

MANIFESTACIONES ORALES DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Un scope review

SOLO USO ACADÉMICO

Estudiantes: Victoria Baeza Quezada

Carolina Manríquez Pino

Tutor: Dr. René Jara

Asignatura: trabajo de investigación

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una patología sistémica inmunomediada por el gluten en la dieta de personas genéticamente susceptibles con diversas manifestaciones clínicas, una respuesta serológica específica y un daño variable en la mucosa intestinal. (1)

La enfermedad celíaca es una de las enfermedades gastrointestinales crónicas más comunes, con una prevalencia mundial del 1% - 1,7% según los datos de seroprevalencia, es decir, confirmación diagnóstica mediante la presencia de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular o anticuerpos antiendomiso en el suero de los pacientes. (2)

Afecta principalmente a poblaciones europeas, y se observa una mayor prevalencia en mujeres con una proporción de 2:1, la cual puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, independientemente de la edad (3)

Más del 95% de los pacientes diagnosticados con enfermedad celíaca portan el antígeno leucocitario HLA-DQ2 o el HLA-DQ8 heterodímero, los cuales desempeñan un papel fundamental en la respuesta del organismo a los péptidos desamidados del gluten. (4)

El término latín gluten del que deriva la palabra de origen inglés "glue", que significa "pegamento" en nuestra lengua, es un conjunto de prolaminas solubles en etanol que otorgan propiedades de elasticidad y permiten la fermentación de la harina.(5) Los principales componentes del gluten son la gliadina y la glutenina, que son proteínas de almacenamiento presentes en el trigo. (5)

Las personas diagnosticadas con enfermedad celíaca son incapaces de digerir el gluten por completo, tras la ingesta de esta proteína se generan fragmentos proteicos de gluten que pueden ser detectados por el sistema inmunitario y desencadenar una reacción adversa de tipo inflamatorio, alérgico o autoinmune. Estos fragmentos de gluten se denominan prolaminas de forma genérica y se subdividen en gliadinas y gluteninas en el caso del trigo, siendo las gliadinas las más tóxicas para los celíacos. Fragmentos de gluten equivalentes se llaman hordeínas en la cebada, secalinas en el centeno y aveninas en la avena. (2)

Estas dos prolaminas son las que principalmente tienen la responsabilidad de inducir la respuesta inmunitaria que desencadenará la enfermedad, además de distintos factores ambientales y nutricionales involucrados. (6)

Cabe destacar que la enfermedad celíaca puede afectar diversos sistemas; principalmente al gastrointestinal causando pérdida de peso, diarrea, fatiga, distensión abdominal recurrente y vómitos; además suelen presentarse manifestaciones extradigestivas asociadas tales como anemia por malabsorción de hierro, ácido fólico y/o vitamina B12, astenia, hipoproteinemia, fatiga crónica, osteopenia/osteoporosis, artritis, edemas, dermatitis herpetiforme y manifestaciones en la cavidad oral. (4)

Las manifestaciones orales que presentan estos pacientes pueden ser en tejidos blandos como en tejidos duros; las manifestaciones en los tejidos blandos reportadas son estomatitis aftosa recurrente (RAS), glositis atrófica, ulceraciones, lengua eritematosa, queilitis angular, liquen plano. En los tejidos duros se pueden manifestar como hipomineralización e hipoplasia del esmalte. Esta enfermedad también puede verse acompañada de xerostomía en algunos casos y retraso en la erupción dentaria. (4)

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad celíaca pueden afectar la calidad de vida del paciente y tener repercusiones sociales y emocionales a largo plazo. La falta de tratamiento adecuado puede llevar a transgresiones alimentarias e incluso al abandono del mismo, con consecuencias negativas para la salud física y mental. (7)

El objetivo de este trabajo es describir las manifestaciones clínicas bucales en pacientes con enfermedad celíaca según la literatura de los últimos 15 años.

II. MARCO TEÓRICO

La enfermedad celíaca (EC) es una condición autoinmune desencadenada por la ingesta de gluten en personas genéticamente susceptibles, y puede manifestarse a cualquier edad, aunque la prevalencia es más alta entre los 40 y 46 años. (6,8,9)

Fue descrita por primera vez en el año 1950 pero sus manifestaciones clínicas variables dificultaron su definición por lo que se basaron inicialmente en síntomas clínicos. (6,14) Sin embargo, en 1969 se logró un consenso internacional y se estableció que la EC sería definida y manejada de acuerdo a los criterios establecidos por la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición (ESPGHAN) en colaboración con el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG). (6,10)

Gracias a la colaboración entre diversas organizaciones médicas, se logró establecer criterios de diagnóstico más precisos para la enfermedad celíaca, lo que ha facilitado su identificación y manejo adecuado a nivel mundial. Estos criterios desempeñan un papel fundamental en la detección temprana, el diagnóstico preciso y la implementación de un manejo clínico efectivo para los pacientes con la enfermedad. (11–13)

