



# Erosão dentária causada por ácidos intrínsecos

*Dental erosion caused by intrinsic acids*

**Caroline de Vasconcelos Amendola de Souza**  
Mestranda em Clínica Odontológica pela Unesa

**Katlin Darlen Maia**  
Doutora em Odontologia Social pela UFF  
Professora Adjunta da Uerj  
Professora do Mestrado em Clínica Odontológica da Unesa

**Mariana Passos**  
Doutoranda em Educação em Ciências e Saúde pela UFRJ  
Professora da Disciplina de Saúde Bucal e Sociedade da Unesa

**Sérgio de Carvalho Weyne**  
Doutor em Odontologia pela UFRJ  
Professor do Mestrado em Clínica Odontológica da Unesa

**Inger Campos Tuñias**  
Doutora em Clínica Odontológica pela FOP/Unicamp  
Professora do Mestrado em Clínica Odontológica da Unesa

## Resumo

Lesões não cáries caracterizam-se pela perda irreversível de tecido dental duro, sem envolvimento bacteriano, e compreendem: abfração, atrição, abrasão e erosão. No caso da erosão dentária, essa perda de tecido ocorre por ação de ácidos de origem extrínseca – dieta – e/ou intrínseca – distúrbios somáticos, psicossomáticos. Por ser uma condição cada vez mais frequente na população, este trabalho visa discutir a etiologia, o diagnóstico e as características da erosão dentária intrínseca, salientando a importância do cirurgião-dentista em seu diagnóstico. Sendo assim, o profissional deve estar apto a identificar tais lesões, correlacionando-as com as informações obtidas na anamnese para assistir seu cliente da melhor maneira possível, ou seja, encaminhando-o a um especialista e/ou através de intervenções odontológicas.

**Palavras-chave:** erosão dentária; bulimia nervosa; refluxo gastroesofágico.

## Abstract

*Non carious lesions are defined as the loss of hard dental tissue without bacterial involvement and they comprise abfraction, attrition, abrasion and erosion. In dental erosion, the damage in the hard dental tissue happens by the action of extrinsic and/or intrinsic acids. Because of its growing occurrence in the population, this paper objective is to discuss etiology, diagnosis and characteristics of the intrinsic erosion, highlighting the dentist importance on that diagnosis. Thus, dentists must be able to identify such lesions correlating them with the information gotten in anamnesis to assist his client directing him to a specialist and/or through odontological interventions.*

**Keywords:** intrinsic erosion; nervous bulimy; gastroesophageal reflux disease.

## Introdução

Lesões não cáries têm sido relatadas com frequência na literatura e são definidas como: abrasão - perda de estrutura dentária por ação mecânica; atrição - perda de estrutura dentária pela mastigação normal ou bruxismo; abfração - perda patológica de tecido dentário duro por forças biomecânicas) e erosão (corrosão) - perda de tecido dentário por ação de substâncias ácidas de origem intrínseca ou extrínseca (1, 4, 6, 7, 14, 15, 16, 18, 25, 26).

Por ter aspecto clínico semelhante e etiologia multifatorial, o diagnóstico dessas lesões torna-se difícil (6, 15, 21). Por isso, é fundamental que, previamente ao exame clínico detalhado, seja feita uma anamnese adequada, com a finalidade de detectar a principal causa da lesão e utilizar táticas preventivas e abordagens terapêuticas corretas (8, 11, 26, 28). A queixa mais frequentemente relatada pelos clientes é o comprometimento estético, logo em seguida, a sensibilidade dentinária. Porém ambas as queixas dependem do grau de destruição dentário (2, 3, 4, 6, 7, 10, 18, 25, 27).

Geralmente, as lesões não cáries acometem, preferencialmente, a região cervical da face vestibular dos elementos dentários. No entanto, algumas lesões, como erosão e atrição, podem acometer outras regiões/faces dos dentes (4, 25). A maior prevalência dessas lesões encontra-se em adultos e idosos, uma vez que estão expostos há mais tempo ao desgaste dentário fisiológico, porém são encontradas, não raramente, em crianças (6, 7).

