

**República Dominicana
Universidad Iberoamericana
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología**



Manifestaciones Orales de la Enfermedad de Crohn. Revision de Literatura

SUSTENTANTES:

**Neira Gordo Febo
17-0751**

DOCENTE ESPECIALISTA

DRA. MARIA CRISTINA GUTIÉRREZ

DOCENTE TITULAR

DRA. PATRICIA GRAU

SANTO DOMINGO,

AGOSTO 2020

Los conceptos emitidos en
el presente trabajo final son
de exclusiva
responsabilidad del
sustentante de la misma

DEDICATORIA

Primero que todo, quiero agradecer a DIOS porque sin el, no hubiese podido lograr todo esto y a través de la Fe sobrepasar las piedras del camino. Me van a faltar paginas para agradecer a todas las personas que de una forma u otra han influenciado a través de mi vida y la carrera de odontología. Hay personas que merecen un especial reconocimiento en todo esto en especial mis padres Victor, María y Horidel por todo el amor, disciplina y esfuerzo que han hecho por mi y por mis hermanos. Agradezco a mis hermanos Génesis, Wilfredo, Chanelle y Dante ya que sin su apoyo este proceso no hubiese sido el mismo. Los amo.

Agradezco a mi pareja Miguel que me ha apoyado en todo este proceso que no ha sido fácil y jamás ha dudado de mi capacidad. Gracias por eso. Te amo.

Neira Gordo Febo

AGRADECIMIENTOS

De igual forma quiero agradecer a mis amigos, docentes y futuros colegas por caminar este camino juntos y ayudarnos mutuamente a ser mejores seres humanos y profesionales. Por ultimo, quiero agradecer a la Dra. Patricia Grau por ser una excelente profesional y educadora. Gracias por ser una guía en todo este proceso y darnos una luz en el camino y a mi asesora la Dra. María Cristina Gutiérrez por ayudarme y orientarme en este trabajo investigativo.

Neira Gordo Febo

RESUMEN

La enfermedad de Crohn puede influir en cualquier segmento del sistema digestivo, a pesar de que su área más regular es el íleon. Se trata de una enfermedad transmural y sus efectos secundarios fundamentales son la flojedad de los intestinos es decir diarrea o un fuerte dolor abdominal. Se clasifica según el orden de su localización, patrón clínico y de su gravedad, sin embargo las manifestaciones orales presentadas debido a la misma suelen ser muy poco comunes y suelen presentar un único síntoma en días, meses o incluso años. El objetivo de esta revisión de literatura fue presentar las diversas manifestaciones orales causadas por la enfermedad de Crohn. Fueron incluidos artículos de la base de datos Pubmed, con el uso de la combinación de las palabras claves. De un total de 54 artículos, 47 fueron incluidos comprendiendo diversos periodos de tiempo, tanto en el idioma inglés como español. Los estudios analizados demostraron que las manifestaciones orales provocadas por la enfermedad de Crohn suelen ser diversas y con frecuencias inespecíficas, pudiéndose percibir que la probabilidad de las manifestaciones subyacentes de la enfermedad de Crohn pueden ser llagas orales, mucosa estirada, mucosa de adoquines. La incidencia de las manifestaciones orales debido a esta enfermedad son poco frecuentes, y el diagnóstico de la enfermedad por parte de especialistas en odontología y diferentes médicos mediante la evaluación de los descubrimientos clínicos orales ocurre con poca frecuencia.

Palabras clave: enfermedad Crohn, manifestaciones orales, sistema digestivo.

ABSTRACT

Crohn's disease can influence any segment of the digestive system, despite the fact that its most regular area is the ileum. It is a transmural disease and its fundamental side effects are the looseness of the intestines, that is, diarrhea or severe abdominal pain. According to the order of its location, the clinical pattern and its severity, however, the oral manifestations that occur due to it are usually very rare and usually present a single symptom in days, months or even years. The objective of the literature review was to present the various oral manifestations caused by Crohn's disease. Articles from the Pubmed database were included, with the use of the combination of classic classics. Of a total of 54 articles, 47 were included comprising different time periods, both in the English and Spanish languages. . The studies analyzed show that the oral manifestations caused by Crohn's disease are usually diverse and with nonspecific frequencies, being able to perceive the frequency of the underlying indications of Crohn's disease as oral sores such as stretched mucosa, cobblestone mucosa and problems. The incidence of oral manifestations due to this disease are infrequent, the conclusion of the disease by dental specialists and different doctors by evaluating oral clinical findings that occur infrequently.

Keywords: Crohn's disease, oral manifestations, digestive system.

Índice

Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
Absract.....	iv
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del Problema.....	4
3. Objetivos.....	6
3.1Objetivos Generales.....	6
3.2Objetivos Específicos.....	6
4. Marco Teórico.....	7
4.1 Antecedentes históricos.....	7
4.2Revisión Literaria.....	9
4.2.1 Crohn y Lesiones orales.....	9
4.2.2 Fisiopatología.....	11
4.2.3 Signos y .Síntomas.....	12
4.2.4 Tratamiento Dental y Manifestaciones orales.....	13
5. Aspectos Metodológicos.....	22
6. Discusión.....	27
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	32
Referencias Bibliográficas.....	33

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria granulomatosa crónica del tracto gastrointestinal de etiología desconocida. Es relevante conocer que en ocasiones, se presentan lesiones orales importantes, que en algunos casos preceden a las manifestaciones intestinales y sistémicas.¹

La enfermedad de Crohn es una enfermedad transmural la cual provoca inflamación intermitente de la mucosa gastrointestinal que puede influir en todo el tracto gastrointestinal desde la cavidad oral hasta el ano. La concurrencia de la inclusión de la mucosa oral en la enfermedad de Crohn con indicaciones gastrointestinales varía de 0.5% a 30%.¹ A veces, en algunos casos, las manifestaciones orales de la enfermedad de Crohn pueden representar el primer síntoma o un único síntoma y preceder a otros síntomas o efectos secundarios gastrointestinales por días, meses o incluso años.²

