



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**ENFERMEDAD CELIACA COMO FACTOR DE RIESGO EN
PATOLOGÍAS BUCALES**

Autores:
Br. Veruzka Pérez
Br. María Martín

Urb. Yuma II, calle N 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) - Fax: (0241) 87123.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA: ODONTOLOGÍA



**ENFERMEDAD CELÍACA COMO FACTOR DE RIESGO
EN PATOLOGÍAS BUCALES.**

Trabajo de Grado para optar al título de Odontólogo.

Autor(es):

Br. Pérez Soto Veruzka Anaely

V- 29.525.948

Br. Martín Ojeda María José

V-28.480.442

Tutora Académica:

Od. Gerosima Saba

V-11.820.127

San Diego, Marzo de 2024.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por los ciudadanos **Pérez Veruzka y Martín María**, titulares de la cédula de identidad N° V-29.525.948 y V-28.480.442, respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“ENFERMEDAD CELIACA COMO FACTOR DE RIESGO EN PATOLOGÍAS BUCALES”**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.
En San Diego, a los 03 días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro

(Firma autógrafa del tutor)
OD. GEROSIMA SABA
CI V-11.820.127



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Gerosima Saba , portadora de la cédula de identidad N° 11.820.127, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por los ciudadanos **Pérez Veruzka** y **Martín María**, titulares de la **C.I: V-29.525.948** y **C.I: V-28.480.442** respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **“ENFERMEDAD CELIACA COMO FACTOR DE RIESGO EN PATOLOGÍAS BUCALES”**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 03 días del mes de Marzo del año dos mil veinticuatro.

(Firma autógrafa del tutor)
Od. Gerosima Ariett Saba Rangel
C.I.: 11.820.127



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **ENFERMEDAD CELÍACA COMO FACTOR DE RIESGO EN PATOLOGÍAS BUCALES**, realizado por el (las) Br. **VERUZKA ANAELY PEREZ SOTO**, portador(a) de la Cédula de Identidad N° **V-29.525.948** y Br. **MARIA JOSE MARTIN OJEDA**, portador(a) de la Cédula de Identidad N° **V-28.480.442** cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

En San Diego, a los tres días del mes de abril del año dos mil veinticuatro

Tutor Académico:



Jurado: *Ismery Vallera*
1900673

Jurado: *Hauven Coariva*
7064708

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza en cada paso que he dado durante este trayecto, quien me ha demostrado que sí puedo lograr cada objetivo que me proponga.

A mis padres, Yleana Soto y Oscar Pérez quienes me han brindado su amor y apoyo incondicionalmente, mis pilares fundamentales que me han inculcado los valores que hacen la persona que soy hoy en día.

A mis abuelos, que se que desde el cielo me guían en cada paso que doy e iluminan mi camino para que siempre logre mis objetivos, desde acá les retribuyo todo el amor que me han dado.

A mi familia, por siempre estar dispuestos a ayudarme cuando más los necesito y por ser mi fuente de apoyo, cariño y comprensión.

A mi novio, que ha estado conmigo en cada momento importante, que ha creído en mi y me ha brindado su amor y apoyo.

A mis amistades, quienes han sido parte importante en este camino, me han levantado en momentos difíciles y hemos compartido juntos este trayecto.

Agradezco a mis docentes quienes han sido una fuente de apoyo y aprendizaje sumamente importante a lo largo de mi carrera, en especial a quien además de ser mi profesora fue mi tutora: Od. Gerosima Saba, por siempre demostrarme que sí puedo, y por ser un ejemplo a seguir. Gracias por impartir sus conocimientos conmigo, la admiro, respeto y aprecio como docente y ser humano.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Primeramente Gracias Dios y a la virgen por estar conmigo en cada paso que doy por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por todas las bendiciones que has derramado sobre mí, alcanzar mis metas académicas y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante este camino.

A mis padres, Yity Ojeda y José Martín quienes han sido mi mayor fuente de inspiración, apoyo, dedicación, esfuerzo y sacrificio Gracias por creer en mí, por alentarme a perseguir mis sueños, les debo todo lo que soy y todo lo que he logrado hasta ahora, Gracias por ser mis pilares inquebrantables y por estar siempre a mi lado en cada paso que doy.

A mi hermano y cuñada, Desde el primer día de mi carrera, ustedes han estado a mi lado, animándome, motivándome y creyendo en mí incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades.

José Rafael, Tu presencia ha sido mi refugio en los momentos de estrés y tus palabras de aliento han sido mi motor para seguir adelante. Gracias por tu calidad de tiempo, esfuerzo y apoyo en todos los momentos en los que necesite de tu ayuda, por ser mi compañero incondicional en esta etapa tan importante de mi vida académica.

A mis docentes, por inspirarme a superar mis límites, por desafiarme a pensar de manera crítica y por brindarme las herramientas necesarias para crecer académicamente y personalmente.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

Resumen informativo	v
Introducción	1
CAPITULO	EL PROBLEMA
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivos generales	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases Teóricas	10
2.3 Bases legales	13
2.4 Definición de términos	14
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo, nivel y Diseño de la Investigación	16
3.2 Procedimiento Metodológico	16
3.3 Técnica de Análisis de Recolección de Información	18
CAPITULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 Mecanismos de etiopatogenia de la enfermedad celíaca	21
4.2 Relación de los mecanismos etiopatogénicos con las alteraciones bucodentales frecuentes en los pacientes con la enfermedad celíaca	26
4.3 Abordaje clínico odontológico en pacientes celíacos	30
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	32
5.2 Recomendaciones	33
REFERENCIAS	34



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ENFERMEDAD CELIACA COMO FACTOR DE RIESGO EN PATOLOGÍAS BUCALES

Autoras:

Br. Veruzka Perez.

Br. Maria Martín.

Tutor

Gerosima Saba.

Línea de investigación:

Odontología clínica y correctiva.

Mes y año:

Marzo 2024.

RESUMEN INFORMATIVO

Introducción: La enfermedad celíaca es un trastorno digestivo e inmunitario que daña elementos del intestino delgado, impidiendo que el cuerpo absorba vitaminas, minerales y otros nutrientes de los alimentos que consume. La malabsorción de estos puede provocar distintas alteraciones bucodentales trayendo problemas de salud bucal y afectando la calidad de vida. **Objetivo:** Conocer y diferenciar las alteraciones bucales relacionadas a la enfermedad celíaca en pacientes adultos, poniendo énfasis en la perspectiva centrada del odontólogo y la salud bucal. **Metodología:** El enfoque de esta investigación fue una revisión documental. **Resultados:** la enfermedad celíaca expone distintas manifestaciones orales, entre ellas: hipoplasia del esmalte, xerostomia, estomatitis aftosa, glositis atrófica, queilitis angular y lengua geográfica. **Conclusiones:** es importante proporcionar educación a la población acerca de los cuidados y protocolos adecuados sobre dicha enfermedad, así como a su vez se incita a la actualización odontológica con respecto a este trastorno, ya que el odontólogo puede detectar de manera precoz los signos presentados en la cavidad oral cuando esta aún no es diagnosticada, y a su vez referir a médicos especialistas para su tratado, como también ya una vez detectada dicha enfermedad, aplicar tratamientos adecuados sobre cualquier afección y mejorar así la calidad de vida del paciente.

Palabras claves: Enfermedad celíaca, manifestaciones bucodentales, diagnóstico



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES COLLEGE
DENTISTRY SCHOOL
CAREER: DENTISTRY



CELIAC DISEASE AS A RISK FACTOR IN ORAL PATHOLOGIES

Authors:

B.S Veruzka Perez

B.S Maria Martín

Tutor:

Gerosima Saba

Research line:

Clinical and corrective dentistry.

Month and year:

March 2024.

INFORMATIVE SUMMAR

Introduction: Celiac disease is a digestive and immune disorder that damages the small intestine; preventing your body from absorbing vitamins, minerals, and other nutrients from the meals you eat. Malabsorption of these can cause different oral disorders, causing oral health problems and affecting your quality of life. **Objective:** Know and differentiate oral alterations related to celiac disease in adult patients, emphasizing the focused perspective of the dentist and oral health. **Methodology:** The focus of this research was a documentary review. **Result:** celiac disease, they present different oral manifestations, including: enamel hypoplasia, xerostomia, aphthous stomatitis, atrophic glossitis, angular cheilitis and geographic tongue. **Conclusions:** It is important to provide education to the population about appropriate care and protocols for this disease, as well as encouraging dental updating regarding this disorder, since the dentist can early detect the signs presented in the cavity oral when it is not yet diagnosed, and in turn refer to specialist doctors for treatment, as well as once said disease is detected, apply appropriate treatments to any condition and thus improve the patient's quality of life.

