

ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA: COMPLICAÇÕES BUCAIS E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE A TRANSTORNOS ALIMENTARES¹

*NERVOUS ANOREXIA AND NERVOUS BULIMIA: MOUTH
COMPLICATIONS AND THE ROLE OF THE DENTIST
REGARDING EATING DISORDERS*

**Kaline Tumé Antunes², Clarissa Fontoura do Amaral²
e Carlos Eduardo Agostini Balbinot³**

RESUMO

Os transtornos alimentares estão associados a diversas complicações clínicas graves, relacionadas ao comprometimento nutricional e às práticas inadequadas para o controle de peso, como, por exemplo, o vômito autoinduzido. Podem ser citadas a anorexia e a bulimia nervosa como distúrbios de comportamento. Esses distúrbios geram complicações bucais, sendo frequente a erosão dental devido ao ambiente bucal extremamente ácido, resultante dos hábitos dos pacientes. O cirurgião-dentista, frente a essas doenças, pode ser o primeiro profissional a identificar esses transtornos. Objetivou-se, nesta pesquisa, destacar algumas complicações sistêmicas e discutir as condições bucais consequentes da anorexia e da bulimia nervosa, ressaltando sinais e sintomas perceptíveis na clínica odontológica. Além disso, pretende-se familiarizar o cirurgião-dentista para que ele possa detectar esses transtornos e, assim, preparar-se para um manejo adequado, possibilitando referência para serviços com abordagem multidisciplinar e melhor desempenho no tratamento odontológico clínico.

Palavras-chave: anorexia nervosa, bulimia nervosa, complicações clínicas, erosão dentária.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

² Acadêmicas do Curso de Odontologia - UNIFRA.

³ Orientador - UNIFRA.

ABSTRACT

Eating disorders are associated to diverse serious clinical complications related to nutritional problems and inadequate practices in the control of weight, as for example, self-induced vomiting. We may cite nervous anorexia and nervous bulimia as behavior disturbances. Such dysfunctions frequently generate dental erosion due to the extremely acid mouth environment. The surgeon-dentist, in facing these illnesses, can be the first professional to identify them. The aim of this article is to highlight some systemic complications and to discuss the consequent oral complications of bulimia and anorexia, pointing out some signals and symptoms identifiable in the dentist's office. Moreover, we intend to instruct the surgeon-dentist so that he may detect these diseases and thus, be prepared for handling it properly, allowing references for services with interdisciplinary approaches and a better performance in the odontologic treatment.

Keywords: *Nervous Anorexia. Nervous Bulimia. Clinical Complications. Dental erosion.*

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o aumento do número de casos e de interesse pela importância clínica relacionada a distúrbios alimentares levou a uma evolução na discussão de critérios, diagnósticos, complicações sistêmicas e locais. Entre esses distúrbios se destacam a anorexia e a bulimia nervosa. A anorexia foi a primeira a ser descrita e a pioneira a ser adequadamente classificada em 1970, seguida da bulimia, definida em 1979.

A idade média de ocorrência desses transtornos é entre 17 e 25 anos, em pacientes jovens, do sexo feminino, em uma proporção 10:1 quando comparada ao sexo oposto. A incidência de desordens de alimentação, exceto a obesidade, aumenta com a melhoria da condição socioeconômica. O curso de desenvolvimento das doenças é caracterizado pela contínua perda de peso. Com frequência, há distorção de imagem corporal e a pessoa percebe-se gorda, mesmo apresentando estágios acentuados de desnutrição. Os hábitos alimentares tornam-se secretos e ritualizados, seguidos de indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos ou prática excessiva de exercícios, sempre objetivando alcançar a magreza desejada (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Os transtornos alimentares são acompanhados de várias alterações sistêmicas, relacionadas, principalmente, ao comprometimento do estado nutricional, o que acarreta alterações graves no organismo humano.