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio del tracto gastrointestinal que puede influir en cualquier zona entre la boca y la parte posterior; Se caracteriza por la presencia de enormes regiones irregulares de tejido ordinario en zonas de abscesos, granulomas, fibrosis y fístulas. La enfermedad rara vez aparece en la cavidad oral y la parte superior del tracto gastrointestinal pero cuando se presenta, la región que está más involucrada es la mucosa bucal, donde aparece un diseño de adoquines en el vestibulo. La lesión generalmente se presenta como pliegues hiperplásicos directos con úlceras; cuando los labios son comprometidos, se

agravan y se induran de manera difusa; Las lesiones de la encía y la mucosa alveolar son menos comunes y en caso de que aparezcan, se asemejan a una llaga granular y eritematosa. Varias úlceras aftosas pueden aparecer en cualquier área, pero suceden más habitualmente en la lengua .¹²

En general, durante el período de la infección, estas llagas orales pueden aparecer durante meses o incluso años, antes de que se manifiesten los efectos secundarios estomacales y se diagnostique el trastorno de Crohn.³⁴

La enfermedad de Crohn por otro lado también puede manifestarse en la cavidad oral en forma de úlceras recurrentes, tumefacción labial, gingivitis granulomatosa, parálisis facial, entre otras formas, por lo que su sospecha depende absolutamente del conocimiento del clínico de estos signos. Todo esta evidencia expone la necesidad de dar a conocer al odontólogo las manifestaciones orales de las diferentes enfermedades del sistema digestivo para lograr realizar diagnósticos acertados y tempranos.

El abordaje terapéutico de la enfermedad de Crohn es muy complejo, por lo que no se ha podido establecer un tratamiento aceptado internacionalmente. El objetivo es controlar los síntomas, la reacción inflamatoria, la curación de las lesiones de la mucosa, mantener la enfermedad en remisión el mayor tiempo posible y mejorar la calidad de vida del paciente.

En el capítulo 1 se presenta una introducción al tema a discutir, posteriormente en

capítulo 2 se presenta el planteamiento del problema se realizan algunas preguntas que serán contestadas en el transcurso de la revisión de la literatura. En el siguiente capítulo se proyectan el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo. Completando en el capítulo 4 se encuentra el marco teórico, el cual comprende los antecedentes acerca de la descripción de la enfermedad de Crohn y sus diferentes manifestaciones orales exponiendo una revisión de la literatura con variados artículos actualizados referentes al tema.

Con este chequeo de literatura se pretende evaluar los artículos disponibles actualmente, para así analizar las diferentes manifestaciones orales presentadas en personas con la enfermedad de Crohn describiendo todos los aspectos generales de la misma.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Chron (EC) se define como una inflamación crónica transmural inderteminable cuya causa es desconocida y donde su patogénesis incluye una modificación de la reaccion. Puede influir en todo el tracto relacionado con el estómago y estar asociados con signos fundamentales y extraintestinales. Presenta determinados patrones clínicos que se desarrollaron con una circulación segmentaria a través del sistema digestivo, y una naturaleza central y muy a menudo granulomatosa de las pequeñas lesiones. Su carácter transmural y cicatricial aclara la mejora continua de la estenosis y las fístulas.¹

En el curso característico de la enfermedad, a menudo suceden diferentes brotes de actividad inflamatoria, que con alguna frecuencia puede repetir y mas aun si se ha realizado una resección quirúrgica de los tramos que fueron afectados. En el diagnóstico también se tiene en cuenta información clínica, radiológica, endoscópica e histológica, y los resultados de las biopsias.²

Aún no se conoce la causa de la EC, y el mecanismo por el cual se produce el daño hístico, aunque en la actualidad existen suficientes evidencias como para suponer que, pueden intervenir los factores ambientales y una predisposcion genetica, tambien se ha planteado que puede ocurrir como resultado de una respuesta inmunitaria exagerada contra las bacterias de la flora intestinal. Por tanto, han llegado a considerar tres aspectos fundamentales en su patogenia: genético, ambiental e inmunológico.^{3 4}

El propósito de la presente revisión de literatura es describir las manifestaciones orales que presentan los pacientes con enfermedad de Crohn y sus diagnósticos diferenciales , así como identificar la actuación en la práctica odontológica, mediante el adecuado conocimiento de los diversos tratamientos que estos pacientes necesitan.

Del planteamiento descrito anteriormente surgieron las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las generalidades histológicas de la enfermedad de Crohn?

¿Cuáles son las diferentes manifestaciones orales provocadas por la enfermedad de Crohn?

¿Cuál es la incidencia de las manifestaciones orales de Crohn?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Realizar una revisión de literatura sobre manifestaciones orales y diagnósticos diferenciales de la Enfermedad de Crohn.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las generalidades histológicas de la enfermedad crohn.
- Establecer las diferentes manifestaciones orales provocadas por la enfermedad crohn.
- Evaluar la incidencia de las manifestaciones orales provadas por Crohn.

4. MARCO TEORICO

4.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Las enfermedades sistémicas consiguen estar, preexistir o coexistir, dentro de otras variaciones de enfermedades con manifestaciones orales. Las lesiones de la cavidad bucal son examinadas en su mayoría, por los médicos especialistas en estomatología, por lo que el planteamiento de este trabajo de valorar e identificar las manifestaciones orales contribuiría a una correcta conducta ante estas afecciones que, en conclusión, han de ser tratadas por un especialista en conjunto con un equipo interdisciplinario que debe incluir al odontólogo.⁴

La enfermedad de Crohn fue descrita por primera vez por Crohn en 1932, como un trastorno gastrointestinal inflamatorio crónico⁵ que aqueja fundamentalmente al íleon y en menor frecuencia a la periferia (de cavidad oral a recto).⁶ Además del tracto gastrointestinal se han identificado metástasis de la enfermedad en otras localizaciones extraintestinales, como la piel, los ojos, y las articulaciones.^{7 8}