Keywords: Celiac disease, oral manifestations, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía caracterizada por una intolerancia permanente al gluten; proteína existente en el trigo, centeno, cebada y avena que provoca una lesión severa de las vellosidades intestinales, y se normaliza tras su retirada de la dieta. Esta enfermedad dispone de un proceso frecuente y recientes estudios epidemiológicos muestran un aumento en la incidencia en los últimos años. En los adultos la aparición de los síntomas es entre los 30 y 40 años, produciéndose un aplanamiento de esta superficie intestinal, disminuyendo el área de absorción de los alimentos; la pérdida de esta superficie es la que delimitará el grado de síntomas en cada individuo.

La sintomatología varía de un paciente a otro, dependiendo del daño de la mucosa intestinal. La presentación típica incluyendo: diarrea, pérdida de peso, fatiga, distensión abdominal, vómitos, deficiencias nutricionales y anemia por deficiencia de hierro. En muchos casos puede pasar desapercibida, hasta que se manifiestan complicaciones. El correcto diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad es esencial. Recientes estudios han demostrado que un diagnóstico tardío o una enfermedad no tratada pueden conducir a otras condiciones autoinmunes, mortalidad, aumento de riesgo de osteoporosis, y malignizaciones.

El conocimiento del odontólogo sobre enfermedad celíaca le permitirá, estar preparado para correlacionar la sintomatología oral y sistémica asociadas, así lograr un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuados a estos pacientes. Así mismo, podrá hacer el diagnóstico precoz y la derivación respectiva si hubiere lugar

Este estudio se ha estructurado en capítulos, donde partiendo de un contexto general, se ha concretado el proyecto final. El capítulo I se explica de manera amplia la enfermedad celiaca y las manifestaciones bucodentales. Mientras el capítulo II se desarrollan los antecedentes, bases teóricas, bases legales, definición de términos para reconocer las patologías bucodentales en pacientes celíacos. El capítulo III, el cual refiere el proceso y diseño metodológico que se relaciona con los objetivos planteados, y la el enfoque de la investigación, enfatizando en el uso de la técnica de análisis de documentos relacionados a casos clínicos en concordancia con la temática de estudio; seguido del capítulo IV, donde se presentaron los resultados obtenidos de la investigación, para finalizar con el capítulo V, donde se estipulan las conclusiones del estudio con respecto a los objetivos planteados y las recomendaciones en torno a ampliar la información adecuada acerca del tema de investigación presentado en este estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La enfermedad celíaca (EC), es un trastorno digestivo, inflamatorio e inmunitario que afecta tanto a niños como adultos, perjudica principalmente el intestino delgado, se caracteriza por la intolerancia permanente, mediada por una respuesta inmune, a cereales que contienen gluten (1), como lo son trigo, centeno, cebada y avena (TACC). Se estima, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la EC se mantiene en la población mundial variando entre el 0.6 al 1%, la prevalencia del 1% en la población europea; esta varía ampliamente siendo en Reino Unido y Alemania las más bajas, seguido por Suecia y Finlandia estas presentan tasas de prevalencia alta entre un 2 a 3%; en estudios ejecutados en 2014, se determinó que la enfermedad se ha quintuplicado en los últimos 25 años, Estados Unidos cuenta con el 0.8 - 1% debido que la mayoría de los habitantes consumen alimentos que contienen gluten (2).

El Gluten es una proteína existente en el TACC, que provoca una lesión severa de las vellosidades intestinales, impidiendo que el cuerpo absorba vitaminas, minerales y distintos nutrientes de los alimentos que consume. El organismo sufre una respuesta patológica ante su consumo; siendo un complejo molecular de gran tamaño que químicamente se divide en cuatro clases de proteínas heterogéneas: gliadinas, gluteninas, albúminas y globulinas. (1)

La sintomatología varía de un paciente a otro dependiendo del daño de la mucosa intestinal. La presentación típica incluye diarrea, pérdida de peso, fatiga, distensión abdominal, vómitos, deficiencias nutricionales y anemia por deficiencia de hierro (3,4). Sin embargo, cada vez se señalan con mayor frecuencia casos en los que las manifestaciones digestivas están ausentes u ocupan un segundo plano. El diagnóstico de esta enfermedad se basa en criterios clínicos y sobre todo histológicos, siendo necesarias al menos tres biopsias intestinales para su confirmación definitiva (5).

En el ámbito Odontológico, los pacientes con EC presentan variadas alteraciones bucodentales que pueden llegar a determinar dicha enfermedad de acuerdo a sus manifestaciones, como lo son: hipoplasia del esmalte, estomatitis aftosa, glositis atrófica, síndrome de Sjögren, queilitis angular, y lengua eritematosa depapilada (6).

Este estudio, tiene como objetivo llevar a cabo una revisión bibliográfica para reconocer las manifestaciones clínicas presentes en la cavidad bucal, asociando signos y síntomas con el posible diagnóstico de un paciente celíaco, pudiendo así realizarse una derivación oportuna.

1.2 Formulación del Problema

En relación a lo anteriormente expuesto y con base en una revisión bibliográfica de los últimos años, se busca responder la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las manifestaciones bucodentales asociadas a la EC?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Conocer las alteraciones bucodentales relacionadas a la enfermedad celíaca en pacientes adultos

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Describir los mecanismos de etiopatogenia de la enfermedad celíaca.
2. Relacionar esos mecanismos con las alteraciones bucodentales frecuentes en los pacientes con la enfermedad celíaca.
3. Determinar el abordaje clínico odontológico en pacientes celíacos.

1.4 Justificación de la Investigación

La presente investigación se encuentra motivada a proporcionar el mejor manejo odontológico al momento de presentar las alteraciones bucodentales, antes mencionadas, como también identificar y lograr el diagnóstico de esta enfermedad por medio de dichas manifestaciones. Es de suma importancia reconocer cuáles son las características que se presentan en pacientes con EC, cuál sería la evaluación odontológica y los pasos que se deben seguir para obtener un correcto diagnóstico para así instaurar tratamiento acorde al caso.

Esta investigación es de carácter novedoso, serviría como implemento teórico para comprender y conocer cómo se debe de actuar al momento de presentarse pacientes con estas manifestaciones bucodentales, logrando determinar un posible diagnóstico precoz, y a su vez detener el desarrollo y complicaciones que puedan presentarse en esta enfermedad a un tiempo correspondiente. Basado en casos clínicos existentes alrededor del mundo,

beneficiando así a estudiantes, docentes, a la institución con el fortalecimiento de su línea de investigación y a odontólogos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes se establecerán en orden cronológico desde la fecha más antigua hasta la más vigente, haciendo referencia a:

Olszewska y cols, evaluaron la frecuencia de IgA endomisiales, característicos de la enfermedad celíaca, en 42 pacientes con estomatitis aftosa recurrente. De los 42 pacientes evaluados, sólo en 2 se observó la presencia de los anticuerpos y además se confirmó la enfermedad celíaca mediante histopatología, aunque los pacientes no presentaban síntomas clínicos típicos de este trastorno. En ambos pacientes, todos los síntomas relacionados con la estomatitis aftosa respondieron bien a una dieta sin gluten, lo que puede confirmar una posible relación entre la enfermedad celíaca y la EAR en estos pacientes. Los autores concluyen que a los pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente se les debe preguntar específicamente por las molestias gastrointestinales y se les debe realizar un cribado de IgA EMA para no pasar por alto una posible enfermedad intestinal, resaltando que estos pacientes positivos para IgA EMA pueden responder únicamente a una dieta sin gluten, sin farmacoterapia (7).

Livia Cigic y cols, evaluaron los anticuerpos contra la transglutaminasa tisular (anti tTG), los anticuerpos contra la gliadina (AGA) y la tipificación del antígeno leucocitario humano (HLA) en 60 pacientes GT y 60 sujetos de control sanos. La biopsia duodenal se realizó en

pacientes con pruebas serológicas positivas. Se encontró que 9 (15%) pacientes con GT fueron positivos para IgAtTG, y en esos pacientes los cambios histológicos compatibles con EC se confirmaron mediante biopsia duodenal, sólo dos de ellos refirieron la presencia de síntomas gastrointestinales. Los resultados de nuestro estudio demostraron la mayor prevalencia de EC en pacientes con GT, Por lo tanto, el examen clínico bucal debe considerarse una herramienta diagnóstica, especialmente en las formas atípicas o silenciosas de la EC, dado que puede contribuir a proporcionar un diagnóstico precoz (8).

Anam Ahmed, y cols, publicaron un estudio donde se realizó biopsia a 118 pacientes con EC confirmada (36 sin tratamiento previo y 82 en seguimiento durante al menos 1 año con dieta libre de gluten). El diagnóstico se realizó según los criterios estándar; las manifestaciones bucales fueron evaluadas por un cirujano dentista según los criterios de Aine. Obtuvieron como resultados un mayor número de pacientes con EC (66,9%), tanto los que no habían recibido tratamiento previo (69,4%) como los que recibieron dieta sin gluten (65.8%) tenían defectos del esmalte dental (EOS) en comparación con los controles (20%). La EOS se presenta bilateralmente simétrica y su manifestación fue mayor en pacientes con EC que en los controles. Las úlceras aftosas recurrentes también fueron mayores en pacientes con EC (80,6%), y el (63,4%) de los pacientes sin tratamiento previo y aquellos que ingieren una dieta sin gluten. Respectivamente, también informaron sensación de sequedad en la boca, que fue significativamente mayor que los controles (9).

