

Manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

Oral manifestations of systemic diseases.

Denisse Solís Colín,* Monserrat García Dols*

RESUMEN

Las enfermedades sistémicas son un tema muy común en la consulta actual, no sólo médica, sino también en la relación estrecha de la odontología con la medicina. La odontología es una disciplina médica importante que no diagnostica, pero sí relaciona las manifestaciones orales con ciertas enfermedades sistémicas. Dichas manifestaciones pueden estar relacionadas con una o varias enfermedades, por esto es importante conocer la condición médica del paciente y no sólo la condición bucal, las manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas van de la mano con la falta de conocimiento que tiene el paciente hacia su condición sistémica, con su higiene oral, por tal motivo es importante llevar de la mano a los pacientes para poder detectar oportunamente estas manifestaciones y poder tratarlas de manera oportuna y correctamente.

Palabras clave: enfermedades sistémicas, cardiovasculares, diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, manifestaciones bucales.

ABSTRACT

Systemic diseases are a very common topic in today's practice, not only medical, but also in the close relationship between dentistry and medicine. Dentistry is an important medical discipline that does not diagnose, but rather relates oral manifestations to certain systemic diseases. These manifestations can be related to one or more diseases, for this reason it is important to know the patient's medical condition, not only the oral condition, the oral manifestations of systemic diseases go hand in hand with the lack of knowledge the patient has had for a long time. Whether it is their systemic condition or their oral hygiene, for this reason it is important to take patients by the hand in order to detect these manifestations in a timely manner and be able to treat them correctly.

Keywords: systemic diseases, cardiovascular diseases, diabetes, hypertension, metabolic syndrome, oral manifestations.

Abreviaturas:

IECA = inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

LES = lupus eritematoso sistémico

SM = síndrome metabólico

INTRODUCCIÓN

El estado de la salud oral proporciona evidencias sobre el comportamiento sistémico del paciente. Los tejidos orales están en contacto físico directo con todo el cuerpo, relacionándose a través de la sangre, sistema linfático y nervioso. Influencias sistémicas, inmunológicas y psicológicas están en equilibrio con la salud oral y estado general del individuo, por lo que manifestaciones orales pueden surgir como primeras señales de un desorden sistémico.¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sabe que mundialmente 71% de la mortalidad global es causada por enfermedades crónicas no transmisibles, esto es a causa de la mala calidad de vida y los malos hábitos que llevan las personas a lo largo de su vida, la mala alimentación y la falta de actividad física que son causantes de obesidad y problemas cardiovasculares.²

De acuerdo con la OMS las enfermedades cardiovasculares ocupan 44% de los 41 millones de defunciones mundiales.²

En México, de acuerdo con el panorama epidemiológico de enfermedades no transmisibles presentado por la Secretaría de Salud en 2017, las principales causas de defunción son enfermedades no transmisibles, en primer

* Egresada de la Licenciatura de Médico Cirujano Dentista, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México Campus Norte. Ciudad de México, México.

Recibido: 08 de mayo de 2020. Aceptado: 16 de marzo de 2025.

Citar como: Solís CD, García DM. Manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. Rev ADM. 2025; 82 (2): 84-92. <https://dx.doi.org/10.35366/119880>



lugar, las cardiopatías, seguidas por la diabetes mellitus que son enfermedades comunes en estos tiempos (*Tabla 1*).³

El envejecimiento de la población, con una distribución en la que 53.4% de la población se encuentra entre los 15 y 49 años (CONAPO, 2015) y sumándole la calidad de vida de los mexicanos se ve acompañada por el cambio de incidencia y prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas a enfermedades crónicas no transmisibles.³

Es importante el saber identificar los parámetros de lo sano, y para hacer la diferencia en una consulta es vital saber manejar los diversos síntomas y complicaciones que puede presentar un paciente con estas diversas enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades sistémicas son aquellos procesos mórbidos que afectan más de un sistema orgánico. La etiopatogenia de muchas de estas enfermedades aún no se esclarece del todo, pero es bien sabido que, en gran parte de ellas, están involucrados procesos inflamatorios y desórdenes del sistema inmunológico que dan origen a las diversas manifestaciones.⁴

Enfermedades reumatoídes

Alteraciones como el lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica, dermatomiositis, enfermedad de Behcet y artritis reumatoide son las enfermedades reumatológicas que comúnmente presentan manifestaciones en la cavidad oral. Entre los signos más frecuentes se destacan: ulceraciones orales, xerostomía,

procesos cariosos en locales raros y lesiones mucosas con características peculiares; y aún se citan la microstomía, resorción alveolar y edema glandular. El objetivo de esta revisión fue describir la presencia de manifestaciones orales asociadas a desórdenes reumáticos y otras alteraciones características de la cavidad oral.¹

Artritis

La artritis tiene como característica la destrucción de la matriz extracelular ósea y cartilaginosa; signo que con frecuencia se evidencia en los rayos X.⁵ Hoy día se considera la asociación entre el estrés oxidativo y los radicales libres con estas enfermedades.⁶⁻⁸

Se sustenta la idea de que la periodontitis y la artritis se relacionan entre sí, pues se propone que un estado de inflamación en el individuo podría ser el vínculo entre ambas. De igual forma, se cree que algunos mediadores de la inflamación, en conjunto con las bacterias periodontales, son elementos que formarían parte de la relación entre ambas enfermedades; sin embargo, existe cierta controversia al respecto. Lo que sí está claro es que los pacientes con artritis que mantienen o refuerzan su higiene bucal contribuyen a mejorar también los síntomas de esta enfermedad inflamatoria.

