

Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares

Participation of the dental surgeon in the interdisciplinary diagnosis and treatment of eating disorders

Carlos Augusto Galvão Barboza¹
Patrícia Diógenes de Moraes²
Maria Valdênia de Aquino Alves²
Diego Thiers Oliveira Carneiro²
Sérgio Adriane Bezerra de Moura¹

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma revisão sistemática da literatura médica e odontológica acerca dos achados clínicos dos transtornos alimentares de ordem comportamental, suas consequências sobre a saúde bucal e a importância do diagnóstico precoce por parte do cirurgião-dentista (CD). A Anorexia Nervosa resulta em uma inanição deliberada e auto-imposta devido ao medo mórbido de engordar ou no intuito de emagrecer, enquanto na Bulimia Nervosa há uma intensa e rápida ingestão de alimentos associada às ações voltadas a evitar o ganho de peso, principalmente o vômito auto-induzido. Esses distúrbios apresentam manifestações clínicas sistêmicas e ainda achados orais que podem ser detectados nos consultórios odontológicos, incluindo a erosão do esmalte, hipersensibilidade dentinária, exposição pulpar, hipertrofia de glândulas salivares, xerostomia, restaurações proeminentes sobre a estrutura dentária erodida, doença periodontal, desidratação e eritemas da mucosa, traumas na mucosa, candidose oral e queilite angular. Os pacientes acometidos pelos transtornos alimentares tendem a esconder a doença de amigos e familiares, dessa forma o CD exerce um papel fundamental no seu diagnóstico. Nesse contexto, destaca-se a importância da anamnese, do tratamento básico das alterações patológicas da boca e do encaminhamento do paciente para outros profissionais, visando a adoção de ações interdisciplinares que permitam a obtenção de resultados eficazes no tratamento destes distúrbios.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos da alimentação; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Saúde bucal

ABSTRACT

The present study consists of a systematic review of the medical and dental literature concerning the clinical findings on behavioral eating disorders, their consequences for oral health and the importance of early diagnosis by the dental surgeon (DS). Anorexia nervosa results in deliberate, self-imposed weight loss, caused by the morbid fear of gaining weight or the strong desire to lose it, whereas bulimia nervosa is characterized by an intense and rapid ingestion of food associated to actions directed at avoiding weight gain, mainly self-induced weight loss. These disorders are accompanied by systemic clinical manifestations and oral findings that may be detected in dental offices, including enamel erosion, dentinal hypersensitivity, pulpar exposure, salivary gland hypertrophy, xerostomia, prominent restorations on the eroded dental structure, periodontal disease, mucosal dehydration and erythemas, oral candidiasis and angular cheilitis. Patients affected by eating disorders tend to conceal the disease from friends and family, and for this reason, the DS plays an essential role in its diagnosis. The importance of anamnesis, basic treatment of pathological alterations of the mouth and patient referral to other professionals should be highlighted, along with the adoption of interdisciplinary actions that may lead to effective results in the treatment of these disorders.

KEYWORDS: eating disorders; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Oral health

1 - Professor Adjunto do Departamento de Morfologia e do Programa de Pós-graduação em Odontologia/UFRN, Natal, Brasil.

2 - Aluno de graduação em Odontologia e bolsista de iniciação científica do Grupo de Pesquisa em Biologia Oral - UFRN, Natal, Brasil.

Correspondência:

Carlos Augusto Galvão Barboza
E-mail: cbarboza@cb.ufrn.br

TRANSTORNOS ALIMENTARES

A sociedade contemporânea, em virtude da globalização e da exposição dos indivíduos à mídia¹, apresenta um número elevado e crescente de casos de transtornos

alimentares como Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, caracterizados por métodos drásticos de reduzir o peso corporal que comprometem seriamente a saúde dos sujeitos sintomáticos.

