



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Manifestações Oraís de Distúrbios Alimentares

Papel/Atuação do Médico Dentista

Isabel Alexandra Graça Lopes da Silva Moura Rodrigues de Jesus

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Medicina Dentária (Ciclo Integrado)

Gandra, 5 de junho de 2020



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Isabel Alexandra Graça Lopes da Silva Moura Rodrigues de Jesus

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Medicina Dentária (Ciclo Integrado)

Manifestações Oraís de Distúrbios Alimentares

Papel/Atuação do Médico Dentista

Trabalho realizado sob a Orientação de Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral

Declaração de Integridade

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Declaração do Orientador

Eu, “José Manuel Barbas do Amaral”, com a categoria profissional de “Professor Auxiliar Convidado” do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador da Dissertação intitulada “*Manifestações Oraís dos Distúrbio Alimentares: Papel/Atuação do Médico Dentista*”, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, “Isabel Alexandra Graça Lopes da Silva Moura Rodrigues de Jesus”, declaro que sou de parecer favorável para que a Dissertação possa ser depositada para análise do Arguente do Júri nomeado para o efeito para Admissão a provas públicas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

O Orientador

Gandra, 29 de maio de 2020

Agradecimentos

A Deus, por estar sempre presente e por ser a minha força interior.

Aos meus pais, pilares da minha vida, cujo apoio incondicional foi traduzido em esforço e dedicação.

À minha filha, pela compreensão por todos os momentos ausentes em que queria ter estado presente para a abraçar.

A todos os pacientes que contribuíram para o meu desenvolvimento como médica dentista, permitindo a aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Aos meus colegas, companheiros, com quem foram partilhadas muitas experiências, conhecimentos e recordações que irei guardar para sempre.

A todos os professores por todo o ensinamento e contributo na minha formação académica.

À biblioteca do Hospital de Santo António a gentilha na cedência de alguns artigos científicos incluídos neste estudo.

Ao Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral por toda a disponibilidade, colaboração e conhecimentos transmitidos.

A todos que, de uma maneira ou de outra, me apoiaram e auxiliaram neste percurso.



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Resumo

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática integrativa sobre manifestações orais e implicações clínicas dos distúrbios alimentares e procedimentos terapêuticos a serem adotados pelo médico dentista. Pretendeu-se, também, averiguar o papel dos médicos dentistas no encaminhamento de condições orais secundárias.

Efetuuou-se uma pesquisa bibliográfica na PubMed, utilizando a seguinte combinação de palavras-chave: oral manifestations, eating disorders, oral symptoms, oral health, bulimia, anorexia, que identificou 278 artigos, dos quais 31, considerados relevantes, foram incluídos neste estudo.

A erosão dentária (79,2%), cárie (45,8%), sensibilidade dentária (33,3%) e aumento da glândula parótida (29,2%) foram as manifestações orais indicadas com maior frequência. A xerostomia (25%) foi apontada como achado patológico comum, transversal a outras manifestações orais. Não foram encontradas neoplasias malignas orais.

A maioria dos médicos dentistas possui um nível baixo de conhecimentos sobre manifestações orais dos distúrbios alimentares e não inclui nas suas práticas clínicas aspetos relacionados com distúrbios alimentares, havendo diferenças de atuação entre dentistas do sexo masculino e do sexo feminino.

Esta revisão pode servir como guia de atuação para médicos dentistas reconhecerem as manifestações orais dos distúrbios alimentares, facilitando o diagnóstico precoce e contribuindo para um tratamento adequado.

Palavras-chave

Manifestações orais; Distúrbios alimentares; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Prevenção

Abstract

The aim of this study was to conduct an integrative literature review on oral manifestations and clinical implications of eating disorders; therapeutic procedures to be adopted by dentists. It was also intended to investigate the role of dentists in referring secondary oral conditions. An electronic search was performed on the PUBMED using a combination among the following search items: oral manifestations, eating disorders, oral symptoms, oral health, bulimia, anorexia, identified 278 articles, of which 31, were considered relevant and included in this study.

Dental erosion (79,2%), caries (45,8%), tooth sensitivity (33.3%) and enlargement of the parotid gland (33,3%) were the oral manifestations most indicated. Xerostomia (25%) was identified as a common pathological finding, transversal to other oral manifestations. No oral malignancies were found.

Most dentists have a low level of knowledge about oral manifestations of eating disorders and do not include aspects related to eating disorders in their clinical practices, with differences in the way male dentists and female dentists act.

This review can serve as a guide for dentists to recognize the oral manifestations of eating disorders, in order to facilitate early diagnosis, contributing to an appropriate treatment.

Keywords

Oral manifestations; Eating disorders; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Prevention

Índice	Págs.
1 – INTRODUÇÃO	1
2 – OBJETIVOS E HIPÓTESES	2
3 – MATERIAIS E MÉTODO	2
4 – RESULTADOS	3
5 – DISCUSSÃO	28
6 – CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	47

1 - Introdução

A crescente obsessão pelo culto ao corpo, influenciada pela moda e meios de comunicação social, pode resultar em distúrbios alimentares (DA).

1.1 - Distúrbios Alimentares

A constante preocupação com a alimentação ou com o comportamento relacionado com a alimentação conduz ao consumo/absorção alterados de alimentos, prejudicando significativamente a saúde física e psicossocial.¹ Outros fatores que podem contribuir para os distúrbios alimentares são as doenças psiquiátricas,² e a autoperceção desajustada do peso/forma do corpo.^{2,3} A sua etiologia é desconhecida, mas fatores genéticos, culturais, psiquiátricos^{3,4} e ambientais⁵ contribuem com uma aparente relevância para a sua compreensão. No ocidente, a asma, obesidade e os DA são as doenças crónicas mais comuns.⁶ A compulsão alimentar periódica é mais frequente nos homens e idosos.⁷

1.1.1 – Anorexia nervosa

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) ¹ define dois subtipos para a anorexia nervosa (AN): restritivo⁸ e compulsão alimentar/purgativa^{4,8}, atribuindo critérios de diagnóstico, como a restrição persistente da ingestão calórica,¹ recusar manter o peso corporal saudável,⁹ o medo intenso de engordar,¹ a imagem corporal distorcida¹ e a amenorreia ≥ 3 ciclos consecutivos (na pós-menarca).^{3,10}

1.1.2 - Bulimia nervosa

O DSM – V¹ define dois subtipos de bulimia nervosa (BN): compulsão / e não eliminação⁹ atribuindo critérios de diagnóstico como a falta de controlo/ maior consumo de alimentos, o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados e o medo mórbido de engordar.⁴ A prevalência é maior entre adultos, com um pico no fim da adolescência e início da idade adulta.¹ Assim como na AN, conhece-se pouco sobre a prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas é mais comum no feminino.¹

1.1.3 – Transtornos alimentares não especificados

Por definição os transtornos alimentares não especificados (EDNOS) ^{1,9,11,12} não preenchem todos os critérios para qualquer DA, causam sofrimento clinicamente significativo ou dano no funcionamento social, profissional e pessoal.¹

Os distúrbios alimentares apresentam manifestações orais seis meses depois do início dos comportamentos graves.¹³ A medicina dentária pode/deve ser fundamental na prevenção dos DA, pois certas manifestações orais podem ser a sua primeira ou única evidência.

2 - Objetivos e Hipóteses

Este trabalho tem como finalidade realizar uma revisão sistemática integrativa sobre manifestações orais/implicações clínicas dos distúrbios alimentares e procedimentos terapêuticos a serem adotados pelo médico dentista e averiguar o seu papel no encaminhamento de condições orais secundárias.

O médico dentista pode pelas características clínicas orais/físicas observadas assim como pela regularidade do atendimento, encaminhar, atempadamente, o doente para tratamento, evitando mais complicações dos distúrbios alimentares

3 – Materiais e Método

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na PUBMED, utilizando a seguinte combinação de termos de pesquisa: ((oral manifestations) AND eating disorders) or ((oral health) AND bulimia) AND anorexia) or (((oral symptoms) AND signs) AND bulimia) AND anorexia).

Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados em inglês, até 2019, mencionando as manifestações orais dos distúrbios alimentares e o papel/atuação do médico dentista face a esses distúrbios. O total de artigos foi compilado para cada combinação de termos-chave, tendo sido removidos os duplicados, usando o gestor de referências bibliográficas Mendeley.

Foi realizada uma avaliação preliminar dos resumos para determinar quais os artigos que estavam de acordo com os objetivos do estudo. Depois de selecionados foram lidos e analisados individualmente. Tendo em conta a temática do trabalho, os critérios de inclusão para elegibilidade na pesquisa foram: artigos escritos em inglês; estudos caso-controlo; modelo transteórico; revisão sistemática; estudos transversais; estudo população; estudo qualitativo.

Foram recuperados para esta revisão: nomes de autores, periódico e ano de publicação.

4 – Resultados

Identificaram-se 278 artigos (Figura 1), dos quais se removeram 38 duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos, excluíram-se 181 por não atenderem aos critérios de inclusão. Restaram 59 que foram avaliados, desses, 28 retiraram-se por não fornecerem dados abrangentes, considerando o objetivo do estudo. Obtivemos, então, 31 artigos.

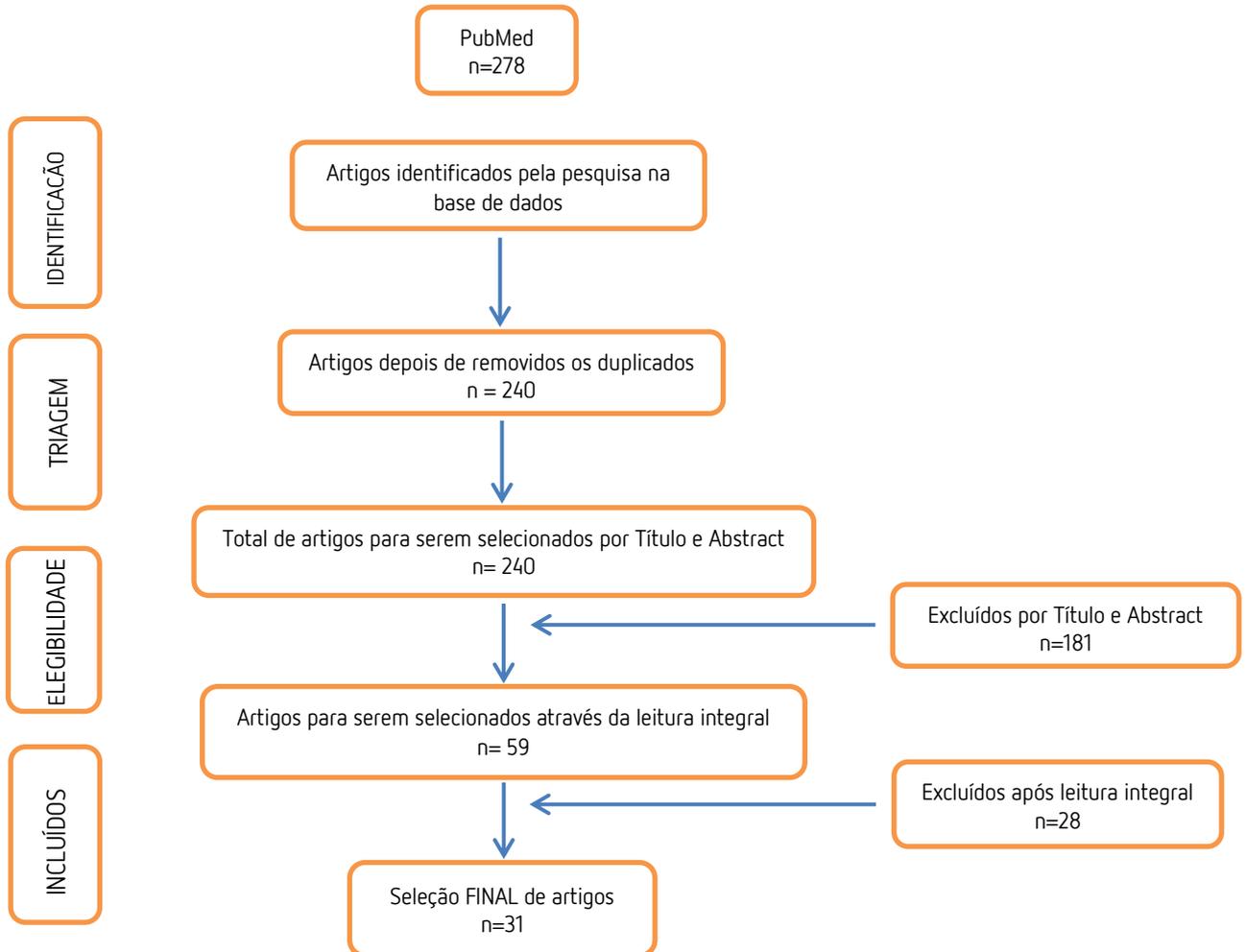


Figura 1 - Fluxograma da estratégia de pesquisa realizada

Dos 31 artigos incluídos (tabela I): 1 (3,2%) faz referência aos critérios de diagnóstico dos transtornos alimentares; 19 (63,3 %) investigam os efeitos dos distúrbios alimentares na saúde oral (incluindo anorexia e bulimia nervosas); 6 (19,4%) fazem referência ao papel dos médicos dentistas no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares, 5 (16,7%) investigam os efeitos dos distúrbios alimentares na saúde oral e também fazem referência ao papel dos médicos no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares.

