

## Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal

Dinah Ribeiro AMORAS<sup>a</sup>, Danielle Cristine Furtado MESSIAS<sup>b</sup>, Rosane Pilot Pessa RIBEIRO<sup>c</sup>,  
Cecilia Pedroso TURSSI<sup>d</sup>, Mônica Campos SERRA<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia,  
USP – Universidade de São Paulo, 14040-900 Ribeirão Preto - SP, Brasil

<sup>b</sup>Curso de Odontologia, UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto, 14096-900 Ribeirão Preto - SP, Brasil

<sup>c</sup>Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem,  
USP – Universidade de São Paulo, 14040-900 Ribeirão Preto - SP, Brasil

<sup>d</sup>Curso de Odontologia, UNIUBE – Universidade de Uberaba, 38055-500 Uberaba - MG, Brasil

<sup>e</sup>Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia,  
USP – Universidade de São Paulo, 14040-900 Ribeirão Preto - SP, Brasil

Amoras DR, Messias DCF, Ribeiro RPP, Turssi CP, Serra MC. Characterization of eating disorders and their implications in the oral cavity. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(4): 241-245.

### Resumo

Os dois principais transtornos alimentares evidenciados na clínica contemporânea são anorexia e bulimia nervosas. Entretanto, outras anormalidades do comportamento alimentar em que os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia e bulimia não são preenchidos, recebem a denominação de transtorno alimentar “atípico”, como o transtorno da compulsão alimentar periódica e a síndrome do comer noturno. Com o intuito de preservar a estrutura dental, minimizando os danos bucais, é indispensável que, inserido na equipe multiprofissional de tratamento desta patologia, o cirurgião-dentista possa diagnosticar as manifestações associadas especificamente aos determinados tipos de desordens alimentares. Detectar as lesões nos tecidos bucais em estágios iniciais, instituir estratégias preventivas contra o desenvolvimento de novas lesões e controlar a progressão daquelas já presentes contribui para o tratamento completo do indivíduo. Para isso, previamente à apresentação das manifestações bucais, é fundamental apresentar conceitos, características e sintomas específicos dos transtornos alimentares. Dessa forma, o objetivo desta revisão de literatura, desenvolvida a partir de referências bibliográficas encontradas através de pesquisa nas bases de dados Medline e Lilacs é apresentar características, sinais e sintomas dos transtornos alimentares e associar as suas manifestações na cavidade bucal. Concluiu-se que o dentista apresenta papel importante na detecção das manifestações bucais dos transtornos alimentares e pode auxiliar no diagnóstico dos distúrbios e no tratamento do indivíduo.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares; manifestações bucais; prevenção; controle.

### Abstract

The two main eating disorders in the contemporary clinical practice are anorexia and bulimia nervosa. However, other disturbs of eating behavior, not diagnosed as anorexia and bulimia, are called “atypical” eating disorders such as binge eating disorder and night eating syndrome. Aiming to preserve the tooth structure minimizing the damages is essential that the dentist, inserted in the multidisciplinary team of treatment of eating disorders, diagnoses the manifestations associated to specific eating disorders. To detect lesions in the oral cavity in early stages, to institute preventive strategies against the development of new lesions and to control the progression of those already present contributes to the complete treatment of the individual. For that, prior to the presentation of the oral manifestations, it is crucial that concepts, characteristics and specific symptoms of eating disorders are described. The purpose of this review is to present the signs and symptoms of eating disorders and associate its manifestations in the oral cavity. For this, the data base Medline and Lilacs were accessed and relevant references were used. It was conclude that the dentist had important participation in the detection of the oral manifestations of eating disorders and may contributes to diagnosis the disturbs and to treat the patient.

**Keywords:** Eating disorders; oral manifestations; prevention; control.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são quadros psiquiátricos que conduzem a severos danos psicológicos e sociais com aumento da morbidade e mortalidade, principalmente entre adolescentes e adultos jovens do gênero feminino<sup>1</sup>. Podem se manifestar de diversas formas, intensidades e gravidades, sempre relacionados à perda ou ao ganho de massa corporal e às dificuldades emocionais<sup>2</sup>. Os sintomas variam desde uma preocupação excessiva com o peso e a forma corpórea até episódios de ingestão exagerada de alimentos que não visam apenas saciar a fome, mas atendem a uma série de estados emocionais ou situações estressantes<sup>2</sup>. A etiologia das alterações do comportamento alimentar é considerada multifatorial, envolve componentes genéticos, neuroquímicos, psicológicos, socioculturais e nutricionais<sup>3</sup>.

