

Principais formas de abordagem da bulimia e anorexia e suas principais consequências ao corpo humano

Main forms of bulimia and anorexia and their main consequences to the human body

DOI:10.34117/bjdv7n8-554

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 25/08/2021

Brunna Karolyna Rocha Fernandes

9º período de medicina - Faculdade de Minas (FAMINAS BH)
Rua Antônio Orlindo de Castro, 361, apto 203, Bloco 03
CEP: 31515290 - São João Batista - Belo Horizonte- MG
E-mail: brunarocha16@hotmail.com

Leandro José Rezende Rubim

Engenheiro Civil, graduando em medicina – Faminas - BH
Rua Tenente Brito Melo, 516 ap 1603 CEP 30180-070
E-mail: leandrojrr@gmail.com

Maria Mariana Aguiar Domingos

Acadêmica 11º período- Faminas - BH
Rua Rio de Janeiro 1197, Centro - BH
E-mail: mmaguiardomingos@gmail.com

Luiza Fernandes Rios

Acadêmica de Medicina - Faminas BH
Rua Dona Marianinha, 20, apto 601, Serra
E-mail: luizariosf0@gmail.com

Joyce Fernanda Rocha Ferreira

8º período de medicina - Centro Universitário Unifacisa
Rua Alfredo bandeira da Costa 640, apartamento 203, Centro - Solânea-Paraíba
E-mail: joyce.ferreira@maisunifacisa.com.br

Marinna Barbosa Guimarães

8º período de medicina - Faculdade de Minas - FAMINAS - BH
Av Joaquim José Diniz 20 apto 801 torre 3 - Fernão Dias
Belo Horizonte – MG - CEP: 31910520
E-mail: marinnabguimaraes@gmail.com

Folmer Quintão Torres

Mestre em medicina Instituto de Ensino e Pesquisa da
Santa Casa de Belo Horizonte – Faminas - BH
Rua Maura 1001/603, União BH – CEP: 31160- 282
E-mail: folmer.quintao@gmail.com

RESUMO

Os transtornos do comportamento alimentar são causados por diversas causas, entre elas fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Assim, as pessoas acometidas por anorexia e bulimia nervosa apresentam, em muitos casos, preocupação excessiva com o peso e a dieta, insatisfação e uma preocupante distorção da imagem corporal. Nesse sentido, várias atividades fisiológicas do corpo humano são afetadas por esse comportamento. Sendo assim o presente estudo aborda o diagnóstico e as alterações fisiológicas anorexia e bulimia.

Palavras-chave: Bulimia, Anorexia, Diagnóstico, Mudanças fisiológicas.

ABSTRACT

Eating behavior disorders are caused by several causes, including genetic, environmental, and behavioral factors. Thus, people affected by anorexia and bulimia nervosa present, in many cases, excessive preoccupation with weight and diet, dissatisfaction and a worrying distortion of body image. In this sense, several physiological activities of the human body are affected by this behavior. Thus, the present study aborts the diagnosis and physiological changes of anorexia and bulimia.

Key-words: Bulimia, Anorexia, diagnosis, Physiological changes.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase que corresponde entre os 10 e 19 anos de idade, sendo caracterizada pelo rápido crescimento e desenvolvimento (físico, cognitivo, sexual e emocional). Nesse período, é importante destacar as diversas transformações do corpo na imagem que podem ser responsáveis por gerar angústia e inquietação. Vale ressaltar que essa maneira como o adolescente percebe a sua autoimagem corporal interfere na sua vida social e na sua saúde mental. Sendo assim, as insatisfações corporais, podem gerar desordens no comportamento alimentar dos adolescentes, interferindo no modo de como se alimentam e na escolha de padrões alimentares e esse comportamento alimentar sofre uma influência multifatorial, podendo ser responsáveis por desencadear diversas patologias de transtorno de imagem corporais.

A Imagem Corporal (IC) pode ser definida segundo Schilder, pela figura do nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, sendo assim, o modo pelo qual o corpo nos apresenta. Além disso, as crenças culturais podem ser determinantes normas sociais na relação à estrutura física. Sendo, portanto, as práticas de embelezamento, manipulação e mutilação, fazem do corpo um terreno de significados simbólicos. (McNamara 2002).

