

Professor Dr. Genilson da Silva Neto

BULIMIA NERVOSA E REABILITAÇÃO ORAL: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Bulimia nervosa é uma disfunção alimentar que se encontra entre os mais comuns problemas da sociedade contemporânea, sendo por isso, alvo de especial atenção nos últimos anos.

ABSTRACT

Bulimia Nervosa is an eating disorder characterized by binge eating and purging behaviors . It is associated to both medical and dental severe consequences . The dentist may be the first health care provider to identify the problem because of the prominence of certain oral sequelae. This article describes an oral rehabilitation of a bulimic patient with enamel erosion of the maxillary anterior teeth and poor esthetic appearance.

O termo bulimia significa literalmente “fome de boi”, indicando a voracidade com que o paciente ingere descontroladamente, grandes quantidades de alimentos, para logo em seguida auto-induzir o vômito (refluxo) (10). O intervalo de valores das calorias consumidas em cada episódio vai de 3,000 a 6,000, havendo relatos de até 20,000 calorias (2). Estes repetidos episódios são planeados e usualmente os alimentos consumidos são doces, alimentos altamente calóricos e de consistência fácil para a deglutição. Os pacientes com Bulimia nervosa (BN) sentem-se culpados pelos seus hábitos alimentares não convencionais e tentam manter em segredo a sua condição alimentar disfuncional (12). A Bulimia nervosa desenvolve-se como um desequilíbrio nutricional em conjunção com pressões e disfunções psicológicas. Pacientes portadores de bulimia nervosa esforçam-se para manter uma boa auto- imagem fazendo dietas para prevenir o aumento de peso, porém, um incontrolável desejo relacionado aos seus status nutricional e metabólico levam-nas a frequentes “farras alimentares” seguidas de episódios de vômito que aliviam o desconforto abdominal e os sentimentos de arrependimento. Estes pacientes são vítimas de baixa-auto-estima, depressão e, frequentemente, ficam envergonhados e desgostosos com os seus comportamentos desviantes. As manifestações orais da BN (sendo a erosão dentária provavelmente a mais ób-

via) (Fig.1) estão frequentemente presentes e devem ser diagnosticadas pois, por vezes, pelo facto do paciente apresentar uma aparência física normal, é o médico-dentista o primeiro a deparar-se com o problema (8), (9), (11) e (12). Além disto, outras disfunções alimentares tais como: anorexia nervosa, doença do refluxo gastro esofágico ou o uso excessivo e hábitos peculiares com alimentos ácidos, etc..., podem também provocar manifestações orais e necessitar de um diagnóstico diferencial. Por isto, e sendo a BN um transtorno grave e com baixa taxa de remissão espontânea, um tratamento integrado com abordagens multidisciplinares que incluam um acompanhamento psicoterapêutico (com envolvimento da família), orientação nutricional e acompanhamento médico-endocrinológico é a melhor indicação (5).

Epidemiologia da Bulimia Nervosa

A literatura indica que o risco para a BN está associada à idade, ao género e à etnia. A maioria destes pacientes encontra-se na fase final da sua adolescência ou são jovens adultas. Quanto ao género, 90-95 por cento dos pacientes são mulheres. Embora a prevalência da BN seja insuficientemente conhecida, a prevalência das dietas alimentares é muito alta. Um estudo realizado na Baía de São Francisco (USA) revelou que 80 por cento das jovens com idades compreendidas entre os oito e os 10 anos já tinham feito dieta alimentares. As mulheres modernas são bombardeadas com imagens irrealistas daquilo que devem parecer e do que devem obter no seu dia-a-dia. Esta realidade torna-as mais competitivas e, talvez por isso, os comportamentos bulímicos têm sido relatados como prevalentes em 10 a 20 por cento das mulheres universitárias americanas e de 8 a 20 por cento das jovens que frequentam o liceu. Embora a BN tenha sido relatada em mulheres asiáticas e afro-americanas, este tipo

de distúrbio alimentar é menos prevalente nestas populações. A BN ocorre com frequências similares na maior parte dos países industrializados e afecta um estrato socioeconómico mais alargado do que a Anorexia nervosa (3), (13) e (9).