Se estima que la enfermedad de Crohn tiene incidencia en 1 a 4 por cada 100,000 personas.⁹ La manifestación de lesiones orales como primer signo de la enfermedad fue descrita por primera vez en 1969 por Dudeney¹⁰, y su incidencia global varía entre un 0,5% y un 30%.^{3, 4.}

El diagnóstico de la enfermedad de Crohn por las lesiones orales se informó por primera vez en 1972 y se atribuyó a Varley¹¹. desde el año 1972 han sido varios los casos descritos de enfermedad de Crohn diagnosticada por las lesiones orales.^{(12).}

Las manifestaciones orales a menudo ocurren en pacientes con enfermedad intestinal en estado avanzado, sin embargo, en algunos casos, estas pueden preceder a las enfermedades intestinales.¹³⁻¹⁵

Dudeney en 1969 describió un tejido de granulación en tono rosa edematoso elevado en la mucosa oral de un paciente al describir un informe de la enfermedad oral de Crohn ¹⁶. Ahora se conoce que los labios son el sitio más habitual de lesiones orales de la enfermedad de Crohn (TOC).¹⁷ Pueden ser dolorosas, afectar la función oral adecuada o conducir a trastornos psicológicos debido a la desfiguración.^{18, 19}

Las manifestaciones orales de la EC pueden ser específicas o inespecíficas, dependiendo de la presencia de granulomas observados en el informe de histopatología.^{20, 21.}

4.2 REVISION LITERARIA

4.2.1 CROHN Y SUS LESIONES ORALES.

La enfermedad de Crohn es una entidad recurrente crónica de etiología y patogénesis desconocidas, alterando desde la cavidad oral hasta el ano, afectando principalmente el área del íleon, y puede involucrar todas las capas de la pared intestinal (transmural), con presencia o no de granulomas no caseosos. Dependiendo de la ubicación de la enfermedad, aparecen síntomas y signos. La diarrea y el dolor en la fosa ilíaca derecha son los más comunes.^{21, 22}

La morbilidad oral de la enfermedad de Crohn es del 6% al 20%, que está estrechamente relacionada con la actividad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Es más común en pacientes jóvenes con una edad promedio de 22 años.^{23, 24-26.}

En los pacientes con esta padecimiento, la estomatitis aftosa recurrente se presenta con una incidencia entre 10 y 20 %, incluso puede ser la lesión inicial sin otros síntomas intestinales. Se caracteriza por la presencia de aftas pequeñas, circulares, lineales (0,3- 0,5 cm de diámetro), revestidas por una única o múltiples membranas blanquecina, de bordes enrojecidos poco dolorosos localizadas preponderantemente en las encías, los labios, el paladar blando o la úvula. Estas lesiones pueden cicatrizar y deformar la mucosa, resultando así la imagen de empedrado de la cavidad bucal.^{24, 27, 28.}

La estomatitis aftosa recurrente no es una entidad patognomónica de la enfermedad de Crohn. Su existencia también está relacionada con la colitis ulcerosa idiopática.²⁹

La etiopatogenia de las lesiones de Crohn oral es desconocida; se señala que estas aparecen como resultado de una respuesta inmunológica excesiva de la mucosa, que resulta inadecuada para determinados agentes luminales. Histológicamente se identifica por la presencia de un infiltrado denso de linfocitos en la submucosa con o sin folículos linfoides, infiltración mononuclear perivascular, linfangiectasia, edema e hiperplasia neuronal.^{30 31}

En los casos con manifestaciones de Crohn oral, en menos del 10% se presentan granulomas no caseosos acompañados de un intenso infiltrado de linfocitos, plasmocitos e histiocitos en la submucosa.^{30,33,34.}

La enfermedad de Crohn (EC) es un proceso crónico inflamatorio incluido en el grupo de enfermedades inflamatorias intestinales. Clínicamente se manifiesta como un dolor en el abdomen, fiebre, diarrea, anorexia y como consecuencia pérdida de peso, sin embargo se describe de un 6 a 47% de compromiso extra-intestinal.¹⁸ Las manifestaciones orales pueden anteceder al diagnóstico, generando discapacidad y requiriendo de tratamientos específicos.⁴⁵

Las manifestaciones orales pueden adelantarse al compromiso gastrointestinal en un 10% de los casos. Se reportan lesiones específicas (EC orofacial, queilitis granulomatosa y pioestomatitis vegetante) y no específicas (estomatitis aftosa recurrente). El compromiso oral se observa entre el 20-50%. La lesión oral más habitual es la úlcera aftosa (20-30%)⁴⁵

La afectación se produce más comúnmente hablando a nivel intestinal, en la parte terminal del intestino delgado llamado ileon, seguido del colon (30%), y de la porción íleo-colónica (20%). En otros casos puede afectar a todo el aparato digestivo

inclusive la cavidad oral, y se caracteriza por lesiones inflamatorias transmurales que consiguen provocar úlceras irregulares desde la boca hasta el ano. En el caso de la colitis ulcerosa, la afectación se limita al intestino grueso y al recto.

Se prescriben de 30 a 50 casos por cada 100,000 personas anualmente en los EEUU, Australia y Europa. La incidencia y prevalencia varía, siendo más común entre judíos y blancos y con una orientación más frecuente en los EEUU y Europa que en África y Asia.

4.2.2 FISIOPATOLOGÍA

El intestino muestra pared engrosada, a nivel macroscópico, además de orificios granulares irregulares, fisuras en la mucosa y estenosis benignas. La mucosa intestinal toma un aspecto nodular o en “empedrado” debido a los densos infiltrados y al crecimiento de la submucosa. La afectación transmural y los granulomas epiteloideos no caesificantes del intestino y de los ganglios linfáticos mesentéricos son características clásicas de la enfermedad.²³

El curso medico en la enfermedad de Crohn reside en remisiones y recaídas siendo estas más comunes en personas que consumen tabaco. Una gran parte de los pacientes demandan al menos una operación para su afección. La enfermedad de Crohn de colon de larga duración aumenta el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.

