

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Oral rehabilitation in patient with eating disorders. A case report

Luana Guimarães de Paula¹

Matheus Araujo Cabral¹

Fernanda Abood Fernandes Belo²

Andréia Salvador de Castro¹

Izabella Lucas de Abreu Lima¹

Flavio Ricardo Manzi¹

Diogo de Azevedo Miranda¹

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas

² Especialista em Prótese Dentária

diogoodonto@yahoo.com.br

RESUMO

O padrão estético de beleza do corpo imposto pela sociedade contemporânea tem sido o responsável pelo aumento do número de casos de bulimia nervosa. Essa doença comportamental que leva a transtornos alimentares acarreta danos fisiológicos que, se não erradicados precocemente, podem se tornar irreparáveis. Dentre esses danos, destacam-se àqueles relacionados à saúde bucal. As manifestações bucais podem ser causadas por higiene bucal insatisfatória, deficiências de vitaminas, compulsão alimentar, xerostomia, ansiedade e, também, pela acidificação da saliva causada pelos vômitos. O cirurgião-dentista, a partir do conhecimento dos sinais e sintomas dessa doença, é potencialmente um profissional de saúde capaz de identificá-la, podendo oferecer encaminhamento para outros profissionais e um tratamento odontológico adequado.

Palavras-chave: Bulimia. Anorexia. Biocorrosão. Manifestações bucais. Reabilitação oral.

ABSTRACT

The aesthetic standard of body beauty imposed by contemporary society has been responsible for the increase in the number of cases of bulimia nervosa. This behavioral disease that leads to eating disorders causes physiological damage that, if not eradicated early, can become irreparable. Among these harms, those related to oral health stand out. Oral manifestations can be caused by poor oral hygiene, vitamin deficiencies, binge eating, xerostomia, anxiety, and also by acidification of saliva caused by vomiting. The dental surgeon, based on the knowledge of the signs and symptoms of this disease, is potentially a health professional capable of identifying it, being able to offer referral to other professionals and appropriate dental treatment.

Keywords: Bulimia. Anorexia. Biocorrosion. Oral manifestations. Oral rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A busca pelo corpo ideal está cada vez mais presente na sociedade contemporânea, principalmente entre os jovens, que estão expostos a pressões sócio-culturais para alcançarem o corpo perfeito. A adolescência é um período favorável ao surgimento da insatisfação com o próprio corpo. A distorção de imagem corporal, juntamente com a baixa autoestima, são fatores contribuintes pela busca incessante de emagrecimento, levando a condutas prejudiciais a saúde³. Os transtornos alimentares envolvem condições psiquiátricas sinalizadas pela preocupação em excesso com o corpo e peso corporal, tendo como exemplos principais a bulimia nervosa e anorexia nervosa. Estas, são patologias que apresentam repercussões orgânicas importantes, além das psíquicas²³. A bulimia nervosa (BN) se apresenta como uma resposta à essa busca. Um transtorno que consiste na compulsão periódica da ingestão de alimentos, seguida de comportamentos e métodos compensatórios para eliminar as calorias ingeridas, podendo ocorrer por métodos como a autoindução de vômitos, uso indiscriminado de laxantes e diuréticos, jejum, dieta restritiva e exercícios físicos em excesso, a fim de evitar o ganho de peso²¹. As complicações clínicas mais frequentes estão associadas aos métodos compensatórios utilizados. Em quase 90% dos casos, está a autoindução de vômitos, sendo esse método alvo de estudos odontológicos devido às alterações bucais¹. A anorexia nervosa é um transtorno alimentar no qual o paciente apresenta um comportamento de distorção de imagem corporal, determinado a perder peso e seguido de medo intenso de ganho de peso, através da redução de ingestão de alimentos e atividade física em excesso. O

desenvolvimento da doença decorre por fatores sociais, biológicos e psicológicos.²³ No entanto, é importante ressaltar a importância do cirurgião dentista no diagnóstico desse transtorno alimentar, pois as lesões odontológicas acometem precocemente esses pacientes. Cabe a ele, encaminhar o paciente para um profissional especializado para realizar o diagnóstico definitivo e propor o tratamento adequado¹⁵.

