

**Os efeitos dos distúrbios alimentares sobre a saúde oral.**

A anorexia e a bulimia nervosa são doenças de transtornos alimentares de ordem comportamental que têm efeitos sobre a saúde bucal, podendo ser diagnosticadas primeiramente pelo cirurgião-dentista.

**Fármaco em estudo:** fluoreto de sódio

**Autoria:** Revisão da literatura

**Resumo**

Os transtornos do comportamento alimentar, bem como suas formas subclínicas ou parciais, são quadros psiquiátricos que afetam principalmente mulheres adultas jovens e adolescentes, com elevada morbidade e mortalidade.

A bulimia nervosa é caracterizada por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle - os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como: vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína.<sup>1</sup>

Na anorexia nervosa o paciente desenvolve aversão a qualquer alimento. Em alguns casos a falta de apetite é interrompida por surtos de bulimia. Entre seus sinais e sintomas estão o uso abusivo de laxantes e diuréticos, desnutrição, ansiedade e estresse emocional, amenorréia, insônia, hipotensão, hipotermia, bradicardia e alterações eletrolíticas.<sup>2</sup>

Tanto na anorexia nervosa, em que o comportamento bulímico vem sendo descrito em 25% dos casos, quanto na bulimia nervosa, o ato de vomitar para controlar peso proporciona problemas dentais e o cirurgião-dentista é potencialmente o primeiro profissional da saúde a diagnosticar a doença, devido às perdas de substância dental resultantes. Tais perdas de substância são chamadas de erosão dental ou perimólise e são causadas pela regurgitação de ácido gástrico e vômito.<sup>3</sup>

Durante a auto-indução do vômito, o ácido gástrico concentrado invade repetidamente a cavidade oral, entrando em contato com os dentes. Estes eventos repetem-se diariamente ou várias vezes por semana e os pacientes geralmente escondem este fato, complicando o diagnóstico. O contato freqüente dos ácidos gástricos com os dentes causa erosão do esmalte e conseqüente perda das estruturas dentárias, e quando ocorre a exposição dentinária o processo erosivo fica mais acelerado, aumentando a suscetibilidade à cárie. Existem quatro importantes sinais que os cirurgiões-dentistas deveriam reconhecer como característicos da bulimia nervosa: queilose (fissuras e descamação do lábio), edema da glândula salivar (particularmente da parótida), xerostomia e eritema da mucosa oral. As lesões dentárias envolvem, geralmente, a região palatina dos dentes anteriores e, em menor grau, a oclusal dos dentes posteriores. Nos dentes posteriores ocorre desgaste no esmalte oclusal, com envolvimento das cúspides palatinas. A sintomatologia dolorosa é aguda ao frio, havendo retração do tecido pulpar.<sup>3,4</sup>

Um dos principais problemas para o dentista no trabalho com pacientes com desordens alimentares advém de seus problemas psicológicos. Normalmente, eles 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 severa abrasão. Nestes casos, o cirurgião-dentista deve alertar o paciente sobre o perigo destas escovações excessivas após o vômito e prescrever bochechos com água e bicarbonato de sódio para neutralizar o pH do ambiente bucal.<sup>3</sup>

É fundamental uma abordagem de educação alimentar e saúde bucal concomitante ao tratamento restaurador, principalmente entre pacientes com má higiene bucal e ataques cariogênicos severos devido à ingestão de grandes quantidades de carboidratos. Em pacientes sem esses problemas, a educação em saúde deve focar o aumento de conhecimento sobre sua situação e os riscos dela decorrentes. Deve-se prescrever a utilização de cremes dentais com alta concentração de flúor e com baixa abrasividade, além da utilização de bochechos com substâncias neutralizadoras da acidez, como bicarbonato de sódio. Soluções neutras de flúor a 0,05% também são úteis na redução da erosão e da sensibilidade subsequente.<sup>3</sup>

O aconselhamento dietético no sentido de evitar alimentos e bebidas ácidas, reduzindo a frequência de sua ingestão, principalmente como última ingestão noturna, tem sido relatado como importante contribuição no tratamento dos pacientes acometidos pelas doenças.<sup>5</sup>

Além da erosão, outras manifestações das desordens de alimentação podem incluir aumento assintomático das parótidas, xerostomia, irritações da mucosa oral, queilite, sensibilidade dental à alteração de temperatura, mordida aberta anterior e cáries radiculares.

Assim, sugere-se que o cirurgião-dentista pode desempenhar um papel fundamental no diagnóstico de distúrbios de alimentação de ordem comportamental, devido à presença da erosão dental. Para isso, há a necessidade de o profissional estar familiarizado com os sinais das doenças e preparado para tratar e encaminhar os pacientes que apresentem tais distúrbios, contribuindo para o tratamento do transtorno alimentar.<sup>3</sup>

### Exemplificação de Fórmula

1.

Solução de fluoreto de sódio 0,05%
Fluoreto de sódio .....0,05%
Veículo qsp..... 1000 mL
Posologia: Fazer bochechos diariamente ou a critério do dentista.

2.

Solução de fluoreto de sódio 0,05% com xilitol
Fluoreto de sódio .....0,05%
Xilitol ..... 1%
Veículo qsp.....1000 mL
Posologia: Fazer bochechos diariamente ou a critério do dentista.

3.

Solução de fluoreto de sódio 0,2%
Fluoreto de sódio.....0,2%
Veículo qsp..... 1000 mL
Posologia: Fazer bochechos diariamente ou a critério do dentista.

4.

Solução de fluoreto de sódio 0,2% com xilitol
Fluoreto de sódio ..... 0,2%
Xilitol..... 1 %
Veículo qsp..... 1000 mL
Posologia: Fazer bochechos diariamente ou a critério do dentista.

5.

Solução de fluoreto de sódio 1% com nitrato de potássio 5%
Fluoreto de sódio.....1%
Nitrato de potássio.....5%
Veículo qsp..... 200 mL
Posologia: Fazer bochechos diariamente ou a critério do dentista.

*A formulação contida neste artigo é apresentada como exemplificação, podendo ser modificada a critério médico.*

### Referências

1. ESPINDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Bulimia and binge eating disorder: systematic review and metanalysis. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul , Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 17 Aug 2007.
2. RESENDE, Vera Lúcia Silva; CASTILHO, Lia Silva; FARIA, Caroline Vasconcelos Carneiro et al. Erosão Dentária ou Primólise: A Importância do Trabalho da Equipe em Saúde. Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte, v. 41, n. 2, 2005.
3. 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.
4. FRANCISCHONE, C. E.; D'ALPINO, P. H. P.; CASTANEDA-ESPINOSA, J. C.; MONDELLI, R. F. L. Tratamento Conservador de Dentes com Erosão Decorrente de Bulimia Nervosa: Restabelecimento da Guia Anterior. J. Bras Clin Odontol Int. Curitiba, v. 7, n. 38, 2003.
5. RYTÖMAA, I.; JÄRVINEN, V.; KANERVA, R.; HEINONEN, O. P. Bulimia and tooth erosion. Acta Odontol Scand, v. 56, n. 1, 1998.

**Artigo Técnico Odontologia** é parte integrante do **SAP®**, produto exclusivo da Racine Consultores Ltda.