Ajdani y cols, evaluaron los niveles de enzimas en pacientes con EC contra un grupo control de personas aparentemente sanas, se realizó un análisis de suero previo consentimiento de los pacientes, seguido a una muestra de saliva y se compararon ambas

pruebas. El cuestionario Xerostomía Inventory también se utilizó para determinar la gravedad de la xerostomía. Como parte de este estudio, se realizó un examen de factores como la concentración de proteínas totales de la saliva, la concentración de albúmina, el nivel de amilasa, el pH, el sodio, calcio, el potasio, el fósforo y la interleucina. Como resultado se observó que un total de 78 personas (de 15 a 68 años), 26 eran hombres (33,3%) y 52 mujeres (66,7%). En las comparaciones del suero y la saliva de personas con y sin EC, el nivel de amilasa fue mayor en el último grupo. Los niveles promedio de IL-6, IL-18, IL-21 y tTG en saliva y suero fueron más altos en personas con EC. Además, los pacientes con EC tenían más probabilidades de desarrollar xerostomía. Los hallazgos del estudio mostraron que la EC puede reducir ciertas enzimas y elementos salivales, así como aumentar las citoquinas inflamatorias, los tTG salivales y séricos (10).

Lucchese, A. y cols, publicaron una revisión acerca de los síntomas asociados más frecuentes en pacientes con EC. La información extraída de los artículos revisados se clasificó según el tipo de manifestación oral, y los resultados fueron: Estomatitis aftosa recurrente (34,6%), glositis atrófica y lengua geográfica (15,26%), defectos del esmalte (42,47%), retraso en la erupción dental (47,34%), xerostomía (38,05%), glosodinia (14,38%) y otras manifestaciones incluyendo queilitis, lengua fisurada, enfermedades periodontales y liquen plano oral que se encontraron en los pacientes celíacos de los estudios analizados. Se destaca que las manifestaciones orales en pacientes con EC, se encuentran ampliamente descritas en la literatura y podrían ayudar a diagnosticarla (11).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Enfermedad Celíaca

La enfermedad celíaca (EC) es una hipersensibilidad del intestino delgado que presentan algunas personas ante el TACC (1). Tiene como característica una herencia genética, la cual predomina en la primera generación. Los pacientes que son positivos en algunos marcadores serológicos, y que además presentan cambios morfológicos duodenales inducidos por el gluten, se caracterizan por tener infiltración de linfocitos en el compartimiento intraepitelial, hiperplasia en las criptas y atrofia en las vellosidades. Sobre la intolerancia al gluten, se reconoce que existe una dificultad sobre el diagnóstico, debido a que el único tratamiento efectivo para la EC, es implementar rigurosamente una dieta libre de gluten, garantizando así una recuperación efectiva de la mucosa lesionada (11).

2.2.2 Hipoplasia y su asociación a la Enfermedad celíaca

Hipoplasia siendo una de las afección más frecuentes, que consiste en una baja mineralización del esmalte; la mucosa oral de pacientes celíacos muestra un número significativamente mayor de células inflamatorias (CT), lo que se ha interpretado como una respuesta inmune a cantidades mínimas de gluten debido a una memoria inmunológica de hipersensibilidad ante problemas de malabsorción y deficiencia vitamínica (A, C, D), como también de calcio, tratándose así de un defecto de desarrollo que se caracteriza por presentar menos cantidad de esmalte de lo normal (12).

2.2.3 Xerostomía

En cuanto a la Xerostomía, consiste en el trastorno que se manifiesta cuando las glándulas salivales no producen suficiente saliva, las glándulas salivales menores (MSG), se localizan

en la submucosa oral; secretan una fracción relativamente grande de proteínas lubricantes a las superficies de la mucosa oral. Las MSG secretan entre el 30 y 35% de la inmunoglobulina A secretora (sIgA) que ingresan a la cavidad oral, por lo tanto desempeñan un papel importante en la inmunidad de la mucosa oral mediada por sIgA. Se cree que las MSG están continuamente estimuladas por antígenos orales debido a su ubicación superficial en la mucosa oral; sus conductos cortos pueden proporcionar vías para dichos antígenos que dan como resultado una respuesta inmunitaria local; provocando así, cambios en la percepción sensorial de pacientes con EC (13).

2.2.4 Estomatitis Aftosa Recurrente

La Estomatitis Aftosa Recurrente (RAS) es la afección inflamatoria y ulcerosa más común de la cavidad bucal, su patogenia a nivel local y sistémica, puede influir en la aparición de la enfermedad, su respuesta inmune es mediada por anticuerpos contra la membrana de la mucosa oral, por lo tanto, es considerada como una patología con algún grado de autoinmunidad. Del mismo modo, la producción de cascadas de citoquinas proinflamatorias desencadenadas, provocan la activación de linfocitos T y la quimiotaxis de neutrófilos, esto debido a la deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico, interfiriendo así la sensibilidad al gluten incluyendo como dentífrico el lauril sulfato de sodio (14).

2.2.5 Queilitis Angular

La Queilitis Angular (AC), es una inflamación que se presenta en forma de grietas en la comisura labial, debido a microorganismos que proliferan en condiciones de humedad, puesto que la saliva que se acumula en la zona puede propiciar su desarrollo, entre los

factores que pueden contribuir a la aparición de AC se incluyen deficiencias nutricionales, especialmente vitaminas del complejo B, C y deficiencia de hierro (15)

La regularidad con la que aparece la EC, es determinada dependiendo de la sintomatología con la que se presenta, así como las técnicas que se aplican para el diagnóstico de la misma. Dicha enfermedad es difícil de precisar desde sus inicios, debido que, en su mayoría de los casos, ha avanzado en grandes cantidades de tiempo.

La EC durante años, se ha relacionado exclusivamente, con su forma clásica de presentación clínica. Se considera que esta enfermedad tiene las mismas características de un iceberg; dado que, sobre su parte visible, se encuentra solo una pequeña porción, conformada por las personas diagnosticadas, mientras que, en su parte final, se hallan los que no presentan un diagnóstico, pero sí una enfermedad silenciosa. El reconocimiento de otras formas atípicas de manifestarse de forma asintomática, permiten la existencia de diferentes tipos de celiaquía; sintomática: poseyendo los síntomas extremadamente diversos, aunque la mayoría están relacionados con síntomas digestivos; silente: exponen anticuerpos específicos, genética positiva y daño intestinal, pero no existen suficientes síntomas como para sospechar de ella; latente: definida por la presencia de genes típicos de la enfermedad, pero sin presencia de algún daño intestinal, pueden o no presentar tanto síntomas, como anticuerpos, siendo el tipo de EC más complejo de diagnosticar; potencial: se da en pacientes que tienen predisposición genética, pudiendo existir anticuerpos, no existe atrofia intestinal, y pueden o no exponer síntomas.

2.3 Bases legales

La investigación actual está enmarcada en el ámbito legal de la constitución Bolivariana de Venezuela y la Ley del Ejercicio de la Odontología. Haciendo mención a los artículos 83 y 84 de la constitución bolivariana de Venezuela, reconociendo a la salud como un derecho fundamental en el cual el estado está en obligación de atender las necesidades de salud pública, elevar la calidad de vida y aumentar el bienestar de manera colectiva a través de los servicios sanitarios, dándole prioridad a la promoción de salud y prevención de enfermedades, con el fin de garantizar tratamientos oportunos y asegurar una rehabilitación de calidad (16,17). De acuerdo a la Ley del Ejercicio de la Odontología; haciendo alusión a lo descrito en el artículo 2; se destaca la práctica odontológica como una prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; las cuales serán debidamente tratadas por profesionales legalmente autorizados. Se hace referencia a lo descrito en el artículo 16 de la Ley del Ejercicio de la Odontología; profesionales que ejerzan la odontología deben de estar debidamente capacitados y legalmente autorizados, para así correctamente atribuir a los problemas de salud pública ocasionados por enfermedades bucodentarias (18).

Esta investigación se estará basando en artículos y citas bibliográficas, por lo que de esta manera se hará ejercer y se tomará en cuenta lo presentado en la Ley de Protección de Derechos de Autor, dando su debido reconocimiento a autores citados, tal como lo dicta el artículo 19 (17).

2.4-Definición de Términos básicos.

Antígeno: Hace referencia a cualquier sustancia que provoca que el sistema inmunitario produzca anticuerpos contra sí mismo.

Estomatitis Aftosa: Forma común de las úlceras bucales. Pueden presentarse con infecciones virales zonas de la mucosa oral, como labios, lengua, interior de las mejillas, encías, y piso de boca; suelen adquirir un color blanco o amarillento, con un cerco rojo alrededor (1).

