



ciência plural

TRANSTORNOS ALIMENTARES E MANIFESTAÇÕES ORAIS EM ADOLESCENTES

Eating disorders and oral manifestations in adolescents

Trastornos alimenticios y manifestaciones orales en adolescentes

Ítalo Gustavo Martins Chimbinha • Universidade Federal do Rio Grande do Norte-
UFRN • Graduando em Odontologia • E-mail: italogusttt@gmail.com

Anielle do Nascimento Jácome • Universidade Federal do Rio Grande do Norte •
Graduanda em Odontologia • Enfermeira • Pós-graduada em auditoria em serviços
de saúde • E-mail: aniellenj@hotmail.com

Gabriel Gomes da Silva • Universidade Federal do Rio Grande do Norte •
Graduando em Odontologia • E-mail: silvagg94@gmail.com

Mayara Janyara do Rego Barreto • Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal do
Rio Grande do Norte • E-mail: mayarajanyara@hotmail.com

Iris do Céu Clara Costa • Professora Titular do Departamento de Odontologia da
UFRN • Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Aberta de Lisboa,
Portugal • E-mail: iris_odontoufrn@yahoo.com.br

Autor responsável pela correspondência

Ítalo Gustavo Martins Chimbinha • E-mail: italogusttt@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os transtornos alimentares são distúrbios psiquiátricos debilitantes, caracterizados por desordem persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos do controle de massa corporal. **Objetivo:** Avaliar, dentre adolescentes de três escolas públicas de ensino médio em Natal-RN, a prevalência dos transtornos alimentares e descrever manifestações odontológicas relacionadas. **Metodologia:** Estudo realizado em duas fases, utilizando-se um questionário autoaplicável, Body Shape Questionnaire-BSQ para selecionar a amostra. Os selecionados foram submetidos a uma avaliação partindo da história médica pregressa e exame clínico odontológico, para diagnosticar as manifestações orais presentes. **Resultados:** Fase 1: Dos 231 alunos que responderam o questionário, 9 foram selecionados. No exame clínico observou-se que 22,2% dos avaliados apresentavam perda inicial da textura da superfície dentária na face palatina do segundo sextante, em 77,7% constatou-se hipertrofia da glândula parótida, 66,6% obtiveram escore 2 no Registro Periodontal Simplificado (PSR) e 11,1% dos examinados tinha queilite angular. Na fase 2: Dos 264 estudantes que responderam ao BSQ, 29 estavam abaixo do peso, 164 jovens apresentavam peso ideal, 24 peso muito abaixo do normal, enquanto a situação de sobrepeso foi observada em 47 estudantes. Quanto ao questionário 25 (9%) apresentaram algum grau de distúrbio de distorção de imagem corporal, dentre os quais 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. **Conclusões:** Foram encontrados episódios de regurgitação associados a má nutrição e incorreta higienização da cavidade oral que favoreceu o aparecimento de alterações bucais. As principais manifestações encontradas foram: erosão dentária (22,2%), hipertrofia das glândulas salivares parótidas (77,7%), escore 2 no Registro Periodontal Simplificado-PSR (66,6%) e queilite angular (11,1%). É fundamental instrumentalizar o cirurgião-dentista a reconhecer tais manifestações, a trabalhar com abordagem multidisciplinar visando a melhoria da qualidade de vida do jovem, tratando as sequelas e ajudando-o a superar suas necessidades. A maior limitação do estudo foi o encaminhamento desses jovens para tratamento.

Palavras-Chave: Transtornos da alimentação. Manifestações bucais. Saúde bucal.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are debilitating psychiatric disorders characterized by persistent disorder in eating habits or body mass control behaviors. **Objective:** To evaluate, among adolescents from three public high schools in Natal-RN, the prevalence of eating disorders and describe related dental manifestations. **Methodology:** Two-phase study using a self-administered Body Shape Questionnaire-BSQ to select the sample. Those selected were submitted to an evaluation based on previous medical history and dental examination to diagnose the oral manifestations present. **Results:** Phase 1: Of the 231 students who answered the questionnaire, 9 were selected. In the clinical examination it was observed that 22.2% of the subjects had initial loss of tooth surface texture on the palate of the second sextant, 77.7% had parotid gland hypertrophy, 66.6% had score 2 in the Registry. Periodontal Disease (PSR) and 11.1% of those examined had angular cheilitis. In phase 2: Of the 264 students who responded to the BSQ, 29 were underweight, 164 young people were

underweight, 24 underweight, while overweight was observed in 47 students. Regarding the questionnaire 25 (9%) presented some degree of body image distortion disorder, among which 80% were female and 20% were male. **Conclusions:** Regurgitation episodes associated with poor nutrition and poor oral cavity hygiene were found, favoring the appearance of oral alterations. The main manifestations found were: dental erosion (22.2%), parotid salivary gland hypertrophy (77.7%), Simplified Periodontal Record (PSR) score 2 (66.6%) and angular cheilitis (11.1%). . It is essential to instruct the dentist to recognize such manifestations, to work with a multidisciplinary approach aimed at improving the quality of life of young people, treating the sequelae and helping them to overcome their needs. The major limitation of the study was the referral of these young people for treatment.

