



Acta Odontológica Colombiana
ISSN: 2027-7822
revista_fobog@unal.edu.co
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Estrada-Pereira, Gladys Aída; Díaz-Fondén, Jesús; Pérez-Sardinas, Yinet
Manifestaciones bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en adultos mayores
Acta Odontológica Colombiana, vol. 13, núm. 2, 2023, Julio-Diciembre, pp. 32-43
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106261>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582376113009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Manifestaciones bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en adultos mayores

Gladys Aída Estrada-Pereira 1
Jesús Díaz-Fondén 2
Yinet Pérez-Sardinas 3

Oral manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis in of elderly adults

RESUMEN

Objetivo: identificar las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en pacientes adultos mayores. **Métodos:** se efectuó un estudio descriptivo transversal con un universo de 50 adultos mayores, previamente diagnosticados por los especialistas gastroenterólogos, y prescritos con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Estos, confirmados por los hallazgos clínicos, histopatológicos y endoscópicos, remitidos a consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, entre marzo de 2019 y marzo de 2020, practicándose el examen intrabucal, descripción de las lesiones bucales y su diagnóstico clínico. Para la recolección del dato primario se confeccionó un modelo con las variables: edad, sexo, enfermedad inflamatoria intestinal, localización anatómica, signos y síntomas clínicos orales en ambas patologías. Se creó una base de datos en SPSS versión 22.0 en Windows para el procesamiento y análisis de la información, usándose la técnica estadística descriptiva y agrupándose los datos en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** en la serie resaltaron las personas de sexo femenino y el grupo de edades de 60 a 74 años, la pioestomatitis vegetante fue el signo bucal específico más común y la úlcera aftosa recurrente la lesión inespecífica de mayor predominio en ambas patologías. El dolor, el síntoma clínico de mayor afectación y el dorso de lengua el sitio de mayor predilección para su instalación. **Conclusiones:** las expresiones clínicas bucales más relevantes en pacientes adultos mayores con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa fueron la pioestomatitis vegetante y la úlcera aftosa recurrente.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal; enfermedad de Crohn; colitis ulcerosa; manifestaciones bucales; pioestomatitis vegetante; úlceras aftosas recurrentes.

ABSTRACT

Objective: Identify the oral clinical manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis in elderly adults' patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out with a universe of 50 older adults previously diagnosed by gastroenterologist specialists, prescribing the presence of Crohn's disease and ulcerative colitis, confirmed by clinical, histopathological and endoscopic findings, referred to the stomatological consultation of the Specialities Polyclinic of the "Saturnino Lora Torres" University Clinical Surgical Hospital of Santiago de Cuba, from March 2019 to the same month of 2020, performing intraoral examination, description of oral lesions and their clinical diagnosis. For the collection of the primary data, a model was made with the variables: age, sex, inflammatory bowel disease, anatomical location, oral clinical signs and symptoms in both pathologies. A database was created in SPSS version 22.0 in Windows for the processing and analysis of the information, using the descriptive statistical technique and grouping the data in absolute and relative frequencies. **Results:** In the casuistry, females and the age group of 60 to 74 years prevailed, vegetative pyostomatitis was the most common specific oral sign and recurrent aphthous ulcer was the most prevalent non-specific lesion in both pathologies, pain being the most affecting clinical symptom and the back of the tongue is the most preferred site for its installation. **Conclusions:** The most relevant oral clinical expressions in elderly patients adults with Crohn's disease and ulcerative colitis were pyostomatitis vegetative and recurrent aphthous ulcer.

Key words: Inflammatory bowel diseases; Crohn's disease; Ulcerative colitis; Oral manifestations; Pyostomatitis vegetans; Recurrent aphthous ulcer.

1. Doctora en Estomatología. Especialista de Primer y Segundo Grado en Estomatología General Integral. Magister en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Diplomada en Medicina Natural Tradicional y en Oncología Comunitaria. Profesora Auxiliar e Investigadora Auxiliar. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba, Cuba.

Contacto: gladis.estrada813@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3780-8217>

2. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General e Integral. Especialista de Primer Grado y Segundo Grado en Gastroenterología. Magister en Medio Diagnóstico. Diplomado en Enfermedades Hepáticas. Profesor Asistente. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba, Cuba.

