



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN
ODONTOLOGÍA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

GABRIELA MARTÍNEZ LÓPEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto, por estar conmigo en cada momento, por darme la salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre.

Por apoyarme en todo momento, por sus valores, consejos, por la motivación constante que me ha permitido ser una mujer de bien, pero más que nada por su amor y comprensión incondicional.

A mi hija.

Por ser mi motor para seguir luchando día tras días.

A mis hermanos.

A mi hermana Marisol por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí la perseverancia, a ti Alexis por tu gran cariño y a ti Hugo por tu apoyo incondicional.

A Angel.

Por su comprensión, sacrificio y cariño en esta etapa de mi vida.

*A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y en especial a la **Facultad de Odontología** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva de este país.*

A mis profesores.

*Por su tiempo, por su apoyo, así como su sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional y en especial a usted doctora **María Elena Nieto Cruz** por haberme guiado en la elaboración de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.*

A mis primos Edgar Piña y Lorenia Rojas.

Por su gran apoyo en el inicio de mi carrera.

A mis amigos.

Que fueron parte importante en mi formación profesional y con los cuales pasé momentos increíbles: Julio Lemus, Nancy Cisneros, Berenice Lara, Guillermo Vázquez, Brenda Gavilán y Silvia Luis.

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Gandhi

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. OBJETIVO	6
2. ANTECEDENTES	7
3. CONCEPTOS.	10
4. EPIDEMIOLOGÍA.	11
5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.	12
5.1 SINTOMATOLOGÍA EN EL NIÑO.	18
5.2 SINTOMATOLOGÍA EN AL ADOLESCENTE.	19
5.3 SINTOMATOLOGÍA EN AL ADULTO.	20
5.4 SINTOMATOLOGÍA EN LA TERCERA EDAD.	24
6. MANIFESTACIONES BUCALES DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	25
7. TRATAMIENTO DENTAL EN LA ENFERMEDAD CELÍACA.	29
8. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.	31
9. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	33
9.1 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN.	38
10. CONCLUSIONES.	40
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	41

INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo se señalan las diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad celíaca que se define como: *una intolerancia permanente al gluten y a otras proteínas afines que originan una atrofia severa de las vellosidades del intestino*. Las características clínicas que se presentan en la enfermedad celíaca son diferentes en función de la edad en que ésta se presenta, ya que es una enfermedad que afecta a niños, adolescentes, adultos y ancianos. Se presenta con síntomas intestinales y extraintestinales, siendo los más comunes baja talla, retraso en el desarrollo y en la pubertad, anemia ferropénica, osteopenia, defectos en el esmalte y aftas bucales entre otros padecimientos todos ellos relacionados con la presencia del gluten en la dieta.

La enfermedad celíaca puede manifestarse en su forma silente o latente. Se relaciona a esta enfermedad con padecimientos autoinmunes como la diabetes tipo 1, el déficit selectivo de IgA, dermatitis herpetiforme entre otros padecimientos.

Es de suma importancia los marcadores serológicos en el apoyo al diagnóstico de sospecha de la enfermedad celíaca, para así poder indicar el momento de realizar la biopsia intestinal para descartar la presencia de esta enfermedad. También es importante destacar la manera de cómo se puede dar atención odontológica y por tanto un buen tratamiento a este tipo de pacientes.

La complicación más severa será la aparición de tumores gastrointestinales y linfomas que vienen determinados por la presencia de gluten en la dieta. Por lo tanto una dieta libre de gluten establece el tratamiento de la enfermedad celíaca y deber ser realizada durante toda la vida.

1. OBJETIVO

Ampliar los conocimientos que tienen los estudiantes de los distintos aspectos clínicos de la enfermedad celíaca, para poder realizar tratamientos adecuados dentro de la consulta a este tipo de pacientes para su completa rehabilitación bucal.

2. ANTECEDENTES

Dentro de la práctica dental, el cirujano dentista debe tener la capacidad de diagnosticar múltiples enfermedades de origen genético, sistémico e infeccioso, que tendrán manifestaciones clínicas y bucales, por lo tanto el conocer estas enfermedades permitirá lograr un diagnóstico preciso. Tal es el caso de la enfermedad celíaca, en la cual sus manifestaciones bucales son muy características e importantes. Durante mucho tiempo esta enfermedad fue de difícil diagnóstico, ya que se requiere de respaldo de gabinete clínico.

La primera vez que se diagnosticó esta enfermedad para niños como en adultos, fue en la segunda mitad del S.II a.C. por el médico romano Aretaus de Capadocia, siendo “La afección celíaca”¹ una de sus investigaciones más importantes. En este trabajo describe por primera vez a la diarrea grasa (esteatorrea) junto con otras manifestaciones que aparecían en la enfermedad, como la pérdida de peso, palidez y diarrea crónica, en sus escritos menciona: “*Si el estómago no retiene los alimentos y éstos pasan a través de él, sin ser digeridos y nada es asimilado por el organismo, denominamos a tales personas celíacos*”² Utilizaba la palabra “*Koliacos*” para referirse a aquellos que sufren del intestino.

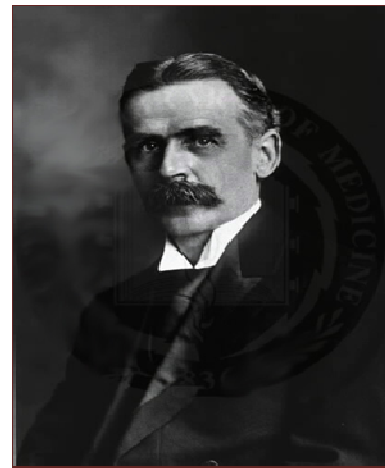
Posteriormente, en 1888 aparece un pediatra inglés el Dr. Samuel Gee que retomó el trabajo realizado por el Dr. Aretaus donde describió a la enfermedad celíaca como: “*Una indigestión crónica que se observa en personas de toda edad, aunque parece afectar en especial a los niños entre 1 y 5 años*”.¹

Sin embargo otros médicos tenían diferentes opiniones acerca de la enfermedad celíaca tal como fue en 1921, Frederick Still famoso pediatra que aportó información sobre los efectos dañinos del pan en la enfermedad: *“Desgraciadamente existe una forma de almidón que parece ser particularmente responsable en agravar los síntomas, este es el pan.”*²

Es así como en ese mismo año Howlan es su discurso Prolongada intolerancia a los hidratos de carbono describió el tratamiento para los niños y adultos afectados por esta enfermedad; el menciona: *“Las experiencias clínicas han demostrado que todos los elementos de las sustancias nutritivas como son los hidratos de carbono, son los que deben ser rigurosamente excluidos, y los otros elementos son casi siempre bien aceptados aun teniendo en cuenta que la absorción de las grasas no es tan satisfactorias como en personas sanas.”*³