Tabela I - Resumo dos resultados/dados mais relevantes selecionados a partir de 30* artigos analisados

*Não se incluiu o artigo que faz referência aos critérios de diagnóstico dos transtornos alimentares

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (n)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
Efeitos dos Distúrbios Alimentares na Saúde Oral	19 (63,3%)	Jugale, Pramila, Murthy, Rangath ⁵ , 2014	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perimólise – valor significativo (devido ao excesso de ingestão de alimentos e bebidas ácidas e/ou manutenção da bebida na boca por muito tempo); ✓ Abrasão cervical; ✓ Cárie – valor significativo; ✓ Sensibilidade dentária – valor significativo (devido à cárie, erosão cervical ou à perimólise).
		Frydrych, Davies, McDermott ² , 2005	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais comum na regurgitação crónica típica de DA; ✓ Inicial nas faces oclusais e palatinas, e vestibulares (quando bebidas ácidas também são consumidas) nos doentes BN; ✓ Risco de cárie aumentada pela xerostomia; ✓ Traumatismo na mucosa oral; ✓ Queilite angular; ✓ Glossite; ✓ Ulceração da mucosa; ✓ Candidíase oral; <p>Aumento da Parótida.</p>
		Emodi-Perlman, Yoffe, Rosenberg, Eli, Alter, Winocur ⁶ , 2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Xerostomia; ✓ Doenças periodontais; ✓ Erosões dentárias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manifestação oral da regurgitação crónica típica de DA; ✓ Atrição grave em 42,4% doentes com DA e em 4,2% saudáveis (diferença significativa); ✓ Em 26,3% dentes anteriores e 21,3% dentes posteriores (grupo com DA); ✓ Maior desgaste canino (grupo que induz vômito comparativamente ao grupo que não induz vômito; diferenças estatisticamente não significativas); ✓ Maior prevalência de sensibilidade dentária (significativamente maior nos doentes que induzem o vômito); ✓ Maior: limitação frequente na abertura da boca; uso intensivo de pastilhas elásticas (a) significativamente no grupo que induz vômito); sensibilidade geral muscular à palpação (significativamente nos grupo que induz vômito); ✓ Sem diferenças: atividade parafuncional; bruxismo durante a vigília e sono; sensibilidade articular à palpação;
		Aranha, Eduardo, Cordás ³ , 2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perimólise nas faces palatina, oclusal/ incisal dos dentes superiores; ✓ Erosões: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciais nas faces palatinas e vestibulares (quando bebidas ácidas também são consumidas);

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Da face vestibular pode ter aparência pálida, textura suave e brilhante diferente da perimólise; ✓ Lesões ativas (leves, não manchadas e geralmente insensíveis ao frio/ calor/ estímulos); ✓ Hipersensibilidade dentinária ou cervical (relacionada com erosões dentárias); ✓ Cárie: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Doentes com compulsão alimentar os únicos a apresentar aumento; ✓ Incidência em doentes com AN semelhante à no grupo sem DA; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diferenças nos doentes com DA devido: características pessoais; higiene oral; tipo de dieta; exposição ao flúor durante o desenvolvimento dentário; predisposição genética e ingestão de certos medicamentos, que induzem xerostomia; aumentando o risco de cárie cervical em AN; ✓ Traumatismo nas mucosas, faringe, palato, candidíase oral; <p>Aumento da parótida (significativamente comum em doentes com DA), possivelmente causado por vômitos frequentes.</p>
		Romanos, Javed, Romanos, Williams ¹⁶ ,2012	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ faces oclusal e palatinas dos dentes superiores (doentes com BN que consomem dietas com baixa acidez); ✓ Cárie: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultados subsistem divergentes; ✓ Diferenças nos doentes com DA atribuem-se: características pessoais; higiene oral; tipo de dieta; exposição ao flúor durante o desenvolvimento dentário; predisposição genética e ingestão de certos medicamentos, que induzem xerostomia; ✓ Doenças periodontais incomuns em doentes com DA; ✓ Gengivite escorbútica associada à grave deficiência de vitamina C; ✓ Xerostomia (causada pelo desequilíbrio hídrico do uso excessivo de diuréticos e laxantes e vômito persistente); ✓ Poucos estudos sobre associação da disfunção temporomandibular aos DA; ✓ limitação mais frequente na boca aberta; <p>Aperto crónico dos dentes e bruxismo (comuns em doentes com DA) associados ao vômito auto-induzido crónico.</p>
		Strumia ¹⁷ , 2005	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perimólise e perda de dentes, patognomónico de hábitos de purgação e da BN; ✓ Queilite angular/estomatite angular (60%) pode estar relacionada à riboflavina e outras deficiências vitamínicas ✓ Ocasionalmente, língua geográfica e aftas; ✓ Gengivite com sangramento é causada por trombocitopenia; ✓ Aumento da glândula salivar patognomónico de hábitos de purgação e de BN; ✓ Sinais dermatológicos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Distrofia das unhas (relatados em AN e BN); ✓ Xerose, (prevalência BN é ligeiramente menor do que na AN);

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ . Pêlos no corpo (lanugo); ✓ Eflúvio telogéno (talvez mais frequente na BN); ✓ Carotenodermia; ✓ Acne, (talvez mais frequente na BN); ✓ Hiperpigmentação; Dermatite seborreica; Acrocianose; Prurido; Púrpura; ✓ Sinal de <i>Russe</i>/patognomónico de hábitos de purgação e da BN.
		Wang, Lin, Chen, Liang ¹⁸ , 2010	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: ✓ Pelo menos uma face dentária em 416 crianças (27,3%); ✓ Incisivos centrais (incisivos centrais superiores, 16,3% e 15,9%; incisivos centrais inferiores, 17,4% e 14,8%), localizados na frente da cavidade oral, predispondo-os à erosão extrínseca por ácidos (bebidas ácidas); ✓ Face incisal ou oclusal mais afetadas (43,2%); <p>Meninas que consumiram bebidas carbonatadas uma vez por semana ou mais tendiam a apresentar maior erosão dentária.</p>
		Milosevic ¹⁹ , 1999	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão: ✓ Aumento da frequência em indivíduos com síndrome de vômito auto-induzido (SIV); ✓ Vestibular (causada pelo maior consumo de alimentos ácidos pelos bulímicos); ✓ Cárie: ✓ Resultados divergentes, ✓ Maior presença de cárie nos doentes com DA do que a restante população; ✓ Pode depender do vômito; ✓ Evidências sobre o <i>status</i> periodontal são conflitantes: ✓ Hematoma palatino (numa mulher bulímica); ✓ Sem relato de doença maligna associada ao SIV; ✓ Glossite, ulceração da mucosa, queilite angular e candidíase; ✓ Sinal de Russel.
		Rytömaa, Järvinen, Kanerva, Heinonen ²⁰ , 1998	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária, ✓ Abrasão e desgaste dos dentes foram significativamente mais frequente entre bulímicos do que controlos; ✓ Sensibilidade dentária (aumento nos bulímicos ao toque e frio); ✓ Cárie: ✓ Proximal e vestibulo- lingual significativamente mais comuns entre bulímicos do que controlos; ✓ Mas, como multifatorial, não pode ser totalmente atribuída a distúrbios alimentares.

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
		Kavitha, Vivek, Hegde ⁴ , 2011	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Surge na face vestibular pode ser indicativo de consumo excessivo de alimentos fortemente ácidos, de baixas calorias, pelos doentes com AN); ✓ Cárie: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento só nos doentes com compulsão alimentar (devido ao consumo de alimentos com elevado teor calórico). ✓ Dados do <i>Status</i> periodontal inconsistentes; ✓ Glossite; ✓ Aumento da glândula parótida (significativamente comum em doentes com DA, possivelmente causado por vômitos frequentes); Certos bulímicos não apresentam sinal de Russell, induzem o vômito pela abertura intencional do esfíncter esofágico, semelhante à eructação..
		Garrido – Martínez et al ⁷ , 2019	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Significativamente mais elevada nos doentes com DA do que nos sem DA; ✓ Associada à frequência de vômito (estatisticamente significativa); ✓ Não foi observada maior incidência em bulímicos comparado com anoréticos. ✓ A média de cárie e <i>status</i> periodontal semelhantes nos grupos com DA e sem DA (sem diferenças estatisticamente significativas); ✓ Lesões nos tecidos moles: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indivíduos que fumam (com DA e sem DA) apresentam mais do que os que não fumam; ✓ Quase todos doentes (fumadores e não fumadores) com DA têm lesões; ✓ Alta frequência de lesões mucosas - encontradas diferenças estatisticamente significativas no lábio seco, queilite angular, eritema, ulcerações e língua saburrosa.
		Shaughnessy, Feldman, Cleveland, Sonis, Brown, Gordon ¹⁰ , 2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não foi observada erosão dentária; ✓ Cárie clinicamente detetável (nove participantes (39%)); ✓ Inflamação gengival leve nos molares superiores e inferiores (17% doentes); ✓ Recessão gengival >3 superfícies 1 mm abaixo da junção cimento-esmalte (43% doentes);
		Milosevic, Brodie, Slade ²³ , 1997	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Em metade dos 22 doentes com DA que escovam os dentes; ✓ Nos bulímicos que escovam os dentes e os que não fazem a seguir ao vômito não houve diferença significativa entre os que apresentavam e os que não apresentavam erosão dentária.

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
		Milosevic, Brodie, Slade ²³ , 1997	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Em metade dos 22 doentes com DA que escovam os dentes; ✓ Nos bulímicos que escovam os dentes e os que não fazem a seguir ao vômito não houve diferença significativa entre os que apresentavam e os que não apresentavam erosão dentária.
		Panico, Piemonte, Lazos, Gilligan, Zampini, Lanfranchi ¹¹ , 2017	<ul style="list-style-type: none"> ✓ . Erosões dentárias (dois doentes com DA, no grupo controlo não houve); ✓ Lesões orais (94% doentes com DA e 18,5% do grupo controlo) mais comuns: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eritema labial, queilite esfoliativa, palato amarelo-alaranjado, lesões hemorrágicas, mordidas na bochecha e atrofia orais inespecíficas; ✓ Eritema labial mais comum nos doentes com BN que nos doentes com AN ou EDNOS; ✓ Apenas o eritema labial foi associado a uma maior frequência de vômitos por dia; ✓ Palato amarelo-alaranjado (duro e mole) associada à alta ingestão de suplementos de caroteno; ✓ Doentes com AN e BN sem grande aumento da glândula salivar; não excluiu comportamentos de indução de vômito (vômito não revelado).
		✓ Roberts, Li ⁹ , 1987	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dos dentes anteriores superiores (35% doentes AN e 38% com BN); ✓ Cárie (grupos AN e BN não são mais ou menos suscetíveis que os não têm DA); ✓ CPOD/CPOS (não foram encontradas diferenças em doentes com anorexia ou bulimia); ✓ Doença periodontal avançada raramente diagnosticada em DA; ✓ Índice gengival/hemorrágico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pareceu ser melhor em doentes com anorexia do em bulímicas (sem diferenças estatísticas); ✓ Recessão gengival (pouca frequência em AN e BN); ✓ Aumento assintomático da parótida, regredindo espontaneamente, em doentes com anorexia; ✓ Desgaste oclusal, sugestivo de bruxismo (3 doentes com bulimia nervosa; nenhuma anorética); ✓ Disguesia.
		Mandel, Kaynar ²⁴ , 1992	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perda de esmalte devido à exposição repetida de ácido gástrico; ✓ Sensibilidade dentária térmica; ✓ Aumento da parótida diretamente proporcional à frequência do vômito; indolor e macio à palpação; ✓ Aumento unilateral e bilateral da glândula parótida (ocasionalmente há associação submandibular) comuns em bulímicos.
		Price, Schmidt, Adam, Lacey ²⁵ , 2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ . Aumento bilateral da parótida (exceto no doente com BN), tende a ter uma superfície mais convexa; ✓ Ausência de aumento da glândula salivar não exclui comportamento significativo de vômito;

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
			RM é útil e confiável para examinar as mudanças nas glândulas parótidas em doentes com DA.
		Aframian ²⁶ , 2005	<ul style="list-style-type: none"> ✓ lesões bilaterais simétricas das glândulas salivares menores no palato duro são raras e podem estar relacionadas com distúrbios gastrointestinais e que vômitos excessivos diminuem pH das mucosas e do palato.
		Johansson, Johansson, Unell, Norring, Carlsson ²⁷ , 2010	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor (facial, cabeça); ✓ Cansaço da mandíbula; ✓ Projeção anterior da língua; ✓ Sensação de corpo estranho; ✓ Tonturas; ✓ Distúrbios do sono.
Papel dos médicos dentistas no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares	6 (20%)	DiGiacchino, Keenan, Sargent ²⁸ , 2000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A maioria dos dentistas e higienistas não avalia doentes com DA, nem fornece atendimento odontológico domiciliário específico; ✓ Muitos dentistas e higienistas “ não tinham certeza ” ou não conheciam todas as possíveis complicações dentárias/orais associada à DA, mas reconheceram: erosão dentária; cárie; sensibilidade dentária; xerostomia; queilose. ✓ Poucos dentistas e higienistas indicaram que não escovar os dentes após o vômito é eficaz; ✓ A maior parte indicou eficácia na lavagem com solução alcalina após o vômito induzido; referiram preocupações clínicas sobre implicações dentárias no doente com DA; indicaram eficácia de um programa de recordações mais frequentes para doentes com suspeita de DA; indicaram preocupação com o doente com DA; 61,1% dentistas e 47,4% higienistas indicaram ser eficaz encaminhar o doente com DA ao prestador de cuidados primários; ✓ Devem realizar sessões educacionais contínuas relativamente aos DA (tratamento e gerenciamento de casos)
		Aranha, Eduardo, Cordás ²⁹ , 2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dentista deve questionar o doente com DA, de maneira tranquilizadora, reunindo informações para confirmar o diagnóstico; ✓ Uso de laserterapia no tratamento da hipersensibilidade dentinária; ✓ Se o doente tiver uma síncope hipoglicêmica, o tratamento dentário deve ser interrompido, colocando-se na prega mucobucal pequena quantidade de açúcar e deve, ainda, aconselhar-se a consumir uma refeição ligeira antes da próxima consulta; ✓ As práticas preventivas devem começar imediatamente, a fim de evitar mais destruição da estrutura dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A fase inicial deve ser a educação/aconselhamento do doente; ✓ Goteiras plásticas específicas para cada doente, para proteger e tapar os dentes durante os episódios de vômito;

