



Caraterização das manifestações orais da doença celíaca numa amostra de uma população pediátrica



Joana Cruz¹, Ana Daniela Soares¹, Maria Teresa Xavier¹, Ricardo Ferreira², Sara Rosa¹, Ana Luísa Costa¹

1 - Área de Medicina Dentária – Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra
2 - Hospital Pediátrico de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Objetivos

A **Doença Celíaca (DC)** é um distúrbio gastrointestinal imunomediado causado por uma intolerância crónica ao glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis ¹⁻⁴. Diversas classificações de DC têm vindo a ser usadas, sendo a mais comumente aceite a da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica que distingue a forma atípica, típica, silenciosa, latente e potencial ¹. O início do desenvolvimento da doença coincide com a **introdução do glúten na dieta**, podendo os sintomas clínicos surgir na infância, adolescência ou idade adulta ¹. Nas crianças com DC a **cavidade oral** pode apresentar várias alterações que constituem, por vezes, os únicos e/ou primeiros sinais desta patologia, nomeadamente: **defeitos de esmalte, estomatite aftosa recorrente, queilite angular, glossite atrófica, língua geográfica, alterações salivares e atraso da erupção dentária** ⁴⁻⁹.

A associação entre doenças gastrointestinais e o desenvolvimento de defeitos de esmalte foi descrita pela primeira vez em 1900, quando o termo "atrofia dentária" foi utilizado para designar as más formações dentárias relacionadas com estas patologias. Em 1986 **Aine** desenvolveu um sistema de **classificação** para os **defeitos de esmalte**, agrupando estas alterações de estrutura (hipomineralização e hipoplasia) em **cinco categorias** ^{10,11}. Nos doentes celíacos, os defeitos de esmalte afetam principalmente os primeiros molares e incisivos definitivos e podem apresentar uma distribuição cronológica e simétrica nos 4 quadrantes, sendo designados de **"defeitos sistemáticos"**, **específicos da DC** ^{12,13}.

A glossite atrófica, queilite angular e língua geográfica são descritas também como possíveis manifestações da DC; no entanto, embora possam estar presentes, não se tratam de características comuns. Na literatura atualmente disponível não está descrito se estas manifestações resultam diretamente da DC ou se ocorrem indiretamente pela má absorção das células da camada basal da mucosa intestinal ^{12,14,15}.

Este trabalho teve como **objetivo caracterizar a prevalência e tipo de manifestações orais da doença celíaca numa amostra de uma população infanto-juvenil**, seguida na consulta de Gastreenterologia do Hospital Pediátrico de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC, EPE).

Métodos

Uma equipa de médicos pediatras observou preliminarmente a cavidade oral de uma amostra da população pediátrica de crianças (0-18 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de DC, seguidas na consulta de Gastreenterologia Pediátrica do CHUC do Hospital Pediátrico de Coimbra (CHUC, EPE). No entanto, neste grupo, apenas em parte foi posteriormente confirmada, por uma equipa composta por duas médicas dentistas previamente calibradas, a presença de lesões orais, após profilaxia e exame clínico sistematizado. Cumpru-se igualmente o preenchimento das histórias clínicas médica, dentária e consentimento informado. Os dados obtidos foram registados em Microsoft Excel e posteriormente organizados e categorizados para análise descritiva. Este estudo observacional transversal decorreu entre dezembro de 2014 e maio de 2015.

Resultados

População	113
Total de crianças primeiramente sinalizadas	28
Drop-out	7
Total de crianças com manifestações orais	11
Média das idades	9,38
Género masculino	5
Género feminino	16



defeitos de esmalte ≈ 50%



estomatite aftosa recorrente ≈ 39%



língua geográfica ≈ 11%

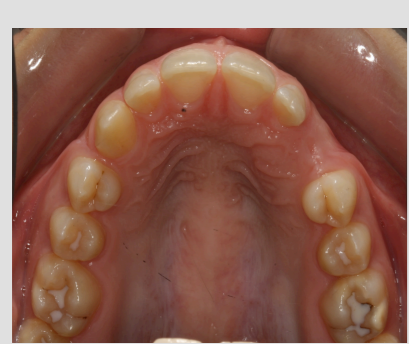
Classificação dos defeitos de esmalte segundo AINE ¹¹



GRAU 0: Sem defeitos



GRAU 1: Defeitos na coloração do esmalte: opacidades únicas ou múltiplas de cor creme, amarelo ou castanho, com margens definidas ou difusas, uma parte ou toda a superfície do esmalte sem brilho.