Implicações metabólicas, como hipoglicemia e redução dos níveis hormonais da glândula tireoide, podem ser citadas como algumas alterações gerais. Em relação a alterações ósseas e de crescimento, a má nutrição de pacientes com esses transtornos reduz a neoformação óssea, além da diminuição de ingestão de cálcio, proteínas e vitamina D que favorecem a queda da densidade óssea mineral. Complicações mais frequentes dos transtornos alimentares são arritmias cardíacas e anemia. Pele pálida, seca e sem brilho, perda do contorno do quadril e nádegas também são comuns na anorexia. Úlceras nas superfícies das mãos e presença de calos nos dedos podem ser observados devido ao seu uso como instrumento indutor de vômito. O edema pulmonar pode ocorrer secundário à falência cardíaca e como alterações gastrintestinais podem ser citadas constipação e danos irreversíveis ao intestino devido ao uso de laxantes utilizados em longo prazo (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Fatores de desenvolvimento e manutenção desses transtornos são, também, as alterações psicológicas, por exemplo, no padrão familiar, como falhas na resolução de conflitos, distorção na comunicação, confusão entre os membros da família, ausência de limites individuais e falta de senso de identidade (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Eritema do palato, faringe e gengiva, além das alterações dentárias como erosão dental, são comuns em pacientes com características purgativas. O aumento das glândulas parótidas é perceptível, pois há uma intensa estimulação das glândulas e, assim, uma conseqüente hipertrofia. A frequência e a gravidade da hipertrofia se correlacionam com a frequência dos vômitos. Geralmente, o comprometimento é bilateral, indolor e raramente acomete as glândulas submandibulares (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

A partir do conhecimento das complicações sistêmicas descritas, a anorexia nervosa é definida como um distúrbio de ordem comportamental caracterizado pela inanição deliberada e autoimposta seguida de busca constante de magreza e por um medo mórbido de engordar, levando a sérios níveis de emagrecimento. O indivíduo passa a viver em função da dieta, peso e forma corporal (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

A anorexia pode ser do tipo restritiva ou purgativa. No tipo restritiva, não há episódios de comer compulsivamente, práticas como vômito autoinduzido e uso de medicamentos. Já a anorexia do tipo purgativa apresenta episódios de

alimentação compulsiva e uso de laxantes e diuréticos. As complicações clínicas relacionadas à cavidade oral se enquadram, então, na anorexia do tipo purgativa, porém é necessário ressaltar que os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais e primários da doença, tais como: regurgitação autoinduzida, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos (CORDÁS, 2002).

A bulimia nervosa, também classificada como distúrbio de comportamento, é caracterizada por ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos com pouco ou nenhum prazer, alternando-se hábitos dirigidos a evitar o ganho de peso, tais como vômitos, uso excessivo de medicamentos e restrição alimentar severa (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Tratando-se de bulimia, é relevante o episódio recorrente de consumo alimentar compulsivo, conhecido como episódio bulímico. Ele se caracteriza pelo ato de comer repetidas vezes em intervalos pequenos de tempo e, após, para prevenir o ganho de peso, há uma forçada regurgitação. Nesse caso, esses episódios ocorrem quando os pacientes estão sozinhos, escondidos e geram sentimento de culpa, autopunição e vergonha. (SCHMIDT; TREASURE, 1997). Os vômitos, quando muito frequentes, levam a perda do reflexo da náusea, ao relaxamento do esfíncter esofágico inferior e, em casos muito avançados, podem ser induzidos espontaneamente (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

A partir das definições, pode-se afirmar que a anorexia classificada como purgativa, quando comparada com a bulimia nervosa, apresenta complicações bucais menos intensas e menos comuns. Levando-se em consideração que o vômito autoinduzido que gera o ambiente ácido na cavidade oral é uma alteração secundária e que nem todos os casos clínicos de anorexia apresentam essas alterações a nível bucal, é de extrema importância que o cirurgião dentista esteja apto a diferenciar os distúrbios alimentares e conhecer quais doenças geram mais alterações na cavidade bucal.

