

PERIMÓLISE: O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA REVISÃO DE LITERATURA

Perymolysis: the role of the dentist Literature Review

Érika Botelho Josgrilberg*
Murilo de Sousa Guimarães*
Karina Bocardí**
Ângela Cristina Cilense Zuanon***

RESUMO

O número de casos de transtornos alimentares vem aumentando significativamente nos dias atuais, sobretudo, por uma sociedade que atribui à magreza um padrão de beleza. Muitas pessoas tornam-se obsessivas, causando ansiedade e compulsão alimentar seguida da regurgitação consciente para evitar o ganho de peso. Além disso, existem doenças sistêmicas que provocam regurgitações crônicas. O quadro odontológico causado por esses distúrbios é conhecido por "perimólise", onde são observados desgastes erosivos nas faces linguais, palatais e oclusais dos dentes. Este artigo apresenta uma revisão de literatura sobre doenças relacionadas com refluxo e suas conseqüências na cavidade bucal, enfatizando a importância do papel do Cirurgião Dentista no seu diagnóstico.

UNITERMOS

Erosão de dente, Perimólise, Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

O quadro clínico de erosão dental crônica generalizada, manifestada pela destruição dos tecidos dentais duros, foi inicialmente denominado *Mylolyse*, identificado por Fleury em 1929, e posteriormente, segundo o autor inúmeras foram as alterações sofridas pelo termo original, o qual já foi chamado de *Perimilyses* até ser definido por *Perimólise* (Guimarães⁷ 1998).

A perimólise é um processo de descalcificação dentária que se manifesta lentamente, destruindo os tecidos duros dos dentes. Este quadro clínico está associado a doenças sistêmicas que provocam regurgitações crônicas e a doenças psicossomáticas que levam o paciente a provocar vômitos conscientemente. Dentre essas desordens orgânicas podemos citar: hérnia de hiato, úlceras, gastrites, bulimia e anorexia nervosa, alcoolismo crônico entre outros (Pergoraro et al.¹⁰ 2002).

Atualmente, devido às características da sociedade e da vida moderna a ocorrência destas doenças vem aumentando, e cada vez mais em indivíduos mais jovens. Desta forma, o reconhecimento precoce do quadro de perimólise, torna-se um fator de extrema importância para se proporcionar saúde ao indivíduo.

O objetivo deste estudo foi revisar a literatura sobre doenças relacionadas com refluxo e suas conseqüências na cavidade bucal, para que o profissional saiba diagnosticar e conduzir corretamente o tratamento odontológico, bem como o encaminhamento do paciente para profissionais especializados.

REVISÃO DE LITERATURA

A erosão dentária é causada por substâncias ácidas que entram freqüentemente em contato com os dentes, podendo ser provocada pela ingestão excessiva de refrigerantes, energéticos, alimentos ácidos (forma extrínseca), ou por vômitos freqüentes e regurgitações crônicas (forma intrínseca), (Pergoraro et al.¹⁰ 2002).

Esse processo foi descrito primeiramente por Fleury em 1929 (Holst & Lange⁸ 1939), o qual relatou o envolvimento de superfícies dentárias em contato com a língua e com o conteúdo ácido do vômito, sendo estas representadas pela superfície lingual e palatal dos dentes anteriores e oclusal dos dentes posteriores (Smith et al.¹² 1997).

A descalcificação dentária causada por perimólise resulta lesões sem cavitação com contornos arredondados e aparência chanfrada sem sinais de pigmentação. Podem ainda apresentar encurtamento dos

*Doutoranda(o) do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista.

**Especialista em Odontopediatria.

***Professora Assistente Doutora do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista.

incisivos superiores e restaurações salientes quando estas estiverem presentes (Aine et al.¹ 1993) (figura 1 e figura 2).

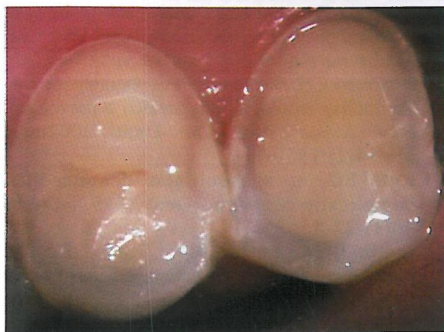


Figura 1 - Lesão com contornos arredondados e aparência chanfrada, atingindo a face palatina do canino superior



Figura 2 - Encurtamento dos incisivos superiores devido à extensa erosão causada por vômitos contínuos

A erosão dentária pode causar aumento de sensibilidade dolorosa ao calor, frio, e substâncias ácidas, além de sérios danos funcionais e comprometimento estético dos pacientes (Smith et al.¹² 1997). A severidade das lesões está relacionada com a frequência e o grau de acidez da regurgitação, tipo de dieta, tempo decorrido da ingestão do alimento até o momento do vômito e hábitos de higiene bucal após os episódios (Ruff et al.¹¹ 1992). A saliva também é um importante fator modificador das erosões dentárias, pois a diminuição da capacidade tampão e viscosidade influenciam diretamente no processo (Meurman⁹ 1994).