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ substâncias como antiácido sem açúcar, bicarbonato de sódio em pasta de água ou fluoreto de sódio neutro podem ser colocados dentro da goteira, antes do vômito. ✓ Lavagem com fluoreto de sódio a 0,5%, após o vômito, neutraliza o ácido regurgitado; ✓ É recomendável iniciar um plano de tratamento temporário, para estabilizar os danos existentes; ✓ Nos dentes que requerem restaurações, é preferível usar resinas compostas ou cimentos de ionômero de vidro para reduzir a hipersensibilidade dentinária e prevenir a erosão dentária; ✓ Dor e pouca perda de tecido duro - agentes dessensibilizadores e laserterapia; dentes requerem restaurações – resinas compostas/cimentos de ionômero de vidro; ✓ Grave perda de esmalte dentário e comprometimento da estética - facetas de porcelana, coroas ou onlays, veneers.
		DeBate, Vogel, Tedesco, Neff, ¹³ 2006	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A maioria dos dentistas (ambos os gêneros) relatou que não estava a praticar comportamentos de prevenção secundária ou estavam a praticar apenas algumas vezes; ✓ 42,3% dos médicos dentistas (mais mulheres) referiram terem avaliado pacientes odontológicos quanto a sinais orais de distúrbios alimentares por seis ou mais meses; ✓ 46,3 % dos dentistas (mais mulheres) relataram que forneceram instruções específicas de atendimento odontológico para doentes suspeitos ter um distúrbio alimentar; ✓ 26% dos dentistas de ambos os gêneros indicaram organizar um cronograma de recordação mais frequente para doentes com manifestações orais de DA; 25% (mais dentistas mulheres) referiram encaminhar doentes com manifestações orais de distúrbios alimentares a outros prestadores de primários; e 19% (mais dentistas mulheres) comunicam com o doente sobre prestação de cuidados primários; ✓ Embora haja diferença estatisticamente significativa entre os anos de prática (mais nos dentistas do género masculino), não parece ser substancialmente significativa para se referenciar doentes suspeitos de DA e para se comunicar com o prestador de cuidados primários; ✓ As mulheres dentistas têm mais conhecimento sobre pistas orais e físicas, têm uma maior percepção da gravidade da BN e AN e indicaram perceber que existem maiores benefícios de se envolverem nas práticas de prevenção secundária.
		DeBate, Tedesco, Kerschbaum ³⁰ , 2005	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A maioria dos profissionais de saúde oral tem pouco conhecimento sobre pistas orais associadas a distúrbios alimentares, mas os higienistas estão mais propensos a identificar corretamente as manifestações orais; ✓ Médicos dentistas e higienistas orais demonstraram baixos níveis de conhecimento sobre manifestações físicas de AN e BN, especialmente lanugo entre doentes com AN e o "sinal de Russell" entre doentes com BN; ✓ A maioria dos dentistas não identificou corretamente "peso normal" como presente tanto na AN como na BN.
		DeBate, Tedesco ¹² , 2006	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Os dentistas neste estudo: ✓ Acreditam ter obrigação ética em participar da prevenção secundária de distúrbios alimentares mas

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ encontram barreiras (não receberam treino suficiente em relação aos DA; não têm conhecimento sobre manifestações orais/físicas de DA e sobre como deverão comunicar com doentes nem possuem protocolo definido para atendimento odontológico domiciliar específico para esses doentes); ✓ Solicitaram um programa de recordação, encaminhamento e gerenciamento de casos para doentes com suspeita de DA; ✓ Constataram que o higienista oral era visto como uma pessoa de apoio na prevenção secundária de distúrbios alimentares; ✓ Mencionaram que todos os membros da equipa de tratamento odontológico devem estar cientes da importância da parceria/comunicação de outros profissionais de saúde (ciências comportamentais e sociais) que tratam distúrbios alimentares.
		✓ DeBate et al ³¹ , 2009	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação de projeto piloto que desenvolveu e avaliou um programa de treinamento na Web para estudantes e profissionais da saúde oral na prevenção secundária de DA; ✓ Resultados revelaram melhorias estatisticamente significativas: na autoeficácia; no conhecimento de manifestações orais de comportamentos (restritivos e de regurgitação) e de tratamento; atitudes face à prevenção secundária de DA.
Efeitos dos Distúrbios Alimentares na Saúde Oral + Papel dos médicos dentistas no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares		Lo Russo, Campisi, Di Fede, Di Liberto, Panzarella, Lo Muzio ¹⁴ , 2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária na face palatina anterior e posterior; ✓ lesões dentárias ou complicações podem causar sensibilidade dentária a episódios de dor oral; ✓ Cárie: ✓ Risco aumentado por bebidas adoçadas, doces ou mastigação de pastilhas elásticas com açúcar consumidas/usadas frequentemente por doentes com DA (essencialmente doentes com alteração no fluxo salivar devido a medicamentos ou função salivar desordenada) como obtenção de energia e para sustentar a constante sensação de fome; ✓ Inflamação gengival - potencialmente predisposição para periodontite; ✓ Eritema palatino (sugestivo de indução de vômito); ✓ Mucosa atrófica generalizada (alterações metabólicas gerais e deficiência de ferro anemia); ✓ Glossite Atrófica (deficiência de vitaminas B1, B6, B12, associado a diminuição na renovação celular epitelial, particularmente evidente na língua; aqui, em associação com eritema); ✓ Glossodinia/Queimadura oral; ✓ Sialoadenose; ✓ sialometaplasia necrosante associada a DA - fundamental impedindo erros de diagnóstico e terapia cirúrgica desnecessária;

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
	5 (16,7%)		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disgeusia; ✓ Xerostomia; ✓ Essencial o papel do dentista - na fase diagnóstica e terapêutica é obrigatório para alcançar uma comunicação médico-doente eficaz, deve ser realizada de forma confidencial / privada, usando linguagem e terminologia apropriadas: o clínico deve permanecer calmo, tranquilizador, solidário e evitar julgamento e pressão, observando a linguagem corporal dos doentes.
		Yagi, Ueda, Amitani, Asakawa, Miyawaki, Inui ⁸ , 2012	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ face vestibular nos anoréticos subtipo restrição; ✓ face lingual e oclusal nos bulímicos subtipo indução de vômito; ✓ Bebidas ácidas ou gaseificadas podem causar erosão dentária em anoréticos. ✓ Face palatina (relacionada com o vômito crônico); ✓ Não houve correlação entre a erosão e a frequência, duração de episódios de vômito auto-induzidos e higiene oral; ✓ Os resultados atribuíram-se às diferentes suscetibilidades à erosão, às diferenças no pH e na capacidade de tamponamento da saliva e à confiabilidade das informações fornecidas pelos doentes. ✓ . A detecção e tratamento precoces e adequados poderão resultar num bom prognóstico para a recuperação de DA; ✓ A equipa multidisciplinar deve prestar cuidados psicológicos, nutricionais e farmacológicos; ✓ Níveis aumentados de des-acil-grelina podem indicar que doentes com AN se alimentem e quantidade insuficiente de acil-grelina pode contribuir para os sintomas de AN.
		Little ¹⁵ , 2002	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária (ingestão de mais bebidas/alimentos ácidos e sucção de limões, tomate); ✓ Cárie extensa (consumo de líquidos/alimentos carbonatados, cujo aumento ocorre mais frequentemente em doentes com deficitária higiene oral); ✓ Sensibilidade dentária (toque e temperatura fria, devido à erosão severa); ✓ Risco de doenças periodontais (aumentado em doentes com má higiene oral); ✓ Glândulas parótidas podem estar aumentadas; ✓ No caso de doentes com menos de 18 anos de idade, o dentista deve discutir suas descobertas com os pais do doente e providenciar encaminhamento para um médico para avaliação e manejo de uma possível alimentação transtorno. Doentes com 18 anos ou mais devem ser incentivados procurar ajuda médica e o dentista pode fazer encaminhamento a um médico da sua escolha; ✓ Sensibilidade dentária pode ser gerenciada com pastas de dentes dessensibilizadoras, aplicações de flúor e outros meios; Doentes com bulimia não devem receber tratamento para procedimentos restauradores complexos até a o ciclo

OBJETIVOS DO ESTUDO	Nº de Artigos (%)	Autor(s) do Artigo/Ano	Resultados
			de devastação e vômito ter sido interrompido.
		Johansson, Norring, Unell, Johansson ²¹ , 2012	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Significativamente maior no grupo DA (severa que se estende até a dentina/quase exposição dentinária) ✓ em grandes superfícies num ou mais dentes, em 36% do grupo DA e em 11% do grupo controlo; ✓ Cárie: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sem diferenças significativas entre CPOD e CPOS de bulímicos e de indivíduos sem DA; ✓ Número de superfícies com cárie proximal inicial não diferiram significativamente entre os grupos; ✓ Baixo índice de sangramento gengival; ✓ Índice de placa visível; ✓ Sangramento gengival é significativamente menor em doentes com DA comparado aos controlos; a redução poderá explicar-se pelos doentes manterem higiene oral mais rigorosa (comportamentos obsessivo-compulsivos como escovação intensa) que os controlos, mas não questionaram sobre hábitos tabágicos; ✓ Sinais de lábios secos e / ou rachados; ✓ Aumento da glândula (1 dos 14 doentes com AN, 4 dos 8 doentes com BN e em 12 de 32 doentes com EDNOS); ✓ Hipossalivação; ✓ Dilatação de tragus, da região parotídea e, ocasionalmente, da glândula submandibular (reconhecida em doentes com BN); ✓ Esofagite ;Globus, sensação de corpo estranho na faringe; Dificuldades em engolir.
		Pallier et al ²² , 2019	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erosão dentária (maior em doentes com BN); ✓ Cárie: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Doentes com DA mais susceptíveis à cárie; ✓ Não foi encontrada diferença entre doentes com AN e doentes com BN; ✓ Maior no CPOD; ✓ Maior índice de placa e hemorrágico (mais nos doentes com AN; o dos bulímicos não diferiu dos controlos); ✓ Mais locais com recessão gengival (nenhum controlo teve recessão gengival superior a 2 mm); ✓ Percentagens significativamente mais altas de locais com perda nível de inserção clínica (CAL) de 3 mm (mais locais com CAL ≥3mm nos doentes com AN); ✓ Menor profundidade de sondagem periodontal (menos 4 mm); ✓ Doentes com bulimia sem aumento da parótida; ✓ Em doentes com AN, mais afetados com problemas periodontais (condições silenciosas), deve-se: ✓ Controlar rigorosamente a frequência de escovação; Informar as mulheres jovens sobre os riscos dentários e periodontais associados à DA; Investigar DA em mulheres jovens com recessões gengivais ou desgaste dentário erosivo.

