

J. López López<sup>1</sup>  
X. Roselló Lladrés<sup>1</sup>  
E. Jané Salas<sup>1</sup>  
M.M. Sabater Recolons<sup>2</sup>  
E. Chimenos Küstner<sup>3</sup>

## Enfermedades digestivas y patología oral. Estudio descriptivo

1 Profesor asociado de Medicina Bucal.

2 Profesora colaboradora de Medicina Bucal.

3 Profesor titular de Medicina Bucal.  
Facultad de Odontología  
Universidad de Barcelona

### Correspondencia:

Dr. José López López  
C/ Marina 291, sobtico  
08025 Barcelona  
Email: joselopezl@infomed-dental.com

### RESUMEN

Se realiza un estudio clínico en 163 pacientes adultos afectados de enfermedad digestiva. Se pretende revisar la relación entre su enfermedad de base y las alteraciones de la mucosa oral. No se aprecia relación significativa entre la alteración digestiva y la manifestación mucosa encontrada, excepción hecha del cuadro de intestino irritable. Se revisan las entidades digestivas con más implicación en la consulta dental.

### PALABRAS CLAVE

Enfermedad gastrointestinal; Enfermedad digestivas; Mucosa oral; Manejo dental.

### ABSTRACT

*The authors perform a study on 163 adult patients with digestive disease. The aim is to review the relationship between their disease and the changes in the oral mucosa. There is not a significant relationship between the digestive disease and the explored mucosa, with the only exception of an irritable bowel. The digestive diseases with most implication on the dental management are reviewed.*

### KEY WORDS

*Gastrointestinal disease; Digestive disease; Oral mucosa; Dental management*

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades digestivas constituyen un grupo importante entre las enfermedades sistémicas que afectan al individuo y en el caso de la odontoestomatología tienen un especial significado, dado que la boca es, en definitiva, la primera parte del tubo digestivo. Por otro lado no debe caerse en las tendencias antiguas que le confieren un papel de extrema importancia a la boca y en especial a la lengua como espejo de las afecciones internas; excepciones contadas, las manifestaciones bucales de las enfermedades digestivas no son patognomónicas y se encuentran localizadas dentro del contexto general de la enfermedad<sup>(1)</sup>.

En el presente estudio se repasan aquellas entidades digestivas que tienen un interés particular para el dentista y se analizan la prevalencia de patología oral asociada a dichas enfermedades en una población ambulatoria.

Para sistematizar las diferentes entidades clínicas de afectación digestiva que tienen implicación oral lo ideal es recurrir a una clasificación topográfica (Tabla 1)<sup>(2)</sup>.

## OBJETIVOS

El objetivo es valorar la prevalencia de alteraciones de la mucosa oral en una población afecta de patología digestiva. Secundariamente se recurre a la discusión para repasar los conceptos de interés en cada una de las enfermedades y comparar los resultados obtenidos con la bibliografía consultada.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza una población de consulta ambulatoria de patología digestiva (163 pacientes) y se clasifican por enfermedades. A cada paciente se le realiza una exploración minuciosa de la cavidad bucal en busca de signos asociados y una anamnesis encaminada a

**Tabla 1** Clasificación de las enfermedades esofágicas de implicación bucal atendiendo a la sistematización expuesta por Lynch<sup>(2)</sup>

### Enfermedades del esófago

Disfagia  
Síndrome de Plummer-Vinson  
Reflujo gastroesofágico  
Úlceras esofágicas

### Enfermedades del estómago

Úlcera péptica (gastroduodenal)  
Gastritis

### Enfermedades hepáticas

Ictericia (hemolítica, obstructiva, hepatocelular)  
Hepatitis (A,B, otras)  
Cirrosis

### Enfermedades intestinales

Poliposis y enfermedad de Peutz-Jeghers  
Enfermedad celíaca  
Enfermedades inflamatorias crónicas  
Crohn  
Colitis ulcerosa

detectar signos o síntomas previos. También se realiza a cada paciente un CAOd y un CPTIN, pero no son objeto del presente estudio.

El estudio se lleva a cabo durante 6 meses (desde noviembre de 1998 a abril de 1999) y la población ambulatoria es obtenida de la consulta externa hospitalaria (78 pacientes) y de un centro de asistencia primaria (85 pacientes). Se descartan todos aquellos pacientes que presentan una clínica aguda o que no tienen un diagnóstico establecido. También se desestima la patología oncológica, dada la importancia que en ella tiene el efecto farmacológico.

Cuando en un paciente se presenta más de una entidad se considera aquella que es de mayor importancia o en su defecto la de diagnóstico más temprano.

Para el procesado de los datos se utiliza una hoja de cálculo Excel 2000.

