

UNIVERSIDADE PAULISTA

MILLA CARRIJO TIEGHI

A ODONTOLOGIA E OS PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

SÃO PAULO

2025

MILLA CARRIJO TIEGHI

A ODONTOLOGIA E OS PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Rosemary Teixeira.

SÃO PAULO

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Tieghi, Milla

A ODONTOLOGIA E OS PACIENTES COM TRANSTORNOS
ALIMENTARES / Milla Tieghi. - 2025.
40 f. : il. color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto
de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Rosemary Teixeira.

1. Anorexia Nervosa. 2. Bulimia Nervosa. 3. Lesões Bucais. 4.
Diagnóstico Precoce. 5. Manejo Multiprofissional. I. Teixeira, Rosemary
(orientador). II. Título.

MILLA CARRIJO TIEGHI

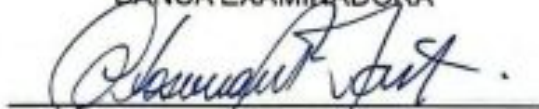
A ODONTOLOGIA E OS PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
Odontologia apresentado à Universidade
Paulista - UNIP.

Aprovado(a) em: 26 / 11 / 25

nota: 10,0

BANCA EXAMINADORA



Prof. ou Profa. Dr(a)/Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Rodolfo B. Martins Teixeira



Prof. ou Profa. Dr(a)/ Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Ricardo Matsumoto Kodama



Prof. ou Profa. Dr(a)/ Me(a).

Universidade Paulista - UNIP

Nicholas Kawatto Felipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela resiliência, paciência, amparo que me foi dado durante esses anos de curso.

Agradeço aos meus pais, Flávia e Marco, e irmã, Nina, por sempre me apoiarem, me incentivarem a ser uma pessoa e profissional melhor, por acreditarem em mim, mesmo quando eu duvidava e por celebrarem comigo cada pequena conquista.

Agradeço à minha avó Angela e minhas tias, Juliana e Roberta, por sempre acreditarem em mim, por todas as orações e pelo carinho que fizeram essa trajetória ser mais leve.

Agradeço as minhas melhores amigas, Mariana e Giovanna, por todas as risadas e distrações dos problemas, por deixarem a minha vida muito mais leve e gostosa de ser vivida.

Agradeço aos meus companheiros de faculdade, Maria Eduarda, Davi e Cauã, por sempre estarem dispostos a me ajudar, me incentivar a dificuldade, a cada banner do JOCAM apresentado, por cada prova feita, noites sem dormir, com certeza sem vocês não teria sido tão gratificante essa jornada.

Agradeço ao meu namorado, Vinícius, por toda compreensão nos dias em que os estudos tomaram meu tempo, por todo incentivo durante esses anos, e por sempre acreditar em mim.

Agradeço a todos os professores do curso da graduação de Odontologia da Universidade Paulista, principalmente a Profa Dra Rosemary Teixeira, pela orientação e valiosa contribuição para a construção deste trabalho, e a Profa Dra Alessandra Tuzita, por me guiar durante esses anos e compartilhar o amor pela prótese, os ensinamentos de vocês me fizeram a profissional de hoje. Levo comigo não só os ensinamentos, mas o exemplo de dedicação e amor pela profissão.

RESUMO

Esta presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura sobre os transtornos alimentares e a odontologia, entender etiopatogenia desses transtornos, lesões bucais sendo consequência deste problema como erosão dentária, diminuição do fluxo salivar, cárie dentária, doença periodontal. Esta pesquisa teve como base artigos científicos encontrados no PubMed e Google Acadêmico. O objetivo deste trabalho é analisar como os transtornos alimentares, especificamente a anorexia e bulimia nervosa, podem trazer prejuízos à saúde bucal dos pacientes e como os cirurgiões dentistas junto de uma equipe multidisciplinar podem agir frente a esses transtornos. Por fim, o diagnóstico precoce é essencial tanto para a prevenção quanto para o controle da progressão dessas lesões, ressaltando o papel fundamental da equipe multidisciplinar na condução do tratamento, resolvendo não só as lesões bucais, mas atuando em conjunto com médicos, nutricionistas, psicólogos e psiquiatras para uma abordagem terapêutica completa do transtorno alimentar.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Lesões bucais; Diagnóstico precoce; Manejo multiprofissional.

ABSTRACT

This research is a literature review on eating disorders and dentistry, aiming to understand the etiopathogenesis of these disorders, as well as oral lesions resulting from them, such as dental erosion, reduced salivary flow, dental caries, and periodontal disease. This study was based on scientific articles found in PubMed and Google Scholar. The objective of this work is to analyze how eating disorders, specifically anorexia and bulimia nervosa, can harm patients' oral health, and how dentists, together with a multidisciplinary team, can act in the management of these disorders. Finally, early diagnosis is essential both for prevention and for controlling the progression of these lesions, highlighting the fundamental role of the multidisciplinary team in conducting treatment, addressing not only oral lesions but also working in conjunction with physicians, nutritionists, psychologists, and psychiatrists for a comprehensive therapeutic approach to eating disorders.

Keywords: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Oral lesions; Early diagnosis; Multidisciplinary management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1 –	Erosão dentária dos dentes da maxila	16
Foto 2 –	Erosão dentária dos dentes da maxila	16
Foto 3 –	Erosão dentária na oclusal de molar	16
Foto 4 –	Lesão de cárie	19
Foto 5 –	Estágios das lesões de cárie	20
Foto 6 -	Edema bilateral da parótida na bulimia	21
Foto 7 -	Gengivite	22
Foto 8 –	Recessão gengival	23
Foto 9 –	Quelíte angular	23
Foto 10 -	Linha Alba	24
Foto 11-	Úlcera bucal	25
Foto 12-	Bruxismo	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Critérios diagnósticos dos transtornos alimentares segundo DSM IV	12
Tabela 2 -	Fatores etiológicos associados aos transtornos alimentares.....	14
Tabela 3 -	Manifestações orais e causas em pacientes com transtorno alimentar	26

LISTA DE SIGLAS

ED	Eating disorder
OMS	Organização Mundial da Saúde
TA	Transtornos alimentares
BN	Bulimia Nervosa
AN	Anorexia Nervosa
TANE	Transtorno alimentar não especificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
DESRE	Desmineralização-Remineralização
IMC	Índice de Massa Corpórea

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Etiopatogenia dos transtornos alimentares.....	13
2.2	Lesões bucais.....	15
2.2.1	Erosão dentária.....	15
2.2.2	Diminuição do fluxo salivar.....	18
2.2.3	Cárie dentária.....	18
2.2.4	Glândulas salivares.....	20
2.2.5	Doença periodontal.....	21
2.2.6	Outras manifestações.....	23
2.3	Diagnóstico precoce/ Manejo multiprofissional.....	27
3	DISCUSSÃO.....	29
4	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A etiopatogenia precisa dos transtornos alimentares é obscura, embora uma ampla gama de fatores (fatores biológicos e sociopsicológicos) tenha um papel essencial. No entanto, o fator primário na gênese e desenvolvimento dos transtornos alimentares continua sendo a autoestima indeterminada e o descontentamento com a aparência corporal. Algumas pessoas também podem ter uma predisposição genética. De forma mais resumida, os transtornos são principalmente o resultado de uma rede confortavelmente tecida de fatores psicológicos, traços de personalidade e fatores ambientais, como pressão de colegas e pais, maus-tratos infantis, isolamento social e diferenças culturais (Hasan et al., 2020).

