



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA



**Melero Alarcón, Cecilia**  
Graduada en Odontología, Universidad San Pablo CEU. Título Especialista en Medicina Oral, Universidad Complutense, Madrid. Máster en Cirugía bucal e Implantología, Universidad Complutense de Madrid (UCM).

**Montañés de la Fuente, Alba**  
Graduada en Odontología UCM. Título Especialista en Medicina Oral, UCM.

**Solís González, Sandra**  
Graduada en Odontología por la Universidad Complutense. Título Especialista en Medicina Oral, UCM.

**Grande Boloque, Rocío**  
Graduada en Odontología por la Universidad San Pablo CEU. Especialista en Medicina Oral, UCM.

**Peña Cardelles, Juan Francisco**  
Graduado en Odontología por la Universidad Rey Juan Carlos. Título Especialista en Medicina Oral, UCM.

**Paredes Rodríguez, Víctor Manuel**  
Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Profesor colaborador Honorífico. Departamento de Estomatología III. Facultad de Odontología. UCM.

**Hernández Vallejo, Gonzalo**  
Catedrático de Medicina Bucal. Director del Departamento de Estomatología III (Medicina y Cirugía Bucofacial). Director del Título de Especialista en Medicina Oral. Facultad de Odontología. UCM.

**Indexada en / Indexed in:**  
- IME  
- IBECs  
- LATINDEX  
- GOOGLE ACADÉMICO

### CORRESPONDENCIA:

Cecilia Melero Alarcón  
Departamento III, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid. Plaza Ramón y Cajal s/n, 28040 Madrid, España.  
ceci\_meler@hotmail.com  
Tel. 646 628 382

Fecha de recepción: 30 de agosto de 2017.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
23 de febrero de 2018.

# Manejo y consideraciones clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en la consulta dental

Melero Alarcón C, Montañés de la Fuente A, Solís González S, Grande Boloque R, Peña Cardelles J F, Paredes Rodríguez V M, Hernández Vallejo G. Manejo y consideraciones clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en la consulta dental. *Cient. Dent.* 2018; 15; 1; 31-35

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y sus manifestaciones clínicas orales. La EII es un término que abarca dos enfermedades idiopáticas del tracto gastrointestinal: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.

Cuando un paciente que tiene una de estas condiciones se presenta para el tratamiento en nuestra consulta dental, es necesario ser consciente de la condición del paciente, controlar los síntomas indicativos de enfermedad inicial o recaída, y haber realizado una correcta historia clínica que incluya los fármacos que interactúan con medicamentos gastrointestinales o que pueden agravar la situación del paciente.

Además, las manifestaciones orales de la enfermedad gastrointestinal no son infrecuentes, por lo que el dentista también debe estar familiarizado con los patrones orales de la enfermedad.

## PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal; Colitis ulcerosa; Enfermedad de Crohn; Patología oral.

## Management and clinical considerations of the inflammatory bowel disease in the dental office

### ABSTRACT

The objective was to perform a literature review of the inflammatory bowel disease (IBD) and its clinical oral manifestations. It is a term that encompasses two idiopathic diseases of the gastrointestinal tract: ulcerative colitis and Crohn's disease.

When a patient who has one of these conditions comes for treatment at our dental office, it is necessary to be aware of the patient's condition, to control the symptoms indicative of initial illness or relapse, and to have a correct medical history including the drugs which interact with gastrointestinal drugs or which may aggravate the patient's condition.

In addition, oral manifestations of gastrointestinal disease are not infrequent, so the dentist should also be familiar with the oral patterns of the disease

### KEYWORDS

Inflammatory bowel disease; Ulcerative colitis; Crohn's disease; Oral pathology.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba a dos trastornos de etiología desconocida pero de base autoinmune, la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). La etiología es multifactorial, existe una predisposición genética, factores ambientales que juegan un papel importante en su desarrollo, así como factores inmunológicos e infecciosos<sup>1,2</sup>.