Apesar das dietas serem o fator comum

que antecede esses transtornos², é sabido que a sua etiologia é desconhecida embora fatores sócio-culturais (pressão social e familiar), biológicos (predisposição genética) e psicológicos (distorção da imagem corporal)³ desempenhem um papel importante no seu desenvolvimento^{4,5}. Os indivíduos afetados podem apresentar características (ansiedade, obsessão e perfeccionismo) que antecedem o surgimento da doença e esses fatores podem contribuir para o desenvolvimento e consolidação de distúrbios alimentares capazes de produzir danos importantes à saúde dos sujeitos⁶. Dessa forma, é necessário que a condução desses casos seja realizada por uma equipe de profissionais (médicos, psicólogos, nutricionistas) que privilegiam uma abordagem multidisciplinar capaz de reconhecer aspectos distintos da circunstância e elaborar protocolo de ação conjunta de forma mais efetiva^{1,7,8,9}.

A Anorexia Nervosa é um distúrbio de comportamento conceituado como inanição deliberada e auto-imposta¹⁰ devido ao medo mórbido de engordar¹¹ ou ao intuito de emagrecer. Desse modo, caracteriza-se pela diminuição do número de refeições e quantidade de alimento ingerido, visando à manutenção do peso corporal em limites inferiores ao esperado para a idade e estatura^{7,12}, resultando em um peso corporal inferior a 85% do peso normal^{1,13}. A distorção da auto-imagem aliada ao sentimento de negação do próprio estado patológico pode levar a um estado avançado de desnutrição responsável por um índice de 20% de mortalidade¹⁴.

A Bulimia Nervosa, por outro lado, é caracterizada por ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimentos¹¹ seguido de ações compensatórias e inadequadas para evitar o ganho de peso¹, dentre as quais se destacam o vômito auto-induzido (80% a 90% dos casos¹⁵), uso abusivo de laxantes, diuréticos, dietas restritas e a prática excessiva de exercícios^{13,16}.

Na literatura, a puberdade – período no qual ocorrem mudanças drásticas no corpo e na mente – é apontada como marco inicial no desenvolvimento dessas síndromes³ que acometem, principalmente, mulheres jovens na idade reprodutiva, no entanto, um pequeno número de homens também são afetados. A proporção de homens e mulheres com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa é 1:10 já que os homens

representam 5% a 10% de todos os pacientes com transtornos alimentares¹⁷. Estima-se que Anorexia Nervosa atinge cerca de 1% das adolescentes entre 13 e 20 anos ao passo que a prevalência da Bulimia Nervosa é de 2 a 4% entre mulheres adolescentes e adultas jovens¹⁰, com idade média de ocorrência aos 25 anos¹¹.

Os transtornos outrora comentados apresentam manifestações clínicas sistêmicas como anemia, amenorréia, hipotireoidismo e atrofia cerebral, e ainda reflexos e sintomas bastante visíveis na cavidade oral incluindo a erosão do esmalte, hipersensibilidade dentinária, exposição pulpar, hipertrofia de glândulas salivares, xerostomia, tatuagens de amálgama, doença periodontal, desidratação e eritemas da mucosa, traumas na mucosa, candidose oral e queilite angular¹⁸⁻²¹. Neste contexto, o cirurgião dentista costuma ser o primeiro a diagnosticar tais transtornos²², motivo pelo qual sua participação é fundamental no tratamento dos transtornos alimentares.

Partindo do exposto, esta revisão objetiva discutir os achados clínicos orais da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, suas conseqüências sobre a saúde bucal, a importância do diagnóstico precoce por parte do cirurgião-dentista e o posterior encaminhamento para outros profissionais da saúde que, através de ações interdisciplinares, permitem a obtenção de resultados eficazes no tratamento dos distúrbios alimentares de ordem comportamental.

RELAÇÕES COM A SAÚDE BUCAL

A prática do vômito induzido, unida aos movimentos habituais da língua sobre as superfícies dos dentes, provoca problemas bucais e o cirurgião-dentista é potencialmente o primeiro profissional de saúde a diagnosticar a doença, devido a perdas de substância dental. Tais perdas de substância dental são chamadas de erosão dental^{11,23}.

Diferentemente da cárie, a erosão dental não é causada pelo processamento do açúcar feito por bactérias, mas por ácidos que enfraquecem a superfície do esmalte do dente. Desse modo, a erosão dentária caracteriza-se por uma perda patológica, crônica, localizada e indolor do tecido dental duro submetido quimicamente ao ataque de ácidos sem o envolvimento de bactérias²⁴.