O hábito de induzir o vômito gera um dos principais efeitos do ponto de vista odontológico, a erosão dental, também chamada de perimólise. Ela consiste em uma lesão caracterizada pela dissolução dos tecidos mineralizados dos dentes, causada por ácidos que não envolvem ação bacteriana. O quadro está relacionado à ingestão frequente de alimentos ácidos ou à exposição aos produtos estomacais, resultado de regurgitações (CORDÁS, 2002).

Baratieri et al. (2001) classifica a erosão dental de várias maneiras. A mais comum é feita de acordo com a etiologia, em que a erosão é denominada extrínseca, intrínseca ou idiopática. Distúrbios alimentares, como a bulimia

nervosa, geram erosão do tipo intrínseca, resultante da ação de ácidos endógenos, ou seja, produzidos pelo organismo humano. O ácido gástrico, de origem interna, entra em contato com os dentes durante o vômito e é o responsável pela erosão. São apresentadas, também, características clínicas marcantes e comuns em indivíduos que apresentam erosão dental: perda de brilho normal dos dentes, exposição da dentina nas superfícies vestibulares/palatinas/linguais, mais desgaste dental em um arco do que em outro, sensibilidade persistente, incisivos encurtados e com a relação largura/comprimento desproporcional, concavidades dentinárias nas superfícies oclusais ou incisais, exposição pulpar, perda de vitalidade pulpar atribuída a desgastes muito severos e restaurações de amálgama salientes à superfície oclusal, ocasionando um aspecto semelhante à “ilhas”, gerados pela erosão.

Além de conhecer as características clínicas do efeito erosivo, é necessário que o cirurgião dentista faça o diagnóstico quando as lesões ainda estiverem confinadas ao esmalte, embora, na maioria das vezes, só sejam identificadas quando já envolvem dentina (CALDEIRA et al., 2000).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Sabe-se que o principal agravante entre todos os efeitos dos distúrbios alimentares relacionados à cavidade bucal é a erosão dos tecidos duros dentais. Jarvinen et al. observaram que o risco de erosão dental quadruplica quando os sintomas de erosão são de regurgitação semanal e é até oito vezes maior em pacientes com vômito crônico.

Segundo Baratieri et al. (2001), isso é possível pelo fato de o valor do pH do ácido gástrico ser de 1 a 1,5 e, portanto, estar muito abaixo do nível crítico de 5,5 para a dissolução do esmalte dental. A trajetória do ácido clorídrico (gástrico) regurgitado na cavidade bucal é sobre o dorso da língua, ao longo das superfícies palatinas dos dentes superiores e sobre as superfícies oclusais dos dentes inferiores, porém pode haver variações e esse tipo de erosão afetar diferentes áreas dentais. Embora a erosão afete as superfícies palatinas e oclusais de todos os dentes superiores, a erosão é confinada na superfície vestibular, lingual de pré-molares e molares inferiores. As superfícies vestibulares dos dentes superiores não entram em contato com o ácido, sendo protegidas pelo efeito neutralizante da saliva da parótida. As superfícies linguais dos dentes inferiores são cobertas pela língua e, assim, poupadas do contato com o ácido sendo, também, banhadas pelo fluido oral das glândulas submandibular e sublingual.

Eccles e Jenkins (apud CALDEIRA et al., 2000) propõem uma classificação de severidade e localização das lesões encontradas decorrentes de erosão, para que haja um melhor controle clínico e para futuras comparações: a) classe I ou superficial: lesões que envolvem apenas as superfícies do esmalte, b) classe II ou localizada: lesões que envolvem a dentina em menos de um terço da superfície dental, c) classe III ou generalizada: lesões que envolvem dentina em mais de um terço da superfície dental. A classe III é dividida em outras partes: c1) para superfícies vestibulares, c2) para superfícies linguais e palatinas, c3) para superfícies oclusais e incisais, c4) para múltiplas superfícies envolvidas severamente.