4.1 - Efeitos dos distúrbios alimentares (anorexia e bulimia nervosas) na saúde oral

As manifestações orais que ocorrem nos DA, causadas principalmente por metabolismo metabólico comprometido, podem relacionar-se com a falta de cuidados de higiene pessoal, distúrbios psicológicos, hábitos nutricionais modificados ou suspeita de abuso de medicamentos.¹⁴

O quadro 1 apresenta as manifestações orais da anorexia nervosa (subtipo restrição) e bulimia nervosa (subtipo indução de vômito).⁸

Muitos sintomas orais encontram-se em doentes AN/BN (subtipo compulsão alimentar/ vômito induzido), podendo apresentar comportamento bulímico na fase de AN.⁸

Oral manifestations		AN-R	BN-BP
Mucosal lesions	Mucosal atrophy	+	+
	Erythematous lesions (soft palate)	-	+
Dental lesions	Dental erosions (labial surfaces)	+	
	Dental erosions (lingual and occlusal surfaces)		+
	Caries	+	+
	Dental sensitivity (hyperesthesia)		+
Periodontal lesions	Gingivitis	+	+
	Periodontitis	+	+
Salivary manifestations	Salivary glands tumefaction	+	+
	Hyposalivation	±	±
	Necrotizing sialometaplasia		+
Other oral symptoms	Xerostomia	+	+
	Glossodynia	+	+
	Oral burning sensation	+	+
	Dysgeusia	±	±
	Episodes of oral pain	+	+

Quadro 1 – Manifestações Orais em doentes com AN e BN (Retirado de Yagi, Amitani, Asakawa, Miyawaki, Inui⁸)

Num estudo transversal, a 117 mulheres (20 a 25 anos), para detetar casos suspeitos de DA, através de questionário para detetar a presença de

Condition	Suspected (n=50)		Unsuspected (n=67)		p value
	Present n (%)	Absent n (%)	Present n (%)	Absent n (%)	
Atrophic mucosa	9 (18)	41 (82)	8 (11.9)	59 (88.1)	0.287
Ulceration	5 (10)	45 (90)	7 (10.4)	60 (89.6)	0.971
Periomyololysis	16 (32)	34 (68)	7 (10.4)	60 (89.6)	0.004*
Russell's finger	0	50 (100)	0	67 (100)	-
Dental caries	39 (78)	11 (22)	37 (55.2)	30 (44.8)	0.004*
Angular cheilosis	1 (2)	49 (98)	2 (2.9)	65 (97.1)	0.779
Tooth sensitivity	28 (56)	22 (44)	14 (20.9)	53 (79.1)	0.001*
Cervical abrasion	4 (8)	46 (92)	2 (2.9)	65 (97.1)	0.193
Parotid gland enlargement	0	50 (100)	0	67 (100)	-

*denotes significance

sintomas/sinais de AN/BN, encontrou nove achados clínicos

Quadro 2 – Achados clínicos (retirado de Jugale, Pramila, Murthy, Rangath⁵)

(quadro 2).⁵ Três mostraram correlação significativa: perimólise, cárie e sensibilidade dentária.⁵

Este questionário demonstrou confiabilidade na distinção de casos suspeitos de AN e BN.⁵

O quadro 3 apresenta complicações orais dos DA, baseado nos achados orais mais típicos da anorexia e bulimia nervosas.¹⁵

Oral finding	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Labial tooth erosion	No	Yes
Tooth sensitivity	No	Yes
Xerostomia	Yes	Yes/no
Dry mouth (complaint)	Yes	Yes
Dental caries	No	Yes
Periodontal disease	No	Yes
Enlarged parotid glands	Yes	Yes
Atrophic mucosa	Yes	No
Poor oral hygiene	No	Yes

Quadro 3 – Achados clínicos (retirado de Little¹⁵)

4.1.1 – Em tecidos duros

4.1.1.1 – Erosão dentária

É a manifestação oral mais comum da regurgitação crónica típica dos distúrbios alimentares,^{2,6,15} constituindo o primeiro sinal, para fazer o diagnóstico diferencial.³

Doentes com distúrbios alimentares (BN e AN, subtipo indução de vômito) apresentam erosão dentária sob a forma de perimólise, nas faces palatinas (anterior e posterior¹⁴); oclusal/incisal dos dentes superiores e na sua face lingual.³ A gravidade depende da duração, frequência, cronicidade¹⁵ dos vômitos, higiene oral após os vômitos, grau da diluição ácida e ingestão de líquidos neutralizantes como o leite.^{3,16} Perimólise pode ser considerada como patognomónico de hábitos de indução de vômito, da BN e perda de dentes.¹⁷

A perimólise está aumentada em indivíduos com síndrome de vômito auto-induzido¹⁷ e pode ser detetada quando vômitos auto-induzidos tenham ocorrido pelo menos há dois anos.³ Com resposta negativa à pergunta - se provocava o vômito porque se sentia desconfortavelmente cheio?⁵ a perimólise pode atribuir-se ao excesso de ingestão de alimentos/ bebidas ácidas e/ou à sua manutenção na boca por muito tempo.¹⁸

Segundo um estudo realizado em crianças chinesas (774♂ e 725♀) sobre fatores de risco da erosão dentária, as raparigas que consumiram bebidas carbonatadas uma ou mais vezes por semana tendiam a apresentar maior erosão dentária. 416 crianças (27,3%), possuíam pelo menos uma face (incisal/oclusal mais afetadas, 43,2%) dentária atingida, os incisivos centrais mais afetados (superiores, 16,3% e 15,9%; inferiores, 17,4% e 14,8%), porque dada a sua localização, estão mais sujeitos à erosão extrínseca de ácidos nomeadamente bebidas ácidas.¹⁸

Assim, a ingestão de mais bebidas/alimentos ácidos, por estes doentes torna-os mais susceptíveis à erosão dentária.¹⁵

Nalguns bulímicos, com uma dieta rica em carboidratos e líquidos carbonatados, pode levar à erosão adicional dos dentes.¹⁵

A sucção habitual de limões, outras frutas ou tomate, também pode levar à erosão dos dentes. Encontrou-se diferença significativa entre bulímicos e controlos no que diz respeito ao consumo de frutas ácidas e bebidas (refrigerantes, vinagre de maçã e chá de ervas).¹⁵ A erosão dentária vestibular nos bulímicos era mais acentuada nos que consumiam maiores quantidades de alimentos ácidos.¹⁹

O estado dentário foi avaliado em 35 doentes com bulimia (idade média, 25,3±6,8anos) e 105 controlos (idade média, 25,7±7,0 anos). A erosão dentária, abrasão e desgaste dos dentes foram significativamente mais frequentes entre bulímicos do que controlos.²⁰

É essencial distinguir erosões causadas por hábitos alimentares, das causadas por vômitos^{3,4}. Na face vestibular, pode indicar excesso de alimentos fortemente ácidos de baixas calorias em doentes com anorexia nervosa^{4,19}. Doentes com bulimia nervosa e que consomem dietas com baixa acidez, apresentam inicialmente erosão nas faces oclusal e palatina dos dentes superiores, mas quando também são consumidas bebidas ácidas, as lesões erosivas iniciais estão limitadas às faces vestibulares dos dentes.² Como resultado do vômito, ocorrem nas faces linguais.¹⁹ A erosão da face vestibular pode ter aparência pálida, textura suave e brilhante diferente da perimólise.³

Mas, nem sempre o ácido clorídrico procedente do estômago resulta em erosão palatina e o ácido proveniente da dieta leva à erosão vestibular.¹⁹

Diferenciar lesões ativas de inativas pode significar a descontinuidade do vômito induzido.^{4,3} Quando a dentina fica manchada ao longo do tempo, indica lesões inativas, e cessação do vômito.³

Durante 1 ano, na Suécia, 54 doentes com distúrbios alimentares (quatro com anorexia nervosa, sete com distúrbios alimentares não especificados de outra forma com idade média de 20,5 (14-38) todos do sexo feminino e 54 controlos, responderam a um questionário e submeteram-se a exames clínicos dentários, para identificar casos clínicos e parâmetros auto-relatados que possam alertar o profissional de saúde oral sobre a possibilidade de existirem DA. A gravidade da erosão dentária foi significativamente maior no grupo dos DA, tão severa que se estende até a dentina/quase exposição dentinária em grandes superfícies num ou mais dentes, em 36% do grupo dos DA e em 11% do grupo controlo.²¹

Um estudo caso-controle a mulheres, 70 com distúrbios alimentares e 70 sem distúrbios alimentares, constatou erosão dentária significativamente maior em bulímicas (76,5%) do que em anoréticas (41,7%).²²

Exames clínicos e questionários auto-administrados avaliaram aspetos odontológicos, sinais/sintomas de distúrbios temporomandibulares em mulheres: 79 hospitalizadas com DA crónico e 48 controlos tendo-se encontrado atrição grave em 42,4% doentes com DA e em 4,2% saudáveis (diferença significativa), erosão dentária em 26,3% dentes anteriores e 21,3% dentes posteriores no grupo com DA. No grupo de controlo não se encontraram erosões que afetaram a dentina⁶. Foi encontrado ainda maior desgaste canino no grupo que induz vômito comparado ao que não induz vômito, no entanto sem diferenças estatisticamente significativas⁶.

A erosão dentária não correlacionada com a frequência, duração de vômitos auto-induzidos e higiene oral, mas atribuída às diferentes suscetibilidades à erosão, diferenças no pH, na capacidade de tamponamento da saliva deu confiabilidade às informações fornecidas pelos doentes.⁸

Um estudo epidemiológico transversal, investigou 59 doentes com DA e 120 sem antecedentes de DA, com idades compreendidas entre 19 - 44 anos, não encontrou diferença estatisticamente significativa nos hábitos de higiene oral, exames dentários e outras práticas preventivas. A prevalência de erosão dentária foi significativamente mais elevada nos doentes com DA que nos sem DA. Estabeleceu-se uma associação estatisticamente significativa, entre frequência de vômito e erosão dentária. A erosão dentária em bulímicos não teve maior incidência comparada aos anoréticos.⁷

Avaliou-se a correlação entre baixa densidade mineral óssea e saúde oral, por radiografias e exames dentários em 23 mulheres com AN restritiva em que 26% tinham antecedentes de compulsão alimentar/regurgitação. Os achados dentários incluíram higiene oral muito boa a excelente e nenhuma doente apresentou erosão dentária.¹⁰

Averiguou-se a influência das práticas de higiene oral na erosão dentária em 33 doentes com distúrbios alimentares (26 bulímicos, com indução de vômito, 2 bulímicos, sem indução de vômito e 5 anoréticos e com médias de idade 28,3, 23 e 22,6 anos, respetivamente) medindo o índice de desgaste dentário e aplicando um questionário

sobre história clínica. 22 escovam os dentes duas vezes/dia (metade possuía erosões e outra metade não), 19 bulímicos escovam os dentes após a indução de vômito e 5 bulímicos não o fazem não se encontrado sem diferença significativa entre os que apresentavam e os que não apresentavam erosão dentária.²³

Um estudo prospetivo de caso-controlo, com doentes da Associação de Anorexia e Bulimia da *"Fight Association Institute"*, inspecionou/palpou a mucosa oral a 65 doentes com DA (46 com BN, 13 apresentavam EDNOS e 6 com AN, com idades compreendidas entre 12 – 32 anos) e a 65 indivíduos sem DA, com idades compreendidas entre 14 – 31 anos. A média de vômitos/dia foi 2,4 para doentes com DA e 3,11, 0,38 e 1, para BN, EDNOS e AN, respetivamente. A compulsão alimentar, auto- indução de vômitos, uso de diuréticos / laxantes foram superiores nos doentes com BN. A erosão dentária observou-se em dois doentes com DA e no grupo de controlo não foi observada.¹¹

Examinaram-se 17 doentes anoréticos e 30 doentes bulímicos internados numa unidade de pesquisa clínica: 35% dos anoréticos e 38% dos bulímicos apresentaram erosão dentária anterior superior.⁹

4.1.1.2 – Cárie

Bebidas adoçadas, doces ou mastigação de pastilhas elásticas com açúcar consumidas frequentemente por doentes com DA como obtenção de energia e para sustentar a constante sensação de fome, conduzem a elevado risco de cárie. Embora a higiene oral em anoréticos seja geralmente satisfatória, aqueles consumos podem aumentar o risco de cárie em doentes com alteração no fluxo salivar devido a medicamentos ou função salivar alterada.¹⁴

A cárie extensa devido ao consumo de líquidos/alimentos carbonatados, ocorre mais frequentemente em doentes com higiene oral deficiente.¹⁵

Assim, as diferenças podem atribuir-se a características pessoais, higiene oral, tipo de dieta, exposição ao flúor aquando desenvolvimento dentário, predisposição genética, ingestão de vários medicamentos,^{3,5,9} e antidepressivos,^{3,16} que induzem xerostomia,^{3,16} aumentando o risco de cárie² cervical em doentes com AN³, permitindo que a placa bacteriana se fixe nas superfícies dos dentes, facilitando a atividade e multiplicação de microorganismos cariogénicos em carboidratos fermentáveis.¹⁶

A cárie esteve mais presente nos doentes com DA que na restante população¹⁸ e significativamente ativa em mulheres entre os 20 e os 25 anos, com DA⁵, tendo sido clinicamente detetável em 9 mulheres com DA.¹⁰

A cariogénese pode ocorrer e depender do vómito,¹⁸ com consequente perda de esmalte após a exposição repetida aos ácidos presentes no estômago.²⁴

Johansson, Norring, Unell, Johansson²⁰ investigaram o grau de cárie, clinicamente e efetuando radiografias bitewing e não encontraram diferenças significativas entre CPOD e CPOS nos doentes bulímicos e em indivíduos sem distúrbios alimentares. O número de faces dentárias com cárie proximal inicial não diferiu significativamente.¹⁰

Encontrou-se uma média de idade mais elevada nos doentes com anorexia do que nos com bulimia, contrariando a tendência da anorexia ser geralmente diagnosticada mais cedo. A idade mostrou-se importante para explicar a disparidade do número de CPOD/CPOS e quando se ajustou o seu efeito, não foram encontradas diferenças entre anoréticos e bulímicos.⁹

Os doentes com compulsão alimentar, foram os únicos com aumento de cárie, devido ao consumo de alimentos com elevado teor calórico.^{3,4}

Nos doentes com distúrbios alimentares mais susceptíveis com maior CPOD, não se encontraram diferenças entre doentes com AN e com BN.¹⁸ Houve uma incidência semelhante em doentes com AN e sem DA,¹⁰ mas sem diferença estatisticamente significativa.⁷

As cáries proximal e vestibulo-lingual foram significativamente mais comuns entre doentes bulímicos do que em controlos. Mas, como parâmetro multifatorial, não pode ser totalmente atribuída aos distúrbios alimentares.²⁰