Há uma consonância na literatura de que a erosão dentária é a mais comum e dramática manifestação oral de regurgitação crônica típica de distúrbios alimentares^{18,20}. E, de acordo com sua intensidade e localização esta se subdivide em: classe I ou superficial é a erosão que acomete apenas a superfície de esmalte; classe II ou localizada, quando atinge menos de 1/3 de dentina; e classe III ou extensa, descreve destruições maiores de 1/3 de dentina²⁵.

Nos portadores de bulimia nervosa, as faces palatinas dos dentes superiores são mais afetadas, pois o baixo fluxo salivar permite que o dorso da língua permaneça ácido^{26,27}. A erosão se mostra moderada nas faces vestibulares desses mesmos dentes e variável nas faces oclusais e vestibulares dos dentes posteriores superiores e inferiores. As faces linguais dos dentes inferiores não são afetadas²⁸. As superfícies vestibulares dos dentes superiores não entram em contato direto com o ácido e são ainda protegidas pelo efeito neutralizante da saliva da parótida, ao passo que as superfícies linguais dos dentes inferiores são poupadas do contato com o ácido por serem cobertas pela língua² e banhadas pelo fluido oral das glândulas sublingual e submandibular.

Outra característica deste tipo de erosão é que as restaurações, tanto de amálgama como de resina composta, permanecem intactas e se projetam acima das superfícies dentais, dando à restauração o aspecto de "ilha"²⁴. Além destas proeminências, devido ao desgaste do esmalte, a dentina subjacente pode ser exposta. Esta é uma parte menos resistente do dente e conforme ela se torna exposta, os dentes podem ficar mais sensíveis. É a denominada hipersensibilidade dentinária, na qual, quando as terminações nervosas dos dentes são ativadas, uma breve e nítida dor aguda pode ser sentida em resposta a estímulos químicos, térmicos, táteis ou osmóticos²⁹, como o consumo de alimentos e bebidas (quentes, frios ou doces) ou mesmo durante a manutenção dos hábitos de higiene bucal, uma vez que o simples toque durante a escovação é suficiente para causar dor.

É importante dizer que nem todos os indivíduos que praticam bulimia apresentam erosão dental, dessa forma, a presença, o desenvolvimento e a severidade dessa condição faz parte de um processo cumulativo influenciado pelos seguintes fatores: tempo de duração da doença – alguns autores^{19,20} relatam que a erosão não

aparece até que a regurgitação esteja presente de forma contínua pelos últimos dois anos –, frequência dos episódios de vômito³⁰, a quantidade de saliva (que neutraliza a acidez, restaura o equilíbrio natural da boca e lentamente remineraliza o esmalte dentário), a vulnerabilidade individual²³ dos hábitos de higiene bucal, que são metódicos, repetitivos e seguidos a regurgitação, podendo levar ao sinergismo do efeito erosivo com o efeito mecânico da escovação²⁵.

O quadro das desordens alimentares ainda pode ser acompanhado de outras alterações bucais, como hipertrofia de glândulas salivares (particularmente a parótida), xerostomia, doença periodontal, mucosite (principalmente no palato), traumas da mucosa, candidose oral e quelite angular^{7,19,21}.

A xerostomia está associada a longos períodos de jejum por parte dos indivíduos portadores de anorexia ou ao fato dos praticantes da bulimia deglutirem rapidamente, durante ataques de hiperfagia, reduzindo a estimulação das glândulas salivares. Além disso, o uso de antidepressivos tricíclicos no tratamento de pacientes com transtornos alimentares, bem como da depressão e da ansiedade³¹, apresenta como efeito colateral o bloqueio de receptores colinérgicos muscarínicos (M1), acentuando o quadro de hipossalivação, o qual se caracteriza não por uma alteração na secreção da glândula salivar, mas sim por quantidades um tanto menores de saliva secretada³². Em função dessa deficiência no fluxo salivar, sobretudo se for acentuada, o indivíduo pode apresentar halitose, dificuldade de deglutição e fonação, alterações do paladar, ressecamento da mucosa, além de redução das propriedades protetoras da saliva, como a limpeza mecânica, a capacidade tampão e a remineralização dos dentes.

