

TRANSTORNOS ALIMENTARES E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE BUCAL

EATING DISORDERS AND THEIR REFLEXES IN ORAL HEALTH

Lisa da S. Matos¹; Mônica M. Labuto²

¹Discente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO. ²Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO, Especialista em Programa de Saúde da Família, Especialista em Processos de Mudanças em Serviços de Saúde, Especialista em Docência Superior, Preceptora da IETC e Clínica Integrada ao SUS.

RESUMO

Os transtornos alimentares é um tema de evidência na atualidade já que essa busca do corpo perfeito se torna cada vez mais comum, a sociedade adota um padrão de beleza e muitos acabam se sacrificando demais para poder se adequar. Ultrapassando seus limites naturais e sofrendo o que conhecemos como transtornos alimentares. Temos dois exemplos mais comuns, a bulimia, que ocorre a compulsão por comida seguido de hábitos nocivos como uso de laxantes, vômito provocado e etc. A anorexia, o portador da doença não come ou come muito pouco e se depara com uma imagem completamente distorcida ao se ver, a condição vai piorando cada vez mais e o indivíduo nunca se sente satisfeito com seu corpo. O cirurgião-dentista é um dos primeiros profissionais a poder detectar e diagnosticar esses distúrbios, já que tem como consequência diversos reflexos na saúde bucal. Por isso é importante fazer o correto diagnóstico e realizar o tratamento com uma equipe multiprofissional.

Descritores: Transtornos alimentares; Hábitos; Saúde oral.

ABSTRACT

Eating disorders is a theme of evidence today since this search for the perfect body becomes increasingly common, society adopts a standard of beauty and many end up sacrificing themselves too much to be able to adapt. Going beyond their natural limits and suffering what we know as eating disorders. We have two most common examples, bulimia, which occurs compulsion for food followed by harmful habits such as use of laxatives, vomiting and etc. Anorexia, the carrier of the disease does not eat or eat very little and is faced with a completely distorted image to the if you see, the condition gets worse and worse and the individual never feels satisfied with his body. The dentist is one of the first professionals to be able to detect and diagnose these disorders, since it has as a consequence several reflexes in oral health. Therefore it is important to make the correct diagnosis and perform the treatment with a multidisciplinary team.

Keywords: Eating disorders; Habits; Oral health.

INTRODUÇÃO

A busca do estereótipo perfeito está cada vez mais presente na sociedade atual, infelizmente muitos acabam se cobrando demais. A imagem corporal pode ser avaliada de três maneiras: perceptiva, envolve estatura e peso, relacionado com a percepção da própria aparência física; subjetiva, satisfação consigo mesmo em relação à aparência, o quanto isso gera preocupação e ansiedade; comportamental, relacionado a ações em que o indivíduo evita determinadas situações por não se sentir confortável com seu corpo (VERAS, 2010).

A busca pelo corpo ideal acaba resultando em transtornos alimentares, tais problemas possuem etiologia multifatorial, como genéticas, socioculturais, vulnerabilidades biológicas e psicológicas (MORGAN; VECCHIATTIA e NEGRÃO, 2002).

De acordo com Morgan, Vecchiattia e Negrão (2002), há uma classificação que diferencia os fatores predisponentes, que são:

[...] aqueles que irão aumentar a chance dos transtornos e se diz em

relação a fatores individuais, familiares e socioculturais. Os fatores precipitantes, aqueles que marcam o aparecimento dos sintomas, como dietas e eventos estressantes, e, os mantenedores, se irá permanecer ou não, como exemplo fatores fisiológicos, psicológicos e culturais [...] (MORGAN; VECCHIATTIA e NEGRÃO, 2002).

Os mais conhecidos transtornos em relação a alimentação são a anorexia e a bulimia. Esses e outros distúrbios compartilham características em como idealizar uma imagem perfeita do corpo e se deparar com uma distorção frente a espelhos. Se encaixar nos padrões e se apresentar fisicamente perfeito, acabam mascarando o que realmente importa, deixando assim a saúde e o bem-estar de lado (LIMA *et al.*, 2012).

Dietas rigorosas que gerem uma perda excessiva de peso, é uma característica da anorexia nervosa, os portadores buscam físicos muito magros e apresentam grande repulsa a comida. Já na bulimia nervosa, ocorre a ingestão de grandes quantidades de alimento, os indivíduos apre-

sentam vontade incontrollável de comer, mas é seguida de sentimento de culpa e aí resulta em uso de laxantes, diuréticos e vômitos induzidos para compensar as ações que julgam inadequadas, é mais difícil de se perceber no início, pois o peso costuma permanecer normal (SANTOS *et al.*, 2015).

