

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**JÚLIA MARIZA MAGALHÃES DE MENEZES
STEFANI PACHECO DA SILVA**

**ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DA PERIMÓLISE: uma revisão de
literatura entre os anos de 2010 a 2020**

**PATOS DE MINAS
2021**

**JÚLIA MARIZA MAGALHÃES DE MENEZES
STEFANI PACHECO DA SILVA**

**ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DA PERIMÓLISE: uma revisão de
literatura entre os anos de 2010 a 2020.**

Trabalho apresentado à Faculdade Patos de Minas, como requisito parcial para a conclusão de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Nascimento.

Coorientador: Prof. Dr. Lia Dietrich.

**PATOS DE MINAS
2021**

**JÚLIA MARIZA MAGALHÃES DE MENEZES
STEFANI PACHECO DA SILVA**

**ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DA PERIMÓLISE: uma revisão de
literatura entre os anos de 2010 a 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia – FACULDADE PATOS DE MINAS.

_____de _____ 2021

Prof. Dr. Fernando Nascimento
Prof. Dr. Lia Dietrich

Prof. Dr. Saulo Gonçalves Pereira

Aprovado () Reprovado ()

**ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DA PERIMÓLISE: uma revisão de
literatura entre os anos de 2010 a 2020**

**CHARACTERISTIC ASPECTS OF PERIMOLYSIS: a literature review between
the years 2010 to 2020**

Júlia Mariza Magalhães de Menezes¹

Stefani Pacheco da Silva²

Fernando Nascimento³

Lia Dietrich⁴

RESUMO

Palavras chave:

ABSTRACT

Keywords:

1. INTRODUÇÃO

Dentro da Odontologia, desgastes dentários são comumente encontrados em exames clínicos de rotina, que podem se apresentar de variadas formas e também ocorrer em regiões dentais específicas, sendo sua etiologia classificada de forma multifatorial ¹.

Estes desgastes nas superfícies dos dentes são comumente classificados em: abrasão (ocorrência de fricção mecânica no dente por agentes externos), atrição (contato de dente com dente), abfração (perda da estrutura dentária cervical provocada por tensões nesta região) e ainda a erosão dentária (perda de estrutura dentária devido a ação de ácidos) onde esta tem sua etiologia de forma extrínseca ou intrínseca, neste caso, sendo habitualmente chamada de perimólise ^{1,2,3}.

Assim, a erosão dentária do tipo perimólise, é caracterizada pela desmineralização ácida progressiva de estrutura dental sem o envolvimento de ação bacteriana, ocorrendo este desgaste por meio de agentes químicos endógenos ^{1,2,4}.

Em relação a etiologia da erosão dentária, a sua forma extrínseca se dá pelas particularidades do estilo de vida do paciente, como a dieta, ambientes de trabalho (exposição a gases industriais), consumo de alguns medicamentos que alteram a acidez bucal, alcoolismo crônico, e ainda, estas formas de erosão podem estimular o agravamento dos efeitos já instalados pela forma intrínseca ^{1,2,3,4,5}.

Os desgastes erosivos por causas extrínsecas são bastantes comuns em relação as variadas mudanças de hábitos alimentares, pois o ser humano cada vez mais faz consumo de alimentos industrializados, que em grande maioria apresentam substâncias ácidas como conservantes em sua composição, que contribuem para o aparecimento da perimólise ².

Já na sua forma intrínseca, esta se encontra diretamente ligada pelo vômito/arrotos/regurgitação do conteúdo estomacal para o esôfago, que conseqüentemente chega a orofaringe e a cavidade oral, onde estes conteúdos se encontram com um pH muito baixo, afetando o esmalte e a dentina ^{1,4,6}.

Diante disso, é importante dizer que estes acontecimentos estão associados a doenças, como a bulimia, distúrbio do refluxo gastroesofágico e a anorexia nervosa ^{3,4,6,7}.

