

Tânia Patrícia Marques Abreu, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: “Complicações Orais da Bulimia: Diagnóstico e tratamento”.

Confirmando 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.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Maria João Calheiros-Lobo

DECLARAÇÃO

Eu, **Maria João Azevedo de Oliveira Calheiros-Lobo** com a categoria profissional de Professor Auxiliar Equiparado convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “Complicações Oraís da Bulimia: Diagnóstico e tratamento”, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Tânia Patrícia Marques Abreu** declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 18 de Outubro de 2017

O Orientador



Agradecimentos

A elaboração deste Relatório de Estágio não teria sido possível sem a colaboração e estímulo de várias pessoas. Por este motivo gostava de expressar toda minha gratidão.

Quero começar por agradecer à minha orientadora, a professora Maria João Calheiros-Lobo, pela forma como me orientou o meu trabalho. Pelos conselhos, sugestões e em especial pelas palavras reconfortantes e motivadoras ditas na primeira vez que conversamos que me fizeram prosseguir com este projeto.

Agradeço aos meus amigos, que entraram na minha vida de diversas maneiras e de quem eu me lembro sempre. Obrigada pela amizade, carinho e compreensão, por todas as alegrias, aventuras, tristezas, loucuras e sonhos partilhados. À minha querida binómia Patrícia, pelo seu humor invejável. À Fátima, Francisca e Rita, as minhas três irmãs de coração, que estão presentes na minha vida há vários anos. Ao António, à Diana, à Catarina, à Patrícia F., à Sofs, à Lili, aquele tipo de amigos que todos merecem ter. Ao Tomás, à Carolina, à Liliana V., à Nicoletta, à Eduarda, ao Tiago M., ao João F., ao Miguel T. (Níscar), ao Henrique e à minha prima Cristina.

Um agradecimento em especial à minha amiga Margarida que foi um forte pilar para a concretização deste trabalho. Conheço-a desde que entrei na faculdade e desde aí tornamo-nos inseparáveis. Agradeço-lhe por me ter sempre acompanhado ao longo desta árdua e custosa caminhada. Sou grata por todo o apoio prestado, pelas conversas intermináveis, por todas as vivências maravilhosamente partilhadas.

Ao João M., por tudo o que aprendi com ele, por ter contribuído para o meu crescimento pessoal, pela paciência que teve com as minhas mudanças de humor, por toda a felicidade, determinação, pelos “audiogésicos” e apoio que me proporcionou, e por ter feito parte de uma fase importante da minha vida.

Ao Alex um profundo agradecimento pelo modo como me amparou quando precisei, por todas as formas de carinho, por todos conselhos, por todas as críticas e por toda a força e confiança que me concedeu. Um muito obrigado por todas as lágrimas amparadas, pelos desabafos, pela compreensão, pelos momentos felizes e inesquecíveis que partilhamos. Tal como ele diz, “todas as pessoas que entram na nossa vida, não entram por um acaso, todos elas nos deixam uma marca, um ensinamento, proporcionam-nos algo.”

Quero agradecer aos meus irmãos. À minha querida irmã Cátia que é uma força da natureza, que sempre me deu força e apoio quando necessitei e ao meu incrível irmão João, que é um rapaz que irradia felicidade e boa disposição, sempre atento e preocupado comigo e que me encheu de ternura e alegria.

Quero também agradecer aos meus pais por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço. Ao meu Pai que apesar de não estar sempre presente, teve a aptidão para me ensinar que com esforço e vontade, todo o trabalho será recompensado. À minha Mãe a quem deixo o meu agradecimento mais profundo. Estou grata pelo tempo incondicional que passou ao meu lado, por todos os obstáculos que me ajudou a superar, por estar presente nos momentos mais difíceis, que não foram raros nestes últimos anos, sempre fazendo-me acreditar que chegaria ao final desta difícil, mas gratificante etapa.

Espero um dia poder retribuir e compensar todo o carinho e dedicação que ambos me proporcionaram. Aos meus pais e irmãos dedico este trabalho.

Resumo

A Bulimia nervosa é um transtorno alimentar que se caracteriza essencialmente por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sendo este descontrolo compensado por vômito induzido, uso de laxantes e/ou diuréticos, para controlar o peso, pois estes pacientes apresentam uma percepção distorcida do corpo e um medo horrendo de engordar.

Este transtorno alimentar acarreta graves alterações no organismo humano, nomeadamente a nível oral tais como a erosão dentária, xerostomia, aumento da glândula parótida, hipersensibilidade dentária, mucosites, sensação de língua queimada, gengivite, úlceras orais, glossite, diminuição do fluxo salivar, ph salivar baixo, bem como trauma da mucosa, em particular da faringe e palato mole, devido à introdução de objetos para indução do vômito.

Devem ser tomadas medidas preventivas específicas para este distúrbio alimentar.

Nos casos mais avançados nos quais há destruição elevada da estrutura dentária e sensibilidade dolorosa, devem ser tomadas medidas terapêuticas como tratamentos restauradores ou reabilitadores.

Palavras-chave: bulimia nervosa, transtorno alimentar, compulsão alimentar, tratamento dentário, erosão dentária, esmalte, dentina, saúde, dentisteria

Abstract

Bulimia nervosa is an eating disorder characterized by recurrent episodes of binge eating, which is compensated by induced vomiting, laxatives and/or diuretics to control weight, as these patients have a distorted body perception and a horrible fear of gaining weight.

This eating disorder causes serious changes in the human body, in particular oral lesions, such as dental erosion, xerostomia, parotid gland enlargement, dental hypersensitivity, mucositis, burning tongue sensation, gingivitis, oral ulcers, glossitis, decreased salivary flow, low oral pH, and also mucosal trauma, in particular of the pharynx and the soft palate, due to the introduction of objects to induce vomiting.

Specific preventive measures should be taken for this eating disorder.

In more advanced cases where there is high destruction of the dental structure and teeth sensitivity, therapeutic measures should be taken, such as restorative or rehabilitative treatments.

Key-words: bulimia nervosa, eating disorder, binge eating, dental treatment, tooth erosion, enamel, dentine, health, dentistry

Índice Geral

Capítulo I

Introdução.....	1
Objetivos.....	2
Material e Métodos.....	3
Desenvolvimento.....	4
1. Bulimia.....	4
2. Desmineralização e Remineralização.....	5
3. Manifestações Oraís da Bulimia.....	8
3.1. Erosão Dentária.....	9
3.2. Xerostomia e Sialodenite.....	13
3.3. Cárie.....	15
3.4. Alterações a nível dos tecidos moles.....	15
4. Tratamento.....	17
5. Recomendações para minimizar os danos.....	20
6. Protocolo de Atuação dos Médicos Dentistas.....	21
Discussão	23
Conclusões.....	25
Bibliografia	26

Capítulo II

1. Relatório dos estágios.....	30
1.1. Introdução	30
1.2. Estágio em Clínica Geral Dentária	30
1.3. Estágio Hospitalar	30
1.4. Estágio em Saúde Oral Comunitária	31
2. Conclusão.....	32

Capítulo I

Introdução

A bulimia Nervosa é um transtorno alimentar que se caracteriza essencialmente por episódios recorrentes de compulsão alimentar, levando a um consumo de elevada quantidade de comida superior à consumida por uma pessoa normal, num curto espaço de tempo.⁽¹⁾ O valor de calorias ingeridas em cada episódio vai de 3000 a 6000, havendo relatos de até 20000 calorias. Estes episódios repetidos são planeados e os alimentos comumente consumidos são doces e excessivamente calóricos.⁽²⁾

O sentimento de descontrolo é compensado por vômito induzido, uso de laxantes e diuréticos, para controlar o peso, pois estes pacientes apresentam uma percepção distorcida do corpo e um medo horrendo de engordar.⁽¹⁾

A regurgitação frequente deste conteúdo gástrico, que apresenta um pH extramente ácido, provoca a erosão e desmineralização do esmalte, que é a manifestação mais comum da bulimia.⁽²⁾

Os pacientes com bulimia nervosa sentem-se culpados pelos seus hábitos alimentares e tentam manter em segredo a sua condição alimentar disfuncional.

