



O papel do cirurgião-dentista nas desordens alimentares: uma revisão de literatura The role of the dentist in eating disorders: a literature review

Bruno Alves de Souza Toledo^{1*}; Ariane de Souza Oliveira²; Ticiania Sidorenko de Oliveira Capote³

¹Universidade de Franca, Franca, São Paulo; ² Universidade Estadual Paulista; ³Departamento de Morfologia da Universidade Estadual Paulista

Recebido em: 13/6/13 | Revisado em: 3/10/13 | Aceito em: 13/5/14 | Disponível on-line em: 20/5/14

RESUMO

As desordens alimentares são um grupo de desordens psicopatológicas, nas quais o paciente relaciona os alimentos ingeridos com seu próprio corpo e, podem ameaçar a vida, como a anorexia e bulimia nervosa. Durante a progressão das desordens alimentares, pode ocorrer uma série de manifestações orais, as quais exercem um papel fundamental no diagnóstico, caracterização e prognóstico dessas desordens. O cirurgião dentista é, na maioria das vezes, o primeiro profissional da saúde a observar os sintomas clínicos de uma desordem alimentar. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre a etiologia, características, manifestações orais, e tratamento das lesões orais decorrentes das desordens alimentares. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, Bireme, durante o período de 1987 a 2013. Verifica-se assim que os primeiros sinais desenvolvidos em pacientes com desordens alimentares aparecem na cavidade oral, cabendo ao cirurgião dentista identificar esses sinais e relacioná-los às desordens.

Palavras-chave: anorexia; bulimia; erosão dentária; xerostomia; glândula parótida; manifestações bucais.

ABSTRACT

The eating disorders are a group of psychopathological disorders in which the patient relates the food intake with your own body, present life-threatening, such as anorexia and bulimia nervosa. During the progression of eating disorders, there may be a series of manifestations, which play a fundamental role in the diagnosis, characterization and prognosis of these disorders. The objective of this article was review the literature on the etiology, characteristics, oral manifestations, and treatment of oral lesions arising from eating disorders. The dentist is most often the first health professional to observe the clinical symptoms of an eating disorder. The survey was conducted in the databases PubMed, SciELO, BIREME, during the period from 1987 to 2013. The mucosal lesions more commonly observed are atrophy of the mucosa, burning sensation (glossodynia) and erythematous mucosal lesions. It is verified that the first signs developed in patients with eating disorders appear in the oral cavity, so the dentist should identify these signals and relate them to the disorders.

Key-words: anorexia; bulimia; tooth erosion; xerostomia; parotid gland; oral manifestations.

*AUTOR CORRESPONDENTE

Endereço: Macapá 452 CEP: 37901-046 Passos - MG. Tel.: (35) 3522-3822
E-mail: dr.brunotoledo@gmail.com

Introdução

As desordens alimentares são um grupo de desordens psicopatológicas, nas quais o paciente relaciona os alimentos ingeridos com seu próprio corpo e, podem ameaçar a vida, como a anorexia e bulimia nervosa (LoRusso et al., 2008). Nas últimas décadas houve um aumento de interesse sobre a importância clínica, epidemiológica, bem como uma busca por critérios de diagnóstico para essas desordens (Aranha et al., 2008).

A bulimia nervosa caracteriza-se pela preocupação persistente com o peso e forma corporal, tendo episódios de compulsão alimentar (consumo de uma grande quantidade de alimentos em um pequeno intervalo de tempo), sendo que, após essa ingestão, o indivíduo faz uso de laxantes ou indução do vômito com intuito de manter a forma e estética física (Aranha et al., 2008; Burkhart et al., 2005). Já a anorexia nervosa é definida como uma incapacidade de manter o peso corporal, no qual o paciente pratica a restrição intencional de comida e bebida, podendo ser acompanhada também por um aumento excessivo de atividade física (Dougall; Fiske, 2008), que muitas vezes leva a sérios danos físicos ou até mesmo a morte (Harris; Barraclough, 1998).