Contacto: diaz.fonden@infomed.sld.cu

 <https://orcid.org/0000-0002-7162-1117>

3. Médica General. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba, Cuba.

Contacto: yperesardina@gmail.com

CITACIÓN SUGERIDA:

Estrada-Pereira GA, Díaz-Fondén J, Pérez-Sardinas Y. Manifestaciones bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en adultos mayores. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 32-43. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106261>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106261>

Recibido	Aprobado
06/12/2022	14/04/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

El envejecimiento es considerado un fenómeno universal, dinámico, inevitable, irreversible y progresivo (1, 2), implica una sucesión de variaciones funcionales, morfológicas, psicológicas y bioquímicas que ocurren durante la existencia, ocurriendo una disminución gradual de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios; es un proceso continuo que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, calificándose como una etapa especial (1–3) donde se aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades (1). En la actualidad, el envejecimiento significa un reto para las sociedades modernas por superar las barreras cronológicas, de la cual Cuba no está exenta. Este proceso en la población cubana mantiene un ritmo acelerado, convirtiéndose, después de Uruguay, en el segundo país más envejecido de América Latina y el Caribe (3).

Existe un número considerable de enfermedades sistémicas que afectan a más de un sistema orgánico, involucrando procesos inflamatorios y desórdenes del sistema inmunológico, dando origen a diversas manifestaciones clínicas, donde el diagnóstico y el tratamiento competen al Especialista en Medicina General y al Especialista en Estomatología (4). Entre estas patologías se encuentran los trastornos gastrointestinales de variada naturaleza (infecciosos, inflamatorios, genéticos y de otra etiología) originando alteraciones en los tejidos bucales duros y blandos, revelando una elevada prevalencia e incidencia mundial (5). Ahora bien, en todos los componentes del sistema estomatognático como los músculos, los dientes, el periodonto, la mucosa oral, la lengua, las glándulas salivares, los huesos maxilares y la articulación temporomandibular, aparecen cambios relacionados con el envejecimiento, al igual que en todos los órganos y sistemas del cuerpo humano (3). En esta etapa de la vida se produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que la vuelve más vulnerable a los agentes traumáticos e infecciosos (2).

Así, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que es una patología sistémica por su alta incidencia en la aparición de manifestaciones en otros sistemas de órganos (6), es un proceso inflamatorio crónico de causa desconocida (7–12) y asiento autoinmune (6–8, 12–14), afecta otras partes del tracto gastrointestinal, principalmente los intestinos (5). Es una patología multifactorial ya que las personas con antecedentes familiares tienen mayor posibilidad de padecerlas al ser expuestos a diversos factores ambientales (estrés, tabaquismo, alcohol, dieta), causando una respuesta inmunitaria exagerada contra las bacterias de la flora intestinal, desempeñando estos factores un rol determinante en la etiología y desarrollo de la enfermedad (6–13, 15). La EII cursa por períodos de actividad (recaída) y remisión (6, 10, 12), surgiendo diferentes manifestaciones clínicas a nivel intestinal como diarrea crónica, sangrado rectal, dolor y cólico abdominal, pérdida de peso, malestar general, fiebre, fatiga y anorexia (6–9, 11, 12) y extraintestinal que dificultan su diagnóstico clínico (5–7).

De esta manera, la EII se incrementa en todo el orbe, especialmente en los países en vías de desarrollo, ésta comprende dos afecciones nosológicas principales: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) (5–10, 15). La mayor incidencia anual de EC aparece en

Norteamérica con 20.2 nuevos casos/100.000 habitantes por año, siendo las incidencias más altas Canadá, Georgia y el norte de Estados Unidos; mientras que en Europa la incidencia anual de CU es elevado, con 24.3 nuevos casos/100.000 habitantes por año, constituyendo España y Grecia los países con mayor incidencia; sin embargo, aparece un alza de la incidencia de estas afecciones en Asia, el Medioriente y Latinoamérica (5, 10). Ambas patologías se presentan como una inflamación crónica del tracto gastrointestinal y su diagnóstico se basa en la sintomatología clínica combinada con evidencia histopatológica (biopsia) y endoscópica (6, 7, 15).

