U.PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Impacto dos distúrbios alimentares na cavidade oral

Impact of eating disorders on oral cavity

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

Raquel Maria Moreira Pinto

ORIENTADORA

Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2024

Em homenagem á minha eterna Avó Palmira ...

AGRADECIMENTOS

Todos nós já passamos por situações na vida em que nada correu como planeado. E nessas alturas temos sempre tendência a culpar coisas externas a nós próprios.

Contudo, aquilo que não entendemos é que o segredo do sucesso no nosso caminho está em levantar as vezes que forem necessárias e nunca desistir dos nossos sonhos.

‘’ O sucesso é alcançado por aqueles que não desistem’’. Como tal, primeiramente, agradeço a mim mesma por ter percorrido este longo e difícil caminho, sem nunca ter baixado os braços.

Em segundo lugar, agradecer á pessoa mais importante da minha vida, á pessoa que sempre me apoiou tanto neste percurso como em todos os momentos da minha vida, sem nunca questionar as minhas escolhas.

Mãe, um eterno obrigado a ti, por tudo.

Agradeço, também, às amizades especiais que a faculdade me deu, que contribuíram para a minha evolução e aprendizagem ao longo do curso, que me encorajaram em todas as adversidades e que partilharam comigo os momentos bons e menos bons.

Aos professores, por todo o conhecimento que, incansavelmente, me transmitiram.

Por fim, e não menos importante, á Professora Isabel Pires. Uma professora que não conhecia antes, mas que á última hora aceitou, sem hesitações, ser minha orientadora na execução desta monografia. Obrigado, Professora, por toda a praticidade e disponibilidade que teve para me ajudar nesta reta final do curso.

E, assim, um ciclo se fecha para outro se iniciar ...

RESUMO

Introdução: O impacto que as redes sociais tem na obsessão de obter um corpo perfeito, principalmente na população mais jovem, está intimamente relacionado com o crescente aumento dos distúrbios alimentares tais como anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar. Estes distúrbios tem um forte impacto na saúde oral dos pacientes.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se fazer uma revisão bibliográfica das diferentes características dos distúrbios alimentares e das consequências que estes distúrbios provocam na cavidade oral. Também se pretende realçar a importância dos médicos dentistas no diagnóstico precoce destas doenças, uma vez que, os primeiros indicadores destes distúrbios podem detetados durante as consultas de rotina, através de sinais presentes na cavidade oral.

Materiais e métodos: Para a elaboração desta revisão, foi feita uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas tais como Pub MED, Scopus, Web of Science e Google Académico, restringindo-se a artigos publicados nos últimos 5 anos e escritos em inglês, português ou espanhol, com texto integral disponível.

Desenvolvimento: Através da literatura pesquisada, pode-se afirmar que tem ocorrido um aumento significativo da prevalência dos distúrbios alimentares. Este aumento tem um impacto negativo na cavidade oral.

Nas consultas de rotina, o exame da cavidade oral pode auxiliar na deteção precoce de distúrbios alimentares que, frequentemente, são omitidos pelos pacientes. As manifestações mais comuns na cavidade oral são: erosão dentária, hipossalivação e xerostomia, hipersensibilidade, cárie dentária, doença periodontal, mucosite e queilite, alterações nas glândulas salivares e bruxismo.

Conclusão: É fundamental que todos os médicos dentistas estejam informados sobre os impactos que os distúrbios alimentares têm na cavidade oral para que possa ser feito um diagnóstico precoce e, assim, evitar o agravamento da doença.

Palavras-chave: distúrbios alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, complicações orais, erosão dentária

ABSTRACT

Introduction: The impact that social media has on the obsession with achieving a perfect body, especially in the younger population, is closely related to the increasing of eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. These disorders have a strong impact on the oral health of patients.

Objective: With this work aim to conduct a literature review of the different characteristics of eating disorders and the consequences they cause in the oral cavity. It is also aim to highlight the importance of dentists in the early diagnosis of these diseases, as the initial indicators of these disorders are detected during routine consultations, through signs present in the oral cavity.

Materials and methods: For the elaboration of this review, a bibliographic search was conducted in scientific databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar, restricting to articles published in the last 5 years and written in English, Portuguese, or Spanish, with full text available.

Development: Through the researched literature, it can be stated that there has been a significant increase in the prevalence of eating disorders. This increase has a negative impact on the oral cavity. During routine consultations, the examination of the oral cavity can help in the early detection of eating disorders, which are often omitted by patients. The most common manifestations in the oral cavity include: dental erosion, hyposalivation and xerostomia, hypersensitivity, dental caries, periodontal disease, mucositis and cheilitis, alterations in the salivary glands, and bruxism.

Conclusion: It is essential that all dentists are informed about the impacts that eating disorders have on the oral cavity so that an early diagnosis can be made, preventing the worsening of the disease.

Key Words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, oral complications, dental erosion

Índice

AGRADECIMENTOS 3

RESUMO 4

ABSTRACT 5

INTRODUÇÃO 7

1. Classificação dos distúrbios alimentares 9

   1.1 Anorexia Nervosa 9
   1.2 Bulimia Nervosa 11
   1.3 Transtorno da compulsão alimentar 14

2. Complicações na cavidade oral 16

   2.1. Erosão Dentária 16
   2.2. Hipossalivação e Xerostomia 18
   2.3. Hipersensibilidade Dentária 18
   2.4. Cárie Dentária 19
   2.5. Doença Periodontal 20
   2.6. Mucosites e Queilite 21
   2.7. Alterações das Glândulas Salivares 21

3. Relevância do Médico Dentista no diagnóstico e tratamento dos distúrbios alimentares 22

CONCLUSÃO 25

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

INTRODUÇÃO

Os distúrbios alimentares são doenças psicológicas graves geradas através de comportamentos alimentares disfuncionais provocados por uma imagem distorcida do próprio corpo. Estas doenças podem sem caracterizadas quer pela abundância quer pelo défice na ingestão alimentar, ocorrendo uma distorção a nível cognitivo e percetivo por parte dos indivíduos. [1]

