



**FACULDADE DE PINDAMONHANGABA**  
**Camila da Frota Guerra**  
**Fernanda Estela Silva de Oliveira**

**ALTERAÇÕES BUCAIS CAUSADAS PELA BULIMIA  
NERVOSA**

**Pindamonhangaba – SP**  
**2012**

**ALTERAÇÕES BUCAIS CAUSADAS PELA BULIMIA  
NERVOSA**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientadora: Prof. MSc. Michelle Cardoso de Sousa.

**ALTERAÇÕES BUCAIS CAUSADAS PELA BULIMIA NERVOSA**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Odontologia pelo curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. \_\_\_\_\_ Faculdade de Pindamonhangaba.

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ Faculdade de Pindamonhangaba.

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ Faculdade de Pindamonhangaba.

Assinatura \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me oferecido a oportunidade de viver e evoluir a cada dia, por me amparar em meus momentos mais difíceis e principalmente por todo amor e cuidado que sempre me dedicou.

Aos meus pais Paulo Henrique e Carmen Lucia, pelo apoio e carinho oferecidos a mim em todos os momentos de minha vida.

Aos meus irmãos Marcelo e Carolina pelo amor e companheirismo.

Dedico também a três pessoas que sempre foram e serão exemplos de caráter e dignidade para mim: Meus avós Mauro (*in memoriam*), Sônia e Rosita.

“Vô Mauro, tenho certeza que onde estiver você está muito feliz assim como nós. Você permanecerá eternamente em nossas lembranças e, principalmente em nossos corações”.

Vocês são muito especiais. Amo muito todos vocês!

“O amor é o único nexo permanente válido nas relações familiares. Amar e ser amado é um desejo de todos. E também um direito que a sociedade deveria proteger e estimular.”

(Knobel, 1992).

### **Camila da Frota Guerra**

Dedico primeiramente a Deus e por tudo que Ele me proporciona. Aos meus pais, pela oportunidade da realização deste sonho e pela dedicação sempre. A minha irmã Débora pelo incentivo e ao meu namorado Gustavo pela paciência, compreensão e companheirismo.

A minha família e amigos que acreditaram em mim. As minhas amigas de graduação pelo carinho e a amizade de sempre. A professora e orientadora MSc. Michelle Cardoso de Sousa, pelos ensinamentos e dedicação para conclusão deste trabalho.

“Não há nada que não consiga com força de vontade, bondade e principalmente com o amor.”

(Cícero)

**Fernanda Estela Silva de Oliveira**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido em minha vida, contribuindo direta ou indiretamente para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Meus agradecimentos especiais:

A Professora, orientadora e amiga MSc. Michelle Cardoso de Sousa, que dedicou muito do seu tempo me orientando, embora tivesse outros interesses a resolver. Receba meu sincero muito obrigada, pelo incentivo, dedicação, carinho, respeito e principalmente por sua amizade e confiança.

A todos os meus professores que são os maiores responsáveis por eu estar concluindo esta etapa da minha vida, compartilhando a cada dia os seus conhecimentos conosco.

À minha colega de curso e trabalho monográfico, Fernanda Estela pelos momentos de aprendizagem constante e pela amizade solidificada ao longo deste trabalho, que certamente se eternizará.

À Instituição de ensino FAPI pela oportunidade de estudo e a todos que fazem parte desta instituição, aos quais para a concretização deste sonho.

Aos meus colegas de classe, por tudo o que com eles aprendi e por partilharem a construção do meu sonho.

Em especial, às minhas grandes amigas de curso que estiveram comigo durante os quatro anos da graduação e nos momentos em que mais precisei de um ombro amigo: Andrea Dória, Barbara Maria, Fernanda Estela, Juliana Gadioli e Karen Andare. Valeu cada momento de conversa, risos, discussão e distração, amo muito todas vocês e sentirei muita saudade!

Aos meus pais Paulo Henrique e Carmen Lúcia que, acreditaram em mim e financiaram esta tão importante etapa da minha vida, sempre se mostrando orgulhosos do meu trabalho. Serei eternamente grata a vocês.

Aos meus irmãos Marcelo e Carolina, que mesmo entre brigas sempre estiveram ao meu lado.

Ao meu noivo Bruno que sempre me incentivou, me deu forças e acreditou no meu potencial.

Aos meus familiares e amigos por todo apoio.