Por un lado, la EC es una inflamación granulomatosa crónica y transmural de la pared intestinal con presencia o no de granulomas en la porción terminal del íleon y el colon (5–10, 13, 15), afectando cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano (5–7, 9–17), originando manifestaciones extraintestinales como la piel, los ojos, la boca y las articulaciones, creando un deterioro en la salud general de las personas (5, 6, 8, 11, 12, 15). Su inicio puede ser repentino y súbito, los síntomas más comunes de la enfermedad son: dolor abdominal y diarrea (5–7, 13), con ligera predilección por las mujeres (7). Las expresiones clínicas orales pueden coincidir o preceder a los síntomas gastrointestinales en días, meses o incluso, años (6, 15–18), con una variación de su incidencia global entre el 0,5% al 37% (6, 11, 12–15). Los síntomas clínicos orales pueden ser específicos (6–9, 11–15) como mucosa adoquinada o empedrada (5–7, 11–19), tumefacción labial y yugal difusa (6, 11–15), úlceras lineales profundas (5–8), mucogingivitis (5, 6, 8, 12, 15) y queilitis granulomatosa del labio inferior (6, 8, 11, 12, 15) y las lesiones inespecíficas (5, 6, 8, 11–14) son la estomatitis aftosa recurrente (5–7, 12–16, 18), la pioestomatitis vegetante (6, 7, 11–14, 18), la queilitis angular (5–7, 12, 13, 16), la glositis (6, 7, 14, 16), la gingivitis (6, 14, 19), la periodontitis (6, 7, 14, 16–18), la xerostomía (5, 6, 16), el liquen plano (6–8, 11–13, 16), la candidiasis (6) el eritema perioral (6), la caries dental (6, 13, 14, 16), la halitosis (6, 14) y la disgeusia (5, 6, 14) entre otras.

Paralelamente, la CU es una inflamación crónica y difusa de la mucosa y submucosa del colon y el recto (6–11, 12), sin formación de granulomas (12), la toma de biopsias y la colonoscopia es por excelencia el método diagnóstico de esta patología (6), afecta casi por igual a hombres y mujeres (7), es una enfermedad recidivante y remitente (12, 19), su comienzo es brusco o insidioso creando complicaciones a nivel intestinal como diarrea, sangrado rectal y cólico abdominal (7) y extraintestinal, principalmente en la mucosa oral por ser la puerta de entrada y parte del tracto gastrointestinal (17–20); surgiendo lesiones específicas, incluyendo la pioestomatitis vegetante (7, 11, 16, 18, 20) y queilitis granulomatosa (6) y otras afecciones inespecíficas como la úlcera aftosa recurrente, la lesión liquenoide, la xerostomía (16, 20), la queilitis angular (17), la disgeusia, la gingivitis y periodontitis (16, 20).

Por lo antes expuesto se decidió realizar esta investigación, planteando el siguiente problema científico: ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa en los pacientes adultos mayores? Para dar respuesta al planteamiento anteriormente descrito, nos trazamos el siguiente objetivo: identificar las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en pacientes adultos mayores.

Métodos

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal con un universo de 50 pacientes geriátricos diagnosticados clínicamente por los gastroenterólogos, indicando la presencia de la EC y la CU, confirmados por los hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológico, siendo remitidos a la consulta Estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Clínicocquirúrgico Universitario “Saturnino Lora Torres” de Santiago de Cuba, para describir las manifestaciones clínicas bucales y su correlación con estas afecciones intestinales; desde marzo de 2019 hasta marzo de 2020.

Previo al procedimiento clínico intrabucal a los participantes, el investigador principal fue instruido por los especialistas maxilofaciales de la institución, perfeccionando las habilidades para identificar y describir las lesiones bucales asociadas con la EC y CU, garantizándose confiabilidad y calidad de los resultados. Para el examen clínico de la cavidad bucal se dispuso de un sillón dental, lámpara artificial y espejo bucal, realizándose las maniobras convenientes para visualizar directa e indirectamente dichas lesiones.

Para la información, recolección y obtención de los datos primarios se elaboró un modelo de Historia Clínica con las siguientes variables de interés: grupos de edades (60-74 años, 75-89 años, 90 años y más), sexo (femenino y masculino), afecciones nosológicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), localización anatómica de las lesiones intrabucles (mucosa de los labios, mucosa de carrillos, dorso y borde lateral de la lengua, encías, paladar blando y comisura labial), manifestaciones bucales, incluyendo los signos clínicos específicos (pioestomatitis vegetante, mucosa oral en adoquín, queilitis granulomatosa, tumefacción difusa en la mucosa de carrillos y labios) y los inespecíficos (úlceras aftosas recurrentes, glositis atrófica, queilitis angular, xerostomía, liquen plano, hiperplasia gingival y disgeusia) y los síntomas clínicos bucales (dolor, no dolor, ardor, dolor más ardor, sequedad bucal y alteración en el gusto).