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica crónica inflamatoria que se caracteriza por una reacción autoinmune, que puede producir manifestaciones buco-faciales. De hecho, en la actual investigación se pudieron identificar grandes afectaciones del complejo bucal, como periodontopatías, alteraciones de la articulación temporomandibular, entre otras, que pueden influir negativamente en la calidad de vida de estos pacientes.⁵

Además, se sabe que *Porphyromonas gingivalis* (Pg), un periodontopatógeno fundamental, puede estar asociado con la causa o perpetuación del cuadro clínico de artritis, ya que ésta es la única procariota capaz de expresar la enzima peptidil-arginina deiminasa (PAD) que, cuando libera en la bolsa periodontal, puede difundir al movimiento articular sinovial.⁹

Esclerosis múltiple

De etiología desconocida posiblemente desencadenada por factores ambientales en la predisposición genética de un individuo. La esclerosis múltiple se caracteriza principalmente por microvasculopatía, la activación de fibroblastos y la producción de colágeno excesiva. La esclerosis múltiple se trata de una patología única al exhibir características de tres procesos fisiopatológicos distintos: consiste en la

Tabla 1: Principales causas de defunción en México 2017.

Núm.	Causa	Defunciones
1	Enfermedades del corazón	140,855
2	Diabetes mellitus	106,525
3	Tumores malignos	84,142
4	Enfermedades del hígado	38,833
5	Accidentes	36,215
6	Enfermedades cerebrovasculares	35,248
7	Agresiones (homicidios)	32,079
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	22,954
9	Neumonía e influenza	21,892
10	Insuficiencia renal	13,167

Fuente: Secretaría de Salud (SSA) / Dirección General de Información en Salud (DGIS) / Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED).

tríada de lesión vascular, la autoinmunidad (humoral y celular) y la fibrosis del tejido y lleva a la participación de la piel, y en varios órganos internos como el pulmón, el corazón y el tracto gastrointestinal, así como los síntomas musculoesqueléticos.¹⁰

Los hallazgos orales incluyen microstomía, que se desarrolla debido a la deposición de colágeno en los tejidos periorales, causando la restricción de la apertura oral, formación de arrugas en los surcos periorales, y en las radiografías interproximales y periapicales se observa, agrandamiento difuso del espacio del ligamento periodontal. Como parte de los síntomas de la enfermedad también se ha reportado la presencia de la hipofunción de las glándulas salivales, con el consiguiente aumento en la frecuencia de caries y enfermedad periodontal.¹¹

Otros hallazgos incluyen xerostomía y la pérdida de inserción de la mucosa gingival con múltiples áreas de retracción. Los pacientes con esclerodermia tienen una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en comparación con los individuos sin la enfermedad. La microvasculopatía obliterante es una característica de la esclerosis sistémica. Se puede encontrar la acumulación del biofilm de la placa microbiana debido a la limitación de la apertura de cavidad oral y la dificultad del manejo del cepillo dental causado por los cambios escleróticos en los dedos y las manos.¹²

Lupus eritematoso

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica crónica, cuya característica más llamativa, desde el punto de vista clínico y patológico, es el desarrollo de focos inflamatorios en varios tejidos y órganos del cuerpo, por ejemplo: piel, articulaciones, riñones, vasos sanguíneos, pulmones y corazón. Se trata de una enfermedad rara que causa morbilidad y mortalidad significativas debido a su actividad inflamatoria y procesos infecciosos secundarios a la inmunosupresión inducida por la enfermedad y su tratamiento, así como las complicaciones cardiovasculares.¹

Las manifestaciones bucales han sido reportadas en 20 a 45% de los pacientes con LES, con un aumento de las lesiones generalmente ocurriendo durante las fases activas de la enfermedad. Los sitios preferidos de las lesiones bucales, con el fin de disminuir la prevalencia, es la mucosa bucal, encías y mucosa labial. Por otra parte, los fármacos utilizados para el tratamiento de LES pueden resultar con alteraciones en la mucosa, tornando difícil la caracterización de la etiología de lesiones orales en estos pacientes.¹²

Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad sistémica caracterizada por la infiltración linfocítica y la destrucción progresiva de las glándulas exocrinas. Sin embargo, el proceso inflamatorio puede afectar cualquier órgano. Las manifestaciones clínicas pueden ser divididas en dos aspectos: benigna pero debilitantes, tales como sequedad, dolor y fatiga, que afecta a la mayoría de los pacientes, y sistémica, que puede ser potencialmente grave y afecta a 20-40% pacientes.¹