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad celíaca son diversas, y las últimas guías de la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición (ESPGHAN) resaltan que los síntomas deben mejorar con la eliminación del gluten de la dieta. (13)

Presentaciones de la enfermedad celíaca:

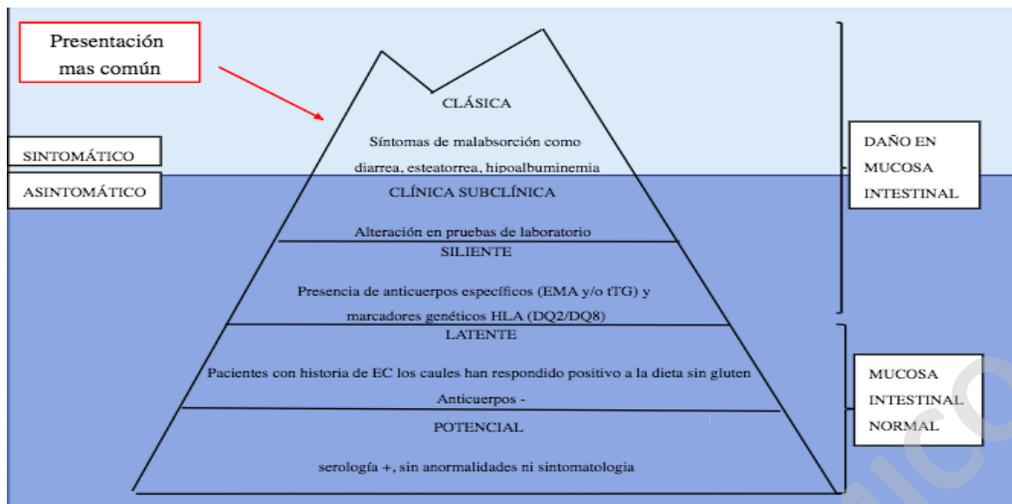


Figura 1. "iceberg de la enfermedad celíaca" obtenido de: (10,12,13,14)

Actualmente se reconocen cinco presentaciones clínicas, las cuales se pueden comparar con el modelo del "iceberg celíaco" (Figura 1), donde los pacientes diagnosticados representan la punta del iceberg y los pacientes asintomáticos no diagnosticados se encuentran en la parte más profunda. (8)

Las manifestaciones orales son un tipo de manifestación extraintestinal en la enfermedad celíaca, y son muy diversas. Es fundamental que los odontólogos las reconozcan en la consulta, ya que en ocasiones pueden ser la única manifestación de la enfermedad, permitiendo una derivación oportuna al gastroenterólogo para el diagnóstico de la condición. Algunas de estas manifestaciones incluyen defectos del esmalte dental, erupción tardía, estomatitis aftosa recurrente (RAS), queilitis angular y glositis atrófica. (13)

Los defectos del esmalte en niños pueden ser resultado de factores inmunológicos y nutricionales, como deficiencia de calcio, ácido fólico y vitamina B. Estos defectos pueden presentarse como hipoplasia del esmalte, retraso en la erupción de los dientes permanentes, caries, estomatitis aftosa recurrente (RAS) y glositis. (13)

Entre las manifestaciones orales descritas en la enfermedad celíaca se encuentran el eritema gingival, la glositis, la queilitis angular y la gingivorragia debido a la malabsorción de vitamina K. La glositis atrófica se caracteriza por la atrofia de las papilas filiformes y puede ser la única manifestación clínica de la enfermedad, presentando una lengua roja, lisa y brillante. Además, se han reportado casos menos comunes de manifestaciones orales como el liquen plano y la xerostomía. (13)

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las manifestaciones orales de la enfermedad celíaca?

P: Pacientes celíacos.

I: Enfermedad celíaca.

C: Comparación de las manifestaciones orales reportadas en la literatura.

O: Descripción de las manifestaciones orales de la enfermedad celíaca.

IV. OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión de la literatura sobre las manifestaciones orales de la enfermedad celíaca.

V. METODOLOGÍA

Metodología de búsqueda de investigación

Esta revisión se llevó a cabo por dos investigadoras, quienes realizaron una revisión exploratoria (scoping review) de la literatura científica, se utilizó las plataformas PubMed, Science Direct, Scielo y ClinicalKey para buscar información utilizando términos MeSH y términos de búsqueda libre. Luego, se seleccionaron y recopilaron datos de artículos en español e inglés, revisiones bibliográficas y varios tipos de estudios, como transversales, observacionales y caso-control, que cumplieran con los criterios de selección establecidos para su investigación para posterior presentación de resultados según el modelo PRISMA.

Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- El estudio entrega información sobre el estado sistémico de pacientes humanos de todas las edades, describiendo al menos un paciente con diagnóstico de enfermedad celíaca.
- Estudios científicos de tipo casos-control, transversales y observacionales.
- El estudio evalúa y/o describe condiciones y/o lesiones de mucosa oral en pacientes, diferenciando la enfermedad presente en el caso o cohorte incluida.
- Estudios exclusivamente en idioma inglés y español.
- Artículos publicados en los últimos 15 años para asegurar la actualidad de la información.

Criterios de exclusión:

- Estudio incluye el mismo caso que un artículo ya incluido.
- Estudio sin disponibilidad de texto completo.
- El estudio es una revisión narrativa, scoping review, opinión de experto o carta al editor.

Selección de palabras claves

Términos MeSH (Medical Subject Headings)

<ul style="list-style-type: none"> • Child • Adults • Infant • Pediatrics • Adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> • Celiac disease • Coeliac disease • Gastrointestinal diseases 	<ul style="list-style-type: none"> • Mouth diseases • Oral medicine • Oral manifestations • Pathology oral • Dentistry • Oral ulcer
---	--	---

FIG. 2. Tabla resumen términos MeSH.

Términos de texto libre

<ul style="list-style-type: none"> • Children • Teenager • Girl • Boy 	<ul style="list-style-type: none"> • Gluten enteropathy 	<ul style="list-style-type: none"> • Oral mucosal lesion
---	--	---

FIG. 3. Tabla resumen términos libres.

VI. RESULTADOS

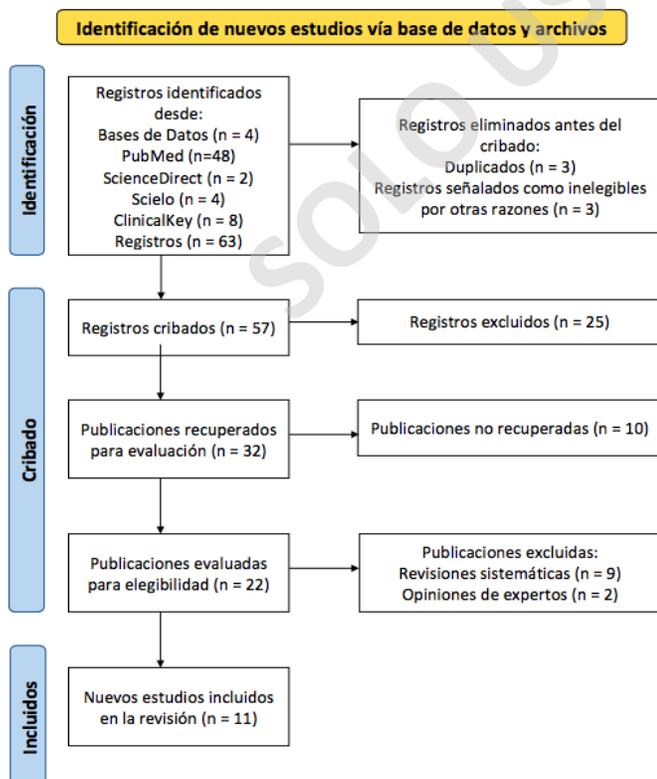


FIG.3. Diagrama de flujo de recolección de datos según la declaración PRISMA (15).

Se identificaron 63 artículos mediante la estrategia de búsqueda en bases de datos electrónicas, PubMed, ScienceDirect, Scielo y ClinicalKey. Se eliminaron seis artículos antes del cribado, 3 duplicados y 3 por año, por lo que se analizaron 57 estudios para el cribado. Posteriormente, se excluyeron 25 artículos los cuales no se consideraron relevantes para el tema de investigación. Luego quedaron 32 artículos recuperados para su evaluación de los cuales 10 no tenían acceso al artículo completo por lo que se descartaron. Finalmente los artículos que se evaluaron para elegibilidad fueron 22 de los cuales al aplicar los

criterios de exclusión, obtuvimos 11 artículos incluidos en la revisión.

Tabla de resumen resultados de papers seleccionados.

FIG. 4. Tabla de resumen papers seleccionados.

