

INTERRELAÇÃO ENTRE DISTÚRBIOS ALIMENTARES E ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Vanessa Távora¹
Laura Chaves Cotta¹
Francisco Lucas Marques de Carvalho²
Jéssica Cristina Avelar³
Maria Luiza Stoupa de Sá Otoni³
Graciane Ester Rosa de Queiroz³
gracianerq@hotmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Distúrbios alimentares; odontologia; anorexia; bulimia.

INTRODUÇÃO

A adolescência inicia-se com a puberdade, considerada uma fase de mudanças morfológicas e emocionais que se assemelham a de um adulto. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados adolescentes, jovens de 10 a 19 anos de idade. Algumas características de comportamento entre os adolescentes interferem no crescimento e na saúde dessa população (WHO, 1995; TRAEBERT e MOREIRA, 2001). A deglutição alimentar em excesso pode ocasionar distúrbios alimentares, incluindo a anorexia nervosa, bulimia nervosa e/ou a obesidade, que ao ocorrer durante a adolescência podem afetar o crescimento, composição corpórea e o funcionamento do ciclo menstrual (AZEVEDO e ABUCHAIM, 1998). A etiologia das alterações do comportamento alimentar é considerada multifatorial, mas pode incluir alguns fatores, como por exemplo, os genéticos, neuroquímicos, emocionais, sociais, culturais e nutricionais (MORGAN, VECCHIATTI, e NEGRÃO, 2002). A anorexia nervosa é caracterizada por um distúrbio de comportamento, definida através de uma ingestão deliberada e imposta, seguida de uma busca de magreza e por um medo da obesidade (PASTORE, FISHER e FRIEDMAN, 1996). A bulimia nervosa é caracterizada por uma ingestão compulsiva e rápida de uma grande quantidade de alimentos com pouco prazer, com comportamentos para evitar o ganho de peso como vomitar, uso laxantes e diuréticos e com períodos de restrição alimentar severas, com um medo excessivo de engordar (TRAEBERT e MOREIRA, 2001). Na atualidade o brasileiro consome uma grande quantidade de alimentos ultra processados, com alto teor de gordura, açúcar, sódio, mínimo teor de micronutrientes e alto valor calórico (MS, 2013). De acordo com Brianezzi (2013), a sociedade moderna, além de mudar os hábitos alimentares, com dieta excessivamente calórica, passou a fazer menos atividades físicas, levando ao sedentarismo e favorecendo a obesidade. O sedentarismo e a ingestão frequente de álcool também exercem influência sobre o aumento do peso (SOUZA E PINHEIRO, 2013). Saporoti *et al.*, (2014) diz que ao longo dos anos, diversos estudos vêm apontado para uma possível relação entre as doenças bucais e a condição sistêmica do indivíduo. As doenças bucais são de

¹ Acadêmicas do 8º período do curso de Odontologia da Faculdade Vértice- Univértix - Matipó.

² Acadêmico do 10º período do curso de Odontologia da Faculdade Vértice- Univértix - Matipó.

³ Graduada em Odontologia. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX.

etiologia multifatorial, sendo os fatores biológicos, socioeconômicos e comportamentais de grande influência no aparecimento dessas doenças. O cirurgião-dentista tem um papel importante na identificação das desordens alimentares. Através da anamnese e exame físico extra e intraoral é possível descobrir sinais e sintomas sugestivos destas desordens. Ele poderá ser o primeiro profissional da área de saúde a detectar alguma alteração (LITTLE, 2002). Com base nesses dados, o presente trabalho tem por objetivo, expor através de uma revisão literária, sobre os distúrbios alimentares e associar a necessidade da atenção especial do cirurgião dentista para tais alterações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, construído mediante publicações de artigos em periódicos nacionais e internacionais, através de uma busca ativa em plataformas científicas Scielo, Google acadêmico, tendo como descritores, odontologia, distúrbios alimentares, anorexia e bulimia.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A anamnese é parte integrante da consulta odontológica, é por meio dela que o Cirurgião-Dentista consegue dialogar com o paciente, principalmente questionar sobre os hábitos alimentares, e conferir se a ocorrência de ordem gastrointestinal, ao invés de realizar indagações diretas sobre a anorexia e bulimia nervosas. Obtendo assim resultados mais eficazes no tratamento do transtorno alimentar, o que possibilita uma elevação da autoestima através da intervenção odontológico e assim evita danos aos dentes (BURKE *et al.*, 1996; SCHMIDT e TREASURE, 1997). Para, Traebert e Moreira (2001), os métodos de diagnóstico para a erosão dental advindos de eventos de vômito por anorexia ou bulimia, têm como característica o desgaste excessivo das faces palatinas dos dentes ântero-superiores e contido nas faces vestibulares, nos dentes posteriores superiores podem ocorrer erosão descontínua nas faces oclusais e vestibulares dos dentes posteriores superiores e inferiores, também pode estar presente restaurações com aspecto de ilhas e ausência de manchamento nas superfícies com erosão. Burke *et al.*, (1996) relataram que o tratamento do indivíduo que possui anorexia ou bulimia deve englobar procedimentos emergenciais, realizando restaurações, adequação de meio e manutenção periódica dos mesmos. Dentre os cuidados emergenciais, encontram-se o alívio da dor e melhora da estética. Para alívio da dor, propõe-se a proteção da camada dentinária exposta com a utilização de cimentos de ionômero de vidro, vernizes fluoretados, e, se necessário, tratamento endodôntico. Rytömaa e seus colaboradores (1998), afirmaram que nem todos os bulímicos apresentam erosão dental, esses fatores estão associados com a severidade da condição e o tempo de duração da doença, a frequência dos episódios de vômito e a quantidade de saliva, que leva a redução da acidez. Portanto, em indivíduos com hipossalivação o fluxo salivar é baixo e a acidez aumenta, principalmente no dorso da língua o que leva a erosão nas faces palatinas de dentes anteriores. Podemos citar também desgaste dental relacionado à mastigação e à escovação vigorosa após o episódio de vômito. Hazelton e Faine (1996) relataram em seu estudo que a atividade de cárie parece ser similar à da população em geral, mas pacientes com lesões de cárie ativas, há uma rapidez para uma formação de novas cáries o que dificulta o tratamento, o periodonto pode apresentar alterado através de aumento do volume papilar justificado pela irritação do vômito ácido, a medicação (anticolinérgicos) pode causar irritação incluindo a mucosa bucal o seu uso prolongado induz à xerostomia

