

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS EFEITOS DA BULIMIA NERVOSA NA CAVIDADE ORAL

THE IMPORTANCE OF THE DENTIST IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE EFFECTS OF BULIMIA NERVOSA ON THE ORAL CAVITY

Kharis de Aguiar Bicalho¹, Letícia Flores Macêdo¹, Larah Gabrielly A A da Costa², Daiany de Mendonça Silva², Geovanna Souza Lima², Cláudio Maranhão Pereira³

¹Cirurgiã-dentista pelo Centro Universitário ICESP-DF, Clínica Particular

²Aluna do Curso de Odontologia do Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

³Professor Doutor do Curso de Odontologia do Centro Universitário ICESP-DF, PUC-Goiás e UNIGOYAZES-GO.

RESUMO

O transtorno alimentar é uma doença caracterizada pelos hábitos alimentares de forma irregular. A bulimia nervosa é um transtorno alimentar que gera uma compulsão elevada do indivíduo em consumir alimentos em um curto espaço de tempo, que em seguida é dominado por um sentimento de arrependimento ou medo de engordar, que leva o indivíduo a buscar formas de eliminar aquela caloria ingerida. O cirurgião dentista deve estar apto a diagnosticar a bulimia, identificando os sinais e sintomas desse transtorno alimentar. Mostrar qual a importância do cirurgião dentista no diagnóstico de pacientes com bulimia e quais são as principais manifestações bucais presentes nesses pacientes. Neste trabalho de conclusão de curso, foi realizada uma abordagem qualitativa com levantamentos bibliográficos de artigos científicos e revisões literárias indexadas nos sites PubMed; SciELO; e Google Acadêmico. A literatura é unânime que estes apresentam inúmeras complicações bucais. As práticas purgativas (indução do vômito) e uso de medicamentos no tratamento de transtornos alimentares causam a xerostomia. Candidose, erosão dental, cárie, sialodenoze, gengivite e hipersensibilidade dentinária são algumas das alterações pertinentes a estes pacientes. É notória a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de sinais e sintomas da bulimia nervosa, pois é papel do profissional orientar o paciente com transtorno alimentar da maneira correta quanto a sua higienização oral e as manifestações bucais presentes, podendo este

ser o pioneiro da área da saúde a diagnosticar tal transtorno alimentar, proporcionando o tratamento odontológico correto, associado com outros profissionais da saúde como nutricionistas, médicos e psicólogos.

Palavras-Chave: Bulimia Nervosa; Bulimia e Odontologia; Cirurgião-dentista e a Bulimia; efeitos da Bulimia.

ABSTRACT

Eating disorder is a disease characterized by irregular eating habits. Bulimia nervosa is an eating disorder that generates a high compulsion of the individual to consume food in a short period of time, which is then dominated by a feeling of regret or fear of gaining weight, which leads the individual to seek ways to eliminate that calorie. ingested. The dental surgeon must be able to diagnose bulimia, identifying the signs and symptoms of this eating disorder. To show the importance of the dentist in the diagnosis of patients with bulimia and what are the main oral manifestations present in these patients. In this course completion work, a qualitative approach was carried out with bibliographic surveys of scientific articles and literary reviews indexed on PubMed sites; SciELO; and Google Scholar. The literature is unanimous that these present numerous oral complications. Purgative practices (inducing vomiting) and the use of medications in the treatment of eating disorders cause xerostomia. Candidosis, dental erosion, caries, sialodenoze, gingivitis and dentin hypersensitivity are some of the

changes pertinent to these patients. The importance of the dental surgeon in diagnosing the signs and symptoms of bulimia nervosa is well known, as it is the role of the professional to guide the patient with an eating disorder in the correct way regarding their oral hygiene and the oral manifestations present, and this could be the pioneer in the area. health professionals

to diagnose such an eating disorder, providing the correct dental treatment, associated with other health professionals such as nutritionists, doctors and psychologists.

Key words: Bulimia Nervosa; Bulimia and Dentistry; Dentist and Bulimia; effects of bulimia.

