



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
MARIANE ANTUNES SOARES

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO
DA BULIMIA**

Tubarão
2018

MARIANE ANTUNES SOARES

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO
DA BULIMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade do
Sul de Santa Catarina como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Rodrigo Anselmo Neves, Esp.

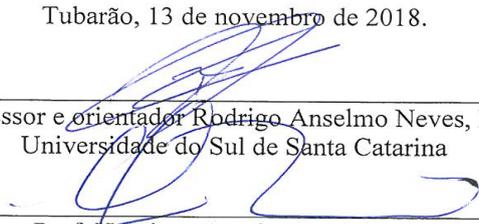
Tubarão
2018

MARIANE ANTUNES SOARES

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO
DA BULIMIA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Odontologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

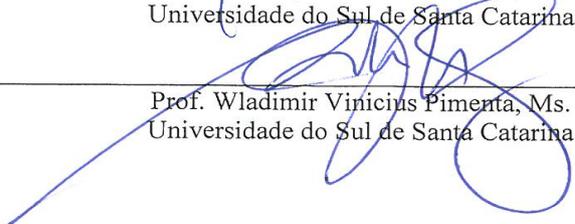
Tubarão, 13 de novembro de 2018.



Professor e orientador Rodrigo Anselmo Neves, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Henrique Damian Rosário, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Wladimir Vinicius Pimenta, Ms.
Universidade do Sul de Santa Catarina



AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me tornar apaixonada pela área da saúde e ter escolhido a odontologia como minha profissão.

A minha família, pois sem eles nada disso seria possível, eles foram fundamentais para a execução do meu trabalho. Sempre me apoiaram e ficaram ao meu lado nas horas que mais precisei.

A todos os professores do curso de Odontologia da UNISUL, pela transmissão de todo o conhecimento possível, agradeço por todas as dicas que engrandecem e por todos os momentos incríveis nesses anos de graduação.

Gratifico-me, em especial, ao meu orientador, Prof. Dr. Rodrigo Anselmo Neves, por tantos ensinamentos, por todo cuidado, por toda dedicação em meu trabalho, por todo o auxílio e por abrir mão de seus compromissos para poder contribuir na construção deste trabalho. Agradeço também por transmitir confiança e por ter confiado em mim desde o início.

Aos professores Wladimir e Henrique, por terem aceitado meu convite para fazer parte da banca examinadora. Sabendo da competência dos dois, deixo aqui registrado que os admiro e sei que somarão muito na qualidade do meu trabalho.

Estendo assim meus agradecimentos aos meus colegas que conheci durante o curso, principalmente ao Bruno, minha dupla durante a faculdade, que apesar de muitas brigas e desentendimentos bobos, sempre esteve ao meu lado nos melhores e piores momentos tendo muita paciência comigo. Também esteve ao meu lado escutando minhas reclamações, meus nervosismos e, principalmente, ajudando-me em uma parte deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradeço também a minha grande amiga Amanda, por me aturar com minhas crises de ansiedade, ouvir-me muitas vezes para apresentar este trabalho, por me deixar mais calma e transmitir-me muita confiança. Amiga fundamental em minha vida, obrigada.

RESUMO

A busca pelo corpo perfeito, imposto pela sociedade moderna, tem sido uma das principais causas do aumento do número de casos da bulimia nervosa. Os transtornos alimentares são acompanhados de várias alterações sistêmicas, principalmente ao comprometimento do estado nutricional, acarretando mudanças severas que, se não erradicadas precocemente, podem se tornar irreparáveis. Dentre esses danos, destacam-se àqueles relacionados à saúde bucal, caracterizados pela perimólise, aumento nos índices de lesões cáries, apatia, fraqueza, palpitações, dificuldade de concentração, refluxo, dores abdominais, hematêmese, vômitos involuntários, alterações de motilidade intestinal, obstipação, ruptura esofágica, alterações cutâneas, flutuação de peso, câibras, bruxismo, traumatismo oral, inflamação esofágica, aumento das glândulas salivares, aumento das papilas linguais e entre outras. As manifestações bucais são causadas por higiene bucal insatisfatória, deficiências de vitaminas, pela ingestão crônica de carboidratos, pela compulsão alimentar, xerostomia (pouca salivagem), queilite angular, candidoses, herpes, ansiedade e, também, pela acidificação da saliva causada pelos vômitos. O cirurgião-dentista, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas da bulimia nervosa, é necessariamente um dos primeiros profissionais da área da saúde a identificá-la, podendo oferecer tratamento odontológico adequado e associar a outros profissionais da saúde.

Palavras chave: Bulimia nervosa. Manifestações bucais. Transtornos alimentares.

ABSTRACT

The search for the perfect body, imposed by modern society, has been one of the main causes of the increase in the number of cases of bulimia nervosa. Eating disorders are accompanied by several systemic alterations, mainly to the impairment of nutritional status, leading to severe changes that, if not eradicated early, may become irreparable. Among these damages, we highlight those related to oral health, characterized by perimolysis, increased rates of carious lesions, apathy, weakness, palpitations, difficulty concentrating, reflux, abdominal pain, hematemesis, involuntary vomiting, intestinal motility changes, constipation, esophageal rupture, skin changes, weight fluctuation, cramp, bruxism, oral trauma, esophageal inflammation, enlargement of the salivary glands, increase of the lingual papillae and others. Oral manifestations are caused by unsatisfactory oral hygiene, vitamin deficiencies, chronic ingestion of carbohydrates, binge eating, xerostomia (low salivation), angular cheilitis, candidoses, herpes, anxiety, and also by the acidification of saliva caused by vomiting. The dentist, from the knowledge of signs and symptoms of bulimia nervosa, is necessarily one of the first professionals in the health area to identify it, and can offer appropriate dental treatment and associate with other health professionals.

Keywords: Nervous bulimia. Oral manifestations. Eating disorders.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 OBJETIVOS	6
1.1.1 Objetivo geral.....	6
1.1.2 Objetivos específicos.....	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 SINAIS E SINTOMAS	9
2.2 MANIFESTAÇÕES BUCAIS	10
2.3 HABILIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA NA BULIMIA	15
2.4 CONDUTA CLÍNICA	16
3 METODOLOGIA.....	8
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem sido cada vez maior a busca pelo corpo perfeito entre os adolescentes e adultos, isso tudo porque vive-se em uma sociedade moderna que elege a magreza como um símbolo de sucesso e beleza. Com o objetivo de alcançar o corpo idealizado pela sociedade, muitas pessoas, principalmente mulheres, têm cometido sérios sacrifícios podendo comprometer a saúde como, por exemplo, os exercícios físicos em excessos e dietas muito restritas. (SEGAL et al., 1995).

