



**UNICEPLAC**

**Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC**

**Curso de Odontologia**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**O impacto dos transtornos alimentares na saúde  
bucal:  
uma revisão da literatura**

Gama-DF

**2021**



**UNICEPLAC**

**KATYARA FERREIRA DE ARAÚJO**

**O impacto dos transtornos alimentares na saúde  
bucal:  
Uma revisão da literatura**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Ribeiro Gomes

Gama-DF  
**2021**



**UNICEPLAC**

**KATYARA FERREIRA DE ARAÚJO**

**O impacto dos transtornos alimentares na saúde bucal:** uma revisão da literatura

Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama, 06 de dezembro de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Profa. Raquel Ribeiro  
Gomes  
Orientadora

---

Profa. Hanna  
Patricia Ganin  
Pereira da Silva  
Examinador

---

Profa. Claudia Cristiane  
Baiseredo de Carvalho  
Examinador

# O impacto dos transtornos alimentares na saúde bucal: uma revisão da literatura

Katyara Ferreira de Araújo<sup>1</sup>

Raquel Ribeiro Gomes<sup>2</sup>

## Resumo:

Os transtornos alimentares (TA) são um grupo de distúrbios psicopatológicos que impactam a relação do paciente com os alimentos e seu próprio corpo, e se manifestam por meio de um comportamento alimentar distorcido. Dentre eles se destacam a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Além de afetar a saúde física e o desempenho psicossocial, esses distúrbios também impactam na saúde bucal destes pacientes. O objetivo deste trabalho foi descrever as alterações bucais diagnosticadas em pacientes com transtornos alimentares, com base em uma revisão da literatura. Foi realizado um estudo retrospectivo com base em pesquisa bibliográfica referente ao tema “o impacto dos transtornos alimentares na saúde bucal: uma revisão da literatura”. As alterações mais relatadas foram: erosão dentária, xerostomia, aumento das glândulas salivares e lesões traumáticas da mucosa bucal. Os TA também podem contribuir para evolução da cárie, gengivite, candidíase e bruxismo. Nesse contexto, o conhecimento dos cirurgiões dentistas de tais alterações é essencial para participação no diagnóstico desses transtornos, bem como no seu tratamento.

**Palavras-chave:** anorexia; bulimia; saúde bucal.

## Abstract:

Eating disorders (ED) are a group of psychopathological disturbs that impact the relationship of the patient with feed and its own body. ED manifest themselves through distorted eating behavior and affect physical health and psychosocial performance of these patients. Anorexia and Bulimia are the main ED. These disorders also impact oral health. The objective of this study was to describe the oral alterations diagnosed in patients with eating disorders, based on a literature review. A retrospective study was carried out based on bibliographical research on the theme “the impact of eating disorders on oral health: a literature review”. The most reported alterations were: dental erosion, xerostomia, enlargement of the salivary glands and traumatic lesions of the oral mucosa. ED can also contribute to the development of caries, gingivitis, candidiasis and bruxism. In this context, the knowledge of the Dentist about such alterations is essential for participation in the diagnosis of these disorders, as well as in their treatment.

**Keywords:** anorexia; bulimia; oral health.

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: katyaraaraujo@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora e Mestre em Ciências da Saúde, Cirurgiã dentista, Professora coordenadora da disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Odontogeriatría do curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E- mail: raquel.gomes@uniceplac.edu

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são um grupo de distúrbios psicopatológicos que afetam a relação do paciente com os alimentos e seu próprio corpo, e se manifestam por meio de um comportamento alimentar distorcido (RUSSO *et al.*, 2008). São caracterizados por quadros de transtornos mentais que levam a graves danos psicológicos e sociais (SANTOS *et al.*, 2015; UHLEN *et al.*, 2014). Esses transtornos alimentares são graves e potencialmente perigosos. Estão relacionados a complicações médicas e psicológicas, e sua mortalidade é maior do que qualquer outra doença mental (STEINBERG, 2014). Os transtornos alimentares são Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCAP) e Outros Transtornos Alimentares ou Alimentares Especificados (OSFED) (MARTÍNEZ, *et al.*, 2019). Dentre eles, os dois diagnósticos específicos mais prevalentes são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association; PALLIER *et al.*, 2019). Essas duas patologias estão intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas em comum: a distorção da imagem corporal e um medo “fora do normal” de engordar (BORGES *et al.*, 2006).