Contato: claudio.pereira@icesp.edu.br

ENVIADO: 03/10/2023
ACEITO: 12/09/2023
REVISADO: 07/12/2023

INTRODUÇÃO

O transtorno alimentar é uma doença ca-racterizada pelos hábitos alimentares de forma irregular. A bulimia nervosa é um tipo de transtor-no alimentar que gera uma compulsão elevada do indivíduo em consumir alimentos em um curto espaço de tempo, geralmente bastante calóricos, que em seguida é dominado por um sentimento de arrependimento ou medo de engordar, levando o indivíduo a buscar meios de eliminar a caloria ingerida^{1,2}. Esses pacientes podem vir a ingerir em torno 3000 a 6000 calorias, havendo casos de até 20000 calorias por episódio, sendo o doce um dos alimentos mais consumidos³.

Para controle de peso, o paciente com bulimia pode se encaixar em 2 grupos: purgativo e não purgativo. No grupo purgativo o indivíduo induz o vômito ou usa medicamentos como laxantes, diuréticos ou enemas. Já no grupo dos não purgativos existe a prática excessiva de exercícios físicos ou em jejum^{2,4,5}.

Diante do crescimento do número de casos, nos últimos anos, teve uma ascensão na discussão de critérios, meios de diagnóstico, complicações sistêmicas e locais⁶. A etiologia do transtorno alimentar é multifatorial e pode levar ao surgimento de manifestações bucais como a perimólise, xerostomia, aumento das glândulas salivares, aumento de lesões cáries, hipersensibilidade dentária, mucosites, sensação de língua queimada, gengivite, úlceras orais, glossite, trauma da mucosa da faringe e do palato mole, bruxismos e alterações da mucosa bucal como a queilite e erosões. Além disso, o PH da saliva fica extremamente ácido devido ao vômito^{7,8,9,10}.

O cirurgião-dentista deve estar apto a diagnosticar a bulimia, identificando os sinais e sintomas desse transtorno alimentar, fazendo o encaminhamento o paciente para uma avaliação multiprofissional e participando desse tratamento¹¹. Essa identificação é obtida por meio de deta-lhada anamnese, exames físicos intra e extraor-ais, estratégia para prevenir o surgimento de novas lesões nos tecidos bucais, como a remoção do agente causal e medidas preventivas. Dentre elas destacam-se a orientação quanto a higiene oral, uso de substâncias que neutralizam os ácidos e uso de substâncias que promovem a remineralização e aumento da resistência da su-perfície dentária^{12,13}.

OBJETIVOS

O objetivo dessa revisão de literatura é mostrar qual a importância do cirurgião dentista no diagnóstico de pacientes com bulimia e quais são as principais manifestações bucais presentes nesses pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para essa revisão literária, foi realizada uma abordagem qualitativa com levantamentos bibliográficos de artigos científicos e revisões literárias indexadas nos sites PubMed; SciELO; e Google Acadêmico.

A metodologia utilizada foi por meio de artigos científicos, pesquisados entre os meses de junho de 2022 a novembro de 2022, encontrados em artigos científicos e revisões literárias usando palavras chaves como: bulimia nervosa; transtornos alimentares; manifestações

buciais; tratamento oral da bulimia nervosa; manifestações orais da bulimia; bulimia oral; tratamento oral de erosões; erosões dentais; e desmineralização, tanto na língua inglesa, língua espanhola e na língua portuguesa.

Tem como critérios de inclusão artigos publicados entre os anos 2000 a 2022, que abordassem a importância do cirurgião dentista no diagnóstico da bulimia nervosa, assim como as suas manifestações orais e tratamento de nível oral.

REVISÃO DE LITERATURA

A Bulimia nervosa tem como características episódios de hiperfagia seguidos de métodos compensatórios inadequados¹⁴. O intuito é impedir o aumento de peso, com isso, o paciente apresenta medo desse ato, mesmo tendo consciência que segue uma dieta rígida, mas sente-se incapaz de tomar o controle do comportamento alimentar¹⁵.

