

# IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES: ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

## DENTAL IMPLICATIONS OF EATING DISORDERS IN WOMEN: ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA

**Spezzia S**

Cirurgião Dentista. Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.

### RESUMO

Os transtornos alimentares constituem alteração persistente do comportamento alimentar e/ou dos comportamentos voltados para o controle de peso. Transtornos alimentares são advindos de distúrbios graves no comportamento alimentar. Os principais tipos são: anorexia nervosa e bulimia nervosa, prevalecendo em mulheres. Existe prevalência e probabilidade muito maior em mulheres, 90 a 95% dos casos envolvem mulheres brancas, jovens e afluentes. O objetivo deste trabalho foi averiguar as implicações odontológicas, possivelmente ocasionadas pela anorexia e pela bulimia. O tratamento realizado requer intervenção de alguns profissionais de saúde, dentre eles, o cirurgião dentista. Sob enfoque odontológico, a erosão dental com perda de substância dental, comumente é encontrada em mulheres com anorexia nervosa e bulimia nervosa. Concluiu-se que o tratamento odontológico empregado nas manifestações orais da AN e BN visa evitar agravantes futuros com piora no quadro geral das pacientes.

**Palavras-Chave:** anorexia nervosa; bulimia nervosa; erosão dentária; mulheres; qualidade de vida.

### ABSTRACT

Eating disorders are a persistent alteration in eating behavior and/or weight control behaviors. Eating disorders are the result of serious disturbances in eating behavior. The main types are: anorexia and bulimia nervosa, prevailing in women. There is a much higher prevalence and probability in women, 90 to 95% of the cases involving white, young, affluent women. The objective of this study was to investigate the odontological implications, possibly caused by anorexia

and bulimia. The treatment performed requires the intervention of some health professionals, among them the dental surgeon. Under a dental approach, dental erosion with loss of dental substance is commonly found in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. It was concluded that the dental treatment used in the oral manifestations of AN and BN aims to avoid future aggravators with worsening of the patients' overall condition.

**Key-words:** anorexia nervosa; bulimia nervosa; tooth erosion; quality of life; women.

## 1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares constituem alterações persistentes do comportamento alimentar e/ou dos comportamentos voltados para o controle de peso, acarretando em prejuízos a saúde física<sup>1</sup>.

Um transtorno alimentar é marcado por extremos e faz-se presente quando a pessoa experimenta distúrbios graves no comportamento alimentar, como redução extrema da ingestão de comida, comer exageradamente ou sentimentos de grande angústia ou desconforto sobre o peso e forma do corpo. Uma pessoa com transtorno alimentar pode começar comendo quantidades menores ou maiores que o usual, porém em algum ponto o impulso de comer mais ou menos sai fora do controle. A etiologia dos transtornos alimentares é constituída por um conjunto de fatores em interação, que envolvem componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais. Os dois principais tipos são: anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). A prevalência de AN e BN é muito maior em mulheres, 90 a 95% dos casos envolvem mulheres brancas e jovens<sup>2,3</sup>.

O objetivo deste trabalho foi averiguar as implicações odontológicas, possivelmente ocasionadas pela AN e pela BN.

## 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A AN é doença grave de etiologia multifatorial, que envolve predisposição genética, fatores socioculturais, vulnerabilidades biológicas e psicológicas<sup>4</sup>.

Caracteriza-se por séria restrição alimentar auto-imposta, com consequências orgânicas e psíquicas graves e alta taxa de mortalidade. Sua definição clínica diz que estabelece como característica principal a perda auto-induzida de importância, provocada por uma preocupação patológica pela forma e o peso do próprio corpo, que mais tarde se manifesta mediante o controle excessivo

da ingesta de alimentos. Apresenta-se normalmente na adolescência, mas em outros casos em idades mais tardias (20 aos 40 anos de idade). Normalmente aparece nas mulheres, mas também se dão casos no gênero masculino<sup>4</sup>.

Uma mulher com AN é chamada de anoréxica. Uma mulher anoréxica pode ser também bulímica<sup>4</sup>.

O indivíduo anoréxico recusa-se a manter o peso mínimo de acordo com sua idade e altura, podendo estar com o peso corporal 15% abaixo do esperado. A pessoa com anorexia pode empregar métodos adicionais para perder peso, como abuso de laxantes, diuréticos ou anorexígenos, indução de vômitos e exercícios físicos em excesso. Pode desenvolver rituais alimentares, como pesar todos alimentos e pesar compulsivamente. Há grande prejuízos nos relacionamentos interpessoais. Estima-se uma incidência de morte em 20% dos casos<sup>5-10</sup>.