Anteriormente, os modelos de beleza exaltados eram de um corpo feminino voluptuoso, contudo, com o passar dos anos, os padrões foram sofrendo transformações e passaram a ser constituídos, por uma figura de um corpo magro, esguio e atlético. Mas, em muitos casos, acabam sendo desconsiderados os aspectos de saúde, pois devido a essa cobrança para se encaixar em padrões impostos pela sociedade muitas pessoas acabam desenvolvendo imagens corporais negativas, decorrentes de altos níveis de insatisfação corporal. [1]

O mundo social, discrimina significativamente indivíduos não atraentes, em diversas situações cotidianas, e assim, as pessoas são julgadas pelos padrões vigentes (Adams 1977). Atualmente, a mídia impacta significativamente na promoção de distúrbios da imagem corporal e alimentar, na qual, indivíduos com transtornos alimentares se sentem pressionados excessivamente pela mídia para serem magros, e com essa grande cobrança, muitos acabam adotando padrões de controles de peso não saudáveis como indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas. (Stice, 2002).

Essa busca incansável tem refletido cada vez mais em um número de mulheres maiores que se submetem a dietas para controle de peso corporal, excesso de exercícios físicos e a utilização de drogas para a perda de peso. Dessa forma, vale ressaltar que esses comportamentos acabam sendo percursos dos transtornos do comportamento alimentar. (Oliveira e colaboradores, 2003)

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo abordar as principais formas de diagnóstico de anorexia e bulimia e as principais consequências para o corpo humano a partir da presença do transtorno.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo baseado no método de revisão de literatura, foi realizada uma revisão por meio da ferramenta Pub-Med no mês de fevereiro de 2020 utilizando-se os seguintes descritores “Bulimia” “Anorexia” e “diagnóstico” “Mudanças fisiológicas” e foram obtidos 41 artigos. Os critérios de inclusão foram artigos até 2015, na língua inglesa e que apresentavam estudos de maior relevância e maior número de citação reduzindo a amostra para 12 artigos. Foram excluídos aqueles que possuíam outra patologia associada reduzindo a 10 artigos. Foi utilizado também o Google Scholar

usando os mesmos descritores supracitados e critérios, selecionando aqueles que tiveram mais de 50 citações, totalizando 16 artigos. Os dados obtidos foram analisados para revisão da literatura.

4 DISCUSSÃO

A imagem corporal é a referência que o indivíduo atleta ou não tem em relação ao seu próprio corpo, sendo essa formada em sua mente. Vale ressaltar que este processo é dividido em etapas: perceptivo, que está relacionado com a percepção do próprio corpo, percebendo as dimensões no que se refere a peso e tamanho; subjetivo, compreende a satisfação com a aparência, a preocupação e a ansiedade com a mesma; comportamental, está relacionada com situações que são evitadas devido ao desconforto provocado com a aparência corporal. (Costa e colaboradores e colaboradores, 2007).

Anorexia nervosa, é descrita como uma doença mental, caracterizada por uma restrição energética auto-imposta, que tem como objetivo obter uma grande perda de peso. (Ruud e Grandjean, 1996). Concomitante a isso, pode-se observar a redução de alimentos considerados de ‘risco’, a utilização de métodos de purgação auto induzidos, e também a pratica de atividade físicas de forma compulsiva.

Baseando em critérios diagnósticos do DSM-IV, os transtornos alimentares podem ser classificados em Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Compulsão Alimentar Periódica, Transtorno alimentar não Especificado e Transtorno Alimentar de Primeira Infância. Assim, vale ressaltar que a anorexia e a bulimia são caracterizadas por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado com um distúrbio de percepção do formato corporal.

No DSM-IV, existem critérios que são estabelecidos para o diagnóstico de Anorexia Nervosa,

1. Restrição da ingestão de energia que leva a um baixo peso corporal, de acordo com a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física do paciente. Um baixo peso corporal é definido como um índice de massa corporal (proporção do peso em kg dividido pela altura em m²) <18,5
2. Medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo, ou comportamento persistente que impede o ganho de peso, apesar de estar abaixo do peso.
3. Percepção distorcida do peso e forma corporal, influência indevida do peso e da forma na autoestima ou negação da gravidade médica do baixo peso corporal.