O aumento do número de casos nas últimas décadas e o interesse pela importância clínica relativamente a distúrbios alimentares, levou a uma evolução na discussão de critérios, meios de diagnóstico, complicações sistémicas e locais.⁽³⁾

Devido à complexidade da bulimia nervosa, o reconhecimento e compreensão das manifestações orais e físicas é benéfica para a prevenção secundária, pelo que a deteção precoce e a intervenção desempenham um papel fundamental na recuperação deste distúrbio alimentar.⁽⁴⁾

Este transtorno alimentar acarreta graves alterações no organismo humano, nomeadamente a nível oral, como a erosão dentária, xerostomia, aumento da glândula parótida,⁽⁵⁾ hipersensibilidade dentinária, mucosites, sensação de língua queimada, gengivite, úlceras orais, glossite, diminuição do fluxo salivar, pH salivar baixo, bem como, trauma da mucosa, em particular da faringe e palato mole, devido à introdução de objetos para indução do vômito.⁽⁶⁾

A erosão dentária é caracterizada como sendo a perda irreversível da estrutura mineral do dente provocada por ácido, quer de origem extrínseca quer intrínseca, sem

envolvimento bacteriano,⁽⁷⁾ e pode levar à diminuição dos bordos incisais, mordida aberta anterior ou à perda da dimensão vertical e aumento da sensibilidade dentinária⁽¹⁾.

A identificação deste distúrbio pode ser obtida através da realização de uma anamnese detalhada, seguida de exames físicos intra e extra-orais.⁽⁸⁾

A principal estratégia para prevenir o desenvolvimento de novas lesões nos tecidos bucais é a remoção do agente causal, pelo que devem ser tomadas medidas preventivas específicas para este distúrbio alimentar, tais como orientações relativamente à higiene oral, uso de substâncias que neutralizam os ácidos ou promovem a remineralização e aumento da resistência da superfície dentária.⁽⁹⁾

Para que tal seja exequível, a educação oral em pacientes com bulimia nervosa é necessária, através de uma comunicação aberta, para melhorar a educação dos pacientes relativamente aos cuidados orais após o vômito, de modo a que estes tenham uma diminuição dos problemas dentários.⁽¹⁰⁾

Nos casos mais avançados em que há destruição elevada de estrutura dental e sensibilidade dolorosa, devem ser tomadas medidas terapêuticas, como por exemplo, tratamentos restauradores ou reabilitadores.⁽⁹⁾

Devido à semelhança entre o IMC do bulímico e do não bulímico e à manutenção do peso ao longo do tempo, o indivíduo pode esconder o transtorno durante vários anos.⁽¹¹⁾

O uso de produtos fluoretados demonstrou ter um efeito preventivo contra a erosão,⁽¹²⁾ e pode ser usado como um método dessensibilizante, que oclui túbulos dentinários, reduzindo a sintomatologia dolorosa.

A pesquisa por tratamentos mais efetivos para controlar as lesões por erosão tem levado ao desenvolvimento de novas tecnologias, como por exemplo, diferentes tipos de aplicações de laser,⁽¹³⁾ e sistemas adesivos com flúor, que têm sido investigados relativamente aos efeitos positivos sobre as lesões por erosão.⁽¹⁴⁾

Objetivos

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo geral identificar as principais manifestações orais de pacientes portadores de bulimia nervosa, e como objetivos específicos analisar os tratamentos conservadores mais adequados a realizar de modo a reestabelecer a função e a estética do paciente portador deste transtorno alimentar, assim como identificar as recomendações para minimizar os danos causados por estes distúrbio e a

contextualização da participação do médico dentista na resolução multidisciplinar deste transtorno alimentar.

Materiais e métodos

Foi realizada uma revisão narrativa a partir do levantamento bibliográfico de artigos científicos obtidos nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Académico, e em livros disponíveis na biblioteca Prof. Doutor Fernando Oliveira Torres (CESPU).

Nesta pesquisa foram utilizados como critérios de inclusão, artigos publicados entre os anos 2000 e 2017, artigos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, artigos que referenciassem diagnóstico diferencial da bulimia nervosa, manifestações oraís da bulimia nervosa e os tratamentos a nível oral da bulimia nervosa.

Os resultados da seleção efetuada aquando do levantamento bibliográfico com base nas pesquisas levadas a cabo encontram-se descritos na tabela 1.

Base de Dados	Palavras-Chave	Nº de Resultados	Nº de Artigos selecionados
Pubmed	<i>bulimia nervosa oral</i>	232	4
Pubmed	<i>bulimia nervosa oral treatment</i>	123	2
Pubmed	<i>demineralization</i>	6057	3
Pubmed	<i>dental erosion</i>	3606	5
Pubmed	<i>oral erosion treatment</i>	2083	8
SciELO	<i>bulimia oral</i>	14	2
SciELO	<i>bulimia erosion treatment</i>	2	1
SciELO	<i>oral erosion treatment</i>	21	4
Google académico	<i>bulimia oral manifestations</i>	20700	14

Tabela 1: Resultados da pesquisa bibliográfica

Desenvolvimento

1. Bulimia

A sociedade contemporânea associa a magreza à juventude e à beleza. A bulimia manifesta-se como uma resposta à procura desse corpo perfeito, tendo como consequência transtornos fisiológicos e psicológicos.⁽¹⁵⁾

A bulimia, segundo a Classificação Internacional das Doença, é um termo de origem grega que significa “fome de boi”. Este distúrbio alimentar caracteriza-se fundamentalmente por hiperfagia (ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos associada a pouco ou nenhum prazer), seguida de comportamentos compensatórios inapropriados para não aumentar de peso, como o vômito autoinduzido, o uso exagerado de diuréticos e laxantes, hormonas tiroideias ou anorexígenos, ou ainda períodos de jejum ou a prática excessiva de exercício.^(9,15)

A Bulimia Nervosa, foi definida pela primeira vez em 1979. A sua incidência tem aumentado significativamente na segunda metade do século XX e prevalece atualmente em cerca de 1.1% a 2.8% das mulheres nos países desenvolvidos.⁽³⁾

Os critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa segundo a DSM-IV-TR⁽⁹⁾, são a ocorrência frequente de crises bulímicas, num período de tempo reduzido, caracterizada por ingestão de uma porção de alimentos superior à habitualmente consumida pela maioria dos indivíduos e o sentimento de falta de controlo sobre o comportamento alimentar durante esse episódio.

A bulimia pode ser identificada pela preocupação persistente de um indivíduo pela comida, pelo medo tremendo de se tornar obeso, pela visão distorcida do seu próprio corpo, pela presença de procedimentos compensatórios inadequados e a ocorrência desta crise pelo menos duas vezes por semana, consecutivamente durante 3 meses.^(6,9,16)

Os episódios de consumo alimentar de forma compulsiva ocorrem quando os pacientes estão sozinhos, escondidos, gerando-se então um sentimento de culpa, autopunição ou de vergonha. Quando os vômitos induzidos são muito frequentes, levam à perda do reflexo de vômito, ao relaxamento do esfíncter esofágico inferior e em casos muito avançados, podem ser induzidos espontaneamente.⁽³⁾

A doença afeta cerca de 1%-2% da população, tendo um predomínio mais relevante no sexo feminino, numa proporção de 10:1 em relação ao sexo masculino, e encontra-se mais frequentemente na faixa etária entre os 15 e os 20 anos.⁽¹¹⁾

Cerca de 25% a 30 % dos bulímicos já foram portadores de anorexia nervosa,⁽¹⁷⁾ e é uma desordem de saúde mental que acarreta consequências graves, entre as quais, problemas dentários.⁽¹⁰⁾

Os portadores deste distúrbio nem sempre apresentam sinais externos da doença, podendo exibir uma aparência normal ou quase normal, mesmo tendo algumas flutuações de peso. Uma característica típica dos indivíduos portadores de bulimia é o sinal de Russell, que resulta da constante fricção dos dentes na pele, causando uma espécie de calo no dorso da mão, na zona que está em contacto com os incisivos superiores durante a indução do vômito.⁽¹⁸⁾ Alterações orais e maxilofaciais podem ser das primeiras manifestações deste distúrbio, e podem ser identificados aproximadamente seis meses após uma pessoa padecer desta doença.⁽¹⁷⁾

A incidência de distúrbios alimentares tem vindo a aumentar, sendo de esperar que os dentistas possam ajudar a reconhecer os pacientes portadores desta desordem alimentar.⁽¹⁶⁾

2.Desmineralização e remineralização

O esmalte e a dentina são tecidos dentários constituídos por uma matriz orgânica, componentes inorgânicos e por água, com organização estrutural e proporções diferentes.⁽¹⁹⁾

Relativamente à dentina, a sua composição orgânica é aproximadamente 90% colagénio tipo I, enquanto o esmalte possui pouco ou nenhum colagénio, sendo a sua

matriz orgânica composta por 90% de amelogenina. O componente inorgânico principal tanto da dentina como do esmalte é a hidroxiapatite $[Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2]$, sendo o esmalte o que contém maior conteúdo inorgânico (90%).⁽²⁰⁾ Estas diferenças justificam o diferente comportamento destes tecidos à erosão