En el caso de la enfermedad de Crohn, la afectación se produce más comúnmente en un 50% de los casos a nivel del íleon terminal del intestino delgado, seguido del colon (30%), y de la porción íleo-colónica (20%). Puede afectar a todo el aparato digestivo hasta la cavidad oral, y se caracteriza por lesiones inflamatorias transmurales que pueden producir 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<sup>3-5</sup>.

La incidencia y prevalencia varía, siendo más común entre judíos y blancos y con una localización más frecuente en los EEUU y Europa que en África y Asia. Se diagnostican de 30 a 50 casos por 100,000 personas anualmente en los EEUU, Australia y Europa<sup>6,7</sup>.

La colitis ulcerosa afecta a hombres y mujeres igualmente, mientras que la enfermedad de Crohn tiene una ligera predilección por las mujeres. La edad de inicio es de 20 a 40 años (edad adulta joven). Sin embargo, se ha observado un segundo pico de incidencia entre las edades de 55 y 65 años. Los niños pueden desarrollarla y la incidencia en esta población está aumentando<sup>8</sup>.

Además, un riesgo 10 veces mayor de enfermedad en parientes de primer grado sugiere fuertemente que están involucrados factores genéticos. Se han identificado varios genes de susceptibilidad genética, incluyendo Nod2, el gen del receptor de la interleuquina (IL) -23, el gen de la superfamilia del factor de necrosis tumoral (TNF) (TNFSF15) y el gen del receptor Toll-like (TLR) -4<sup>9,10</sup>.

El objetivo de este trabajo es establecer el manejo y las consideraciones clínicas a tener en cuenta en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal en la consulta dental para así poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

## FISIOPATOLOGÍA

### Colitis ulcerosa

Los hallazgos anatomopatológicos son el edema, la congestión vascular, la arquitectura críptica distorsionada y la infiltración monocelular.

La enfermedad persistente produce erosiones y hemorragia, formación de seudopólipos, abscesos crípticos y fibrosis submucosa. El depósito crónico de tejido fibroso puede llevar al acortamiento, engrosamiento y estrechamiento fibrótico del colon.

La colitis ulcerosa suele durar toda la vida y la progresión a sus formas más graves (el megacolon tóxico, el carcinoma)

predispone al paciente a una dilatación tóxica y a cambios displásicos<sup>5</sup>.

### Enfermedad de Crohn

A nivel macroscópico, el intestino muestra pared engrosada, orificios glandulares 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 engrosamiento de la submucosa. La afectación transmural y los granulomas epitelioides no caesificantes del intestino y de los ganglios linfáticos mesentéricos son características clásicas de la enfermedad<sup>10</sup>.

El curso clínico en la enfermedad de Crohn consiste en remisiones y recaídas siendo estas más comunes en personas que fuman tabaco. La mayoría de los pacientes requieren por lo menos una operación para su afección.

La enfermedad de Crohn de colon de larga duración aumenta el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal<sup>11</sup>.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

### Colitis ulcerosa

Los pacientes con colitis ulcerosa tienen tres síntomas destacados: ataques de diarrea, sangrado rectal y dolor cólico abdominal.

El comienzo puede ser brusco o insidioso, pero la enfermedad continúa con un curso intermitente crónico en la mayor parte de los pacientes.

La deshidratación, el cansancio, la pérdida de peso y la fiebre acompañan con frecuencia a la enfermedad debido a la mala absorción de agua y electrolitos. La artritis, el eritema nodoso o el pioderma gangrenoso y trastornos oculares pueden ser manifestaciones extraintestinales<sup>12,13</sup>.

### Enfermedad de Crohn

Las manifestaciones iniciales consisten en diarrea recurrente o persistente (a menudo sin sangre), dolor o calambres abdominales, anorexia y pérdida de peso. Fiebre inexplicable, malestar general, artritis, uveítis y características relacionadas con la mala absorción, a menudo surgen a continuación. Sin embargo, los síntomas varían de un paciente a otro según el sitio y la extensión del tejido afectado.