Os pacientes com transtorno alimentar enfrentam ansiedade, dependência química e alterações de personalidade¹⁶. Além disso, pode gerar sentimento de tristeza, vergonha e condenação, por conseguinte, acabam buscando como alívio da autocondenação em antidepressivos, ansiolíticos, álcool e drogas ilícitas, que, por sua vez, implica em alterações da cavidade oral, podendo ser observado na tabela a seguir (Tabela 1) como erosão dental, xerostomia e susceptibilidade à cárie¹⁷. Outrossim, o aumento das glândulas salivares, sialoadenose, é ocasionado pela frequência dos episódios de vômitos induzidos e refluxos estomacais, nomeado como re-gurgitação¹⁸. Apesar da hipertrofia das glândulas ser comum nesses pacientes, sua causa ainda é desconhecida¹⁹, e seu aumento pode ser uni ou bilateral com prevalência de 10% a 50% dos pacientes²⁰.

Somando a isso, notou-se aumento das papilas periodontais e da mucosa bucal devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido²¹, tal como herpes; queilite angular; e candidoses²². O ácido provocado pela regurgitação causa erosões dentárias, com prevalência nos incisivos e caninos²³, de maneira severa em faces palatinas dos dentes ântero-superiores e póstero-superiores; erosão moderada nas faces vestibulares dos dentes ântero-superiores; e não afeta as faces linguais da arcada dentária

inferior²⁴.

A hipossalivação também está associada a bulimia nervosa⁸. Três fatores podem intensificar a redução do fluxo salivar: à prática de indução de vômito, extensos períodos de jejum e medicamentos para tratamento dessa condição²⁵. Em relação a estes destacam-se o uso de diuréticos, laxantes, antidepressivos e ansiolíticos. Dessa forma, desnutrição, desidratação, ansiedade e desordens hormonais estão diretamente associados à xerostomia^{26,8}. Somando a isso, agravando ainda mais o quadro de xerostomia, esses pacientes tendem a escolher alimentos ricos em carboidratos e também fazem a rápida deglutição do bolo alimentar, que influencia na pouca estimulação das glândulas salivares^{1,27,28,29}.

A cárie é uma doença muito comum nos pacientes com transtorno alimentar, pois é resultado das consequências citadas acima. Entre elas, alterações do pH na saliva, xerostomia e grande quantidade de alimentos ricos em carboidratos e cariogênicos ingeridos¹⁴. O predomínio dessas lesões cáries ainda é um assunto controverso devido ao seu caráter multifatorial¹⁸. Pesquisas indicam que não há diferença dos níveis de S.mutans ou de lactobacillus entre os pacientes com o transtorno da bulimia nervosa e pacientes que não possuem o transtorno, porém, em outros estudos descritos na literatura foi observado uma prevalência maior em pacientes com bulimia²⁶.

A incidência de gengivite é um fator presente em pacientes com transtornos alimentares, por sua vez, a doença periodontal nem tanto. O contato frequente com o ácido do vômito pode causar um aumento do periodonto^{26,6}. Entretanto, é controverso o aparecimento da doença periodontal em pacientes com bulimia, pois na maioria dos casos, esses pacientes surgem com o transtorno no período da adolescência e em jovens adultos, enquanto a doença periodontal normalmente afeta os pacientes em idades mais avançadas. Outra manifestação bucal que pode acometer a mucosa oral é a queilite angular, ocasionada pelo fungo *Candida Albicans* que proporciona uma infecção crônica no indivíduo. Sua causa está relacionada a carência nutricional e traumas. O surgimento de fissuras nas comissuras labiais e inflamação são manifestações relacionadas à queilite angular^{18,26}.

