

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ORAIS DE PACIENTES COM BULIMIA E A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Thássio Eduardo Ferreira¹ Rodrigo Teixeira Macri²

thassiopegoraro@hotmail.com ¹Graduando em Odontologia pelo Instituto Municipal de Ensino Superior – IMES Catanduva ²Cirurgião-Dentista, Docente do curso de Odontologia do Instituto Municipal de Ensino

Superior – IMES Catanduva

Avenida Daniel Dalto s/nº (Rodovia Washington Luís – SP 310 – KM 382), Caixa Postal 86 15.800-970
Catanduva – SP

RESUMO

Devido a tamanha imposição da sociedade sobre o padrão de beleza ideal, inúmeros indivíduos acabam desenvolvendo algum transtorno alimentar na atualidade. A preocupação exagerada com o corpo e o medo de engordar torna a bulimia nervosa notoriedade dentre os principais distúrbios. A deficiência nutricional, o uso de antidepressivos e o ácido estomacal derivado de ações compensatórias para evitar o ganho de peso causa incontáveis alterações na cavidade bucal. Sendo em formato de revisão bibliográfica, esse trabalho tem o intuito de enfatizar as principais manifestações clínicas bucais de pacientes bulímicos e destacar a importância do cirurgião-dentista frente ao diagnóstico da doença para um direcionamento multiprofissional. Além, da busca em restabelecer a saúde bucal do indivíduo com orientações preventivas e ações reabilitadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Bulimia; Transtornos alimentares; Manifestações bucais; Cirurgião dentista; Odontologia.

ABSTRACT

Due to the great imposition of society on the ideal beauty standard, countless individuals end up developing some eating disorder today. The exaggerated concern with the body and the fear of gaining weight makes bulimia nervosa notorious among the main disorders. Nutritional deficiency, the use of antidepressants and stomach acid derived from compensatory actions to prevent weight gain cause countless changes in the oral cavity. Being in a bibliographic review format, this work aims to emphasize the main oral clinical manifestations of bulimic patients and to highlight the importance of the dentist when diagnosing the disease for a multidisciplinary approach. In addition, the search to restore the individual's oral health with preventive guidelines and rehabilitation actions.

KEYWORD: Bulimia; Eating Disorders; Oral Manifestations; Dental Surgeon; Dentistry.

INTRODUÇÃO

Atualmente a sociedade moderna exige corpos cada vez mais magros e bem definidos. A valorização extrema da magreza, estereotipadas por muitas vezes de mídias e redes sociais, relacionam corpos esbeltos a figuras de sucesso, ocasionando dessa forma, mais indivíduos à comportamentos e atos inadequados para o controle de peso. Logo, torna a bulimia destaque dentre os principais transtornos alimentares. (DOS SANTOS, et al. 2017).

Muitas razões vêm sendo atribuídas ao desenvolvimento de um distúrbio alimentar, a maioria deles relacionados a fatores psicológicos e sociais. Em sua grande parcela, os mais acometidos são indivíduos do gênero feminino e adolescentes, pois essa fase se trata de um período favorável à formação de identidade e mudanças corporais (UZUNIAN, et al. 2015).

O termo bulimia vem da expressão grega “fome de boi”, é uma síndrome definida por uma hiperfagia em um período curto de tempo, normalmente com alimentos bastante calóricos, seguindo adiante por condutas inapropriadas para a perda do peso que foi ganho. Tais ações compensatórias vão desde o uso abusivo de laxantes e diuréticos, dietas severas ou jejum, excessiva prática de exercícios físicos, à regurgitação autoinduzida. (JÚNIOR, et al. 2012).

A regurgitação frequente nos casos de distúrbios alimentares provoca manifestações bucais como a perimólise, xerostomia, erosões, descoloração dos dentes, aumento da sensibilidade, mucosite oral, quelite, bruxismo, alterações ortodônticas, aumento das glândulas salivares e do índice de cárie (CASTILLO et al., 2017).

É de extrema importância a participação do cirurgião-dentista frente a um diagnóstico de um paciente com transtorno alimentar, como a anorexia e bulimia, visto que o mesmo é um dos primeiros profissionais capazes de detectar a doença, já que há presença de lesões dentais erosivas resultantes de um ambiente oral ácido. (FONSECA, 2014).

