

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

Aspectos Gerais da Bulimia Nervosa e seus efeitos sobre a Saúde Bucal :
revisão de literatura

Rosejane Bispo Menezes

Aracaju/SE
Maio/2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

Aspectos Gerais da Bulimia Nervosa e seus efeitos sobre a Saúde Bucal:
revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes com parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel em odontologia

Aluna: Rosejane Bispo Menezes
Orientadora: Maria Auxiliadora Silva Pereira

Aracaju/SE
Maio/2009

Rosejane Bispo Menezes

Aspectos Gerais da Bulimia Nervosa e seus efeitos sobre a Saúde Bucal:
revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes com parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel
em odontologia

APROVADA EM ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

MARIA AUXILIADORA SILVA PEREIRA
ORIENTADORA/PRESIDENTE DA BANCA

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

*“Quero, um dia, poder dizer às
pessoas que nada foi em vão... que
o AMOR existe, que vale a pena se
doar às amizades e às pessoas, que
a vida é bela sim, e que eu sempre
dei o melhor de mim... e que valeu
a pena!”*

(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Ufa!!! Nem acredito que acabou. Mas... só foi mais um caminho de vários que ainda irei percorrer. Agradecer não é nenhuma tarefa fácil, mas eu vou tentar. E para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje.

Agradeço primeiramente a Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele, obrigado por sempre me dar força.

A meu pai (Jânio) obrigada por jogar todas as suas fichas em mim, você é o alicerce da minha vida, é o meu herói.

A minha (Rosa) obrigada por sempre está do meu lado, me defender de tudo e de todos, ser minha mãe, amiga e companheira, e muitas vezes minha filha. Rsr.

O agradecimento que tenho por vocês (minha e pai) é grande demais para colocar no papel. AMO VOCÊS.

Aos meus irmãos, Junior, Álvaro, Janjão e Gabriel, valeu por me aguentarem muitas vezes estressada e de mau humor, mas mesmo assim eu sei que vocês me amam rsrs. Amo vocês.

Aos meus familiares por sempre estarem ao meu lado, cada um sabe da importância que teve pra mim. Obrigada.

A todas as minhas amigas, em especial Bel, Paty e Belinha, que estiveram comigo todo esse tempo nos momentos bons e ruins e que me aturaram esse tempo todo, vocês moram no meu coração.

A Dorinha, minha orientadora, professora e amiga, você é um anjo, te admiro demais pela sua garra e coragem, você é uma guerreira, obrigada por tudo.

A Pacheco, obrigada pela ajuda, te admiro muito.

E aos que eu não citei o nome não é porque vocês são menos importantes, é porque o espaço para agradecer é pequeno. A todos MUITO OBRIGADA!

ASPECTOS GERAIS DA BULIMIA NERVOSA E SEUS EFEITOS SOBRE A SAÚDE BUCAL: REVISÃO DE LITERATURA

Rosejane Bispo Menezes

Maria Auxiliadora Silva Pereira

RESUMO

A bulimia nervosa do tipo purgativa é um transtorno alimentar que atinge mulheres adolescentes e adultas e se caracteriza pela ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos (hiperfagia) seguidos de métodos compulsórios inadequados para evitar o ganho de peso, tais como laxantes, diuréticos e auto indução de vômitos. A auto-indução de vômitos é o método que mais causa alterações da cavidade oral. Os sinais clínicos mais evidentes são cáries, doença periodontal, queilite, xerostomia, edema de glândulas salivares, hipersensibilidade dentinária e principalmente a erosão dental colocando o Cirurgião Dentista (CD) como um profissional de grande importância no diagnóstico desses distúrbios. Este artigo apresenta uma revisão de literatura a respeito da contribuição do CD no diagnóstico da Bulimia Nervosa (BN), através do conhecimento dos sinais e sintomas desta doença de ordem comportamental e constatou-se que cabe ao CD estar atento e saber reconhecer essas alterações bucais causadas pela BN do tipo purgativo para que possa ser diagnosticado precocemente, permitindo um tratamento multidisciplinar adequado.

PALAVRAS-CHAVE: alterações bucais, bulimia nervosa e transtornos alimentares.