## RESULTADOS

La población estudiada (n=163) se distribuye en 85 mujeres (52%) y 78 varones (48%). La media de edad

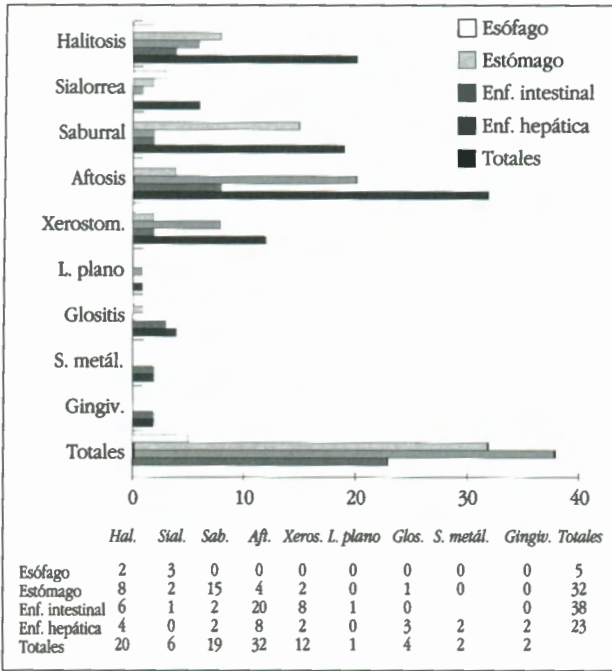
**Tabla 2 Relación de enfermedades encontradas y alteraciones mucosas registradas**

<i>Localización</i>	<i>Enfermedad</i>		<i>Alteración mucosa</i>
<b>Esófago</b> (n= 11)	Acalasia	1	
	CREST	1	
	Esofagitis	9	-2 halitosis -3 sialorea
<b>Estómago</b> (n= 57)	Gastritis	31	-3 halitosis -1 halitosis + sialorea -4 halitosis + lengua saburral -2 lengua saburral -1 aftosis + glositis
	Úlcera gastroduodenal	26	-5 lengua saburral -2 lengua saburral + xerostomía -1 lengua saburral + sialorea -1 lengua saburral + aftosis -2 aftosis
<b>Enfermedad intestinal</b> (n= 49)	Enf. celíaca	1	
	Colitis ulcerosa	1	
	Enf. Crohn	2	-1 aftosis
	Intestino irritable (5 pacientes presentaban gastritis)	30	-3 aftosis + xerostomía + halitosis -2 aftosis + xerostomía -1 aftosis + sialorea -9 aftosis -1 lengua saburral -3 halitosis -3 xerostomía -1 liquen plano oral
	Diverticulosis	2	
	Patología rectal (1 presentaba gastritis y otro enfermedad intestinal)	13	-1 aftosis + leng saburral + halitosis -1 aftosis + halitosis -2 aftosis
	<b>Enfermedad hepática</b> (n= 46)	Ascitis (2 asociada a pancreatitis)	5
	Gilbert	1	
	Hepatitis	15	-1 lengua saburral -2 halitosis + gingivorragias -5 aftosis
	Hepatobiliar	25	-3 aftosis -1 halitosis + xerostomía -1 halitosis -2 sabor metálico
n		163	(Pacientes afectados = 74 (45%))

es de 49 años (rango 18-82). Los porcentajes de pacientes de cada enfermedad así como las diferentes mani-

festaciones mucosas encontradas se presentan en las tablas 2 y 3.

**Tabla 3** Manifestaciones mucosas distribuidas por enfermedades digestivas



El número de pacientes afectados es de 74, lo que representa el 45% en toda la población estudiada.

La valores porcentuales tanto para toda la población como para cada una de las entidades se reflejan en la tabla 4.

## DISCUSIÓN

En primer lugar se repasan los diferentes grupos de enfermedades digestivas y al final se presentan algunas consideraciones referentes a las diferentes lesiones mucosas.

### 1. Enfermedades esofágicas

Si se exceptúan la esclerodermia y el síndrome de Plummer-Vinson, la clínica oral más esperada en las enfermedades esofágicas es la disfagia, situación que complicará los tratamientos dentales, pero que no precisará un tratamiento adicional por el dentista.