Devido a idealização pelo corpo perfeito o número de pessoas com transtornos alimentares tem aumentado, implicando na saúde e no crescimento das mesmas. O consumo excessivo de alimentos é caracterizado por distúrbios alimentares, que são seguidas de variadas complicações clínicas relacionadas ao comportamento nutricional e as práticas inadequadas para a compensação do ganho de peso, como, um dos principais atos, a indução do vômito, também conhecida como bulimia nervosa. (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Os estudos sobre anorexia nervosa no Brasil são escassos, sobretudo com um enfoque populacional. As prevalências de comportamentos alimentares anormais que sinalizam risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa oscilam entre 4,9% a 25%, variando conforme grupo étnico, idade, atividade ocupacional e grau de urbanização dos indivíduos investigados. (DUNKER; PHILIPPI, 2003; FIATES; SALLES, 2001; VILELA et al., 2004).

A bulimia nervosa é conhecida como uma desordem alimentar caracterizada pela compulsão elevada de ingerir alimentos em um curto espaço de tempo, que dura em torno de 2 horas, normalmente bastante calóricos, que logo após ingerir é tomada por um sentimento de arrependimento ou medo de engordar, fazendo com que o indivíduo busque meios de eliminar toda caloria ganhada. Entre os meios mais comuns de eliminar o ganho calórico há o consumo de laxantes e diuréticos, indução do vômito ou a excessiva prática de exercícios físicos. (POPOFF et al., 2010).

Alguns estudos apontam a predisposição familiar como causa da bulimia. Pessoas que possuem mãe e irmã com anorexia nervosa tem 12 vezes mais capacidade de adquirir um quadro de anorexia e quatro mais de desenvolver bulimia do que em famílias que não apresentam história dessas doenças. Em gêmeos, estudos mostram que há maior incidência de transtornos alimentares quando são idênticos. (MOREIRA, 2015).

De acordo com Ceron-Litvoc e Napolitano (2008) e Muñetón (2012) a bulimia é dividida em dois tipos: purgativo e não purgativo. No tipo purgativo o indivíduo faz a indução do vômito ou faz o uso de medicamentos inapropriados como: laxantes, diuréticos ou enemas.

No tipo não purgativo há outros comportamentos inadequados como a prática excessiva de exercícios físicos ou jejuns, porém não se envolve na indução do vômito ou faz uso de medicamentos inapropriados.

As compulsões são associadas a depressão, situações negativas ou estado de stress, também podem ser relacionadas ao sentimento de perda ou rejeição, baixa autoestima, insegurança, restrição alimentar devido a dietas, sentimento relacionados ao peso e a forma do corpo. (DE CONTI; MORENO; CORDAS, 1995).

Devido a etiologia ser multifatorial o transtorno alimentar pode levar ao aparecimento de manifestações bucais como a perimólise, xerostomia/hipossalivação, aumento de glândulas salivares, aumento do índice de cárie, bruxismo e alterações da mucosa bucal como queilite e erosões. Uma das principais causas das manifestações bucais é a acidificação da saliva causada pelo vômito, devido ao pH ácido do suco gástrico dos pacientes que regurgitam. (FRYDRYCH; DAVIES; MCDERMOTT, 2005; DE MOOR, 2004).

A detecção precoce dos transtornos alimentares, em crianças e adolescentes, é essencial. Evidências crescentes indicam que quanto mais precoces as intervenções terapêuticas melhor será o prognóstico em longo prazo. (GRILLO; SILVA, 2018). O pediatra deve, portanto, estar atento para detectar precocemente as primeiras manifestações desses transtornos. (PATTON et al., 1997).

Como o Cirurgião-Dentista pode ser um dos primeiros profissionais da área da saúde a identificar e diagnosticar a bulimia, ele deve estar apto para reconhecer os sinais e sintomas da erosão nos elementos dentais causados por um meio bucal ácido, devido a autoindução do vômito, todavia o mesmo deve estar preparado para um manejo adequado do paciente. (SANTOS et al., 2015).

A importância do Cirurgião-Dentista no diagnóstico da bulimia é identificar os sinais e os sintomas desse transtorno, assim podendo suspeitar da presença da bulimia e encaminhar o paciente para uma avaliação multiprofissional. Como o tratamento e o diagnóstico dessa desordem alimentar necessitam de uma abordagem transdisciplinar, o cirurgião-dentista deve fazer parte da equipe multiprofissional. (ARANHA; EDUARDO; COSTA, 2008).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Apresentar por meio de uma revisão de literatura a importância do Cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia, através dos sinais e sintomas e qual sua conduta frente ao transtorno.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar quais sinais e sintomas clínicos evidenciados no diagnóstico deste transtorno;
- b) Reconhecer as manifestações bucais mais recorrentes no quadro de Bulimia;
- c) Referir a habilidade do Cirurgião-Dentista na abordagem multiprofissional da Bulimia;
- d) Relatar qual a conduta clínica, do Cirurgião-Dentista, frente a um quadro de Bulimia.

2 METODOLOGIA

O projeto de trabalho de conclusão de curso tem como principal objetivo, em uma abordagem qualitativa por meio de uma revisão de literatura, esclarecer o conhecimento do cirurgião-dentista sobre as manifestações bucais, assim como a abordagem utilizada pelo mesmo.

A metodologia utilizada para a realização desta pesquisa foi por meios de artigos científicos pesquisados no período de março de 2018 até junho de 2018, encontrados a partir de pesquisas na literatura e em bases de dados indexados como *scielo*, *bireme* e *medline*, utilizando as palavras chaves: bulimia nervosa, manifestações bucais, transtornos alimentares, na língua inglesa e portuguesa. Os artigos selecionados têm a finalidade de esclarecer dúvidas a respeito das manifestações bucais, habilidade do cirurgião-dentista, condutas clínicas e sinais e sintomas frente a um paciente com bulimia nervosa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SINAIS E SINTOMAS

Muitos bulímicos possuem ansiedade, dependência química e alterações de personalidade. (TEIXEIRA NETO, 2003). Os episódios bulímicos causam sentimento de muita vergonha, tristeza e condenação. Como meio de combater a autocondenação muitos pacientes são dependentes químicos de drogas (antidepressivos, ansiolíticos, álcool) que colaboram para o aumento do processo de erosão dental, xerostomia e aumento de susceptibilidade à cárie. (MAHAN; ESCOTT-STUMP; KRAUSE, 2010).

Além do baixo peso, devido à restrição alimentar, e a aparência pré-puber, a pele apresenta-se com uma coloração amarelada ou pálida, sem brilho e as vezes coberta por uma camada fina de pelos; unhas fracas e cabelos finos, ralos e opacos. (DEBATE; TEDESCO; KERSCHBAUM, 2005, CALDEIRA et al., 2000).