Quanto antes ocorrer a detecção precoce da bulimia, em adolescentes e crianças, melhor será o diagnóstico desse paciente. É essencial que pediatras e dentistas estejam sempre atentos a qualquer indício vindo de algum indivíduo, uma vez que tais pacientes procuram esconder sinais e sintomas de familiares (GRILLO; SILVA, 2004).

Em consequência de o odontólogo ser um dos primeiros profissionais da área da saúde a reconhecer a bulimia, é indispensável que o mesmo esteja apto e conheça tais manifestações, e posteriormente restabelecer a saúde bucal dos indivíduos com procedimentos preventivos e reabilitadores, e direcionando o paciente para um tratamento multidisciplinar, com nutricionistas, terapeutas e psicólogos (DOS SANTOS et al., 2017).

MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho se encontra no formato de pesquisa bibliográfica, onde foi recorrido a livros e artigos científicos nacionais e internacionais, publicados até o ano de 2020, nas plataformas: Scielo, PubMed, RCAAP e Google Scholar, utilizando as palavras chaves: bulimia, transtornos alimentares, manifestações bucais, cirurgia dentista, odontologia.

Foram selecionados 30 artigos e 3 livros, cujos têm a função de esclarecer dúvidas sobre as manifestações clínicas causada pela bulimia, sinais e sintomas e aptidão do cirurgião dentista referente à um transtorno alimentar.

Para critério de exclusão, foram descartados artigos que não citassem de forma rigorosa as manifestações clínicas orais ocasionadas pela bulimia e a importância do cirurgião frente a um diagnóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

REVISÃO DE LITERATURA

A bulimia

A característica principal da bulimia é o padrão de hiperfagia em um curto período de tempo, quando em seguida, o indivíduo acaba por seguir medidas consideradas impróprias com a finalidade de evitar o ganho de peso e uma baixa autoestima. (JÚNIOR, et al. 2012).

A compulsão alimentar é o sintoma principal da bulimia e normalmente é consequência de dietas severas para o emagrecimento. Esses episódios são repletos de sentimentos de intensa vergonha, culpa e autopunição, e geralmente é feita com alimentos ricos em carboidratos e açúcares, com variação de 2000 a 5000 calorias. O vômito autoinduzido ocorre em 90% dos casos de bulimia, sendo considerado o principal meio compensatório, podendo ter sua frequência de um a dez ou mais episódios por dia, nos casos mais severos. (APPOLINÁRIO, et al. 2000)

O perfil de indivíduos bulímicos, é representado com insegurança, vergonha, baixa autoestima, ansiedade alta, perfeccionismo, restrição alimentar e irritados com facilidade devido a depressão que sofrem (POPPOF, et al. 2010). Na maioria das vezes, são medicados com antidepressivos, o que acarreta uma complicação maior nas manifestações clínicas ocorridas. (BAUTISTA et al., 2015).

Úlceras nas superfícies das mãos e presença de calos nos dedos são frequentes, visto que são usados como instrumento para estimular o vômito. A laringe e cordas vocais também podem ser atingidas pelo ácido estomacal, assim sendo, causando inflamações, dificuldade na deglutição, voz rouca, dor de garganta e tosse crônica. O vômito muito frequente leva a perda do reflexo da náusea e relaxa o esfíncter esofágico inferior, chegando a induzir o vômito naturalmente. (ANTUNES et al., 2007; CASTILLO et al., 2017).

Manifestações bucais

Erosão dental

A erosão dental pode ser de origem intrínseca ou extrínseca, no caso da bulimia, ela acontece de forma intrínseca, ou seja, quando é decorrência do contato do ácido gástrico com os dentes durante um episódio de vômito autoinduzido ou um refluxo alimentar, sem o envolvimento de bactérias (PEGORARO, et al 2000). A destruição do material inorgânico do esmalte acontece quando cessa saturação da saliva com cálcio e fosfato, resultando na destruição do esmalte em camadas. (JÚNIOR et al., 2012).