Autores, año de publicación	País, Muestra	Diseño del estudio	Manifestaciones orales en pacientes celíacos	Resultados	Conclusión
Tom van Gils, et al. 2017	Holanda. N= 1010 pacientes con EC y 270 grupo control sanos.	Transversal	67% presentó defectos en esmalte dental. 50% presentó estomatitis aftosa recurrente. 3.57% presentó retraso en la erupción dentaria. Xerostomía pacientes celíacos > grupo control.	Los pacientes con enfermedad celíaca presentan una mayor prevalencia de defectos en el esmalte dental, xerostomía y un mayor retraso en la erupción dentaria en comparación al grupo control.	Los pacientes con enfermedad celíaca presentan más problemas de salud bucal y sensación de boca seca que los pacientes sanos.
M. Costacurta, et al. 2010	Italia. N=600 pacientes, 300 con EC y 300 pacientes controles sanos.	Caso-control	33% presentó defectos del esmalte. 8.3% presentó estomatitis aftosa recurrente. 3.3% presentó glositis atrófica.	los pacientes con enfermedad celíaca, presentaron más defectos en el esmalte dental que el grupo control, especialmente en los dientes permanentes, siendo en su mayoría de grado 1.	Los pacientes con enfermedad celíaca presentan una mayor prevalencia de manifestaciones orales, como defectos del esmalte y estomatitis aftosa recurrente.
Viviana Pereira, et al. 2020	Portugal. N=160 pacientes, 80 con EC y 80 pacientes control sanos.	Caso-control	55% presentó defectos de esmalte.	Los defectos del esmalte eran más prevalentes y simétricos en niños con enfermedad celíaca en comparación con el grupo control. Los dientes más afectados fueron los incisivos y los primeros molares permanentes.	Los defectos del esmalte son más prevalentes y simétricos en niños con enfermedad celíaca. La presencia de estos defectos, especialmente si son simétricos, podría ser un indicador de enfermedad celíaca.
Francesco Saverio, et al. 2022	Italia. N= 114, 38 con EC, 38, sin EC pero con alguna enfermedad gastrointestinal y 38 sanos.	Observacional, retrospectivo	54% presentó defectos del esmalte. 21% presentó glositis atrófica. 15.8% presentó glosodinia. 23.7% presentó estomatitis aftosa recurrente (RAS). 10.5% presentó queilitis angular.	La mayoría de los pacientes del grupo control y los pacientes sin EC tenía esmalte dental sano. Los incisivos eran los dientes más afectados en todos los grupos. Las manifestaciones orales variaron, con RAS siendo más común en pacientes con EC.	Existe una relación significativa entre la enfermedad celíaca y problemas en el esmalte dental en niños. Los pacientes con EC exhibieron defectos más graves en el esmalte, lo que sugiere que estos defectos pueden servir como indicadores confiables de la enfermedad.

La tabla continúa en la siguiente página.

Tabla de resumen resultados papers seleccionados.

FIG. 5. Tabla de resumen papers seleccionados.

Autores, año de publicación	País, Muestra	Diseño del estudio	Manifestaciones orales en pacientes celíacos	Resultados	Conclusión
Fabrizio Kitazono, et al. 2015	Brasil. N=104 pacientes, 52 con EC y 52 pacientes control sanos.	Caso-control	61.54% presentó defectos en el esmalte. 40.38% presentó estomatitis aftosa recurrente (RAS). Índice ceod/CEOPD pacientes celíacos < grupo control.	Los niños con enfermedad celíaca tenían una mayor prevalencia de defectos del esmalte dental y estomatitis aftosa recurrente (RAS), menor experiencia de caries y flujo salival reducido. El esmalte dental de los niños con EC tenía una proporción de calcio/fósforo más baja. La EC fue un factor protector para las caries y para la estomatitis aftosa recurrente, un factor de riesgo para RAS.	Los niños con EC presentan una mayor prevalencia de defectos del esmalte dental y estomatitis aftosa recurrente, así como una menor experiencia de caries y flujo salival reducido. La EC se identificó como un factor protector para las caries y un factor de riesgo para la estomatitis aftosa recurrente.
Massimo Amato, et al. 2017	Italia. N=100 pacientes, 49 con EC y 51 pacientes control.	Caso-control	53% presentó estomatitis aftosa recurrente. 14% presentó defectos en esmalte dental. 18% presentó desgaste dental no específico.	Los pacientes con EC en una dieta libre de gluten tenían una mayor prevalencia de estomatitis aftosa recurrente, trastornos del esmalte dental y desgaste dental no específico en comparación con los del grupo control.	Existe una mayor prevalencia de trastornos dentales en pacientes con enfermedad celíaca en comparación con los pacientes sanos. Estos trastornos pueden ser indicadores de la enfermedad celíaca.
Izabela Siqueira, et al. 2018	Brasil. N=80 pacientes, 40 con EC y 40 pacientes controles sanos.	Caso-control	65% presentó defectos del esmalte grado 1. 2.53% presentó defectos del esmalte en dientes deciduos. Xerostomía pacientes celíacos > grupo control.	Existe una asociación significativa entre la enfermedad celíaca, defectos en el esmalte dental y la sensación de boca seca. No se encontraron diferencias significativas en la presencia de úlceras aftosas recurrentes y caries dental entre los grupos.	Se puede concluir que la enfermedad celíaca se asoció con la presencia de defectos en el esmalte dental y la sensación de boca seca.
L. Moreau, et al. 2021	Francia. N=79 pacientes pediátricos, 20 con EC y 59 pacientes control sanos.	Transversal	67.9% presentó defectos en esmalte dental. 50% presentó estomatitis aftosa recurrente (RAS). 3.57% presentó retraso en la erupción dentaria.	Los niños con enfermedad celíaca tenían una mayor prevalencia de defectos en el esmalte dental y estomatitis aftosa recurrente en comparación con el grupo de control. No se encontraron diferencias significativas en el retraso en la erupción dental entre los grupos.	Los niños con enfermedad celíaca presentan una mayor prevalencia de defectos en el esmalte dental y estomatitis aftosa recurrente en comparación con el grupo de control. Estas manifestaciones orales pueden ser indicadores de la enfermedad celíaca.

