

Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia

Eating disorders: aspects of dentistry interest

Valéria Pontelli NAVARRO¹
Fumio MATOBA JUNIOR¹
Wagner TEDESCHI FILHO²
Alexandra Mussolino QUEIRÓS¹

RESUMO

As principais desordens alimentares são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Qualquer indivíduo pode desenvolver estas desordens alimentares, porém, aproximadamente 85% destas desordens originam-se na adolescência. Alguns fatores sociais, como a pressão sobre a mulher em manter um suposto peso ideal e a diminuição ou impossibilidade de praticar regularmente atividades físicas, podem contribuir para a ocorrência destas desordens. Nos últimos anos temos observado um aumento na ocorrência destes distúrbios, principalmente entre pacientes do sexo feminino. Desta forma, esta revisão de literatura tem como objetivo mostrar aos profissionais de Odontologia, como se faz o diagnóstico destas desordens, quais são as principais características bucais dos pacientes que apresentam a bulimia ou anorexia nervosa, e as formas de tratamento que podem ser oferecidos a estes pacientes. O cirurgião-dentista tem um papel muito importante na identificação das desordens alimentares, pois através da anamnese e exame físico extra e intra-oral é possível descobrir sinais e sintomas sugestivos destas desordens e, desta forma, indicar um tratamento precoce.

Termos de indexação: Anorexia. Bulimia. Erosão dentária.

ABSTRACT

The main eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Anyone may develop them; about 85% of these disorders have the beginning during the adolescent time. Some factors as social pressure on women to maintain the ideal weight and the reduction of physic activity may contribute to the occurrence of such disorders. In the last years we have observed an increase in the occurrence of these disturbances, mainly among female patients. So, this literature review is aimed to show to Dentistry professionals how to diagnostic these disorders, how are the main oral characteristics of patients whose present bulimia or anorexia nervosa and the kinds of treatment that could be offered to the patients. The dental surgeon plays an important role on the identification of these food disorders, because by the anamnesis and physical exam in and out the mouth is possible to detect signs and symptoms that suggest these disorders, and then indicate an earlier treatment.

Indexing terms: Anorexia. Bulimia. Tooth erosion.

INTRODUÇÃO

Os dois principais distúrbios relacionados às desordens alimentares são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa¹. Aproximadamente 85% destas desordens originam-se na adolescência².

Os pacientes portadores destes distúrbios podem apresentar uma complexa desordem psiquiátrica com distintas etiologias e diferentes características no que tange à problemas médicos, dentais e formas de tratamento³.

Indivíduos de qualquer raça, idade, gênero ou posição social podem desenvolver desordens alimentares³. Alguns fatores como a pressão social sobre a mulher

em manter o peso ideal, diminuição da atividade física, aumento médio do tempo de vida, podem contribuir para a ocorrência destas desordens⁴.

O cirurgião-dentista tem um papel importante na identificação das desordens alimentares. Através da anamnese e exame físico extra e intra-oral é possível descobrir sinais e sintomas sugestivos destas desordens. Ele poderá ser o primeiro profissional da área de saúde a detectar alguma alteração¹.

Esta revisão tem como objetivo mostrar aos profissionais de Odontologia como se faz o reconhecimento, o diagnóstico e as principais características bucais dos pacientes portadores das desordens alimentares.

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social. *Campus* Ribeirão Preto, Av. do Café, s/n., Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para / *Correspondence to:* VP NAVARRO. E-mail: <valeriapontelli@forp.usp.br>.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. *Campus* Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Definição e diagnóstico

A Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada por uma extrema aversão à comida. Os indivíduos afetados apresentam um enorme medo de ganhar peso ou tornarem-se obesos⁵⁻⁶. A perda de peso é devido à redução total de ingestão energética. Os métodos para a perda de peso incluem o vômito, uso de laxantes e diuréticos e a prática excessiva de exercícios⁴. O diagnóstico final se positivo, é dado para aquelas mulheres que apresentam amenorréia e ausência de pelo menos três ciclos de menstruação⁶.