Com o passar dos anos, tem aumentado a necessidade do entendimento da etiologia do desgaste não cariioso dos tecidos dentários. Por se tratar de um fenômeno multifatorial, é difícil identificar uma única causa. O termo desgaste dentário pode ser definido como uma perda gradual não cariiosa de estrutura dos dentes, devido ao contato físico repetitivo ou ataque químico¹³. Considerando a definição, o termo pode ser considerado abrangente para definir o processo de perda estrutural dentária por tensão, fricção e biocorrosão, ou quando a causa específica não pode ser determinada. Portanto, é uma descrição geral para os sinais e sintomas até que o diagnóstico específico seja consolidado. O desgaste excessivo, também considerado patológico, pode gerar um dano irreversível a estrutura dental essencial para a estabilidade oclusal, proteção mútua, função e estética¹³.

Fatores contribuintes na perda de estrutura dental:

Fator Tensão

A tensão dentária é uma energia comum e fisiológica, transmitida uniformemente nos tecidos dentários e no ligamento periodontal durante os contatos oclusais. O indivíduo apresenta em

normalidade, oclusão fisiológica, equilibrada e ausência de hábitos parafuncionais. No entanto, se essa força exceder o limite de resistência das estruturas, ocorre a perda estrutural do órgão dentário pelo acúmulo de tensão e concentração de energia gerada por interferência oclusal, apertamento dentário, bruxismo ou por outros hábitos parafuncionais²³.

Fator Fricção

A fricção é definida pelo atrito na estrutura dental, podendo ter origem intrínseca (atrição dos dentes) ou extrínseca (agentes abrasivos externos). Esse fator está associado às lesões não cáries nas faces incisais e oclusais dos dentes, como facetas de desgaste em cúspides dos dentes posteriores ou bordas incisais dos dentes anteriores²³.

O desgaste excessivo constantemente é atribuído a atrição durante hábitos parafuncionais como o bruxismo²³. A incidência do bruxismo geralmente é associada ao estresse e transtornos psiquiátricos, que podem estar correlacionados²³. A quantidade do desgaste está relacionada com a intensidade, frequência, direção, duração e tipo (ranger e/ou apertar) do hábito e das características individuais de cada um (resistência da estrutura dentária e periodonto). Pacientes bruxistas apresentam um grande desafio para a odontologia restauradora.¹³ O desgaste através desse mecanismo é acelerado em indivíduos que possuem bruxismo não controlado²³.

Fator Biocorrosão

A biocorrosão é definida como um processo irreversível de degradação

química das estruturas dentais proveniente do contato frequente e prolongado dos dentes com ácidos. O processo da biocorrosão é complexo e envolve reações químicas entre o tecido dentário e os ácidos. Os ácidos envolvidos nesse processo podem ter origem endógena (intrínsecas) ou exógenas (extrínsecas). Os ácidos de origem endógena são derivados principalmente de transtornos alimentares (bulimia nervosa e anorexia) e doenças gástricas (refluxo gastroesofágico, gastrite, regurgitação).

O ácido gástrico é o principal ácido de origem endógena e tem maior potencial de danos ao tecido dentário em contato com a cavidade oral, contribuindo assim, a exposição dentinária. Por outro lado, os ácidos de origem exógena são advindos da dieta, hábitos de estilo de vida e fármacos. O tempo de exposição aos ácidos e frequência influenciam na severidade do desgaste. Os desgastes são causados pela presença prolongada do ácido gástrico na cavidade bucal, sendo o seu principal fator etiológico a biocorrosão. Em pacientes com BN, que praticam o vômito auto-induzido, a prevalência de biocorrosão chega a ser 7 vezes maior que na população em geral²³.

