

A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia



Marianna Silva de Melo

Cirurgiã-dentista

Alexandra da Silva Machado

Cirurgiã-dentista

Mestre em Patologia bucodental

Especialista em Estomatologia

Professora das disciplinas de Diagnóstico Bucal e Estomatologia das FSJ

Abulimia significa “fome de boi”, indicando voracidade, ou seja, “excesso de apetite” sendo definida por pessoas que comem compulsivamente e induzem o vômito para emagrecer ou não engordar, buscando a beleza representada pela mídia. Porém, as mulheres jovens de classes social média e média-alta são as mais atingidas, cerca de 2 a 4% são adolescentes ou estão na fase adulta.

Os fatores que levam uma pessoa que promove o ato de vomitar a procurar por tratamento odontológico é a hipersensibilidade dentinária e o comprometimento estético. Os indivíduos que desencadeiam a bulimia estão normalmente acima do peso normal, o que os deixam mais sensíveis à sua aparência física e assim ficam mais propensos a iniciarem uma dieta. Sendo uma doença muitas vezes confundida com a anorexia nervosa (AN), acreditam que a bulimia nervosa (BN) é semelhante à AN ou estão sempre associadas. Portanto, não é bem assim, são doenças individualizadas. A AN é a “perda de apetite”.

Atualmente, a BN é relatada como uma doença emocional

cujos principais fatores associados são: as características socio-culturais, familiares e individuais que geram uma ob-

sessão com o peso corporal. A coleta de dados para o diagnóstico deve ser detalhada, uma vez que as manifestações podem ser apresentadas em outras ocasiões. Portanto, o que é de suma importância para se chegar a uma conclusão final? É a anamnese, que deve conter questionamentos sobre os hábitos alimentares, possibilidades de problemas gastrintestinais, sem fazer perguntas diretas sobre a doença. Assim, pode-se descobrir a doença precocemente, impedindo a sua progressão e controlando o processo destrutivo.

Os critérios diagnósticos definidos pela *American Psychiatric Association* para diagnósticos da BN são os episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado pelos aspectos de ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares, um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (como, por exemplo, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo); comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômi-

to, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos; a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses; a autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo; o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.

Outro diagnóstico complementar pode ser a observação da calosidade na superfície dos dedos, geralmente no dedo indicador, causada pela fricção do dedo na extremidade incisal dos dentes anteriores superiores. Durante indução a regurgitação e, frequente, traumatismo, se tem como resultado desta ação a formação de calosidades nos dedos (sinal de *Crisp*) ou nas mãos (sinal de *Russell*).

As manifestações na cavidade oral demoraram de dois a quatro anos para desenvolverem, portanto o dentista será o primeiro profissional a observar e diagnosticar essa condição. As alterações bucais relacionadas à BN são: erosão dental; aumento nos índices de cáries; intumescimento das glândulas salivares, sobretudo da parótida; alterações na quantidade e qualidade da saliva, xerostomia; queilite/mucosite; bruxismo e alterações ortodônticas. Quanto à erosão é a manifestação de maior incidência, vale lembrar que o excesso de acidez na boca diminui o pH da saliva, que provocará o desgaste acentuado causando dano à estrutura do esmalte dentário, essa diminuição do pH salivar, as alterações da capacidade tampão e da viscosidade influenciam diretamente na severidade das erosões, envolvendo a super-

fície lingual e palatina dos dentes anteriores e oclusal dos dentes posteriores com envolvimento de cúspides palatinas/linguais, porém as superfícies vestibulares dos dentes superiores não entram em contato com o ácido e são protegidas pelo efeito neutralizante da saliva pela glândula parótida. Pode haver sintomatologia dolorosa aguda, ao frio, mesmo havendo retração do tecido pulpar.

A conscientização e aceitação do paciente em relação à doença bulimia são de extrema importância para o tratamento e o compromisso do mesmo com um tratamento integral envolvendo médico, psiquiatra ou psicólogo, nutricionista e o cirurgião-dentista.

