

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"XX ANIVERSARIO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

Título: LESIONES BUCALES AGUDAS EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA
MUCOSA GASTROINTESTINAL

Autores: MSc. Dra. Helga de la Rosa Samper¹, MSc. Dra. María Elena González
Díaz², MSc. Dra. Milagros del Carmen Hernández Urra³ y Dra. Sonia del Río
Alcántara⁴

1. Especialista de II Grado en Periodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Policlínico "XX Aniversario". Profesora Auxiliar. UCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Periodoncia. Máster en Educación Médica. Superior. Profesora Auxiliar. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Máster en Infectología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Asistente. UCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.

Descriptores DeCS: ESTOMATITIS AFTOSA

RESUMEN

Introducción: Algunos procesos agudos de la mucosa bucal se manifiestan en pacientes con deficiencias nutricionales, como consecuencia de trastornos de la mucosa gastrointestinal. Estas lesiones se presentan, fundamentalmente, por deficiencias del complejo vitamínico B y algunos minerales. **Objetivos:** Describir las características de las lesiones bucales que aparecen en pacientes con trastornos gastrointestinales, así como la conducta terapéutica realizada ante ellas. **Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal entre septiembre del año 2007 y abril del 2008 en los Hospitales “Arnaldo Milián Castro” y “José Luis Miranda” de la ciudad de Santa Clara. Formaron parte del estudio 62 pacientes que asistieron al servicio de Gastroenterología con diagnóstico confirmado en su historia clínica de gastritis crónica, duodenitis parasitaria, enfermedad celíaca o enfermedad de Crohn, en momentos de agudización de su trastorno digestivo. Se les realizó una entrevista y examen físico, además de una revisión documental de su historia clínica. **Resultados:** La mayoría de los pacientes no mostraron lesiones agudas de la mucosa bucal durante el examen físico, y entre las diagnosticadas, la más frecuente fue la glositis, a diferencia de los datos de lesiones previas donde predominó el afta o úlcera bucal. Con frecuencia, estas alteraciones bucales son atendidas por el médico, el cual se dirige a atender la enfermedad digestiva y obvia el tratamiento local sintomático. **Conclusiones:** Los pacientes con enfermedades de la mucosa gastrointestinal no sufren necesariamente de lesiones bucales agudas, aunque estas pueden aparecer en etapas de crisis y, en este caso, el tratamiento debe ser multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones agudas de la mucosa bucal pueden ser resultado de la acción de agentes locales físicos, químicos o biológicos a los que está expuesta la cavidad bucal, o una combinación de estos y la presencia de trastornos sistémicos cuyos efectos predisponen a las mucosas por diversos mecanismos¹⁻⁴.

Al formar parte del sistema digestivo, la cavidad bucal tiene una proximidad estructural y similitud histológica con otros componentes del sistema, lo que trae como consecuencia que algunos efectos de trastornos gástricos afecten directamente la mucosa, como es el caso del reflujo gastroesofágico, donde las secreciones gástricas del estómago pueden invadir la boca. Por otra parte, las deficiencias en la absorción de nutrientes es, quizás, el efecto que más afecta estos tejidos por su alta capacidad de recambio⁵⁻⁸.

Los principales signos y síntomas bucales que se presentan en pacientes con gastritis y síndrome de malabsorción son secundarios a deficiencias de vitaminas del complejo B y de minerales, como el hierro y el cinc^{9,10}. Los principales procesos inflamatorios observados en estos tejidos por tales trastornos son: la estomatitis aftosa, y la gingivitis ulceronecrotizante aguda^{11,12}.

Si se consideran los elementos expuestos anteriormente, así como la reducida referencia de investigaciones sobre el tema en el país, es comprensible la motivación a realizar este estudio, cuyo objetivo principal es caracterizar las lesiones de la mucosa bucal que se presentan en un grupo de pacientes en períodos de crisis de trastornos gastrointestinales, así como la conducta terapéutica ante ellas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal entre septiembre del 2007 a marzo del 2008 en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” y en el Hospital Provincial Pediátrico “José Luis Miranda” de la ciudad de Santa Clara, provincia de Villa Clara.

El universo de estudio quedó constituido por los pacientes que asistieron a los servicios de Gastroenterología de dichas unidades asistenciales en el período de estudio y que fueron diagnosticados por gastritis crónica atrófica, duodenitis parasitaria, enfermedad celíaca y enfermedad de Crohn. La muestra quedó constituida por aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión, voluntariedad y cooperación con la investigación, para lo cual se elaboró un modelo de consentimiento informado; de esta forma, la muestra quedó conformada por 62 pacientes de ambos sexos entre 3 y 68 años de edad.