Segundo Carvalho et al., 2022; Brandt et al., 2019, os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas com alterações graves do comportamento alimentar atingindo, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do gênero feminino, provocando alterações biológicas, psicológicas e morbimortalidades.

A sociedade contemporânea impõe sobre os indivíduos um estereótipo de beleza corporal associada a magreza na juventude, as buscas frenéticas por tal “corpo ideal”, contribui para a ocorrência de problemas psicológicos e fisiológicos preocupantes. As desordens alimentares surgem como respostas pelas buscas persistentes à magreza, de forma distorcida. Tais desordens se caracterizam por distúrbios no controle da massa corporal ou mudança significativa nos hábitos alimentares. Estes desvios comportamentais e de alimentação podem resultar em padrões corpóreos distorcidos, como o emagrecimento extremo e podem levar o indivíduo a óbito (Carvalho et al., 2022; Chimbinha et al., 2019).

Segundo Attia; Walsh, (2025) e dados da OMS (1997), dizem que a é um transtorno alimentar caracterizado pela busca constante pela perda de peso, acompanhada de uma percepção distorcida da própria imagem corporal, medo intenso de engordar e restrição alimentar severa, o que leva a um peso corporal muito abaixo do considerado saudável. Entre suas principais manifestações estão: evitar a ingestão de alimentos, apresentar peso entre 15% e 30% inferior ao ideal, ter preocupação excessiva com calorias, medo de ganhar peso, além de possíveis episódios de vômitos, prática exagerada de exercícios físicos, ausência de menstruação (amenorreia) e diminuição do interesse sexual em mulheres. Os transtornos alimentares, como a BN, caracterizam-se por comportamentos

alimentares desordenados, como a ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos, seguida de práticas compensatórias inadequadas, como vômitos autoinduzidos, uso excessivo de laxantes, diuréticos e dietas restritivas. Essas condições, além de impactos psicológicos e sociais significativos, também estão associadas a diversas manifestações clínicas na cavidade bucal. Dentre as principais alterações orais observadas, destacam-se erosão dentária, cárie, alterações no fluxo salivar e no pH bucal, doença periodontal, hipersensibilidade dentinária, alterações de mucosa, má-oclusão, xerostomia e disfunções temporomandibulares (Ferreira, et al., 2023; Carvalho et al., 2022; Chimbinha et al., 2019).

A literatura aponta para uma forte correlação entre transtornos alimentares e prejuízos à saúde bucal, sendo a erosão dentária e a redução do fluxo salivar as alterações mais frequentemente associadas. No entanto, alterações como cárie e doença periodontal apresentam caráter multifatorial, exigindo mais estudos para confirmação de sua relação direta com os transtornos alimentares. Nesse contexto, o diagnóstico precoce é essencial tanto para a prevenção quanto para o controle da progressão dessas lesões, ressaltando o papel fundamental do cirurgião-dentista.

Esse profissional, muitas vezes o primeiro a identificar sinais clínicos sugestivos de distúrbios alimentares, deve estar capacitado para realizar uma anamnese detalhada, estabelecer vínculo de confiança com o paciente e reconhecer manifestações bucais e sistêmicas. Sua atuação deve estar inserida em um contexto multiprofissional, em conjunto com médicos, nutricionistas, psicólogos e psiquiatras, promovendo um cuidado integral e individualizado. O plano de tratamento odontológico deve considerar a gravidade das lesões, podendo envolver desde medidas preventivas e educativas até reabilitação protética, sempre respeitando as particularidades de cada paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os transtornos alimentares constituem um conjunto de distúrbios psicológicos que interferem na forma como o indivíduo se relaciona com a comida e com a própria imagem corporal, manifestando-se através de padrões alimentares desordenados. São condições caracterizadas por alterações mentais que podem causar sérios prejuízos emocionais e sociais. (Lo Russo et al., 2008).

Na sociedade atual, a magreza é frequentemente associada à beleza e à juventude, gerando uma forte pressão social para alcançar o chamado “corpo ideal”. Essa cobrança estética pode favorecer o surgimento de transtornos alimentares, como a Bulimia Nervosa (BN) e a Anorexia Nervosa (AN) (Paula et al., 2024). Tais distúrbios fazem parte de um grupo de doenças mentais potencialmente graves, que acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens, podendo causar sérias consequências físicas, psicológicas e até mesmo odontológicas. (Alfoukha, et al., 2017; Prisco, et al., 2013).

Tabela 1: Critérios diagnósticos dos transtornos alimentares segundo DSM IV

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
1. Recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo adequado a idade e a altura.	1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar que pode ser caracterizada por: a) comer, em um período de duas horas, grande quantidade de alimentos; b) sentimento de perda de controle alimentar durante o episódio
2. Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do normal	2. Comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso: vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, jejum ou exercícios excessivos
3. Distúrbio da imagem corporal	3. A compulsão alimentar e comportamentos compensatórios ocorrem duas vezes/semana, por, pelo menos, três meses
4. Amenorréia em mulheres pós menarca (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos)	4. Preocupação excessiva com a forma corporal e o peso
Subtipos: -Restritivo: restrição dietética -Compulsivo/ Purgativo: ingestão excessiva/vômitos, laxativos, diuréticos.	5. O distúrbio não ocorre durante os episódios de anorexia nervosa.
	Subtipos:

	-Purgativo: vômitos ou abuso de laxativos, diuréticos. -Não purgativo: jejum ou exercícios excessivos
--	--

Fonte: Borges, et al., (2006).

2.1 Etiopatogenia dos transtornos alimentares

Estima-se que 0,5 – 4 % das meninas apresentam AN e 1 – 4,2 % desenvolvem BN (Brandt, et al., 2019). 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. 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 anos (Gomes et al., 2024; Chimbinha, et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, os transtornos alimentares acometem 4,7% da população brasileira. Se olharmos apenas para o público jovem, o número é ainda mais alarmante: esse índice pode chegar a cerca de 10% (<https://www.abp.org.br/post/saiba-mais-sobre-os-transtornos-alimentares>, 2022)

Segundo estudo feito pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Stefani, et al., 2023), foram elegíveis para a pesquisa 271 prontuários médicos, constituindo uma amostra composta predominantemente pelo sexo feminino (89,7%), considerada jovem (idade média de $21,5 \pm 9$ anos, porém com ampla variação (10 a 78 anos). A maioria dos pacientes foi diagnosticada com AN (65,7%), seguida por BN (21,4%) e Transtorno Alimentar Não especificado (TANE) (12,9%). A maior parte não tinha companheiro(a) (86,9%) nem filhos (88,2%). Além disso, em relação à ocupação no momento do primeiro atendimento no serviço, a maioria era estudante (57,6%) e uma menor parcela da amostra não exercia uma profissão (17,1%). A escolaridade foi variada; uma parcela (35,8%) dos participantes tinha ensino fundamental completo, seguido de ensino médio completo (27,9%).