Glositis: Inflamación de la lengua que puede ser causada por una variedad de factores, como infecciones, deficiencias de vitaminas o irritantes bucales. Los síntomas de la glositis incluyen dolor, inflamación, enrojecimiento y sensibilidad en la lengua (7).

Gluten: Conjunto de proteínas de pequeño tamaño, contenidas exclusivamente en las semillas de los cereales de secano, fundamentalmente el trigo, pero también la cebada y el centeno, así como cualquiera de sus variedades e híbridos, y algunas variedades de avena(3).

Hipoplasia del Esmalte: Consiste en la mineralización deficiente del esmalte durante la formación de las unidades dentarias, tratándose de un defecto de desarrollo que se caracteriza por tener menos cantidad de esmalte de lo normal (5).

Lengua Eritematosa (Geográfica): Se presenta cuando las pequeñas protuberancias de la lengua llamadas papilas. Esta condición afecta tanto a las papilas filiformes como a las fungiformes, alterando el color y la textura de la lengua 8.

Malabsorción: Afección que impide la absorción de nutrientes a través del intestino delgado (3).

Mucosa intestinal: Capa constituida por células que se encuentran en la cara interna del intestino, tapizando. Es la porción que se proyecta hacia la luz intestinal, y es la encargada de la absorción de los alimentos y de los mecanismos de protección (11).

Queilitis Angular: Inflamación generalmente bilateral y crónica de las comisuras labiales caracterizadas por la aparición de un eritema que posteriormente desarrolla fisuras y grietas que luego se forman costras que suele extenderse hasta la zona perioral (15).

Vellosidades Intestinales: Se refiere a las proyecciones microscópicas en forma de dedo que recubren la superficie interna del intestino delgado, estas vellosidades son esenciales para la absorción de nutrientes de los alimentos que se digieren en el intestino delgado (10).

Xerostomía: Trastorno que se produce cuando las glándulas salivales no producen suficiente saliva como para mantener la boca húmeda; dado que la saliva es necesaria para masticar, tragar, saborear y hablar, estas actividades llegan a ser más difíciles con sequedad en la boca(13).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo, nivel y diseño de la Investigación

La investigación se llevó a cabo bajo un enfoque de tipo documental en el marco de la línea de investigación de la Universidad José Antonio Páez, del campo de la odontología clínica y correctiva. La investigación representa un avance del conocimiento en esta área y proporciona información relevante que es utilizada por odontólogos y gremios de la salud bucal para una correcta atención en pacientes con enfermedad celíaca. Se logró esta investigación con un nivel descriptivo y analítico, con diseño de revisiones narrativas del estado del conocimiento, con la intención de interpretar las alteraciones bucodentales de la EC que permiten realizar tratamientos efectivos y especializados.

3.2 Procedimiento metodológico

Se empleó una revisión documental, de manera metódica y rigurosa, se analizó cada documento en busca de evidencia que respaldara la observación que se realizó previamente. En el lapso entre agosto y diciembre 2023, se hizo una revisión de diferentes estudios clínicos, revistas especializadas y artículos científicos, recopilando la información necesaria y corroborando la observación inicial.

Se accedió a páginas de información confiables y reconocidas, tales como Google Scholar y PubMed. Se utilizaron descriptores específicos relacionados: "Celiac Disease", "Celiac

AND Xerostomia", "Celiac AND Angular Cheilitis", "Celiac AND Oral Disorder", "Celiac AND Aphthous Stomatitis".

La búsqueda se hizo en inglés y español y se utilizaron criterios de inclusión y exclusión basados en la relevancia temática y rigurosidad metodológica, dando énfasis a la fecha de publicación, para distinguir de manera precisa los artículos de interés, resultando un total de artículos originales que se ejecutó con lo siguiente:

Criterios de inclusión:

- Artículos originales publicados a partir del año 2019.
- Artículos en idioma inglés y español.
- Artículos vinculados con el tema a investigar.
- Artículos revisión, publicados en revistas especializadas, arbitradas e indexadas en las bases de datos más conocidas especializadas en el área de salud.

Criterios de exclusión:

- Artículos publicados con más de 5 años.
- Artículos sin autor.
- Artículos no vinculados al objetivo a investigar.
- Artículos incompletos.
- Artículos no disponibles y bloqueados.

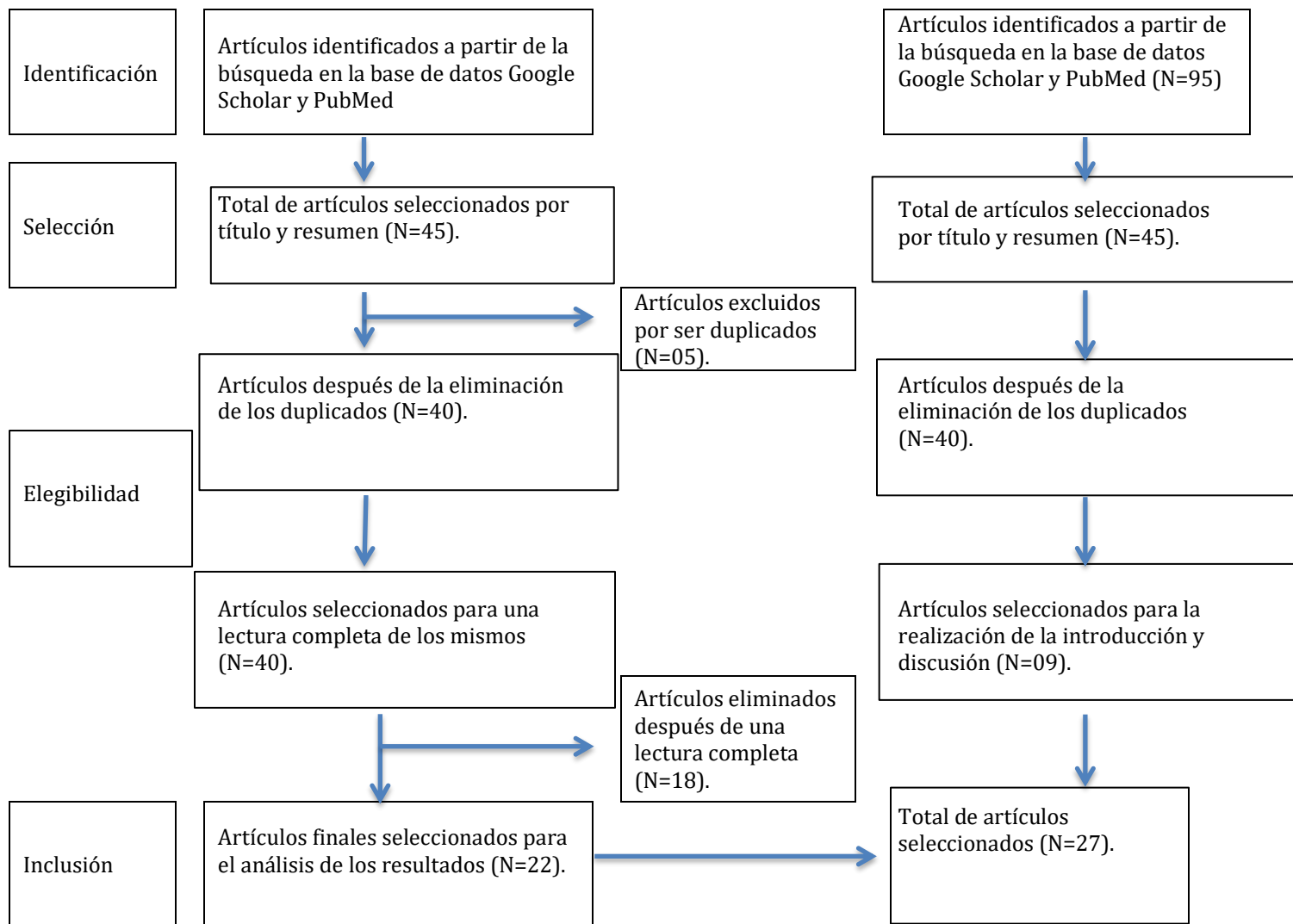
3.3 Técnica de Análisis de Recolección de Información

La información sobre la evolución de la enfermedad celíaca y las manifestaciones bucales se gestionó organizando el material revisado en fichas bibliográficas que fueron sistematizadas y analizadas para construir la narrativa de cada uno de los objetivos específicos, organizada en matrices de contenido.

3.4 Selección de la bibliografía

La selección de la bibliografía para esta revisión, así como los criterios utilizados se presentan en la figura 1.