A saliva tem um papel importante na manutenção da integridade mineral do dente, tamponamento dos ácidos presentes na cavidade oral, lubrificação e proteção da mucosa oral¹². Pacientes portadores de BN e AN podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, xerostomia e hipossalivação. A hipertrofia das glândulas salivares se dá pela estimulação frequente durante a autoindução de vômito. Já a xerostomia e hipossalivação estão ligadas a um quadro de desidratação que pode ser causado também pelo vômito auto-induzido ou pelo uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e pela prática excessiva de exercício

físico. Os medicamentos antidepressivos utilizados no tratamento também podem acentuar os sintomas de xerostomia²³.

Atualmente, acredita-se que todas essas propriedades estão relacionadas com a degradação de superfície. O fator biocorrosão é o mais impactante na hipersensibilidade dentinária e doenças não cariosas²³. Por isso, durante o exame clínico é importante conhecer e identificar todos os fatores etiológicos para que seja possível diagnosticar corretamente e iniciar o tratamento.

Será feito um relato de caso clínico da reabilitação oral de um paciente portador de bulimia e anorexia nervosa.

CASO CLÍNICO

Paciente M.A.C, do gênero masculino, 18 anos, leucoderma, estudante, compareceu ao consultório odontológico buscando um tratamento multidisciplinar para a melhora da estética do sorriso. Assim, foi realizada uma anamnese detalhada onde o paciente relatou ter tido Bulimia, Anorexia e depressão dos 12 aos 18 anos, devido à baixa autoestima. Não faz uso de nenhum medicamento. Etilista social e não tabagista.

Para avaliar a condição bucal do paciente em questão e começar o planejamento do caso, inicialmente foi realizado um estudo a partir de fotografias extra e intra-buciais. A partir do protocolo fotográfico intra-bucal foi possível observar sinais e sintomas decorrentes da história médica progressiva do paciente.

Ao exame clínico, foi observando no paciente em questão, desgastes generalizados nas incisais de dentes anteriores superiores e inferiores, perda de

dimensão vertical e um brilho exagerado no esmalte (figura 1 e 2).



Figura 1 – Vista frontal, pouca exposição dos incisivos centrais devido ao severo desgaste incisal.

Além disso, quando solicitado para fazer um sorriso forçado, algumas lesões cariosas ativas cavitadas ficaram visíveis na vestibular dos dentes 14, 13, 12, 22, 23, 24, 41, 42, 43, 44, 31, 32, 33, 34, acometendo principalmente as regiões cervicais de dentes superiores e anteriores inferiores (figura 2).



Figura 2 – Vista frontal do sorriso no qual observa-se facetas de desgaste na incisal dos incisivos superiores.

Foi observado também a ausência de guia anterior e guia de lateralidade no lado esquerdo e direito. No que diz respeito à condição oclusal dos dentes, pode-se observar sinais de erosão ácida nos dentes

superiores (figura 3) e principalmente na arcada inferior (figura 4), na qual ambas também apresentavam lesões cariosas cavitadas, fraturas em pontas de cúspides, exposição dentinária e restaurações insatisfatórias.



Figura 3 – Vista oclusal, arcada superior, na qual nota-se sinais de biocorrosão, lesões ativas de cárie, facetas de desgaste e restaurações insatisfatórias.

