

Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica

Bulimia: oral manifestations and dental care

Daniela Araújo Veloso POPOFF¹
 Thalita Thyrsa de Almeida SANTA-ROSA¹
 Adrienne Calixto Freire de PAULA¹
 Cléia Márcia Freitas BIONDI¹
 Mônica Agda DOMINGOS¹
 Shara Abrantes de OLIVEIRA¹

RESUMO

O padrão estético de beleza do corpo imposto pela sociedade contemporânea tem sido o responsável pelo aumento do número de casos de bulimia nervosa. Essa doença comportamental que leva a transtornos alimentares acarreta danos fisiológicos que, se não erradicados precocemente, podem se tornar irreparáveis. Dentre esses danos, destacam-se àqueles relacionados à saúde bucal, caracterizados pela perimólise, aumento nos índices de lesões cáries, intumescimento das glândulas salivares, sobretudo as parótidas, alterações na quantidade e qualidade da saliva, xerostomia, queilite e mucosite, bruxismo e alterações ortodônticas. As manifestações bucais são causadas por higiene bucal insatisfatória, deficiências de vitaminas, pela ingestão crônica de carboidratos, pela compulsão alimentar, pouca salivagem (xerostomia), ansiedade e, também, pela acidificação da saliva causada pelos vômitos. O cirurgião-dentista, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas dessa doença, é potencialmente um dos primeiros profissionais de saúde a identificá-la, podendo oferecer tratamento odontológico adequado.

Termos de indexação: bulimia; manifestações bucais; odontólogos.

ABSTRACT

The aesthetic beauty standard imposed by contemporary society has been responsible for the increasing bulimia rates. This behavioral disease that leads to eating disorders results in physiological damages that can become permanent if not treated early. These damages may affect oral health and include perimolysis, more caries lesions, swelling of the salivary glands, especially the parotid glands, changes in the amount and quality of the saliva, xerostomia, cheilitis and mucositis, bruxism and orthodontic changes. The oral manifestations are caused by poor oral hygiene, vitamin deficiencies, chronic carbohydrate intake, binge eating, xerostomia, anxiety, and also because of the acidification of the saliva due to vomiting. Based on the signs and symptoms of this disease, the dental surgeon is potentially one of the first health professionals to identify it and can provide proper dental treatment.

Indexing terms: bulimia; oral manifestations; dentists.

INTRODUÇÃO

Em busca do ideal estético corporal exigido pela sociedade contemporânea que associa magreza à juventude e beleza, a bulimia apresenta-se como uma resposta à busca frenética pelo corpo perfeito reforçado socialmente como imagem de sucesso em detrimento dos transtornos fisiológicos e psicológicos causados por essa doença que acomete, principalmente, mulheres jovens que, segundo Burke et al.¹, estão mais expostas a pressões sócio-culturais para serem magras.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças², a bulimia, expressão de origem grega que significa “fome de boi”, é uma síndrome caracterizada por um padrão

de hiperfagia seguida de condutas compensatórias inapropriadas para evitar o ganho de peso, como a regurgitação auto-induzida, o uso abusivo de laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos e anorexígenos, dietas severas ou períodos de jejum ou a prática excessiva de exercícios físicos.

O perfil epidemiológico desses pacientes revela baixa autoestima, insegurança, depressão, culpa e sentimento de vergonha³. Appolinario & Bacaltchuk⁴ relatam que o tratamento de transtornos alimentares como a bulimia geralmente exige uma abordagem multidisciplinar, em que a farmacoterapia é adjuvante de abordagens psicológicas e nutricionais. A bulimia pode não ser considerada um distúrbio de comportamento por seus adeptos, mas sim um estilo de vida, o que dificulta o levantamento de dados epidemiológicos de ordem populacional no Brasil⁵.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Faculdade de Odontologia, Av. Rui Braga, s/n., Vila Mauricéia, 39401-089, Montes Claros, MG, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: DAV POPOFF. E-mail: <danielaveloso@yahoo.com.br>.

Entre os inúmeros danos causados, destacam-se neste estudo, as manifestações bucais caracterizadas pela perimólise, aumento nos índices de cáries, intumescimento das glândulas salivares, sobretudo a das parótidas, alterações na quantidade e qualidade da saliva, queilite/mucosite, bruxismo e alterações ortodônticas⁵.