A regurgitação, pelos bulímicos, pode causar o aumento do tamanho das glândulas salivares, com mais recorrência das glândulas parótidas, sendo chamadas de sialoadenose e sialose. (DEBATE; TEDESCO; KERSCHBAUM, 2005).

Com a indução do vômito podem ser observados escoriações dorsais na pele, das mãos, ou calo no dedo que é utilizado para estimular o refluxo na garganta, conhecido como “Sinal de Russel”. (SEGAL et al., 1995, ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios de hiperfagia seguidos de métodos compensatórios inadequados para tentar impedir o ganho de peso, devido a isso, o indivíduo apresenta medo do aumento de peso, reconhece que está fazendo dietas muito rígidas, porém não se sente capaz de controlar seu comportamento alimentar. (CENCI et al., 2009).

Para Hazelton e Faine (1996) as papilas do periodonto e a mucosa bucal podem estar aumentadas devido a irritação realizada pelo vômito ácido. Conforme o medicamento que é utilizado, as papilas e a mucosa bucal podem ser afetadas, como os anticolinérgicos, cujo uso prolongado induz a xerostomia e o aumento da papila.

Os sinais que mais estão presentes em pacientes com bulimia nervosa são: a apatia, fraqueza, palpitações, dificuldade de concentração, refluxo, dores abdominais, hematêmese, vômitos involuntários, alterações de motilidade intestinal, obstipação, ruptura esofagiana, alterações cutâneas, flutuação de peso e câibras. (CERON-LITVOC; NAPOLITANO, 2008). Outras alterações que podem ocorrer devido a toxicidade do vômito são as queilite angular, candidoses e herpes. (MILOSEVIC; SLADE, 1989).

Além de um bom conhecimento para um diagnóstico correto, através dos sinais e sintomas o cirurgião-dentista tem um importante papel a respeito de prevenção e manutenção da saúde bucal desses pacientes. Tendo suspeita da presença de algum transtorno alimentar, o cirurgião-dentista deve interrogar o assunto de uma forma que obtenha confiança do paciente, fazendo perguntas sobre seus hábitos alimentares e a possibilidade de existência de problemas gastrointestinais e instruí-lo sobre a necessidade de avaliação médica. (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Segundo Teixeira (2003), os episódios bulímicos causam um sentimento de tristeza, vergonha e condenação. Muitos indivíduos, na maioria das vezes, isolam-se do meio social, assim podendo desencadear quadros depressivos. Em função dos quadros psiquiátricos, os pacientes com bulimia nervosa obtêm prognóstico pior quando comparados aos pacientes anoréxicos.

3.2 MANIFESTAÇÕES BUCAIS

Para Robb e Smith (1996), o ácido provocado pela regurgitação, na bulimia, causa uma erosão dentária severa localizada nas faces palatinas dos dentes anteriores superiores; uma erosão moderada nas faces vestibulares destes mesmos dentes e as faces linguais dos dentes posteriores e anteriores inferiores não são afetadas. A erosão, nas faces palatinas dos anteriores superiores, são semelhantes nas faces palatinas dos posteriores superiores.

A alta indução de vômito faz com que haja maior chance de aparecimento de esofagites. Dentre outras alterações que podem ocorrer na cavidade bucal observa-se eritema de palato, faringe e gengiva; lesões na língua e erosões de esmalte dentário, tendo uma prevalência maior nos caninos e nos incisivos. Há também um aumento do índice de cárie. Outra alteração, não menos importante, é a hipertrofia das glândulas parótidas e, em casos mais graves, das glândulas submandibulares. (FERREIRA et al., 2010).

Conforme Medeiros Júnior et al. (2012), a hipertrofia da glândula parótida é muito comum em pacientes com bulimia nervosa, porém sua causa ainda é desconhecida. Pressupõem-se que ocorra um estímulo colinérgico da glândula parótida associada a regurgitação. De acordo com Mandel e Kaynar (1992), o aumento da parótida pode ocorrer uni ou bilateralmente, com incidência que varia de 10% a 50% dos pacientes.

Segundo Cardoso (1987), a má nutrição é resultado da desordem alimentar adquirida pelos pacientes bulímicos. Já para Neville et al. (2004) condições como bulimia e desnutrição estão associadas ao aumento das glândulas salivares, mais conhecida por

sialoadenose. Clinicamente, a sialoadenose apresenta-se como uma tumefação de crescimento lento das glândulas parótidas que pode ser dolorosa, ou não, com possibilidade de ocorrer uma diminuição da secreção salivar.

Após o início dos episódios de compulsão alimentar, a partir do segundo ao sexto dia, já pode-se observar/identificar o aumento da glândula parótida nos pacientes com transtornos alimentares. A gravidade do caso está relacionada com a frequência de vômitos. (MANDEL; KAYNAR, 1992). Apesar do aumento de volume da glândula, o ducto parotídeo permanece em estado normal, não havendo nenhuma inflamação e nem obstrução. Não é necessário nenhum tipo de tratamento, apenas orientações para os pacientes a fim de mudar seus hábitos alimentares e suspender os vômitos. (FAINE, 2003).

A queilite angular é uma das manifestações comum em pacientes com transtornos alimentares; a causa está associada a carência nutricional e traumas. É manifestada como inflamação e fissuras nas comissuras labiais. (FRYDRYCH; DAVIES; DERMOTT, 2005).

O consumo de carboidrato e açúcares pelos pacientes com transtornos alimentares nos episódios de compulsão alimentar faz com que haja facilidade no aumento de cárie. (SEABRA et al., 2004, TRAEBERT; MOREIRA, 2001). Portanto, em pacientes bulímicos, há diferença nos índices de cárie devido a higiene bucal, cariogenicidade da dieta e uso de medicamentos que causam xerostomia, sendo que a associação de frequência de vômitos com incidência de cárie ainda não é incerta. (DE MOOR, 2004).

A xerostomia nesses pacientes pode ocorrer devido as práticas purgativas ou pelo uso de medicamentos utilizados no tratamento dos transtornos alimentares. A prática da indução do vômito, uso de diuréticos e laxantes provocam uma diminuição do volume total de fluido, assim reduzindo, também, o fluxo salivar. (DE MOOR, 2004).

A xerostomia/hipossalivação, ou boca seca, é caracterizada pela diminuição da produção de saliva, fazendo com que haja o aumento da predisposição de lesões na cavidade bucal. A hipossalivação pode ocasionar mudança de paladar, halitose, dificuldade de fonação e deglutição, além de ressecamento da mucosa bucal e redução das propriedades de limpeza, capacidade tampão e pH da saliva. (BARBOZA et al., 2011, DE MOOR, 2004).