O cirurgião-dentista na auxilia na identificação dos transtornos alimentares²⁸, podendo ser um dos pioneiros da área da saúde a diagnosticar antecipadamente a bulimia nervosa¹⁰, de acordo com os seus sinais bucais e sinais físicos, porém, não são todos os profissionais da área que possuem o conhecimento adequado sobre esse tipo de transtorno. É de suma importância realizar

uma anamnese detalhada com perguntas sobre hábitos alimentares e problemas gastrointestinais do paciente, e exames físicos intrabucal e extrabucal^{30,31}. O profissional deve falar sobre o assunto com cautela, mostrando entendimento necessário, para conquistar a confiança do paciente³² e obter informações sobre problemas gastrointestinais e hábitos alimentares^{6, 34, 35}.

Tabela 1. Descrição das principais alterações bucais nos pacientes portadores de bulimia nervosa.

Lesões e alterações bucais mais comuns em pacientes com bulimia nervosa	
ALTERAÇÃO BUCAL	CAUSA
Candidíase	carência nutricional e traumas/ devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido
Queilite angular	surgimento de fissuras nas comissuras labiais e inflamação/ devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido
Erosão dental	antidepressivos, ansiolíticos, álcool e drogas ilícitas/ regurgitação/ pH salivar ácida devido ao vômito
Hiposalivação	prática de indução de vômito, extensos períodos de jejum e medicamentos para tratamento dessa condição
Cárie	alterações do pH na saliva, xerostomia e grande quantidade de alimentos ricos em carboidratos e cariogênicos ingeridos
Sialoadenose	ocasionado pela frequência dos episódios de vômitos induzidos
Hipertrofia das glândulas	causa ainda é desconhecida
Aumento das papilas periodontais	devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido
Herpes	devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido/alteração da microbiota/ alteração qualidade e quantidade de saliva
Erosões dentárias (perimólise)	Regurgitação, devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido
Gengivite	devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido/alteração da microbiota
Hipersensibilidade dentária	Regurgitação, devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido/secundária a gengivite e cárie
Mucosites	devido à irritação causada pelo vômito de pH ácido
Bruxismo	Secundário aos transtornos psíquicos/ erosão dentária
Regurgitação	refluxos estomacais

(fonte própria)

DISCUSSÃO

A bulimia é o transtorno alimentar que mais prejudica a saúde bucal, de acordo com a perspectiva odontológica^{30,33}. Sinais como apatia, palpitações, refluxo, fraqueza, dor abdominal, vômito involuntário, hematêmese, queilite angular, candidoses, herpes, dificuldade de concentração são característicos de pacientes com bulimia nervosa^{4,36}.

As práticas purgativas (indução do vômito) e uso de medicamentos no tratamento de transtornos alimentares causam a xerostomia⁸. A emoção, jejum frequente, doenças psiquiátricas, síndromes, doenças autoimunes e infecções das glândulas salivares em alguns pacientes provocam o ressecamento e desidratação da mucosa oral induzindo a xerostomia³⁷.

A perimólise (desgaste dentário) ocasiona a destruição do esmalte e da dentina em virtude do ácido proveniente do estômago. O contato rotineiro dos dentes juntamente com o ácido oriundo dos vômitos e regurgitações crônicas provocam o desgaste dental, bastante comum em pacientes com bulimia^{38,39,40}.

O surgimento e severidade das lesões dentárias dependem tanto do período e dos episódios de vômitos, quanto dos hábitos de higiene oral dos pacientes. Os desgastes dentários são favorecidos devido a execução de higiene oral logo em seguida aos episódios de vômito, deixando a superfície dentária abrasiva^{27,30}.

O aumento das glândulas salivares é provocado pela regurgitação, conhecido como sialose e sialodenoze. O hábito dessas regurgitações provoca erosões severas, devido o ácido do estômago, que pode atingir as faces palatinas dos dentes anteriores superiores, uma erosão moderada que atinge as faces vestibulares dos mesmos dentes e por sua vez, não são afetadas as faces linguais dos dentes posteriores e anteriores inferiores^{18,24}.