E por fim não poderia deixar de agradecer a mim mesma, por acreditar que conseguiria vencer os obstáculos, e por hoje conseguir compreender que minhas maiores vitórias foram aquelas em que eu mais precisei me superar.

A todos vocês, o meu sincero muito obrigada!!

“Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”.

(Autor desconhecido)

**Camila da Frota Guerra**

## AGRADECIMENTOS

Essa monografia é realização de um sonho e a materialização de muito estudo, dedicação e companheirismo. Portanto, agradeço...

A Deus, por me conceder a dádiva da vida, oportunidade, capacidade e força para concluir esta etapa;

Aos meus pais Luis Fernando e Regina Célia pela credibilidade depositada na minha vontade de ser Dentista, pelo apoio incondicional, amor e confiança. Serei eternamente grata;

A minha irmã Débora por me acompanhar e dividir comigo mais esse momento;

Aos meus avós pelo carinho, apoio, e principalmente à minha avó, por cada oração e fé depositada em mim;

As minhas amigas Karen, Juliana, Bárbara e Andrea por todos os momentos divididos nesses anos e pelo carinho. Principalmente à Camila que dividiu comigo esse trabalho.

Aos amigos, que proporcionaram momentos de descontração, alegria e sempre tiveram palavras de apoio e carinho;

Ao meu namorado, companheiro pra vida toda, meu melhor amigo Gustavo por ser presente e me apoiar com todo o amor, carinho e construir comigo mais essa conquista;

A Faculdade de Pindamonhangaba, que me proporcionou todo o aprendizado, estrutura para que concluísse esse curso. Todo o corpo de funcionários, que cuidam dia-dia para que estejamos na sala de aula da melhor maneira possível;

Principalmente, aos mestres que, com conhecimento, transformaram meu sonho em profissão;

Por fim, à Professora e Orientadora MSc. Michelle Cardoso de Souza, por apoiar e acreditar no projeto dessa monografia;

A todos que acreditaram e participaram desse projeto e estiveram presentes ao longo da minha vida, o meu muito obrigada!

“Eu pedi força e Deus me deu a dificuldade para me fazer forte. Eu pedi sabedoria e Deus me deu problema para resolver. Eu pedi prosperidade e Deus me deu o cérebro e músculos para trabalhar. Eu pedi coragem e Deus me deu o perigo para eu superar. Eu pedi amor e Deus me deu pessoas com problemas para ajudar. Eu pedi favores e Deus me deu oportunidades. Eu não recebi nada do que eu pedi mais, mais eu recebi tudo de que eu precisava.”

(Autor Desconhecido)

**Fernanda Estela Silva de Oliveira**

“Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos. Um dia, tudo o que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será plantação que poderá ser vista de longe.”

**Padre Fábio de Mello**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## RESUMO

Dentre os transtornos alimentares que causam alterações bucais destaca-se a bulimia nervosa, distúrbio alimentar muito comum nos dias atuais. A maior incidência se dá em adolescentes e adultos jovens principalmente de sexo feminino, sendo que na maioria das vezes relaciona-se à busca pelo corpo perfeito. Esse transtorno alimentar é caracterizado por uma ingestão compulsiva de alimentos ricos em carboidratos, em um curto intervalo de tempo, seguido por uma sensação de culpa levando o indivíduo a utilizar métodos compensatórios inadequados como: indução do vômito, uso abusivo de laxantes, diuréticos ou exercícios físicos. Esses hábitos têm como único objetivo a perda de peso. Na maioria das vezes esse distúrbio é desencadeado por conflitos sociais, psicológicos e/ou familiares. Além de danos sistêmicos a bulimia nervosa também pode causar inúmeras alterações na cavidade bucal como: perimólise, bruxismo, hipersensibilidade, xerostomia, aumento do índice de cárie, entre outras alterações. Devido às variadas alterações decorrentes deste distúrbio acometerem primariamente a cavidade bucal, é de extrema importância que o cirurgião dentista saiba reconhecer e avaliar essas manifestações, bem como tratar e informar o paciente dos danos. Sendo assim, o objetivo desta revisão da literatura foi alertar os cirurgiões-dentistas para as alterações encontradas na cavidade bucal desses pacientes, para que estejam preparados para o correto diagnóstico e tratamento do caso, por meio de uma anamnese detalhada, exame clínico intra e extraoral.