Figura 1. Flujograma para la selección de artículos



Un total de 95 artículos se encontraron en la base de datos Google Academic y PubMed; 40 de ellos fueron considerados tras la aplicación de los criterios de elegibilidad del estudio. Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad del estudio, se identificaron un total de 24 artículos para su análisis cualitativo. Según el diagrama de flujo, los estudios identificados que no fueron elegidos para el análisis cualitativo se utilizaron como fuente secundaria para realizar la introducción y discusión. Para una mejor comprensión y análisis de los resultados, estos se presentan en tablas donde figuran los autores, los objetivos de la muestra del estudio, los criterios utilizados para la evaluación de los resultados.

CAPÍTULO IV

SÍNTESIS Y ANÁLISIS

1. Mecanismos de etiopatogenia de la enfermedad celíaca

La EC se define como una respuesta inmune al gluten presente en el trigo, la cebada y el centeno, caracterizándose por la lesión del intestino delgado y la presencia de anticuerpos específicos (22), como se observa en la figura 2. En la mayoría de los pacientes se requiere una biopsia intestinal para confirmar el diagnóstico. Se desconoce la causa precisa de la EC, prácticamente, la enfermedad se desencadena por una reacción inmune excesiva al contacto con la mucosa intestinal con el gluten de algunos cereales; es caracterizada por manifestaciones intestinales y/o extraintestinales.

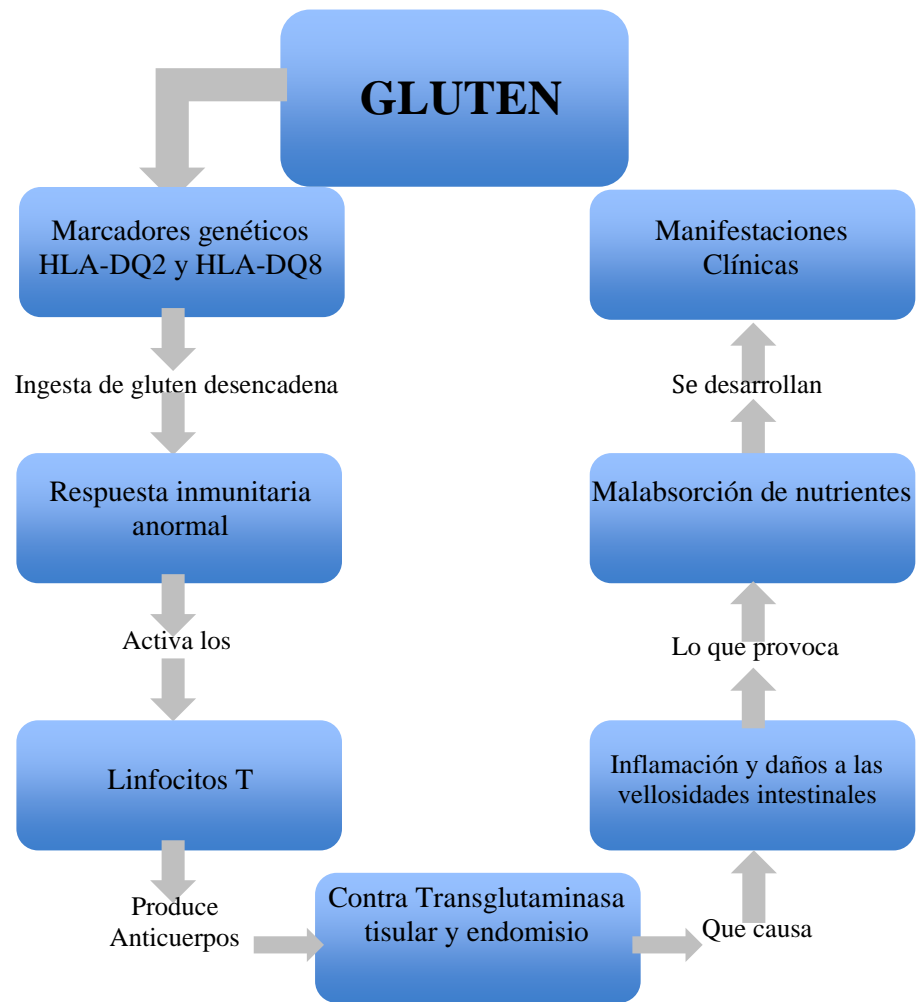


Figura 2. Mecanismo etiopatogénico de la enfermedad celíaca.

La etiopatogenia de la EC se asocia a factores ambientales y genéticos, el consumo de gluten en sujetos genéticamente predispuestos, que cursa con una combinación variable de síntomas y signos clínicos, anticuerpos específicos, haplotipo HLA de susceptibilidad DQ2-DQ8 y enteropatía característica. Los genes HLA-DQ2 y HLA-DQ8 son los principales factores de riesgo genético para la EC. Estos genes codifican proteínas que presentan el gluten a las células T, lo que desencadena la respuesta inmune (22,23).

En la tabla 1 se resumen factores relacionados con la EC. En relación a los factores ambientales, la exposición al gluten es necesaria para el desarrollo de la EC. Otros factores ambientales, como la microbiota intestinal y las infecciones virales, también pueden influir en el desarrollo de la enfermedad; la microbiota, gracias a sus peptidasas secretadas, no sólo puede formar péptidos inmunogénicos, sino también, por el contrario, eliminar péptidos inmunogénicos que no son escindidos por las enzimas intestinales. Ciertas bacterias expresan epítomos parecidos a la gliadina, lo que desencadena una respuesta inmune en el huésped (24,25).

Así mismo, las proteínas del gluten (alfa gliadinas y gluteninas) poseen un alto contenido en prolina lo que les otorga resistencia ante la acción de proteasas gastrointestinales, por lo que no pueden ser totalmente digeridas y permanecen como péptidos en el tracto digestivo sin sufrir una proteólisis total, a diferencia de la mayoría de proteínas de la dieta. Estos péptidos con un alto contenido en prolina y glutamina se acumulan en el lumen intestinal y acceden a la lámina propia bien por

vía para celular debido a una permeabilidad aumentada, o bien por vía transcelular mediante endocitosis (26,27).

Es de suma importancia saber reconocer las manifestaciones bucales más comunes que están relacionadas con dicha enfermedad, teniendo en cuenta que la atención odontológica correcta nos podrán ayudar con un diagnóstico presuntivo de la misma. La correlación entre la EC y diversas manifestaciones orales es sumamente alta. Según los últimos hallazgos epidemiológicos se ha observado un aumento en la frecuencia de lesiones periodontales en estos pacientes, viéndose la periodontitis mayormente asociada afectada (23). También, se señala que el déficit de vitamina D puede causar estas alteraciones, ya que la función principal de la vitamina D es la elevación de los niveles séricos de calcio y fosfato, esenciales para la mineralización ósea, presentándose de manera escasa en pacientes con enfermedad celíaca debido a su consumo dietético anti vitamínico (24).

Tabla 1.: Mecanismos de etiopatogenia de la enfermedad celíaca

AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES RELEVANTES
Domsa EM, Berindan Neagoe I, Para I, Munteanu L, Matei D, Andreica V. (2020)²²	Narrativo	Reacción inmune excesiva al contacto de la mucosa intestinal con el gluten. Un factor genético con riesgo documentado de EC es la presencia de HLA-DQ2.5 que está codificado por DQA1*05:01 y Genes DQB1*02:01 en posición cis (haplotipo DR3) o transposición (haplotipos DR5 y DR7).
Llorente Pelayo S, Palacios Sánchez M, Docio Pérez P. (2021)²³	Retrospectivo	Participación de factores ambientales en la fisiopatología de la enfermedad. Existe además evidencia de la participación de la microbiota en el desarrollo de enfermedades digestivas y autoinmunes, incluida la EC.
González Costa M, Padrón González AA. (2021)²⁴	Revisión	Se asocia a la invasión de <i>Staphylococcus</i> en el duodeno. Las especies comensales intervienen en el desarrollo de linfocitos T reguladores y producción de IL-10. Existe incremento de las especies como Bacteroidetes y disminución de Firmicutes. En enfermedades neuroinflamatorias autoinmunes, la disbiosis de la microbiota origina linfocitos autorreactivos.
Belei O, Jugănaru I, Basaca D-G, Munteanu AI, Mărginean O. (2023)²⁵	Revisión	eE microambiente local, que está significativamente influenciado por la microbiota, desempeña un papel crucial en la patogénesis de la enfermedad y en la degradación de la tolerancia al gluten de la dieta. Ciertas bacterias expresan epítomos parecidos a la gliadina, lo que desencadena una respuesta inmune en el huésped. Otras bacterias, como <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , pueden exacerbar sinérgicamente la inflamación de la mucosa cuando se combinan con gluten.
Moreno ML, Sousa C. (2020)²⁶	Narrativo	Las proteínas del gluten tienen un alto contenido de prolina y glutamina que se acumulan en el lumen intestinal y acceden a la lámina propia bien por vía para celular debido a una permeabilidad aumentada, o bien por vía transcelular mediante endocitosis; una vez en la lámina propia, estos péptidos inducen una respuesta inmune innata que degeneran hiperplasia de las criptas y aplanamiento de las vellosidades.
Lucchese A, Di Stasio D, De Stefano S, Nardone M, Carinci F. (2023)¹¹	Revisión	Las alfa gliadinas y las gluteninas del trigo provocan un evento tóxico en la mucosa intestinal de individuos genéticamente predispuestos. El resultado es la atrofia de las vellosidades y la infiltración de linfocitos en la mucosa del intestino delgado. La activación de las células T impulsada por el