Keywords: Eating disorders. Oral manifestations. Oral health.

RESUMEN

Introducción: los trastornos alimentarios son trastornos psiquiátricos debilitantes caracterizados por un trastorno persistente en los hábitos alimentarios o en los comportamientos de control de la masa corporal. **Objetivo:** evaluar, entre los adolescentes de tres escuelas secundarias públicas de Natal-RN, la prevalencia de los trastornos alimentarios y describir las manifestaciones dentales relacionadas. **Metodología:** Estudio de dos fases utilizando un cuestionario de forma corporal autoadministrado-BSQ para seleccionar la muestra. Los seleccionados fueron sometidos a una evaluación basada en el historial médico previo y el examen dental para diagnosticar las manifestaciones orales presentes. Resultados: Fase 1: De los 231 estudiantes que respondieron el cuestionario, se seleccionaron 9. En el examen clínico se observó que el 22.2% de los sujetos tenían una pérdida inicial de la textura de la superficie dental en el paladar del segundo sextante, el 77.7% tenía hipertrofia de la glándula parótida, el 66.6% tenía una puntuación de 2 en el Registro. La enfermedad periodontal (PSR) y el 11,1% de los examinados tenían queilitis angular. En la fase 2: de los 264 estudiantes que respondieron al BSQ, 29 tenían bajo peso, 164 jóvenes tenían bajo peso, 24 tenían bajo peso, mientras que se observó sobrepeso en 47 estudiantes. En cuanto al cuestionario 25 (9%) presentó algún grado de trastorno de distorsión de la imagen corporal, entre los cuales el 80% eran mujeres y el 20% hombres. **Conclusiones:** se encontraron episodios de regurgitación asociados con una nutrición deficiente y una mala higiene de la cavidad oral, lo que favorece la aparición de alteraciones orales. Las principales manifestaciones encontradas fueron: erosión dental (22.2%), hipertrofia de la glándula salival parótida (77.7%), puntaje 2 del registro periodontal simplificado (PSR) (66.6%) y queilitis angular (11.1%). . Es esencial instruir al dentista para que reconozca tales manifestaciones, para trabajar con un enfoque multidisciplinario dirigido a mejorar la calidad de vida de los jóvenes, tratar las secuelas y ayudarlos a superar sus necesidades. La principal limitación del estudio fue la derivación de estos jóvenes para recibir tratamiento.

Palabras clave: Trastornos alimenticios. Manifestaciones orales. Salud bucal.

Introdução

Em busca do padrão estético de beleza corporal exigido pela sociedade contemporânea, que associa magreza e beleza à juventude, as desordens alimentares apresentam-se como uma das respostas à busca frenética pelo corpo perfeito, em detrimento dos transtornos fisiológicos e psicológicos¹.

Essas desordens alimentares, são caracterizadas por um distúrbio persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos de controle de massa corporal. São também definidos como desvios do comportamento alimentar, que podem levar, por exemplo, ao emagrecimento extremo².

Esses transtornos alimentares fazem parte de um grupo de transtornos mentais potencialmente fatais, entre os quais destacam-se a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, que atingem principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo ocasionar graves danos biológicos, psicológicos e odontológicos³.

A anorexia define-se como uma aversão à comida, devido a causas psicológicas com diminuição do apetite, que levam a uma perda de peso severa. As principais características da anorexia são: evitar a comida, ter peso baixo (15-30% abaixo do peso normal, ou valor considerado saudável); uma imagem corporal distorcida, preocupação com calorias, medo de ganhar peso; vômitos e exercício excessivo; amenorreia e perda de interesse sexual nas mulheres⁴.

Segundo o DSM - V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), a anorexia nervosa pode apresentar dois tipos clínicos, conhecidos como restritiva e purgativa⁵. Durante os últimos três meses, no tipo restritiva, o indivíduo não se envolve em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas), sendo a perda de peso conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo. Por outro lado, no tipo purgativa, o indivíduo está envolvido em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa nos últimos três meses⁶.

A bulimia nervosa é mais difícil de ser reconhecida, pois os indivíduos em geral sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas. Nesses casos, a compulsão alimentar normalmente ocorre em segredo ou da maneira mais discreta possível, não apresentam sinais da doença e a maioria está em seu peso normal^{2,3}, caracterizando-se por uma ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos, com pouco ou nenhum prazer, alternando-se com comportamentos dirigidos a evitar o ganho de peso, como por exemplo, vomitar, usar excessivamente laxantes e diuréticos, além de submeter-se a períodos de restrição alimentar severa ou prática de exercício físico intenso.