**Tabla 4** Resultados y porcentajes de las diferentes afectaciones mucosas referidas a la población general y a las entidades digestivas consideradas

	Esófago (n= 11)	Estómago (n= 37)	Intestinales (n= 49)	Hepáticas (n= 46)	Total (n= 163)
Halitosis	2 (18,1%)	8 (14%)	6 (12,2%)	4 (8,6%)	20 (12,2%)
Sialorrea	3 (27,2%)	2 (3,5%)	1 (2%)	—	6 (3,6%)
L. Saburral	—	15 (26,3%)	2 (4%)	2 (4,3%)	19 (11,6%)
Aftosis	—	4 (7%)	20 (40,8%)	8 (17,3%)	32 (19,6%)
L.P.O.	—	—	1 (2%)	—	1 (0,6%)
Xerostomía	—	2 (3,5%)	8 (16,3%)	2 (3,5%)	12 (7,3%)
Glositis	—	1 (1,7%)	—	3 (6,5%)	4 (2,4%)
S. metálico	—	—	—	2 (4,3%)	2 (1,2%)
Gingivorragia	—	—	—	2 (4,3%)	2 (1,2%)
	5 (45,4%)	32 (56,1%)	38 (77,5%)	21 (50%)	98 (60%)

Merece la pena repasar algunos conceptos referentes a la disfagia. La disfagia o dificultad para deglutir puede ser el resultado de una obstrucción mecánica o ser un trastorno nervioso (V, VII, IX, X, XI) que impida la contracción refleja coordinada de los músculos (lisos y estriados) implicados en su fisiología. Clásicamente se acepta que en la disfagia de origen nervioso se tiene dificultad para ingerir tanto líquidos como sólidos desde el principio, mientras que en la debida a obstrucción mecánica la dificultad frente a los líquidos solo aparece al evolucionar la enfermedad<sup>(2)</sup>. Dentro de las causas neurológicas cabe considerar la poliomielitis, la miastenia gravis, el Parkinson, la distrofia miotónica, la sarcoidosis, la esclerodermia y la esclerosis múltiple entre otras. Como causas mecánicas se pueden citar: carcinomas, hipertrofia ganglionar paraesofágica o cuerpos extraños.

La acalasia, un caso en nuestra serie, se define como una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por la ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico e incapacidad del EEI para relajarse después de la deglución. Desde el punto de vista fisiopatológico ocasionará una estasis del alimento y una progresiva dilatación del esófago. Su prevalencia es pequeña (1:100.000), de ahí que tampoco se encuentre citada habitualmente relacionada con la odontoestomatología. Si bien se podría esperar algún tipo de ulceración por la regurgitación del alimento, en el caso de nuestra serie no hemos apreciado ningún signo o síntoma relacionado. Otro de los pacientes con disfagia de la serie corresponde a una mujer de 42 años afectada de esclerodermia en la forma CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, trastornos de la motilidad del esófago, esclerodactilia y telangiectasias). No se aprecia ninguna alteración significativa en la boca.

Nueve pacientes presentaban esofagitis por reflujo; recordemos que la ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) se define como un conjunto de síntomas y las distintas formas de lesión tisular debidos al reflujo patológico del contenido gástrico hacia el esófago<sup>(3)</sup>. Los síntomas de enfermedad son variables y no siempre existe una relación clara entre ellos, el grado de

Tabla 5 Clínica típica de la esofagitis por reflujo<sup>(3)</sup>

<b>Síntomas típicos</b>
Pirosis
Regurgitación
<b>Síntomas de alarma</b>
Disfagia
Odinofagia
Anemia
Hemorragia digestiva
Pérdida ponderal
<b>Síntomas atípicos</b>
Dolor torácico no cardíaco
Accesos de tos
Neumonías
Asma
Alteraciones otorrinolaringológicas
<b>Alteraciones inespecíficas</b>
Epigastralgia
Náuseas
Vómitos
Eructos frecuentes
Sialorrea

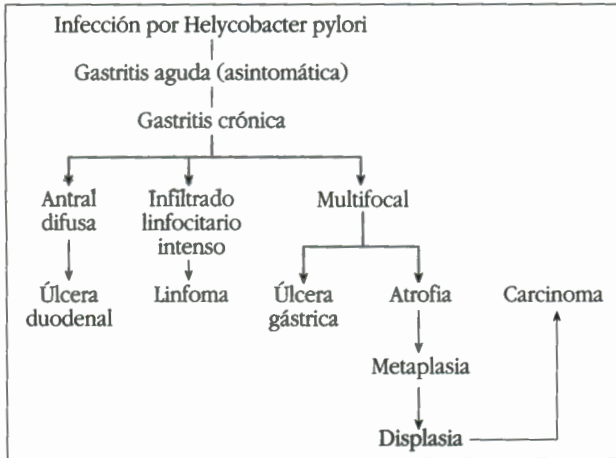
esofagitis y la presencia o no de lesión tisular (Tabla 5).

Si bien en la literatura se relaciona con la esofagitis cierto grado de sialorrea y de halitosis, lo que es importante en la consulta dental es la necesidad de tomar ciertas precauciones en estos pacientes y la posibilidad ocasional de descubrir una disfagia en sus estadios iniciales. Nosotros hemos encontrado dos pacientes con halitosis (uno de ellos consumía además anti-depresivos) y tres con sialorrea subjetiva (33%), datos que no se corroboran con la revisión bibliográfica realizada y que pueden verse modulados por el uso de medicamentos, la edad, los problemas psicológicos asociados y en nuestro caso por los pocos pacientes de la serie<sup>(4)</sup>.