Na descrição de transtornos alimentares do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais<sup>4</sup>, dois diagnósticos específicos são apresentados: I) Anorexia nervosa e II) Bulimia nervosa. Todavia, existem distúrbios que não satisfazem os critérios para um transtorno alimentar específico, decorrente do fato de que muitos indivíduos apresentam sintomas em um continuum entre esses dois quadros, recebendo o diagnóstico de um transtorno alimentar "atípico"<sup>4</sup>. Essas apresentações clínicas são incluídas em uma categoria extremamente abrangente, denominada III) Transtornos alimentares sem outras especificações, que englobam o transtorno da compulsão alimentar periódica e a síndrome do comer noturno<sup>4</sup>.

Considerando que os transtornos alimentares podem repercutir nos dentes e nos tecidos bucais, através de lesões de erosão<sup>5</sup>, de cárie<sup>6</sup>, hipersensibilidade<sup>7</sup>, hipossalivação<sup>8</sup> e aumento das glândulas parótidas<sup>8</sup>, o conhecimento sobre esses quadros têm despertado especial interesse da comunidade odontológica. Sendo assim, dentro de um contexto de promoção de saúde, em que o tratamento destes transtornos demanda uma abordagem interdisciplinar, o cirurgião-dentista representa um importante papel na equipe multiprofissional<sup>6,9</sup>. Dessa forma, o objetivo do presente artigo é apresentar e caracterizar os principais transtornos alimentares e associar as manifestações bucais resultantes de tais distúrbios.

## MATERIAL E MÉTODO

As referências bibliográficas foram encontradas por meio de pesquisa nas bases de dados Medline (de 1991 a 2008) e Lilacs (de 2002 a 2009), utilizando os seguintes termos: "eating disorders", "oral manifestations", "anorexia nervosa", "bulimia nervosa", "desordens alimentares", "manifestações bucais". Adicionalmente, foram consultados três livros textos referentes ao assunto, o periódico "Medicina de Ribeirão Preto", um artigo em formato eletrônico e a 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1. Caracterização dos Transtornos Alimentares

#### 1.1. Anorexia nervosa

Transtorno alimentar cuja principal característica é a severa e patológica perda de peso induzida e mantida pelo próprio indivíduo, que se utiliza de uma rígida restrição alimentar<sup>4</sup>. Dependendo da intensidade da perda de peso, pode-se instalar um quadro de desnutrição cuja gravidade depende do Índice de Massa Corpórea – IMC, obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura. Considera-se desnutrido o paciente com IMC abaixo de 18 kg.m<sup>-2</sup>[4]. Como consequência, alterações endócrinas, hematológicas, cardiovasculares, renais, neurológicas, gastrintestinais, osteomusculares e dermatológicas podem se manifestar. Alguns sinais podem contribuir para o diagnóstico da desnutrição, tais como: presença de lanugo (penugem fina sobre a pele), xerodermia (pele seca), hiperbetacarotenemia (pele amarelada), hipotensão (diminuição da pressão arterial), bradicardia (diminuição da frequência cardíaca), bradipneia (diminuição do ritmo respiratório) e edema de membros inferiores<sup>10</sup>.

Os sintomas mais frequentes da anorexia nervosa são: amenorreia (interrupção do ciclo menstrual), constipação intestinal, dor abdominal, sensação de plenitude gástrica, intolerância ao frio, fadiga, alopecia, extremidades frias e dificuldade de concentração<sup>10</sup>.

Crítérios como recusa a manter a massa corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, medo exagerado de ganhar peso, negação do baixo índice de massa corpórea (IMC) atual e amenorreia em mulheres pós-menarca podem ser empregados para o diagnóstico do transtorno alimentar<sup>4</sup>.

A anorexia nervosa apresenta dois subtipos: restritivo e purgativo. O primeiro caracteriza-se pela restrição dietética, enquanto no último existe um comportamento de comer compulsivamente, seguido de medidas compensatórias como indução ao vômito, uso de laxantes, diuréticos ou enemas<sup>4</sup>.

#### 1.2. Bulimia nervosa

Este tipo de transtorno alimentar caracteriza-se por uma sensação de hiperfagia (fome exagerada), com excessivo e rápido consumo de alimentos em um curto intervalo de tempo<sup>10</sup>, acompanhada de uma sensação de perda de controle<sup>1</sup>. Os pacientes têm peso normal ou podem, em menor número de casos, apresentar sobrepeso<sup>4</sup>. As complicações clínicas são frequentes e estão relacionadas às práticas e manobras compensatórias inadequadas para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos<sup>1</sup>, uso de laxativos, diuréticos, inibidores do apetite, jejuns ou exercícios excessivos<sup>11</sup>.

