



MANIFESTACIONES CLÍNICAS BUCALES DE LA ENFERMEDAD CELIACA

Karen Maggiorani ¹, Ángel Rincón ¹.

1. Departamento de Investigación. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes Mérida, Venezuela

Correspondencia: ¹ Avenida 3 entre calles 22 y 23 Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, piso 1. Departamento de Investigación.

Email: Karenmaggio12@gmail.com. gbrincon@gmail.com

RESUMEN:

La enfermedad celiaca es un desorden sistémico debido a una intolerancia permanente a proteínas del gluten y en ocasiones afecta la cavidad bucal. El objetivo de este trabajo se basa en describir las principales manifestaciones clínicas en la cavidad bucal en los pacientes con enfermedad celiaca que reporta la literatura en los últimos años. Los pacientes con enfermedad celiaca pueden presentar algunas de las siguientes manifestaciones: anomalías del esmalte, estomatitis aftosa recidivante, glositis atrófica, caries dental, erupción retardada, queilitis angular, liquen plano, xerostomía y lengua geográfica. En todos los casos presentan prevalencia más alta de cualquier patología con respecto a sujetos sanos. Se concluyen que los celíacos están más propensos a padecer lesiones bucales y el odontólogo debe estar atento para alertar y orientar al paciente con especialistas en gastroenterología a fin de realizar los pertinentes exámenes para descartar la enfermedad celiaca como la posible causa de presencia de alguna de las alteraciones bucales mencionadas.

PALABRAS CLAVE: enfermedad celiaca, manifestaciones clínicas, cavidad oral.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF CELIAC DISEASE IN ORAL CAVITY

ABSTRACT: Celiac disease is systemic disorder due to a permanent intolerance to gluten proteins and sometimes affects the oral cavity. The aim of this work is based on describing the main clinical manifestations in the oral cavity in patients with celiac disease reported by the literature in recent years. Patients with celiac disease may have some of the following manifestations: enamel abnormalities, recurrent aphthous stomatitis, glossitis atrophic, dental caries, delayed eruption, angular cheilitis, lichen planus, xerostomia and geographic tongue. In all cases they have higher prevalence of any condition with respect to healthy subjects. They conclude that celiac patients are more likely to have oral lesions and the dentist should be alert to alert and guide the patient with specialists in gastroenterology to make the necessary tests to rule out celiac disease as the possible cause of the presence of any of the oral alterations mentioned.

KEYWORDS: celiac disease, clinical manifestations, oral cavity.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celiaca también llamada celiacía es definida como un desorden sistémico específicamente una enteropatía crónica debida a una intolerancia permanente a proteínas del gluten y otras proteínas similares de determinados cereales en sujetos genéticamente predispuestos (1). Entre los factores desencadenantes se encuentra el gluten como principal agente causal, además de

factores genéticos y ambientales que también tienen cierto predominio en la aparición de la enfermedad (2). Cabe destacar que la enfermedad celiaca puede afectar diversos sistemas; principalmente el gastrointestinal causando diarrea, vomito, anorexia, distensión abdominal; además de esto suelen presentarse manifestaciones extradigestivas asociadas que incluyen anemia, astenia, hipoproteinemia, pérdida de peso, estatura

baja, edemas, dermatitis herpetiforme, reducción de la densidad ósea, trastornos en el crecimiento y manifestaciones bucales que incluyen estomatitis aftosa recurrente, hipoplasia del esmalte, lengua eritematosa, entre otras (2,3). Sin embargo la mayoría son asintomáticos o con manifestaciones leves (4), de allí clasifican a esta enfermedad en: forma típica, forma atípica, forma silente y en grupo de riesgo (5). No obstante, la literatura describe cuatro pilares para el diagnóstico de esta enfermedad como lo son la clínica, los anticuerpos, la genética y la anatomía patológica (6). La enfermedad celiaca puede aparecer a cualquier edad de la vida, siendo de mayor frecuencia en edades adultas (2). Además, tiene una proporción de 2.8:1 entre hombres y mujeres⁴. Hasta hace aproximadamente 15 años era considerada una enfermedad poco frecuente pero en la actualidad, esta enfermedad parece ser un proceso frecuente, de distribución mundial, que puede afectar del 0,6 al 1% de la población (7), del mismo modo ha sido documentada en Norte y Sudamérica, Europa, el norte de

África, sur y oeste de Asia, y Australia (8); sin embargo, en América Latina son pocos los datos epidemiológicos conocidos (9), y en Venezuela hasta la fecha ha sido poco investigada la prevalencia de la enfermedad celiaca según lo sugiere la revisión de la literatura.

Los conocimientos sobre la enfermedad están profundamente arraigados en muchos países sudamericanos, especialmente en Argentina y Brasil donde los centros especializados y las grandes sociedades celíacas existen desde hace mucho tiempo (10). Cabe destacar que en la revisión de la literatura en Venezuela solo se reportan estudios acerca de manifestaciones bucales en los cuales de manera fortuita establecen su relación con distintas enfermedades entre ellas la enfermedad celiaca, tal es el caso de un estudio en el año 2007 donde se señala una marcada relación entre la estomatitis aftosa recurrente y la enfermedad celiaca (11); sin embargo, en Venezuela no se reportan estudios en los que se aborden las

manifestaciones bucales de esta enfermedad.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la meta de cualquier programa de tratamiento al enfermo crónico es lograr una adecuada calidad de vida a largo y a corto plazo, cubriendo aspectos físicos, mentales y nivel social (12). Las manifestaciones clínicas de la enfermedad celiaca limitan de alguna forma la calidad de vida pudiendo generar una alta repercusión social y emocional a mediano o largo plazo y de no ser tratado puede actuar negativamente llevando a transgresiones alimentarias e incluso al abandono del tratamiento, con consecuencias en la salud psicofísica de estos pacientes (13). El odontólogo como profesional se debe involucrar en los tratamientos de esta condición y conforme junto con otros especialistas un equipo multidisciplinario que no solo traten la enfermedad sino que se encarguen de mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo de este trabajo se basa en describir las principales manifestaciones clínicas bucales en los

pacientes con enfermedad celiaca que reporta la literatura en los últimos 10 años.

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA ENFERMEDAD CELIACA.

Los pacientes con enfermedad celiaca pueden presentar algunas de las siguientes manifestaciones: anomalías del esmalte, estomatitis aftosa recidivante, glositis atrófica, caries dental, erupción retardada, queilitis angular, liquen plano, xerostomía y lengua geográfica. Presentamos la evidencia científica disponible que las asocia con la enfermedad celíaca (8,9,10).

ANOMALÍAS DEL ESMALTE.

A diferencia de los factores hereditarios, que suelen afectar al esmalte o a la dentina, los factores ambientales lesionan a menudo ambos tipos de tejidos duros así como la dentición temporal o permanente (14). Los paciente celíacos tiene mas prevalencia en la afección del esmalte. En el año 2004, se decide realizar un artículo con la finalidad de conocer la prevalencia de anomalías de esmalte, para ello se exploraron 213 pacientes celíacos y 80

controles. Las anomalías en el esmalte dental fueron encontradas en 43% y 37% en pacientes celíacos y controles respectivamente (15). Similarmente, ese mismo año otro estudio entre los niños y adolescentes con y sin enfermedad celíaca, reveló que la defectos del esmalte en sujetos con enfermedad celíaca fue de 83,3% (16). Con respecto al grado de hipoplasia en el esmalte se ha encontrando que los pacientes con enfermedad celíaca presentan alteraciones del esmalte en 26% siendo la gravedad de la hipoplasia de grado 1 y grado 2 (17).

