



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

MEDEIROS JUNIOR, Rui; Souza CATUNDA, Ivson; Moraes SILVA, Igor Henrique; de Araújo Sousa
SILVA, Natália Fernanda; Vicente da SILVA, Cláudio Heliomar; Souza BEATRICE, Lucia Carneiro
Manifestações Orais e Maxilofaciais Secundárias à Bulimia Nervosa: Uma Revisão Sistemática
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 12, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 279-
284

Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723490020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Manifestações Orais e Maxilofaciais Secundárias à Bulimia Nervosa: Uma Revisão Sistemática

Oral and Maxillofacial Manifestations Secondary to Bulimia Nervosa: A Systematic Review

Rui MEDEIROS JUNIOR¹, Ivson Souza CATUNDA², Igor Henrique Morais SILVA³, Natália Fernanda de Araújo Sousa SILVA⁴, Cláudio Heliomar Vicente da SILVA⁵, Lucia Carneiro Souza BEATRICE⁶

¹Mestrando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

²Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital da Restauração, Recife/PE.

³Doutorando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

⁴Cirurgiã-Dentista, formada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE), Camaragibe/PE, Brasil.

⁵Professor Adjunto do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial, Disciplina de Dentística da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

⁶Professora Associada do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil.

RESUMO

Introdução: A bulimia nervosa é um tipo de transtorno alimentar (fortemente associado à questão do padrão de beleza corporal contemporâneo) que atinge cerca de 1 a 2% da população, com maior prevalência no gênero feminino, apresentando uma gama de alterações importantes e características que acometem a região oral e maxilofacial.

Objetivo: Realizar uma revisão da literatura a cerca das publicações sobre as manifestações bucomaxilofaciais secundárias à bulimia nervosa, demonstrando as alterações mais comuns e alertando o cirurgião-dentista para o diagnóstico precoce da doença.

Método: 54 artigos científicos indexados (Medline, Lilacs, Scielo e Ibecs) sobre: bulimia nervosa, odontologia, erosão dentária e saúde bucal, entre 2005 e 2010, sofreram leitura crítica para aquisição de informações contidas de interesse ao estudo. Os artigos poderiam ser de revisão da literatura, relato de caso, série de casos ou pesquisa clínica. Foram excluídos aqueles artigos que não discorreram nem citaram pelo menos uma manifestação maxilofacial secundária a bulimia nervosa. Os resultados foram tabulados e estatisticamente tratados de forma descritiva.

Resultados: Com base nos critérios de inclusão e exclusão, 31 artigos que falavam especificamente a cerca das manifestações bucomaxilofaciais secundárias à bulimia nervosa foram selecionados. Pôde-se notar um elevado número de publicações envolvendo revisões de literatura em comparação às pesquisas clínicas. O perfil epidemiológico dos pacientes revelou as mulheres adultas jovens como grupo de risco, associado às mais prevalentes manifestações como: erosão e sensibilidade dental, aumento no índice de cárie, mucosite, queilite e gengivite.

Conclusão: As manifestações bucomaxilofaciais secundárias à bulimia nervosa podem acometer em graus variados as estruturas duras e moles desta região anatômica. Dentre todas as alterações, a erosão dental foi a mais prevalente em tecido duro e a mucosite em tecido mole.

ABSTRACT

Introduction: Bulimia nervosa is an eating disorder strongly associated with the contemporary standards of beauty, which affects about 1 to 2% of the population, with higher prevalence among females. This disorder presents a wide array of important alterations and characteristics in the oral and maxillofacial region.

Objective: To review the literature about the oral and maxillofacial manifestations secondary to bulimia nervosa, demonstrating the most common alterations and warning the dentist for an early diagnosis of this disease.

Method: Fifty-four indexed scientific papers (Medline, Lilacs, Scielo and Ibecs databases) about bulimia nervosa, Dentistry, dental erosion and oral health published between 2005 and 2010, were critically reviewed to collect information of interest for the study. Eligible papers included literature reviews, case reports, case series and clinical trials. Papers that did not referred to at least one maxillofacial manifestation secondary to bulimia nervosa were excluded. The results were tabulated and analyzed by descriptive statistics.

Results: According to the inclusion and exclusion criteria, 31 papers that dealt specifically with oral and maxillofacial manifestations secondary to bulimia nervosa were retrieved. There was a larger number of literature reviews compared with clinical trials. The epidemiological profile of the patients showed young adult women are a risk group. Erosion, tooth sensitivity, high caries incidence, mucositis, cheilitis and gingivitis were the most prevalent clinical manifestations.