No que aborda a saúde bucal do paciente com bulimia, a preocupação é com os cuidados emergenciais, com a orientação do paciente, adequação do meio, restaurações e visitas periódicas para acompanhamento do caso³². Se tratado precocemente, a erosão dentária mais leve pode-se até renunciar ao tratamento restaurador. Já a intermediária, opta-se por um tratamento mais conservador em relação

as estruturas dentárias por meio de resinas compostas, que podem ser reversíveis. No caso de erosões dentárias severas com perda de dimensão vertical é viável optar-se por um tratamento com prótese³⁴.

Para um tratamento eficaz é importante ouvir e orientar o paciente sobre a escovação agressiva após a regurgitação, deve-se prescrever bochechos com água e bicarbonato de sódio para deixar o pH do ambiente bucal neutro, pois esses pacientes têm escovação repetitiva que ocasionam abrasões dentárias²¹. Também é aconselhável a prescrição de cremes dentais com alta concentração de flúor e baixa abrasividade³².

O vômito induzido também aumenta os casos de insucesso do tratamento com restaurações, porque as estruturas dentais de suporte permanecem em um meio com baixo pH logo restaurações provisórias podem sofrer erosões mais facilmente se permanecer o hábito de indução de vômito²¹. Quando a erosão é mais severa e necessita de um tratamento protético, é indicado coroas de cerâmicas pura, cimentada sobre a dentina remanescente. Essa técnica além de restabelecer função ainda devolve estética que por consequência ajuda no aumento de autoestima dos pacientes³².

CONCLUSÃO

É notória a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de sinais e sintomas da bulimia nervosa, pois é papel do profissional orientar o paciente com transtorno alimentar da maneira correta quanto a sua higienização oral e as manifestações bucais presentes, podendo este ser o pioneiro da área da saúde a diagnosticar tal transtorno alimentar, proporcionando o tratamento odontológico correto, associado com outros profissionais da saúde como nutricionistas, médicos e psicólogos.

Dessa maneira, o cirurgião-dentista deve estar apto a interpretar exames complementares, diagnosticar corretamente o paciente e precaver alterações bucais, como também deve incentivar esse paciente a procurar profissionais especializados na área para realizar um tratamento de forma interdisciplinar, para reduzir as consequências e complicações que esse transtorno pode causar, proporcionando uma melhor qualidade

de vida ao paciente, com acompanhamento médico para avaliar as modificações sistêmicas, abordagem nutricional para corrigir a alimentação, tratamento com o cirurgião-dentista para propiciar uma boa condição bucal e apoio psicológico para lidar com o distúrbio e acatar o tratamento. A intervenção eficaz ainda não foi descoberta, pois mesmo com os variados recursos terapêuticos existentes, muitos pacientes passam por inúmeras recaídas.

REFERÊNCIAS:

