



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Perturbações do comportamento alimentar e saúde oral

Maria do Carmo de Queiroz e Lencastre de Menezes e Cruz

Dissertação de Investigação do Programa de Mestrado Integrado em Medicina Dentária
apresentado à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2019



**FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA**
UNIVERSIDADE DO PORTO

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Perturbações do comportamento alimentar e saúde oral

Maria do Carmo de Queiroz e Lencastre de Menezes e Cruz

mariacarmolencastre@gmail.com

Dissertação de Investigação do Programa de Mestrado Integrado em Medicina Dentária
apresentado à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Orientadora

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

(Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto)

Porto, 2019

Em homenagem à minha Avó Castia

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, por toda a confiança e apoio que me deram ao longo desta jornada.

A todos os meus professores que incansavelmente me transmitiram os seus conhecimentos e me ajudaram a “crescer” o meu grande obrigada.

A todos os meus amigos e colegas que “Em perigos e guerras esforçados, Mais do que prometia a força humana” (Luís de Camões) me encorajaram e estiveram ao meu lado nesta caminhada.

A todos os não docentes que me ajudaram a que eu fosse feliz nesta etapa da minha vida.

E um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira por toda a disponibilidade e atenção que teve comigo para a execução desta monografia.

RESUMO

Introdução: Nos dias de hoje a obsessão pela estética imposta pela sociedade, em conjunto com a procura constante pelo corpo ideal, leva por vezes ao desenvolvimento de algumas perturbações do comportamento alimentar tais como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, o transtorno da compulsão alimentar. Estas perturbações podem condicionar a ocorrência de prejuízos diretos ou indiretos na saúde oral do doente.

Objetivo: A presente revisão bibliográfica passa, não só, por sistematizar as características de diferentes perturbações do comportamento alimentar, como também, enumerar as principais manifestações orais associadas a estes distúrbios. Pretende-se ainda realçar a importância dos profissionais de saúde oral, em especial do médico dentista, no que toca ao diagnóstico precoce e prevenção deste tipo de situações.

Materiais e métodos: A pesquisa bibliográfica realizou-se nas bases de dados eletrónicas *PubMed*, *Science Direct* e *Google Scholar* restringindo-se a artigos publicados entre 2008 e 2018, em Inglês, Português e Espanhol, com texto integral disponível.

Desenvolvimento: Está descrito na literatura um aumento da prevalência das perturbações do comportamento alimentar. O exame da cavidade oral pode auxiliar na deteção e diagnóstico precoce de distúrbios alimentares pois esta pode ser a primeira a manifestar lesões resultantes destes transtornos, uma vez que frequentemente são omitidos pelos doentes. As manifestações mais frequentes na cavidade oral, decorrentes dos distúrbios alimentares são: a erosão, hipersensibilidade e cárie dentária, a doença periodontal, a hipertrofia das glândulas salivares, a xerosotomia e hipossalivação, o bruxismo, as mucosites, a queilite e candidíase oral.

Conclusão: É essencial que o médico dentista esteja sensibilizado para os impactos que as perturbações do comportamento alimentar tem na cavidade oral com o intuito de que seja feito um diagnóstico precoce e se possa evitar o agravamento da doença.

Palavras-chave: distúrbios alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar, saúde oral, manifestações orais

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the obsession with the aesthetics imposed by society, among with the constant searching for the ideal body, can lead to the development of some eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder . These disorders can be related to the occurrence of direct or indirect damages in the oral health of the patient.

Objective: This literature review systematizes the characteristics of different eating disorders, and also enumerates the main oral manifestations associate. It is also intended to highlight the importance of oral health professionals, especially dentists, regarding early diagnosis and prevention of this type of situations.

Materials and methods: The bibliographic research was carried out in the scientific databases of PubMed, Science Direct and Google Scholar, being that only the articles published between 2008 and 2018, in English, Portuguese and Spanish and with full text available were considered.

Development: An increase in the prevalence of eating disorders is described in the literature. Examination of the oral cavity may aid in the early detection and diagnosis of eating disorders, as it may be the first to manifest lesions resulting from these disorders, since they are often omitted by the patients. The most frequent manifestations in the oral cavity, due to eating disorders are: erosion, hypersensitivity and dental caries, periodontal disease, salivary gland hypertrophy, xerosotomy, hyposalivation, bruxism, mucositis, cheilitis and oral candidiasis.

Conclusion: It's essential that the dentists are aware of the impacts that eating disorders have on the oral cavity in order to make an early diagnosis.

Key-words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa,, binge eating syndrome, oral health, mouth diseases.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	IV
INTRODUÇÃO.....	1
MATERIAIS E MÉTODOS	3
1. Perturbações do Comportamento Alimentar	4
1.1 Anorexia Nervosa	4
1.2 Bulimia Nervosa	7
1.3 Transtorno da Compulsão Alimentar.....	9
2. Manifestações na Cavidade Oral.....	11
2.1 Erosão Dentária.....	12
2.2 Hipersensibilidade Dentária.....	13
2.3 Cárie Dentária	13
2.4 Doença Periodontal	14
2.5 Hipertrofia das Glândulas Salivares	15
2.6 Xerostomia e Hipossalivação.....	15
2.7 Bruxismo.....	16
2.8 Mucosite.....	16
2.9 Queilite.....	17
2.10 Candidíase Oral.....	17
3. Intervenção	18
4. Papel do Médico Dentista no diagnóstico precoce	20
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	28

INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar podem ser consideradas doenças psiquiátricas que se caracterizam pela abundância ou défice na ingestão alimentar, ocorrendo uma distorção a nível cognitivo e preceptivo por parte dos indivíduos que os apresentam. Como consequência os doentes não têm uma dieta alimentar saudável e equilibrada.(1-3)

A obsessão descontrolada pela diminuição de peso é derivada, sobretudo, de uma baixa autoestima e da distorção que o indivíduo faz da sua própria imagem corporal. Podendo originar distúrbios como a anorexia, a bulimia, a síndrome do comer noturno, a compulsão alimentar periódica entre outros.(1,4)

A etiologia dos distúrbios alimentares é desconhecida, no entanto pensa-se que os grandes motivadores do seu desenvolvimento serão os fatores psicológicos, biológicos, ambientais e socioculturais, e também podendo estar associados a fatores como a predisposição genética, alterações metabólicas, hormonais, *stress*, ritmo circadiano sono/vigília, apetite e diminuição da atividade física, entre outras.(2,3,5)

Além de complicações sistémicas, esses transtornos alimentares podem provocar também manifestações orais como a erosão e a hipersensibilidade dentária, a hipossalivação e a xerostomia, aumentando a probabilidade de aparecimento de cáries e da doença periodontal.(2,5-7)

Os distúrbios alimentares são o terceiro distúrbio mental crónico mais frequente no mundo e afeta predominantemente o género feminino, representando cerca de 90% dos casos com maior incidência nos adolescentes e jovens adultos. Por sua vez, o género masculino apresenta apenas uma prevalência entre 5% e 10%. (6,8)

As consequências decorrentes desses comportamentos alimentares são, de um modo geral, nefastas para a saúde, pois os doentes lançam mão de métodos agressivos objetivando a rápida perda de peso o que pode originar graves problemas de saúde.(4)

Nos últimos anos a magnitude e prevalência dos transtornos alimentares tem vindo a aumentar causando uma preocupação crescente entre os diversos profissionais de saúde. (5)

Por ser um distúrbio que causa graves prejuízos na saúde dos doentes e tem um potencial risco de vida, é necessária uma terapêutica multidisciplinar (nutrição, medicina dentária, endocrinologia e psicologia), a intervenção precoce permite uma melhoria nos

resultados, uma vez que, estas desordens alimentares, consoante o grau de gravidade, estão associados a vários tipos de patologias graves como os distúrbios hidroelétricos, metabólicos, endócrinos e as patologias sanguíneas, todas elas devem ser intercetadas o mais precocemente possível.(8–10)

Para DeBate *et al.*, a cavidade oral pode funcionar como um sistema precoce para alertar, no que diz respeito à presença de problemas de saúde mental e física. (4)

Nestes casos, o médico dentista têm um papel muito importante no diagnóstico precoce e na implementação de estratégias preventivas para o tratamento de novas lesões e controlo da progressão de lesões decorrentes do distúrbio alimentar. É na cavidade oral que estão expostas todas as alterações sofridas devido à má dieta alimentar. É por isso que o diagnóstico do médico dentista, através de uma detalhada anamnese e de um correto exame físico, extra e intra oral, é uma mais valia já que, na maioria dos casos, este problema é omitido pelos doentes. (8–10)

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa necessária para a execução da presente monografia de investigação foi realizada com recurso a artigos científicos resultantes de pesquisa na Internet, na base de dados *PubMed*, *Science Direct* e *Google Scholar*.