Campisi G, *et al.* (18) en el año 2007 deciden realizar un estudio con el objetivo principal de este estudio fue evaluar la frecuencia de enfermedades bucales, incluyendo lesiones en tejido blando y duro en pacientes con enfermedad celíaca en comparación con controles sanos. Para ello se seleccionaron 197 pacientes con enfermedad celíaca y 413 controles. Los resultados obtenidos en los pacientes con enfermedad celíaca revelan: defectos en el esmalte en 23% cifra mayor a la obtenida en el grupo control. Contrariamente, Mina

S, *et al.* (19) en el año 2008 realizaron un estudio a fin de evaluar las alteraciones en el ecosistema bucal en los niños sintomáticos con enfermedad celíaca para establecer un patrón característico de marcadores orales que pueda ser utilizado como diagnóstico para dicha enfermedad, para ello se selecciono una muestra de 52 niños con enfermedad celíaca y 23 niños sanos como control. Los resultados revelan una baja frecuencia de alteraciones en la estructura del esmalte en niños con enfermedad celíaca, además señalan que estas estaban presentes en particular en la dentición permanente. Por otro lado, Bossu M, *et al.* (20) en el año 2007 realizaron una investigación titulada “Hipoplasia del esmalte en niños celíacos: un potencial marcador clínico de principios diagnóstico”, con el objetivo de evaluar si la hipoplasia del esmalte de niños celíacos muestra características específicas en comparación con las hipoplasia del esmalte de niños no celíacos, todo esto a partir de evidencia basada en estudios microscópicos. Para ello fueron seleccionados 20 niños con

hipoplasia del esmalte en dientes temporales y permanentes, 10 los niños estaban afectados por enfermedad celiaca y 10 niños no celíacos. En general, los resultados revelan que la hipoplasia del esmalte en los niños celíacos tenía una distribución irregular en los prismas, con márgenes irregulares además de dispersa y escasa matriz interprismática; pigmentaciones negras fueron evidentes tanto en la dentición permanente y como decidua por el contrario en el grupo de no celíacos el examen microscópico evidenció características estructurales diferentes. Los resultados obtenidos a partir de la pequeña muestra analizada confirman las diferencias estructurales concluyendo así que el esmalte hipoplásico de pacientes celíacos es más débil comparado con el esmalte de pacientes no celíacos. Similarmente, Avşar A, Kalaycı A, en el año 2008 (21) realizan un estudio con el objetivo de investigar la presencia y distribución de defectos en el desarrollo del esmalte y caries en los niños con enfermedad celiaca además de comparar los resultados

obtenidos con un grupo control de niños sanos. Para ello se seleccionaron 64 niños diagnosticados con enfermedad celiaca y 64 niños sanos como grupo control. Se determinaron los defectos en el esmalte en 42,2% de los niños con enfermedad celiaca porcentaje mayor al obtenido en el grupo control, este estudio mostró claramente que los niños con enfermedad celiaca presentan mayor riesgo de defectos en el esmalte dental en comparación con niños sanos, además los defectos en el esmalte se asociaron con un aumento en la incidencia de caries (21) Posteriormente, Majorana A, *et al.* (22) en el año 2010 realizaron un estudio con el objetivo de investigar la prevalencia de defectos en el esmalte en niños con enfermedad celiaca. Para ello se agruparon 250 niños: 125 niños celíacos y 125 niños sanos, los resultados obtenidos reflejan defectos en el esmalte dental en 46,4% de los niños celíacos, porcentaje que supera al obtenido en sujetos sanos. Cheng J, *et al.* (23) en el año 2010 realizaron un estudio con el propósito de documentar la prevalencia de defectos en el desarrollo del esmalte y una historia de

las úlceras aftosas en un grupo de niños y adultos con enfermedad celiaca, para ello se incluyeron 67 pacientes con enfermedad celiaca y 69 controles sanos. Los resultados obtenidos revelan 51% con defectos en el esmalte en el grupo de pacientes con enfermedad celiaca, estas cifras son significativamente mayores a las obtenidas en el grupo control, de allí concluyen manifestando que la enfermedad celiaca se encuentra altamente asociada con los defectos del esmalte. Rashid M, *et al.* (24) en el año 2011 deciden realizar una revisión exhaustiva con el propósito de destacar las manifestaciones bucales comunes de la enfermedad celiaca y proporcionar una guía clínica a los odontólogos para el manejo de pacientes con sospecha de este trastorno, en la misma se agrupan las manifestaciones bucales de la enfermedad celiaca entre las que destaca los defectos del esmalte, haciendo especial énfasis en que los defectos en el esmalte pueden oscilar en dentición mixta o permanente entre el 9,5% al 95,9%, mientras que en los dientes deciduos la prevalencia es del

5,8% al 13,3%. Por otro lado, Erriu M, *et al.* (25) en el año 2011 deciden realizar una investigación con el objetivo de investigar la posible correlación entre la presencia específica de haplotipos (HLA) con la presencia o ausencia de estomatitis aftosa recurrente y los defectos en el esmalte dental, para ello se analizaron 98 pacientes celíacos que habían estado en una dieta libre de gluten durante al menos 1 año. Las cifras obtenidas revelan entre los 98 pacientes incluidos en este estudio el 28,6% presentó defectos en el esmalte dental. Similarmente, Acar S, *et al.* (26) en el año 2012 deciden realizar un estudio preliminar relacionado con los hallazgos bucales y parámetros salivales en niños con enfermedad celiaca, para ellos se reclutaron 35 pacientes con enfermedad celiaca y un grupo control de 35 pacientes sanos. Los resultados en los pacientes con enfermedad celiaca sugieren una prevalencia de defectos del esmalte dental de 40%, siendo dicha alteración significativamente de mayor frecuencia con respecto al grupo control de pacientes sanos.

Ertekin V, en el año 2012 (27) realizan un estudio titulado “Conclusiones orales en niños con enfermedad celíaca”, para ello se seleccionaron 81 niños con enfermedad celiaca en distintas etapas de dentición y un grupo control de 20 niños sanos. Los resultados revelan 53,1% de defectos en el esmalte en niños con enfermedad celiaca, estos resultaron superan los obtenidos en el grupo control. Por otro lado, El-Hodhod M, *et al.* (28) en el año 2012 realizaron un estudio con la finalidad de detectar enfermedad celíaca en niños con defectos del esmalte dental. Para ello se incluyeron 140 niños con defectos del esmalte poniéndose a prueba para enfermedad celiaca, además de una cohorte de 720 niños sanos que representaban el grupo control. Los resultados indican que un 17,86% de los niños con defectos en el esmalte fueron diagnosticados con enfermedad celiaca resultado que supera los diagnósticos realizados en el grupo control. Posteriormente, Shteyer E, *et al.*(29) en el año 2013 deciden realizar un estudio titulado “Estado de salud oral y salival en relación con una dieta sin gluten

en niños con enfermedad celíaca”, para ello se agrupan 90 niños distribuidos de manera igualitaria: un grupo con enfermedad celiaca recién diagnosticada, un grupo con enfermedad celiaca tratada y un grupo control de niños sanos. Los resultados sugieren mayor prevalencia de hipoplasia del esmalte en los niños con enfermedad celiaca recién diagnosticada 66%. Trotta L, *et al.* (30) en el año 2013 realizaron una investigación con la finalidad de estudiar la prevalencia de defectos en el esmalte dental en adultos con enfermedad celíaca y la correlación con el grado de la lesión, para ello se agruparon 54 pacientes con enfermedad celiaca y clasificaron los defectos en el esmalte desde el grado 0 a 4 en función de su gravedad. Los resultados obtenidos sugieren defectos en el esmalte grado 0 en 85,2%, grado 1 en 33,3%, grado 2 en 29,6%, grado 3 en 14,8% y grado 4 en 7,4% de estos pacientes. Así mismo, estos resultados permitieron concluir que los defectos del esmalte grado 3 y 4 son comunes en la enfermedad celíaca en el adulto. Similarmente, Trandafir L, *et*

al.(31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celiaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las manifestaciones orales, entre las que destacan los defectos en el esmalte, del mismo modo indican que los defectos en el esmalte dental y estomatitis aftosa recurrente son los más comunes y están bien documentados entre las manifestaciones de esta enfermedad; haciendo énfasis en los defectos en el esmalte son más comunes en los dientes permanentes esta diferencia puede explicarse por el hecho de que las coronas de los dientes permanentes se desarrollan entre los primeros meses de vida y el séptimo año, es decir, después de la introducción de gluten en la dieta, mientras que el desarrollo de los dientes deciduos se produce principalmente en el útero. Zúñiga M, Mora E, en el año 2014 deciden realizar una investigación titulada “Auditoria clínica para el diagnóstico de la