4. Existem dois subtipos de anorexia nervosa, com base nos sintomas durante os últimos três meses:

5. Restringir - Marcado pela perda de peso por meio de dieta, jejum e exercícios excessivos. Além disso, o paciente não teve episódios recorrentes de compulsão alimentar (comer uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria em circunstâncias semelhantes) ou purgação (vômito auto-induzido e uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) .

6. Compulsão alimentar e purgação - marcada por episódios de compulsão alimentar e purgação.

Além disso, o peso deve estar abaixo de 85% do peso normal para idade adulta, deve-se apresentar um medo mórbido de ganhar peso ou tornar-se gordo; perturbação em como se vivencia o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual e nas mulheres pós menarca ocorrência de amenorreia, desmineralização óssea, perda de massa muscular e gordura corporal, irregularidades digestivas, arritmias cardíacas, desidratação, intolerância ao frio (mãos e pés), cabelos finos e fracos, entre outras. (Sundgot-Borgen e Corbin, 1987; Wichmann e Martin, 1993; Katch e McArdle, 1996).

Com isso, essas restrições, em um curto espaço de tempo são responsáveis por produzir uma diminuição da taxa metabólica basal, prejuízo das funções músculos esqueléticas, cardiovascular, endócrina, termorreguladora e dificuldade de concentração e atenção. (Bachrach e colaboradores, 1990).

Vale ressaltar que as consequências estão diretamente relacionadas com o grau de desnutrição, vômitos, e das exigências físicas (Borgen e Torstveit, 2004). Existem consequências que são comuns nos transtornos alimentares, entre elas: inanição, desidratação, redução da força e vigor muscular, diminuição do poder aeróbio e anaeróbio, perda da coordenação motora, irregularidade menstrual, perda óssea, dilatação dos vasos sanguíneos, problemas gástricos, e, conseqüentemente queda do desempenho e saúde (ACSM, 1997).

Uma dieta hipocalórica pode levar à possíveis déficits de crescimento, atraso na puberdade, esgotamento das reservas calóricas, indução da amenorréia e o desenvolvimento de lesões (McMurray e Anderson, 1996).

Na anorexia nervosa também foram percebidos distúrbios de percepção e reconhecimento da fome e da saciedade, além da presença de fadiga e senso de inadequação. Dessa forma, a baixa ingesta calórica impacta significativamente no

estado nutricional, sendo portado comparado a efeitos similares à desnutrição proteico-calórica. Com isso, o organismo ajusta-se fisiologicamente o que ocasiona em baixa taxa de metabolismo basal, baixa pressão arterial, bradicardia e hipotermia. Outro destaque, é por uma presença de pele fria e pálida, sendo frequente a osteogenia e a osteoporose, com uma estrutura óssea proeminente, paciente aparenta estar com mais idade, queda de cabelos, aparecimento de lanugo, petequias e equimoses. É muito comum nesses pacientes com essa patologia, a presença de hiperbetacarotemia, altas coenzimas de colesterol, alterações hematológicas como anemia e leucopenia, já em casos mais raros, pode ocorrer deficiência de vitaminas e minerais. (Alvarenga, 2008).

As alterações endócrinas presentes nesses pacientes, são muito frequentes, destacando os sinais clássicos de hipotireoidismo – hipotermia, intolerância ao frio, bradicardia e constipação – apesar das concentrações de TSH no plasma podem permanecer normais. As alterações no são comumente relatadas, como um despertar precoce. (Alvarenga, 2008).

O sistema reprodutor é alterado em pacientes com anorexia nervosa, ocasionando uma cascata de eventos que normalmente resultam em uma amenorreia secundária. Além disso, ocorre uma interrupção das funções reprodutivas do sistema nervoso. Os pacientes com anorexia nervosa, tem-se uma redução na secreção do hormônio liberador de gonadotrofina o que pode impedir a ovulação causando Amnorréia hipotalâmica funcional e reversão para um estado pré- puberal.