**Palavras-chave:** Bulimia nervosa. Desordens alimentares. Alterações bucais.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente a busca pelo corpo ideal, cultuado pela mídia, está entre um dos principais fatores causais de transtornos alimentares. Entre essas desordens alimentares está a Bulimia Nervosa, caracterizada por uma compulsão alimentar excessiva, seguida por uma sensação de culpa que leva o indivíduo a autoindução do vômito e/ou a utilização abusiva de laxantes e diuréticos. Essas ocorrências permitem que a Bulimia seja classificada como do tipo purgativo. Ainda, existe a bulimia do tipo restritivo que é caracterizada por episódios de jejum absoluto e exercícios físicos intensos e em excesso. Tais hábitos são tomados pelo indivíduo como forma de compensar o consumo excessivo de alimentos.<sup>1-7</sup>

Os adolescentes e adultos jovens do sexo feminino são os mais acometidos. A causa dessa doença é multifatorial, e estão relacionadas principalmente aos aspectos psicológicos, pois geralmente estes pacientes apresentam baixa autoestima, depressão, sentimento de culpa e vergonha acompanhada por problemas familiares e socioculturais.<sup>3, 5, 7-8</sup>

As consequências causadas pelo ato purgativo refletem no estado de saúde geral dos indivíduos, uma vez que pode desencadear alterações sistêmicas importantes, como por exemplo, os problemas gastrointestinais. Além disso, pode provocar alterações irreversíveis em tecidos duros, bem como em tecidos moles da cavidade bucal. Dessa forma, pode se destacar a erosão dental, aumento do número de cáries dentárias, hipersensibilidade dentinária, dentre outras. Sabe-se que as alterações bucais são os primeiros sinais clínicos dessa doença, e o cirurgião dentista tem um papel importante na detecção dos mesmos. Uma vez realizada a completa anamnese, um adequado exame físico, exame intra e extraoral, e ainda, o conhecimento dos sinais bucais relacionados a essa doença, esse profissional poderá encaminhar esses pacientes para um tratamento multidisciplinar, bem como, realizar os procedimentos necessários para a restauração da saúde bucal e ainda conscientizá-los quanto aos perigos e transtornos que essa doença pode causar.<sup>3, 5, 7, 9-10</sup>

Diante disso, é de grande importância que os principais aspectos das alterações bucais sejam estudados e caracterizados, a fim de auxiliar o cirurgião-dentista no conhecimento dos principais sinais bucais dessa doença permitindo um correto diagnóstico de casos de bulimia nervosa do tipo purgativo, sendo este o objetivo desta revisão. Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão da literatura a fim de fazer um levantamento sobre as principais manifestações bucais decorrentes da Bulimia Nervosa.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

O termo Bulimia vem do grego “*bous*” (boi) e “*limos*” (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem “comer um boi ou quase”. Esse hábito tem sido reportado desde a antiguidade, como exemplo têm-se relatos de que os egípcios vomitavam por três dias seguidos, pois acreditavam que todas as doenças do homem eram oriundas da comida, já os romanos criaram o *vomitorium*, um local reservado para vomitar após se alimentarem em excesso durante os banquetes.<sup>1</sup>

A Bulimia Nervosa corresponde a um transtorno alimentar, que apresenta suas primeiras manifestações clínicas na infância ou adolescência. É uma desordem alimentar caracterizada por ingestão compulsiva e rápida de uma grande quantidade de alimentos em um pequeno intervalo de tempo, seguido de ações compensatórias inadequadas para evitar o ganho de peso, dentre as quais se destacam a bulimia nervosa do tipo purgativo, na qual ocorre a indução do vômito presente em 95% dos casos, uso abusivo de laxantes e diuréticos, e a do tipo não purgativo, em que os indivíduos utilizam inibidores de apetite, jejuns, prática excessiva de exercícios físicos e dietas restritas.<sup>1, 4, 10, 11</sup>

Este transtorno atinge em maior porcentagem o gênero feminino, sendo a proporção de 1:10. Acomete mais pessoas da raça branca, em idades variando entre 13 e 25 anos, com boas condições socioeconômicas e elevado índice de escolaridade. Pacientes portadores desse distúrbio apresentam-se com cerca de 10% a menos do seu peso ideal até a obesidade.<sup>2, 3, 10</sup>