Recibido 11/10/2016
Aprobado: 22/11/2016

enfermedad celiaca”, para ello se reclutan 48 médicos que laboran en centros hospitalarios. En los resultados 5 de los médicos indican los defectos del esmalte entre las manifestaciones clínicas típicas de la enfermedad. Así mismo (32). Posteriormente, Cantekin K, *et al.* (33) en el año 2015 con la finalidad de determinar la presencia y distribución de defectos en el esmalte, estomatitis aftosa recurrente en niños con enfermedad celíaca comparando los resultados con un grupo control sano, para ello se reclutaron 25 pacientes con enfermedad celiaca y 25 pacientes sanos. Los resultados obtenidos señalan 48% de defectos en el esmalte en el grupo de pacientes con enfermedad celiaca reflejando diferencias estadísticamente significativas con el grupo control.

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE.

La estomatitis aftosa recidivante son ulceraciones bucales recidivantes, llamadas comúnmente aftas, se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad

del epitelio, variable en forma, número y tamaño. Cura en pocos días, semanas o meses dependiendo de los factores de riesgo que la desencadenen, los ataques pueden repetirse periódicamente. El Afta es una lesión muy antigua, cuya prevalencia se observa en casi todas las edades, en diferentes clases sociales, razas, sexo; en suma, es una lesión que se registra mundialmente y sus causas, en la actualidad, no están del todo definidas, por lo que se le considera multifactorial; (34) sin embargo, la estomatitis aftosa recidivante se asocia con trastornos gastrointestinales crónicos y otros trastornos sistémicos. (14). Pacho J, Piñol F, en el año 2006 deciden realizar una revisión exhaustiva titulada “Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas”, en dicha revisión destaca la estomatitis aftosa recurrente como lesión bucal frecuente en enfermedades inflamatorias crónicas del intestino específicamente en la enfermedad celiaca (35) Por otro lado, Procaccini M, *et al.* (17) en el año 2007 realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de

cambios orales en los tejidos blandos y duros considerando su relación con enfermedad celíaca verificando si estos casos son más propensos a ser afectados por cualquiera de las enfermedades orales. Para ello se selecciono una muestra de 50 pacientes con enfermedad celiaca y un grupo de control de pacientes sanos. Los resultados obtenidos revelan episodios de estomatitis aftosa recurrente en 36% del grupo de pacientes con enfermedad celiaca. Del mismo modo, Acosta M, Labrador I, en el año 2007 realizaron una revisión sistemática con el fin actualizar al odontólogo infantil y general en los nuevos medicamentos y sustancias usadas mundialmente para el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. Así mismo, esta revisión señala una marcada relación entre la estomatitis aftosa recurrente y diferentes patologías entre las que destaca la enfermedad celíaca (36). Posteriormente, Campisi G, *et al.* (18) en el año 2007 deciden realizar un estudio con el objetivo principal de este estudio fue evaluar la frecuencia de enfermedades bucales, incluyendo lesiones en tejido

blando y duro en pacientes con enfermedad celiaca en comparación con controles sanos. Para ello se seleccionaron 197 pacientes con enfermedad celiaca y 413 controles. Los resultados obtenidos en los pacientes con enfermedad celiaca revelan: estomatitis aftosa recidivante en 19% cifra mayor a la obtenida en el grupo control. Por otra parte, da Silva P, *et al.* (37) en el año 2008 deciden realizar una investigación referente a las "Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca", para ello fue referida una paciente de 39 años de edad con la principal queja de "presencia de aftas en la boca", dicha paciente había sido previamente diagnosticada con enfermedad celiaca. En el examen intraoral se evidenciaron tres lesiones en la mucosa oral, una lesión sintomática ulcerada bien definida rodeada por un halo eritematoso que se ubicaba en la parte anterior del piso de boca, una segunda lesión con las mismas características descritas pero ubicada en el fondo del surco vestibular y una última lesión eritematosa con varias ulceraciones

sintomática ubicada en los ápices por lingual, del mismo modo la paciente manifiesta desde que se le indico seguir una dieta libre de gluten presenta sensación de sequedad en la boca. Así pues, esta investigación revela uno de los principales signos orales asociados con enfermedad celiaca es la estomatitis aftosa recurrente además de lengua depapilada. De igual forma, Campisi G, *et al.* (38) en el año 2008 realizan una investigación a fin de evaluar la prevalencia de las úlceras aftosas y el impacto de una dieta sin gluten. Para ello se agruparon 844 sujetos, de los cuales 269 eran pacientes con enfermedad celiaca y un grupo control integrado por 575 sujetos sanos. En los resultados obtenidos se evidenciaron úlceras aftosas en 22,7% de los pacientes con enfermedad celiaca porcentaje superior al obtenido en el grupo de control, posteriormente a los pacientes con enfermedad celiaca que presentaron úlceras se les indico visitas de 1 año, el 71,7% no habían tenido ninguna úlcera aftosa, mientras que en el 8,7% las úlceras se redujeron en frecuencia y gravedad y el

19,6% no tuvo ningún cambio en la historia de las úlceras; todo esto indica que se ha encontrado una asociación entre la enfermedad celiaca y las úlceras aftosas y que estas deben considerarse un indicador de riesgo para la enfermedad celiaca, además la dieta libre de gluten conduce a una mejora en las úlceras aftosas. Cheng J, *et al.*(23) en el año 2010 realizaron un estudio con el propósito de documentar la prevalencia de defectos en el desarrollo del esmalte y una historia de las úlceras aftosas en un grupo de niños y adultos con enfermedad celiaca, para ello se incluyeron 67 pacientes con enfermedad celiaca y 69 controles sanos. Los resultados obtenidos revelan 42,4% con úlceras en el grupo de pacientes con enfermedad celiaca, estas cifras son significativamente mayores a las obtenidas en el grupo control, de allí concluyen manifestando que la enfermedad celiaca se encuentra altamente asociada con los defectos del esmalte. Rashid M, *et al.* (24) en el año 2011 deciden realizar una revisión exhaustiva con el propósito de destacar las manifestaciones bucales

comunes de la enfermedad celiaca y proporcionar una guía clínica a los odontólogos para el manejo de pacientes con sospecha de este trastorno, en la misma se agrupan las manifestaciones bucales de la enfermedad celiaca entre las que señalan las aftas recurrentes.