Existe, atualmente, uma grande pressão por parte das redes sociais no que toca ao formato de corpo ideal, principalmente nos jovens, tanto em mulheres como em homens. As mulheres são influenciadas a serem magras e os homens a serem exageradamente musculados. Este tipo de pressão social pode causar uma insatisfação do próprio corpo que levam á prática de dietas extremas e métodos pouco saudáveis de controlo de peso que, eventualmente, levam ao desenvolvimento de transtornos alimentares. [2]

Os distúrbios alimentares têm uma etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Fatores genéticos podem predispor os indivíduos a desenvolverem esses transtornos enquanto fatores psicológicos, como autoestima baixa e distorção da imagem corporal, desempenham um papel significativo e perpetuam a doença. [3]

Segundo Feng B, et al, os três transtornos alimentares mais comuns são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar. [1]

Os distúrbios alimentares são o terceiro distúrbio mental crónico mais frequente e afeta principalmente população do género feminino. Por sua vez, o género masculino apresenta uma prevalência de 5% e 10%. [1, 4]

Para além das várias alterações sistémicas que estes distúrbios provocam no individuo, também ocorrem alterações que podem causar um impacto significativo na cavidade oral. A principal alteração, principalmente em casos de

bulimia nervosa, é a erosão dentária. Para além do desgaste causado pela erosão dentária, também ocorre o aparecimento de cárie dentária devido a dietas desequilibras e escassa higiene oral, inflamação das glândulas salivares, xerostomia, doença periodontal, lesões nos tecidos moles e hipersensibilidade. Estas alterações podem resultar em dificuldades na alimentação, agravando ainda mais os problemas de saúde associados aos distúrbios alimentares. [5-7]

Uma vez que os distúrbios alimentares causam prejuízos graves na saúde em geral dos indivíduos, é importante aplicar uma terapêutica multidisciplinar que

passa por consultas de nutrição, psicologia, medicina dentária e consultas de endocrinologia.

Para DeBate *et al.*, a cavidade oral pode funcionar como uma deteção precoce para alertar, no que diz respeito à presença de problemas de saúde mental e física. [8]

É na cavidade oral que estão expostas todas as alterações sofridas quer pela má ingestão alimentar quer pelas consequências que estes distúrbios alimentares provocam. Como tal, os médicos dentistas têm um papel fundamental no diagnóstico precoce. Muitas das vezes, durante os exames de rotina e através de uma detalhada anamnese, estes são os primeiros profissionais de saúde a observar as alterações presentes na cavidade oral e a detetar a presença destes problemas, o que é crucial uma vez que, na maioria dos casos, são omitidos pelos pacientes. [9-11]

Para além da deteção precoce, o médico dentista também é fundamental na implementação de estratégias preventivas para o tratamento de novas lesões que possam surgir e para o correto encaminhamento multidisciplinar, contribuindo assim para uma abordagem terapêutica holística na recuperação dos pacientes. [12]

DESENVOLVIMENTO

1. Classificação dos distúrbios alimentares

1.1. – Anorexia Nervosa

Segundo os critérios de classificação DSM (Manual of Mental Disorders), a palavra Anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) e do prefixo *an* (ausência), sendo que não se considera uma designação adequada uma vez que indivíduos anoréticos não apresentam falta de apetite na ingestão alimentar. Estes indivíduos conseguem manter, deliberadamente, uma atitude de autocontrole para não ingerirem alimentos com o objetivo de perder peso. [13]

A anorexia nervosa é considerada um transtorno mental grave estimando-se que a sua incidência, atualmente, é de 0,5%-1% em adultos, em toda a Europa. As populações adolescentes do sexo feminino são mais predominantemente afetadas devido á pressão social que sofrem no que toca á ideia de corpo perfeito, embora nos últimos anos tenha ocorrido uma crescente incidência nos homens também. [13, 14]

Segundo *Starzomska, M et.al* a anorexia nervosa é particularmente difícil de tratar devido ao seu alto grau de cronicidade e ao elevado risco de recaídas. Apenas cerca de metade dos pacientes diagnosticados com esta patologia conseguem recuperar totalmente, 50% desenvolvem forma grave da doença e 20% desenvolve doença crónica. De um modo geral, os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia nervosa crónica incluem a persistência dos sintomas e as falhas no sucesso do tratamento. [15]

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por uma preocupação excessiva com o peso corporal. São gerados comportamentos alimentares inadequados devido a uma imagem distorcida do próprio corpo, ou seja, estes pacientes sentem-se e vêem-se gordos e como tal apresentam uma restrição severa na ingestão de alimentos. Além de uma alimentação muito restrita, que consequentemente leva a uma perda brusca de peso e a uma desnutrição, há também uma prática intensa de exercício físico e, por vezes, o recurso a uso de laxantes e produtos diuréticos e dietéticos. [1, 2, 16]

Quando o índice de massa corporal (IMC) se encontra abaixo de $17,5Kg/m^2$ o individuo é considerado desnutrido. [1, 17]

De acordo com DMS-5 (*Manual of Mental Disorders – 5 edition*), alterada em 2022, a anorexia nervosa pode ser diagnosticada se o individuo apresentar como sintomas a restrição calórica em relação às suas necessidades básicas (levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física) e medo excessivo em ganhar peso ou engordar, apresentando uma perturbação na sua perceção de peso ou na sua forma corporal, mesmo que apresente um peso normal ou até significativamente baixo. [2, 17]

Por sua vez, de acordo com o ICD-11 (*International Classification of Diseases*), são considerados como critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa a perda significativa de peso, um padrão persistente de alimentação restritiva e uma imagem distorcida do peso/forma corporal. Portanto, tanto o DSM-5 como o ICD-11, consideram o baixo peso autoinduzido e as distorções da própria imagem corporal como critérios necessários ao diagnóstico. [2]

Existem dois tipos principais de anorexia nervosa, reconhecidos nos critérios diagnósticos do DMS-5: anorexia nervosa restritiva e anorexia nervosa compulsiva/purgativa. [18-20]

Na anorexia nervosa restritiva o individuo apresenta perda de peso essencialmente através de restrição alimentar (jejum prolongado) e á prática excessiva de exercício físico com o intuito de queimar calorias. Na anorexia nervosa compulsiva/purgativa, além da restrição alimentar, o individuo apresenta comportamentos purgativos, como por exemplo a indução do vómito após a ingestão alimentar e/ou o uso de laxantes e diuréticos. Estes comportamentos purgativos surgem como uma espécie de compensação após episódios de compulsão alimentar (grande ingestão calórica).[2, 13, 18, 19]