O termo anorexia tem origem do grego “an”, que significa deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association). A anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso às custas de restrições alimentares extremas, busca de magreza e distorção da imagem corporal (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association). Ela é descrita como uma recusa em conservar o peso corporal igual ou superior a 85% do peso normal para uma determinada idade e altura, acompanhada por um medo absurdo de ganhar peso, e associada a amenorreia por três meses consecutivos (STEINBERG, 2014). A Anorexia nervosa é caracterizada pela rejeição em ingerir alimentos, consequentemente levando à perda de peso, que pode ser progressiva ou repentina. Ainda vê-se mudanças psicológicas e emocionais juntamente com incapacidade de preservação do peso corporal normal. Os sintomas gerais mais comuns da anorexia nervosa são: amenorreia, constipação intestinal, dor abdominal, sensação de plenitude gástrica, intolerância ao frio, fadiga, alopecia, extremidades frias e problema de concentração (AMORAS *et al.*, 2010). Este distúrbio pode ser classificado em: (1) restritivo, onde o paciente faz uso de alimentação reduzida, abstinência, jejuns e exercícios excessivos, ou (2) purgativo, onde a perda de peso é realizada por episódios de purgações/supressores de

apetite (ALVES *et al.*, 2018, HASAN *et al.*, 2020).

A palavra bulimia é derivada das palavras gregas "bous" boi e "limos" estar com fome, que se traduziria como "o desejo de comer um boi" (El ACHKAR *et al.*, 2012; POPOFF *et al.*, 2010; AMARAL *et al.*, 2011 ). A Bulimia nervosa se caracteriza pela ingestão desequilibrada de comidas em um momento juntamente com a sensação de perda de controle acompanhada de práticas de compensação, como vômitos auto-induzidos, uso excessivo de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, além de dietas indevidas e prática demasiada de exercícios físicos. Pode também causar sérios danos psicológicos e sociais (ALVES *et al.*, 2018). A apresentação clínica típica da Bulimia é a ingestão obsessiva e rápida de extensas quantidades de alimentos, com pouco prazer, alternando comportamentos purgativos que visam impedir o ganho de peso, e o medo patológico de engordar (El ACHKAR *et al.*, 2012).

Tanto a anorexia quanto a bulimia apresentam uma etiologia multifatorial devida a predisposição genética, fatores socioculturais, neuroquímicos, nutricionais e psicológicos (SANTOS *et al.*, 2015). É importante destacar que deve-se realizar o diagnóstico diferencial e excluir causas orgânicas no paciente que podem confundir e simular os quadros de transtornos alimentares antes que se faça o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Por exemplo, distúrbios de personalidade, depressão, esquizofrenia, síndrome da artéria mesentérica superior, síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) ou câncer são condições que podem simular o quadro clínico dos TA (BORGES *et al.*, 2006).

Ao longo dos anos, o número de casos de TA relatados na literatura científica tem aumentado significativamente (EL ACHKAR *et al.*, 2012). Estudos têm mostrado que os transtornos alimentares são doenças "ocidentais", ocorrendo com mais frequência em países industrializados e desenvolvidos, mas tem sido documentado um aumento de sua ocorrência em países onde essas doenças eram raras, provavelmente devido a influências culturais (ARANHA *et al.*, 2008). A maior parte dos ocorridos são diagnosticados em adolescentes e adultos jovens (SANTOS *et al.*, 2015). A idade média de ocorrência desses TA é entre 17 e 25 anos, com maior prevalência no sexo feminino, em uma proporção de 10:1 quando comparada ao sexo masculino. Os TA são a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes e a sua incidência aumenta de acordo com a melhoria da condição socioeconômica desse grupo (FRYDRYCH *et al.*, 2005; MACIEL e CÉ, 2017).

É de extrema importância uma abordagem multidisciplinar com atendimento psiquiátrico, psicológico e nutricional para prevenção e tratamento desses TA. O diagnóstico precoce é a melhor e principal maneira de prevenção, porém, caso a doença já esteja presente, é importante o acompanhamento com esses profissionais para impedir a progressão da mesma

(LIMA *et al.*, 2012). Pacientes com suspeita de anorexia nervosa ou bulimia nervosa devem ser sempre abordados com cuidado sobre os transtornos suspeitos, informados sobre possíveis complicações e incentivados a procurar ajuda com esses profissionais (STEINBERG, 2014).