Se creó una base de datos en el programa SPSS versión 22.0 para Windows, que permitió el procesamiento y análisis de la información, se usaron métodos estadísticos descriptivos para organizar los indicadores cuantitativos obtenidos y dentro de ellos se emplearon tablas estadísticas para mostrar los resultados logrados colocándose los datos en frecuencias absolutas y relativas. Se empleó el porcentaje como medida de resumen.

Consideraciones éticas

La investigación tuvo siempre en cuenta las consideraciones éticas sobre el principio básico del respeto al paciente, su derecho a la autodeterminación, garantizando en todo momento la seguridad y confidencialidad de los datos obtenidos, permitiéndoles decidir libremente la participación o no en el estudio una vez informados sobre los pros y contras, riesgos y beneficios que pudieran aparecer durante el período investigativo; y con la seguridad del derecho a retirarse cuando así lo desearan. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado de todos los integrantes de la casuística, aprobándose por el Consejo Científico y Comité de Ética del hospital.

Resultados

En relación a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y el sexo, apreciamos que, de los 50 adultos mayores estudiados, 30 fueron diagnosticados con colitis ulcerosa (60%) y 20 con la enfermedad de Crohn (40%), predominando las personas de sexo femenino con 56%, siendo la colitis ulcerosa la más comprometida con 34% (Tabla 1).

Al vincular la enfermedad inflamatoria intestinal con la edad, se evidenció que los pacientes adultos mayores concernientes al grupo de edades de 60 a 74 años fueron los de mayor afectación, con 32 enfermos (64%), siendo la colitis ulcerosa la afección más involucrada en estos pacientes con 38% (Tabla 2).

En cuanto a los signos clínicos bucales de la enfermedad inflamatoria intestinal se reflejó que la pioestomatitis vegetante fue la lesión específica más común en la colitis ulcerosa con 4 casos (80,0%) y la estomatitis aftosa recurrente la lesión inespecífica de mayor predominio con 64,2 % (Tabla 3).

Tabla 1. Distribución por sexos de pacientes adultos mayores con EII.

Sexos	Enfermedad intestinal inflamatoria (EII)					
	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	13	26,0	9	18,0	22	44,0
Femenino	17	34,0	11	22,0	28	56,0
Total	30	60,0	20	40,0	50	100,0
Porcentajes calculados en base al total de la población (50 pacientes).						
Fuente: Elaboración propia.						

Tabla 2. Distribución por edades de pacientes adultos mayores con EII.

Grupos etarios	Enfermedad intestinal inflamatoria (EII)					
	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-74	19	38,0	13	26,0	32	64,0
75-89	8	16,0	5	10,0	13	26,0
90 y más	3	6,0	2	4,0	5	10,0
Total	30	60,0	20	40,0	50	100,0
*Porcentajes calculados en base al total de la población (50 pacientes).						
Fuente: Elaboración propia.						

Tabla 3. Signos clínicos bucales asociados con la EII.

Signos clínicos bucales	Enfermedad intestinal inflamatoria				
	Casos	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
		No.	%*	No.	%*
1. Lesiones bucales específicas					
Pioestomatitis vegetante	5	4	80,0	1	20,0
Mucosa adoquinada	3	-----	-----	3	100,0
Queilitis granulomatosa	2	-----	-----	2	100,0
Tumefacción difusa labial y yugal	2	-----	-----	2	100,0
2. Lesiones bucales inespecíficas					
Estomatitis aftosa recurrente	14	9	64,2	5	35,8
Glositis atrófica	9	7	77,8	2	22,2
Queilitis angular	6	4	66,7	2	33,3
Xerostomía	3	2	66,7	1	33,3
Liquen plano	2	1	50,0	1	50,0
Hiperplasia gingival	2	2	100,0	-----	-----
Disgeusia	2	1	50,0	1	50,0
*Porcentajes calculados en base al total de casos por signos bucales.					
Fuente: Elaboración propia					

Con respecto a la correlación existente entre los síntomas clínicos bucales y la enfermedad inflamatoria intestinal, se demostró que el dolor fue la expresión clínica de mayor repercusión en los enfermos de colitis ulcerosa (65,2%), seguido en orden consecutivo por el dolor más ardor (58,3%); sin embargo, no hubo diferencias significativas de casos en los restantes síntomas (Tabla 4). Al evaluar la localización anatómica de las lesiones bucales y la enfermedad inflamatoria intestinal, se comprobó que el dorso de la lengua fue el sitio de mayor predilección para su instalación con 15 casos, de ellas 73,3% eran portadores de colitis ulcerosa, seguida por la mucosa de los labios con 10 pacientes para un 60,0%. (Tabla 5).