Os critérios diagnósticos para a bulimia nervosa envolvem, segundo a DSM-IV-TR<sup>4</sup>, crises bulímicas recorrentes, em um período limitado de tempo, caracterizadas por ingestão de uma quantidade de alimentos superior à comumente consumida pela

maioria dos indivíduos em período e circunstâncias similares e sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio. A bulimia nervosa pode ser diagnosticada na presença do comportamento compensatório inadequado e ocorrência da crise, pelo menos duas vezes por semana, durante três meses, com autoimagem indevidamente influenciada pela forma e peso corpóreo<sup>4</sup>.

A bulimia nervosa possui dois subtipos: o purgativo, em que, durante o episódio bulímico, o indivíduo envolve-se regularmente na indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas, e o não purgativo, caracterizado pelo uso de jejuns ou exercícios excessivos<sup>4</sup>.

### 1.3. Transtorno de compulsão alimentar periódica

Este transtorno designa episódios de compulsão alimentar que resultam em ingestão exagerada e descontrolada de alimentos, seguida de sentimentos de culpa e autoprovação<sup>4</sup>. A principal característica clínica deste transtorno é a obesidade, decorrente da ingestão calórica excessiva em relação ao gasto energético<sup>4</sup>. É comum haver excesso de tecido corporal gorduroso que, por sua vez, pode desencadear aumento das taxas de lipídios ou gorduras no sangue, e elevação dos níveis de triglicérides. Além disso, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus podem ocorrer como consequências da obesidade<sup>12</sup>.

Dentre os critérios que contribuem para o diagnóstico do transtorno de compulsão alimentar periódica, destacam-se: ingestão de elevadas quantidades de alimentos independente da sensação de fome mais rápido que o normal; isolamento de outros indivíduos, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos ingerida; sentimento de repulsa, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente, além de acentuada angústia relativa à compulsão alimentar periódica; ocorrência dos episódios pelo menos duas vezes por semana durante seis meses<sup>4</sup>. Diferentemente do que pode ocorrer na anorexia e bulimia nervosas, a compulsão alimentar não está associada ao uso regular de mecanismos compensatórios extremos<sup>4</sup>.

### 1.4. Síndrome do comer noturno

O indivíduo portador da síndrome do comer noturno experimenta a sensação de falta de controle em relação à comida e à ansiedade, com frequente associação do estresse psicológico e do distúrbio do sono<sup>13</sup>. O padrão alimentar é caracterizado por ingestão alimentar previamente ao paciente deitar-se ou nos períodos em que desperta do sono, que ocorre em média de três a quatro vezes durante a noite, com consumo alimentar em 52% dos despertares<sup>13</sup>.

Similar ao transtorno da compulsão alimentar periódica, na síndrome do comer noturno, a obesidade também é uma característica clínica comumente observada<sup>14</sup>.

## 2. Manifestações Bucais dos Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares podem apresentar manifestações na cavidade bucal, a ocorrência e severidade dependem do tipo e tempo de duração do transtorno apresentado pelo paciente<sup>15</sup>.

Os principais sinais clínicos decorrentes da prática de indução de vômito são: desgaste dentário<sup>5,6</sup>, fissuras angulares, queilose (afecção dos lábios e ângulos da boca) e disgeusia (distorção ou diminuição do paladar), decorrentes da deficiência de vitaminas<sup>7</sup>, hipertrofia das glândulas salivares<sup>7,8</sup>, bradicardia (diminuição do ritmo cardíaco), em decorrência de hipopotassemia (diminuição dos níveis de potássio)<sup>10</sup>.

O quadro clínico devido ao uso de métodos purgativos, como indução ao vômito, que pode ocorrer na anorexia e bulimia nervosas, expõem a estrutura dental ao contato frequente com fluido ácido proveniente do estômago, podendo resultar em lesões de erosão<sup>5</sup>. Trata-se de um fenômeno de desgaste definido como uma perda de estrutura dental superficial provocada pela degradação química, que acarreta uma dissolução mineral<sup>16</sup>. Järvinen et al.<sup>17</sup> relataram que o risco de desenvolvimento de lesões de erosão em pacientes com episódios frequentes de vômitos é 18 vezes maior que em indivíduos não submetidos a tal condição. Clinicamente, e em diferentes graus de severidade, as lesões de erosão podem apresentar-se por uma superfície lisa, fosca e transparente, com a borda em esmalte intacto na margem gengival, presença de depressões e concavidades nas superfícies, perda da morfologia dental, aparência de restauração com sobrecontorno e, em casos mais graves, exposição da dentina e/ou tecido pulpar<sup>18</sup>. A hipersensibilidade dolorosa pode ser um sintoma quando o dano ao tecido dental encontra-se em estágio avançado<sup>7</sup>.