Além da erosão, outras manifestações das desordens de alimentação podem incluir aumento assintomático das parótidas, queilite angular, sensibilidade dental à alteração de temperatura, mordida aberta anterior e cáries radiculares. Estudo de Aznar *et al.*, (2019) avaliou e comparou o desgaste e perda dentária de pacientes eutróficos, portadores de obesidade mórbida no pré e pós operatório de cirurgia bariátrica e conclui que o desgaste dentário foi maior no sextante II e V, nas superfícies incisais e os dentes anteriores foram os mais afetados e a comparação de perda dentária não foi significativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração os itens apresentados é dever do Cirurgião-Dentista diagnosticar os distúrbios alimentares de ordem comportamental. É necessário que o profissional esteja familiarizado com os sinais das doenças e preparado para tratar e encaminhar os pacientes que os apresentem, contribuindo para o tratamento do transtorno alimentar e das sequelas do mesmo na cavidade oral.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. M. C.; ABUCHAIM, A. L. G. **Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico.** Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, p.31-9, 1998.

Aznar, F. D. C. *et al.* Desgaste dentário e perdas dentárias em pacientes eutróficos, portadores de obesidade mórbida e submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig.** Bauru, v. 32, n. 3, p. 1-6, 2019.

BRIANEZZI, L. F. F. et al. Impacto da obesidade na saúde bucal: revisão de literatura. **Rev. RFO**, v.18, n.2, p. 211-216, maio/ago. 2013.

BURKE, F. J. T.; BELL, T. J.; ISMAIL, N.; HARTLEY, P. Bulimia: implications for the practicing dentist. **Brit Dent J.** United Kingdom, v. 180, n. 11, p. 421- 6, 1996.

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

LITTLE, J. W. Eating disorders: dental implications. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** United STATES, v. 93, n.2, p.138-43, 2002.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Rev Bras Psiquiatr.** Brasil, v. 24, n. 3, p.18-23, 2002.

PASTORE, D. R.; FISHER, M.; FRIEDMAN, S. B. Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students. **J Adolesc Health.** Unites States, v. 18, n. 1, p. 312-9, 1996.

RYTÖMAA, I.; JÄRVINEN, V.; KANERVA, R.; HEINONEN, O. P. Bulimia and tooth erosion. **Acta Odontol Scand.** Stockholm, v. 56, n. 1, p. 36-40, 1998.

SAPAROTI, J. M. et al. Obesidade e saúde bucal: o impacto da obesidade sobre as condições bucais. **RFO**. Passo Fundo, v. 19, n. 3, p. 368 –374, set/dez, 2014.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. **Eur J Prosthodont Restor Dent**. England, v. 5, n. 4, p. 161-7, 1997.

SOUZA, T. C; PINHEIRO. M.L.B. Inter-relação entre doença periodontal e obesidade. **Revista Odontol Planal Cent**. Góias, v. 3, n. 1, p. 77-83, Jan/Jul, 2013.

SUVAN, J; D'AIUTO, F. Assessment and management of oral health in obesity. **Current Obesity Reports**, v.2, n. 2, p. 142-149, 2013.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui. Odontol. Bras**. São Paulo, v.15, p. 359-63, 2001.

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