Tabla 4. Síntomas clínicos bucales correlacionados con la EII.

Síntomas clínicos bucales	Enfermedad inflamatoria intestinal				
	Casos	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
		No.	%*	No.	%*
No dolor	4	2	50,0	2	50,0
Dolor	23	15	65,2	8	34,8
Ardor	6	3	50,0	3	50,0
Dolor más ardor	12	7	58,3	5	41,7
Sequedad bucal	3	2	66,7	1	33,3
Alteración en el gusto	2	1	50,0	1	50,0
*Porcentajes calculados en base al total de casos por síntomas bucales.					
Fuente: Elaboración propia.					

Tabla 5. Localización anatómica de las lesiones bucales asociadas con la EII.

Localización anatómica de las lesiones bucales	Casos	Enfermedad inflamatoria intestinal			
		Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
		No.	%*	No.	%*
Mucosa de los labios	10	6	60,0	4	40,0
Mucosa de carrillos	5	2	40,0	3	60,0
Dorso de la lengua	15	11	73,3	4	26,7
Borde lateral de la lengua	6	4	66,7	2	33,3
Encías	4	2	50,0	2	50,0
Paladar blando	4	1	25,0	3	75,0
Comisura labial	6	4	66,7	2	33,3
*Porcentajes calculados en base al total de casos por localización anatómica.					
Fuente: Elaboración propia.					

Discusión

En esta investigación se evidenció una mayor incidencia de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa en las personas de sexo femenino, así como una hegemonía del grupo etario de 60 a 74 años, por tanto se mostró que ambas afecciones patológicas alcanzaron su mayor incidencia entre la sexta y séptima décadas de vida, prevaleciendo levemente la colitis ulcerosa. Este criterio se asemeja al de otros autores como Cruz et al. (1), Torrecilla et al. (2) y Rodríguez et al. (3), quienes publicaron que este grupo poblacional es más susceptible de tener condiciones sistémicas asociadas con manifestaciones clínicas bucales, riesgo que se incrementa a medida que avanza la edad; de ahí, la importancia de que el odontólogo posea un conocimiento profundo sobre los cambios propios que sufren las estructuras bucales en la vejez, esencialmente en los procesos biológicos, debido a una disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística de la mucosa oral causando una elevada morbilidad; refiriendo también, que las alteraciones morfológicas y funcionales que ocurren en el macizo cráneo-facial asociados con la edad son parte del envejecimiento general del organismo, presentándose un gran número de ancianos con enfermedades en el aparato estomatognático y en los tejidos de sostén influyendo negativamente en su calidad de vida, ganando gran importancia los factores psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad por existir menos capacidad de adaptación al medio.

Estudiosos del tema, como Sevilla (6), informó que Pereira y Munerato enfatizaron que la incidencia de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres en países occidentales; mientras que Jajam et al. (5), Melero et al. (7), Figueroa (10) y Thomas et al. (12) reportaron que la aparición de la CU sigue un patrón bimodal: un primer pico de incidencia en la edad adulta joven, es decir, entre la segunda y cuarta década de la vida (20 a 40 años) y un segundo pico entre la sexta y la séptima década de la vida (55 y 65 años).

Los resultados de este estudio mostraron al examen clínico intrabucal una alta ocurrencia de pioestomatitis vegetante en la colitis ulcerosa, no comportándose así en la enfermedad de Crohn, observándose clínicamente varias pústulas blanco-amarillentas en la mucosa eritematosa y edematosa bucal y labial, algunas de ellas al romperse se convirtieron en lesiones ulcerosas y erosivas lo cual coincide con lo encontrado por otros investigadores como Melero et al. (7) y Khozeimeh et al. (16) quienes obtuvieron datos similares en cuanto a que esta afección oral es el signo patognomónico de la colitis ulcerosa, estando muy relacionada con los brotes o los períodos de actividad de la enfermedad; también, Sbeit et al. (4), Jajam et al. (5), Sevilla (6), Lauritano et al. (11) y Mohan et al. (20) confirmaron que la pioestomatitis vegetante es una manifestación específica oral altamente asociada con la CU, siendo dos veces más frecuente que en la EC, por lo que su presencia es un indicador específico y un elemento valioso para su diagnóstico; es catalogada como un trastorno mucocutáneo crónico muy raro presentándose como un proceso inflamatorio de las mucosas, es benigna y se aprecia la presencia de múltiples lesiones pustulosas muy pequeñas de aspecto gris-amarillento sobre una mucosa eritematosa y edematosa. Estas pústulas pueden romperse o fusionarse dando la apariencia de una “huella o rastro de caracol”, siendo muy molestas para el paciente, aunque la mayoría son asintomáticas, localizándose en la cavidad oral principalmente en las encías, el paladar duro y blando, la mucosa yugal y labial, siendo las zonas menos afectadas el suelo de la boca y la lengua. Esta lesión puede tener recaída y remisión según la gravedad de la enfermedad.