ABSTRACT

The type of bulimia nerves purgative is an eating disorder that affects female adolescents and adults, is characterized by compulsive ingestion of large quantities of food (hyperphagia) followed by inappropriate compulsory methods

to prevent weight gain, such as laxatives, diuretics and self induction of vomiting. Self-induced vomiting is the method that causes more changes in the oral cavity. The most prominent clinical signs are caries, periodontal disease, cheilitis, xerostomia, swelling of salivary glands, hypersensitive dentin, and mainly the dental erosion putting Surgeon Dentist (SD) as a professional of great importance in the diagnosis of these disorders. This article presents a review of literature concerning the contribution of the SD in the diagnosis of Bulimia Nerves (BN), through knowledge of the signs and symptoms of this disease of a behavioral and concluded that the SD should be alert to recognize such changes mouth caused by the BN type purgative to be diagnosed early, allowing an adequate multidisciplinary treatment.

KEYWORDS: Bulimia nerves, eating disorders and oral changes.

INTRODUÇÃO

A adolescência começa com a puberdade, fase em que ocorrem mudanças morfológicas e psicológicas que se aproximam da condição de adulto. São considerados adolescentes, segundo a Organização Mundial de Saúde, os indivíduos entre 10 e 19 anos de idade. (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Alguns aspectos do comportamento do adolescente podem ter implicações no crescimento e na saúde. Os extremos de consumo alimentar podem caracterizar-se em desordens alimentares, incluindo anorexia nervosa, bulimia nervosa e/ou a obesidade, podendo ser refletido no crescimento somático, composição corporal e função menstrual (PASTORE, D. R., FISHER, M., FRIEDMAN, S. B. 1996).

A bulimia nervosa é classificada como uma doença de transtorno alimentar de ordem comportamental caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia, isto é, ingestão de grandes quantidades de alimentos em curto período de tempo (geralmente duas horas), seguidos de métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso. Estes métodos compensatórios podem ser considerados purgativos como uso indiscriminado de laxantes, diuréticos ou auto-indução de vômitos ou não purgativos, como

jejuns prolongados, dieta rigorosa ou prática excessiva de exercícios físicos. Uma pessoa é considerada bulímica quando os episódios de hiperfagia, seguidos de métodos compulsórios para perder peso, ocorre pelo menos duas vezes por semana, durante três meses consecutivos (LITTLE, 2002).

O comportamento bulímico foi descrito por Galeno, médico e filósofo grego nascido no ano 1300 como “Kynos Oresia”, ou seja, fome canina, considerando-a como consequência de um estado de ânimo anormal. O termo surgiu nos dicionários médicos no século XVII e XIX como achado curioso. Por volta dos anos 70, foi descrita como bulimaraxia até que, a partir dos anos 80, definiu-se a síndrome como buimia e, finalmente, adota-se o termo bulimia nervosa. Assim, etimologicamente a palavra “bulemia” se origina do grego *bous* (boi) e *limos* (fome) (INTERNET MENTAL HEALTH, 2009).

Os pacientes bulímicos recorrem ao vômito auto - induzido em 95% dos casos visando minimizar a ansiedade decorrente da ingestão alimentar excessiva, também chamada de hiperfagia. Em decorrência dos vômitos, a cavidade oral pode apresentar manifestações clínicas que incluem a xerostomia, irritações da mucosa oral, sensibilidade dental pela alteração de temperatura, cáries radiculares dentre outros, estes sinais conferem aos CD o compromisso em investigar a presença de BN nos seus pacientes (BEHLAN et al, 2005).

O CD deve estar atento as alterações bucais causadas pela bulimia nervosa como a perimólise, cáries, “ilhas” de amálgama, doença periodontal, edema de glândulas salivares, particularmente a parótida, dermatite periodontal, halitose, xerostomia, glossite, bruxismo, perda de dimensão vertical e hipersensibilidade dentinária, pois, ao realizar o exame clínico pode diagnosticar a doença precocemente orientando o paciente ao tratamento médico-odontológico adequado impedindo assim, a progressão da doença. Considerando, portanto, a Bulimia Nervosa como um fator de risco para o aparecimento de alterações bucais, este trabalho se propõe a estudar, por meio de revisão de literatura, as alterações bucais, que podem auxiliar no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo pelo cirurgião dentista, como

também enaltecer a necessidade da multidisciplinaridade em tratamentos odontológicos, buscando a reabilitação da saúde bucal.