## 2. Patología gástrica y duodenal

Se denomina gastritis a toda lesión inflamatoria que afecta a la mucosa gástrica. Se puede presentar de forma aguda o crónica, siendo esta última presentación la que nos ocupa en el presente estudio. Desde

**Tabla 6** Esquema que muestra la evolución de la gastritis crónica debida a infección por *Helicobacter pylori*<sup>(7)</sup>



hace unos años la presentación clínica de la gastritis crónica esta íntimamente relacionada con la infección por *H. pylori*<sup>(5)</sup>. La prevalencia de la enfermedad es difícil de determinar; se barajan cifras del 20% al 80% dependiendo de la edad y de los aspectos socioeconómicos<sup>(6)</sup>. La clínica de la enfermedad es variable, desde diversos trastornos dispépsicos que pueden evolucionar a atrofia e incluso a cáncer hasta una clínica sutil que puede pasar desapercibida (Tabla 6)<sup>(7)</sup>.

En los estudios médicos de la enfermedad el cuadro oral más frecuentemente asociado es de la halitosis. Si bien no se constatan alteraciones orales más prevalentes que en la población general, nosotros hemos registrado un total de 11 pacientes con alteración; 8 (14%) de ellos con halitosis, 6 con lengua saburral (dos de ellos presentaban también halitosis) y uno con aftas. En nueve de los pacientes el estado de la boca era francamente séptico, situación muy relacionada con las manifestaciones de mal aliento y lengua saburral.

La úlcera gastroduodenal (úlcera péptica) se define como una pérdida de sustancia que se extiende desde la superficie hasta la *muscularis mucosae*, formando un cráter que se rodea por un halo inflamatorio. Sus causas son variadas y su evolución es crónica con periodos de remisión<sup>(8)</sup>. La prevalencia de

la enfermedad se cifra alrededor del 1-2% en el mundo occidental con una mayor incidencia en el sexo masculino y localización predominante en el duodeno. Si bien se acepta una causa multifactorial se tiende a dividir los pacientes con úlcera péptica en tres grupos: los infectados por *H. pylori*, los hipersecretores (especialmente síndrome de Zollinger-Ellison) y los consumidores habituales de AINEs<sup>(8)</sup>. La presentación aguda de la enfermedad suele estar relacionada con el consumo de AINEs, la ingestión de productos cáusticos y enfermedades o traumatismos graves con una sobrecarga de estrés y no se englobarían en el concepto de enfermedad ulcerosa gastroduodenal.

En la literatura médica no se reflejan de forma especial signos o síntomas bucales asociados a la enfermedad ulcerosa, excepción hecha de la saburra lingual; no obstante se acepta que la aparición de xerostomía es frecuente por el uso de medicación anticolinérgica y los estudios clásicos de Gius (años 60) citados por Lynch<sup>(2)</sup> y no excesivamente corroborados posteriormente, describen formaciones vasculares en la parte interna de las comisuras labiales más frecuentes en los pacientes con úlcera péptica.

Nosotros hemos encontrado 26 pacientes diagnosticados de úlcera gastroduodenal que acudían a las citas de revisión (45% de los pacientes estudiados); 9 de ellos (34% de los pacientes con úlcera) presentaban lengua saburral y tres presentaban un cuadro aftoso. Seis de ellos, al igual que el caso de las gastritis, presentaban una boca francamente séptica. Curiosamente no hemos apreciado ningún caso de halitosis en los 26 pacientes con úlcera gastroduodenal.

### 3. Enfermedades intestinales y colónicas

Dentro de las enfermedades intestinales existen tres grupos que tienen una relación clara con la patología de la mucosa oral: las que cursan con malabsorción, las poliposis intestinales y las enfermedades inflamatorias crónicas.

En la literatura es frecuente relacionar la malabsorción, sea cual sea su causa (Tabla 7)<sup>(9)</sup>, con aftas orales, glositis y queilitis angular; las posibles manifesta-

**Tabla 7** La principales causas de malabsorción según Benegas<sup>(9)</sup>

<b>Por déficit de digestión intraluminal</b>
Hepatopatías crónicas y obstrucción de vías biliares
Sobrecrecimiento bacteriano
Insuficiencia pancreática exocrina
Deficiencia intraluminal de ácidos biliares
<b>Por alteraciones de la mucosa intestinal</b>
Enfermedad celíaca
Uso de fármacos
Enfermedades infecciosas
Enfermedades inflamatorias
Esprue tropical
Dermopatías
Enfermedad de Whipple
Abetalipoproteinemia
<b>Por obstrucción postmucosa</b>
Linfangiectasia intestinal
Alteraciones vasculares intestinales
<b>Por causas mixtas</b>
Síndrome del intestino corto
Enfermedades sistémicas

ciones orales, incluidas las secundarias a los déficits de nutrientes que puedan comprometer las actuaciones dentales están relacionadas con la intensidad y duración del cuadro.

