

Complicações renais em transtornos alimentares com fatores de risco metabólicos: uma revisão sistemática

Majid Keyhanifard¹ Saghaf Erfani² Zeinab Sadat Moosavifard³ Mehrpooya Keyhanifard⁴ Kamran Hadavand Mirzaei⁵

¹Fellowship on interventional neuroradiology from Zurich, Iranian Board of Neurology, Kurdestan Board of Neurology, Kurdestan, Iran.

²Department of Nursing, Faculty of Midwifery and Nursing, Tehran medical sciences, Islamic Azad university. Tehran, Iran.

³Department of Nursing, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University. Bandar Abbas, Iran.

⁴Faculty of medicine, Silesia University. Katowice, Poland.

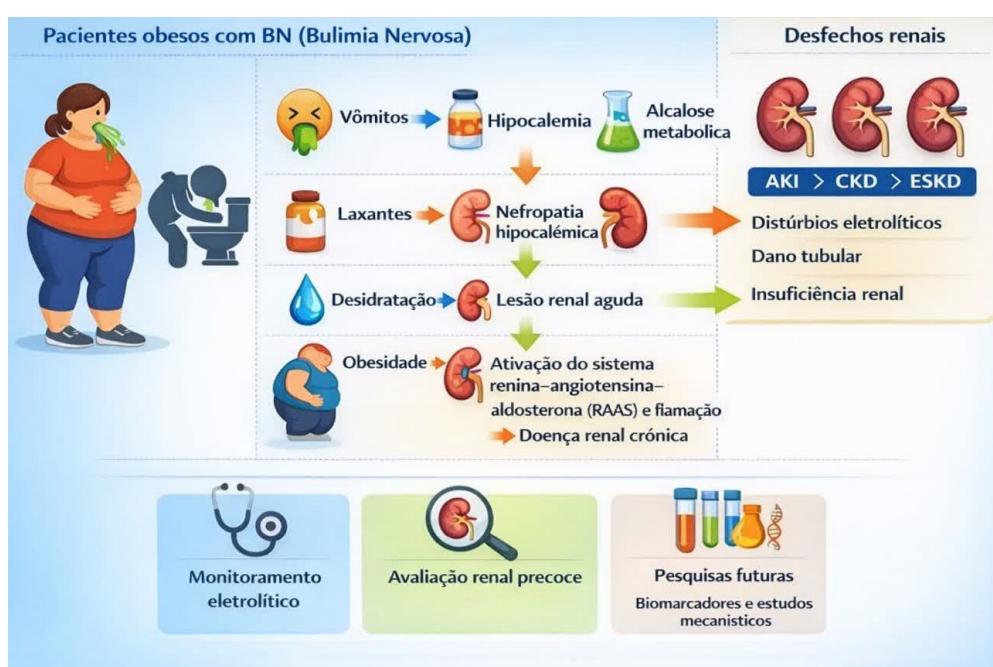
⁵Besat Hospital. Tehran, Iran.

E-mail: kamranmirzaei@tutamail.com

Highlights

- A bulimia nervosa está associada a um espectro de lesões renais que varia desde distúrbios eletrolíticos e lesão renal aguda (AKI) até doença renal crônica (CKD) e doença renal terminal (ESKD).
- No subgrupo de pacientes obesos com bulimia nervosa, a sinergia entre os riscos metabólicos da obesidade e os comportamentos purgativos pode agravar o dano renal.
- O risco de insuficiência renal crônica é exacerbado em pacientes obesos com bulimia nervosa.

Resumo Gráfico



Resumo

A bulimia nervosa pode acarretar graves efeitos fisiológicos e psicológicos em pacientes obesos. Distúrbios eletrolíticos, desidratação e sobrecarga metabólica decorrentes da bulimia nervosa podem provocar lesão renal. Ademais, a obesidade, como fator de risco independente para doença renal, pode exacerbar as complicações renais nessa população. O objetivo da presente revisão sistemática foi avaliar os distúrbios renais em pacientes com bulimia nervosa, com foco particular em indivíduos obesos. Foram incluídos dez estudos (incluindo relatos de caso e estudos observacionais) publicados entre 2001 e 2024 nas bases PubMed, Scopus, Web of Science e Cochrane Library. Os resultados sugerem que a via mais comum de lesão renal na bulimia nervosa é a hipocalêmia crônica associada à desidratação, que pode levar à nefropatia hipocalêmica, nefrite tubulointersticial e lesão renal aguda ou crônica. Distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio ácido-base, juntamente com redução da função renal, são frequentes, e o risco de doença renal crônica pode ser maior em pacientes obesos. As limitações das evidências disponíveis incluem a predominância de relatos de caso e pequenos estudos observacionais, o que restringe a generalização dos achados e impede conclusões causais definitivas. Esses achados ressaltam a necessidade de monitoramento clínico cauteloso, avaliação renal precoce e consideração da obesidade como fator agravante no manejo de pacientes com bulimia nervosa.

