

Manifestações orais dos transtornos alimentares: revisão de literatura

Oral manifestations of eating disorders: literature review

Kassya Corts Alves¹
Pâmela Naiara Rodrigues de Paula¹
Alfredo Júlio Fernandes Neto²
Paulo César Simamoto Júnior²
Luana Cardoso Cabral^{1,2}

¹ Faculdade Morgana Potrich, Faculdade de Odontologia, Mineiros, GO, Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Odontologia, Uberlândia, MG, Brasil.

Correspondência / Correspondence
Luana Cardoso Cabral
E-mail: luanaocardoso29@yahoo.com.br

Resumo

A pressão da mídia sobre a população faz com que algumas pessoas alterem o consumo alimentar, introduzindo dietas inadequadas e aumentando o risco de desencadear desordens alimentares. Diversos sinais desses distúrbios podem afetar a cavidade oral, e é papel do cirurgião-dentista diagnosticar precocemente, por meio da anamnese detalhada e do minucioso exame clínico. Nesse contexto, o estudo objetivou analisar as diferentes manifestações bucais dos transtornos alimentares, a fim de confirmar a hipótese de que o cirurgião dentista pode diagnosticar precocemente tais distúrbios. As estratégias de busca foram realizadas nas bases de dados do Pubmed e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Os seguintes descritores foram obtidos por meio do dicionário Decs/Mesh: *bulimia*, *anorexia* e *oral cavity*. A avaliação dos estudos foi realizada em duas etapas por revisores independentes. Na primeira etapa, os títulos e resumos foram investigados, e aqueles que apresentassem os critérios de elegibilidade eram selecionados. Na segunda, os artigos foram lidos na íntegra e selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Identificaram-se 79 citações e 40 foram lidas na íntegra; seis artigos reuniram os critérios de inclusão. As manifestações orais citadas na literatura foram erosão dentária, aumento das glândulas parótidas, cárie, hipersensibilidade dentinária e alterações dos tecidos moles. Os estudos apontam que indivíduos anoréxicos e bulímicos apresentam alterações associadas à saúde bucal, e compete ao cirurgião dentista diagnosticar precocemente esses sinais clínicos.

Palavras-chave: Bulimia. Anorexia. Cavidade Oral.

Abstract

The pressure of the media on the population causes some people to change their food intake by adhering to inadequate diets, thus increasing the risk of triggering eating disorders. Several signs of these disorders may affect the oral cavity and it is the role of the dental surgeon to diagnose them early through detailed anamnesis and thorough clinical examination. In this context, the study aimed to analyze the different oral manifestations of eating disorders, in order to confirm the hypothesis that the dental surgeon can diagnose such disorders early. The search strategies were performed in the Pubmed and Virtual Health Library databases. The following descriptors were obtained through the Decs / Mesh dictionary: bulimia, anorexia and oral cavity. The evaluation of the studies was performed in two stages by independent reviewers. In the first step, the titles and abstracts were investigated and those that presented the eligibility criteria were selected. In the second step, the articles were read in full and selected according to the inclusion and exclusion criteria. Seventy-nine citations were identified and 40 were read in full; six articles met the inclusion criteria. The oral manifestations cited in the literature were dental erosion, increase parotid glands, caries, dentin hypersensitivity and soft tissue alterations. Studies indicate that anorexic and bulimic individuals present changes associated with oral health and it is the dental surgeon's duty to diagnose these clinical signs early.

Keywords: Bulimia. Anorexia. Oral Cavity.

Introdução

Em busca de uma estética corporal ideal posta pela sociedade contemporânea que associa magreza à juventude e beleza, a bulimia nervosa (BN) e a anorexia nervosa (AN) apresentam-se como uma resposta à busca de um corpo perfeito.¹

A BN caracteriza-se por ingestão descontrolada de alimentos em um único momento, acompanhada de atos de compensação impróprios, como vômitos induzidos, uso abusivo de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, além de dietas inadequadas e prática exagerada de exercícios físicos.² O distúrbio pode causar danos psicológicos e sociais, além de notáveis e importantes níveis de morbidade e mortalidade.^{3,4}

A AN é uma doença caracterizada pela rejeição de forma sistemática da ingestão de alimentos sob a forma líquida ou sólida, originando consequente perda de peso, que pode ser progressiva ou repentina.^{5,6} Além disso, observam-se mudanças psicológicas e emocionais e incapacidade de manutenção do peso corporal normal.⁵ Ademais, pode ser classificada em tipo restritivo, em que o indivíduo faz uso de dietas, jejuns e exercícios excessivos, ou tipo compulsão periódica / purgativo, em que ocorre um quadro de compulsões periódicas e purgações, ou ambas.⁷

O cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico precoce desses transtornos alimentares, pois geralmente é o primeiro agente de saúde a observar os sinais e sintomas que indicam algumas das características dos transtornos alimentares que acometem a cavidade oral.^{8,9,10} A partir da realização de uma completa anamnese, exame físico adequado, exame extra e intraoral, esse profissional poderá conduzir os pacientes ao tratamento multidisciplinar, bem como realizar os procedimentos necessários para o restabelecimento da saúde bucal, e ainda sensibilizá-los quanto aos riscos e problemas que essa doença poderá acarretar.^{11,12,13}

Nesse contexto, o estudo objetivou analisar as diferentes manifestações bucais dos transtornos alimentares, a fim de confirmar a hipótese de que o cirurgião-dentista pode diagnosticar precocemente esses distúrbios.

Materiais e Métodos

Design do Estudo

Revisão de estudos que avaliaram a presença de alterações bucais em indivíduos com bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Critérios de Elegibilidade

Foram selecionados artigos na língua portuguesa e inglesa que abordaram os diferentes achados clínicos orais associados a bulimia e anorexia. Relatos de casos clínicos, série de casos e capítulos de livro foram excluídos da revisão.

Seleção dos estudos

As estratégias de busca foram obtidas por meio do dicionário DeCs/Mesh e utilizadas nas bases de dados do Pubmed e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com os seguintes descritores: “Bulimia” [Mesh] OR “Bulimias” OR “Binge Eating” OR “Eating, Binge” OR “Bulimia Nervosa” [Mesh] OR

“Nervosa, Bulimia” AND “Anorexia” [Mesh] OR “Anorexias” OR “Anorexia Nervosa” [Mesh] OR “Anorexia Nervosas” OR “Nervosa, Anorexia” OR “Nervosas, Anorexia” AND “Mouth” [Mesh] OR “Oral Cavity” OR “Cavity, Oral” OR “Cavitas Oris” OR “Vestibule of the Mouth” OR “Vestibule Oris” OR “Oral Cavity Proper” OR “Mouth Cavity Proper” OR “Cavitas oris propria”.

O estudo foi realizado em duas fases. Na fase 1, os dois revisores, independentes, avaliaram título e resumo de todas as citações registradas nas bases de dados. Os estudos que não apresentaram os critérios de inclusão estabelecidos foram descartados. Na fase 2, os artigos selecionados, por meio dos mesmos critérios de elegibilidade, foram avaliados na íntegra. Os dois revisores independentes participaram da fase 2. Nos casos em que houve divergência, um terceiro revisor avaliou o mesmo para o desempate.

Itens Registrados

Para os estudos incluídos, as seguintes informações foram registradas: autor, ano de publicação e manifestações orais observadas.

Resultados

Na pesquisa inicial, 115 artigos foram identificados nas bases de dados. Após remover as duplicações, 79 diferentes citações foram consideradas. Na avaliação dos resumos, 39 foram excluídos. Portanto, apenas 40 foram selecionados para avaliação na fase 2. Dos estudos remanescentes, 34 foram excluídos, restando seis para a síntese quantitativa. O fluxograma do processo de identificação, inclusão e exclusão dos estudos é apresentado na figura 1.