A etiologia é desconhecida, embora a bulimia geralmente possa ser desencadeada por um regime alimentar bizarro e muito rigoroso. No entanto, as razões que conduzem ao seu desenvolvimento nem sempre são apenas o desejo de emagrecer e sim uma complexa interação de fatores biológicos (predisposição genética), psicológicos (conflitos internos, chacota e *bulling*) e familiares (problemas entre membros da família, rejeição). Diante disso, os pacientes bulímicos encontram nos alimentos um refúgio que gera uma sensação de fuga, seguida pela perda de controle, pois ingerem em um rápido e curto intervalo de tempo excessivas quantidades de alimentos antes considerados “proibidos”, e logo após como “método compensatório” induzem o vômito, reduzindo assim a sensação de “culpa” causada pelo ato anterior.<sup>3-6, 8, 10</sup>

Os indivíduos afetados apresentam perfil epidemiológico relacionado à baixa autoestima, depressão, sentimento de culpa, insegurança, vergonha e ansiedade, que são

fatores que antecedem o surgimento da doença. Dessa forma, esses pacientes tendem ao isolamento social seguido por pensamentos negativos, resultando em quadros depressivos. Além disso, os episódios bulímicos provocam ansiedade e alterações de personalidade (condenação, sentimento de vergonha e tristeza) e dependência química (álcool, ansiolíticos e antidepressivos).<sup>3,5</sup>

Geralmente os transtornos alimentares são acompanhados por diversas manifestações sistêmicas, relacionadas principalmente à deficiência nutricional do paciente, sendo muito comum encontrarmos quadros de arritmias cardíacas, anemia, constipação intestinal, síndrome do intestino irritável, esofagite, gastrite, leucopenia, hipoglicemia, parada respiratória, osteoporose, baixos níveis de sódio, potássio e magnésio, retenção de líquido, dentre outros.<sup>13-14</sup>

Os primeiros sinais clínicos da bulimia nervosa aparecem geralmente seis meses após o desenvolvimento da doença, e na maioria das vezes a cavidade bucal é o local onde ocorrem os primeiros sinais e sintomas, porém a manifestação, a ocorrência e a severidade desses sinais dependem do tipo e duração do transtorno.<sup>5,8</sup>

Dentre inúmeras manifestações bucais que podem ser encontradas prevalecem:

a) Perimólise: Principal manifestação bucal, caracterizada pela perda progressiva da estrutura dental devido a um processo químico, sem envolvimento bacteriano, oriunda apenas do contato repetitivo e constante do ácido gástrico (ácido clorídrico) com a superfície dentária, este possui pH em torno de 1 a 1,5 muito abaixo do nível crítico para dissolução do esmalte que é de 5,5. É uma perda irreversível, pois o esmalte dentário não possui capacidade de se regenerar, em casos mais severos esta erosão afeta também dentina e/ou raiz dentária, gerando grande sensibilidade. Em dentes com restaurações de amálgama de prata essa erosão forma as “ilhas de amalgamas”, pois a liga de prata é inerte aos ácidos, não sofrendo depredação, permanecendo apenas a restauração alojada no dente, estas ficam irregulares e pontiagudas predispondo lesões traumáticas em língua e mucosa jugal. A perimólise é frequentemente encontrada na palatina dos dentes anteriores, superiores e inferiores e em oclusal e lingual dos dentes posteriores superiores e inferiores, isto se dá devido ao percurso dos ácidos durante a regurgitação. A gravidade e progressão não dependem apenas da frequência e duração do vômito, mas também de hábitos de higiene bucal logo após a regurgitação, pois o esmalte encontra-se desorganizado e pode ser facilmente removido pela abrasão durante a escovação.

b) Aumento do índice de Cárie: Ainda não está bem elucidado sobre a relação entre vômitos e índices de cáries. Porém alguns autores acreditam que esta incidência pode ser aumentada devido ao constante pH ácido presente na cavidade bucal destes pacientes, o que é um fator contribuinte para a cárie dental. A dieta que durante os surtos de alimentação é extremamente calórica e cariogênica, a deficiência de escovação em alguns casos devido à sensibilidade e a presença de xerostomia também são fatores importantes na evolução da cárie dental.<sup>5-6, 14-16</sup>

c) Hipersensibilidade Dentinária: Caracterizada por uma dor breve e aguda. Essa sensibilidade ocorre devido à exposição dentinária e em alguns casos pode ocorrer exposição radicular, as quais são podem ter sido originadas do constante contato dos ácidos com a superfície dental, causando um quadro de erosão onde há exposição desses tecidos, gerando grande desconforto para o paciente, principalmente durante a higienização, pois o contato da escova com a área exposta é extremamente doloroso.<sup>5-15</sup>