1. Popoff DAV, Santa-Rosa TT, Paula ACF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA. Bulimia: oral manifestations and dental care. *Rev. Gaúcha Odontol.*, 2010; 58 (3): 381-385.
2. PARRA G. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. *Rev Vernez.* 2014;3(1):75–90.
3. Derchi G, Vano M, Peñarrocha D, Barone A, Covani U. Minimally invasive prosthetic procedures in the rehabilitation of a bulimic patient affected by dental erosion. *J Clin Exp Dent.* 2015;7(1):e170–4.
4. Ceron-Litvoc D, Napolitano IC. Transtornos alimentares. 2008. https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1176/transtornos_alimentares.htm
5. Muñetón, MJB. Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. *Psicología desde el Caribe.* 2012; 29(1): 108.
6. Antunes TK, Fontoura C, Agostini E. Nervous Anorexia and Nervous Bulimia: Mouth Complications and the Role of the Dentist Regarding Eating Disorders. *Disc Sci.* 2007; 8 (1):159– 67.
7. Frydrych AM, Davies GR, Dermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust. Dent. J.*; 2005; 50(1): 6-15.
8. De Moor RJ. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J. Oral Rehabil.*, 2004; 31(7): 725-732.
9. Competition L, Affects D, In I. NIH Public Access. 2008;86(12):3279–88.
10. Howe E. Ethical considerations when treating patients with schizophrenia. *Psychiatry [Internet].* 2008;5(4):59–64.
11. Aranha AC, Eduardo CP, Cordas TA. Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *J. Contemp. Dent. Pract.*,2008; 9(6): 73-81.
12. Guimarães SFD, Guimarães CIC, Barbosa ADC, Souza MSM. 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.
13. Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Rev odontol UNESP Online [Internet].* 2010;39(4):241–5.
14. Soares, MAA Importância do Cirurgião-Dentista no Diagnóstico da Bulimia. 2018. 27f. (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade do Sul de Santa Catarina.
15. CENCI M, Peres GC, Vasconcelos FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev. Psiquiat. Clín.*, 2009; 3(36): 107-114.
16. Teixeira Neto F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
17. Mahan LK, Escott-Stump S, Krause MV. Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010
18. Debate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *J. Dent. Educ.*, 2005; 69(3): 346-54.
19. Medeiros Júnior R, Catunda IS, Silva IHM, Silva NFAS, Silva CHV, Beatrice LCS. Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin.*

Integr., 2012; 12(2):279-84.

20. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 1992; 50(10): 1122-5.

21. Hazelton LR, Faine MP. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int. J. Prosthodont.* 1996; 9(1): 65-73.

22. Milosevic A, Slade PD. The orodental status of anorexics and bulimics. *Br. Dent. J.*, 1989; 167(2): 66-70.

23. Ferreira CP, Gama ACC, Santos MARS, Maia MO. Avaliação laríngea e vocal de pacientes com bulimia. *Brazilian J. Otorhinolaryn.* 2010; 76(4): 469-477.

24. Robb ND, Smith BG. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. *J. Dent.*, 1996; 24(1-2): 7-16.

25. Borges NJBG, Sicchier JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santo SJE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina*, 2006; 39(3): 340-348.

26. Frydrych AM, Davies GR, Mcdermott BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J [Internet]*. 2005;50(1):6-15; quiz 56.

27. Seabra BGM, Seabra FRG, Almeida RQ, Ferreira JMSI. Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. *Rev. Bras. Patol. Oral.*, 2004; 3,(4): 195-198.

28. Barboza CAG. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *Int. J. Dent.*, 2011; 10(1): 32-7.

29. El Achkar VNR, Back-Brito GN, Koga-Lto CY. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 2012; 24(1): 51-6.

30. 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- 363.

31. Assumpção CLD, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2002; 24(3): 29-33.

32. BURKE FJT, Bell TJ, Ismael N, Hartley P. Bulimia: implications for the practicing dentist. *Brit. Dent. J.*, 1996; 180(11): 421- 426.

33. Moreira, D. Influências negativas da anorexia e bulimia na saúde bucal. 2015.

34. Alexandra SM, Marianna SMA importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia. *Rev. Bras. Odontol.*, 2009; 66(1): 6-7.

35. YAGI T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inuj A. The Role of Ghrelin, Salivary Secretions, and Dental Care in Eating Disorders. *Nutrients*, 2012; 4(8): 967-989.

36. Milosevic A, Slade PD. The orodental status of anorexics and bulimics. *Br. Dent. J.*, 1989; 167(2): 66-70.

37. Pupo DB, Bussoloti FI, Liquidato BM, Korn GP. Proposta de um método prático de sialometria. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, 2002; 68(2): 219-22.

38. Santos FDG, Guimarães IC, Santuza DCB, Mendonça MS. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. *Rev. Odont. Univ. Cid. São Paulo*, 2015; 27(1): 33-42.

39. Campos JADB, Lima NA. Desordens alimentares: o cirurgião-dentista pode ajudar. *Rev. Bras. Odontol.*, 2005; 62(3-4): 166-167.

40. Rytomaa I, Järvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand*, 1998; 56(1): 36-40.