4.2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas iniciales consisten en diarrea recurrente o persistente (a menudo sin sangre), dolor o calambres abdominales, pérdida de peso y anorexia. Malestar general, fiebre inexplicable, artritis, uveítis y características relacionadas con la mala-absorción. No obstante, las manifestaciones varían de un paciente a otro según el lugar y la dimensión del tejido afectado. Las complicaciones intestinales incluyen fibrosis transmural, fisuración intestinal y formación de fístulas o abscesos.²⁴

Las manifestaciones extraintestinales (artritis periférica, eritema nudoso, aftas, complicaciones hepáticas...) se muestran en alrededor de el 25% de los pacientes. La mala-absorción puede terminar en pérdida de peso, dilatación en el crecimiento, anemia, acropaquías y osteoporosis.



Figura 1. Úlceras múltiples, pequeñas (1 a 3 mm de diámetro), dolorosas, de tipo afta (úlceras lisas con fondo blanco o blancuzco/amarillento y con halo

eritematoso) en paladar blando con aspecto clínico de herpangina o de aftas herpetiformes

Fuente: Marinovic, 2009



Fuente: Michailidou et al, 2010

Figura 2. Úlcera oral que recuerda a un afta minor recurrente en el borde bermellón

Fuente: Michailidou et al, 2010

4.2.4 TRATAMIENTO DENTAL Y MANIFESTACIONES ORALES

Los pacientes que poseen menos de cuatro deposiciones por día con poca o nula sangre, sin fiebre, pocos síntomas y una tasa de sedimentación menor a 20 mm / hora, se consideran con enfermedad leve y pueden recibir atención dental. Sin embargo los pacientes con enfermedad moderada o severa, ésta última definida

como tener seis o más evacuaciones diarias con sangre, fiebre, anemia y una tasa de sedimentación superior a 30 mm / hora son poco indicados en el tratamiento dental y deben ser referidos a su médico con anterioridad.³⁰

El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está basado en una correlación clínica, radiológica, endoscópica e histopatológica. Las aftas constituyen la lesión oral con mas alta prevalencia entre un 20-30% de los pacientes adultos con enfermedad Crohn y un 10% en los pacientes con colitis ulcerosa. Las lesiones orales pueden ser indicadores de la enfermedad inflamatoria intestinal, precediendola en el 5-10% según algunos artículos

Además, estas manifestaciones orales, pueden coincidir con otras manifestaciones extraintestinales de la enfermedad como pueden ser el eritema nodoso y la artritis³. Entre las manifestaciones orales específicas de la EC se encuentran la granulomatosis oral, la macroquelia, el “cobblestoning o mucosa en adoquines” y la úlcera lineal profunda.³⁰

Las manifestaciones orales no específicas de la enfermedad están relacionadas con la desnutrición y la malabsorción, así como con la aparición de estomatitis, glositis, aftas, queilitis, candidiasis y reacciones similares a los líquenes. La enfermedad patogénica de la EII que ocurre en la colitis ulcerosa es la oftalmia fitopurulenta, y su apariencia está estrechamente relacionada con el brote de la enfermedad.³¹

El desarrollo de la medicina en los últimos años ha hecho que las personas sepan que las enfermedades pueden estar relacionadas con diferentes partes del cuerpo. En este caso, la cavidad bucal, que es la forma de ingresar al cuerpo humano, tiene

una relación importante en diversas enfermedades como diabetes, infarto agudo de miocardio, obesidad, parto prematuro, artritis reumatoide y otras enfermedades cardiovasculares. También se incluye la enfermedad inflamatoria intestinal.³²

Aunque la colitis ulcerosa limita su participación en el intestino grueso, la enfermedad de Crohn puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, pero varios estudios han demostrado que la presencia de manifestaciones extraintestinales puede llegar al 47% de las manifestaciones del tracto gastrointestinal. En la mayoría de los casos, puede afectar también la piel, el tejido óptico y en las articulaciones. Hasta el 80% de los pacientes con EII pueden tener manifestaciones orales y, además, debe tenerse en cuenta que cuando no hay ningún otro síntoma, puede ser un síntoma inicial de la enfermedad. El 10% de los pacientes con colitis ulcerosa pueden presentar esta manifestación, y hasta el 60% de los pacientes con enfermedad de Crohn pueden no presentarla.

La manifestación más común en pacientes con EII es la estomatitis aftosa recurrente, comúnmente conocida como aftas. Son llagas dolorosas que aparecen en la boca, generalmente en el interior de los labios, la parte inferior de la boca y en las encías lejos de los dientes. Según algunos estudios, esta puede ser la primera manifestación de EII que se produce fuera del intestino. Las aftas pueden ocurrir después del control de la enfermedad, aunque su aparición puede aumentar durante un brote.³³

La inflamación de los labios, la boca y ciertas áreas de la cara también puede ocurrir con cierta frecuencia, esta inflamación se conoce con el nombre de granulomatosis orofacial, y aunque no responde a ninguna causa, casi siempre está presente hasta en el 15% de las personas con enfermedad de Crohn.³⁴

También se pueden observar otras lesiones en la cavidad oral, que provienen principalmente de malabsorción intestinal y anemia, y generalmente son más comunes en pacientes con colitis ulcerosa. Entre estas lesiones, podemos destacar la queilitis angular, que dura varias semanas o incluso aparecen durante un mes, ya que son causadas principalmente por el estado del brote, por lo que al mejorar la digestión desaparecen.³⁴

Otras manifestaciones orales pueden aparecer como lesiones de adoquines, aunque esto es menos común, generalmente aparecen en la superficie interna de la mejilla en forma de guijarros. Este tipo de lesiones que se ven en la boca también se pueden ver en el colon de los pacientes con EII, lo que se vuelve muy problemático al masticar alimentos produciendo disfagia.