Tais comportamentos devem-se ao medo mórbido de engordar, associado a fatores biológicos, psicológicos e familiares que também têm um peso importante^{7,8,9}. A confirmação diagnóstica se dá, caso estes quadros se repitam, em pelo menos duas vezes por semana por um período de 3 meses¹⁰. De acordo com a Organização Mundial da Saúde -OMS, numa amostra de 21.124 pessoas em 14 países diferentes, as estimativas médias de prevalência vitalícia da bulimia nervosa são de 1%. A incidência de novos casos de bulimia nervosa é relatada como sendo pelo menos 12 por 100.000 indivíduos por ano, surgindo em média aos 20 anos. Evidências mostram uma disparidade entre o número de pacientes do sexo masculino e feminino com distúrbios, sendo mais prevalente em pacientes do sexo feminino. A incidência de desordens alimentares, excetuando-se a obesidade, aumenta com a melhoria da condição socioeconômica¹¹.

Já a anorexia nervosa, estima-se que acometa 1% das mulheres entre 12 e 25 anos, sendo mais comum também em indivíduos da classe econômica alta, sua incidência varia de 0,24 a 7,3 casos para cada 100.000 indivíduos por ano, com a faixa etária média de surgimento entre 14 e 18 anos¹². O perfil epidemiológico desses pacientes revela baixa autoestima, depressão, sentimento de culpa, insegurança, vergonha e ansiedade¹³. Em função dos quadros psiquiátricos, os pacientes com bulimia nervosa obtêm prognóstico pior quando comparados aos pacientes anoréxicos¹⁴. Além disso, os pacientes do tipo purgativo apresentam com frequência

calos na parte posterior da mão e dedos, devido a sua introdução na boca para induzir o vômito, denominando-se Sinal de Russell ⁹.

As primeiras manifestações clínicas da bulimia surgem normalmente, seis meses após o aparecimento da doença e, em grande parte das situações, a cavidade oral é o local em que se revelam primeiro. No entanto, o aparecimento, a ocorrência e a gravidade destes sinais clínicos dependem do tipo e da duração do transtorno¹⁵.

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 perimólise, tendo uma prevalência maior pelas faces palatinas de incisivos superiores, havendo 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 submandibulares¹⁶.

Essas manifestações bucais são causadas por uma higiene oral deficiente, falta de vitaminas, ingestão crônica de hidratos de carbono (HC), pela compulsão alimentar, pouca salivagem (xerostomia), ansiedade e também pela acidificação da saliva causada pelos vômitos, devido ao pH ácido do suco gástrico desses pacientes que regurgitam frequentemente¹.

Sendo assim, o Cirurgião-Dentista pode ser um dos primeiros profissionais da área da saúde a identificar e diagnosticar os transtornos alimentares, devendo estar apto para reconhecer seus sinais e sintomas, como também estar preparado para um manejo adequado do paciente¹⁷. Buscou-se nesse trabalho uma maior compreensão a respeito dos transtornos alimentares, suas manifestações orais e como tratá-las. Dessa forma, pelo fato da juventude ser um período propenso ao desenvolvimento da insatisfação do próprio corpo, podendo levar a desordens alimentares, essa pesquisa é importante para auxiliar os profissionais da Odontologia na identificação e tratamento das lesões orais decorrentes das desordens alimentares nessa fase.

Sendo assim, essa pesquisa buscou avaliar, dentre adolescentes, os que têm transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa), descrever todas as

manifestações odontológicas além de investigar a associação dos achados odontológicos com os tipos de transtornos.

Metodologia

Estudo descritivo realizado em três escolas públicas de ensino médio na cidade de Natal-RN com uma amostra de conveniência formada por alunos das referidas escolas, em dois momentos, sendo o primeiro momento, considerado um estudo piloto, realizado em uma das escolas e posteriormente foi realizado em mais duas instituições de ensino, com a finalidade de se ampliar o estudo sobre transtornos alimentares e entender sua distribuição neste ciclo de vida.

Foram considerados critérios de inclusão: escolares, de ambos os sexos, cursando o ensino médio na faixa etária da adolescência e que apresenta transtornos alimentares. Como critérios de exclusão foram levados em conta aquelas pessoas que não tinham transtornos alimentares, que pertenciam a outra faixa etária e que tinham grandes perdas dentárias, onde não se podia observar os sinais de desgaste dos elementos dentários.

A coleta de dados dessa investigação procedeu-se somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e teve como número do parecer 093795/2017. Previamente à esta foi estabelecido um contato inicial com os diretores das escolas, em seguida com os estudantes, bem como seus pais ou responsáveis legais e os mesmos foram informados e esclarecidos quanto à realização dos procedimentos necessários do estudo, em cujo momento assinaram respectivamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) permitindo a participação do filho(a) e o mesmo concordando em participar da pesquisa.

Para a coleta de dados usou-se os seguintes instrumentos de coleta: o BSQ que serviu inicialmente para fazer rastreamento dos possíveis alunos com transtorno alimentar. Em seguida usou-se uma entrevista, depois os jovens preencheram um questionário sobre sua saúde e hábitos alimentares, além de submetidos a um exame

clínico odontológico, o qual avaliava quanto ao desgaste erosivo, Registro Periodontal Simplificado (PSR), inventário de xerostomia e classificação da mucosite oral, quando presente.