A aparência clínica da perimólise pode variar bastante, o que vai depender da gravidade, composição e o pH do refluxo, a capacidade de tamponamento da saliva, se os pacientes escovam os dentes imediatamente após o episódio da regurgitação, e o tempo de exposição das estruturas dentárias com os ácidos, pois este processo de erosão dentária é lento e ocorre ao longo de anos, não sendo uma surpresa se o diagnóstico for realizado quando já se tem grande prejuízo no sistema mastigatório e na dentição ^{7,8}.

Classicamente, a perimólise apresenta-se inicialmente com a perda de esmalte e dentina nas superfícies palatinas dos dentes superiores, e em casos de longas datas, a erosão pode chegar a afetar até mesmo a superfície oclusal dos dentes e outras regiões tanto superiores quanto inferiores, levando à problemas de oclusão ⁸.

A perda de minerais da superfície dentária pode levar a quadros de dor (sensibilidade), comprometimento estético, e também funcional como já mencionado, sendo esses os motivos para a ocorrência de visitas ao Cirurgião-dentista, entretanto,

esta procura pode demorar para ser realizada, e novamente fazer com que o diagnóstico seja tardio, dificultando o tratamento reabilitador ².

O diagnóstico desta patologia, pode ser controverso e desafiador, visto que pode ser confundido com outros tipos de lesões dentárias, ou passar despercebido em estágios iniciais, onde a realização de uma anamnese minuciosa, a observação dos possíveis fatores etiológicos, buscando toda a história médica do paciente, seus hábitos alimentares e suas formas de higienização bucal, além da necessidade da realização de um exame clínico detalhado, podem favorecer o diagnóstico precoce ¹.

Vale reforçar que a dificuldade da realização do diagnóstico pode estar ligado ao paciente não fornecer informações dos possíveis fatores causais por não terem conhecimento da relação problemas gástricos com problemas dentais e ainda por estes tipos de lesão dentária envolverem fatores psicológicos, quando associadas a doenças como a anorexia nervosa e bulimia ^{1,2}.

2. OBJETIVOS

OBEJETIVO GERAL

- O presente trabalho possui como objetivo geral apresentar uma revisão de literatura exploratória sobre o tema perimólise, em virtude das dificuldades que muitos profissionais apresentam em diagnosticar essa patologia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a etiologia, manifestações clínicas, e sintomatologia da perimólise.
- Apresentar a importância do diagnóstico precoce e tratamento da perimólise.
- Abordar possíveis motivos para a dificuldade da realização do diagnóstico pelo Cirurgião-dentista.
- Discutir sobre as possíveis causas para o aumento de casos de perimólise.

3. JUSTIFICATIVA

A perimólise ainda se encontra sendo uma patologia de difícil diagnóstico para os Cirurgiões-dentistas, portanto, o diagnóstico e o controle preventivo nos estágios

iniciais de tal erosão é uma questão fundamental para evitar toda uma vida de dentição debilitada e de terapias restauradoras complexas, visto que, os cirurgiões-dentistas são os profissionais que primeiro tem contato com as características desse tipo de erosão na cavidade bucal, principalmente quando relacionadas a distúrbios psicossomáticos, daí a importância deste trabalho para enfatizar as características clínicas da perimólise e da necessidade de conhecimento dos seus fatores etiológicos e conhecimento na prática clínica.

4. METODOLOGIA

A metodologia abordada para elaborar o artigo em questão consiste em uma revisão de literatura, baseada em bancos de dados virtuais de saúde, como: Google Acadêmico, Scielo, PubMed. Foram selecionados artigos publicados entre os anos 2010 e 2020. Utilizou-se como base palavras chaves: Perimólise, erosão, causas, tratamento.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Etiologia, manifestações clínicas, e sintomatologia da perimólise

A Odontologia está em constante evolução, cada dia mais buscando conceitos relacionados a promoção de saúde, aliados ao aumento da expectativa de vida, fazendo com que haja uma crescente busca pela manutenção dos elementos dentais⁹. Contudo, mudanças nos hábitos alimentares e também de comportamento podem contribuir para o aparecimento de lesões advindas da perda de estrutura dentária⁹.