A ocorrência do desgaste erosivo pode ser agravada por condições como redução do fluxo salivar do paciente, que pode comprometer a proteção exercida pelo fluido – decorrente de suas propriedades de capacidade tampão e remineralização, no controle da progressão das lesões<sup>19</sup>. Indivíduos com histórico de frequentes episódios de vômitos, como ocorre na bulimia e anorexia nervosas, podem apresentar hipossalivação em diferentes estágios<sup>20</sup>. Tais alterações de quantidade e qualidade da saliva estariam associadas ao uso de antidepressivos, que reduzem o fluxo salivar<sup>21</sup>, modificação da composição da saliva devido à desidratação; alterações morfológicas das glândulas salivares, que podem alterar a sua função; diminuição da saída dos ductos salivares, e desequilíbrio eletrolítico resultante de mudanças nos níveis de sódio e cálcio<sup>22</sup>. O comprometimento das funções salivares resulta, ainda, em uma drástica diminuição do seu efeito protetor e pode conduzir à vulnerabilidade da mucosa bucal às infecções e à alteração do paladar e sensação de ardência na boca<sup>7</sup>.

A perda tecidual pode ainda ser maximizada devido ao efeito mecânico da escovação<sup>16</sup>, alternativa muitas vezes empregada pelos pacientes para aliviar o sabor desagradável após episódios de êmese. Indivíduos com distúrbios alimentares apresentam comportamentos compulsivos, que se refletem em hábito de higiene bucal meticulosa, repetitiva e muitas vezes agressiva, podendo resultar em severa abrasão dental<sup>23</sup>.

A ocorrência de lesões de cárie em indivíduos com anorexia e bulimia nervosas tem sido relatada de maneira divergente. Se por um lado, a incidência de cárie nestes pacientes seria similar à população não afetada<sup>9,24</sup>, por outro, autores afirmam

existir diferença na prevalência de lesões cáries em indivíduos portadores destes transtornos<sup>25,26</sup>.

Em decorrência da restrição alimentar que acomete os portadores de transtornos alimentares, como a anorexia nervosa, e da deficiente absorção de nutrientes nos pacientes com bulimia nervosa por recorrentes episódios de vômitos, a oferta de determinadas vitaminas pode tornar-se prejudicada e, como resultado, têm-se múltiplas deficiências nutricionais. Nesse contexto, a manifestação encontrada na cavidade bucal é a presença de lesões eritematosas no palato, inflamação na língua com eritema e atrofia<sup>7</sup>.

### 3. Tratamento

A principal estratégia para prevenir o desenvolvimento de novas lesões nos tecidos bucais é remover o agente causal<sup>27-29</sup>. Nas manifestações dos transtornos alimentares, a medida seria o tratamento da condição médica por equipe multidisciplinar. Entretanto, tal medida pode demandar tempo e, nesses casos, o cirurgião-dentista, como profissional inserido na equipe, desempenha importante função no tratamento e acompanhamento odontológico. O diagnóstico precoce e a instituição de estratégias adequadas para controlar o desenvolvimento e progressão das manifestações bucais favorecem bem-estar, autoestima, e minimizam os danos às estruturas bucais<sup>28</sup>.

O plano de tratamento depende do tipo de alteração na cavidade bucal desencadeada pelo distúrbio alimentar, aspectos

individuais e hábitos. Medidas preventivas específicas devem ser instituídas, voltadas para orientações quanto: à higiene bucal; emprego de substâncias capazes de neutralizar os ácidos presentes nos fluidos bucais ou promover a remineralização e o aumento da resistência da superfície dental; uso de substitutos salivares que auxiliam na redução do desgaste erosivo, além de incentivo e motivação para acompanhamentos em consultas odontológicas periódicas<sup>29</sup>.