Eccles³ (1979), classifica essas lesões em classe I quando envolvem somente esmalte, classe II quando há envolvimento de dentina em menos de um terço da área da superfície do dente e, classe III quando o envolvimento da dentina é maior que um terço da superfície do dente, sendo esta subdividida em classe IIIA para superfície vestibular, classe IIIB para superfície lingual e palatina, classe IIIC para superfície incisal e oclusal e classe IIID para múltiplas superfícies.

Outros sinais clínicos importantes também podem estar presentes como o eritema de gengiva, palato e esôfago,

podendo haver trauma da mucosa provocado por objetos utilizados para induzir o vômito, quelite angular por deficiência nutricional (Frydrych et al.⁶ 2005; Ruff et al.¹¹ 1992) (figura 3) e ainda calosidades nas mãos (sinal de Russell) decorrentes do trauma contra os dentes durante a indução do vômito (Caldeira et al.³ 2000) (figura 4).

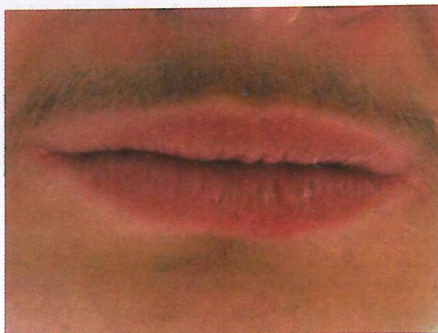


Figura 3 - Quelite angular, sinal de deficiência nutricional



Figura 4 - Sinal de Russell, calosidades nas mãos decorrentes do trauma contra os dentes durante a indução do vômito

A perimólise também representa um sinal clínico de transtornos alimentares de ordem comportamental como a bulimia, anorexia nervosa, alcoolismo crônico e ainda outras disfunções como a doença do refluxo gastro-esofágico (Ruff et al.¹¹ 1992).

A anorexia nervosa é um distúrbio de comportamento conceituado como inanição deliberada e auto-imposta, devido a busca por magreza e medo mórbido de engordar, levando a sérios graus de emagrecimento (Castro & Goldstein⁴ 1995). Em alguns casos a inapetência pode ser interrompida, sendo intercalada por surtos de bulimia. A bulimia é uma desordem alimentar psicossomática caracterizada pela ingestão excessiva de alimentos, acompanhada pela eliminação dos mesmos após vômito provocado. Está associada a aspectos sócio culturais, neuroquímicos, psicológicos e genéticos (Caldeira et al.³ 2000; Ruff et al.¹¹ 1992).

Como já descrito anteriormente, a boca é um dos primeiros órgãos a apresentar

sinais da bulimia nervosa e anorexia, deste modo o cirurgião dentista deve estar apto a detectar estas doenças e tratá-las junto a uma equipe multidisciplinar.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce dos sinais clínicos da perimólise associada a uma anamnese criteriosa é de fundamental importância para elaboração de um programa preventivo que evite o aparecimento de novas lesões, proporcione correto tratamento odontológico, e possibilite o encaminhamento do paciente para o especialista da área médica pertinente.

De acordo com Pergoraro et al.¹⁰ (2002), a prevenção deve estar fundamentada em diminuir o potencial erosivo dos ácidos gástricos e aumentar a resistência dos dentes. Pacientes portadores destes distúrbios devem ser conscientizados sobre os riscos decorrentes da doença e orientados quanto à higiene bucal e a dieta adequada. O paciente deve ser orientado a não escovar os dentes imediatamente após o vômito para evitar maiores desgastes, mas sim realizar bochechos com substâncias que neutralizem a acidez da cavidade bucal, como bicarbonato de sódio diluído em um pouco de água ou somente água mineral e, então, realizar a escovação com escovas de cerdas macias e dentifricio fluoretado não abrasivo (Pergoraro et al.¹⁰ 2002; Traesert & Moreira¹³ 2001; Yip et al.¹⁴ 2002). A dieta também deve ser balanceada, evitando alimentos e bebidas ácidas (Pergoraro et al.¹⁰ 2002). Para que haja maior proteção dos dentes recomenda-se o uso de fluoreto de sódio neutro a 0,05%, pois aumenta a resistência do esmalte frente a dissolução provocada pelos ácidos (Burke et al.² 1996).

O tratamento odontológico deve ser planejado individualmente e concomitante ao tratamento psicológico, para que se restabeleça a função mastigatória e a estética do paciente melhorando sua auto-estima. O planejamento deve ser detalhado, sugerindo-se uso de vernizes fluoretados, com o objetivo de reduzir a sensibilidade dolorosa e a utilização de materiais adesivos, devido a sua natureza conservadora da estrutura dentária e por não serem solúveis em ácido (Burke et al.² 1996).