As causas mais frequentes da xerostomia estão relacionadas a emoções, jejum frequente, doenças autoimunes, uso de medicamentos, síndromes, doenças psiquiátricas, desidratação e obstrução ou infecção das glândulas salivares, que resultam no ressecamento e desidratação da mucosa bucal. (PUPO et al., 2002). Nos pacientes que possuem bulimia nervosa, a xerostomia/hipossalivação pode ser resultado das práticas purgativas, extensos

períodos de jejum e ação anticolinérgica dos variados medicamentos usados no tratamento dessas condições. (BORGES et al., 2006, EL ACHKAR; BACK-BRITO; KOGO-ITO, 2012).

A saliva possui muitas substâncias orgânicas e inorgânicas que ajudam a proteger contra as agressões físicas, químicas e para a manutenção da integridade da mucosa, não apenas da cavidade oral como também do tubo digestivo. (ECKLEEY; COSTA, 2005). Está ainda associada a variadas funções em relação ao processo de digestão como mastigação, paladar, formação do bolo alimentar, digestão enzimática e deglutição; ainda é importante para a conservação da saúde bucal e orofaríngea. Com a redução do fluxo salivar pode-se ter muitas consequências, tendo alterações referentes a saúde bucal, como as cáries, as doenças periodontais, infecções, disfagia e halitose. (CABRERA et al., 2007).

Observa-se que os alimentos mais escolhidos pelos bulímicos são, muitas vezes ricos em carboidratos. Quando associado os alimentos ricos em carboidratos ao quadro de xerostomia, favorece ainda mais a presença de cárie. (POPOFF et al., 2010).

Segundo Barboza et al. (2011), pacientes com bulimia durante a compulsão alimentar deglutem muito rápido os alimentos, o que promove pouca estimulação das glândulas salivares. Para o tratamento do transtorno alimentar são utilizados medicamentos que contribuem para a redução do fluxo salivar, agravando o quadro de xerostomia/hipossalivação. (EL ACHKAR; BACK-BRITO; KOGA-LTO, 2012).

A maioria dos pacientes com transtornos alimentares são jovens, geralmente, a doença periodontal é dificilmente diagnosticada. (DE MOOR, 2004). Porém a gengivite, papilas interdentais hipertrofiadas devido a irritação frequente do vômito ácido e a ressecção gengival e abrasão por escovação podem ser encontradas.

Em pessoas que fazem a prática da indução do vômito e compulsão alimentar é comum ser encontrado trauma em mucosa bucal e da faringe. Esse trauma geralmente é causado tanto pela ingestão rápida de alimentos quanto pela força na regurgitação. Outra estrutura que pode estar afetada é o palato mole, podendo apresentar-se ulcerado devido a objetos utilizados para provocar o vômito como pentes, dedos e escova de dentes. (SEABRA et al., 2004, DE MOOR, 2004).

Conforme Santos et al. (2015), a perimólise é a manifestação bucal mais constante em indivíduos com disfunção alimentar. É caracterizado pela dissolução do esmalte e da dentina, com causa associada aos ácidos, podendo ser de origem extrínseca ou intrínseca, sem ação bacteriana.

As erosões dentais conhecidas como perimólise são causadas pelo contato frequente dos dentes com o ácido advindo de vômitos e regurgitações crônicas, sendo muito comum em

pacientes com anorexia nervosa purgativa e bulimia nervosa. Essas lesões erosivas têm como características clínicas um esmalte dentário com brilho reduzido, cor alterada e aspecto liso. (CAMPOS; LIMA, 2005; RYTOMAA et al. 1998).

Com o decorrer do tempo as coroas dentárias de indivíduos portadores da bulimia ou anorexia podem apresentar bordas incisais finais e/ou fraturadas, podendo haver também diastemas entre os dentes posteriores. (BLAZER; LATZER; NAGLER, 2008). Também pode ocorrer a perda da dimensão vertical e hipersensibilidade dentinária. (ARANHA; EDUARDO; CORDAS, 2008). Devido à perda do esmalte, faz com que a superfície dentária se torne lisa, ficando a dentina exposta, podendo até atingi-la, provocando sensibilidade ao frio e calor. (SEABRA et al, 2004).

O surgimento e gravidade das lesões nos dentes vai depender da duração e dos episódios de vômito, quanto dos hábitos de higiene bucal dos pacientes. (TRAEBERT; MOREIRA, 2001). O que tem favorecido o desgaste dos dentes é a realização da higiene bucal logo após os episódios de vômito, provocando um processo abrasivo em sua superfície. (SEABRA et al, 2004; TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

As regiões dentárias mais afetadas pela perimólise são as faces palatinas dos dentes anteriores superiores e, em casos mais críticos, as superfícies linguais dos dentes posteriores inferiores. Os dentes anteriores inferiores normalmente são pouco acometidos devido serem banhados pela saliva e protegidos pela língua. (GREGORY-HEAD et al., 2000).

Para Wilkins et al. (2004), as manifestações bucais que envolvem o cirurgião-dentista apresentam características próprias, conforme o quadro abaixo, que se diagnosticadas corretamente e a tempo é a melhor maneira de ajudar o paciente com bulimia nervosa.