REVISÃO DE LITERATURA

Os bulímicos se envergonham de seus hábitos e procuram ocultar seus sintomas a todo custo. Este sigilo absoluto dificulta o diagnóstico da doença. Em muitos casos a família só vem a desconfiar do problema quando este já se encontra em estágio avançado, momento em que os sinais e sintomas se tornam evidentes. A auto-indução de vômitos corresponde a 85% dos casos de bulimia nervosa e é o método que mais causa alterações na cavidade oral, o que justifica o grande interesse odontológico. Após dois a quatro anos do hábito de regurgitação induzida, as alterações bucais começam a se tornarem evidentes e o cirurgião-dentista é o profissional mais indicado para a observação e o diagnóstico de tais alterações (Ruff et al. 1992).

Para Hazelton; Faine (1996), o planejamento do tratamento restaurador, para estes pacientes, é um desafio para o dentista. Se houver perda extensa de substância dental, o plano de tratamento normalmente deverá contemplar uma reabilitação bucal completa com restaurações bastante complexas. Mesmo com o intuito de melhorar a estética e de ser bastante cooperativo com as medidas preventivas prescritas, o paciente normalmente continua com seu hábito de vômito auto-induzido. Isto aumenta o risco de insucesso das restaurações pelo fato de as estruturas dentais de suporte permanecerem em um ambiente extremamente ácido. Assim, também restaurações provisórias tendem a sofrer erosão muito facilmente se tal hábito permanecer.

Segundo Bouquot (1997), a bulimia é um transtorno alimentar que afeta as mulheres que sofrem com as cobranças da estética imposta pela sociedade, causando a elas efeitos sistêmicos de ordem também psicológicos que se prolongados podem ser letais, e as pesquisas citam que a bulimia afeta até 13% das mulheres adolescentes e adultas e a causa se revela pela desordem alimentar que passa nessa fase onde 19% têm obesidade e o primeiro diagnóstico pode ser feito aos 19 anos, não significando que o transtorno

tenha começado nessa época, podendo ser referente a anos anteriores como aos 12 anos e só se deflagrar com mais intensidade por volta dos 35 anos.

Burke (1998) citou a necessidade do desenvolvimento de técnicas apropriadas para tratar satisfatoriamente a perda severa de substância dental que pode ocorrer em pacientes bulímicos. Acredita que técnicas que requeiram mínima intervenção são mais apropriadas, pois tais pacientes podem sofrer mais com a má aparência dental proveniente da perda de substância dental. A utilização de coroas de cerâmica pura, cimentadas sobre a dentina remanescente, com material adesivo é relatada como uma boa alternativa nestes casos. Tais técnicas requerem pouco tempo de tratamento e podem de forma rápida ajudar a elevar a auto-estima dos indivíduos doentes, decorrentes da insatisfação com sua auto-imagem.

Rytomaa et al. (1998) relatam que nem todos os bulímicos apresentam erosão dental e que os fatores associados com a ocorrência e a severidade da condição é o tempo de duração da doença, a frequência dos episódios de vômito e a quantidade de saliva. A saliva reduz a acidez, portanto, em pacientes com fluxo salivar baixo, a acidez permanece, principalmente no dorso da língua, razão pela qual as faces palatinas dos dentes anteriores são mais afetadas. Os autores relatam também desgastes dos dentes, principalmente relacionados à mastigação e à escovação vigorosa em pacientes bulímicos, após o episódio de vômito. Neste estudo, os pacientes bulímicos tiveram uma maior prevalência de cárie em superfícies proximais e palatinas do que pacientes controles, mas não houve diferença significativa nos hábitos de higiene e no estado periodontal.

Segundo Waldman (1998), a prevalência de bulimia nervosa têm aumentado nos últimos anos, não existindo dados estatísticos para o Brasil, com prevalência entre 1 e 2% entre meninas jovens, sendo que em relação ao sexo ocorre em uma proporção de 10:1 em favor do gênero feminino. A idade média de ocorrência é aos 25 anos.

Pegoraro, Sakamoto e Domingues (2000), ao avaliarem por meio de casos clínicos a relação entre erosão dentária e distúrbios gastrintestinais,

observaram que os pacientes que possuíram o hábito de vomitar diariamente após alimentar-se apresentavam várias alterações bucais e dentais, entre elas, a erosão como a mais freqüente em pacientes que apresentavam a Bulimia Nervosa do tipo purgativo.