Debido a estas situaciones, los pacientes con EII son más propensos a sufrir caries y pérdida de dientes. Esto se debe al hecho de que se encuentra una mayor concentración de bacterias causantes de caries en pacientes con EII. Aunque la causa no está clara, se sospecha que los niveles de saliva han cambiado. Por otro lado, en ciertas enfermedades autoinmunes (como la EII), la gingivitis y la periodontitis también son más comunes.³⁵

Los síntomas y signos de las lesiones orales son la causa de la consulta dental. Si bien la mayoría de los casos atendidos obedecen a trastornos propios del aparato bucal, en un número no despreciable estas manifestaciones pueden servir de diagnóstico de otras patologías diferentes a la inicial, por lo que terminan involucrando no solo al médico si no también al odontólogo.

Los estomatólogos con conocimiento de estas manifestaciones alertan para ampliar la investigación sobre enfermedades que afectan a otros sistemas y otras especialidades clínicas. Estas enfermedades incluyen, el lupus eritematoso sistémico, la vasculitis (como el síndrome de Bessett) y otras enfermedades no resueltas.¹¹

Las enfermedades sistémicas son procesos patológicos que afectan a múltiples sistemas orgánicos. La etiología y la patogénesis de muchas de estas enfermedades aún no se comprenden completamente, pero es bien sabido que muchas enfermedades involucran procesos inflamatorios y enfermedades del sistema inmunitario, que pueden causar múltiples manifestaciones.

La mayoría de los pacientes con estomatitis aftosa recurrente no tienen otra participación, pero en otros pacientes, las lesiones crónicas de la estomatitis aftosa están relacionadas con enfermedades sistémicas. Los más comunes son el síndrome de Behcet, la enfermedad de Crohn y la enteropatía sensible al gluten o la enfermedad celíaca. Las enfermedades inflamatorias intestinales, como la

enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, pueden aparecer primero con fiebre baja y úlceras orales.¹¹⁻¹²

El síndrome de malabsorción suele ser leve, en algunos casos asintomático, pero cuando se acompaña de deficiencias nutricionales que inhiben la producción de hierro, ácido fólico y vitamina B12, puede manifestarse con llagas aftosas recurrentes.

Dado que el curso recesivo puede retrasar el diagnóstico, los síntomas iniciales de la enfermedad de Crohn (EC) pueden ser los mismos que la enfermedad intestinal o cualquiera de sus complicaciones intestinales o extraintestinales. Las manifestaciones orales de la EC incluso pueden detectarse antes de sus manifestaciones intestinales. Desde la inflamación de las encías hasta la imitación de la estomatitis herpética, las lesiones orales son ejemplos de esto, que se manifiestan de diferentes maneras.¹⁶



Figura 3. Úlcera oral que recuerda a un afta mayor recurrente en la mucosa bucal.
Fuente: Michailidou et al, 2010



Figura 4. Úlcera profunda con pliegues hiperplásicos en la mucosa bucal

Fuente: Michailidou et al, 2010



Figura 5. Inflamación unilateral, persistente, asintomática del lado derecho del labio con una reacción epidérmica eritematosa exfoliativa en el área perioral alrededor de la inflamación labial

Fuente: Michailidou et al, 2010



Figuras 6a y 6b. Mucosa bucal replegada e inflamada con el aspecto conocido como empedrado
Fuente: Michailidou et al, 2010



Figura 7. Lengüetas mucosas caracterizadas por una red de lesiones lineales blancas asintomáticas en la superficie anterior de la lengua.
Fuente: Michailidou et al, 2010

Las lesiones intestinales de la EC se traducen por granulomas tipo sarcoide, sin caseificación central, edema linfático, linfagiectasias, fisuras, úlceras tipo aftoide (que son las lesiones más precoces) e inflamación con fibrosis de toda la pared intestinal, desde el epitelio superficial de las criptas hasta la submucosa y muscularis propia.

Dentro de las manifestaciones extraintestinales de a EC, surgen las orales (con especial predominancia en los hombres¹⁹, y dentro de estas las más comunes son las siguientes:

Úlceras orales recurrentes, tipo aftoso ^{20,21,22,23}.

Edema difuso de la cara y de los labios ^{24,25}

Edema nodular del dorso de la lengua ²⁶

Estomatitis piogénica vegetante (eritema y edema de la mucosa oral, con formación de numerosas y pequeñas pústulas amarillentas) ^{27,28,29,30,31}

Queilitis granulomatosa ^{32,33}

Lesiones penfigoides ³⁴

Todas estas manifestaciones orales pueden surgir años antes de la manifestación de la EC, pero al final están relacionadas con la enfermedad ³⁵

Histológicamente pueden encontrarse granulomas difusos no caseificados, con un infiltrado de linfocitos en la submucosa, un infiltrado mononuclear (perivascular) con predominancia de linfocitos en el estroma conjuntivo de las glándulas salivares también puede ser encontrado.

Las lesiones epiteliales hiperplásicas con infiltrados intraepiteliales de eosinófilos y neutrófilos pueden ser descritas también en algunos casos. ³⁶

Además de los depósitos de IgG en los tejidos, las IgA aparecen muy aumentadas en la saliva ³⁷

También se pueden considerar manifestaciones periodontales de la EC tales como:

Edema difuso de la encía ^{38,39,40}

Inflación hiperplásica crónica gingival, acompañada de eritema ⁴¹

Infecciones dentales con afectación periodontal ^{42;43}

Ulceraciones gingivales tipo aftoso ^{44,45}

Lesiones granulomatosas gingivales ⁴⁶.

Estomatitis piogénica con localización gingival ⁽⁴⁷⁾.