Os casos de transtornos alimentares só vêm aumentando ao longo dos anos, já que a sociedade elege magreza como sinônimo de beleza e cada vez vemos isso mais presente. Por isso é essencial conhecermos os sinais e sintomas desses distúrbios, que vai muito além da estética. A morbidade e a mortalidade são expressivas, aproximadamente 0,56% ao ano são mortes por anorexia nervosa (EL ACHKAR; BACK-BRITO e KOGA-ITO, 2012).

O tratamento conta com equipes multidisciplinares, envolvendo não só a parte física como a psicológica. Além disso muitos dos portadores desses distúrbios se recusam a admitir que tem o problema e a procurar o tratamento (SHINOHARA; FARIA, 1998).

O papel do cirurgião-dentista é fundamental, já que ele é potencialmente o primeiro a poder visualizar e diagnosticar as doenças, já que ocorrem perdas de substâncias dentárias, conhecidos como erosão dental que são ocasionadas através de regurgitação de vômito e do ácido gástrico. Sendo assim é de extrema importância que o cirurgião-dentista conheça as principais características desses distúrbios, podendo identificar o mais cedo possível e obter os melhores resultados (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

OBJETIVOS

Objetivo primário

Conhecer o impacto da anorexia e bulimia na cavidade oral dos indivíduos.

Objetivos secundários

Identificar as principais manifestações orais apresentadas em portadores de bulimia e/ou anorexia e descrever as possíveis condutas e tratamentos que o cirurgião-dentista pode realizar após a detecção dos transtornos alimentares.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Definição de transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são caracterizados como distúrbios psiquiátricos, que geram graves consequências sociais e psicológicas. Afetam mais adolescentes e jovens adultos, tendo o maior domínio no sexo feminino. De acordo com a Associação Americana de Psicologia sua prevalência em mulheres segue a proporção de 1:10 em relação aos homens (SANTOS *et al.*, 2015).

São fatores de risco para os distúrbios alimentares, o destaque da mídia e os ambientes, tanto o familiar quanto o social. A mídia juntamente com o ambiente social valoriza a magreza. Já com relação ao âmbito familiar, os momentos de refeições são essenciais para determinar como será o comportamento alimentar e consequente de-

envolvimento de transtornos alimentares (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Os transtornos alimentares são quadros psiquiátricos que podem gerar severos danos, se manifestando de diversas formas, intensidades e gravidades. Os sintomas variam desde uma preocupação excessiva com o peso e a forma corpórea até episódios de ingestão exagerada de alimentos que não visam apenas saciar a fome, mas atendem a uma série de estados emocionais ou situações estressantes. A etiologia das alterações do comportamento alimentar é considerada multifatorial, envolvendo componentes genéticos, neuroquímicos, psicológicos, socioculturais e nutricionais (LIMA *et al.*, 2012).

2. Tipos de transtornos alimentares

Existem diversos tipos de transtornos alimentares. Podemos começar citando o transtorno alimentar da primeira infância, costuma iniciar antes dos 6 anos de idade, ocorre devido a uma dificuldade de se alimentar. A pica, onde ocorre a ingestão de substâncias não nutritivas e inadequadas, como barro, cabelos, alimentos crus, fezes. Transtorno de ruminação inclui episódios de regurgitações repetidos e que não podem ser explicados por nenhuma situação médica. E o transtorno da compulsão alimentar periódica, os pacientes apresentam compulsão alimentar, mas ao contrário da bulimia não tem nenhum método compensatório, geralmente quem tem esse transtorno costuma ser obeso (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Dentre todos os transtornos alimentares, a anorexia e a bulimia se destacam, como os principais distúrbios alimentares (BORGES *et al.*, 2006).

No Brasil, esses distúrbios apresentam um domínio de 0,5% a 1% para anorexia e de 1% a 3% para bulimia (VILELA; LAMOUNIER e DELLARETTI FILHO, 2004). Em um estudo realizado em 2010 no nordeste da cidade de Recife, aproximadamente 33% dos adolescentes analisados são classificados como em risco de estar desenvolvendo algum distúrbio alimentar, perigo este que foi maior na faixa etária de 13 anos e adolescentes do sexo feminino. Tendo como base a literatura, em torno de 90% dos portadores de bulimia são do sexo feminino (MICALI *et al.*, 2013; LÄHTEENMÄKI; SAARNI e SUOKAS 2014).