O ácido provoca uma erosão dental severa na face palatina dos dentes anteriores superiores, uma erosão moderada na face vestibular desses mesmos dentes (GREGORY-HEAD, et al 2000). Face palatina dos dentes anteriores inferiores e posteriores não são afetadas, isso por serem banhados constantemente por saliva e proteção da língua (DOS SANTOS, et al 2017). A erosão na face palatina dos anteriores superiores é semelhante a posteriores superiores. Erosão variável na oclusal e vestibular dos dentes superiores posterior (ROBB, SMITH 1996).

A característica clínica principal mais comum da erosão é a ausência de brilho do esmalte, a superfície demonstra-se em forma de “U” ou pires, a lesão mostra-se extensa, sem ângulo exato

e roxa. As restaurações apresentam aspectos de ilhas e sem machas, tornam-se proeminentes, no caso de amálgamas tais projeções recebem o nome de “ilhas de amálgama” (TRAEBERT, MOREIRA 2001). Pela perda de substâncias dentárias, o paciente com diagnóstico de bulimia pode apresentar bordas incisais finas ou fraturadas, diastemas e pseudomordida aberta (SEABRA, et al., 2004). A dentina quando atingida provoca sensibilidade ao frio, calor e pressão osmótica. (POPOFF et al., 2010).

A seriedade e desenvolvimento da erosão dependem da frequência e duração do contato do ácido com os elementos dentários (CAMIOTTI et al., 2003). Assim, como a importância dos hábitos de higiene bucal, a escovação logo após a regurgitação não é recomendada, pois o esmalte se encontra desorganizado e pode ser facilmente eliminado pela abrasão, tanto quanto a forte aplicação da escova durante a higienização (DOS SANTOS et al., 2017).

A forma de tratamento para a erosão dentária, pode ser feita através de aplicação de vernizes, restaurações totais indiretas, introdução de bochechos fluoretados, endodontias, restrição de alimentos que podem aumentar as erosões, além de uma orientação adequada por parte do cirurgião dentista para que o paciente realize uma correta higienização (BARBOSA, et al. 2002).

Hipertrofia da glândula salivar

O fato do indivíduo bulímico induzir o vômito, ocasiona um aumento de volume nas glândulas salivares, especialmente na glândula parótida (ALONSO, et al., 2001). É notável em 53% dos pacientes com esse transtorno alimentar, uma deformação facial, ocasionando uma mandíbula quadrada e o rosto inchado. Quando palpada, a glândula apresenta-se macia e não há relatos de dor. (EL ACHKAR, et al. 2012).

O inchaço das glândulas parótidas tem potencial para serem unilateral ou bilateral, podendo afetar as glândulas submandibulares (MANDEL, KAYNAR 1992). O grau do inchaço está diretamente relacionado a proporção em que são realizados os episódios de vômito. O crescimento excessivo é atribuído a ingestão de carboidratos, regurgitação de ácido gástrico levando a uma alcalose metabólica e má nutrição (FAINE 2003). Como tratamento, é recomendado a paralisação dos vômitos e boa alimentação (NAVARRO et al., 2011).

Xerostomia

A saliva é essencial para a saúde bucal dos indivíduos, e pacientes que são diagnosticados com a redução do fluxo salivar sofrem com a perda de lubrificação da cavidade bucal, podendo atingir algumas funções e discorrer a infecções em consequência da diminuição da proteção proporcionada através dela (SCULLY, 2009)

Pacientes bulímicos são mais favoráveis a xerostomia em efeito a realizações prolongadas de jejuns. Durante a compulsão alimentar, a deglutição ocorre de forma frenética pelo paciente, provocando menor estimulação das glândulas salivares (DE MOOR 2004). O uso de antidepressivos pode ser explicado para ao favorecimento da xerostomia em pacientes com transtornos alimentares, visto a decorrência da diminuição de produção salivar ocasionada pela ação anticolinérgica, observada nesses grupos farmacológicos (POPPOF, et al. 2010).

Aumento do índice de cárie

Estudos sobre o predomínio de cárie dental em pacientes com transtornos alimentares são incertos. Alguns estudos demonstraram que o risco de cárie é variável, assim como na população em geral, tornando um perigo individualizado (ALONSO, et al. 2001). A diferença nos índices de cárie de pacientes com bulimia pode ser atribuída à higiene bucal, a xerostomia e a dieta. (EL ACHKAR et al. 2012).