Palavras-chave: Bulimia Nervosa. Distúrbios Renais. Pacientes Obesos. Eletrólitos. Insuficiência Renal.

Editor de área: Edison Barbieri

Avaliadora: Luíza Amélia Cabus Moreira

Mundo Saúde. 2026,50:e18072025

O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 10 setembro 2025.

ACEITO: 08 janeiro 2026.

Publicado: 30 janeiro 2026.



INTRODUÇÃO

A obesidade, como um dos principais problemas de saúde nas últimas décadas, está associada ao aumento da prevalência de doenças crônicas, bem como a uma ampla gama de consequências físicas e psicológicas^{1,2}. Um dos aspectos menos considerados nesse contexto é a ocorrência de transtornos alimentares, incluindo a bulimia nervosa, em pacientes obesos, os quais podem exercer impacto significativo sobre a saúde global do indivíduo³. A bulimia nervosa caracteriza-se por padrões alimentares inadequados, episódios de ingestão excessiva e comportamentos compensatórios, como o vômito autoinduzido, que ocasionam alterações fisiológicas e metabólicas relevantes⁴. Entre os órgãos vitais, os rins são particularmente vulneráveis às consequências desse transtorno, uma vez que alterações eletrolíticas, desidratação e sobrecarga metabólica podem levar a disfunção renal grave^{5,6}. Por outro lado, a presença da obesidade como fator de risco independente para doença renal pode intensificar os efeitos da bulimia nervosa e predispor à insuficiência renal, à formação de cálculos urinários e à redução da função de filtração^{7,8}. Esse aspecto torna-se ainda mais relevante quando pacientes com obesidade e bulimia nervosa enfrentam simultaneamente consequências psicológicas e fisiológicas interseccionadas, o que dificulta o diagnóstico e o

tratamento.

Considerando as potenciais repercussões para a saúde pública, bem como a carga econômica e social decorrente do tratamento das doenças renais, torna-se necessária uma revisão abrangente e sistemática das evidências disponíveis sobre a associação entre distúrbios renais e bulimia nervosa em pacientes obesos. A presente revisão sistemática pode identificar padrões clínicos, fatores de risco e desfechos associados, além de fornecer subsídios relevantes para o desenvolvimento de intervenções preventivas e terapêuticas nas áreas da medicina, enfermagem e atenção à saúde. Apesar do crescente corpo de evidências que relaciona os transtornos alimentares à disfunção renal, ainda há escassez de sínteses sistemáticas focadas especificamente em pacientes obesos com bulimia nervosa. A presente revisão sistemática foi delineada de acordo com o modelo PICO para responder à seguinte questão: em indivíduos com bulimia nervosa e obesidade (P), de que forma a presença de fatores de risco metabólicos (I/E), em comparação com indivíduos sem obesidade ou fatores de risco metabólicos (C), influencia a ocorrência e o tipo de complicações renais (O)? Assim, esta revisão tem como objetivo sintetizar as evidências atuais, identificar mecanismos de lesão renal e destacar lacunas críticas para pesquisas futuras.

MÉTODO

Fontes de informação e estratégia de busca

O presente estudo consistiu em uma revisão sistemática, delineada e conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)⁹. As bases de dados internacionais PubMed, Scopus, Web of Science e Cochrane Library foram pesquisadas de forma abrangente. Utilizou-se uma combinação de descritores MeSH e palavras-chave relacionadas à obesidade, bulimia nervosa, distúrbios renais, doença renal e transtornos alimentares.

A estratégia de busca incluiu os seguintes termos MeSH: (((((((((("Bulimia Nervosa")[Mesh]) OR ("Bulimia Nervosa/classification"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/complications"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/diagnosis"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/diagnostic imaging"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/diet therapy"[-Mesh] OR "Bulimia Nervosa/drug therapy"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/epidemiology"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/etiology"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/history"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/metabolism"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/mortality"[Mesh] OR "Bulimia

Nervosa/pathology"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/prevention and control"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/psychology"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/surgery"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa/therapy"[Mesh])) OR "Feeding and Eating Disorders"[Mesh]) AND ("Obesity"[Mesh] OR "Obesity Management"[Mesh])) OR ("Obesity/diagnosis"[Mesh] OR "Obesity/diagnostic imaging"[-Mesh] OR "Obesity/diet therapy"[Mesh] OR "Obesity/drug therapy"[Mesh] OR "Obesity/prevention and control"[Mesh] OR "Obesity/rehabilitation"[Mesh] OR "Obesity/surgery"[Mesh] OR "Obesity/therapy"[-Mesh])) OR "Overweight"[Mesh]) OR "Cardiometabolic Risk Factors"[Mesh] AND "Renal Agents"[Mesh]) OR "Kidney Diseases"[Mesh] OR "Kidney Diseases/complications"[Mesh]) OR "Acute Kidney Injury"[-Mesh] OR "Acute Kidney Injury/complications"[-Mesh]) OR "Renal Insufficiency, Chronic"[Mesh]) OR "Renal Insufficiency, Chronic/complications"[Mesh].