Na BN a pessoa ingere muita comida em pouco tempo e então busca prevenir o ganho de peso ao tentar se livrar do que comeu, tentando vomitar ou tomando laxantes. A mulher encontra-se com bulimia quando ela tem compulsão alimentar, ou seja, come exageradamente, sem nenhum tipo de controle e em seguida faz uso inadequado de laxantes, diuréticos, vômitos, jejum ou exercícios para prevenir o ganho de peso. A atitude em relação ao peso é extremada: pesam-se compulsivamente ou evitam a balança. A pessoa com BN sente como se não pudesse controlar a quantidade de alimentos que come. Pessoas com bulimia também podem se exercitar muito para prevenir o ganho de peso. Ao contrário da anorexia, pessoas com bulimia podem estar dentro da faixa de peso normal. A alimentação compulsiva pode ser desencadeada por dieta, estresse ou emoções desconfortáveis<sup>11-14</sup>.

Na BN, os critérios diagnósticos incluem episódios recorrentes de compulsão alimentar caracterizados pelos critérios de ingerir em curto espaço de tempo uma quantidade de comida muito maior do que a maioria das pessoas em circunstâncias semelhantes conseguiria comer num período semelhante de tempo e sensação de total falta de controle durante o episódio, além de compulsões alimentares e comportamentos compensatórios que ocorrem pelo menos duas vezes por semana por três meses; indevida influência do peso ou forma corporal na auto-avaliação<sup>15-17</sup>.

No enfoque odontológico, a erosão dental com perda de substância dental, comumente é encontrada em pacientes com AN e BN<sup>4</sup>.

Os dentes adquirem coloração escuro-acinzentada. Em dentes com restaurações de amálgama pode haver um aspecto de projeção dessas restaurações, as chamadas ilhas de amálgama, produzidas pela deterioração do esmalte adja-

cente. Em casos mais graves, as bordas incisais dos dentes são acometidas, produzindo coroas clínicas curtas e aparência de pseudomordida aberta<sup>18</sup>.

No contexto da conduta odontológica é importante o ganho de confiança do paciente na anamnese pelo cirurgião dentista, ao invés de dirigir perguntas diretas sobre AN e BN, o mesmo deve discorrer sobre hábitos alimentares e possibilidade de existência de problemas gastrointestinais. Essa postura de certa forma leva a resultados positivos sob o ponto de vista do tratamento do transtorno alimentar, pois possibilita melhora da autoestima da paciente por meio do tratamento odontológico ao longo do tempo, evitando a deterioração dos dentes<sup>15,16</sup>.

O cirurgião dentista deve estar preparado para um manejo adequado da paciente, abordando o assunto com habilidade suficiente para ganhar sua confiança<sup>19</sup>, além disso ele pode ser possivelmente o primeiro profissional de saúde a diagnosticar a AN, BN<sup>15,16</sup>, devido a perdas de substância dental resultantes, chamadas de erosão dental, oriundas de um ambiente bucal cronicamente ácido, o que o torna com papel de destaque na identificação da doença nas mulheres contactantes que veem em busca de atendimento dentário<sup>17</sup>.

Objetos usados na indução do vômito, dedos, escovas e canetas podem provocar lesões no palato mole, também pode ocorrer desidratação, eritema e queilite angular. Além da erosão, outras manifestações das desordens de alimentação podem incluir aumento assintomático das parótidas, xerostomia, irritações da mucosa oral, sensibilidade dental à alteração de temperatura, mordida aberta anterior e maior frequência de cáries, como as cáries radiculares e de outros tipos<sup>18,20,21</sup>. Aparece ainda, o sinal de Russel, que é uma lesão no dorso da mão provocada pelo trauma repetido dos dentes incisivos na indução do vômito<sup>22</sup>.

Nesse contexto de abordagem clínica odontológica, gerar-se-à nessas mulheres, melhor resultado no tratamento odontológico, possibilitando sua referência para serviços com abordagem multidisciplinar, dentre eles: psicoterápico, médico e nutricional<sup>4</sup>.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Psicologia, a autoestima, inclui a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma, como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau. É a avaliação que o indivíduo faz de suas experiências interpessoais, atribuindo juízo de valor a si mesmo. As crianças formam sua autoestima, dependendo da maneira como são tratadas por pessoas importantes para ela, tais como: pais,

amigos e professores. Outros dois termos são usados, muitas vezes como sinônimos de autoestima: autoconfiança e autoaceitação<sup>4</sup>.

A psicoterapia para baixa autoestima, baseia-se em quatro pilares da auto-estima: autoaceitação, autoconfiança, competência social e rede social. A baixa autoestima gera: ansiedade, medo, depressão e fobias. Na anorexia nervosa, baixa autoestima e distorção da imagem corporal são os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando a prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma intensa<sup>4</sup>.

O tratamento a ser realizado é longo e exige atendimento permanente, devido a frequentes recaídas, oriundas na maioria das vezes do ganho de peso que causa horror as doentes. É preciso alimentar as pacientes aos poucos, uma vez que seu corpo está desacostumado a comida. Além de ser individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente pode incluir medicações e é realizado de forma interdisciplinar: médico, psicológico, nutricional e odontológico, acompanhando-se a paciente, juntamente com a família<sup>23-25</sup>.