Traebert e Moreira (2001), relataram que a bulimia nervosa é um distúrbio de comportamento caracterizada pela ingestão compulsiva de grande quantidade de alimento, alterações com ações dirigidas a evitar ganho de peso, como, o vômito auto induzido. A ocorrência dessa doença tem aumentado, embora não existam dados epidemiológicos de ordem populacional no Brasil. Tal distúrbio gera na cavidade oral, erosão, xerostomia, queilite, cáries radiculares entre outras manifestações. Assim sugere-se que o dentista desempenha um papel fundamental no diagnóstico devido principalmente à erosão dental e que o mesmo deve estar preparado para tratar e encaminhar estes pacientes contribuindo para o tratamento do transtorno alimentar de forma multidisciplinar.

Bonilla e Luna (2001) descreveram a bulimia nervosa como um transtorno alimentar caracterizado por repetidos ataques de hiperfagia, seguido de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, sendo a prevalência de 2 a 4% entre adolescentes e adultos jovens do gênero feminino, nos homens a ocorrência é de aproximadamente um décimo da que se observa nas mulheres, e dentre as alterações da cavidade oral a perda de estrutura dental foi a mais observada avaliando alguns fatores para a realização do tratamento restaurador em pacientes bulímicos: aceitação e conscientização por parte de paciente em relação à BN, compromisso com tratamento psiquiátrico ou psicológico; a dieta balanceada e a melhora significativa da higiene bucal.

A BN é um distúrbio caracterizado por freqüentes episódios de consumo excessivo e compulsivo de alimentos, seguidos por métodos compensatórios para prevenir o ganho de peso, como vômitos, uso de laxantes e diuréticos. Geralmente a dieta rica em carboidrato que é consumida favorece a presença de cáries que são agravados devido à xerostomia, causada pelo uso de medicamentos antidepressivos usados durante o tratamento. Além

disso pacientes com esses distúrbios são dependentes químicos de drogas (álcool, fumo, medicamentos, etc), o que favorece o processo de erosão dental. (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2002)

Havendo a confirmação da suspeita de bulimia nervosa, deve-se considerar o tratamento psicoterapêutico, para que haja interrupção do processo ingestão-regurgitação de alimentos e para que o paciente receba um suporte psicológico, melhorando sua auto-estima e conscientizando-o de sua condição. A reabilitação dos dentes, neste caso, só será realizada após o progresso psicológico do paciente e este deverá estar consciente de que o sucesso do tratamento depende de sua colaboração em controlar a doença (FRANCISHONE et al., 2003).

A erosão dental causada pelos vômitos crônicos é uma das principais alterações dentárias encontradas em pacientes com bulimia nervosa do tipo purgativo. Uma amostra clínica mostrou que 69,2% dos pacientes com histórico de bulimia apresentavam grave erosão nas superfícies dentárias e que a etiologia da erosão dental seria uma associação do efeito dos ácidos gástricos, como o ácido clorídrico e com os movimentos habituais da língua sobre as superfícies dos dentes. A erosão dental é caracterizada pela desmineralização lenta e gradual das superfícies linguais e palatais dos dentes anteriores e das oclusais dos dentes posteriores sem alguma ação mecânica. Essa desmineralização ocorre devido ao baixo pH do ácido gástrico, que varia de 1 a 1,5, muito abaixo do nível crítico para a dissolução do esmalte dental, que é de 5,5 (CAMILOTTI, 2003).

Segundo Abreu e Rosa (2003), a bulimia nervosa é um transtorno psiquiátrico caracterizado pelo rápido consumo de grande quantidade de alimentos em um período limitado de tempo de forma descontrolada associado ao comportamento direcionado ao controle de peso e compensatórios aos episódios (como vômito auto-induzido, abuso de laxativos, diuréticos etc.), motivada por uma preocupação excessiva como a imagem corporal.

Segundo Araújo et al (2004) a bulimia nervosa é um distúrbio alimentar que consiste da hiperfagia seguida de medidas inapropriadas para evitar o

aumento de peso por meio de uso excessivo de laxantes, diuréticos, hormônios e regurgitação auto-induzida, entre outros. A etiologia é desconhecida, podendo estar relacionada com alguns fatores psicológicos, individuais e familiares, neuroquímicos, genéticos e, particularmente, sócio-culturais. No âmbito odontológico, observam-se erosões dentais generalizadas, aumento de índice de cáries, intumescimento de glândulas salivares, xerostomia, queilite, mucosite e alterações ortodônticas. Ao avaliarem a necessidade de conscientização do CD da importância do diagnóstico precoce da bulimia e de um protocolo de tratamento odontológico paliativo, concluiu que o paciente deve ser informado das causas e consequências dessa patologia no sistema estomatognático e submetido a um tratamento trans-disciplinar intensivo envolvendo psicoterapeutas e nutricionistas.