Manifestações orais da Bulimia nervosa

Os pacientes com BN podem ser portadores de uma ou mais das seguintes manifestações orais:

- (1) Erosão dentária ou perimólise;
- (2) Cáries dentárias;
- (3) Xerostomia;
- (4) Membranas da mucosa oral e faringe traumatizadas;
- (5) Aumento das glândulas parótidas.

A mais frequente manifestação oral dos pacientes com BN é a perimólise. (Fig.2)

A perimólise é a erosão do esmalte e, mais tarde, da dentina, que compromete de maneira mais acentuada as superfícies linguais dos dentes maxilares como resultado dos efeitos químicos e mecânicos causados principalmente pela regurgitação do conteúdo gástrico (pH 3.8) e à activação dos movimentos da língua. Estas erosões são caracterizadas por (a) perda de esmalte com margens arredondadas, (b) aparência serrilhada das superfícies incisais dos dentes anteriores (c) restaurações de amálgama que parecem como ilhas mais altas e (d) perda de contorno de dentes hígidos. (13)

A perimólise é, muitas vezes, a única manifestação oral evidente em pacientes que induz vômito. Quando a dentina está exposta os dentes podem ficar com hipersensibilidade às variações térmicas e à escovagem. Além disto, mais pro-



Professor Dr. Genilson da Silva Neto

- Especialista em Prótese Dentária (UFRN) – Brasil.

- Mestre em Reabilitação Oral (USP - Bauru) – Brasil.

- Doutor em Implantologia (USC – Bauru), Brasil.

E-mail: genilsonsneto@gmail.com



Fig. 1: Perimolise



Fig. 2: Perimolise



Fig. 3: Lesões no palato e gengiva



Fig. 4: Rx Panorâmico



Fig. 5: Rx Periapicais



Fig. 6: Modelo de estudo



Fig. 7: Modelo de estudo



Fig. 8: Enceramento diagnóstico



Fig. 9: Enceramento diagnóstico



Fig. 10: Mock-up



Fig. 11: Preparo dos dentes

pensos a um mais rápido desgaste pela usura (siológico) que pode levar à alteração da dimensão vertical de oclusão nos casos mais graves. Nos dentes anteriores, pode causar problemas sérios com o comprometimento da estética dentária e a perda da guia anterior levando ao desenvolvimento de uma oclusão em grupo posterior traumática (12). Os trabalhos sobre prevalência da cárie entre os portadores de distúrbios alimentares não parecem ser consensuais entre os autores (1), (7), (13), (8) e (9). No entanto, altos índices de cáries têm sido relatados, principalmente em pacientes com higiene oral deficiente e xerostomia (13) e (12). Vômitos e o uso abusivo de laxantes ou diuréticos podem causar uma diminuição do volume de fluido total de alguns pacientes contribuindo, deste modo, para uma diminuição do fluxo da saliva que é um dos mais complexos, versáteis e importante fluido do corpo. Suas propriedades são essenciais para a protecção da cavidade bucal e do epitélio gastrointestinal, proporcionando uma lavagem físico-mecânica, facilitando a movimentação da língua e demais músculos. A saliva actua ainda na protecção da mucosa oral, controla a

macrobiótica bucal, estabelece e mantém o ph do meio e actua contra a cárie dentária. Drogas antidepressivas usadas no tratamento de pacientes com BN, assim como a depressão e a ansiedade por si, podem causar xerostomia (12). As membranas da mucosa oral e da faringe podem estar traumatizadas, tanto pela rápida ingestão do bolo alimentar como pela força de regurgitação. O palato mole pode estar ferido pelos dedos da paciente ou mesmo objectos usados para provocar o vômito. O aumento das glândulas parótidas é outra manifestação oral que pode estar presente em pacientes com BN. O mecanismo de hipertrofia destas glândulas não está estabelecido, no entanto, a maioria dos pesquisadores associam-na com o vômito recorrente. Nos primeiros estágios da BN a hipertrofia pode aparecer e desaparecer de maneira uni ou bilateralmente, intermitente e assintomática. Enquanto o distúrbio progride, o inchaço torna-se mais persistente criando uma aparência distorcida da face da paciente, o que pode tornar-se em mais um factor agravante para o já debilitado quadro psicológico da mesma (2), (9), (12).