Essas manifestações bucais são causadas por deficiência de higiene oral, deficiências de vitaminas, pela ingestão crônica de carboidratos, pela compulsão alimentar, pouca salivagem (xerostomia), ansiedade e, também, pela acidificação da saliva causada pelos vômitos, devido ao pH ácido do suco gástrico desses pacientes que regurgitam pelo menos duas vezes por semana por três meses⁶.

Esta pesquisa objetivou revisar a literatura a respeito da contribuição do cirurgião-dentista e das suas possibilidades de atuação no diagnóstico da bulimia, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas dessa doença de ordem comportamental, uma vez que devido aos comprometimentos bucais, é este, potencialmente, um dos primeiros profissionais de saúde a identificar a doença e oferecer tratamento odontológico adequado, possibilitando sua referência para assistência especializada.

Bulimia: etiopatogenia

Muito pouco é conhecido a respeito da etiologia da bulimia, apesar de haver um modelo em que múltiplas causas devem interagir para que a doença surja; incluindo os aspectos sócio-culturais, psicológicos, individuais e familiares, neuroquímicos e genéticos⁵. Entretanto, é observado um acometimento maior em mulheres jovens que estão mais expostas a pressões sócio-culturais para serem magras¹.

Também classificada como distúrbio de comportamento, a bulimia é caracterizada por ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos com pouco ou nenhum prazer³.

Neste distúrbio, os hábitos alimentares tornam-se secretos, bizarros e ritualizados. Há episódios de ingestão exagerada de alimentos antes considerados proibidos. Segue-se a indução do vômito, uso de laxantes e diuréticos ou a prática excessiva de exercícios com a finalidade de neutralizar tal ingestão, sempre com o objetivo de alcançar a magreza pretendida. Tais atitudes resultam em isolamento social progressivo³.

O isolamento social gera no paciente bulímico uma tendência à introspecção, ocasionando um círculo vicioso que pode resultar em um quadro depressivo acompanhado de pensamento negativo, focalizado no eu e na solidão - percepção angustiante de que os relacionamentos sociais de uma pessoa são deficientes⁷.

Bulimia: sinais e sintomas

Muitos bulímicos apresentam ansiedade, dependência química e alterações de personalidade. Os episódios bulímicos provocam fortes sentimentos de vergonha, tristeza e condenação⁸.

Como meio de combater a autocondenação e mesmo do ostracismo social, muitos pacientes são dependentes químicos de drogas (álcool, fumo, antidepressivos, ansiolíticos) que favorecem o processo de erosão dental, xerostomia e aumento de susceptibilidade à cárie⁹.

Bulimia: terapêutica

A farmacoterapia é de grande valor no tratamento da bulimia, tanto na redução dos sintomas compulsivos/purgativos, como no tratamento das co-morbidades associadas. Os antidepressivos são as primeiras escolhas, sendo comprovado um efeito específico antibulímico, reduzindo de forma significativa o número e a intensidade dos episódios bulímicos⁸.

O uso dos antidepressivos, no entanto, em doses elevadas pode estar associado a numerosos efeitos colaterais e reações adversas. Dentre os efeitos autonômicos, observa-se, de modo variável, secura da boca¹⁰.

A boca seca, conhecida como xerostomia, é causada pela diminuição na produção da saliva que é um dos mais complexos, versáteis e importantes fluídos do corpo e supre um largo espectro de necessidades fisiológicas. Suas propriedades são essenciais para a proteção da cavidade bucal e do epitélio gastrointestinal e proporciona uma lavagem físico-mecânica, da cavidade bucal, facilitando uma melhor movimentação da língua e demais músculos. A saliva atua ainda na proteção da mucosa da boca, controla a microbiota bucal, estabelece e mantém o pH do meio, e age contra o processo da cárie dental¹¹.

Bulimia: manifestações bucais

As manifestações clínicas bucais acarretadas pela disfunção salivar, presentes nos pacientes bulímicos, caracterizam-se pelo aumento da incidência de cáries, aumento dos níveis de desmineralização, queilite angular e mucosa desprovida da sua proteção contra traumas e desidratação¹².