		gluten se propaga por todo el tracto gastrointestinal.
Wieser H, Amato M, Caggiano M, Ciacci C. (2023) ²⁷	Revisión	Digestión incompleta de las proteínas del gluten en el tracto gastrointestinal, liberación de péptidos inmunogénicos, respuestas inmunes adaptativa e innata combinadas a los péptidos en la lámina propia. daño a la mucosa del intestino delgado, atrofia de las vellosidades, hiperplasia de las criptas y aumento de la infiltración de linfocitos en el epitelio.
Liu J, Lundemann A-KJ, Reibel J, Pedersen AML. (2022) ¹²	Revisión	Ingestión de péptidos derivados de gliadina conduce a la activación de células inmunes en la lámina propia del intestino delgado y al reclutamiento de linfocitos T infiltrantes, que inician una respuesta inmune. cambios estructurales en el epitelio intestinal, infiltración linfocitaria y atrofia de las vellosidades malestar abdominal y malabsorción nutricional. defectos del esmalte dental, estomatitis aftosa recurrente, retraso en la erupción dental, queilitis angular, sensación de picazón y ardor en la mucosa oral, glositis atrófica y xerostomía

2- Relación de los mecanismos etiopatogénicos con las alteraciones bucodentales frecuentes en los pacientes con la enfermedad celíaca:

A menudo en pacientes con problemas relacionados con el gluten se pueden encontrar trastornos en la cavidad bucal: estomatitis aftosa, glositis descamativa, queilitis angular, gingivitis, hipoplasia del esmalte, xerostomía, entre otras (28).

Dado que la boca es el segmento inicial del sistema gastrointestinal, puede proporcionar un sitio fácilmente detectable donde las manifestaciones de EC pueden contribuir significativamente a los procesos de diagnóstico. Tanto las lesiones del tejido oral duro como el blando se han asociado con la EC, y la coexistencia de aftas con la EC podría indicar reacciones autoinmunes subyacentes. Otras manifestaciones menos frecuentes en los pacientes con EC son la glositis o glosodinia y algunos cánceres orales, también se relaciona la halitosis, sensibilidad dentinaria, liquen plano, lengua geográfica, retraso en la erupción dental, hipomineralización molar incisivo y maloclusiones (en niños). La inflamación crónica y la malabsorción de nutrientes que se produce en la EC pueden tener un impacto directo en la salud bucal. Algunas de las relaciones entre los procesos etiopatogénicos de la EC y las manifestaciones bucales se resumen en la figura 3. (11, 29, 30, 31, 32, 33):

•**Defectos del esmalte dental:** La malabsorción de calcio y vitamina D puede afectar el desarrollo del esmalte dental, lo que aumenta la susceptibilidad a la aparición de defectos. Clínicamente, se perciben como defectos de coloración del esmalte o

hipoplasia del esmalte, estas características dentales son útiles para deducir el diagnóstico incluso cuando no hay otros síntomas claros de la EC (34).

•**Queilitis angular:** La deficiencia de hierro y riboflavina, comunes en la EC, puede contribuir a la aparición de queilitis angular (34).

•**Glositis:** La atrofia de las vellosidades intestinales puede afectar la absorción de vitamina B12, lo que puede causar glositis (32).

•**Candidiasis oral:** La inmunodeficiencia secundaria a la EC puede aumentar el riesgo de desarrollar candidiasis oral (35,36).

•**Xerostomía:** La malabsorción de zinc puede afectar la función de las glándulas salivales, lo que puede contribuir a la xerostomía (37,38).

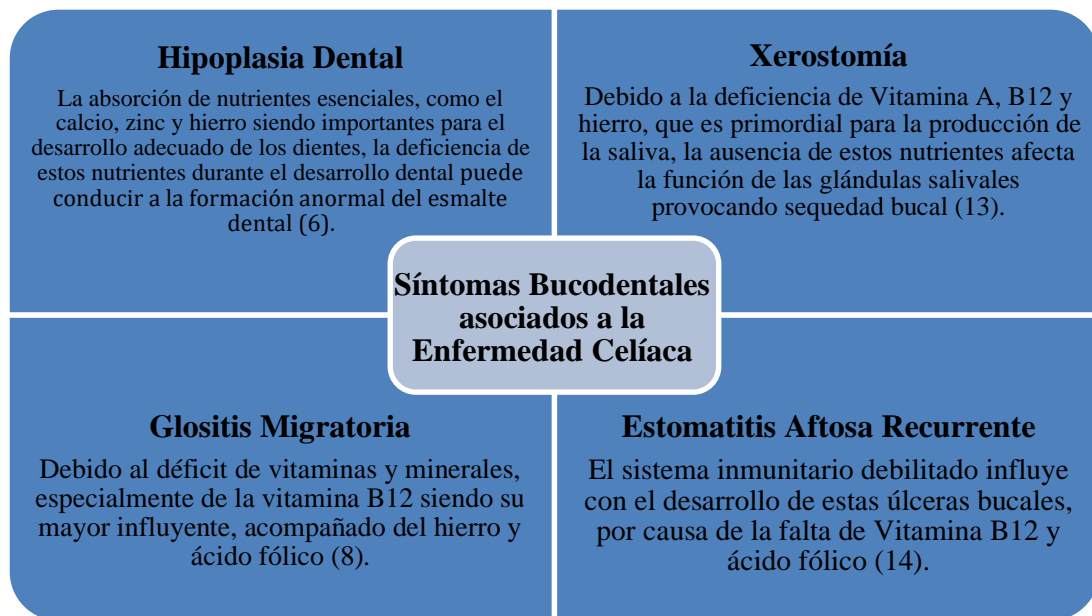


Figura 3. Relación de las alteraciones bucodentales más frecuentes en los pacientes con la enfermedad celíaca.

Tabla 2. Relación de las alteraciones bucodentales más frecuentes en los pacientes con la enfermedad celíaca.

AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES RELEVANTES
Kustro T, Antonenko M, Gubska O. (2020)²⁸	Transversal	Estomatitis aftosa, glositis descamativa, queilitis angular, gingivitis, hipoplasia del esmalte, xerostomía, etc.
Rojas Ortiz GT, Noguera Domínguez SM, Ferreira Rivarola LDM, Britos M, Meza MS. (2023)²⁹	Observacional descriptivo	Estomatitis aftosa recurrente (EAR), hipoplasia del esmalte, lengua eritematosa, entre otras.
Boza Oreamuno YV, Rugama Flores MF. (2021)³⁰	Reporte de casos	Estomatitis aftosa recurrente (EAR), hipoplasia del esmalte, lengua eritematosa, entre otras. A nivel bucal la EAR, sensación de ardor, etc. pueden preceder a la enfermedad subyacente y por lo tanto pueden facilitar un diagnóstico oportuno
Lucchese A, Di Stasio D, De Stefano S, Nardone M, Carinci F. (2023)¹¹	Revisión	úlceras aftosas recurrentes (RAS), defectos del esmalte dental (EOS), retraso en la erupción dental, caries múltiples, queilitis angular, glositis atrófica, sequedad de boca y sensación de ardor en la lengua.
Nemteanu R, Balan GG, Mihalas E, Plesa A, Savin C. (2020)³¹	Revisión	Lesiones de los tejidos mineralizados, como defectos del esmalte dental (DED) y subtipos: hipoplasia del esmalte, erosiones o dientes desgaste, lesiones de tejidos blandos como úlceras aftosas (AU), estomatitis aftosa recurrente (RAS), queilitis angular, glositis atrófica y, en algunos casos, casos, carcinoma de células escamosas de orofaringe
Alsadat FA, Alamoudi NM, El Housseiny AA. (2021)³²	Narrativo	estomatitis aftosa recurrente (RAS), defectos del esmalte dental (EOS) y retraso en la madurez dental
Balan GG, Nemteanu R, Mihalas E, Plesa A, Savin C. (2021)³³	Revisión	Síndrome de Plummer-Vinson, atrófico. glositis, glosodinia y algunos cánceres orales.
Amir RM, Abdelwahab M, Abdelaziz A. (2021)³⁴	Reporte de casos	Hipomineralización del tejido, hipoplasia del esmalte, estomatitis aftosa recurrente y queilitis angular, retraso en la erupción, maloclusión, glositis atrófica y geográfica, glosodinia, liquen plano, enfermedades periodontales y xerostomía.
Al-Zahrani MS, Alhassani AA, Zawawi KH. (2021)³⁵	Revisión	Defectos del esmalte dental y úlceras orales. Aunque se ha informado una asociación entre las úlceras aftosas recurrentes y la EC, no se recomienda