Relativamente aos critérios de inclusão, foram considerados todos os artigos originais redigidos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, publicados entre 2008 e 2018, com delineamento experimental (ensaios clínicos, randomizados ou não), observacional (descritivos e analíticos) e de revisão (de literatura, sistemáticos e meta-análises).

As palavras-chave para a pesquisa foram: “*eating disorders*”, “*anorexia nervosa*”, “*bulimia nervosa*”, “*binge eating syndrome*”, “*oral health*”, “*mouth diseases*”, utilizadas separadamente ou em combinação.

A pesquisa inicial resultou num total de 1129 referências. Na figura 1 mostra-se a metodologia utilizada na seleção das referências resultando num total de 70 referências.

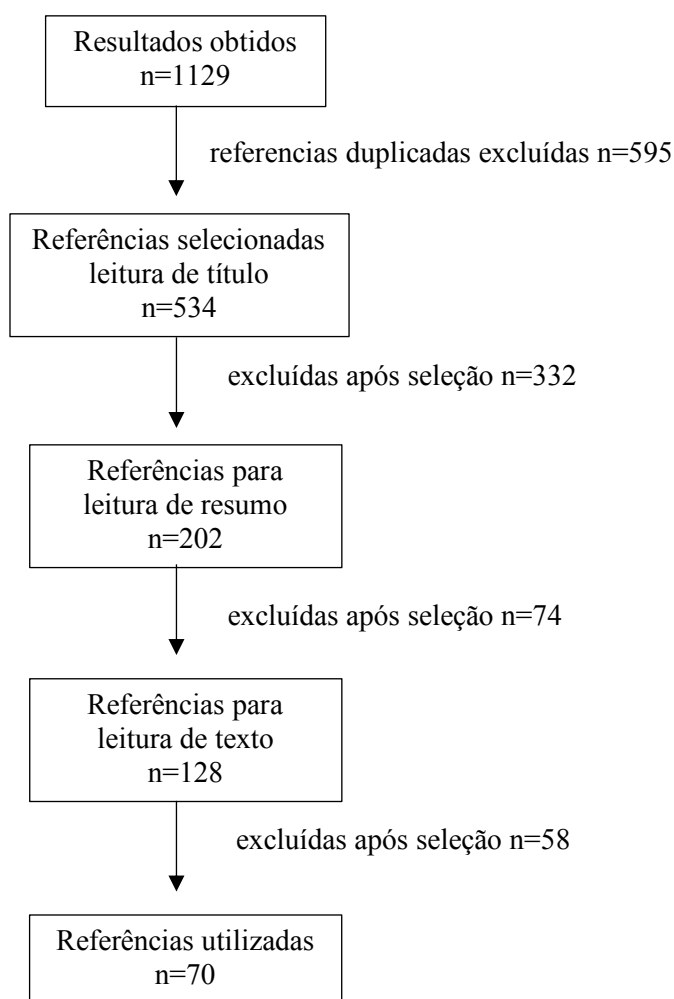


Figura 1: metodologia utilizada para seleção das referências

DESENVOLVIMENTO

1. Perturbações do Comportamento Alimentar

As perturbações do comportamento alimentar são caracterizadas como transtornos no consumo excessivo ou na alteração da absorção dos alimentos, comprometendo significativamente a saúde física e psicossocial do indivíduo.(2,7,8)

São classificados, com critérios de diagnóstico, como distúrbios alimentares: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, o transtorno da compulsão alimentar, a pica, o transtorno da ruminação e o transtorno alimentar restritivo/evitativo. Podem ainda ser classificados como outro transtorno alimentar específico caso o indivíduo apresente sintomas característicos de um determinado distúrbio alimentar, no entanto, não satisfaça todos os critérios de qualquer transtorno. Considera-se, ainda o transtorno alimentar não específico, aquando o seu diagnóstico o clínico opta por não especificar o motivo pela qual o doente não cumpre os critérios de diagnóstico e as informações colhidas não são suficientes para que seja efetuado um diagnóstico mais específico.(2)

Nesta monografia de revisão bibliográfica apenas serão consideradas a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da comportamento alimentar pois são as mais prevalentes. (2,11)

1.1 Anorexia Nervosa

A palavra “anorexia” provém do grego, e relaciona-se com a ausência de apetite.(12) No entanto, este distúrbio alimentar não envolve só a falta de apetite, mas todo o autocontrolo dos doentes com o objetivo de não ingerir alimentos e perder peso.(10,13–15)

Os primeiros casos de possível anorexia reportam-se à idade média, envolvendo a privação no âmbito de práticas religiosas de jejum e abstinência. Mais tarde, em 1964, Morton relata a anorexia como uma consumação nervosa, em que os indivíduos diminuem voluntariamente a ingestão de alimentos. Assim, a anorexia nervosa foi o primeiro transtorno alimentar a ser descrito como tal, e a ter classificação e critérios específicos para o seu diagnóstico.(16)

Segundo o DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, a anorexia nervosa é classificada como distúrbio de restrição do consumo alimentar,

e é caracterizada por um índice de massa corporal (IMC) inferior a $17,5\text{Kg/m}^2$ e em que a perda de peso é induzida e sustentada pelo doente.(2,11)

O DSM-V, define os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa como uma restrição do consumo calórico em relação às necessidades básicas do indivíduo, levando a um peso corporal significativamente baixo (isto é, peso igual ou inferior ao peso mínimo normal) adequado à idade, género, e trajetória de desenvolvimento do doente, caracterizando-se ainda por uma obsessão em não ganhar peso nem engordar, e, mesmo com peso abaixo do normal, valorizar excessivamente, na sua autoavaliação, o peso, o tamanho e as formas corporais e negando, em contrapartida, a gravidade do seu baixo peso.(2,11)

Por sua vez, o ICD-11- *International Classification of Diseases, eleventh revision*, considera como critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa a perda de peso ou, no caso de crianças, a falta de aumento de peso, e mantendo-se o peso corporal pelo menos 15% abaixo do esperado. Essa perda de peso auto induzida, através da redução de consumo de “alimentos calóricos”, deve-se à percepção da sua própria imagem corporal distorcida e a um medo excessivo de engordar, ou de ter um corpo “deformado” devido à gordura corporal. Fruto deste quadro pode-se desenvolver um transtorno endócrino generalizado, que envolve o eixo hipotalamico-hipofisário-gonadal e é manifestado em mulheres com amenorréia e em homens com a perda de interesse sexual e impotência. Vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos são aspetos que corroboram o diagnóstico, não sendo, no entanto, considerados essenciais.(17)

Tanto o DSM-V como a ICD-11 consideram o baixo peso autoinduzido, as modificações hormonais e as distorções da imagem corporal, como critérios necessários ao diagnóstico da anorexia nervosa. Caso o distúrbio se inicie na fase pré-puberal, poderá haver um atraso ou até uma interrupção no desenvolvimento do indivíduo. (2,11,17)

Contudo, até maio de 2013, antes de surgirem alterações na classificação anteriormente proposta pelo DSM-IV, um dos critérios de diagnóstico da anorexia nervosa no que dizia respeito às mulheres, era a ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos, quando, na altura, o esperado era que ocorresse o contrário (amenorreia primária ou secundária), pois considerava-se que a mulher sofria de amenorreia se os seus períodos menstruais só ocorressem após o uso de hormonas. (7,18) Nas modificações sugeridas pela DSM-V, este critério foi retirado por não ser uma característica patognomónica do transtorno, não havendo assim alterações ao nível conceitual do que é anorexia nervosa.(2,11,18)

A anorexia nervosa divide-se em dois subtipos com base na existência ou não de compulsão alimentar ou regurgitação: a anorexia nervosa restritiva e a anorexia nervosa purgativa.(13,19–21)