Dentro de los síntomas orales, se destaca la xerostomía como principal síntoma, lengua fisurada, atrofia papilar, mucosa oral eritematosa y sensible, queilitis angular y 1/3 a la mitad de los pacientes, una tumefacción difusa y firme de las glándulas salivales que aumenta durante el curso de la enfermedad.¹

Un síntoma extraoral bastante característico es la queratoconjuntivitis. Considerando que uno de los principales síntomas del síndrome de Sjögren consiste en la xerostomía, sabiéndose la importancia de las propiedades inmunológicas de la secreción salival en el mantenimiento del equilibrio del medio oral, sobre todo en la desmineralización remineralización del esmalte dental, durante los momentos de desafíos cariogénicos es que se hace necesario investigar las secuelas de este síndrome.¹³

También existe la hipótesis de que las enfermedades periodontales y los cambios en la mucosa oral pueden ser provocadas por la falta o incluso ausencia de elementos de defensa importantes en el contenido salival. El flujo salival disminuido contribuye al aumento de la proporción de *S. mutans*, lactobacilos y *Candida*. Manchas eritematosas son comunes en la cavidad oral y se asocian con el sobrecrecimiento de *Candida albicans*.¹

Es imprescindible descartar también otras posibles causas de boca seca como alteraciones de estímulos aferentes, alteraciones a nivel central, alteración de vías aferentes vegetativas, inflamación crónica de las glándulas salivales (de causa inmunológica y no inmunológica), uso de fármacos asociados a xerostomía, alteraciones psicológicas, consumo de tabaco y otras drogas, enfermedades sistémicas, tratamiento con radioterapia de cabeza y cuello y deshidratación.¹⁴

Fármacos asociados a la presencia de xerostomía: anoréxicos, ansiolíticos, anticonvulsivos, antidepresivos tricíclicos, antieméticos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, broncodilatadores, descongestionantes, diuréticos, relajantes musculares, analgésicos narcóticos, sedantes antihipertensivos y antiartríticos.¹⁴

Angina de pecho e infarto agudo al miocardio

La angina de pecho es un dolor subesternal paroxístico que se produce cuando la demanda cardiaca supera el aporte vascular; la duración y la gravedad de la isquemia no son suficientes para provocar un infarto.

1. Estable: con el mismo grado de ejercicio y disminuye con el reposo; suele asociarse a una estenosis estable crónica.
2. Prinzmetal: vasoespasio; los síntomas no se relacionan con el ejercicio y responden rápidamente a los vasodilatadores.
3. Inestable: patrón doloroso manifestado con cantidades cada vez menores de ejercicio o en reposo; con frecuencia dura alrededor de 20 minutos.

El infarto agudo al miocardio

Muerte del miocito cardíaco causada por una oclusión vascular grave prolongada; el riesgo aumenta con la edad, sobre pasando los 40 años (40%) y sobre pasando los 65 años (45%). Factores de riesgo: genética, tabaquismo, estilo de vida.

Una placa ateromatosa en una arteria coronaria sufre un cambio consistente en hemorragia intraplaca, erosión o ulceración, rotura o hemorragia cuando son expuestas al colágeno endotelial y al contenido de la placa necrótica; las plaquetas se adhieren, se activan y liberan su contenido granular, formando microtrombosis con vasoespasio estimulado por los mediadores liberados por las plaquetas. El factor tisular activa la vía de la coagulación, incorporándose al trombo. En un plazo de minutos, el trombo puede expandirse hasta ocluir por completo la luz vascular.¹⁵

Sin embargo, esas isquemias no muestran manifestaciones orales clínicas directas con la enfermedad, sino más bien relacionadas con fármacos: hiposalivación, xerostomía, estomatitis, cambios de sabor.¹⁶

Hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias que puede tener muchas causas distintas¹⁷ (*Tabla 2*).

Otro posible mecanismo en el cual se puede desarrollar hipertensión en el cuerpo es por una disfunción de mecanismos reguladores hormonales o sistema nervioso simpático, resultando en alteraciones del tono simpático

de vasos sanguíneos, la liberación de catecolaminas que pueden aumentar el gasto cardíaco y provocar vasoconstricción, además de alteraciones en el eje renina-aldosterona-angiotensina que provoca la retención de líquidos al disminuir la diuresis con un mecanismo de reabsorción de sodio y vasoconstricción.¹⁷

Manifestaciones orales de hipertensión

La única manifestación oral de la presencia de hipertensión arterial son las hemorragias petequiales debidas al aumento severo de la presión arterial, pero pueden identificarse lesiones y condiciones secundarias al empleo de antihipertensivos.

En seguida se describen las manifestaciones orales más frecuentes causadas por los antihipertensivos (*Figura 1*).