Ao contrário da maioria dos outros distúrbios de saúde mental, nos quais a saúde física pode ser completamente normal, na anorexia nervosa a saúde física está inquestionavelmente comprometida. Múltiplas complicações médicas ocorrem em todo o corpo e vão-se tornando mais graves á medida que a gravidade da doença aumenta. [21]

Problemas cardíacos, gastrointestinais e pulmonares, anemias, leucopenias, múltiplas anormalidades endócrinas, perda de músculo e densidade óssea, alterações dermatológicas, infertilidade e atrofias a nível do sistema nervoso são algumas das complicações que a restrição alimentar provoca no individuo. [19, 21]

Este distúrbio é considerado, dentro dos transtornos psiquiátricos, o que apresenta maior taxa de mortalidade, sendo que metade das mortes se deve a suicídio e outra metade às complicações clínicas que decorrem ao longo da doença. [19]

A pandemia COVID-19 levou ao desenvolvimento e agravamento dos transtornos alimentares. Entre 2018 e 2021 ocorreu um aumento de 10% no número de internamentos por casos de transtornos alimentares. Durante o período de isolamento social, devido á interrupção das atividades diárias, à pouca frequência das sessões de tratamento e ao aumento dos níveis e ansiedade e stress, despoletou um aumento do agravamento dos casos. Também o facto de a população, principalmente a mais jovem, passar mais tempo nas redes sociais contribuiu para o aumento desta taxa.[22, 23]

As consequências que a anorexia nervosa desenvolve na cavidade oral são mais evidenciadas em casos de anorexia do tipo purgativa uma vez que pode apresentar erosão dentária, sensibilidade, hipertrofia de as glândulas salivares, hipossalivação, entre outras. Na anorexia do tipo restritivo, as alterações não são tão evidenciadas. No entanto, pode-se observar alterações na densidade óssea resultante da possível osteoporose como consequência da desnutrição.[5, 24]

1.2. – Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa, considerada uma doença mental 4 vezes mais frequente que a anorexia nervosa, é caracterizada por uma compulsão alimentar seguida por comportamentos purgativos compensatórios, que incluem a indução do próprio vómito, o uso de diuréticos e laxantes e o uso indevido de insulina. Normalmente, os episódios de compulsão alimentar envolvem a ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos e, após esses episódios, os indivíduos tem tendência a sentir culpa ou remorsos,

levando a comportamentos purgativos compensatórios para evitar ganho de peso. [2, 13, 18]

Foi relatado que a prevalência de bulimia nervosa ao longo da vida varia de 1 a 2% e afeta principalmente mulheres na faixa etária entre os 20 e 40 anos, contudo, por norma, surge no final da adolescência. [19]

De acordo com DMS-5 (*Manual of Mental Disorders – 5 edition*), a bulimia nervosa pode ser diagnosticada se o individuo apresentar episódio recorrente de compulsão alimentar, uso recorrente de produtos inadequados para prevenir ganho de peso e se estes comportamentos ocorrerem, pelo menos, uma vez por semana durante 3 meses. [25]

Por sua vez, de acordo com o ICD-11 (*International Classification of Diseases*), além dos referidos segundo os critérios de DSM-5, são considerados, também, como critérios para o diagnóstico de bulimia nervosa a frequência de desejos fortes por comida, o paciente ingere grandes quantidades de comida em curtos períodos. [2]

A compulsão alimentar também pode ser utilizada para o diagnóstico de bulimia nervosa em estudos clínicos, sendo que, quando os indivíduos são submetidos a estimulação alimentar, os que apresentam bulimia apresentam menor controle inibitório. Como tal, foram estudadas algumas hormonas que estivessem relacionadas com o comportamento alimentar. [3, 26]

A grelina e a leptina são duas hormonas importantes que desempenham papéis chave na regulação do apetite e do peso corporal.

A grelina é produzida principalmente pelo estômago e sinaliza o cérebro que está na hora de comer. Níveis elevados de grelina estão associados á sensação de fome e, como tal, foi estudado que respostas anormais da grelina á saciedade podem levar a comportamentos de compulsão alimentar em pacientes com bulimia nervosa.[3]

A leptina é produzida principalmente pelo tecido adiposo e atua como um sinalizador da saciedade, transmitindo ao cérebro a informação de que o organismo possui reservas suficientes de energia. Alguns estudos descobriram que os níveis reduzidos de leptina podem ser observados em indivíduos com baixo peso, o que pode acontecer em casos graves de bulimia e restrição alimentar. Contudo, em alguns casos de bulimia, os níveis de leptina podem estar normais (ou até elevados), indicando apenas uma disfunção na regulação de hormonas e não um transtorno alimentar.

Portanto, segundo vários estudos, a relação entre grelina e a leptina podem ser importantes no desenvolvimento da bulimia nervosa, que pode variar entre indivíduos, abrindo portas para uma maior compreensão da relação entre estas hormonas e este tipo de transtorno alimentar.

Tal como verificado nos casos de anorexia nervosa, a etiologia da bulimia não é conhecida. No entanto, sabe-se que pode haver múltiplos fatores determinantes tais como fatores genéticos, psicológicos, biológicos, familiares e socioculturais e, por norma, surge em indivíduos inseguros, com baixa autoestima, com depressão, uma vez que estão mais suscetíveis a nível emocional.[27]

A nível de complicações sistémicas, em pacientes que sofram deste distúrbio alimentar, é muito comum a presença de úlceras na garganta e no esófago, provocado pela indução do vómito, presença de calos nas mãos, problemas nos tratos respiratórios, gastrointestinais e cardíacos, e, nos casos de pacientes do sexo feminino, irregularidades na menstruação.

Uma característica comum nestes pacientes é a presença dos calos na mão, denominado de sinal de Russell. Sinais de Russell são lesões presentes no dorso da mão, causado pelos incisivos, que surgem como consequência de introduzir a mão na boca para induzir o vómito. Os pacientes podem ainda apresentar sinais de erosão nas unhas provocado pelo ácido gástrico do vómito induzido.