En nuestra serie aparece un paciente con enfermedad celíaca y por tanto recordaremos algunos aspectos de esta entidad. Para la etiqueta de enfermedad celíaca se requieren tres aspectos: síndrome de malabsorción que afecta a la totalidad o a la mayor parte de los nutrientes, una lesión característica pero no patognomónica de la mucosa intestinal (atrofia marcada de las vellosidades) y una mejoría significativa al retirar el gluten de la dieta. Es también importante recordar la relación de la enfermedad con otras entidades clínicas y en especial con la dermatitis herpetiforme, así como sus manifestaciones extraintestinales (Tabla 8)<sup>(10)</sup>. En el paciente de nuestra serie (mujer de 38 años) su analítica sanguínea dificultaría actos terapéuticos dentales, pero no se apreciaba ninguna afectación oral significativa. No hemos encontrado ningún otro paciente con malabsorción.

Bajo el término de enfermedad inflamatoria intesti-

**Tabla 8** Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad celíaca<sup>(10)</sup>

<i>Sistema orgánico</i>	<i>Manifestación</i>
Hemopoyético	Anemia Hemorragia
Esquelético	Osteopenia Fracturas patológicas Osteoartropatía
Muscular	Atrofia Tetania Debilidad
Nervioso	Neuropatía periférica Lesiones desmielinizantes del SNC
Endocrino	Hiperparatiroidismo secundario Amenorrea, infertilidad Impotencia
Cutáneo	Hiperqueratosis folicular Petequias y equimosis Edemas Dermatitis herpetiforme

nal se engloban tres entidades; la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la denominada colitis indeterminada. La colitis ulcerosa es una entidad idiopática que afecta al colon y recto y en el que el proceso inflamatorio asienta básicamente en la mucosa; por el contrario la enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico, que afecta a toda la pared y a todo el tubo digestivo, pudiendo implicar desde la boca hasta el ano<sup>(11)</sup>.

En el caso de la colitis ulcerosa la relación con la afectación oral no está aceptada por todos los autores pero de forma clásica se acepta que puede haber una incidencia mayor de aftas (hasta un 20%) y pioestomatitis vegetante (autores como Van Hale consideran que esta rara afectación es un signo en la mucosa oral indicativo de enfermedad inflamatoria intestinal)<sup>(12)</sup>. El paciente de nuestra serie no presentaba ninguna alteración específica en la mucosa oral.

En el caso de la enfermedad de Crohn la mayor parte de los autores aceptan que al menos en el 10% de los casos se encontrará implicada la cavidad

bucal<sup>(1,13)</sup>, incluso en algunos estudios las lesiones orales preceden a la aparición de las lesiones intestinales<sup>(14)</sup>. La presencia de aftas, ulceraciones persistentes y en especial hiperplasias ulceradas o no son las lesiones descritas habitualmente<sup>(15,16)</sup>. Los estudios histológicos de dichas hiperplasias demuestran las alteraciones estructurales típicas de la enfermedad de Crohn. De los dos pacientes de nuestra serie, uno no recordaba ni presentaba ninguna alteración específica en la cavidad oral y el otro, si bien la exploración era anodina, explicaba una historia de aftosis de repetición que en los últimos años estaba estabilizada.

Bajo el epígrafe de intestino irritable podemos englobar un número de alteraciones funcionales a nivel de intestino delgado y colon de etiología imprecisa pero que representan uno de los motivos de consulta más frecuentes en los dispensarios de digestivo; los criterios de inclusión en este término fueron revisados por consenso<sup>(17)</sup>. Los pacientes con esta sintomatología son los más frecuentes, dentro de la enfermedad intestinal, en la serie que presentamos (61% de los pacientes con afectación intestinal y el 18% de todos los pacientes de nuestra serie). Si bien en la literatura no hemos encontrado una relación significativa con las lesiones orales, en el presente estudio se ha constatado afectación oral en 23 pacientes (76% de los afectados de intestino irritable). Este mismo grupo de 30 pacientes presentan un total de 32 afectaciones, el grupo sin duda más afectado; esta importante relación puede estar relacionada con el factor psicossomático asociado al problema de base; creemos sería conveniente realizar estudios en series más amplias para corroborar estos datos. También se ha presentado una paciente de 42 años afecta de liquen plano oral (diagnóstico de presunción clínica), que, si bien no representa un dato a valorar desde el punto de vista estadístico, se corrobora en la literatura con un caso publicado por Kurgaski<sup>(18)</sup>, en el que se asociaba a otras entidades además del cuadro de intestino irritable.