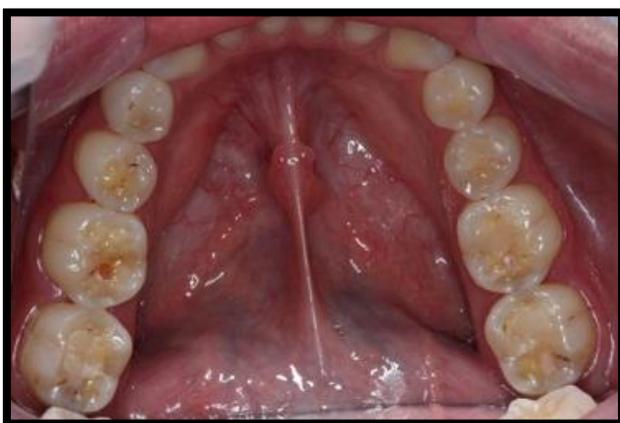


Figura 4 – Vista oclusal inferior, na qual nota-se sinais de biocorrosão, lesões ativas de cárie, facetas de desgaste e restaurações insatisfatórias.

Pode-se notar também perda de esmalte severa por palatina na arcada superior (figura 5) e inferior.



Figura 5 – Vista palatina dos incisivos superiores na qual observa-se sinais de biocorrosão.

A partir da análise fotográfica, associada com radiografias periapicais (anteriores) e inter-proximais (posteriores) foi estabelecido o plano de tratamento com objetivo de abordar as queixas principais do paciente obedecendo os princípios de função e estética que constituiu em duas grandes fases: a primeira fase foi destinada à reestabelecer a condição de saúde bucal do paciente, removendo todo o tecido cariado, e a segunda fase, reabilitação funcional e estética completa da cavidade oral do paciente.

Para a fase 1, foi estabelecido dentes com maior prioridade para restauração, visando aqueles dentes que possuíam mais sensibilidade ou que apresentavam risco de evoluir para um caso endodôntico, além de orientação de higiene bucal com escova elétrica e uso da pasta Clinpro 5000, dentífrício com 5000ppm de flúor, indicado para pacientes com alto risco de aparecimento de lesões de cárie. Além disso, a sua composição com TCP e fluoreto de sódio a 1,1% oferece maior proteção e maior liberação de flúor para remineralização de lesões cariosas iniciais.

Após a conclusão da fase 1, iniciou-se a segunda fase, a reabilitação funcional e estética. O objetivo dessa segunda fase foi devolver a forma e contorno dos dentes que

sofreram grandes desgastes devido a erosão ácida; desencadeados pelo histórico de transtorno alimentar do paciente, restabelecer a oclusão, contatos prematuros e perdas de guias, melhora da estética e harmonia do sorriso, dentro dos padrões estéticos e da expectativa do paciente.

Para o caso em questão a opção mais indicada pela idade do paciente, por ser um tratamento conservador e pela melhoria considerável nos hábitos, cuidados, conscientização e controle do paciente após a primeira fase do tratamento foi a utilização de resinas compostas no tratamento reabilitador. Com isso, o primeiro passo da segunda fase foi a realização de uma cirurgia plástica periodontal para a melhora da linha na margem gengival dos dentes 14, 15, 24, 25.

Após a cirurgia, o paciente iniciou o clareamento supervisionado caseiro, a fim de clarear os dentes para melhorar a estética. Em seguida, foi realizado uma moldagem para enceramento diagnóstico total da arcada superior para obter o aumento da DVO, devolver a forma original dos dentes que sofreram erosão e também a confecção de modelos de estudo.

Nos dentes posteriores superiores, foi realizada a restauração em resina composta dos elementos 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27 (figura 6) para o aumento da DVO, e em seguida, foi feito o ajuste oclusal.



Figura 6 – Vista oclusal superior após finalização do tratamento reabilitador.

No arco inferior, foi realizado o tratamento endodôntico do elemento 37 e uma coroa total Emax devido a grande perda estrutural, e restaurações em resina composta na oclusal dos elementos 47, 46, 45, 44, 35 e 36. (figura 7).



Figura 7 – Vista oclusal inferior após finalização do tratamento reabilitador.

Para os dentes anteriores superiores, foi estabelecido a realização de facetas em resina composta por vestibular e palatina nos dentes 13, 12, 11, 21, 22, 23

(figura 8 e 9). Para os trabalhos restauradores na segunda fase, o sistema adesivo utilizado foi o universal da 3M e a Resina IPS Empress Direct Ivoclar Vivadent.