Os primeiros sinais clínicos que surgem após frequente indução de vómito, ocorre essencialmente a nível da cavidade oral. A erosão dentária é a manifestação oral mais comum devido á regurgitação crónica. Isto torna o papel do médico dentista crucial uma vez que podem ser os primeiros profissionais de saúde a detetarem precocemente a doença e, assim, encaminhar o paciente para tratamento especializado e, também, crucial uma vez que estes pacientes, como podem apresentar peso normal ou até elevado, conseguem esconder melhor a doença e torna-se mais complicado o seu diagnóstico

1.3. – Transtorno da compulsão alimentar

O transtorno da compulsão alimentar é uma condição psicológica caracterizada por episódios recorrentes de uma grande ingestão alimentar, acompanhados por uma falta de autocontrole, ou seja, sem que o individuo consiga parar de comer. Estes indivíduos, normalmente, ingerem os alimentos de forma muito rápida, mesmo quando não sentem fome, e podem continuar a comer mesmo quando estão fisicamente desconfortáveis. Posteriormente, sentem culpa ou remorso do seu comportamento, gerando sentimentos de culpa e baixa autoestima. [1, 2, 28]

Contrariamente ao que acontece em pacientes com bulimia, estes pacientes, por norma, não recorrem a comportamentos compensatórios, como a indução do vómito, nem ao uso excessivo de exercício físico. No entanto, sofrem grandes oscilações de peso e problemas de saúde graves associados á obesidade.[28, 29]

De acordo com DMS-5 (*Manual of Mental Disorders – 5 edition*), o transtorno da compulsão alimentar pode ser diagnosticado se o individuo apresentar episódios recorrentes de compulsão alimentar, angústia acentuada relacionada com a compulsão alimentar e se estes episódios ocorrerem pelo menos uma vez por semana durante três meses.[17]

Estima-se que este transtorno alimentar afete cerca de 2% a 3% da população, sendo muito mais prevalente no sexo feminino, e surge mais frequentemente em indivíduos obesos com uma prevalência de 5% a 30%. [28]

Segundo *petribu et al.,* pacientes que sofram com transtorno da compulsão alimentar ingerem maior quantidade de alimentos do que indivíduos obesos sem terem este transtorno. No entanto, há indivíduos obesos que relatam o desejo de perder peso apesar de ser difícil controlar os impulsos alimentares. Como tal, o tratamento torna-se bastante complicado uma vez que episódios de compulsão tem a aumentar o peso corporal. [30]

Etiologicamente, vários autores afirmam que, tal como noutros distúrbios, fatores biológicos, psicológicos e sociais são fatores

determinantes, mas, também, afirma-se que o fator desencadeante deste distúrbio é o stress.[26]

Algumas hormonas secretadas pelo estomago, como a grelina e a leptina, podem estar relacionadas com a ingestão alimentar e stress. Estudos realizados mostraram que a deficiência de grelina afeta o comportamento e o metabolismo em ratos que comem compulsivamente. No entanto, o impacto da hormona grelina não foi totalmente elucidada, apenas se constatou que altera o momento da ingestão de alimentos e o metabolismo. [30, 31]

Já segundo outros estudos, o aumento dos níveis de leptina no organismo, tem relação com o transtorno da compulsão alimentar, nomeadamente com a recorrência dos episódios de compulsão e, consequentemente, o aumento de tecido adiposo. . [30, 31]

Relativamente a complicações sistémicas, a diabetes é a complicação mais frequente, e isto é preocupante uma vez que a diabetes é um dos maiores problemas de saúde publica. [23, 25]

Aparentemente, os hidratos de carbono e alimentos com elevado índice glicémico são os escolhidos pelos pacientes nos episódios de compulsão. Associando este facto a uma higiene oral escassa, este tipo de transtorno também contribui para o aparecimento de patologias orais. Nomeadamente o aumento significativo de cárie dentária, principalmente pela elevada quantidade de hidratos de carbono ingeridos, o aumento de xerostomia devido á utilização de terapia medicamentosa, aumento da dificuldade na deglutição, uma vez que a hipossalivação causa dificuldade na emulsão do bolo alimentar, entre outras complicações. [11, 32]

Estes três principais distúrbios alimentares apresentam características muito similares e, como tal, no momento do diagnóstico do quadro clínico, é importante despistar outras doenças do foro psicológico para se conseguir obter um diagnóstico correto e agir no tratamento da doença.

2. Complicações na cavidade oral

Nas consultas de rotina, o o exame da cavidade oral torna-se num aliado fundamental no tratamento dos distúrbios, uma vez que, pode auxiliar na sua deteção precoce que, na maioria das vezes, são omitidos por parte dos pacientes.

As complicações orais mais comuns presentes na cavidade oral são: erosão dentária, xerostomia e hipossalivação, hipersensibilidade, cárie dentária, doença periodontal, mucosite e queilite e alterações nas glândulas salivares.[33]

2.1 – Erosão Dentária

A erosão dentária é caracterizada por um processo de desgaste do esmalte dentário causado por ácidos, sem a influência de bactérias como ocorre na cárie. É, portanto, uma lesão não cariosa. Este desgaste dentário resulta numa perda da estrutura dentária irreversível e de uma forma progressiva ao longo do tempo.[34]

Esta complicação oral é a condição mais frequentemente associada a transtornos alimentares, principalmente quando há comportamentos purgativos.[35]

A erosão dentária pode ser classificada em extrínseca e intrínseca. Esta classificação é referente á origem dos ácidos que causam o desgaste.

Na origem extrínseca, a origem do ácido é causada por fontes externas ao corpo, frequentemente através de alimentos e bebidas ácidas, refrigerantes, frutas citricas e, também, por ácido clorídrico em produtos de limpeza ou ácido fosfórico em alguns produtos de higiene oral. Normalmente afeta as superfícies vestibulares, onde a exposição aos ácidos é maior.