Las complicaciones intestinales incluyen fibrosis transmural, fisuración intestinal y formación de fístulas o abscesos. La mala absorción puede resultar en pérdida de peso, fracaso en el crecimiento, anemia, acropaquias y osteoporosis.

Las manifestaciones extraintestinales (artritis periférica, eritema nudoso, aftas, complicaciones hepáticas...) se presentan en aproximadamente el 25% de los pacientes<sup>5,14</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa principalmente en los hallazgos clínicos, los resultados de la endoscopia y la biopsia y las observaciones sobre el examen histopatológico de la mucosa intestinal. La

radiografía abdominal, la tomografía computarizada, la resonancia magnética, y los exámenes de heces también pueden proporcionar evidencia de apoyo.

El perfil hematológico de la EII puede mostrar anemia (déficit de hierro, folato o vitamina b12) debido a la mala-absorción y a una muestra de heces negativa para microorganismos<sup>15</sup>.

## TRATAMIENTO MÉDICO

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn pueden tratarse, pero no curarse, mediante una serie de fármacos (Tabla 1)<sup>14-19</sup>.

La terapia de apoyo que incluye el reposo en cama, la manipulación dietética y la suplementación nutricional a menudo se requiere. La intervención dietética con suplementos de aceite de pescado puede ser beneficiosa para personas con enfermedad de Crohn<sup>16</sup>.

## TRATAMIENTO DENTAL Y MANIFESTACIONES ORALES

Los pacientes que tienen menos de cuatro deposiciones por día con escasa 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. 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 previamente.

Las consideraciones farmacológicas que se deben de tener en cuenta por el odontólogo en pacientes con tratamiento de EII, se resumen en la Tabla 2<sup>5</sup>. Además, se considera favorable

recetar benzodiazepinas, citar por la mañana, mandar analgésicos en la fase post-operatoria y utilizar sedación en caso de que sea necesario.

Los procedimientos dentales prolongados deben limitarse a los periodos de remisión cuando no hay complicaciones. En periodos de exacerbación solo realizar tratamientos urgentes.

Diversos estudios han demostrado la existencia de manifestaciones extraintestinales de la EII, representando aproximadamente entre un 6-47%<sup>1,20</sup>.

Existe una proporción significativa de pacientes con EII que presentan manifestaciones en la cavidad oral y en el área perioral<sup>4</sup>. Las lesiones orales pueden preceder al diagnóstico de la EII y puede coincidir también con un periodo de enfermedad activa (Tabla 3)<sup>10,21,22</sup>.

En general, las lesiones orales son más comunes en la enfermedad de Crohn que en la Colitis Ulcerosa, y más frecuente en la edad pediátrica que en la edad adulta<sup>23</sup>, existiendo un predominio por el sexo masculino.

Las lesiones orales en pacientes adultos con enfermedad de Crohn oscilan entre un 20-50% de los casos. Las manifestaciones orales suelen ser mayores en aquellos que poseen afectación proximal del tracto gastrointestinal así como afectación perianal<sup>25</sup>. Las aftas representan la lesión oral con mayor prevalencia entre un 20-30% de los pacientes adultos con enfermedad Crohn y un 10% en los pacientes con colitis ulcerosa<sup>20</sup>.

El diagnóstico de la EII está basado en una correlación clínica, radiológica, endoscópica e histopatológica<sup>1</sup>. Las lesiones orales pueden ser indicativas de la enfermedad inflamatoria intestinal, precediéndola en el 5-10% según algunos artículos<sup>4,24</sup>, hasta

Tabla 1. Diferentes tipos de tratamiento y combinaciones en las enfermedades inflamatorias intestinales<sup>14-19</sup>.