Consequências médicas da Bulimia nervosa

As complicações médicas associadas à B.N. resultam essencialmente dos comportamentos purgativos, especialmente, o vômito e o uso abusivo de laxantes e diuréticos, que podem causar, deficiências proteicas, desequilíbrios electrolíticos e desidratação. As queixas mais comuns são tonturas, sede excessiva e síncope. Em casos mais severos, falhas cardiovasculares e renais podem ocorrer. Pacientes portadores de BN, durante longo tempo, podem desenvolver, dilatações do estômago e doenças do refluxo gastro esofágico. As suas relações sociais e as suas funções ocupacionais ficam desfeitas tornando-as altamente depressivas (13) e (8).



Fig. 12: Coroas Provisórias



Fig.13: Moldagem



Fig. 14: Modelos de trabalho



Fig. 15: Enceramento das coroas



Fig. 16: Coroas IPS E - MAX



Fig. 17: Ajuste das guias



Fig. 18: Cimentação definitiva



Fig. 19: Cimentação definitiva



Fig. 20: Placa de oclusão



Fig. 21: Antes



Fig. 22: Depois

Crítérios de diagnóstico de Bulimia nervosa

- A** Episódios recorrentes de consumo rápido de grandes quantidades de alimentos;
- B** Uma sensação de falta de controlo sobre este comportamento alimentar;
- C** Vômito auto-induzido, uso de laxantes e diuréticos, dieta estrita ou jejum, ou exercícios físicos rigorosos para prevenir o aumento de peso;
- D** Uma média mínima de dois episódios de consumo (binge-eating) por semana, durante pelo menos três meses;
- E** Uma persistente preocupação com a forma e o peso do corpo (12) e (13).

Apresentação do caso clínico

Uma jovem paciente caucasiana de 31 anos de idade foi-nos referenciada para "a colocação de coroas nos seus dentes anteriores superiores por se encontrarem desgastados".

Anamnese

Durante a anamnese, a paciente revelou, como queixa principal, a sua insatisfação com o reduzido comprimento dos referidos dentes que lhe comprometia a estética, assim como, uma moderada sensibilidade ao frio e à escovação que a incomodava. A paciente apresentava uma excelente aparência corporal, uma boa atitude e muito educada.

Ficha médica

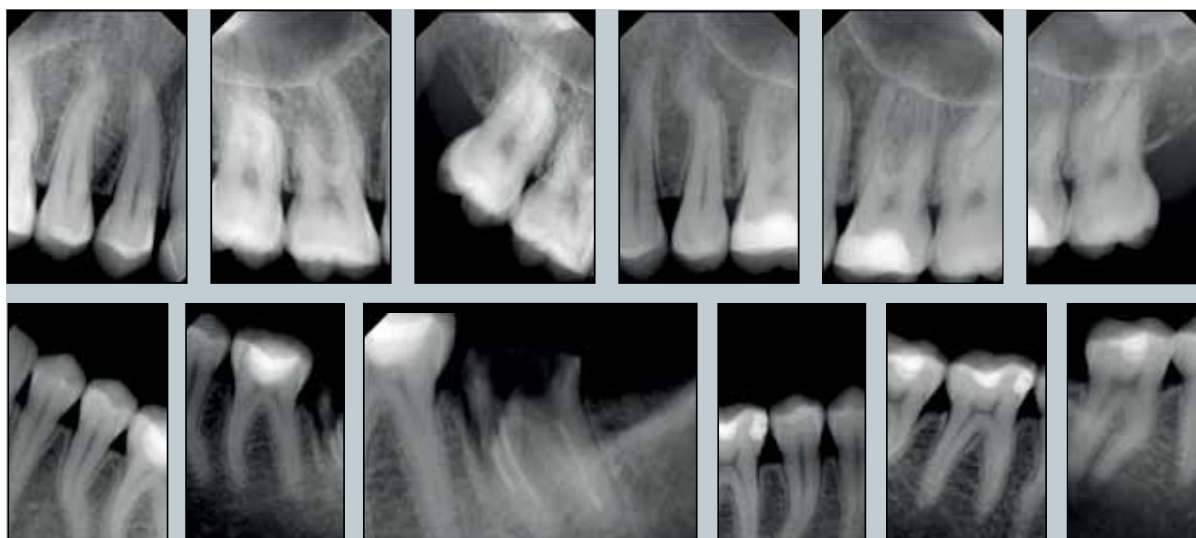
A ficha médica, preenchida pela paciente, não revelou qualquer tipo de patologia nem a referência da toma de qualquer tipo de medicação. Depois de um exame oral criterioso, que nos fez suspeitar que algo mais se passava na vida daquela jovem, resolvemos confrontá-la com as manifestações orais encontradas, até que a paciente admitiu auto-induzir o vômito, cerca de duas vezes por semana - e que os episódios começaram quando tinha por volta de 16 anos de idade. Revelou ainda problemas de relacionamen-