A erosão dental é dividida em extrínseca e intrínseca. A extrínseca é causada por ácidos provenientes, principalmente da dieta. A intrínseca é resultado de distúrbios psicossomáticos e/ou refluxo gastroesofágico (1, 3, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 17, 18, 25, 26, 27). A localização das lesões vai depender da etiologia, quando extrínseca há predileção pela face vestibular, enquanto a etiologia intrínseca provoca desgaste, com maior frequência, nas faces palatina e oclusal (1, 5, 10, 29).

O objetivo desta revisão de literatura é discutir a etiologia, diagnóstico e características da erosão intrínseca.

## Revisão da Literatura

MEURMAN *et al.* (20) buscaram correlacionar sinais e sintomas orais em clientes portadores de refluxo gastroesofágico. Puderam concluir que a severidade do refluxo não estava associada com nenhum sintoma na boca e/ou faringe; o consumo de substâncias ácidas por clientes com refluxo não interferia na presença ou não de lesões dentárias do tipo erosão, no entanto, o

refluxo gastroesofágico severo de longa duração mostra-se potencialmente nocivo para os elementos dentários, enquanto que àqueles menos agressivos não causariam tais lesões.

Em 1995, SCHROEDER *et al.* (26) realizaram um estudo com a finalidade de determinar a relação entre refluxo gastroesofágico e erosão dentária, para tanto, mediram durante 24 horas o pH do esôfago. Concluíram que a erosão dentária é um achado comum em pacientes que apresentam refluxo, sendo esta, uma manifestação atípica da doença.

Também em 1995, GUDMUNDSSON *et al.* (16) tentaram relacionar refluxo gastroesofágico com erosão dentária. Para isso, mediram o pH do esôfago e da boca de clientes com e sem refluxo por 24 horas e avaliaram a qualidade da saliva. Ao final do estudo, concluíram que o pH da cavidade oral não alterava durante os episódios de refluxo; longos períodos de pH ácido, em torno de 4, não tinham relação com refluxo gastroesofágico e clientes com lesões dentárias (erosão) possuíam saliva com baixa capacidade tampão.

LAZARCHIK *et al.* (17) afirmaram que a exposição crônica ao ácido gástrico possui várias causas, podendo causar lesões em tecidos duros e moles da cavidade oral, sem, no entanto, apresentar lesões patognomônicas. Declararam também que a erosão dentária pode ser considerada a principal manifestação oral do refluxo gastroesofágico. No entanto, seu diagnóstico é difícil, pois lesões não cariosas têm etiologia multifatorial e fatores como qualidade da saliva pode interferir no processo.

Trabalho realizado por GANDARA *et al.* (14) ratifica a impor-

tância do diagnóstico correto e precoce da erosão dentária, visando à prevenção de danos irreversíveis à dentição. Buscaram diferenciar as lesões que se assemelham a erosão: abrasão, atrição e abfração e expor a responsabilidade dos profissionais no diagnóstico dessas lesões.

Os autores BARTLETT *et al.* (5) objetivaram em seu estudo mensurar a pressão e extensão do esfíncter esofágico baixo e a motilidade esofágica em clientes com e sem erosão dental e refluxo gastroesofágico, para ao final comparar os resultados. Concluíram que a pouca motilidade esofágica é um fator de risco para a erosão dentária ocasionada por regurgitações.

TRAEBERT *et al.* (28) buscaram, em seu trabalho, expor os primeiros sinais e sintomas da anorexia e bulimia nervosas com o intuito de familiarizar os cirurgiões-dentistas (CDs) com essas doenças, uma vez que tais profissionais podem ser os primeiros a diagnosticá-las através de lesões dentárias erosivas.