Devido à origem multifatorial dos transtornos alimentares e a forma silenciosa como os mesmos se apresentam, foi necessária uma triagem para identificar inicialmente os indivíduos da amostra. O instrumento de coleta usado na primeira parte da pesquisa (triagem) foi um formulário validado autoaplicável, o “Questionário Sobre o Corpo” (Body Shape Questionnaire - BSQ). Apesar desse instrumento não poder substituir uma entrevista clínica para se fazer o diagnóstico, ele serviu para seleção e recrutamento dos participantes da amostra.

O BSQ mede as preocupações com a forma do corpo, auto depreciação devido a aparência física e a sensação de estar "gorda(o)". As medidas psicométricas do BSQ são muito promissoras e essa escala é muito útil para rastrear/identificar pacientes com transtorno alimentar, uma vez que sinaliza para o reconhecimento desta condição. O mesmo é um teste de autopreenchimento com 34 perguntas para serem respondidas segundo a escala do tipo Likert com escores de 1 a 6 (1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - frequentemente, 5 - muito frequentemente, 6 - sempre). De acordo com a resposta marcada, o valor do número correspondente à opção feita é computado como ponto para a questão (por exemplo: nunca, vale um ponto, raramente vale 2 pontos e assim por diante).

O total de pontos obtidos no instrumento é a soma de cada resposta marcada e reflete os níveis de preocupação com a imagem corporal. Obtendo resultado menor ou igual a 110 pontos, é constatado um padrão de normalidade e tido como ausência de distorção da imagem corporal. Resultado entre 111 e 138 pontos é classificado como leve distorção da imagem corporal; entre 139 e 167 é classificado como moderada distorção da imagem corporal; e acima de 167 pontos a classificação é de presença de grave distorção da imagem corporal. As informações obtidas por esse formulário ajudaram na composição da amostra.

Após aplicação e análise do questionário (BSQ), os indivíduos que atingiram 167 pontos, ou mais, foram selecionados para fazer parte da amostra e convidados a responder a uma série de questões que retrataram saúde, hábitos alimentares e de vida, que tiveram por objetivos conhecer a história médica pregressa e de vida do paciente. Posteriormente foram submetidos a um exame clínico odontológico- apenas na fase 1- para diagnosticar todas as manifestações orais presentes. O exame foi realizado por um único examinador e para tal, foram utilizados espelho bucal, sonda periodontal milimetrada e da OMS previamente esterilizadas, além de gaze, espátulas de madeira e Equipamento de Proteção Individual-EPI completo para o examinador.

Para analisar a presença dos achados odontológicos optou-se por agrupar os principais índices orais em um único formulário preenchido pelo avaliador e analisado posteriormente. Este formulário/ficha clínica foi dividido em partes e constituído pelas seguintes informações: Exame Básico de Desgaste Erosivo (Basic Erosive Wear Examination – BEWE), Registro Periodontal Simplificado (Periodontal Screening and Recording – PSR), Inventário de Xerostomia (XI) e a Classificação da Mucosite Oral segundo a OMS ¹⁹.

O BEWE é um sistema de contabilização parcial, que registra a superfície mais severamente afetada em um sextante. As superfícies vestibulares, oclusal e lingual/palatina são examinadas em todos os dentes de cada sextante, mas somente é registrado o score da superfície do dente que apresentar maior valor. Com base no score “16” obtido de cada sextante é feito o somatório de forma cumulativa, e, dessa forma, obtém-se o score total do nível de risco da lesão não cariosa para cada paciente. Baseado no score total classifica-se o paciente quanto ao nível de risco para desgaste dental (sem risco, baixo risco, médio risco e alto risco).

O PSR é um método rápido e efetivo para identificar pacientes com relação às condições periodontais, resumindo as informações necessárias com o mínimo de documentação. A boca é dividida em sextantes e registra-se o código mais alto para cada sextante e também para o indivíduo após o exame de todos os dentes presentes. No Inventário de Xerostomia o paciente relata quais sintomas subjetivos de boca seca

apresenta e com base nas respostas classifica-se o grau da doença. A OMS classifica a mucosite oral de acordo com seus aspectos clínicos e as funções orais do paciente, tendo os seguintes parâmetros: escore 0 - sem alteração na mucosa; escore 1 - irritação ou eritema; escore 2 - eritema e lesões ulcerativas que ainda permitem uma dieta sólida; escore 3 - lesões ulcerativas em que o paciente se restringe a uma dieta líquida; escore 4 - quando a alimentação oral não é possível¹⁹.

Para a análise destes dados, foi utilizada a estatística descritiva, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores da mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizados e descritos de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas.

Os dois momentos de coleta de dados serão apresentados como Fase 1 (Estudo Piloto realizado em apenas uma escola) e Fase 2, realizada após análise dos dados do estudo piloto, em mais duas escolas para ampliação e continuidade da pesquisa.