Após o término das restaurações, por se tratar de um paciente bruxista, o paciente foi orientado a utilizar placa interoclusal diariamente no período da noite, com a finalidade de proteger os trabalhos restauradores. Foi concordado pelo paciente que para o tratamento ser efetivo era necessário a mudança de alguns hábitos e controle pós-tratamento.



Figura 8 – Vista frontal após realização das facetas em resina composta



Figura 9 – Vista frontal. Tratamento finalizado.

DISCUSSÃO

Pacientes que apresentam um quadro clínico de transtornos alimentares

estão mais propensos a sofrer dissolução ácida dos tecidos dentais mineralizado.¹⁴ A reabilitação estética desses pacientes deve ser abordada de forma multidisciplinar com médicos, nutricionistas, psicólogos e dentistas, envolvendo recursos diversos, diferentes técnicas e materiais restauradores na reconstrução do sorriso²². A eliminação do agente causal é imprescindível para evitar o desenvolvimento e a progressão das manifestações orais².

O tratamento pode ser abordado de várias formas, e muitas vezes, envolver mais de uma especialidade. Por isso, o diagnóstico e planejamento devem estar bem estabelecidos⁵. Cabe ao profissional, conhecer as propriedades de cada material, considerar as indicações e contraindicações e compreender que não existe um superior entre eles, mas sim o mais apropriado para cada caso individual⁷.

A duração e frequência dos episódios de vômito, higiene oral do paciente, grau de diluição do ácido pelo bolo alimentar presente no estômago e hábitos parafuncionais, são fatores que influenciam na gravidade das erosões dentárias. As áreas que geralmente são mais afetadas pela biocorrosão são as superfícies palatina, oclusal e incisal dos dentes superiores e superfície oclusal e incisal dos inferiores²⁵. Essas regiões são as que possuem maior contato com o ácido no momento do vômito¹⁶.

O tratamento para os pacientes portadores de BN e AN na odontologia deve envolver solução das urgências (alívio da dor), orientação do paciente, adequação da cavidade oral, restaurações e manutenção periódica⁴. Em dentes com perdas estruturais severas, o tratamento é mais complexo, pois geralmente, esse paciente chega no consultório com perda de dimensão vertical, sensibilidade

dentinária e estética comprometida. Após a remoção da causa e solução das urgências, deve-se recuperar a dimensão vertical perdida e, posteriormente, iniciar o tratamento restaurador estético¹³.

Esses transtornos alimentares, fenotipicamente, estão acompanhados por quadros de stress e ansiedade, que são considerados fatores de risco ao aparecimento do bruxismo¹⁹. A associação do bruxismo aos episódios de vômito, podem intensificar o processo de erosão dentária¹¹. Assim como a frequência e duração da regurgitação, os hábitos de higiene bucal também estão relacionados à gravidade e progressão dos desgastes. A escovação após os episódios de vômito pode ser um agravante, pois o esmalte encontra-se desorganizado e pode ser facilmente removido pela abrasão durante a higienização²⁴.

Por se tratar de um paciente jovem com grandes perdas de estrutura dental pela erosão ácida, o tratamento deve ser o menos invasivo possível, mantendo toda a estrutura dental. Dessa forma, o material restaurador indicado é a resina composta, realizada de forma direta e sem preparos.²⁰ Através da evolução dos materiais, vêm surgindo melhores propriedades químicas e mecânicas, permitindo assim, a execução de uma abordagem mais conservadora nos procedimentos¹⁷.

Atualmente, as restaurações diretas em resina composta são a primeira escolha em procedimentos que demandam o mínimo desgaste da estrutura dentária. Os procedimentos indiretos, além de demandarem do desgaste do elemento dental, possuem custos mais elevados⁶.