Para o desenvolvimento da erosão do esmalte existem dois aspetos estruturais importantes que são a estrutura dos poros, e a forma e tamanho dos cristais, pois o conteúdo total de água (porosidade) e a distribuição dos poros nos tecidos mineralizados influenciam a penetração do ácido nos mesmos. A morfologia dos cristais é importante pois, para uma determinada massa de mineral, quanto menores forem os cristais, maior será a área de superfície disponível para o ataque pelos ácidos, sendo mais rápida a sua dissolução.⁽¹⁹⁾

Devido à presença de vários espaços livres e substituições dentro da hidroxiapatite, a relação cálcio-fosfato vai-se modificando desde a configuração estrutural inicial desta, induzindo a modificação das suas propriedades.⁽²⁰⁾

A exposição repetida e crónica a um pH baixo, devida a ácidos de origem extrínseca ou intrínseca, sem envolvimento bacteriano leva à erosão dentária, que é caracterizada por uma dissolução centrípeta deixando uma pequena zona desmineralizada à superfície, podendo uma grande quantidade de iões ser removida da hidroxiapatite, sem destruir a integridade estrutural desta; no entanto, a desmineralização do esmalte leva a uma maior transmissão do calor, do frio, da pressão ou da dor do que no esmalte normal.^(21,22)

O processo de erosão ocorre em diferentes estágios, primeiro com o amolecimento da superfície do esmalte, sendo que, com a persistência do processo erosivo, há dissolução de camadas sucessivas de cristais de esmalte mais profundamente, levando à perda estrutural permanente.⁽²²⁾

Enquanto a erosão do esmalte causa perda superficial do tecido, na dentina a erosão deixa para trás uma camada persistente de matriz de colagénio desmineralizada que se vai tornando cada vez mais espessa, dificultando assim a difusão do ácido para dentro da mesma, tornando-se a taxa de desmineralização mais baixa na dentina à medida que o tempo passa.⁽¹⁹⁾

Os minerais da dentina são mais solúveis que os do esmalte, no entanto, o processo de desmineralização tende a ser mais rápido no esmalte em pH abaixo de 3, devido a uma elevada concentração de íons H^+ , íons estes que provocam a dissolução do esmalte enquanto que as fibras de colagénio impedem a progressão da perda mineral.⁽¹⁹⁾

Os fatores mais importantes para a prevenção e reparação do dente desmineralizado são a saliva, as terapias com flúor, o controlo da dieta, as instruções de higiene oral e também a utilização de bactérias probióticas.

A saliva é relatada como sendo um importante fator biológico com capacidade para neutralizar o efeito dos ácidos.⁽²⁰⁾ O cálcio e o fosfato presentes na saliva contribuem para a supersaturação dos minerais presentes no esmalte e na dentina. Estes retardam a desmineralização nos períodos de pH baixo e promovem a remineralização quando há retorno ao pH neutro, formando-se um complexo do cálcio-fosfato em conjunto com uma glicoproteína, a precipitina salivar, complexo este que será incorporado na placa dentária. Este complexo serve como um “sacrifício de minerais” que se dissolve antes dos minerais do dente, reduzindo assim os efeitos da desmineralização sobre o dente.^(20,22)

O uso de flúor tópico, sob a forma de pasta dentífrica ou de verniz, é um método eficaz na redução da desmineralização e na prevenção de cáries, na desmineralização associada a bactérias cariogénicas. O cálcio na hidroxiapatite é substituído pelo fluoreto, formando FAP (fluorapatita), que apresenta uma solubilidade menor do que a molécula original. Comparativamente à hidroxiapatite, a FAP apresenta vantagens, pois o fluoreto atua como catalisador juntamente com íons fosfato dissolvidos na saliva, ajudando deste modo na remineralização do esmalte, e a substituição do hidróxido por fluoreto remove a suscetibilidade da hidroxiapatite ao ácido, em ambiente oral.⁽²⁰⁾ Outros fatores que podem contribuir para a remineralização são o uso de compósitos restauradores com ação remineralizante, compósitos estes que com adição de ACP Hidroxiapatite, TTCPs ou fosfato mono-, di- ou tricálcico e também a remineralização eletricamente assistida, uma nova tecnologia que tem vindo a ser estudada.⁽²⁰⁾

3. Manifestações orais da bulimia nervosa

Distúrbios alimentares, tais como a bulimia, podem conduzir ao desenvolvimento de várias patologias e lesões ao nível da cavidade oral, afetando tanto os tecidos duros como os tecidos moles.⁽¹⁵⁾

A ocorrência e a severidade destas manifestações dependem do tempo de duração e do tipo de transtorno apresentado pelo paciente, da frequência da autoindução do vômito, da deficiente ou excessiva higiene oral, da falta de vitaminas ou carência nutricional, da compulsão alimentar, da excessiva ingestão de hidratos de carbono, da redução do fluxo salivar, ou da acidificação da saliva, entre outros.⁽⁹⁾

Os principais sinais clínicos decorrentes da indução de vômito são o desgaste dentário, lesões de cárie, hipersensibilidade dentinária, hipossalivação, queilose/queilite angular (afeção dos lábios e ângulos da boca), ou a disgeusia/ageusia (distorção ou diminuição do paladar), decorrente da deficiência de vitaminas, e a hipertrofia das glândulas salivares.^(9,15)

Outras manifestações são o trauma da mucosa, particularmente da faringe e do palato, como consequência da inserção de objetos estranhos na cavidade oral para a indução do vômito, mas também a glossite, a ulceração oral ou as alterações periodontais,⁽⁶⁾ e algumas das funções orais (mastigação, deglutição, comunicação) podem ficar comprometidas. Em certos indivíduos portadores de bulimia há ausência ou diminuição do reflexo de vômito, devendo-se isto à dessensibilização da mucosa resultante de vários anos de vômito induzido.

Estes indivíduos apresentam também uma deglutição orofaríngea anormal e conseguem uma maior duração de deglutição em seco.⁽¹⁶⁾

Ocasionalmente, podemos encontrar eritemas, petéquias ou hemorragias submucosas principalmente na úvula ou no palato mole ou duro.⁽¹⁾

3.1. Erosão dentária

A perda da superfície dentária devido a processos químicos sem envolvimento bacteriano, normalmente com a implicação de ácido, denomina-se de erosão dentária.

O hábito de provocar o vômito gera um dos principais efeitos desmineralizantes a nível oral, podendo a erosão dentária também ser denominada por perimólise.^(5,8)

O termo “perimolysis” é usado para descrever a distribuição da erosão nas superfícies dentárias secundárias ao vômito, refluxo e regurgitação.⁽¹⁵⁾

Indivíduos que possuem o hábito de consumir grandes quantidades de refrigerantes ou de bebidas energéticas, de comer muita fruta cítrica, ou que tomam continuamente medicamentos ácidos, tais como vitamina C efervescente, aspirina ou antidepressivos, ou que têm o hábito de chupar doces ácidos ou azedos, ingerem sumo de vinagre ou limão para reduzir o apetite, ou indivíduos que apresentam refluxo gástrico ou vômito frequente apresentam um risco elevado de virem a desenvolver erosão dentária. No caso da bulimia, o contacto frequente do conteúdo gástrico com a cavidade oral faz com que haja uma diminuição acentuada e mantida do ph oral.^(5,8,23)

A erosão dentária pode ser classificada de várias maneiras, sendo a mais frequente a que deriva da sua etiologia, que pode ser extrínseca, intrínseca ou idiopática.

A erosão de origem extrínseca é cada vez mais comum devido ao elevado consumo de produtos industrializados, que contêm substâncias ácidas, como os conservantes, que também contribuem para o desenvolvimento de perimólise. A erosão do tipo intrínseca pode ser causada, por exemplo, por distúrbios alimentares, tais como a bulimia, devido à ação dos ácidos endógenos, como o ácido gástrico, que entram em contacto com os dentes durante o vômito, sendo o responsável pela erosão dos dentes.^(3,24)

O desgaste dos dentes pode ser exacerbado pela mastigação ou por escovação vigorosa em pacientes bulímicos após o ato de regurgitação ou vômito, e estes episódios de vômito induzido são geralmente precedidos pela prática de uma limpeza dentária excessiva, na qual as ações mecânicas da escovação e da abrasividade de alguns dentífricos favorecem ainda mais a perda dos tecidos duros do dente, o que requer uma atenção especial por parte do médico dentista.⁽²⁾

Uma classificação de severidade e localização das lesões decorrentes de erosão ácida encontradas, foi proposta:

- a) Classe I ou superficial: lesões unicamente das superfícies de esmalte;
- b) Classe II ou localizada: lesões envolvendo a dentina em menos de 1/3 da superfície dentária;
- c) Classe III ou generalizada: lesões envolvendo a dentina em mais de 1/3 da superfície dentária;
 - 1) Para superfícies vestibulares;
 - 2) Para superfícies linguais e palatinas;
 - 3) Para superfícies oclusais e incisais;
 - 4) Para superfícies múltiplas envolvidas severamente.