Resultados e Discussão

Na fase-1 do estudo (Estudo Piloto), os resultados obtidos através do BSQ mostraram que 24 adolescentes de um total de 231, registraram mais que 167 pontos, caracterizando uma grave distorção da imagem corporal, sendo 18 meninas (75,0%) e 6 meninos (25,0%), o que sinaliza para o diagnóstico de um paciente com transtorno alimentar.

Em função desses 24 indivíduos apresentarem uma grave distorção da imagem corporal foi identificado uma maior probabilidade de possuírem algum tipo de transtorno alimentar, e por essa razão responderam o segundo instrumento de coleta que consistiu numa entrevista a fim de averiguar/aprofundar se os mesmos apresentavam algum tipo de transtorno. A análise da entrevista mostrou que 9 confirmaram o transtorno alimentar sinalizado na aplicação do primeiro instrumento, 6 afirmaram ter bulimia - 5 meninas (55,5%) e 1 menino (11,1) e 3 anorexia do tipo purgativa - todas meninas (33,3%). Desses, 33,3% são negros, 22,2% brancos e 44,4% pardos. A idade média desse grupo foi de 16,2 anos.

Dando seguimento a coleta de dados, esses 9 jovens preencheram um questionário sobre sua saúde e hábitos alimentares, além de submetidos a um exame clínico odontológico. Os resultados do questionário mostraram que 55,5% consomem diariamente bebidas ácidas o que poderia justificar a erosão observada em alguns elementos dentários.

Apesar de 22% dos entrevistados relatarem sofrer de refluxo gástrico, 100% dos participantes afirmaram realizar a escovação dentária após os episódios de vômito. Desses, 66% também fazem uso de enxaguante bucal. Foi observado que os jovens são bastante compulsivos quanto aos seus comportamentos diários, sua higiene bucal é bastante meticulosa, repetitiva, e muitas vezes realizam escovações agressivas após o ato de vomitar, podendo resultar em severa abrasão, já que o esmalte encontra-se desorganizado e pode ser facilmente removido pela abrasão durante a higiene bucal vigorosa⁹.

No que se refere à frequência dos episódios de vômito, (22%) confirmaram ser diários, chegando a ocorrer de duas a três vezes ao dia em 11% dos jovens acometidos dos transtornos. Ainda nesse aspecto, 55% revelaram manter esse hábito de 2 a 3 vezes por semana e 11,1%, uma vez na semana.

Já quando questionados sobre a realização de regime para emagrecer ou para não engordar, a maioria (55,5%) respondeu que realiza frequentemente. Em relação à prática de atividade física com a finalidade de emagrecer ou não engordar, observou-se que 33,3% raramente praticam.

Quanto ao tempo que sofrem com os distúrbios, 44,4% relataram que convivem há quase 1 ano, 11,1% há um pouco mais que 2 anos e 44,5% há aproximadamente 6 meses. 100% dos entrevistados relataram que nunca procuraram ajuda, nem fazem ou fizeram algum tipo de tratamento.

Após o questionário, foi realizado o exame clínico odontológico o qual identificou que 22,2% dos avaliados são bulímicos, que convivem com o distúrbio há mais de 1 ano, apresentaram perda inicial da textura da superfície dentária somente no segundo sextante, configurando a presença de risco quanto a erosão dentária. O restante da amostra não apresentou perda de superfície dentária. Estudos apontam

que a erosão dentária é a manifestação oral mais comum de regurgitação crônica típica de distúrbios alimentares, caracterizada por uma perda patológica, crônica, localizada e indolor do tecido dental duro submetido quimicamente ao ataque de ácidos sem o envolvimento de bactérias¹¹.

Além disso, os resultados entram em consonância com a literatura que relata que as faces palatinas dos dentes posteriores são as mais afetadas, pois o baixo fluxo salivar permite que o dorso da língua permaneça ácido¹². Nesse sentido, a gravidade e progressão da erosão não dependem apenas da frequência e duração do vômito, mas também de hábitos de higiene bucal, como a escovação logo após a regurgitação, relatada por 100% dos analisados.

Nem todos os jovens que praticam a regurgitação apresentam erosão dental (88,8%), isso porque o desenvolvimento e a severidade dessa condição fazem parte de um processo cumulativo influenciado por fatores como tempo e duração da doença, frequência dos episódios de vômito, a quantidade de saliva que neutraliza a acidez, restaura o equilíbrio natural da boca e lentamente remineraliza o esmalte dentário e a vulnerabilidade individual dos hábitos de higiene bucal^{9,12}.

O tratamento odontológico da erosão dentária em pacientes com distúrbios alimentares geralmente é iniciado tardiamente. Os pacientes somente notam a erosão dental quando elas se encontram em estados mais avançados ou quando a hipersensibilidade se torna um desconforto para alimentação e escovação. A perda de estrutura dental é irreversível, se mantendo mesmo após a cura da desordem alimentar. A neutralização dos ácidos gástricos imediatamente após o vômito, com a utilização de antiácidos, é uma medida preventiva eficaz que minimiza as perdas estruturais nos dentes^{12;13}.