Estudo realizado por AW *et al.* (4) buscou analisar características das lesões não cariosas – abrasão, erosão, atrição e abfração. Ao final, os autores puderam concluir que todas têm profundidade e largura pequenas, menores que 2 mm, geralmente assintomáticas e com predileção por molares superiores e, principalmente, primeiros pré-molares superiores.

Outro estudo realizado, em 2002, por ALI *et al.* (3), relatou que a erosão dentária pode se manifestar como uma lesão secundária a uma doença sistêmica. Na dentição permanente pode ser a primeira indicação de refluxo gastroesofágico silencioso, ou seja, aquele que não

apresenta sintomas clínicos, fazendo com que o CD tenha importante papel no diagnóstico desta doença.

MELIN *et al.* (19), também em 2002, ressaltaram a discrepância existente entre homens e mulheres com relação à manifestação dos transtornos alimentares (TA) e discutiram as semelhanças e diferenças dos TA em ambos os sexos e suas implicações na prática clínica de profissionais de saúde mental.

VALENA *et al.* (29) descreveram a natureza de desgastes dentários e locais mais afetados em situações de regurgitações frequentes e correlacionaram tais desgastes àqueles causados por ácidos de origem extrínseca. Além disso, avaliaram a distribuição da erosão em faixas etárias e sexo. Concluíram que a erosão da face lingual e da incisal dos dentes anteriores inferiores permite fazer distinção entre lesões dentárias erosivas de clientes com bulimia nervosa e refluxo gastroesofágico com aqueles que apresentam desgastes dentários por erosão extrínseca.

FAIRBURN *et al.* (12) afirmaram que a prevalência das disorders alimentares (DA) é maior em mulheres que em homens. Diferenciaram-nas em bulimia nervosa, anorexia nervosa e disorders alimentares atípicas. Os meios de diagnóstico são complexos e pouco compreendidos. Relataram que as causas podem ser genéticas, mas alguns fatores ambientais específicos podem estar envolvidos. Com relação ao tratamento, alegaram que a terapia de comportamento cognitiva mostra-se efetiva nos casos de bulimia e há pouca atenção em pesquisa em tratamentos voltados para anorexia nervosa e disorders alimentares atípicas.

MUÑOZ *et al.* (21) buscaram avaliar a prevalência de lesões cáries e periodontais em clientes com refluxo gastroesofágico. Concluíram que a erosão dentária deve ser considerada uma manifestação extraesofágica do refluxo gastroesofágico e lesões cáries e periodontais não parecem ter nenhuma relação com o refluxo gastroesofágico.

Em trabalho realizado no ano de 2003, MEHLER (18) dissertou sobre a bulimia nervosa e a necessidade de tratamento, a partir de um caso clínico de uma cliente que, ao exame físico e laboratorial, apresentava-se normal. No entanto, relatava o hábito da ingestão alimentar com posterior regurgitação, aproximadamente, cinco vezes ao dia. O tratamento proposto consistia em terapia de comportamento cognitiva e administração de medicamentos.

SEABRA *et al.* (27) discorrem sobre a importância do conhecimento dos sinais e sintomas de DAs como a anorexia e bulimia nervosas pelos CDs, já que estes profissionais podem ser os primeiros a chegar ao diagnóstico de tais distúrbios psicossomáticos, através do desgaste dentário (erosão) presente na maioria dos clientes portadores dessas patologias.

GRIPPO *et al.* (15) propuseram uma atualização e revisão das nomenclaturas, definições e classificações das lesões das superfícies dentárias – atrição, abrasão, corrosão e abfração. Demonstraram esquema do mecanismo de formação das lesões e suas possíveis combinações, facilitando assim a comunicação entre os profissionais e seus clientes.

FRYDRYCH *et al.* (13), a partir de uma revisão de literatura, su-

geriram a realização de mais estudos na área odontológica voltados para as lesões bucais, não dentárias, causadas por consequências de DAs, como as deficiências nutricionais.