Conclusion: Oral and maxillofacial manifestations secondary to bulimia nervosa may affect, at different degrees, the hard and soft structures of this anatomical region. Among all alterations, dental erosion was the most prevalent in the hard tissues and mucositis was the most prevalent in the soft tissues.

DESCRIPTORES

Bulimia nervosa; Odontologia; Erosão dentária; Saúde bucal.

KEY-WORDS

Bulimia nervosa; Dentistry; Dental erosion; Oral health.

INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa (BN) é um tipo de transtorno alimentar específico, invariavelmente crônico, tendo início, normalmente, no final da adolescência¹. Muito pouco é conhecido a respeito da sua etiologia, apesar de haver um modelo em que múltiplas causas pareçam interagir para que a doença surja, incluindo os aspectos socioculturais, psicológicos, individuais e familiares, neuroquímicos e genéticos^{2,3}.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças, a bulimia, expressão de origem grega que significa “fome de boi”, é uma síndrome caracterizada por um padrão de hiperfagia em curto período de tempo, seguida de condutas compensatórias inapropriadas para evitar o ganho de peso². A regurgitação autoinduzida, o uso abusivo de laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos e anorexígenos, dietas severas ou períodos de jejum, bem como a prática excessiva de exercícios físicos, favorecem os chamados “episódios bulímicos”^{4,5}.

Entre os inúmeros danos causados ao organismo dos pacientes, destacam-se neste estudo as manifestações bucais e maxilofaciais⁶. Estas são as primeiras alterações que podem aparecer, evoluindo aproximadamente seis meses depois de uma pessoa consistentemente se submeter a comportamentos alimentares deletérios, principalmente àqueles associados ao vômito autoinduzido⁷.

Dessa forma, este trabalho objetiva realizar uma revisão sistemática da literatura acerca das publicações sobre manifestações bucomaxilofaciais secundárias à BN, enfatizando a importância do diagnóstico clínico por parte dos cirurgiões-dentistas, haja vista que vários sinais e sintomas patognomônicos da doença se desenvolvem diretamente no campo de atuação desse profissional de saúde.

METODOLOGIA

Um total de 54 artigos científicos que relacionaram a odontologia com a bulimia nervosa foi encontrado a partir de busca virtual. Os critérios de inclusão para este trabalho contemplaram: artigos indexados nas bibliotecas virtuais e bases de dados do Medline, Lilacs, Scielo e Ibecs (em que foram empregados os seguintes descritores: bulimia nervosa, odontologia, erosão dentária, saúde bucal, dentistry, tooth erosion, oral health, bulimia nerviosa, odontología, erosión de los dientes e salud bucal), publicados de 2005 até 2010. Os artigos poderiam ser de revisão da literatura, relato de caso, série de casos ou pesquisa clínica. Foram excluídos aqueles artigos que não discorreram nem citaram pelo menos uma manifestação maxilofacial secundária à bulimia nervosa, bem como os publicados em línguas diferentes do português, inglês ou espanhol. Com base nesses critérios de inclusão e exclusão, 31 artigos que falavam especificamente acerca das manifestações bucomaxilofaciais secundárias à

bulimia nervosa foram selecionados. Então foi realizada uma leitura crítica deles, a partir da qual o pesquisador compôs um questionário próprio (contendo informações como ano de publicação do artigo, tipo de estudo, perfil epidemiológico dos pacientes, sinais/sintomas clínicos relacionados aos tecidos duros e moles da cavidade oral etc.), direcionado para a aquisição de informações contidas de interesse para o estudo. Dois avaliadores externos responderam as mesmas questões para cada um dos artigos, sendo os resultados tabulados e estatisticamente tratados de forma descritiva.

RESULTADOS

Os 31 artigos selecionados que abordaram o tema específico das manifestações bucomaxilofaciais secundárias à BN foram distribuídos de acordo com o tipo de estudo, a autoria, o tamanho e a idade da amostra (Tabela 1).

Pôde-se perceber que a maioria dos estudos foi de revisão da literatura (48,3%) e que apenas 22,5% contemplaram a pesquisa clínica. Em relação ao tamanho da amostra, um maior número de pacientes foi detectado nos trabalhos de pesquisa clínica e a idade mínima e máxima de pacientes envolvidos nos trabalhos foi de 17 e 50 anos, respectivamente.