Samuel Gee (1839-1911) ³



Frederick Still (1868-1941) ³

Y es así cuando después de la guerra en 1939-1945 aparece un descubrimiento fundamental, siendo el mayor avance en el tratamiento de niños y adultos que padecían de la enfermedad celíaca. Este descubrimiento fue hecho por el pediatra holandés, el profesor Dicke donde demostró cómo los niños celíacos mejoraban de manera extraordinaria cuando se excluía de su dieta el trigo, el centeno y las harinas de avena, siendo estos alimentos sustituidos por almidón de trigo, harinas de maíz, almidón de maíz o harina de arroz, encontrando que el apetito reaparecía en los niños y su absorción de grasas mejoraba hasta el extremo en que la diarrea grasa desaparecía.⁴

En la actualidad los avances de la ciencia han permitido conocer más sobre el diagnóstico de esta enfermedad, como son los marcadores serológicos (anticuerpos antitransglutaminasa), que resultan de elección para iniciar el despistaje de los pacientes con probabilidad de presentar enfermedad celíaca. Otro avance para el diagnóstico es el estudio genético (HLA-DQ2/DQ8),⁵ que es útil en el manejo de la enfermedad celíaca, dado que casi la totalidad de los pacientes celíacos son HLA-DQ2 o DQ8 positivos.

3. CONCEPTOS

La enfermedad celíaca suele definirse como: “Una intolerancia al gluten, que se desarrolla en algunas personas genéticamente susceptibles, y que es causada por una sensibilidad a la gliadina, de carácter permanente, desarrollándose como resultado de la interacción de factores genéticos, inmunológicos y ambientales, siendo el gluten el principal factor disparador.”⁶

Otra definición señala que: “Es una enfermedad que se caracteriza por la inflamación crónica de la parte proximal del intestino delgado causada por la exposición a la gliadina”.⁷

Un diferente concepto menciona: “La enfermedad celíaca se refiere a un trastorno del gluten, caracterizada principalmente por la intolerancia a la gliadina”⁸

Por otro lado otra definición señala que: “Es una enteropatía que se desencadena en individuos genéticamente susceptibles por la ingesta de prolaminas de trigo, cebada y centeno”.⁹

Otra definición refiere que: “Es una intolerancia permanente a un grupo de proteínas que genéricamente denominamos gluten, y que se encuentran en determinados cereales, fundamentalmente el trigo, el centeno y la cebada”.¹⁰

4. EPIDEMIOLOGÍA

La verdadera prevalencia de la enfermedad celíaca es difícil de establecer, anteriormente se pensaba a la enfermedad como un raro desorden de prevalencia menor de 0.1% a nivel mundial debido a que la mayoría de los pacientes presentan síntomas atípicos o no presenta ningún síntoma de la enfermedad. Sin embargo es bien conocida la elevada prevalencia de la enfermedad celíaca en Europa occidental así como en América del norte y Australia.¹¹

Aunque la enfermedad celíaca puede estar presente en cualquier edad, esta se inicia una vez que el gluten se administra en la dieta, principalmente después de los 2 años o durante la cuarta o quinta década de la vida siendo menos frecuente en la adolescencia. En la mayoría de los casos existe una leve preponderancia femenina (2:1)¹² y suele darse en personas de raza blanca de 1 a 200 individuos nacidos vivos. Es de conocimiento que en algunas zonas, tal como es en el Oeste de Irlanda se diagnostican más casos infantiles que en adultos, y en otros países como Holanda se identifican más adultos celíacos que niños^{11,1} mientras que en Suecia se encuentra la incidencia más alta y la más baja se encuentra en Dinamarca. Actualmente los estudios que se han realizado sobre la epidemiología, demuestran que durante las últimas dos décadas Europa representa mayor incidencia de la enfermedad celíaca, con un aumento de 0.3 a 2.9 por 100 nacidos vivos.¹¹

En México la incidencia de la enfermedad celíaca es de 2.6%¹³ de la población, lo que pone a nuestro país al nivel de ocurrencia de Inglaterra y Finlandia que son las más altas en esta orbe. No obstante la prevalencia de la enfermedad celíaca ha aumentado en los últimos años, en parte a la utilización de marcadores serológicos que han permitido conocer las diversas formas de presentación así como un diagnóstico oportuno de la enfermedad celíaca.

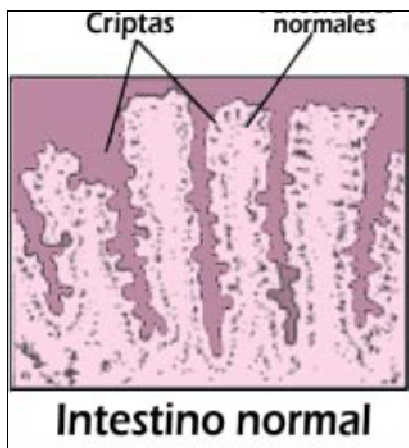
5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Hoy en día se sabe que los aspectos clínicos que presenta la enfermedad celíaca son muy amplios que se presenta en niños, adolescentes y adultos, la mayoría de las veces con sintomatología gastrointestinal, pero también con manifestaciones extradigestivas y que pueden afectar a distintos aparatos y sistemas.

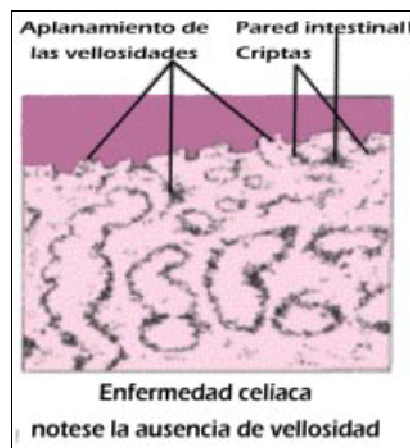
Como se mencionó anteriormente la enfermedad cética es: *la intolerancia al gluten, proteína que forma parte de algunos cereales de la dieta, capaz de provocar una lesión severa de la mucosa del intestino*⁸. Es importante saber que la mucosa intestinal es la capa interna que tapiza la luz del intestino¹⁴, cuya misión principal es absorber los nutrientes contenidos en la dieta, una vez que han sido digeridos por enzimas digestivas.

Para incrementar la capacidad de absorción del intestino se dispone de una serie de adaptaciones que aumentan su superficie. En primer lugar, la longitud del mismo es muy grande, disponiendo dentro de la cavidad abdominal como un tubo que se pliega en múltiples asas, además la mucosa tiene múltiples repliegues visibles, cada uno tiene a su vez varias vellosidades y finalmente estas están limitas por las células absorbentes que aumentan su capacidad de absorción.¹⁴

Ahora bien, cuando una persona celíaca ingiere gluten se provoca una lesión progresiva de las vellosidades y microvellosidades, cuya consecuencia más importante es la disminución de la absorción de los nutrientes¹⁵. Es por ello que los signos fundamentales de la enfermedad serán por una parte la mala absorción¹⁴ evidenciada en forma de heces normales(diarrea), debido a la pérdida de los nutrientes no absorbidos y la mal nutrición por la limitación de la entrada de los mismos haciendo lento la progresiva ganancia de peso y talla.