Todas as bases de dados foram pesquisadas no período de 2000 até junho de 2024. Apenas artigos publicados em língua inglesa foram considerados elegíveis.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados elegíveis estudos originais que investigaram complicações renais em pacientes com transtornos alimentares, incluindo bulimia nervosa e subtipos relacionados, com ou sem a presença de obesidade ou outros fatores de risco metabólicos. Os estudos deveriam relatar ao menos um desfecho renal, como lesão renal aguda, doença renal crônica, distúrbios eletrolíticos, nefrolitase ou comprometimento da função renal. Apenas estudos publicados em inglês, com texto completo disponível, foram incluídos. Foram excluídos artigos de revisão, resumos de congressos, editoriais, cartas ao editor, estudos em animais e estudos que não reportaram desfechos renais. Relatos de caso foram excluídos da síntese quantitativa; contudo, devido à raridade de determinadas complicações renais, relatos de caso relevantes foram incluídos na síntese qualitativa.

Processo de seleção dos estudos

Na etapa inicial, todos os registros recuperados foram inseridos no software EndNote, e os estudos duplicados foram removidos. Em seguida, dois pesquisadores revisaram de forma independente os títulos e resumos, selecionando os artigos elegíveis para leitura do texto completo; eventuais discordâncias foram resolvidas por um terceiro pesquisador.

Extração de dados e avaliação da qualidade

Foram extraídas informações-chave, incluindo nomes dos autores, ano de publicação, país do estudo, tamanho da amostra, características dos pacientes, tipo de distúrbio renal relatado e principais resultados. Para esse fim, foi elaborado e utilizado um formulário padronizado de extração de dados.

A qualidade metodológica dos estudos observacionais incluídos foi avaliada por meio da Newcastle-Ottawa Scale (NOS). Essa escala avalia o risco de viés em estudos não randomizados em três domínios principais: seleção dos grupos de estudo, comparabilidade entre os grupos e avaliação dos desfechos. A pontuação

total da NOS varia de 0 a 9 pontos, sendo que escores mais elevados indicam melhor qualidade metodológica e menor risco de viés. Com base na pontuação total da NOS, os estudos foram categorizados como de baixa qualidade metodológica e alto risco de viés (0-3 pontos), qualidade moderada e risco de viés moderado (4-6 pontos) ou alta qualidade metodológica e baixo risco de viés (7-9 pontos).

A qualidade metodológica dos relatos de caso incluídos foi avaliada utilizando o *Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Case Reports*. Esse checklist é um instrumento validado, especificamente desenvolvido para avaliar a qualidade e o risco de viés em estudos do tipo relato de caso. Ele é composto por oito itens-chave que avaliam a clareza e a completude das informações clínicas, incluindo dados demográficos do paciente, histórico clínico, avaliação diagnóstica, detalhes da intervenção, desfechos pós-intervenção e a presença de mensagens ou lições clínicas claramente identificáveis. Cada item foi classificado como “Sim” (1 ponto), “Não” (0 pontos), “Inconclusivo” (0 pontos) ou “Não aplicável”, resultando em uma pontuação total possível que varia de 0 a 8 pontos, sendo que escores mais elevados indicam melhor qualidade metodológica. Relatos de caso com pontuação entre 6 e 8 pontos foram considerados de alta qualidade metodológica e baixo risco de viés; pontuações entre 3 e 5 pontos indicaram qualidade moderada; e pontuações entre 0 e 2 pontos foram classificadas como baixa qualidade e alto risco de viés.

Para os estudos de revisão incluídos, a qualidade metodológica foi avaliada de forma descritiva, e não quantitativa. As revisões foram analisadas com base na clareza dos objetivos, abrangência da cobertura da literatura, transparência da síntese dos dados e discussão de potenciais fontes de viés. A qualidade dessas revisões foi apresentada como uma avaliação de validade, sem atribuição de escores numéricos.

A avaliação da qualidade foi realizada de forma independente por dois revisores, e eventuais divergências foram resolvidas por consenso, por meio de discussão.

RESULTADOS

A busca identificou dez estudos primários que investigaram desfechos renais em pacientes com transtornos alimentares, incluindo bulimia nervosa (BN) e anorexia nervosa (AN), com ou sem obesidade. Esses estudos compreenderam delineamentos do tipo caso-controle, transversal, coorte e relatos de caso, publicados até o ano de 2024 (Figura 1). A análise desses estudos revelou que os achados podem ser categorizados em três áreas principais: distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio ácido-base; insuficiência renal aguda e crônica; e associação com doenças metabólicas e fatores de risco (Tabela 1).