1. Hiposalivación. Disminución de la secreción salival, provocada por una lesión del parénquima de las glándulas salivales mayores y menores, relacionada con el uso de diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), agonistas alfa centrales, bloqueadores beta adrenérgicos (βB).¹⁶
2. Reacciones liquenoides a fármacos. Lesiones similares al liquen plano erosivo, generalmente en la mucosa bucal, relacionadas por el uso de algunos tipos de fármacos como tiazidas, metildopa, propranolol y labetalol.
3. Hiperplasia gingival. Aumento generalizado del componente fibroso (proliferación de fibroblastos gingivales), asociado con el consumo durante largo tiempo de nifedipino.

Tabla 2: Presión arterial según la American Heart Association.

Categoría de presión arterial	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Elevada	120-129	< 80
Hipertensión arterial		
Estadio 1	130-139	80-89
Estadio 2	≥ 140	≥ 90
Crisis hipertensiva	≥ 180	≥ 120

Fuente: Asociación Americana del Corazón.¹

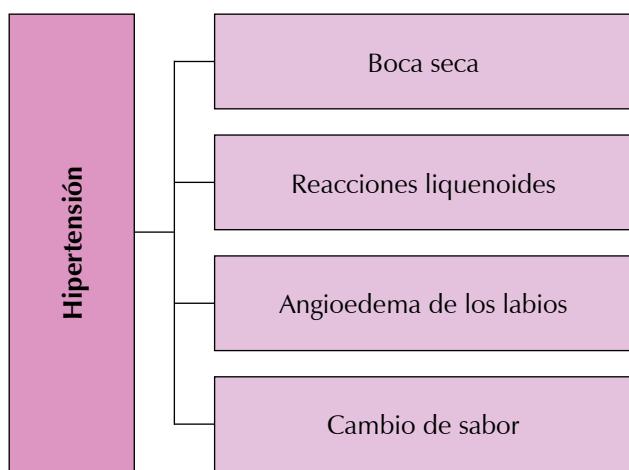


Figura 1: Principales manifestaciones bucales en pacientes con hipertensión arterial.

4. Úlceras aftosas. Pueden ser causadas por diversos mecanismos, pero todas estas lesiones se relacionan con el sistema inmunitario. Se han encontrado factores exógenos capaces de atravesar la piel y las barreras mucosas, estimulando a las células de Langerhans hasta el punto de producirse anticuerpos contra los propios tejidos del organismo. Están relacionadas con el uso de IECA.
5. Penfigoide buloso. Enfermedad relacionada con defectos inmunitarios, en los cuales los anticuerpos actúan en contra de la membrana basal y que, por activación del complemento, separan el tejido en la interfaz epitelio y tejido conectivo. Puede ser causada por el uso de IECA.
6. Edema angioneurótico. Es una reacción alérgica mediada por IgE, causada por fármacos como los IECA, en donde las células cebadas se unen a piel y mucosas, desencadenando el cuadro clínico. Presenta edema difuso en los tejidos blandos (tejidos subcutáneos y submucosos); cuando afecta el tracto gastrointestinal y el respiratorio el pronóstico es adverso.
7. Eritema multiforme. Reacción de hipersensibilidad diseminada, con formas leves y graves; presenta reacciones tisulares centradas alrededor de los vasos superficiales de la piel y las mucosas. Generalmente aparece asociado a un agente inductor, relacionado con el uso de diuréticos.
8. Alteraciones del gusto. Dentro de éstas se encuentran disgeusia, hipogeusia y ageusia, las cuales pueden estar asociadas con el consumo de IECA (captopril y enalapril), diuréticos (espironolactona) y bloqueadores de los canales de calcio (nifedipino y diltiazem).¹⁸

Diabetes mellitus

Es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono debida a una falla o defecto en la acción de una hormona segregada por el páncreas: «la insulina». Ésta es necesaria para que la mayoría de las células del organismo puedan utilizar el azúcar (glucosa) como combustible y transformarla en energía. Cuando llega al intestino, después del proceso digestivo, se transforma en un azúcar más sencillo, la glucosa, que es la que pasa al torrente circulatorio. Para que esta glucosa se transforme en energía debe pasar de la sangre a las células y quemarse. Este proceso se cumple por la acción de una hormona: la insulina, si ésta falta, la glucosa se acumula en la sangre hasta determinado nivel, luego comienza a eliminarse por orina produciendo «glucosuria». Esta glucosuria determina que se cumule más líquido en la orina, lo cual causa una poliuria provocando a la vez una deshidratación, lo que ocasiona una sed intensa (polidipsia). Paralelamente, a pesar de tener polifagia, el individuo adelgaza, se siente cansado y con fatiga (astenia).¹⁹

Se observan numerosas complicaciones orales en ambos tipos de diabetes mellitus (DM), que incluyen enfermedades periodontales, candidiasis oral, pérdida de