Segundo Cardoso¹¹, a má nutrição resulta da desordem alimentar adquirida pelos pacientes bulímicos. Já para Neville¹³ condições como desnutrição e bulimia estão associadas à sialoadenose, que é uma desordem não inflamatória incomum caracterizada por uma tumefação da glândula parótida. Estas condições podem levar a uma desregulação da inervação autônoma dos ácidos salivares, produzindo um ciclo secretor anômalo. Isto leva a um acúmulo excessivo de grânulos secretores com marcada tumefação das células acinares. Clinicamente, a sialoadenose apresenta-se como uma tumefação de crescimento lento das glândulas parótidas, que pode ser dolorosa ou não, com possibilidade de ocorrer uma diminuição da secreção salivar.

Para Pires et al.¹⁴, a queilite actínica também pode manifestar-se em pacientes bulímicos devido à debilidade do sistema imune provocada pela carência nutricional. A queilite

actínica ocorre no vermelhão dos lábios, apresentando-se como áreas eritematosas, erodadas, ulceradas e crostosas, nas quais pode ser observado sangramento.

Os alimentos escolhidos pelos bulímicos para ingestão nas crises compulsivas são, geralmente, de fácil acesso; muitas vezes ricos em carboidratos e evitados em dietas hipoenergéticas, como doces, chocolates, biscoitos e leite condensado⁸.

O excessivo consumo da dieta energética associada à xerostomia favorece, ainda, a presença significativa de cáries no paciente bulímico, e, de acordo com a teoria acidogênica, os carboidratos ao serem ingeridos sofrem uma ruptura causada pelo ataque de microorganismos - em especial os *Streptococcus mutans* - daí resultando a produção de ácidos que, com o tempo, podem causar desmineralização do esmalte dentário com a formação de cavidade até a destruição total do dente¹⁵.

Como distúrbio psicossomático, a bulimia gera um quadro de ansiedade, sendo um fator iniciador ou perturbador do bruxismo¹⁶. Esta manifestação clínica, segundo Oliveira & Carmo¹⁷ tem sido definida como uma atrição rítmica dos dentes em movimentos não mastigatórios da mandíbula, ocorridos especialmente durante o sono, que acontece geralmente de forma inconsciente e espontânea. Alguns problemas clínicos causados por esta parafunção podem resultar em desgaste excessivo dos dentes, dor e sensibilidade muscular, como também alterações da Articulação Temporomandibular (ATM) e dor de cabeça.

Na bulimia, o paciente consome deliberadamente alimentos de forma excessiva e depois opta por meios compensatórios para eliminar o peso. Os pacientes estimulam o refluxo da garganta com o dedo ou instrumentos (escova de dente, talheres, entre outros) provocando a regurgitação⁶.

A regurgitação leva com frequência a uma distribuição típica de erosão dental nos arcos dentários, correspondendo à trajetória do ácido gástrico representado pelo ácido clorídrico regurgitado pelo dorso da língua ao longo das superfícies oclusais dos dentes superiores e inferiores e no vestibulo mandibular. Este tipo de erosão parece afetar os dentes superiores e inferiores e foi, durante algum tempo, denominado de perimólise¹⁸.

A erosão dental pode ser de origem intrínseca, extrínseca ou idiopática. Os tipos relacionados à bulimia são de origem intrínseca que é o resultado da ação do ácido endógeno, ou seja, o ácido gástrico que entra em contato com os dentes durante a regurgitação ou durante o refluxo alimentar¹⁸.

Este tipo de erosão divide-se de acordo com o grau de severidade: superficial (Classe I) - acomete apenas a superfície do esmalte; localizada (Classe II) - atinge menos de 1/3 da dentina; extensa (Classe III) destruição mais de 1/3 da dentina¹⁹.

A característica clínica mais comum da lesão por erosão é a perda de brilho do esmalte. A superfície apresenta-se lisa em forma de "U" ou pires. A lesão mostra-se larga, roxa e sem ângulos nítidos. Quando atinge a dentina, provoca sensibilidade ao frio, calor e pressão osmótica. Quando acomete dentes restaurados, as restaurações tornam-se proeminentes, projetando-se acima da superfície dental²⁰.

Devido à perda de substâncias dentárias, o paciente pode apresentar bordas incisais finas ou fraturadas, diastemas e pseudomordida aberta, podendo ocorrer perda de dimensão vertical devido ao desgaste das superfícies oclusais dos dentes posteriores⁶.

A gravidade e progressão da erosão não dependem apenas da frequência e duração do vômito, mas também de hábitos de higiene bucal, como a escovação logo após a regurgitação, pois o esmalte encontra-se desorganizado e pode ser facilmente removido pela abrasão durante a higiene bucal³.

