

La actuación dental en los pacientes celíacos

Joan Rossell
Odontólogo
joanrossell@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad autoinmune caracterizada por una anomalía de la mucosa intestinal dependiente del gluten. Entre las afectaciones obviamente intestinales, también observamos en nuestro ámbito las más desconocidas manifestaciones orales. Las afectaciones bucales de la EC pueden detectarse incluso antes que los padres sepan que su hijo/a sufre dicha enfermedad. Una detección temprana de la enfermedad ayuda a un desarrollo psicológico y físico normal, a la vez que disminuye la posibilidad de desarrollar linfomas, neoplasias gastrointestinales y otros trastornos orales como pérdidas de material dentario o aparición de aftas bucales.

DIAGNÓSTICO

En el ámbito estrictamente odontológico es común observar como manifestaciones orales de la EC¹:

- estomatitis aftosas recurrentes (Fig. 1)
- lesiones hipoplásicas del esmalte (Fig. 2)



Fig. 1



Fig. 2

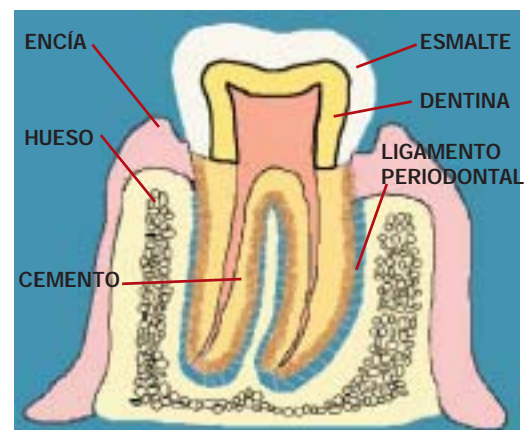
Los pacientes que presenten ambas consideraciones, aún y no presentar alteraciones gastrointestinales, deberían someterse a procedimientos diagnósticos para descartar la presencia de la EC¹. La formación de los dientes en la boca empieza a una edad muy tem-

prana mediante la calcificación por capas de la estructura dental. Esta estructura se compone básicamente de tres capas:

1. Esmalte Dental: es la capa más superficial del diente y el tejido más resistente del cuerpo humano. Es la primera protección y la capa que debe resistir el ataque de las bacterias.

2. Dentina: es la capa interna y la que da color al diente. Es de menor resistencia que el esmalte y la última protección antes de llegar al nervio

3. Cemento: no es visible en condiciones de salud de los dientes y las encías y es la zona que se sujeta al hueso mediante fibras elásticas llamadas ligamento periodontal.



Una revisión dental temprana con un odontólogo familiarizado con la EC puede descubrir las lesiones más frecuentemente asociadas que se caracterizan básicamente por la aparición de defectos en el esmalte y raramente es una asociación de casualidad². Estas lesiones tienden a ser de un color café o amarillentas, simétricas, en ambos lados de la boca y distribuidas cronológicamente en

orden de formación. Los dientes más comúnmente afectados son los incisivos y los primeros molares³. Precisamente estos dientes empiezan a formarse en la misma época. La afectación dental aparece en el 69% de la dentición permanente⁴.

Los estudios más recientes de las Universidades europeas sí descubren la mayor prevalencia de defectos en la formación del esmalte de los dientes permanentes en los pacientes con EC⁵. Estos defectos en el esmalte no aumentan el riesgo de tener caries si la higiene oral es buena.

TRATAMIENTO

La primera revisión con el odontólogo debería realizarse a los 3-4 años de edad. Este tipo de visitas sirven para familiarizar a los niños con la consulta y no significan necesariamente que se deba realizar algún tipo de tratamiento. El objetivo es establecer las pautas de higiene oral y que los padres conozcan las diferentes técnicas de cepillado. Éste es también un buen momento para observar la correcta función de los dientes, la musculatura oral y la lengua. La prevención forma una parte esencial de cualquier enfermedad, y la consulta del odontólogo forma parte esencial y muchas veces olvidada en el diagnóstico de la EC.

Tal como hemos comentado, una de las dos manifestaciones orales más frecuentes es la estomatitis aftosa que se caracteriza por la aparición de aftas o llagas en toda la boca y las molestias derivadas de ello. El tratamiento es básicamente sintomatológico ya que su aparición es espontánea y se le han atribuido múltiples causas, aunque no se ha demostrado que ninguna de ellas sea patognomónica.

En el caso de las hipoplasias del esmalte, la afectación es tanto estética como de salud dental. Según el grado de afectación del esmalte debería incluirse en una profilaxis de fluorizaciones así como un examen exhaustivo en busca de caries incipientes. Mientras en el caso de la estomatitis ésta acostumbra a ser generalizada, los defectos de esmalte tienden a ser más localizados y no hay tanta generalización de las lesiones. Los pacientes con EC deberían incluirse en un protocolo de control y tratamiento de dichas lesiones para

evitar posibles problemas dentales, ya que una vez iniciada la lesión la restauración es más compleja en este tipo de esmalte.

CONCLUSIONES

1. La boca es un medio para la detección precoz de la enfermedad celíaca.
2. Las lesiones asociadas son la estomatitis aftosa y las hipoplasias del esmalte.
3. La prevención es clave para establecer unas pautas de higiene oral y control de las lesiones.
4. Una visita precoz con el odontólogo habituado a esta enfermedad puede prevenir estos problemas y ofrecer la solución más adecuada.
5. Los casos más afectados deberían incluirse en un protocolo de control y tratamiento. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Pastore L y cols. Importance of oral signs in the diagnosis of atypical forms of celiac disease. *Recenti Prog Med* 2004; Oct 95 (10):482-90
2. Giammaria G, Ciavarelli ML, Giammaria AF. Hipoplasia of enamel. A useful marker in the diagnosis of celiac disease in its subclinical form. *Minerva Stomatol* 1996; Jul-Aug 45(7-8):341-4
3. Aguirre JM y cols. Dental enamel defects in celiac patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997. Dec; 84(6):646-50
4. Aine L y cols. Dental enamel defects in celiac disease. *J Oral Pathol Med*. 1990 Jul;19(6):241-5
5. Priovolou CH, Vanderas AP, Papagiannoulis L. A comparative study on the prevalence of enamel defects and dental caries in children and adolescents with and without coeliac disease. *Eur J Paediatr Dent* 2004 Jun; 5(2):102-6