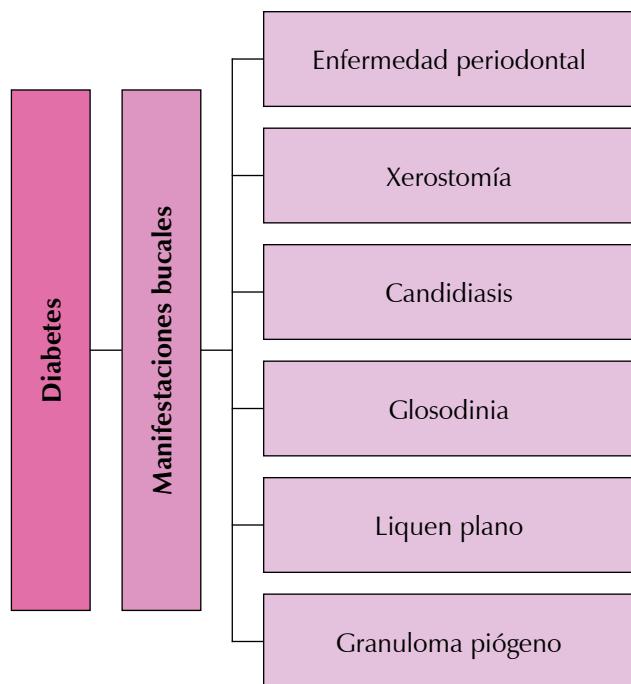


Figura 2: Principales manifestaciones bucales en pacientes con diabetes mellitus.

dientes, xerostomía, halitosis, retrasar la curación de las heridas, el síndrome de boca ardiente, disfunción salival y del gusto, caries, liquen plano, lengua geográfica y complicaciones asociadas a los implantes dentales (*Figura 2*).²⁰

La DM es un factor de riesgo para la enfermedad periodontal que afecta a su prevalencia e incidencia, y el grado de la destrucción del tejido periodontal está determinado por el nivel de control metabólico y la duración de la DM.²¹

La producción de anticuerpos en respuesta a microorganismos en los tejidos periodontales, y la presencia de células T *natural killer*, células B autorreactivas, proteínas de choque térmico, autoanticuerpos y predisposición a factores genéticos, proporcionan la base para un papel en la patogénesis de la enfermedad periodontal.²⁰

La xerostomía puede conllevar numerosos problemas como la dificultad para comer, tragar y hablar. Se puede tener un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Muchos estudios han detectado el deterioro de la función salival en adultos con diabetes. Se desconoce la etiología, pero puede estar relacionado con la poliuria, las neuropatías autonómicas y los cambios microvasculares y alteraciones en las membranas basales de las glándulas salivales.²²

Los pacientes diabéticos son susceptibles al desarrollo de lesiones de caries nuevas y recurrentes. Reducción de la capacidad de limpieza y amortiguación de la saliva, aumento de carbohidratos en la saliva, y el aumento del nivel de levaduras orales, *Streptococcus mutans* y los lactobacilos pueden provocar un aumento de la incidencia de caries. Además, las caries crónicas la hiperglucemia puede causar una pulpitis irreversible que lleve a la necrosis pulpar.^{22,23}

El deterioro del mecanismo de defensa y el pobre control metabólico pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la infección. La candidiasis oral es una infección micótica oportunista. La prevalencia de la misma aumenta, ya que es una de las infecciones fúngicas más comunes. El aumento de la *Candida* se informó en tasas de colonización en pacientes con diabetes tipo 1 en comparación con tipo 2 (84 vs 68%, respectivamente), mientras que el porcentaje en sujetos no diabéticos fue alrededor de 27%.

La candidiasis oral puede desarrollarse por numerosos factores predisponentes, entre ellos xerostomía. La disfunción salival en estos pacientes puede contribuir a un mayor transporte de hongos.¹⁶ Las lesiones relacionadas con la *Candida* incluyen estomatitis de la dentadura postiza, quelitis angular y glositis romboidal media. La infección por *Candida* es más frecuente en pacientes diabéticos

que fuman, usan dentaduras postizas, tienen un control glucémico deficiente y usan esteroides y antibióticos de amplio espectro.²²

Boca ardiente

La sensación de ardor o la disestesia en la cavidad oral de los pacientes diabéticos se atribuye a control glucémico deficiente, alteraciones metabólicas en la mucosa oral, angiopatía, infección por cándida y neuropatía.²³

Disfunción del gusto

Puede ocurrir en pacientes con diabetes mal controlada. En un estudio transversal, entre pacientes diabéticos o prediabéticos, 5.7% tenía un sabor dulce y 8.6% tenía un trastorno de sabor a sal.²² La disfunción salival puede causar una alteración en la sensación de sabor o aumento de los umbrales de detección. La neuropatía también aumenta el umbral del gusto. Esta disfunción sensorial puede inhibir la capacidad de mantener una buena percepción de sabores y puede conducir a una pobre regulación de la glucosa.²³