De acordo com a presente revisão sistemática, a via mais comum de lesão renal na bulimia nervosa é a

hipocalêmia crônica decorrente de comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos e abuso de diuréticos e laxantes) e da desidratação, levando à nefropatia hipocalêmica, nefrite tubulointersticial (TIN), lesão renal aguda (AKI) e, por fim, à doença renal crônica (CKD)⁶. Hiponatremia e alcalose metabólica hipocalêmica também foram relatadas na maioria dos estudos. Por outro lado, os estudos sugerem que a hipocalêmia de longa duração pode estar associada a alterações histopatológicas, incluindo tubulopatia vacuolar e TIN, e, em pacientes com bulimia nervosa crônica, pode inclusive evoluir para doença renal em estágio terminal (*end-stage kidney disease*, ESKD)¹⁰.

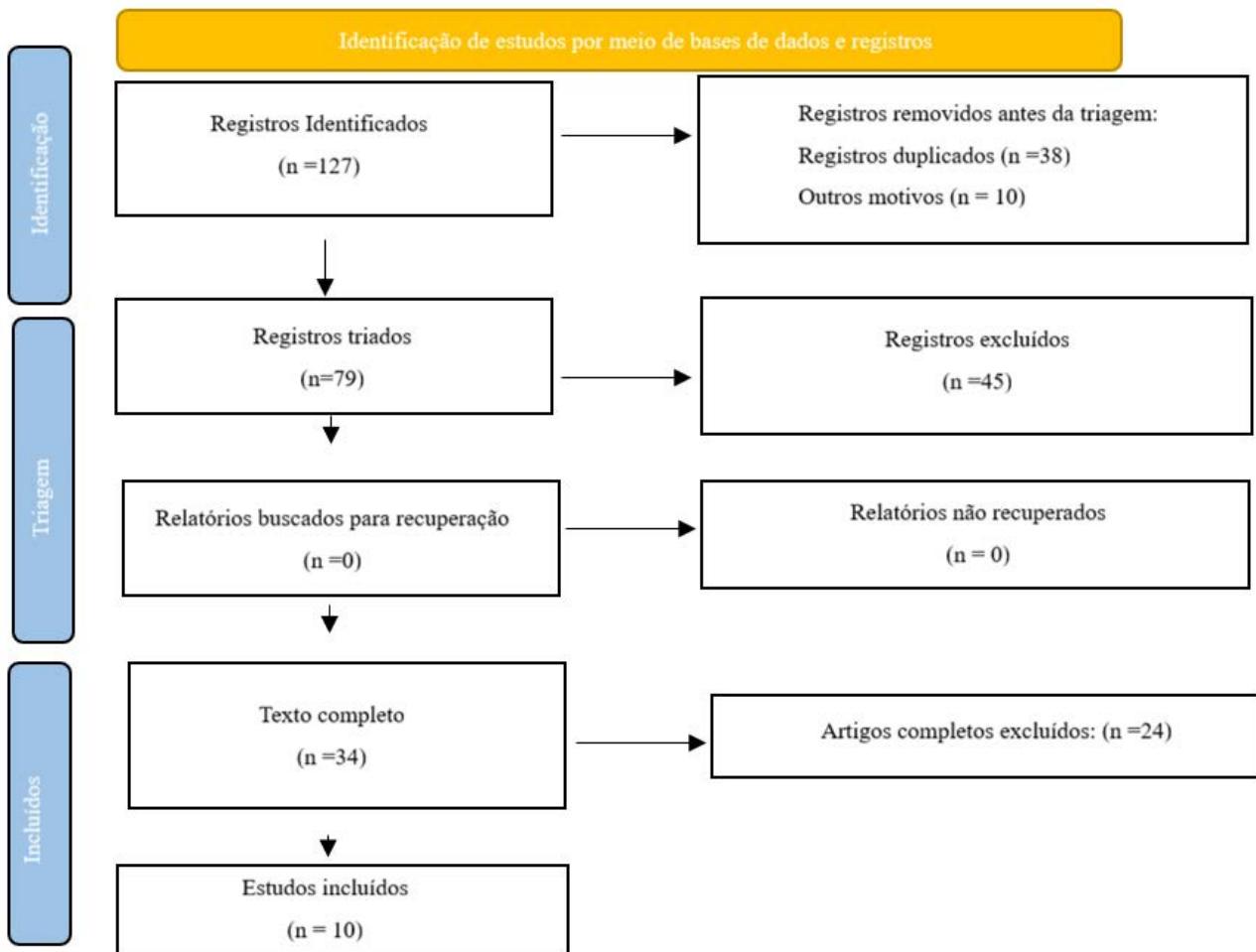


Figura 1 - Diagrama de fluxo do PRISMA 2020.

Além disso, padrões tubulointersticiais resultantes de hipocalemia crônica foram descritos em biópsias renais; portanto, a importância do diagnóstico precoce e da interrupção dos comportamentos purgativos é fundamental. Estudos demonstraram que hipocalemia, hiponatremia e distúrbios do equilíbrio ácido-base são frequentes na BN; a hipocalemia grave pode levar a arritmias cardíacas e, no nível renal, à nefropatia hipocalêmica/TIN. Assim, edema e ganho ponderal rápido podem ser observados após a descontinuação da purgação, exigindo um “manejo cauteloso de fluidos e eletrólitos”.

Distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio ácido-base

Na maioria dos relatos de caso e estudos transversais, pacientes com bulimia que apresentavam comportamentos purgativos repetidos (vômitos intencionais ou uso de laxantes e diuréticos) desenvolveram hipocloremia, hipocalemia e alcalose metabólica. Essa condição foi identificada como o principal fator predisponente para lesão renal^{5,11,12}. Em pacientes com BN, comportamentos purgativos recorrentes (vômitos, laxantes e diuréticos) levaram a hipocalemia, hipocloremia e alcalose metabólica, reconhecidas como os principais fatores predisponentes para dano renal.

Insuficiência renal aguda e crônica

Diversos relatos de caso descreveram a ocorrência de insuficiência renal aguda em pacientes com bulimia nervosa e obesidade, frequentemente decorrente de desidratação grave e desequilíbrio eletrolítico. Alguns pacientes apresentaram recuperação após tratamento e correção hidroeletrolítica; entretanto, em vários casos, a insuficiência renal evoluiu para doença renal crônica (CKD)^{13,14,15}.

Associação com doenças metabólicas e fatores de risco

De acordo com os estudos analisados, a coexistência de obesidade e bulimia está diretamente relacionada ao aumento da pressão arterial, ao diabetes mellitus tipo 2 e à síndrome metabólica. Além disso, a presença de doenças de base é considerada um fator de risco independente para doença renal e pode impactar negativamente a função renal^{11,12}. A obesidade em associação com a BN esteve relacionada a maior prevalência de hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. Comorbidades subjacentes foram identificadas como fatores de risco independentes para doença renal e contribuíram para piores desfechos renais.

Tabela 1 - Características demográficas dos pacientes e desfechos renais.

Autor (Ano)	Desenho do estudo	Tamanho da amostra	IMC médio (kg/m ²)	População / foco do estudo	Transtorno / status de obesidade	Desfechos renais relatados	Instrumento de avaliação da qualidade	Escore / risco de viés
Gurevich <i>et al.</i> (2021) ⁶	Caso-controle	1	28,5	Adolescentes com transtornos alimentares	BN / Obeso	36,8% apresentaram comprometimento da função renal (eGFR < 90 mL/min/1,73 m ²)	NOS	7 (Baixo risco)
Burlaka & Mityuryayeva (2024) ¹⁵	Relato de caso	1	14	Adolescente de 14 anos com transtorno alimentar	BN / Obeso	Lesão renal aguda com necessidade de internação em UTI (AKI)	JBI	7 (Alta qualidade)
Puckett (2023) ⁵	Revisão narrativa (com dados clínicos)	2	NR	Transtornos alimentares, especialmente BN e AN-BP	BN / Misto	Nefropatia hipocalêmica e CKD associadas a comportamentos purgativos	Avaliação narrativa	Descriptiva
Miyahara <i>et al.</i> (2024) ¹⁰	Coorte retrospectiva	1	NR	Pacientes com anorexia nervosa (2005–2023)	AN-BP / Obeso	Redução do eGFR baseada em creatinina; correlação com FT3 e marcadores de desidratação	NOS	8 (Baixo risco)
Stheneur <i>et al.</i> (2024) ¹³	Estudo transversal multicêntrico	45	17,8	Pacientes hospitalizados com AN	AN / Não obeso	62% com eGFR 60–90; 17,8% com 45–60; 2% < 45; baixo IMC como preditor de disfunção renal	NOS	7 (Baixo risco)
Yasuhara <i>et al.</i> (2005) ¹⁴	Relato de caso	1	16,5	Paciente com BN de longa duração	BN / Não obeso	Doença renal em estágio terminal (ESKD) secundária à nefropatia hipocalêmica	JBI	6 (Qualidade moderada)
Arora <i>et al.</i> (2012) ¹⁶	Relato de caso (2 casos)	2	17,2	Pacientes com transtorno alimentar em uso de BRA e purgação	AN / Não obeso	Lesão renal aguda induzida por BRA (AKI)	JBI	7 (Alta qualidade)
Khatri <i>et al.</i> (2023) ¹²	Relato de caso	1	17,8	Paciente com AN-BP em hemodiálise	AN / Não obeso	ESKD provavelmente decorrente de nefropatia hipocalêmica por abuso de laxantes	JBI	6 (Qualidade moderada)
Miyahara <i>et al.</i> (2024) ¹⁰	Coorte retrospectiva	39	13	Pacientes com anorexia nervosa	Misto	Mesmos achados descritos acima	NOS	8 (Baixo risco)
Karger (2011) ¹¹	Revisão fisiopatológica	NR	NR	Transtornos alimentares, incluindo BN	Misto	Comportamentos de compulsão/purgação prejudicam a função renal mesmo a curto prazo	Avaliação narrativa	Descriptiva

Avaliação da qualidade

De modo geral, a maioria dos estudos incluídos apresentou qualidade metodológica moderada a alta, sustentando a confiabilidade das evidências sintetizadas acerca das complicações renais em pacientes com transtornos alimentares e fatores de risco metabólicos (Tabela 1).