Rytömaa et al. (1998) relataram que nem todos os bulímicos apresentam erosão dental e que os fatores associados com a ocorrência e a severidade da tal condição são o tempo de duração da doença, a frequência dos episódios de vômitos e a quantidade salivar.

Scheutzel (1996) postula que a manifestação clínica da erosão não ocorre antes que o ácido gástrico entre em contato com os dentes regularmente, várias vezes por semana, durante um período de 1 ou 2 anos, excluindo a ideia de que a erosão esteja também associada à quantidade salivar.

A saliva reduz a acidez do vômito e, conseqüentemente, em pacientes anoréxicos e bulímicos, nota-se o aumento das glândulas salivares, pois elas produzem maiores níveis de fluído 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 (BURKE et al., 1996).

Sabe-se, também, que os desgastes dos dentes estão relacionados à mastigação e à escovação vigorosa em pacientes bulímicos, após o ato de regurgitação. Os episódios de vômito são geralmente seguidos pela prática de limpeza dental vigorosa, em que as ações mecânicas da escovação e dos abrasivos dos dentifrícios favorecem ainda mais a perda dos tecidos duros dentais, o que requer uma atenção especial do cirurgião dentista.

Baratieri et al. (2001) propõe que pacientes com processos erosivos devem ser reeducados quanto à maneira de escovação, a fim de mudar o modo como é realizada a higiene oral, substituindo a técnica de escovação horizontal pela vertical, modificando a empunhadura da escova, instruindo o paciente a segurá-la “tipo caneta” ou cortando seu cabo - isso reduz a força aplicada sobre as superfícies dentais e, assim, há uma diminuição dos efeitos abrasivos da limpeza da cavidade bucal após o ato de regurgitação.

Burke et al. (1996) relatam que o manejo do paciente bulímico/anoréxico em relação à saúde bucal envolve cuidados emergenciais, como reeducação dos hábitos de higiene oral, cuidados em adequação ao meio bucal (devido ao ambiente altamente ácido), restaurações e manutenção, dependendo do quadro do paciente.

Hazelton e Faine (1996) observam que a atividade de cárie é similar a da população sem os transtornos alimentares, entretanto em pacientes com lesões de cárie ativa há uma maior velocidade no desenvolvimento de novas lesões, o que dificulta o tratamento clínico. O periodonto pode estar afetado, mostrando-se aumentado, pois é constantemente irritado quando entra em contato com o vômito ácido.

Em alguns casos, as medicações utilizadas por alguns pacientes, como anticolinérgicos, afetam o periodonto e a mucosa bucal, pois o uso prolongado de certos medicamentos causa xerostomia, diminuição excessiva de saliva na boca.

Resende, Castilho e Faria (2005) ressaltam que o tratamento odontológico para erosão deve ser voltado à educação do paciente acerca das consequências do processo erosivo, orientação de higiene oral e realização de bochechos fluoretados com NaF a 0,05% diariamente. Já para Traebert e Moreira (2001), deve-se prescrever cremes dentais com alta concentração de flúor e baixa abrasividade, além de bochechos com substâncias neutralizadoras de ácidos, com bicarbonato de sódio.

O cirurgião dentista deve preocupar-se, também, quando o paciente apresenta quadros crônicos de erosão dental, em que a dentina pode se tornar indevidamente exposta. Deve-se, então, propor a proteção da dentina com a utilização de cimento de ionômero de vidro, restaurações com resina composta, vernizes fluoretados, sendo necessária, eventualmente, a realização de tratamento endodôntico.

Milosevic (apud TRAEBERT; MOREIRA, 2001) relata que as restaurações de compósitos não são solúveis em ácido e são preferíveis os usos de cimento de ionômero de vidro. A natureza conservadora das restaurações a base de adesivos dentinários facilita a restauração de dentes bulímicos.