As complicações cardiovasculares da anorexia nervosa envolvem anormalidades estruturais e funcionais. Alterações estruturais podem incluir diminuição da massa cardíaca e dos volumes das câmaras cardíacas, prolapso da válvula mitral, fibrose miocárdica e derrame pericárdico. Alterações funcionais incluem bradicardia, hipotensão, diminuição da função ventricular diastólica e diminuição da variabilidade da frequência cardíaca. Além disso, o prolongamento do intervalo QT pode ser observado em alguns pacientes, mas é improvável que a anorexia nervosa cause diretamente o prolongamento do intervalo QT corrigido (QTc).

A associação entre perda de peso, excesso de treino, quantidade insuficiente de gordura corporal, perda de estoque específico de gordura corporal e dieta inadequada, são fatores que levam ao desenvolvimento da amenorréia, e mais tardiamente ao desenvolvimento da osteoporose precoce (Mantoanelli, 2002).

A anorexia nervosa também afeta múltiplos eixos hipotálamo-hipofisários, o que resulta em níveis anormais de vários hormônios. O aumento da atividade hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) no contexto do estresse da inanição crônica leva à hipercortisolemia. A hipercortisolemia tem sido associada à gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão, bem como à osteopenia na anorexia nervosa.

Embora os níveis do hormônio do crescimento (GH) sejam elevados na anorexia nervosa, os níveis do hormônio a jusante do fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF-1) são baixos, indicando um estado de "resistência" ao GH devido à fome crônica. O eixo do GH é um importante regulador da formação óssea e a desregulação desse sistema contribui para a perda óssea associada também a anorexia nervosa. As mulheres com anorexia nervosa, frequentemente têm um padrão de "doença eutireoidiana" de testes de função tireoidiana devido à desnutrição crônica: os níveis de triiodotironina (T3) estão baixos, e os níveis reversos de T3 (rT3) e a proporção de tiroxina (T4) para T3 são altos. Quando as mulheres ganham peso, a função tireoidiana retorna ao normal.

4.1 PITUITÁRIA POSTERIOR

A secreção de vasopressina, um hormônio que permite ao rim reabsorver água livre e manter o equilíbrio do sódio sérico, pode ser alta ou baixa na anorexia nervosa, com os riscos associados de diabetes insípido (raro) e síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH). Complicações devido a SIADH, como convulsões, são particularmente preocupantes, uma vez que mulheres com esse distúrbio, podem ter outros fatores de risco para hiponatremia, como consumo excessivo de água, hipovolemia devido à má nutrição e comportamentos de purgação, reabsorção renal prejudicada de sódio secundária à fome crônica e uso de medicamentos psicotrópicos que resultam em SIADH ou polidipsia. Os níveis basais de oxitocina, um hormônio que está envolvido em uma variedade de processos fisiológicos, incluindo comportamentos sociais, modulação da ansiedade e sintomas depressivos, homeostase energética e metabolismo ósseo, estão diminuídos. Os baixos níveis noturnos têm sido associados à gravidade da perda óssea na anorexia nervosa.

Os níveis de leptina, um hormônio derivado da gordura que sinaliza a disponibilidade de energia e inibe o apetite, são baixos e voltam ao normal quando as mulheres com anorexia nervosa ganham peso. Já a secreção de grelina, um hormônio liberado pelo estômago que aumenta o apetite, é aumentada na anorexia nervosa, como

se poderia esperar no estado de fome . Os níveis de peptídeo YY (PYY), um hormônio secretado pelo intestino que suprime o apetite, são elevados e não parecem se normalizar com a recuperação de peso .Embora a leptina, a grelina e o PYY sejam reguladores importantes do apetite, não há papel para medir os níveis desses hormônios no diagnóstico ou avaliação de pacientes com anorexia nervosa.

Homens com anorexia nervosa- embora a pesquisa em homens com anorexia nervosa (AN) seja limitada, os estudos indicam que eles também estão em risco de perda óssea. Semelhante às meninas com anorexia nervosa, os meninos também possuem marcadores reduzidos de remodelação óssea e DMO no quadril e na coluna . Um estudo transversal com 103 homens, com idades entre 18 e 63 anos, com transtornos alimentares (26 com AN) e 48 controles, descobriu que os escores Z da DMO na coluna e no quadril eram mais baixos em indivíduos com AN do que em indivíduos saudáveis, com 65 por cento daqueles com AN tendo escores Z de BMD abaixo de -2 em pelo menos um local .