Referente al resto de alteraciones intestinales registradas en el estudio, dos diverticulosis y trece alteraciones rectales, merece la pena destacar que en 4 de los pacientes con enfermedad rectal se han detectado

**Tabla 9** Clasificación histológica de los pólipos de colon<sup>(19)</sup>

**Epiteliales**

Adenomas

Tubulares

Tubulovelloso

Velloso

Adenomatosis

Poliposis familiar

Síndrome de Turcot

Síndrome de Gardner

Hiperplásicos

**No epiteliales**

Hamartomas

Poliposis juvenil

Síndrome de poliposis juvenil

Síndrome de Peutz-Jeghers

Síndrome de Cowden

Neurofibromas

Mesenquimáticos

Leiomioma

Lipoma

Hemangioma

Carcinoide

Inflamatorios

Seudopólipos de la enfermedad inflamatoria crónica

Hiperplasia linfoide

Pólipos fibroides inflamatorios, etc.

aftas, dos de ellos asociadas a halitosis y uno además con lengua saburral. En los dos pacientes afectados de poliposis intestinal no hemos apreciado ninguna alteración mucosa. Recordemos que, si bien esta entidad es importante en la consulta odontológica debido a que en ocasiones forma parte de un síndrome, es una entidad de diagnóstico impreciso, pues hasta un tercio puede ser asintomático; además, una vez diagnosticado suele precisar tratamiento que solucione el problema o control médico sin clínica (Tabla 9)<sup>(19)</sup>.

#### 4. Patología hepatobiliar

Intentar clasificar de una forma concisa las diferentes entidades hepáticas es difícil, nos puede servir de ejemplo el esquema que propone Pons F (Tabla 10)<sup>(20)</sup>. De todas las entidades de afectación hepática las que



**Tabla 10 Enfermedades hepáticas según Pons<sup>(20)</sup>**

**ENFERMEDADES HEPATOBILIARES**

**Enfermedades del parénquima hepático**

1. Enfermedades difusas
  - 1.a. Agudas
    - Víricas
    - Tóxicas
    - Alcohólica
  - 1.b. Crónicas
    - Hepatitis crónica (vírica, tóxica, autoinmune)
    - Cirrosis hepática
    - Enfermedad colestática
      - Intrahepática
      - Extrahepática
2. Enfermedades focales
  - Tumores
  - Quistes
3. Enfermedades vasculares
4. Enfermedades metabólicas
5. Enfermedades sistémicas

**Enfermedades de la vesícula y vías biliares**

representan una importancia marcada en la clínica dental son las crónicas y en especial aquellas que al afectar de forma difusa el parénquima hepático comprometan la funcionalidad del mismo. En la boca apreciaremos un cierto grado de ictericia y también en función de la capacidad hepática residual existirá sangrado variable, tanto espontáneo como después de manipulaciones dentales. La gravedad del sangrado condicionará el tipo de tratamiento dental a realizar en el paciente y los diferentes grados de ictericia irán asociados a otros signos y síntomas clínicos.

Desde el punto de vista clásico, además del sangrado y la ictericia también se relaciona con la patología hepática cierto grado de atrofia de la mucosa, predominantemente en la lengua y asociada o no atrofia de las papilas filiformes. En la literatura se recoge una cierta predisposición mayor a padecer cáncer bucal e inflamación parotídea en los pacientes afectados de hepatopatía alcohólica crónica.

De los 46 pacientes con enfermedad hepática que hemos encontrado, tan solo la presencia de aftas es representativa (17%), pero su valor no está por enci-

ma de la prevalencia esperada en población normal<sup>(21)</sup>. El resto de alteraciones encontradas, cuatro halitosis (dos de ellas asociadas a gingivorragia importante y una a xerostomía) y dos cuadros de ictericia de mucosas no representan datos significativos.

Recordemos que el síndrome de Gilbert es un trastorno familiar benigno que cursa con aumento de la bilirrubina no conjugada. Su diagnóstico suele ser casual tras una analítica de rutina y los pacientes precisan un control periódico pero generalmente sin tratamiento específico. En nuestro estudio hemos encontrado un paciente con esta enfermedad y no presentaba ninguna alteración oral significativa.

De los cinco pacientes con ascitis, todas ellas de causa cirrótica (tres por hepatopatía alcohólica y dos por hepatitis viral crónica) podemos destacar la normalidad exploratoria en dos de ellos y la presencia de glositis con importante depapilación en los otros tres, uno asociado a halitosis y sequedad importante.

El concepto de hepatitis crónica se define como reacción inflamatoria del hígado que persiste más de seis meses, la etiología, patogenia y clínica serán variables, en todas existirá un grado variable de necrosis hepatocelular y la clínica oral vendrá determinada por el grado de funcionalismo del parénquima residual<sup>(22)</sup>. Si bien el alcohol y el consumo de fármacos, entre otras causas, son responsables, la mayoría de los casos son el resultado de una infección vírica persistente (VHB, VHC, VHD).