Segundo Moraes, (2024), a pandemia de COVID-19, vivida entre janeiro de 2020 e maio de 2023, pôde favorecer o desenvolvimento de comportamentos de risco para transtornos alimentares, devido à exposição aos padrões estéticos difundidos

pela mídia; interrupção das atividades diárias, isolamento social, atividade física e sono modificados, afeto negativo e medo do contágio.

Do mesmo estudo acima (Moraes, (2024)), dobrou a proporção de primeiras admissões durante o período de COVID-19. Os encaminhamentos do atendimento ambulatorial entre pacientes com transtornos alimentares < 18 anos teve aumento de 60% por mês no período pós *lockdown*. Em relação aos serviços ambulatoriais, pacientes < 18 anos tiveram aumento nos encaminhamentos para anorexia nervosa.

Tabela 2 - Fatores etiológicos associados aos transtornos alimentares

Biológico	Predisposição genética, mecanismo epigenético, metabolismo de gordura prejudicado, irregularidades do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, níveis elevados de autoanticorpos, calcificações cerebrais, lesões do lobo temporal ou frontal do cérebro.
Psicológico	Psiconeurose, medo mórbido da obesidade, depressão, esquizofrenia, baixa autoestima, ansiedade, solidão, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos de personalidade borderline, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, personalidades narcisistas, histriônicas ou evitativas, transtornos de personalidade perfeccionista e dismórficos corporais.
Fatores socioculturais	Abuso físico, sexual e verbal, negligência infantil, <i>bullying</i> e isolamento social, pressão dos colegas, influência da mídia de massa
Demográfico	Mulheres, classe econômica alta ou média
Hábitos pessoais	Abuso de drogas, alcoolismo, consumo de itens não nutricionais
Família	Altas expectativas/disfunções familiares, história familiar de psiconeurose, história familiar positiva
Ocupação	Modelos, atores, dançarinos, atletas, celebridades

Fonte: Hasan, et al., (2020)

2.2 Lesões bucais

Segundo Hasan, et al., (2020), as primeiras características dos TA são perceptíveis principalmente na cavidade oral ou ao redor dela; portanto, os médicos de saúde bucal podem ser os primeiros a encontrar pacientes não diagnosticados com TA. Os sinais e sintomas orais dos TA geralmente são observados devido a déficits nutricionais ou ao histórico de vômitos autoinduzidos. No entanto, higiene pessoal inadequada, padrões alimentares incongruentes e medicamentos específicos podem agravar a condição.

A irritação constante advinda da regurgitação faz com que a mucosa oral desses pacientes sofra algumas alterações, tais como: aumento assintomático das parótidas, xerostomia, eritema, irritação da mucosa oral, queilite angular, líquen plano, lesões hemorrágicas, pigmentação de palato mole, desgaste dentário, em especial a erosão dentária; entre outras manifestações (Belila, 2020; Johansson, et al., 2012).

As manifestações orais comumente identificadas em indivíduos com TA foram descritas pela primeira vez por Hellstrom no final da década de 1970. O autor destacou três alterações principais que o cirurgião-dentista deve observar durante a avaliação desses pacientes: erosão dentária, redução do fluxo salivar e aumento das glândulas salivares. (Duarte, et al., 2024)

2.2.1 Erosão dentária

A erosão dentária representa a alteração oral mais frequente em indivíduos com TA, sendo caracterizada pela perda gradual e irreversível dos tecidos dentários mineralizados, resultante de processos químicos que não envolvem a ação de bactérias (Duarte, et al., 2024; Hasan et al., 2020).

Os fatores etiológicos da erosão dentária podem ser extrínsecos ou intrínsecos. Os fatores extrínsecos incluem bebidas carbonatadas ou ácidas, pastilhas cítricas, substitutos salivares, exposição ao cloro da água das piscinas, administração de fármacos que estejam em contato direto com as superfícies dentárias, como é o caso da aspirina ou suplementos de vitamina C, e ainda indivíduos que trabalhem em indústrias com materiais corrosivos. Já os fatores intrínsecos englobam refluxo gastroesofágico, regurgitação devido a gastrite crônica, vômito crônico durante a gravidez e distúrbios alimentares. (Silva, Vieira, Carvalho, 2024; Achkar, et al., 2012)

Segundo Achkar, et al., (2012), em pacientes acometidos por AN e BN, as lesões de erosão dentária costumam localizar-se predominantemente na face palatina dos dentes superiores e nas superfícies oclusais dos dentes posteriores.

Conforme descrito por Duarte et al. (2024) e Lourenço et al. (2018), clinicamente essas lesões podem manifestar-se por superfícies dentárias lisas, opacas e translúcidas, com presença de depressões ou concavidades, alteração do formato dos dentes e, em estágios mais avançados, exposição da dentina ou até do tecido pulpar.

Foto 1 e 2 – Erosão dentária dos dentes da maxila



Na figura 2, Vista oclusal, arcada superior, na qual nota-se sinais de biocorrosão, lesões ativas de cárie, facetas de desgaste e restaurações insatisfatórias.

Fonte: Paula, et al., (2024)

Foto 3 – Erosão dentária na oclusal de molar



Fonte: Salas, et al., (2015)

Segundo Caldeira, et al., (2022); Matos, et al., (2022); Hasan, et al., (2020), o termo 'perimólise' se referem às erosões palatinas nos dentes maxilares. As faces linguais dos dentes inferiores geralmente permanecem preservadas, uma vez que são protegidas pela língua e pela ação da saliva proveniente das glândulas sublinguais e

submandibulares. As lesões de perimólise são provocadas pela exposição repetida dos dentes a substâncias ácidas provenientes de episódios frequentes de vômito ou regurgitação. Esses ácidos, devido ao seu baixo pH, promovem a desmineralização do esmalte dental, resultando em um desgaste progressivo. As áreas mais afetadas costumam ser as superfícies linguais e palatinas dos dentes anteriores, onde também podem ocorrer fraturas na borda incisal, além das faces oclusais dos dentes posteriores.

Segundo Hasan, et al., (2020); Lourenço, et al., (2018), pacientes com erosão dentária são mais propensos à sensibilidade dentinária. A interação entre a intensidade da erosão dentária e a sensibilidade reforçou ainda mais o efeito de refluxo associado ao vômito como a causa primária.

As lesões provenientes da perimólise são observadas apenas passados dois anos de o paciente ter episódios de vômito e regurgitação crônicas (Silva, Vieira, Carvalho, 2024) e podem ter vários graus de erosão podendo apresentar exposição de dentina e/ou polpa.