O estímulo do fluxo salivar através de chicletes sem açúcar e motivar o paciente para uma boa escovação dentária e lingual usando uma escova de cerdas macias para minimizar a perda de esmalte e ajudando na remoção dos resíduos ácidos das papilas, também são métodos auxiliares para diminuição desses danos orais. Restaurações diretas em resina composta e confecção de facetas são os tratamentos reabilitadores de escolha em casos de destruição moderada e severa, respectivamente^{12, 13}.

Em indivíduos que purgam, principalmente os bulímicos, pode-se também ser observado um aumento das glândulas parótidas. Por purgar entende-se o ato de provocar o vômito após um episódio de compulsão alimentar, como um método de compensação. A ocorrência e extensão do aumento da parótida são proporcionais à duração e gravidade da purgação¹⁴. Nos estágios iniciais do transtorno alimentar, a hipertrofia da glândula parótida pode aparecer e desaparecer, que é o relatado por 77,7% dos indivíduos, onde eles descrevem uma sensação de bochecha aumentada após alguns episódios de vômito. Com o avanço do transtorno, o aumento torna-se mais persistente, podendo ser observada deformidade facial, com aparência quadrada e alargada da região mandibular, que pode se tornar um fator complicador no estado psicológico geral do paciente. Esse agravamento da hipertrofia não foi observado em nenhum dos jovens examinados.

O mecanismo de hipertrofia é atribuído a grande ingestão de carboidratos, regurgitação de ácido gástrico levando a uma alcalose metabólica, consumo maciço de grandes quantidades de alimentos (principalmente carboidratos) e má nutrição⁵. Nenhum tratamento é proposto, exceto a recomendação para bons hábitos alimentares e a paralisação dos vômitos, pois, de acordo com alguns autores, biópsias das glândulas mostram que as mesmas apresentam tecidos normais ou com presença de infiltrado inflamatório¹⁴.

Além desses sinais clínicos já citados, 33,3% dos jovens obtiveram escore 1 no Registro Periodontal Simplificado (PSR), que é caracterizado por sangramento gengival até 30 segundos após a sondagem suave, e 66,6% escore 2, que é quando há presença de cálculo supra e/ou subgengival e/ou margens restauradoras mal adaptadas (tabela 1). No exame foi observado papilas gengivais aumentadas, que podem ou estar relacionadas à constante irritação advinda dos episódios de vômito ou à deficiência da higienização bucal que ocasiona a manifestação de cálculo gengival. Alguns autores acreditam que o índice de doença periodontal se mostra aumentado nos pacientes sintomáticos, porém outros relatam que dificilmente será possível diagnosticar tal doença nesse grupo específico devido à pouca idade que geralmente os indivíduos acometidos por esses distúrbios tem^{7,15}.

Tabela 1 – Sinais clínicos bucais dos participantes da pesquisa. Natal/RN, 2018

SINAIS CLÍNICOS BUCAIS	ESCORES	n	%
Exame básico de desgaste erosivo.	Sem Risco	7	77,7
	Baixo Risco	2	22,2
	Médio Risco	0	0
	Alto Risco	0	0
Registro Periodontal Simplificado.	Escore 0	0	0
	Escore 1	3	33,3
	Escore 2	6	66,6
	Escore 3	0	0
	Escore 4	0	0
Inventário de xerostomia.	Pontuação 13	1	11,1
	Pontuação 15	3	33,3
	Pontuação 17	2	22,2
	Pontuação 18	1	11,1
	Pontuação 20	1	11,1
	Pontuação 22	1	11,1
Classificação da Mucosite oral.	Grau 0	9	100
	Grau 1	0	0
	Grau 2	0	0
	Grau 3	0	0
	Grau 4	0	0

Analisando os resultados do inventário da xerostomia, observou-se em 100% dos examinados um baixo risco quanto à severidade da secura bucal, não sendo encontrada qualquer lesão de mucosite e/ou candidose oral. Entretanto, foi identificado queilite angular em 11,1% dos participantes, sendo portanto uma das manifestações mais encontradas no estudo.

Essa manifestação, caracteriza-se por apresentar inflamação e fissuras nas comissuras labiais. Quiloses podem ocorrer como resultados da desidratação da membrana bucal ou deficiência de vitamina do complexo B. O pH ácido da saliva pode ser um irritante local e a vermelhidão da mucosa pode ser o resultado da irritação crônica dos tecidos pelos ácidos gástricos⁵. É importante manter as regiões afetadas secas. Talcos, como os de micozanol a 2% podem ser úteis no tratamento das dobras

cutâneas. Os casos leves de infecções cutâneas e paroníquia podem ser tratados com imidazol tópico ou creme de nistatina¹⁶. Embora 33,3% dos entrevistados tenham informado que consomem laxantes e/ou diuréticos para auxiliar no processo de emagrecimento com frequência de uma vez por semana, ou menos, foi observado um baixo risco quanto a severidade e relação da secura bucal, apesar do consumo excessivo de laxantes e/ou diuréticos poder causar, segundo a literatura, um decréscimo do volume total de fluídos em alguns pacientes, contribuindo para a redução do fluxo salivar e redução da capacidade tampão da saliva, mantendo desta forma, o pH reduzido⁸.