Não existe consenso relativamente à relação entre frequência, duração ou o número total de vômitos induzidos e a prevalência ou não de erosão dentária;⁽¹⁵⁾ a duração de tempo necessário para haver erosão dentária difere muito de estudo para estudo.

Acreditava-se que o vômito provocava erosão apenas nas superfícies oclusais e palatinas, enquanto que os ácidos extrínsecos provocariam a erosão das superfícies vestibulares. Posteriormente, concluiu-se que a ocorrência de vômitos frequentes durante cinco anos ou mais pode afetar também as superfícies vestibulares. Segundo DeBate *et al.*,⁽⁴⁾ a perimólise caracteriza-se pela perda de esmalte formando-se margens arredondadas, que no caso das restaurações em amálgama se tornam proeminentes, as “ilhas de amálgama”, e havendo também perda do contorno em dentes não restaurados.

A erosão dentária pode causar o aumento da sensibilidade ao frio ou ao toque por exposição dos túbulos dentinários, pois o conteúdo do estômago pode ter um pH perto de 1, que ao contactar constantemente com os constituintes do dente tem uma ação desmineralizante.⁽²⁵⁾

A perda de tecido dentário leva, não só a consequências de natureza biológica, como sensibilidade e exposição pulpar, mas também a consequências funcionais, por perda da guia canina ou incisiva, mas também a consequências estéticas.⁽²⁶⁾

Com a progressiva perda de esmalte, ocorre o desgaste consecutivo dos bordos incisais, podendo levar ao gradual desenvolvimento de uma mordida aberta por perda estrutural dos dentes.⁽¹⁸⁾

A erosão dentária provocada por fatores endógenos foi até agora observada em desordens associadas ao vômito crônico e à regurgitação frequente de ácido. Essas desordens são a doença do refluxo gastroesofágico, alcoolismo crônico e bulimia nervosa.⁽²⁷⁾

Na doença do refluxo gastroesofágico há refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, muitas das vezes resultante de um esfíncter esofágico inferior incompetente. A distinção entre o refluxo e o vômito é que o refluxo é uma quantidade relativamente pequena de conteúdo ejetado, devido à falta de contração muscular diafragmática.

O desgaste dentário a nível palatino é característico da doença do refluxo gastroesofágico. No caso de alcoolismo crônico, há uma associação entre a severidade da erosão dentária e a duração do consumo abusivo de álcool. Supõe-se que a regurgitação na cavidade oral do suco gástrico seja uma das causas de erosão dentária nos alcoólicos. Em indivíduos que são alcoólicos há muitos anos pode ocorrer gastrite crônica que causa vômito ou refluxo recorrente.

A habilidade para conseguir através da natureza e da distribuição das lesões prever a causa de erosão dentária é ótimo para determinar qual destes três distúrbios o paciente apresenta.⁽²⁷⁾

O padrão de erosão pode variar em grau e velocidade de progressão, que por sua vez, é contrabalançado por questões como a capacidade tampão da saliva, o pH salivar, a amplitude do fluxo salivar, a composição e grau de calcificação da superfície dentária, bruxismo, o tipo de dieta, o consumo de bebidas ácidas ou a escovação frequente após o vômito.^(8,17)

A perda de brilho do esmalte é o que caracteriza especificamente a lesão por erosão. A superfície encontra-se lisa, em forma de “U” e pode estar também sem

ângulos nítidos e em dentes restaurados as restaurações ficam salientes. Devido à perda constante de substância dentária os bordos incisais tornam-se finos ou fraturados, podendo aparecer diastemas e perda de dimensão vertical devido ao desgaste das superfícies oclusais dos dentes posteriores.^(8,17)

A perda de esmalte faz com que a superfície se torne cada vez mais lisa e atinja a dentina, provocando sensibilidade ao frio, ao calor, ao toque, por variação da pressão osmótica. Os dentes anteriores inferiores são raramente atingidos por serem constantemente banhados por saliva e protegidos pela língua,⁽⁸⁾ e o risco de desenvolvimento de erosão dentária em pacientes que provocam o vômito constantemente é cerca de 18 vezes maior do que em indivíduos que não o fazem.⁽⁹⁾

Clinicamente, e consoante o grau de severidade, as lesões por erosão podem manifestar-se sob a forma de uma superfície lisa, fosca e transparente, presença de depressões e concavidades na superfície, bordo de esmalte intacto na margem gengival, e em casos mais avançados pode haver exposição da dentina e/ou polpa.

A perda tecidual pode ainda ser maximizada devido ao efeito mecânico da escovação, em que o esmalte se encontra desorganizado e pode ser facilmente removido pela abrasão, processo este realizado pelos pacientes para aliviar o sabor e odor desagradável após o vômito.

Indivíduos com este tipo de desordem apresentam muitas vezes comportamentos compulsivos, manifestando-se assim na execução de uma higiene bucal meticulosa, repetitiva e muitas vezes agressiva, resultando deste modo num severo desgaste dentário⁽⁹⁾.

As áreas que foram erodidas são também propensas à formação de cáries, pois as bactérias podem facilmente colonizar as áreas desmineralizadas e penetrar no interior da dentina.⁽²⁰⁾ Existem fatores fisiológicos que podem modificar o processo erosivo, aumentando ou diminuindo a erosão dentária. Estes são a saliva, a composição e estrutura do dente, a oclusão, a anatomia dos tecidos moles relacionados com os dentes e os movimentos realizados tais como o ato de deglutir.⁽²²⁾

A água, o carbonato e o fosfato do esmalte são os estimuladores da difusão do ácido dentro do substrato dentário. Deste modo estas substâncias ácidas levam à perda de tecido dentário.⁽²⁸⁾

Num estudo realizado em pacientes bulímicos sobre os seus hábitos de higiene oral, de uma amostra de 292 pessoas, apenas 201 permaneceram até ao final do estudo, e tinham uma idade média de 27,4 anos, pode-se concluir que 32,5% dos participantes escovavam os dentes imediatamente após a indução do vómito, 92,4% apresentavam alguma manifestação oral, apenas 29,2% falavam sobre a sua doença/ distúrbio alimentar com o dentista, 69,1% apresentavam sensibilidade dentária ou gengivite, as lesões de esmalte estavam presentes em cerca de 63,8%, em 46,7% havia perda da estrutura dentária ou alteração da cor de esmalte, a dor dentária estava presente em 42,9% dos participantes, 39,1% dos pacientes possuíam recessões gengivais, cerca de 37,1% sofriam de cárie dentária, 32,9% queixavam-se de boca seca, havia lesões de tecidos moles em cerca de 18,1% dos pacientes, e que 84% dos pacientes reportaram ter encontrado na Internet uma das melhores fontes de ajuda relativamente aos cuidados na saúde oral enquanto portadores de bulimia.⁽¹⁰⁾

3.2 Xerostomia e Sialodenite

As capacidades salivares de lubrificação e neutralização dos ácidos intraorais sobretudo após a indução do vómito são bastantes importantes, pois ocorre um grande aumento do fluxo salivar devido à conexão entre o centro medular que controla o vómito e o núcleo salivar.