Alteraciones de la mucosa oral

Algunas alteraciones de la mucosa oral como la lengua recubierta y fisurada, la lengua geográfica, estomatitis aftosa recurrente, y algunas lesiones premalignas como el liquen plano pueden estar asociadas con la diabetes,²³ la susceptibilidad de estos pacientes a la oralidad, los cambios en las cavidades son todavía controvertidos, pero el control insuficiente de la diabetes, la alteración inmunológica, los cambios microcirculatorios con disminución del suministro de sangre, la xerostomía y la alteración del flujo salival y la composición, y el fumar también se han mencionado.²²

El liquen plano oral es más frecuente en los pacientes con diabetes tipo 1 que en los de tipo 2, porque la diabetes tipo 1 se considera una enfermedad autoinmune, y el liquen plano oral tiene un mecanismo autoinmune subyacente. La hiperglucemia aguda causa cambios en la respuesta inmune en pacientes diabéticos.²²

La mala cicatrización de las heridas orales

El retraso en la cicatrización de los tejidos blandos y duros en los pacientes diabéticos es una conocida complicación durante las cirugías orales.²³ Basándose en algunos estudios, los factores efectivos en la curación

prolongada de las heridas de estos pacientes incluyen una vascularización retardada, la disminución del flujo sanguíneo y la hipoxia, una reducción de la inmunidad innata disminuyó la producción de factores de crecimiento y el estrés psicológico.²²

La xerostomía, candidiasis, glosodinia, liquen plano y granuloma piógeno tienen una causa variable, de primera intención lo que debemos hacer es buscar cuál es la causa, qué factor es el que está siendo el causante de, y por consiguiente el tratamiento.

Enfermedades hepáticas

El hígado es un órgano importante para el buen funcionamiento del organismo. Dentro de las funciones que puede desempeñar, se encuentra su capacidad para metabolizar proteínas, grasas y carbohidratos, capacidad destoxicificante y formación de bilis y conjugación de la bilirrubina con el ácido glucurónico.

El exceso de bilirrubina en el organismo se deposita en los diferentes tejidos, como son los mineralizados del diente. Ahí se oxida y genera una coloración verdosa de la dentina. El momento de aparición de la hiperbilirrubinemia (HBR) y la odontogénesis están relacionados: según el periodo de formación de los diferentes dientes, se afectarán en menor o mayor grado. Al ser más frecuente la prevalencia de hipoplasias y caries, la mayor parte de nuestros tratamientos en la consulta irán encaminados a resolver este tipo de problemas.

En la raíz, se observa una línea longitudinal desde coronal hacia apical, de interior hacia el exterior. Teniendo en cuenta las etapas de formación dental de Demirjian y Nolla, el cierre apical proporciona que la dentina sana (posterior al trasplante) quede hacia el interior. Esta línea puede llegar a entrar en contacto con el ligamento periodontal, que en ocasiones puede aparecer pigmentado. Sin embargo, gracias a la alta tasa de renovación celular de los tejidos blandos, las pigmentaciones a nivel de la encía, labios, mucosa yugal, y ligamento periodontal desaparecen. Otras alteraciones que se pueden encontrar en estos pacientes son hipoplasias del esmalte, problemas de coagulación, alteraciones en la metabolización de anestésicos y medicamentos de rutina, e hiperplasias gingivales secundarias al tratamiento inmunsupresor con ciclosporina.

Insuficiencia renal crónica

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) sufren signos y síntomas bucales que afectan al hueso, como

la osteodistrofia renal, que es sinérgico y paralelo a un hiperparatiroidismo que afecta la conformación del hueso, dependiendo de la causa.²² Una de las zonas que presenta mayor afectación es el maxilar y hueso alveolar, afectando así la salud oral del paciente, volviéndolo propenso a la fractura y a la resorción ósea, de igual manera afecta a los tejidos blandos; sin embargo, estos no son patognomónicos ni determinantes de la enfermedad renal, como sí lo son: la disgeusia y cacogeusia que resulta del aumento en la concentración de urea en la saliva debido a bacterias que la metabolizan y transforman en amoniaco, esto provoca en algunos pacientes sensación de macroglosia; las afecciones como la xerostomía, son patognomónicas y están directamente relacionadas con IRC en hemodiálisis a consecuencia de la restricción en la ingesta de líquidos, asimismo otros efectos secundarios se hacen presentes, inherentes a los medicamentos (fundamentalmente fármacos antihipertensivos) como alteración de las glándulas salivales y respiración bucal, aumentando el riesgo de sufrir enfermedad periodontal, también otras manifestaciones orales como sangrado gingival, inflamación gingival, hiperplasia gingival, erosión dental, entre otras se hacen presentes durante estos estados sistémicos.²⁴

En cuanto a las manifestaciones bucales por alteración renal, una concentración de urea superior a los niveles normales aumenta el riesgo de estomatitis urémica, candidiasis, disgeusia, cacogeusia, halitosis urémica y sialorrea.