Para corroborar el diagnóstico de la enfermedad gastrointestinal, se realizó una revisión documental (Historia clínica) o se confirmó con el médico de cabecera. Posteriormente, se realizó la recolección de los datos mediante revisión documental (Historia Clínica Médica), entrevista y examen clínico bucal. El examen clínico fue realizado en consultas médicas o salas de ingreso utilizando para ello el espejo bucal plano. Los datos fueron recogidos en un formulario.

Para dar salida a los objetivos, se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, trastorno gastrointestinal, tiempo del diagnóstico de la enfermedad gastrointestinal, alteraciones bucales anteriores y en el momento del examen físico, sitios de la

cavidad bucal más afectados, tratamiento estomatológico o médico utilizado, medicamento o sustancia empleada y clasificación de la estomatitis aftosa.

RESULTADOS

De un total de 62 pacientes, 36 fueron del sexo femenino (58,1%) y 26 del masculino (41,9%). En el estudio se incluyeron pacientes de todas las edades, ya que se realizó en dos Hospitales: el “Arnaldo Milián Castro” para adultos y el “José Luis Miranda” para infantes. La mayoría de los pacientes se ubicaron en el primer grupo de edades, ya que se pudieron encuestar 17 pacientes con enfermedad celíaca de un total de 24 niños y adolescentes, y cinco con duodenitis parasitaria, diagnosticados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Pediátrico. Predominaron, además, los pacientes de 51-66 años, pues los trastornos gastrointestinales son frecuentes en estas edades.

Se estudiaron 15 (24,2%) pacientes con gastritis, 27(43,5%) con duodenitis parasitaria por *Giardia lamblia*, 17(27,4%) con enfermedad celíaca y 3 (4,8%) con enfermedad de Crohn.

Teniendo en cuenta que el universo de estudio incluye a pacientes desde 3-68 años y que los menores de 18 años atendidos en el Hospital Pediátrico presentan características que los diferencian de los pacientes adultos, se analizaron de forma separada, aunque tomando en consideración las mismas variables.

Se incluyeron en este estudio 17 pacientes con enfermedad celíaca y cinco con duodenitis parasitaria. En la revisión documental de sus historias clínicas, se pudo

apreciar que seis nunca manifestaron lesiones, siete presentaron úlceras bucales, uno glositis, otro estas dos últimas lesiones combinadas, y dos glosopirosis.

Los pacientes con enfermedad celiaca fueron estudiados en el Hospital Pediátrico de la ciudad de Santa Clara, atendiendo a que este grupo, conformado por 24 pacientes de ambos sexos, se encuentra dispensarizado y es ampliamente estudiado por el servicio de Gastroenterología. Se examinaron 17 pacientes en sala y consulta: 10 del sexo femenino y 7 del sexo masculino, con una edad media de 10,2 años. En el Hospital Pediátrico también encontramos cinco pacientes con duodenitis parasitaria por giardiasis, con signos y síntomas de síndrome de malabsorción. Previamente al examen de esta investigación, solo se encuentra la presencia de aftas bucales en dos pacientes; el resto no ha manifestado lesiones.

De los 17 pacientes con enfermedad celíaca examinados, 11 no presentaban lesiones bucales en el momento del examen, dos padecían una estomatitis aftosa, uno con la forma mayor en el carrillo y otro con la forma menor en el labio. La glositis se encontró en tres pacientes, así como el síndrome de boca ardiente en uno de ellos. Los cinco pacientes con duodenitis parasitaria no mostraron alteraciones de la mucosa bucal.

Las lesiones bucales previas en adultos, según referencias de Historias Clínicas, indican que un total de 16 pacientes (40,0%) no presentaron lesiones bucales desde el diagnóstico de su enfermedad. Se constató, además, que 14 pacientes padecieron lesiones a modo de aftas (35,0%), 6 con glositis (15,0%), 2 con aftas y glositis que no se incluyen en los grupos anteriores (5,0%), y en 2 (5,0%) de ellos se informaron síntomas de ardor y quemazón difusa en la mucosa bucal, sin encontrar referencia

de alteraciones, por lo que se pensó en el síndrome de boca ardiente o glosopirosis. En estos casos, y por encontrar esta referencia más dudosa, decidimos confirmarlo con algunos especialistas.