d) Xerostomia: Quadro gerado devido à disfunção das glândulas salivares, ocasionando deficiência na produção de saliva e da capacidade tampão, confirmando assim as queixas de constante sensação de boca seca. A disfunção das glândulas salivares muitas vezes esta ligada a frequência dos vômitos e uso excessivos de laxantes ou diuréticos, que causam decréscimos do volume total de fluidos em alguns pacientes. Nesses casos faz uso de chicletes sem açúcar e saliva artificial. Essa condição também pode ser agravada pelo uso exacerbado de antidepressivos, remédios para emagrecer, redutores de apetite, má alimentação e drogas, as quais muitas vezes são consumidas por esses pacientes.<sup>5-6, 15</sup>

e) Hipertrofia da Glândula Salivar: Nesta condição é observado o inchaço uni ou bilateral das glândulas parótidas e em casos mais raros pode acometer glândulas submandibulares. O grau do inchaço e a dor a palpação é diretamente proporcional à frequência da autoindução dos vômitos e estes podem ser revertidos através da paralisação dos vômitos e da reeducação alimentar.<sup>3, 5, 15</sup>

f) Alterações Periodontais: O tecido gengival pode se encontrar tumefeito e com alteração em sua coloração devido à irritação causada pelos ácidos e por medicamentos frequentemente usados por esses pacientes.<sup>15</sup>

g) Lesões em Tecido Mole: Frequentemente são encontradas lesões em tecidos moles, isso se dá pelo hábito de introduzir o dedo e/ou objetos pontiagudos na cavidade bucal a fim de induzir o vômito. Esses objetos ferem a mucosa principalmente por que ao serem introduzidos os pacientes se encontram em seu momento de maior descompensação emocional, abrindo mão de qualquer tipo de cautela. É muito comum encontrarmos também calos ou feridas em dorso de mãos e dedos, conhecido como sinal de Russel, devido à introdução destes na cavidade bucal.<sup>5</sup>

h) Trauma em Dentes: Ocorre com pouca frequência, sendo mais comum em dentes anteriores, devido à introdução de objetos na cavidade bucal para forçar o vômito.<sup>5</sup>

i) Bruxismo: Como a bulimia é um distúrbio psicossomático, esta gera um quadro de ansiedade, sendo um fator iniciador e agravante para o bruxismo. Em casos onde o paciente encontra-se extremamente ansioso e perturbado, esse quadro se torna ainda mais severo, podendo levar a extensas perdas de material dentário e até perda da dimensão vertical.<sup>6-15</sup>

O diagnóstico precoce é muito importante para o sucesso do tratamento, pois permite que medidas adequadas sejam tomadas a fim de controlar o desenvolvimento e progressão das manifestações bucais, além de favorecer o bem-estar do indivíduo, diminuindo os danos às estruturas bucais.<sup>15</sup>

O prognóstico das alterações bucais na maioria das vezes é positivo, exceto em casos de perimólise e grandes perdas dentárias, que exigem uma reabilitação oral e cuidado mais minucioso. Porém, casos mais simples podem ser revertidos por meio de uma boa reeducação alimentar, conscientização do paciente e principalmente a interrupção dos episódios de vômito.<sup>10</sup>

O plano de tratamento varia para cada caso, pois dependerá do tipo de alteração bucal e aspectos individuais do paciente. Além disso, devem ser tomadas medidas preventivas específicas, voltadas para orientações referentes à higiene bucal, motivação e uso de substitutos salivares (chicletes sem açúcar e saliva artificial), que tem como objetivo auxiliar na redução do desgaste erosivo. Essa abordagem tem como objetivo recuperar função, estética, eliminar a hipersensibilidade e facilitar a higienização. É fundamental também saber a necessidade de cada paciente e motivá-los para a manutenção da saúde bucal.<sup>2-3, 5, 9</sup>

O principal problema para o cirurgião-dentista no tratamento desses pacientes são os frequentes problemas psicológicos e atos compulsivos. Alguns desses

indivíduos acabam se submetendo a uma higiene bucal meticulosa e repetitiva, com a realização de uma escovação bem agressiva após os episódios de vômito, o que agrava ainda mais os sinais da abrasão. É importante orientar esses pacientes a fazer uso de escova extra-macia e não escovar os dentes após a prática de vômito. Nesses casos é necessário que o dentista oriente sobre os perigos dessas escovações agressivas e prescreva flúor 0,05% e uma solução de bochecho com bicarbonato de sódio para neutralizar o pH bucal após o ato de vomitar.<sup>2</sup>