Síndrome metabólico

El papel de la enfermedad periodontal sobre el síndrome metabólico (SM) es un aspecto poco conocido entre médicos y estomatólogos. Son complejas y potencialmente multidireccionales sus conexiones. El SM es un conjunto de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus, cuyo rasgo característico es la resistencia a la insulina.^{25,26}

Algunos investigadores sugieren que estos procesos inflamatorios crónicos de la cavidad oral aceleran la aterosclerosis e incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular. En las personas que presentan SM también se acelera el proceso aterosclerótico.^{25,26}

Hipertiroidismo e hipotiroidismo

Entre las características odontológicas del hipotiroidismo infantil se observa crecimiento facial vertical, disminución de la longitud y el ángulo de la base del cráneo, labios

gruesos y lengua de gran tamaño (macroglosia) que, debido a su posición, suele producir mordida abierta anterior y dientes anteriores en abanico.²⁷ La macroglosia puede ser congénita o adquirida. Cuando es congénita es causada por un desarrollo exagerado de la musculatura individual y se hace evidente durante el crecimiento del individuo. La dentición temporal y permanente presenta un retardo eruptivo característico, y aunque los dientes son de tamaño normal, suelen estar apiñados por el pequeño tamaño de los maxilares. Puede presentarse respiración bucal e hiperplasia irritativa secundaria. Asimismo, se muestran alteraciones estructurales dentales, principalmente radiculares (permanencia de ápices abiertos y apariencia de raíces cortas) y cámaras pulpares amplias por formación lenta de dentina. Dentro de las anomalías de desarrollo se puede encontrar hipoplasia de esmalte.

Otras enfermedades

La mayoría de los pacientes con úlceras aftosas orales recidivantes no tienen otra afectación, pero en otros la presencia de lesiones crónicas de estomatitis aftosa se asocia a procesos sistémicos. Entre los más comúnmente asociados se encuentran el síndrome de Behcet, la enfermedad de Crohn y la enteropatía sensible al gluten o enfermedad celiaca.⁴

Las enfermedades inflamatorias intestinales, como el Crohn y la colitis ulcerosa, pueden estar precedidas, en su inicio, por febrícula y ulceración bucal dolorosa. A menudo, los síndromes de malabsorción son leves, incluso asintomáticos, pero aun así parecen capaces de producir deficiencias nutricionales de hierro, ácido fólico y vitamina B12, todas las que han sido relacionadas con úlceras aftosas recidivantes.⁴

La enfermedad de Behcet es una alteración inflamatoria multisistémica de etiología desconocida.¹ Consistente en múltiples lesiones similares a aftas oculares, anogenitales y orales; con frecuencia aparecen la afectación del sistema nervioso central y las artralgias. Las úlceras bucales son redondas u ovales, dolorosas y, por lo general, múltiples, y pueden ser el único signo de la enfermedad, que es poco frecuente, de naturaleza sistémica compleja y que se diagnostica siguiendo criterios clínicos. En 50% de los casos se han encontrado anticuerpos circulantes específicos contra la mucosa oral. Una característica llamativa y constante de este síndrome es la presencia de úlceras intraorales idénticas a las de la estomatitis aftosa menor junto a lesiones similares en el área anogenital. La presencia de úlceras orales, anogenitales y oculares similares a aftas suele bastar para el diagnóstico.⁴

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico del tracto gastrointestinal que puede afectar a cualquier zona entre la boca y el ano; se caracteriza por la presencia de grandes zonas discontinuas de tejido normal entre áreas de abscesos, granulomas, fibrosis y fistulas. Es raro que la enfermedad se presente en la cavidad oral y la parte superior del tracto gastrointestinal; cuando aparece en estas localizaciones varían sus manifestaciones en dependencia de la estructura específica implicada. El área que se afecta con mayor influencia es la mucosa bucal, en la que se muestra un patrón adoquinado; en el vestíbulo la lesión suele presentarse en forma de pliegues hiperplásicos lineales con úlceras; cuando los labios están afectados quedan inflamados e indurados de manera difusa; las lesiones de la encía y la mucosa alveolar son menos frecuentes y si aparecen tienen el aspecto de una lesión granular y eritematosa. Las úlceras aftosas múltiples pueden aparecer en cualquier localización, pero se presentan más frecuentemente en el paladar. En muchos casos, durante el curso de la enfermedad, se ven afectadas varias localizaciones intraorales. Estas lesiones orales pueden presentarse meses, e incluso años, antes de que aparezcan los síntomas abdominales y se diagnostique el síndrome de Crohn.⁴