DISCUSSÃO

Analisando a literatura pesquisada fica patente que muitos adeptos da bulimia não a consideram um distúrbio de comportamento e sim um estilo de vida, o que dificulta o levantamento de dados epidemiológicos de ordem populacional no Brasil³.

O perfil epidemiológico desses pacientes revela baixa estima, insegurança, depressão, culpa e sentimento de vergonha³. Bacaltchuk & Appolinario⁴ relatam que o tratamento de transtornos alimentares como a bulimia geralmente exige uma abordagem multidisciplinar em que a farmacoterapia é adjuvante de abordagens psicológicas e nutricionais.

Em razão do uso de antidepressivos, os pacientes bulímicos estão sujeitos aos efeitos colaterais decorrentes, e apesar de sua grande utilização, os antidepressivos apresentam efeitos colaterais importantes, como a xerostomia. A sensação da boca seca pode ser explicada, em grande parte, pela diminuição da produção salivar decorrente da ação anticolinérgica observada nestes grupos farmacológicos²¹.

A saliva contém diversas substâncias orgânicas e inorgânicas que contribuem para a proteção contra as agressões físicas e químicas e para a manutenção da integridade da mucosa, não somente da cavidade oral como também do tubo digestivo²². Está ainda associada a múltiplas funções em relação ao processo de digestão, como paladar, mastigação, formação do bolo alimentar; digestão enzimática e deglutição e ainda é essencial para a preservação da saúde bucal e orofaríngea. A diminuição do fluxo salivar pode trazer

como consequência inúmeras alterações referentes à saúde bucal, como as cáries, as doenças periodontais, infecções, disfagia e halitose²¹.

É possível observar que os alimentos escolhidos pelos bulímicos são muitas vezes ricos em carboidratos que associados ao quadro de xerostomia, favorece ainda mais a presença significativa de cárie.

Hazelton & Faine²³ relatam que a atividade de cárie parece ser similar em toda a população. Entretanto, em pacientes com lesões de cárie ativas, a velocidade na qual as novas lesões se desenvolvem dificulta demasiadamente o tratamento.

A prática da regurgitação é mantida em segredo, sendo o diagnóstico feito anos após o início da doença, muitas vezes, apenas diante de um quadro de hospitalização⁵.

A irritação constante advinda do vômito ácido causa aumento das papilas linguais, aumento assintomático das parótidas, xerostomia, irritação da mucosa oral e queilite²⁴.

Segundo Baratieri et al.¹⁸ o ato de regurgitar provoca problemas dentais como a erosão intrínseca que é resultado da ação do ácido gástrico que entra em contato com os dentes causando a desmineralização e dissolução do esmalte.

Rytomaa et al.²⁵ relatam que nem todos os bulímicos apresentam erosão dental, e que os fatores associados com a ocorrência e a severidade da condição são o tempo de duração da doença e a frequência dos episódios de vômito e a quantidade de saliva.

Características clínicas marcantes e comuns em indivíduos que apresentam erosão dentária é a perda do brilho normal dos dentes, exposição de dentina nas superfícies vestibulares e palatina/lingual, sensibilidade persistente, mais desgaste num arco do que no outro, concavidade dentária, perda da vitalidade pulpar devido ao desgaste e incisivos encurtados com relação à largura e com comprimento desproporcional¹¹.

A ansiedade presente nos pacientes bulímicos geralmente está associada ao bruxismo, cujos fatores etiológicos mais evidentes são os de ordem periférica como as desarmonias oclusais, e os de ordem central (desordem no sistema dopaminérgico e estresse)²⁶.

Segundo Abrahamsen²⁷, os portadores de bruxismo são indivíduos estressados, haja vista essa ser uma atividade parafuncional controlada pelo sistema nervoso central. Muitas

são às vezes em que o paciente desconhece ser portador do hábito, o que explica o fato de que, ao serem arguidos sobre o mesmo, nem sempre as respostas coincidem com as alterações observadas clinicamente.

O bruxismo, hábito de ranger os dentes, é a principal causa de desgaste por abrasão. A extensão e o padrão de desgaste revelam que a perda de estrutura dentária é progressivamente superior nos dentes anteriores, devido às alterações de nivelamento criadas por interferências excêntricas posteriores. O contato posterior, em detrimento da ATM, torna-se o ponto de apoio, alterando o sistema de nivelamento, o que aumenta a força aplicada sobre os dentes anteriores. Exceção a essa regra são os pacientes que apresentam mordida aberta anterior. Frequentemente verificam-se cavitações dentárias nos bruxômanos²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível estabelecer que o cirurgião-dentista, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas da bulimia, seja potencialmente um dos primeiros profissionais de saúde a identificá-la, oferecer tratamento odontológico adequado e propiciar um prognóstico favorável para esse distúrbio comportamental que, se não erradicado precocemente, pode tornar-se irreparável.