Segundo Traebert e Moreira<sup>2</sup> o tratamento farmacológico é de grande valia em pacientes bulímicos, porém também envolve cuidados emergenciais como:

- a) Alívio da dor, por meio da proteção de dentina exposta com cimento de ionômero de vidro (CIV), verniz fluoretado ou endodontia.
- b) Melhora da estética.
- c) Educação alimentar no intuito de evitar alimentos e bebidas ácidas, uso de canudos e cessar ingestão noturna.
- d) Educação em saúde bucal, feita principalmente em pacientes com má higiene bucal e ataques cariogênicos devido ao excesso de carboidratos durante os surtos alimentares. Essa educação deve focar principalmente a prescrição e utilização de cremes dentais com alta concentração de flúor e baixa abrasividade, bochechos com substâncias neutralizadoras (bicarbonato de sódio) e soluções neutras de flúor a 0,05%.
- f) Cuidado pré-restaurador, como realizar adequação do meio.
- g) Cuidado restaurador e manutenção, os quais são realizados como forma auxiliar no tratamento psicológico, aumentando assim a autoestima do paciente, pois muitas vezes o que mais os incomoda é a estética e não a saúde bucal propriamente dita.

Embora o CIV possa ser utilizado como material restaurador nesses pacientes principalmente por liberar flúor, as restaurações de compósitos que são materiais não solúveis em ácidos ainda são uma opção melhor. Além disso, a realização de restaurações a base de adesivos dentinários, as quais mantêm uma natureza mais conservadora, podem alcançar melhores resultados em dentes de pacientes bulímicos.<sup>2</sup>

O planejamento para esses pacientes é um desafio, pois normalmente continuam com o hábito de induzir o vômito, o que aumenta o risco de insucesso das restaurações provisórias e definitivas. Portanto, se faz necessário desenvolver uma técnica que requeira mínima intervenção, pois muitas vezes os pacientes sofrem mais com a aparência do

que com a condição bucal atual, por isso a utilização de coroas de cerâmica pura, cimentada sobre a dentina remanescente com um material adesivo também é uma alternativa válida.<sup>10</sup>

### 3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática de trabalhos científicos que estudaram a relação entre as alterações bucais e os transtornos alimentares. A identificação dos artigos foi feita através de busca bibliográfica na base de dados *Medline*, biblioteca virtual *SciELO* e *Lilacs*, referente aos anos de 1999 a 2012. A seleção desses artigos baseou-se nos seguintes termos: alterações bucais em pacientes bulímicos, desordens alimentares, bulimia e anorexia nervosa, transtornos alimentares e aspectos clínicos e casos clínicos de bulimia.

## 4 DISCUSSÃO

A Bulimia Nervosa é uma doença de cunho psíquico com alterações alimentares graves de origem multifatorial. Geralmente acomete mais as mulheres jovens e meninas em fase pós-puberdade, por estas estarem mais expostas a pressões socioculturais, que atribuem beleza a um corpo magro.<sup>23</sup>

Essa doença pode ser classificada como a do tipo purgativo e restritivo. A do tipo purgativo é caracterizada pela ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimento, com pouco ou nenhum prazer, acompanhada por atos compensatórios inapropriados para evitar ganho de peso e medo mórbido de engordar.<sup>4-5</sup>

Ao analisar a literatura pesquisada evidenciou-se que os pacientes bulímicos tendem a manter seus hábitos não convencionais em segredo, o que gera uma grande dificuldade no tratamento da Bulimia Nervosa e não utilizam apenas um método compensatório para evitar o ganho de peso. Além disso, como consequência desses hábitos nocivos, esses pacientes são acometidos de várias manifestações sistêmicas, o que gera a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento desses indivíduos.<sup>13-14</sup>

Devido ao ato de regurgitação autoinduzida às estruturas presentes na cavidade bucal sofrem frequentemente de alterações causadas pelos ácidos intrínsecos, e geralmente essas são as primeiras manifestações encontradas nesses pacientes.<sup>4-5</sup>