Por otro lado, Erriu M, *et al.* (25) en el año 2011 deciden realizar una investigación con el objetivo de investigar la posible correlación entre la presencia específica de haplotipos (HLA) con la presencia o ausencia de estomatitis aftosa recurrente y los defectos en el esmalte dental, para ello se analizaron 98 pacientes celíacos que habían estado en una dieta libre de gluten durante al menos 1 año. Las cifras obtenidas revelan entre los 98 pacientes incluidos en este estudio el 38,8% se vieron afectados por estomatitis aftosa recidivante antes de la dieta sin gluten. Similarmente Şirin Y, *et al.* (39) en el año 2012 deciden realizar una investigación titulada “Importancia clínica de la enfermedad celiaca en pacientes con estomatitis aftosa recurrente”, para ello se seleccionaron 82 pacientes remitidos con

estomatitis aftosa recurrente y 82 pacientes sanos. Los resultados obtenidos revelan un solo paciente con enfermedad celiaca del grupo con estomatitis aftosa recurrente y ningún paciente con enfermedad celiaca en el grupo control. De este modo concluyen indicando que no existe un vínculo aparente entre la estomatitis aftosa recurrente y enfermedad celiaca, sin embargo la regurgitación de ácido gástrico a la cavidad oral si puede inducir a la formación de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes con enfermedad celiaca. Acar S, *et al.*(26) en el año 2012 deciden realizar un estudio preliminar relacionado con los hallazgos bucales y parámetros salivales en niños con enfermedad celíaca, para ellos se reclutaron 35 pacientes con enfermedad celíaca y un grupo control de 35 pacientes sanos. Los resultados en los pacientes con enfermedad celiaca sugieren una prevalencia de estomatitis aftosa de 37%, siendo dicha alteración significativamente de mayor frecuencia con respecto al grupo control de pacientes sanos. Ertekin V, en el año 2012 realizan un estudio titulado

Recibido 11/10/2016
Aprobado: 22/11/2016

“Conclusiones orales en niños con enfermedad celíaca”, para ello se seleccionaron 81 niños con enfermedad celiaca en distintas etapas de dentición y un grupo control de 20 niños sanos. Los resultados revelan 48,1% de estomatitis aftosa recidivante en niños con enfermedad celiaca, estos resultaron superan los obtenidos en el grupo control (27).

Por otra parte, Matamoros E, en el año 2014 decide realizar una revisión sistemática con el objetivo de comprender las diferentes formas de intolerancia al gluten y conocer sus múltiples manifestaciones cutáneas con implicancia en la práctica dermatológica. En dicha revisión señalan las manifestaciones de la enfermedad celiaca y en las mismas se encuentran las manifestaciones secundarias o debidas a la mala absorción destacando aftas orales (40).

Parra R, en el año 2014 decide realizar una revisión sistemática y un meta-análisis referente a la “Prevalencia de enfermedad celiaca en Latinoamérica”, dicha revisión nos provee información que señala la

enfermedad celiaca como una enfermedad sistémica reconocida que puede afectar cualquier tipo de sistema produciendo innumerable manifestaciones clínicas entre las que destaca la estomatitis aftosa presentada en cavidad bucal (41).

Trandafir L, *et al.*(31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celiaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las manifestaciones orales, entre las que destaca la estomatitis aftosa recurrente, del mismo modo indican que los defectos en el esmalte dental y estomatitis aftosa recurrente son los más comunes y están bien documentados entre las manifestaciones de esta enfermedad.

Posteriormente, Cantekin K, *et al.* (33) en el año 2015 con la finalidad de determinar la presencia y distribución de defectos en el esmalte, estomatitis aftosa recurrente en niños con enfermedad celíaca comparando los resultados con un grupo control sano,

Recibido 11/10/2016
Aprobado: 22/11/2016

para ello se reclutaron 25 pacientes con enfermedad celiaca y 25 pacientes sanos. Los resultados obtenidos señalan 44% de estomatitis aftosa recurrente en el grupo de pacientes con enfermedad celiaca reflejando diferencias estadísticamente significativas con el grupo control.

GLOSITIS ATRÓFICA.

Nombres alternativos: Inflamación de la lengua; Infección lingual; Lengua lisa; Glosodinia; Síndrome de la boca ardiente (42) La glositis atrófica se define como la aparición de áreas focales eritematosas e hipersensibles en la lengua, causada por la pérdida de las papilas filiformes, aumento de tamaño y enrojecimiento de las papilas fungiformes y adelgazamiento del epitelio (14) La glositis con frecuencia es un síntoma de otras afecciones, como: reacción alérgica a productos de higiene dental, comida, o medicinas, síndrome de Sjogren, infecciones por bacterias, hongos o virus (incluso el herpes oral), afecciones cutáneas que afectan la boca, factores hormonales y ciertas deficiencias vitamínicas (42). Entre los síntomas de la

glositis se incluyen: dificultad para masticar, deglutir o hablar, superficie lisa de la lengua, lengua sensible, adolorida o inflamada, color rojo pálido o brillante en la lengua e inflamación lingual, pudiendo aparecer de manera rápida o desarrollarse con el tiempo (42). Pacho J, Piñol F, en el año 2006 deciden realizar una revisión exhaustiva titulada “Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas”, en dicha revisión destaca la estomatitis aftosa recurrente y la glositis como lesiones bucales frecuentes en enfermedades inflamatorias crónicas del intestino específicamente en la enfermedad celiaca (35) Por otro lado, Procaccini M, *et al.*(17) en el año 2007 realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de cambios orales en los tejidos blandos y duros considerando su relación con enfermedad celiaca verificando si estos casos son más propensos a ser afectados por cualquiera de las enfermedades orales. Para ello se selecciono una muestra de 50 pacientes con enfermedad celiaca y un grupo de control de pacientes sanos. Los resultados

obtenidos reportan 4 casos de glositis atrófica.

Por su parte, Campisi G, *et al.* ¹⁸ en el año 2007 deciden realizar un estudio con el objetivo principal de este estudio fue evaluar la frecuencia de enfermedades bucales, incluyendo lesiones en tejido blando y duro en pacientes con enfermedad celiaca en comparación con controles sanos. Para ello se seleccionaron 197 pacientes con enfermedad celiaca y 413 controles. Los resultados obtenidos en los pacientes con enfermedad celiaca revelan: glositis atrófica en 16% cifra mayor a la obtenida en el grupo control.

Similarmente, da Silva P, *et al.* (37) en el año 2008 deciden realizar una investigación referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca”, para ello fue referida una paciente de 39 años de edad con la principal queja de "presencia de aftas en la boca", dicha paciente había sido previamente diagnosticada con enfermedad celiaca. En el examen intraoral se evidenciaron tres lesiones en la mucosa oral, una lesión sintomática

ulcerada bien definida rodeada por un halo eritematoso que se ubicaba en la parte anterior del piso de boca, una segunda lesión con las mismas características descritas pero ubicada en el fondo del surco vestibular y una última lesión eritematosa con varias ulceraciones sintomática ubicada en los ápices por lingual, del mismo modo la paciente manifiesta desde que se le indico seguir una dieta libre de gluten presenta sensación de sequedad en la boca. Así pues, esta investigación revela entre los principales signos orales asociados con enfermedad celiaca la glositis.