A Bulimia Nervosa (BN) é mais difícil de ser reconhecida, pois os indivíduos não apresentam sinais da doença e a maioria está em seu peso normal. Esta característica é a chave para o diagnóstico diferencial em relação à anorexia nervosa⁴. É caracterizada pela ingestão alcoólica e de grandes quantidades de comida em pequeno espaço de tempo, e então eliminam estes alimentos geralmente induzindo ao vômito⁴. A confirmação diagnóstica se dá caso estes quadros se repitam por pelo menos duas vezes a cada semana por um período de 3 meses⁶. Outro critério utilizado é a grande ênfase por parte destes indivíduos em relação ao peso e à forma do corpo⁶.

Incidência e prevalência

A anorexia nervosa afeta cerca de 0,5% a 1,0% da população de adolescentes e mulheres². A incidência é de 0,24 a 7,3 casos por cada 100 mil nascimentos¹. Estudos relatam uma média de idade de maior prevalência entre 17,1 e 20,8 anos⁷. Geralmente ocorre depois da puberdade e uma característica básica é a inanição. Pode levar a uma perda de 25,0% ou mais de seu peso³. Mais de 90,0% dos casos ocorrem em mulheres⁴.

A bulimia nervosa é mais comum, ocorre de 1,0% a 3,0% da população, sendo frequentes em mulheres adolescentes e adultos jovens³. Cerca de 33,0% abusam de álcool e estimulantes e mais de 50,0% apresentam distúrbios de personalidade². Aproximadamente 40,0% a 50,0% dos pacientes com anorexia nervosa também apresentam bulimia³.

Manifestações bucais

Erosão

O sintoma bucal mais comum é a perimólise⁹, caracterizada por perda do esmalte com margem circular¹⁰, superfícies incisais dos dentes anteriores superiores com

aspecto serrilhado¹¹, restaurações de amálgama parecem estar desprendidas das superfícies oclusais⁶ e perda de contorno de dentes hígidos¹².

A cronicidade dos vômitos leva à erosão dental, sendo uma perda irreversível dos tecidos duros dentais por processo químico, na ausência de bactéria¹³. Ocorre perda de esmalte e em seguida de dentina principalmente na face lingual dos dentes. Erosões mais severas se estendem para a superfície oclusal, principalmente nos dentes maxilares¹⁴.

Atinge principalmente a superfície palatina dos incisivos superiores como resultado do efeito químico-mecânico, causado principalmente pela regurgitação do ácido clorídrico vindo do estômago, ativada pelos movimentos da língua³. Erosões podem ser detectadas dentro de 6 meses após o início de indução de vômitos¹⁵. O pH está em torno de 2,9 a 5,0, com média de 3,8¹⁶. As erosões podem progredir para a região posterior, resultando em diminuição da dimensão vertical¹⁷. As áreas com erosão apresentam-se lisas e polidas³.

Há que se fazer, porém, o diagnóstico diferencial de outras causas intrínsecas e extrínsecas. Fatores intrínsecos incluem refluxo gastroesofágico, ruminação, úlceras gástricas, diabetes, distúrbios no sistema nervoso e vômitos associados à gravidez ou abuso de álcool¹⁸. Os fatores extrínsecos são uso frequente de piscinas, cuja água possui alto conteúdo de cloro, mastigar tabletes com vitamina C, colocar suco de limão ou de outras frutas cítricas entre a bochecha e a superfície vestibular dos dentes, chupar balas de limão¹⁹.

Cárie dental

A associação entre os índices de cárie e a frequência de vômitos ainda parece não estar clara¹⁴.

Indivíduos que bebem e ingerem comidas doces aumentam o risco de desenvolver lesões de cárie. Porém, este risco é individual. Dependerá da higiene bucal de cada paciente e presença de xerostomia. Os depressivos que negligenciam a higiene do corpo podem ter alto risco à cárie³.

De acordo com Spigset¹⁴, em pesquisa com 34 pacientes portadores de bulimia nervosa, 29% delas relataram que apresentaram um aumento do índice de cárie concomitantemente com o aparecimento da bulimia.