Na origem intrínseca, a origem do ácido é causada por condições do próprio individuo, ou seja, provocada pelo interior do corpo do paciente. O refluxo do ácido gástrico, comum nos transtornos alimentares, é uma fonte intrínseca deste processo, uma vez que o ph deste ácido está muito próximo do valor critico para a dissolução do esmalte, provocando, assim, o seu desgaste.[7, 35]

Os distúrbios alimentares, particularmente a bulimia nervosa, podem aumentar potencialmente o risco de erosão dentária uma vez que podem estar associadas á ingestão excessiva de alimentos e/ou bebidas ácidas seguidas de vómito após cada refeição.[36]

O contacto frequente dos dentes com ácidos gástricos durante um longo período, provoca um desgaste dentário, ocorrendo desmineralização, que inicialmente afeta o esmalte e, com a progressão para um estágio mais avançado, a dentina fica exposta.[37]

Considerando a sua localização e intensidade, a erosão dentária pode ser dividida em três classes. Classe I quando a erosão atinge apenas esmalte, classe II quando abrange menos de 1/3 da dentina e classe III quando atinge mais que 1/3 da dentina.[35]

As manifestações clínicas da erosão dentária podem variar dependendo da extensão e da gravidade. Os pacientes que sofrem de erosão dentária apresentam os dentes com uma cor mais amarelada, o esmalte perde o seu brilho, superfícies foscas, polidas e duras, perda da anatomia dentária, hipersensibilidade dentária e, em casos mais graves, exposição pulpar. Em casos de restaurações com amálgama dentária, podemos verificar as chamadas ‘’ilhas de amálgama’’, que acontece com o desgaste dentário. O ácido gástrico tem uma capacidade erosiva muito menor na amálgama, comparando com a superfície dentária, e, como tal, as restaurações acabam por ficar elevadas em relação ao dente, formando uma espécie de ilhas. [38]

As superfícies palatinas e incisais dos dentes anteriores superiores são as mais atingidas. As faces vestibulares e oclusais superiores e inferiores dos dentes posteriores são moderadamente afetadas. As faces linguais dos dentes anteriores inferiores, devido á proteção que tem pela ação da saliva, por norma, não são atingíveis. [26, 36, 39]

No que diz respeito ao tratamento da erosão dentária, é importante, primeiramente, identificar o fator etiológico e controlar a evolução do processo erosivo.

Em casos de distúrbios alimentares, deve-se encaminhar estes pacientes para os profissionais de saúde especializados, nomeadamente psicólogos e nutricionistas. [6]

2.2 – Hipossalivação e Xerostomia

A xerostomia e hipossalivação são termos utilizados para descrever a redução do fluxo salivar, dando uma sensação de boca seca. A saliva desempenha funções importantes na cavidade oral, nomeadamente, proteção (capacidade tampão), ajudar no processo de digestão, facilitar na deglutição, proteger os dentes contra cárie dentária, manter a boca húmida e auxiliar na fala. [24, 34]

A possível causa para esta complicação oral pode dever-se a vários fatores. Pode ocorrer devido a uma má higiene oral, á toma de medicamentos, a desidratação (beber pouca água), a longos períodos de jejum, entre outros.[40]

Quando ocorre a diminuição do fluxo salivar por estes fatores externos, ocorre a xerostomia, que pode ser temporária ou crónica. Hipossalivação é quando ocorre uma diminuição do fluxo salivar provocada por uma diminuição do funcionamento das glândulas salivares.[41]

Em pacientes que estejam em tratamento de distúrbios alimentares, frequentemente são-lhes prescritos antidepressivos tricíclicos que bloqueiam os recetores colinérgicos muscarínicos que, consequentemente, provoca um agravamento da redução do fluxo salivar. [4]

Outros fatores que ocorrem devido a distúrbios alimentares, como a desidratação, purgações frequentes, a utilização em excesso de produtos laxantes e diuréticos, entre outros, têm um grande contributo para o desenvolvimento de hipossalivação e, consequentemente, xerostomia.[24, 41]

2.3 – Hipersensibilidade Dentária

A hipersensibilidade dentária, também conhecida como sensibilidade dentinária, é uma condição em que os dentes ficam sensíveis a estímulos externos, como alimentos quentes e/ou frios, doces e ácidos.

É caracterizada por uma dor agudo, subida e de curta duração (a dor para após a remoção do estímulo) que surge devido á exposição da dentina em resposta a estímulos químicos, térmicos, táteis e osmóticos.

A sensibilidade ocorre quando a dentina se encontra exposta devido a lesões não cariosas de esmalte (erosão, abfração e abrasão) ou a cárie dentária. A dentina exposta apresenta menos resistência do que o esmalte e, como tal, a sua desmineralização é mais rápida. [42, 43]

A teoria da hidrodinâmica, proposta por Brannstrom, é, atualmente, a teoria mais aceite para explicar a transmissão da dor na dentina. Esta teoria defende que, devido estímulos externos, ocorre uma movimentação rápida de fluidos no interior dos túbulos dentinários expostos que vai despoletar a excitação das terminações nervosas na parede pulpar, o que desencadeia a dor. [44]

Em pacientes que sofram de distúrbios alimentares, principalmente do tipo purgativo, a hipersensibilidade é uma complicação frequente devido a erosão dentária provocada pelo vómito induzido. Pensa-se que cerca de 47% dos doentes que sofrem de bulimia do tipo purgativo apresenta hipersensibilidade dentária como consequência do desgaste provocado pelo ácido gástrico. [10, 11, 39]

No que diz respeito ao tratamento, só há sucesso quando é identificado o fator etiológico para, posteriormente, ser eliminado. Acredita-se que o tratamento passa pela oclusão dos túbulos dentinários para que deixe de ocorrer a movimentação de fluidos no seu interior. Como tal, tratamentos restauradores com ionómero de vidro, resinas compostas ou até mesmo a conjugação de ambas, são opções aconselháveis para a melhoria desta complicação. [11, 27]

2.4 – Cárie Dentária

A cárie dentária é uma doença oral que resulta da colonização de bactérias, principalmente *Streptococus mutans*, na superfície dentária que metabolizam hidratos de carbono e produzem ácidos, provocando a dissolução do fostato de cálcio das camadas superficiais do esmalte.

