

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E MANIFESTAÇÕES BUCAIS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Gabriela Cavalcanti Izidio¹, Ana Cristina de Oliveira Solis²

^{1,2} Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde-Odontologia, Av. Shishima Hifumi, 2911
12244-000 – Bairro Urbanova, São José dos Campos – SP,
bibiodonto23@hotmail.com, anacristinasolis@hotmail.com

Resumo- A ocorrência dos Transtornos Alimentares tais como a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) têm aumentado em função de novos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade moderna. Juntamente com essa constante busca pelo corpo ideal, algumas adolescentes podem entrar em um círculo vicioso de recusa alimentar ou de compulsão alimentar, seguida de comportamentos compensatórios para prevenir o ganho de peso. Dentre eles destacam-se as regurgitações (vômito auto-induzido), que em longo prazo, podem provocar várias alterações dentais e sistêmicas. Este trabalho tem como finalidade mostrar, através de uma revisão de literatura, as implicações clínicas dos Transtornos Alimentares no órgão dental. Além disso, os critérios diagnósticos da AN e BN bem como as condutas clínicas a serem tomadas pelo dentista foram delineadas. O diagnóstico precoce aliado ao encaminhamento a uma equipe interdisciplinar são fatores determinantes para um melhor prognóstico do caso, em todos os níveis de tratamento.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, erosão dental.

Área do Conhecimento: IV Ciências da Saúde

Introdução

O ideal de beleza criado e enfatizado pela mídia tem criado uma obsessão por corpos magros e uma extrema preocupação com o controle de peso e conseqüente imagem corporal (MILOSEVIC, 1999). Estas características são comuns entre os Transtornos Alimentares, os quais incluem Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) (DE MOOR, 2004). De fato, estes transtornos constituem sérios problemas para a saúde feminina, a prevalência é de 0.1-0.2% para a AN e 1-2% para a BN, principalmente em sociedades industrializadas (FAINE, 2003). Em geral, acomete mulheres jovens por estarem mais expostas às pressões socioculturais. Segundo alguns autores, a AN tem seu início por volta dos 16 anos e a BN, aos 25 anos de idade (SCHMIDT; TREASURE, 1997).

A AN é um Transtorno Alimentar caracterizado pela recusa em manter o peso em valores normais para idade e altura, acompanhado de intenso medo de ganhar peso e distorção da imagem corporal. Já a BN é uma síndrome caracterizada por episódios recorrentes de grande consumo de alimento, num curto período de tempo, seguida de uma sensação de descontrole e sentimento de culpa. Isso leva o indivíduo a provocar o vômito, jejum, exercícios em excesso e até mesmo fazer uso de diuréticos e laxantes visando prevenir o ganho de peso (BROWN; BONIFAZI, 1993). Nesta síndrome também há

distorção da imagem corporal. A auto-indução de vômito pode levar a algumas manifestações orais, tais como: erosão dentária, xerostomia, hipertrofia da glândula salivar, dentre outras (STUDEN-PAVLOVICH; ELLIOTT, 2001).

Desta forma, o cirurgião-dentista é considerado um dos primeiros profissionais que pode detectar a doença, não só pelas características clínicas que podem ser observadas na boca, como também pela regularidade com que atende o paciente (ROBB; SMITH, 1996).

Neste estudo serão descritos os principais sinais e sintomas associados aos Transtornos Alimentares bem como condutas terapêuticas a serem tomadas nesses pacientes.

Revisão da literatura

1- Critérios diagnósticos

Os cirurgiões-dentistas (CDs) podem ser um dos primeiros profissionais a suspeitar da BN, pelos sinais físicos e orais característicos do quadro. Entretanto, a maioria dos CDs apresenta baixo nível de conhecimento com relação aos sinais bucais e comportamentos associados aos Transtornos Alimentares.

As tabelas 1 e 2 mostram os critérios diagnósticos da Associação Psiquiátrica Americana (APA) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA, 1994) para a BN e AN.

Tabela 1- Critérios da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994) para Anorexia Nervosa.