Mesmo que a anorexia e a bulimia, de um modo geral, se iniciam durante a adolescência, alguns autores, pontuam que a anorexia pode ser encontrada a partir dos 7 anos, destacando que a anorexia na infância pode prejudicar ou interromper o desenvolvimento físico, a incidência antes da puberdade é maior no sexo masculino. Já a bulimia é rara antes da adolescência (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A anorexia nervosa é descrita como intensa perda de peso, através de dietas rígidas auto impostas em uma busca desenfreada para emagrecer, distorção da imagem corporal e amenorreia. A baixa autoestima e o fato de ver sua imagem corporal de maneira distorcida, são os principais fatores que irão influenciar e enfatizar uma busca incessante para o emagrecimento, levando à realização intensa de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou

diuréticos de uma forma ainda mais intensa (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

A bulimia apresenta como sintoma principal a compulsão alimentar e costuma aparecer durante uma dieta para emagrecer. De início, pode-se relacionar a fome, porém quando o ciclo de compulsão alimentar-purgação for existente, vai gerar frustrações, tristezas, tédio, solidão, ansiedade, etc., de maneira geral, sentimentos negativos. Nesses casos o indivíduo tem a sensação, de que não tem controle sobre seu comportamento, essas situações acontecem na maioria das vezes escondidas, sempre acompanhadas de sentimentos ruins (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A bulimia é dividida de acordo com o método compensatório, podendo ser classificada como purgativa ou não purgativa. Quando classificada em não purgativa, é marcada pela prática intensa de atividade física ou por jejuns. Já a purgativa é caracterizada devido ao abuso de laxantes e diuréticos e indução do vômito (KAYE, 2008; KESKI-RAHKONEN *et al.*, 2008; HERPERTZ-DAHLMANN, 2009).

3. Impactos da anorexia e bulimia na cavidade oral e papel do cirurgião-dentista

Os distúrbios alimentares podem ter um impacto direto na cavidade oral, sendo assim é essencial ressaltar a função do cirurgião-dentista nesses casos (JOHANSSON *et al.*, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2011; HERMONT; PORDEUS e PAIVA, 2013). Vale lembrar, que não cabe ao cirurgião-dentista fazer o diagnóstico, porém através dos sinais clínicos deve-se estar apto a identificar as condições dos distúrbios alimentares na cavidade bucal, contribuindo para o encaminhamento adequado e consequentemente para o paciente ser diagnosticado e tratado (DEBATE; TEDESCO, 2006; JOHANSSON *et al.*, 2009).

São diversos os reflexos bucais que esses transtornos causam, por isso o cirurgião-dentista é um dos primeiros profissionais que serão capazes de identificar o problema. É extremamente importante que o profissional saiba diferenciar os distúrbios, além de poder transmitir confiança ao paciente (LIMA *et al.*, 2012).

A identificação desses transtornos será possível depois de uma detalhada anamnese, conhecendo os hábitos alimentares, além da criação de vínculos e assim realizar também exames físicos intra e extra orais (BURKE *et al.*, 1996).

O indivíduo que tem algum distúrbio alimentar costuma esquivar-se de profissionais que possam lhe ajudar, ocultando a real origem do problema que está enfrentando, seja por se sentir culpada, envergonhada ou até mesmo uma situação de autonegação (HERPERTZ-DAHLMANN *et al.*, 2009; SCHLUETER; TVEIT, 2014).

Apesar dos obstáculos e resistência em admitir o distúrbio, a cavidade oral do portador pode apresentar particularidades que irão alertar e auxiliar para um possível diagnóstico e posterior encaminhamento. Sendo um fator essencial, já que um correto tratamento, uma melhora seguida de uma recuperação completa do indivíduo pode ser influenciada de acordo com o estágio do transtorno

alimentar (XIMENES; COUTO e SOUGEY, 2010; KAVITHA; VIVEK e HEGDE, 2011; JOHANSSON *et al.*, 2012).

A conduta odontológica será individual para cada caso, irá acontecer de forma integrada aos tratamentos interdisciplinares. A prevenção é essencial nesses casos, instruir quanto as técnicas de higiene bucal, podendo fazer a prescrição de bochechos com água e bicarbonato, a fim de neutralizar o pH por conta da frequência de vômitos, realizando a remineralização, reestabelecer, forma, função e estética das estruturas bucais acometidas, aumentando a resistência da superfície do dente, auxiliando na redução do desgaste erosivo, trabalhos definitivos devem ser realizados apenas quando o hábito de purgação for controlado, incentivar e mostrar o quanto é importante o acompanhamento periódico ao consultório odontológico (AMORAS *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2015).

4. Manifestações orais

As manifestações orais dos transtornos alimentares mais citadas na literatura são erosão dentária, aumento das glândulas parótidas, cárie dentária, hipersensibilidade dentinária e alterações dos tecidos moles (ALVES *et al.*, 2018).