Fuente: ¹⁴



Fuente: ¹⁴

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son más importantes mientras menor es la edad del niño, esto es debido a la capacidad de reserva del intestino restante¹⁶. Contrariamente cuando el intestino crece y madura, los celíacos que ingieren gluten son posible que no evidencien esta sintomatología pues son capaces de absorber los nutrientes en la parte del intestino que no está lesionado, por lo tanto los síntomas pueden ser mínimos o bien afectar la obtención de otros nutrientes como es principalmente el hierro, o se puede presentar en su forma asintomática^{14,3}. Sin embargo el conocer las diferentes formas en que se puede presentar la enfermedad ha permitido poder establecer un diagnóstico preciso de la enfermedad celíaca:

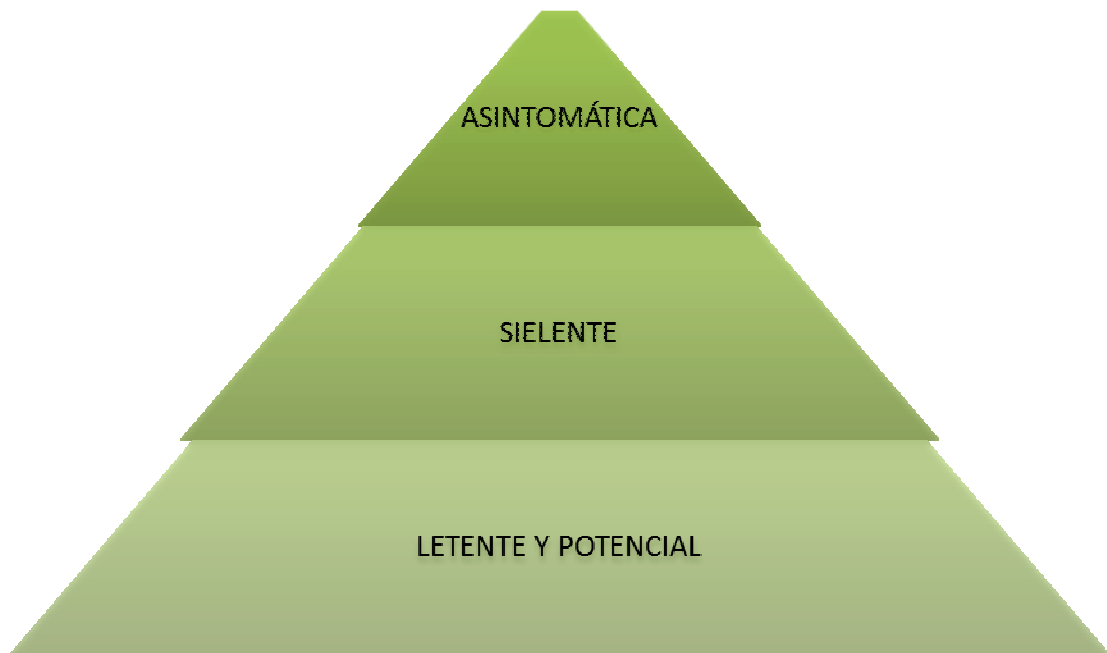
- **Enfermedad celíaca sintomática:** Los síntomas son muy diversos, pero todos los pacientes mostrarán, una serología, histología y test genéticos compatibles con la enfermedad celíaca.¹⁷
- **Enfermedad celíaca subclínica:** En este caso no existirán síntomas ni signos, aunque serán positivas el resto de las pruebas diagnósticas¹⁸

- **Enfermedad celíaca latente:** Son pacientes que en algún momento determinado, consumiendo gluten no presentaron síntomas y la mucosa intestinal es normal. Existen dos variantes:

Tipo A: Fueron diagnosticados de enfermedad celíaca en la infancia y se recuperaron por completo tras el inicio de la dieta sin gluten, permaneciendo en estado subclínico con dieta normal.¹⁷

Tipo B: En este caso con motivo de un estudio previo, se comprobó que la mucosa intestinal era normal, pero posteriormente desarrollarán la enfermedad.¹⁷

- **Enfermedad celíaca potencial:** estas personas nunca han presentado mediante el diagnóstico de biopsia intestinal compatibilidad con la enfermedad celíaca, pero del mismo modo que los grupos anteriores, poseen una predisposición genética determinada por la positividad del HLA-DQ2/DQ8, y una serología que puede ser negativa.¹⁸



El iceberg de la enfermedad celíaca. La mayor parte de los celíacos están por diagnosticar.¹⁸

La enfermedad celíaca se manifiesta a través de diferentes signos y síntomas y puede estar asociada a distintas enfermedades, entre las principales se encuentran.

DERMATITIS HERPETIFORME: Es una patología de la piel¹⁹. Se caracteriza por presentarse en adolescentes y adultos jóvenes con lesiones vesiculares pruriginosas sobre piel normal o macular de la cabeza, codos, rodillas y muslos. Aproximadamente la cuarta parte de los pacientes celíacos la presentan. De igual forma, 40% muestran elevaciones de los anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca.¹⁸

DIABETES MELLITUS TIPO I: Es un trastorno autoinmune en el cual se produce una destrucción progresiva de las células beta del páncreas que son las productoras de insulina²⁰. Aproximadamente el 8% de los pacientes celíacos son diabéticos tipo I. Además se ha demostrado que el 3.5% de los

hijos de padres diagnosticados de diabetes mellitus tipo I desarrollan la enfermedad celíaca.¹⁸

SÍNDROME DE DOWN: es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.²⁰ La prevalencia de enfermedad celíaca es del 16% lo que representa un riesgo 100 veces superior a la de la población en general.¹⁹

DÉFICIT SELECTIVO DE IgA: es un trastorno de inmunodeficiencia que puede presentar ausencia o bajos niveles de la proteína sanguínea llamada inmunoglobulina A.²¹ El 2.6% de los pacientes celíacos van a presentar una deficiencia de IgA, circunstancia que debe ser conocida por el médico, ya que los marcadores serológicos de la enfermedad celíaca, puede determinar la aparición de falsos negativos.

ENFERMEDADES DE LA TIROIDES: Suelen ser tiroiditis autoinmunes, tiroiditis linfocitaria, o enfermedad de Graves-Basedow con una prevalencia de 5%.²¹

INTOLERANCIA A LA LACTOSA: es afección de las microvellosidades intestinales debidas a que el organismo produce poca o ninguna cantidad de enzima lactamasa.²⁰ 10% de los pacientes celíacos presenta una intolerancia primaria a la lactosa.