No caso clínico apresentado, as restaurações em resina composta direta foram confeccionadas para recuperar a forma, função e estética dos dentes devido

ao baixo custo e tempo clínico, e também por ser um material que permite a realização de pequenos reparos. A longevidade e estabilidade da cor do trabalho realizado dependem de um bom acabamento e polimento⁹.

O profissional deve estar atento, pois falhas na restauração podem gerar infiltração marginal, recidiva de cárie e sensibilidade pós-operatória¹³. O acompanhamento regular do paciente atua diretamente no sucesso do tratamento.¹⁰ Em restaurações de resina composta, fatores como tipo do ácido, tempo de condicionamento, secagem da dentina e aplicação do adesivo, levaram a escolha do adesivo autocondicionante. Nesse tipo de adesivo, a smear layer contida na superfície dentinária mantém-se incorporada na camada híbrida, promovendo uma barreira de proteção a polpa, reduzindo os riscos de sensibilidade pós-operatória¹⁸.

A hipersensibilidade dentinária ocorre devido à exposição da dentina, desencadeada pela perda de esmalte e/ou cimento.⁸ Em quase 50% dos pacientes, a hipersensibilidade dentinária é considerada uma manifestação da bulimia¹⁵.

A resina composta utilizada no caso em questão foi uma resina nanohíbrida. O material de escolha apresenta nanopartículas de carga associadas à micropartículas e pode ser usado na restauração de dentes anteriores e posteriores. Essa versatilidade se deve à alta resistência mecânica e capacidade de acabamento estético. Esse tipo de resina é menos susceptível à contração de polimerização, logo, há uma diminuição da ocorrência de infiltrações e consequentemente o aumento da longevidade do trabalho restaurador. Também apresenta características satisfatórias de lisura após o polimento e menor suscetibilidade a manchamento

superficial proporcionando um acabamento estético satisfatório¹³.

O tratamento restaurador auxilia no tratamento psicológico na tentativa de melhorar a autoestima do paciente, principalmente, em casos de reabilitações orais extensas em que houve grande perda do elemento dental⁴. A reabilitação da saúde oral é uma forma de aumentar a autoestima de pacientes portadores de transtornos alimentares².

CONCLUSÕES

O desgaste biocorrosivo é um processo químico e multifatorial, em que, reconhecer o fator causal é um dos pilares fundamentais para o estabelecimento de um correto plano de tratamento. A restauração em resina composta é uma alternativa para se realizar o tratamento reabilitador do paciente, visto que, esse material apresenta um potencial conservador do tecido dental, reversível, rápido e com menor custo. Através dela, podem ser obtidos excelentes resultados estéticos e funcionais quando associada com a motivação e mudança dos hábitos do paciente, e disponibilidade para possíveis manutenções.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL, S. M. et al. Lesões Não Cariosas: O Desafio Do Diagnóstico Multidisciplinar. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, 16(1), p. 96-102.2012.
2. BARBOZA, C. A. et al. Participação do Cirurgião Dentista no Diagnóstico e Tratamento Interdisciplinar Dos Transtornos Alimentares. **International Journal of Dentistry**, 10(1), p. 32-37.2011.
3. BRAGA, P. D.; MOLINA, M. B; C. CADE, N. V. Expectativas de adolescentes em

relação a mudanças do perfil nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1221-1228, 2007.