GRAU 2: Defeitos estruturais leves: superfície áspera, com sulcos horizontais; podem ser encontradas opacidades e descolorações; uma parte ou toda a superfície do esmalte sem brilho.

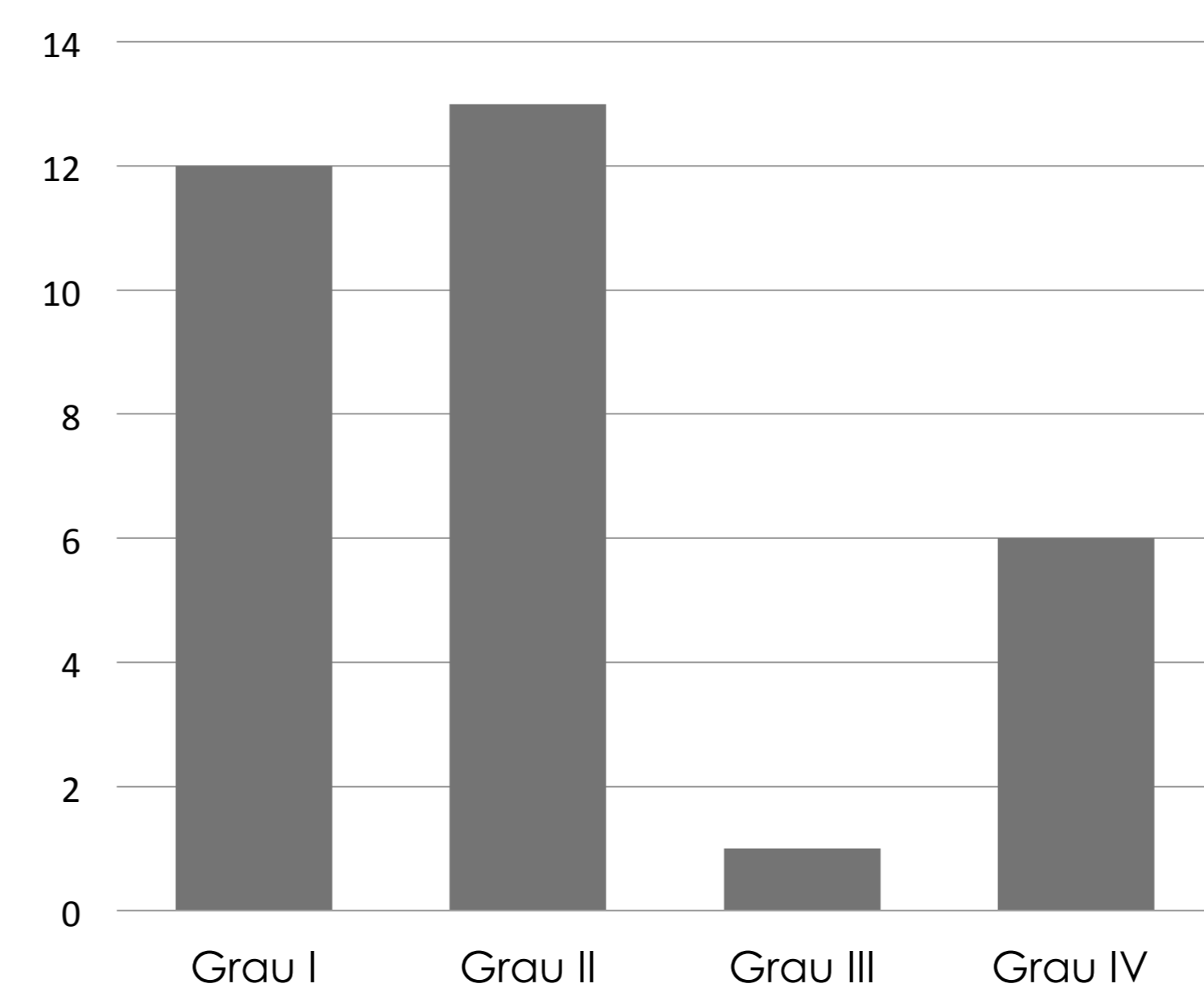


GRAU 3: Defeitos estruturais evidentes: parte ou totalidade da superfície do esmalte áspera, sulcos horizontais profundos com largura