No âmbito do tratamento realizado por equipe multidisciplinar, o tratamento odontológico restaurador será realizado com o intuito de auxiliar o tratamento psicológico, na tentativa de aumentar a autoestima da paciente e poderá variar, desde uma simples restauração até reabilitações bucais complexas em pacientes com perda de dimensão vertical<sup>15</sup>. Lembrando ainda, que se houver falta de dentes nessas mulheres, ter-se-à prejuízo na qualidade de vida e muitas vezes na autoestima, principalmente quando a estética do sorriso fica comprometida<sup>4</sup>.

Um dos principais problemas para o cirurgião dentista no trabalho com pacientes com desordens alimentares, advém de seus problemas psicológicos<sup>19</sup>.

Normalmente os pacientes são bastante compulsivos em seus comportamentos diários. Sua higiene bucal é bastante meticulosa, repetitiva e muitas vezes seguida de escovações agressivas após o ato de vomitar, podendo resultar em abrasão severa. A mucosa bucal e a faringe dos pacientes com distúrbios alimentares podem sofrer também traumatismos, devido a rápida ingestão de grande quantidade de comida e a força de regurgitação<sup>15,16</sup>.

Concluiu-se que o tratamento odontológico empregado nas manifestações orais da AN e BN visa evitar agravantes futuros com piora no quadro geral das pacientes.

O atendimento odontológico é capaz de melhorar as condições e a qualidade de vida das mulheres com AN e BN, minimizando o desconforto ocasionado pelas doenças que possuem repercussões em âmbito bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: The Guilford Press; 1995. p. 183-7.
2. Castro MJ, Goldstein JS. Eating attitudes and behaviors of pré-and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiology and Behavior*, 1995; 58(1):15-23.
3. Holk HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 2006; 19(4):389-94.
4. Spezzia S, Saba A, Antunes RVC, Calheiros ESJ, Limberte CS, Munhoz J et al. Alterações da Autoestima em Mulheres com Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas. Implicações Odontológicas e Psicológicas. In: VIII Jornada Apoiar - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: Reflexões e Propostas, 2010, São Paulo - SP. Caderno de Anais da VIII Jornada Apoiar - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: Reflexões e Propostas. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). São Paulo - SP: Biblioteca Dante Moreira Leite, 2010. p. 315-26.
5. Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Brunner and Mazel; 1982.
6. Russell GF, Dare C, Eisler BA, LeGrange PD. Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In: Halmi KA, editor. Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington (DC): American Press Association; 1992. p. 237-61.
7. Garner DM, Needleman LD. Sequencing and integration of treatments. In: Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press; 1997. p. 50-63.
8. Silva MR. Anorexia nervosa em crianças e adolescentes: uma experiência clínica hospitalar. *Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 2003; 2(1):21-40.
9. Ballone GJ. Anorexia Nervosa. PsiqWeb: Psiquiatria Geral. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/anorexia.html>>. Acesso em 21 nov. 2016.
10. Giordani RCF. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, 2006; 18(2):81-8.
11. Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979; 9:429-48.
12. Johnson C, Tobin DL, Dennis A. Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at 1 year follow-up. *Int J Eat Disord*, 1990; 9:617-27.

13. Griffiths RA, Channon-Little L. Psychological treatments and bulimia nervosa: an update. *Austr Psychol*, 1996; 31:79-96.
14. Oliveira MD. O impasse narcísico na bulimia nervosa. *Mudanças Psicoter Estud Psicossociais*, 2001; 9(15):13-26.
15. Burke FJT, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: implications for the practicing dentist. *Brit Dent J*, 1996; 180(11):421- 6.
16. Schmidt U, Treasure J. Eating disorders and the dental practitioner. *Eur J Prosthodont Restor Dent*, 1997; 5(4):161-7.
17. Wiseman CV, Harris WA, Halmi KA. Eating disorders. *Med Clin North Am*, 1998; 82(1): 145-57.
18. Pegoraro CN, Sakamoto FFO, Domingues LA. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2000; 54:156-61.
19. Hazelton LR, Faine MP. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont*, 1996; 9(1):65-73.
20. Rytomaa I, Järvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand*, 1998; 56(1):36-40.
21. Francischone CE, D'alpino PHP, Castañeda-Espinosa JC, Mondelli RFL. Tratamento conservador de dentes com erosão decorrente de bulimia nervosa: restabelecimento da guia anterior. *J Bras Clin Odontol Int*, 2003; 7(38):100-5.
22. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Ress J, Schebendach J, et al. Eating disorders in adolescents: a Background Paper. *J Adolesc Health*, 1995;16:420-37.
23. Sedikides C, Gregg AP. "Portraits of the self." In: Hogg MA, Cooper J (Eds.), *Sage handbook of social psychology*. Londres: Sage Publications, 2003, p. 110-38.
24. Castro J, Toro J, Cruz M. Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 2000; 30:61-7.
25. Webster JJ, Palmer RL. The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 2000; 30:53-60.