O cirurgião dentista deve fazer parte do atendimento multidisciplinar dos pacientes com TA. Inclusive, pode ser o primeiro profissional a apontar os sinais e sintomas que indicam algum transtorno alimentar por meio de observação de manifestações intra e extrabucais (EL ACHKAR *et al.*, 2012). O impacto dos TA na saúde bucal foi inicialmente relatado por Hellstrom no final dos anos 1970 (GARCÍA *et al.*, 2008). Estudos demonstraram que as particularidades dos TA são perceptíveis principalmente na cavidade bucal durante os primeiros 6 meses de desenvolvimento dos distúrbios (HASAN *et al.*, 2020). Por esta razão, o cirurgião dentista deve conhecer tais manifestações. Deste modo, o objetivo deste trabalho é descrever das alterações bucais achadas em pessoas com TA, com base em uma revisão da literatura.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Os TA prejudicam a relação do paciente com os alimentos e seu próprio corpo, manifestando-se por meio de distorções da conduta alimentar (RUSSO *et al.*, 2008). Além de afetar a saúde física e o desempenho psicossocial, esses distúrbios também impactam na saúde bucal destes pacientes (UHLEN *et al.*, 2014). As alterações bucais frequentemente observadas em pacientes com TA foram inicialmente descritas por Hellstrom no final dos anos 1970 (GARCÍA *et al.*, 2008). Ele observou que há três tipos principais de alterações bucais para as quais o cirurgião deve estar atento ao realizar o exame desses pacientes: a erosão dentária, a diminuição do fluxo salivar e o aumento das glândulas salivares (KISELY *et al.*, 2015).

A erosão dentária é a alteração bucal mais comumente observada nos pacientes com TA (HASAN *et al.*, 2020). A erosão dentária é definida como a destruição progressiva e irreversível da estrutura dentária calcificada causada por uma ação química não bacteriana (AMARAL *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2019; HASAN *et al.*, 2020). Nesses pacientes com anorexia e bulimia nervosa, as lesões de erosão dentária são situadas na face palatina dos dentes superiores e nas faces oclusais dos dentes posteriores. Esse tipo específico de lesão de esmalte é chamado de perimólise (POPOFF *et al.*, 2010; ACHKAR *et al.*, 2012). Clinicamente, essas lesões podem se apresentar como uma superfície lisa, sem brilho e transparente, presença de depressões e concavidades nas superfícies, perda da forma dental, e em casos mais severos, exposição da dentina e/ou tecido pulpar (AMORAS *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2015; POPOFF *et al.*, 2010). São apontadas, também, as seguintes características clínicas evidentes e comuns: perda de brilho nos dentes, incisivos curtos com a relação de largura/comprimento desproporcional, depressão nas superfícies oclusais ou incisais, exposição pulpar, perda de vitalidade pulpar atribuída a desgastes muito severos e restaurações que sobressaem à superfície oclusal, ocasionando um aspecto semelhante à “ilhas”, gerados pela erosão (El ACHKAR *et al.*, 2012; ANTUNES *et al.*, 2017).

Também tem sido demonstrado que os TA alteram o fluxo salivar causando hipossalivação (STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; KISELY *et al.*, 2015; HASAN *et al.*, 2020). Esta hipossalivação tem potencial de levar à alterações no paladar, halitose, além do ressecamento da mucosa e da sensação de boca seca, também conhecida como xerostomia (STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015). A xerostomia é a impressão de secura da boca e pode decorrer da redução do fluxo salivar e da capacidade tampão da saliva (HASAN *et al.*, 2020).

A hipertrofia das glândulas salivares, principalmente das glândulas parótidas, chamada