Todos os artigos retrataram pelo menos uma manifestação da BN de interesse para o cirurgião-dentista. Dos oito trabalhos de relato de caso clínico, cinco abordaram alterações dos tecidos moles e três discorreram sobre o tratamento oral reabilitador. O artigo categorizado como série de casos procurou identificar as diversas manifestações orais da doença. Referente aos trabalhos de pesquisa, quatro destes se propuseram a pesquisar apenas as alterações salivares secundárias à bulimia e os outros três fizeram menção às alterações com repercussão bucomaxilofacial envolvendo sinais e sintomas (Tabela 2).

Para caracterizar o perfil epidemiológico encontrado neste estudo, o Quadro 1 revela a distribuição por gênero, bem como a faixa etária dos pacientes de todos os grupos de artigos, com exceção aos de revisão da literatura (em que não houve especificação). Assim, pôde-se notar que em apenas dois (6,4%) artigos (artigos de relato de caso) o gênero masculino foi envolvido. Em contrapartida, as mulheres se enquadraram em 29 (93,6%) artigos.

A Tabela 3 enfatiza as alterações relacionadas aos tecidos duros da cavidade oral, mais prevalentes nos 24 artigos que discorreram sobre esse tema. Como pode ser observado, a erosão dental foi a mais citada (100%), seguida pela sensibilidade dental (54,1%) e pelo aumento no índice de cárie (33,3%).

A Tabela 4, representada por 12 artigos, revela claramente a relação entre a erosão e os dentes envolvidos, confirmando o maior acometimento do arco dentário superior (75%), bem como dos dentes anteriores (91,6%) da cavidade oral.

Tabela 1. Distribuição dos artigos com relação a tipo de estudo, autoria, tamanho da amostra e idade (mínima e máxima).

Tipo de estudo / autores	Artigos (n / %)	Tamanho da amostra	Idade da amostra (mínima e máxima)
Revisão da literatura (2,3,8,10,11,13,15,17,19,20,21,22,23,24,30)	15 / 48,3	Não se aplica	Não se aplica
Relato de caso (4,5,7,9,12,18,27,31)	8 / 25,8	10	19 e 50
Série de casos (6)	1 / 3,2	9	18 e 32
Pesquisa clínica (1,14,16,25,26,28,29)	7 / 22,5	163	17 e 43
Total	31 / 100	182	

Tabela 2. Distribuição, em números relativos e absolutos, dos temas relacionados às publicações de caso clínico, série de casos e pesquisa clínica.

Relato de caso	Artigos (n / %)	Série de casos	Artigos (n / %)	Pesquisa clínica	Artigos (n / %)
Alterações dos tecidos moles	5 / 62,5	Manifestações orais da BN	1 / 100	Alterações salivares secundárias à BN	4 / 57,1
Tratamento reabilitador	3 / 37,5			Sinal/sintoma maxilofacial decorrente da BN	3 / 42,9
Total	8 / 100		1 / 100		7 / 100

Quadro 1. Relação entre o gênero e a faixa etária dos pacientes avaliados nos artigos

Artigos	Gênero
Caso clínico	Feminino / Masculino
Série de Casos	Feminino
Pesquisa clínica	Feminino

Tabela 3. Distribuição das manifestações nos tecidos duros orais em números relativos e absolutos.

Autores	Alterações nos tecidos duros	Artigos (nº / %)
1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,13,15,16,17,19,20,21,22,23,24,26,29,30,31	Erosão dental	24 / 100
1,2,3,4,7,9,11,13,19,21,24,26,30	Sensibilidade dental	13 / 54,1
1,2,3,10,11,13,22,24	Aumento no índice de cárie	8 / 33,3
4,22,24	Fratura dental	3 / 12,5
22,24	Perda dental	2 / 8,3
3	Outras (ilhas de amálgama)	1 / 4,1
Total		24 / 100

Tabela 4. Distribuição, em números relativos e absolutos, da relação entre a erosão e os dentes envolvidos.

Autores	Erosão dental	Artigos (nº / %)
3,4,7,9,17,22,23,24,26	Arco superior	9 / 75
3,17,22	Arco inferior	3 / 25
3,7,9,13,17,19,20,22,24,26	Dentes anteriores	11 / 91,6
4,7,9,17,22	Dentes posteriores	5 / 41,6
Total		12 / 100

Apenas oito artigos discutiram acerca das alterações dos tecidos moles secundariamente à BN, conforme a Tabela 5. Pode-se notar que a mucosite, a queilite angular e a gengivite foram as manifestações mais relatadas, com uma percentagem de 50%, 37,5% e 37,5%, respectivamente.