Os efeitos oriundos dos transtornos alimentares podem ser classificados como oro-dentais, e dentro dessa divisão, são subdivididos em: intra oral e extra oral. No efeito intra oral encontramos a: perimólise (desgaste dental causado pelas regurgitações frequentes), lesões nas áreas de tecido mole, xerostomia, doença cárie, doença periodontal, perda de dimensão vertical. Já as alterações extra orais englobam: o aumento da glândula parótida, lanugo (pêlos finos e curtos que nascem por falta de nutrientes nos portadores desses distúrbios), perda de cabelo no couro cabeludo quando há desnutrição e grande perda de gordura corporal, surgimento de lipoma e inflamação ou erosão nos casos em que o paciente apresentar dedo de Russel¹ (ROCHA, 2018).

A principal manifestação oral encontrada é a perimólise, também conhecida como erosão. As lesões de perimólise são causadas pela exposição frequente dos dentes ao conteúdo ácido, oriundo de vômitos e regurgitações crônicas, que irá desmineralizar o esmalte dentário pelo seu pH ácido, ocorrendo corrosão gradual nas faces linguais e palatinas dos elementos anteriores (podendo ocorrer fraturas incisais) e faces oclusais dos posteriores (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

Com a erosão, o esmalte dentário fica com aspecto liso e opaco. Os dentes mais acometidos são os incisivos e caninos; as cúspides dentárias podem se apagar reduzindo a altura do dente e com isso há um aumento da incidência de cáries. Pode-se dizer que é a lesão mais típica nos pacientes com distúrbios alimentares. Sua prevalência dependerá do tipo da dieta, frequência dos vômitos,

1 Dedo de Russel - clinodactilia do 5º dedo. Essa nomenclatura dedo de Russel é originária da Síndrome de Silver Russel. Caracterizada por atraso de crescimento intrauterino e pós-natal com perímetro craniano normal, clinodactilia do 5º dedo e assimetria corporal (ROCHA *et al.*, 2008).

higiene e etc. O grau vai estar relacionado proporcionalmente a extensão e a velocidade da progressão, variando de pessoa a pessoa, se agrava de acordo com determinados fatores como: dieta ácida, pH da saliva, magnitude do fluxo salivar, parafunção (como bruxismo) e composição e grau de calcificação da superfície dentária (ZÁRATE; RODRÍGUEZ, 2000).

O aumento das glândulas parótidas é comum em pessoas com bulimia nervosa. Os alimentos com alto teor de carboidrato podem causar uma estimulação intensa, tendo como resultado uma hipertrofia. A frequência e a gravidade da hipertrofia se correlacionam com a frequência dos vômitos e ocorre entre 10 % e 50% das pacientes com bulimia. Geralmente o comprometimento é bilateral e indolor (ASSUMPCÃO; CABRAL, 2002).

A grande quantidade de ácido gástrico na cavidade oral gera uma diminuição do pH bucal. É o fator predisponente ao aumento do índice de cáries e hipersensibilidade em pacientes com distúrbios alimentares (ALVES *et al.*, 2018). 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 carioso (ZÁRATE; RODRÍGUEZ, 2000).

A mucosa é afetada, principalmente por xerostomia, a falta de hidratação e lubrificação aumenta a tendência de ulceração e infecção, além de eritema como resultado de irritação crônica devido ao conteúdo gástrico. O uso de diversos medicamentos como: tranquilizantes, anticolinérgicos e antidepressivos, podem induzir a xerostomia. A ocorrência de vômitos, utilização de diuréticos e laxantes também irão diminuir o fluxo salivar. Todos esses fatores interferem também na capacidade tampão e no pH salivar (EL ACHKAR; BACK-BRITO e KOGA-ITO, 2012).

Os distúrbios periodontais são comuns em pacientes com distúrbios alimentares, sendo gengivite prevalente, que ocorre principalmente devido a desidratação dos tecidos orais devido a deficiência na produção de saliva, além de deficiências nutricionais e hábitos ruins de higiene bucal, tendo como efeito adverso da saúde periodontal devido ao acúmulo de irritantes locais (ZÁRATE; RODRÍGUEZ, 2000).

A 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. 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 (ALVES *et al.*, 2018).

A candidíase é uma infecção fúngica oportunista, comum em pacientes com deficiências nutricionais, com o fluxo salivar diminuído e com uma imunidade baixa. Ou seja, a pessoa com transtorno alimentar fica mais suscetível a candidíase (ROCHA, 2018).

5. Diagnóstico

Além do conhecimento referente aos sinais e sintomas visando o diagnóstico, o cirurgião-dentista tem um

papel fundamental referente a prevenção e manutenção da saúde desses pacientes (EL ACHKAR; BACK-BRITO e KOGA-ITO, 2012).