Felizmente a ausência de doenças como candidose oral e xerostomia nos jovens examinados mostra que ter um transtorno alimentar não necessariamente acarretará no aparecimento dessas doenças e que outros fatores poderão estar associados. A xerostomia poderá estar associada a longos períodos de jejum por parte dos indivíduos portadores de anorexia ou ao fato dos praticantes de regurgitação realizarem essa ação muitas vezes durante um curto período de tempo.

A literatura relata que o uso de antidepressivos no tratamento para ansiedade e depressão apresenta como efeito colateral o bloqueio de receptores colinérgicos muscarínicos acentuando o quadro de hipossalivação¹⁷. Nesse caso, o impedimento do reparo tecidual e da regeneração da mucosa oral, provocados pelos índices de má nutrição e avitaminose apresentados por pacientes com transtornos alimentares, faz com que estes indivíduos apresentem candidose oral. Entre os fatores predisponentes destacam-se o pH ácido salivar associado à regurgitação pelos pacientes ou a xerostomia devido à ineficiência do sistema tampão¹⁶.

Após o projeto piloto, o estudo foi ampliado para mais duas escolas (fase 2), onde foram analisados 264 escolares entre 13 anos e 18 anos, idade correspondente ao período de adolescência, destes 145 do sexo feminino (55%) e 119 do sexo masculino (45%). A idade média dos adolescentes foi de 14,7 anos.

Foi avaliado entre os participantes o IMC “Índice de Massa Corporal” classificando sua razão entre o peso e altura para estimar sua correlação com a composição corporal. Essa classificação se deu da seguinte forma: muito abaixo do

peso (24 participantes); abaixo do peso (entre 17 e 18,49); peso normal (entre 18,5 e 24,99); acima do peso (entre 25 e 29,99); obesidade I (entre 30 e 34,99); obesidade II - severa (entre 35 e 39,99) e obesidade III - mórbida (acima de 40).

A maioria dos jovens se encontrava em uma situação de peso normal (164 indivíduos - 62%). A situação abaixo do peso ideal estava presente em 29 jovens e muito abaixo do peso em 24 (20%), enquanto a situação de sobrepeso foi observada em 18%. Resultado a qual corrobora com a estatística feita pelo IBGE, ao reunir dados oriundos de levantamentos como a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2008 e 2009, e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) em 2012, o qual apontou sobrepeso em 20,5% dos adolescentes. Entretanto, a amostra do presente estudo diverge em relação aos dados apontados pelo IBGE no que se refere ao número de jovens abaixo do peso ideal. O presente estudo apontou 20% dos jovens avaliados em comparação a pesquisa do IBGE no qual esse percentual foi de 3,4%¹⁷.

As questões referentes ao BSQ foram avaliadas seguindo o critério da escala tipo Likert com escores de 1 a 6 (1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - frequentemente, 5 - muito frequentemente, 6 - sempre). Na aplicação do BSQ, os resultados acompanharam a proporção da fase 1 do estudo. A maioria dos entrevistados apresentou um padrão de normalidade (95% fase 1 e 91% fase 2), enquanto (4,5% fase 1 e 9% fase 2) apresentaram algum grau de distúrbios de distorção de imagem corporal, dentre os quais (75,0 % fase 1 e 80% fase 2) são do sexo feminino e (25,0% fase 1 e 20% fase 2) são do sexo masculino.

Comparando-se o BSQ e o Índice de Massa Corporal para avaliar a consequência dos distúrbios psicossociais de imagem corporal, podemos avaliar que os indivíduos classificados com leve distúrbio de imagem corporal apresentaram 33,3% de sobrepeso, participantes com moderado distúrbio apresentaram 100% de sobrepeso e os de grave distúrbio apresentaram 50% abaixo do peso ideal.

Esse cenário é proporcional e reflexivo do comportamento dismórfico exercido pela sociedade no que se refere à dificuldade de aceitação ao desvio do tido como “corpo ideal”, situação piorada ao se tratar do corpo feminino, que “obrigatoriamente” deve corresponder as formas, fórmulas e padrões desde sempre impostos.

Conclusões

As principais manifestações bucais encontradas no presente estudo, decorrentes dos transtornos alimentares foram: erosão dentária (22,2%), hipertrofia das glândulas salivares parótidas (77,7%), escore 2 no Registro Periodontal Simplificado-PSR (66,6%) e queilite angular (11,1%), resultados esses que foram reiterados por aqueles encontrados na literatura.

A maioria dos examinados afirmou ter um ou mais hábitos do tipo: frequência diária de ingestão de bebidas ácidas (55,5%) e prática de escovar os dentes logo após os episódios de vômito (100%), apresentando relevância para a erosão dentária.

Os hábitos seguidos pelos pacientes com anorexia do tipo purgativa e bulímicos, como episódios de regurgitação (prática de indução de vômitos) associados a uma má nutrição e incorreta higienização da cavidade oral, levaram à manifestação dessas alterações bucais, porém a ocorrência e severidade dependem do tipo e tempo de duração do transtorno apresentado pelo paciente.