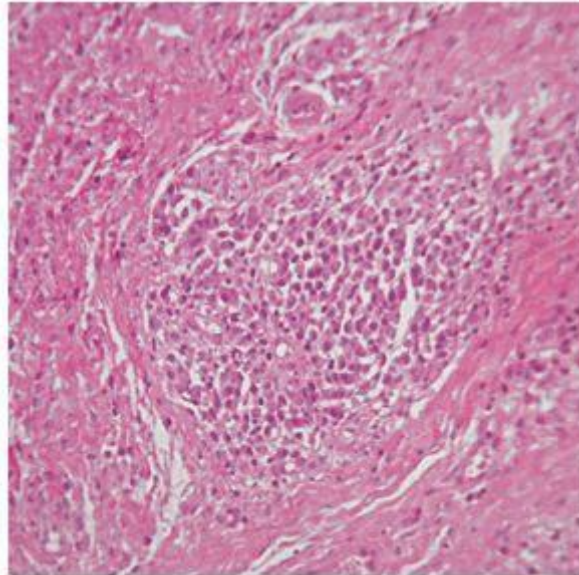


Figura 8 (izquierda). Inflamación granulomatosa caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes en el examen histológico de la enfermedad de Crohn.
Fuente: Michailidou et al, 2010

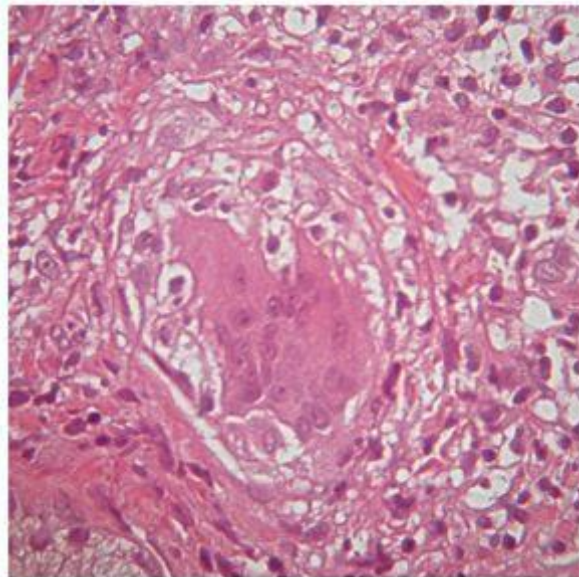


Figura 9 (centro). Una célula gigante tipo Langhans en el examen histológico de la enfermedad de Crohn.
Fuente: Michailidou et al, 2010

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Este trabajo se realizó bajo el modo de revisión de literatura donde se realiza un recorrido en la patología oral en específico la enfermedad de Crohn, manifestaciones orales y diagnósticos diferenciales. Para la realización del mismo, se dio comienzo de los principios expuestos del artículo base; *Manifestaciones Orales de la Enfermedad de Crohn y sus diagnósticos diferenciales*.

Inicialmente se realizó una búsqueda de literatura científica usando los términos manifestaciones orales, enfermedad de Crohn, úlceras orales, diagnósticos diferenciales, Colitis Ulcerativa, en las bases de datos Google Scholar PubMed, US y National Library of Medicine, no se limitó el uso de fechas o idiomas de publicación. Los artículos revisados fueron elegidos en concordancia con la importancia para la aclaración de las manifestaciones orales de la enfermedad de Crohn. Se preseleccionaron 43 artículos que incluyen reportes de casos, artículos originales, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura.

Se utilizó una revisión de artículos científicos, revistas indexadas, libros de metodología de la investigación de editoriales internacionales reconocidas, como técnica exploratoria y analítica para la recolección de información relevante sobre los procedimientos existentes, actualizados y efectivos para realizar una revisión bibliográfica.

Mediante una técnica comparativa se sintetizó la información relevante lo que permitió establecer los pasos o guías necesarias que permitieron la creación de la metodología propuesta de revisión bibliográfica.

5.2 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es explicativo. Hernández et al. (2015) definen este tipo de estudio como los que van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales, se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas.

5.3 MÉTODO DE ESTUDIO.

Se utilizó una revisión de artículos científicos, revistas indexadas, libros de metodología de la investigación de editoriales internacionales reconocidas, como técnica exploratoria y analítica para la recolección de información relevante sobre los procedimientos existentes, actualizados y efectivos para realizar una revisión bibliográfica.

Mediante una técnica comparativa se sintetizó la información relevante lo que permitió establecer los pasos o guías necesarias que permitieron la creación de la metodología propuesta de revisión bibliográfica.

5.4 FUENTES.

Se seleccionarán artículos que incluyen reportes de caso, artículos originales, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura, se procedió a la lectura crítica y análisis de la información, en las bases de datos PubMed, Scielo y Google Scholar, sin usar restricción de idioma o fecha de publicación

6. DISCUSION

Yamamoto et al., consideran que la etiología de la enfermedad de Crohn sigue siendo hasta ahora desconocida , aunque se ha sugerido un origen multifactorial de naturaleza y cualidades hereditarias, con una incidencia familiar del 10% al 15%.⁴⁶

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica que causa inflamación en el tracto digestivo. Puede influir en todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta la parte posterior. La concurrencia de la contribución de la mucosa oral en la infección de Crohn con indicaciones gastrointestinales según Ramzan et al⁴⁷varía de 0.5% a 30%. A veces, las apariencias orales de enfermedad pueden presentarse con el primer síntoma o antes que otras manifestaciones gastrointestinales en días, meses o incluso años^{20,21}. Las heridas orales y de cabeza y cuello pueden ocurrir manifestándose de una manera confusa lo que las hace correlacionar menos con la patología.

Entre las características mas relevantes de la enfermedad de Crohn encontramos diferentes tipos de úlceras²² (vestibulares ; aftosas); desintegraciones; granulomatosis orofacial, particularmente queilitis granulomatosa²³; pliegues hiperplásicos conocidos como mucosa depurada²⁴; alteraciones en la mucosa oral.²⁵; diferentes microabscesos multifocales, es decir, piostomatitis vegetativa²⁶; linfadenopatía ; y eritema perioral²⁷. Aunque la mayor parte de estos signos clínicos no se consideran explícitamente como enfermedad, algunos autores piensan que la

mucosa adoquinada y las pestañas mucosas son indicaciones patognomónicas de la misma²⁸.

Regularmente los hallazgos clínicos no son claros para confirmar la infección de Crohn. En el momento en que la evaluación clínica revela úlceras de tipo infección, la determinación diferencial incorpora ampollas repetitivas de tipo menor, colitis ulcerosa⁹, enfermedad de Behçet³⁰ y fiebre ocasional, estomatitis aftosa, faringitis, síndrome de adenitis³¹ (PFAPA), etc. Por otra parte, cuando la evaluación clínica revela irritación nodular o difusa en el área de la cabeza y el cuello, se debe sospechar la granulomatosis orofacial, y el análisis diferencial debe incorporar el síndrome de Melkersson-Rosenthal³², sarcoidosis, reacciones corporales remotas³³, granulomatosis de Wegener³⁴ y diferentes problemas granulomatosos.