A perda da estrutura dental, não sendo por motivo carioso, acontece de forma fisiológica ao passar dos anos, entretanto, esta é considerada patológica quando o grau de destruição ocorre de forma excessiva, levando a problemas tanto de natureza funcional e/ou estética, podendo atrapalhar a qualidade de vida do paciente^{9,10}.

Existem diferentes formas crônicas de ocorrência da destruição dentária, que levam a perda irreversível da superfície externa do dente, diante disso, a perimólise se classifica como um tipo de erosão dentária (principal causa da perda da estrutura dentária mineralizada), que provoca seus efeitos por meio da destruição química

advinda de ácidos de origem endógena, sem a ocorrência de envolvimento bacteriano 3,4,6,8,9,11 .

Devido à sua etiologia estar relacionada a fatores intrínsecos, esta patologia comumente se dá pelo retorno do ácido gástrico, que tem um pH muito baixo (menor que 2), em razão de refluxos que podem ser causados voluntariamente (auto induzido) ou de forma involuntária 1,6,7,9 .

É importante dizer que esses episódios de regurgitação podem estar associados a desordens psicossomáticas, sendo de muito interesse o conhecimento da relação entre bulimia nervosa, anorexia nervosa e casos de erosão dental 2,7,9,11,12 .

O período gestacional (ocorrência de refluxos e vômitos principalmente durante o primeiro trimestre), assim como problemas gastrintestinais como a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) que é uma condição médica bastante comum, também podem estar associados 1,2,3,7,9,13 .

Existe grande prevalência de quadros de erosão dentária em pacientes com DRGE (se caracteriza por alterações na mucosa esofágica que resulta em refluxo do conteúdo do estômago para o esôfago) sendo assim, o exame odontológico deve ser introduzido nos protocolos de investigação no paciente com esta doença, para que lesões dentárias sejam diagnosticadas nos seus estágios iniciais, visto que as lesões orais não são percebidas pelos pacientes (podendo passar despercebidas também pelo médico), evitando-se grandes perdas de tecido mineralizado, contudo, a utilização de antiácidos se mostrou eficiente para efeito protetor contra a erosão dentária intrínseca 3,4,8,14,15 .

Dentro do contexto social moderno, observa-se que a maioria das disfunções gastrintestinais ocorre em pessoas que tentam seguir um padrão de beleza estabelecido pela mídia, que na maioria das vezes, esse ideal de ter um corpo magro leva a tais distúrbios psicossomáticos, o que leva a grandes danos sociais e psicológicos 2,12,16 .

A bulimia nervosa se caracteriza por ser um transtorno alimentar reconhecido por vômitos autoinduzidos, atrapalhando o bem estar físico, o funcionamento psicossocial, além de, tanto a bulimia quanto a DRGE fazem com que o ácido estomacal se acumule na cavidade bucal, por períodos variados de tempo, levando aos efeitos destrutivos na dentição, mas não se limitando apenas à erosão dos dentes

A bulimia nervosa se dá pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos (de forma excessiva, vontade incontrollável de comer mas com pouca ou nenhuma sensação de prazer), e logo após, surge um sentimento de culpa para tentar controlar o peso, levando a pessoa a fazer uso de laxantes, diuréticos e provocar compulsivamente e intencionalmente o vômito (em casos mais graves estes episódios bulímicos podem ocorrer em dez ou mais vezes durante um período de 24h), onde a manifestação da perimólise nesses casos são clinicamente observados quando o vômito já é estimulado a pelo menos 2 anos ^{2,12}.

Já a anorexia nervosa leva a uma aversão do paciente por qualquer tipo de alimento, conseqüentemente não se alimentando, ou seja, a perda de peso é a partir de dietas rigorosas (grande perda de apetite), que levam a questões psicológicas como sofrimento, preocupação com a alimentação e medo intenso ^{2,12}.