Trata-se de anorexia nervosa restritiva quando num período de 3 meses, não há episódios de comer compulsivo ou autoindução do vômito e em que a perda de peso se deve, principalmente, à privação da alimentação jejum prolongado ou até absoluto, e à excessiva prática de atividade física. No caso da anorexia nervosa purgativa há presença de episódios de comer compulsivo com autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas nos últimos três meses.(2,11,14,19–24)

Não é incomum a alternância entre subtipos ao longo do curso do transtorno, sendo recomendável por isso, que a descrição do subtipo seja usada para indicar os sintomas no momento e não no curso longitudinal do transtorno.(22–24)

Pensa-se que a sua etiologia seja multifatorial estando relacionada com fatores temperamentais, fisiológicos, genéticos, psicológicos e ambientais, podendo ser despoletada após um fator de stress como a perda de um parente querido, o fim de um relacionamento, ou quando o indivíduo é alvo de comentários desagradáveis acerca do seu peso ou aspeto físico. Existem ainda algumas características do seio familiar do doente que apresenta este tipo de transtorno como é o caso de educações rígidas e disciplinadas, bem como quando há superproteção ou um excessivo envolvimento da entidade parental. (15,21,24)

Segundo estudos científicos realizados nos Estados Unidos e na Europa, a estimativa de prevalência é de 0,5% a 1%, mas os números podem aumentar se forem consideradas os casos de síndromes parciais em que os doentes não apresentam a doença totalmente desenvolvida.(2) Cerca de 90% dos casos incidem no sexo feminino, apresentando maior incidência em indivíduos caucasianos de classe média e alta.(2)

Este distúrbio apresenta uma estreita relação com determinadas profissões, predominando aquelas em que se valoriza a estética, nomeadamente no caso dos modelos, dos atores, dos bailarinos e dos atletas, obviamente em ambos os sexos. (2)

Dentre os transtornos psiquiátricos, a anorexia nervosa, é o que apresenta maior taxa de morbilidade e mortalidade, sendo que uma metade das mortes se deve ao suicídio e a outra metade se deve a complicações clínicas decorrentes do quadro.(2,15)

Existem diversas causas possíveis para o baixo peso corporal ou para a sua perda significativa: o transtorno depressivo maior, a esquizofrenia, o transtorno por uso de substância, o transtorno de ansiedade social, a bulimia nervosa e o transtorno obsessivo-

compulsivo, entre outros; todas elas devem ser consideradas aquando do diagnóstico diferencial.(2,25)

Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são derivados da inanição, assim é possível a presença dor abdominal, letargia, sensibilidade ao frio e nas doentes do sexo feminino amenorreia. É ainda comum haver bradicardia e hipotensão significativas.(25–27)

Os impactos da anorexia nervosa na cavidade oral são mais evidentes no tipo purgativo, podendo apresentar erosão dentária, hipersensibilidade, hipertrofia das glândulas salivares, sobretudo das glândulas parótidas e submandibulares, hipossalivação, queilite, mucosite, entre outras.(7,8,10,13,16) Na anorexia nervosa do tipo restritivo as alterações referidas anteriormente não são tão evidentes, mas, segundo Shaughnessy, há uma associação potencial entre a diminuição da densidade óssea mandibular e a recessão gengival nestes doentes, alterações estas resultantes da osteoporose devida à desnutrição.(28)

1.2 Bulimia Nervosa

Séculos antes de Cristo, Hipócrates já utilizava o termo “*boulimos*” para caracterizar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica, por sua vez Aristófanes usou-o como sinónimo de um apetite voraz desencadeado por algo raro. O termo *bulimia nervosa* foi introduzido por Gerald Russell em 1979 e deriva da associação dos termos gregos “bous” (boi) e “limos” (fome), dando alusão a uma fome muito intensa e a um apetite tão grande que seria suficiente para devorar um boi.(12)

Até então a bulimia nervosa não era reconhecida como um transtorno psiquiátrico, só a partir da década de 80 é que ela passou a ser mencionada DSM-III - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, Daí em diante, houve uma maior consciencialização e aprimoramento dos métodos de diagnóstico.(6,27)

A bulimia nervosa é um transtorno complexo e caracteriza-se por episódios em série de voracidade alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, tais como, o vômito induzido, a ingestão de diuréticos ou outras medicações, o jejum e o exercício físico excessivo com o intuito de impedir o aumento do peso.(2,7,26,29,30)

De acordo com o DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, a bulimia deve-se à presença recorrente episódios de ingestão de uma quantidade anormal de alimentos seguidos de outros de completa abstenção. (2,11,13,22,31) O doente tem uma sensação de perda de controlo, de não conseguir parar de comer ou de

controlar o quanto come. A estes episódios de compulsão alimentar seguem-se comportamentos compensatórios para impedir o ganho de peso utilizando expedientes como o vômito autoinduzido, o uso indevido de laxantes e diuréticos ou recorrendo a períodos alternados de inanição e prática exagerada de exercício físico. (2,11,13)

Nestes casos de bulimia a autoavaliação do paciente é distorcida por uma exagerada valorização da forma e do peso do seu corpo.(8)

Por sua vez, o ICD-11 (*International Classification of Diseases, eleventh revision*) considera como critérios para o diagnóstico da bulimia nervosa a presença persistente de um desejo irresistível por comida, o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia nos quais ingere grande quantidade de alimentos em curtos períodos de tempo. O doente tenta neutralizar os efeitos calóricos dos alimentos auto regulando-se adotando atitudes extremas, tais como : períodos de alternância de inanição; vômitos auto induzidos; purgação auto induzida; uso de drogas como os anorexígenos; e preparados tireoidianos ou diuréticos. Frequentemente doentes diabéticos, com esta perturbação, negligenciam até o tratamento insulínico.(17)

O nível mínimo de gravidade da perturbação baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios indevidos. Assim é considerado como:

- Leve: cerca de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios indevidos por semana;
- Moderada: cerca de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios indevidos por semana;
- Grave: cerca de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios indevidos por semana;
- Extrema: cerca de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios indevidos por semana.(2,26,32)

Assim como na anorexia nervosa, acredita-se que os fatores determinantes responsáveis pelo estabelecimento de um quadro de bulimia nervosa são múltiplos e estão diretamente relacionados com fatores genéticos, psicológicos, biológicos, familiares e socioculturais.

Estudos epidemiológicos relatam que a frequência é relativamente similar na maioria dos países industrializados como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Japão e muitos países europeus.(2) Há um acometimento maior em indivíduos do sexo feminino, sendo que os do sexo masculino estão especialmente sub-representados nas amostras que procuram um tratamento, por razões que ainda não foram devidamente analisadas

sistematicamente. A maioria dos doentes é de raça branca e de classes sociais média ou alta.(6,33,34)

Tal como a anorexia nervosa, este distúrbio apresenta uma estreita relação com determinados grupos ou profissões, predominantemente associadas à estética e à forma física desenvolvem maior risco de desenvolver este transtorno, como é o caso de modelos, atores e atrizes, atletas como ginastas, bailarinos, boxeadores, entre outros. (2)

Devem ser consideradas aquando o diagnóstico diferencial de bulimia nervosa, a anorexia nervosa do tipo purgativo, transtorno de compulsão alimentar, Síndrome de Kleine-Levin, transtorno depressivo maior, transtorno de personalidade *borderline*, entre outros.(26)

Em doentes bulímicos é comum a presença de algumas alterações, nomeadamente, a presença úlceras na garganta e no esófago, presença de calos nas mãos, menstruação irregular entre outros sinais. Uma característica patognomónica da bulimia nervosa é a presença do sinal de Russell. Trata-se de uma lesão cutânea na mão causado pelos incisivos, aquando a introdução da mão na boca para a auto indução do vômito; pode ocorrer em qualquer área da mão, contudo, a região preferida dessas lesões é a junção metacarpo-falângica. Clinicamente, apresenta-se como úlceras ou escoriações na superfície dorsal da mão, em que o nível de gravidade pode variar entre lesões superficiais a hiperpigmentadas ou escoriações. Os doentes podem ainda mostrar sinais de erosão das unhas devido à exposição ao ácido.(6–8,35)