Sin embargo existen otras enfermedades que tienen asociación con la enfermedad celíaca como son:

- ❖ Vitíligo
- ❖ Alopecia Areata
- ❖ Psoriasis
- ❖ Artritis reumatoides
- ❖ Enfermedad de Addison
- ❖ Lupus eritematoso
- ❖ Síndrome de sjogren
- ❖ Enfermedades inflamatorias



Vitíligo



Psoriasis¹⁹

Fuente: [www.http://.health.com/vitiligo](http://www.health.com/vitiligo).



Lupus eritematoso

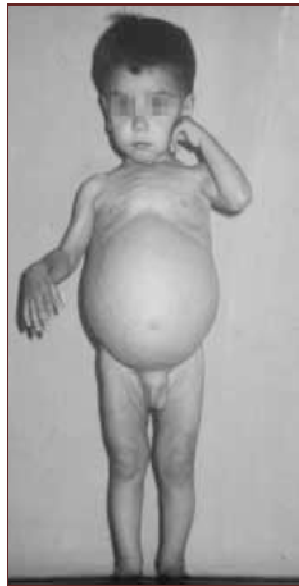


Alopecia areata.

5.1 SINTOMATOLOGÍA EN NIÑOS.

La enfermedad celíaca se manifiesta en niños en su forma clásica, entre los 2 y 5 años de edad principalmente; con sintomatología que incluye diarrea, vómito, náuseas, distensión abdominal, pelo frágil, anorexia, defectos en el esmalte dental, estacionamiento de la curva de peso.

Al cabo de un tiempo el paciente desarrolla el “hábito celíaco”⁶ este refiere que el niño presenta aspecto triste, indiferente, irritable y huraño ante los estímulos, así también presentarán palidez, lengua seca, aftas bucales.²¹ Sin embargo un signo muy peculiar en los niños que presentan enfermedad celíaca es el abdomen prominente y las nalgas aplanadas. Cuando el enfermo presenta este conjunto de manifestaciones y junto a éste unas heces voluminosas, brillantes, de color grisáceo y mal olientes permiten sospechar el diagnóstico con facilidad de la enfermedad celíaca.



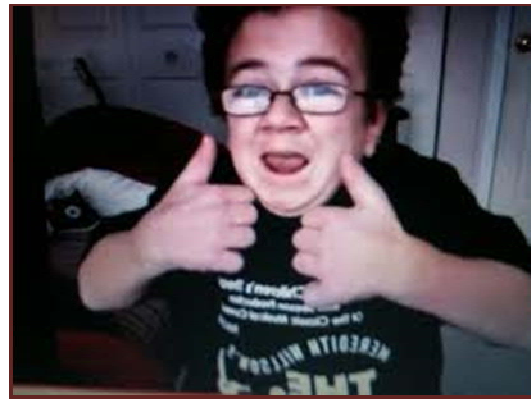
Aspecto clásico del niño celíaco ²²

5.2 SINTOMATOLOGÍA EN ADOLESCENTES.

Es poco frecuente que la enfermedad celíaca se manifieste en la adolescencia, pero cuando esta ocurre los signos y síntomas⁷ que se presentan son: anemia ferropenia, dolor abdominal, diarrea mal absorbida, estreñimiento, meteorismo, estomatitis aftosa, queilitis angular, estatura corta, dermatitis atópica, retraso puberal y menarquía tardía.



Estomatitis aftosa



Estatura corta

Fuente: [www.http://celiacosdemexico.com](http://celiacosdemexico.com)

5.3 SINTOMATOLOGÍA EN AL ADULTO

La enfermedad celíaca presente en el adulto se manifiesta en su forma clínica multiforme con un espectro que varía desde la forma clásica co sintomatología gastrointestinal, hasta la forma monosintomática e incluso silente^{17,18}.

La enfermedad celíaca en su forma clásica se manifiesta en el adulto con: astenia, pérdida de peso, flatulencia, dolor abdominal, diarrea con deposiciones líquidas o semiformadas, oleosas y de fuerte olor fétido o ácido, osteoporosis, defectos en el esmalte dental y anemia ferropenia²¹. Aunque es importante no olvidar que, en algunos casos puede presentarse estreñimiento asociado a los síntomas anteriormente mencionados.



Anemia



Falta de apetito

[Fuente:www.http://nutición/anemia.com.mx](http://nutición/anemia.com.mx)

Por otra parte cuando la enfermedad celíaca se presenta en su forma silente¹⁷ puede pasar incluso años sin presentar sintomatología, siendo este comportamiento comprobado sobre todo en familiares de primer grado de enfermos celíacos, de ahí la necesidad de un atento seguimiento clínico de los familiares de riesgo, incluyendo la determinación de anticuerpos antigliadina, antirreticulina, y si fuera necesario una biopsia intestinal.

La enfermedad celíaca se puede enmascarar y constituir uno o más síndromes clínicos como son:

- ✓ **Síndrome anémico:** la anemia puede ser principalmente ferropénica y se debe a la falta de absorción de hierro, pero también a la pérdida por descamación celular²³. Otros tipos de anemias que puede aparecer son macrocítica, megaloblástica o hemolítica.

- ✓ **Edemas:** originados fundamentalmente por malabsorción proteica y por aumento de la secreción intestinal de proteínas.²⁴

- ✓ **Diátesis hemorrágicas:** su causa es la mal absorción de vitamina K siendo su manifestación frecuente las hemorragias cutáneas como equimosis y petequias.²³

- ✓ **Pérdida de peso:** puede ser, junto con la distensión abdominal, la forma clínica inicial de la enfermedad celíaca.²³

- ✓ **Aftas recurrentes y glositis:** pueden deberse a carencia de ácido fólico.²⁵

- ✓ **Enfermedad cutánea:** como son eczema atópico, dermatitis herpetiforme, vitíligo y áreas de alopecia.²³
- ✓ **Infertilidad, alteraciones menstruales y abortos repetidos:** estos trastornos son comunes en la enfermedad celíaca no tratada y se corrigen con dieta sin gluten. Se puede constatar menarquia retrasada y menopausia más precoz.²⁶

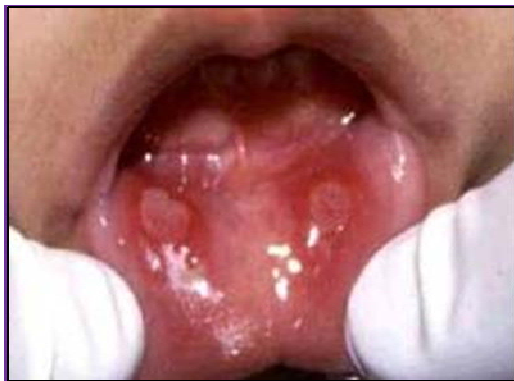


Pérdida de peso



Edema

Fuente: [www.http// todosobresalud.com](http://todosobresalud.com).