Descrita por Gerald Russel em 1979, a bulimia se caracteriza pela ingestão rápida de maneira compulsiva de grandes quantidades de comida, seguida da busca de métodos purgativos através da indução ao vômito, uso de diuréticos e laxantes, e métodos não purgativos como jejuns e exercícios físicos excessivos por medo de engordar. Poucos estudos têm sido voltados para a população adolescente, talvez por ser na idade adulta que portadores destes distúrbios recorram aos tratamentos específicos para o quadro clínico de BN. Por outro lado, verifica-se um crescente aumento de estudos interessados no assunto, talvez, pela incidência de doença. A etiologia de tais transtornos está relacionada a uma associação de fatores sociais, psicológicos e biológicos (PINZON, 2004).

A adolescência é um período de transição da infância à idade adulta caracterizado por diversas mudanças físicas, sociais e psicológicas. Nesta fase, o jovem pode desenvolver condutas patológicas como os transtornos alimentares, especialmente a anorexia e bulimia nervosas. Estes transtornos também apresentam efeitos nocivos sobre a saúde oral. O CD pode ser o primeiro profissional a detectar a ocorrência de transtornos alimentares pela possibilidade de se diagnosticar diversas manifestações bucais destes distúrbios de alimentação (XIMENES et al, 2004).

Seabra et al (2004), relataram que bulimia nervosa é uma doença de transtorno alimentar de ordem comportamental que têm efeitos nocivos sobre a saúde bucal, podendo ser diagnosticada primeiramente pelo dentista. Caracterizada pela ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos e ações para evitar o ganho de peso, como, por exemplo, o vomito auto-induzido. Pacientes com este distúrbio apresentam emagrecimento significativo e regurgitam frequentemente, provocando erosão dental, o que causa uma destruição característica nos tecidos duros das coroas dos dentes, colocando o CD como um profissional de grande importância no diagnóstico desse distúrbio.

Durante a auto - indução do vômito, o ácido gástrico concentrado invade repetidamente a cavidade oral, entrando em contato com os dentes. Estes eventos repetem-se diariamente ou várias vezes por semana e os pacientes geralmente escondem esta fato, complicando o diagnóstico. Existem quatro importantes sinais que os cirurgiões-dentistas deveriam reconhecer como característicos da bulimia nervosa: queilose (fissura e descamação do lábio), edema da glândula salivar (particularmente da parótida), xerostomia e eritema da mucosa oral, as lesões dentárias envolvem, geralmente, a região palatina dos dentes anteriores e, em menor grau, a oclusal dos dentes posteriores. A sintomatologia dolorosa é aguda ao frio, havendo retração do tecido pulpar (ESPINDOLA e BLAY, 2006).

Maciel, Nascimento e Silva Junior (2007), salientaram a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento da bulimia nervosa e observaram que a mesma consiste em um transtorno alimentar, no qual o paciente ingere compulsivamente grandes quantidades de alimentos seguidos de ações dirigidos para evitar o ganho de peso, sendo a ação mais comum é o vomito. Esse transtorno alimentar causa uma série de modificações corporais entre elas modificações peculiares da cavidade oral, como, xerostomia, hipersensibilidade, queilite, entre outras modificações, logo o dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a suspeitar da doença proporcionando ao paciente um tratamento interdisciplinar concomitante à saúde bucal.