As primeiras manifestações clínicas surgem cerca de 6 meses após a autoindução frequente do vômito, e ocorrem essencialmente aos níveis da cavidade oral e maxilo-facial. É frequente verificar-se erosão dentária, aumento do índice de cárie dentária, hipersensibilidade, bruxismo, problemas periodontais, xerostomia, hipertrofia das glândulas salivares, mucosite, queilite angular, entre outras. Estas complicações são derivadas à ingestão excessiva de alimentos ricos em hidratos de carbono, à disfunção salivar, e à diminuição do pH salivar resultante da acidez proveniente dos vômitos. (7,8,10,13,16)

1.3 Transtorno da Compulsão Alimentar

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica foi descrito pela primeira vez por Stunkard, em 1959. Naquele momento, o hábito era marcado como um comportamento observado entre indivíduos obesos, que ingeriam grandes quantidades de alimentos em um

curto período de tempo, seguido por sentimentos de alto desconforto físico e autocondenação.(1,36) Em 1994, o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica aparece descrito DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, como um dos seis transtornos alimentares sem outra especificação. Desde então, este distúrbio tem vindo a passar por alterações quanto aos critérios de diagnóstico.(37)

Pela primeira vez no DSM-V- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, o transtorno da compulsão alimentar foi listado com uma perturbação do comportamento alimentar autónoma.(11) O seu quadro clínico, tal como a bulimia nervosa, caracteriza-se pela presença recorrente de episódios de ingestão de uma elevada quantidade de alimentos, significativamente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo período e em circunstâncias idênticas, por um intervalo de tempo determinado, por exemplo duas horas, pelo menos uma vez por semana em três meses. O doente apresenta uma sensação de perda de controlo, de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto come. No entanto, a compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados como na bulimia e não ocorre exclusivamente durante a bulimia nervosa ou anorexia nervosa.(1,2,29)

Ressalta-se que é característica do transtorno da compulsão alimentar periódica o sofrimento marcado e que se assenta em pelo menos três dos seguintes pilares: comer muito mais rapidamente do que o normal, ingerir alimentos até se sentir desconfortavelmente cheio, ingestão de grandes quantidades de alimento mesmo na ausência da sensação física de fome, comer sozinho por sentir vergonha da quantidade de alimentos que ingere, presença de sentimentos de desgosto de si próprio, depressão ou culpa após elevada ingestão de alimentos.(2,38,39)

O nível de gravidade da perturbação baseia-se na frequência da compulsão alimentar. Assim é considerado como:

- Leve: cerca de 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana;
- Moderada: cerca de 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana;
- Grave: cerca de 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana;
- Extrema: cerca de 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.(2,40)

A prevalência do transtorno de compulsão alimentar entre indivíduos adultos norte-americanos do sexo feminino e do sexo masculino é de 1,6 e 0,8%, respetivamente. Esta diferença é bem menos assimétrica no transtorno de compulsão alimentar do que na bulimia nervosa. Este transtorno é tão prevalente entre mulheres de minorias raciais e étnicas quanto

em mulheres brancas e é mais prevalente entre indivíduos que procuram tratamentos para emagrecer do que na população em geral. Contudo, surge mais frequentemente em indivíduos obesos com uma prevalência entre 5% a 30%.(2)

A compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível, os indivíduos geralmente sentem vergonha dos problemas alimentares que possuem e tentam ocultar a sintomatologia. Durante episódios de compulsão alimentar, o tipo de alimento ingerido varia entre diferentes indivíduos quanto no mesmo indivíduo, pelo que indica que a compulsão alimentar se caracteriza mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que por um nutriente específico.(38,40,41)

No entanto, aparentemente existe maior preferência pelo consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono, com elevado índice glicémico. Assim, o consumo de gorduras, especialmente de gorduras saturadas, é muito acentuado, sendo o consumo de fibras, vitaminas e minerais muito restrito.(41)

Estas atitudes alimentares em conjunto com uma pobre higiene oral podem contribuir para um aumento de patologias orais, que associadas à utilização de medicamentos antidepressivos provocam xerostomia e escassez de saliva, dificultando a emulsificação do bolo alimentar durante a deglutição, observando-se assim, um aumento drástico de cáries dentárias, uma vez que o efeito protetor da saliva está diminuído.(2,40)

Por apresentar características similares a outros quando o diagnóstico do quadro clínico é importante fazer o despiste de outras doenças como a bulimia nervosa, obesidade, transtornos bipolar e depressivo e transtorno de personalidade borderline.(2,11,38)

2. Manifestações na Cavidade Oral

O exame da cavidade oral pode auxiliar na deteção e diagnóstico precoce de distúrbios alimentares, uma vez que frequentemente estes são omitidos pelos doentes. As manifestações mais frequentes na cavidade oral, causadas pelas perturbações do comportamento alimentar são: a erosão, hipersensibilidade e cárie dentária, a doença periodontal, a hipertrofia das glândulas salivares, a xerostomia e hipossalivação, o bruxismo, a mucosite, a queilite e candidíase oral. (42,43)

2.1 Erosão Dentária

A erosão dentária é uma lesão não-cariosa por não envolver bactérias cariogénicas e é definida como a perda irreversível de estrutura dentária por dissolução química.(12,44–46)

Os ácidos presentes na cavidade oral, podem ser classificados como intrínsecos ou extrínsecos, sendo que nenhum dos dois é produzido pela flora oral, mas ambos irão provocar progressivamente um desgaste irreversível nos tecidos dentários duros.(44,46,47)

Os ácidos consumidos na dieta são os principais agentes responsáveis pela erosão dentária de origem extrínseca, contudo, a erosão dentária também pode resultar de ácidos provenientes do meio ambiente de trabalho (ácidos industriais), da presença de ácido clorídrico nas piscinas, ou da administração via oral de medicamentos com baixo pH. (27,44,46,47)

A erosão de origem intrínseca deve-se à ação de ácidos produzidos pelo próprio indivíduo sobre as estruturas dentárias. O refluxo do ácido gástrico do esófago para a cavidade oral é uma fonte intrínseca deste processo, já que este ácido com um pH em torno de 3,8, está muito próximo do valor crítico para a dissolução do esmalte, levando rapidamente ao seu desgaste.(1,8,34,48)

Nas perturbações do comportamento alimentar a erosão dentária pode ser uma das primeiras manifestações, predominante na de origem intrínseca, pois o recurso frequente ao vômito leva à perda de estrutura mineralizada dos dentes, com uma distribuição característica desse procedimento. Em doentes que sofrem deste transtorno é comum o consumo excessivo de bebidas ácidas, que potenciam a destruição dentária provocada pelos ácidos intrínsecos.(7,44,45,49)

O risco de doentes, com transtornos alimentares do tipo purgativo, desenvolverem erosão dentária é 18 vezes superior ao dos indivíduos saudáveis.(46,47)

Tendo em conta a sua localização e intensidade, a erosão dentária pode ser classificada em:

- Classe I ou superficial é a erosão que acomete apenas a superfície dos dentes;
- Classe II quando a erosão atinge menos de 1/3 de dentina;
- Classe III quando a erosão atinge mais que 1/3 da dentina.(46,47)

Clinicamente os doentes que sofrem de erosão dentária, apresentam dentes com cor amarelada, redução do brilho do esmalte, superfícies foscas, polidas e duras, concavidades nas superfícies dentárias, perda da anatomia dentária, perda de dimensão vertical. Quanto às restaurações em amálgama, pode haver as chamadas “ilhas de amálgama” causadas pela

erosão do dente, tornando a restauração mais elevada que a superfície dentária, pois a capacidade erosiva do ácido sobre a amálgama é muito inferior, quando comparada com a ação que este tem sobre a estrutura dentária. Nos doentes que recorrem ao vômito, as superfícies palatinas e incisais dos dentes anteriores superiores são as mais atingidas, enquanto que as superfícies vestibulares superiores e inferiores dos dentes posteriores, assim como as oclusais dos dentes superiores e inferiores posteriores são moderadamente afetadas. As superfícies linguais dos dentes anteriores inferiores não são atingidas, no entanto, nos casos mais severos podem estar comprometidas. Estas últimas encontram-se mais protegidas graças à ação da língua e ao facto de estas estarem banhadas por saliva.(7,8,49,50)

2.2 Hipersensibilidade Dentária

A hipersensibilidade dentária caracteriza-se por uma dor aguda, súbita e de curta duração que surge devido à exposição de dentina em resposta a estímulos térmicos, táteis, químicos ou osmóticos e que não pode ser atribuída a nenhuma patologia dentária.(7,27,51)