Sendo de etiologia complexa e controversa, devem analisar-se a dieta, questões salivares e detalhes do vómito auto-induzido.^{2,3}

4.1.2 – Sensibilidade dentária/Hipersensibilidade dentinária

A hipersensibilidade dentinária cervical resulta da erosão dentária e contribui para a dor oral causadas por lesões dentárias ou das suas complicações.¹⁴ Nos doentes bulímicos²⁰, há aumento da sensibilidade dentária ao toque e frio,^{15,20} devido à erosão dentária severa.¹⁵

A sensibilidade dentinária é mais prevalente no grupo com distúrbios alimentares e significativamente maior no subgrupo que induz o vômito.⁶

Encontrou-se um valor elevado significativo da sensibilidade dentinária, detetado pelo teste de calor, em mulheres com idades entre os 20 e 25 anos com distúrbios alimentares, talvez devida à perimólise, erosão cervical e cárie.⁵

A sensibilidade dentinária térmica pode dever-se à perda de esmalte pela ação do ácido clorídrico.²⁴

4.1.3 - Doença Periodontal

Há evidências conflitantes sobre o *status* periodontal¹⁹ e em doentes com DA os dados são inconsistentes.⁴ A sua etiologia é complexa e multifatorial.^{2,3} A composição do microbioma, mecanismos de defesa/reparação dos tecidos moles e idade influenciam o estabelecimento e progressão das condições periodontais.^{2,3} A maioria dos doentes com distúrbios alimentares é jovem pelo que a doença periodontal avançada raramente é diagnosticada.⁹ O seu risco está aumentado em doentes com má higiene oral.¹⁵

O *Status* periodontal foi semelhante nos grupos com e sem distúrbios alimentares e sem diferenças estatisticamente significativas.⁷

A saúde gengival pareceu melhor nas doentes anoréticas que nas bulímicas mas sem diferenças estatísticas. A recessão gengival foi pouco observada nos dois grupos.⁹

O índice de placa visível e o sangramento gengival foi significativamente menor em doentes com distúrbios alimentares quando comparado aos controlos e poderá explicar-se pela manutenção de uma higiene oral mais rigorosa associados aos comportamentos obsessivo-compulsivos onde a escovagem intensa e frequente são comuns. No entanto não foram questionados os hábitos tabágicos.²¹

A gengivite escorbútica associada à grave deficiência de vitamina C,¹⁶ é um fator aditivo para o sangramento causado por trombocitopenia.¹⁷

A inflamação gengival leve observada nos molares superiores e inferiores constituiu 17% doentes com AN restritiva. A recessão gengival ≥ 3 superfícies, 1 mm abaixo da junção cemento-esmalte foi observada em 43% doentes com distúrbios alimentares,¹⁰ não tendo sido observadas lesões sugestivas de cancro oral.¹⁰

É um factor de risco conhecido que a inflamação gengival potencia e predisposição para a periodontite.¹⁴

Os doentes com distúrbios alimentares relativamente aos controlos apresentaram maiores percentagens médias de locais com placa bacteriana e com sangramento na sondagem, mais de 2% dos locais com recessão gengival de ≥ 3 mm e que não foi observada em nenhum controlo que apresentou uma recessão gengival > 2 mm, percentagens significativamente mais elevadas de locais com nível de inserção clínica de 3 mm e menor profundidade de sondagem periodontal com menos 4 mm. Doentes com anorexia nervosa comparativamente aos bulímicos evidenciaram índice de placa de quase 80%, maior percentagem média de locais com sangramento na sondagem, mais locais com nível de inserção clínica ≥ 3 mm. O índice de placa e gengival dos bulímicos não diferiu dos controlos.²²

4.1.4 – Em tecidos moles

Observaram-se traumatismo nas mucosas, faringe, palato, em doentes com compulsão alimentar e vômito auto-induzido, pelos objetos usados para induzir o vômito^{2,3} e ainda queilite angular, consequência de desnutrição¹⁸ e de traumatismo².

A glossite e ulceração da mucosa são possíveis sequelas de hipovitaminose B12, deficiência de ferro e folato.^{2,19} Observou-se ainda candidíase oral associada a lesões na mucosa oral,² deficiências nutricionais,¹⁹ e disfunção salivar.³

60% dos casos de queilite angular, podem estar relacionadas à deficiência de riboflavina e outras vitaminas. Esporadicamente, podem observar-se língua geográfica e aftas.¹⁷

A xerostomia¹⁴, resultante de medicamentos psicotrópicos para o distúrbio alimentar,⁴ e o desequilíbrio hídrico provocado pelo excesso de diuréticos, laxantes e vômitos,¹⁶ associa-se ao aumento de infeções orais,² lábios secos e/ou gretados, sensação de boca queimada,^{14,21} que são significativamente mais comuns em doentes com DA.²¹

O eritema palatino muito sugestivo de indução de vômito, mucosa atrófica generalizada por alterações metabólicas gerais e deficiência de ferro e anemia, glossite atrófica por deficiências de vitaminas B1, B6, B12, relacionadas com diminuição na renovação celular epitelial e eritema e glossodinia, também foram observados.¹⁴

Foi encontrado um hematoma indolor no palato, numa doente bulímica de 26 anos. Não foram relatados casos de doença maligna associada à síndrome induzida pelo vômito.¹⁹

Analisou-se o impacto do tabagismo na saúde oral, encontrando-se uma maior percentagem de fumadores no grupo de DA (33%) que no grupo sem DA (<20%), diferença estatisticamente significativa. Houve uma associação significativa entre tabagismo e maior presença de lesões nos tecidos nos doentes com distúrbios alimentares e nos controlos, com uma percentagem de 98%.⁷ Encontraram-se ainda diferenças estatisticamente significativas no lábio seco, queilite angular, eritema, ulcerações e língua saburrosa.⁷

94% doentes com distúrbios alimentares e 18,5% do grupo controlo apresentaram outras lesões orais. Nos doentes com DA, foram mais comuns e com diferença estatisticamente significativa o eritema labial, a queilite esfoliativa, o palato amarelo-alaranjado, lesões hemorrágicas, mordidas na mucosa jugal e atrofia orais inespecíficas. O eritema labial foi mais comum e estatisticamente significativo nos doentes bulímicos relativamente aos com AN ou EDNOS. Estas lesões no seu conjunto foram relacionadas com hábitos de higiene. Individualizadas, só o eritema labial se associou significativamente à auto-indução, maior frequência de vômito e ao uso de diurético / laxante. A coloração amarelo-alaranjado no palato mole e duro, em 23 indivíduos, foi associado à alta ingestão de suplementos de caroteno.¹¹

4.1.5 – Patologia das Glândulas Salivares

O aumento das glândulas parótidas,^{4,15} significativamente comum em doentes com distúrbios alimentares, descreveu-se em 1 dos 14 anoréticos, 4 dos 8 bulímicos e 12 de 32 doentes com EDNOS,²¹ possivelmente foi causado por vômitos frequentes,^{3,4} abstenção alimentar, resultando em hipossalivação²¹. A ocorrência e extensão desse aumento foram proporcionais à frequência²⁴, duração e gravidade do vômito.³

No exame intraoral observou-se patência do ducto salivar, fluxo salivar normal e ausência de inflamação.²⁴ O aumento da glândula salivar é um sinal patognomónico de hábitos de purgação e de bulimia nervosa.¹⁷

De etiologia incerta,^{3,9} o aumento da glândula salivar associou-se a vômitos recorrentes, causado pela estimulação colinérgica ou autonómica das glândulas por ativação das papilas gustativas.²⁴

Inicialmente, o aumento pode ser intermitente e reversível;² mole e geralmente indolor,^{2,24} mas quando o distúrbio alimentar progride, torna-se firme, prejudicando o estado emocional do doente.²⁴ Outros sinais reconhecidos em doentes com bulimia nervosa são a hipertrofia da parótida e ocasionalmente, da glândula submandibular ^{21,24} e da região de tragus²¹. Os doentes bulímicos podem esconder hábitos de vômito, complicando o diagnóstico de hipertrofia da parótida.^{16,24}

Outros estudos contrariam aumento da parótida nos doentes bulímicos.²¹ Doentes com anorexia nervosa e bulimia não apresentaram grande aumento da glândula salivar, não sendo possível excluir comportamentos de indução de vômito.¹¹ O aumento assintomático da parótida em duas doentes anoréticas, regrediram espontaneamente.⁹

Estudou-se, utilizando ressonância magnética, glândulas parótidas de doentes que induzem o vômito, em 5 controlos e 5 mulheres com DA com indução de vômito (3 com AN, subtipo indução de vômito compulsivo; 1 com EDNOS, com características de AN do subtipo indução de vomito compulsivo; 1 com BN) com peso e índice de massa corporal significativamente mais baixos que os controlos. O IMC não revelou correlação com o volume da parótida. Na inspeção visual/palpação registou-se aumento bilateral da parótida em todos os indivíduos, exceto no doente com BN. Morfologicamente, o maior volume da parótida associa-se a superfícies convexas, logo indivíduos com DA tendem a ter uma superfície mais convexa da parótida que os controlos. A ressonância magnética é útil e confiável para avaliar alterações nas glândulas parótidas em doentes com distúrbios alimentares. A inspeção/ palpação podem ser dificultadas por diferentes dimensões da glândula e estado das estruturas circundantes.²⁵

É fundamental a identificação de sialometaplasia necrosante associada aos distúrbios alimentares, impedindo erros de diagnóstico e terapêutica cirúrgica desnecessária.¹⁴

A sialoadenose é frequente nos distúrbios alimentares, podendo ser causada por neuropatia autonómica periférica relacionada com o metabolismo e secreções modificadas.¹⁴

Aframian refere que as lesões bilaterais simétricas das glândulas salivares menores no palato duro são raras, e podem estar relacionadas com distúrbios gastrointestinais e que vômitos excessivos diminuem o pH das mucosas e do palato, pelo que é muito importante uma boa história clínica nesses doentes.²⁶

4.1.6 - Disfunção Temporomandibular

Existem poucos estudos sobre a sua associação aos distúrbios alimentares.¹⁶

Um estudo com 54 doentes, foi realizado durante 1 ano na Clínica de DA na Suécia, com uma média de idade de 22 anos e 50 deles (93%) do sexo feminino, sendo 28% com AN, 14% BN e 58% EDNOS, para examinar sinais e sintomas relacionados à disfunção temporomandibular (DTM). As queixas de dor craniofacial, cansaço da mandíbula, tonturas, distúrbios do sono foram significativamente mais prevalentes em mulheres com DA que sem DA.²⁷

O aperto crónico dos dentes e bruxismo comuns em doentes com DA, associados ao vômito auto-induzido crónico podem agravar os DTM.¹⁶

Avaliou-se a prevalência e sintomas de DTM em mulheres jovens com DA crónica e controlos saudáveis. As doentes demonstraram maior limitação frequente na abertura da boca, uso intensivo de pastilhas elásticas (> 3 horas / dia) com significado estatístico e sensibilidade muscular generalizada à palpação. Não se encontraram diferenças quanto à atividade parafuncional, bruxismo durante a vigília e sono, abertura da boca ativa e passiva mas a sensibilidade articular à palpação foi estatisticamente significativas. Não houve diferenças significativas entre doentes com e sem indução de vômitos, com exceção da significativamente maior prevalência em mastigar intensivamente pastilhas e sensibilidade muscular generalizada à palpação no grupo que induz vômitos.⁶ Nenhuma participante revelou crepitação.⁶ Encontrou-se desgaste oclusal, sugestivo de bruxismo em três mulheres bulímicas, mas em nenhuma anorética.⁹

4.1.7 – Outros sinais

São ainda referidos sensação de corpo estranho,^{21,27} esofagite, globus, dificuldade em engolir,²¹ projeção anterior da língua,²⁷ disgeusia^{9,14} e distúrbios do paladar associados à xerostomia².