Hipersensibilidade dentinária

É comum e frequente os pacientes procurarem tratamento para solucionar o problema. Erosões de esmalte severas resultam na exposição da dentina³. A hipersensibilidade

dentinária aparece como uma manifestação da bulimia em 47% dos pacientes de acordo com Spigset¹⁴.

Xerostomia

Pacientes relatam com frequência a presença da boca seca ou xerostomia²⁰. Isto pode ser devido aos vômitos constantes, depressão, uso de antidepressivos e outras medicações e ao mau uso de diuréticos e modeladores de apetite³.

A frequência dos vômitos e uso excessivo de laxantes ou diuréticos causam um decréscimo do volume total de fluídos em alguns pacientes, portanto contribuindo para a redução do fluxo salivar e redução da capacidade tampão da saliva, e desta forma, o pH se mantém reduzido¹⁴.

Hipertrofia da glândula salivar

O inchaço das glândulas parótidas pode ser uni ou bilateral e ocorre em 10,0% a 50,0% dos pacientes²¹. Ocasionalmente pode afetar também as glândulas submandibulares. De acordo com Spigset¹⁴ este inchaço ocorre em 29% dos pacientes. O grau do inchaço é diretamente proporcional à frequência do vômito e é dolorido à palpação. O ducto não se apresenta obstruído nem tão pouco inflamado. O mecanismo de hipertrofia é atribuído a grande ingestão de carboidratos, regurgitação de ácido gástrico levando a uma alcalose metabólica e má nutrição. Nenhum tratamento é proposto, exceto a recomendação para bons hábitos alimentares e a paralisação dos vômitos, pois biópsias das glândulas mostram que apresentam tecidos normais ou com presença de infiltrado inflamatório³.

Na literatura encontram-se raras descrições de associações entre sialosis e sialometaplasia necrosante em pacientes portadores de bulimia nervosa. Geralmente o tumor apresenta-se benigno e autolimitante, localizado no palato e dolorido principalmente após trauma²².

Lesões nos tecidos moles

Quiloses podem ocorrer como resultados da desidratação da membrana bucal ou deficiência de vitamina do complexo B. O pH ácido da saliva pode ser um irritante local. A vermelhidão da mucosa pode ser o resultado da irritação crônica dos tecidos pelos ácidos gástricos³.

Os tecidos periodontais e a mucosa bucal são afetadas pela desidratação, devido à redução da produção da saliva e deficiência de higiene oral²³.

Trauma nos dentes

Os dentes mais acometidos por trauma são os dentes anteriores, e está relacionado com a colocação de objetos na boca para forçar o vômito. De acordo com Spigset¹⁴, está presente em 6% dos casos.

Tratamento

O tratamento odontológico de pacientes com desordens alimentares geralmente é iniciado tardiamente. A perda de estrutura dental é irreversível, se mantendo mesmo após a cura da desordem alimentar.

De acordo com Rytomaa et al.²⁰, os pacientes somente notam a erosão dental quando elas se encontram em estados mais avançados ou quando a hipersensibilidade se torna um desconforto para alimentação e escovação. Desta forma as erosões severas são mais difíceis de serem tratadas e o tratamento torna-se caro. Geralmente é necessária confecção de facetas nos dentes que perderam grandes quantidades de estrutura dental.

A neutralização dos ácidos gástricos imediatamente após o vômito, com a utilização de antiácidos, é uma medida preventiva eficaz que minimiza as perdas estruturais nos dentes. Isto não se torna difícil na prática, pois o bulímico programa a hora que ele quer induzir o vômito²⁰.

De acordo com Jensen et al.²⁴, após análise salivar, biópsia de esmalte e microscopia eletrônica de varredura, concluíram que a higiene bucal meticulosa pode minimizar os efeitos erosivos no esmalte dental dos ácidos gástricos, especialmente se produtos com flúor são utilizados regularmente.

O tratamento de escolha para os dentes com moderada destruição, geralmente localizados nas faces palatinas dos dentes anteriores superiores. Os inferiores são menos acometidos, pelos movimentos da língua e fluxo salivar, são restaurações diretas em resina composta, tomando-se o cuidado de não deixar excesso de resina, pois os dentes sofreram uma extrusão com o desenvolvimento do desgaste, somente uma delgada camada de resina pode ser utilizada²⁵.

