

Manifestações bucais em uma paciente hospitalizada com anorexia nervosa: relato de caso clínico

Oral manifestations in a hospitalized patient with anorexia nervosa: Case clinical report
Manifestaciones orales en un paciente hospitalizado con anorexia nervosa: reporte de un caso clínico

Ronald Jefferson **MARTINS**¹

Naiana de Melo **BELILA**¹

Valéria Garcia **CAPUTO**²

Tânia Adas **SALIBA**¹

Artênio José Isper **GARBIN**¹

Cléa Adas Saliba **GARBIN**¹

¹Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, UNESP – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, São Paulo, Brasil

²Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, Marília, São Paulo, Brasil

Resumo

Objetivo: Relatar a condição de saúde bucal de uma paciente com anorexia nervosa internada em um hospital de psiquiatria pertencente à Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, Brasil. **Descrição do caso:** Paciente MLS, 15 anos, do gênero feminino, diagnosticada com anorexia nervosa, encontrava-se hospitalizada por 17 dias. Possuía 1,73 metros de altura e pesava apenas 35 kg (IMC 11,7 kg/m²). A paciente apresentava 11 dentes atacados pela cárie dentária. No exame periodontal, todos os dentes sondados apresentaram sangramento, além de cálculo nos incisivos inferiores e molares superiores pela face lingual. O fluxo da paciente encontrava-se extremamente reduzido, 0,2 ml/min, caracterizando uma grave hipossalivação e consequente xerostomia. Quanto aos parâmetros salivares, o valor encontrado para o cálcio e fósforo estavam aumentados, 13,36mg/dL e 6,31mg/dL, respectivamente. **Conclusão:** Observou-se no presente caso que, uma ampla gama de manifestações bucais foi desencadeada devido ao estado nutricional da paciente com anorexia nervosa.

Descritores: Anorexia Nervosa; Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos; Manifestações Bucais.

Abstract

Objective: The oral health condition of a patient with anorexia nervosa admitted to a psychiatry hospital belonging to the Marília Medical School, São Paulo, Brazil, was reported. **Case description:** Female MLS patient, 15 years old, diagnosed with anorexia nervosa, was hospitalized for 17 days. It was 1.73 meters high and weighed only 35 kg (BMI 11.7 kg/m²). The patient had 11 teeth attacked by dental caries. In the periodontal examination, all probed teeth presented bleeding, besides calculus in the lower incisors and upper molars by the lingual face. The patient's flow was extremely reduced, 0.2 ml/min, characterizing a severe hyposalivation and consequent xerostomia. Regarding salivary parameters, the value found for calcium and phosphorus were increased, 13.36mg/dL and 6.31mg/dL, respectively. **Conclusion:** In the present case, a wide range of oral manifestations were triggered due to the nutritional status of the patient with anorexia nervosa.

Descriptors: Anorexia Nervosa; Feeding and Eating Disorders; Oral Manifestations.

Resumen

Objetivo: informar el estado de salud bucal de un paciente con anorexia nervosa ingresado en un hospital psiquiátrico perteneciente a la Facultad de Medicina de Marília, São Paulo, Brasil. **Descripción del caso:** paciente de MLS, 15 años, mujer, diagnosticada con anorexia nervosa, fue hospitalizada por 17 días. Tenía 1,73 metros de altura y pesaba solo 35 kg (IMC 11,7 kg / m²). El paciente tenía 11 dientes atacados por caries. En el examen periodontal, todos los dientes sondeados mostraron sangrado, además del cálculo en los incisivos inferiores y los molares superiores por la superficie lingual. El flujo del paciente fue extremadamente reducido, 0,2 ml / min, caracterizando la hiposalivación severa y la consecuente xerostomía. En cuanto a los parámetros salivales, los valores encontrados para calcio y fósforo aumentaron, 13.36mg / dL y 6.31mg / dL, respectivamente. **Conclusión:** Se observó en el presente caso que se desencadenó una amplia gama de manifestaciones orales debido al estado nutricional del paciente con anorexia nervosa.