Anormalidades hipotalâmicas na termorregulação ocorrem em mulheres com anorexia nervosa e podem resultar em hipotermia.

A anorexia nervosa moderada a grave causa consistentemente gastroparesia (esvaziamento retardado do estômago) e constipação,], e pode haver elevação leve dos testes de função hepática . Além disso, a síndrome da artéria mesentérica superior é uma complicação cada vez mais frequente da anorexia nervosa, que pode interferir na alimentação.

Pacientes com anorexia nervosa podem demonstrar uma taxa de filtração glomerular reduzida e problemas de concentração da urina, o que leva a diurese e hipernatremia ou a hiponatremia e desidratação. Pacientes com anorexia nervosa restritiva geralmente apresentam creatinina sérica baixa devido à redução da massa muscular.

A anorexia nervosa pode causar fraqueza e atrofia dos músculos respiratórios, dispneia, redução da capacidade aeróbia e diminuição da capacidade pulmonar.

No quesito hematológico, citopenias e alterações da medula óssea são comumente observadas na anorexia nervosa e são reversíveis com reabilitação nutricional.

Já na Neurologia , foram vistos casos de Encefalopatia de Wernicke , em pessoas com anorexia nervosa. Ela é uma síndrome aguda caracterizada por confusão global, disfunção oculomotora e ataxia da marcha. A condição é causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1) e requer tratamento de emergência para prevenir morte e

morbidade neurológica., o que mais tarde poderá se transformar em uma Síndrome de Korsakoff. A atrofia cerebral é uma complicação da anorexia nervosa que é evidente na neuroimagem. Os resultados incluem reduções no volume da substância cinzenta e branca, ventriculomegalia, sulcos corticais aumentados e fissura inter-hemisférica e atrofia cerebelar.

A anorexia pode causar também, alterações oftálmicas, como a atividade elétrica na mácula, que foi diminuída. A anorexia nervosa pode ser acompanhada também por anormalidades no paladar, incluindo sensibilidade reduzida a doces, e percepção aumentada dos alimentos.

As manifestações cutâneas da anorexia nervosa são numerosas. Os sintomas de fome incluem, em ordem de frequência:

- Xerose (pele seca e escamosa)

- Pelos corporais semelhantes a Lanugo (cabelos finos, felpudos e escuros)

- Eflúvio telógeno (queda de cabelo)

- Carotenoderma (amarelecimento)

- Acne

- Hiperpigmentação

- Dermatite seborréica (eritema e escamas gordurosas)

- Acrocianose (frio, azul e ocasionalmente mãos ou pés suados)

- Perniose (eritema doloroso ou pruriginoso)

- Petéquias

- manchas circulares avermelhadas e cianóticas

- Paroníquia (dobras ungueais laterais e posteriores inflamadas)

- prurido
- manchas lineares eritematosas ou hipopigmentadas
- Cicatrização mais lenta de feridas

Os pacientes com anorexia nervosa, geralmente não reconhecem a gravidade do baixo peso corporal e da ingestão restritiva. Pacientes que resistem à avaliação e ao tratamento; em geral, são levados ao médico por membros da família ou por causa de enfermidade intercorrentes. Esses pacientes possuem uma restrição da ingestão de alimentos resultando em peso corporal significativamente baixo e possuem um medo de ganhar peso excessivo ou de obesidade, o que gera um distúrbio da imagem corporal (percepção equivocada do peso e/ou aparência corporal) ou negação da gravidade da doença.

Já a Bulimia de acordo com American Psychiatric Association é marcada por episódios de compulsão alimentar, que consiste em comer uma quantidade de comida maior do que as pessoas costumam comer em um período de tempo. Associado a isso, os pacientes com essa patologia usam de comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso, entre essas ações está o vômito auto induzido, o uso de laxantes, diuréticos ou jejum.

4.2 DIAGNÓSTICO

A quinta edição do O Manual Diagnóstico e Estatístico da American Psychiatric Association e a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde-11 a Revisão (CID-11) são as principais ferramentas utilizadas para diagnosticar a bulimia nervosa. Ambos os critérios se assemelham em quase sua totalidade.