Os autores DeBATE *et al.* (10) buscaram avaliar em seu estudo o conhecimento de CDs e técnicos de higiene dental (THD) com relação as manifestações orais e físicas de DAs. O resultado obtido revelou que THDs estão mais aptos que CDs para identificar tais manifestações. A identificação das DAs permite que o profissional assegure tratamento adequado ao seu cliente, através de esclarecimentos, encaminhamento a profissionais especializados e execução de procedimentos restauradores quando indicados.

Em 2005, foi desenvolvido um protocolo por BURKHART *et al.* (8) para uso odontológico, com a finalidade de facilitar a abordagem de clientes com suspeita de bulimia nervosa, a partir do diagnóstico de erosão dentária. Propuseram antes de qualquer tratamento o diálogo e algumas formas de limitar a progressão do desgaste dentário. Também discutiram outras causas de erosão dental que não as intrínsecas.

A partir de uma revisão de literatura, ADDY (2) buscou correlacionar a hipersensibilidade dentinária com a escovação dentária e a presença de lesões não cáries: erosão, atrição e abrasão, devido à presença de retração gengival e perda de esmalte dentário, com consequente exposição de dentina nessas lesões.

ABRAHAMSEN (1) realizou um estudo que objetivou permitir rápido diagnóstico da abrasão e erosão dentária pelos CDs, através de reconhecimento de padrões patognômicos dessas

lesões em modelos de gesso, localização das lesões e quantidade de tecido dentário perdido.

BARTLETT (6) discorreu em seu artigo as etiologias da erosão dentária bem como sua combinação com atrição e abrasão. Ressaltou que maior importância deve ser dada à prevenção e ao monitoramento das lesões que a procedimentos restauradores, para manutenção da saúde oral.

Os autores PEGORARO *et al.* (25) avaliaram a prevalência de lesões não cáries em adultos e sua associação com aspectos oclusais. Concluíram que lesões cervicais, forças oclusais e facetas de desgaste estão fortemente associadas.

Os autores PARK *et al.* (24) observaram que pacientes com bulimia nervosa geralmente possuem quadro de erosão dentária, devido às regurgitações. Mas podem também apresentar hipertrofia assintomática bilateral das parótidas e este achado serve como diagnóstico diferencial para as lesões dentárias erosivas.

BARTLETT (7) afirmou que ácidos intrínsecos e extrínsecos participam do processo de desenvolvimento da erosão dentária. Nessa revisão de literatura, comparou a longevidade das restaurações como forma de monitorar a progressão das lesões. Concluiu que as melhores formas para aumentar a sobrevivência dos elementos dentários são diminuir a frequência de exposição aos ácidos, utilizar dentifrícios fluoretados e aplicação de adesivos dentinários.

DeBATE *et al.* (11) avaliaram a amplitude da compreensão de desordens alimentares por profissionais como CDs e THDs. A partir de todos os dados colhidos, concluíram que os progra-

mas de saúde bucal de THDs, nos Estados Unidos da América, dedicavam mais tempo à explicação dessas desordens aos participantes que os programas de CDs. Além disso, profissionais de saúde bucal não estão preparados para identificar, educar e esclarecer os aspectos envolvidos com as manifestações orais e sistêmicas das desordens alimentares aos seus clientes. Nesse artigo, o enfoque dele é no tempo gasto pelos dois profissionais na abordagem do tema desordens alimentares com seus clientes, da relevância deste assunto, enquanto que no de 2005, ele avalia a capacidade de identificação das desordens alimentares através do correto diagnóstico da erosão dentária.

PARANHOS (23) revisou aspectos intrínsecos da erosão dentária, mais especificamente a bulimia nervosa, e como deve ser o manejo odontológico

desses pacientes, uma vez que o CD pode ser o primeiro a suspeitar do distúrbio.

PACE *et al.* (22) afirmaram, em seu estudo, sobre a relação de refluxo gastroesofágico e erosão dentária, que o real impacto do refluxo na gênese da erosão dentária, ainda não está claro. No entanto, relatam forte relação entre ambas. Sugerem que a inspeção bucal, em busca de lesões erosivas em clientes com histórico de refluxo gastroesofágico, deva ser rotineira.