Anorexia Nervosa
A- Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado a idade e a altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
B-Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando abaixo do normal.
C-Perturbação no modo de vivenciar o peso ou forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre à auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
D- Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (considera-se que uma mulher tenha amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno).
Especificar tipo: Tipo restritivo: durante o episódio atual de AN, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto - indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de AN, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto indução de vômito ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tabela 2- Critérios da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994) para Bulimia Nervosa.

Bulimia Nervosa
A-Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., em 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares. 2. Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar (ex., parar de comer ou controlar o quanto está comendo).
B-Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, com auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
C-A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana por três meses.
D-A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
E-O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.
Especificar tipo: Tipo Purgativo: durante o episodio atual de BN, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de BN, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução do vômito ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

2- Manifestações bucais

As manifestações orais podem aparecer de acordo com a frequência da auto-indução de vômito, dieta e período de tempo que o indivíduo apresenta a síndrome. Pacientes com Transtorno Alimentar, especialmente a BN ou AN do Tipo Purgativo podem apresentar as seguintes manifestações bucais (SOLIS et al., 2006):

- Desgaste dentário (perimólise), nas faces palatinas e oclusais dos dentes;
- Restaurações em amálgama podem apresentar-se mais elevadas que o plano oclusal, devido a desmineralização do esmalte (ilhas de amálgama);
- Região orofaríngea mais avermelhada, ou até com leves ulcerações e sangramento (devido ao instrumento / dedo utilizado para estimular o reflexo do vômito);
- Hipertrofia da glândula parótida;
- Ulceração no dorso da mão (Sinal de Russel);
- Outros: bruxismo, perda de dimensão vertical, mordida aberta, redução do fluxo salivar e xerostomia.

Figura 1- Localização do desgaste dentário (perimólise), freqüentemente observado nas faces palatinas e oclusais.

(Fonte:www.brandam.com.ar/images/BULIMIA.gif).



3- Abordagem

Pacientes com BN freqüentemente procuram ajuda profissional muito tempo após o início dos episódios, por vergonha, culpa e outros fatores. Não há um tempo determinado na literatura consultada em que o paciente procura ajuda profissional, entretanto, alguns estudos mostram que após dois anos de prática de regurgitação já detectamos comprometimento estético e hiperestesia dentária, é aí que há procura profissional. O dentista possivelmente é o primeiro profissional da saúde que pode reconhecer o transtorno e encaminhar para equipe especializada. Muitos pacientes negam a doença quando confrontados com o problema. Sendo assim, quando há suspeita de BN, alguns autores sugeriram algumas abordagens para facilitar o nível de comunicação profissional-paciente (BURKHART et al., 2005).

- Planejar um dia, onde não será agendado um procedimento odontológico, para conversar sobre o assunto;
- Somente o profissional e o paciente devem estar presentes;

- Introduzir o assunto, de forma gradual, relatando as alterações bucais observadas;
- Investigar o nível de conhecimento do paciente sobre as alterações bucais;
- Investigar a relação do paciente com os alimentos;
- Investigar a relação do paciente com sua imagem corpora;
- Investigar o comportamento alimentar.

4- Estudos

A literatura disponível com relação à manifestação oral de transtornos alimentares relaciona-se, especialmente, a relatos de casos clínicos e artigos de revisão. Portanto, procuramos descrever estudos, com maior número de participantes na amostra.

Foi conduzido um estudo na Suécia (OHRN et al, 1999), avaliando 81 pacientes ambulatoriais (sendo que 79 eram mulheres, 2 homens, com idade variando de 17 a 47 anos), provenientes de uma clínica psiquiátrica direcionada ao tratamento de Transtornos Alimentares, com o objetivo de explorar a possível correlação entre o padrão oral e fatores como: o diagnóstico psiquiátrico, duração da doença, hábitos de higiene oral, função salivar, e hábitos dietéticos. O estudo mostrou que a saúde oral entre os pacientes psiquiátricos diagnosticados com o Transtorno Alimentar foi significativamente pior, quando comparado ao grupo da mesma faixa etária e sem a doença. A precária saúde bucal encontrada nos pacientes com o transtorno foi caracterizada pela alta frequência de cárie e erosão dentária, e predisposição ou fatores como baixa estimulação do fluxo salivar, alta contagem de *Streptococcus Mutans* e lactobacilos. Os autores concluíram que em função da alta suscetibilidade a cárie e erosão, pacientes com Transtornos Alimentares devem ser encorajados a visitar regularmente o dentista para uma avaliação geral, com intervalo máximo de um ano.