La tabla continúa en la siguiente página.

Tabla de resumen resultados papers seleccionados.

FIG.6. Tabla de resumen papers seleccionados.

Autores, año de publicación	País, Muestra	Diseño del estudio	Manifestaciones orales en pacientes celíacos	Resultados	Conclusión
Damla Aksit, et al. 2018	Turquía. N=60 pacientes, 30 con EC y 30 sin diagnóstico de EC pero con sospecha.	Caso-control	66.7% presentó defectos en esmalte dental. Índice ceod/CEOPD pacientes celíacos < grupo control. 33.3% presentó retraso en la erupción dentaria.	Los niños con enfermedad celíaca tenían una mayor incidencia de defectos en el esmalte dental, retraso en la erupción dental y cambios en la composición de la saliva. Se recomendó realizar exámenes dentales regulares en estos niños.	Los niños con enfermedad celíaca presentan una mayor incidencia de defectos en el esmalte dental, retraso en la erupción dental y cambios en la composición de la saliva. Se recomienda realizar exámenes dentales regulares en estos niños.
Kenan Cantekin, et al. 2015	Turquía. N=50 pacientes, 25 con EC y 25 pacientes control sanos.	Transversal, caso-control	44% presentó defectos en esmalte dental. estomatitis aftosa recurrente pacientes celíacos > grupo control	Los resultados mostraron que los pacientes con EC tenían una prevalencia significativamente mayor de estomatitis aftosa recurrente y defectos en el esmalte dental en comparación con el grupo control. La caries en dientes temporales no mostró diferencias significativas entre los grupos.	La enfermedad celíaca en niños puede provocar grandes repercusiones a nivel oral, así como defectos en el esmalte dental y lesiones recurrentes de aftas bucales.
Jason Liu, et al. 2022	Dinamarca. N=40 pacientes, 20 pacientes con EC y 20 pacientes sanos.	Transversal	85% presentó estomatitis aftosa recurrente. 60% presentó xerostomía. 35% presentó sensación de boca urente. 40% presentó disgeusia.	Pacientes con enfermedad celíaca (EC) presentaron en mayor medida más xerostomía, estomatitis aftosa, ardor bucal y disgeusia. Aunque su saliva varió, la SigA fue menor. Las biopsias revelaron inflamación, atrofia y fibrosis en glándulas salivales, pero mantuvieron una microbiota y salud bucal equilibradas.	Los pacientes con EC mostraron una mayor incidencia de xerostomía, lesiones mucosas y sialoadenitis linfocítica focal en comparación con los controles. A pesar de esto, mantuvieron una salud bucal adecuada, sin diferencias significativas en la salud oral ni en los niveles de bacterias cariogénicas en comparación

VII. DISCUSIÓN

Este estudio abarcó 11 estudios, de los cuales 7 se centraron en pacientes pediátricos y 4 en adultos con enfermedad celíaca. Publicados entre 2008 y 2023 en 7 países, Italia y Brasil fueron los principales contribuyentes. Los diseños más comunes fueron casos y controles, seguidos de investigaciones transversales y observacionales. Entre los 7 estudios de casos y controles, todos abordaron defectos en el esmalte dental, y un 90% reportó estomatitis aftosa recurrente (EAR), siendo el diagnóstico oral realizado por odontólogos. Las muestras incluyeron 2397 pacientes, mayoritariamente mujeres de 0 a 70 años, con 1394 diagnosticados con enfermedad celíaca. La prevalencia de lesiones bucales fue entre 6% y 64% en pacientes con enfermedad celíaca y entre 2% y 39% en grupos de control, con dos estudios sin lesiones reportadas.

En 10 estudios, las lesiones orales fueron más frecuentes en pacientes con enfermedad celíaca, excepto uno que mostró resultados contrarios. Al analizar tipos específicos de lesiones, solo la estomatitis aftosa recurrente (EAR) exhibió diferencias significativas entre los grupos, mientras que la glositis, lengua geográfica y queilitis angular no presentaron diferencias significativas.

Los estudios evaluados sobre las manifestaciones orales se relacionan directamente con la enfermedad celíaca (EC).