variável ou grandes sulcos verticais; grandes opacidades de diferentes cores e /ou fortes descolorações.

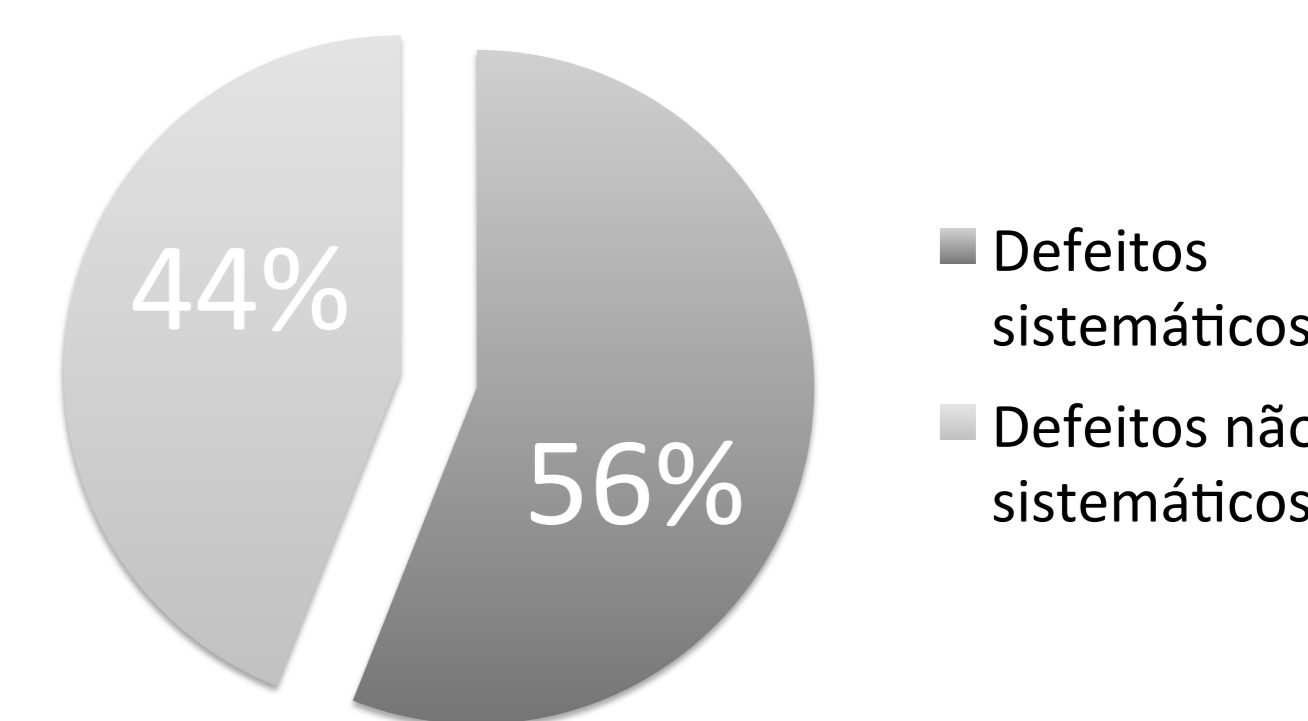


GRAU 4: Defeitos estruturais severos: forma do dente alterada, cúspides pontiagudas e/ou bordos incisais com desgaste irregular e ásperos, margem das lesões bem definidas; a lesão pode estar fortemente descolorada.