Os alimentos escolhidos pelos bulímicos são na maioria das vezes ricos em carboidratos, que quando associados com a xerostomia, pode provocar a presença de cáries (TRAEBERT, MOREIRA 2001). Além de que, em pacientes onde já havia lesões de cárie ativas, a velocidade na qual as novas lesões se desenvolvem, dificulta exageradamente o tratamento. (POPPOF, et al. 2010).

Hipersensibilidade dentinária

A hipersensibilidade dentinária, é caracterizada por uma sintomatologia dolorosa de curta duração e ocorre pela exposição da dentina, devido à ocorrência da perda de esmalte. Os túbulos dentinários são expostos, geralmente, pela erosão causada através do ácido estomacal em indivíduos com bulimia, quando o mesmo tem episódios de regurgitação frequentes (GONÇALVES, DEUSDARÁ 2011).

A hipersensibilidade dentinária, juntamente com o comprometimento da estética, na maioria das vezes é o que leva o paciente a procurar o tratamento odontológico (CALDEIRA et al. 2000).

Bruxismo

O bruxismo é uma ação parafuncional, diurna ou noturna, da musculatura da mastigação, que integra o hábito de ranger os dentes, apertar, comprimir ou encostá-los, o que pode induzir a dor nos músculos da mastigação e do pescoço, cefaleia, diminuição do limiar da dor na mastigação e na musculatura cervical, limitação de amplitude da movimentação da mandíbula, e agravamento da saúde bucal. (COSTA et al. 2017).

A bulimia nervosa está relacionada a fatores psicológicos. Logo, pode tornar um iniciador ou agravante do bruxismo, visto que o mesmo está associado a fatores como estresse, ansiedade e personalidade. (DOS SANTOS, et al. 2017).

Alterações no periodonto

As doenças periodontais são caracterizadas por afetarem os tecidos subjacentes dos dentes (BAUSTISTA et al. 2018). O periodonto do paciente com bulimia pode se mostrar muito afetado em decorrência da irritação causada pelo vômito ácido e pela higienização bucal precária e incorreta do indivíduo (SEABRA, et al. 2004).

O ácido estomacal pode promover o inchaço das papilas interdentes, lesões nas papilas linguais, formação de úlceras, gengivite e sensibilidade em palato. O estresse, presente na grande maioria dos bulímicos, é indicativo para anormalidades periodontais. (BAUSTISTA et al. 2018).

Algumas medicações usadas por pacientes com bulimia, como anticolinérgicos, afetam o periodonto e a mucosa oral, visto que quando utilizado com muita frequência, esses mesmos medicamentos causam a secura bucal. (ANTUNES et al. 2007).

Alterações na mucosa oral

Por terem uma dieta incorreta, os bulímicos apresentam deficiências nutricionais. Logo, tais deficiências provocam o surgimento de lesões eritematosas no palato, inflamação da língua com eritema e atrofia de suas papilas. (LO RUSSO, et al. 2008)

A escassez de ferro, vitaminas do grupo B e folato prejudicam o reparo e o potencial regenerativo da mucosa oral. Traumas na mucosa e

faringe são quase certas consequências da bulimia, visto a inserção de objetos estranhos, como escovas de dente, pentes, talheres e o próprio dedo, na cavidade oral a fim de induzir o vômito. (FRYDRYCH et al., 2005).

A candidose, uma das manifestações ocasionadas pela bulimia, é uma infecção fúngica bucal oportunista que se desenvolve na presença de uma entre várias condições predisponentes como a xerostomia e a deficiência nutricional. A queilite angular, são lesões moderadamente dolorosas, fissuradas, e rosadas e crostosas, presente na comissura labial. (REGEZI, et al. 2008)

O ácido estomacal, responsável pela irritação fácil da mucosa, torna outras manifestações clínicas bastante recorrentes, como o aumento das papilas linguais, a formação de úlceras, a gengivite, a sialometaplasia necrosante, a eritema do palato, e a mucosite (EMODI-PERLMAN, et al., 2008) Há estudos em que foram identificados danos na mucosa labial de pacientes com bulimia, como a presença de eritema, descamação, sulcos, atrofia e palidez, apontando para uma queilite descamativa crônica. (JÚNIOR et al., 2012).