Posteriormente, Rashid M, *et al.* (24) en el año 2011 deciden realizar una revisión exhaustiva con el propósito de destacar las manifestaciones bucales comunes de la enfermedad celíaca y proporcionar una guía clínica a los odontólogos para el manejo de pacientes con sospecha de este trastorno, en la misma se agrupan las manifestaciones bucales de la enfermedad celiaca entre las que señalan la glositis atrófica. Por su parte, Erriu M, *et al.* (43) en el año 2012 se proponen reportar un

caso en titulado “Glositis atrófica idiopática como la única forma clínica para el diagnóstico de la enfermedad celiaca”, para ello examinan a una paciente femenina de 17 años de edad en la que se evidencio atrofia de las papilas filiformes con úlceras; teniendo en cuenta que la paciente proviene de Cerdeña zona con una alta frecuencia de enfermedad celiaca se convirtió en la primera sospecha como posible causa de la deficiencia de vitamina B12. Como primer paso, se pidió una muestra de sangre para determinar la deficiencia de vitamina, pruebas de anticuerpos AGAs, tTG y EMA, dichas pruebas hematológicas mostraron una deficiencia de vitamina y resultados positivos para las pruebas de anticuerpos; posteriormente decide realizarse una consulta con gastroenterología a fin de realizar una pequeña biopsia de intestino delgado, con base a los resultados de esta se logro realizar el diagnóstico de enfermedad celiaca. La paciente fue tratada mediante la exclusión de gluten de su dieta y después de cinco meses se repitió el examen intraoral donde fue

posible verificar la remisión de las lesiones. Dos conclusiones importantes se puede llegar desde este reporte de caso; primero, el papel fundamental que jugó la condición oral sola en la búsqueda destacando las formas atípicas de la enfermedad celiaca y la segunda, la importancia de investigar las anomalías sistémicas, en los casos en que existe una condición de lengua como glositis atrófica y cuando es imposible identificar las causas locales.

Matamoras E, en el año 2014 decide realizar una revisión sistemática con el objetivo de comprender las diferentes formas de intolerancia al gluten y conocer sus múltiples manifestaciones cutáneas con implicancia en la práctica dermatológica. En dicha revisión señalan las manifestaciones de la enfermedad celiaca y en las mismas se encuentran las manifestaciones secundarias o debidas a la mala absorción destacando la glositis (40). Trandafir L, *et al.* (31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva referente a las “Manifestaciones orales de

la enfermedad celiaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celiaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las manifestaciones orales, entre las que destaca la glositis atrófica. Posteriormente, Luchesse A, *et al.*(44) en el año 2012 se proponen realizar un artículo titulado “Glosodinia y enfermedad celiaca”, para ello reportan el caso de un paciente femenino de 72 años de edad que refiere una sensación de ardor bucal con un aumento a la hora de comer, dicha sintomatología data de cuatro meses y no presenta ningún otro síntoma, en su historial médico incluía una anterior pancreatitis crónica, además de ser fumador de 10 cigarrillos por día. En la exploración clínica las anormalidades fueron evidentes, en este contexto se decide realizarle una serie de pruebas de laboratorio entre ellas las pruebas de anticuerpos anti-endomiso y anti-transglutaminasa tisular cuyos resultados fueron positivos en base a esto se decide consultar con gastroenterología

sometiendo a la paciente a una biopsia de intestino delgado confirmando el diagnóstico de enfermedad celiaca. La paciente fue instruida para seguir una dieta libre de gluten y la sintomatología remitió en el plazo de 1 mes después iniciada la dieta.

CARIES DENTAL.

La caries dental es una enfermedad multifactorial que implica una interacción entre los dientes, la saliva y la microflora oral como factores del huésped, y la dieta como factor externo. La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas de bacterias sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica. Una vez que ha tenido lugar la penetración del esmalte, el proceso patológico evoluciona a través de la dentina hacia la pulpa. Si dicho proceso no se detiene el diente resulta totalmente destruido.¹⁴

Beltri P, *et al.* (15) en el año 2004, deciden realizar un artículo con la finalidad de

Recibido 11/10/2016
Aprobado: 22/11/2016

conocer la prevalencia de anomalías de esmalte y el índice de caries en pacientes celiacos y comparar los resultados con los obtenidos en un grupo control, para ello se exploraron 213 pacientes celiacos y 80 controles. El índice de caries aplicando el CAOD reveló 2,69 en los pacientes celiacos y 3,27 los controles, a pesar de ser superior en los controles no es una diferencia estadísticamente significativa, esto induce a concluir que el factor que más influye en el paciente celiaco en su baja incidencia de caries es el control en la dieta. Similarmente, Privolou C, Vanderas A, *et al.*(16) en el año 2004, realizaron un estudio con el propósito de aclarar las diferencias en la prevalencia de defectos en el esmalte y caries dental entre los niños y adolescentes con y sin enfermedad celiaca, para ello seleccionaron 27 pacientes con enfermedad celiaca y 27 niños correspondientes al grupo control, este estudio proporciona evidencia de que enfermedad celiaca no aumenta el riesgo de caries dental. Posteriormente, Mina S, *et al.*(19) en el año 2008 realizaron un estudio a fin de evaluar las alteraciones en

el ecosistema bucal en los niños sintomáticos con enfermedad celiaca para establecer un patrón característico de marcadores orales que pueda ser utilizado como diagnóstico para dicha enfermedad, para ello se selecciono una muestra de 52 niños con enfermedad celiaca y 23 niños sanos como control. Los indicadores de caries, la higiene bucal y la salud gingival de la población celiaca no mostraron variaciones significativas en comparación con los niños sanos. Sin embargo, Avşar A, Kalaycı A, en el año 2008 realizan un estudio con el objetivo de investigar la presencia y distribución de defectos en el desarrollo del esmalte y caries en los niños con enfermedad celiaca además de comparar los resultados obtenidos con un grupo control de niños sanos. Para ello se seleccionaron 64 niños diagnosticados con enfermedad celiaca y 64 niños sanos como grupo control. Se determinaron 17% de niños libres en el grupo celiaco y 38% de niños libres de caries en el grupo control, demostrando claramente que el grupo celiaco tiene mayor riesgo a caries y este riesgo está asociado a los defectos del

Recibido 11/10/2016
Aprobado: 22/11/2016

esmalte (21) Contrariamente, Acar S, *et al.*(26) en el año 2012 deciden realizar un estudio preliminar relacionado con los hallazgos bucales y parámetros salivales en niños con enfermedad celíaca, para ellos se reclutaron 35 pacientes con enfermedad celíaca y un grupo control de 35 pacientes sanos. Los resultados obtenidos en la experiencia de caries no revelan grandes diferencias entre los grupos.

ERUPCIÓN RETARDADA.

La erupción retardada se refiere por lo general a la primera aparición de dientes temporales en relación con el intervalo de edad normal. Este trastorno es relativamente raro y suele ser idiopático o estar asociado a ciertas patologías sistémicas o a factores locales. La erupción retardada de los dientes permanentes puede ser consecuencia de los mismos procesos locales y sistémicos que originan el retraso en la erupción de los dientes temporales (14).

Campisi G, *et al.* (18) en el año 2007 deciden realizar un estudio con el objetivo

principal de este estudio fue evaluar la frecuencia de enfermedades bucales, incluyendo lesiones en tejido blando y duro en pacientes con enfermedad celiaca en comparación con controles sanos. Para ello se seleccionaron 197 pacientes con enfermedad celiaca y 413 controles. Los resultados obtenidos en los pacientes con enfermedad celiaca revelan: erupción retardada en 27% cifra mayor a la obtenida en el grupo control. Posteriormente, Rashid M, *et al.* (24) en el año 2011 deciden realizar una revisión exhaustiva con el propósito de destacar las manifestaciones bucales comunes de la enfermedad celiaca y proporcionar una guía clínica a los odontólogos para el manejo de pacientes con sospecha de este trastorno, en la misma se agrupan las manifestaciones bucales de la enfermedad celiaca entre las que señalan la erupción retardada.