Em alguns casos pode haver hipertrofia da glândula parótida, cuja incidência unilateral ou bilateral das glândulas oscila de 10 a 50%³³. O inchaço é geralmente assintomático e intermitente e sua etiologia não é definida, podendo ser atribuída a vários mecanismos como: a alcalose metabólica, a regurgitação do conteúdo gástrico ácido, ao rápido consumo e de maciças quantidades de comida (especialmente carboidratos) e a desnutrição³⁴.

O índice de doença periodontal se mostra aumentado nos pacientes

sintomáticos, sendo mais comum em pacientes com anorexia nervosa do que em pacientes bulímicos³⁵ principalmente pelo fato dos pacientes com bulimia nervosa apresentarem uma imagem corporal mais realista, de modo a cuidarem mais de sua aparência, incluindo um maior cuidado com a higiene oral quando comparados a pacientes anoréxicos³⁶. O periodonto pode estar afetado com papilas gengivais aumentadas devido à irritação constante advinda do vômito ácido. De modo semelhante, pode-se observar irritação na mucosa bucal. Além disso, ambos podem também ser afetados pelo uso de medicamentos como os anticolinérgicos cujo uso prolongado produz aumento da papila gengival e xerostomia^{10,37}, capaz de resultar na desidratação dos tecidos periodontais, situação que pode ser exacerbada pela deficiência protética³⁸.

Os casos de mucosites (degeneração progressiva do epitélio de revestimento das mucosas) estão associados, portanto, a irritação provocada pela força de regurgitação, medicação e ainda traumas causados pela rápida ingestão de alimentos e/ou pelo ato do vômito induzido por objetos ou dedo que podem causar ferimentos e conduzir ao desenvolvimento de cicatrizes e calos característicos na mucosa e no dedo²³.

Os pacientes com transtornos alimentares apresentam índices de má nutrição e avitaminose devido a uma dieta inadequada, pobre em vitaminas e sais minerais, fato que impede o reparo e o potencial de regeneração da mucosa oral³³ fazendo com que estes indivíduos apresentem alterações bucais como a candidose oral, uma infecção secundária decorrente de alterações no meio bucal que podem causar um desequilíbrio na microflora residente, favorecendo o supercrescimento de *Candida*. Entre os fatores predisponentes destaca-se o pH ácido salivar associado à regurgitação pelos bulímicos ou a xerostomia devido à ineficiência do sistema tampão. Ademais, a deficiência nutricional em ferro ou ácido fólico e possíveis traumas podem facilitar a invasão epitelial por hifas de *C. albicans*, favorecendo, principalmente, o desenvolvimento do tipo queilite angular, a qual se caracteriza por fissuras nas comissuras labiais^{18,39}.

PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA CONDUTA CLÍNICA DO PACIENTE

Com base nos efeitos sobre a saúde bucal, anteriormente discutidos nesse artigo e ciente da estreita relação profissional-paciente gerada através das freqüentes visitas ao cirurgião-dentista, esse pode ser o primeiro a diagnosticar a ocorrência de transtornos alimentares em seus pacientes, visto que os portadores tendem a esconder a doença de amigos e familiares^{20,40}. Daí também a necessidade de se conseguir a confiança do paciente, uma vez que isto se dará no decorrer do tratamento (quando a dor for aliviada, restaurações temporárias forem feitas e a aparência facial for melhorada²), auxiliando, assim, na adesão a abordagem terapêutica.

A observação dos sinais odontológicos deve ser acompanhada de uma anamnese detalhada com perguntas que visam conhecer melhor os hábitos alimentares, auto-estima, preocupação exacerbada com o peso corporal e outros fatores relacionados aos distúrbios, além de contribuir para a conquista da confiança do paciente⁴¹. O cirurgião-dentista também deve estar atento à presença de sinais como lesões no dorso da mão (Sinal de Russel), glândula parótida aumentada e feridas na orofaringe⁴² que podem estar intimamente relacionadas ao vômito auto-induzido.

Após a conclusão do diagnóstico, o tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, nutricionistas, psicoterapeutas^{2,7,8,9} e cirurgiões-dentistas. Acompanhamento médico devido às alterações sistêmicas causadas, avaliação nutricional para reeducar a alimentação através da criação de um padrão de regularidade das refeições^{1,2}, e suporte psicológico para que o paciente possa lidar com o distúrbio e algumas alterações como depressão, ansiedade, suicídio e uso de drogas e álcool¹ e aceitar o tratamento^{9,42}.