A erosão dental, também conhecida como perimólise, é consequente da perda de componente mineral das estruturas dentais pela ação dos ácidos intrínsecos, sendo a manifestação mais comum evidenciada na cavidade bucal dos indivíduos acometidos pela bulimia. Inicialmente há um acometimento estético com posterior queixa de sensibilidade, condição esta encontrada em estágios mais avançados da doença bulímica. A severidade das lesões depende da frequência e do tempo que se pratica esses hábitos. As lesões podem apresentar-se por uma superfície lisa, fosca e transparente, com a borda em esmalte intacto na margem gengival, perda de morfologia dental, aparência de restaurações com sobrecontorno, caracterizando o que se chama de ilhas de amálgama e, em casos mais graves, exposição de dentina e/ou polpa.<sup>8</sup> A presença destas lesões podem servir de diagnóstico inicial de um paciente que está sofrendo de bulimia. As características relevantes para esse diagnóstico podem ser a presença de erosão severa nas faces palatais dos dentes anteriores superiores; erosão moderada nas faces vestibulares destes mesmos dentes; faces linguais dos dentes anteriores inferiores e posteriores não afetadas; erosão com aspecto semelhante às das faces

palatais dos dentes anteriores, nos dentes posteriores superiores; erosão variável nas faces oclusais e vestibulares dos dentes posteriores superiores e inferiores; restaurações com aspecto de ilhas e ausência de manchas nas superfícies com erosão.<sup>3</sup> Nesses casos é necessário um bom planejamento para que o tratamento seja efetivo e conservador, uma vez que já ocorreu uma perda de tecido dentário consistente.

Por se tratar de uma doença de acometimento psíquico, o paciente faz uso de alguns medicamentos, como antidepressivos, ansiolíticos. Sabe-se que há alguns efeitos colaterais quando da utilização desses fármacos, sendo um deles a xerostomia, com importante diminuição do volume de saliva. A saliva é um biofluido com funções essenciais de defesa e proteção dos tecidos duros e moles presentes na cavidade bucal. A deficiência na produção desta pode acarretar diversas alterações na cavidade bucal, como ulcerações, aumento dos índices de infecções e cárie. De acordo com a literatura, ainda há controvérsias sobre esses pacientes terem maior acometimento por lesões cariosas causadas somente pelo ato purgativo de regurgitação autoinduzida. No entanto, pode-se atribuir a presença dessas lesões à deficiência da higiene bucal, os episódios de alto consumo de carboidratos e a hipossalivação.<sup>6</sup>

Outras manifestações também são encontradas nos pacientes bulímicos e podem servir de características diagnósticas dessa condição psíquica. Além disso, considerando que há um extenso número de alterações bucais causadas por essa condição, observou-se que o cirurgião dentista pode ser o profissional inicial a perceber o quadro de bulimia em um paciente, e para isso, se faz necessário que este esteja com seus conhecimentos atualizados sobre todas as manifestações bucais em indivíduos que sofrem dessa doença.<sup>17</sup>

Ao confirmar o diagnóstico de bulimia nervosa, o cirurgião dentista tem um desafio em mãos, pois deve realizar desde o aconselhamento do paciente até o tratamento das alterações bucais. Nesse caso o paciente deve ser informado sobre as causas e consequências dessas patologias na cavidade bucal. E o cirurgião-dentista deve realizar primeiramente os cuidados emergenciais, preventivos e restauradores. Dentre os cuidados emergenciais, encontra-se o alívio da dor e melhora da estética. Como alívio da dor, tem-se proposto à proteção da dentina exposta, com a utilização de cimento de ionômero de vidro, verniz fluoretado ou, se necessário, tratamento endodôntico. Estes procedimentos, nesse momento, objetiva primeiramente a melhora da dor e deve ser realizado para auxiliar no tratamento psicológico e na recuperação da autoestima do paciente. Após a realização desse tratamento, o profissional agora deve realizar medidas preventivas para a saúde bucal. Como salientar os

riscos decorrentes de tal prática para cavidade bucal. E informar as medidas de higienização e conservação da saúde bucal nesses pacientes.

Dessa forma, sabendo-se que os primeiros sinais e sintomas que acometem indivíduos com bulimia podem estar presentes na cavidade bucal, é necessário que o cirurgião dentista saiba reconhecer e diagnosticar determinadas manifestações clínicas bucais decorrentes desse distúrbio alimentar, e assim esteja capacitado a melhorar as condições bucais nesses pacientes, além de ter plena segurança em encaminhar o paciente para um tratamento e acompanhamento multiprofissional.