Quadro 1 - Manifestações bucais associadas à bulimia e suas características

MANIFESTAÇÕES BUCAIS	CARACTERÍSTICAS
Mucosite\queilite	A mucosite caracteriza-se por eritema, especialmente no palato. Já a queilite se apresenta como lábios secos, com fissuras na comissura, provavelmente ocorrendo por deficiências vitamínicas (em especial a vitamina b) e pelo pH ácido do conteúdo gástrico.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS	CARACTERÍSTICAS
Perimólise	Erosão química da superfície dos dentes pelos ácidos advindo do suco gástrico. Depois de vomitar o ácido é retido pelas papilas linguais e proporciona o maior contato com a superfície palatina dos dentes superiores. Com o tempo a erosão se estende para a superfície oclusal e incisal. Os dentes inferiores são protegidos em parte pela língua, lábios e bochechas.
Xerostomia	Secura na boca. É perdido líquido corporal no vômito e pelo uso de diuréticos. É também um efeito colateral de medicações antidepressivas prescritas para certos pacientes com bulimia.
Cáries dentárias	Resultantes das alterações do pH na saliva, da xerostomia e da grande quantidade de alimentos cariogênicos ingeridos durante a regurgitação.
Inflamação esofágica	Ocorre fluxo retrógrado do ácido do estômago, o que resulta numa queimadura química do esôfago.
Bruxismo noturno	O desgaste do dente é relacionado com o estresse e a tensão.
Hipersensibilidade dos dentes	A perda de esmalte e a exposição da dentina resultam em sensibilidade que pode ser especialmente evidente nos dentes superiores anteriores.
Diastemas	Devido ao desgaste nas proximais dos dentes.
Pseudomordida aberta	Desgaste na incisal dos dentes anteriores.
Perda da dimensão vertical nos dentes posteriores	Devido ao desgaste na superfície oclusal.
Perda do brilho normal dos dentes	Ao regurgitar e em seguida realizar a escovação ocorre a desmineralização do esmalte dentário, que deixam os dentes opacos.
Aumento das papilas linguais	O meio bucal torna-se mais ácido com a regurgitação e diminuição do fluxo salivar, atingindo principalmente o dorso da língua.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS	CARACTERÍSTICAS
Traumatismo oral	O palato mole pode ficar traumatizado pelos dedos, hastes, pincéis ou escovas de dente, usadas para induzir o vômito. O mesmo implemento pode injuriar a boca nas comissuras.
Traumatismo Faringiano	É causado por um grande bolo alimentar que é deglutido ou regurgitado.
Bordas incisais finas ou fraturadas	Por conta da erosão que atinge a face palatina.
Intumescimento da glândula parótida	Pode ocorrer por dois ou três dias depois de uma regurgitação. A causa desse inchaço não é conhecida, mas tem sido relacionada com a subnutrição.
Restaurações	As restaurações tanto de resina como de amálgama permanecem intactas e se projetam acima das superfícies dentais, dando as restaurações o aspecto de ilha.

Fonte: Wilkins et al. (2004).

2.3 HABILIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA NA BULIMIA

As práticas purgativas para o controle do peso e a carência nutricional, comum nos transtornos alimentares, provocam muitas alterações que podem acometer a cavidade bucal. (DE MOOR, 2004). Nesses casos, o cirurgião-dentista contribui de forma decisiva na identificação dos transtornos alimentares, uma vez que os pacientes tendem a esconder esse transtorno de amigos e familiares. (BARBOZA et al., 2011).

Para facilitar a identificação desses transtornos é importante que o cirurgião-dentista faça uma anamnese detalhada, seguida dos exames físicos intrabucal e extrabucal, portanto o cirurgião-dentista pode ser um dos primeiros profissionais a suspeitar de algum transtorno alimentar. (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

O cirurgião-dentista deve fazer uma avaliação do paciente como um todo e não só diagnosticar e tratar os dentes isoladamente. O profissional deve saber e reconhecer suas aptidões e responsabilidades diante de cada indivíduo que precisa de ajuda, não só do cirurgião-dentista, mas como de uma integração multidisciplinar, com a ajuda de outros profissionais da saúde. (ALEXANDRA; MARIANNA, 2009).

Traebert e Moreira (2001) consideram que o cirurgião-dentista pode ser um dos profissionais da área da saúde a suspeitar precocemente da bulimia nervosa, tanto pelos sinais bucais quanto pelos sinais físicos, porém a minoria dos profissionais da odontologia possui um conhecimento alto quando se relaciona sinais bucais e comportamentais associados a esse tipo de transtorno.

Na anamnese é importante que o cirurgião-dentista fale sobre o transtorno, com cautela, mostrando habilidade, para que o mesmo conquiste a confiança do paciente. Dar enfoque nas perguntas sobre os hábitos alimentares e possíveis problemas gastrointestinais e não fazer, primeiramente, interrogatório sobre a bulimia, levando assim a resultados positivos em relação ao tratamento do transtorno alimentar. (BURKE et al., 1996).

O cirurgião-dentista deve planejar o tratamento adequado para as alterações da doença nas estruturas bucais. Os transtornos alimentares de ordem comportamental devem ser tratados de forma interdisciplinar, sendo necessário o acompanhamento médico devido às alterações sistêmicas causadas, avaliação nutricional para reeducar a alimentação, tratamento odontológico para proporcionar uma boa saúde bucal e suporte psicológico para que o paciente possa lidar com o distúrbio e aceitar o tratamento. (ALEXANDRA; MARIANNA, 2009).

Para a confirmação de um diagnóstico de pessoas bulímicas, deve conter as seguintes situações, conforme os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e Código internacional de Doenças (CID): episódios recorrentes de compulsão alimentar em um pequeno espaço de tempo e sentimento de culpa que ocorre, no mínimo, duas vezes na semana durante um período de três meses; preocupação persistente em comer; para prevenção de ganha de peso é utilizado métodos purgativos; preocupação excessiva em engordar e realização de exercícios físicos e jejuns de forma descontrolada. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

2.4 CONDUTA CLÍNICA

O cirurgião-dentista deve orientar com o apoio de diversas áreas de saúde utilizando de uma equipe multidisciplinar, que ajudará a ter melhor qualidade de vida. (MOREIRA, 2015). É importante que o cirurgião-dentista tenha o conhecimento básico para realizar o correto diagnóstico, observar as manifestações bucais podendo, assim, orientar e auxiliar o paciente com relação ao tratamento. (HELIOMAR, 2015).

O comportamento alimentar como a bulimia nervosa necessita de um tratamento eficaz, devido ser uma patologia eventualmente fatal que inclui distúrbios alimentares graves.

O tratamento eficaz até o momento não foi descoberto, visto que, mesmo com os diversificados tratamentos existentes, os doentes continuam a sofrer de diversas recaídas. (YAGI et al., 2013).

A farmacoterapia é de grande importância no tratamento da bulimia, tanto na redução dos sintomas compulsivos/purgativos, como no tratamento das co-morbidades associadas. Uma das primeiras escolhas são os antidepressivos, sendo comprovado um efeito específico antibulímico, diminuindo de forma significativa o número e a intensidade dos episódios bulímicos. (TEIXEIRA NETO, 2003).

Para Burke et al. (1996), a condução de um paciente bulímico, em questão da saúde bucal, deve envolver cuidados emergenciais, educação do paciente, cuidado pré-restaurador ou adequação do meio, restaurações e manutenções. Em relação aos cuidados emergenciais estão a procura pelo alívio/remoção da dor e a melhora da estética dental. Para o alívio das dores é utilizado os cimentos ionoméricos, vernizes fluoretados ou, caso seja necessário, tratamento endodôntico.

Quando diagnosticado, antecipadamente, a erosão dentária mais leve pode-se até eliminar o tratamento restaurador. Na erosão intermediária pode-se lançar mão de um tratamento mais conservador em relação às estruturas dentárias, através de materiais adesivos diretos (resinas compostas), tendo a vantagem de maior conservação das estruturas dentais, um tratamento reversível e de menor custo. Em erosões dentárias mais severas com envolvimento da oclusão e perda de dimensão vertical o tratamento reabilitador protético deve ser indicado. (ALEXANDRA; MARIANNA, 2009).