Ao existir a suspeita da presença do transtorno alimentar, o cirurgião-dentista deve de maneira mais compreensiva e profissional fazer com que o paciente se sinta seguro e a vontade para lhe passar o que realmente está acontecendo (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

O diagnóstico e a intervenção precoces são muito importantes e essenciais, pois desempenham um papel fundamental para o tratamento. Quanto mais precoce, melhor será o prognóstico. Cirurgiões-dentistas são frequentemente os primeiros profissionais com autonomia para identificar os sinais e sintomas, afinal na cavidade oral podemos encontrar diversos indícios (ROCHA, 2018).

Quando o cirurgião-dentista encontrar determinadas alterações como erosão dentária, aumento das glândulas parótidas, cárie dentária, hipersensibilidade dentinária e alterações dos tecidos moles, deve-se considerar a possibilidade de estar lidando com um paciente passando por problemas, como a presença de distúrbios alimentares (ALVES *et al.*, 2018).

6. Tratamento

O mais importante sobre o tratamento da anorexia e bulimia é sabermos que será multidisciplinar. Contando principalmente com os seguintes profissionais: nutrólogo, nutricionista, psiquiatra, psicólogo e cirurgião-dentista. Podendo também abranger para diversos outros profissionais, variando cada caso (ROCHA, 2018).

Não se segue um plano de tratamento padrão, sempre será individual para cada paciente, dependendo das alterações bucais encontradas no indivíduo (AMORAS *et al.*, 2010).

O primeiro passo para o início do tratamento é adquirir a confiança do indivíduo. Além disso, o desenvolver irá contar com: a educação do paciente, emergências, adequação do meio, restaurações e manutenções (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

No consultório odontológico para o tratamento de lesões iniciais de erosão, com hiperestesia dentinária, poderão ser incluídos a utilização de oxalato de potássio, aplicações tópicas de flúor ou até a utilização de vernizes fluoretados, exemplos de agente antihiperestésicos. Quando houver grandes perdas dentárias, onde ocorre hiperestesia ou/e dores acentuadas, deve-se ocorrer a uma reabilitação através do cimento ionômero de vidro, resina composta e quando necessário uma reabilitação protética. É importante instruir ao paciente a evitar a escovação logo após a regurgitação, pois essa ação pode acelerar a erosão (IZIDIO; SOLIS 2006).

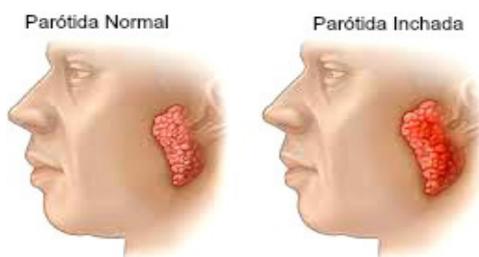
Figura 1 – Erosão dentária



Fonte: <https://estomatologiaonline.net/bulimia-nervosa-e-a-odontologia/>

Comumente encontrada principalmente em portadores de bulimia, o aumento das glândulas parótidas é uma alteração que pode estar presente, podendo estar associada a ambas, sua causa real ainda é desconhecida, porém está relacionada com a frequência de vômitos, infiltração gordurosa etc. Não existe um tratamento específico voltado para esse aumento, pode persistir após um período em que os transtornos alimentares forem revertidos, ou até mesmo podem desaparecer espontaneamente (ZÁRATE; RODRÍGUEZ, 2000).

Figura 2 – Glândula parótida



Fonte: <http://gatda.com.br/index.php/2016/03/12/caracteristicas-da-bulimia/>

A doença cárie está diretamente relacionada a dieta do paciente, devido aos alimentos cariogênicos, gerando um pH da saliva mais baixo e a associação a hábitos ruins de higiene bucal, gerando o aparecimento da cárie dentária. O tratamento vai consistir na eliminação da doença, que irá depender do estágio da cárie, podendo ser uma simples restauração e até casos mais graves como extração. Outro fator importante é a instrução de higiene oral, promover bons hábitos orais nesse paciente é muito importante (POPOFF *et al.*, 2010).

Figura 3 – Estágios da cárie dentária



Fonte: <https://rafaelrighi.com.br/prevencao/o-que-e-a-carie-attachment/evolucao-da-carie/>

Em relação a hipersensibilidade dentinária, em situações mais avançadas, onde os danos as estruturas dentárias são maiores, sensibilidade ocasionando dor, perda funcional e anatômica, o tratamento restaurador ou reabilitador pode ser realizado como medidas terapêuticas. Visando assim recuperar forma, função, estética, eliminar hipersensibilidade e facilitar a questão de higiene (AMORAS *et al.*, 2010).

Outra manifestação comum é a xerostomia, quando a produção de saliva é diminuída, é relatada como sensação de boca seca. A saliva é essencial, útil na proteção da cavidade bucal, do epitélio gastrointestinal, proporciona uma lavagem físico-mecânica, além de facilitar os movimentos da língua e músculos. Além de atuar protegendo a mucosa, controlando a microbiota, mantendo o pH e prevenindo o processo de cárie. O seu tratamento irá se basear no uso de saliva artificial para promoção do fluxo salivar, irá ser indicado ao paciente o produto na forma de spray, de preferência, irá borrifar variando de cinco a oito vezes ao dia, de acordo com cada paciente e suas necessidades (POPOFF *et al.*, 2010; ROCHA, 2018).