Além disso, as pessoas com esse tipo de distúrbio alimentar apresentam autoestima variável, e acreditam que ter um corpo delineado irá resolver os problemas de insegurança pessoal, porém para alcançar esse objetivo, desenvolvem estratégias imperativas de emagrecimento, pois crêem que controlando suas medidas irão proporcionar uma condição de segurança emocional (Abreu; Cangelli Filho, 2004).

Pessoas com este tipo de transtorno alimentar apresentam alterações psicológicas como: baixa auto-estima, insatisfação com aparência, extrema sensibilidade a críticas, conflitos relativos aos temas autonomia versus dependência, dentre outros. Acreditam que quando estão com o peso controlado possuem autoconfiança, recebem elogios, tem mais disposição para a realização de atividades, sendo que em fases mais agudas a meta é tornar-se uma pessoa mais magra ainda, podendo assim exibir seu sucesso (Abreu; Cangelli Filho, 2004).

As desordens alimentares acometem uma em cada cinco adolescentes do sexo feminino e, segundo alguns autores (Dougall; Fiske, 2008; Little, 2002; Moor, 2004), a bulimia ocorre mais frequentemente que a anorexia. Porém, grande parte dos pacientes acometidos por anorexia nervosa (40 – 50%) apresenta bulimia concomitantemente (Roberts; Li, 1987). A anorexia tende a aparecer mais freqüentemente em meninas brancas, com idade em torno de 12 ou 13 anos e a bulimia pode ocorrer em idades mais avançadas, porém pode ter seu início na adolescência (Gardiner; Armbruster, 2006).

A adolescência é um período de transição afetada por muitos fatores no desenvolvimento da identidade e autonomia, logo há muitas oportunidades para problemas surgirem. Como a nossa sociedade tornou-se tão focada sobre questões relacionadas ao peso, o corpo, forma, imagem, é importante reconhecer o efeito que essas mensagens podem ter sobre os adolescentes, no qual anorexia nervosa e bulimia podem ser vistas como uma tentativa

extrema do indivíduo lidar com as expectativas sociais (Gardiner; Armbruster, 2006).

Durante a progressão das desordens alimentares, pode ocorrer uma série de manifestações orais, as quais exercem um, papel fundamental no diagnóstico, caracterização e prognóstico dessas desordens (LoRusso et al., 2008). Sendo assim, o cirurgião dentista é, na maioria das vezes, o primeiro profissional da saúde a observar os sintomas clínicos de uma desordem alimentar (Aranha et al., 2008). Porém, atualmente é observada uma falta de consciência geral da importância do dentista no tratamento multidisciplinar dos pacientes afetados (Aranha et al., 2008II).

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre a etiologia, características, manifestações orais, e tratamento das lesões orais decorrentes das desordens alimentares.

Revisão de literatura

Etiologia e características das desordens alimentares

A etiologia das desordens alimentares ainda é desconhecida, mas existem teorias sobre seu desenvolvimento, podendo estar associada a fatores genéticos, culturais e psiquiátricos (Little, 2002) e à desordem de personalidade (Vrabel et al., 2010).

A incidência de bulimia nervosa em mulheres jovens varia de 2% a 12%, e entre as mulheres universitárias é de 19%, já os homens representam de 5% a 10% dos bulímicos (Mandel; Kaynar, 1992). Acometendo 1 homem a cada dez mulheres. Isto se traduz em cerca de oito casos por 100.000 habitantes em relação à anorexia e 12 casos por 100.000 habitantes em relação à bulimia nervosa (Burkhart et al., 2005; Aranha et al., 2008II).

Um dos fatores etiológicos das desordens alimentares é a relação do indivíduo com o ambiente familiar. As regras impostas pela família, principalmente pelos pais e irmãos, podem causar alterações psicológicas, fazendo com que essas jovens sejam acometidas por algum tipo de desordem alimentar (Gillett et al., 2009).