de sialadenose, é uma manifestação frequente dos TA, mais comumente presenciada em pacientes com bulimia nervosa (RUSSO *et al.*, 2008; GARCIA *et al.*, 2008; STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; KISELY *et al.*, 2015; HASAN *et al.*, 2020). No estágio inicial da bulimia, o aumento da glândula pode aparecer e desaparecer facilmente; porém, à medida que o distúrbio alimentar avança, o inchaço se torna mais persistente (ARANHA *et al.*, 2008). Essa condição pode ocorrer uni ou bilateralmente, com uma incidência que varia de 10% a 50% dos pacientes (STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2019). Geralmente, os inchaços são assintomáticos e moles, embora inchaços sintomáticos possam ser observados (HASAN *et al.*, 2020). Quanto a sua ocorrência e extensão, são diretamente proporcionais à duração e severidade dos vômitos autoinduzidos (GOMES *et al.*, 2019). O grau do edema e a dor à palpação são diretamente proporcionais à frequência da autoindução dos vômitos, e podem ser mudados por meio da suspensão dos vômitos e da reeducação alimentar (ALVES *et al.*, 2018). É importante destacar que o aumento das glândulas salivares também pode envolver as glândulas salivares menores (RUSSO *et al.*, 2008).

A cárie dentária e a doença periodontal também são patologias relatadas nos pacientes com os TA (JUGALE *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2019; HASAN *et al.*, 2020). Além disso, são relatadas outras alterações bucais tais como bruxismo, alterações oclusais, lesões e alterações na mucosa e parede posterior da faringe, e candidíase (El ACHKAR *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2015; KISELY *et al.*, 2015; SZUPIANY *et al.*, 2015; HASAN *et al.*, 2020; ESTEVES *et al.*, 2020). O Bruxismo (hábito de ranger os dentes) geralmente está associado à ansiedade presente nos pacientes com TA. Os fatores etiológicos mais evidentes são os de ordem periférica, como as desarmonias oclusais, e os de ordem central, como desordem no sistema dopaminérgico e o estresse (POPOFF *et al.*, 2010). Como consequência, o paciente pode apresentar excessivo desgaste dental, dores de cabeça, disfunção na articulação temporomandibular, dor e sensibilidade nos músculos (SANTOS *et al.*, 2015). As mucosas bucais e a faringe podem ser traumatizadas por compulsão alimentar e purgação, devido ao rápido consumo de elevadas quantidades de alimentos e pela potência da regurgitação. Atos de purgação podem causar eritema e úlceras, principalmente no palato mole, devido a exposição ao ácido gástrico e ao trauma repetitivo por indução digital (GOMES *et al.*, 2019). O palato mole pode ser machucado por objetos usados para provocar o vômito, como dedos, pentes, escovas ou canetas (STEINBERG, 2014; GOMES *et al.*, 2019).

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Foi realizado estudo retrospectivo com base em pesquisa bibliográfica referente ao tema “o impacto dos transtornos alimentares na saúde bucal: uma revisão da literatura”. A estratégia de busca foi desenvolvida por meio da consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para identificar artigos publicados em periódicos indexados, nacionais e internacionais, nas seguintes bases de dados: PubMed, SciELO, Lilacs e BBO. Considerou-se como critério de inclusão os artigos publicados entre 2006 e 2020 em inglês, português e espanhol com as seguintes palavras-chave: “Anorexia”, “Bulimia”, “Eating disorders”, “Erosão dentária”, “Oral health”, “Oral manifestations”, “Tooth erosion” e “Transtornos alimentares”. O princípio norteador da pesquisa foi buscar informações sobre a definição do que são os TA, bem como sua classificação, etiologia, dados epidemiológicos de incidência e prevalência, acometimento por sexo, faixa etária e características sociodemográficas, com enfoque principal no papel do cirurgião dentista na identificação das alterações bucais que podem ser encontradas em tecidos duros e moles dos pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa,. O estudo foi realizado em 2 fases. Na fase 1, foi avaliado o título e resumo de todos os artigos. Na fase 2, os artigos foram selecionados e então avaliados na íntegra. Foram excluídos dessa revisão capítulos de livros. No total, foram utilizados 24 artigos.

## 4 DISCUSSÃO

Os transtornos alimentares são distúrbios psicopatológicos que também afetam a saúde bucal dos pacientes acometidos por tais condições (UHLEN *et al.*, 2014). É conhecida a necessidade de uma abordagem multiprofissional para prevenção e tratamento desses (LIMA *et al.*, 2012), o que inclui a participação do cirurgião dentista, uma vez que este pode inclusive ser o primeiro profissional a apontar os sinais e sintomas que indicam um transtorno alimentar nos pacientes com anorexia e bulimia nervosa, por meio da constatação de alterações extra e intrabucais características (EL ACHKAR *et al.*, 2012). Nesse contexto, é fundamental a participação do cirurgião dentista tanto no diagnóstico quanto no tratamento dos TA, haja visto que este profissional desempenha papel fundamental no tratamento das alterações bucais, promovendo a redução de danos às estruturas, além de auxiliar a melhora da autoestima desses pacientes (SANTOS *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2018). Apesar disso, estudos evidenciam baixos níveis de conhecimento por parte do cirurgião dentista da relação de tais alterações com os TA (JOHNSON *et al.*, 2015). Assim sendo, o objetivo deste estudo foi descrever as alterações bucais observadas em pacientes com anorexia e bulimia nervosa com base em uma revisão da literatura.