A erosão dentária pode ser classificada de acordo com o grau de sua severidade, sendo Classe I ou superficial quando acomete apenas a superfície do esmalte, Classe II ou localizada quando a erosão atingiu menos de 1/3 da dentina e Classe III ou extensa quando atingiu mais de 1/3 da dentina (Belila, 2020).

As formas de tratamento se distinguem em vários tipos, porém é necessário que esses materiais apresentem alguns requisitos: forma, função, resistência ao desgaste, resistência a fratura, proteção ao remanescente, restituição da dimensão vertical de oclusão e estética, associados ainda a longevidade clínica. (Campos, et al., 2021; Alqahtani, 2014)

Dessa forma, por mais que as resinas compostas tenham atingido um patamar de excelência, as cerâmicas são o padrão ouro para essas situações, cumprindo com segurança esses requisitos mencionados. Porém, a indicação de resina composta é bem indicada em casos de muita perda de estrutura dental, de forma direta sem desgaste, pois haveria apenas o acréscimo sob estruturas perdidas, sem a necessidade de fazer nem que seja pequenos desgastes para o encaixe de alguma peça. (Campos, et al., 2021)

O tratamento restaurador inicial deve ser minimamente invasivo, usando materiais adesivos, se existir pelo menos 50% de superfície dentária. Quando o desgaste se concentra apenas na ponta da cúspide ou existem pequenos defeitos,

esses podem ser restaurados diretamente apenas com resina composta (Silva, Vieira, Carvalho, 2024).

2.2.2 Diminuição do fluxo salivar

Os transtornos alimentares podem provocar redução do fluxo salivar, resultando em hipossalivação. Essa condição pode ocasionar alterações no paladar, mau hálito, ressecamento da mucosa oral e sensação de boca seca, denominada xerostomia (Duarte et al., 2024).

De acordo com Hasan et al. (2020), a xerostomia corresponde à sensação subjetiva de secura bucal, geralmente associada à diminuição da produção salivar e da capacidade tampão da saliva.

Os pacientes que possuem transtornos alimentares geralmente se utilizam de terapia medicamentosa, como ansiolíticos e antidepressivos, que provocam alguns efeitos colaterais manifestados na cavidade oral, como a xerostomia (Binda, et al., 2021).

Conforme pesquisa de Johansson, et al., (2015), a secreção salivar prejudicada em pacientes com ED não é uma função apenas da medicação xerogênica, existem outros fatores, como a prática de comportamentos purgativos (por exemplo, combinações de vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos) e/ou exercícios excessivos, resultando em desidratação corporal, que podem contribuir para as manifestações de xerostomia e hipossalivação observadas em pacientes com ED.

De acordo com Belila, (2020), a análise do fluxo salivar mostrou-se significativamente diferente entre os grupos, onde as mulheres com anorexia e bulimia nervosa apresentaram uma quantidade reduzida em ml/min quando comparado ao grupo controle, realçando que a quantidade e a composição da saliva influenciam na suscetibilidade de doenças bucais.

Para a melhora do quadro e da sensação da boca seca, o cirurgião-dentista pode indicar o uso de chicletes sem açúcar para estimular a produção de saliva e, nos casos mais severos de xerostomia, a utilização de saliva artificial (Achkar et al., 2012).

2.2.3 Cárie dentária

A cárie dentária é uma das doenças mais prevalentes em todo o mundo e consiste na desmineralização da superfície do dente, provocado pelo ataque ácido de

bactérias. Os microrganismos cariogênicos como *Streptococcus mutans* e *Lactobacilos* sobrevivem em meio ácido, aderem às estruturas dentárias e produzem ácidos a partir da fermentação dos carboidratos, provocando desmineralização do esmalte dentário e a dissolução do fosfato de cálcio (Silva, Vieira, Carvalho, 2024).

Foto 4 – Lesão de cárie



Vista oclusal inferior, na qual nota-se sinais de biocorrosão, lesões ativas de cárie, facetas de desgaste e restaurações insatisfatórias.

Fonte: Paula, et al., (2024)

A cárie dentária geralmente tem uma etiologia multifatorial; portanto, sua ocorrência não pode ser atribuída exclusivamente aos transtornos alimentares (Hasan, et al., 2020). Existem inúmeros fatores que influenciam o processo cariogênico, tais como a higiene oral, a cariogenicidade da dieta adotada, a desnutrição, a exposição a fluoretos, tempo e o consumo de certos medicamentos que interferem no fluxo salivar, principalmente os antidepressivos, que são os mais comuns no tratamento psiquiátrico destes pacientes, além dos supressores de apetite (Belila, 2020).

A erosão e a cárie dentária são influenciadas pelo fluxo salivar, onde a sua qualidade e quantidade possui grande importância na saúde bucal e sistêmica. Quando ocorre uma redução da quantidade normal da saliva, pode ser afetada a integridade bucal e consequentemente a qualidade de vida do indivíduo, além disso, as áreas que sofrem desgastes devido as perdas minerais ficam mais propensas ao desenvolvimento da cárie dentária, pois as bactérias podem facilmente colonizar as áreas desmineralizadas e penetrar no interior da dentina (Belila, 2020).

Segundo Hasan, et al., (2020); Lourenço et al., (2018), a ingestão de antidepressivos como regime terapêutico para transtornos alimentares pode induzir

ainda mais um efeito xerostômico, agravando o cenário. A inter-relação entre o aumento da viscosidade salivar e a diminuição da capacidade tampão pode culminar em um pH salivar ácido, servindo, portanto, como um fator contribuinte para a desmineralização e deterioração da estrutura dentária.

A associação de frequência de vômitos com incidência de cárie ainda é incerta, pois alguns estudos (Lourenço et al., 2018), a dieta rica em carboidratos e açúcares pelos pacientes bulímicos nos episódios de compulsão alimentar favorece o desenvolvimento de cárie, e outros que o risco de carie é variável, assim como na população geral (Achkar et al., 2012; Johansson, 2012)

Foto 5 – Estágios das lesões de cárie



Fonte: <https://odontologistas.com.br/patologias-bucais/cariologia/>

O tratamento será direcionado à remoção da cárie, variando conforme a gravidade do quadro clínico. Em estágios iniciais, pode-se realizar apenas uma restauração simples, enquanto nos casos mais avançados, pode haver a necessidade de extração do dente comprometido. Além disso, é fundamental orientar o paciente quanto à higiene bucal, incentivando a adoção de hábitos saudáveis para a manutenção da saúde oral. (Matos, Labuto, 2022)

2.2.4 Glândulas salivares

A hipertrofia das glândulas salivares, especialmente das parótidas, conhecida como sialodenoze, é uma alteração comumente associada aos TA, sendo mais observada em casos de Bulimia Nervosa. Trata-se de uma condição não inflamatória caracterizada pelo aumento de volume da glândula parótida (Silva, Vieira e Carvalho, 2024; Hasan et al., 2020).