Verificou-se num estudo realizado a um grupo de bulímicos que a concentração de bicarbonato reduziu e a viscosidade de saliva aumentou. As mudanças na secreção salivar podem ser secundárias a mudanças estruturais na glândula, tais como o aumento da glândula parótida, mas também à desidratação por perdas líquidas frequentes,^(9,16) podendo esse aumento dever-se à tentativa de maior produção de fluído salivar para neutralizar o ácido presente na cavidade oral.⁽³⁾

Uma desordem não-inflamatória incomum, caracterizada pelo inchaço das glândulas salivares, principalmente as glândulas parótida (sialodenois), é descrita em cerca de 50% dos pacientes portadores de bulimia, e pode ocorrer uni ou bilateralmente.⁽¹⁸⁾

Como resultado de episódios de vômito repetido há debilitação das funções metabólicas e secretórias das glândulas devido a alteração que ocorre na inervação dos nervos periféricos e que leva ao aumento dos ácinos das glândulas.^(15,18) As glândulas afetadas apresentam-se suaves à palpação e raramente dolorosas. Histologicamente revelam ausência de inflamação, aumento do tamanho dos ácinos e aumento dos grânulos secretórios.⁽¹⁶⁾

Nos pacientes com baixo fluxo salivar, as secreções ácidas permanecem maioritariamente no dorso da língua, uma das razões pelas quais as faces palatinas dos dentes anteriores são as mais afetadas.⁽³⁾

A xerostomia, que se caracteriza pela sensação de boca seca, é um efeito comum dos pacientes bulímicos devido ao uso excessivo de diuréticos e laxantes, mas também ser causada pelo consumo de antidepressivos ou de ansiolíticos, pela desnutrição e desidratação, pela ansiedade, ou pela presença, em alguns casos, de anemia ou até por desordens hormonais.⁽¹⁶⁾

A diminuição do fluxo salivar está associado ao aumento de cáries, à suscetibilidade a outras infecções orais e a alterações do paladar. Pode também causar halitose, dificuldades de deglutição e fonação, além de ressecamento da mucosa bucal, diminuição das propriedades de autolimpeza, capacidade tampão ou mesmo do pH salivar.⁽⁸⁾

Quanto à composição salivar foi comprovado que há um aumento significativo dos níveis de amilase.⁽¹⁶⁾

A manutenção do pH neutro em conjunto com o número de íons de cálcio, de fosfato, bicarbonato e ureia, são um dos fatores mais importantes que contribuem para a capacidade tampão da saliva, e controlo da solubilidade da hidroxiapatite do esmalte e das propriedades protetoras contra a erosão. A redução destes componentes minerais da saliva parotídea leva à diminuição destas propriedades.⁽²⁹⁾

3.3. Cárie

Nas desordens alimentares, neste caso a bulimia, a prevalência das cáries é assunto controverso e revela o seu carácter multifatorial.⁽⁴⁾

De acordo com Freydrych *et al.* (2005),⁽¹⁶⁾ não houve qualquer diferença no nível de *S. mutans* ou de *lactobacillus* entre pacientes com bulimia e pacientes são, mas noutros estudos verificou-se que a frequência de cárie é superior em pacientes com bulimia.⁽¹⁶⁾

Aceita-se que a incidência de cárie seja variável de indivíduo para indivíduo, e que existem inúmeros fatores que influenciam o processo cariogénico, tais como a higiene oral do indivíduo, a cariogenicidade da dieta adotada (geralmente alimentos ricos em hidratos de carbono), a desnutrição, a exposição a fluoretos, a predisposição genética e o consumo de certos medicamentos que influenciam o fluxo salivar (principalmente os antidepressivos que são os mais comuns no tratamento psiquiátrico destes pacientes e também os supressores de apetite). Tanto a quantidade salivar como a composição da saliva influenciam a suscetibilidade à cárie.^(8,16)

Em pacientes com lesões de cárie ativa há uma maior rapidez de evolução de novas lesões,⁽²⁵⁾ e estes indivíduos possuem uma maior tendência para cáries cervicais e também cáries que atingem a dentina deixam grande parte do esmalte afetado.⁽⁴⁾

3.4 Alterações a nível dos tecidos moles

As manifestações a nível dos tecidos moles podem ocorrer muito antes da perda de esmalte, perda essa que pode tornar-se evidente passados alguns anos.

O uso continuado de objetos para induzir o vómito tais como o pente, a escova de dentes, e mais frequentemente, os próprios dedos, leva ao aparecimento de lesões no palato, e à irritação dos tecidos, em especial do tecido orofaríngeo, devido à força e/ou acidez do vómito.^(1,30)

As papilas interdentárias encontram-se hipertrofiadas devido à agressão ácida do vômito, abrasão e recessão gengival (por escovação rigorosa) e gengivite.⁽⁸⁾

De acordo com Freydrych *et al.* (2005), os pacientes bulímicos não possuem maior prevalência de doença periodontal, mas possuem, no entanto, maior prevalência de gengivite.

Outra das manifestações que podem ocorrer na mucosa oral é a queilite angular, que se caracteriza como sendo uma infecção crônica causada pelo fungo *Candida albicans*, e que pode estar presente, quer em infecções superficiais por fungos do epitélio oral, quer em lesões onde os microrganismos se infiltram nas camadas profundas do epitélio. Todas as formas de candidíase oral podem estar associadas a deficiências nutricionais que, por vezes estão presentes em indivíduos bulímicos.⁽¹⁶⁾

O ácido do estômago irrita facilmente a mucosa oral o que provoca frequentemente o aumento das papilas linguais, formação de úlceras, gengivite, mucosite, sialometaplasia necrosante e eritema do palato, associada a presença de descamação, vermelhidão, sulcos, atrofia e palidez da mucosa labial de pacientes bulímicos com tendência para uma queilite descamativa crônica.⁽¹⁷⁾

O aumento da glândula parótida (sialodenoze parotídea), como referido anteriormente, é também um achado frequente, com edema submaxilar e acompanhado de xerostomia, podendo ser perturbador emocionalmente para os indivíduos portadores de bulimia.⁽¹⁷⁾

O periodonto pode encontrar-se aumentado devido à constante irritação com o ácido do vômito.⁽³⁾ No entanto, existe uma controvérsia relativamente à prevalência de doença periodontal em pacientes bulímicos, uma vez que o pico de incidência deste distúrbio alimentar é na adolescência e em jovens adultos, enquanto que a doença periodontal ocorre maioritariamente em fases da vida mais tardias.⁽⁴⁾

4. Tratamento

O momento ideal para a intervenção restauradora dos dentes que foram alvo de erosão ácida é algo controverso.⁽³⁾

Quanto ao tratamento ideal há a indecisão entre a execução de uma reabilitação adesiva ou de um tratamento convencional com coroas totais na maioria dos dentes, sendo um tratamento teoricamente mais duradouro, mas mais agressivo. A restauração direta em resina composta,⁽³¹⁾ dos dentes posteriores e a restauração adesiva indireta dos dentes anteriores é um dos procedimentos mais efetivo, económico e rápido para reabilitar pacientes afetados pela erosão devido ao vómito.⁽²⁾

O melhor tratamento seria o que causasse menos danos aos tecidos dentários, no entanto, não se consegue prever se o paciente irá ou não ter alguma recaída após o tratamento dentário.⁽⁵⁾

Qualquer paciente que receba uma reabilitação dentária completa numa idade muito jovem irá precisar de vários retratamentos ao longo do tempo, e sabendo-se que sempre que se substitui uma restauração ocorre ainda mais perda da estrutura dentária, e que uma restauração direta em compósito pode ser substituída por uma incrustação, depois por uma coroa, até à perda da vitalidade do dente e posterior substituição deste por um implante, advoga-se uma atitude terapêutica o mais conservadora possível em cada etapa. Também devido a isto tende-se a adiar os tratamentos até uma idade mais avançada, mas o não tratar os dentes erodidos pode acarretar consequências mais graves.⁽³²⁾

Segundo as normas da reabilitação oral, os dentes que se encontram estruturalmente comprometidos devem ser reabilitados completamente com coroa, o que pode implicar uma remoção significativa da coroa clínica do dente, para além da que já teria sido destruída pela erosão.

Sendo assim foi proposto um tratamento minimamente invasivo para os dentes anteriores que consiste na reconstrução das lesões por palatino com restaurações compostas e restauração das faces vestibulares com facetas cerâmicas, preservando assim ao máximo a estrutura dentária restante.⁽³³⁾

De acordo com várias evidências científicas, a restauração de lesões cervicais não cariosas com cimento de ionómero de vidro foi bem sucedida, pois este é termicamente compatível com a estrutura dentária, tem baixa contração de polimerização, e consegue unir-se à dentina sem remover a lama dentinária, conseguindo manter a adesão por longos períodos de tempo.⁽³⁴⁾

No entanto, como as restaurações em resina composta não são solúveis aos ácidos, são preferíveis ao ionómero de vidro, o qual não deve ser usado enquanto a indução do vômito continua presente.⁽³⁾

Quando os dentes se encontram severamente erodidos, ocorre por norma a perda da dimensão vertical de oclusão. Removendo-se a causa da erosão a dimensão vertical poderá ser restabelecida através do uso de placas de acrílico ou de coroas provisórias, e de seguida, com os tratamentos restauradores diretos e indiretos.⁽³⁵⁾ Muitos autores defendem que preferem esperar que o paciente recupere da bulimia e só depois começar o tratamento dentário.⁽³²⁾

A decisão de restaurar ou não os dentes vai depender das necessidades do paciente, da severidade do desgaste dentário e do potencial para a progressão da erosão.⁽³⁶⁾ Há quem defenda que este tratamento só deverá ser realizado quando as lesões comprometem a função, estética e conforto do paciente,⁽³⁵⁾ mas outros defendem que o tratamento restaurador é como um auxiliar no tratamento psicológico da bulimia, aumentando a auto-estima do paciente.⁽³⁷⁾

Para além dos tratamentos restauradores temos também métodos preventivos e remineralizadores. Se for detetado precocemente o desgaste dentário, podem realizar-se medidas preventivas sem ser necessário intervir restauradoramente.⁽³⁸⁾

Em lesões iniciais de erosão podemos usar agentes anti-hiperestésicos como o oxalato de potássio, aplicações tópicas de flúor semanais ou vernizes fluoretados⁽³⁹⁾.