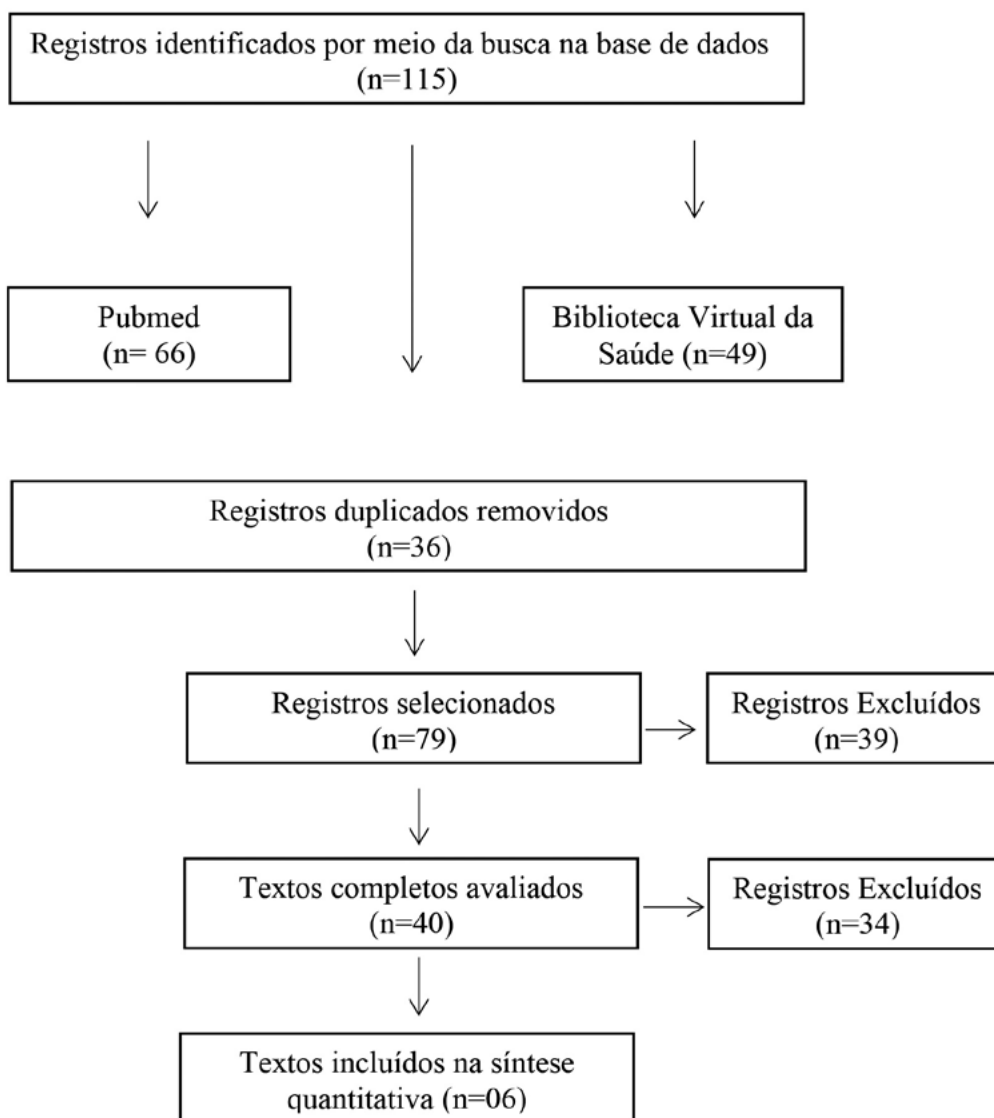


Figura 1. Fluxograma da pesquisa da literatura e critérios de seleção.

O Quadro 1 apresenta os diferentes estudos selecionados, bem como os achados clínicos.

Quadro 1. Artigos selecionados após aplicação dos critérios de elegibilidade

Autor e ano	Sinais clínicos observados
Milosevic, 1999 ²⁶	Erosão dental, cárie, alterações salivares e lesões de tecidos moles.
Debate et al., 2006 ¹⁵	Presença de sinais clínicos associados aos distúrbios alimentares, mas não foram mencionados os tipos de sinais.
Antunes, Do Amaral e Balbinot, 2007 ²⁰	Erosão dental, alterações do fluxo salivar, xerostomia, cárie e alterações dos tecidos moles.
Aranha, Eduardo e Cordás, 2008 ³	Erosão dental, xerostomia, aumento das glândulas parótidas e cárie.
Toledo, Oliveira e Capote, 2013 ¹⁴	Erosão dental, cárie, xerostomia, aumento das glândulas parótidas e salivares, alterações dos tecidos moles.
Morimoto et al, 2014 ³⁰	Erosão dental.

Discussão

Conforme a literatura pesquisada, tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa podem acarretar alterações bucais. Os sinais clínicos frequentemente associados a indivíduos que apresentam transtornos alimentares incluem: erosão dentária, xerostomia, aumento das glândulas parótidas, cárie, hipersensibilidade dentinária e alterações dos tecidos moles.^{3,16}

A principal alteração bucal associada aos distúrbios alimentares é a erosão.³⁰ A desmineralização do tecido dentário é causada pelo contato frequente do ácido gástrico com o elemento dental, várias vezes por semana,¹⁷ desfavorecendo o processo de remineralização quando o pH fica abaixo do crítico.¹⁸ A severidade dessa condição está relacionada com o tempo de duração da doença, a frequência dos episódios de vômitos e a quantidade de fluxo salivar.¹⁹ Estudos sugerem que o risco de erosão dental quadruplica quando os sinais são de regurgitação semanal.²⁰ Pacientes que apresentam bulimia demonstram depressões côncavas erosivas nas superfícies palatinas e oclusais dos dentes superiores, assim como nas superfícies vestibulares e oclusais dos dentes inferiores posteriores. As faces linguais dos dentes inferiores não apresentam normalmente estas lesões, devido à proteção oferecida pela língua e saliva, proveniente das glândulas sublinguais e submandibulares.²¹ Outro achado clínico é a diminuição da dimensão vertical de oclusão causada pelo desgaste progressivo do esmalte.²²