As desordens alimentares são significativamente associadas à morbidade e à mortalidade, sendo que os indivíduos acometidos são altamente vulneráveis à morte súbita devido às arritmias cardíacas, sendo que o suicídio também é bastante frequente nesses pacientes (Little, 2002).

A percepção emocional dos indivíduos com desordens alimentares pode estar alterada. Os pacientes acometidos por anorexia nervosa apresentavam a sensação de medo aumentada quando confrontados com estímulos contendo situações de raiva, enquanto os pacientes com bulimia apresentaram uma tendência de diminuição do medo na mesma situação (Joos et al., 2009).

Outra característica associada aos pacientes acometidos por desordens alimentares é uma deficiência sexual, podendo apresentar diminuição do desejo sexual ou aumento da ansiedade sexual, sendo que existe uma relação do índice de massa corporal e o desejo sexual, quanto menor for o índice de massa corporal, menor também é o desejo sexual (Pinheiro et al., 2010).

Lesões orais comuns em pacientes acometidos por distúrbios alimentares

Os primeiros sinais desenvolvidos em pacientes com distúrbios alimentares aparecem na cavidade oral, cabendo ao cirurgião-dentista identificar esses sinais e relacioná-los aos distúrbios.

O primeiro sinal desenvolvido em pacientes que provocam o vômito é a erosão dentária, pois se sabe que as regurgitações crônicas de conteúdos gástricos causam além dessa alteração a desmineralização do esmalte dentário. Essa erosão apresenta aspecto liso e brilhante, sendo denominada perimólise e definida como uma erosão de esmalte nas superfícies lingual, oclusal e incisal dos dentes, decorrente de efeitos químicos e mecânicos, desenvolvida, principalmente, pela regurgitação de conteúdos gástricos e ativado por movimentos da língua (Aranha et al., 2008; Dougall; Fiske, 2008).

Um caso de 2004, onde uma paciente do sexo feminino, com 20 anos de idade, que chegou ao consultório queixando-se de sensibilidade nos dentes. Durante a anamnese, a paciente negou qualquer evento de distúrbio alimentar, o que fez com que o cirurgião-dentista pensasse que as erosões dentárias fossem decorrentes da ingestão de alimentos ácidos. Após seis anos de tratamento, o quadro foi agravado, aparecendo áreas de lesões de cárie dentária e a paciente assumiu ser portadora de distúrbio alimentar. Verifica-se que a pessoa portadora de distúrbios alimentares apresenta certo receio de contar e, muitas vezes, assumir a distúrbio, o que torna relevante o diagnóstico correto das lesões pelo cirurgião-dentista (Moor, 2004).

Outra lesão oral apresentada em pacientes portadores de distúrbios alimentares é a cárie dentária, que aparece, principalmente, devido à xerostomia, redução de produção de saliva que se dá pelos efeitos colaterais das medicações psicotrópicas prescritas para pessoas com distúrbios alimentares ou por outros fatores como, por exemplo, o desequilíbrio de fluidos causado pelo uso excessivo de diuréticos e laxantes tomados para impedir o ganho de peso, além dos vômitos persistentes (Aranha et al., 2008; Dougall; Fiske, 2008; Moor, 2004).

Pode também ser observado um aumento das glândulas parótidas, que é um padrão exclusivo para o diagnóstico odontológico a ser observado em complicações da bulimia. Geralmente, esse achado se manifesta em indivíduos que se purgam (bulímicos). A ocorrência e extensão do aumento da parótida são proporcionais à duração e gravidade da purgação. Nos estágios iniciais do transtorno alimentar, a hipertrofia da glândula pode aparecer e desaparecer. Com o avanço do transtorno, o aumento torna-se mais persistente, sendo observada deformidade facial, com aparência quadrada e alargada da região mandibular, que pode se tornar um fator complicador no estado psicológico geral do paciente. A etiologia da hipertrofia parotídea pode ser atribuída à compulsão alimentar e a relação entre o consumo rápido e de grande quantidade de alimento (Roberts; Li, 1987) ou com os vômitos recorrentes, no qual há uma estimulação das glândulas (Mandel; Kaynar, 1992).