Aftas bucales



Glositis

Fuente: [www.http://odontología de hoy/aftas.net.com](http://odontología de hoy/aftas.net.com)



Infertilidad



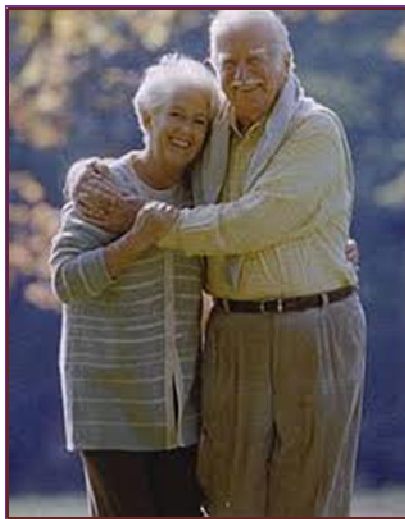
Abortos

5.4 SINTOMATOLOGÍA EN LA TERCERA EDAD

La enfermedad celíaca en el anciano se ha considerado una entidad rara en esta población. Recientemente se ha advertido que esta enfermedad se presenta entre los 60-70 años.²⁷ Siendo sus manifestaciones clínicas la anemia, atribuida principalmente a la deficiencia de micronutrientes como es el hierro así como el ácido fólico y vitamina B12. También las deficiencias de calcio y vitamina D pueden ser otra característica clínica de la enfermedad celíaca que conducirá a la disminución de masa corporal. La desnutrición en estos pacientes puede causar hipocalcemia.²⁸

Además de los síntomas gastrointestinales y trastornos de la desnutrición que tendrá resultado la afectación intestinal, también se puede presentar a través de sus trastornos asociados tal como es la dermatitis herpetiforme así como otras enfermedades autoinmunes como es el hipotiroidismo.²⁹

En general los síntomas son igual que en los del adulto, pero una peculiaridad de la enfermedad celíaca es su peor respuesta a la dieta sin gluten.



[www.http://celiacosdemexico.com](http://celiacosdemexico.com)

6. MANIFESTACIONES BUCALES DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.

Como se mencionó anteriormente la enfermedad celíaca se presenta a cualquier edad con diversos síntomas y padecimientos, predominando la sintomatología gastrointestinal,¹⁸ principalmente cuando los alimentos sólidos están presentes en la dieta, alternando con síntomas extra digestivos como son las manifestaciones bucales, que servirán para contribuir a un posible diagnóstico de esta enfermedad.¹⁷

Cuando la enfermedad celíaca está presente en niños, en período de dentición mixta, es decir cuando los dientes permanentes se están desarrollando, y esta el cambio de dentición decidua se observan anormalidades en la estructura del esmalte dental. Estos defectos se ven con mayor frecuencia en la dentición permanente y tienden a aparecer de manera simétrica y por orden cronológico en los cuatro cuadrantes, siendo afectados comúnmente los incisivos superiores e inferiores y los molares.³⁰

La prevalencia global de los defectos sistémicos del esmalte dental en personas con enfermedad celíaca que se encuentran en dentición mixta o permanente es de 9.5% al 13.30³¹ Esta diferencia puede explicarse por el hecho que las coronas de los dientes permanentes se desarrollan en los primeros meses de vida y el séptimo año; es decir después de la introducción del gluten en la dieta, mientras que el desarrollo de los dientes deciduos se desarrollan en período intrauterino.

Dentro de las alteraciones del esmalte más comunes en niños como en adultos son: defectos y fisuras en el esmalte, pérdida de este y por lo tanto caries. La prevalencia de caries en personas con enfermedad celíaca es variable, encontrándose que no es diferente de la población en general.

Una clasificación de los efectos en el esmalte ha sido investigada por Aine³² y sus colegas que se mencionan a continuación:

Grado 1: se encuentran defectos en el esmalte, presenta múltiples opacidades blancas y color crema con márgenes bien definidos.³²



Fuente ³²

Grado 2: se presentan defectos en el esmalte, con superficie rugosa del esmalte, con opacidades irregulares simétricas.³²



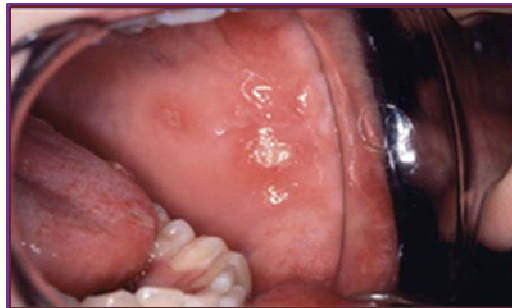
Fuente: ³²

Grado 3: se observan defectos en el esmalte, con surcos profundos horizontales y cambios de color lineales.³³



Fuente:³²

Grado 4: se presentan defectos en el esmalte con aparición de aftas en la mucosa bucal.³³



Fuente:³²

De manera similar las aftas se pueden presentar en condiciones distintas de la enfermedad celíaca, pero cuando se presentan en esta enfermedad pueden estar relacionados con la deficiencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12 debido a la mala absorción. Así como también pueden presentarse infecciones bucales, estados de inmunodeficiencia y enfermedad de Crohn.³⁴ En la mayoría de la gente las aftas son benignas y no están asociadas a ninguna enfermedad sistémica subyacente. Sin embargo como la presencia de aftas en la enfermedad celíaca es muy común debe seguir siendo parte del diagnóstico diferencial.



Aftas bucales

Fuente: [www. http:// odontología/aftasbucal.com](http://odontología/aftasbucal.com)

7. TRATAMIENTO DENTAL EN LA ENFERMEDAD CELÍACA

La primera revisión con el odontólogo debe realizarse en pacientes sanos o con diagnóstico de la enfermedad celíaca a los 3-4 años de edad.³⁰ El objetivo es establecer las pautas de higiene y que los niños como los adultos conozcan las diferentes técnicas de cepillado ya que la prevención y la consulta con el odontólogo forma parte esencial de una salud bucal.

Cuando en la consulta se presenten pacientes niños, adolescentes, adultos y ancianos sin diagnóstico o con sospecha de padecer la enfermedad celíaca, la elaboración de un buen expediente clínico junto con una excelente exploración clínica y bucal ayudará a una orientación hacia el paciente para remitirlo con médicos especialistas que mediante la ayuda de estudios de gabinete se confirme o descarte la presencia o ausencia de la celiacía. Una vez que esta enfermedad esté controlada regresará con el cirujano dentista a realizar el tratamiento dental adecuado.

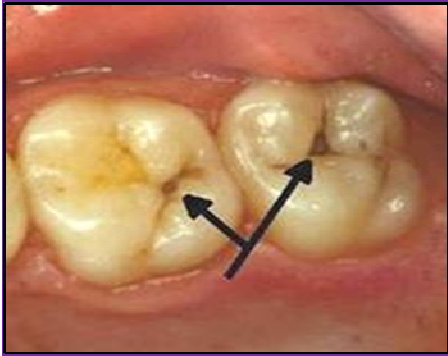
Ahora bien cuando en la consulta se presente pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca positivo y que ya estén controlados también se requiere de un excelente expediente clínico y el conocimiento de ésta enfermedad para brindar un tratamiento idóneo.