Estudo realizado por CORRÊA *et al.* (9) procuraram analisar as alterações na cavidade oral de clientes com refluxo gastroesofágico. Concluíram que estes indivíduos apresentaram maior incidência de erosões dentárias, aftas, ardência bucal, sensibilidade dentária e, menor de lesões cáries que àqueles que não tinham a doença.

## Discussão

Erosão dentária é definida como perda de substância dentária por processo químico sem a participação de bactérias. As lesões produzidas são irreversíveis e passíveis de comprometimento estético e funcional (1, 2, 3, 4, 7, 8, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27). Os ácidos envolvidos no processo de erosão dentária podem ter origem extrínseca ou intrínseca. As fontes extrínsecas derivam principalmente da dieta. Os ácidos de etiologia intrínseca são provenientes de distúrbios alimentares (bulimia nervosa) e refluxo gastroesofágico (1, 3, 5, 6, 7, 10, 15, 26).

Bulimia nervosa caracteriza-se por frequentes episódios de consumo compulsivo e excessivo de alimentos, seguidos por um ou mais métodos compensatórios impróprios para prevenir o ganho de peso como o vômito, uso abusivo de laxantes, diuréticos, jejuns prolongados e/ou excesso de atividade física (1, 6, 8, 12, 13, 18, 19, 23, 27, 28, 29). Seu diagnóstico tem aumentado significativamente na população. Antes era um distúrbio alimentar quase exclusivo do sexo feminino, com maior incidência em adultos. Atualmente, devido à grande imposição da mídia por corpos perfeitos e necessidade de aceitação pela sociedade, essa patologia tem acometido crianças e adolescentes, inclusive indivíduos do sexo masculino (8, 12, 19, 27, 28, 29).

Embora, o diagnóstico da erosão dentária seja difícil, existem dois sinais clínicos que facilitam sua determinação no caso da bulimia nervosa. São eles: sinal de Russel e hipertrofia de glândulas salivares, principalmente parótidas e, com menos frequência, as submandibulares. O si-

nal de Russel é caracterizado por lesões, no dorso da mão ou na junção do segundo metacarpo, do tipo abrasão, laceração, ferida ou calo ocasionado pelo ato de arranhar o local na borda incisal dos incisivos superiores. Algum dedo pode apresentar a unha erodida ou inflamada pela exposição ao ácido durante a regurgitação (8, 10, 13, 18, 23, 24, 27, 28). A hipertrofia das glândulas salivares ocorre devido ao constante estímulo colinérgico associado às regurgitações, ativando-as ou aumentando a retenção de zimogênio, substância precursora da amilase salivar (14, 25).

Outra causa da erosão intrínseca é o refluxo gastroesofágico, cuja definição é o relaxamento involuntário do músculo do esfíncter esofágico superior, permitindo o movimento de refluxo ácido do estômago, através do esôfago até a cavidade oral (3, 5, 6). Pode apresentar sinais e sintomas clínicos ou ser do tipo silencioso. Os sintomas mais comuns são: gosto ácido, vômitos, azia, rouquidão, sialorreia, halitose, episódios de arrotos e engasgos, tosse persistente, dor estomacal (9, 15, 18, 21, 29). No refluxo silencioso, não há ocorrência destes sintomas, porém, frequentemente, a primeira manifestação é a erosão dentária (3, 20, 22). Quando um cliente apresenta lesões dentárias compatíveis com erosão e relata todos os sintomas citados ou sabe que é portador de refluxo, a determinação do diagnóstico torna-se mais fácil. O grande desafio é a presença de lesões e o desconhecimento da doença por parte do cliente ou a sua presença, porém na forma silenciosa, ou seja, sem manifestações clínicas (16).