to com os pais, facto este que pode estar na origem da sua emigração para Portugal.

Exame clínico

No exame clínico constatou-se uma erosão generalizada dos dentes maxilares anteriores com particular relevância nas suas faces palatinas e incisais (perimólise). O canino direito já tinha sido restaurado com compósito na sua porção incisivo-palatal. Os restantes dentes não apresentavam sinais significativos de perimólise. No entanto, as faces incisivo-palatinas dos dentes anteriores foram acometidas de tal forma que a paciente ficou com uma mordida aberta, perdendo desta forma sua guia anterior. E, como já foi referido, uma oclusão traumática em grupo se estabelece nos dentes posteriores devido interferências oclusais que aí ocorrem. Por isto, facetas de desgastes produzidas por bruxismo foram encontradas em alguns dentes posteriores. Não foram encontradas cáries durante o exame, excepto a destruição da coroa do 38. A sondagem gengival apresentava valores dentro da normalidade e não apresentava sangramento.

A higiene oral da paciente era satisfatória embora necessitasse de algumas recomendações mais específicas. Áreas eritematosas, erosadas, ulceradas foram detectadas nos lábios, palato mole e gengiva marginal. (Fig.3)



Exames radiológicos

Os exames radiográficos consistiram de uma radiografia panorâmica e algumas periapicais dos dentes posteriores que não detectaram cáries interproximais. No entanto, uma pequena reabsorção das cristas ósseas dos dentes posteriores foi observada (Fig.4 e 5).

Tratamento Prostodôntico

Modelos de estudo (Fig.6 e 7) foram obtidos e montados em articulador semi-ajustável através de um arco facial e um registro de relação cêntrica obtidos com cera Moyco. Contatos prematuros e interferências oclusais foram detectados nos modelos que foram previamente ajustados antes que um enceramento diagnóstico fosse executado sobre os dentes anteriores maxilares (Fig.8 e 9) Este enceramento serviu de base para (a) a confecção de um Mock-up em resina acrílica autopolimerizável que foi colocado sobre os dentes erodidos da paciente para que tivéssemos uma ideia antecipada do resultado estético/funcional desta primeira e não invasiva abordagem (Fig.10); (b) para reestabelecer os contornos das concavidades palatinas e alturas das faces incisais e, (c) para confeccionar um set de provisórios para a paciente. Por se tratar de um caso clínico cuja queixa principal da paciente era a estética dentária, optamos por indicar coroas de cerâmica de dissilicato de lítio (LS2) IPS E-Max (Ivoclar Vivadent).

Entretanto, a paciente foi devidamente informada de que o sucesso de qualquer tratamento reabilitador pressupunha um tratamento da BN com o intuito de eliminar o seu comportamento disfuncional. E para isto, foi-lhe indicado especialistas no tratamento das disfunções alimentares para lhe dar o apoio psicoterapêutico e outros necessários. A paciente pareceu-nos muito motivada e colaborante durante todo o processo, motivo pelo qual decidimos avançar com o tratamento estético reabilitador. Numa única e longa consulta, preparamos todos os dentes anteriores superiores da paciente (Fig.11) e instalamos um set de coroas provisórias (Fig.12) que depois de cementadas permaneceu um mês sob vigilância. Neste período de tempo, a paciente decelou por duas vezes o provisório do canino direito (dente que antes, já havia sido restaurado com com-

pósito as suas faces incisivo-palatina e, em cujo lado a paciente apresentava facetas de desgastes sugestivas de bruxismo como já foi referido). Refinado o contorno palatino e a altura do provisório o problema ficou resolvido.