O DSM-5 utiliza os seguintes critérios para diagnosticar o quadro:

- A. Episódios de compulsão alimentar, que são definidos como ingestão de uma quantidade excepcionalmente grande de comida em um período de tempo discreto (por exemplo, duas horas). Os pacientes sentem que não conseguem controlar sua alimentação durante o episódio;
- B. Comportamento compensatório inadequado para evitar ganho de peso;
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses;

D. A autoavaliação do paciente é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal;

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

O ponto de atenção de uma compulsão alimentar é a quantidade excessiva de comida consumida pelo paciente, objetivamente considera-se uma compulsão alimentar quando a refeição realizada é equivalente a pelo menos duas ou de aproximadamente 2.000 kcal. O médico deve considerar o contexto em que essa refeição é estabelecida.

Isso porque, por exemplo, uma quantidade excessiva de comida para uma refeição típica pode ser considerada normal durante uma celebração ou feriado, enquanto que em um dia normal em um contexto do cotidiano não será e dessa forma poderá se enquadrar nos critérios do DSM-5 . O episódio de compulsão alimentar geralmente continua até que o paciente se sinta desconfortável ou dolorosamente cheio.

A perda de controle ocorre durante os episódios de compulsão alimentar ocorre de modo que os pacientes iniciam não conseguem se conter. Entretanto, muitas das vezes os pacientes geralmente têm vergonha de seu comportamento e tentam disfarçá-lo. Pacientes com bulimia nervosa tentam prevenir o ganho de peso por meio de comportamentos compensatórios inadequados. Os métodos mais comuns consistem no vômito auto-induzido, jejum prolongado, uso indevido de laxantes, diuréticos e outros medicamentos como por exemplo o hormônio da tireoide.

Além disso, o DSM-5 classifica a gravidade do quadro baseado na frequência de comportamento adequado. Quanto mais episódios, mais grave é o caso.

- **Leve:** uma média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.
- **Moderado:** uma média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.
- **Grave:** uma média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.
- **Extremo:** uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.

Já os critérios diagnósticos para bulimia nervosa possuem pequenas diferenças quando comparadas aos critérios do DSM-5 Dessa forma, para ser caracterizada como bulimia nervosa requer cada um dos seguintes critérios:

A. Episódios de compulsão alimentar, que se caracterizam pela ingestão de mais alimentos do que o normal durante um período discreto de tempo

B. Comportamento compensatório inadequado repetido para evitar ganho de peso, como:

- Vômito auto-induzido.
- Exercício extenuante.
- Abuso de purgantes (laxantes ou enemas).
- Preocupação com o peso e a forma corporal, que influenciam fortemente na autoestima do paciente.

As consequências advindas do quadro apresentado afetam muitos sistemas orgânicos e depende do comportamento da paciente, ou seja, a frequência que ela realiza o uso de laxantes, diuréticos ou realiza o vômito auto-induzido. Por prejudicar principalmente o trato gastrointestinal, é nele que ocorre as principais consequências como:

- Perda do reflexo de vômito: consiste em um importante reflexo do corpo humano, protegendo-o contra engasgo;
- Dismotilidade esofágica: Pode assumir duas formas - Falha dos músculos esofágicos inferiores em relaxar ou a contração irregular;
- Síndrome de Mallory-Weiss (rasgos esofágicos): Vômitos fortes podem causar lacerações longitudinais da mucosa no esôfago distal e no estômago proximal;
- Esses pacientes podem vomitar sangue vermelho vivo junto com o conteúdo gástrico;
- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE): Refluxo associado a sintomas ou lesão da mucosa e geralmente ocorre à noite;
- Esôfago de Barrett: Condição na qual um epitélio o epitélio escamoso estratificado que normalmente reveste o esôfago distal é substituído pelo colunar metaplásico com características gástricas e intestinais. A condição se desenvolve como consequência da doença do refluxo gastroesofágico crônico (DRGE) e predispõe ao desenvolvimento de adenocarcinoma do esôfago.