Foram relatados em doentes anoréticas e bulímicas distrofia das unhas, xerose com uma prevalência na AN ligeiramente maior que na BN, lanugo, eflúvio telógeno um pouco mais frequente na BN, carotenodermia, acne talvez mais frequente na BN, hiperpigmentação, dermatite seborreica, acrocianose, prurido, púrpura.¹⁷

O sinal de *Russell*, pelo contacto dos incisivos durante a auto-indução repetida de vômitos por muito tempo,¹⁹ é patognomónico de hábitos de purgação e da bulimia nervosa.¹⁷ Certos bulímicos não apresentam sinal de *Russell*, induzem o vômito pela abertura intencional do esfíncter esofágico, semelhante à eructação.⁴

4.2 - Papel/atuação dos médicos dentistas no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares

Foram entrevistados 18 dentistas e 19 higienistas orais (maioria do sexo feminino e com média de idade de 40). Assim, 28% dos dentistas e 37% dos higienistas orais referiram ter estado a avaliar nos últimos 6 meses doentes com DA. Muitos dos dentistas e higienistas orais referiram não ter a certeza ou não conhecerem todas as complicações orais associada aos DA, mas identificaram: erosão dentária (100%), cárie (88,9% dentistas e 94,7% higienistas), sensibilidade dentária (94,4% dentistas e 89,5% higienistas), xerostomia (72,2% dentistas e 84,4% higienistas), queilose (94,4% dentistas e 78,9% higienistas). 16,7% de dentistas e 21,1% de higienistas registaram não escovar os dentes após o vômito, 77% dentistas e 52,6% higienistas sugeriram eficácia na lavagem com solução alcalina após o vômito, 72,2% dentistas e 73,7% higienistas referiram preocupações clínicas sobre implicações dentárias no doente com DA, 72,2% dentistas e 57,9% higienistas indicaram eficácia num programa de recordações mais frequentes para doentes suspeitos de DA, 61,1% dentistas e 47,4% higienistas indicaram ser eficaz encaminhar os doentes com distúrbios alimentares ao prestador de cuidados primários.²⁸

Foram sugeridas sessões educacionais contínuas para dentistas adquirirem competências para abordar doentes com suspeita de DA e comunicação com profissionais de cuidados primários.²⁸

Os efeitos das manifestações orais podem comprometer a função oral, incluindo desconforto oral/ dor, má estética e deterioração da qualidade de vida, pelo que o papel do médico dentista é essencial.¹⁴

Na fase diagnóstica e terapêutica é obrigatório obter uma comunicação médico-doente eficaz, realizada de forma confidencial, usando linguagem e terminologia apropriadas.¹⁴ O clínico deve observar a linguagem corporal dos doentes e permanecer calmo, tranquilizador e solidário, evitando julgamento e pressão.¹⁴

Segundo Johansson, Norring, Unell, Johansson²¹, entre 54 doentes com DA, 21 tiveram a doença há menos 1 ano e considerando a alta prevalência de sintomas relatados e sinais clínicos, torna-se óbvio que a saúde oral pode ser afetada mesmo em doentes com história clínica relativamente curta de distúrbios alimentares.

No caso de doentes com menos de 18 anos de idade, o médico dentista deve debater as suas descobertas com os pais, encaminhando para um médico, para avaliação e gestão de possível DA. Doentes com ≥ 18 anos devem ser incentivados a procurar ajuda médica ou encaminhados para um médico.¹⁵

Foi sugerida laserterapia de baixa/ alta intensidade, terapia mais conservadora e apropriada para sensibilidade dentinária resultante da erosão dentária.²⁹ Aquela também pode ser tratada com pastas de dentes dessensibilizadoras, aplicações de flúor e outros meios.¹⁵

Havendo síncope hipoglicémica, interrompe-se o tratamento dentário, coloca-se, no fundo vestibular, um pouco de açúcar e aconselha-se a consumir uma refeição ligeira antes da próxima consulta.²⁹

Algumas práticas preventivas devem iniciar-se rapidamente, para evitar mais destruição da estrutura dentária.²⁹

Os doentes devem ser informados sobre causas/ efeitos da perimólise, quando induzem o vômito, usar preparações artificiais de saliva ou pastilhas sem açúcar, após as refeições, quando têm xerostomia e a diminuir a ingestão de alimentos ácidos e cariogénicos. Escovar os dentes imediatamente após o vômito, pode desgastar mais que remineralizar.²⁹

77% dentistas e 52,6% higienistas orais, referiram eficácia na lavagem com solução alcalina após o vômito enquanto 16,7% dentistas e 21,1% higienistas não indicaram benefício.²⁸ A lavagem com fluoreto de sódio a 0,5% após o vômito, neutraliza o ácido regurgitado. Colocar antiácido sem açúcar, bicarbonato de sódio em pasta na água ou

fluoreto de sódio neutro em goteiras, protege os dentes, e evita a desmineralização durante os vômitos.²⁹

Doentes com BN não devem receber tratamento com procedimentos restauradores complexos até que o ciclo de destruição e vômito tenha sido interrompido.¹⁵

Para a dor e pouca perda de tecido duro podem utilizar-se agentes dessensibilizadores e laserterapia, e utilizar resinas compostas/cimentos de ionómero de vidro para os dentes que requerem restaurações.²⁹

Para grandes perdas de esmalte dentário e comprometimento da estética podem utilizar-se facetas de porcelana, coroas ou onlays e veneers.²⁹

Uma equipa multidisciplinar deve prestar cuidados psicológicos, nutricionais e farmacológicos.⁸

Medindo o nível grelina / des-acil-grelina-obestatina na saliva de doentes com DA pode contribuir para a compreensão das condições fisiopatológicas presentes nesses doentes.⁸ Resultados sugerem que níveis aumentados de des-acil-grelina podem impedir que doentes com AN se alimentem e quantidade insuficiente de acil-grelina pode contribuir para os sintomas de AN.⁸

Nos doentes anoréticos mais afetados e menos conscientes dos problemas periodontais deve controlar-se rigorosamente a frequência de escovagem, alertar para os riscos dentários/ periodontais associados à DA, investigar distúrbios alimentares em mulheres jovens com recessões gengivais/ desgaste dentário erosivo.²²

Segundo um questionário efetuado a dentistas (46% ♂ 54%♀), com idades entre 40 - 59 anos, 42,3% dentistas, mais do género feminino (diferença estatisticamente significativa) avaliaram por ≥6 meses doentes quanto a sinais orais de DA; 46,3 % dentistas, mais do género feminino (diferença significativa) forneceram instruções específicas de atendimento odontológico para doentes suspeitos de DA.¹³ 26% dentistas organizaram um cronograma de recolha de informação/recorção mais frequente para doentes com manifestações orais de DA, 25% encaminharam esses doentes a outros prestadores de cuidados de saúde e 19% comunicam com o doente sobre prestação de cuidados primários (sem diferenças estatisticamente significativa entre géneros).¹³ Dentistas do género masculino possuem mais anos de serviço (diferença estatisticamente

significativa).¹³ Por outro lado, as dentistas têm mais conhecimento sobre pistas orais/físicas, maior percepção da gravidade da BN e AN e dos benefícios das práticas de prevenção secundária (diferenças estatisticamente significativas).¹³

Um estudo transversal randomizado administrou auto-questionários, aleatoriamente, a 36% dentistas e 64% higienistas orais para os avaliar na prevenção secundária dos DA.³⁰ A maioria demonstrou baixos níveis de conhecimento sobre manifestações físicas de AN e BN, especialmente lanugo em anoréticos, sinal de *Russell* em bulímicos,³⁰ contrastando com os higienistas orais que foram mais aptos a identificar corretamente os distúrbios alimentares. A maioria dos dentistas não identificou corretamente *peso normal* como estando presente na anorexia e bulimia nervosas.³⁰

Estudaram-se crenças, atitudes e experiências de dentistas, participantes numa conferência, concluindo-se que acreditam ter obrigação ética de participar da prevenção secundária de DA, mas que não receberam treino suficiente em relação aos DA, não têm conhecimento sobre manifestações orais/físicas de DA e sobre como deverão comunicar com doentes, nem possuem protocolo definido para atendimento odontológico domiciliar específico para esses doentes. Solicitaram um programa de recordação frequente para doentes com DA e de encaminhamento de casos com suspeita de DA. Constataram a importância do higienista oral na prevenção secundária de DA e da parceria/comunicação com outros profissionais de saúde em particular das ciências comportamentais e sociais.¹²

Um projeto piloto desenvolveu e avaliou um programa de treino na Web para estudantes e profissionais da saúde oral na prevenção secundária de DA, revelando melhorias estatisticamente significativas, na autoeficácia, no conhecimento de manifestações orais de comportamentos restritivos e de regurgitação, opções de tratamento e atitudes face à prevenção secundária de DA.³¹

5 – Discussão

5.1 – Distúrbios alimentares - Anorexia nervosa e Bulimia Nervosa - na saúde oral

De um modo geral, as manifestações orais nos DA podem ser causadas por deficiências nutricionais, ausência de higiene pessoal, distúrbios psicológicos, hábitos nutricionais modificados ou abuso de medicamentos.¹⁴

Com base na análise feita aos resultados (tabela II), podemos constatar erosão dentária (79,2%), cárie (45,8%), sensibilidade dentária/hipersensibilidade dentinária/hiperestesia (33,3%) e aumento da parótida (29,2%) foram indicadas com maior frequência (tabela II). A xerostomia (25%) foi o achado comum a outras manifestações orais nomeadamente a incidência de cárie, lesões em tecidos moles e disgeusia.

Embora os comportamentos de caráter repetitivo como a indução de vômitos dos DA potenciem a cronicidade das lesões, não foi encontrada qualquer neoplasia maligna oral (dado especificado em 8,3% artigos).

Alguns resultados divergentes, devido a limitações de pesquisa, ao tipo de etiologia das manifestações orais.

5.1.1 – Tecidos Duros

A erosão dentária surge como primeiro sinal, podendo ser detetada decorridos pelo menos dois anos de vômito auto-induzido, o que permite um diagnóstico diferencial.³ A generalidade dos artigos atribuiu a sua presença aos efeitos desmineralizantes do ácido clorídrico presente no vomitado, mas também ao tipo de dieta (ricas em carboidratos, hábitos de sucção de frutos¹⁵). Não tendo sido claro a distinção dos seus efeitos no tipo de erosão (vestibular e/ou palatina).

Também não houve consenso quanto à influência da frequência/duração/número de vômitos na gravidade da erosão: para alguns, a gravidade da erosão dentária relaciona-se com o grau de diluição ácida e ingestão de líquidos neutralizantes^{3,16}, para outros, não se correlaciona com frequência/duração/número de vômitos.⁸

Tabela II – Análise aos Principais Efeitos dos Distúrbios Alimentares na Saúde Oral encontrados por artigo (24 artigos)

Xerostomia (6 artigos/25%) transversal a outras manifestações orais																			
Tecidos Duros	Nº Artigos (%)	Sensibilidade dentária/hipersensibilidade dentinária (Nº Artigos/%)	Doenças Periodontais	Nº Artigos (%)	Tecidos Moles	Nº Artigos (%)	Patologias das Glândulas Salivares		Nº Artigos (%)	Distúrbios Temporomandibulares	Nº Artigos (%)	Outras	Nº Artigos (%)						
Erosão Dentária	19 (79,2%)	6 + 2 (33,3%)	Inflamação gengival/gengivite	4 (16,7%)	Traumatismo (mucosas, faringe e palato)	2 (8,3%)	Aumento da glândula	Parótida	7 (29,2%)	Sensibilidade à palpação muscular	1 (4,2%)	Sensação de corpo estranho	2 (8,3%)						
Perimólise	2 (8,3%)		Gengivite escorbútica	1 (4,2%)	Ulcerações orais	4 (16,7%)		submandibular	1 (4,2%)					Cansaço da mandíbula	1 (4,2%)	Globus	1 (4,2%)		
								salivar	3 (12,5%)										
Cárie	11 (45,8%)		Recessão gengival	3 (12,5%)	Glossite	3 (12,5%)	lesões bilaterais simétricas das glândulas salivares menores no palato duro		1 (4,2%)	Dor (facial, / cabeça, oral)	1+1 (8,3%)	Esofagite	1 (4,2%)						
Abrasão cervical	2 (8,3%)		Periodontite	1 (4,2%)	Glossite atrófica	1 (4,2%)	Sialoadenose	1 (4,2%)	Hábitos parafuncionais					Prevalência em mastigar pastilhas	1 (4,2%)	Projeção anterior da língua	1 (4,2%)		
Atrição Grave	1 (4,2%)		CAL de 3 mm ou ≥ 3 mm	1 (4,2%)	Queilite angular	5 (20,8%)				Siametaplasia necrosante	2 (8,3%)	Aperto crónico	1 (4,2%)					Xerose	1 (4,2%)
Maior CPOD	1 (4,2%)		Índice de Placa visível	1 (4,2%)	Queilite esfoliativa	1 (4,2%)													
Desgaste oclusal	1 (4,2%)		Índice hemorrágico	1 (4,2%)	Candidíase oral	3 (12,5%)				Tonturas	1 (4,2%)	Caroteno derma	1 (4,2%)						
																Mucosa atrófica	4 (16,6%)		
		Não específica	2 (8,3%)	Lábios secos e/ou gretados	2 (8,3%)							Acne	1 (4,2%)						

Xerostomia (6 artigos/25%) transversal a outras manifestações orais												
Tecidos Duros	Nº Artigos (%)	Sensibilidade dentária/hipersensibilidade dentinária (Nº Artigos/%)	Doenças Periodontais	Nº Artigos (%)	Tecidos Moles	Nº Artigos (%)	Patologias das Glândulas Salivares	Nº Artigos (%)	Distúrbios Temporomandibulares	Nº Artigos (%)	Outras	Nº Artigos (%)
					Sensação de boca queimada /Glossodinia	1+1 (8,3%)					Pelos no corpo tipo Lanugo	1 (4,2%)
					Eritema	1 (4,2%)					Distrofia das unhas	1 (4,2%)
					Eritema labial	1 (4,2%)					Acrocianose	1 (4,2%)
					Eritema Palatino	2 (8,3%)					Prurido	1 (4,2%)
					Hematom	1					Telogênio eflúvio	1 (4,2%)
					Língua saburrosa	1 (4,2%)					Acne	1 (4,2%)
					Língua geográfica	1 (4,2%)					Hiperpigmentação	1 (4,2%)
					Aftas	1 (4,2%)					Dermatite seborreica	1 (4,2%)
					Palato amarelo-alaranjado	1 (4,2%)					Disgeusia	3 (12,5%)
					lesões hemorrágicas	1 (4,2%)					Dificuldade em engolir	1 (4,2%)

Xerostomia (6 artigos/25%) transversal a outras manifestações orais												
Tecidos Duros	Nº Artigos (%)	Sensibilidade dentária/hipersensibilidade dentinária (Nº Artigos/%)	Doenças Periodontais	Nº Artigos (%)	Tecidos Moles	Nº Artigos (%)	Patologias das Glândulas Salivares	Nº Artigos (%)	Distúrbios Temporomandibulares	Nº Artigos (%)	Outras	Nº Artigos (%)
					Mordidas na bochecha	1 (4,2%)						
					Atrofias orais inespecíficas	1 (4,2%)						
					Necrose	1 (4,2%)						

Em doentes que induzem vômito, a perimólise manifesta-se nas faces palatina¹⁴, oclusal¹⁵/ incisal dos dentes superiores^{15,3}, sendo os dentes anteriores superiores os mais afetados, uma vez que se encontram logo à frente ficando directamente expostos ao refluxo ácido durante a indução de vômito. Também os próprios movimentos da língua poderão auxiliar nesse processo erosivo. Contudo, a perimólise também poderá atribuir-se à ingestão excessiva de alimentos ou bebidas ácidas e à manutenção da bebida na boca por muito tempo. Através das lesões poderá determinar-se, ainda, a cessação do vômito^{4,3} observando-se se a dentina permanecer manchada ao longo do tempo indicará lesão inativa com cessação do comportamento de auto-indução do vômito.³

Dada a natureza pouco definida dos DA, tanto doentes anoréticos como bulímicos podem ter comportamento bulímico e passar por fase de anorexia nervosa,⁸ contribuindo assim para a adoção de comportamentos que podem potenciar erosão dentária. Porém, certos resultados contrariaram essa tendência, fundamentados pela prática de higiene oral após o vômito.^{7,10} No entanto, Milosevic, Brodie, Slade²³ não encontraram justificação, segundo a análise das práticas de higiene oral, para alguns bulímicos, indutores de vômito, terem erosões graves e outros não.