Em casos mais avançados de danos à estrutura dental, em que há acentuada sensibilidade dolorosa, perda anatômica e funcional, medidas terapêuticas como tratamento restaurador ou reabilitador podem ser utilizadas. Tal abordagem visa recuperar forma, função, estética, eliminar a hipersensibilidade e facilitar a higienização. É essencial reconhecer as necessidades individuais e motivar o autocuidado com objetivo de manter a saúde oral<sup>29</sup>.

### CONCLUSÃO

Os transtornos alimentares podem desencadear manifestações na cavidade bucal. Todavia, limitar o tratamento aos sinais e sintomas bucais é insuficiente para a cura do indivíduo. É importante o trabalho em equipe multidisciplinar, na qual o cirurgião-dentista pode colaborar para tornar o tratamento mais completo. O entendimento das características, sinais, sintomas e consequências bucais dos distúrbios alimentares fornecem subsídios para o desenvolvimento de um plano de tratamento individualizado.

### REFERÊNCIAS

1. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004; 31: 154-7.
2. Mattos MIP. Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinaridade. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade.* 2007; 2: 78-98. Disponível em: <http://www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>
3. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(Supl 3): 18-23.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* 4<sup>th</sup> ed. Washington: APA; 2002.
5. Bartlett D. Intrinsic causes of erosion. *Monogr Oral Sci.* 2006; 20: 119-39.
6. Lifante-Oliva C, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Esteves-Salinas J. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hyg.* 2008; 6: 119-22.
7. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Io Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis.* 2008; 14: 479-84.
8. De Moor RJG. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil.* 2004; 31: 725-32.
9. Aranha ACC, Eduardo CP, Cordás TA. Eating disorders part I: psychiatric diagnosis and dental implications. *J Contemp Dent Pract.* 2008; 9(6): 73-81.
10. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, dos Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina Ribeirão Preto.* 2006; 39: 340-8.
11. Ribeiro RPP, Sicchieri JMF, Bighetti F. Transtornos alimentares. In: Monteiro PM, Camelo Junior JS, organizadores. *Caminhos da nutrição e terapia nutricional: da concepção à adolescência.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 554-66.
12. Pi-Sunyer FX. Obesidade. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. *Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença.* Barueri: Manole; 2003. v. 2, p. 1493-518.
13. Birkedvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W, et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *J Am Med Assoc.* 1999; 282: 657-63.
14. Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(Supl 3): 63-7.
15. Rytömaa I, Järvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol Scand.* 1998; 56: 36-40.

16. Hara AT, Purquerio BM, Serra MC. Estudo das lesões cervicais não-cariosas: aspectos biotribológicos. *RPG. Rev Pos-Grad.* 2005; 12: 141-8.
17. Järvinen VK, Rytömaa II, Heinonen OP. Risk factors in dental erosion. *J Dent Res.* 1991; 70: 942-7.
18. Ganss C, Lussi A. Diagnosis of erosive tooth wear. *Monogr Oral Sci.* 2006; 20: 32-43.
19. Hara AT, Lussi A, Zero DT. Biological factors. *Monogr Oral Sci.* 2006; 20: 88-99.
20. 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: 696-707.
21. Hunter KD, Wilson WS. The effects of antidepressant drugs on salivary flow and content of sodium and potassium ions in human parotid saliva. *Arch Oral Biol.* 1995; 40: 983-9.
22. 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 Sci.* 2006; 51: 208-13.
23. Hazelton LR, Faine MP. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int J Prosthodont.* 1996; 9: 65-73.
24. Milosevic A, Lennon MA, Fear SC. Risk factors associate with tooth wear in teenagers: a case control study. *Community Dent Health.* 1997; 14: 143-7.
25. Phillip E, Willershausen-Zonnchen B, Hamm G, Pirke KM. Oral and dental characteristics in bulimia and anorectic patients. *Int J Eat Disord.* 1991; 10: 423-31.
26. Öhrn R, Enzell K, Angmar-Mansson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci.* 1999; 107: 157-63.
27. Amaechi BT, Higham SM. Dental erosion: possible approaches to prevention and control. *J Dent.* 2005; 33: 243-52.
28. Messias DCF, Serra MC, Turssi CP. Estratégias para prevenção e controle da erosão dental. *RGO.* 2009; 58 (on line).
29. Serra MC, Messias DCF, Turssi, CP. Control of erosive tooth wear: possibilities and rationale. *Braz Oral Res.* 2009; 23(Special Issue 1): 49-55.

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

---

Dinah Ribeiro Amoras

Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, 14040-900 Ribeirão Preto - SP, Brasil

e-mail: dramoras@usp.br

Recebido: 26/10/2009

Aceito: 15/08/2010