A teoria hidrodinâmica, proposta por Brannstrom e Astromteoria, é a mais aceite para explicar a transmissão da dor através da dentina, ela defende que esta transmissão é feita por um sistema de túbulos dentinários com material fluido ou semifluido no seu interior, que, ao movimentar-se, devido a um estímulo externo, é capaz de despoletar excitação das terminações nervosas na parede pulpar o que desencadeia a dor.(6,52,53)

Nos doentes com perturbações do comportamento alimentar do tipo purgativo, a hipersensibilidade é um sintoma frequente, devido à erosão dentária provocada pelo vômito.(43,51) Quando estes doentes apresentam episódios de hipersensibilidade dentária estima-se que a erosão já esteja numa fase avançada atingindo a dentina ou em situações mais severas, a polpa dentária. Pensa-se que cerca de 47% dos doentes bulímicos apresenta hipersensibilidade dentária, resultado do desgaste provocado pelo ácido gástrico.(29,51,54)

2.3 Cárie Dentária

A cárie dentária é resultante da colonização da superfície dentária por microrganismos, que metabolizam hidratos de carbono e produzem ácidos que provocam a dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais do esmalte.(6,55)

Doentes que sofrem de episódios de compulsão alimentar, ingerem maior quantidade de alimentos com potencial criogénicos, como hidratos de carbono e açúcares, favorecendo o desenvolvimento de lesões cariosas. No entanto, o desenvolvimento da cárie vai depender dos cuidados de higiene oral que cada doente apresenta após os períodos de compulsão alimentar.(7,55)

Doentes com transtornos alimentares associados à tendência de negligenciar a sua higiene pessoal, nomeadamente a oral, têm o risco de desenvolvimento de cárie aumentado. O uso de medicamentos antidepressivos também pode contribuir para o aparecimento de cáries, pois provocam hipossalivação, diminuindo o papel da saliva na proteção dos tecidos duros e moles da cavidade oral, deixando as estruturas dentárias mais vulneráveis à ação das bactérias cariogénicas.(6,23,56)

Mesmo assim a relação entre a cárie dentária e os transtornos alimentares ainda não é clara e tem sido relatada de forma divergente, visto que o risco de desenvolver esta lesão é individual e depende da higiene oral e dos hábitos de cada um. Contudo, estima-se que os transtornos associados à compulsão alimentar contribuem para o aumento significativo das lesões cariosas, pois o número de refeições diárias destes doentes é muito superior ao normal, e o aumento da frequência da ingestão alimentar agrava a incidência da cárie dentária.(6,7,34)

2.4 Doença Periodontal

O tecido periodontal é formado pela gengiva, o ligamento periodontal, cemento e osso alveolar e desempenha um papel fundamental na preservação dos dentes na cavidade oral. Caso este tecido se encontre lesado, estamos diante um caso de doença periodontal. Fatores genéticos, patologias sistémicas, tabaco e stress são fatores predisponentes a desencadear o desenvolvimento da doença.(6,42)

No caso dos transtornos alimentares pensa-se que existe uma relação entre estas e a doença periodontal. Estima-se que os doentes que sofrem de anorexia nervosa são mais afetados pela doença periodontal por negligenciarem, frequentemente, a sua saúde geral e em especial a higiene oral, tornando os tecidos periodontais mais suscetíveis à proliferação de infeções.(9,35) Os doentes com transtornos alimentares do tipo purgativo estão suscetíveis ao desenvolvimento da doença periodontal devido à irritação constante

provocada pelo vômito e pelo uso de medicamentos como os anticolinérgicos que provocam a hipossalivação e o aumento da papila gengival.(7,34,42)

2.5 Hipertrofia das Glândulas Salivares

A hipertrofia das glândulas salivares surge com aumento lento, não inflamatório ou neoplásico das glândulas salivares, especialmente a parótida uni ou bilateralmente, e pode levar à diminuição do fluxo salivar.(6,7) Esta hipertrofia é desencadeada por diversos fatores, nomeadamente a regurgitação do conteúdo ácido do estômago, a desnutrição, a ingestão rápida de grandes quantidades de alimentos, ou a alcalose metabólica, podendo ser sintomática ou assintomática. A severidade da hipertrofia está associada à frequência de vômitos autoinduzidos. (6,7,34,42)

Doentes com perturbações do comportamento alimentar ingerem grande quantidade de hidratos de carbono promovendo o estímulo constante das glândulas salivares, o que origina a sua hipertrofia. Entre 2 e 6 dias depois de um episódio de compulsão alimentar é possível verificar hipertrofia das glândulas parótidas. Contudo o aparecimento dessa hipertrofia depende da frequência da autoindução dos vômitos.(34,42,57) A ingestão excessiva de bebidas por parte destes doentes é também uma causa de distrofia salivar bilateral. Assim, estima-se que entre 8 a 59% dos doentes bulímicos apresentam um aumento do tamanho das glândulas parótidas.(42,57,58)

2.6 Xerostomia e Hipossalivação

A palavra xerostomia provém do grego *Xéro* (seco) e *stome* (boca), é o que usualmente se descreve como a sensação de boca seca. Deve-se a diversos fatores, nomeadamente à desidratação, à má higiene oral, ou a longos períodos de jejum por parte dos doentes com anorexia nervosa ou a deglutição rápida própria de doentes com compulsão alimentar. Já a hipossalivação é uma redução do fluxo salivar provocada por uma diminuição do funcionamento das glândulas salivares.(45,59)

A saliva desempenha inúmeras funções na cavidade oral designadamente na proteção das estruturas dentárias e dos tecidos moles, na fonação, na mastigação, na formação do bolo alimentar, na deglutição e nos processos gustativos.(35,58)

Devido à redução do fluxo salivar, pode haver aumento das glândulas salivares, e a ocorrência de alterações na mucosa oral, nos lábios apresentando-se secos, e de maior

incidência da cárie dentária. (6,7) O doente pode ainda apresentar sintomas como halitose, a dificuldade na fala, na mastigação ou na deglutição, a alteração do paladar, a sensação de sede frequente e ardor na língua, a dificuldade em usar a prótese, e pode ainda ser assintomático e só detetável devido ao aparecimento de lesões cariosas.(32,34,43,59)

Acontece também que no tratamento de doentes com perturbações do comportamento alimentar são vulgarmente prescritos antidepressivos tricíclicos que bloqueiam os recetores colinérgicos muscarínicos. Quando a estas patologias está associada o abuso de álcool e drogas, pode ocorrer um agravamento da redução do fluxo salivar.(47,58)

Outros fatores decorrentes do transtorno alimentar, nomeadamente a desidratação, a alteração morfológica das glândulas salivares, purgações frequentes, o desequilíbrio eletrolítico, devido a oscilações dos níveis de sódio e potássio, e a utilização abusiva dos diuréticos e laxantes, contribuem para o desenvolvimento de hipossalivação e consequentemente xerostomia.(60)

2.7 Bruxismo

O bruxismo é um habito parafuncional caracterizado por movimentos involuntários e estériótipados, como apertar ou ranger dos dentes e comumente apresenta manifestações circadianas, quando ocorre durante o sono é designado de bruxismo do sono, e de bruxismo acordado ou de vigília, de dia quando o individuo está acordado.(54)

Trata-se de um hábito de etiologia multifatorial, alguns fatores como o *stress*, a angústia, a ansiedade, o medo, a depressão, o uso de medicamentos, processos alérgicos, e problemas gastrointestinais, entre outros.(63–65)

As perturbações do comportamento alimentar podem também ser responsáveis pelo desenvolvimento de bruxismo nestes indivíduos. Em doentes com transtornos alimentares, se associado ao bruxismo houver frequentemente autoindução vômito, poderá haver o comprometimento dentes incisivos, pois o seu desgaste será muito maior. (43)

2.8 Mucosite

A mucosite oral surge como uma lesão esbranquiçada, inicialmente sem descamação de queratina, seguida da perda da própria camada, com reposição por mucosa atrofica, eritematosa, edemaciada e friável. Subsequentemente, há o aparecimento de áreas de ulceração com a formação de uma membrana superficial fibrinoperulenta, amarelada e

removível, desencadeando dor, ardência e desconforto que se acentua durante a alimentação ou higienização oral.(66,67)