En los 15 casos detectados en nuestra serie (diez por VHB y dos por VHC), cinco presentaban aftas de repetición y dos halitosis con gingivorragias importantes; estos dos últimos pacientes serían de alto riesgo para la realización de tratamientos dentales (tiempo de Quick alargado); otros tres pacientes relatan una historia de gingivorragias previas en la actualidad controladas.

La litiasis biliar y el síndrome postcolecistectomía (hasta un 25% de los pacientes intervenidos)<sup>(23)</sup> constituyen un grupo frecuente en la patología que se puede ver en las consultas digestivas; recordemos que un estudio reciente realizado en Barcelona cifra la prevalen-

cia de litiasis vesicular mediante estudio ecográfico en el 12%<sup>(24)</sup>. No existe en la literatura relación específica entre las alteraciones biliares y las enfermedades de la mucosa bucal; si tenemos en cuenta que existe un trastorno de la digestión es lógico pensar que de forma crónica se puede presentar cierto grado de disgeusia y halitosis. Nosotros hemos encontrado mal aliento en el momento de la exploración en dos de los 20 pacientes estudiados y otros dos relataron historia de sabor metálico continuado en alguna ocasión.

## 5. Datos globales

Podemos apreciar que en 74 pacientes (45,6%) de los 163 de la muestra se encuentra alguna manifestación mucosa. Estos resultados pueden ser esperados dado lo frecuente en la población general de alguna de las entidades analizadas. Así por ejemplo en el caso de la aftosis de repetición recordemos que es una entidad que puede depender su prevalencia de un gran número de factores, entre ellos los gastrointestinales y que sus cifras pueden llegar al 20% en estudios de población general<sup>(25)</sup>. Es significativo valorar el 40% que se encuentra en el caso de las afecciones intestinales, aspecto que puede estar relacionado con el importante número de intestinos irritables encontrados y la relación de ambas entidades con el estrés. Los datos referentes a enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa carecen de valor por los pocos pacientes encontrados.

Referente a la xerostomía es importante recordar que sus cifras oscilan entre el 3 y el 40% dependiendo de múltiples factores<sup>(26, 27)</sup>; nosotros encontramos tan sólo un 7,3%, aspecto que puede estar relacionado con la media de edad del grupo. Recordemos además lo relacionado que se encuentra en la literatura el tema con la halitosis, situación ésta que depende en gran medida del momento del día y del tipo de secreciones<sup>(28, 29)</sup>. En la serie se ha encontrado un 13,5% con una marcada constancia en todos los grupos, seguramente por motivos muy diferentes en cada uno de ellos (Tabla 4)<sup>(30)</sup>.

Para finalizar, los dos casos de gingivorragias es

**Tabla 11 Datos de halitosis, lengua saburral, aftas y xerostomía agrupadas por sectores de edad y de patologías**

	<30	30-50	50-70	>70
<b>Halitosis</b>				
Esófago	-	-	2	-
Estómago	2	5	1	-
Intestinales	-	2	4	-
Hepáticas	-	1	1	2
<b>Lengua saburral</b>				
Esófago	-	-	-	-
Estómago	1	9	4	1
Intestinales	-	1	-	1
Hepáticas	-	-	1	1
<b>Aftas</b>				
Esófago	-	-	-	-
Estómago	1	-	3	-
Intestinales	-	8	10	2
Hepáticas	-	1	5	2
<b>Xerostomía</b>				
Esófago	-	-	-	-
Estómago	-	1	1	-
Intestinal	-	3	5	-
Hepáticas	-	1	-	1

lógico que aparezcan en la patología relacionada con el fracaso hepático. No hemos constatado cuadros de malabsorción crónica (otra de las entidades relacionada de una forma directa con el problema)<sup>(31)</sup>.

En lo referente al sexo o centro de procedencia no se aprecian datos significativos. Se ha realizado una agrupación de los datos por edades, pero la excesiva dispersión de la muestra dificulta los resultados. En la tabla 11 se presenta la distribución de los datos por grupos de edades para la halitosis, lengua saburral, aftosis y xerostomía.