Conforme Alexandra e Marianna (2009) um dos diagnósticos para bulimia é a observação da calosidade na superfície dos dedos, causada pelo atrito do dedo na extremidade incisal dos dentes anteriores superiores. Durante o ato de regurgitação e frequente traumatismo, tem-se a formação de calosidades nos dedos (sinal de Crisp) ou nas mãos (sinal de Russel).

Um dos principais problemas com pacientes com transtornos alimentares vem de seus problemas psicológicos, normalmente os indivíduos que sofrem dessa doença são bastante compulsivos. Comumente, esses pacientes possuem a escovação bem detalhada, repetitiva, que na maioria das vezes, seguida de escovações agressivas, após a regurgitação, leva a severas abrasões dos dentes. Nesses casos, o cirurgião-dentista deve alertar o paciente sobre a escovação agressiva após o ato da provocação do vômito e prescrever bochechos com água e bicarbonato de sódio para neutralizar o pH do ambiente bucal, devido o ácido estomacal. (HAZELTON; FAINE, 1996).

Em pacientes bulímicos é fundamental a prescrição de cremes dentais com alta concentração de flúor e que contenha baixa abrasividade, também importante a utilização de

bochechos com substâncias neutralizadoras da acidez como bicarbonato de sódio. As soluções neutras de flúor, com a concentração de 0,05%, também são essenciais na redução da erosão e da sensibilidade subsequente. (BURKE et al., 1996).

O planejamento do tratamento restaurador para esses pacientes tem sido um desafio para os cirurgiões-dentistas. Se houver uma perda grande de substância dental o tratamento mais adequado será uma reabilitação bucal completa com restaurações bastantes complexas. Mesmo com o propósito de melhorar a estéticas e de ser bastante cooperativo com as medidas preventivas prescritas, o paciente bulímico regularmente mantém seu hábito de vômito auto induzido. Isso faz com que aumente o grau de insucesso das restaurações devido as estruturas dentárias de suporte permanecerem em um meio extremamente ácido. Assim, restaurações provisórias tendem a sofrer erosão muito fácil se o hábito permanecer. (HAZELTON; FAINE, 1996).

Conforme Burke et al. (1998), as técnicas que requerem mínima intervenção são mais apropriadas, pois determinados pacientes podem sofrer mais com a má aparência dental derivado da perda de substância dental.

A colocação de coroas de cerâmica pura, cimentadas sobre a dentina remanescente, com material adesivo é descrita como uma boa escolha nesses casos. Tais técnicas precisam de pouco tempo de tratamento e podem ajudar, de forma rápida, a autoestima dos indivíduos doentes, subsequente da insatisfação com a autoestima. Aconselha-se evitar consumir alimentos e bebidas ácidas, principalmente na ingestão durante à noite, sendo eficaz na contribuição no tratamento de indivíduos com transtornos alimentares. (BURKE et al., 1996).

4 DISCUSSÃO

Para Ceron-Litvoc e Napolitano (2008) a bulimia nervosa (BN), desordem alimentar, assumiu grande importância nas últimas três décadas, em sua prevalência e consequências. Casos resistentes à terapia são frequentes, sendo que cerca de 25% dos pacientes desenvolvem quadros crônicos com consequências orgânicas importantes e as taxas de mortalidade variam de 5% a 20%.

Schmidt e Treasure (1994), Cordás (2004), Traebert e Moreira (2008), Varella (2015), Moreira (2015) reafirmam que, do ponto de vista odontológico, a bulimia é o tipo de transtorno alimentar mais prejudicial à saúde bucal, assim como afirmam Thomas et al. (2008), pela sua relação direta com a cavidade bucal, trazendo consequências que podem ser acentuadas com o tempo e expressas por sinais produzidos pelo contato do ácido com dentes e tecidos moles da boca, pois o paciente ingere uma quantidade grande de alimento seguido de culpa e medo e, por esse motivo, utiliza da indução do vômito. Para Medeiros Junior et al. (2012) na bulimia as primeiras manifestações orgânicas importantes ocorrem através de alterações orais e maxilofaciais, podendo surgir por volta de seis meses após uma pessoa submeter-se a episódios bulímicos constantemente.

Conforme debate, Tedesco e Kerschbaum (2005) a regurgitação provoca o aumento do tamanho das glândulas salivares, principalmente das glândulas parótidas, também conhecidas como sialose e sialodenose. Porém Robb e Smith (1996) afirmam que quando provocado a regurgitação há uma erosão dental severa, devido o ácido estomacal, podendo atingir as faces palatinas dos dentes anteriores superiores; uma erosão moderada nas faces vestibulares desses mesmos dentes e a faces linguais dos dentes posteriores e anteriores inferiores não são afetadas.

Para Hazelton e Faine (1996) a regurgitação pode causar o aumento das papilas do periodonto e da mucosa bucal devido o ácido do estômago. Dependendo do medicamento que é utilizado, a mucosa bucal e as papilas podem ser afetadas também, como os anticolinérgicos, cujo uso prolongado induz o aumento da papila e a xerostomia.

Segundo Ceron-Litvoc e Napolitano (2008) o paciente com bulimia nervosa apresenta sinais como: apatia, fraqueza, palpitações, dificuldade de concentração, refluxo, dores abdominais, hematêmese, vômitos involuntários, alterações de motilidade intestinal, obstipação, ruptura esofagiana, alterações cutâneas, flutuação de peso e câibras. Milosevic e Slade (1989) concordam com os autores e acrescentam como alterações que podem ocorrer, em pacientes bulímicos, a queilite angular, candidoses e herpes.

Cardoso (1987) relata que a má nutrição é resultado da desordem alimentar obtida pelos pacientes bulímicos. Já para Neville et al. (2004) a bulimia e a desnutrição estão correlacionadas com o aumento das glândulas salivares, mais conhecida como sialoadenose.

Segundo Ceron-Litvoc e Napolitano (2008) o paciente com bulimia tende a restringir a ingestão de comida no início do dia, mas vai perdendo gradualmente o controle sobre a alimentação e isso o leva à compulsão alimentar mais tardiamente no decorrer do dia e a noite.

Para De Moor (2004) a xerostomia ocorre devido as práticas purgativas (indução do vômito) ou pelo uso de medicamentos utilizados no tratamento dos transtornos alimentares. Pupo et al. (2002) também afirmam que a xerostomia é advinda de práticas purgativas e uso de medicamentos, contudo acrescenta que outras causas mais frequentes da xerostomia estão relacionadas a emoção, jejum frequente, doenças autoimunes, síndromes, doenças psiquiátricas, desidratação e obstrução ou infecção das glândulas salivares, que resultam no ressecamento e desidratação da mucosa bucal.