As alterações bucais são comuns em pacientes com anorexia e bulimia nervosa (ESTEVEZ *et al.*, 2020). A partir de 1990 existem artigos publicados relacionando tais transtornos alimentares à saúde bucal. A erosão dentária é considerada a alteração bucal mais comumente encontrada em pacientes com TA (FRYDRYCH *et al.*, 2005). Nestes pacientes, a erosão dentária está associada à regurgitação crônica e o vômito auto-induzido, que promovem o influxo do suco gástrico ácido para o interior da cavidade bucal. A erosão dentária se manifesta como a dissolução do esmalte e da dentina, causada pelos efeitos químicos e mecânicos da regurgitação crônica e do vômito auto-induzido. A regurgitação crônica de conteúdo do ácido estomacal leva a uma disseminação típica de erosão dental dentro das arcadas dentárias, igualando-se ao percurso do ácido gástrico (STEINBERG, 2014). Portanto, nesses pacientes, as lesões se apresentam tipicamente como a perda da estrutura mineralizada do esmalte e dentina nas faces palatinas dos dentes superiores e oclusais dos dentes posteriores (El ACHKAR *et al.*, 2012; ANTUNES *et al.*, 2017). As superfícies linguais dos dentes mandibulares são frequentemente poupadas, pois são protegidas pela língua e saliva das glândulas sublinguais e submandibulares (SANTOS *et al.*, 2015; HASAN *et al.*, 2020).

Estudos apontam que existe uma relação direta da gravidade da erosão com a frequência e duração dos quadros de purgação por dia, assim como com os hábitos de higiene bucal

(ARANHA *et al.*, 2008; GARCÍA *et al.*, 2008; UHLEN *et al.*, 2014). Em contrapartida, outros autores não encontraram relações entre frequência de vômitos, duração do vômito, higiene bucal e a severidade da erosão dentária (FRYDRYCH *et al.*, 2005; ESTEVES *et al.*, 2019). Após a regurgitação, muitos destes pacientes tem o hábito de escovar os dentes. Realizar este ato, juntamente com o ácido estomacal restante no interior da boca, também pode contribuir para o agravamento da erosão dentária, por eliminar a camada dentária com potencial de remineralização (UHLEN *et al.*, 2014; OTSU *et al.*, 2014). Muitas vezes ocorre a exposição dentinária associada com sensibilidade em virtude da erosão dentária. Geralmente, a dor decorrente da exposição dentinária e o envolvimento estético são os principais motivos que levam os pacientes a procurarem atendimento por um cirurgião dentista (El ACHKAR *et al.*, 2012).

A diminuição do fluxo salivar também tem sido uma alteração descrita nos pacientes com TA (STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; KISELY *et al.*, 2015; HASAN *et al.*, 2020). O fluxo salivar pode ser reduzido pelo uso excessivo de medicamentos laxantes e diuréticos (SANTOS *et al.*, 2015; KISELY *et al.*, 2015). Também tem sido sugerido que esta redução pode ocorrer devido as práticas purgativas desses pacientes, longos períodos de jejum e também pela ação anticolinérgica dos diversos fármacos utilizados no tratamento desses transtornos (STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; JOHSON *et al.*, 2015).

A hipertrofia das glândulas salivares, em destaque a glândula parótida, é bastante comum em pacientes com TA, mas a causa ainda é desconhecida (GARCIA *et al.*, 2008; STEINBERG, 2014; SANTOS *et al.*, 2015). Crê-se que ocorra um estímulo da glândula parótida associado ao ato de vomitar. Este aumento tende a atribuir à mandíbula uma aparência alargada e quadrada, causando uma deformidade estética que leva o paciente a procurar por tratamento (STEINBERG, 2014). É importante que o cirurgião dentista observe se também ocorre o aumento das glândulas salivares menores intrabucais, pois pode contribuir no diagnóstico diferencial de outras patologias que envolvem as glândulas parótidas (RUSSO *et al.*, 2008). Também tem sido descrito um possível retorno espontâneo da hipertrofia das glândulas salivares com a cessação da purgação (STEINBERG, 2014).