Burke et al. (1996) descrevem que o tratamento restaurador deve ser realizado como uma forma auxiliar do tratamento psicológico, na tentativa de aumentar a autoestima do paciente, podendo variar desde uma simples restauração até reabilitações bucais complexas com perda de dimensão vertical. Além disso, acreditam, também, que técnicas que requerem mínima intervenção são mais apropriadas, pois tais pacientes podem sofrer mais com a má aparência dental proveniente da perda de substância dental. A utilização de coroas de cerâmica

pura, cimentadas sobre a dentina remanescente, com material adesivo é uma boa alternativa para o tratamento desses pacientes.

O aconselhamento dietético é de grande valia em pacientes acometidos com a doença, pois, do ponto de vista odontológico, à medida que é evitada a ingestão de alimentos e bebidas ácidas há um controle e diminuição no processo de erosão dental.

A partir de inúmeras alterações e complicações bucais ocasionadas pelos distúrbios alimentares, o cirurgião-dentista torna-se um dos primeiros profissionais capaz de detectar e diagnosticar a anorexia e a bulimia. É necessário, portanto, que ele esteja apto a diferenciar os distúrbios alimentares para um diagnóstico exato, mas também para transmitir confiança ao paciente, a fim de que se potencialize o atendimento clínico.

A partir do conhecimento das complicações, é de extrema importância uma abordagem multidisciplinar na educação tanto alimentar quanto relacionada à saúde bucal, principalmente em pacientes com hábitos de higiene oral deficitária e ataques cariogênicos frequentes. Em pacientes livres de cárie e com higiene oral adequada, a educação em saúde deve ser focada no conhecimento sobre a sua situação e os possíveis riscos decorrentes.

O cirurgião-dentista, na anamnese, deve investigar o assunto de forma cautelosa e ao mesmo tempo obter informações a respeito da doença, como hábitos alimentares e possíveis problemas gastrintestinais. Porém, não deve dirigir perguntas diretas ao paciente, pois uma postura adequada do profissional no atendimento a pacientes bulímicos/anoréxicos leva a resultados positivos quanto ao transtorno alimentar, uma vez que melhora a autoestima por meio do tratamento odontológico e, ao longo do tempo, evita a deterioração dos dentes. Ainda, é necessário que o profissional esteja apto a diferenciar os distúrbios alimentares e conhecer quais doenças geram mais efeitos à cavidade bucal, além de possibilitar uma abordagem ampla, a fim de que outros profissionais da área da saúde se tornem engajados na cura e resolução das complicações referentes a doenças como a anorexia e a bulimia nervosa.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D.; Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, Supl. III, p. 29 – 33, 2002.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia Restauradora**: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2001.

BURKE, F. J. T. et al. Bulimia: implications of the practicing dentist. **Brit Dent J**, v. 180, n. 11, p. 421-426, jun., 1996.

CALDEIRA, T. H. et al. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia nervosa. **Rev APCD**, v. 54, p. 465- 467, 2000.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev Psiquiat clin**, v. 31, n. 4, p. 154, 2002.

HAZELTON, L. R.; FAINE, M. P. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. **Int J Prosthodont**, v. 9, n. 1, p. 65-73, jan., 1996.

RESENDE, V. L. S.; CASTILHO, L. S.; FARIA, C. V.; Erosão dentária ou perimólise: a importância do trabalho da equipe em saúde. **Arq Odontol**, v. 41, n. 2, p. 105-192, abr./jun., 2005.

RYTÖMAA, I. et al. Bulimia and tooth erosion. **Acta Odontol Scand**, v. 56, n. 1, p. 36-40, feb., 1998.

SCHEUTZEL, P. Etiology of dental erosion-intrinsic factors. **European Journal of Oral Sciences**, v. 104, p. 178-190, 1996.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. **Eur J Prosthodont Restor Dent**, v. 5, n. 4, p. 161-167, dec., 1997.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 4, p. 359-363, out./dez., 2001.