Santos et al. (2015); Campos e Lima (2005) e Rytomaa et al. (1998) concordam que a perimólise (desgaste dental) é caracterizada pela dissolução do esmalte e da dentina devido os ácidos provenientes do estômago. O desgaste dental é causado pelo contato frequente dos dentes com o ácido advindo de vômitos e regurgitações crônicas, sendo comum em pacientes com anorexia nervosa purgativa e bulimia nervosa.

Para Traebert e Moreira (2001), o aparecimento e gravidade das lesões nos dentes vão depender da duração e dos episódios de vômito, quanto dos hábitos de higiene bucal dos pacientes. Seabra et al. (2004) e Traebert e Moreira (2001) enfatizam que o favorece os desgastes dos dentes tem sido a realização da higiene bucal logo após os episódios de vômito, provocando um processo abrasivo em sua superfície.

De acordo com Traebert e Moreira (2001), o cirurgião-dentista pode ser um dos primeiros profissionais, da área da saúde, a identificar uma pessoa com transtornos alimentares/bulimia nervosa. Assumpção e Cabral (2002) afirmam que para facilitar a identificação da bulimia nervosa é interessante que o cirurgião-dentista faça uma anamnese detalhada seguida de exames físicos intrabucal e extrabucal.

Alexandra e Marianna (2009) e Moreira (2015) relatam que o cirurgião-dentista deve fazer uma avaliação do paciente como um todo, devendo saber e reconhecer suas aptidões e responsabilidades diante de cada indivíduo, utilizando de uma equipe multidisciplinar que contribuirá para uma melhor qualidade de vida do paciente.

Analisando a literatura pesquisada fica patente que muitos adeptos da bulimia não a consideram um distúrbio de comportamento e sim um estilo de vida, o que dificulta o levantamento de dados epidemiológicos de ordem populacional no Brasil. (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

5 CONCLUSÃO

Por meio dessa revisão de literatura é possível afirmar que o cirurgião-dentista, através dos sinais e sintomas, pode ser o primeiro profissional da área da saúde a diagnosticar a bulimia nervosa, oferecendo um tratamento odontológico adequado e correto que se não diagnosticada e erradicada precocemente, pode tornar-se irreparável.

Os principais sinais e sintomas do distúrbio alimentar são: ansiedade, dependência química, alterações de personalidade, vergonha, tristeza, apatia, fraqueza, palpitações, dificuldade de concentração, refluxo, dores abdominais, hematêmese, vômitos involuntários, alterações de motilidade intestinal, obstipação, ruptura esofágica, alterações cutâneas, flutuação de peso, câibras, queilite angular, candidoses e herpes. A manifestação bucal mais recorrente, presente em pacientes bulímicos é a perimólise.

A bulimia, por ser um distúrbio de ordem psicológica, durante o atendimento odontológico, o cirurgião-dentista deve falar sobre o transtorno com cautela, para que o mesmo conquiste a confiança do paciente e estar bem familiarizado com as principais diretrizes clínicas sendo capaz de identificar essas manifestações e por intervenção de uma abordagem multidisciplinar, estimular a procura de assistência profissional especializada, contribuindo assim para redução das consequências desse transtorno.

Profissionais especializados em transtornos alimentares quando bem informados sobre o processo e opções de tratamentos da bulimia podem avaliar as necessidades individuais de cada indivíduo e indicar a associação de outros profissionais da área da saúde como nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, cirurgiões dentistas, entre outros.

Para isso o cirurgião-dentista deverá estar capacitado para interpretar exames complementares, diagnosticar e prevenir alterações bucais, agindo e posicionando-se frente a essas situações, contribuindo significativamente para o tratamento da bulimia, bem como, estimular a procura de profissionais especializados que se tornem engajados na cura, para a redução das complicações e consequências desse transtorno alimentar, pois um diagnóstico precoce e uma abordagem multiprofissional adequada são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico dessas situações, visando o estabelecimento da saúde futura.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRA, S. M.; MARIANNA, S. M. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 66, n. 1, p. 6-7, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington DC: APA; 1994.

ARANHA, A. C.; EDUARDO, C. P.; CORDAS, T. A. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. **J. Contemp. Dent. Pract.**, v. 9, n. 6, p. 73-81, 2008.

Disponível em: <

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=A5A51D550232CE5EB62A3D709FDB087D?doi=10.1.1.667.4266&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

ASSUMPCÃO, C. L. D.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, n. 3, p. 29-33, 2002. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

BARBOZA, C. A. G. et al. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. **Int. J. Dent.**, v. 10, n. 1, p. 32-7, 2011.

Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/dentistry/article/download/14089/16952> >. Acesso em: 30 jul. 2018.

BLAZER, T.; LATZER, Y.; NAGLER, R. M. Salivary and gustatory alterations among bulimia nervosa patients. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 62, n. 7, p. 916-922, 2008. Disponível em: <
<https://www.nature.com/articles/1602801> >. Acesso em: 30 jul. 2018.

BORGES, N. J. B. G.; SICCHIERI, J. M. F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; SANTOS, J. E. Transtornos alimentares: quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006. Disponível em: <

http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n3/4_transtornos_alimentares_quadro_clinico.pdf >. Acesso em: 30 jul. 2018.

BURKE, F. J. T. et al. Bulimia: implications for the practicing dentist. **Brit. Dent. J.**, v. 180, n. 11, p. 421- 426, Jun. 1996.

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

CABRERA, M. A. S. et al. Fluxo salivar e uso de drogas psicoativas em idosos. **Rev. Assoc Med. Bras**, v. 53, n. 2, p. 178-181, 2007. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n2/26.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

CALDEIRA, T. H.; NÁPOLE, R. C. D. O.; BUSSE, S. R. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 56, n. 6, p. 465-467, 2000.

CARDOSO, A.C. Reabilitação oral das perimólises: tratamento com prótese adesiva. **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 35, n. 5, p. 380-382, 1987.

CAMPOS, J. A. D. B.; LIMA, N. A. Desordens alimentares: o cirurgião-dentista pode ajudar. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 62, n. 3-4, p. 166-167, 2005.

CENCI, M. et al. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Rev. Psiquiat. Clín.**, São Paulo, n. 3, v. 36, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0101-60832009000300001&pid=S010160832009000300001&pdf_path=rpc/v36n3/v36n3a01.pdf&lang=ptm>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CERON-LITVOC, D.; NAPOLITANO, I. C. **Transtornos alimentares**. 2008. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1176/transtornos_alimentares.htm>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. Psiq. Clin.**, 31: 154-7, 2004.