A falta de lubrificação e hidratação irá aumentar a tendência a ulcerações e infecções, atingindo principalmente a mucosa oral (ZÁRATE; RODRÍGUEZ, 2000).

Tanto o periodonto, quanto a mucosa pode ser afetada devido as medicações, principalmente os anticolinérgicos. Quando há a sintomatologia dolorosa, interfere na qualidade de vida e no estado nutricional do paciente. O tratamento será referente a etiologia, nos problemas periodontais os tratamentos vão ser principalmente através de uma boa higienização (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Figura 4 – Alterações no periodonto



Fonte: Instituto Mário Romãnach – IMR, 2012.

Em casos de candidíase a conduta mais adequada é um pH bucal alcalino e medicamentos antifúngicos, o medicamento mais usado é a nistatina. A dose varia de 1 a 6ml quatro vezes ao dia. A solução deve ser bochechada e mantida por algum tempo na cavidade oral antes de ser engolida (MANGUEIRA; MANGUEIRA e DINIZ, 2010).

Figura 5 - Candidíase



Fonte: <https://www.tuasaude.com/candidiase-oral/>

Através do exposto, foram relatadas diversas condutas clínicas que podem e devem ser tomadas pelo cirurgião-dentista, tendo o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente, minimizando os danos recorrentes dos transtornos alimentares. O plano de tratamento e os procedimentos serão planejados após o controle do quadro, que será determinado por uma equipe multidisciplinar (IZIDIO; SOLIS, 2006).

DISCUSSÃO

De acordo com Morgan, Vecchiattia e Negrão (2002) e Lima *et al.* (2012) os transtornos possuem etiologia multifatorial, podendo ser genéticas, sociocultural ou vulnerabilidades. Gonçalves *et al.* (2013) enfatizam que tanto a mídia, quanto o ambiente (família e social) são fatores de risco para o desenvolvimento desses transtornos. E são caracterizados como distúrbios psiquiátricos, gerando consequências graves, tais como, sociais e psicológicas (SANTOS *et al.*, 2015).

Borges *et al.* (2006) e Lima *et al.* (2012) pontuam que diante todos os distúrbios alimentares, os que ocorrem mais frequentemente são a: anorexia e a bulimia.

El Achkar, Back-Brito e Koga-Ito (2012) e Gonçalves *et al.* (2013) concordam que o sinônimo de beleza exaltado através da magreza, principalmente através da mídia, impulsiona cada vez mais o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Shinohara e Faria (1998), Traebert e Moreira (2001), Johansson *et al.* (2009), Almeida *et al.* (2011), Hermont, Pordeus e Paiva. (2013), todos esses autores concordam que os cirurgiões-dentistas são os primeiros profissionais a identificar que algo está errado devido as manifestações orais comuns nos pacientes portadores de distúrbios alimentares.

Traebert e Moreira (2001), Amoras *et al.* (2010),

Oliveira e Hutz (2010), El Achkar, Back-brito, Koga-Ito (2012), Santos *et al.* (2015), Alves *et al.* (2018), Rocha *et al.* (2018) concordam que as manifestações orais estão presentes nos transtornos alimentares e são comuns a erosão dentária, aumento das glândulas parótidas, cárie dentária, hipersensibilidade dentinária, alterações dos tecidos moles, candidíase.

De acordo com Burke *et al.* (1996), Traebert e Moreira (2001), o cirurgião-dentista é potencialmente o primeiro a identificar se o paciente está passando por algum transtorno alimentar por conta de sua condição bucal. Kaye (2008), Herpertz-Dahlmann *et al.* (2009) e Keski-Rahkonen *et al.* (2009) ressaltam que o profissional não deve diagnosticar, em casos de suspeitas deve-se encaminhar para o profissional adequado.

O papel do cirurgião-dentista vai ser proporcionar o melhor tratamento odontológico para o paciente, visando melhorar sua qualidade de vida. Irá tratar das manifestações orais, lembrando que cada organismo reage de um jeito, por isso cada caso terá suas particularidades, o tratamento será diferente. E só irá ter início com a autorização de acordo com o controle do quadro (AMORAS *et al.*, 2006; IZIDIO; SOLIS, 2006).