Esta degradação epitelial da mucosa pode derivar da irritação causada pelo vômito e pela força provocada pelo mesmo. Está também associada, à rápida ingestão de alimentos, à desidratação e ao uso de objetos/dedo para induzir o vômito originando ferimentos, cujas cicatrizes são visíveis na mucosa oral.(43)

A reparação dos ferimentos da mucosa oral em doentes com transtornos alimentares é condicionada, ou mesmo impossível, uma vez que estes apresentam índices de má nutrição e avitaminose, principalmente do complexo B. A diminuição do pH causada pelos episódios de vômito, atua como um irritante local, bem como as alterações na quantidade, qualidade e da capacidade tampão da saliva refletindo-se em efeitos metabólicos que provocam irritação crónica das mucosas. (42,43)

2.9 Queilite

A queilite é uma lesão que se pode apresentar sob a forma de ulceração, de erosão, de inflamação ou incrustação que se restringe exclusivamente à mucosa labial, geralmente, acompanhada de uma sensação de dor e que se caracteriza pela presença de eritema e descamação da mucosa do lábio, podendo estar acompanhada por sulcos ou atrofia da mesma.(67)

Doentes com transtornos alimentares que recorrem à purgação podem apresentar descamação, eritema e atrofia à volta dos lábios, caracterizados por palidez e maceração labial, denominada queilite descamativa crónica. Nos casos mais graves pode levar a fissuras dolorosas nas comissuras labiais. Esta condição é reportada como uma consequência da má nutrição e do trauma, bem como resultado da proliferação de *Candida Albicans*. (42,43,68)

2.10 Candidíase Oral

A debilidade do sistema imunitário provocada pela carência nutricional e episódios de vômito autoinduzido observados em doentes com perturbações do comportamento alimentar são capazes de provocar alterações sistémicas e também alterações ao nível da flora comensal.(29,67)

A candidíase oral é uma infeção que pode ser desencadeada por diversas espécies de *Candida* que de forma comensal na cavidade oral. A proliferação da infeção está dependente

de fatores locais, do estado do sistema imunitário do hospedeiro e de características fenotípicas e genotípicas do agente infeccioso. A eclosão da mesma, deve-se, essencialmente, a um desequilíbrio entre o hospedeiro e a população microbiana derivado de alterações sistêmicas, relacionadas com carências nutricionais ou de outra natureza. Quando deixa de haver esse equilíbrio da microflora oral observa-se um aumento da proliferação desta espécie levando à candidíase oral.(42,67,68)

Os doentes com transtornos alimentares apresentam fatores predisponem à proliferação de *Candida Albicans*, como é o caso do pH ácido proveniente do vômito auto induzido; a hipossalivação, derivada das alterações na quantidade, qualidade e capacidade tampão da saliva; a deficiência em ácido fólico, ferro, e vitamina B e os traumas na mucosa que facilitam a proliferação das hifas do fungo, e dificultam o tratamento desta infeção.(68)

3. Intervenção

Numa primeira fase, aquando a anamnese, esta deve ser feita com perguntas indiretas, como por exemplo, quais os hábitos alimentares, se apresenta problemas gastrointestinais, de modo a evitar causar constrangimento ao doente, com o objetivo de colher informações suficientes que permitam fazer um correto o diagnóstico.(1,29)

Frequentemente o diagnóstico de doentes com perturbações do comportamento alimentar é feito numa fase já avançada do transtorno, e consequentemente o tratamento é iniciado tardiamente.(8,42,53)

Assim, o plano de tratamento vai depender do tipo e da severidade das lesões na cavidade oral provocada pelos distúrbios alimentares, bem como dos aspetos individuais e hábitos do doente.(6–8,29)

Navarro et al, concluíram que uma higiene oral meticulosa pode minimizar as lesões derivadas das perturbações do comportamento alimentar sobre a cavidade oral.(6)

Assim, o médico dentista deve motivar o doente a realizar diariamente uma boa higienização da cavidade oral, recomendando o uso de uma escova de dentes com cerdas macias, pastas dentífricas fluoretadas, bem como o uso regular de fio dentário, ou escovilhão quando aplicável.(29)

A neutralização dos ácidos gástricos, com antiácidos, imediatamente após um episódio de vômito autoinduzido é uma medida preventiva eficaz na diminuição de perda de

estruturas dentárias. Tendo em conta que, regra geral, a altura de indução do vômito é programada, esta medida preventiva, na prática não se torna difícil.(6)

Nos casos de erosões leves o uso de moldeiras com 1,1% de flúor em gel durante 5 minutos diários, poderá ajudar na remineralização do esmalte dentário; a reabilitação passa por restaurações diretas em resina composta. Em situações mais severas, o tratamento torna-se mais complexo, pois regra geral, há perda de dimensão vertical de oclusão, o doente apresenta hipersensibilidade dentária e a estética encontra-se comprometida. Inicialmente restabelece-se a dimensão vertical de oclusão com o auxílio de uma placa de acrílico e procede-se a um tratamento reabilitador mais extenso com facetas ou coroas.(1,9,69)

Para reduzir o desconforto causado pela xerostomia, pode ser indicado ao doente o aumento do consumo de água, a utilização de saliva artificial ou estimular o fluxo salivar através de pastilhas sem açúcar. Em casos mais graves, é recomendada a prescrição de sialogogos.(43)

Na terapêutica da mucosite é imprescindível motivar o doente para uma adequada higiene oral, já que a acumulação de placa bacteriana pode agravar o quadro clínico. Atualmente, não existe nenhum fármaco capaz tratar eficazmente a mucosite oral. Para o controlo da dor, podem ser prescritos, como anestésicos tópicos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides.(42,66)

Quanto às infeções desencadeadas por *Candida*, o tratamento consiste na utilização de antifúngicos como os derivados de agentes políenicos, do imidazol e triazóis. Contudo, a principal estratégia para evitar o desenvolvimento e a progressão das manifestações na cavidade oral decorrentes dos distúrbios alimentares passa por eliminar o agente causal.(6,8)

Fan & Jones, elaboraram um protocolo, onde são descritas seis etapas a serem seguidas pelo médico dentista perante doentes que apresentem perturbações do comportamento alimentar.(70)

- 1- Durante a anamnese deve-se avaliar os sinais e sintomas do doente e determinar a severidade do desgaste da superfície dentária;
- 2- Determinar a etiologia das lesões:
 - Dieta alimentar - é a causa provável da erosão sobre a superfície vestibular dos dentes anteriores, possível origem da hipertrofia das glândulas salivares, consequentemente leva a hipossalivação e xerostomia;

- Refluxo gástrico – erosão típica nos incisivos superiores devido ao ácido gástrico, causa hipersensibilidade dentária;
 - Atrição – o desgaste é na superfície oclusal, que pode ser uma causa de bruxismo;
 - Abrasão – o desgaste da estrutura dentária por fricção é devido a fatores extrínsecos;
- 3- Fazer registro clínico inicial com modelos de estudos e fotografias;
 - 4- Explicar a prevenção, a progressão e as causas das lesões ao doente, nomeadamente a remoção dos fatores etiológicos e definir estratégias preventivas. Encaminhar o paciente para uma equipa multidisciplinar;
 - 5- Consultas de controlo.