Reconhecer o quadro de bulimia e não somente tratar das erosões dentais é fundamental para o que o CD obtenha eficácia no cuidado com a

saúde bucal e geral dos pacientes, pois só assim ele poderá estimular a participação e cooperação do paciente, atuando dentro de um contexto interdisciplinar, junto aos médicos, nutricionistas e terapeutas, abordando o indivíduo integralmente. (OLIVEIRA, 2007)

Guedes, Bussadori e Mutarelli (2007), relataram que a bulimia nervosa do tipo purgativo é um transtorno alimentar que atinge cerca de 2% a 4% das mulheres adolescentes e adultas, e se caracteriza por repetidos ataques de hiperfagia seguidos de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, tais como uso de laxantes, diuréticos e auto-indução de vômitos, a qual corresponde a 85% dos casos de BN do tipo purgativo sendo o método que mais causa alterações na cavidade oral. Por ser esta prática mantida em sigilo pelo paciente, a doença só chega ao conhecimento dos familiares quando já se encontra em estágio avançado com conseqüências sérias e concluíram que cabe ao cirurgião-dentista reconhecer as alterações bucais (erosão dental, cárie hipersensibilidade dentinária, doença periodontal, mucosite, halitose) causadas pela bulimia nervosa para que a doença possa ser diagnosticada e tratada precocemente.

Julianelle (2008) realizou um estudo com 30 pacientes do grupo de assistência aos transtornos alimentares da faculdade de medicina de Ribeirão Preto que apresentava bulimia e anorexia nervosa e que vomitavam freqüentemente e identificou que todos os participantes apresentavam algum grau de desgaste dentário. Usando um índice que variava de 0 a 4 para mensurar o nível de desgaste dentário, verificou-se que quase 70% dos pacientes apresentavam nível 2 que significa desgaste moderado e 13% nível 4, ou seja, apresentava desgaste severo com comprometimento de dentina e polpa, destacou ainda que o cirurgião-dentista ignora qual o melhor tratamento e recomenda que a escovação logo após o vômito é incorreto, pois a pasta contém abrasivo que intensifica o desgaste.

DISCUSSÃO

A bulimia nervosa é definida como uma doença de transtorno alimentar de ordem comportamental caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia,

seguidos de métodos compensatórios usados para evitar ganho de peso. (WHO, 1995; WALSH, 1998; TRAEBERTE MOREIRA, 2001; MAHAN E ESCOTT-STUMP, 2002; LITTLE, 2002; PINZON, 2004; ARAUJO et al, 2004 e SEABRA et al, 2004) e segundo Gerald Russel (1979), citado por Pinzon, (2004) e Little (2002), os métodos compensatórios podem ser do tipo purgativo, através da indução de vômito, uso abusivo de diuréticos e laxantes e não purgativos, como jejuns e exercícios físicos excessivos por medo de engordar. Para Little (2002) e Walser (1998) uma pessoa é considerada bulímica quando os episódios de hiperfagia, seguidos de métodos compensatórios para perder o peso, ocorre pelo menos duas vezes por semana, durante três meses consecutivos.

Segundo Waldeman (1998), Pinzon (2004) e Treabert e Moreira (2001), a prevalência da bulimia tem aumentado nos últimos anos, embora não existam dados epidemiológicos de ordem populacional no Brasil e para os autores pesquisados no referido trabalho a parcela mais atingida por este transtorno alimentar são as mulheres por uma preocupação excessiva com a imagem corporal (BOUQUOT, 1997; WALDMAN, 1998; BONILLA e LUNA, 2001; GUEDES, BUSSADORI e MUTARELLI, 2007). Bouquot (1997) chama atenção para o primeiro diagnóstico, que pode ser feito aos 19 anos, mas a ocorrência desse transtorno pode acontecer em épocas remotas como aos 12 anos e só seja deflagrada anos mais tarde. De acordo com Bonilla e Luna (2001) sua ocorrência nos homens é de aproximadamente um décimo do que se observa em mulheres. Waldman (1998), Guedes, Bussadori e Mutarelle (2007), Maciel, Nascimento e Silva Junior (2007) concordam que a bulimia é uma doença de adolescente e adulto jovem na faixa etária entre 20 e 40 anos.

Em relação à etiologia da BN, Pinzon, 2004; Araújo et al, 2004 concordam que está relacionada a uma associação de fatores sociais, psicológicos e biológicos sendo que Araujo et al. 2004 ainda acrescentam que pode existir a presença de fatores neuroquímicos, genéticos e particularmente sócio-culturais.