Pacientes com distúrbios alimentares têm uma enorme tendência a ingerir grandes quantidades de hidratos de carbono e açucares, aumentando o risco de desenvolvimento de lesões cariosas. [4, 45]

No entanto, ainda não está bem clara na literatura a relação entre os distúrbios alimentares e a cárie dentária, uma vez que, o risco de desenvolver esta lesão é individual e depende da higiene oral e dos hábitos de cada individuo.[4, 42]

Pacientes que tenham tendência a negligenciar a sua higiene oral têm maior risco de desenvolvimento de cárie dentária. Os usos de medicamentos antidepressivos também podem contribuir para o aparecimento de cárie devido á diminuição do fluxo salivar que este tipo de medicamentos provoca.

Dos três grupos de distúrbios alimentares mais frequentes, estima-se que o transtorno da compulsão alimentar seja o que mais contribui para o aumento de lesões cariosas dado que o número de refeições destes pacientes é superior ao normal, e o aumento da ingestão alimentar agrava a incidência de cárie dentária. [4, 33, 46]

2.5 – Doença Periodontal

Gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso são os tecidos que formam o tecido periodontal e que desempenham um papel fundamental na preservação dos dentes na cavidade oral. Se algum destes tecidos se encontrar lesado, estamos perante uma situação de doença periodontal, que pode ser desencadeada por fatores genéticos, tabaco, patologias sistémicas, entre outros. [43, 47]

Pensa-se que existe uma relação direta entre os distúrbios alimentares e a doença periodontal, sendo que, pacientes que sofram de anorexia nervosa, são os mais afetados por negligenciarem a sua saúde oral, tornando os tecidos periodontais mais suscetíveis a infeções.[43]

Pacientes com bulimia, como tem maior noção da realidade no que diz respeito á sua imagem corporal e, como tal, tem mais cuidados com a sua higiene oral. [41, 48]

Já no caso de distúrbios alimentares do tipo purgativo, seja pela irritação que o vómito provoca seja pelo uso de medicamentos que diminuem o fluxo salivar, ocorre, também, maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doença periodontal. [24, 43]

2.6 – Mucosite e Queilite

A mucosite oral caracteriza-se por uma inflamação da mucosa oral e surge, inicialmente, como uma lesão esbranquiçada que, posteriormente, origina úlceras dolorosas.

A degradação que ocorre no epitélio da mucosa oral, em pacientes com distúrbios alimentares, está relacionada com a indução do vómito, com os medicamentos tomados para o tratamento, com a desidratação e com o uso do dedo ou objetos que os pacientes recorrem para induzirem o vómito. [49]

A queilite é um tipo de lesão que pode surgir sob a forma de inflamação, ulceração ou incrustação que se restringe á mucosa labial. Esta lesão é caracterizada por uma sensação de dor e pela presença de descamação do lábio. [11, 50]

Distúrbios alimentares com comportamentos purgativos podem desencadear descamação, eritema e atrofia em torno dos lábios, chamada queilite descamativa crónica.

O tratamento destas lesões orais em pacientes com distúrbios alimentares é difícil e lento uma vez que estes pacientes apresentam má nutrição e falta de vitaminas e, precisamente por estes motivos, os pacientes possuem este tipo de lesões. [51]

2.7 – Alterações das Glândulas Salivares

Nos casos dos distúrbios alimentares, o que ocorre a nível das glândulas salivares é uma hipertrofia, que é caracterizada por um aumento anormal do tamanho das glândulas salivares.

Esta hipertrofia surge como um aumento lento, não inflamatório nem neoplásico que pode levar á diminuição do fluxo salivar. [4, 42]

Em relação aos distúrbios alimentares, nomeadamente no caso de bulimia nervosa, ocorrem episódios frequentes de vómito induzido que, consequentemente, provoca hipertrofia das glândulas devido á exposição crónica dos tecidos aos ácidos gástricos. [4, 42, 52]

Isto provoca aumento das glândulas, especialmente da glândula parótida, que resulta em sintomas como aumento na região da bochecha, sensibilidade e dor. [33]

Vários fatores podem estar envolvidos no desencadeamento desta hipertrofia tias como o contacto com o ácido gástrico, a desnutrição, a ingestão rápida de grandes quantidades de alimentos, entre outros.

Estima-se que entre 2 a 6 dias depois de um episódio de compulsão alimentar seja possível verificar hipertrofia das glândulas parótidas. Essa hipertrofia, vai depender da frequência da indução do vómito. [36, 52]

Não existe nenhum tipo de terapia que resolva o problema em si, apenas se deve explicar aos pacientes que a tumefação só ira diminuir, ou até mesmo desaparecer, após a mudança dos hábitos alimentares e, principalmente, com o fim da indução do vómito. [36]

3. Relevância do Médico Dentista no diagnóstico e tratamento dos distúrbios alimentares

Durante as consultas de rotina, o exame feito á cavidade oral pode ser crucial para a deteção precoce de algum tipo de distúrbio alimentar uma vez que está diretamente exposta às alterações causadas por estes distúrbios.

Esta deteção precoce é muito importante dado que, por norma, os distúrbios alimentares são frequentemente ocultados pelos pacientes, tornando o seu diagnóstico mais difícil e tardio. Por este motivo, é crucial que os médicos dentistas estejam consciencializados dos sinais clínicos característicos dos distúrbios alimentares. [2, 34, 45]

Uma detalhada anamnese é crucial para perceber os hábitos alimentares do paciente, a sua preocupação exagerada com a aparência física e com o peso, e verificar a presença de sinais de Russel, lesões no dorso da mão originadas pela indução do vómito.

Também é importante que o médico dentista, através de anamnese, consiga diferenciar se os sinais clínicos apresentados são originados por distúrbios alimentares ou por outras complicações. [11, 41]

Após o médico dentista perceber que esta perante um paciente com algum tipo de distúrbio alimentar, deve reencaminhar o paciente para uma equipa multidisciplinar, ou seja, deve ser orientado por uma equipa que inclua médicos, médicos dentistas, nutricionistas e psicólogos. [11, 34, 43]

Por tratar-se de um processo lento que nem sempre é aceite pelos pacientes, é importante que, após o diagnóstico, se proceda ao tratamento com o intuito de minimizar o aparecimento de novas lesões e cuidar de lesões já instaladas. No entanto, pode tornar-se difícil convencer o paciente a procurar tratamento. Como tal, é importante criar uma relação de confiança entre médico dentista e paciente para que este aceite a proposta de plano de tratamento. [7, 10]

No que toca a tratamento e intervenção, primeiramente, devem ser colocadas questões indiretas com o intuito de colher informação suficiente que permitam fazer um diagnóstico, como por exemplo, se apresenta algum problema gastrointestinal, os hábitos alimentares, sem dar a entender ao paciente que foi ´´descoberto`` relativamente ao problema alimentar.