4. Papel do Médico Dentista no diagnóstico precoce

O exame da cavidade oral pode auxiliar na deteção precoce das perturbações do comportamento alimentar, pois está imediatamente exposta às alterações causadas por estas perturbações.(4,6,7)

Os transtornos alimentares são frequentemente escondidos pelos doentes e, por conseguinte, o seu diagnóstico é geralmente tardio.(6,43)

Uma anamnese detalhada é fulcral para entender os hábitos alimentares do doente, a sua autoestima, e a sua preocupação exagerada com a aparência e o peso. A história clínica e o exame físico do doente deve ser analisada meteticulosamente para que o médico dentista possa concluir se as manifestações clínicas encontradas na cavidade oral são ou não causadas por desordens alimentares. (9,13,20)

Em função dos diferentes sinais e sintomas apresentados pelos doentes com distúrbios alimentares, o médico dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a suspeitar e a sinalizar essa condição, e assim desempenhar um papel de extrema importância no diagnóstico dessas perturbações, uma vez que elas podem ser identificadas nas suas consultas de rotina de medicina dentária.(33,36,48)

Cabe, portanto, aos médicos dentistas diagnosticar precocemente e comunicar ao médico assistente a situação clínica do doente. Por esse motivo, é importante que os profissionais de saúde oral estejam consciente dos sinais clínicos característicos das perturbações do comportamento alimentar.(6,8)

Devido ao diagnóstico tardio de transtornos alimentares é que muitas das manifestações presentes na cavidade oral, como a perda da estrutura dentária entre outras, são irreversíveis e, mesmo que o transtorno alimentar seja travado, não há reversibilidade possível nessas lesões.(34)

O tratamento deve ser orientado por uma equipa multidisciplinar que inclua, médicos, médicos-dentistas, nutricionistas e psicólogos. Trata-se de um tratamento longo, que nem sempre é aceite pelos doentes, e assim, é necessário que o médico dentista atue imediatamente após o diagnóstico da perturbação do comportamento alimentar a fim de minimizar o aparecimento de novas lesões e tratar as lesões já instaladas.(9)

Contudo, por vezes, torna-se difícil persuadir o doente a procurar o tratamento. É, por isso, crucial que se estabeleça uma relação de empatia entre médico dentista e o doente para que este seja persuadido a tratar-se e reencaminhado para que este aceite tratar-se e seguir um plano organizado conforme as suas necessidade. (16,46,54)

Uma reabilitação oral extensa é fundamental para dar ao doente uma nova aparência facial estética que vai elevar a sua autoestima, além de lhe recuperar a funcionalidade perdida. No entanto, é importante referir que esta reabilitação, só deve ser desenvolvida, depois de uma prévia análise psiquiátrica que confirme que os comportamentos alimentares já estão estabilizados.(69)

CONCLUSÃO

As perturbações do comportamento alimentar podem ser consideradas doenças psiquiátricas com diferentes formas de manifestação desde a anorexia nervosa, à bulimia nervosa e ao transtorno da compulsão alimentar entre outras que não foram abordadas nesta revisão bibliográfica.

A etiologia destes distúrbios não é conhecida, pensando-se estar associada a múltiplos factores nomeadamente de índole psicológica, biológica, social, entre outras.

Manifesta-se na cavidade oral de várias formas, designadamente erosão, hipersensibilidade e cárie dentária, doença periodontal, hipertrofia das glândulas salivares, xerostomia e hipossalivação, o bruxismo, as mucosites, a queilite e candidíase oral.

É fundamental que ao se proceder ao exame objetivo da cavidade oral não se deixar de ter em atenção as manifestações acima referidas já que elas podem indiciar este tipo de transtornos.

O tratamento depende do tipo e do nível de gravidade das lesões na cavidade oral, sendo que para evitar o desenvolvimento e progressão destas lesões é necessário eliminar previamente o agente causal.

Assim, é crucial que, em toda a consulta de rotina de medicina dentária, sempre que sejam identificadas as manifestações já descritas na cavidade oral se avalie sempre a hipótese de existência destes transtornos de comportamento do foro alimentar .

Desta forma, o médico dentista pode ser um elemento chave no diagnóstico deste tipo de perturbações uma vez que, frequentemente, estas são escondidas pelo doente à própria família e ao seu médico assistente.

Em suma, é muito importante que haja uma maior atenção e conhecimento por parte do médico dentista sobre as perturbações do comportamento alimentar, assim como das manifestações que lhe estão associadas visto que pode ser um dos primeiros profissionais de saúde a ter o contacto e identificar esses sinais indicativos destas perturbações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernardi F, Harb ABC, Levandovski RM, Hidalgo MPL. Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2015;31(3):170–6.
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5 edition. Washington DC; 2013.
3. Ferreira T, Dantas. Eating Disorders: Main Symptoms and Psychical Characteristics. *Rev Uningá*. 2018;55:169–76.
4. Debate RD, Ph D, Severson H, Ph D, Zwald ML, Shaw T, et al. Development and Evaluation of a Web-Based Training Program for Oral Health Care Providers on Secondary Prevention of Eating Disorders. *J Dent Educ*. 2009;73(6):718–29.
5. Silva NCM, Santos GR, Nóbrega JPM, Neta M, Moraes EJF, Medeiros C, et al. Transtornos Alimentares: uma Breve Revisão da Literatura. *Int J Nutrology*. 2018;11(S 01):Trab772.
6. Navarro VP, Junior FM, Filho WT, Queir AM. Desordens alimentares : aspectos de interesse na odontologia. *Rev Gaucha Odontol*. 2011;59(0):15–8.
7. Aranha ACC, Eduardo C de P, Cordas TA. Eating Disorders Part I: Psychiatric Diagnosis and Dental Implications. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(6):1–11.
8. Barboza CA. Participação do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *Int J Dent*. 2011;32–7.
9. El Achkar VNR, Back-Brito GN, Koga-Ito CY. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2018;24(1):51.
10. Silva, Alves. Anorexia nervosa e bulimia nervosa : diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional. *Rev Min Ciências da saúde*. 2011;(3):1–17.
11. Hartmann AS, Koh KA, Sogg S, Murray HB, Eddy KT, Thomas JJ, et al. Do DSM-5 Eating Disorder Criteria Overpathologize Normative Eating Patterns among Individuals with Obesity? . *J Obes*. 2014;2014:1–8.
12. Farah MHS, Mate CH. Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência Practices of anorexia and bulimia as an aesthetics of existence. *Educ e Pesqui*. 2015;41(4):883–98.
13. Lopes CE. Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva. *Rev Bras Ter Comport e Cogn* . 2008;10(1):119–23.
14. Uzunian LG, Vitalle MS de S. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. *Cien Saude Colet* . 2015;20(11):3495–508.
15. Sachs K, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord*. 2016;21(1):13–8.

16. Lana F, Oliveira G De. Considerações sobre as anorexias e as específicas cidades das Considerations on anorexia and specific cities of contemporary neuroses. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2018;21(2):309–30.
17. International Classification of Diseases (ICD-11). 11th Revis. Brussels; 2018.
18. Araújo AC, Neto FL. No The new north american classification of Mental Disorders – DSM - 5. *Rev Bras Ter Comport e Cogn.* 2014;XIV:67–82.
19. Campos JGSC de;, Haack A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. *Com Ciências Saúde* . 2012;23(3):253–62.
20. Weinberg C, Berlinck MT. O jejum sagrado e o jejum anoréxico: maneiras radicais de lidar com as demandas do corpo. *Trivium Estud Interdiscip.* 2016;7(2):255–68.
21. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry* . 2015;2(12):1099–111.
22. Fonseca SL, Rena LCCB. Transtornos Alimentares na Adolescência: Em Busca do Corpo Ideal. *Mosaico Estud em Psicol.* 2008;2(1):9–15.
23. Santos FDG dos, Alves ICGCDCB, Mendonça SMS de. Nervous Anorexia and Nervous Bulimia : Oral Alterations and Dentist ' S Role on. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo.* 2015;27(1):33–42.
24. Ágh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 2016;21(3):353–64.
25. Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática Quality of life and eating disorders: a systematic review. *Cad Saúde Pública* . 2010;26(3):431–449.
26. Misra N, Mehra A, Misra P, Mehra J. Oral Manifestations of Eating Disorders. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2012;22(December):S19–22.
27. Barboza CAG, Moraes PD de, Alves MV de A, Carneiro DTO, Moura SAB de. Participations of the dental surgeons in the interdisciplinary and treatment of eating disorders. *IJD.* 2011;32–7.
28. Shaughnessy B, Feldman H, Cleveland R, Sonis A, Brown J, Gordon C. Oral Health and Bone Density in Adolescents and Young Women with Anorexia Nervosa. *J Clin Pediatr Dent* . 2008 Dec 1;33(2):87–92.
29. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev odontol UNESP Online* . 2010;39(4):241–5.
30. Melo MS de, Machado A da S. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia. *Rev Bras Odontol.* 2016;6–7.