El tratamiento consistirá para niños en profilaxis, aplicación de fluoruro, selladores de fasetas y fisuras, eliminación de caries, y colocación de coronas de acero cromo o frente estético.³²

Para adultos de igual manera se realizará profilaxis, eliminación de caries y en el caso de los defectos en el esmalte, la afectación será tanto estética como de salud dental, según el grado de afectación del esmalte deberá incluirse como tratamiento restauraciones como son la prótesis fija mediante coronas metálicas, metal porcelana o carillas estéticas.³³

En el caso de la estomatitis aftosa, que es características en la enfermedad celíaca está será básicamente sintomatológica ya que su aparición es espontánea y se le han atribuido múltiples causas, aunque no se ha demostrado que ninguna de ellas sea patognomónica.³³

Una detección temprana de la enfermedad celíaca ayuda a un desarrollo psicológico y físico normal a la vez que disminuirá la posibilidad de presentar linfomas, neoplasias gastrointestinales y otros trastornos bucales como es principalmente la pérdida de material dentario.



Caries



Hipoplasia del esmalte

Fuente: [www.http://consultorio odontológico.com](http://consultorio odontológico.com)



Aftas bucales



Defectos en el esmalte

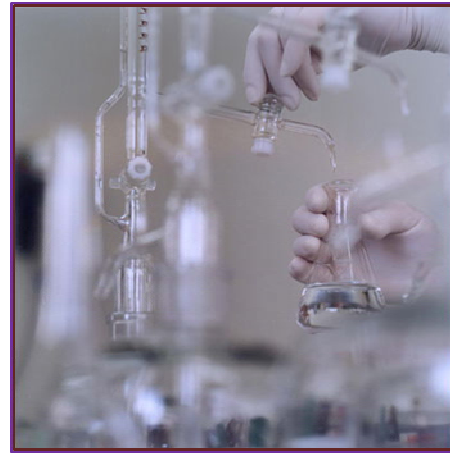
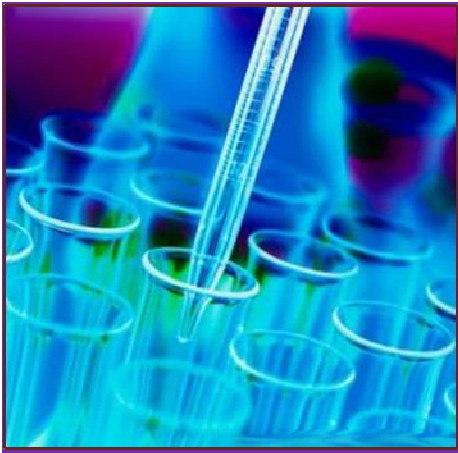
8. DIGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Para llevar a cabo un diagnóstico de la enfermedad celíaca intervendrán diversos factores como son; la anamnesis detallada, un examen físico cuidadoso, junto con los datos humorales⁵ alterados, como son anemia ferropenia, deficiencias de vitaminas principalmente A, B y D, hipocalcemia y déficit de folatos²¹ entre otros, estos permiten establecer únicamente el diagnóstico de sospecha en casos que cursen con sintomatología clínica clásica. Sin embargo el conocer las diferentes formas de presentación de clínicas de la enfermedad celíaca (atípica, silente, potencial y latente) es de gran importancia para poder llegar al diagnóstico de esta enfermedad.

Existen métodos para realizar el diagnóstico de la enfermedad celíaca siendo los más importantes: la biopsia intestinal y las pruebas serológicas.⁵ la biopsia se efectuará en el momento de realizar el diagnóstico de sospecha y antes de iniciar la dieta sin gluten, siempre que el estado general del paciente lo permita. Una segunda biopsia intestinal de control de normalidad, debe realizarse obligadamente después de una dieta sin gluten en aquellos casos en que el paciente estuviera asintomático cuando se realizó la biopsia clínica a la supresión del gluten de la dieta y ésta haya sido dudoso¹⁸.

Por otra parte las determinaciones de anticuerpos de clase IgA frente a la gliadina, endomisio, y transglutaminasa tisular²¹ han demostrado ser sensibles y útiles estando bien documentado su valor como apoyo al diagnóstico para la enfermedad celíaca, aunque no se aconseja su utilización de forma exclusiva, pues la sensibilidad y especificidad de estos marcadores varían y pueden proporcionar falsos negativos en pacientes con déficit selectivo de IgA²¹, en cuyo caso se determinará los de clase IgG o, por el contrario, falsos positivos en enfermedades gastrointestinales distintas de la enfermedad celíaca, tales como el síndrome postgastroenteritis, giardiasis,

enfermedad de Crohn, intolerancia a las proteínas, etc, así como en familiares de primer grado de personas celíacas que no presentan alteraciones intestinales. Además son frecuentes los falsos positivos entre pacientes que presenten otro tipo de patología autoinmunes asociadas a la enfermedad celíaca esto posiblemente debido a sus características peculiares inmunológicas.



Pruebas serológicas

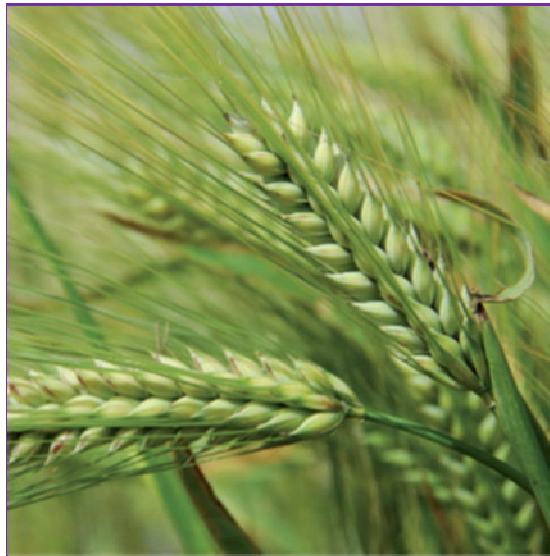
Fuente: [www. http://celiacos/serologicos.com](http://celiacos/serologicos.com)

9. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Una vez que ha sido diagnosticada la enfermedad celíaca por medio de estudios de gabinete, el siguiente paso será el establecer un tratamiento para esta enfermedad, siendo como único que se ha demostrado eficaz para controlar la enfermedad celíaca la introducción de una dieta sin gluten y deberá mantenerse a lo largo de toda la vida.³⁵

Es de suma importancia saber el significado del gluten, pues éste es el principal factor que desencadena las reacciones de intolerancia y afectación de las vellosidades y microvellosidades del intestino que trae como consecuencia todas las manifestaciones mencionadas para esta enfermedad.