Ertekin V, en el año 2012 realizan un estudio titulado “Conclusiones orales en niños con enfermedad celiaca”, para ello se seleccionaron 81 niños con enfermedad celiaca en distintas etapas de dentición y

un grupo control de 20 niños sanos. Los resultados revelan 13,6% de dientes ausentes en niños con enfermedad celiaca, estos resultaron superan los obtenidos en el grupo control (27). Similarmente, Trandafir L, *et al.*(31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celiaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las manifestaciones orales, entre las que destaca la erupción retardada.

QUEILITIS ANGULAR.

Nombres alternativos: Boquera, Candidiasis angular, Estomatitis angular, Estomatitis comisural, Perlada, Perleche, Queilitis comisural, Queilosis (45). La queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras (45)

La queilitis puede evolucionar en pacientes dentados y desdentados, en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo con la saliva, que pudiera deberse a que la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, y parte de la piel próxima a las comisuras, forman un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se macera y se infecta. Se considera que esta disminución es la causa que con mayor frecuencia provoca la enfermedad, aunque existen otras, como por ejemplo: la moniliasis o candidiasis, VIH, trastornos nutricionales; trastornos hematológicos, sin embargo, no son índices patognomónicos que permiten precisar el carácter de dicha alteración (45)

Rashid M, *et al.* (24) en el año 2011 deciden realizar una revisión exhaustiva con el propósito de destacar las manifestaciones bucales comunes de la enfermedad celíaca y proporcionar una guía clínica a los odontólogos para el manejo de pacientes con sospecha de este trastorno, en la misma se agrupan las manifestaciones bucales de la enfermedad

celíaca entre las que señalan la queilosis. Por otra parte, Matamoros E, en el año 2014 decide realizar una revisión sistemática con el objetivo de comprender las diferentes formas de intolerancia al gluten y conocer sus múltiples manifestaciones cutáneas con implicancia en la práctica dermatológica. En dicha revisión señalan las manifestaciones de la enfermedad celíaca y en las mismas se encuentran las manifestaciones secundarias o debidas a la mala absorción destacando queilitis angular (40). Similarmente, Trandafir L, *et al.*(31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celíaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celíaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las manifestaciones orales, entre las que destaca la queilosis oral. Por su parte, da Silva P, *et al.*(37) en el año 2008 deciden realizar una investigación referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celíaca”, para ello fue

referida una paciente de 39 años de edad con la principal queja de "presencia de aftas en la boca", dicha paciente había sido previamente diagnosticada con enfermedad celiaca. En el examen intraoral se evidenciaron tres lesiones en la mucosa oral, una lesión sintomática ulcerada bien definida rodeada por un halo eritematoso que se ubicaba en la parte anterior del piso de boca, una segunda lesión con las mismas características descritas pero ubicada en el fondo del surco vestibular y una última lesión eritematosa con varias ulceraciones sintomática ubicada en los ápices por lingual, del mismo modo la paciente manifiesta desde que se le indico seguir una dieta libre de gluten presenta sensación de sequedad en la boca. Así pues, esta investigación revela entre los principales signos orales asociados con enfermedad celiaca la queilitis angular.

LIQUEN PLANO.

El liquen plano oral es un desorden del epitelio escamoso, es una lesión en forma de "puntos, líneas y rayas de color blanco

que dibujan en conjunto una red o retículo dendriforme similares a las hojas del helecho, a un encaje o a mosaicos"(46).

Existen diferentes motivos por los que puede acabar desarrollándose un liquen plano. De hecho, muchos de ellos son inciertos, y en ocasiones se habla de esta enfermedad como de causa idiopática, ya que es difícil precisar a qué es debida. En cualquiera de los casos, la literatura sí recoge diversas explicaciones que justificarían su aparición, tales como: factores psíquicos, fármacos, materiales odontológicos, factores microbiológicos e inmunológicos (46). Rashid M, *et al.* (24) en el año 2011 deciden realizar una revisión exhaustiva con el propósito de destacar las manifestaciones bucales comunes de la enfermedad celíaca y proporcionar una guía clínica a los odontólogos para el manejo de pacientes con sospecha de este trastorno, en la misma se agrupan las manifestaciones bucales de la enfermedad celiaca entre las que señalan el liquen plano. Similarmente, Trandafir L, *et al.*(31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva

referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celiaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las manifestaciones orales, entre las que destaca liquen plano.

XEROSTOMÍA.

Nombres alternativos: Asialorrea, Hiposalivación o Boca seca. (47). La xerostomía se define como una sensación subjetiva de disminución o ausencia de la secreción salival. El origen de este trastorno es múltiple, pudiendo ser el resultado de una alteración localizada sobre las glándulas productoras de la saliva, o bien el resultado de un desequilibrio o alteración de índole sistémica. De este modo, entre las posibles causas de este trastorno encontramos enfermedades crónicas, destacando diabetes mellitus no controlada, tuberculosis crónica, cirrosis biliar primaria, sarcoidosis, anemia hemolítica, linfomas malignos e infección por el virus

de inmunodeficiencia humana. Además de lo anterior, la xerostomía puede ser el resultado de determinadas alteraciones autoinmunes, como el síndrome de Sjögren o el lupus eritematoso sistémico, o de modo muy frecuente entre pacientes oncológicos que reciben tratamiento con poliquimioterapia y radioterapia en regiones próximas al cuello (47).

Ertekin V, en el año 2012 realizan un estudio titulado “Conclusiones orales en niños con enfermedad celiaca”, para ello se seleccionaron 81 niños con enfermedad celiaca en distintas etapas de dentición y un grupo control de 20 niños sanos. Los resultados revelan 58% de xerostomía en niños con enfermedad celiaca, estos resultaron superan los obtenidos en el grupo control (27). Similarmente, Trandafir L, *et al.*(31) en el año 2014 realizaron una búsqueda exhaustiva referente a las “Manifestaciones orales de la enfermedad celiaca en niños”, en la misma señalan que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad celiaca presentan síntomas atípicos, uno de ellos están representados por las

manifestaciones orales, entre las que destaca la xerostomía.

LENGUA GEOGRÁFICA.

Nombres alternativos: Glositis migratoria benigna, Glositis exfoliativa, Parches linguales. (35-48). Son parches irregulares en la superficie de la lengua que dan una apariencia similar a un mapa. El patrón en la superficie lingual puede cambiar rápidamente. Este cambio en el patrón se presenta cuando hay una pérdida de las diminutas proyecciones digitiformes, llamadas papilas gustativas, en la superficie lingual, lo cual hace que las áreas de la lengua se aplanen. Se dice que estas áreas están "desnudas" y pueden persistir durante más de un mes (48), la lengua geográfica es un tipo de glositis (42), Clínicamente, la lesión puede ser asintomática, aunque algunos pacientes refieren ardor o hipersensibilidad de la lengua, de intensidad variable (35).

La causa específica de la lengua geográfica se desconoce, aunque es posible que esté relacionada con la deficiencia de vitamina B. Otras causas

pueden abarcar irritación a causa de la ingestión de alimentos calientes o picantes, o el consumo de alcohol. Esta afección parece ser menos común en los fumadores (48)

Campisi G, *et al.* (18) en el año 2007 deciden realizar un estudio con el objetivo principal de este estudio fue evaluar la frecuencia de enfermedades bucales, incluyendo lesiones en tejido blando y duro en pacientes con enfermedad celiaca en comparación con controles sanos. Para ello se seleccionaron 197 pacientes con enfermedad celiaca y 413 controles. Los resultados obtenidos en los pacientes con enfermedad celiaca revelan: lengua geográfica en 7% cifra mayor a la obtenida en el grupo control.