Segundo um estudo, a presença de flúor nos sistemas adesivos pode, em estágios iniciais de lesões erosivas ter efeitos positivos⁽¹⁴⁾.

Um dos métodos de dessensibilização mais usado é a aplicação pelo médico dentista de verniz de flúor, bloqueando os túbulos dentinários. O flúor ao ser aplicado nos dentes cria uma barreira na superfície dentária formada pela precipitação de Ca_2F_2

(fluoreto de cálcio). O uso de adesivo é também uma opção para minimizar a erosão, mas a sua eficácia é ainda discutida.⁽¹³⁾

Foram então desenvolvidas novas tecnologias como os lasers. O laser de baixa potência é apropriado para minimizar os processos inflamatórios, enquanto que o laser de alta potência pode criar uma camada resistente ao ácido, ao produzir uma camada que cobre os túbulos dentinários.⁽¹³⁾

Num dos estudos, com a aplicação de APF (acidulated phosphate fluoridogel) em conjunto com irradiação de laser CO₂, há diminuição da perda de esmalte.⁽¹²⁾

O uso de verniz de flúor com laser Er:AG diminui a permeabilidade ao ácido e também a profundidade da absorção de flúor na dentina é maior depois da irradiação com laser, prevenindo assim a posterior desmineralização desta.⁽¹³⁾

Independentemente da irradiação laser, os géis contendo AmF (Fluoreto de Amina) e NaF (Fluoreto de Sódio) revelaram-se os mais eficazes. Os efeitos anti-erosivos destes géis devem-se à formação de uma camada de CaF precipitado na superfície de esmalte após a aplicação tópica destes, atuando como um reservatório de iões de fluoreto e como uma barreira física contra novos ataques ácidos.

Embora se espere-se que a irradiação com laser CO₂ aumentasse a eficácia do fluoreto, a irradiação em conjunto com os géis AmF e NaF não aumentou a ação destes contra a erosão, no entanto, o uso apenas de irradiação com laser CO₂ pode diminuir a perda mineral mas em níveis mais baixos do que aqueles dos géis à base de Flúor.⁽⁴⁰⁾

Outros agentes como o complexo CCP-ACP foram investigados ultimamente para inibir o processo erosivo. Este complexo aumenta o nível de iões de fosfato de cálcio na superfície do dente, levando assim à remineralização do esmalte.^{41,42)}

Num estudo mais recente demonstrou-se que o chá verde possui propriedades capazes de reduzir a erosão dos dentes. O chá verde é rico em polifenóis que foram relatados como sendo inibidores da atividade de diferentes metaloproteínas. Sendo assim este chá pode ser usado como uma medida protetora contra o desgaste erosivo, mas só em exposições a curto prazo.⁽⁴³⁾

Apesar de já se terem desenvolvido várias terapias para a erosão dentária, não há nenhuma com capacidade para inibir completamente a perda de minerais aquando do processo erosivo.⁽⁴⁰⁾

5. Recomendações para minimizar os danos

A promoção de formas de ajudar os pacientes com distúrbios alimentares, e evitar mais danos dentários, é importante.⁽³⁰⁾

O médico dentista deve fornecer informações sobre a forma mais adequada de higienização oral, através do ensino de técnicas de escovação, uso de fio dentário, prescrição de bochechos com água e bicarbonato neutralizadores da acidez decorrente do vómito, por exemplo.⁽⁸⁾

A escovação dos dentes após o vómito é desaconselhável porque a superfície dos dentes encontra-se amolecida e mais suscetível à desmineralização, sendo mais propícia à abrasão pela escovação. Só se poderá escovar os dentes 1h após o vómito, e deve usar-se uma escova manual de cerdas macias em conjunto com um escovador de língua.⁽³⁰⁾

Substituição da técnica de escovação horizontal pela vertical, segurando na escova “tipo caneta” ou cortar o seu cabo para reduzir a força aplicada sobre as superfícies dentárias, diminuindo a abrasividade da escovação após o vómito, é também uma possibilidade⁽⁴⁴⁾.

É recomendado o uso de goteiras com gel a 1.1% de flúor neutro, cerca de 5 minutos por dia.

Quanto à alimentação, incentivar o paciente a usar palhinha quando bebe sumos de frutos ácidos ou refrigerantes para diminuir a área de contacto com os dentes.⁽³⁰⁾ Limitação do consumo de bebidas e comidas com elevada acidez. Acabar as refeições com algo alcalino, como queijo ou leite⁽³⁰⁾.

Mascar pastilhas elásticas sem açúcar para promover a salivação, com aumento da capacidade tampão e auxiliar na remoção de partículas que ficaram entre os dentes.

Enxaguamento adicional com flúor a 0,05%, também ajuda a reforçar o esmalte, e o uso de pastas dentífricas com elevado nível de flúor e pouco abrasivas, com dessensibilizante ou bicarbonato, pode ser aconselhado.^(30,45)

Outros métodos para prevenir eventuais consequências, e como não incentivo à continuação do ato de vômito, são o uso de goteiras de proteção pode prevenir a erosão pelo vômito ácido, e a sugestão para ingerir água antes de provocar vômito, pois isto ajuda a diluir o conteúdo gástrico, neutraliza a acidez do vômito, e como este se encontra mais fluído, diminui também a quantidade de vômito residual que se aloja na cavidade oral, nomeadamente nos dentes, reduzindo assim a erosão dentária.⁽⁴⁶⁾

Para além destas medidas, o médico dentista deve aplicar gel de flúor altamente concentrado e monitorizar a progressão das lesões de 4 em 4 meses.⁽³⁵⁾

6. Protocolo de atuação do médico dentista na consulta

Os cuidados exigidos ao indivíduo com bulimia podem ser mais específicos que aqueles exigidos aos pacientes são. Deve-se abordar estes pacientes de forma simpática e sem qualquer tipo de julgamento, pois estes pacientes dificilmente admitirão o seu distúrbio alimentar se acharem que estão a ser julgados.

Ao executarem-se alguns tratamentos iniciais, ao registar a evolução através de fotografias, ao aliviar a dor e a sensibilidade e melhorando a estética, o paciente tornar-se-á mais motivado e confiante no médico dentista.⁽³⁹⁾

Devido à complexidade deste distúrbio, o reconhecimento e compreensão das manifestações orais e físicas é benéfico para a prevenção secundária.⁽⁴⁾

A prevenção secundária é constituída por ações que permitem a deteção precoce da bulimia, inclui também o tratamento a realizar ao paciente e reencaminhamento deste para outras especialidades de saúde.⁽⁴⁷⁾

O médico dentista, como é muitas vezes o primeiro profissional a detetar a doença, está eticamente obrigado a ter conhecimento deste distúrbio alimentar.⁽⁶⁾

Deve também investigar o assunto cuidadosamente e obter informações a respeito do paciente como problemas gastrointestinais e hábitos alimentares.⁽³⁾

Procurar o consentimento do paciente para a divulgação do distúrbio a outro médico especialista, faz parte da boa comunicação entre o dentista e o paciente, respeitando assim a privacidade e a vontade do paciente.⁽⁶⁾

Discussão

A principal dificuldade encontrada deveu-se ao fato dos estudos serem realizados em pacientes com distúrbios alimentares, não havendo diferenciação entre anorexia e bulimia.

Segundo Frydrych *et al.*, não se encontrou relação entre a presença de erosão dentária e a frequência de vômito, a duração da doença, ou a higiene oral,^(8,16) nem tão pouco com a quantidade de saliva.⁽³⁾ No entanto, de acordo com Parra *et al.*, estes são os fatores que estão associados com a ocorrência e a severidade da erosão dentária.⁽¹⁾

Verificou-se também que o risco de erosão dentária quadruplica quando ocorre regurgitação semanal e é até oito vezes maior em pacientes com vômito crônico,⁽³⁾ comprovando a implicância dos fatores frequência e duração na erosão.