Não há consenso de que a cárie dentária é uma das características importantes nos pacientes com TA. Essa questão foi abordada por diferentes artigos, com conclusões divergentes (FRYDRYCH *et al.*, 2005; JUGALE *et al.*, 2014; HASAN *et al.*, 2020). Alguns autores defendem que pessoas com TA ingerem uma dieta com elevado teor em açúcares e carboidratos várias vezes por dia, fornecendo nutrientes em abundância para as bactérias cariogênicas, o que poderia justificar uma maior prevalência de cárie (POPOFF *et al.*, 2010; El

ACHKAR *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019). Em contrapartida, há estudos que relatam que a atividade de cárie parece ser similar ao do público em geral (AMORAS *et al.*, 2010). Uma vez que a cárie trata-se de uma patologia com etiologia multifatorial, sua ocorrência não pode ser atribuída à bulimia nervosa e anorexia nervosa. Foi sugerido que os hábitos de higiene bucal individual, predisposição genética, desnutrição e ingestão de drogas específicas são responsáveis pelas diferenças na prevalência de cárie nessas pessoas (HASAN *et al.*, 2020).

A doença periodontal é uma alteração pouco frequente em pacientes com transtorno alimentar. Isso tem sido justificado pelo fato da maioria desses paciente serem pessoas jovens (GARCIA *et al.*, 2008; GOMES *et al.*, 2019). Tem sido mostrado que os pacientes com TA exibem frequência da doença periodontal similar aos grupos controle, embora esses pacientes tenham tendência a uma higiene oral pior (FRYDRYCH *et al.*, 2005). Quando ocorre, a alteração mais prevalente é a gengivite associada com a desidratação dos tecidos bucais, devido a redução na produção de saliva, além das deficiências dietéticas e precariedade de higiene oral, que são fatores que impactam de forma negativa a saúde periodontal ( GARCIA *et al.*, 2008; RUSSO *et al.*, 2008). Um estudo sugere que pacientes com TA estão em maior risco de apresentarem doença periodontal e por isso requerem cuidados bucais terapêuticos e preventivos em intervalos de três meses (JOHSON *et al.*, 2015).

As alterações bucais observadas nos pacientes com TA são causadas por diversos fatores como higiene bucal deficiente, deficiência nutricional, ingestão crônica de carboidratos, xerostomia, ansiedade e também, pela redução do pH do meio bucal ocasionada pelos vômitos auto-induzidos (AMARAL *et al.*, 2011). As deficiências nutricionais, por exemplo, baixos níveis de ferro, zinco, vitamina K, dentre outros, podem constituir um fator predisponente para infecções oportunistas (GARCIA *et al.*, 2008; ESTEVES *et al.*, 2020). Nesse pacientes, em que essas carências nutricionais ocorrem juntamente como a redução na taxa do fluxo salivar, espera-se que estes exibam infecções oportunistas por *Candida* na mucosa bucal (FRYDRYCH *et al.*, 2005; RUSSO *et al.*, 2008; HASAN *et al.*, 2020; ESTEVES *et al.*, 2020).

É de responsabilidade do cirurgião dentista realizar uma anamnese detalhada, a fim de melhor compreender os hábitos alimentares dos seus pacientes (JOHNSON *et al.*, 2015). A partir de uma anamnese completa e detalhada, exame físico efetivo, exame extra e intraoral, o cirurgião dentista poderá orientar os pacientes ao tratamento multidisciplinar envolvendo atendimento psiquiátrico, psicológico e nutricional, e então realizar os procedimentos necessários para o restabelecimento da saúde bucal. Após estabelecer com eles uma relação de confiança, ainda poderá sensibilizá-los quanto aos perigos e complicações que essas doenças

podem provocar. (LIMA *et al.*,2012; ALVES *et al.*,2018).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conhecimento do impacto dos transtornos alimentares na saúde bucal é relevante para o cirurgião dentista. Este, por vezes, é o primeiro profissional de saúde a identificar os sinais e sintomas de anorexia e bulimia nervosa, além de ser o responsável por diagnosticar e tratar as alterações bucais. A má alimentação, a deficiência de nutrientes e a prática de indução de vômito podem ocasionar várias alterações bucais como erosão dentária, xerostomia, hipertrofia das glândulas salivares e lesões traumáticas em tecidos moles bucais, além de favorecer o surgimento de doenças como cárie, gengivite, candidíase, entre outras.