FÁRMACOS DE PRIMERA ELECCIÓN	Sulfasalacina Liberaciones controladas de ácido 5-aminosalicílico Corticosteroides	Moderados-graves: Sulfasalacina + corticosteroides Severos: Corticoides por vía parenteral
FÁRMACOS DE SEGUNDA ELECCIÓN	Agentes inmunosupresores Antibióticos Estabilizadores de los mastocitos	Ciclosporina: fistulas por colitis ulcerosa. Metronidazol o Ciprofloxacino: enfermedad de Crohn activa (abscesos) y para mantenimiento
FÁRMACOS DE TERCERA ELECCIÓN	Anticuerpos monoclonales (infiximab [Remicade®]) activos contra TNF Resección quirúrgica para extirpar la porción enferma del colon	Enfermedad grave (más de una recaída al año), refractaria a otros fármacos y para el mantenimiento de la remisión. Casos graves que no responden a corticosteroides y complicaciones (hemorragia masiva, obstrucción, perforación, megacolon tóxico, transformación carcinomatosa)
TRASPLANTE	El trasplante de médula ósea y células madre hematopoyéticas	Se ha asociado con la remisión permanente.
OTROS	Inmunomoduladores como la Azatioprina	Combinado con corticosteroides para reducir su cantidad y limitar los efectos adversos que dependen de sus dosis. Uso limitado por toxicidad

**Tabla 2. Consideraciones farmacológicas a tener en cuenta por el odontólogo en pacientes con tratamiento de EII<sup>5</sup>.**

FÁRMACO	EFEECTO	AJUSTE / RECOMENDACIÓN
EVITAR: Aspirina y AINEs	Irrita el epitelio gastrointestinal	Paracetamol solo o en combinación con opiáceos
Antiinflamatorios y Corticosteroides	Reducen la capacidad del paciente de soportar estrés	Tomar la dosis diaria habitual antes de la cita Control adecuado del dolor y de la ansiedad*
Clindamicina /Penicilinas	Colitis Seudomembranosa por C.difficile	Minimizar uso y utilizar otros según el caso
Inmunosupresores	Pancitopenia Desarrollo de tumores	Obtener recuento sanguíneo Examen minucioso de cabeza y cuello
Sulfasalacina	Anomalías pulmonares, renales y hematológicas (anemia, leucopenia y trombocitopenia)	En cirugías dentales : - Revisar el estado general del paciente - Obtener un recuento sanguíneo completo y los tiempos de coagulación

**Tabla 3. Manifestaciones orales de la EII<sup>10,21-23</sup>.**

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Inflamación mucosa persistente, hinchazón	Labios, mejillas, mucosa bucal	Alargamiento del labio, firme a la palpación, indoloro
Mucosa en forma de adoquines	Mucosa y vestíbulo bucal	Edema mucoso con o sin fisuras
Mucogingivitis	Encía adherida y mucosa alveolar	Máculas o placas eritematosas con o sin hiperplasia
Úlceras lineales	Vestíbulo ,mucosa, lengua y paladar	Úlceras profundas con o sin márgenes hiperplásicos
Lesiones exofíticas mucosas o pólipos	Mucosa y vestíbulo bucal	Hiperplasia de la mucosa, firme o pantanosa a la palpación
Aftas mayores y menores	Sin especificar	Se producen durante los brotes
Úlceras	Mucosa, paladar blando y trigono retromolar	Dolorosas
Pioestomatitis vegetante	Mucosa labial encía y paladar	Proyecciones elevadas, eritematosas, papilares o vegetantes. Puede degenerar en una masa ulcerada y supurativa.

en el 60% de los casos según la literatura<sup>1</sup>. Además, estas manifestaciones orales, pueden coincidir con otras manifestaciones extraintestinales de la enfermedad como pueden ser el eritema nodoso y la artritis<sup>3</sup>.

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. Una lesión patognomónica de la EII y que tiene lugar en la CU es la pioestomatitis vegetante, que está muy relacionada su aparición con los brotes de la enfermedad<sup>3</sup>.