La bibliografía médica consultada (6, 11, 13, 15), manifiesta que dentro de las afecciones bucales específicas propias de la EC se encuentran la mucosa oral empedrada y la tumefacción difusa labial y yugal, siendo este un indicador temprano de esta patología; mientras que dentro de las menos significativas tenemos a la queilitis granulomatosa, la mucogingivitis y las úlceras lineales profundas. Estas lesiones coligadas con la mucosa en empedrado son consideradas como los hallazgos patognomónicos de esta enfermedad. Sin embargo, existen lesiones inespecíficas orales que se pueden encontrar en igualdad de prevalencia tanto para la CU como para la EC.

En esta investigación también se comprobó la presencia de la úlcera aftosa recurrente, signo clínico más significativo en ambas entidades patológicas, prevaleciendo ligeramente en la colitis ulcerosa, observándose pequeñas úlceras redondas u ovaladas en la mucosa superficial, recubiertas por una pseudomembrana blanquecina o amarillenta, rodeada por un halo eritematoso localizada en la mucosa dorsal y bordes laterales de la lengua, labios y encías. Estos hallazgos se igualan a los trabajos desplegados por varios estudiosos del tema como Sbeit et al. (4), Jajam et al. (5) y Giuseppe et al. (15), quienes publicaron que la estomatitis aftosa recurrente es la manifestación bucal más común en los pacientes con EII, relacionándola con la activación o exacerbación de la afección intestinal, siendo una lesión inflamatoria benigna muy dolorosa y persistente, con episodios repetidos de úlceras superficiales comúnmente múltiples, pequeñas (1 a 3 mm de diámetro), de tipo aftas (redondas u ovoides, con márgenes circunscritos rodeados por un halo eritematoso), apareciendo de forma abrupta en la mucosa oral, principalmente en la mucosa bucal y labial, el suelo de boca, los surcos vestibulares, paladar blando y la encía, pudiendo ser la primera manifestación extraintestinal, cursando comúnmente entre 1 a 2 semanas, sanando sin dejar cicatriz; mientras que en las formas recidivantes el intervalo entre brotes suele ser de 3 a 4 semanas. Del mismo modo, Reyes (4), Melero et al. (7),

Oviedo et al. (8), Lauritano et al. (11), Giuseppe et al. (15), Khozeimeh et al. (16) y Mohan et al. (20), revelaron que tanto la CU como la EC pueden estar precedidas en su inicio por febrícula y ulceración dolorosa bucal y verse afectados también por otros signos clínicos orales inespecíficos como glositis, aftas orales, queilitis, candidiasis e inflamación gingival, originados por deficiencias nutricionales secundarias relacionadas a la malabsorción intestinal.

Por otra parte, Sevilla (6) y Fatani (18), informaron que la presencia de signos clínicos orales en la población adulta de mayor relacionamiento con trastornos sistémicos, requieren de un correcto examen bucal, componente principal a la hora de una evaluación, siendo beneficioso desde el punto de vista clínico y odontológico; igualmente, Oviedo et al. (8), Lauritano et al. (11) y Thomas et al. (12), confirmaron que las lesiones bucales por ser multifactoriales se relacionan con afecciones de ciertos órganos del tracto gastrointestinal debido a la correlación anatómica y funcional que existen entre ellos, constituyendo el signo principal de la enfermedad inflamatoria intestinal cuando aún no se han hecho evidentes los primeros síntomas a nivel del intestino, sirviendo como diagnóstico precoz en el 10% de los enfermos con colitis ulcerosa y el 60% de los pacientes con enfermedad de Crohn, es por ello, que se precisa de la colaboración multidisciplinaria de especialistas orales y gastroenterólogos que evalúen adecuadamente a estos pacientes y prescriban un tratamiento eficaz para mejorar su calidad de vida.