De un total de 40 pacientes examinados, 22 (55,0%) no presentaban lesiones en el momento del examen físico, y en el resto se pudieron diagnosticar 8 pacientes (20,0%) con estomatitis aftosa, 9 (22,5%) casos con glositis y uno (2,5%) con glosopirosis. No se encontraron pacientes con gingivitis ulceronecrotizante aguda.

Las lesiones de la estomatitis aftosa suelen clasificarse en menores, mayores y herpetiformes. La relación de esta clasificación en el grupo de pacientes adultos estudiados refleja que 7 (87,5 %) presentaban la forma menor y 1 (12,5%) la forma mayor. No se encontraron pacientes con la categoría herpetiforme. El paciente afectado con la forma mayor presentó diagnóstico de enfermedad de Crohn, el cual ha cursado con manifestaciones bucales desde su diagnóstico.

Los sitios más frecuentemente afectados con estomatitis aftosa, según el examen físico realizado, fueron: labios (8%), carrillos (4,8%), lengua (1,6%) y encía (1,6%).

En los niños y adolescentes se encontraron las siguientes referencias con respecto al tratamiento: dos sin tratamiento, tres con tratamiento espontáneo (nistatina, romerillo y miel de abejas); a cinco de ellos se les indicó nistatina, la crema de manzanilla (medicamento protector de la mucosa) y dos emplearon vitaminas.

Del total de 24 pacientes con lesiones, en 11 (45,8%) de ellos no se hace referencia a la indicación de algún tratamiento, de los cuales 6 (25,0%) llevaron a cabo una automedicación (romerillo, aloe, nistatina, ácido acetil salicílico); en 6 pacientes

(25,0%) con estomatitis aftosa, se indicaron medicamentos protectores de la mucosa, como el bálsamo de Shostakovsky y cremas de aloe y manzanilla. Las vitaminas se indicaron en un caso de glositis. Por referencias del paciente, se supo de tres casos que asistieron al estomatólogo por la recidiva de sus lesiones, a los que se les indicó crema de aloe y manzanilla.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes estudiados con trastornos de la mucosa gastrointestinal presentaron duodenitis parasitaria por *Giardia lamblia*, lo cual se corresponde con la bibliografía consultada, pues este protozoo es el que con mayor frecuencia infecta el tracto intestinal, ya que habita en el duodeno y yeyuno superior. Tiene una distribución mundial, con mayor incidencia en regiones tropicales y subtropicales, con una prevalencia entre 2-25 %, en dependencia de la comunidad y el grupo de edad estudiado. En Cuba, las tasas de prevalencia fluctúan entre 7 y 15 %^{13,14}.

Tomando en consideración que las lesiones bucales agudas son de comienzo rápido y curso breve, no se encuentra baja la frecuencia de aparición, ya que el examen se realiza en un solo momento. Asimismo, es necesario analizar que estos pacientes han acudido a los servicios hospitalarios por encontrarse en una etapa de crisis o en estudio por la misma causa y que, además, el interrogatorio permitió llegar a la conclusión que 6 (75,0) de los pacientes con estomatitis aftosa padecen la forma recurrente^{15, 16}.

Los datos encontrados en la literatura relacionados con la frecuencia de presentación de estos tipos de estomatitis aftosa coinciden con los revelados en la presente investigación. Varios estudios concuerdan en que la forma menor es la que se

observa en el 80% de los casos, la variedad mayor afecta a un 10% y la forma herpetiforme es considerada por la mayoría de estudiosos como una entidad distinta por la relación existente con una infección por adenovirus, y afecta también al 10%.¹³

La mayoría de las investigaciones con respecto al sitio de afectación de la estomatitis aftosa refieren afección de los siguientes lugares, en orden decreciente de su frecuencia: mucosas yugales, labiales, fondo de vestíbulo, suelo de boca y cara ventral de la lengua. Otros concuerdan más con los resultados aquí descritos, al plantear que los labios son las estructuras más afectadas^{17, 18}.

De las lesiones bucales estudiadas, es la estomatitis aftosa, quizás por su mayor frecuencia, la que con más estudios aparece en la literatura, referidos a las alternativas terapéuticas. En Cuba, se informan buenos resultados con el propóleo, la zeolita y la laserterapia^{19,20}.

El problema fundamental radica en que estos pacientes buscan atención médica y no estomatológica. Por su parte, los médicos ven esta situación como una agudización de la enfermedad y dirigen sus esfuerzos al control del estado sistémico, pero olvidan educar al paciente en el tratamiento local o remitirlo al estomatólogo. Como consecuencia de esto, muchos pacientes se automedican.