De acordo com Debate e Tedesco (2006), Johansson *et al.* (2009), Amoras *et al.* (2010), Santos *et al.* (2015) e Rocha (2018), a conduta odontológica será individualizada para cada paciente, tratando em cima de suas particularidades que irá acontecer juntamente com o tratamento multidisciplinar. Todos eles enfatizam a necessidade de um tratamento com diversos profissionais, para tratar a saúde por inteiro, que de acordo com a OMS (1946) é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

CONCLUSÃO

Neste trabalho concluiu-se que a anorexia e a bulimia são distúrbios alimentares de etiologia multifatorial, podendo estar associados a fatores genéticos, socioculturais e a vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Os transtornos alimentares são considerados distúrbios psicológicos e por isso devem ser tratados por profissionais adequados.

O aumento do transtorno alimentar vem acontecendo na sociedade, principalmente em adolescentes e do sexo feminino, a qual buscam fazerem parte do “padrão de beleza” exaltada por uma cultura de magreza esquecendo da saúde e do bem-estar.

As principais alterações bucais relatadas na literatura são: erosão, hipersensibilidade, xerostomia, cárie dentária, doenças periodontais, traumas em tecidos moles, que serão cuidados pelo cirurgião-dentista, cujo papel é de grande importância, visto que, as alterações bucais estão presentes no início da doença.

O tratamento será sempre multidisciplinar, o paciente contará com diversos profissionais, que irão cuidar de si como um todo, respeitando e entendendo as particularidades, incluindo a sua saúde mental.

Os cirurgiões-dentistas agirão dentro da sua área, através de restaurações, instrução de higiene bucal, prescrição de saliva artificial, reabilitações protéticas, etc., o tratamento será individualizado de acordo com o que o paciente necessita.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, C.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev. Psiq. Clin.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p.177-183, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-60832004000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 04 de ago. 2019.
2. ALMEIDA, E. et al. Dental erosion: understanding this pervasive condition. *J Esthet Restor Dent.*, v.23, n.16, p.2005-2016, 2011. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/3.-Semin%C3%A1rio-Les%C3%B5es-n%C3%A3o-cariosas-Leitura-Obrigat%C3%B3ria.pdf> Acesso em: 12 de jul. 2019.
3. ALVES, K. et al. Manifestações orais dos transtornos alimentares: revisão de literatura, *Demetra: alimentação, nutrição e saúde*, v.13, n.4, p.783-792, 2018.
4. AMORAS, D. et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Revista Odontológica UNESP, Araraquara*, v. 39, n. 4, p.241-245, jul./ago 2010. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/host-article-assets/rou/588018b27f8c9d0a098b4d88/fulltext.pdf> Acesso em: 29 de mai. 2019.
5. APPOLINÁRIO, J.; CLAUDINO, A. Transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p.28-31, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008 Acesso em: 30 de mar. 2019.
6. ASSUMPÇÃO, C; CABRAL, M. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa, *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 3, p.29-33, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf> Acesso em: 29 de mai. 2019.
7. BORGES, N. et al. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Revista de Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 38, n. 3, p.340-348, jul/set, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/389/390> Acesso em: 06 de set. 2019.
8. BURKE, F et al. Bulimia: implications for the practising dentist. *Br Dent J.*, v. 8, n. 6, p.421-426, Jun 1996.
9. DEBATE, R.; TEDESCO, L. Increasing dentists' capacity for secondary prevention of eating disorders: identification of training, network and professional contingencies. *Journal of Dental Education*, v. 70, n.10, p.1066-1075, 2006. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0aa2/011e91093c5191568ffb9b7c82dbcdcb3f3d.pdf> Acesso em: 04 de ago. 2019.
10. EL ACHKAR, V.; BACK-BRITO, G.; KOGA-ITO. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: O marcante papel do cirurgião-dentista. *Revista odontológica Univ. Cid. São Paulo*, v. 24, n.1, p. 51-56, jan/abr, 2012. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2012/Unicid_24_01_51-56.pdf Acesso em: 27 de ago. 2019.
11. GONÇALVES, J. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr*, v. 31, n.1, p.96-103, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100016 Acesso em: 06 de set. 2019.
12. HERMONT, A.; PORDEUS, A.; PAIVA, M. Eating disorder risk behavior and dental implications among adolescents. *Int J Eat Disord*, v.46, n.7, p.755-876, 2013.
13. HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, v.18, n.1, p.31-47, Jan. 2009. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.005> Acesso em: 04 de ago. 2019.
14. IZIDIO, G.; SOLIS, A. Características clínicas e manifestações bucais dos transtornos alimentares. *X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*, p. 645-648, 2006. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/inic/03/INIC0000480ok.pdf Acesso em: 15 de jan. 2020
15. JOHANSSON, A. et al. Dentists and eating disorders--knowledge, attitudes, management and experience. *Swed Dent J*, v.33, n. 9, p.1-9, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26288243_Dentists_and_eating_disorders_-_Knowledge_attitudes_management_and_experience Acesso em: 04 de out. 2019.
16. JOHANSSON, A. et al. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci*, v. 61, n. 8, p.61-68, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/Johanssonetal.EDandOralHealth2012.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2019.
17. KAVITHA, P.; VIVEK, P.; HEGDE, A. Eating disorders and their implications on oral health--role of dentists. *J Clin Pediatr Dent*, v. 60, n. 36, p.155-160, 2011. Doi: 10.17796/jcpd.36.2.3785414p682843wj Acesso em: 15 de jun. 2019.
18. KAYE, W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa purdue ingestive behavior research center symposium influences on eating and body weight over the Lifespan: children and adolescents. *Physiol Behav*, v. 94, n.1, p.121-135, Apr, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2601682/> Acesso em: 06 de set. 2019.