Um resumo mecanístico das complicações renais em pacientes com transtornos alimentares é apresentado na Tabela 2. As principais vias de lesão

renal incluem a hipocalêmia crônica decorrente de comportamentos purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos), a desidratação levando à lesão renal aguda e a inflamação metabólica relacionada à obesidade, contribuindo para a doença renal crônica. Essa tabela destaca a interação entre o tipo de transtorno alimentar, o status de obesidade e os desfechos renais, oferecendo uma visão clara dos mecanismos fisiológicos subjacentes à lesão renal nessa população.



Tabela 2 - Tabela de resumo mecanístico – Complicações renais em transtornos alimentares.

Mecanismo	Transtorno	Status de obesidade	Efeito renal	Supporting Studies
Vômitos / purgação	BN	Obeso	Hipocalemia → alcalose metabólica → nefropatia hipocalêmica	Burlaka & Mityuryayeva (2024) ¹⁵ , Yasuhara <i>et al.</i> (2005) ¹⁴ , Arora <i>et al.</i> (2012) ¹⁶
Abuso de laxantes / diuréticos	BN / AN-BP	Obeso / Não obeso	Nefropatia hipocalêmica, nefrite tubulointersticial (TIN), lesão renal aguda (AKI)	Khatri <i>et al.</i> (2023) ¹² , Mi-yahara <i>et al.</i> (2024) ¹⁰
Desidratação / depleção volêmica	BN / AN	Obeso / Não obeso	Lesão renal aguda (AKI), redução do eGFR	Miyahara <i>et al.</i> (2024) ¹⁰ , Stheneur <i>et al.</i> (2024) ¹³
Hipocalemia crônica	BN	Obeso	Doença renal crônica (CKD), doença renal em estágio terminal (ESRD)	Yasuhara <i>et al.</i> (2005) ¹⁴ , Puckett (2023) ⁵
Inflamação relacionada à obesidade	BN / AN	Obeso	CKD, hipertensão arterial, síndrome metabólica, nefropatia	Stheneur <i>et al.</i> (2024) ¹³ , Puckett (2023) ⁵
Nefrotoxicidade induzida por fármacos (BRA)	BN / ED	Misto	Lesão renal aguda (AKI)	Arora <i>et al.</i> (2012) ¹⁶

DISCUSSÃO

Com base nos achados da presente revisão sistemática, em pacientes obesos com bulimia nervosa, comportamentos como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes podem levar à hipocalemia crônica, alcalose metabólica e desidratação, condições que podem causar dano renal e evoluir de lesão renal aguda (AKI) para doença renal crônica (CKD) e doença renal em estágio terminal (ESKD)^{12,14,17}. O estudo demonstrou que a BN de longa duração pode evoluir para ESKD. Esse padrão também foi observado em relatos recentes que indicam que o abuso crônico de laxantes pode culminar em ESKD¹⁴, enfatizando o papel das alterações eletrolíticas persistentes no desenvolvimento da insuficiência renal terminal¹⁸. Estudos demonstraram que, entre adolescentes hospitalizados com anorexia nervosa, 36,8% apresentaram comprometimento da função renal (eGFR < 90)⁶; além disso, em coortes e séries de pacientes com anorexia nervosa, foi descrita a redução do eGFR e sua associação com marcadores de desidratação e estado hormonal¹⁰. Um estudo multicêntrico publicado em 2024 também mostrou que o baixo índice de massa corporal (IMC) é um preditor independente de disfunção renal em pacientes hospitalizados com anorexia nervosa¹³. Embora esses achados não se refiram diretamente à bulimia nervosa, compartilham mecanismos fisiopatológicos semelhantes (desidratação, distúrbios eletrolíticos e tubulopatia), sugerindo que os transtornos alimentares, de modo geral, constituem um substrato comum para o desenvolvimento de lesão renal.

Estudos indicam que a interação entre bulimia nervosa e obesidade pode aumentar o risco de CKD. A obesidade eleva o risco de doença renal crônica por meio de mecanismos como hiperatividade do sistema renina-angiotensina, inflamação mediada por adipocinas e alterações na hemodinâmica glomerular^{12,19}. Diversos relatos demonstraram que medicamentos como os bloqueadores dos receptores de angioten-

sina (BRA) podem precipitar ou agravar a AKI em contextos de desidratação e comportamentos purgativos²⁰. A combinação de desidratação induzida por purgação, hipocalemia crônica e hiperatividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) pode acelerar sinergicamente a lesão renal, evidenciando a complexidade da fisiopatologia em pacientes obesos com BN. A obesidade contribui para a lesão renal não apenas por alterações hemodinâmicas, mas também por mecanismos inflamatórios, incluindo desregulação de adipocinas, resistência à insulina e estresse oxidativo, os quais podem intensificar o dano renal em pacientes com bulimia nervosa. Esses achados devem ser considerados com atenção na prática clínica, especialmente no manejo de pacientes com BN associados à obesidade e à hipertensão arterial.