Importância do cirurgião-dentista

Por meio de consultas rotineiras, o cirurgião-dentista deve ser capacitado para detectar alterações bucais resultantes de um transtorno alimentar. Um diagnóstico precoce, favorece uma rápida inserção multidisciplinar do indivíduo, incluindo psicoterapeutas, médicos e nutricionistas. (DOS SANTOS, et al 2017).

Na anamnese, é essencial que o odontólogo tenha a habilidade de apresentar o assunto de forma que conquiste a confiança do paciente, descobrindo seus hábitos alimentares e possíveis problemas gastrointestinais. Dessa forma, é possível obter resultados assertivos em relação ao transtorno alimentar, com melhora da autoestima e evitamento da deterioração dental (SCHMIDT, TREASURE 1997).

Para pacientes com hábitos de induzir o vômito, cabe ao profissional de saúde bucal salientar o risco da atividade, com orientações adequadas sobre a correta higienização, enfatizando o risco da escovação após os episódios de regurgitação, resultante em severa abrasão, além da prescrição de bochechos com finalidade de neutralizar o pH da cavidade bucal (SHAW, SMITH 1999).

É importante que o cirurgião-dentista recomende para pacientes bulímicos cremes dentais com grande quantidade de flúor e baixa abrasividade e escovas extra macias. Assim como, as melhores técnicas de escovação e correto uso do fio dental. (TRAEBERT, MOREIRA 2001; SEABRA, et al. 2004).

Na questão dietética, o indivíduo com transtorno alimentar, como a bulimia, deve ser aconselhado a evitar alimentos ácidos como refrigerantes, sucos e frutas cítricas. Além, de ser informado sobre o ataque cariogênico, o qual está passível, devido aos episódios de compulsão alimentar com alimentos ricos em carboidratos e açúcar (TRAEBERT, MOREIRA 2001; TOUGER-DECKER 2006).

Em casos de pacientes com diagnóstico de xerostomia, o profissional odontólogo pode intervir com indicações de gomas de mascar livres de açúcares, substitutos salivares, além de recomendar alimentos que não sejam pegajosos e picantes, e estimular a ingestão de água durante o dia (SCULLY 2009).

O tratamento restaurador definitivo deve ser realizado no momento em que o paciente se encontra psicologicamente totalmente estabilizado, com a etiologia tratada (ALONSO, et al. 2001). O plano de tratamento pode ser de uma simples restauração à casos mais complexos com envolvimento da perda da estrutura dental e dimensão vertical (TRAEBERT, MOREIRA 2001; SEABRA, et al. 2004).

CONCLUSÃO

Mediante a essa revisão bibliográfica, foi possível obter conhecimento sobre as alterações encontradas na cavidade bucal em consequência da bulimia nervosa. A má nutrição e o ácido estomacal derivado de regurgitações autoinduzidas, foi a causa principal das manifestações citadas. Dentre todas as alterações, a erosão dental é considerada unanime por ter sido encontrada em todos os artigos analisados.

É de extrema importância que o cirurgião-dentista tenha ciência de todas as manifestações clínicas possíveis causadas pela bulimia, uma vez que esse é um dos primeiros profissionais capazes de oferecer o diagnóstico precoce da doença, podendo realizar o direcionando para tratamento com equipe multiprofissional, e atuando na prevenção e promoção de saúde desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Carina et al. Trastornos de la conducta alimentaria: repercusiones a nivel oral. **Rev. Asoc. Odontol. Argent**, v. 89, n. 4, p. 390-5, 2001.

ANTUNES, Kaline Tumé; DO AMARAL, Clarissa Fontoura; BALBINOT, Carlos Eduardo Agostini. Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 8, n. 1, p. 159-167, 2007.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 28-31, 2000.

BARBOSA, Amanda Maria Ferreira et al. Características bucais da perimólise e episódios recorrentes de vômitos-Relato de caso. **Odonto**, v. 20, n. 40, p. 89-93, 2012.

BAUTISTA, Brenda et al. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. **Venezuela. Rev. Invest. Odont. IADR**, v. 3, n. 1, p. 75-90, 2015.