19. KESKI-RAHKONEN, A. et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med*, v.39, n.5, p.823-831, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/23241141_Incidence_and_outcomes_of_bulimia_nervosa_A_nationwide_population-based_study Acesso em: 06 de set. 2019.
20. LÄHTEENMÄKI, S.; SAARNI, S.; SUOKAS, J. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nord J Psychiatry*, v.68, n.3, p.196-203, 2014.
21. LIMA, D. et al. A saúde oral e os transtornos alimentares entre adolescentes. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p.190-193, jul/dez 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n2/a10v69n2.pdf> Acesso em 28 de jul. 2019.
22. MANGUEIRA, D.; MANGUEIRA, L.; DINIZ, e Oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.14, n.2, p.69-72, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9044/5312> Acesso em: 15 de jan. 2020.
23. MICALI, N.; et al. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, v.3, p.1-8, 2013. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/5/e002646.full.pdf> Acesso em: 15 de ago. 2019.
24. MORGAN, C.; VECCHIATTIA, I.; NEGRÃO, A. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais, *Revista brasileira de psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n.18, p.18-23, 2002.
25. OLIVEIRA, L.; HUTZ, C. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicol Estud*, v.15, n.3, p.575-582, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1413-73722010000300015&lng=en&tlng=pt Acesso em: 01 de jun. 2019.
26. POPOFF, D. et al. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, v. 58, n. 3, p. 381-385, jul/set 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n3/a17v58n3.pdf> Acesso em: 15 de jan. 2020.
27. ROCHA, L. Transtornos alimentares e suas manifestações bucais. Orientadora: Maria Regina Márcia Serpa Pinheiro. Trabalho de conclusão de curso. 2018. 20f. Centro Universitário São Lucas.
Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2898/Larissa%20Oliveira%20Rocha%20-%20Transtornos%20alimentares%20e%20suas%20manifesta%C3%A7%C3%B5es%20bucalis.pdf?sequence=1> Acesso em: 14 de jan. 2020.
28. ROCHA, M. et al. Genes, crianças e pediatras: síndrome de Silver Russel. *Nascer e Crescer*, v. 4, n.17, p.268-269, 2008. Disponível em: http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1171/1/GenesCriançasPediatras_NeC_17-4.pdf Acesso em: 28 de dez. 2019.
29. SANTOS, D. et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. *Revista Odontológica da Universidade da Cidade São Paulo*, v. 27, n.1, p.33-42, jan/abr 2015.
30. SCHLUETER, N.; TVEIT, A. Prevalence of erosive tooth wear in risk groups. *Monogr Oral Sci*, v. 25, p.74-98, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24993259> Acesso em: 01 de jun. 2019.
31. SHINOHARA, H.; FARIA, S. Transtornos alimentares. *Revista interação*, Curitiba, v. 2, p.51-73, jan./dez. 1998.
Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7644/5453> Acesso em: 14 de jan. 2020.
32. TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesquisa odontológica brasileira*, v.15, n.4, p.359-363, out./dez 2001.
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-74912001000400015 Acesso em: 14 de jan. 2020.
33. VERAS, A. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, v.6, n.2, p.96-116, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v6n2/v6n2a05.pdf> Acesso em: 08 de set. 2019.
34. VILELA, J.; LAMOUNIER, J.; DELLARETTI FILHO, M. Eating disorders in school children. *J Pediatr (Rio J)*, v.80, n.1, p.49-54, 2004 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000100010&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 04 de out. 2019.
35. XIMENES, R.; COUTO, G.; SOUGEY, E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord*, v. 64, n. 43, p.155-160, 2010 Doi: 10.1002/eat.20660 Acesso em: 15 de jun. 2019.
36. ZÁRATE, Ó.; RODRÍGUEZ, G. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. *Revista ADM.*, Leon, v.57, n.1, p.23-32, jan/fev 2000. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od001e.pdf> Acesso em 29 de mai. 2019.