O aumento das glândulas salivares são indolores e macio à palpação. O exame intrabucal revela fluxo salivar normal, sem inflamações dos ductos parotídeos. A realização de tomografia computadorizada pode confirmar a normalidade das glândulas.

O exame microscópico revela uma arquitetura normal, sem evidência de gordura ou infiltração linfocitária. Todavia, não há tratamento para reverter o aumento das glândulas parótidas caso não haja tratamento do distúrbio alimentar e supressão de vômitos auto-induzidos (Mandel; Kaynar, 1992).

As lesões alimentares também podem ocasionar alterações nas mucosas devido à redução da ingestão de vitaminas e outros nutrientes, podendo também promover alterações periodontais. As lesões de mucosa mais comumente observadas são a atrofia de mucosa, sensação de queimação (glossodinia) e lesões mucosas eritematosas (LoRusso et al., 2008).

O papel dos cirurgiões-dentistas nas distúrbios alimentares

O cirurgião-dentista exerce duas funções principais relacionadas aos distúrbios alimentares - no diagnóstico, exercendo, em muitos casos, papel de “descobridor do caso”, ou seja, é o primeiro profissional a ter contato com os sinais das distúrbios alimentares, e, no tratamento das lesões decorrentes das distúrbios alimentares (Little, 2002; Hague, 2010).

Entretanto, esses profissionais ainda não estão cientes da importância fundamental no tratamento multidisciplinar, e poucos cirurgiões-dentistas estão providos de um treinamento adequado para estratégias envolvidas no tratamento dental (Aranha et al., 2008). Para identificar se as lesões orais existentes em um paciente são decorrentes de distúrbio alimentar, é interessante que seja realizado um diálogo aberto com o paciente, para que, assim, o cirurgião-dentista possa oferecer material educacional para evitar futuras lesões teciduais (Burkhart et al., 2005).

Seria interessante a inserção da disciplina de distúrbios alimentares na grade curricular dos cursos de Odontologia para preparar melhor o profissional na identificação e tratamento das lesões orais decorrentes das distúrbios alimentares (Debate et al., 2007).

Embora o cirurgião-dentista, na maioria das vezes, seja o identificador das lesões orais decorrentes das distúrbios alimentares, pode haver diferenças na identificação dessas lesões relacionadas ao sexo do cirurgião-dentista. Dentistas do sexo feminino são mais preparadas para a identificação e diagnóstico de lesões relacionadas à saúde da mulher, tendo como base que as distúrbios alimentares são mais comuns no sexo feminino (Debate et al., 2006).

Depois de confirmada a ocorrência de uma distúrbio alimentar, seja bulimia ou anorexia nervosa, o cirurgião-dentista deve encaminhar o paciente a um médico especialista no tratamento de distúrbios alimentares e, concomitantemente, o cirurgião-dentista deve fazer o tratamento reabilitador para restabelecer a saúde oral do paciente, sendo que este tratamento é específico para cada paciente e depende da severidade da erosão dentária (Christensen, 2002).

Para tratamento das lesões orais decorrentes dos transtornos alimentares, deve-se empregar o uso de moldeiras com 1,1% de flúor neutro em gel durante cinco minutos diários, para ajudar na remineralização do esmalte dentário. Em casos de vômitos, o paciente pode fazer uso de enxaguatório a base de bicarbonato de sódio (1 colher de bicarbonato de sódio para 8 colheres de água)

ou somente com água, auxiliando na neutralização dos ácidos do estômago para que não causem danos ao esmalte dentário. O estímulo do fluxo salivar através de chicletes sem açúcar e motivar o paciente para uma boa escovação dentária e lingual usando uma escova de cerdas macias para minimizar a perda de esmalte e ajudando na remoção dos resíduos ácidos das papilas, também são métodos auxiliares para diminuição dos danos orais decorrentes dos transtornos alimentares (Burkhart et al., 2005).