O déficit nutricional presente nestes distúrbios pode desencadear uma desregulação dos ácidos presentes na saliva que irá conduzir a um ciclo secretor irregular, além disso, indução de vômitos pode ocasionar esse aumento, porém a etiologia dessa hipertrofia da glândula ainda se encontra pouco estudada (Duarte, et al., 2024; Silva, Vieira, Carvalho, 2024).

Nos estágios iniciais da Bulimia Nervosa, o aumento das glândulas salivares pode surgir e regredir de forma transitória, entretanto, com a progressão do transtorno alimentar, o inchaço tende a se tornar mais constante. Essa manifestação pode ocorrer de maneira unilateral ou bilateral, afetando entre 10% e 50% dos pacientes (Duarte et al., 2024).

A sialodenose é frequentemente descrita como um aumento recorrente, bilateral, assintomático, não inflamatório e não neoplásico das glândulas salivares, e não afeta o funcionamento da glândula (Hasan, et al., 2020; Johansson, et al., 2015). Clinicamente, as glândulas parótidas apresentam-se com crescimento lento, indolor e de consistência suave à palpação (Silva, Vieira, Carvalho, 2024).

Foto 6 – Edema bilateral da parótida na bulimia



Fonte: Hasan, et al., 2020

O palato mole pode sofrer lesões devido ao uso de objetos utilizados para induzir o vômito, como dedos, pentes, escovas ou canetas (Achkar et al., 2012).

2.2.5 Doença periodontal

Segundo Hasan, et al., (2020), os pacientes com TA carecem de higiene oral meticulosa, portanto, são mais vulneráveis à gengivite e periodontite, porém, segundo Achkar et al., (2012), geralmente os pacientes acometidos por TA são jovens, a doença periodontal é raramente diagnosticada.

Da mesma pesquisa, Achkar et al., (2012) diz que podem ser encontrados recessão gengival por escovação e gengivites e papilas interdentais hipertrofiadas pela irritação do vômito ácido.

Estudos realizados por Lourenço et al., (2018) dizem que os distúrbios nutricionais nos pacientes com transtornos alimentares podem também contribuir para o aparecimento da periodontite devido ao efeito das alterações hematológicas como anemia, trombocitopenia, leucopenia e neutropenia frequentes nestes pacientes. Além disso, o déficit de alguns minerais como ferro, cálcio, zinco, magnésio e cobre também contribuem para a alteração do estado de saúde periodontal.

As deficiências nutricionais comuns nestes pacientes, em especial a falta de vitamina D e C, causa alterações na síntese de colágeno que pode resultar em inflamação gengival, mobilidade dentária, sangramento gengival e ainda infecções periodontais. Todas essas manifestações clínicas podem causar dor e desconforto (Silva, Vieira, Carvalho, 2024)

Foto 7 – Gengivite



Essa foto mostra inflamação da gengiva marginal (mais próxima dos dentes), com edema das papilas interdentais e inflamação observada ao longo dos caninos superiores.

Fonte: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/multimedia/image/gengivite>

Foto 8 – Recessão gengival



Fonte: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/gengiva-retraida/>

2.2.6 Outras manifestações

De acordo com Hasan, et al., (2020), a queilite angular/queilose é principalmente uma característica da BN, onde os ângulos da boca geralmente parecem pálidos e macerados. É principalmente causada por infecção crônica por *Candida*, embora também possa ocorrer como resultado de uma infecção estafilocócica coexistente.

Foto 9 – Quelite angular



Esta imagem mostra uma queilite angular, causada pela infecção por *Candida* nos cantos da boca.

Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/multimedia/image/queilite-angular>

Palato eritematoso e ulcerações induzidas por trauma no palato mole e na faringe são geralmente observadas em bulímicos devido ao contato ácido crônico e ao trauma digital repetido (Achkar et al., 2012).

Segundo Lourenço, et al., (2018), sensação de queimação ou estomatodinia também é observada em TAs. Os pacientes relatam a percepção de queimação/ardência na língua ou cavidade oral, apesar dos achados clínico-patológicos insignificantes. Sensações de queimação podem ocorrer secundariamente a distúrbios psicológicos (ansiedade, depressão e estresse) e neurológicos subjacentes. A atrofia da mucosa oral, devido a deficiências nutricionais e vômitos crônicos, também pode contribuir para as sensações de queimação nesses pacientes.

Em consequência das situações de *stress* a que esses pacientes estão sujeitos, ainda pode ser observada linha alba causada por mordidas regulares da membrana da mucosa jugal (Silva, Vieira, Carvalho, 2024)

Foto 10 – Linha alba



Fonte: Pathology Outlines – Instagram: @estomatodicas

Úlceras também são formadas pela degeneração gradual do epitélio de revestimento das mucosas, devido ao uso de medicamentos para o tratamento desses distúrbios e ao vômito autoinduzido (Silva, Vieira, Carvalho, 2024)

Foto 11 – Úlcera bucal



Fonte: Equipe de estomatologia do HCPA – Instagram: @estomatodicas

Além disso, outros achados bucais frequentemente observados incluem bruxismo, alterações na oclusão, lesões e modificações na mucosa e na parede posterior da faringe, bem como candidíase (Duarte et al., 2024).

O bruxismo, caracterizado pelo hábito de ranger os dentes, está frequentemente relacionado à ansiedade em pacientes com TA. Entre os fatores etiológicos, destacam-se os de origem periférica, como desarmonias oclusais, e os de origem central, incluindo disfunções no sistema dopaminérgico e o estresse (Duarte et al., 2024).

Foto 12 – Bruxismo



Fonte: Martins, et al., 2025

Tabela 3 – Manifestações orais e causas em pacientes com transtorno alimentar

Tecido Oral	Manifestação	Causas
Dentição	Erosão do esmalte, perimólise (erosão dentária nas superfícies palatinas dos dentes), sensibilidade dentária	Vômitos, manifestações da ED nas glândulas salivares que afetam a taxa de fluxo salivar, a capacidade de tamponamento e o pH da saliva, resultando em erosão.
	Cárie	Má higiene bucal, consumo excessivo de refrigerantes, doces, bebidas com cafeína ou bebidas esportivas para aumentar a resistência.
Mucosa oral	Atrofia da mucosa, glossite, ulcerações orais, lesões eritematosas do palato mole	Deficiência nutricional, incluindo deficiência de ferro e vitaminas
	Lesões eritematosas do palato mole e faringe	Trauma causado pela inserção de objetos estranhos na cavidade oral para induzir vômito
	Candidíase	Infecção oportunista por <i>Candida albicans</i> devido a deficiências nutricionais, disfunção salivar, infecção secundária de lesões mucosas induzida por trauma
	Queilite angular	Deficiência nutricional, infecção por <i>Candida</i> ou flora concomitante de <i>Candida</i> e estafilococos
Tecidos periodontais e gengivais	Gengivite, periodontite, escorbuto, periodontite avançada em indivíduos jovens	Má higiene bucal, deficiência de vitamina C
Glândulas salivares	Sialodenose, aumento não inflamatório da glândula salivar	Neuropatia autonômica periférica
	Hipossalivação, xerostomia, alteração do fluxo salivar, capacidade tampão, pH e composição da saliva.	Efeitos colaterais de medicamentos como antidepressivos, vômitos, deficiência nutricional.
Osso Alveolar	Osteopenia, osteoporose	Deficiência nutricional, infecção de origem dentária ou periodontal causando perda óssea alveolar mais rápida
Língua	Glossodínia, alteração do paladar, perda do paladar (disgeusia), hipogeusia, sensação de queimação	Avitaminose e deficiências minerais, particularmente zinco, distúrbios somatoformes (sofrimento psicológico ou emocional se manifesta por sintomas físicos) e atrofia da mucosa