Nuestro estudio confirmó que el conocimiento de los síntomas clínicos es esencial para establecer un tratamiento acertado al paciente geriátrico, que le permita mantener el mayor tiempo posible los períodos asintomáticos de las afecciones bucales. Estos resultados coincidieron con Thomas *et al.* (12) y Khozeimeh *et al.* (16), quienes anunciaron que la enfermedad digestiva puede instalarse en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, fundamentalmente en el epitelio oral, causando alteraciones clínicas en las estructuras anatómicas particularmente involucradas, relacionándose comúnmente a síntomas clínicos como presencia de sensaciones dolorosas urentes muy sensibles, persistentes e incapacitantes que dificultan la alimentación, una adecuada función e higiene oral, ocasionando además, complicaciones psicológicas como la ansiedad y el estrés emocional. Estas sensaciones, en ocasiones, pueden acompañarse de disgeusia (alteraciones en la percepción del gusto) durando meses e incluso años, antes de que aparezcan los signos clínicos de la afectación intestinal.

En cuanto a la localización anatómica de las lesiones bucales, se reflejó que el dorso de la lengua fue el sitio de mayor predilección en la instalación de estos trastornos gastrointestinales. Estos criterios son similares a los estudios de Jajam, *et al.* (5), Giuseppe *et al.* (15) y Bader *et al.* (18), quienes anunciaron que la glositis atrófica puede ser el resultado de un proceso inflamatorio crónico de la dolencia digestiva. También, se afectan distintos segmentos del tracto gastrointestinal, principalmente la cavidad oral, como consecuencia de una malabsorción del intestino asociada a una deficiencia nutricional (inhibición de la producción de hierro, riboflavina, niacina, ácido fólico, zinc y/o vitamina B12), ocasionando estados anémicos (anemia ferropénica y anemia perniciosa) y apareciendo con mayor frecuencia en pacientes con colitis ulcerosa. Estos cambios que sufre el intestino afecta a la mucosa de la superficie dorsal de la lengua que se presenta inflamada, lisa

o calva, de coloración rojo intenso con pérdida o atrofia de las papilas gustativas linguales, seguidas en ocasiones de úlceras planas e irregulares, produciendo un aumento de la sensibilidad y la aparición del dolor lingual, imposibilitando la función masticatoria de los alimentos y el habla.

Nuestro estudio evidenció que todos los pacientes adultos mayores con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa revelaron clínicamente manifestaciones bucales, con una elevada morbilidad en las personas de sexo femenino y en el grupo etario de 60 a 74 años, siendo la pioestomatitis vegetante el hallazgo patognomónico más relevante de la colitis ulcerosa y el indicador específico bucal más importante para diagnosticar esta enfermedad; mientras que la úlcera aftosa recurrente resultó el signo clínico inespecífico y la primera manifestación extraintestinal en ambas patologías, apareciendo el dolor como primer síntoma, de forma abrupta y persistente en la superficie dorsal de la lengua. Por cuanto, los autores de la investigación enfatizaron la importancia de practicar un examen clínico detallado a los pacientes geriátricos para identificar y describir las lesiones bucales, que aparecen en los trastornos gastrointestinales, principalmente la EC y CU, prescribiendo un tratamiento oportuno para elevar su salud bucal.

Contribuciones de los autores

Gladys Aída Estrada-Pereira contribuyó en la revisión bibliográfica, formulación del objetivo, diseño metodológico, recolección de la información y ajustes del documento y redacción del artículo. Jesús Díaz-Fondén contribuyó en recolección de la información, análisis estadístico e integración de la información. Yinet Pérez-Sardinas contribuyó en revisión y corrección del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final de este informe y aceptaron ser responsables de todos los aspectos del trabajo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés. Los autores no recibieron financiamiento ni patrocinio para esta investigación.