Pessoas com esse transtorno apresentam uma distorção da imagem corporal, ou seja, mesmo estes se encontrando abaixo do peso, se veem gordos, e também, a anorexia nervosa pode se apresentar de duas formas, conhecidas como restritiva e a purgativa ¹².

A anorexia do tipo restritiva, é quando o paciente segue não mais que uma dieta restritiva e a prática de exercícios intensos, contudo, no tipo purgativa, que apresenta maior interesse para a área odontológica, o paciente come de forma compulsiva e acaba praticando métodos de purgação com medicamentos e também, como a bulimia, provocando o vômito autoinduzido ^{12,16}. Dito sobre os transtornos alimentares, a seguir será descrito sobre a perimólise.

A perimólise se dá quando o tecido dentário (esmalte e dentina) é exposto ao ataque ácido, ocorrendo uma perda irreversível, localizada (mas podendo ser generalizada), crônica, patológica e indolor ^{1,5,12}.

Diante disso, as lesões erosivas intrínsecas aparecem inicialmente nas superfícies palatinas dos dentes superiores, pois a força da regurgitação se inicia a partir da região da faringe, seguindo em direção à cavidade bucal, onde ocorre o impulsionamento do suco gástrico para frente, causando danos nessas superfícies primeiramente, e nas oclusais dos dentes posteriores inferiormente posteriormente ^{6,15,16}.

Os sinais da perimólise que podem ser facilmente encontrados em um estágio inicial (desde que o exame clínico bucal não seja realizado de forma superficial) incluem um esmalte de superfície brilhante (liso, e vitrificado), com a borda de esmalte

próximo a margem gengival intacto, amarelecimento da dentina subjacente, e translucidez na borda incisal aumentada ^{1,11}.

Em casos mais avançados, observa-se bordas fraturadas, perda da dimensão vertical, ocorrência na superfície lingual dos dentes anteriores inferiores (esta costuma estar mais “protegida” pelo constante contato com a saliva), escavação/depressões côncavas das superfícies oclusais dos dentes inferiores, onde os pacientes podem ser assintomáticos, contudo, a erosão palatina costuma passar despercebida pelos pacientes, pois estas superfícies não são visíveis, e raramente a exposição pulpar acontece ^{1,2,7,8,10,15}.

Entretanto, várias são as consequências negativas para os pacientes devido a constante perda de tecido dentário, como o desenvolvimento da hipersensibilidade dentinária, irritação pulpar, restaurações com sobre contorno (ilhas de amálgama), o que leva a um tratamento reabilitador longo e dispendioso, além de outros sintomas relacionados a regurgitação na cavidade bucal, como gosto ácido, irritação da mucosa, sensação de queimação, xerostomia, aumento das glândulas parótidas e salivares ^{2,15}.

Vale ressaltar a importância da saliva em todo este processo, pois ela é um dos principais elementos responsáveis pela ocorrência de homeostase na cavidade bucal e também no trato digestivo, a saliva contém o potencial para tamponar (neutralizar) o ácido advindo do estômago, diante disso ajuda a combater a perimólise, mas em casos que os pacientes por algum motivo sofrem de hipossalivação e/ou xerostomia, tal patologia se agrava mais rapidamente, podendo ser indicado o uso de saliva artificial ^{8,9,10,14}.

5.2 Importância do diagnóstico precoce e tratamento da perimólise

O grande desafio se tratando dos casos de perimólise é o seu diagnóstico, que muitas vezes acaba passando despercebido pelo profissional Cirurgião-dentista principalmente em seus estágios iniciais, e essa incapacidade pode levar a danos significativas tanto nos dentes como no sistema mastigatório ^{2,15}.

O diagnóstico correto e precoce promove melhores condições de prevenção e formas de tratamento para o paciente, daí a importância do profissional ter

conhecimento de todas as suas características (sinais e sintomas), bem como dos fatores etiológicos ¹.