Para dentes com severas erosões, o tratamento torna-se mais complexo, pois o paciente geralmente já perdeu dimensão vertical de oclusão, apresenta sensibilidade dental e estética comprometida. Inicialmente confecciona-se uma placa de acrílico para restabelecer a dimensão vertical de oclusão e em seguida coroas ou restaurações são indicadas como tratamentos reabilitadores²⁵.

Portanto, o objetivo do tratamento odontológico para pacientes portadores de distúrbios alimentares é restabelecer um estado de saúde e estética bucais aceitáveis e principalmente, participar de equipe multidisciplinar no tratamento destas distúrbios, motivando e educando em relação à dieta e higiene bucal²⁵.

Colaboradores

VP NAVARRO, F MATOBA JUNIOR e W TEDESCHI FILHO participaram da pesquisa e da redação do artigo. A MUSSOLINO QUEIRÓS foi responsável pela correção final do artigo.

REFERÊNCIAS

- Little JW. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(2):138-43.
- American Psychiatric Association. Eating disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IVTR)*. 4. ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000. p.583-97.
- Faine MP. Recognition and management of eating disorders in the dental office. *Dent Clin North Am.* 2003;47(2):395-410.
- Studen-Pavlovich D, Elliott MA. Eating disorders in women's oral health. *Dent Clin North Am.* 2001;45(3):491-511.
- Halmi KA. Anorexia nervosa: recent investigations. *Annu Rev Med.* 1978;29:137-48.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IVTR)*. 4. ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Beaumont PJ, George GC, Smart DE. Dieters, vomiters and purgers in anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1976;6:617-22.
- Roberts MW, Li SH. Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *J Am Dent Assoc.* 1987;115(3):407-10.
- Bouquot JE, Seime RJ. Bulimia nervosa: dental perspectives. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1997;9(6):655-63.
- Abrams RA, Ruff JC. Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *J Am Dent Assoc.* 1986;113(5):761-4.
- Allan DN. Enamel erosion with lemon juice. *Br Dent J.* 1967;122:300-2.
- Andrews FF. Dental erosion due to anorexia nervosa with bulimia. *Br Dent J.* 1982;152(3):1982.
- Dahshan A, Patel H, Delaney J, Wuertth A, Thomas R, Tolia V. Gastroesophageal reflux disease and dental erosion in children. *J Pediatr.* 2002;140(4):474-8.
- Spigset O. Oral symptoms in bulimia nervosa: a survey of 34 cases. *Acta Odontol Scand.* 1991;49(6):335-9.
- Altshuler BD, Dechow PC, Waller DA, Hardy BW. An investigation of the oral pathologies occurring in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1990;9(2):191-9.
- Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1997;21(2):195-9.
- Kleier DJ, Aragon SB, Averbach RE. Dental management of the chronic vomiting patient. *J Am Dent Assoc.* 1984;108(4):618-21.
- Scheutzel P. Etiology of dental erosion: intrinsic factors. *Eur J Oral Sci.* 1996;104(2):178-90.
- Zero DT. Etiology of dental erosion--extrinsic factors. *Eur J Oral Sci.* 1996;104(2 Pt 2):162-77.
- Rytomaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol. Scand.* 1998;56(1):36-40.
- Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992;50(10):1122-5.
- Scully C, Everson J. Sialosis and necrotizing sialometaplasia in bulimia: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33(8):808-10.
- Roberts MW, Tylenda CA. Dental aspects of anorexia and bulimia nervosa. *Pediatrician.* 1989;16(3-4):178-84.
- Jensen OE, Featherstone JDB, Stege P. Chemical and physical oral findings in a case of anorexia nervosa and bulimia. *J Oral Pathol.* 1978;16(8):399-402.
- Gordon J, Christensen DDS. Oral care for patients with bulimia. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(12):1689-91.

Recebido em: 17/5/2009

Aprovado em: 2/9/2009