O plano de tratamento vai depender do tipo e da severidade das lesões na cavidade oral bem como dos aspetos individuais e hábitos do paciente. [48]

Vários autores concluíram que uma boa higiene oral pode diminuir as complicações que os distúrbios alimentares provocam na cavidade oral. Assim, o médico dentista deve instruir o paciente relativamente á sua higiene oral, motivar a escovagem, o uso de fio dentária e o uso correto da pasta dentífrica.

É muito importante referir aos pacientes que, após episódios de vómito induzido, não se deve escovar os dentes, uma vez que, o esmalte estará parcialmente desmineralizado e a escova iria intensificar essa desmineralização. O biofilme tem uma proteção contra os ácidos. [5, 9, 48]

Estes pacientes devem utilizar escovas dentárias macias, pastas ricas em fluor e pouco abrasivas e devem fazer bochechos com bicarbonato de cálcio com o objetivo de neutralizar o ph da cavidade oral.

Aos pacientes que sofram de hipossalivação ou xerostomia, deve ser prescrito aos pacientes estimulantes de saliva, dado a sua importância de proteção, ou a o recurso a pastilhas elásticas. [24, 47, 48]

Também cabe ao médico dentista instruir o paciente no que toca á sua dieta alimentar, tendo em conta que existe uma maior probabilidade de desenvolverem problemas como a cárie dentária, e aconselhar a evitar o uso de bebidas alcoólicas, ácidas ou gaseificadas. [48]

Apesar de várias opções de tratamento que o médico dentista pode aplicar a pacientes que sofram de distúrbios alimentares, enquanto estes não forem tratados de forma multidisciplinar, o principal objetivo das consultas de medicina dentária passa por aliviar os sintomas presentes, como por exemplo a sensibilidade dentária, através da aplicação de fluor. [35, 48]

Ainda existe pouca colaboração entre os profissionais de saúde e os médicos dentistas por pouco conhecimento entre a importância da relação destas duas entidades, tornando-se importante integrar um plano de Saúde Oral para atuar de forma multidisciplinar com pacientes que sofram de distúrbios alimentares. [5, 48]

CONCLUSÃO

Após uma revisão da literatura, ficou claro que os distúrbios alimentares são considerados doenças psicológicas em que ocorre alterações comportamentais caracterizadas quer pelo défice quer pelo excesso alimentar.

A obsessão em alcançar um corpo perfeito, fruto das redes sociais, contribuiu para o aparecimento destes distúrbios que, consequentemente, provoca danos irreversíveis no organismo e, também, na cavidade oral.

Os distúrbios alimentares provocam na cavidade oral várias complicações, nomeadamente, erosão dentária, hipersensibilidade, cárie, hipertrofia das glândulas salivares, xerostomia e hipossalivação, mucosite e quilites.

A cavidade oral pode ser o primeiro indicador da presença de distúrbios alimentares sendo, como tal, crucial na deteção precoce destas doenças.

Desta forma, o médico dentista deve ter conhecimentos sólidos relativamente aos sinais e sintomas presentes na cavidade oral, uma vez que pode ser o primeiro profissional de saúde a detetar a presença de alterações do foro alimentar e, assim, encaminhar os pacientes para outras especialidades de tratamento.

Os distúrbios alimentares apresentam uma elevada taxa de prevalência, contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade. Como tal, é fundamental que haja um maior conhecimento e cuidado por parte dos médicos dentistas no que toca às manifestações que estão associadas a estas patologias, evidenciando, assim, a importância que os profissionais de saúde oral têm no diagnóstico precoce de alterações comportamentais.

Bibliografia

1. Feng, B., et al., *Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders*. Int J Environ Res Public Health, 2023. **20**(14).
2. Yu, Z. and V. Muehleman, *Eating Disorders and Metabolic Diseases*. Int J Environ Res Public Health, 2023. **20**(3).
3. Carmo T, P.P., Cãndido A., *Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspetos etiológicos e das principais complicações clinicas*. . 2018: p. 173-180.
4. Navarro VP, J.F., Filho WT, Queir AM, *Desordens alimentares : aspectos de interesse na odontologia*. *Rev Gaucha Odontologia*. 2011: p. 15-8.
5. Johansson, A.K., et al., *Diet and behavioral habits related to oral health in eating disorder patients: a matched case-control study*. J Eat Disord, 2020. **8**: p. 7.
6. Johansson, A.K., et al., *Eating Disorders: An Analysis of Self-Induced Vomiting, Binge Eating, and Oral Hygiene Behavior*. Int J Clin Pract, 2022. **2022**: p. 6210372.
7. Dehghan, M., et al., *Oral Health and Behavior Patterns of Women with Eating Disorders-A Clinical Pilot Study*. Life (Basel), 2023. **13**(12).
8. DeBat.R, S.H., Zwald.M, Shaw.T, Brownm.K & Tedesco.L, *Development and Evaluation of a Web-Based Training Program for Oral Health Care Providers on Secondary Prevention of Eating Disorders*. J Dent Education, 2009. **73 (6)**: p. 718-729.
9. Monteleone, A.M., et al., *Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses*. Neurosci Biobehav Rev, 2022. **142**: p. 104857.
10. Garrido-Martinez, P., et al., *Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2019. **24**(5): p. e595-e602.
11. Presskreischer, R., et al., *Eating disorders and oral health: a scoping review*. J Eat Disord, 2023. **11**(1): p. 55.
12. Amoras, D., Messias DC, Ribeiro RP, Turssi CP & Serra MC, *Transtornos Alimentares e suas Implicações na cavidade bucal*. Rev Odontol UNESP, 2010. **39 (4)** p. 241-245.
13. Farah, M.H.S. and C.H. Mate, *Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência*. Educação e Pesquisa, 2015. **41**(4): p. 883-898.