Na maioria dos estudos, a erosão dentária demora cerca de dois anos para se manifestar clinicamente, enquanto que outros estudos referem ser possível detetar erosão ácida após seis meses de vômito induzido continuado.⁽¹⁶⁾

Outro problema encontrado, foi o fato de em alguns artigos só ser estudado o tratamento da erosão dentária a nível dentário anterior,⁽³³⁾ sendo que os quadrantes posteriores também devem ser restaurados direta ou indiretamente como parte integral de uma efetiva reabilitação oral.

Quanto à prevalência de cárie dentária em pacientes bulímicos existe alguma controvérsia entre autores. Segundo alguns autores, as cáries são frequentes em indivíduos que apresentam distúrbios salivares, uma dieta rica em alimentos cariogênicos e uma pobre higiene oral (que não é característica de pacientes bulímicos mas sim de pacientes com anorexia).⁽¹⁶⁾ Outros referem que a diferente suscetibilidade à cárie se deve à capacidade tampão da saliva, ou melhor à falta dela, ao seu fluxo e ao pH salivar.⁽¹⁷⁾ Mas a associação da frequência de vômitos com a incidência de cárie é referida como ainda incerta.^(7,48)

Num dos estudos realizados não houve diferença na prevalência de cárie entre os indivíduos sãos e os portadores de bulimia, mas talvez tenha acontecido porque o estudo foi realizado numa amostra muito pequena.⁽¹⁶⁾

Outros defendem que o risco á cárie é variável de indivíduo para indivíduo.⁽⁸⁾

Um dos fatores que se deve ter atenção nos estudos, é a toma ou não de medicação pelos pacientes, pois alguns medicamentos tais como os antidepressivos, influenciam o fluxo salivar, influenciando o aumento de risco de cárie, critério esse que foi muito pouco referenciado.

Num dos estudos realizados, não houve diferença entre a prevalência de periodontite entre bulímicos e casos controlo, o que não é de admirar visto a doença periodontal não ser frequente em indivíduos jovens.⁽¹⁶⁾

Com base em grandes evidências científicas, a restauração de lesões cervicais não cariosas com cimento de ionómero de vidro provou-se como sendo bem sucedido, pois este material tem uma contração de polimerização muito baixa, é termicamente compatível com a estrutura dentária, para além de libertar flúor.⁽³⁴⁾ No entanto, outros autores referem que as restaurações a compósito são preferíveis às restaurações com cimento ionómero de vidro, visto o compósito não ser solúvel em ácido. Como o paciente pode continuar com o hábito de vomitar ou ter recaídas, as restaurações ficam sujeitas a ataque ácido, sendo que as restaurações provisórias tendem a sofrer facilmente erosão.⁽³⁷⁾

Não se conseguiu comprovar a eficácia do uso de laser em conjunto com aplicações de flúor contra a desmineralização. Sugere-se então a realização de estudos posteriores, tendo atenção aos parâmetros do laser utilizado, tais como a duração da pulsação, a densidade energética e o número de pulsos sobrepostos que poderão influenciar nos resultados.⁽⁴⁰⁾

Em quase todos os artigos consultados foi discutida a importância da participação do médico dentista na abordagem transdisciplinar de pacientes com transtornos alimentares.

Foram encontrados poucos ensaios clínicos recentes, evidenciando-se a necessidade de realizar novos estudos clínicos com metodologia padronizada.

Conclusões

1 - A detecção precoce dos sinais e sintomas desta desordem alimentar e a intervenção dos médicos dentistas, são fundamentais para a recuperação.

2 - O tipo de erosão deve ser diferenciado dos outros tipos de erosão para evitar erros na detecção.

3 - Diferentes terapias têm sido reportadas para a erosão dentária, mas nenhuma delas foi hábil o suficiente para inibir completamente a perda mineral causada pelo processo erosivo.

4 - O tratamento que se mostrou mais eficaz, tanto a nível económico com em questões de tempo, para a resolução dos problemas de erosão dentária foi através de restauração composta direta nos dentes posteriores e restauração adesiva indireta a nível anterior.

5 - O tratamento da bulimia nervosa deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar envolvendo médicos, dentistas, psicólogos e nutricionistas.

6 - O correto diagnóstico é necessário para se poder estabelecer um plano de tratamento mais adequado.

7 - É essencial reconhecer as necessidades individuais e motivar o autocuidado com objetivo de manter a saúde oral.

8 - Os fatores fundamentais para promover a saúde oral são a relação entre o paciente e dentista, a educação, a confiança e o respeito.

9 - O médico dentista deve reconhecer que estes pacientes podem sofrer recaídas e, por isso, devem ser realizadas consultas regulares para intercetar qualquer uma das manifestações orais deste distúrbio.

Bibliografia

1. Parra G. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. *Rev Vernez*. 2014;3(1):75–90.
2. Derchi G, Vano M, Peñarrocha D, Barone A, Covani U. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion. *J Clin Exp Dent*. 2015;7(1):e170–4.
3. Antunes TK, Fontoura C, Agostini E. Nervous Anorexia and Nervous Bulimia: Mouth Complications and the Role of the Dentist Regarding Eating Disorders. *Disc Sci*. 2007;8(1):159–67.
4. 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* [Internet]. 2005;69(3):346–54. Available from: <http://shibboleth.ovid.com/secure/?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=15749945%5Cnhttp://sfx.kcl.ac.uk/kings?sid=OVID:medline&id=pmid:&id=doi:&genre=article&atitle=Knowledge+of+oral+and+physical+manifestations+of+anorexia+and+bulimia+nervosa+among+>
5. Competition L, Affects D, In I. NIH Public Access. 2008;86(12):3279–88.
6. Howe E. Ethical considerations when treating patients with schizophrenia. *Psychiatry* [Internet]. 2008;5(4):59–64. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-05167-006&lang=ja&site=ehost-live%5Cnhttp://ehowe@usuhs.mil>
7. De R. Risk behaviors related to eating disorders in adolescents and its association with dental erosion. 2016;1–6.
8. Guimarães dos Santos FD, Guimarães Cardoso IC, Barbosa Alves DC, Souza de Mendonça SM. Nervous Anorexia and Nervous Bulimia: Oral Alterations and Dentist's Role on the multidisciplinary approach. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2015;27(1):33–42.
9. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev odontol UNESP Online* [Internet]. 2010;39(4):241–5. Available from: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v39n4a09.pdf>
10. Conviser JH, Fisher SD, Mitchell KB. Oral care behavior after purging in a sample of women with bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(4):352–4.
11. Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM, Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(1):96–103.
12. Jordao MC, Forti GM, Navarro RS, Freitas PM, Honorio HM, Rios D. CO₂ laser and/or fluoride enamel treatment against in situ/ex vivo erosive challenge. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2016;24(3):223–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27383703>
13. Souza-Gabriel AE, Turssi CP, Colucci V, Tenuta LMA, Serra MC, Corona SAM. In situ study of the anticariogenic potential of fluoride varnish combined with CO₂ laser on enamel. *Arch Oral Biol*. 2015;60(6):804–10.
14. Guedes APA, Moda MD, Suzuki TYU, Godas AG de L, Sundfeld RH, Briso ALF, et al. Effect of fluoride-releasing adhesive systems on the mechanical properties of eroded dentin. *Braz Dent J*.