CONCLUSIÓN

La presente revisión nos permite concluir que el cuadro de manifestaciones más comunes en pacientes con enfermedad celiaca está representado por alteraciones en el esmalte dental, estomatitis aftosa recurrente, glositis atrófica, caries dental, erupción retardada, queilitis angular,

liquen plano, xerostomía y lengua geográfica. Con base a estos resultados se sugiere profundizar más sobre las manifestaciones relacionadas con la mencionada enfermedad, siendo la sintomatología aquí abordada una herramienta esencial que en conjunto con una correcta anamnesis pudiera servir a los odontólogos para alertar y orientar al paciente con especialistas en gastroenterología a fin de realizar los pertinentes exámenes para descartar la enfermedad celiaca como la posible causa de presencia de alguna de las alteraciones bucales mencionadas.

REFERENCIAS

1. Fernández LI, Torre NF, Velayos BJ, Nocito MC, González JM, Garrote JA. Problemas diagnóstico en la enfermedad celiaca del adulto. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) [Internet]. 2008; [citado 14 mayo 2015]; 100 (1): 24-28. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v100n1/original4.pdf>
2. Rodrigues S. Enfermedad celiaca. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2010; [citado 26 septiembre 2015]; 34 (2): 49-59. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n2enfCeliaca.pdf
3. Rizzo PV, Ayres N, Sarli R, Sarcillo A. Enfermedad celiaca y su relación con la cavidad bucal. Rev Fac. Odontología UNcuyo [Internet]. 2014; [citado 14 mayo 2015]; 8 (1): 33-36. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6010/rizzorfo-812014.pdf
4. Santiago R. Prevalencia de enfermedad celiaca en Latinoamérica: Revisión sistemática de la literatura y meta-análisis [Internet]. 2014; [citado 26 septiembre 2015]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9004/1016019952-1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

5. Heredia CP, Castro FP, Palma JH. Enfermedad celíaca del adulto. Rev Méd Chile [Internet]. 2007; [citado 6 mayo 2015]; 135 (9): 1186-1194. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000900015&script=sci_arttext
6. Díaz MM, Romero AL, De Castro OM, Jiménez MA. Enfermedad celíaca: nuevos criterios diagnósticos. Vox Paediatrica [Internet]. 2012; [citado 6 mayo 2015]; XIX (2): 28-33. Disponible en: <http://www.spaoyex.es/sites/default/files/pdf/voxpaed19.2pags28-33.pdf>
7. Fabiano F, Lista D, Torres J, Urquiola A. Primer estudio de prevalencia de la condición celíaca en Venezuela. Rev GEN [Internet]. 2013; [citado 14 mayo 2015]; 67 (4): 203-207. Disponible en: <http://www.nutriwhitedietas.com/wp-content/uploads/2014/08/Revista-Gen.-Vol-67.Numero-4.-2013-2.pdf>
8. Ligorria M. “Estudio de prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes con síndrome de intestino irritable” [Internet]. 2011; [citado 26 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/75.pdf>
9. Wilches A, Gómez C. Enfermedad celíaca en niños. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2010; [citado 26 septiembre 2015]; 5 (2): 204-213. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572010000200013&script=sci_arttext
10. Catassi C. El mapa mundial de la enfermedad celíaca. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2005; [citado 26 septiembre 2015]; 35:46-55. Disponible en: <http://www.fundacionconvivir.cl/descargas/publicaciones/mapa-mundial-enfermedad-celiaca.pdf>
11. Acosta M, Labrador I. Actualización en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente a través de

una revisión bibliográfica. Odous científica [revista en Internet]. 2007 [acceso 29 de agosto de 2015]; VIII (1): 57-64. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v8n1/8-1-6.pdf>

12. Arbelo TF, Díaz TL, Pérez ER, Milán RP, Luaces EF. Importancia de los aspectos psicosociales en la enfermedad celíaca. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002. [citado 6 junio 2015]; 18 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000300007&script=sci_arttext

13. Pico M, Spirito MF, Roizen M. Calidad de vida en niños y adolescentes con enfermedad celíaca: Versión argentina del cuestionario específico CDDUX. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2012; [citado 6 junio 2015]; 42 (1): 12-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199323373008>

14. Sapp, P., Lewis, R. (2005). Anatomía Patológica. Editorial Elsevier Mosby. Segunda Edición.

15. Beltri P, Barberia E, Polanco I, Planells P. Estudio comparativo de las anomalías del esmalte dentario y caries en niños con enfermedad celíaca y controles. Odontol Pediátr [revista en Internet]. 2004 [acceso 29 de agosto de 2015]; 12 (3): 118-122. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Elena_Barberia/publication/257921136_Estudio_comparativo_de_las_anomalías_del_esmalte_dentario_y_caries_en_niños_con_enfermedad_celíaca_y_controles/links/02e7e52617e3bbb7ea000000.pdf

16. Privolou C, Vanderas A, Papagiannoulis L. A comparative study on the prevalence of enamel defects and dental caries in children and adolescents with and without coeliac disease. Eur J Paediatr Dent [revista en Internet]. 2004 [acceso 28 de abril de 2015]; (2): 102-106. Disponible en:

<http://admin.ejpd.eu/download/2004-02-08.pdf>

<http://www.actaodontologicalat.com/archivo/v21n2/fulltext/articulo2.pdf>

17. Procaccini M et al. Lack of association between celiac disease and dental enamel hypoplasia in a case-control study from an Italian central region. *Head & Face Medicine* [revista en Internet]. 2007[acceso 15 de julio de 2015]; 25 (3):1-6. Disponible en: <http://www.head-face-med.com/content/pdf/1746-160X-3-25.pdf>

20. Bossu M, Bartoli A, Orginisi G, Luppino E, Polimeni A. Enamel hypoplasia in coeliac children: a potential clinical marker of early diagnosis. *Eur J Paediatr Dent* [revista en Internet]. 2007 [acceso 15 de julio de 2015]; 1: 31-37. Disponible en: <http://admin.ejpd.eu/download/2007-01-05.pdf>

18. Campisi G et al. Oral pathology in untreated coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* [revista en Internet]. 2007 [acceso 15 de julio de 2015]; 26: 1529–1536. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1/j.1365-2036.2007.03535.x/pdf>

21. Avşar A, Kalaycı A. The presence and distribution of dental enamel defects and caries in children with celiac disease. *Turk. J. Pediatr* [revista en Internet]. 2008 [acceso 15 de julio de 2015]; 50: 45-50. Disponible en: http://www.turkishjournalpediatrics.org/pediatrics/pdf/pdf_TJP_467.pdf

19. Mina S, Azcurra A, Dorronsoro S, Brunotto M. Alterations of the oral ecosystem in children with celiac disease. *Acta Odontol. Latinoam* [revista en Internet]. 2008[acceso 15 de julio de 2015]; 21 (2): 121-126. Disponible en:

22. Majorana A, Bardellini E, Ravelli A, Plebani A, Polimeri A, Campus G. Implications of gluten exposure period, CD clinical forms, and HLA typing in the association between celiac disease and

dental enamel defects in children. A case-control study [abstract]. *Int J Paediat Dent* [revista en Internet]. 2010 [acceso 08 de julio de 2015]; 20 (2): 119-124. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2009.01028.x/full>

23. Cheng J, Malahias T, Brar P, Minaya M, Green P. The Association Between Celiac Disease, Dental Enamel Defects, and Aphthous Ulcers in a United States Cohort. *J Clin Gastroenterol* [revista en Internet]. 2010 [acceso 29 de agosto de 2015]; 44 (3): 191-194. Disponible en: <http://celiacdisease.sklad.cumcweb.org/sites/default/files/The-association-between-celiac-disease-dental-enamel-defects-and-aphthous-ulcers-in-a-United-States-cohort.pdf>