Os casos que são diagnosticados em estágios já avançados, nem sempre os fatores etiológicos são prontamente identificados, visto que os pacientes podem não saber o que pode ser, ou apresentar a DRGE de forma desconhecida, ou ainda a questão de não estarem dispostos a falar sobre seus transtornos alimentares ao profissional, por terem vergonha ou se sentirem constrangidos, e a partir disso, o tratamento acaba se tornando mais complexo podendo necessitar da reabilitação oral de toda a cavidade bucal ^{1,7}.

Importante salientar que a DRGE muitas vezes quando ainda não foi diagnosticada, é por trazer consigo “reflexos silenciosos”, sendo assim o Cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional da saúde a suspeitar da presença desta doença, pois o paciente pode relatar gosto azedo ou ácido na cavidade bucal, disgeusia, e também a partir da observação da erosão dentária presente nos dentes de forma inexplicada pelo paciente ⁸.

Se tratando dos transtornos alimentares como a Bulimia e a Anorexia nervosa, o Cirurgião-dentista também pode vir a ser o primeiro profissional da saúde a ter suspeitas da presença destes distúrbios, pois os pacientes tendem a esconder os episódios das doenças de amigos e da família, daí a importância de estar apto a identificar os sinais e sintomas presentes na cavidade oral, pois o diagnóstico precoce desses distúrbios leva à um prognóstico favorável para o paciente ^{2,12}.

A partir disso, o Cirurgião-dentista precisa também estar preparado para o consequente encaminhamento do indivíduo para uma avaliação que será multiprofissional, que muitas vezes se torna uma tarefa difícil motivar os pacientes a procurarem essa ajuda, principalmente psicológica (daí a importância do vínculo profissional-paciente) pois o paciente pode negar a existência da própria doença, e o diagnóstico e tratamento desses transtornos requerem uma abordagem transdisciplinar, com o Cirurgião-dentista dentro desta equipe ^{2,12}.

Para o diagnóstico precoce da perimólise, muito importante também a realização de uma ótima anamnese, dando ênfase não só as questões odontológicas do paciente mas também de toda a sua história médica, como questões médicas que podem predispor o paciente a erosão dental, uso de medicamentos que podem

provocar a diminuição do fluxo salivar (que agrava o efeito erosivo nos dentes), e também muita atenção em aspectos que levam ao diagnóstico diferencial de lesões erosivas causadas por fatores exógenos de fatores endógenos que é a observação das superfícies que estão sendo ou que foram afetadas pela desmineralização ^{1,9}.

Casos de ocorrência da desmineralização nas superfícies palatinas tanto dos dentes superiores anteriores quanto na região lingual dos inferiores anteriores, levam a sugestão diagnóstica de que o ácido é de origem endógena, já a erosão associada a superfícies vestibulares dos dentes anteriores levam a erosão por fatores exógenos como exemplo alimentação ácida ¹.

A partir do momento que se diagnostica a perimólise, pode-se começar a atuar sobre os fatores causais da lesão com um sentido de, ou impedir sua formação ou a sua progressão, buscando assim, restituir a função, forma e estética para o paciente ⁹.

Sobre o tratamento da perimólise, a conduta clínica dependerá do grau de severidade da erosão nos dentes, podendo ser desde aplicações tópicas de flúor semanais, agentes dessensibilizante até tratamentos reabilitadores, quando da ocorrência de danos funcionais (como a perda da dimensão vertical) e/ou estéticos ^{9, 18}.

É importante salientar que as intervenções odontológicas devem ser realizadas de forma integrada ao tratamento realizado pelos outros profissionais da saúde, visto que, tal erosão está relacionada principalmente aos transtornos alimentares, que exigem um tratamento multidisciplinar ¹².