Luego de analizar los resultados de este estudio, se puede concluir que la alteración de la mucosa gastrointestinal que padece el mayor número de pacientes examinados fue la duodenitis parasitaria por *Giardia lamblia* en un grupo donde predominó el sexo femenino. La mayoría de los pacientes no mostraron lesiones en la mucosa bucal durante el examen físico, y entre las diagnosticadas, la más frecuente fue la glositis, a diferencia de los datos de lesiones previas a dicho examen, donde

predominó la estomatitis aftosa. Por otra parte, un número considerable de pacientes con estas alteraciones acudieron al médico, cuyo tratamiento estuvo dirigido a la enfermedad sistémica de base, pero quedó ausente el tratamiento local sintomático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Collins C. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2000.
2. Colectivo de Autores. Compendio de Periodoncia. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
3. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 195-260.
4. Roca Goderich R, Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierre N. Enfermedades del sistema digestivo. En: Temas de Medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. t2.p.157-83.
5. Shafer WG, Hine MK, Levi BM, Tomich ChE. Tratado de Patología bucal. 4ta Ed. México DF: Nueva Editorial Interamericana; 1986.
6. Silverio García CE, Hevia González LE. Gastritis. En: Temas de Medicina General Integral. V2. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. La Habana: ECIMED; 2001. p. 650-54.

7. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 3 ed. Editorial Médica Panamericana; 2000.
8. Buret Ag. Immunopathology of giardiasis: the role of lymphocytes in intestinal epithelial injury and malfunction. Mem Inst Oswaldo Cruz 2005; 100 Suppl 1:185-90
9. Namiot DB, Namiot Z, Kemon A, Golebiewska M. Peptic ulcer and oral health status. Adv Med Sci 2006; 51: 153-5.
10. Markovchik VJ. Toma de decisiones en medicina de urgencias. En: Markovchik VJ, Pons PT. Secretos de la medicina de urgencias. 3ra ed. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 1-4.
11. Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Estomatitis aftosa recurrente. Actualización. Rev Cubana Estomatol 2005; 42(1): 49-54.
12. Sanchez AR, Rogers RS 3rd, Sheridan PJ. Oral ulcerations are associated with the loss of response to infliximab in Crohn's disease. J Oral Pathol Med 2005 Jan; 34(1):53-5
13. Orekhova LI, Neizberg DM, Stiuf LI. Clinical immunological and microbiological parallels in chronic generalizad parodontitis and peptic ulcero f the stomach. Stomatologia 2006; 85(6): 22-6.
14. Granito A, Muratori L, Muratori P, Petrolini N, Bianchi FB, Volta U. Antitransglutaminase antibodies and giardiasis. Am J Gastroenterology. 2004; 99(12): 2505 -6.

15. Sanchez AR, Rogers RS 3rd, Sheridan PJ. Oral ulcerations are associated with the loss of response to infliximab in Crohn's disease. *J Oral Pathol Med* 2005 Jan; 34(1):53-5.
16. Stavropoulos F, Katz J, Guelmann M, Bimstein E. Oral ulcerations as a sign of Crohn's disease in a pediatric patient: a case report. *Pediatr Dent* 2004 Jul-Aug; 26(4):355-8.
17. Arand Ps, Nandakumar K, Shenoy KT. Are dental plaque, poor oral hygiene, and periodontal disease associated with *Helicobacter pylori* infection?. *J Periodontol* 2006; 77(4): 692-8.
18. Lewkowicz N, Lewkowicz P, Banasik M, Kurnatowska A, Tchorzewski H. Predominance of Type 1 cytokines and decreased number of CD4 (+)CD25(+high) T regulatory cells in peripheral blood of patients with recurrent aphthous ulcerations. *Immunol Lett*. 2005 Jun 15; 99(1):57-62. Epub 2005 Jan 22.
19. Bellón Leiva S, Aldama Bellón Y, Echarry Cano O. Actualización terapéutica en la aplicación de la medicina natural y tradicional en Estomatología. ISCM de la Habana. Facultad de Estomatología. Publicación del sitio Web "Policlínico Universitario Vedado"; 2005.
20. Contreras A, Dualle Castro G, Wilbert J, Tejad Padilla A, López Padilla S. Laserterapia. Aplicación en úlceras aftosas y herpes bucolabial. *Rev Adm* 1994; 51(3): 139.