Em um outro estudo feito na Finlândia (RYTOMAA et al, 1998), 35 pacientes do sexo feminino e com Bulimia Nervosa (idade média de 25 anos), diagnosticadas no Departamento Ambulatorial de Psiquiatria e Psiquiatria Adolescente do Hospital da Universidade Central de Helsinki na Finlândia, foram comparadas a um grupo controle, que era composto por 105 indivíduos. Variáveis avaliadas: idade, sexo, nível de educação, presença de erosão dentária e cárie. Verificou-se que a severa erosão dentária e cárie dentária eram mais comuns entre as pacientes com BN. Pacientes com BN apresentaram baixo fluxo salivar, sensação de boca seca, elevada sensibilidade dentária ao frio e ao toque. Foi concluído que procedimentos para a proteção da erosão dentária devem ser realizados, pois a perda do esmalte dentário, encontrada nestes

pacientes, permanece mesmo após o controle dos episódios bulímicos.

Finalmente temos um outro estudo que avaliou os efeitos dos Transtornos Alimentares e frequência de erosão dental e relacionou a gravidade da erosão a fatores como frequência da auto-indução de vômito (ROBB et al, 1995). Um número de 122 pacientes com Transtorno Alimentar foi pareado a um grupo controle para a idade, sexo e classe sócio-econômica. A população estudada foi dividida em quatro subgrupos, de acordo com a categoria de diagnóstico do Transtorno Alimentar: *Abstaining Anorexia Nervosa* (ANN, aqueles com Anorexia Nervosa, e que estavam 10% abaixo do peso ideal e sem episódios de vômito), *Vomiting Anorexia Nervosa* (VAN, com Anorexia Nervosa, e que estavam 10% abaixo do peso ideal, com episódios regulares de vômito), *Uni-impulsive Bulimia Nervosa* (UBN, aqueles que vomitam regularmente, e seu peso estava 10% abaixo do peso ideal, sem histórico de abuso de álcool, medicamentos controlados, ou praticas sexuais anormais) e *Multi-impulsive Bulimia Nervosa* (aqueles que vomitam regularmente, com peso 10% abaixo do ideal, com histórico de abuso de álcool, medicamentos controlados, ou praticas sexuais anormais). Verificou-se que os indivíduos ANN apresentavam mais erosões quando comparados ao grupo controle, e uma menor frequência de erosões, quando comparados aos grupos com episódios de vômitos. Entretanto, os autores não puderam observar uma correlação positiva entre o nível de erosão dentária e a frequência ou duração do vômito.

5- Condutas clínicas odontológicas

Algumas condutas clínicas podem ser tomadas pelo CD, com o objetivo de minimizar os danos decorrentes da regurgitação crônica provocada pelos episódios purgativos. Estas condutas visam, especialmente, aliviar os sinais e sintomas mais proeminentes. Vale ressaltar que o plano de tratamento e procedimentos odontológicos definitivos devem ser planejados após controle do quadro, determinado por uma equipe multidisciplinar. São elas:

- Em lesões iniciais de erosão, com hiperestesia dentinária, podem ser utilizados agentes anti-hiperestésicos como o oxalato de potássio, aplicações tópicas de flúor semanais ou até mesmo vernizes fluoretados (PERGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUE, 2000).
- Grandes perdas dentárias que causem hiperestesia e dores acentuadas: reabilitação através de restaurações com ionômero de vidro, resina composta ou até mesmo reabilitação protética

(PERGORARO;SAKAMOTO;DOMINGUE, 2000).