Assim, o tratamento odontológico vai consistir de fases, como: tratamento das urgências, que seria o alívio da dor e melhora da estética (a dor pode ser controlada com a colocação de cimentos de ionômero de vidro sobre os dentes com dentina exposta, ou ainda vernizes fluoretados), terapia causal, terapia reabilitadora e a manutenção preventiva ^{12, 18}.

Inicialmente, o profissional Cirurgião-dentista deve fornecer informações importantes sobre a higienização bucal, como não escovar os dentes imediatamente após os episódios (esperar pelo menos 20 minutos), pois os dentes sofrendo ataque ácido são mais susceptíveis à abrasão, bem como fazer a utilização de escovas extra

macias, pasta de dente menos abrasivas e com maior concentração de flúor (5000ppm), utilização de antiácidos após o vômito, estímulo do fluxo salivar com chicletes sem açúcar, para os pacientes que apresentam xerostomia, orientação para a utilização de soluções para bochecho com água e bicarbonato de sódio, ou bochechos com fluoreto de sódio à 0,05% (para neutralização do pH ácido da boca), aplicações tópicas de flúor, e terapias dessensibilizantes podem ser necessárias ^{2, 7, 11, 17, 18}.

O aconselhamento dietético também deve ser realizado, para que o paciente evite alimentos muito ácidos, como sucos, frutas cítricas e refrigerantes ¹⁸.

A perda da estrutura dental é irreversível, mesmo após a cura da desordem alimentar, daí é importante dizer que trabalhos restauradores definitivos deverão ser realizados somente quando o paciente obter controle do hábito de purgação ^{12, 17, 18}.

Os tratamentos reabilitadores, podem ser realizados com restaurações diretas em resina, ou com cimento de ionômero de vidro, e também com tratamentos reabilitadores indiretos, como coroas totais, laminados cerâmicos, inlays e onlays, tais opções vão depender da complexidade de cada caso, valendo dizer que na ocorrência de casos severos de desgastes, tratamentos endodônticos podem ser necessários ^{1, 2, 9}.

Juntamente com a terapia restauradora, a terapia preventiva também deve ser realizada, como o uso terapêutico de flúor, bochechos, o reforço das orientações de higiene oral para manutenção do tratamento realizado, e também a conscientização dos pacientes que induzem os episódios de vômito sobre os riscos na cavidade bucal decorrente de tal prática ^{2, 18}.

Possíveis motivos para a dificuldade da realização do diagnóstico precoce pelo cirurgião-dentista

5.3 Possíveis causas para o aumento de casos de perimólise

6. Discussão

7. Considerações finais

Referências

- 1 - CRUZ DA SILVA, E. T; VASCONCELOS, R. G; VASCONCELOS, M. G. *et al.* Lesões cervicais não cariosas: considerações etiológicas, clínicas e terapêuticas. **Revista cubana de estomatologia**. Ciudad de La Habana, v. 56, n. 4: e1998, 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000400011&lng=es&nrm=iso . Acesso em: 06 Fev. 2021.
- 2 - DANIEL, C. P. *et al.* Perimolysis: case report. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas , v. 63, n. 2, p. 213-218, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015000200213&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-863720150002000122397>.
- 3 - KULKARNI, A; ROTHROCK, J; THOMPSON, J. Impact of Gastric Acid Induced Surface Changes on Mechanical Behavior and Optical Characteristics of Dental Ceramics. **J Prosthodont**. v. 29, n. 3, p. 207-218. Mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333707/>. Acesso em: 05 Fev. 2021. doi: 10.1111/jopr.12716. Epub 2018 Jan 14. PMID: 29333707.
- 4 - PICOS, A. *et al.* Factors associated with dental erosions in gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in patients with heartburn. **Med Pharm Rep**. V. 93, n. 1, p. 23-29, Jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32133443/>. Acesso em: 05 Fev. 2021. doi: 10.15386/mpr-1332. Epub 2020 Jan 31. PMID: 32133443; PMCID: PMC7051812.
- 5 - CANTO, F. M. T. *et al.* Comparative Effect of Calcium Mesoporous Silica Versus Calcium and/or Fluoride Products Against Dental Erosion. **Braz Dent J**. v. 31, n. 2, p. 164-170, Mar-apr 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32556016/>. Acesso em: 06 Fev. 2021. doi: 10.1590/0103-6440202002557. PMID: 32556016.
- 6 - CHOCKATTU, S.J. *et al.* Tratamento da erosão dentária induzida por refluxo gastroesofágico com estratificação direta de resina composta auxiliada por matriz flexível de tala. **Odontologia restauradora e endodôntica** , v. 43, n. 1, Fev. 2018, e13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816990/>, Acesso em: 05 Fev. 2021 <https://doi.org/10.5395/rde.2018.43.e13>
- 7 - MILOSEVIC, A. Acid Erosion: An Increasingly Relevant Dental Problem. Risk Factors, Management and Restoration. **Prim Dent J**. v. 6, n. 1, p. 37-45, Feb. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28376962/>. Acesso em: 05 Fev. 2021. doi: 10.1177/205016841700600105. PMID: 28376962.
- 8 - RANJITKAR, S; SMALES, R. J; KAIDONIS, J. A. Oral manifestations of gastroesophageal reflux disease. **J Gastroenterol Hepatol**. v. 27, n. 1, p. 21-7, Jan. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22004279/>. Acesso em: 05 Fev. 2021. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06945.x. PMID: 22004279.

