrosa e inflamação gengival. A fluoxetina, que é um antidepressivo, apresenta relatos também

de xerostomia, glossite, estomatite aftosa, edema e descoloração de língua. A utilização de anestésicos locais em pacientes que utilizam benzodiazepínicos tem que ser observada, pois esses medicamentos podem potencializar o efeito cardiopressor dos anestésicos. Merece cautela, também, o uso de vasoconstritores adrenérgicos (associados a anestésicos locais) em pacientes que utilizam antidepressivos tricíclicos por causa da potencialização dos efeitos adrenérgicos (40).

A maior incidência de cáries pode ser resultante da excessiva ingestão de carboidratos e açúcares e uma pobre higiene oral. Os medicamentos antidepressivos também podem contribuir para esse aumento de doenças bucais, pois, como já dito, provocam xerostomia. Essa diminuição da saliva pode dificultar a emulsificação do bolo alimentar durante a fase oral da deglutição e um aumento dramático de cáries dentárias, já que o efeito de proteção da saliva não está presente (9, 41).

É fundamental uma abordagem de educação alimentar e saúde bucal concomitante ao tratamento restaurador, principalmente entre pacientes com má higiene bucal e ataques cariogênicos severos decorrentes de ingestão de grandes quantidades de carboidratos (9).

Alcoorexia

O termo "alcoorexia" é definido pela prática de restringir calorias, de forma que mais álcool pode ser consumido sem ganhar peso (42). Alcoorexia é um transtorno alimentar que não é reconhecido pela comunidade médica, ou seja, ainda é um termo "não médico" (43).

Uma combinação de alcoolismo, bulimia e anorexia, a alcoorexia pode estar paralela com os outros transtornos alimentares, porque os pacientes usam os mesmos métodos de restrição alimentar (anorexia) ou outros métodos purgativos (bulimia) (44). Estima-se que 30-50% dos indivíduos com bulimia e 12-18% de indivíduos com anorexia são dependentes do álcool (42, 43).

Alcoorexia reflete uma tendência alarmante e real entre as mulheres jovens que optam por não comer para poderem beber muito nas festas, sem ganhar peso. É um novo e importante fenômeno clínico, que é relevante para os campos de diagnóstico na Psiquiatria (45).

Muitos dos efeitos do alcoolismo não são apenas orais, mas também podem estar ligados a outras condições médicas sistêmicas, como: pancreatite, hepatopatias, cirrose, danos cardíacos e depressão. As manifestações orais mais encontradas são: câncer de tecidos moles, má higiene oral, xerostomia, cáries, erosão dentária, leucoplasia e bruxismo. Alguns pontos importantes devem ser instruídos ao paciente pelo cirurgião-dentista: não escovar depois de vomitar ou consumir bebidas ácidas, fazer terapia com flúor e evitar recomendar o uso de bochechos que contenham álcool em tratamento de etilistas crônicos (46).

Abordagem odontológica para pacientes com transtornos alimentares

O plano de tratamento depende do tipo de alteração na cavidade bucal desencadeada pelo distúrbio alimentar, aspectos individuais e hábitos utilizados pelo distúrbio. A principal estratégia para prevenir o desenvolvimento de novas lesões nos tecidos bucais é remover o agente causal.

Medidas preventivas específicas devem ser instituídas, voltadas para orientações quanto à forma de higiene bucal, ao emprego de substâncias capazes promover remineralização e neutralização de pH bucal e ao aumento da resistência da superfície dental.

Deve ser feita neutralização das forças do bruxismo e apertamento dentário e ser dado incentivo para acompanhamentos em consultas odontológicas periódicas. Em lesões iniciais de erosão, com hiperestesia dentinária, podem ser utilizados agentes anti-hiperestésicos, como oxalato de potássio, aplicações tópicas de flúor semanais ou até mesmo vernizes fluoretados.

Grandes perdas dentárias que causem hiperestesia e dores acentuadas devem ser reabilitadas por meio de restaurações com ionômero de vidro para eliminar a hipersensibilidade e facilitar a higienização. Nos danos à estrutura dental, perda anatômica e funcional, devem-se recuperar forma, função e estética com restaurações definitivas ou até mesmo reabilitação protética.

É importante reconhecer as necessidades individuais e motivar o autocuidado com o objetivo de manter a saúde oral e abordar o assunto de forma que se obtenha a confiança do paciente e ele relate

seu distúrbio. Também é preciso diagnosticar e tratar lesões bucais e encaminhar os pacientes que apresentem tais distúrbios para o tratamento multiprofissional, contribuindo para o tratamento do transtorno alimentar como um todo (6, 7, 9, 12).

Conclusão

Notou-se por meio dessa revisão de literatura que os transtornos alimentares acarretam uma série de alterações em estruturas e funções que compõem o trânsito orofaríngeo, tais como: cáries, gengivites, doença periodontal, xerostomia, halitose, queilites, fratura dentária, bruxismo, apertamento dentário, hipersensibilidade dentinária, perimólise, ilhas de amálgama, úlceras e lesões eritematosas em mucosa bucal.

O cirurgião-dentista deve agir com o intuito de preservar a saúde bucal e a estrutura dental, minimizando os danos que ocorrem na cavidade bucal. Deve ser apto a diagnosticar as manifestações associadas às desordens alimentares e detectar as lesões nos tecidos bucais em estágios iniciais. Esse profissional deve instituir estratégias preventivas contra o desenvolvimento de novas lesões bucais, controlar a progressão daquelas já presentes e contribuir para o tratamento completo do indivíduo. Para isso, há a necessidade de estar familiarizado com os sinais das doenças e de encaminhar os pacientes que apresentem tais distúrbios para tratamento multiprofissional, contribuindo para o tratamento global dos transtornos alimentares.