Entender a relação entre os transtornos alimentares e a saúde bucal tem sido uma preocupação recente na Odontologia, com os principais trabalhos sendo publicados a partir de 1990. Mais estudos, com um delineamento adequado, são necessários para elucidar a relação entre os TA às doenças bucais mais prevalentes.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Kassy Cortes et al. Manifestações orais dos transtornos alimentares: revisão de literatura. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 13, n. 4, p. 783-792, 2018.
- AMORAS, Dinah Ribeiro et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev Odontol UNESP*, v. 39, n. 4, p. 241-245, 2010.
- ANTUNES, Kaline Tumé; DO AMARAL, Clarissa Fontoura; BALBINOT, Carlos Eduardo Agostini. Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 8, n. 1, p. 159-167, 2007.
- ARANHA, A. C.; EDUARDO, C. de P.; CORDÁS, Táki Athanassios. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract*, v. 9, n. 6, p. 73-81, 2008.
- BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.
- DE LIMA, Daniela Salvador Marques et al. A saúde oral e os transtornos alimentares entre adolescentes. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 69, n. 2, p. 190, 2013.
- DOS SANTOS, Fernanda Daniela Guimarães et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 27, n. 1, p. 33-42, 2017.
- EL ACHKAR, Vivian Narana Ribeiro; BACK-BRITO, Graziella Nuermberg; KOGA-ITO, Cristiane Yumi. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 24, n. 1, p. 51-56, 2017.
- ESTEVES, Camilla Vieira et al. Oral yeast colonization in patients with eating disorders: commensal acquisition or due to purgative habits? *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 62, 2020.
- FRYDRYCH, A. M.; DAVIES, G. R.; MCDERMOTT, B. M. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Australian dental journal*, v. 50, n. 1, p. 6-15, 2005.
- GARRIDO-MARTÍNEZ, Pablo et al. Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*, v. 24, n. 5, p. e595, 2019.
- GOMES, Andressa Thaynara Andrade et al. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia: Revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 26, p. e730-e730, 2019.
- HASAN, Shamimul et al. Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 9, n. 8, p. 3890, 2020.



JOHNSON, L. B. et al. Eating disorder professionals' perceptions of oral health knowledge. *International journal of dental hygiene*, v. 15, n. 3, p. 164-171, 2017.

JUGALE, Pallavi Vasantro et al. Oral manifestations of suspected eating disorders among women of 20-25 years in Bangalore City, India. *Journal of health, population, and nutrition*, v. 32, n. 1, p. 46, 2014.

KISELY, Steve et al. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, v. 207, n. 4, p. 299-305, 2015.

LO RUSSO, Lucio et al. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral diseases*, v. 14, n. 6, p. 479-484, 2008.

MACIEL, Nathalia Luersen; CÉ, Larissa Cunha. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre manifestações orais em pacientes portadores de transtornos alimentares. *Journal of Oral Investigations*, v. 6, n. 1, p. 3-14, 2017.

OCHOA GARCÍA, Leonor; DUFOO OLVERA, Saúl; DE LEÓN TORRES, Claudia S. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista odontológica mexicana*, v. 12, n. 1, p. 46-54, 2008.

OTSU, Mitsuhiro et al. Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. *BioPsychoSocial medicine*, v. 8, n. 1, p. 1-7, 2014.

POPOFF, Daniela Araújo Veloso et al. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, v. 58, n. 3, p. 381-385, 2010.

STEINBERG, Barbara J. Medical and dental implications of eating disorders. *American Dental Hygienists' Association*, v. 88, n. 3, p. 156-159, 2014.

UHLEN, Marte-Mari et al. Self-induced vomiting and dental erosion—a clinical study. *BMC oral health*, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2014.

VIEIRA ESTEVES, Camilla et al. Oral profile of eating disorders patients: case series. *Special Care in Dentistry*, v. 39, n. 6, p. 572-577, 2019.