Nos casos com comprometimento pulpar irreversível, o tratamento endodôntico se faz necessário (Yip et al.¹⁴ 2002).

O Cirurgião dentista possui papel fundamental no estabelecimento do diagnóstico de transtornos alimentares de ordem comportamental que apresentam quadros clínicos presentes na cavidade bucal, podendo ser o primeiro profissional a detectar estas alterações.

É essencial uma abordagem integral do paciente enfatizando a orientação aos

responsáveis e ao próprio paciente, no sentido de realizar higiene bucal adequada, dieta apropriada concomitante ao tratamento odontológico, assim como buscar a assistência de tratamento especializado, apontando a necessidade do trabalho interdisciplinar.

CONCLUSÃO

O Cirurgião Dentista ao diagnosticar um quadro de perimólise deve verificar as possíveis causas, para poder orientar o paciente e conscientizá-lo dos cuidados a serem tomados para preservação dos dentes e realizar um tratamento multidisciplinar. Deste modo, concomitantemente ao tratamento sistêmico poderá realizar um tratamento restaurador adequado.

SUMMARY

Alimentary disorders increase in our time mainly because of Western societies beauty patterns, which usually set leanness as their reference. It is not rare to find people entering into an obsessive circle, developing anxiety and alimentary compulsion, followed by conscious regurgitation in order to avoid weight gain. Besides such social problems, one should add other systemic diseases that cause chronic regurgitation. The dental clinical aspect caused by such disorders in known

as "perimolysis", which includes dental erosion on lingual, palatine and occlusal surface. This paper presents a literature review of diseases related to reflux and its consequences on oral health, with special attention to the dentist importance to a proper diagnosis.

UNITERMS

Tooth erosion, Perimolysis, Oral health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aine L, Baer M, Maki M. Dental erosions caused by gastroesophageal reflux disease in children. *J Dent Child* 1993may/june;60(3):210-4.
2. Burke FJT, Bell TJ, Ismail N, Hartley P. Bulimia: implications for the practicing dentist. *Brit Dent J* 1996june;180(11):421-6.
3. Caldeira TH, Napole RCD, Busse SR. Erosão dental e a contribuição do Cirurgião Dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000nov/dez;54(6):465-7.
4. Castro JM, Goldstein SJ. Eating attitudes and behaviors of pré and postpuberal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiol Behav* 1995;58(1):15-23.
5. Eccles JD. Dental erosion of nonindustrial origin. A clinical survey and classification. *J Prosth Dent* 1979;42(6):649-53.
6. Frydrych AM, Davies GR, McDermtt DM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J* 2005mar;50(1):6-15.
7. Guimarães AF. Perimólise. [Monografia Curso de Especialização em Odontopediatria]. São

- Paulo APCD - Araraquara; 1998, 25p.
8. Holst JJ, Lange F. Perimolysis: a contribution towards the gênesis of tooth wasting from mechanical causes. *Acta Odontol Scand* 1939june;1:36-48.
9. Meurman JH. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. *Oral Surg Oral Méd Oral Pathol* 1994nov;78(5):583-89.
10. Pergoraro CN, Sakamoto FFO, Domingues LA. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002mar/abr;54(2):156-61.
11. Ruff SG, et al. Bulimia: dentomedical complications. *Gen Dent* 1992jan/feb;40(1):22-5.
12. Smith BGN, Barlett DW, Robb ND. The prevalence, etiology and management of tooth wear in United Kingdom. *J Prosth Dent* 1997oct;78(4):367-72.
13. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras* 2001oct/dec;15(4):359-63.
14. Yip HK, Smales R J, Kaidonis JA. Management of tooth tissue loss from erosion. *Brit Dent J* 2002jul/ago;33(7):516-20.

AUTOR RESPONSÁVEL

Érika Botelho Josgrilberg

Rua Carlos Gomes, 1502 apto 82
Araraquara - Centro / São Paulo
CEP: 14801-340
E-mail: érika_botelho@bol.com.br

Recebido para publicação: 15/09/2005.
Aceito para publicação: 10/11/2005.



Equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial

- **Dr. João Milanez M. Jr.** CRO/GO 5158
Especialista pela UFRJ
- **Dr. José Luiz R. Leles** CRO/GO 5756
Mestre e doutorando pela UNESP
- **Dr. Robson R. Garcia** CRO/GO 4571
Mestre e Doutor pela Unicamp

- **Cirurgia Bucal**
- **Cirurgia Ortognática**
- **Enxertos Ósseos**
- **Implantes**

Rua 22 - nº 310 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás - CEP.: 74120-130

Fone: (62) 3215 - 3645