A auto-indução de vômito corresponde a 85% dos casos de BN do tipo purgativo e é o método que mais causa alterações na cavidade oral no que

concordam Ruff et al. 1992; Camilotti, 2003; Pegararo, Sekamoto e Domingues, 2000; Behlan et al, 2005; Maciel, Nascimento e Silva Junior, 2007; Guedes, Busdori e Mutarelli, 2007; Julianelle, 2008. Dentre as alterações bucais os sinais clínicos mais evidentes são cárie, xerostomia, queilite, doença periodontal, glossite, hipersensibilidade dentinária, halitose ente outros, os autores são unânimes em afirmar que a erosão dental é uma das principais alterações (PEGORARO, SAKAMOTO e DOMINGUES, 2000; TRAEBERT e MOREIRA, 2001; MAHAN e ESCOTT-STUMP, 2002; CAMILOTTI, 2003; ARAUJO et al, 2004; SEABRA et al, 2004; GUEDES, BUSSADORI e MUTARELLI, 2007; JULIANELLE, 2008), no entanto Rytomaa et al. 1998, relatam que nem todos os casos bulímicos apresentam erosão e que os fatores associados com a ocorrência e severidade da condição é o tempo de duração da doença e a freqüência dos episódios de vômitos.

O conhecimento das alterações bucais características da BN do tipo purgativo faz com que o CD possa sugerir um diagnóstico precoce deste transtorno alimentar, podendo assim encaminhar o paciente a um correto tratamento multidisciplinar, envolvendo médicos, nutricionistas e psicólogos. (TREAERT E MOREIRA, 2001; SEABRA et al, 2004; XIMENES et al, 2004; ARAUJO et al, 2004; OLIVEIRA, 2007; MACIEL, NASCIMENTO E SILVA JUNIOR, 2007; GUEDES, BUSSADORI e MUTARELLI, 2007).

Para Hazelton e Faine (1996) o planejamento do tratamento restaurador para estes pacientes é um desafio para o dentista, Burke (1998) relata a necessidade do desenvolvimento de técnicas apropriadas para tratar satisfatoriamente a perda severa de substância dental.

Bonilla e Luna (2001) mencionam quatro fatores essenciais para que possa ser realizado o tratamento restaurador em pacientes bulímicos: aceitação e conscientização por parte do paciente quanto ao transtorno; compromisso com o tratamento psiquiátrico ou psicológico; dieta balanceada e melhora significativa da higiene bucal; enquanto Julianelle em 2008 defende que a reabilitação nos bulímicos só será realizada após o progresso psicológico do paciente e este devera estar consciente de que o sucesso do tratamento depende de sua colaboração em controlar a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão de literatura pertinente ao assunto, podemos concluir que a maioria dos autores concordam que a bulimia nervosa é um transtorno alimentar de ordem comportamental e a bulimia nervosa do tipo purgativo através da auto-indução de vômito é a responsável pelas alterações bucais. O reconhecimento por parte do CD das alterações causadas pela BN do tipo purgativa é indispensável, pois este poderá, assim, diagnosticar precocemente a doença, permitindo que o paciente seja orientado por um tratamento multidisciplinar adequado.

SOBRE AUTORES

Rosejane Bispo Menezes, Graduanda no Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, email: ariana220384@hotmail.com. Maria Auxiliadora Silva Pereira Odontologa, Professora e Orientadora de Odontologia da Universidade Tiradentes, Mestre em Ciências da Saúde, Email: dorapereira04@hotmail.com.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N., ROSO, M. Psicoterapia cognitiva e construtivista: novas fronteiras de pratica clinica. Porto Alegre, Artemed, 2003.

ARAUJO, A.C.S., CAMPOS, G. M., KAMOI, D. J., GOMES, M.F. Manifestações gerais e orais da bulimia nervosa: Sugestão de um Protocolo de Tratamento Odontológico. **UNESP**.28 abril 2004.

BEHLAN M; REHDER, M.I.; AZEVEDO R. BORTOLOTTI E. Desfonias Psiquiatricas . In: BEHLAUM(ORG). Voz o livro do Especialista . v.2, São PAULO, **Revinter** , p.80-110,2005.

BONILLA,E.D.; LUNA,O. oral rehabilitation os a bulimic patient a cose report . **Quilintessence Int.** v.32, n.6, p.469-75,June, 2001.

BOUQUOT, J. E., SEIME, R. I. Bulimia Nervosa: Dental Perspectivas. **Pract. Perio Aester Dent.**, v. 9, p. 655-64, 1997.

BURKE, F. J. T. Treatment of loss of tooth substance using dentine-bonded crowns: relate of a case. **Dent Update**, v. 25, n. 6, p. 234-240, July/Aug. 1998.