Referências

1. American Psychiatric Association – APA. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatr.* 2000;157(suppl. 1):1-39.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: APA; 2002.
3. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004;31:4-5.
4. Treasure J, Claudino A, Zucker N. Eating disorders. *Lancet.* 2010;375(9714):583-93.

5. Gurenlian JR. Eating disorders. *J Dent Hyg.* 2002;76(3):219-34; and 236-7.
6. Izidio GC, Solis ACO. Características clínicas e manifestações bucais dos transtornos alimentares. *Rev Univap.* 2006;13(24):34.
7. Aranha AC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):89-96.
8. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 6. Special care dentistry services for young people. *Br Dent J.* 2008;205(5):235-49.
9. Traebert J, Moreira EAM. Behavioral eating disorders and their effects on oral health in adolescence. *Pesq Odontol Bras.* 2001;15(4):359-63.
10. Jorge FRS, Vitale MSS. Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente. *Arq Sanny Pesq Saúde* 2008;1(1):57-71.
11. Coren S, Hewitt P. Is anorexia nervosa associated with elevated rates of suicide? *American Journal of Public Health* [serial on the Internet]. (1998, Aug), [cited July 25, 2011];88(8):1206-7. Available from: MEDLINE with Full Text.<http://web.ebscohost.com>.
12. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Characterization of eating disorders and their implications in the oral cavity. *Rev Odontol UNESP.* 2010;39(4):241-5.
13. Bussadori SK, Masuda MS. *Manual de Odontohebiatria.* São Paulo: Santos; 2005.
14. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis.* 2008;14(16):479-84.
15. Serrano PO, Faot F, Cury ADB, Garcia RCMR. Effect of dental wear, stabilization appliance and anterior tooth reconstruction on mandibular movements during speech. *Braz Dent J.* 2008;19(2):151-8.
16. Rava FM, Silber TJ. Bulimia nervosa: historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch Argent Pediatr.* 2004;102(5):353-63.
17. Fairburn CG. The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment. *J Psychosom Res.* 1991;35(1):3-9.
18. Sicchieri JMF, Bighetti F, Santos JE, Ribeiro RPP. The nutritional therapy in eating disorders. *Medicina.* 2006;39(3):371-4.
19. Alvarenga MS, Scagliusi FB. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Rev Nutr.* 2010;23(5):907-18.
20. Santos CMB, Oliveira VAPC, Silva LHJ. Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2010;12(2):308-16.
21. Guedes CC, Bussadori SK, Mutarelli PS. Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura. *Pediatr Mod.* 2007;43(6):303-8.
22. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene and nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1997;21(2):195-9.
23. Rytomaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand.* 1998;56(1):36-40.
24. Caldeira TH, Nápole RCD, Busse SR. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia nervosa. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2000;54(6):465-7.
25. Magalhães EM. Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. *e-scientia.* 2009;2(1):2-7.
26. Severiano MFV, Rego MO, Montefusco, Érica VR. O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade. *Rev Mal-Estar Subj.* 2010;10(1):137-65.
27. Aranceta BJ. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Alan Dic.* 2007;57(4):313-5.
28. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.* 2004;9(2):151-7.
29. Catalina ZML, Bote BB, García SFR. Ortorexia nervosa. Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(1):66-8.
30. Tsoukanelis EA. Obsessed with health. *Environmental Magazine.* 2009;20(4):30-1.
31. Graham EC. Development of the eating habits questionnaire [thesis]. Texas: Texas A&M University; 2003.

32. Cordioli AV. Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Artmed; 2004.
33. Luz MAA, Birman EG. Dental caries in patients with hyposalivation: clinics, therapeutics and prevention aspects. *Rev Bras Odontol.* 1996;53(6):27-31.
34. Kachani AT, Cordás TA. Da ópera-bufa ao caos nosológico: pica. *Rev Psiquiatr Lín.* 2009;36(4):162-9.
35. López LB, Ortega SCR, Pita Martín PML. La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Arch Latinoam Nutr.* 2004;54(1):17-24.
36. Alves MBR. Erosão dental em pacientes portadores de refluxo gastroesofágico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
37. Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch Argent Pediatr.* 2004;102(6):440-4.
38. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(supl 3):7-12.
39. Napolitano MA, Head S, Babyak MA, Blumenthal JA. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord.* 2001;30(2):193-203.
40. Abreu MHNG, Acúrcio FA, Resende VLS. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. *Pan Am J Public Health.* 2000;7(1):17-23.
41. Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quint Int.* 2005;36(7):501-10.
42. Burke S, Cremeens J, Vail-Smith K, Woolsey C. Drunkorexia: calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *J Alcohol & Drug Education.* 2010;54(2):17-34.
43. Addiction programs recognize "drunkorexia". *alcoholism & drug abuse weekly* [serial on the Internet]. (2008, Mar 24), [cited July 25, 2011]; 20(12):7-8. Available from: Academic Search Premier.<http://web.ebscohost.com>.
44. Alcoholism & Drug Abuse Weekly wins two Azbee awards. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly* [serial on the Internet]. (2010, Oct 18), [cited July 25, 2011]; 22(40):4. Available from: Academic Search Premier. <http://web.ebscohost.com>.
45. Chambers R. Drunkorexia. *J Dual Diagnosis.* 2008;4(4):414-6.
46. Spencer L. Manifestações orais de abuso de álcool. *Saúde Bucal.* 2008;47(6):16-8.

Recebido: 19/06/2011

Received: 06/19/2011

Aprovado: 21/07/2011

Approved: 07/21/2011