Ao cirurgião-dentista compete, inicialmente, a educação do paciente, alertando-o sobre os riscos das escovações excessivas imediatamente após o vômito, uma vez que esmalte dentário encontra-se parcialmente desmineralizado devido ao ataque ácido^{28,43}. Devem-se prescrever bochechos com água e bicarbonato de sódio logo após a regurgitação para neutralizar o pH do ambiente bucal^{44,45}, também é interessante que durante a higiene oral sejam utilizados escovas macias e cremes dentais com alta concentração de flúor e com baixa abrasividade⁴⁵, realizando-se movimentos circulares em vez de

horizontais visando atenuar a erosão dentária².

Ademais, o uso de goma de mascar ou cera estimula o fluxo salivar contribuindo para o conforto do paciente ao lubrificar os tecidos orais e proporciona um meio alcalino indispensável para o processo de remineralização².

Entre os cuidados emergenciais destaca-se a proteção do complexo dentinopulpar exposto, com a utilização de cimentos de ionômero de vidro⁵ vernizes fluoretados, ou se necessário, tratamento endodôntico, visando o alívio da hipersensibilidade dentinária. Além disso, a educação do paciente consiste no aconselhamento dietético para evitar a ingestão de bebidas e alimentos ácidos^{8,39,44,46}, além dos cariogênicos⁴¹ já que há um aumento do risco associado a cárie.

O tratamento restaurador tem como objetivo elevar a auto-estima do paciente ao melhorar a estética, auxiliando, portanto a terapêutica psicológica⁴⁵. Afinal, aquele plano de tratamento depende do desconforto relatado pelo paciente e da extensão, gravidade e profundidade das lesões⁴¹, sendo as coroas de cerâmica pura, cimentadas sobre a dentina remanescente com material adesivo, uma boa alternativa em casos onde o paciente continua a provocar o vômito⁴⁷, pois a permanência do pH ácido garante o insucesso das restaurações diretas³⁷.

Portanto, o cirurgião-dentista deve procurar estar familiarizado e suficientemente informado a respeito das condições características da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa, com a finalidade de estar apto a estabelecer a melhor estratégia de tratamento para o paciente⁴⁰. Tendo habilidade para fornecer e explicar os cuidados preventivos e a positiva ação multiprofissional no caso. De modo que, o paciente ganhe uma maior confiança no dentista e, apesar das comuns recaídas durante o tratamento, este adquira ao regime prescrito. Sendo a confiança construída na medida em que a dor for aliviada, restaurações temporárias forem feitas e a aparência facial for melhorada².

CONCLUSÃO

Compete ao cirurgião-dentista abordar o paciente e sua saúde de forma integral e sistêmica a fim de investigar e certificar-se que as manifestações orais e outros sinais

são realmente reflexos da Anorexia Nervosa e/ou da Bulimia Nervosa. É fundamental que CD não se detenha apenas nas alterações bucais, mas possa atentar para o reconhecimento das verdadeiras causas das injúrias, através do encaminhamento dos indivíduos sintomáticos para outros profissionais de saúde capacitados. Neste contexto, o diagnóstico precoce aliado ao tratamento interdisciplinar é indispensável para um prognóstico favorável, visto que os distúrbios alimentares de ordem comportamental apresentam alta taxa de mortalidade e atingem um número significativo de indivíduos na sociedade contemporânea.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GT, Karlis V. Eating disorders in the female patient: pathophysiology and treatment strategies. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2007; 19:173-85.
2. Faine MP. Recognition and management of eating disorders in the dental office. *Dent Clin North Am* 2003; 47:395-410.
3. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord*. 2009; 43:59-64.
4. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psych* 2000; 157:1-39.
5. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J* 1999; 186:109-13.
6. Attia E. Anorexia nervosa: current status and future directions. *Ann. Rev. Med.* 2010; 61:7.1-7.11.
7. Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating disorders - part I: psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract* 2008; 9:73-81.
8. Balata P, Colares V, Petribu K, Leal MC. A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão. *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2008; 74:447-51.
9. Seabra BGM, Almeida RQ, Ferreira JMS, Seabra FRG. Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. *Rev Bras Patol Oral* 2004; 3:195-98.
10. Castro JM, Goldstein SJ. Eating attitudes and behaviors of pre- and post-pubertal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiol Behav* 1995; 58:15-23.
11. Traebert, J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol. Bras* 2001; 15:359-63.
12. Teixeira Neto F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
13. Position of the American Dietetic Association. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc* 2001; 101:810-9.
14. Bussadori SK. Manual de odontohebiatria. São Paulo: Editora Santos, 2005.
15. Kriepe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin N Am* 2000; 84:1027-49.
16. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in

- bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106:696-707.
17. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin L, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001; 158:570-4.
 18. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J* 2005; 50:6-15.
 19. Lifante-Oliva C, López-Lornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hygiene* 2008; 6:119-22.
 20. Little JW. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:138-43.
 21. De Moor RJG. Eating disorder-induced dental complication: a case report. *J Oral Rehabil* 2004; 31:725-32.
 22. Aranha AC, Domingues FB, Franco VO, Gutknecht N, Eduardo CP. Effects os Er: YANG and Nd: YAG lasers on dentin permeability in root surfaces: a preliminary in vitro study. *Photomed Laser Surg* 2005; 23:504-8.
 23. Bouquot JE, Seime RJ. Bulimia nervosa: dental perspectives. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1997; 9:655-63.
 24. Baratieri LN. *Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Editora Santos, 2001.
 25. Caldeira TH, Napole RCD, Busse SR. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia nervosa. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent* 2000; 54:465-7.
 26. Curzon ME, Hefferren JJ. Modern methods for assessing the cariogenic and erosive potential of foods. *Br Dent J* 2001; 91:41-6.
 27. Rytomaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand* 1998; 56:36-40.
 28. Robb ND, Smith BG. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. *J Dent* 1996; 24:7-16.
 29. Jacobsen PL, Bruce G. Clinical dentin hypersensitivity: understanding the causes and prescribing a treatment. *J Contemp Dent Pract* 2001; 2:1-12.
 30. Milosevic A, Dawson LJ. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. *Caries Res* 1996; 30:361-6.
 31. Russel GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9:429-48.
 32. Tylenda CA, Roberts MW, Elin RJ, Li SH, Altemus M. Bulimia nervosa: its effects on salivary chemistry. *J Am Dent Assoc* 1991; 122:37-41.
 33. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50:1122-5.
 34. Levin PA, Falko JM, Dixon K, Gallup EM, Saunders W. Benign parotid enlargement in bulimia. *Ann Intern Med* 1980; 93:827-9.
 35. Bretz WA. Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. What is the evidence? *J Evid Base Dent Pract* 2002; 2:267-72.
 36. Brown S, Bonifazi DZ. An overview of anorexia e bulimia nervosa, and the impact of eating disorders on the oral cavity. *Compend Contin Educ Dent* 1993; 14:1594-1608.
 37. Hazelton LR, Faine MP. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont* 1996; 9:65-73.
 38. Roberts MW, Tylenda CA. Dental aspects of anorexia and bulimia nervosa. *Pediatrician* 1989; 16:178-84.
 39. De Lorenzo JL. *Microbiologia para o estudante de Odontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
 40. Neeley WW. 2nd, Kluemper GT, Hays LR. Psychiatry in orthodontics – part 1: typical adolescent psychiatric disorders and their relevance to orthodontic practice. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129:176-84.
 41. Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pract* 2008; 9:89-96.
 42. Mahan LK, Stump SE. Nutrição na adolescência. In: Mahan KL, Escott-Stump S. Krause - Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9. ed. São Paulo: Editora Roca, 1998. p. 279-83.
 43. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997; 21:195-9.
 44. Shaw L, Smith AJ. Dental erosion - the problem and some practical solutions. *Brit Dent J* 1999; 186:115-8.
 45. Burke FJT, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: implications for the practicing dentist. *Brit Dent J* 1996; 180:421-6.
 46. Pegoraro CN, Sakamoto FFO, Domingues LA. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000; 54:156-61.
 47. Burke FJT. Treatment of loss of tooth substance using dentine-bonded crowns: relate of case. *Dent Update* 1998; 25:234-40.

Recebido em 06/04/2010

Aceito em 25/07/2010