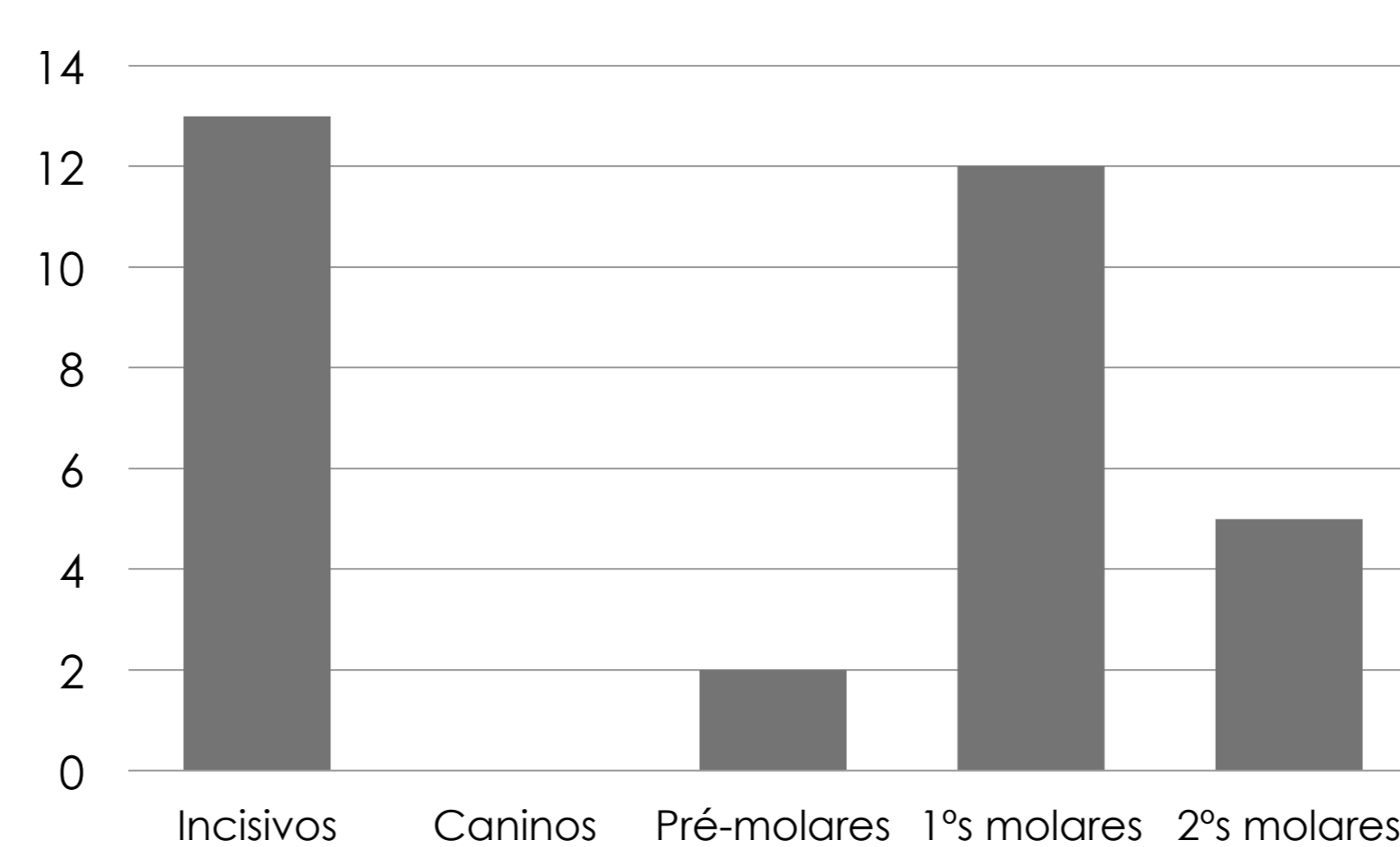
Defeitos de esmalte: classificação de Aine