Referencias

1. Cruz-Sixto D, Palacios-Sixto AJ, Perdomo-Acosta AD, González-Camejo DC, Arencibia-González E. Factores causales en la aparición de lesiones bucales en adultos mayores. *Univ Méd Pinareña*. 2020; 16(2): e422. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/422>
2. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. *Rev 16 de Abril*. 2020; 59(278): e819. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20278s.pdf>

3. Rodríguez-Casas MM, Hernández-Falcón L, Garay-Crespo MI, Castillo-Mateu L. Cambios morfológicos en el sistema estomatognático del adulto mayor, aspectos de interés para la Atención Estomatológica Integral. *Anatomía Digital*. 2021; 4(1): 6–16. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v4i1.1477>
4. Sbeit W, Kadah A, Mahmud-Mahamid M, Hala-Karayanni H, Mari A, Tali T, et al. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: the forgotten piece of the puzzle. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2020; 32(11): 1422–1431. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001918>
5. Jajam M, Bozzolo P, Niklander S. Oral manifestations of gastrointestinal disorders. *J Clin Exp Dent*. 2017; 9(10): e1242–e1248. <https://doi.org/10.4317/jced.54008.eCollection 2017>
6. Sevilla-García RM. Manifestaciones orales de la enfermedad inflamatoria intestinal [Trabajo de grado para optar al título de odontóloga]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/104242/>
7. Melero-Alarcón C, Montañés-de la Fuente A, Solís-González S, Grande-Boloque R, Peña-Cardelles JF, Paredes-Rodríguez VM, et al. Manejo y consideraciones clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en la consulta dental. *Rev Cient Dent*. 2018; 15(1): 31–35. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol15num1/5enfermedadintestinal.pdf>; <https://pesquisa.bvsalud.org/resource/pt/ibc-172858>
8. Oviedo-Yañez CM, Pennacchiotti V. Frecuencia de manifestación oral en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en Chile. *Int J Odontostomat*. 2017; 11(3): 267–271. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0718-381X20170003-00267&lng=es>.
9. Crowley E, Muise A. Inflammatory Bowel Disease: what very early onset disease teaches us. *Gastroenterol Clin North Am*. 2018; 47(4): 755–772. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2018.07.004>
10. Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes*. 2019; 30(4): 257–261. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.003>
11. Lauritano D, Boccari E, Di Stasio D, Della F, Carini F, Lucchese A, et al. Prevalence of oral lesions and correlation with intestinal symptoms of inflammatory bowel disease: A systematic review. *Diagnostics (Basel)*. 2019; 9(3): 77. <https://doi.org/10.3390/diagnostics9030077>
12. Thomas C, Dimmock M, Gilletta de Saint-Joseph C, Barres-Paul C, Cousty S, Laurencin-Dalieux S. How Oral Specialists Can Help Diagnose and Manage Extra-Digestive Inflammatory Bowel Disease Complications. *Case Rep Gastroenterol*. 2021; 15(1): 276–281. <https://doi.org/10.1159/000513156>

13. Ruiz-Sáenz P, Sanz-Alonso J, Buesa-Barez J, Martínez-Rodríguez N, Martínez-González JM. Consideraciones en Cirugía Bucal de los pacientes con enfermedad de Crohn. *Cient Dent*. 2018; 15(1): 61–67. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol15num1/9 Crohn. pdf>
14. Tan CXW, de Boer NKH, Brand HS. Oral manifestations of Crohn disease. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2018; 125(1): 15–20. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.01.17174>
15. Giuseppe-Ribaldone D, Brigo S, Mangia M, Saracco GM, Astegiano M, Pellicano R. Oral Manifestations of Inflammatory Bowel Disease and the Role of Non-Invasive Surrogate Markers of Disease Activity. *Medicines*. 2020; 7(6): 33. <https://doi.org/10.3390/medicines7060033>
16. Khozeimeh F, Shakerin H, Daghighzadeh H, Najarzadegan F, Golestannejad Z, Adibi P. Oral manifestations in inflammatory bowel disease: A cross-sectional study in Isfahan. *Dent Res J (Isfahan)*. 2021; 18(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34084291/>
17. Antonelli E, Maconi G, Bassotte G, Tramontana M, Hansel K, Stingeni L, et al. Dermatological manifestations in inflammatory bowel diseases. *J Clin Med*. 2021; 10(2): 364. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/2/364/html>.
18. Bader F, Al-Safadi A. Inflammatory Bowel Disease and Oral Health: A Review of Dental Consideration. *Saudi J Oral Dent Res*. 2020; 7(6): 165–168. <https://doi.org/10.36348/sjodr.2022.v07i06.004>
19. Mortada I, Leone A, Gerges-Geagea A, Mortada R, Matar C, Rizzo M, et al. Oral manifestations of inflammatory bowel disease. *J Biol Regul Homeost Agent*. 2017; 31(3): 817–821. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958141/>
20. Mohan-Kumar KP, Nachiammai N, Madhushankari GS. Association of oral manifestations in ulcerative colitis. A pilot study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2018; 22(2): 199–203. <https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP-223-16>