As lesões dentárias erosivas provocadas tanto pela bulimia


quanto pelo refluxo gastroesofágico têm como característica coloração amarelada, serem duras, lisas e côncavas, rasas e largas; restaurações adquirem aspecto de ilha, e no caso do amálgama tornam-se polidas; cúspides apresentam-se com depressões (1, 4, 6, 10, 14, 15, 17, 18, 22, 27, 28). O desgaste dentário, nessas situações, mostra-se evidente nas faces palatinas e oclusais dos dentes superiores, oclusal e vestibular dos inferiores posteriores não acometendo os elementos dentários anteriores inferiores (1, 5, 6, 14, 15, 26, 27, 28, 29).

A severidade e progressão da erosão dentária não dependem apenas da frequência e duração

dos vômitos, mas também de hábitos de higiene bucal, como escovação logo após a regurgitação, pois o esmalte encontra-se desorganizado, podendo ser removido facilmente pela abração provocada pela escovação (21, 27, 28, 29).

É fundamental que os CDs estejam familiarizados com as manifestações orais e, principalmente, sistêmicas de tais patologias, para que possam chegar a um diagnóstico correto a partir de lesões dentárias (10, 11, 26, 27), pois, muitas vezes, será a manifestação oral que permitirá o diagnóstico, como ocorre no caso do refluxo gastroesofágico silencioso.

## Conclusão

Baseado em toda literatura que sustenta esse trabalho, pôde-se concluir que as etiologias da erosão intrínseca: refluxo gastroesofágico e bulimia nervosa são relativamente frequentes na população. Clinicamente, apresentam características e localizações que justificam a origem ácida. E, portanto, o CD deve estar apto a diagnosticá-las, de forma que possa dar a melhor assistência ao seu cliente, encaminhando-o para profissionais especializados, antes de realizar tratamentos restauradores/reabilitadores. 