Fonte: Hasan, et al., (2020)

2.3 Diagnóstico precoce/ Manejo multiprofissional

O cirurgião-dentista desempenha papel fundamental na abordagem multidisciplinar de pacientes com transtornos alimentares. Muitas vezes, ele pode ser o primeiro profissional a identificar sinais e sintomas da condição, por meio da observação de alterações intra e extrabucais (Duarte et al., 2024; Achkar et al., 2012).

O tratamento da AN e BN deve ser, prioritariamente, de abordagem multidisciplinar. Envolve, principalmente, a atuação conjunta de profissionais como nutrólogo, nutricionista, psiquiatra, psicólogo e cirurgião-dentista. Outros especialistas também podem ser incluídos na equipe, dependendo das necessidades específicas de cada caso. Não existe um protocolo único de tratamento, pois cada plano terapêutico deve ser individualizado, considerando as condições bucais e demais alterações apresentadas por cada paciente (Matos, Labuto, 2022; Binda, et al., 2021).

Segundo Duarte et al. (2024), os efeitos dos TAs na saúde bucal foram mencionados pela primeira vez por Hellstrom no fim da década de 1970. Pesquisas indicam que as alterações características desses distúrbios se tornam mais evidentes na cavidade oral já nos seis primeiros meses de evolução do quadro clínico (Hasan et al., 2020). Diante disso, é fundamental que o cirurgião-dentista reconheça tais manifestações. Cabe a esse profissional conduzir uma anamnese minuciosa, buscando compreender os hábitos alimentares do paciente e estabelecer uma relação de confiança, mantendo-se receptivo ao diálogo e à construção de um plano terapêutico individualizado (Carvalho et al., 2022; Chimbinha et al., 2019).

Segundo Silva, Vieira, Carvalho, (2024), as principais condutas de prevenção para os pacientes com distúrbios alimentares devem envolver 3 etapas: profilaxia oral, manutenção do pH salivar, modificação da dieta e acompanhamento. A profilaxia oral consiste em manter uma higiene oral adequada, utilizando escovas com cerdas macias, pasta dentífrica não abrasiva e elixires fluoretados para a remineralização do esmalte. Para a manutenção do pH salivar e equilíbrio do sistema DesRe (desmineralização e remineralização), sugere-se não escovar os dentes de imediato após um episódio de vômito, devido a ação dos ácidos gástricos no processo de desmineralização dentária que pode ser agravada quando associado a escovação (Carvalho, et al., 2022). Quanto a modificação da dieta, é de extrema importância incentivar uma dieta saudável e o encaminhamento para o nutricionista.

Com base em Achkar et al. (2012), Seabra et al. (2004) e Traebert e Moreira (2001), o atendimento odontológico de pacientes com anorexia ou bulimia deve abranger cuidados emergenciais, preventivos e restauradores. No âmbito dos cuidados imediatos, o foco é o controle da dor, o que pode incluir a proteção da dentina exposta por meio do uso de cimentos de ionômero de vidro, aplicação de vernizes fluoretados ou, quando necessário, a realização de tratamento endodôntico, além de intervenções estéticas iniciais. Já o tratamento restaurador visa melhorar a aparência dental, contribuindo para o suporte psicológico e para a recuperação da autoestima do paciente. Em relação à prevenção, orienta-se evitar a escovação dos dentes logo após os episódios de vômito, recomendar bochechos com solução de fluoreto de sódio 0,05% ou com água e bicarbonato de sódio para neutralizar o pH bucal, além do uso de dentifrícios com alta concentração de flúor e baixa abrasividade, associados a escovas dentais extra macias.

3 DISCUSSÃO

Os TAs, como a AN, a BN e os distúrbios alimentares sem especificação apresentam impactos significativos na saúde geral e bucal dos indivíduos, conforme evidenciado pelos resultados deste estudo. Manifestações bucais, incluindo alterações dentárias, periodontais e glandulares são complicações frequentemente associadas aos TAs, resultado de comportamentos como autoindução de vômito, alteração do pH do meio bucal, dietas restritivas, e práticas compensatórias inadequadas (Silva, Vieira, Carvalho, (2024)).

Em um estudo realizado por Brandt, et al., (2019), a proporção de adolescentes que apresentaram práticas de risco foi significativamente maior nas escolas particulares em comparação com adolescentes de escolas públicas, e essa variável permaneceu associada à variáveis comportamentais no modelo final de análise multivariada. Outro estudo feito por Alfoukha, et al., (2017), mostra resultados diferentes, onde não observaram associação entre o tipo de escola e os comportamentos de risco para transtornos alimentares ($p > 0,05$).

A prevalência dos TAs, quando analisada sob a ótica dos fatores socioeconômicos, indica que esses distúrbios não se limitam a uma classe social específica. Embora tradicionalmente tenham sido associados às camadas mais altas da sociedade, pesquisas mais recentes têm questionado essa associação, mostrando que ela não é tão sólida quanto se acreditava anteriormente (Prisco et al., 2013). Borges et al. (2006) destacam que o perfil mais comum entre os indivíduos acometidos por TA costumava ser de adolescentes do sexo feminino, brancas e pertencentes a um nível socioeconômico e cultural elevado. No entanto, esse panorama vem se transformando, com um aumento nos diagnósticos também entre adolescentes do sexo masculino, negros e indivíduos de classes sociais e culturais menos favorecidas (Prisco et al., 2013).

Estudo realizado por Belila, (2020), mostra um alto número de pessoas sofre com esses tipos de transtornos, sendo que possui a proporção de 10:1 para o gênero feminino, apesar de estar ocorrendo grande aumento entre os homens e faixa etária média de 25 anos (Prisco, et al., 2013). Já na pesquisa realizada por Johansson e colaboradores, a maior prevalência esteve entre jovens, com uma idade média de 17 anos (Johansson, et al., 2012).