Contudo, podemos também ter complicações em outros sistemas do corpo como:

Trato urinário e eletrólitos em que as complicações consistem em:

- Desidratação: Redução do volume do corpo o que pode levar a sintomas de tontura e ortostase. Dessa forma a principal ação deverá ser a reposição de volume.
- Hipocalemia

- Hipocloremia
- Hiponatremia
- Alcalose metabólica

É muito comum nesses pacientes o desenvolvimento de desequilíbrio eletrolítico, isso porque o vômito auto-induzido leva à perda de potássio e ácido, causando hipocalemia e alcalose metabólica. A hipocalemia, por sua vez, pode causar fraqueza muscular, arritmias cardíacas e prejudicar a função renal.

No sistema cardíaco podemos ter alterações a curto e a longo prazo, entretanto, elas costumam a ser raras, mas consistem em:

- Hipotensão e ortostase – Principalmente por causa da perda de volume
- Taquicardia sinusal
- Palpitações
- Edema

Já a longo prazo, a Bulimia nervosa pode estar associada a complicações cardíacas severas como apontado num estudo que identificou que há um aumento de quatro vezes mais dessas pacientes sofrerem um infarto do miocárdio, distúrbios de condução, doença cerebrovascular, doença vascular pulmonar e aterosclerose. Dessa forma, pacientes com quadro de bulimia nervosa devem ser avaliados quanto ao risco de doença cardiovascular usando ferramentas de avaliação de risco padrão.

Já no sistema endócrino a bulimia afeta principalmente o sistema reprodutivo, isso porque foi evidenciado que pacientes com quadro de bulimia apresentavam ciclos irregulares e que uma pequena parte (5%) apresentavam ciclos anovulatório, tornando-a infértil.

Além disso, a bulimia nervosa está associada ao aumento no risco de desenvolver diabetes mellitus em cerca de 3 vezes mais. O sistema esquelético também possui associação, principalmente no desenvolvimento da osteopenia, essa chance aumenta principalmente em pacientes que tiveram episódios anteriores de anorexia nervosa.

Por fim, a cavidade oral é um local que sofre bastante consequência principalmente em relação aos métodos compensatórios. Isso ocorre principalmente por conta de o ácido gástrico amolecer e corroer o esmalte dentário. A erosão pode causar sensibilidade a temperaturas quentes e frias em alimentos e bebidas.

As principais características da bulimia nervosa são a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, a compulsão alimentar e comportamento compensatório inadequado para prevenir o ganho de peso.

O tratamento de primeira linha para bulimia nervosa consiste em reabilitação nutricional mais psicoterapia. A reabilitação nutricional visa restaurar um padrão de refeição estruturado e consistente que normalmente assume a forma de três refeições e dois lanches por dia. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) geralmente inclui reabilitação nutricional e também aborda pensamentos disfuncionais e comportamentos problemáticos que mantêm o transtorno. A farmacoterapia também é eficaz e frequentemente adicionada ao regime de tratamento.

As contra-indicações para o tratamento da bulimia nervosa com TCC incluem:

- Instabilidade médica - precisa ser estabilizada antes de iniciar a TCC;
- Ideação ou comportamento suicida - Precisa ser estabilizado antes da TCC;
- Depressão grave;
- Transtorno por uso de substâncias.

5 CONCLUSÃO

Com o aumento da depressão da mídia em busca de um corpo ideal, a presença dos distúrbios alimentares tem sido cada vez mais presente. Dessa forma é fundamental ter o conhecimento a respeito dos diagnósticos e tratamentos, mas também de outras consequências no corpo humano com a partir da instalação do quadro. É importante o acompanhamento próximo e auxílio multidisciplinar para obter resultados mais eficientes.