Essas disparidades foram atribuídas, ainda, às diferentes suscetibilidades à erosão dentária, diferenças no pH e capacidade de tamponamento salivar e à confiabilidade das informações fornecidas pelos doentes.⁸

A cárie e a doença periodontal obtiveram resultados incoerentes devido à etiologia multifatorial.

Assim, a maioria dos estudos mostrou maior taxa de cárie em doentes DA essencialmente devido ao consumo elevado de alimentos fermentáveis e à deficiente higiene oral. Não podemos esquecer que estes doentes têm características especiais recorrendo a diversas estratégias para evitar o aumento do peso. Assim, em diversos momentos poderão optar por um consumo exagerado de açúcares, ou em ocasiões mais tensas pelo hábito de mastigar incessantemente pastilhas elásticas com açúcar¹⁴ importantes fontes de alimento para as bactérias cariogénicas ou por indução do vômito, diminuindo o pH da cavidade oral, importante contributo para a cárie. Outros fatores poderão estar associados características pessoais, higiene oral, exposição ao flúor durante o desenvolvimento

dentário, predisposição genética, uso de fármacos^{3,5,9}, função salivar alterada¹⁴, medicamentos indutores de xerostomia^{3,16}, como antidepressivos^{3,16}.

Houve ainda dados que sugeriram não existir diferenças na susceptibilidade à cárie entre grupos com e sem DA.^{7,10} Para alguns autores, os únicos doentes que apresentam aumento de cárie são os que têm compulsão alimentar, devido ao consumo de alimentos muito calóricos.^{3,4} Mostrou-se que a idade pode ser importante para explicar a disparidade do número de CPOD/CPOS entre doentes com AN e BN, pois feito o ajuste do efeito da idade, não foram encontradas diferenças.⁹

5.1.2 – Doença Periodontal

Embora a gengivite (16,7%) e a recessão gengival (12,5%) tenham sido as mais referidas (tabela II), houve discrepâncias noutros resultados, podendo ser explicadas pelas metodologias adotadas e pelo fato de nenhum artigo ter discutido hábitos tabágicos (podendo mascarar sinais de lesões periodontais).

Constatámos, ainda, que o estabelecimento e progressão da doença periodontal dependem da composição do microbioma oral, de mecanismos de defesa/reparação do hospedeiro, idade^{2,3} e também da grave deficiência de vitamina C associada à *gengivite escorbútica*¹⁶.

Nos resultados obtidos a higiene oral assume um papel preponderante. Assim quando se obteve resultados semelhantes ou melhores entre doentes com DA relativamente aos indivíduos sem DA (mas sem diferenças estatisticamente significativas), foram associados à manutenção de boa higiene oral, fundamentalmente pelos doentes que manifestam comportamentos obsessivo-compulsivos,²¹ e à idade, pois como a maioria dos doentes com DA é jovem, a doença periodontal é pouco diagnosticada.⁹

Por outro lado, os piores resultados, a nível periodontal, em doentes com distúrbios alimentares, essencialmente nos anoréticos, justificaram-se em parte pela prática de má higiene oral naqueles doentes¹⁵. Este tipo de doentes, comparativamente aos bulímicos, são propensos a um desinteresse e descuido pela sua saúde, incluindo a oral, possuem uma visão mais distorcida da realidade não se apercebendo dos efeitos nefastos que vão surgindo no seu organismo.

5.1.3 - Sensibilidade dentária/ Hipersensibilidade dentinária

Foi mencionada em 33,3 % dos artigos (tabela II), identificada como consequência da erosão dentária e da cárie. No entanto a dor oral pode ser causada por outras lesões dentárias.¹⁴ A maioria dos artigos mencionou sensibilidade dentária quando exposta a estímulos térmicos.

5.1.4 – Tecidos Moles

A queilite angular (20,8%), ulcerações orais (16,7%) e mucosa atrófica (16,7%) foram as alterações mais referidas (tabela II).

O traumatismo nas mucosas justificou-se pelos objetos usados para induzir o vômito^{2,3} e o eritema do palato pela indução de vômitos.¹⁴

As deficiências nutricionais causadas pelos distúrbios alimentares estão na base de muitas doenças dos tecidos moles (irritações e inflamações - glossite e ulceração da mucosa, mucosa atrófica generalizada, glossite atrófica), essencialmente a falta de vitaminas do complexo B, e como não podem ser sintetizadas pelo organismo deverão ser obrigatoriamente fornecidas pelos alimentos. Encontramos, ainda inflamações oportunistas como a candidíase oral, que além de associada a outras lesões orais também pode estar relacionada a deficiências nutricionais¹⁹ a disfunção salivar³.Esporadicamente podemos, ainda, observar língua geográfica e aftas.¹⁷ O contributo da xerostomia, caracterizada pela diminuição do fluxo salivar, na sensação de boca queimada e nos lábios secos e/ou gretados^{14,21} é evidente.

Para além da halitose, manchas nos dentes, os efeitos nocivos do tabaco também se fazem sentir na mucosa oral, potenciando a sua irritação, secura e alteração. Por isso, encontrou-se uma associação significativa entre tabagismo e maior presença de lesões nos tecidos (lábio seco, queilite angular, eritema, ulcerações e língua saburrosa⁷). Constatou-se, ainda que estes doentes possuíam um nível elevado de hábitos de higiene oral, exames dentários e outras práticas preventivas⁷, facto que não os impediu a ocorrência dessas lesões, o que reforça ainda mais a importância do contributo do tabagismo.

A maior percentagem de fumadores no grupo de doentes com DA,⁷ poderá explicar-se pela utilização da nicotina na diminuição do apetite

Noutro estudo, não relacionado como o tabagismo, a maioria dos doentes com DA apresentou significativamente eritema labial (associado ao vômito/diurético/laxantes, por isso mais comum nos bulímicos), queilite esfoliativa, lesões hemorrágicas, mordidas na bochecha, atrofia orais inespecíficas, palato amarelo-alaranjado associado à alta ingestão de suplementos de caroteno.¹¹

5.1.5 - Patologia das glândulas salivares

O aumento da parótida foi mais apontado (29,2% dos artigos – tabela II). Para uns são de etiologia incerta.^{3,9} Para outros, decorre da indução de vômitos pelos doentes com distúrbios alimentares,^{3,4,17,24} da abstenção alimentar¹⁸, sendo mais comum nos doentes bulímicos^{17,24}, embora intraoralmente não se encontrem aspetos patológicos. A ocorrência e extensão desse aumento podem ser proporcionais à frequência²⁴ duração/ gravidade do vômito³.

Houve alguns resultados que contrariando a tendência de aumento da parótida, contudo devemos estar atentos às possibilidades de vômito não revelado¹¹ e ao facto de que a inspeção/palpação poder estar sujeitas a viés, sendo a ressonância magnética mais útil/confiável para examinar alterações da parótida²⁵.

Não muito comuns, encontramos, ainda, referência a sialoadenose e sialometaplasia necrosante^{8,14} cuja ocorrência pode resultar da diminuição do pH da mucosa e do palato provocada pelos vômitos.²⁶

5.1.6 - Disfunções Temporomandibulares

Apesar do bruxismo ter sido o mais indicado (8,3% dos artigos – tabela II), houve divergência relativamente aos hábitos parafuncionais em doentes com distúrbios alimentares, explicáveis, pois nem sempre é fácil detetar hábitos parafuncionais, cuja confirmação pode depender do relato dos doentes.

Os doentes com DA demonstraram mais dor facial, e cefaleias, cansaço da mandíbula, tonturas, distúrbios do sono,²⁷ limitação na abertura da boca, uso intensivo de pastilhas elásticas e sensibilidade muscular generalizada à palpação maior nos que induzem vômitos.⁶

5.1.7 - Outros sinais

Foram mais indicados (tabela II) a disgeusia (12,5%), sensação de corpo estranho (8,3%) e sinal de *Russel* (8,3%), característico dos doentes que induzem vômito,^{17,19} contudo alguns bulímicos não o apresentam⁴. Fez-se referência a outras manifestações não orais como determinadas desordens digestivas e dermatológicas por poderem ser detetadas pelo dentista, auxiliando no diagnóstico de distúrbios alimentares.

5.2 - Papel/atuação dos médicos dentistas no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares

5.2.1 – Como atuam

Encontrámos, diferentes atuações dependentes do género dos dentistas. Mais mulheres avaliam doentes com DA, fornecendo instruções específicas de atendimento odontológico domiciliar e encaminham doentes para outros profissionais.¹² Havendo maior prevalência dos distúrbios alimentares no género feminino, as dentistas têm mais percepção das condições médicas graves da anorexia e bulimia nervosas, o que influencia a motivação para se envolverem nas práticas de prevenção.¹³

Mais anos de prática, nos homens a diferença foi estatisticamente significativa, contudo não foi relevante para referenciar doentes suspeitos de DA e para comunicar com o prestador de cuidados primários.¹³

Grande parte dos médicos dentistas e dos higienistas orais manifestou preocupações clínicas sendo em maior número as higienistas, sobre implicações dentárias no doente com distúrbios alimentares; no entanto mais dentistas sugeriram eficácia na organização de um programa de recordações mais frequentes dos doentes e concordaram ser eficaz o encaminhamento do doente com DA ao prestador de cuidados primários.¹²

5.2.2 – Conhecimentos das manifestações orais dos distúrbios alimentares

Todos os artigos, que abordaram o assunto, referiram um baixo nível de conhecimentos.

A maioria, com os higienistas mais propensos a identificar corretamente do que os dentistas, demonstrou dificuldade em reconhecer o lanugo em doentes com anorexia nervosa e o sinal de *Russell* em doentes com bulimia,²² não identificou corretamente *peso normal* como estando presente na anorexia e bulimia nervosas, talvez pela percepção tendenciosa das características físicas de ambas.³⁰

Reconhecem como complicações orais dos distúrbios alimentares a erosão dentária (100%), sensibilidade dentária e queilite (94,4%), cárie (88,9%) e xerostomia (72,2%).²⁸

Estes resultados diferem dos encontrados na primeira parte, onde a cárie surgiu como segunda manifestação mais referida, seguido do aumento da parótida. Aqui a cárie surge em terceiro lugar e não se faz referência ao aumento parotídeo, contudo a erosão dentária e a sensibilidade dentária estão de acordo com o esperado.