- 9 - CATELAN, A; GUEDES, A. P. A; SANTOS, P. H. dos. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. **RFO UPF**. Passo Fundo, v.15, n.1, Jan-abr. 2010. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122010000100015&script=sci_arttext. Acesso em: 16 Fev. 2021.
- 10 - SHITSUKA, C. *et al.* Avaliação do estresse oxidativo da saliva de crianças com erosão dentária. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 16, n. 2, eAO4203, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000200208&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4203>.
- 11 - SANTANA, N. M. S. *et al.* Prevalência de erosão dentária e fatores associados em uma população de escolares. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 47, n. 3, p. 155-160, June 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772018000300155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.03518>.
- 12 - DOS SANTOS, F. D. G. *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**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 33 - 42, nov. 2015. ISSN 1983-5183. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/242>. Acesso em: 22 Fev. 2021. doi:https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v27i1.242.
- 13 - CASTILHO, A. V. S. S; FORATORI-JUNIOR, G. A; SALES-PERES, S. H. de C. Impacto da cirurgia bariátrica no refluxo gastroesofágico e no desgaste dental: uma revisão sistemática. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 32, n. 4, e1466, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202019000400501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Fev. 2021 <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1466>.
- 14 - CORREA, M. C. C. S. F. *et al.* Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. **Arq. Gastroenterol.** São Paulo, v. 49, n. 3, p. 214-218, Sept. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000300009>.
- 15 - SANTOS, J. A. dos. **Manifestações orais em pacientes com a doença do refluxo gastroesofágico: estudo caso-controle.** 2016. 68f. Tese – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25973>. Acesso em: 06 Fev. 2021.
- 16 – ALVES, K. C. *et al.* Manifestações orais dos transtornos alimentares: revisão de literatura. **Demetra**. v. 13, n. 4, p. 783-792, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/31360>. Acesso em: 22 Fev. 2021. DOI: 10.12957/demetra.2018.31360

17 – CHIMBINHA, I. G. M.; JÁCOME, A. DO N.; SILVA, G. G. DA *et al.* Transtornos alimentares e manifestações orais em adolescentes. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 3, p. 1-20, 12 nov. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/19204>. Acesso em: 22 Fev. 2021.

18 - EL ACHKAR, V. N. R.; BACK-BRITO, G. N.; KOGA-ITO, C. Y. Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista.. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 51 - 56, dez. 2017. ISSN 1983-5183. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/355>. Acesso em: 25 Abr. 2021. doi:https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v24i1.355.