Tabela 5. Distribuição, em números relativos e absolutos, das manifestações nos tecidos moles da cavidade oral.

Autores	Alterações nos tecidos moles	Artigos (nº / %)
3,8,13,15	Mucosite	4 / 50
3,8,24	Queilite angular	3 / 37,5
1,3,24	Gengivite	3 / 37,5
12,19	Sialometaplasia necrosante	2 / 25
8,24	Úlceras	2 / 25
8,24	Aumentos das papilas linguais	2 / 25
15	Queilite descamativa	1 / 12,5
15	Hematoma da úvula	1 / 12,5
24	Granuloma	1 / 12,5
19	Eritema do palato	1 / 12,5
Total		8 / 100

DISCUSSÃO

Na BN, as primeiras manifestações orgânicas importantes geralmente ocorrem através de alterações orais e maxilofaciais, que podem surgir aproximadamente seis meses depois de uma pessoa consistentemente se submeter a episódios bulímicos^{6,7}.

O perfil epidemiológico dos pacientes revela baixa autoestima, insegurança, depressão, culpa e sentimento de vergonha^{8,9}. A doença atinge de 1 a 2% da população, com maior prevalência no gênero feminino, em uma proporção de 9:1 em relação ao masculino. Esse fato é justificado pelos conceitos contemporâneos de beleza, modismo, culto ao corpo e aparência social. Também os pacientes da raça branca, com elevado nível socioeconômico e cultural, inserem-se mais facilmente no grupo de risco, podendo, muitas vezes, não considerar a BN como um distúrbio de comportamento, mas sim um estilo de vida, o que dificulta o levantamento de dados epidemiológicos de ordem populacional no Brasil^{10,11}.

O início dos sintomas pode ocorrer nos últimos anos da adolescência ou até aos 40 anos, estando a média de início por volta dos 20 anos de idade. Além disso, cerca de 25 a 30% dos bulímicos têm história prévia de anorexia nervosa^{8,12,13}. O Quadro 1 reforça esses dados, revelando que o gênero masculino foi citado em apenas 2 dos 31 artigos, associado ao fato de um maior comprometimento patológico em adultos jovens.

De uma maneira geral, os sinais e sintomas clínicos decorrentes da BN podem ser bastante preocupantes. Alterações metabólicas e hidroeletrólíticas, como, por exemplo, desidratação, hipocalemia, hiponatremia, hipomagnesemia, alcalose metabólica, identificadas em 50% dos casos (devido ao vômito, ao jejum e aos recursos laxativos), são frequentemente observadas^{12,14}. Alguns pacientes evoluem tão gravemente que necessitam ser hospitalizados. Os quadros crônicos podem também conduzir a distúrbios cardíacos e cerebrais importantes^{15,16}.

Por sua relação direta com a cavidade bucal, o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a suspeitar da BN, devidos às alterações que envolvem o complexo bucomaxilofacial^{6,17,18}. Dentre os inúmeros danos causados, destacam-se neste estudo as alterações dos tecidos duros (ex.: erosão dental, aumento nos índices de cárie, fratura dental, etc.) e moles (ex.: mucosite, gengivite, sialoadenite, úlceras, queilite, etc.), apresentadas nas Tabelas 3, 4 e 5.

A erosão dental é um tipo de desgaste que ocorre na estrutura dental, caracterizada pela perda progressiva de tecido e causada pela ação de substâncias químicas, não envolvendo bactérias^{19,20}. A dissolução do material inorgânico do esmalte ocorre quando cessa a saturação da saliva com cálcio e fosfato, resultando na destruição do esmalte em camadas^{21,22}.

A erosão não se apresenta a menos que a regurgitação tenha sido presente em, pelo menos, dois anos consecutivos, afetando, caracteristicamente, mais as faces palatinas e vestibulares dos dentes anteriores da maxila, como exemplifica a Tabela 4. Logo, o padrão de erosão pode ser diferente em grau e velocidade de progressão, que, por sua vez, é dificultada por questões como a capacidade tampão da saliva, o pH salivar, a amplitude do fluxo salivar, a composição e o grau de calcificação da superfície dental, bruxismo, o tipo de dieta ácida, bebidas ácidas e/ou escovação frequente após o vômito²³.