24. Rashid M, Zarkadas M, Anca A, Limeback H. Oral Manifestations of Celiac Disease: A Clinical Guide for Dentists. *J Can Dent Assoc* [revista en Internet]. 2011 [acceso 15 de julio de

Recibido 11/10/2016
Aprobado: 22/11/2016

2015]; 77: b39: 1-6. Disponible en: <http://www.happyhealthyteeth.com/wpt/blog-docs/jcda-oral-manifestations-of-celiac-article.pdf>

25. Erriu M, Sanna S, Nucaro A, Orrù G, Garau V, Montaldo C. HLA-DQB1 Haplotypes and their Relation to Oral Signs Linked to Celiac Disease Diagnosis. *Open Dent J* [revista en Internet]. 2011 [acceso 15 de julio de 2015]; 5: 174-178. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227877/>

26. Acar S, Yetkiner A, Ersin N, Oncag O, Aydogdu S, Arikan C. Oral Findings and Salivary Parameters in Children with Celiac Disease: A Preliminary Study. *Med Princ Pract* [revista en Internet]. 2012 [acceso 15 de julio de 2015]; (21): 129-133. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/33179>

4

27. Ertekin V, Sümbüllü M, Tosun M, Selimoğlu M, Kara M, Kiliç N. Oral findings in children with celiac disease. *Turk J Med Sci* [revista en Internet]. 2012 [acceso 15 de julio de 2015]; 42 (4): 613-617. Disponible en: <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-12-42-4/sag-42-4-9-0909-286.pdf>
28. El-Hodhod M, El-Agouza I, Abdel-Al H, Kabil N, Bayomi K. Screening for Celiac Disease in Children with Dental Enamel Defects. *ISRN Pediatrics* [revista en Internet]. 2012 [acceso 15 de julio de 2015]; 2012. Disponible en: https://scholar.google.co.ve/scholar?q=Screening+for+Celiac+Disease+in+Children+with+Dental+Enamel+Defects&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0CBkQgQMwAGoVChMIv4_ykYbrxgIVxSweCh1hYAAK
29. Shteyer E et al. Oral Health Status and Salivary Properties in Relation to Gluten-free Diet in Children with Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [revista en Internet]. 2013 [acceso 15 de julio de 2015]; 57: 49–52. Disponible en: <http://www.hadassah.org.il/media/2944648/teeth.celiac.pdf>
30. Trotta L et al. Dental enamel defects in adult coeliac disease: Prevalence and correlation with symptoms and age at diagnosis [abstract]. *Eur J Intern Med* [revista en Internet]. 2013 [acceso 08 de julio de 2015]; 24 (8); 832-834. Disponible en: [http://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(13\)00091-5/fulltext](http://www.ejinme.com/article/S0953-6205(13)00091-5/fulltext)
31. Trandafir L, Anton-Paduraru D, Rusu D, Burlea M. Oral manifestations in celiac disease children. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation* [revista en Internet]. 2014 [acceso 28 de abril de 2015]; 6 (1); 33-37. Disponible en: <http://rjor.ro/uploads/revista/2014/no1/ORAL-MANIFESTATIONS-IN-CELIAC-DISEASE-CHILDREN.pdf>

32. Zúñiga M, Mora E. Auditoria clínica para el diagnóstico de la enfermedad celiaca. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [revista en Internet]. 2014[acceso 29 de agosto de 2015]; 26: 1-14. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/celiaca.pdf>
33. Cantekin K, Arslan D, Delikan E. Presence and distribution of dental enamel defects, recurrent aphthous lesions and dental caries in children with celiac disease. Pak J Med Sci [revista en Internet]. 2015 [acceso 29 de agosto de 2015]; 31 (3): 606-609. Disponible en: <http://pjms.com.pk/index.php/pjms/article/view/6960/3334>
34. Yuni J, Salinas M, Ronald E, Millan I, Leon M. Estomatitis aftosa recidivante. Conducta odontológica. Acta odontológica venezolana [revista en Internet]. 2008 [acceso 6 de abril de 2016]; 46 (2). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/estomatitis_aftosa_recidivante.asp
35. Pacho J, Piñol F. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2006 [acceso 29 de agosto de 2015]; 43 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000300008
36. Acosta M, Labrador I. Actualización en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente a través de una revisión bibliográfica. Odous científica [revista en Internet]. 2007 [acceso 29 de agosto de 2015]; VIII (1): 57-64. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v8n1/8-1-6.pdf>
37. da Silva P et al. Oral manifestations of celiac disease. A case report and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [revista en Internet]. 2008 [acceso 28 de abril de 2015]; 13(9): E559-62. Disponible en: <http://www.medicinaoral.org/wp->

asp

Recibido 11/10/2016

Aprobado: 22/11/2016

[content/uploads/2009/08/medoralv13i9p559-doenca-celiaca.pdf](#)

38. ampisi G et al. Coeliac disease: Oral ulcer prevalence, assessment of risk and association with gluten-free diet in children. Digestive and Liver Disease [revista en Internet]. 2008 [acceso 15 de julio de 2015]; 40: 104–107. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Antonio_Carroccio/publication/5785693_Coeliac_disease_oral_ulcer_prevalence_assessment_of_risk_and_association_with_gluten-free_diet_in_children/links/546763a70cf20dedafc4d3a.pdf

39. Şirin Y, Bülent Y, Evren A, Zehra A. Clinical importance of celiac disease in patients with recurrent aphthous stomatitis. Turk J Gastroenterol [revista en Internet]. 2012 [acceso 29 de agosto de 2015]; 23 (1): 14-18. Disponible en: <http://www.turkjgastroenterol.org/sayilar/214/buyuk/10311.pdf>

40. Matamoros E. Manifestaciones dermatológicas relacionadas con la exposición al gluten. Arch. Argent. Dermatol [revista en Internet]. 2014 [acceso 29 de agosto de 2015]; 64 (5): 181-191. Disponible en: <http://archivosdermato.org.ar/Uploads/181Matamoros-Manifestaciones%20dermatol%C3%B3gicas%20relacionadas%20con%20la%20exposici%C3%B3n%20al%20gluten.pdf>

41. Parra R. Prevalencia de enfermedad celiaca en Latinoamérica: Revisión sistemática de la literatura y meta-análisis. 2014. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9004/10160199521.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

42. Mirowski GW, Reamy BV. Glositis. 2010. Medlineplus. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001053.htm>

43. Erriu M, Canargiu F, Orrù G, Garau V, Montaldo C. Idiopathic atrophic

glossitis as the only clinical sign for celiac disease diagnosis: a case report. J Med Case Rep [revista en Internet]. 2012 [acceso 15 de julio de 2015]; 6 (185): 1-3. Disponible en: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/6/1/185>

44. Luchesse A, Guida A, Serpico R. Glossodynia and coeliac disease. Immunopharmacology and Immunotoxicology [revista en Internet]. 2012 [acceso 15 de julio de 2015]; 34(2): 247-249.

45. Garcia E, Blanco A, Rodriguez L, Reyes D, Sotres J. Queilitis. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2003. [acceso 6 de abril de 2016]; 40(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est09204.htm

46. Pérez P, Martínez B. Lique plano: Revisión de la literatura actual. Avances en odontoestomatología [revista en Internet]. 2009. [acceso 6 de abril de 2016]; 25 (2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original4.pdf>

47. González E, Aguilar M, Guisado R, Tristán J, García P, Álvarez J. Xerostomía: Diagnostico y manejo clínico. Rev Clin Med [revista en Internet]. 2009. [acceso 6 de abril de 2016]; 2 (6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000100009&script=sci_arttext

48. Mirowski GW, Reamy BV. Lengua geografica. 2010. Medlineplus. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001049.htm>