Devido à pouca idade que os indivíduos analisados apresentavam e conseqüentemente o pouco tempo que possuíam o transtorno (88,8% declarou ter a doença há menos de 1 ano), alterações mais significativas e em maior número não foram encontradas, o que resultou na necessidade da realização/continuação de futuras pesquisas abrangendo aumento da faixa etária, maior tempo de doença e aumento do tamanho da amostra.

Considerando que a cavidade bucal é o campo de atuação clínica do cirurgião-dentista, ele deverá estar apto a reconhecer tais manifestações e, dessa maneira, trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde em uma abordagem multidisciplinar visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa afetada, tratando suas sequelas e ajudando a superar suas dificuldades psicoemocionais.

Limitações do estudo

Convém pontuar algumas limitações encontradas ao longo deste estudo, assim como realizar recomendações e sugestões para o desenvolvimento de futuros

trabalhos nessa perspectiva. Inicialmente, houve certa dificuldade no estabelecimento de parcerias com as instituições de ensino para realização da pesquisa. Primordialmente, esta seria realizada numa Instituição federal de ensino médio, em função de seu corpo estudantil se enquadrar na faixa etária pretendida pelo estudo, e principalmente, por essa instituição contar com uma equipe multidisciplinar, envolvendo, dentre outros profissionais, dentista, médico e psicólogo, que forneceriam o suporte profissional de cada área aos participantes com maior score no BSQ e/ou manifestações orais decorrentes das práticas purgativas.

Posteriormente a alternativa da realização da pesquisa nessa Instituição mostrou-se inviável, aparentemente em função da inflexível estrutura curricular dos alunos. Ainda nesse aspecto, mesmo depois de selecionadas outras escolas para realização da segunda etapa da pesquisa, o cronograma pré-estabelecido foi diversas vezes atrasado em decorrência das paralizações nacionais pela educação ou em função do incompleto quadro de professores das instituições, que inúmeras vezes, resultava na liberação dos alunos. Tudo isso acabou impossibilitando a realização dos exames intra-orais na fase 2 do estudo, embora o rastreamento dos pacientes com transtornos alimentares através dos instrumentos de coleta tenha sido concluído.

Ambas as fases do estudo foram caracterizadas por uma acentuada diminuição do número de participantes, se comparadas ao número de alunos que compõe a faixa etária contemplada e presentes no dia da entrega do questionário para a triagem/seleção iniciais - *versus* o número de estudantes que compõe a amostra final. Tal fato se deu em função da não devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável por parte dos estudantes, o que impediu a aplicação dos instrumentos de coleta de dados com esses alunos.

Frente a essas questões e considerando a relevância do estudo, é imprescindível que mais investigações sobre esta temática sejam feitas, uma vez que pesquisas nessa área são extremamente relevantes na contribuição da busca de soluções que minimizem os efeitos causados pelos distúrbios nas estruturas bucais e na saúde física e psíquica dos indivíduos portadores, além de instrumentalizar o dentista na sua clínica diária para o diagnóstico precoce desses distúrbios alimentares.

Referências

1. Barreto MJR. As manifestações orais em pacientes com transtornos alimentares [trabalho de conclusão de curso]. Natal-RN: UFRN; 2017.
2. Peixoto AL. Transtorno alimentar: entenda os aspectos que envolvem essas patologias e suas implicações nutricionais. Viçosa: A.S. Sistemas; 2012.
3. Barbería E, Cardoso C, Maroto M, Villalon G. Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. JADA. 2007;2(5):298-302.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento do CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Filadélfia: American Psychiatric Association; 2013.
6. Young W. Tooth wear: diet analysis and advice. Int. Dent. J. 2005;55(2):68-72.
7. Moor R. Eating disorder-induced dental complications: a case report. J. Oral Rehabil. 2004;31(7):725-32.
8. Farah MHS, Mate CH. Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência. Educ. Pesqui. 2015;41(4):883-898.
9. Shaw L, Smith AJ. Dental erosion – the problem and some practical solutions. Brit Dent J. 1998;186(3):115-8.
10. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry. 2013;73:904-914.
11. Little JW. Eating disorders: dental implications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002;93(2):138-43.
12. Popoff DAV, Santa-Rosa A, Paula ACF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. RGO: Rev Gaúcha Odontol. 2010;58(3):381-5.
13. Antunes SM. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia [trabalho de conclusão de curso]. Tubarão-SC: UNISUL; 2018.

14. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. Rev Odontologia UNESP (online). 2010;39(4):241-5.
15. Ferreira CP, Gama ACC, Santos MAR, Maia MO. Avaliação laríngea e vocal de pacientes com bulimia. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(4):469-77.
16. Gomes ATA, Matos KF, Lavor LQ, Pereira LFS, Macedo YVG, Cavalcante JLS, et al. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia: revisão de literatura. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2019;26(e730):1-8.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais; 2016.

Submetido em 7/8/2019
Aceito em 9/11/2019