A característica clínica mais comum da lesão por erosão é a perda do brilho do esmalte. A superfície apresenta-se lisa, em forma de "U" ou de pires. Também se mostra larga, roxa e sem ângulos nítidos^{21,24}. Atingindo a dentina, provoca sensibilidade ao frio, ao calor e à pressão osmótica, a qual é relatada em 13 (54%) artigos estudados. Quando acomete dentes restaurados, as restaurações tornam-se proeminentes, projetando-se acima da superfície dental, muitas vezes revelando o que os autores denominam "ilhas de amálgamas"²². Devido à perda de substância dentária, o paciente pode apresentar bordas incisais finas ou fraturadas, diastemas e, até, perda de dimensão vertical devido ao desgaste das superfícies oclusais dos dentes posteriores²⁵. Em relação ao aumento no índice de cárie, pode-se afirmar que o fenômeno se deve aos "ataques" de hiperfagia, que caracteristicamente são constituídos de alimentos cariogênicos que, além de proporcionarem a queda do pH salivar, durante sua fermentação, são acompanhados pela acidificação causada pelo vômito consequente^{19,20}.

O ácido do estômago, que destrói o esmalte do dente, também pode irritar facilmente a mucosa oral. Manifestações características como o aumento das papilas linguais, a formação de úlceras, a gengivite, a mucosite, a sialometaplasia necrosante, a eritema do palato etc. têm sido descritas com frequência^{26,27}. Segundo a Tabela 5, de uma maneira geral, a mucosite se apresenta como a alteração mais prevalente. Recentemente, um estudo identificou achados como a presença de eritema, descamação, sulcos, atrofia e palidez da mucosa labial de pacientes bulímicos, apontando para uma queilite descamativa crônica²⁸.

O aumento de volume da glândula parótida (sialoadenose parotídea) também é um achado frequente. Condições como desnutrição e bulimia estão associadas à sialoadenose, que é uma desordem não inflamatória incomum²⁹. Essas condições podem levar a uma desregulação da inervação autônoma dos ácinos salivares, produzindo um ciclo secretor anômalo. Pode ocorrer uni ou bilateralmente, associado ou não a episódios álgicos. É relatada entre 8 e 59% dos pacientes, podendo acometer outras glândulas salivares, como as submandibulares²⁶. A glândula parótida hipertrofiada pode ser observada entre 2 e 6 dias após um episódio de compulsão alimentar, sendo seu aparecimento e magnitude diretamente proporcional à frequência de vômitos²⁸. Normalmente, o edema é submaxilar e vem acompanhado de xerostomia, podendo ser desfigurante

e emocionalmente perturbador para um paciente bulímico, já que apresenta um quadro de ansiedade e depressão^{30,31}.

Por sua vez, a boca seca, conhecida como xerostomia, é causada pela diminuição na quantidade da saliva (fortemente relacionada aos longos períodos de jejum, associada ou não à ação anticolinérgica dos medicamentos antidepressivos), que é um dos mais complexos, versáteis e importantes fluidos do corpo que supre um largo espectro de necessidades fisiológicas¹⁰.

CONCLUSÃO

As manifestações bucomaxilofaciais secundárias à bulimia nervosa podem acometer tanto os tecidos duros como os moles dessa região anatômica. As alterações mais prevalentes encontradas no estudo foram a erosão dentária e a mucosite. Assim, o reconhecimento por parte do cirurgião-dentista dessas manifestações se torna indispensável, pois este poderá ter a possibilidade de diagnosticar precocemente a bulimia. Cabe a esse profissional estar atento, saber reconhecer e tratar adequadamente os pacientes, não esquecendo que na maioria das vezes uma abordagem multidisciplinar deverá ser instituída.