4. BURKE, F.J.T; BELL, T.J; ISMAIL, N; HARTLEY, P. Bulimia: implications for the practicing dentist. **Brit Dent J.** 1996 Jun;180(11):421-6.
5. CALDEIRA, T.H, NÁPOLE, R.C.D., BUSSE.S.R. Erosão dental e a contribuição do cirurgião-dentista no diagnóstico de bulimia nervosa. **Rev Assoc Paul Cir Dent.** 2000;54(6):465-67.
6. COELHO-DE-SOUZA FH, et al. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. **Journal of Dentistry**, 2015; 43(11): 1330-1336
7. CUNHA ARFMD. Facetas de Porcelana VS Facetas de Resina Composta. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária). **Universidade do Porto**, Porto, 2013; 80 p
8. GILLAM, D. Current Diagnosis Of Dentin Hypersensitivity in The Dental Office: An Overview. **Clinical Oral Investigations**, 17(S1), pp. S21-S29.2013.
9. INDNANI BJ. CHOKSI D. Failures of composite as a restorative material: fallures encountered and prevention. **Journal of Dental Sciences**, v. 2, 2011.
10. KORKUT, B et al. Direct Midline Diastema Closure with Composite Layering Technique: A One-Year Follow-Up. **Case Reports in Dentistry**, 2016; 2016:1-5.
11. LIMA, D. S. M. et al. A Saúde Oral e os Transtornos Alimentares Entre Adolescentes. **Revista Brasileira de Odontologia**, 69(2), pp. 190-193.2012.
12. MARSH, P. D.; DO, T.; BEIGHTON, D.; DEVINE, D. A. Influence of saliva on the

- oral microbiota. **Periodontology** 2000, [S.L.], v. 70, n. 1, p. 80-92, 10 dez.2015.
13. MONDELLI, J. Estética e Cosmética em Clínica Integrada Restauradora. **2. ed.** São Paulo: Santos, 2018. Cap. 8, p. 391-410.
 14. MORETTO MJ, MAGALHÃES AC, SASSAKI KT, DELBEM ACB, MARTINHON CCR. Effect of different fluoride concentrations of experimental dentifrices on enamel erosion and abrasion. **Caries Res**, v. 44, p.135-140, 2010.
 15. NAVARRO, V. P. et al. Desordens Alimentares: Aspectos de Interesse na Odontologia. **Revista Gaúcha Odontologia**, 59(Suplemento 0), p.15-18.2011.
 16. NEVILLE, B.W; DAMM, D.D, ALLEM, C.M, BOUQUOT, J.R. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: **Elsevier**; 2009.
 17. OLIVEIRA, D., CAIXETA, M. T., SOUZA, F. I., ROCHA, E. P. Thin Ceramic Restorations on Unprepared Teeth In Different Regions Of The Dental Arches. Report Of 2 Clinical cases. **Arch Health Invest**. 8(1): 28-32.2019.
 18. PASHLEY DH, TAY FR. Aggressiveness of contemporary self-etching adhesives. Part II: etching effects on unground enamel. **Dental Materials**, v. 17, p. 430-444.2001.
 19. POPOFF, D. A. V. et al. Bulimia: Manifestações Bucais e Atenção Odontológica. **Revista Gaúcha Odontologia**, 58(3), pp. 381-385.2010.
 20. RODRIGUES, S. D.R; ARGOLO, S; CAVALCANTI, A.N. V. Reanatomização dental com resina composta: relato de caso. **Rev Bahiana Odonto** 2014 dez; 3:182-192.
 21. ROMARO, R.A, ITOKAZU, F.M. Bulimia Nervosa: revisão da literatura. **Psicol Reflex Crit**. 2002;15(2):407-712.
 22. SILVA, L.A, et al. Reanatomização e recontorno cosmético de dentes anteriores com anomalia de forma: relato de caso clínico. **Arq. Bras. Odontol**. 2006; 1:55-59
 23. SOARES, P.V; ZEOLA, L.F; WOBIDO, A; MACHADO, A.C; cols. Síndrome do Envelhecimento Precoce Bucal. **1. ed.** São Paulo: Santos, 2023. Cap.1, p. 4-15. Cap. 7, p. 481-484. Cap. 10, p. 556.
 24. TRAEBERT, J; MOREIRA, M.E.A. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui Odontol Bras**. 2001;15(4):359-63.
 25. VALENA, V; YOUNG, W.G. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. **Austr Dent J**. 2002 Jun;47(2):106-15.