Gosh et al³⁸ propusieron emplear el término de enfermedad de Crohn oral³⁸ desde el momento en que las lesiones granulomatosas se distinguen sin ningún tipo de síntoma y manifestación gastrointestinal. Este término de la enfermedad mantiene a las profesionales de la salud y a los pacientes atentos a signos gastrointestinales que puedan presentar luego de las manifestaciones orales. La propuesta de Gosh y colaboradores se basaba en darle seguimiento a 10 pacientes durante 10 años con lesiones granulomatosas orales.

La mayoría de los autores creen que en el caso de los signos orales de la enfermedad de Crohn, el diagnóstico debe realizarse mediante hallazgos específicos del tracto gastrointestinal: la colonoscopia y la biopsia de la mucosa

colónica deben revelar lesiones granulomatosas en el colon además de las presentes en la cavidad oral³⁹ y cuando no es así, debe adoptarse el término granulomatosis orofacial.^{21 22}

El diagnóstico de la enfermedad por dentistas y otros clínicos mediante la evaluación de los hallazgos clínicos orales resulta raro. Los artículos publicados sobre el tema encontrados en la literatura actual (es decir, artículos en los que los hallazgos clínicos orales condujeron al diagnóstico de la enfermedad) son relativamente raros y se refieren a un número pequeño de casos^{23,25,35,39}.

CONCLUSIONES

Las Generalidades Histológicas De La Enfermedad De Chrohn radican en que es un proceso inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal que tiene la capacidad de afectar cualquier zona entre la boca y el ano; se caracteriza por la presencia de grandes franjas discontinuas de tejido normal entre áreas de abscesos, granulomas, fibrosis y fistula. Histológicamente pueden encontrarse granulomas difusos no caseificados, con un infiltrado de linfocitos. En la submucosa, un infiltrado mononuclear (perivascular) con predominancia de linfocitos en el estroma conjuntivo de las glándulas salivares menores puede aparecer.

Se encontraron que las manifestaciones orales provocadas por la enfermedad de Crohn suelen ser diversas y con frecuencias inespecíficas pudiéndose percibir que las manifestaciones subyacentes de la enfermedad de Chrohn son llagas orales donde la mucosa se ve estirada y en forma de adoquines. Entre las apariencias orales distintivas provocadas por la infección crónica están: (úlceras vestibulares inmediatas; úlceras aftosas); granulomatosis orofacial, especialmente queilitis granulomatosa; pliegues hiperplásicos conocidos como mucosa depurada; pestañas rectas de sección transversal blanca conocidas como pestañas mucosas; diversos microabscesos multifocales, es decir, piostomatitis vegetativa; linfadenopatía persistente y eritema perior.

La incidencia de las manifestaciones orales debido a esta enfermedad son poco frecuentes, por lo que el diagnóstico de la enfermedad por parte de especialistas en

odontología y diferentes médicos mediante la evaluación de los descubrimientos clínicos orales -ocurre con poca frecuencia.

RECOMENDACIONES

Promover mas trabajos de investigación sobre el tema ya que los artículos encontrados sobre la Enfermedad de Crohn (por ejemplo, artículos en los que descubrieron hallazgos clínicos orales que provocan el diagnostico de la enfermedad) son poco frecuentes por no decir escasos.

A los profesionales de la salud: Reforzar a los odontólogos la necesidad de conocer éstas manifestaciones, para ayudar en el diagnóstico temprano.

Reforar la educacion de los pacientes afectados por esta patologia, para que tengan mas conocimiento sobre las alteraciones orales y puedan ser manejadas de una manera mas efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ramzan NN, Leighton JA, Heigh RI, Shapiro MS.. Clinical significance of granuloma in Crohn"s disease.., 8 (Inflamm Bowel Dis 2015), pp. 168-173.
2. William T, Marsch WC, Schmidt F, Kreft B.. Early oral presentation of Crohn"s disease.5 (J Dtsch Dermatol Ges 2007), pp. 678-679
3. Vilardell Tarrés R, Ordi Ros J. Lupus eritematoso sistémico. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina interna. 17 ed. España: Elsevier; 2012. p. 1017-48. 12.
4. Fernández Rodríguez AM, Macías Fernández I, Navas García N. Lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Crohn: un caso. Rev Reumatol Clin [Internet]. 2012 [citado 12 Ago 2015];8(3):141-142. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/lupus-eritematoso-sistemico-enfermedadcrohn/articulo/S1699258X11002701/>
5. Crohn BB, Ginzbur L, Oppenheimer GD.. Regional ileitis a pathologic and clinical entity.. , 99 (JAMA 1932), pp. 1323-1329
6. Tyldesley WR.. Oral Crohn"s disease and related conditions.. , 17 (Br J Oral Surg 1979), pp. 1-9
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE.. Oral and Maxillo-facial Pathology, ed 2.., 733-734 (Philadelphia: Saunders, 1995),
8. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB.. The extra-intestinal complications of Crohn"s disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients.. , 55 (Medicine 1976), pp. 401-412