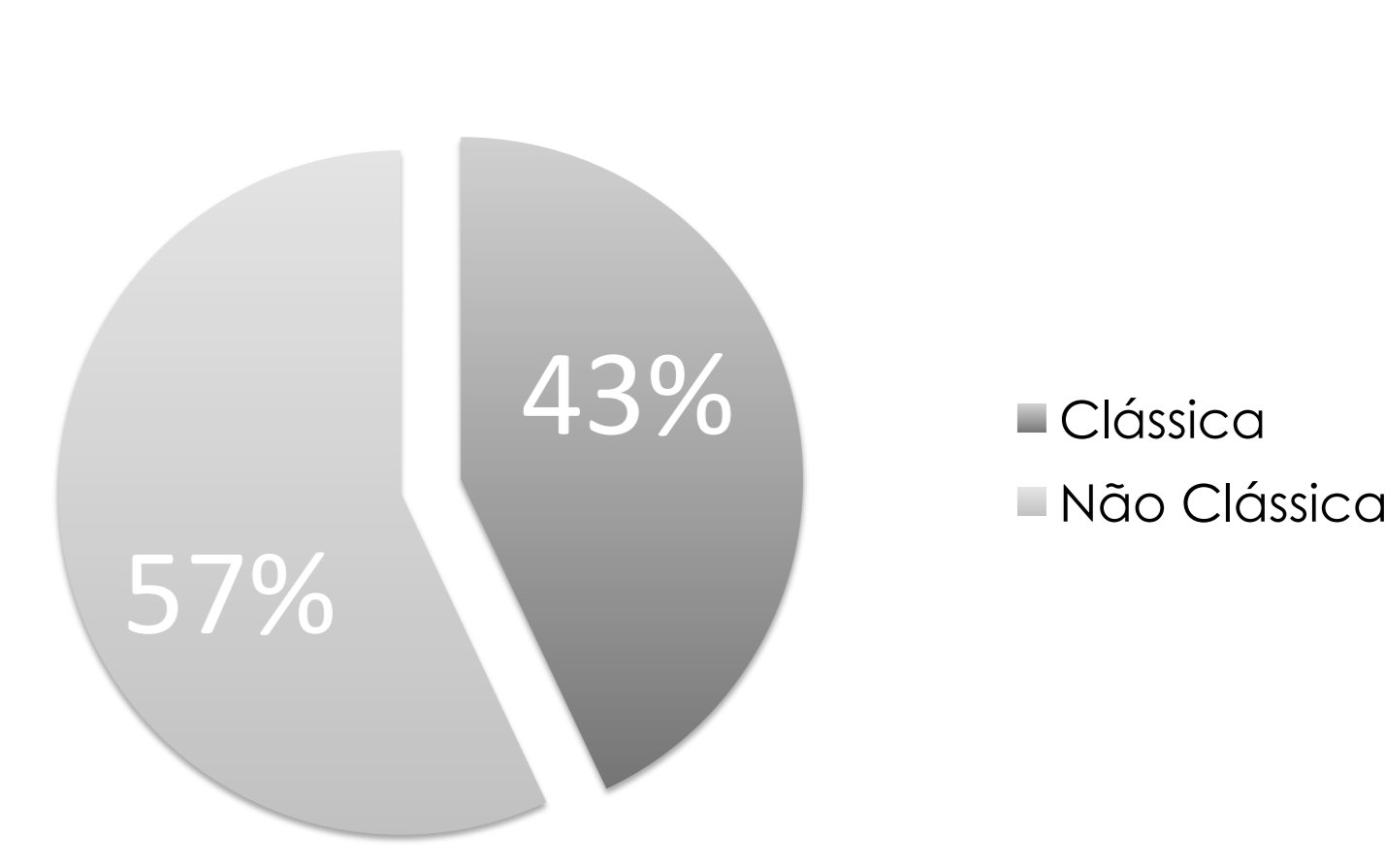
Defeitos de esmalte: sistemáticos ou não sistemáticos