- Saliva artificial para os pacientes com severa xerostomia (BROWN; BONIFAZI, 1993).
- Estimular hábitos de higiene bucal, advertindo o paciente a não escovar os dentes imediatamente após a regurgitação, pois esse ato pode acelerar a erosão do esmalte. Por outro lado é adequado realizar vigoroso bochecho com substância que neutralize a acidez da cavidade bucal como fluoreto de sódio a 0,05%, bicarbonato de sódio diluído em água ou até mesmo a água mineral (CALDEIRA; NÁPOLE; BUSSE, 2000).
- Instituir uma dieta alimentar rica em queijos, vegetais e alimentos não ácidos (SUDARAM; BARTLETT, 2001).
- Aconselhar e discutir os benefícios de procurar atendimento especializado

Conclusão

Os Transtornos Alimentares são quadros psiquiátricos caracterizados por alterações nos hábitos alimentares, associados à distorção da imagem corporal. Causam desconfortos e riscos importantes para a saúde. O tratamento vai muito além de aconselhamentos ou simples restaurações dos dentes restabelecendo estética e função.

Portanto é prudente que o tratamento odontológico esteja aliado a equipes multidisciplinares, que incluam médicos, psiquiatras, psicólogos e nutricionistas.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.. Diagnostic and statistical manual for mental disorders: DSM-IV. 4. ed. Washington.: Ed. Psychiatric Association, 1994.
- BROWN S, BONIFAZI D.Z. An overview of anorexia and bulimia nervosa, and the impact of eating disorders on the oral cavity. **Compendium.** v.14, n.12, p.1594-1606, 1993.
- BURKHART N, ROBERTS M, ALEXANDER M, DODDS A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. **J Am. Dent. Assoc.** v.136, n.8, p.1130-7, 2005.
- CALDEIRA H.T, NÁPOLE D.C.R, BUSSE R.S. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnostico de bulimia nervosa. **Ver. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.54, n.6, p.465-467, 2000.
- DE MOOR R.J.G. Eating disorder-induced dental complications: a case report. **J. Oral Rehabil.** v. 31, n.7, p. 725-732, 2004.

- FAINE M.P. Recognition and management of eating disorders in dental office. **Dent. Clin. North Am.** v.47, n.2, p.395-410, 2003.

- LEITE A, PINTO L. Anorexia e bulimia afetam a saúde bucal. **Ver. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.55, n.5, p.313-318.

- MILOSEVIC A. Eating disorders and the dentist. **Br. Dent. J.** v.186, n.3, p.109-113, 1999.

- OHRN R, ENZELL K, ANGMAR-MANSSON B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. **Eur. J. Oral Sci.** v.107, n.3, p.157-163, 1999.

- PERGORARO N. C, SAKAMOTO O. F.F.F, DOMINGUES A. L. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.54, n.2, p.156-160, 2000.

- RITA D. DEBATE, Ph.D; LISA A. TEDESCO, Ph.D; WENDY E. KERSCHBAUM, R.D.H., M.P.H. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. **J. Dental. Education.** v.69, n.3, p.346-354, 2005.

- ROBB N, SMITH B, GEIDRYS-LEEPER E. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. **Br. Dent. J.** v.178, p.171-175, 1995.

- ROBB N.D, SMITH T. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. **J. Dentistry.** v.24, n.1-2, p.7-16, 1996.

- RYTOMAA I, JARVINEM V, KANERVA R, HEINONEN O.P. Bulimia and tooth erosion. **Acta Odontol. Scand.** v.56, n.1, p.36-40, 1998.

- SCHMIDT U, TREASURE J. Eating disorders and the dental practitioner. **Eur. J. Prosthodont Restor. Dent.** v. 5, p.161-167, 1997.

- STUDEN-PAVLOVICH, ELLIOTT M.A. Eating disorders in women's oral health. **Dent. Clin. North Am.** v.45, n.3, p.491-509, 2001.

- SUDARAM G, BARTLETT D. Preventative Measures for bulimic patients with dental erosion. **Eur. J. Prosthodont. Rest. Dent.** v.9, n.1, p.25-29, 2001.

- SOLIS A.C.O., LOTUFO R.F.M., LOTUFO-NETO, F. Tratamento periodontal no paciente psiquiátrico. In: DIB, L.L.; SADDY, M.S.. **Atualização clínica em odontologia.** São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2006.