9. Ramzan NN, Leighton JA, Heigh RI, Shapiro MS.. Clinical significance of granuloma in Crohn's disease.. 8 (Inflamm Bowel Dis 2002), pp. 168-173
10. Dudeney TP.. Crohn's disease of the mouth.. (Proc R Soc Med 1969), pp. 1237
11. Varley EWB.. Crohn's disease of the mouth: Report of three cases.. 33 (Oral Surg 1972), pp. 570-578
12. Bottomley WK, Giorgini GL, Juliene CH.. Oral extension of regional enteritis (Crohn's disease): Report of a case.. , 34 (Oral Surg 1972), pp. 417-420
13. Dunlap CL, Friesen CA, Shultz R.. Chronic stomatitis: An early sign of Crohn's disease.. , 128 (J Am Dent Assoc 1997), pp. 347-348
14. Rehberger A, Puspok A, Stallmeister T, Jurecka W, Wolf K.. Crohn's disease masquerading as aphthous ulcers.. 8 (Eur J Dermatol 1998), pp. 274-276
15. Coenen C, Borsch G, Muller KM, Fabry H.ç Oral inflammatory changes as an initial manifestation of Crohn's disease antedating abdominal diagnosis..
16. Dudeney TP. Enfermedad de Crohn de la boca. Proc R Soc Med. 1969; 62 : 1237. [[PMC libres artículo](#)] [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
17. Plauth M, Jenss H, Meyle J. Manifestaciones orales de la enfermedad de Crohn. Un análisis de 79 casos. J Clin Gastroenterol. 1991; 13 : 29-37. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Boirivant M, Cossu A. Enfermedad inflamatoria intestinal. Dis oral 2012; 18 : 1–15. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

19. Biancone L, Geboes K, Spagnoli LG, Del Vecchio Blanco G, Monteleone I, Vavassori P, Palmieri G, Chimenti S, Pallone F. Enfermedad de Crohn metastásica de la frente. *Inflamm Intestinal Dis.* 2002; 8 : 101-105. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Lourenço SV, Hussein TP, Bologna SB, Sipahi AM, Nico MM. Manifestaciones orales de la enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión basada en la observación de seis casos. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010; 24 : 204-207. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Tremaine WJ. Pathology and pathophysiology of symptoms. En: Prantera C, ed. *Crohn's disease.* New York: Marcel Dekker;1996. p. 93-109.
22. Bayless TM, Todayer AZ, Polito JM, Quaskey SA, Mellits ED, Harris ML. Crohn's disease: Concoordance for site and clinical type in affected family members, potential hereditary influences. *Gastroenterology* 1996;111:573-9.
23. Plauth M, Jenu H, Meyle J. Oral manifestations of Crohn's disease: A rare cutaneous manifestation . *J Clin Gastroenterol* 1993;17:300-3.
24. Plauth M, Jennss H, Meyle J. Oral manifestations of Crohn's disease: an analysis of 79 cases. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:29-37.
25. Bazu MK, Asquith P. Oral manifestations of inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol* 1980;9:307-21.
26. Bazu MK, Asquith P, Thompson RA, Cooke WJ. Oral manifestation of Crohn's disease. *Gut* 1975;16:249-54.
27. Warner AS, Mac Dermott RP. Extraintestinal manifestations. Prantera C, ed. *Crohn's disease.* New York: Marcell Dekker;1996. p.467-88.

28. Frankel DH, Hostofi RS, Lorinez AL. Oral Crohn's disease: Report of two cases in brothers with metallic dysgeusia and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:260-8
29. Rutgeerts P, Geboes K. Crohn's disease and pre-apthoid lesions. *Lancet* 1993;341:1443-4.
30. Reinecker HC, Schreiber S, Stenson WF, MacDermott RP. The role of the mucosal immune system in ulcerative colitis and crohn's disease. En: Orga P, ed. *Handbook of mucosal immunology*. San Diego: Academic Press;1994. p.439-56.
31. MacDermott RP. Alterations in the mucosal immune system in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Med Clin Noth Am* 1994;78:1207-31.
32. Becker JM. Surgical therapy for ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1999; 28 (2): 371-90.
33. Katz JA. Management of inflammatory bowel disease in adults, *J Dig Dis* 2007; 8 :65-71.
34. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP: Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 53 (Suppl. 5): v1.
35. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beau-gerie L, Karagiannis J, Allez M y cols. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010; 4 (1): 7-27.
36. Tamboli CP. Advances in epidemiology and diagnosis of inflammatory bowel diseases. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10 (6): 576-84.

37. Ruggiero C, Lattanzio F, Lauretani F, Gasperini B, Andres-Lacueva C, Cherubini A. Omega-3 polyunsaturated fatty acids and immune-mediated diseases: inflammatory bowel disease and rheumatoid arthritis. *Curr Pharm Des* 2009; 15 (36): 4135-48.
38. Ghosh S, Shand A, Ferguson A. Ulcerative colitis. *Br Med J* 2000; 320 (7242): 1119– 1123
39. Annaloro C, Onida F, Lambertenghi Delilieri G. Autologous hematopoietic stem cell trans-plantation in autoimmune diseases. *Expert Rev Hematol* 2009; 2 (6): 699-715.
40. Reenaers C, Louis E, Belaiche J. Current directions of biologic therapies in inflammatory bowel disease. *Therap Adv Gastroenterol* 2010; 3 (2): 99-106.
41. Lankarani KB, Sivandzadeh GR, Hassan-pour S. Oral manifestation in inflammatory bowel disease: a review. *World J Gastroenterol* 2013; 19 (46): 8571-8579.
42. Salek H, Balouch A, Sedghizadeh P. Oral manifestation of Crohn's disease without concomitant gastrointestinal involvement. *Odontology* 2014; 102 (2): 336-8.
43. Woo VL. Oral Manifestations of Crohn's Disease: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dent* 2015; 2015: 1-7.
44. Daniel A Lemberg, Andrew S Day. Crohn disease and ulcerative colitis in children: An update for 2014. *J Paediatr Child Health* 2015; 51: 266-270

45. Katsanos KH, Torres J, Roda G, Brygo A, Delaporte E, Colombel JF. Review article: non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42 (1): 40-60.
46. Cardelles, J. La salud bucodental y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Disponible en: <https://eilafe.com/la-salud-bucodental-y-enfermedad-inflamatoria-intestinal/>
47. Fernández Rodríguez AM, Macías Fernández I, Navas García N. Lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Crohn: un caso. *Rev Reumatol Clin* [Internet]. 2012 [citado 12 Ago 2015];8(3):141-142. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/lupus-eritematoso-sistemico-enfermedad-crohn/articulo/S1699258X11002701/>