Há casos, no entanto, em que os indivíduos bulímicos não apresentam essa alteração no elemento dental, podendo observar outros tipos de manifestações. A saliva reduz a acidez do vômito e, conseqüentemente, em pacientes anoréxicos e bulímicos, nota-se uma hipertrofia das glândulas salivares, pois elas produzem maiores níveis de fluido e, assim, neutralizam o ácido presente na cavidade oral. Em pacientes com fluxo salivar baixo, a acidez permanece principalmente no dorso da língua, comprovando que as faces palatinas dos dentes anteriores são as mais afetadas.²³ Nesta condição, é possível observar um edema uni ou bilateral das glândulas parótidas e em casos mais raros pode acometer glândulas submandibulares. O grau do edema e a dor à palpação são diretamente proporcionais à frequência da autoindução dos vômitos, e estes podem ser revertidos por meio da paralisação dos vômitos e da reeducação alimentar.^{11,12,24}

Outra disfunção das glândulas salivares é a xerostomia, uma deficiência na produção de saliva e da capacidade tampão, acarretando queixas constantes de sensação de boca seca. A disfunção das glândulas salivares muitas vezes está ligada à frequência dos vômitos e ao uso excessivos de laxantes ou diuréticos, que causam decréscimo do volume total de fluidos em alguns pacientes.^{12,24} Em pacientes anoréxicos, a hipossalivação pode manifestar-se nos períodos prolongados de jejuns; no caso dos pacientes bulímicos, observa-se essa diminuição devido à rápida deglutição de alimentos durante as crises de hiperfagia.²⁵

A alta quantidade de ácido gástrico na cavidade oral, diminuindo o pH bucal, é fator predisponente ao aumento do índice de cáries e hipersensibilidade em pacientes com distúrbios alimentares. Além da dieta, que durante os surtos de alimentação é extremamente calórica e cariogênica, a deficiência de escovação em alguns casos, devido à sensibilidade e à presença de xerostomia, também é importante na evolução do processo cariioso.²⁶ Já hipersensibilidade dentinária caracteriza-se por uma dor aguda, de curta duração, localizada, que se origina na dentina exposta a estímulos que podem ser químicos ou térmicos.²⁷ Localiza-se mais frequentemente no nível cervical, pois nessa área a camada de esmalte é mais fina, sendo mais fácil de expor a dentina e, conseqüentemente, os túbulos dentinários.²⁸

A presença de tumefação com alteração na coloração do tecido gengival é outro tipo de manifestação. Esta ocorre devido à irritação causada pelos ácidos e por medicamentos usados por esses pacientes. Além disso, são encontradas frequentemente lesões em tecidos moles, causadas pelo hábito de introduzir o dedo e/ou objetos pontiagudos na cavidade bucal, para induzir o vômito.^{26,12,24}

Nesse contexto, a participação dos cirurgiões-dentistas no diagnóstico dos transtornos alimentares é fundamental, pois estes geralmente são os primeiros profissionais da saúde a observar os sinais clínicos associados a esses transtornos.^{3,14,15} O diagnóstico diferencial da AN e BN baseia-se na observação dos sinais odontológicos associada à anamnese detalhada com informações que visam conhecer os hábitos alimentares, autoestima e outros fatores relacionados aos distúrbios.

Assim, com base no diagnóstico, o tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, nutricionistas, dentistas e psicólogos.²⁹

Conclusão

Os estudos apontam que indivíduos anoréxicos e bulímicos apresentam alterações associadas à saúde bucal, e compete ao cirurgião-dentista diagnosticar precocemente esses sinais clínicos.