El gluten es *“una proteína amorfa que se encuentra en la semilla de muchos cereales, principalmente trigo, cebada, centeno y avena, combinada con almidón”*. Representa un 80% de las proteínas del trigo y está compuesta de gliadina y glutenina.³⁶



Fuente ³⁶

Gluten

El gluten es el responsable de la elasticidad de las masas de harinas, dándole la consistencia elástica y esponjosa que tienen los panes y los productos fabricados con harinas de trigo³⁵ El gluten se obtiene a partir de la harina de esos cereales lavando el almidón de los mismos: el producto resultante tiene una estructura pegajosa y fibrosa parecida a un chicle y debido a que es espeso es muy apreciado en la industria alimentaria y farmacéutica.³⁶

Como se mencionó anteriormente dado el carácter permanente de la eliminación del gluten en la alimentación de las personas celíacas, para llevar a cabo con eficacia esta terapéutica es imprescindible, contar desde el principio con la colaboración de las personas que presentan la enfermedad celíaca, así como de sus familiares pues éstos ayudarán a solventar la problemática de orden práctico y psicológico que suelen aparecer a lo largo de la evolución de esta enfermedad.

Al plantear una dieta sin gluten para un enfermo celíaco, habrán de considerarse diversos factores como son: la situación fisiopatológica y las necesidades nutritivas que suelen estar relacionados con la edad del paciente y la etapa evolutiva de la enfermedad. De tal modo que en los jóvenes o pacientes severamente mal nutridos que padecen de ésta enfermedad, debido a una evolución prolongada sin tener un tratamiento y en aquellos casos en los que la crisis celíaca verdadera es un urgencia médica, se tendrá que realizar el reposo intestinal absoluto con la reposición del equilibrio hidroelectrolítico por vía intravenosa, éstas constituyen las medidas terapéuticas prioritarias³⁷. En esos casos, la severa malnutrición junto con la malabsorción de nutrientes y la anorexia a veces extrema hacen necesario recurrir a una alimentación parenteral o bien una nutrición enteral con dietas semielementales o hidrolizados de proteína.

De cualquier manera el grado de absorción junto con la intolerancia clínica a disacáridos con otros nutrientes van a restringir en la práctica la elección de la dieta adecuada para cada persona que la padece³⁶. Ahora bien según la respuesta terapéutica y sobre todo en niños de un año en adelante puede comenzar la realimentación con una fórmula sin lactosa. Posteriormente y de modo gradual se intentará la introducción de suplementos proteicos como son la clara de huevo, pollo, cordero, pescado blanco, almidones de arroz, maíz o tapioca, así como almidones de estos cereales, verduras, hortalizas y frutas.

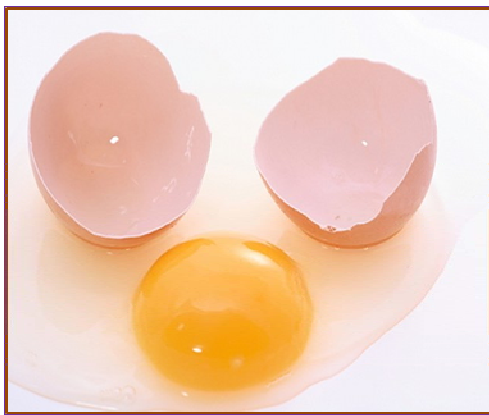


Pescado



Pollo

Fuente: <http://celiacosdemexico.org.mx>



Huevo



Arroz

En la infancia la respuesta terapéutica en general es inmediata estableciéndose un retroceso en la sintomatología clínica. Sin embargo en el adulto la recuperación puede ser más lenta y la evolución un poco más complicada. El apetito experimenta una notable mejoría en la primera semana iniciado el tratamiento, consecutivamente se normaliza el tránsito intestinal y la distensión abdominal al mismo tiempo que el peso comienza a hacerse ascendente. Sin embargo conviene tener presente que el aumento en la dieta tiene que ser gradual e individual a pesar que la respuesta terapéutica sea rápida ya que en ocasiones se producen retrocesos con técnicas dietéticas inadecuadas.³⁷

En pacientes que se encuentran en recuperación o sin manifestaciones digestivas aparentes, puede ser suficiente establecer una dieta carente de gluten eliminando como se dijo anteriormente harinas de trigo, avena, cebada y centeno así como los alimentos que lo contengan.







En todo caso al establecer una dieta de eliminación de gluten se tiene que tener en cuenta que tendrá que ser equilibrada, ofreciendo al enfermo celíaco una nutrición adecuada que cubra sus necesidades específicas en energía, agua, vitaminas, sales minerales, y oligoelementos. Por otra parte hasta que la mucosa intestinal se recupere y asegure una absorción normal, tendrá que mejorar los déficits de productos nutritivos administrando hierro, ácido fólico y vitamina B12, en dosis correctas.³⁶ La administración de vitamínicos que contengan vitaminas A, D, E Y K estará indicado en aquellos casos en que la hemostasia no esté muy alta Aunque la dieta sin gluten parece fácil de realizarse presenta todo un reto para las personas que la padezcan, para los médicos, y dietistas, esto es debido a algunas situaciones que favorecen la ingestión involuntaria del gluten. A continuación se presenta una lista de alimentos que contienen gluten, que podían contenerlo y los que son exentos de este:

ALIMENTOS QUE CONTIENEN GLUTEN	ALIMENTOS QUE PUEDEN CONTENER GLUTEN	ALIMENTOS LIBRES DE GLUTEN
Pan, harina de trigo, cebada y centeno.	Embutidos: chorizo, morcilla.	Leche y derivados
Bollos, pasteles y tartas.	Quesos fundidos	Quesos, requesón
Galletas, bizcochos y productos de repostería.	Patés.	Todo tipo de carnes y viseras frescas, cecina, jamón serrano.
Pasta alimenticia: fideos, macarrones,	Caramelos y golosinas.	Pescados frescos y congelados, mariscos.
Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, whisky, agua de cebada.	Sucedáneos de café Y otras bebidas de máquina.	Sal, vinagre de vino y bebidas espumosas.
Almidones, féculas.	Algunos tipos de helado.	Verduras, hortalizas, Tubérculos. Frutas Arroz, maíz y tapioca,

Fuente ³⁶

9.1 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA DIETA SIN GLUTEN

<p>Debe ser alta en calorías y proteínas pero reducida en grasas.</p>	
<p>Debe de contener frutas, verduras, sus zumos y legumbres</p>	
<p>Leer atentamente las etiquetas de los alimentos. En la lista de ingredientes no deben figurar el gluten, directamente decir "libre de gluten"</p>	
<p>Consumir arroz y maíz</p>	
<p>Consumir frutos secos.</p>	

<p>Incluir miel y melazas pues aportan vitaminas B12</p>	
<p>Consumir lácteos y derivados</p>	
<p>Consumir proteínas de alto valor biológico como huevos y carnes.</p>	
<p>Consumir el yogurt este ayuda a restablecer la flora intestinal y produce vitamina K.</p>	
<p>Tomar aceites aportan nutrientes esenciales.</p>	
<p>Consumir mantequillas aportan proteínas, vitamina A y vitamina D.</p>	

10. CONCLUSIONES

La enfermedad celíaca es una enfermedad poco conocida, subestimada y subdiagnosticada. En los últimos años se ha presentado un aumento en el número de incidencia de ésta enfermedad en diversas partes del mundo incluyendo a México, haciendo más importante el conocimiento de la misma.