Devido ao aumento do número de pessoas portadoras de distúrbios alimentares, o cirurgião-dentista deve estar atento ao aparecimento de lesões em seus pacientes, pois o diagnóstico precoce levará a um melhor prognóstico e tratamento desses pacientes.

Resalta-se a importância do tratamento multidisciplinar desse paciente envolvendo nutricionista, médico, psicólogos, terapeutas e o cirurgião-dentista para propiciar um atendimento de maior qualidade e um melhor prognóstico do caso.

Como métodos mais eficazes para o tratamento das distúrbios alimentares, estudos realizados mostram que psicoterapia (área que atua na reapropriação do controle, manejo da vida emocional e reorganização de hábitos alimentares) em ações como psicodinâmica, terapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental dialética, e também o tratamento familiar, tem mostrado resultados altamente satisfatórios, sendo que as intervenções farmacológicas como o uso de antidepressivos, neurolépticos, são apenas adjuvantes em casos individuais, e para condições de comorbidades, ou seja, se comente com uso de fármacos não é possível ter um tratamento eficaz (Abreu; Cangelli Filho, 2004; Christensen, 2002).

Conclusão

É muito importante que haja também um tratamento multidisciplinar envolvendo vários profissionais da área médica, como psiquiatras e psicólogos, para que através da associação dos conhecimentos específicos de cada profissional, consigam elaborar juntos um plano de tratamento que se adapte a cada paciente, sendo que assistência nutricional é também de grande importância para que se estabeleça uma reeducação alimentar, tendo consciência da importância do consumo de alimentos saudáveis, com uma dieta equilibrada associada a atividades físicas, para que, de uma maneira disciplinada, os pacientes possam ter a aparência física que desejam.

Referências

- (1) Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Ki Liberto C, Panzarella V. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis.* 2008;14(6):479-84.
- (2) Aranha ACC, Eduardo CP, Cordas TA. Eating disorders part I: psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(6):73-81.
- (3) Burkhart N, Roberts M, Alexander M, Dodds A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(8):1130-7.

- (4) Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 6. Special care dentistry services for young people. *Br Dent J.* 2008;205(5):235-49.
- (5) Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998;173:11-53.
- (6) Abreu CN, Cangelli Filho C. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004;31(4):177-83.
- (7) Little JW. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(2):138-43.
- (8) Moor RJG. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil.* 2004;7:725-32.
- (9) Roberts MW, Li SH. Oral findings in anorexia e bulimia nervosa: A study of 47 cases. *J Am Dent Assoc.* 1987;115(3):407-10.
- (10) Gardiner DM, Armbruster PC. Psychosocial behavioral patterns for adolescents. *Dent Clin North Am.* 2006;50(1):17-32.
- (11) Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):89-96.
- (12) Vrabel KR, Ro O, Martinsen EW, Hoffart A, Rosenvenge JH. Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2010; 43(1):22-8.
- (13) Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992;50(10):1122-5.
- (14) Gillett KS, Harper JM, Larson JH, Berrett ME, Hardman RK. Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *J Marital Fam Ther.* 2009;35(2):159-174.
- (15) Joos AA, Cabrillac E, Hartmann A. Emotional perception in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2009;42(4):318-25.
- (16) Pinheiro AP, Raney TJ, Thornton LM, Fichter MM, Berrettini WH, Goldman D, et al. Sexual functioning in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2010;43(2):123-9.
- (17) Hague AL. Eating disorders: screening in the dental disorders. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(6):675-8.
- (18) Debate RD, Shuman D, Tedesco LA. Eating Disorders in the oral health curriculum. *J Dental Educ.* 2007;71(5):655-63.
- (19) Debate RD, Vogel E, Tedesco L, Neff JA. Sex differences among dentists regarding eating disorders and secondary prevention practices. *J Am Dent Assoc.* 2006;137(6):773-81.
- (20) Christensen GJ. Oral care for patients with bulimia. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(12):1689-91.

Conflitos de Interesses

Não houve conflitos de interesses de qualquer natureza, que interferiram na pesquisa.