Descriptores: Anorexia Nervosa; Trastornos de Alimentación e de la Ingestión de Alimentos; Manifestaciones Bucales.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas, com etiologia multifatorial que compromete o estado nutricional, acarretando alterações graves no organismo humano, e estão associadas a um importante prejuízo psicossocial e aumento do risco de suicídio¹.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM V), os transtornos alimentares são classificados em dois tipos: os não especificados e os específicos². No último grupo, temos a Anorexia Nervosa (AN) que está entre os tipos mais comuns, afetando principalmente adolescentes e adultos jovens entre 17 e 25 anos, do sexo feminino, em uma proporção de 10:1 e independente da raça. A incidência de desordens de alimentação, exceto a obesidade, aumenta com a melhoria da condição socioeconômica, pois existe uma preocupação maior com a aparência física³.

A anorexia nervosa é caracterizada por um índice de massa corporal (IMC) abaixo de 17,5Kg/m²

e uma perda de peso acentuada do paciente. Além disso, é subdividida em tipo restritivo, no qual a perda de peso é obtida através da redução da ingestão de alimentos, do jejum prolongado e da atividade física excessiva; ou tipo purgativo, que é caracterizado pelo uso de laxantes, diuréticos e/ou supressores de apetite e indução de vômito¹.

Várias manifestações bucais são desencadeadas de acordo com a frequência dos maus hábitos deste tipo de transtorno. Dentre as principais complicações clínicas, podemos citar; a cárie dentária, doença periodontal, erosão dentária (também conhecida como perimólise), irritação constante da mucosa oral e alterações bioquímicas salivares^{4,5}.

Os cirurgiões dentistas apresentam um papel relevante no diagnóstico precoce dos transtornos alimentares. Por meio do auxílio de exames intra e extra-oral, anamnese e exames laboratoriais, é possível constatar sinais e sintomas característicos desta condição, podendo ser o primeiro profissional

de saúde a detectar a presença desses distúrbios⁶.

Baseado neste contexto, o presente trabalho teve por objetivo relatar a condição de saúde bucal de uma paciente com anorexia nervosa internada em um hospital de psiquiatria pertencente à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), São Paulo, Brasil.

CASO CLÍNICO

Paciente MLS, 15 anos, do gênero feminino, diagnosticada com anorexia nervosa, encontrava-se hospitalizada por 17 dias, sendo esta a sua segunda internação, onde a primeira ocorreu aos 12 anos de idade. No momento da visita ao hospital de psiquiatria, a paciente de 1,73 metros de altura estava pesando apenas 35 kg (IMC 11,7 kg/m²), demonstrando uma grave desnutrição devido a sua recusa com a alimentação e ingestão de líquidos. A paciente foi submetida ao exame clínico para verificação das condições de sua saúde bucal em relação a doença cárie, periodontopatia, erosão dentária e lesões de tecido mole. Verificou-se que a paciente apresentava 11 dentes atacados pela cárie dentária (restaurados) (Figura 1). No exame periodontal, foram encontrados resultados relevantes, onde todos os dentes sondados apresentaram sangramento, além de cálculo nos incisivos inferiores e molares superiores pela face lingual. Quanto à erosão dentária, os dentes incisivos superiores pela face palatina eram os mais acometidos, mostrando um grande desgaste também nas incisais dos mesmos dentes, as quais estavam quebradiças devido à fina espessura em que se encontravam (Figuras 2 e 3). Nos tecidos moles, não foram encontradas lesões, apenas maior avermelhamento no dorso da língua (Figura 4).



Figura 1: Dentes atacados pela cárie (restaurados).



Figura 2: Erosão dentária na face lingual dos incisivos superiores.



Figura 3. Faces incisais quebradiças nos dentes superiores anteriores.



Figura 4. Dorso da língua com aspecto avermelhado.

Realizou-se a coleta da saliva estimulada, a fim de verificar o fluxo salivar e para a análise de parâmetros salivares de cálcio e fósforo. A coleta do material foi realizada, aproximadamente, duas horas após a última refeição da participante da pesquisa, no período da manhã. A escolha do horário da coleta foi baseada no fato de que as amostras de saliva poderiam ser afetadas pela presença de alimentos e pelo ciclo circadiano.

O fluxo da paciente encontrava-se extremamente reduzido, 0,2 ml/min, sendo que o valor de referência é de 1,0-3,0 ml/min, caracterizando uma grave hipossalivação e consequente xerostomia. No entanto, a paciente estava sendo hidratada com soro intravenoso, o que ainda pode ter ajudado na melhoria dessa condição.