Apesar da convergência geral das evidências, a padronização dos desfechos renais ainda é insuficiente. A estimativa do eGFR baseada em creatinina pode ser imprecisa em pacientes com alterações importantes da massa muscular; estudos mais recentes têm enfatizado o uso da cistatina C e de índices compostos para uma estimativa mais acurada da função renal^{10,13}.

Lacunas relevantes de pesquisa relacionadas ao objetivo do presente estudo incluem a ausência de coortes específicas de BN (especialmente no subgrupo obeso) com tamanho amostral adequado e seguimento longitudinal, a falta de padronização dos desfechos renais, o controle insuficiente de fatores de confusão, a subnotificação do abuso de laxantes e diuréticos e a incerteza na estimativa da relação dose-resposta da lesão renal. A bulimia nervosa é frequentemente sub-diagnosticada em indivíduos obesos, o que pode levar à classificação incorreta nos estudos e à subestimação do risco renal nessa população. É fundamental distinguir entre lesão renal funcional reversível, que pode se recuperar com correção hidroeletrolítica, e nefropatia estrutural irreversível, como a nefropatia hipocalêmica.

ca e a fibrose tubulointersticial, que podem progredir para CKD ou ESKD^{21,22,23}.

O presente estudo apresenta limitações, incluindo heterogeneidade dos delineamentos, viés de publicação, predominância do uso de eGFR baseado em cre-

atinina, informações insuficientes sobre a intensidade e a duração dos comportamentos purgativos e sobre a dose real de laxantes, além de limitada generalização dos achados para o subgrupo “bulimia nervosa + obesidade”.

CONCLUSÃO

A bulimia nervosa está associada a um amplo espectro de danos renais, que variam desde distúrbios eletrolíticos e lesão renal aguda até doença renal crônica e doença renal em estágio terminal. As evidências disponíveis ressaltam a importância da identificação precoce, do monitoramento eletrolítico e de intervenções multidisciplinares. No subgrupo de pacientes obesos com bulimia nervosa, a sinergia entre os riscos metabólicos da obesidade e os comportamentos purgativos pode exacerbar o dano renal. As implicações clínicas diretas incluem

o monitoramento rotineiro de eletrólitos e a avaliação renal precoce. Do ponto de vista das políticas públicas, recomenda-se a integração entre nefrologia e psiquiatria para melhorar os desfechos dos pacientes. Direções para pesquisas futuras incluem estudos de coorte prospectivos, a investigação de biomarcadores inovadores, como cistatina C e NGAL, e estudos mecanísticos para elucidar as vias de lesão renal. Ainda assim, são necessários estudos longitudinais dedicados para quantificar esse risco de forma mais precisa.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Majid, K; Saghar, Kamran, HM. Metodologia: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M; Mehrpooya, K; Kamran, HM. Validação: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M; Mehrpooya, K; Kamran, HM. Análise estatística: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M; Mehrpooya, K; Kamran, HM. Análise formal: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M; Mehrpooya, K; Kamran, HM. Investigação: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M; Mehrpooya, K; Kamran, HM. Recursos: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M. Redação – preparação do rascunho original: Kamran, HM. Redação – revisão e edição: Majid, K; Kamran, HM. Visualização: Majid, K; Saghar, E; Zeinab Sadat, M; Mehrpooya, K; Kamran, HM. Supervisão: Majid, K; Saghar, E. Administração do projeto: Majid, K; Kamran, HM.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Jiang Z, Wang Y, Zhao X, Cui H, Han M, Ren X, Gang X, Wang G. Obesity and chronic kidney disease. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*. 2023 Jan 5. DOI: 10.1152/ajpendo.00179.2022
2. Gómez-Ambrosi J, Catalán V, Frühbeck G. The evolution of the understanding of obesity over the last 100 years. *International Journal of Obesity*. 2025;49(2):168-76. DOI: 10.1038/s41366-024-01668-3
3. Mohajan D, Mohajan HK. Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder. *Innovation in Science and Technology*. 2023 May 9;2(3):26-32.
4. Baenas I, Etxandi M, Fernández-Aranda F. Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2024 Jan 26;162(2):67-72. DOI: 10.1016/j.medcli.2023.07.028
5. Puckett L. Renal and electrolyte complications in eating disorders: a comprehensive review. *Journal of eating disorders*. 2023;11(1):26. DOI: 10.1186/s40337-023-00751-w
6. Gurevich E, Steiling S, Landau D. Incidence of impaired kidney function among adolescent patients hospitalized with anorexia nervosa. *JAMA network open*. 2021;4(11):e2134908-e. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.34908
7. Kotsis V, Martínez F, Trakatelli C, Redon J. Impact of obesity in kidney diseases. *Nutrients*. 2021;13(12):4482. DOI: 10.3390/nu13124482.
8. Jiang Z, Wang Y, Zhao X, Cui H, Han M, Ren X, et al. Obesity and chronic kidney disease. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*. 2023. DOI: 10.1152/ajpendo.00179.2022.
9. Jebai R, Gbadamosi SO, Nassar Gorra L, Madhivanan P. Comment on: Non-Cholesterol Sterol Concentrations as Biomarkers for Cholesterol Absorption and Synthesis in Different Metabolic Disorders: A Systematic Review. *Nutrients*. 2019;11(4):780. DOI: 10.3390/nu11040780.
10. Miyahara H, Shigeyasu Y, Fujii C, Tanaka C, Hanzawa M, Sugihara A, et al. Assessment of the renal function of patients with anorexia nervosa. *BioPsychoSocial medicine*. 2024;18(1):19. DOI: 10.1186/s13030-024-00316-6.
11. Li Cavoli G, Mulè G, Rotolo U. Renal involvement in psychological eating disorders. *Nephron Clinical Practice*. 2011;119(4):c338-c41. DOI: 10.1159/000333798
12. Khatri V, Bauschka M, Foley M, Lundberg C, Mehler P. A Multi-Disciplinary Approach to Managing End-Stage Renal Disease in Anorexia Nervosa: A Case Report. *Clinical Medicine Insights: Case Reports*. 2023;16:11795476231169385. DOI: 10.1177/11795476231169385
13. Stheneur C, Blanchet C, Mattar L, Dicembre M, Wilson K, Berthoz S, et al. Determinants and risk factors for renal damage: where do patients hospitalized for severe anorexia nervosa stand? A multi-center study. *Journal of Eating Disorders*. 2024;12(1):72. DOI: 10.1186/s40337-024-01024-w
14. Yasuhara D, Naruo T, Taguchi S, Umekita Y, Yoshida H, Nozoe Si. “End-stage kidney” in longstanding bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;38(4):383-5. DOI: 10.1002/eat.20198
15. Burlaka I, Mityuryayeva I. Episode of renal dysfunction in a child with eating disorder: a case report. *ScienceRise: Medical Science*. 2024; 1