REFERÊNCIAS

1. [1] Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y. Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: an examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *J Adolesc Res.* 2004;19(3):323-39.
2. [2] SCHERER, Fabiana Cristina et al. Imagem Corporal em Adolescentes: Associação com a Maturação Sexual e Sintomas de Transtornos Alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.59, n.3, jan.2010.* DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000300005&script=sci_arttext Acesso em: 27 de abril de 2021.
3. [3] GOMES, Ana Paula et al. Fatores Antropométricos Relacionados à Insatisfação com a Imagem Corporal em Adolescentes. *Revista Baiana de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.42, n.3, p. 515-527, jul./set. 2018.* DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n3.a2815. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1130057>. Acesso em: 27 de abril de 2021.
4. [4]SCHILDER, P. - A Imagem do Corpo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994
5. [5]BECKER, A.E.; BURWEL, R.A.; GILMAN, S.E.; HERZOG, D.B.; HAMBURG, P.- Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. *The British Journal of Psychiatry* 180: 509-14, 2002.
6. HOSSEINI, Seyed Alireza; PADHY, Ranjit K. *Body Image Distortion.* StatPearl Publishing, Florida, USA, jan. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/#> Acesso em: 23 de abril de 2021.
7. [6]J. bras. psiquiatr. vol.59 no.3 Rio de Janeiro 2010; Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares
8. [7]Alvarenga, M. Grupo de estudos em nutrição e transtornos alimentares. São Paulo: Junho, 2008. Seção Anorexia e Bulimia. disponível em: <http://www.genta.com.br> .
9. [8]American College of Sports Medicine. The female athlete triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise, Baltimore.* 1997. Vol..29, Num.5, p.1-9.
10. [9]Mantoanelli, G.; Vitalle, M.S.S.; Amancio, O.M.S. Amenorréia e Osteoporose em Adolescentes Atletas. *Revista de Nutrição. Campinas. Vol.15. Núm.3. 2002. p. 319-332.*

11. McMurray, R.G.; Anderson, J.J.B. Introdução à nutrição no exercício e no esporte. In: Wolinsky, I.; Hickson Jr, J.F. Nutrição no exercício e no esporte. 2 ed. São Paulo: Roca, 1996. p. 2-14.
12. Sundgot-Borgen, J., Corbin, C.B. Eating disorders among female athletes. *The Physician and Sports Medicine*. Vol.15. Num.2. 1987. p.89-95. 38
13. Sundgot-Borgen, J.; Torstveit, M.K. Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher than in the General Population. *Clinical Journal Sports of Medicine*. Vol. 14. Num. 1. 2004. p. 25 – 32.
14. Biller BM, Saxe V, Herzog DB, et al. Mechanisms of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1989; 68:548.
15. Grinspoon S, Miller K, Coyle C, et al. Severity of osteopenia in estrogen-deficient women with anorexia nervosa and hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:2049.
16. Miller KK, Lawson EA, Mathur V, et al. Androgens in women with anorexia nervosa and normal-weight women with hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:1334.
17. Lawson EA, Miller KK, Bredella MA, et al. Hormone predictors of abnormal bone microarchitecture in women with anorexia nervosa. *Bone* 2010; 46:458.
18. Lawson EA, Misra M, Meenaghan E, et al. Adrenal glucocorticoid and androgen precursor dissociation in anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:1367.
19. Jacoangeli F, Masala S, Staar Mezzasalma F, et al. Amenorrhea after weight recover in anorexia nervosa: role of body composition and endocrine abnormalities. *Eat Weight Disord* 2006; 11:e20.
20. Gold PW, Gwirtsman H, Avgerinos PC, et al. Abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal function in anorexia nervosa. Pathophysiologic mechanisms in underweight and weight-corrected patients. *N Engl J Med* 1986; 314:1335.
21. Putignano P, Dubini A, Toja P, et al. Salivary cortisol measurement in normal-weight, obese and anorexic women: comparison with plasma cortisol. *Eur J Endocrinol* 2001; 145:165.
22. dos Santos E, dos Santos JE, Ribeiro RP, et al. Absence of circadian salivary cortisol rhythm in women with anorexia nervosa. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20:13.
23. Lawson EA, Donoho D, Miller KK, et al. Hypercortisolemia is associated with severity of bone loss and depression in hypothalamic amenorrhea and anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94:4710.
24. Gold PW, Kaye W, Robertson GL, Ebert M. Abnormalities in plasma and cerebrospinal-fluid arginine vasopressin in patients with anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1983; 308:1117.

25. Caregaro L, Di Pascoli L, Favaro A, et al. Sodium depletion and hemoconcentration: overlooked complications in patients with anorexia nervosa? *Nutrition* 2005; 21:438.

Bahia A, Chu ES, Mehler PS. Polydipsia and hyponatremia in a woman with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2011; 44:186.