## 5 CONCLUSÃO

Com base na revisão de literatura realizada foi possível concluir que:

A bulimia nervosa desencadeia diversas alterações na cavidade bucal, podendo acometer desde tecidos duros a tecidos moles. Dentre estas principais alterações destacam-se a perimólise, aumento do índice de cárie, hipersensibilidade dentinária, xerostomia, hipertrofia da glândula salivar, alterações periodontais, lesão em tecidos moles, trauma em dentes, bruxismo entre outros.

Os primeiros sinais decorrentes da bulimia nervosa geralmente são expressos na cavidade bucal.

É de grande importância que o cirurgião dentista tenha conhecimento dos principais sinais e sintomas decorrentes desordem alimentar, a fim de permitir que ocorra uma correta abordagem desses pacientes, para que se possa realizar um correto diagnóstico e um tratamento adequado.

## 6 REFERÊNCIAS

1 Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(3):3-6.

2 Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. Pesqui odontol Bras. 2001;15(4):359-63.

3 Popoff DAV, Paula ACF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA, Santa-Rosa TTA. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. Rev Gaúcha Odontol. 2010; 58(3):381-5.

4 Barboza CAG, Morais 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):32-7.

5 Navarro VP, Junior FM, Filho WT, Queirós AM. Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia. Rev Gaúcha Odontol. 2011 jan/jun.;59(3):15-18.

6 Achkar VNRE, Brito GNB, Ito CYK. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. Rev odontol univ Cid são Paulo. 2012 jan/abr.;24(1):51-6.

7 Cordás TA, Weinberg C. Santas anoréxicas na história do ocidente: o caso de Santa Maria de Pazzi. Rev Bras psiquiatr. 2002;24(3):157-8.

8 Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. Rev Odontol UNESP. 2010 jul/ago.;39(4):241-5.

9 Cordás TA. Transtornos alimentares em discussão. Rev Bras psiquiatr. 2001;23(4):178-9.

10 Burke FJ, Treatment of loss os tooth substance using dentine-bonded crows: relate os a case. 1998 July/Aug; 25(6): 234-40.

11 Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. Rev Bras psiquiatr. 2000;22(2):28-31.

12 Antunes KT, Amaral CF, Balbinot CEA. Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião dentista frente a transtornos alimentares. *Disc Scientia*. 2007;8(1):159-67.

13 Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiat*. 2002;24(3):29-33.

14 Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, dos Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Rev Medicina Ribeirão Preto*. 2006; 39(3): 340-8.

15 Lima KM, Portugal RP, Veloso KMM. Bulimia: seus reflexos na cavidade bucal e a sua importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento multiprofissional. *Revista Florence*. 2011;

16 Guedes CC, Bussadori SK, Mutarelli PS. Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura. *Rev Pediatr mod*. 2007 nov/dez.;43(6):303-8.

17 Caldeira TH, Ottaviano-Nápole RCD, Busse SR. Bulimia nervosa e suas alteração odontológicas. *Rev Pediatr mod*. 1999 maio.;35(5):288-95.

18 Izidio GC, Solis ACO. Características clínicas e manifestações bucais dos transtornos alimentares. *IV Ciências da Saúde*. 2006;13(24):645-48.

19 Salzano FT, Cordás TA. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão de literatura e primeiras impressões do HD do laboratório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM). *Rev Psiq Clín*. 2003;30(3): 86-94.

20 Timerman F, Scagliusi FB, Cordás TA. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(3):113-17.

21 Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clín*. 2004;31(4):154-57.

22 Beaumont PJ, George GC, Smart DE. Deiters, vomiters and purgers in anorexia nervosa. *Psicol Med*. 1976;6: 617-22.

23 Novais VR, Júnior PCS, Quagliato PS, Nobilo MAA, Soares CJ. Reabilitação funcional e estética de erosão dental devido a bulimia. Rev Bras Ciências da Saúde. 2007. 11(1):79-86.

24 Souza CV, Maia KD, Passos M, Weyne SC, Tuñas IC. Erosão dentária causada por ácidos intrínsecos. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p.28-33, jan./jun. 2010.

25 Spiset O. Oral symptoms in bulimia nervosa: a survey of 34 cases. Acta Odontol Scand. 1991;49(6):335-9.