DEBATE, R. D.; TEDESCO, L. A.; KERSCHBAUM, W. E. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. **J. Dent. Educ.**, v. 69, n. 3, p. 346-54, 2005. Disponível em: <<http://www.jdentaled.org/content/69/3/346.long>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

DE CONTI, F. N. B.; MORENO, R. A.; CORDAS, T. A. Avaliação da bulimia em pacientes com transtorno do humor através da escala BITE: resultados preliminares. **Rev. ABP-APAL.**, v. 17, n. 2, p. 72-74, 1995.

DE MOOR, R. J. Eating disorder-induced dental complications: a case report. **J. Oral Rehabil.**, v. 31, n. 7, p. 725-732, 2004. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2842.2004.01282.x>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DUNKER, K. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a05v16n1.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018

ECKLEEY, C. A.; COSTA, H. O. Estudo comparativo do pH e do volume salivar em indivíduos com laringofaringite crônica por doença do refluxo gastroesofágico antes e após tratamento. **Rev. Bras. Otorrinol.**, v. 72, n. 1, p. 55-60, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n1/a10v72n1.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

EL ACHKAR, V. N. R.; BACK-BRITO, G. N.; KOGA-LTO, C. Y. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.**, v. 24, n. 1, p. 51-6, 2012. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2012/Unicid_24_01_51-56.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018

FAINE, M. P. Recognition and management of eating disorders in the dental office. **Dent. Clin. North Am.**, v. 47, n. 2, p. 395-410, 2003. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011853202001088?via%3Dihub>>. Acesso em: 28 jul. 2018

FERREIRA, C. P. et al. Avaliação laríngea e vocal de pacientes com bulimia. **Brazilian J. Otorhinolaryn.** São Paulo, v. 76, n. 4, p. 469-477, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n4/v76n4a11.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Rev. Nutr.**, v. 14, n. 1, p. 3-6, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v14s0/8756.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

FRYDRYCH, A. M.; DAVIES, G. R.; DERMOTT, B. M. Eating disorders and oral health: a review of the literature. **Aust. Dent. J.**, v. 50, n. 1, p. 6-15, 2005. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1834-7819.2005.tb00079.x>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

GREGORY-HEAD, B. L. et al. Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. **J. Prosthet. Dent.**, v. 83, n. 6, p. 675-80, 2000.

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

HELIOMAR, C. **Consequências bucais da bulimia e orientação aos pacientes.** 2015. Disponível em: <<http://studylibpt.com/doc/826703/consequ%C3%A2ncias-bucais-da-bulimia-e-orienta%C3%A7%C3%A3o-aos-pacientes>>. Acesso em: 20 ago 2018.

MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S; KRAUSE, M V. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

MANDEL, L.; KAYNAR, A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. **J. Oral. Maxillofac. Surg.**, v. 50, n. 10, p. 1122-5, 1992. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027823919290506U>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MEDEIROS JÚNIOR, R. et al. Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, v. 12, n. 2, p. 279-284, 2012. Disponível em: <revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/download/1196/844>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MEDEIROS JUNIOR, Rui. et al. Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, 12(2):279-84, João Pessoa, abr./jun., 2012.

MILOSEVIC, A.; SLADE, P. D. The orodental status of anorexics and bulimics. **Br. Dent. J.**, v. 167, n. 2, p. 66-70, 1989.

MOREIRA, D. **Influências negativas da anorexia e bulimia na saúde bucal.** 2015. Disponível em: <<http://profissaodentista.com/2015/08/01/influencias-da-anorexia-e-bulimia-na-saude-bucal/>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MUÑETÓN, M. J. B. Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. **Psicología desde el Caribe**. v. 29, n. 1, p. 108. enero-abril 2012. Disponível em: < <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3191> >. Acesso em: 25 jul. 2018.

NEVILLE, B. W. et al. Patología oral e maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

PATTON, G. C. et al. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? **J. Child. Psychol. Psychiat.**, v. 38, n. 3, p. 299-306, 1997.

POPOFF, D. A. V. et al. A. Bulimia: oral manifestations and dental care. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 381-385, jul./set. 2010. Disponível em:< <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n3/a17v58n3.pdf> >. Acesso em: 25 jul. 2018.

PUPO, D. B. et al. Proposta de um método prático de sialometria. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 68, n. 2, p. 219-22, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v68n2/10832.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

ROBB, N. D.; SMITH, B. G. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. **J. Dent.**, v. 24, n. 1-2, p. 7-16, Jan./Mar. 1996. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030057129500002X>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

ROMARO, R. A.; ITOKAZU, F. M. Bulimia nervosa: literature review. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 407-412, 2002.

RYTOMAA, I. et al. Bulimia and tooth erosion. **Acta Odontol Scand**, v. 56, n. 1, p. 36-40, 1998.

SANTOS, F. D. G. et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. **Rev. Odont. Univ. Cid.** São Paulo, v. 27, n. 1, p. 33-42, jan./abr. 2015. Disponível em: < http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_2015/Odonto_01_2015_33-42.pdf >. Acesso em: 27 jul. 2018.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. **Eur J Prosthodont. Restor. Dent.**, v. 5, n. 4, p. 161-167, Dec. 1997.

SEABRA, B. G. M. et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. **Rev. Bras. Patol. Oral.**, v. 3, n. 4, p. 195-198, 2004.

SEGAL, A. et al. Bulimia nervosa II: tratamento. **J. bras. Psiquiatr.**, v. 44, n.1, p. 25-31, 1995.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 15, n. 4, p. 359-363, out./dez. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pob/v15n4/a15v15n4.pdf> >. Acesso em: 25 jul. 2018.

TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

THOMAS, Y. et al. Manifestaciones dentales en pacientes com anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. **Rev. CES. Odont.**, 21(2):33-8, 2008.

WILKINS, E. M. et al. **Odontologia Geral**. São Paulo: Rideel, 2004. p. 831-832.

VARELLA, Drauzio. **Consequências bucais da bulimia e orientação aos pacientes com o Prof. Dr. Claudio Heliomar**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Assunto em Pauta. ed. 19. out. 2015. Disponível em: <<http://www.ortoblog.com/bulimia-e-o-dentista-o-dentista-pode-ser-o-primeiro-a-identificar-este-disturbio-fique-atento/>>. Acesso em: 20 maio 2015.

VILELA, J. E. M. et al. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a10.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2018.

YAGI, T. et al. The Role of Ghrelin, Salivary Secretions, and Dental Care in Eating Disorders. *Nut. rients.*, v. 4, n. 8, p. 967-989, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/23016127/>>. Acesso em: 14 set. 2018.