		de forma rutinaria la detección de la EC en pacientes con úlceras aftosas.
Nota A, Abati S, Bosco F, Rota I, Polizzi E, Tecco S. (2020)³⁶	Revisión	Sensibilidad dentinaria, xerostomía, defectos en el esmalte, xerostomía y halitosis
Kulkik HH, Cruz I, Celli A, Fraiz FC, Assunção LR da S. (2020)³⁷	Retrospectivo	Hipomineralización Molar Incisivo (MIH)
Liu J, Lundemann A-KJ, Reibel J, Pedersen AML. (2022)¹²	Revisión	Defectos del esmalte dental, estomatitis aftosa recurrente, retraso en la erupción dental, queilitis angular, sensación de picazón y ardor en la mucosa oral, glositis atrófica y xerostomía
Zoumpoulakis M, Fotoulaki M, Topitsoglou V, Lazidou P, Zouloumis L, Kotsanos N. (2019)³⁸	Observacional	Defectos del esmalte dental, estomatitis aftosa recurrente, retraso en la erupción dental, queilitis angular, sensación de picazón y ardor en la mucosa oral, glositis atrófica y xerostomía
Durazzo M, Ferro A, Brascugli I, Mattivi S, Fagoonee S, Pellicano R. (2022)³⁹	Revisión	Defectos del esmalte (DE), retraso en la erupción dental y estomatitis aftosa recurrente (EAR) Otros DE, como decoloraciones u opacidades, especialmente si no son simétricas ni cronológicas, se consideran inespecíficas.

3- Abordaje clínico odontológico en pacientes celíacos

Cabe resaltar que en relación al abordaje odontológico de los pacientes con EC no se encontró un único protocolo o tratamiento recomendado para estos pacientes, en la figura 4 se presentan los distintos abordajes clínico odontológicos reportados en la literatura.

El manejo odontológico del paciente con EC debe ser integral y multidisciplinario. Es importante realizar un diagnóstico temprano de la EC y derivar al paciente a un médico especialista para su tratamiento (38). Es importante la colaboración entre el odontólogo y el médico especialista en EC para garantizar un manejo integral del paciente. El tratamiento por excelencia de la enfermedad celíaca es llevar una dieta libre de gluten, en la mayoría de los casos la eliminación del gluten disminuye o desaparece algunas de las manifestaciones bucales excepto por los defectos del esmalte (39,40). Ahora bien, el odontólogo debe tener presente cuales son las características bucodentales más frecuentes en estos pacientes para poder realizar un diagnóstico oportuno y derivar con un gastroenterólogo o nutricionista según lo considera para garantizar un enfoque de tratamiento multidisciplinario (39, 41).

Específicamente, la atención dental debe estar orientada a tratar las manifestaciones bucales tomando en consideración que la prescripción de medicamentos, si es que lo requiere, deben ser libres de gluten. Es importante, procurar que las patologías bucales asociadas a la EC no comprometan la calidad de vida del paciente, especialmente durante la masticación y el habla.

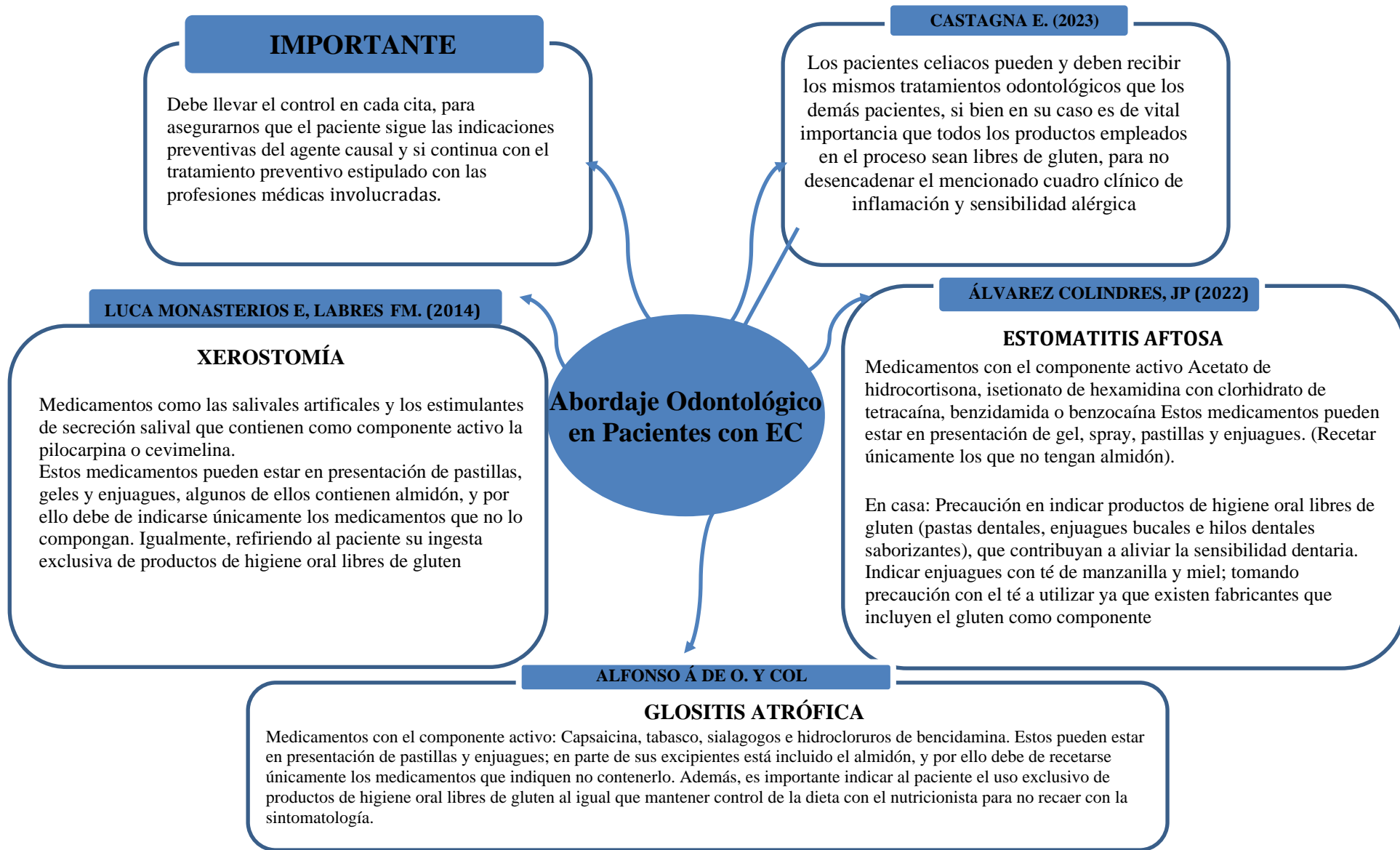


Figura 4. Abordaje clínico en pacientes con enfermedad celíaca

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

Una vez analizados todos los aspectos desarrollados en el presente estudio se llegaron a las siguientes conclusiones. La Enfermedad Celiaca se identifica mayormente de manera silenciosa en la población. Dicha reacción inmunológica se da únicamente ante la ingesta de gluten, trigo, cebada y centeno, esta enfermedad daña el intestino delgado de tal forma que dificulta la absorción de estos nutrientes vitales por parte del organismo. Además, se ha observado en el contexto odontológico, que presenta distintas manifestaciones bucodentales tales como: hipoplasia del esmalte, xerostomía, glositis atrófica, estomatitis aftosa, queilitis angular y lengua geográfica.

Es importante destacar que la sintomatología varía de un paciente a otro dependiendo del daño de la mucosa intestinal, una detección temprana de la enfermedad ayudará a un desarrollo psicológico y físico normal, disminuyendo también la posibilidad de desarrollar linfomas, neoplasias gastrointestinales y trastornos orales.

Resulta fundamental proporcionar educación y concienciación a la población acerca de la importancia de estos cuidados y protocolos adecuados. Las visitas al odontólogo deben de ser periódicas, ya que la enfermedad celiaca y la salud bucodental están estrechamente relacionadas. En este sentido, el odontólogo es clave por dos motivos: puede detectar los signos de esta enfermedad cuando todavía no ha sido diagnosticada

y derivar al paciente al especialista para que lo confirme; y, una vez diagnosticada la celiaquía, este podrá tratar de forma precoz cualquier afección relacionada con la enfermedad y mejorar así la calidad de vida del paciente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los odontólogos conocer las principales manifestaciones orales de la enfermedad celiaca para así tratar la misma de manera precoz.

Se recomienda actualizarse en cuanto a este trastorno con el fin de integrar herramientas esenciales que vayan de la mano con la atención adecuada para la atención de los pacientes con dicha enfermedad.

Se recomienda a las autoridades odontológicas integrales estar al tanto en cuanto a los signos que presenta esta enfermedad, para ser evaluados de manera correcta, realizando interconsultas a médicos especialistas en el proceso de diagnóstico de dicho trastorno.