Conforme mencionado por Duarte et al. (2024), alguns pesquisadores argumentam que a ingestão frequente de alimentos ricos em açúcares e carboidratos por indivíduos com TAs pode favorecer o desenvolvimento de cárie, uma vez que esses nutrientes alimentam as bactérias cariogênicas. No entanto, há estudos que apontam que a incidência de cárie nesse grupo é semelhante à da população em geral. Considerando que a cárie é uma condição de origem multifatorial, sua presença não pode ser atribuída exclusivamente à BN ou à AN. Nesse sentido, fatores como hábitos de higiene bucal, predisposição genética, estado de desnutrição e uso de determinadas substâncias foram apontados como possíveis responsáveis pelas variações na prevalência de cárie entre esses pacientes (Hasan et al., 2020).

Como já foi discutido, existe uma prevalência de meninas adolescentes que sofrem de TA, porém num estudo feito por Alqahtani, (2014), houve um predomínio do sexo masculino (60%) e idade média de 46 +- 15,14 anos para os pacientes que sofrem erosão dentária, sendo o refluxo o fator etiológico mais associado.

Também existem algumas controvérsias quanto à associação entre doença periodontal e os transtornos estudados. No estudo de Lourenço et. al., (2018), caso-controle com 33 mulheres, 18 com AN e 15 com BN, e 33 mulheres da mesma idade sem histórico de TA não mostraram diferenças no sangramento na sondagem. Contudo, 56,25% dos pacientes com TA tinham periodontite (definida como recessão gengival ou profundidade de sondagem > 3 mm sangrando) em comparação com 6% do grupo controle.

Na pesquisa elaborada por Caldeira, et al., (2022), a utilização de resina composta revelou vantagens associadas a adesão do material na superfície do dente, mínimo preparo do dente e por se tratar de um paciente jovem, na restauração de erosão dentária associada ao refluxo gastresofágico para o reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão provocada (Alqahtani, (2014)). Esses achados foram reafirmados em outro artigo, na questão de ser menos invasivo por já ter perdido muito material, porém, a escolha pela técnica restauradora mais adequada vai depender das características individuais de cada caso clínico, do nível do resultado esperado e da habilidade, treinamento e conhecimento do profissional. As cerâmicas ainda são os materiais de escolha para essas situações por devolver forma, função, resistência ao desgaste, resistência a fratura, proteção ao remanescente, restituição da dimensão vertical de oclusão e estética (Campos, et al., 2021).

Resultado do trabalho de Belila (2020), diz que a análise do fluxo salivar mostrou-se significativamente diferente entre os grupos, onde as mulheres com AN e BN apresentaram uma quantidade reduzida em ml/min quando comparado ao grupo controle. As pacientes com distúrbios alimentares apresentaram nesse estudo um aumento significativo nos índices de cálcio e fósforo na saliva quando comparadas ao grupo controle, ao contrário do estudo de Johansson et al. (2015) onde não foi encontrada diferença entre os grupos. Foi analisado esses parâmetros bioquímicos salivares porque atuam como ferramentas auxiliares no diagnóstico de manifestações clínicas bucais.

Além disso, foi relatado no estudo acima, alterações nos parâmetros salivares, em especial o fluxo salivar quando comparado aos casos controle. Porém, em outro estudo (Johansson, et al., 2015), a taxa de secreção salivar não estimulada foi menor em pacientes com ED (0,22 ml/min) em comparação com os controles (0,27 ml/min), mas não significativamente. A proporção de indivíduos com hipossalivação não estimulada (uma taxa de secreção de $\leq 0,1$ ml/min) foi significativamente maior no grupo ED em comparação com o grupo controle (39% vs. 21%, respectivamente). A taxa de secreção salivar e a capacidade de tamponamento não diferiram significativamente entre os subgrupos ED e controles. A ingestão de drogas xerogênicas e o fluxo salivar não estimulado e estimulado não mostraram correlação significativa dentro do grupo ED. Entre os controles, uma tendência para correlação significativa foi encontrada entre menor taxa de secreção de saliva não estimulada e ingestão de drogas psicotrópicas e antialérgicas.

Do mesmo estudo (Johansson et al. (2015)), foi encontrado também, distribuição dos diagnósticos de ED entre os pacientes foi: AN, 28% (14/54 pacientes); BN, 14% (oito de 54 pacientes); e TANE, 58% (32/54 pacientes), aumento da glândula parótida foi encontrado em 31% dos pacientes com EDs (um com AN, quatro com BN e 12 com TANE), mas em nenhum dos controles, e a duração média da doença foi de 4,5 anos, tendo início normalmente aos 16 anos.

As complicações bucais são causadas principalmente por deficiências nutricionais e consequente comprometimento metabólico. Além disso, deve-se observar que, como esses transtornos alimentares apresentam comorbidades psiquiátricas graves, estas podem estar associadas à má higiene bucal, o que pode auxiliar no desenvolvimento da doença periodontal (Lo Russo et al., 2008).

O cirurgião-dentista deve fazer parte do atendimento multidisciplinar e pode ser o primeiro profissional da saúde a detectar os sinais e sintomas que indicam algum dos transtornos alimentares, por meio de observação de algumas manifestações intra e extrabuciais (Maciel, Cé, 2017; Achkar, et al., 2012).

4 CONCLUSÃO

Tanto a AN quanto a BN são TAs que afetam uma grande parte da população, principalmente mulheres entre 15-25 anos. As lesões bucais mais presentes nesses pacientes são erosão dentária, diminuição do fluxo salivar, cárie dentária, problemas nas glândulas salivares, doença periodontal, além de outras manifestações como quelite angular, ulcerações e sensação de queimação no palato.

Ter a percepção de sinais estabelecidos e específicos associadas aos TAs, como as lesões bucais e dentárias, IMC (índice de massa corporal) e fisionomia característica, para suspeitar e/ou diagnosticar tais transtornos precocemente, torna o tratamento menos traumático e doloroso ao paciente.

O cirurgião dentista tem uma grande responsabilidade em fazer o diagnóstico precoce das lesões características dos TAs presentes na boca, como erosão dentária, ulcerações no palato porque acarreta num tratamento mais fácil e aceito pelo paciente, menor impacto na saúde bucal e sistêmica, previne complicações graves, além de reduzir o sofrimento emocional.

O tratamento desses pacientes não acabe somente ao dentista, temos que fazer um trabalho multiprofissional, associando tanto dentistas para o tratamento das manifestações orais quanto médicos para manifestações como problemas sistêmicos e psiquiátricos, psicólogos e nutricionistas, para uma reintrodução de uma alimentação saudável e balanceada.

Além disso, não existe um padrão para o atendimento odontológico, cada caso é um caso diferente, depende das lesões, grau de perda dentária (se tiver), comprometimento do paciente, trabalho multiprofissional para montar um plano de tratamento individualizado e levar o paciente a um maior conforto, estabilidade oclusal, restabelecer o sistema estomatognático, devolver autoestima e melhor convívio social.