14. Skowronska, A., K. Sojta, and D. Strzelecki, *Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa*. Psychiatr Pol, 2019. **53**(5): p. 1113-1123.
15. Starzomska, M., P. Rosinska, and J. Bielecki, *Chronic anorexia nervosa: Patient characteristics and treatment approaches*. Psychiatr Pol, 2020. **54**(4): p. 821-833.
16. Neale, J. and L.D. Hudson, *Anorexia nervosa in adolescents*. Br J Hosp Med (Lond), 2020. **81**(6): p. 1-8.
17. AP, A., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). 5 EDITION*. 2013.
18. Campos, J.H., *Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso*. 2019: p. 253-62.
19. van Eeden, A.E., D. van Hoeken, and H.W. Hoek, *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Curr Opin Psychiatry, 2021. **34**(6): p. 515-524.
20. Maurel, L., M. MacKean, and J.H. Lacey, *Factors predicting long-term weight maintenance in anorexia nervosa: a systematic review*. Eat Weight Disord, 2024. **29**(1): p. 24.
21. Cost, J., M.J. Krantz, and P.S. Mehler, *Medical complications of anorexia nervosa*. Cleve Clin J Med, 2020. **87**(6): p. 361-366.
22. Caldiroli, A., et al., *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Binge Eating Disorder: A Systematic Review*. Nutrients, 2023. **15**(17).
23. Stabouli, S., et al., *Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link*. Nutrients, 2021. **13**(12).
24. M.Neeta, M.A., M.Pradyuman,M.Jaya, *Oral Manifestations of Eating Disorders*.
25. Thomas, J.J., et al., *Do DSM-5 eating disorder criteria overpathologize normative eating patterns among individuals with obesity?* J Obes, 2014. **2014**: p. 320803.
26. Dantas.T, *TRANSTORNOS ALIMENTARES: PRINCIPAIS SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS*. 2018.
27. Romaro.R, *Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura*. psicologia: Reflexão e Crítica,. **15**: p. 407 - 412.
28. Walenda, A., et al., *Emotion regulation in binge eating disorder*. Psychiatr Pol, 2021. **55**(6): p. 1433-1448.
29. Bohon, C., *Binge Eating Disorder in Children and Adolescents*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2019. **28**(4): p. 549-555.

30. Petribu.K , R.E., Oliveira. F, Bras.C, Gomes.M, Almeida.N *Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife - PE*. 2010.
31. Bourdy, R. and K. Befort, *The Role of the Endocannabinoid System in Binge Eating Disorder*. Int J Mol Sci, 2023. **24**(11).
32. Cabral.C, *Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. 2006.
33. Santos, J.R.S.d., M.T.A.d. Almeida, and R.S.d. Anjos, *Manifestações orais em pacientes portadores de distúrbios alimentares*. Research, Society and Development, 2023. **12**(12).
34. Kisely, S., et al., *Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis*. Br J Psychiatry, 2015. **207**(4): p. 299-305.
35. Hermont, A.P., et al., *Tooth erosion and eating disorders: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 2014. **9**(11): p. e111123.
36. Paszynska, E., et al., *Diet Traps during Eating Disorders among Dentate Patients at an Oral Health Glance*. Nutrients, 2023. **15**(20).
37. Brandt, L.M.T., et al., *Relationship between Risk Behavior for Eating Disorders and Dental Caries and Dental Erosion*. ScientificWorldJournal, 2017. **2017**: p. 1656417.
38. Derceli Jdos, R., et al., *Analysis of the Early Stages and Evolution of Dental Enamel Erosion*. Braz Dent J, 2016. **27**(3): p. 313-7.
39. Chimbinha.I, J.A., Silva.G, Barreto.M, Costa.I, *TRANSTORNOS ALIMENTARES E MANIFESTAÇÕES ORAIS EM ADOLESCENTES*. Rev. Ciencia Plural, 2019. **5**: p. 1-20.
40. Amoras, D.R., Messias, D.C.D, Ribeiro, *Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal*. Rev Odontol UNESP, 2010. **39(4)**: p. 241-245.
41. Lima.D, S.N., Soares F., Grinfeld S., *CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA*. Revista Brasileira de Odontologia 2017. **69(2)**: p. 190-193.
42. Aranha, A.C.C., C. de Paula Eduardo, and T.A. Cordás, *Eating Disorders Part I: Psychiatric Diagnosis and Dental Implications*. The Journal of Contemporary Dental Practice, 2008. **9**(6): p. 73-81.
43. Silverstein, L.S., et al., *Impact of an oral health education intervention among a group of patients with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa)*. J Eat Disord, 2019. **7**: p. 29.

44. Davari AR.a, A.E.a., Assarzadeh H.b, *Dentin Hypersensitivity: Etiology, Diagnosis and Treatment; A Literature Review.* J.Dent Shiraz Univ Med Sci, 2013. **14(3)**: p. 136-145.
45. Szupiany.T, P.-P.J., Rutkowski.K, *Dental needs of psychiatric patient with eating disorders.* Psychiatr.Pol., 2015. **49(5)**: p. 945-954.
46. CORRÊA.M, L.M., CUNHA.m & HENRY.M, *SALIVARY PARAMETERS AND TEETH EROSIONS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE*. ArqGastroenterol, 2012. **49**.
47. Range, H., et al., *Eating disorders through the periodontal lens.* Periodontol 2000, 2021. **87**(1): p. 17-31.
48. Silva.L, C.L., Gorjão.P, Santos. A, Silva.V. & Fernandes. V, *O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento de lesões orais associadas a doenças sistêmicas inflamatórias.* Rev.Interdisciplinar - Centro Univ Uninvfapi, 2019. **12**.
49. Figueiredo, A.L., et al., *Laser therapy in the control of oral mucositis: a meta-analysis.* Rev Assoc Med Bras (1992), 2013. **59**(5): p. 467-74.
50. Back-Brito, G.N., et al., *Effects of eating disorders on oral fungal diversity.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2012. **113**(4): p. 512-7.
51. Johansson, A.K., et al., *Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists.* BMC Oral Health, 2015. **15**(1): p. 124.
52. Medeiros Junior, R., *Manifestações Orais e Maxilofaciais Secundárias à Bulimia Nervosa: Uma Revisão Sistemática*. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 2012. **12**(2): p. 279-284.