## CONCLUSIONES

Tras el estudio descriptivo que presentamos creemos que se corroboran los criterios expuestos en la introducción; la boca presenta alteraciones mucosas frecuentes cuando existe una enfermedad digestiva,

550 pero estas alteraciones se encuentran dentro del contexto de la enfermedad y no tienen por tanto ningún valor diagnóstico preponderante. Merece la pena des-

tacar la importante presencia de aftosis de repetición en el grupo de pacientes afectos del cuadro de intestino irritable.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Strassburg M, Knolle G. Mucosa oral. *Atlas a color de enfermedades*. Madrid: Marban Libros, 1996:561-578.
2. Lynch MA. *Medicina Bucal de Burket. Diagnóstico y tratamiento*. Mexico: Interamericana, 1987: 673-688.
3. Vázquez JL, Alonso P. Enfermedad por seflujo gastroesofágico. En: Rodes J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part X, cap 5. Barcelona: Masson, 1997.
4. Mathisen B, Worrall LL, Masel J, Wall C, Shephard RW. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: a controlled study. *J Pediatr Child Health* 1999;**35**(2):163-9.
5. Correa P. Gastritis crónica. En: Vilardell F, Rodes J, Malagelada JR, Pajares JM. *Enfermedades digestivas*. Madrid: CEA, 1990.
6. Guisnet M, Coton T, Rey P, Debonne JM. Helicobacter pylori infection in developing countries. *Med Trop* 1997;**57**(1):77-82.
7. Pajares JM, Maté J, Moreno R. Gastritis. En: Rodes J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Par X, cap 11. Barcelona: Masson, 1997.
8. Piqué JM. *Enfermedad ulcerosa gastroduodenal*. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Par X, cap 12. Barcelona: Masson, 1997.
9. Benegas A, Pascual I, Mínguez M. Síndrome de malabsorción: evaluación clínica y diagnóstica. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part X, cap 5. Barcelona: Masson, 1997.
10. Rodrigo L. Enfermedad celíaca. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part X, cap 19. Barcelona: Masson, 1997.
11. Morena EJ, Vera MI, Abreu L. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part X, cap 20. Barcelona: Masson, 1997.
12. Ballo FS, Camisa C, Allen CM. Pyostomatitis vegetans. Report of case and review of the literature. *J Amer Acad Dermatol* 1989;**21**(2):381-7.
13. Plauth M, Jenss H, Meyle J. Oral manifestations of Crohn's disease. Analysis of 79 cases. *J Clin Gastroenterol* 1991;**13**(1):29-37.
14. Ghandour K, Issa M. Oral Crohn's disease with late intestinal manifestations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;**72**(5):565-7.
15. Boraz RA. Oral manifestations of Crohn disease: update of the literature and a report a case. *ASDC J Dental Child* 1988;**55**(1):72-74.
16. Tatnall FM, Dodd HJ, Sarkany I. Crohn's disease with metastatic cutaneous involvement and granulomatous cheilitis. *J R Soc Med* 1987;**80**(1):49-50.
17. Drossman DA, Thompson WG. The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med* 1992;**116**:1009-1016.
18. Kurganski D, Burnett JW. Widespread lichen planus in association with Turner's syndrome and multiple endocrinopathies. *Cutis* 1994;**54**(2):108-110.
19. Ferrando J, Reig G. pólipos y poliposis intestinales y colónicas. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part X, cap 24. Barcelona: Masson, 1997.
20. Pons F. Fisiología clínica y enfoque diagnóstico de las enfermedades del hígado. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part XI, cap 1. Barcelona: Masson, 1997.
21. López J, Roselló X, Jané S, Blanco A, Caballero R. Tratamiento de la aftosis oral recurrente. Estudio a doble ciego en 90 pacientes. *Anales Odontostomatol* 1997;**5**:177-83.
22. Wisnom CJ, Kelly M. Medical/dental management of chronic hepatitis C patient. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;**75**(6):786-90.
23. Terés J. Litiasis biliar. En: Rodés J, Chanter C. *Actualidades en gastroenterología y hepatología*. Barcelona: JR Proust, 1993.
24. Terés J, Bordas JM. Enfermedades de las vías biliares. En: Rodés J, Guardia J. *Medicina Interna (Tomo I)*. Part XI, cap 18. Barcelona: Masson, 1997.
25. Torras H. Tratamiento de la aftosis y de la estomatitis aftosa. *Piel* 1993;**8**:302-5.
26. López J, Roselló X, Blanco A, Chimenos E. Xerostomía. Alternativa terapéutica. *Avan Odontostomatol* 1997;**13**:605-10.
27. Velasco E, Machuca E, Martínez-Sahuquillo A, Bullón P. *Arch Odontostomatol* 1994;**10**:546-55.
28. López X, Roselló X, Chimenos E. Halitosis: revisión del concepto. *Arch Odontostomatol* 1994;**10**(10):567-74.
29. Chimenos E, Gutiérrez E, Puyal M, López J, Rodríguez de Rivera ME. Diagnóstico y tratamiento de la xerostomía en el anciano. *Odontostomatol Práctica y Clínica* 1999;**2**:49-56.
30. Yaegoki K, Coil JM. Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *J Can Dent Assoc* 2000;**66**(5): 527-61.
31. Mundet M, López J, Roselló X, Blanco A, Jané E. Trastornos de la coagulación i complicacions a la consulta dental. *Arx Odontol* 1999;**5**:87-98.