Defeitos de esmalte: dentes afetados



Classificação da DC das crianças com manifestações orais



Conclusões

Atendendo à variabilidade dos sinais e sintomas estima-se que em muitos indivíduos o **diagnóstico da DC** peque por ser **tardio ou mesmo ausente**. A **cavidade oral** pode apresentar **várias manifestações** que constituem, por vezes, os **únicos/primeiros sinais presentes desta patologia**, nomeadamente, os defeitos de esmalte e a estomatite aftosa recorrente, comprovados neste estudo preliminar apesar das limitações inerentes ao facto de visar uma amostra reduzida de crianças e jovens. Pela crescente capacidade diagnóstica da doença celíaca ao **médico dentista** é exigida especial atenção no exame clínico destas crianças, visando a identificação e **valorização das alterações orais** quando presentes, sublinhando ainda a importância da realização de uma **anamnese pormenorizada** que inclua a avaliação de fatores de risco e antecedentes familiares. Concomitantemente, a **estreita colaboração entre o gastroenterologista pediátrico e o médico dentista** revela-se absolutamente fundamental.

Bibliografia

1. Husby, S., et al., European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2012; 54(1): p. 136-60. 2. Hill, I.D., et al., Guideline for the diagnosis and treatment of coeliac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2005; 40(1): p. 1-19. 3. Ludvigsson, J.F., et al., The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut, 2013; 62(1): p. 43-52. 4. Rashid, M., et al., Oral manifestations of coeliac disease: a clinical guide for dentists. J Mich Dent Assoc, 2011; 93(10): p. 42-6. 5. Ferraz, E.G., et al., The oral manifestations of coeliac disease: information for the pediatric dentist. Pediatr Dent, 2012; 34(7): p. 485-8. 6. Basso, M., et al., Enamel hypoplasia in coeliac children: a potential clinical marker of early diagnosis. Eur J Paediatr Dent, 2007; 8(1): p. 31-7. 7. Pastore, L., et al., Oral manifestations of coeliac disease. J Clin Gastroenterol, 2008; 42(2): p. 224-32. 8. da Silva, P.C., et al., Oral manifestations of coeliac disease: A case report and review of the literature. Med Oral Pathol Oral Surg, 2008; 15(9): p. 1529-32. 9. Cheng, J., et al., The association between coeliac disease, dental enamel defects, and aphthous ulcers in a United States cohort. J Clin Gastroenterol, 2010; 44(3): p. 191-4. 10. Poyolou, C.H., A.P. Vanders, and L. Pappagiamouli, A comparative study on the prevalence of enamel defects and dental caries in children and adolescents with and without coeliac disease. Eur J Paediatr Dent, 2006; 5(2): p. 102-6. 11. Aine, L., Dental enamel defects and dental maturity in children and adolescents with coeliac disease. Proc Finn Dent Soc, 1986; 82 Suppl 3: p. 1-71. 12. Campisi G, Di Liberto C, Iacono G, Compilato D, Di Prima L, Calvino F, et al. Oral pathology in untreated coeliac (corrected) disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2007;26(11-12):1529-36. 13. Wierink CD, van Diermen DE, Aartman IH, Heymans HS. Dental enamel defects in children with coeliac disease. International Journal of Paediatric Dentistry / The British Paedodontic Society [and] The International Association of Dentistry for Children. 2007;17(3):163-8. 14. Abenavoli L Pi, Leggio L, et al. Cutaneous Manifestations in coeliac disease World Journal of Gastroenterology - WJG. 2006;12(843-52). 15. Seyhan M, Erdem T, Ertekin V, Selimglu MA. The mucocutaneous manifestations associated with coeliac disease in childhood and adolescence. Pediatric Dermatology. 2007;24(1):28-33.