-
- (58), 60–64. DOI:10.15587/2519-4798.2024.300710
16. Arora S, Bhargava A, Jasnosz K, Clark B. Relapsing acute kidney injury associated with pegfilgrastim. *Case Reports in Nephrology and Dialysis*. 2012 Nov 21;2(2):165-71. <https://doi.org/10.1159/000345278>
 17. Khatri V, Bauschka M, Foley M, Lundberg C, Mehler P. A Multi-Disciplinary Approach to Managing End-Stage Renal Disease in Anorexia Nervosa: A Case Report. *Clinical Medicine Insights: Case Reports*. 2023 Apr;16:11795476231169385. DOI: 10.1177/11795476231169385
 18. Kondo A, Yoshiya K, Sakakibara N, Nagano C, Horinouchi T, Nozu K. A case of pseudo-Bartter/Gitelman syndrome caused by long-term laxative abuse, leading to end-stage kidney disease. *CEN Case Reports*. 2024;13(5):326-9. DOI: 10.1007/s13730-024-00851-9
 19. Puckett L. Renal and electrolyte complications in eating disorders: a comprehensive review. *Journal of eating disorders*. 2023 Feb 20;11(1):26. DOI: 10.1186/s40337-023-00751-w
 20. Feidakis A, Panagiotou M-R, Tsoukakis E, Bacharaki D, Gounari P, Nikolopoulos P, et al. Impact of angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers on acute kidney injury in emergency medical admissions. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(3):412. DOI: 10.3390/jcm10030412
 21. O'Callaghan C. Renal Disease; Fluid and Electrolyte Disorders. InMedicine for Finals and Beyond 2022 Jun 19 (pp. 277-330). CRC Press. DOI: 10.1201/9781003193616-8
 22. Kim GH. Fluid and Electrolyte Problems in Chronic Kidney Disease. InManagement of Chronic Kidney Disease: A Clinician's Guide 2023 Nov 25 (pp. 327-344). Cham: Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-031-42045-0_22
 23. Friedman AN, Ogden CL, Hales CM. Prevalence of obesity and CKD among adults in the United States, 2017-2020. *Kidney Medicine*. 2023 Jan 1;5(1):100568. DOI: 10.1016/j.xkme.2022.100568

Como citar este artigo: Keyhanifard, M., Erfani, S., Moosavifard, Z.S., Keyhanifard, M., Mirzaei, K.H. (2026). Complicações renais em transtornos alimentares com fatores de risco metabólicos: uma revisão sistemática. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e18072025P>. Mundo Saúde. 2026,50:e18072025.