- 2016;27(2):153–9.
15. Ara D, Popoff V, Thyrza T, Santa-rosa A, Freire AC, Biondi F. Bulimia : manifestações bucais e atenção odontológica Bulimia : oral manifestations and dental care. 2010;381–5.
 16. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM, AM F, GR D, BM M. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J* [Internet]. 2005;50(1):6–15; quiz 56. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-15881300>
 17. Medeiros Junior R. Manifestações Oraís e Maxilofaciais Secundárias à Bulimia Nervosa: Uma Revisão Sistemática. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2012;12(2):279–84. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1196/844>
 18. DB C. Patients with eating disorders: challenges for the oral health professional. *Can J Dent Hyg (CAN J DENT HYG)*. 2010;(4):163–70.
 19. Shellis RP, Scaramucci T, Carvalho JC, Hara AT, Zero DT. Dental Erosion and Its Clinical Management. Amaechi BT, editor. 2015.
 20. Neel EAA, Aljabo A, Strange A, Ibrahim S, Coathup M, Young AM, et al. Demineralization–remineralization dynamics in teeth and bone. *Int J Nanomedicine*. 2016;11:4743–63.
 21. Strnad G, Buka I. Effect of Acid Erosion Followed by Remineralization Process on Microhardness of Dental Enamel. *Procedia Technol* [Internet]. 2014;12:308–15. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212017313006762>
 22. Buzalaf M , Hannas R, Kato MT. Saliva and dental erosion. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(5):493–502.
 23. Szupiany T, Polończyk JP, Rutkowski K. Dental needs of psychiatric patient with eating disorders. *Psychiatr Pol*. 2015;49(5):945–54.
 24. Daniel CP, Ricci A, Boeck M, Bevilacqua FM, Cerqueira-leite JBB. Perimolysis: case report. 2015;213–8.
 25. Uhlen M-M, Tveit AB, Refsholt Stenhagen K, Mulic A. Self-induced vomiting and dental erosion – a clinical study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2014;14(1):92. Available from: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-14-92>
 26. Spreafico RC. Composite resin rehabilitation of eroded dentition in a bulimic patient: a case report. *Eur J Esthet Dent* [Internet]. 2010;5(1):28–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20305872>
 27. Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Aust Dent J*. 2002;47(2):106–15.
 28. Derceli JR, Faraoni JJ, Pereira-da-silva MA, Palma-Dibb RG. Analysis of the early stages and evolution of dental enamel erosion. *Braz Dent J*. 2016;27(3):313–7.
 29. Paszynska E, Slopian A, Weglarz M, Linden RW. Parotid salivary parameters in bulimic patients - a controlled clinical trial. *Psychiatr Pol*. 2015;49(4):709–20.
 30. Burkhart NW. Bulimia : Decreasing the damage to enamel. 2011;
 31. Cruz JB, Bonini G, Lenzi TL, Imperato JCP, Raggio DP. Bonding stability of adhesive systems to eroded dentin. *Braz Oral Res* [Internet]. 2015;29(1):1–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242015000100284&lng=en&nrm=iso&tlng=en

32. Vailati F, Vaglio G, Belser UC. Full-mouth minimally invasive adhesive rehabilitation to treat severe dental erosion: a case report. *J Adhes Dent* [Internet]. 2012;14(1):83–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21734973>
33. Classification and Treatment of the Anterior Maxillary Dentition Affected by Dental Erosion : The ACE Classification. 2010;
34. Francisconi LF, Scaffa PMC, de Barros VRDSP, Coutinho M, Francisconi PAS. Glass ionomer cements and their role in the restoration of non-cariou cervical lesions. *J Appl Oral Sci*. 2009;17(5):364–9.
35. Silva WDO. Reabilitação bucal estética em pacientes bulímicos : relato de caso.
36. Bartlett DW. The role of erosion in tooth wear: Aetiology, prevention and management. *Int Dent J*. 2005;55(4 SUPPL. 1):277–84.
37. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras*. 2001;15(4):359–63.
38. Al-Salehi SK. Restorative Management of Intrinsic and Extrinsic Dental Erosion. *J Indian Prosthodont Soc* [Internet]. 2014;14(December):215–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s13191-013-0274-6>
39. Izidio GC, Solis AC de O. Características Clínicas E Manifestações Bucais Dos Transtornos Alimentares. *IV Ciências da Saúde*. 2006;13(24):645–8.
40. Ramos-Oliveira TM, Ramos TM, Esteves-Oliveira M, Apel C, Fischer H, Eduardo P. Potential of CO2 lasers (10.6 microm) associated with fluorides in inhibiting human enamel erosion. *Braz Oral Res* [Internet]. 2014;28(1):1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25337934>
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100266&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
41. Carvalho FG De, Brasil VLM, Silva Filho TJ Da, Carlo HL, Santos RL Dos, Lima BASG De. Protective effect of calcium nanophosphate and CPP-ACP agents on enamel erosion. *Braz Oral Res* [Internet]. 2013;27(6):463–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346043>.
42. Somani R, Jaidka S, Singh DJ, Arora V. Remineralizing potential of various agents on dental erosion. *J Oral Biol Craniofacial Res* [Internet]. 2014;4(2):104–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jobcr.2014.05.001>.
43. DE Moraes MDR, Carneiro JRM, Passos VF, Santiago SL. Effect of green tea as a protective measure against dental erosion in coronary dentine. *Braz Oral Res* [Internet]. 2016;30(1):1–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242016000100213&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
44. Magalhães AC, Wiegand A, Rios D, Honório HM, Buzalaf MAR. Insights into preventive measures for dental erosion. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2009;17(2):75–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
45. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):299–305.

46. Otsu M, Hamura A, Ishikawa Y, Karibe H, Ichijyo T, Yoshinaga Y. Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. *Biopsychosoc Med* [Internet]. 2014;8(1):25. Available from: <http://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1751-0759-8-25>
47. Debate RD, Tedesco LA. Increasing dentists' capacity for secondary prevention of eating disorders: identification of training, network, and professional contingencies. *J Dent Educ*. 2006;70(10):1066–75.
48. El Achkar VNR, Back-Brito GN, Koga-Ito CY. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2012;24(1):51–6.

Capítulo II

1. Relatório dos estágios

1.1. Introdução

O estágio de Medicina Dentária é um período de aprendizagem supervisionada e de aprimoramento dos conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, que prepara os alunos para o exercício da profissão. É constituído por três componentes: Estágio em Clínica Geral Dentária (ESGD), Estágio Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral Comunitária (ESOC).

1.2. Estágio em Clínica Geral Dentária

O estágio em clínica geral dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra num período de 5 horas semanais, às terças-feiras das 19h até 24h, durante o ano letivo, tendo início no dia 13 de Setembro de 2016 e término no dia 13 de Junho de 2017. Foi supervisionado pela Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre João Baptista.

Os atos clínicos efetuados durante este período estão na tabela 2.

Estágio em Clínica Geral Dentária	
Triagem	6
Consultas Simples	4
Destartarizações	9
Exodontias	10
Restaurações	25
Endodontias	12
Outros	3

Tabela 2: Atos clínicos do Estágio em Clínica Geral Dentária

1.3. Estágio Hospitalar

O estágio Hospitalar foi realizado no serviço de Medicina Dentária do Centro Hospitalar de São João - Pólo de Valongo, num período de 3,5h horas semanais, às sextas-feiras das 9h até 12h30, durante o ano letivo, tendo início no dia 16 de Setembro de 2016 e término no dia 9 de Junho de 2017. Foi supervisionado pela Mestre Rita

Cerqueira e pela Mestre Ana Azevedo. Os atos clínicos efetuados durante este período estão na tabela 3.

Estágio hospitalar	
Triagem	5
Consultas Simples	5
Destartarizações	64
Exodontias	87
Restaurações	78
Endodontias	19
Outros	13

Tabela 3: Atos clínicos do Estágio Hospitalar

1.4. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O estágio em Saúde Oral Comunitária foi realizado nas instalações do instituto assim como escolas sediadas no concelho de Valongo e Paredes. Decorreu num período de 3,5 horas semanais, às segundas-feiras das 9h até 12h30, durante o ano letivo, tendo início no dia 12 de Setembro de 2016 e término no dia 12 de Junho de 2017. O estágio foi supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante.

A primeira parte, no IUCS, consistiu na elaboração dos trabalhos para promoção de saúde oral para grávidas, idosos, adolescentes, pacientes com HIV e crianças 0-5 anos, 6-7 anos e 8-9 anos. Foram elaborados inquéritos e panfletos com informação essencial para uma boa saúde oral para as grávidas e idosos. Para os pacientes com HIV realizou-se um cartaz e um panfleto informativo. Para os adolescentes realizou-se uma apresentação em Power-point® e também um panfleto. Para as crianças foram recomendados livros e vídeos infantis educativos relativos à saúde oral, realização de três jogos de tabuleiro, uma ficha de consolidação de conhecimentos e um panfleto sobre como escovar os dentes corretamente.

Na segunda parte do estágio foram realizadas visitas às escolas onde se apresentaram as atividades didáticas planeadas para as crianças na primeira parte do estágio. Para além disso, foram recolhidos dados do índice de CPO. A promoção da saúde oral e o levantamento de dados foram realizados nas escolas EB Barreiro e EB Lordelo nº1.

2. Conclusão

A realização destes estágios, durante o ano letivo, permitiu a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso e obter prática clínica para a vida profissional. Durante os estágios, somos desafiados a lidar com diferentes tipos de pessoas e situações clínicas, possibilitando assim o nosso crescimento pessoal e profissional. Permitiu-nos ainda obter uma melhor idealização das áreas que gostaríamos de aperfeiçoar e exercer futuramente.