Portanto, durante o atendimento odontológico, esse profissional deve ser capaz de identificar essas manifestações, associá-las à doença em questão, e por intermédio de uma abordagem multidisciplinar, estimular a procura de assistência profissional especializada, contribuindo assim para redução das consequências desse transtorno.

Colaboradores

DAV POPOFF, TTA SANTA-ROSA e M DOMINGOS foram responsáveis pela revisão, pela redação e pela normalização. CMF BIONDI e AS OLIVEIRA foram responsáveis pela revisão. ACF PAULA foi responsável pela redação e pela normalização.

REFERÊNCIAS

1. Burke FJT, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: Implications for the practising dentist. *Br Dent J.* 1996;180(11):421-6.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento do CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.190-2.
3. Traebert J, Moreira MEA. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras.* 2001;15(4):359-63.
4. Appolinario JG, Bacaltchuk J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiat.* 2002;24(Supl 3):54-9.

5. Caldeira TH, Nápole RCD, Busse SR. Erosão dental e a contribuição do cirurgião dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2000;54(6):465-7.
6. Seabra BGM, Almeida RQ, Ferreira JMS, Seabra FRG. Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. *Rev Bras Patol Oral.* 2004;3(4):195-8.
7. Myers D. Introdução a psicologia geral. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1999.
8. Teixeira Neto F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
9. Mohan LK, Escott-Stump S. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 10. ed. São Paulo: Roca; 2002.
10. Silva P. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
11. Cardoso AC. Reabilitação oral das perimólises: tratamento com prótese adesiva. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 1987;35(5):380-2.
12. Coelho CM. Implicações clínicas da xerostomia: ABORDAGENS sobre o diagnóstico e tratamento. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002;56(4):295-8.
13. Neville BW, Damin DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
14. Pires FR, Bueno RH, Alves FA, Almeida OP. Queilite actínia: aspectos clínicos e preventivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2001;55(3):200-3.
15. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4. ed. São Paulo: Livraria Santos; 2000.
16. Silva SR. Bruxismo. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2003;57(6):409-17.
17. Oliveira ME, Carmo MRC. Placa de mordida interoclusal para o tratamento de bruxismo. *Rev Cons Reg Odontol.* 2001;7(3):183-6.
18. Baratieri LN, Junior SM, Andrada MC, Vieira LCC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos; 2001.
19. Moraes AKB, Leal C, Brocos LP, Drumond MRS. Erosão: etiologia, características clínicas e diagnósticos. *Medcenter.com* [acesso Set 21]. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=491&idesp=3&ler=s>>.
20. Sobral MAP, Luz MAAC, Gama-Teixeira A, Garona Netto N. Influência da dieta líquida ácida no desenvolvimento da erosão dental. *Pesqui Odontol Bras.* 2000;14(4):406-10.
21. Cabrera MAS, Mesas AE, Rossato LA, Andrade SM. Fluxo salivar e uso de drogas psicoativas em idosos. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(2):178-81.
22. Eckleey CA, Costa HO. Estudo comparativo do pH e do volume salivar em indivíduos com laringofaringite crônica por doença do refluxo gastroesofágico antes e após tratamento. *Rev Bras Otorrinol.* 2005;72(1):55-60.
23. Hazelton LR, Faine MP. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont.* 1996;9(1):65-73.
24. Pegoraro CN. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2001;54(1):156-61.
25. Rytomaa I, Jarvinen V, Kaneru AR, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand.* 1998;56(1):36-40.
26. Pereira RPA, Negreiros WA, Scarparo MN, Pigozzo MN, Consani RLX, Mesquita MF. Bruxismo e qualidade de vida. *Rev Odonto Ciênc.* 2006;21(52):185-90.
27. Abrahamsen TC. The worn dentition: pathognomonic patterns of abrasion and erosion. *Int Dent J.* 2005;55(4 Suppl 1):268-78.

Recebido em: 24/9/2007
Aprovado em: 31/3/2008