REFERÊNCIAS

1. Debate RD, Shuman D, Tedesco LA. Eating disorders in the oral health curriculum. *J Dent Educ* 2007; 71(5):655-63.
2. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 6. Special care dentistry services for young people. *Br Dent J* 2008; 205(5):235-49.
3. Guedes CC, Bussadori SK, Mutarelli, OS. Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão da literatura. *Pediatria Moderna* 2007; 43(6):303-8.
4. Kavoura V, Zoidis P, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int* 2005; 36(7-8):501-10.
5. Park MJY, Mandel L. Diagnosing bulimia nervosa with parotid swelling. *NYS Dent Journal* 2006; 72(6):36-9.
6. Thomas Y, Ibanez E, Serrano C, Teherán. Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. *Rev CES Odont* 2008; 21(2):33-8.
7. Belvedere PC. Full-mouth reconstruction of bulimic-ravaged teeth using direct composites: a case presentation. *Dent Today* 2009; 28(1):126,128,130-1.
8. Popoff DAV, Santa-Rosa TTA, Paula ACF, Biondi CMF, Domingos MA, Oliveira SA. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Rev Gaúcha Odontol* 2010; 58(3):381-5.
9. Bartlett DW. Three patient reports illustrating the use of dentin adhesives to cement crowns to severely worn teeth. *Int J Prosthodont* 2005; 18(3):214-8.
10. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina* 2006; 39(3):340-8.
11. Balata P, Colares V, Petribu K, Leal MC. A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008; 74(3):447-51.
12. Solomon LW, Merzianu M, Sullivan M, Rigual NR. Necrotizing sialometaplasia associated with bulimia: case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103:39-42.
13. Mallonee-Harper L, Wright JM, Allen CM. Erosion secondary to bulimia nervosa. *Tex Dent J* 2006; 123(10):976-80.
14. Aframian DJ, Ofir M, Benoliel R. Comparison of oral mucosal pH values in bulimia nervosa, GERD, BMS patients and healthy population. *Oral Dis* 2010; 16(8):807-11.
15. Panico RL. Sintomas y signos bucales em pacientes com bulimia y anorexia nerviosa. *Rev Fac Cienc Med Córdoba* 2006; 63(2):30-2.
16. Willumsen T, Graugaard PK. Dental fear, regularity of dental and subjective evaluation of dental erosion in women with eating disorders. *Eur J Oral Sci* 2005; 113:297-302.
17. Spear F. A patient with severe wear on the anterior teeth end minimal wear on the posterior teeth. *J Am Dent Assoc* 2008; 139(10):1399-403.
18. Aframian DJ. Anorexia / bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. *J Oral Pathol Med* 2005; 34(6):383.
19. Russo LL, Campisi G, Fede OD, Liberto CD, Panzarella V, Muzio LL. Oral manifestation of eating disorders: a critical review. *Oral Dis* 2008; 14:479-84.
20. Abrahamsen TC. The worn dentition – pathognomonic patterns of abrasion and erosion. *Int Dent J* 2005; 55(4):268-76.
21. Souza CVA, Maia KD, Passos M, Weyne SC, Tuñas IC. Erosão dentária causada por ácidos intrínsecos. *Rev Bras Odontol* 2010; 67(1):28-33.
22. Campos JADB, Lima NA. Desordens alimentares: o cirurgião-dentista pode ajudar. *Ver Bras Odontol* 2005; 62(3/4):166-7.
23. Liliana Z, Ricardo M, Silvia H. Manifestaciones dentarias y en restauraciones de pacientes bulímicos y anoréxicos purgativos. *Rev Asoc Odontol Argent* 2008; 96(2):153-7.
24. Santos CMB, Cansanção VO, Pernambuco LA, Silva HJ. Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão da literatura. *Rev CEFAC* 2010; 12(2):308-16.
25. Blazer T, Latzer Y, Nagler RM. Salivary and gustatory alterations among bulimia nervosa patients. *Eur J Clin Nutr* 2008; 62(7):916-22.
26. 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.
27. Park KK, Tung RC, Luzuriaga AR. Painful parotid hypertrophy with bulimia: a case of medical management. *J Drugs Dermatol* 2009; 8(6):577-9.
28. Paszynska E, Jurga-Krokowicz J, Shaw H. The use of parotid gland activity analysis in patients with gastro-esophageal reflux disease (GERD) and bulimia nervosa. *Adv Med Science* 2006; 51:208-13.
29. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106(5):696-707.
30. Burkhart M, Roberts M, Alexander M, Sodds A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(8):1130-7.
31. Carlson DL. Necrotizing sialometaplasia: a practical approach to the diagnoses. *Arch Pathol Lab Med* 2009; 133(5):692-8.

Recebido/Received: 08/05/2011
Revisado/Reviewed: 10/12/2011
Aprovado/Approved: 07/03/2012

Correspondência:
Cláudio Heliomar Vicente da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Ciências da Saúde, Departamento de Prótese e
Cirurgia Bucofacial.
Campus Universitário - Cidade Universitária
Recife – Pernambuco - Brasil
CEP: 55000-000
Tel.: (81) 32718340
E-mail: claudio_rec@hotmail.com