## Referências Bibliográficas

1. ABRAHAMSEN, T. C. The worn dentition: pathognomonic patterns of abrasion and erosion. *Int. Dent. J.*, v. 55, n. 4 Suppl 1, p. 268-76, 2005.
2. ADDY, M. Tooth brushing, tooth wear and dentine hypersensitivity—are they associated? *Int. Dent. J.*, v. 55, n. 4 Suppl 1, p. 261-7, 2005.
3. ALL, D. A., BROWN, R. S., RODRIGUEZ, L. O. *et al.* Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 133, n. 6, p. 734-7, jun., 2002.
4. AW, T. C., LEPE, X., JOHNSON, G. H. *et al.* Characteristics of noncarious cervical lesions: A clinical investigation. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 133, n. 6, p. 725-33, Jun., 2002.
5. BARTLETT, D. W., EVANS, D. F., ANGGI-ANSAH, A. *et al.* The role of the esophagus in dental erosion. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 89, n. 3, p. 312-5, Mar., 2000.
6. BARTLETT, D. W. The role of erosion in tooth wear: aetiology, prevention and management. *Int. Dent. J.*, v. 55, n. 4 Suppl 1, p. 277-84, 2005.
7. BARTLETT, D. A new look at erosive tooth wear in elderly people. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 139, n. 3, p. 252-3, Mar., 2008.
8. BURKHART, N., ROBERTS, M., ALEXANDER, M. *et al.* Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 136, n. 8, p. 1130-7, Aug., 2005.
9. CORREA, M. C. S. F., LERCO, M. M., HENRY, M. A. C. A. Study in oral cavity alterations in patients with gastroesophageal reflux disease. *Arq. Gastroenterol.*, v. 45, n. 2, p. 132-6, Apr./Jun., 2008.
10. DeBATE, R. D., TEDESCO, L. A., KERSCHBAUM, W. E. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J. Dent. Educ.*, v. 69, n. 3, p. 346-54, Mar., 2005.
11. DeBATE, R. D., SHUMAN, D., TEDESCO, L. S. Eating Disorders in the Oral Health Curriculum. *J. Den. Educ.*, v. 71, n. 5, p. 655-63, May, 2007.
12. FAIRBURN, C. G., HARRISON, P. J. Eating disorders. *Lancet*, v. 361, n. 9355, p. 407-16, Feb., 2003.
13. FRYDRYCH, A. M., DAVIES, G. R., McDERMOTT, B. M. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust. Dent. J.*, v. 50, n. 1, p. 6-15, Mar., 2005.
14. GANDARA, B. K., TRUELOVE, E. L. Diagnosis and management of dental erosion. *J. Contemp. Dent. Pract.*, v. 1, n. 1, p. 16-23, Nov., 1999.
15. GRIPPO, J. O., SIMRING, M., SCHREINER, S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited. A new perspective on tooth surface lesions. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 135, n. 8, p. 1109-18, Aug., 2004.
16. GUDMUNDSSON, K., KRISTLEIFSSON, G., THEODORS, A. *et al.* Tooth erosion, gastroesophageal reflux, and salivary buffer capacity. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 79, n. 2, p. 185-9, Feb., 1995.
17. LAZARCHIK, D. A., FILLER, S. J. Effects of gastroesophageal reflux on the oral cavity. *Am. J. Med.*, v. 103, n. 5A, p. 107S-13S, Nov., 1997.
18. MEHLER, P. S. Bulimia nervosa. *N. Engl. J. Med.*, v. 349, n. 9, p. 875-81, Aug., 2003.
19. MELIN, P., ARAÚJO, A. M. Diagnosis eating disorders in men: a clinical challenge. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 4, n. Supl III, p. 73-6, 2002.
20. MEURMAN, J. H., TOSKALA, J., NUUTINEN, P. *et al.* Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 78, n. 5, p. 583-9, Nov., 1994.
21. MUÑOZ, J. V., HERREROS, B., SANCHIZ, V. *et al.* Dental and periodontal lesions in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Dig. Liver Dis.*, v. 35, n. 7, p. 461-7, Jul., 2003.
22. PACE, F., PALLOTTA, S., TONINI, M. *et al.* Systematic review: gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, v. 27, n. 12, p. 1179-86, Jun., 2008.
23. PARANHOS, M. F. C. *Diagnóstico e intervenção odontológica em pacientes bulímicos*. RJ, 2008, 41p. Monografia (Especialização) – Centro de Estudos Odontológicos São Leopoldo Mandic.
24. PARK, M. J. Y., MANDEL, L. Diagnosing bulimia nervosa with parotid swelling. *NY State Dent. J.*, v. 72, n. 6, p. 36-9, Nov., 2006.
25. PEGORARO, L. F., SCOLARO, J. M., CONTI, C. *et al.* Noncarious cervical lesions in adults. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 136, n. 12, p. 1694-1700, 2005.
26. SCHROEDER, P. L., FILLER, S. J., RAMIREZ, B. *et al.* Dental erosion and acid reflux disease. *Annals of Internal Medicine*, v. 122, n. 11, p. 809-15, Jun., 1995.
27. SEABRA, B. G. M., ALMEIDA, R. Q., FERREIRA, J. M. S. *et al.* Effects of anorexia nervosa and bulimia nervosa on oral health. *Rev. Bras. Pat. Oral*, v. 3, n. 4, p. 195-8, out./dez., 2004.
28. TRAEBERT, J., MOREIRA, E. A. M. Behavioral eating disorders and their effects on oral health in adolescence. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v. 15, n. 4, p. 359-63, 2001.
29. VALENA, V., YOUNG, W. G. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Aust. Dent. J.*, v. 47, n. 2, p. 106-15, Jun., 2002.

Recebido em: 05/12/2008

Aprovado em: 09/12/2009

Caroline de Vasconcellos Amendola de Souza

Rua Barão da Torre, 19/1303 - Ipanema

Rio de Janeiro/RJ, Brasil - CEP: 22411-001

E-mail: carol.amendola@globo.com