El estudio tipo caso-control de I. Cruz, et al.(16) encontró una mayor prevalencia de defectos del esmalte y xerostomía en pacientes con EC, aunque no había diferencias significativas de estomatitis aftosa recurrente (EAR) y caries dental. Este hallazgo de xerostomía es respaldado por el estudio transversal de T. Van Gils, et al.(25), que demuestra que existe una probabilidad significativamente mayor de sequedad bucal en pacientes con EC. Además, el estudio caso-control de DA. Bıçak, et al.(22) realizado en niños con EC mostró una mayor incidencia de defectos en el esmalte y retraso en la erupción dental, a pesar de un índice de caries más bajo y niveles reducidos de saliva estimulada.

Tanto el estudio caso-control de M. Costacurta, et al.(17) como el observacional retrospectivo de S. Ludovichetti, et al.(18) identificaron una mayor incidencia y gravedad de defectos en el esmalte dental en pacientes con EC. el estudio transversal realizado por L. Moreau, et al.(19) confirma estas observaciones en niños con EC, con una alta incidencia de defectos en esmalte, estomatitis aftosa recurrente (EAR) y un pequeño retraso en la erupción dental. Los estudios caso-controles de D. Bıçak, et al.(22), V. Macho, et al.(24) y el

estudio transversal de K. Cantekin, et al.(23) respaldan estos resultados, encontrando mayor prevalencia de defectos en el esmalte, especialmente en la dentición permanente. Por otro lado, el estudio caso-control de M. Amato, et al.(20) revela una mayor prevalencia de estomatitis aftosa recurrente (EAR), hipoplasia del esmalte, y desgaste dental no específico en pacientes con enfermedad celíaca en comparación con controles.

La relación entre EC y problemas orales es complicada ya que puede ser un factor protector contra la caries dental pero un factor de riesgo en relación a la estomatitis aftosa recurrente (EAR), en el estudio caso-control de F. Carvalho, et al.(21), el autor sugiere esto. Además, este estudio investigó sobre la composición química del esmalte dental, destacando una relación Calcio/Fosfato significativamente más baja en el esmalte dental primario de niños con EC.

El estudio de tipo transversal de J. Liu, et al.(26) tuvo como enfoque la salud oral y la función de las glándulas salivales en pacientes con EC, este mostró una mayor prevalencia de xerostomía, estomatitis aftosa recurrente (EAR), alteraciones del gusto y sialoadenitis linfocítica focal en el grupo de los diagnosticados con EC versus el grupo control sano. Aunque los pacientes con EC mostraron menos inflamación gingival y tasas de flujo de saliva total más altas, presentaron una concentración promedio de SIgA significativamente menor.

Frecuencia manifestaciones orales en pacientes celíacos:

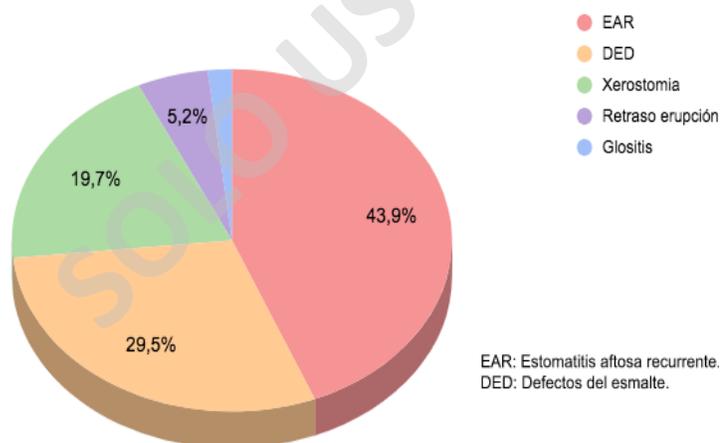


FIG.7. Gráfico de manifestaciones orales en pacientes celíacos. (16-26)

De acuerdo a la información recolectada, la manifestación oral más frecuente en pacientes celíacos fue la estomatitis aftosa recurrente (EAR) con un 43.9%, seguido de defectos del esmalte (DED) con un 29.5%, luego la xerostomía con un 19.7%, retraso en la erupción dentaria 5.2% y por último con menos frecuencia esta la glositis con un 1.8%.

Si bien los estudios revisados tienen un objetivo similar, el cual consiste en analizar las manifestaciones orales en pacientes celíacos, estos presentan limitaciones y deficiencias, las cuales son:

En el estudio de I. Cruz, et al.(16) tuvo como limitación que se centró únicamente en niños con enfermedad celíaca, por lo que los resultados de la investigación no se extienden más allá de este grupo.

En el estudio de M. Costacurta, et al.(17) tuvo como limitación que se basó en datos auto reportados, lo que puede introducir sesgos, lo cual podría afectar la validez y la objetividad de los resultados. Así mismo, el estudio de S. Ludovichetti, et al.(18) puede introducir sesgo en la recopilación de datos y la interpretación de los resultados por dos razones, en primer lugar producto del diseño del estudio, el cual es retrospectivo, por lo que la falta de un seguimiento a largo plazo impide evaluar la progresión de las lesiones y la respuesta a un tratamiento. por otro lado podría tener sesgo de selección debido a que solo se incluyó pacientes de un solo centro hospitalario, comprometiendo la representatividad de la muestra. Al igual que en este último estudio, el realizado por F. Carvalho, et al.(21) tuvo como limitación que no se realizó un seguimiento a largo plazo para evaluar la progresión de las manifestaciones orales de la enfermedad.