Quanto aos parâmetros salivares, o valor encontrado para o cálcio e fósforo estavam aumentados, 13,36mg/dL e 6,31mg/dL, respectivamente. Não foram realizadas outras análises salivares devido à quantidade reduzida de saliva da paciente que foi obtida durante a coleta.

DISCUSSÃO

A carência nutricional e as práticas de purgação para controle do peso, comum nesse tipo de distúrbio, resultam em várias alterações que também acometem a cavidade bucal⁷. Estudos mostram que 53% dos anoréxicos fazem jejum restritivo e 47% têm compulsão alimentar seguida de purgação. Como consequência das práticas purgativas e desnutrição, o indivíduo pode apresentar, além das alterações bucais, várias complicações médicas, como anemia,

osteoporose, alterações endócrinas, arritmia cardíaca, dentre outras⁸.

No presente caso, ao exame clínico bucal, a paciente apresentou um alto número de dentes atacados pela doença cárie, o que corrobora os achados de Lourenço¹ e Ohrn⁹. Os pacientes com distúrbios alimentares ingerem compulsivamente alimentos bastante cariogênicos, o que propicia a queda do pH da saliva e provoca a desmineralização dos tecidos dentários e por consequência, o aparecimento de lesões cáries^{3,7}.

Já os estudos de Aranha⁸ e Jonhsson¹⁰, não mostraram diferenças significativas em relação a ocorrência de cárie entre os grupos avaliados, possivelmente devido a doença depender da ocorrência de fatores, entre eles a higiene bucal, presença de xerostomia e o tipo de alimento consumido¹¹.

Quanto à condição periodontal, a paciente apresentava sinais de gengivite e a presença de cálculo como consequência de má higienização. Estudo de Touyz¹² demonstra níveis elevados de gengivite nos indivíduos com distúrbios alimentares, enquanto que no de Lourenço¹ e Milosevic¹³ não houve diferença. Existe uma grande variedade em relação a esse achado, e essa discrepância ocorre devido a variedade da qualidade de higienização bucal e frequência de vômitos entre os pacientes¹⁴.

Outra manifestação bucal estudada foi a erosão dentária, que no presente caso, a paciente apresentou altos índices de desgaste nos dentes incisivos superiores pela face lingual e incisal. No estudo de Johansson¹⁰, a erosão dentária estendeu-se à dentina ou próximo à exposição dentinária e foi significativamente maior em pacientes com transtorno alimentar, em comparação com indivíduos saudáveis, assim como nos estudos de Hermont¹⁵ e Veronese¹⁶. Os dentes anteriores inferiores são pouco acometidos por serem constantemente banhados pela saliva e protegidos pela língua¹⁷.

Essa alteração dentária é a mais comum entre os anoréxicos, e isso ocorre devido a prática de autoinduzir vômitos que causam a regurgitação do conteúdo gástrico na cavidade bucal, tornando os dentes mais suscetíveis à desmineralização e erosão do esmalte¹⁸.

Em relação às lesões de tecido mole, não foram encontradas no presente estudo alterações significativas, apenas uma maior vermelhidão no dorso da língua. Estudo mostra que devido a hábitos potencialmente prejudiciais, como a autoindução do vômito, lesões podem aparecer no palato duro e mole, dorso da língua e lábios e eritema labial, por meio da irritação química⁵.

Quando analisamos neste estudo os parâmetros salivares, a paciente apresentou uma grande redução no nível do fluxo salivar. A frequente autoindução do vômito, o uso indevido de laxantes,

diuréticos e supressores do apetite, associados à atividade física excessiva, podem induzir uma desidratação considerável e exercer um efeito negativo no volume de saliva produzida e secretada¹⁹. Em consequência, temos alterações no paladar, halitose, dificuldade de fonação e deglutição, além de ressecamento da mucosa bucal e diminuição das propriedades de limpeza, capacidade tampão e pH da saliva⁴. Estas alterações podem ser ainda mais agravadas pelo uso comum de antidepressivos. Desta forma, estudos relatam altos níveis de xerostomia e hipossalivação em pacientes com anorexia nervosa^{4,9}. Quanto os parâmetros bioquímicos salivares, o cálcio e o fósforo são os minerais mais abundantes do corpo humano, estando presente na saliva de forma ionizada e ligado principalmente as proteínas. Exercem a função de remineralização, e estão, portanto, envolvidos com a prevenção de lesões cáries e erosão dentária²⁰.