Com base no diagnóstico e nos sinais clínicos das erosões, o grau dos danos aos elementos dentários é que vão determinar o tipo do tratamento. Sendo importantes as orientações adequadas ao paciente, informando não fazer escovação após o vômito, pois agrava os desgastes nos dentes. Há prescrição de bochechos com água e bicarbonato de sódio para neutralizar o pH do ambiente oral, após o vômito. O dentista pode aliviar os sintomas da hipersensibilidade dentinária com aplicação de flúor tópico semanal, confeccionar placa de mordida para o bruxismo.

Quando for diagnosticada precocemente erosão mais leve pode-se até dispensar o tratamento restaurador. Na erosão intermediária, pode-se lançar mão de um tratamento mais conservador em relação às estruturas dentárias, através de materiais adesivos diretos (resinas compostas), com a vantagem de maior conservação das estruturas dentais, um tratamento reversível e de menor custo. Em casos de erosões mais severas com envolvimento da oclusão e perda de dimensão vertical, o tratamento reabilitador protético deve ser indicado.

O tratamento restaurador deve ser usado como forma de ajudar no tratamento psicológico, uma vez que implicará com a estética, na tentativa de incentivar sua autoestima, já que muitos indivíduos com essa doença vão à procura do dentista por questões estéticas, quando há comprometimento dentário. Para os pacientes que não continuarão com hábitos de regurgitação, são mais indicadas as coroas de cerâmica pura, cimentadas sobre a dentina remanescente com material adesivo.

Já as restaurações diretas levam ao insucesso por permanecerem em ambiente extremamente ácido, por isso deve-se confeccionar placa de mordida para proteção dental nos períodos de regurgitação. No caso da xerostomia, há variações no tratamento de acordo com a condição, uma vez que a xerostomia desenvolvida é de efeitos medicamentosos, o cirurgião-dentista deve entrar em contato com o médico do paciente para chegarem a uma conclusão ao tratamento da mesma, podendo até trocar o medicamento que não afete a produção da saliva. Na perda irreversível da produção da saliva a possibilidade de minimizar o problema pode ser com uso de saliva artificial, chicletes sem açúcares e medicamentos que estimulem a salivação. Também orientações com a dieta nutricional com proteínas e vitaminas são importantes, já que os pacientes portadores da BN regurgitam todos os alimentos, eliminando vitaminas essenciais ao corpo humano. É importante ressaltar sobre o vômito que também é causado e leva a xerostomia, devido à ação ácida. É de grande valia que o paciente determine que vá parar com a indução do vômito.

Esta pesquisa tem o objetivo de enfatizar a importância do cirurgião-dentista (CD) na avaliação do paciente como um todo e não só diagnosticar e tratar os dentes isoladamente. O profissional deve saber e reconhecer suas aptidões e responsabilidades diante de cada indivíduo, que precisa de ajuda, não só do cirurgião-dentista, mas como de uma integração multidisciplinar, com a ajuda de outros profissionais da saúde.

É dever do CD investigar e certificar-se durante o exame clínico de que o desgaste dental e outros sinais, como a hipersensibilidade dentinária, são realmente provenientes da prática da regurgitação. O diagnóstico para BN é concluído quando há confirmação de que o paciente regurgita pelo menos duas vezes por semana durante três meses; demonstra excesso de preocupação com o peso corporal; há evidências da presença de calosidades dos sinais de *Crisp* (dedo indicador) e de *Russell* (mão); glândula parótida aumentada; feridas na garganta; dores abdominais; e a recusa em manter o peso acima do mínimo normal para a idade e altura.

O CD deve planejar o tratamento adequado para as alterações da doença nas estruturas bucais. Os transtornos alimentares de ordem comportamental devem ser tratados de forma interdisciplinar, sendo necessário o acompanhamento médico devido às alterações sistêmicas causadas, avaliação nutricional para reeducar a alimentação, tratamento odontológico para proporcionar uma boa saúde bucal e suporte psicológico para que o paciente possa lidar com o distúrbio e aceitar o tratamento. O CD deve estar apto para reconhecer as principais características das desordens alimentares, visando o diagnóstico, tratamento das lesões bucais e encaminhamento do paciente a um profissional competente. ●