En el estudio de L. Moreau, et al.(19), la evaluación del retraso en la erupción dental y la estomatitis aftosa recurrente (EAR) se basó en datos recopilados a través de los padres y evaluaciones en una sola consulta, lo cual puede ser impreciso. Del mismo modo, el estudio de D. Biçak, et al.(22) tuvo como limitación depender de la evaluación clínica de los defectos del esmalte dental y las manifestaciones orales, lo que podría ser subjetivo. Además, se señala que la frecuencia de estomatitis aftosa recurrente (EAR) fue mayor en el grupo de control en comparación con el grupo de niños con enfermedad celíaca, lo cual podría resultar contradictorio con otros estudios.

Tanto el estudio de M. Amato, et al.(20) como el de V. Macho, et al.(24) enfrentaron limitaciones específicas. En el estudio de Amato, et al., la carencia de un grupo control con enfermedad celíaca no tratada dificulta evaluar la efectividad de la dieta libre de gluten en la prevención de manifestaciones orales. Por otro lado, el estudio de Macho presenta una falta de información sobre el porcentaje de pacientes con glositis o EAR en la población con enfermedad celíaca, y no se especifica si se tuvieron en cuenta otros factores, como la dieta o la higiene oral, que podrían influir en la presencia de defectos del esmalte.

Los estudios transversales de K. Cantekin, et al.(23), T. Van Gils, et al.(25) y J. Liu, et al.(26) comparten diversas limitaciones. El diseño transversal de estos estudios impide establecer

relaciones causales entre la enfermedad celíaca y las manifestaciones orales. Además, la reducida muestra en Cantekin (25 pacientes con enfermedad celíaca y 25 controles) y Liu (20 pacientes en cada grupo) plantea preocupaciones sobre la generalización de los resultados. En el estudio de T. Van Gils, et al. La muestra de adultos con enfermedad celíaca limita la población a un grupo, y la evaluación clínica basada en cuestionarios autoadministrados introduce la posibilidad de sesgos de respuesta. La exclusión de pacientes con enfermedades sistémicas y orales en el estudio de Liu, et al. podría generar sesgos al no considerar comorbilidades relevantes. La falta de seguimientos a largo plazo en estos estudios también limita la evaluación de la progresión de las lesiones mucosas y la sialoadenitis linfocítica focal en pacientes con enfermedad celíaca.

A pesar de estas limitaciones, la revisión de estos estudios resaltan el impacto significativo de la EC en la salud oral y sugieren que ciertas manifestaciones orales tales como los defectos del esmalte, la estomatitis aftosa recurrente (EAR) en comparación con aquellos sin la enfermedad, lo que resalta la importancia del papel del odontólogo en la detección temprana y la colaboración con médicos para confirmar el diagnóstico es fundamental.

Es relevante mencionar que la relación entre la enfermedad celíaca y las manifestaciones orales varía según el tipo de lesión, siendo un factor protector contra la enfermedad de caries pero un factor de riesgo para la estomatitis aftosa recurrente (EAR). Esto enfatiza la necesidad de una evaluación completa en la atención oral de los pacientes con esta enfermedad.

VIII. CONCLUSIÓN

La enfermedad celíaca es una afección autoinmune sistémica que afecta al 1% de la población mundial, a menudo pasa desapercibida y subestimada, por lo cual es esencial que los odontólogos sean capaces de identificar las manifestaciones orales de esta enfermedad, ya que la cavidad oral puede ser el primer lugar en el que se presenten sus manifestaciones. Ante cualquier sospecha clínica, es crucial derivar al paciente al médico correspondiente para confirmar el diagnóstico mediante las pruebas diagnósticas correspondientes.

La evidencia disponible respecto a manifestaciones en la mucosa oral de niños, adolescentes y adultos diagnosticados con enfermedad celíaca fue mayoritariamente descriptiva y evaluó principalmente defectos del esmalte dental, estomatitis aftosa recurrente (EAR), xerostomía y lengua geográfica. La prevalencia de afecciones y lesiones en la mucosa oral en pacientes con enfermedad celíaca se describió en un rango que va desde el 8% hasta el 69%, y fue significativamente mayor en este grupo en comparación

con pacientes sanos. Según los estudios, las lesiones de la mucosa oral más prevalentes en niños con enfermedad celíaca fueron los defectos de esmalte, estomatitis aftosa recurrente (EAR) y retraso en la erupción dental. Esta revisión exploratoria sugiere que las lesiones y condiciones de la mucosa oral pueden constituir manifestaciones de la enfermedad celíaca en niños, adolescentes y adultos, y su detección durante la atención odontológica podría contribuir al diagnóstico temprano de la enfermedad considerando la historia clínica de cada paciente, el examen clínico intraoral y la presencia de síntomas característicos de la enfermedad.