CAMILOTTI, P.P.; VENTURINI, A. F.; CARDOSO, S. A. Perimólise: etiologia, diagnóstico e tratamento - caso clínico. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar.** v. 7, 23-25, Suplemento, 2003.

ESPINDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Bulimia and binge eating disorder: systematic review and metasynthesis. **Rev. Psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2006.

FRANCISCHONE, C. E.; D'ALPINO, P. H. P.; CASTANEDA-ESPINOSA, J.C.; MONDELLI, R. F. L. Tratamento Conservador de Dentes com Erosão Decorrente de Bulimia Nervosa: Restabelecimento de Guia Anterior. **J Bras Clin Odontol Int.** Curitiba, v.7, n.38, p.100-5, mar./abr.2003.

GUEDES, C.C.; BUSSADORI, S.K.; MUTARELLI, P.S., Estudos das alterações bucais que auxilia no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo : revisão de literatura, **Pediatr. Mod.**, v. 43, n. 6, p. 303-08, nov.-dez. 2007.

HAZELTON, L. R.; FAINE, M. P. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. **Int J Prosthodont.** v.9, n.1, p.65-73, jan. 1996.

INTERNET MENTAL HEALTH. Homepage na internete Disponível em **[HTTP://www.mertdhealth.com](http://www.mertdhealth.com)** acessado em 19/04/2009.

JUNIANELLI, J. Bulimia e Anorexia também causam desgaste dentário. Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da **USP**. Mar. 2008.

LITTLE, J.W. Eating disorders : dental implications oral Surg oral Med oral Pathol oral Radiol Endol, v.93, n.2, p.138 - 43, feb.,2002.

MACIEL, C.R.S., NASCIMENTO, M.A., SILVA JUNIOR, G.P. O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento da bulimia. **Rev. Bras. de Patol. Oral**, v. 7, n. 8, p. 153-67, set.2007.

MAHAN, L.K, ESCOTT-STUMP, S. Alimentos, nutrição e dieta-terapia. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002.

OLIVEIRA, M. A. de. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de usuários do sistema de saúde da Polícia Militar de Minas Gerais submetidos à cirurgia bariátrica: um ponto de partida para a abordagem integral. 2007. 145f. Dissertação. Mestrado de Saúde. UNICOR, Betim.

PASTORE, D. R.; FISHER, M.; FRIEDMAN, S. B. Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students. **J Adolesc Health**, v. 18, n. 1, p. 312-319, Jan. 1996.

PINZON, V., GONZAGA, A.P., COBELO, A., LABADDIA, E., BELLUZZO, P., FLEITLICH-BILYK, B. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 31, n. 4, set. 2004.

PEGORARO,C.N.; SAKAMOTO,F.F.O; DOMINGUES,L.A., Primólise: etiologia, diagnostico e prevenção , **Rev Assoc Paul Per Dente** , v. 54,p.156-61, Mar./Abr.-,2000.

RUFF, R.C.; KOCH, M.O.; PERKINS, S. Bulimia: dentomedical complications. **Gen Dent.** v.40, n.1, p. 22-25, Jan./Feb., 1992.

RYTOMAA, I., JARVINEN, V., KANERVA, R.,HEINONEN, O. P. Bulimia and tooth erosion. **Acta Odontol Scand**, v. 56, n. 1, p. 36-40, Feb. 1998.

SEABRA, B.G.M.; ALMEIDA, R.Q.; FERREIRA, J.H.S.; SEABRA, F.R.G. Anorexia nervosa e Bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. **Rev. Brás. de Patol. Oral**, v. 3, n. 4, p. 195-98, out.-dez. 2004

TRAEBERT,J; MOREIRA,E.A.M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui odontol Bras**, v.15, n.4,p.359-63, out./dez.2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committe. **WHO technical report series**, n. 854. Geneva, 1995, 452 p.

WALDMAN, H. B. Is your next young palient pré-anorexia or pré-bulimia? **ASDC I Dent Child**, v. 65, n. 1, p. 52-6, Jan/Feb. 1998.

XIMENES, R. C. C., COLARES, V., GERALDO, B. L., XIMENES, J. C. O impacto de transtornos alimentares na saúde bucal de adolescentes aos 14anos. **JBP Rev. Ibero-am. odontopediatr. odontol. bebê**; v. 7, n. 40, p. 543-50, nov.-dez. 2004.