5.2.3 - Dificuldades encontradas

Necessidades de sessões educacionais contínuas,²⁸ já que os dentistas admitem que devem participar da prevenção secundária dos DA, mas não possuem treino e conhecimentos suficientes para reconhecer manifestações orais/físicas de DA, como comunicar com doentes, protocolo com atendimento odontológico domiciliar específico e encaminhamento/ gestão de casos com suspeita de DA.¹²

Os dentistas recomendam protocolo entre membros da equipa odontológica como o assistente odontológico, higienista oral e outros profissionais das ciências comportamentais e sociais.¹²

A inexistência de conteúdo curricular apropriado para DA, associada à recomendação de currículos eletrónicos fez nascer um programa de treino na Web para estudantes e profissionais da saúde oral, que revelaram melhorias estatisticamente significativas na autoeficácia, no conhecimento de manifestações orais de comportamentos restritivos/regurgitação, opções de tratamento oral e atitudes em relação relativas à prevenção secundária de DA.³¹

5.2.4 – Proposta de atuação

A história clínica pode não ser adequada para diagnosticar um doente com distúrbio alimentar, uma vez que a saúde oral pode ser afetada mesmo em doentes com história clínica relativamente curta de DA.²¹

A comunicação médico-doente é eficaz se realizada de forma confidencial, usando linguagem e terminologia apropriadas.¹⁴ O clínico deve observar a linguagem corporal dos doentes, permanecendo calmo, tranquilizador e solidário, evitando julgamento e pressão.¹⁴

Quando há negação da doença, poderá ser necessário a realização de exames complementares como o hemograma para confirmar o diagnóstico.²⁴

Para os doentes com menos de 18 anos de idade, o médico dentista deve debater as suas descobertas com os pais, encaminhando para um médico, para avaliação e gestão de possível DA.¹⁵ Doentes com ≥ 18 anos devem ser incentivados a procurar ajuda médica ou encaminhados para um médico.¹⁵

A equipa multidisciplinar deve prestar cuidados psicológicos, nutricionais e farmacológicos. Medindo o nível grelina / des-acil-grelina-obestatina na saliva em doentes com DA pode contribuir para a compreensão das condições fisiopatológicas presentes nesses doentes.⁸

5.2.4.1 - Educação/Aconselhamento/Prevenção

A prevenção deve educar o doente para evitar mais destruição dentária.²⁹ Devem discutir-se as causas/ efeitos da perimólise em doentes que induzem vômito.²⁹ e confeccionar goteiras para proteger os dentes durante os vômito.²⁹

Antiácido sem açúcar, bicarbonato de sódio em pasta aquosa ou fluoreto de sódio neutro, dentro da goteira, antes do vômito, como defesa na dissolução do esmalte.²⁹

Frequência de escovagem rigorosamente controlada, especialmente nos anoréticos, uma vez que são mais afectados e menos conscientes sobre problemas periodontais.^{22,29} No entanto, como são preocupados com a sua aparência física, torna-se fácil incutir a importância em manter uma boa higiene oral e recorrer a consultas odontológicas regulares.²⁹

É controversa a eficácia da escovagem dos dentes após a auto-indução de vômito pois pode produzir mais desgaste que remineralizar.²⁹ A maioria relatou eficácia na lavagem com solução alcalina após o vômito induzido e poucos indicaram benefício em não escovar os dentes.²⁸

Aconselhar a lavagem oral com fluoreto de sódio a 0,5%, de preferência após o vômito auto-induzido, utilizar preparações artificiais de saliva e pastilhas sem açúcar, após as refeições em doentes com xerostomia e diminuir ingestão de alimentos

ácidos/cariogénicos.²⁹ Alertar para riscos dentários/periodontais associados à DA e investigar DA em mulheres jovens com recessões gengivais/ e erosão dentária.²²

5.2.4.2 – Cuidados especiais

Em caso de síncope hipoglicémica interromper tratamento dentário, colocar um pouco açúcar no fundo do vestibulo; e aconselhar o doente a tomar uma refeição leve antes da próxima consulta.²⁹

5.2.4.3 – Tratamento odontológico

Procedimentos definitivos assim que o doente estiver estabilizado física/psicologicamente. Doentes com bulimia nervosa não devem receber tratamento com procedimentos restauradores complexos até a o ciclo de destruição e vômito tenha sido interrompido.¹⁵ Adequar o tratamento ao tipo de doente.

Em caso de dor leve e perda de tecido duro, aplicar agentes dessensibilizadores e laserterapia. Dentes requerem restaurações, usar resinas compostas/ cimentos de ionómero de vidro. Na grave perda de esmalte dentário e comprometimento da estética utilizar facetas de porcelana coroas ou onlays, veneers.²⁹

6 – Conclusões

Relativamente aos efeitos dos Distúrbios Alimentares na Saúde Oral

- A maioria dos estudos foi realizado em mulheres e embora a prevalência dos DA seja no género feminino, também começam a emergir no masculino. Talvez fosse interessante realizarem-se estudos comparativos, que integrassem também homens.
- A erosão dentária, cárie, sensibilidade dentária/hipersensibilidade dentinária/hiperestesia, aumento da parótida foram as mais referidas. Xerostomia, comum a outras manifestações orais. Nenhuma lesão maligna oral foi encontrada.
- Erosão dentária, como primeiro sinal. O tipo de alimentação/bebidas é importante no diagnóstico diferencial, mas é discutível só associar ácidos extrínsecos (dietéticos) a erosão vestibular e ácidos intrínsecos (clorídrico) a erosão palatina. Tipo de lesões erosivas poderá determinar descontinuidade de indução de vômito. Encontrou-se mais erosão dentária em dentes anteriores superiores.

- A *Sensibilidade dentária*, consequência da ED e da cárie, essencialmente em doentes que induzem o vômito.
- Nos *tecidos moles*, a queilite angular, ulcerações orais e atrofia da mucosa foram as mais referidas, atribuídas a objetos indutores de vômito, deficiências nutricionais e xerostomia. Tabagismo associado à maior presença das lesões, lábio seco, queilite angular, eritema, ulcerações e língua saburrosa. Encontramos, ainda, eritema labial, queilite esfoliativa, palato amarelo-alaranjado, lesões hemorrágicas, mordidas na mucosa jugal e atrofia orais inespecíficas.
- Na *patologia das glândulas salivares*, o aumento da parótida, foi o mais relatado. Embora de etiologia incerta, decorre da indução de vômitos, sendo mais comum nos bulímicos e na abstenção alimentar. Inicialmente, aumento parotídeo (ocasionalmente submandibular) pode ser intermitente, reversível, mole, indolor, tornando-se mais firme. Intraoralmente (ducto patente, fluxo salivar normal, sem inflamação). Ressonância magnética útil, confiável para examinar essas alterações.
- Associaram-se sialoadenose, sialometaplasia necrosante a doentes com BN ou episódios frequentes de vômito.
- Nos *distúrbios temporomandibulares* (DTM), doentes com DA demonstraram mais: dor (facial, cabeça), cansaço da mandíbula, tonturas, distúrbios do sono, limitação na abertura da boca; uso intensivo de pastilhas elásticas e sensibilidade geral muscular à palpação (maior nos que induzem vômitos).
- Nos *outros sinais*, disgeusia, sensação de corpo estranho e sinal de *Russel* foram mais indicados.

Quanto ao papel/atuação dos médicos dentistas no cuidado odontológico de doentes com distúrbios alimentares:

- A maioria não inclui nas práticas clínicas aspetos relacionados com DA e possui baixo nível de conhecimentos das manifestações orais dos DA.
- Diferenças de atuação entre género masculino e feminino (mais mulheres avaliam doentes com DA; fornecem instruções específicas de atendimento odontológico domiciliário e encaminham doentes para outros profissionais de saúde).

- Necessidade de sessões educacionais contínuas e de um programa de treino na Web para adquirirem competências para reconhecer/abordar doentes com DA e comunicar com profissionais de cuidados primários.
- Essencial comunicação médico-doente (confidencial; terminologia apropriada; sem juízo de valores; observando a linguagem corporal dos doentes).
- Em caso de negação da doença, realização de exames complementares, como hemograma, para confirmar diagnóstico.
- A equipa multidisciplinar deve prestar cuidados psicológicos, nutricionais e farmacológicos.
- Prevenção para educar o doente; discutindo causas/ efeitos da perimólise; confeccionando goteiras e colocando dentro antiácido sem açúcar, bicarbonato de sódio em pasta aquosa ou fluoreto de sódio neutro antes do vômito para proteção dentária.
- Controlo na frequência de escovagem, especialmente nos anoréticos, uma vez que são mais afetados e menos conscientes sobre problemas periodontais.
- Aconselhar: lavagem oral com fluoreto de sódio a 0,5%, após o vômito auto-induzido; utilizar preparações artificiais de saliva e pastilhas sem açúcar, após as refeições em doentes com xerostomia; diminuir ingestão de alimentos ácidos/ cariogénicos.
- Perante síncope hipoglicémica interromper tratamento dentário, colocar um pouco açúcar no fundo do vestibulo; aconselhar o doente a tomar uma refeição leve antes da próxima consulta.
- Procedimentos definitivos, só quando o doente tiver estabilizado física/psicologicamente. Adequar o tratamento ao tipo de doente.
- Para: dor leve e perda de tecido duro, aplicar agentes dessensibilizadores e laserterapia; restaurações usar resinas compostas/ cimentos de ionómero de vidro; perda de esmalte dentário e comprometimento da estética utilizar facetas de porcelana coroas, onlays, Veneers.

Podemos afirmar que é muito importante o papel do médico dentista no diagnóstico/tratamento/encaminhamento dos doentes com DA e na prevenção de possíveis complicações.

Referências Bibliográficas

1. Walsh BT, Wonderlich SA, Attia E., Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW et al. Transtornos Alimentares In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2013: 329 - 354.
2. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Aust Dent J.* 2005 Mar; 50(1):6-15.
3. Aranha AC, Eduardo Cde P, Cordás TA. Eating DisordersPart I: Psychiatric Diagnosis and Dental Implications. *J Contemp Dent Pract. Rev.*2008 Sep 1;9 (6):73-81.
4. Kavitha PR, Vivek P, Hegde AM. Eating Disorders and their Implications on Oral Health: Role of Dentists. *J Clin Pediatr Dent. Rev.*2011 Winter; 36(2):155-60.
5. Jugale PV, Pramila M, Murthy AK, Rangath S. Oral Manifestations of Suspected Eating Disorders among Women of 20-25 Years in Bangalore City, India. *J Health Popul Nutr.* 2014 Mar;32(1):46-50.
6. Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: A comparative control study. *J Orofac Pain.* 2008 Summer;22(3):201-8.
7. Garrido-Martínez P, Domínguez-Gordillo A, Cerero-Lapiedra R, Burgueño-García M, Martínez-Ramírez MJ, Gómez-Candela C, et al. Oral and dental health status in patients with eating disorders in Madrid, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019 Sep 1;24(5):e595-e602.
8. Yagi T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inui A. The Role of Ghrelin, Salivary Secretions, and Dental Care in Eating Disorders. *Nutrients.* 2012 Aug 13;4(8):967-89.
9. Roberts MW, Li SH. Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *J Am Dent Assoc.* 1987 Sep;115(3):407-10.
10. Shaughnessy BF, Feldman HA, Cleveland R, Sonis A, Brown JN, Gordon CM. Oral Health and Bone Density in Adolescents and Young Women with Anorexia Nervosa. *J Clin Pediatr Dent.* 2008 Winter;33(2):87-92.
11. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. *J Psychiatr Res.* 2017 Sep 22; 96:178-182.
12. DeBate RD, Tedesco LA. Increasing Dentists' Capacity for Secondary Prevention of Eating Disorders: Identification of Training, Network, and Professional Contingencies. *J Dent Educ.* 2006 Oct;70(10):1066-75.
13. DeBate RD, Vogel E, Tedesco LA, Neff JA. Sex differences among dentists regarding eating disorders and secondary prevention practices. *J Am Dent Assoc.* 2006 Jun;137(6):773-81.
14. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral Manifestations of Eating Disorders: A Critical Review. *Oral Dis.* 2008 Sep;14(6):479-84.

15. Little JW. Eating Disorders: Dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002 Feb; 93 (2);138-143.
16. Romanos GE, Javed F, Romanos EB, Williams RC. Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite*. 2012 Jun 29; 59(2):499-504.
17. Strumia R. Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(3):165-73.
18. Wang P, Lin HC, Chen JH, Liang HY. The prevalence of dental erosion and associated risk factors in 12-13-year-old school children in Southern China. *BMC Public Health*. 2010 Aug 12;10:478.
19. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J. Rev.*1999 Feb 13;186(3):109-13.
20. Rytömaa I, Järvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand*. 1998 Feb;56(1):36-40.
21. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci*. 2012 Feb;120(1):61-8.
22. Pallier A, Karimovaa A, Boillota A, Colonb P, Ringuenete D, Boucharda P, et al. Dental and periodontal health in adults with eating disorders: A case-control study. *J Dent*. 2019 Mar 12; 84:55-59.
23. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental Erosion, oral hygiene and Nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1997 Mar;21(2):195-9.
24. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992 Oct;50(10):1122-5.
25. Price C, Schmidt MA, Adam EJ, Lacey H. Parotid gland enlargement in eating disorders: An insensitive sign? *Eat Weight Disord*. 2008 Dec;13(4):e79-83.
26. Aframian DJ. Anorexia/bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. *J Oral Pathol Med*. 2005 Jul;34(6):383.
27. Johansson AK, Johansson A, Unell L, Norring C, Carlsson GE. Eating disorders and signs and symptoms of temporomandibular disorders: A matched case-control study. *Swed Dent J*. 2010;34(3):139-47.
28. DiGiacchino RF, Keenan MF, Sargent R. Assessment of dental practitioners in the secondary and tertiary prevention of eating disorders. *Eat Behav*. 2000 Sep;1(1):79-91.
29. Aranha AC, Eduardo Cde P, Cordás TA. Eating Disorders Part II: Clinical Strategies for Dental Treatment. *J Contemp Dent Pract*. 2008 Nov 1;9(7):89-96.
30. DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. *J Dent Educ*. 2005 Mar;69(3):346-54.

31. DeBate RD, Severson H, Zwald ML, Shaw T, Christiansen S, Koerber A, et al. Development and Evaluation of a Web-Based Training Program for Oral Health Care Providers on Secondary Prevention of Eating Disorders. *J Dent Educ.* 2009 Jun;73(6):718-29.

Anexos