31. Diniz NO, Lima DMA. The psychologist ' s action in the care of patients with bulimia nervosa ' s food disorders. *Rev humanidades*. 2017;214–22.
32. Clark DB. Patients with eating disorders: challenges for the oral health professional. *Can J Dent Hyg* . 2010;44(4):163–70.
33. Bhargava S, Motwani MB, Patni V. Oral implications of eating disorders: a review. *Arch Orofac Sci* . 2013;8(1):1–8.
34. Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite* 2012;59(2):499–504.
35. Di Fede O, Di Liberto C, Campisi G, Lo Muzio L, Panzarella V, Lo Russo L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis*. 2008;14(6):479–84.
36. Bloc L, Clara Nazareth A, Melo A, Moreira V. Transtorno de Compulsão Alimentar: Revisão Sistemática da Literatura. Vol. 11, *Revista Psicologia e Saúde*. 2018. 17 p.
37. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4 edition. Washington DC; 1994.
38. Pissiguelli R, Pereira PHGR, Silva BC, Dantas DG, Santos FF dos, de Araujo RL, et al. Relação Entre o Comer Emocional e o Transtorno de Compulsão Alimentar em Portadores de Síndrome Metabólica. *Int J Nutrology*. 2018;11(S 01):Trab688.
39. Runfola CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and Clinical significance of night eating syndrome in University students. *J Adolesc Heal* . 2014;55(1):41–8.
40. Cauduro GN, Pacheco JTB, Paz GM. Avaliação e intervenção no transtorno da compulsão alimentar (tca): uma revisão sistemática. *Psico*. 2018;49(4):384.
41. Bolognese M, Silva D da, Bianchini J, Nardo C, Bennemann RM, Junior N. Transtorno de Compulsão Alimentar: Fatores Associados em Adolescentes Sobrepesados e Obesos. *Thieme Revinter Publicações Ltda*. 2018;19(3):755–63.
42. Medeiros Junior R. Manifestações Orais e Maxilofaciais Secundárias à Bulimia Nervosa: Uma Revisão Sistemática. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12(2):279–84.
43. Ara D, Popoff V, Thyrsa T, Santa-rosa A, Freire AC, Biondi F, et al. Bulimia : manifestações bucais e atenção odontológica Bulimia : oral manifestations and dental care. *Rev Gaucha Odontol*. 2010;5.
44. Brandt LMT, Fernandes LHF, Aragão AS, Aguiar YPC, Auad SM, Castro RD De, et al. Relationship between Risk Behavior for Eating Disorders and Dental Caries and Dental Erosion. *Sci World J*. 2017;2017.
45. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):299–305.

46. Hermont AP, Oliveira PAD, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Auad SM. Tooth Erosion and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One . 2014 Nov 7;9(11):e111123.
47. Szupiany T, Pytko-Polończyk J, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. Psychiatr Pol . 2015;49(5):945—954.
48. Derchi G, Vano M, Peñarrocha D, Barone A, Covani U. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion. J Clin Exp Dent. 2015;7(1):e170–4.
49. Derceli J dos R, Faraoni JJ, Pereira-da-silva MA, Palma-Dibb RG. Analysis of the early stages and evolution of dental enamel erosion. Braz Dent J. 2016;27(3):313–7.
50. D. DeBate R. Psychosocial and Skill-based Differences between Dental and Dental Hygiene Students Regarding Secondary Prevention of Eating Disorders. J Oral Hyg Heal. 2014;02(01):1–6.
51. Davari A, Ataei E, Assarzadeh H. Dentin hypersensitivity: etiology, diagnosis and treatment; a literature review. J Dent (Shiraz, Iran). 2013;14(3):136–45.
52. Misra N, Mehra A, Misra P, Mehra J. Oral Manifestations of Eating Disorders. J Indian Acad Oral Med Radiol. 2012;22(December):S19–22.
53. Corrêa MCCSF, Lerco MM, Cunha M de LR de S da, Henry MAC de A. Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. Arq Gastroenterol. 2012;49(3):214–8.
54. Almeida, F. L., Rodrigues, Y. N. & Lima CM. Atenção odontológica ao paciente com bulimia-Revisão de Literatura. Cad Ciências Biológicas e da Saúde. 2014;4–5.
55. Carvalho MF, Carvalho RF, Cruz FLG, Rodrigues PA, Leite FPP, Chaves MGAM. Correlação entre a Merenda Escolar, Obesidade e Cariogenicidade em Escolares. Odonto. 2015;17(34):56–63.
56. Santos CMB, Cansanção V de O, Pernambuco L de A, Silva HJ da. Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão de literatura TT - Morphofunctional characteristics of the oropharyngeal tract in bulimia: review of literature. Rev CEFAC. 2010;12(2):308–16.
57. Ferreira CP, Gama ACC, Santos MAR, Maia MO. Laryngeal and vocal analysis in bulimic patients. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(4):469–77.
58. Paszynska E, Slopian A, Weglarz M LR. Parotid salivary parameters in bulimic patients - a controlled clinical trial. Psychiatr Pol. 2015;
59. Bruno V, Amato M, Catapano S, Iovino P. Dental erosion in patients seeking treatment for gastrointestinal complaints: a case series. J Med Case Rep [Internet]. 2015;9(1):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13256-015-0738-x>
60. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: A matched case-control study. Eur J Oral Sci. 2012;120(1):61–8.

61. Solanki N, Singh BP, Chand P, Siddharth R, Arya D, Kumar L, et al. Effect of mandibular advancement device on sleep bruxism score and sleep quality. *J Prosthet Dent* . 2017;117(1):67–72.
62. Carra MC, Huynh N, Fleury B, Lavigne G. Overview on Sleep Bruxism for Sleep Medicine Clinicians. *Sleep Med Clin*. 2015 Sep 1;10(3):375–84.
63. Sanz D, Fonseca J OT. Disfunções Temporomandibulares: uma abordagem multidisciplinar. *Soc Port Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacia*. 2015;2ed.
64. Crosara T, Cunha A. Temporomandibular Joint Dysfunction Predictors of success for mandibular repositioning appliance in obstructive sleep apnea syndrome. *Braz Oral Res*. 2017;31:1–10.
65. Murali R, Rangarajan P, Mounissamy A. Bruxism: Conceptual discussion and review. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7(5):267.
66. Figueiredo ALP, Lins L, Cattony AC, Falcão AFP. Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(5):467–74.
67. Neville, Damm, Allen, Chi. *Patologia Oral e Maxilofacial* (Google eBook). 4th editio. Elsevier; 2011. 992 p. Available from: <http://books.google.com/books?id=TCoqQ5jnQ7wC&pgis=1>
68. Nuernberg Back-Brito G, Da Mota AJ, De Souza Bernardes LA, Takamune SS, De Fátima Gomes Barbosa Prado E, Athanássios Cordás T, et al. Effects of eating disorders on oral fungal diversity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;113(4):512–7.
69. Vasconcelos FMN. Erosão Dental: Diagnóstico, Prevenção E Tratamento No Âmbito Da Saúde Bucal. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2010;14(1):59–64.
70. Fan, K. F. M. & Jones J. *Osces for dentistry*. Pastest Ltd. 2013;113.

ANEXOS

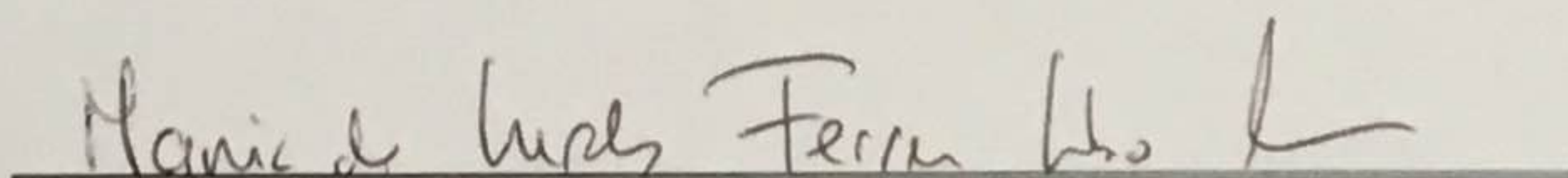
PARECER

Declaro que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante Maria do Carmo de Queiroz e Lencastre de Menezes e Cruz, do 5º ano do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, subordinado ao tema: “Perturbações do comportamento alimentar e saúde oral”, se encontra de acordo com as regras estipuladas pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Mais informo que o referido trabalho, foi por mim conferido e se encontra em condições de ser apresentado em provas públicas.

Porto, 24 de Maio de 2019

A Orientadora,



Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

(Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto)

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação

Declaro, que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação, integrado no Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

Porto, 24 de Maio de 2019

A autora,

Maria do Carmo de Queiroz e Lencastre de Menezes e Cruz

Maria do Carmo de Queiroz e Lencastre de Menezes e Cruz