Altos níveis desses minerais foram encontrados na amostra de saliva da paciente estudada, devido a desmineralização causada pela erosão dentária. Como valor de referência, utilizamos outro estudo que realizou a comparação entre a concentração desses elementos químicos em grupos de indivíduos com e sem a doença¹⁰. As análises bioquímicas mostram-se como ferramentas auxiliares no diagnóstico das manifestações bucais, embora, por si só, não possam designar a existência de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar no presente caso que, uma ampla gama de manifestações bucais foi desencadeada em decorrência do estado nutricional da paciente com quadro de anorexia nervosa. Assim, o cirurgião-dentista deve estar apto a identificar e ter o conhecimento dessas características clínicas para que possa realizar um diagnóstico precoce da doença. E por meio de ações preventivas, reduzir as complicações bucais e sistêmicas, e tentar diminuir os impactos ocasionados na saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Lourenço M, Azevedo Á, Brandão I, Gomes PS. Orofacial manifestations in outpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa focusing on the vomiting behavior. Clin Oral Investig. 2018;22(5):1915-22.
2. American Psychological Association – APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2014. 5th ed. Washington, DC: American Psychological Association.
3. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. Pesqui Odontol Bras. 2001;15(4):359-63.
4. Barboza CAG, Morais PD, Alves MVA, Carneiro DTO, Moura SAB. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento

- interdisciplinar dos transtornos alimentares. *Int J Dent*. 2011;10(1):32-7.
5. Panico R, Piemonte E, Lazos J, Gilligan G, Zampini A, Lanfranchi H. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. *J Psychiatr Res*. 2018;96:178-82.
 6. Navarro V, Matoba Júnior F, Tedeschi Filho W, Queirós AM. Desordens Alimentares: aspectos de interesse na odontologia. *Rev Gauch Odontol*. 2011;59:15-8.
 7. Santos FDG, Cardoso ICG, Alves DCB, Mendonça SMS. Nervous Anorexia and Nervous Bulimia: Oral Alterations and Dentist'S Role on the multidisciplinary approach. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2015;27(1):33-42
 8. Aranha AC, Eduardo Cde P, Cordas TA. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(6):73-81.
 9. Ohrn R, Enzell K, Angmar-Månsson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci*. 1999;107(3):157-63.
 10. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and biochemical composition of saliva: a retrospective matched case-control study. *Eur J Oral Sci*. 2015;123(3):158-64.
 11. Faine MP. Recognition and management of eating disorders in the dental office. *Dent Clin North Am*. 2003;47(2):395-410.
 12. Touyz SW, Liew VP, Tseng P, Frisken K, Williams H, Beumont PJ. Oral and dental complications in dieting disorders. *Int J Eat Disord*. 1993;14(3):341-47.
 13. Milosevic A, Slade PD. The orodental status of anorexics and bulimics. *Br Dent J*. 1989;167(2):66-70.
 14. Milosevic A, Brodie DA, Slade PD. Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1997;21(2):195-99.
 15. Hermont AP, Oliveira PA, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Auad SM. Tooth erosion and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(11):e111123.
 16. Veronese N, Solmi M, Rizza W, Manzato E, Sergi G, Santonastaso P et al. Vitamin D status in anorexia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2015;48(7):803-13.
 17. Gregory-Head BL, Curtis DA, Kim L, Cello J. Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. *J Prosthet Dent*. 2000;83(6):675-80.
 18. Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. *J Orofac Pain*. 2008;22(3):201-8.
 19. Di Fede O, Di Liberto C, Occhipinti G, Vigneri S, Lo Russo L, Fedele S et al. Oral manifestations in patients with gastro-oesophageal reflux disease: a single-center case-control study. *J Oral Pathol Med*. 2008;37(6):336-40.
 20. Devlin TM. Manual de bioquímica com correlações clínicas. 7. ed. São Paulo: Blucher; 2011.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Cléa Adas Saliba Garbin

clea.saliba-garbin@unesp.br

NEPESCO – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva

Faculdade de Odontologia de Araçatuba

UNESP - Univ Estadual Paulista

Departamento de Odontologia Preventiva e Restauradora

Rua José Bonifácio, nº 1193 - Vila Mendonça

CEP. 16015-050 - Araçatuba-SP - Brasil

Tel. (55 018) 3636-2824

Submetido em 30/03/2020

Aceito em 26/07/2020