REFERÊNCIAS

1. ACHKAR, V, N, R, E; BACK-BRITO, G, N; KOGA-ITO, C, Y. **Oral Health of Patients with eating disorders: The role of the dentist.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 24, n. 1, p. 51-56, 2012. Disponível em: <https://publicacoes.unid.edu.br/revistadaodontologia/article/view/355/250>.
2. ALFOUKHA, M.M; HAMDAN-MANSOUR, A.M; BANIHANI, M.A. **Social and psychological factors related to risk of eating disorders among high school girls.** The Jornal of School Nursing, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29073811/>.
3. ALQAHTANI, F. **Full-mouth rehabilitation of severely worn dentition due to soda swishing: a clinical report.** J Prosthodont, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24118659/>.
4. ATTIA, E; WALSH, T. **Anorexia Nervosa.** Manual MSD Versão Saúde para a Família, 2025. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-alimentares/anorexia-nervosa>
5. BELILA, N. M. **Manifestações bucais e o perfil bioquímico salivar em mulheres com anorexia e bulimia nervosa.** Orientador: Ronald Jefferson Martins. 2020. 111 f. Tese (Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba, 2020.
6. BINDA, N. C. et al. **Manifestações orais provenientes de distúrbios alimentares e a importância da abordagem multidisciplinar.** Research, Society and Development, v. 10, n. 10, e357101018965, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18965>.

7. BORGES, N. J. B. G., SICCHIERI, J. M. F., RIBEIRO, R. P. P., MARCHINI, J. S., SANTOS, J. E. **Transtornos alimentares – Quadro clínico**. Medicina, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/389/390>.
8. BRANDT, L. M. T. et al. **Comportamento de risco para bulimia em adolescentes**. Revista Paulista de Pediatria, v. 37, n. 2, p. 217-224, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/v5LCmGNqPTTcnjwLr7kr33w/?lang=pt#>.
9. CALDEIRA, F. I. D; CARVALHO, J. A.; QUIL, L. C. da C.; ALVITOS, R; ZANDIM-BARCELOS, D. L. **Possibilidades reabilitadores para pacientes com erosão dental: uma revisão de casos clínicos**. Journal Health NPEPS, v. 7, n. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/10599>.
10. CAMPUS, T. L. et al. **Restauração De Resina Composta: Uma Opção De Tratamento Para Dentes Com Biocorrosão: Relato De Caso**. Revista Ciências e Odontologia, 2021; v. 5, n. 2, p. 69-75. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/1514/1256>.
11. CARVALHO, B. R. et al. **Manifestações bucais da bulimia nervosa e a atuação do cirurgião-dentista**. Revista Científica FACS, Governador Valadares, v. 29, n. 2, p. 61–70, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/335#siteNav>.
12. CHIMBINHA, I. G. M. et al. **Transtornos alimentares e manifestações orais em adolescentes**. Revista Ciência Plural, v. 5, n. 3, p. 01-20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/19204/12229>.
13. DUARTE, R. C. S. et al. **Transtornos alimentares e suas manifestações orais: Revisão Integrativa**. Brazilian Journal of Implantology and Health

Sciences, v. 6, n. 4, p. 1621–1633, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1621-1633>.

14. FERREIRA, C. L.; SILVA, D. P. da; SILVA, G. S. S.; PRAZERES, V. A. O. **Bulimia: alterações no corpo físico e psíquico.** Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1–28, 2023. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1048/832>.
15. GOMES, M. E. D et al. **O crescimento dos transtornos alimentares: um estudo bibliográfico.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 10, p. 2245-2253, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16111/8785>.
16. HASAN, S. et al. **Oral cavity and eating disorders: An insight to holistic health.** Journal of Family Medicine and Primary Care, v. 9, n. 8, p. 3890–3895, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7586628/>.
17. JOHANSSON, A. et al. **Eating disorders and biochemical composition of saliva: a retrospective matched case–control study.** European Journal of Oral Science, v. 123, n. 3, p. 158-164, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eos.12179>.
18. JOHANSSON, A. et al. **Eating disorders and oral health: a matched case–control study.** European Journal of Oral Science, v. 120, n. 1, p. 61-68, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22288922/>.
19. LO RUSSO L, et al. **Manifestações orais de transtornos alimentares: uma revisão crítica.** Oral diseases, v. 14, n. 6, p. 479-484, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18826377/>
20. LOURENÇO, M; AZEVEDO, A; BRANDÃO, I; GOMES, P, S; **Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior.** Clinical oral investigations,

v. 22, p. 1915-1922, 2018. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29177814/>.

21. MACIEL, N. L.; CÉ, L. C. **Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre manifestações orais em pacientes portadores de transtornos alimentares.** Journal of Oral Investigations, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/318917140_Conhecimento_dos_cirurgioes_dentistas_sobre_manifestacoes_orais_em_pacientes_portadores_de_transtornos_alimentares

22. MARTINS, E. V. S. et al. Reabilitação oral em pacientes com bruxismo severo: relato de caso. Brazilian Journal of Biological Sciences, v. 12, n. 26, p. 01-07, 2025. Disponível em:
<https://share.google/kls6dJdcmnSPf3pET>

23. MATOS, L. S.; LABUTO, M. M. **Transtornos alimentares e seus reflexos na saúde bucal.** Cadernos de Odontologia do UNIFESO, v. 4, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br>.

24. MORAES, R. L. **Transtornos alimentares em adolescentes e pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa da literatura.** SEMEAR: Revista de Alimentação, Nutrição e Saúde, v. 6, n. 3, p. 1-25, 2024. Disponível em:
<https://seer.unirio.br/ralnuts/article/view/13191/12682>.

25. PAULA, L. G. et al. **Reabilitação oral em pacientes com transtornos alimentares: relato de caso clínico.** Arquivo Brasileiro de Odontologia, v. 20, n. 1, p. 36-45, 2024. Disponível em:
<https://periodicos.pucminas.br/Arquivobrasileiroduologia/issue/view/1502/396>.

26. PRISCO, A. P. K.; ARAUJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G.; SANTOS, K. O. B. **Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 1109-1118, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WPprJQ8m8KZL5hTrmCVGqKC/?format=pdf&lang=pt>.

27. SEABRA, B. G. M, SEABRA, F. R. G, ALMEIDA, R. Q, FERREIRA, J. M. S. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal**. Revista Brasileira de Patologia Oral. v. 3, n. 4, p. 195-198, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-412540>.
28. SILVA, A. C. N. O.; VIEIRA, D. S.; CARVALHO, S. P. **Lesões da cavidade bucal associadas aos transtornos alimentares: uma análise da conduta clínica**. Orientador: Stephany Pimenta Carvalho. 2024- Centro Universitário UniMais, São Paulo, 2024
29. STEFANI, M. D. D. et al. **Tratamento dos transtornos alimentares: perfil sociodemográfico, desfechos e fatores associados**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 72, n.3, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/STmnKxK7rCRhVPJD7WXt5LL/>
30. TRAEBERT, J; MOREIRA, E. **Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência**. Pesquisa Odontológica Brasileira, v. 15, n. 4, p. 359-363, 2001.