CALDEIRA, Tháís Henriques; NÁPOLE, Rita de Cássia D'Ottaviano; BUSSE, Salvador de Rosis. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, p. 465-7, 2000.

CAMILOTTI, P. P.; VENTURINI, A. F.; CARDOSO, S. A. Perimólise: etiologia, diagnóstico e tratamento-caso clínico. **Arq Ciênc Saúde Uniapar**, v. 7, p. 23-5, 2003.

CASTILLO, Marigold; WEISELBERG, Eric. Bulimia nervosa/purging disorder. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 47, n. 4, p. 85-94, 2017.

COSTA, Anadélia Rosa Orlandi et al. Prevalência e fatores associados ao bruxismo em universitários: um estudo transversal piloto. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 2, p. 120, 2017.

DE MOOR, R. J. G. Eating disorder-induced dental complications: a case report. **Journal of oral rehabilitation**, v. 31, n. 7, p. 725-732, 2004.

DOS SANTOS, Fernanda Daniela Guimarães et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 27, n. 1, p. 33-42, 2017.

EL ACHKAR, Vivian Narana Ribeiro; BACK-

BRITO, Graziella Nuernberg; KOGA-ITO, Cristiane Yumi. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 51-56, 2017.

EMODI-PERLMAN, Alona et al. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. **Journal of orofacial pain**, v. 22, n. 3, 2008.

FAINE, Mary P. Recognition and management of eating disorders in the dental office. **Dental Clinics of North America**, v. 47, n. 2, p. 395, 2003

FONSECA, Antonio Salazar. **Odontologia Estética: respostas às dúvidas mais frequentes**. Artes Médicas Editora, 2014.

FRYDRYCH, A. M.; DAVIES, G. R.; MCDERMOTT, B. M. Eating disorders and oral health: a review of the literature. **Australian dental journal**, v. 50, n. 1, p. 6-15, 2005.

GONÇALVES, P. E. et al. Cervical non-carious lesions in contemporary dental practice: diagnosis and prevention. **Revista de Ciências Médicas**, v. 20, n. 5/6, p. 145-152, 2011.

GREGORY-HEAD, Belinda L. et al. Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 83, n. 6, p. 675-680, 2000.

GRILLO, Eugênio; DA SILVA, Ronaldo JM. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 21-27, 2004.

JUNIOR, Rui Medeiros et al. Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 2, p. 279-284, 2012.

LO RUSSO, Lucio et al. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. **Oral diseases**, v. 14, n. 6, p. 479-484, 2008.

MANDEL, Louis; KAYNAR, Ayfer. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 50, n. 10, p. 1122-1125, 1992.

NAVARRO, Valéria Pontelli et al. Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, p. 15-18, 2011.

PEGORARO, Carolina Nunes; SAKAMOTO, Fernanda Ferreira Oliveira; DOMINGUES, Lucirene Aparecida. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, p. 156-61, 2000.

POPOFF, Daniela Araújo Veloso et al. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. **RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 3, p. 381-385, 2010.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, James J.; JORDAN, R. C. Oral pathology: Clinical pathologic correlations. 5 [sup] th ed. **USA: Saunders**, p. 90-5, 2008.

ROBB, N. D.; SMITH, B. G. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. **Journal of Dentistry**, v. 24, n. 1-2, p. 7-16, 1996.

SHAW, L.; SMITH, A. J. Dental erosion—the problem and some practical solutions. **British dental journal**, v. 186, n. 3, p. 115-118, 1999.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. **The European journal of prosthodontics and restorative dentistry**, v. 5, n. 4, p. 161-167, 1997.

SCULLY, Crispian. **Medicina oral e maxilofacial**. Elsevier Brasil, 2009.

SEABRA, Barbara Gomes de Melo et al. Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. **Rev. bras. patol. oral**, v. 3, n. 4, p. 195-198, 2004.

TOUGER-DECKER, Riva. Eating disorders: detection and referral--the role of the dental professional. **Quintessence international (Berlin, Germany: 1985)**, v. 37, n. 3, p. 199-201, 2006.

TRAEBERT, Jefferson; MOREIRA, Emília Addison Machado. 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.

UZUNIAN, Laura Giron; VITALLE, Maria Sylvania de Souza. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3495-3508, 2015.