Sin embargo, es importante señalar que se requieren estudios de mayor nivel de evidencia que evalúen las distintas lesiones y condiciones de la mucosa oral en pacientes con enfermedad celíaca para conocer con mayor certeza la frecuencia de las manifestaciones orales en la población y su posible asociación con la enfermedad gastrointestinal. Cuando existe una manifestación oral autoinmune asociada a la enfermedad celíaca, se requiere un enfoque integral que involucre a médicos y otros especialistas, y no se limite únicamente a la eliminación del gluten de la dieta.

SOLO USO ACADÉMICO

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Bai J, Fried M, Corazza G, Schuppan D, Farthing M, Catassi C. Enfermedad Celiaca. Guías mundiales de la organización mundial de Gastroenterología. 2012.
2. Solano-Sánchez D, Quesada-Yamasaki DA. Celiac disease and the development of secondary disorders. *Medicina y Laboratorio*. 2020;24(4):291–305.
3. Muñoz Tello P. Prevalencia mundial de la enfermedad celíaca. 2018.
4. Echeverría Flores AS, Elizondo Vincenzi G. Enfermedad celíaca: generalidades sobre presentación, diagnóstico y tratamiento.
5. von Mühlenbrock-Pinto C, Madrid-Silva AM. Celiac disease in Chilean adults. *Rev Gastroenterol Mex*. 2023 Jan 1;88(1):28–35.
6. Mier Bedia A, et al. El paciente con enfermedad celíaca desde la perspectiva enfermera. 2020.
7. Bolaño MA. Repercusiones psicológicas de la enfermedad celíaca en niños y sus familias. 2009. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
8. Felipe Moscoso DJ, Rodrigo Quera DP. ENFERMEDAD CELIACA: REVISIÓN CELIAC DISEASE. A REVIEW.
9. Araya M, Bascuñán K. Catching up on celiac disease. *Rev Chil Pediatr*. 2014.
10. Doña Herrera JP. Estrategia y propuesta para la reducción del subdiagnóstico de la enfermedad celíaca en Chile. 2023.
11. Saviano JAM, et al. Generalidades de Enfermedad Celíaca y abordaje diagnóstico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*. 2019.
12. Luna AW, Gómez López De Mesa C. Case report Celiac disease in children. 2010.
13. Evora S, *El iceberg del celíaco*, Elsevier, 2017.
14. Martínez Gómez M, Viada Bris J. Actualización de la enfermedad celíaca. Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid, 2014.
15. PAGE, Matthew J., et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 2021, vol. 74, no 9, p. 790-799.
16. Cruz IT, Fraiz FC, Celli A, Amenabar JM, Assunção LR. Dental and oral manifestations of celiac disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018

17. Costacurta M, Maturo P, Bartolino M, Docimo R. Oral manifestations of coeliac disease: A clinical-statistic study. *ORAL & implantology*. 2010
18. Ludovichetti FS, Signoriello AG, Girotto L, Del Dot L, Piovan S, Mazzoleni S. Oro-dental lesions in pediatric patients with celiac disease: an observational retrospective clinical study. *Rev Esp Enferm Dig*. 2022
19. Villemur Moreau L, Dicky O, Mas E, Noirrit E, Marty M, Vaysse F, Olives JP. Oral manifestations of celiac disease in French children. *Arch Pediatr*. 2021
20. Amato M, Zingone F, Caggiano M, Iovino P, Bucci C, Ciacci C. Tooth wear is frequent in adult patients with celiac disease. *Nutrients*. 2017
21. Carvalho FK, de Queiroz AM, Bezerra da Silva RA, Sawamura R, Bachmann L, Bezerra da Silva LA, Nelson-Filho P. Oral aspects in celiac disease children: clinical and dental enamel chemical evaluation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015
22. Bıçak DA, Urgancı N, Akyüz S, Usta M, Kızılkın NU, Alev B, Yarat A. Clinical evaluation of dental enamel defects and oral findings in coeliac children. *Eur Oral Res*. 2018.
23. 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*. 2015.
24. Macho VMP, de Barros Menéres Manso MCA, E Silva DMV, de Andrade DJC. The difference in symmetry of the enamel defects in celiac disease versus non-celiac pediatric population. *J Dent Sci*. 2020.
25. van Gils T, Bouma G, Bontkes HJ, Mulder CJJ, Brand HS. Self-reported oral health and xerostomia in adult patients with celiac disease versus a comparison group. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017.
26. Liu J, Lundemann AJ, Reibel J, Pedersen AML. Salivary gland involvement and oral health in patients with coeliac disease. *Eur J Oral Sci*. 2022.