REFERENCIAS

1. FM y Kalmar SPSCACB. Enfermedad celíaca y estomatitis aftosa recurrente: informe y revisión de la literatura. *Cirugía bucal, medicina bucal, patología bucal, radiología bucal y endodoncia.*; 2016.
2. Yen Hao Holding Company, Tainan, Taiwan. Use of imidazolium-based green ionic liquids for gluten extraction: investigation of the influence of side chains and anions. <https://doi.org/10.1101/2023.09.17.558121>
3. Fasano A. Trastornos autoinmunes sistémicos en la enfermedad celíaca. *Opinión actual Gastroenterol.* 2006;22(6):674–9.
4. Campisi G, Liberto D, Iacono C, Compilato G. *AlimentPharmacol y Therapeutics.* 2007.
5. Rasmusson CG, Eriksson MA. Celiac disease and mineralisation disturbances of permanent teeth. *Int J Paediatr Dent [Internet].* 2001;11(3):179–83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11484467/>
6. Jakubowska E, Łazicka P, Tuczyńska M, Karolak A. Dental and oral manifestations of celiac disease: a review of the literature. *Journal of Education.* 2023.<https://orcid.org/0009-0007-7372-5327>
7. Olszewska M, Sulej J, Kotowski B. Frequency and prognostic value of IgA and IgG endomysial antibodies in recurrent aphthous stomatitis. *Acta Derm Venereol [Internet].* 2006;86(4):332–4. <https://doi.org/10.2340/00015555-0087>
8. Cigic L, Galic T, Darkokero M, Simunic I, Danijelakalibovicgovorko D. The prevalence of celiac disease in patients with geographic tongue *J Oral Pathol Med;2016. J Oral Pathol Med.* 2016.<https://doi.org/10.1111/jop.12450>
9. Ahmed A, Singh A, Kajal S, Chauhan A, Mahendra SR, Banyal V, et al. Dental enamel defects and oral cavity manifestations in Asian patients with celiac disease;2021. <https://doi.org/10.1007/s12664-021-01175-7>
10. Ajdani M, Mortazavi N, Besharat S, Mohammadi S, Amiriani T, Sohrabi A, et al. Serum and salivary tissue transglutaminase IGA (tTG-IGA) level in celiac patients. *BMC Gastroenterol [Internet].* 2022;22(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35933327/>
11. Lucchese A, Di Stasio D, De Stefano S, Nardone M, Carinci F. Beyond the gut: A systematic review of oral manifestations in celiac disease. *J Clin Med [Internet].* 2023;12(12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12123874>
12. Liu J, Lundemann A-KJ. Anne-Marie Lynge Pedersen Beyond the gut: a systematic review of oral manifestations in celiac disease. En: Jesper Rebel. 2022.<https://doi.org/10.3390/jcm12123874>

13. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(1):61–9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12555958/>
14. Parish P, Dds CF, Phd CM, Msd F, Dds MS, Kalmar JR, et al. Celiac disease and recurrent aphthous stomatitis: A report and review of the literature. Columbus, Ohio, and Los Angeles; 2002. https://www.academia.edu/447573/Celiac_Disease_and_Recurrent_Aphthous_Stomatitis_a_Report_and_Review_of_the_Literature?from_sitemaps=true&version=2
15. Robert T, Stephen E. Angular cheilitis, part 1: local etiologies;2011. <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/087060289.pdf>
16. Constitución De La República Bolivariana De Venezuela, Título I, Capítulo V. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela > Título III > Capítulo V : Ley de Venezuela. 2023.
17. Ley del Ejercicio de la Odontología [Internet]. Elcov.org. [citado el 6 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley1.htm>
18. Ley sobre el derecho de autor. Palacio Federal Legislativo el 14 de agosto de 1953. Caracas.
19. Arias F. El proyecto de investigación. Nivel y modalidad de la investigación. Editorial Episteme. 2012.
20. Hernández Sampieri R. Metodología de La Investigación. McGraw-Hill Companies; 2006.
21. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 2012.
22. Domsa EM, Berindan Neagoe I, Para I, Munteanu L, Matei D, Andreica V. Celiac disease: A multi-faceted medical condition. *Journal of Physiology and Pharmacology.* 2020; 71 (1): 3-14. DOI: 10.26402/jpp.2020.1.01
23. Llorente Pelayo S, Palacios Sánchez M, Docio Pérez P. Infecciones en la primera infancia como factor de riesgo de enfermedad celiaca. *Anales de pediatría.* 2021; 293-300
24. González Costa M, Padrón González AA. Factores etiopatogénicos de las enfermedades autoinmunes en el siglo XXI. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2021; 40 (1): e842. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100019&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100019&lng=es)
25. Belei O, Jugănaru I, Basaca D-G, Munteanu AI, Mărginean O. The Role of Intestinal Microbiota in Celiac Disease and Further Therapeutic Perspectives. *Life.* 2023; 13(10):2039. <https://doi.org/10.3390/life13102039>
26. Moreno ML, Sousa C. Actualización de conocimientos en la enfermedad celíaca y otras patologías relacionadas con el gluten. *Rev Esp Cien Farm.* 2020;1(1):34-44

27. Wieser H, Amato M, Caggiano M, Ciacci C. Dental Manifestations and Celiac Disease—An Overview. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(8):2801. <https://doi.org/10.3390/jcm12082801>
28. Kustro T, Antonenko M, Gubska O. Clinico-radiological aspects of periodontal diseases in patients with gluten-related disorders. *Balneo Res J*. 2020;11(3):141–4. Available at: <http://dx.doi.org/10.12680/balneo.2020.329>
29. Rojas Ortiz GT, Noguera Domínguez SM, Ferreira Rivarola LDM, Britos M, Meza MS. Disponibilidad de analgésicos y antibióticos libres de gluten para uso odontológico en farmacias del Área Metropolitana de Asunción. *Mem Inst Investig Cienc Salud* [Internet]. 2023 [citado el 11 de febrero de 2024];21(1):15. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282023000100015
30. Boza Oreamuno YV, Rugama Flores MF. Manifestaciones bucales de la enfermedad celíaca y alergia al trigo: Reporte de tres casos y revisión literatura. *Odovtos* [Internet]. 2021; 23 (1): 18-30.
31. Nemteanu R, Balan GG, Mihalas E, Plesa A, Savin C. Oral manifestations of the celiac disease part I. A systematic review of cases-controlled studies. *International Journal of Medical Dentistry*. 2020; 24 (2): 165-173.
32. Alsadat FA, Alamoudi NM, El Housseiny AA. Oral and dental manifestations of celiac disease in children: a case–control study. *BMC Oral Health*. 2021; 21 (669) <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01976-4>
33. Balan GG, Nemteanu R, Mihalas E, Plesa A, Savin C. Oral manifestations of the celiac disease part II. A systematic review of rare oral findings. *International Journal of Medical Dentistry*. 2021; 25 (1): 55-60
34. Amir RM, Abdelwahab M, Abdelaziz A. Systematic Review: The Impact of Coeliac Disease On the Oral Cavity. *IJM CER*; 2021; 3 (3): 268-272
35. Al-Zahrani MS, Alhassani AA, Zawawi KH. Clinical manifestations of gastrointestinal diseases in the oral cavity, *The Saudi Dental Journal*. 2021; 33 (8): 835-841
36. Nota A, Abati S, Bosco F, Rota I, Polizzi E, Tecco S. General Health, Systemic Diseases and Oral Status in Adult Patients with Coeliac Disease. *Nutrients*. 2020; 12(12):3836. <https://doi.org/10.3390/nu12123836>
37. Kulkik HH, Cruz I, Celli A, Fraiz FC, Assunção LR da S. Molar incisor hypomineralization and celiac disease. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2020;57(2):167–71. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-31>
38. Zoumpoulakis M, Fotoulaki M, Topitsoglou V, Lazidou P, Zouloumis L, Kotsanos N. Prevalence of Dental Enamel Defects, Aphthous-Like Ulcers and Other Oral Manifestations in Celiac Children and Adolescents: A

- Comparative Study. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2019; 43 (4): 274-280.
39. Durazzo M, Ferro A, Brascugli I, Mattivi S, Fagoonee S, Pellicano R. Extra-Intestinal Manifestations of Celiac Disease: What Should We Know in 2022? *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(1):258. <https://doi.org/10.3390/jcm11010258>
40. Radlović N, Z Leković, Radlović V, Mandić J, Mladenović M, Radlović J, et al. *Srp Arh Celok Lek*. 2021;149(1-2):48-52 DOI: <https://doi.org/10.2298/SARH200626070R>
41. Coelho M, Bernardo M, Mendes S. Oral Health-Related Quality of Life in Celiac Portuguese Children: a cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2023; 24: 759–767 <https://doi.org/10.1007/s40368-023-00842-x>