Colaboradores

Simamoto-Júnior PC, Fernandes-Neto AJ participaram do delineamento do estudo; edição do manuscrito e revisão do manuscrito. Alves KC e De Paula PNR participaram da definição do conteúdo intelectual, busca literária, aquisição e análise dos estudos, preparação do manuscrito e edição do manuscrito. Cabral LC participou do delineamento do estudo, definição do conteúdo intelectual, busca literária, edição e revisão do manuscrito e encaminhamento do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Referências

1. Vale AMO, Kerr LRS, Bosi MLM. Comportamento de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 121-132.
2. Diniz ZMAM. Transtornos Alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. *Nutrição Profissional*. 2007; 1: 12-20.
3. Aranha ACC, Eduardo CP, Cordas, TA. Eating disorders part I: psychiatric diagnosis and dental implications. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2008; 9(6): 73-81.
4. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq.Clínica*. 2012;31 (4): 154-157.
5. Bloss CS, Berrettini W, Bergen AW, Magistretti P, Duvvuri V, Strober M et al. Genetic Association of Recovery from Eating Disorders: The Role of GABA Receptor SNPs. *American College of Neuropsychopharmacology*. 2011; 36: 2222-2232.
6. Gunilla PK, Lauri N. Anorexia nervosa: treatment expectations – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2012;5: 169-177.
7. Farah MHS, Mate CH. Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência. *Educ. Pesqui*. 2015; 883-898.
8. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Ki Liberto C, Panzarella V. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis*. 2008; 14: 479-484.

9. Achkar VNRE, Brito GNB, Ito CYK. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Rev. Odontol. Univ.* 2012; 24 (1): 51-56.
10. Hague AL. Eating disorders: screening in the dental disorders. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141(6): 675-678.
11. Popoff DAV, Paula ACF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira AS, Santa-Rosa TTA. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Rev. Gaúcha Odontol.* 2010; 58(3):381-385.
12. Navarro VP, Junior FM, Filho WT, Queirós AM. Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia. *Rev. Gaúcha Odontol.* 2011; 59: 15 – 18.
13. Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev. Bras. Psiq.* 2002; 24 (3): 3-6.
14. Toledo BAS, Oliveira AS, Capote TSO. O papel do cirurgião dentista nas desordens alimentares: uma revisão de literatura. *Investigação.* 2013; 13: 48-51.
15. Debate RD, Vogel E, Tedesco L, Neff JA. Sex differences among dentists regarding eating disorders and secondary prevention practices. *The Journal of the American Dental Association.* 2006; 137 (6): 773-781.
16. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev. Odontol UNESP.* 2010; 39 (4): 241-245.
17. Scheutzel, P. Etiology of dental erosion-intrinsic factors. *European Journal of Oral Sciences.* 1996; 104: 178-190.
18. Sobral MAP, Luz MAAC, Gama-Teixeira A, Garone Netto N. Influência da dieta líquida ácida no desenvolvimento de erosão dental. *Pesqui Odontol Bras.* 2000; 14(4): 406-410.
19. Rytömaa, I. et al. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand.* 1998; 56 (1): 36-40.
20. Antunes KT, Do Amaral CF, Balbinot CEA. Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares. *Rev. Ciências da Saúde.* 2007; 8 (1): 159-167.
21. Alves MSC, Lucena SC, Araujo SG, Carvalho ALA. Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea. *Odontologia Clínico-Científica.* 2012; 11 (3): 247-251.
22. Burkhart N, Roberts M, Alexander M, Dodds A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *The Journal of the American Dental Association.* 2005; 8: 1130–1137.
23. Burke, F. J. T. et al. Bulimia: implications of the practicing dentist. *Brit Dent J.* 1996; 180 (11): 421-426.
24. Lima KM, Portugal RP, Veloso KMM. Bulimia: seus reflexos na cavidade bucal e a sua importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento multiprofissional. *Rev. Flor.* 2011.
25. Barboza A, Moraes PD, Alves MVA, Carneiro DTO, Moura SAB. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *International Journal of Dentistry.* 2011; 10 (1): 32-37.
26. Milosevic A. Tooth surface loss: Eating disorders and the dentist. *British dental journal.* 1999. 186: 109-113.

27. Amarasena N, Spencer J, Ou Y, Brennan D. Dentine hypersensitivity: australian dentists' perspective. *Australian Dental Journal*. 2010; 181–187.
28. Vasconcelos F, Vieira SCM, Colares V. Erosão dental: diagnóstico prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. *Rev. Bras de Ciên. Da Saúde*. 2010; 14 (1): 59-64.
29. Barboza CAG, De Moraes PD, Alves MVA, Carneiro DTO, De Moura SAB. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *Int J Dent*. 2011; 10 (1): 32-37.
30. Morimoto S, Sesma N, Agra CM, Guedes-Pinto AC, Hojo KY. Erosão dentária: etiologia, mecanismos e implicações. *Journal of Biodentistry and Biomaterials - Universidade Ibirapuera*. 2014;

Recebido: 30 de novembro de 2017

Revisado: 03 de julho, 2018

Aceito: 16 de outubro de 2018