Las manifestaciones orales no específicas de la enfermedad, se relacionan con estados de malnutrición y malabsorción, así como la estomatitis, la glositis, la aparición de aftas, la queilitis, candidiasis y la aparición de reacciones liquenoides<sup>3</sup>.

## CONCLUSIONES

Es fundamental por tanto, que el odontólogo sea consciente de las manifestaciones orales que pueden aparecer en los pacientes con patología gastrointestinal y conocer las indicaciones y contraindicaciones medicamentosas a la hora de prescribir fármacos para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento del paciente en la consulta dental.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Lourenco SV, Hussein TP, Bologna SB, Siphahi AM, Nico MM. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review based on the observation of six cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24 (2): 204-207.
2. Katz JA. Management of inflammatory bowel disease in adults. *J Dig Dis* 2007; 8(2):65-71.
3. Vasovic M, Gajovic N, Brajkovic D, Jovanovic M, Zdravkovaic N, Kanjevac T. The relationship between the immune system and oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review. *Cent Eur J Immunol* 2016; 41 (3): 302-310.
4. Mantegazza C, Angiero F, Zucotti GV. Oral manifestations of gastrointestinal diseases in children. Part 3: Ulcerative colitis and gastro-oesophageal reflux disease. *Eur J Paediatr Dent* 2016; 17 (3): 248-250.
5. Little JW, Falace DA, Rhodus NL, Miller CS. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Versión en español de la 5ª Ed. de la obra original en inglés. Madrid; Elsevier España S.A 1998.
6. Loftus Jr EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004; 126 (6): 1504-17.
7. Jacobsen BA, Fallingborg J, Rasmussen HH, Nielsen KR, Drewes AM, Puho E, Nielsen GL y cols. Increase in incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in northern Denmark: A population-based study, 1978-2002. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18 (6): 601-6.
8. Benchimol E, Fortinsky K, Gozdyra P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffiths A. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17 (1): 423-39.
9. Schirbel A, Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: established and evolving considerations on its etiopathogenesis and therapy. *J Dig Dis* 2010; 11 (5): 266-76.
10. Gale G, Hasséus B, Jontell M, Östman S, Rekabdar E, Torinsson Naluai y cols. Characterisation of a Swedish cohort with orofacial granulomatosis with or without Crohn's disease. *Oral Dis* 2015; 21 (1): 98-104.
11. Becker JM. Surgical therapy for ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1999; 28 (2): 371-90.
12. Katz JA. Management of inflammatory bowel disease in adults. *J Dig Dis* 2007; 8 :65-71.
13. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP: Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 53 (Suppl. 5): v1.
14. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie 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.
15. Tamboli CP. Advances in epidemiology and diagnosis of inflammatory bowel diseases. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10 (6): 576-84.
16. 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.
17. Ghosh S, Shand A, Ferguson A. Ulcerative colitis. *Br Med J* 2000; 320 (7242): 1119-1123
18. Annaloro C, Onida F, Lambertenghi Delilieri G. Autologous hematopoietic stem cell transplantation in autoimmune diseases. *Expert Rev Hematol* 2009; 2 (6): 699-715.
19. Reenaers C, Louis E, Belaiche J. Current directions of biologic therapies in inflammatory bowel disease. *Therap Adv Gastroenterol* 2010; 3 (2): 99-106.
20. Lankarani KB, Sivandzadeh GR, Hassanpour S. Oral manifestation in inflammatory bowel disease: a review. *World J Gastroenterol* 2013; 19 (46): 8571-8579.
21. Salek H, Balouch A, Sedghizadeh P. Oral manifestation of Crohn's disease without concomitant gastrointestinal involvement. *Odontology* 2014; 102 (2): 336-8.
22. Woo VL. Oral Manifestations of Crohn's Disease: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dent* 2015; 2015: 1-7.
23. 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
24. 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.