REFERENCIAS

- Reis TRC, Nogueira BML, Domínguez MCL, De Menezes SAF, Da Silva E Souza PAR, Menezes TOA. Manifestaciones orales en pacientes reumatólogicos: una revisión de los conocimientos. *Int J Odontostomat.* 2015; 9 (3): 413-418.
- Organización Mundial de la Salud, 2018 url: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Panorama Epidemiológico 2018, Enfermedades no transmisibles. OMENT.
- Reyes HDL. Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica. *Acta Méd Centro.* 2016; 10 (1): 68-74.
- Alemán O, Aput A, Dominguez Y et al. Maxillofacial manifestations in patients with rheumatoid arthritis, MEDISAN. 2019; 23 (3): 460.
- Kesarwala AH, Krishna MC, Mitchell JB. Oxidative stress in oral diseases. *Oral Dis.* 2016; 22 (1): 9-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442080/>
- Wang J, Schipper HM, Velly AM, Mohit S, Gornitsky M. Salivary biomarkers of oxidative stress: A critical review. *Free Radic Biol Med.* 2015; 85: 95-104.
- Tóthová L, Kamodyová N, Červenka T, Celec P. Salivary markers of oxidative stress in oral diseases. *Front Cell Infect Microbiol.* 2015; 5: 73. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4611854/>
- Goes P, Coelho AC, Oliveira CC. Efeito da raspagem e alisamento radicular em pacientes com artrite reumatoide: revisão da literatura. *Rev Fac Odontol Lins/Unimep.* 2014; 24 (1): 33-40.
- Horimoto AM, Costa IP. Sobreposição de esclerose sistêmica e artrite reumatoide: uma entidade clínica distinta? [Overlap between systemic sclerosis and rheumatoid arthritis: a distinct clinical entity?].

- Rev Bras Reumatol. 2015; S0482-5004(15)00030-3. doi: 10.1016/j.rbr.2014.12.011.
11. Pereira MCMC. Nunes RAM. Marchionni AM. Martins GB. Esclerodermia sistemica: relato de caso clínico. Rev Odont Univ Cid Sao Paulo, 2009; 21 (1): 69-73.
 12. Dghoughi S, El Wady W, Taleb B. Systemic sclerosis. Case report and review of literature. N Y State Dent J. 2010; 76 (3): 30-35.
 13. De Sena MF, Junior JFL, Ferreira MAF. Condicao oral dos pacientes com Síndrome de Sjögren: uma revisao sistemática. Rev Bras Promoc Saúde. 2006; 19 (4): 234-239.
 14. López R, Fernández M, Hernández G. Oral involvement in patients with primary Sjögren's syndrome. Multidisciplinary care by dentists and rheumatologists. Reumatología Clínica (English Edition). 2015; 11 (6): 387-394. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.03.010>
 15. Robbins y Cotran, "Patología estructural y funcional". Patología sistémica: enfermedades de los sistemas orgánicos. Capítulo 11. Vasos sanguíneos. 9º ed, Elsevier Saunders, 2015.
 16. Little JW, Falace DA. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Quinta edición, Editorial Harcourt Brace, Madrid-España, 2016.
 17. Guías de la American Heart Association/American College of Cardiology. Redefinición de la hipertensión arterial por primera vez en 14 años: 130 es el nuevo valor para la presión alta. (2017). Disponible en: <https://newsroom.heart.org/news/redefinicion-de-la-hipertension-arterial-por-primer-a-vez-en-14-anos-130-es-el-nuevo-valor-para-la-presion-alta>
 18. Aguilar N, Vázquez M. Manifestaciones bucales en pacientes hipertensos bajo tratamiento antihipertensivo. Arch Inv Mat Inf. 2009; 1 (2): 90-94.
 19. Cryer PE. Diabetes, diabetes, and the American Diabetes Association. Diabetes. 1995; 44 (12): 1351-1354. doi: 10.2337/diab.44.12.1351.
 20. Nazir MA, AlGhamdi L, AlKadi M, AlBeajan N, AlRashoudi L, AlHussan M. The burden of diabetes, its oral complications and their prevention and management. Open Access Maced J Med Sci. 2018; 6 (8): 1545-1553. doi: 10.3889/oamjms.2018.294.
 21. Llambés F, Arias-Herrera S, Caffesse R. Relationship between diabetes and periodontal infection. World J Diabetes. 2015; 6 (7): 927-935. Available in: <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i7.927>
 22. Rohani B. Oral manifestations in patients with diabetes mellitus. World J Diabetes. 2019; 10 (9): 485-489.
 23. Al-Maskari AY, Al-Maskari MY, Al-Sudairy S. Oral Manifestations and complications of diabetes mellitus: a review. Sultan Qaboos Univ Med J. 2011; 11 (2): 179-186.
 24. Rebollodo-Cobos M, De la Cruz-Villa A, Ibarra-Kammerer R, Hernández-Miranda K. Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica: repercusiones estomatológicas, una revisión. Av Odontoestomatol. 2018; 34 (4): 175-182.
 25. Carramolino-Cuéllar E, Tomás I, Jiménez-Soriano Y. Relationship between the oral cavity and cardiovascular diseases and metabolic syndrome. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014; 19 (3): e289-294. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24121926>
 26. Peña LM, Manresa RL, Rodríguez LE. Periodontal disease and metabolic syndrome. Correo Científico Médico. 2014; 18 (2): 1-3.
 27. Reynoso RM, Monter GM, Sánchez FI, Hipotiroidismo congénito y sus manifestaciones bucales. Rev Odont Mex. 2014; 18 (2): 132-137.

Correspondencia:**Norma Guadalupe Ibáñez Mancera****E-mail:** manceranorma@hotmail.com