Procedeu-se então as moldagens finais (Fig.13) com um material à base de polivinilsiloxane (Flexitime – Heraeus Kulzer) e modelos de trabalho foram obtidos e vasados com gesso tipo IV (Fugirock EP -GC) e montados em articulador semi-ajustável (Fig.14).

As coroas definitivas foram enceradas (Fig.15), de acordo com as referências dadas pelas coroas provisórias, e depois de reduzidas no seu terço incisal (cut-back), foram incluídas em revestimento para logo em seguida serem injectadas. Depois de demufladas e limpas, foram preparadas para receber umas camadas de cerâmica de recobrimento que reconstituiu e deu mais naturalidade ao terço incisal das mesmas (16). Ajustes estéticos e funcionais das coroas foram executados no articulador e logo em seguida, na boca da paciente para a comprovação final dos resultados (Fig.17). As coroas IPS E-Max (Ivoclar Vivadent) foram então caracterizadas, glaseadas e polidas para a obtenção do seu aspecto final.

Uma cimentação adesiva das coroas foi então realizada (Fig.18) seguindo o protocolo indicado pelo fabricante e mais uma vez, a guia anterior da paciente foi reavaliada (Fig.19). Uma semana após a cimentação, foi instalada uma placa de oclusão com um esquema oclusal de mútua protecção para proteger os seus dentes de novos episódios de bruxismo (20). Uma função secundária da placa oclusal é ajudar a proteger os dentes da perimólise (caso a paciente tenha episódios de regurgitação) e ajudar na aplicação de gel de fluoretos sobre os dentes (1). O restante tratamento dentário encontra-se em andamento.

A BN apresenta inúmeras manifestações orais, com grande incidência de perimólise, que pode ser apropriadamente tratada quando baseada numa abordagem multidisciplinar (21 e 22). O médico-dentista deve ter em mente que estes pacientes podem sofrer recaídas e, por isto, consultas regulares devem ser estabelecidas para interceptar quaisquer destas manifestações. ■

Nota: todas as fases clínicas e laboratoriais foram executadas pelo autor.

Referências Bibliográficas:

1. Ali DA, Brown RS, Rodriguez LO, Moody EL, Nasr HF. Dental erosion caused by silent gastresophageal reflux disease. *JADA* 2002; June; vol.133
2. Bonilla ED, Luna O. Oral rehabilitation of a bulimic patient: A case report. *Quintessence International* 2001; vol 32, nub. 6.
3. Bretz WA. Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. What is the evidence? *J Evid Based Dent Pract.* 2002 Dec; 2(4):267-272.
4. Christensen GJ. Oral care for patient with bulimia. *JADA* 2002; Dec. Vol. 133
5. Deiró PAH. Gestalt – terapia: uma valiosa forma de trabalhar com transtornos alimentares. 2000. <http://psicoloucos.com/Transtornos-Alimentares/visao-psicologica-sobre-a-anorexia-e-a-bulimia.html>.
6. Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence International.* 2005; Jul/Aug vol.36, numb.7/8.
7. Lifante-Oliva C, Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteve-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hygiene* 2008, (6)119-122
8. Roberts MW, Li SH. Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *JADA* 1987; Sept. Vol.115.
9. Rytomaa I, Jarviniemi V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Act Odontol Scand.* 1998;56:36-40
10. Santos LGS. Distúrbios alimentares – Erosão dental por refluxo de ácidos gástricos. *Revista Jurídica do Ministério Público (Minas Gerais)* 2006; De Jure vol.6
11. Schwarz S, Kreuter A, Rammelsberg P. Efficient prosthodontic treatment in a young patient with long-standing bulimia nervosa: A clinical report *J Prosthetic Dent* 2011; 106: 6-11
12. Spigset O. Oral symptoms in bulimia nervosa. A survey of 34 cases. *Act Odontol Scand* 1991;49:335-339
13. Studen-Pavlovich D, Elliott MA. Eating Disorders in Women's oral Health. *Dent Clinic North Amer.* 2001; July, vol.45, numb.3.