La importancia de conocer la enfermedad celíaca radica en que se puede presentar en conjunto con enfermedades autoinmunes y congénitas, además de presentan manifestaciones clínicas y bucales que varían en defectos del esmalte dental y estomatitis herpética principalmente.

En pacientes sin diagnósticos y que se sospeche de padecer ésta enfermedad, la elaboración de un buen expediente clínico y una excelente exploración ayudará a una buena orientación para el paciente, así como también para remitirlo con personal capacitado que mediante estudios de gabinete se confirme o descarte la enfermedad celíaca. Una vez controlada esta enfermedad regresará con el cirujano dentista y se realizará el tratamiento dental adecuado.

En pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca positivo que se encuentren bajo tratamiento también se requerirá de un conocimiento de esta enfermedad para poder brindar una rehabilitación completa.

Es de suma importancia conocer que el único tratamiento eficaz para la enfermedad celíaca es una dieta sin gluten durante toda la vida con ella se consigue la desaparición de los síntomas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Ortigosa Historia de la Enfermedad Celíaca, 1ed.vol.32.Madrid.España: Editorial Canarias Pediátricas; 2008.Pp195-200.
- 2.-Franch M. Manual Celíaco.1ª ed. Madrid. España: Editorial Graficas martes; 2007.Pp 15.18.
- 3.-Ortigosa L. La enfermedad celíaca. Guía didáctica.1ª ed. Santa Cruz Tenerife.España.Editorial Canarias Pediátricas, 2010.Pp9-10.
- 4.-Márquez Infante Historia de la enfermedad celíaca.3ª ed. BarcelonaEspaña. Editorial Plaza Janes Editores; 2005. Pp1-5.
- 5.-Tommasini A,Not Tarcisio,VenturaA.Ages of celiac disease:From changing environment to improved diagnostics.Rev.Med.Gastroenterology 2011.32:3665-3671.
- 6.-Tortora G. Principios de anatomía y fisiología.8ª ed.México.Editorial Harla; 2001. Pp 350.
- 7.-Polanco L. Libro blanco de la Enfermedad Celíaca, 1ª ed. Madrid España: Editorial Consejería de Salud, Barcelona 2008.Pp 15-17.
- 8.-Farré Villar P.La enfermedad celíaca paso a paso. 2ª ed.Cd.México: Editorial Porrúa, 2007. Pp 20-21-
- 9.-BordaG,SánchezF.Enfermedad celíaca aun subestimada y subdiagnósticada.Rev. Med.Gastroenterología 2008.
- 10.-Humbert P,YustenR.New concept son celiac disease 2a.Atlanta.E.U.A: Editorial.2000.Pp 205-209.

- 11.-Losowsky M.S. A history of coeliac disease. Dig Dis. 2008; 26:112-120. PubMed.
- 12.-Wolfgang H. Celiac disease. Orphanet Journal of Rare Disease. Rev. Med, 2006; 10.1186/1750-1172-1-3.
- 13.-García Cuaderno de la enfermedad celíaca. 2ª. ed. Madrid. España. Editorial Tomás Pascual, 2008. Pp 20-23.
- 14.-Grenn PH. Celiac disease. N Engl J Med. 2007; 357(17):1731-43. PubMed.
- 15.-Cueto Rúa E. Diarrea crónica, metodología y diagnóstica. 3ª. ed. Santiago. Chile. 2005. Pp 35-40.
- 16.-Espila M. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. 1ª. ed. Cd. México: Editorial: Balam. Pp. 20-25.
- 17.-Vargas Pérez. Ml. Diagnóstico inmunológico de la enfermedad celíaca. 2ª. Cataluña. España. Editorial: FACE, 2005. Pp 15-25.
- 18.-Catassi C, Ratsch IM. Coeliac disease in the year 2000: exploring the iceberg. Lancet 1994; 343:200-203.
- 19.-Guyton A. Tratado de fisiología médica. 9ª ed. México: Editorial interpanamericana; 2000. Pp 765.
- 20.-Harrison E. Principio de medicina interna. 14ª ed. España. Editorial: Panamericana 1994. Pp 345-347.
- 21.-Junqueira LC. Histología básica. 4ª. ed. Editorial: Salvat, 2000. Pp 105-107.
- 22.-Fasano A. Fronteras en la enfermedad celíaca. 1ª ed. Madrid España 2008; Editorial: Karger. Pp 222.

- 23.-Castellanos Suarez J,DiazGumánL.Medicina en odontología.Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas.2ª ed.México.Editorial: El Manual Moderno;2002.
- 25.-RegezziJA.Patología bucal.3ª ed.México.EdiotorialInteramericana; 2000.PP 98.
- 26.-Moreno V,GasullMA.Síndrome de mal absorción.Etiología y clínica general.2ª ed.Madris.España;1999.Pp 985-992.
- 27.-Shadi RashtakMD,MurrayA.Celiac Disease in the Elderly.GastroenterolClin North Am.2009 september, 38(3): 433-446.
- 28.-Freeman HJ.Adult celiac disease in the elderly.World J Gastroenterol.2008; 14(45):6911-4.PubMed.
- 29.-Dahele A,GhoshS.Vitamin B12 deficiency in untreated celiac disease.Am JGastroenterol.2001;96(3):754-50.PubMed.
30. - RashidM,ZarkadasM,AncaA,LimebackH.Oral manifestations in the celiac disease.JMich Dent Assoc. 2011 Oct;93(10):42-6.PubMed.
- 31.-Malamut G.Celiacdisease.Rev.Med Interne.2010 jun31; (6):428-33. Epub 2010 Mar 31. French.
- 32.-Roca Goderich R, Smith V,Enfermedades del sistema digestivo.2ª ed.LaHabana.Editorial: Ciencias médicas;2003.Pp 195-260.
- 32.-Da Silva Pc,DeAlmeidaPdel.Oral manifestations of celiac disease.a case report and review of the literature. Department of Stomatology, School of Dentistry, PontificiaUniversidadCatólica de Paraná.
- 33.- Novoa P.Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca.1ª ed.Madrid.España. Editorial: Ministerio de sanidad y consumo; 2008.

34.-Ortigosa L. La enfermedad celíaca puesta al día.1ª ed.Madrid.España.Editorial FEHR; 2005.Pp 11-24.

35.-Farré P.Alergias e intolerancias alimentarias.2ª ed. Barcelona. Editorial: Edebe; 2007.Pp 45-48.

36.-Polaco I. 2ª ed.Cataluña.España: Editorial FACE, 2009.Pp 65.

37.-HumbertP.Dieta en la enfermedad celíaca.1ª ed.Barcelona.España.Editorial: Mosby, 2004.Pp 76-80-