ARTÍCULO ORIGINAL

Manifestaciones bucales de la enfermedad celíaca en pacientes geriátricos consumidores de gluten

Manifestaciones bucales de la enfermedad celíaca en pacientes geriátricos consumidores de gluten

Gladys Aída Estrada Pereira[1] Jesús Díaz Fondén[1] Alina Márquez Chacón[1]

[1] Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres, Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Cómo citar este artículo:
Estrada-Pereira G, Díaz-Fondén J, Márquez-Chacón A. Manifestaciones bucales de la enfermedad celíaca en pacientes geriátricos consumidores de gluten. **Medisur** [revista en Internet]. 2024 [citado 2026 Nov 8]; 22(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45227

Resumen

Fundamento: la enfermedad celíaca es de carácter inflamatorio crónico y autoinmune; afecta a personas genéticamente susceptibles por una intolerancia permanente al gluten. Los pacientes celíacos presentan una variedad de síntomas clínicos, y la cavidad oral muestra numerosas alteraciones relacionadas con dicha dolencia.
Objetivo: identificar las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad celíaca en pacientes geriátricos consumidores de gluten.
Métodos: estudio descriptivo y transversal, con 40 pacientes geriátricos con diagnóstico y prescripción de la enfermedad celíaca por especialistas gastroenterólogos, confirmado mediante hallazgos clínicos, serológicos, genéticos e histopatológicos; los cuales fueron remitidos a la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Saturnino Lora Torres, en Santiago de Cuba. Se aplicó examen intrabucal, descripción de las lesiones bucales y su diagnóstico clínico. Las variables estudiadas: edad, sexo, localización anatómica, signos y síntomas clínicos bucales de la enfermedad.
Resultados: en la serie analizada predominó el sexo femenino y el grupo de edades de 60 a 74 años. La úlcera aftosa recurrente resultó el signo clínico bucal más frecuente relacionado con la enfermedad celíaca, seguido por la lengua geográfica; el dolor, el síntoma clínico de mayor afectación; y el dorso de la lengua, la localización más observada.
Conclusiones: las manifestaciones clínicas bucales más relevantes en pacientes geriátricos con enfermedad celíaca fueron la úlcera aftosa recurrente y la lengua geográfica.

Palabras clave: Enfermedades autoinmunes, enfermedad celíaca, manifestaciones bucales, estomatitis aftosa, glositis migratoria benigna

Abstract

Foundation: Celiac disease is a chronic inflammatory and autoimmune disease that affects genetically susceptible individuals due to a permanent intolerance to gluten. Celiac patients present a variety of clinical symptoms, and the oral cavity shows numerous alterations related to this disease.
Objective: to identify the oral clinical manifestations of celiac disease in geriatric patients who consume gluten.
Methods: descriptive and cross-sectional study, with 40 geriatric patients with a diagnosis and prescription of celiac disease by gastroenterology specialists, confirmed by clinical, serological, genetic and histopathological findings; who were referred to the stomatological consultation of the Specialty Polyclinic of the Saturnino Lora Torres Hospital, in Santiago de Cuba. An intraoral examination was performed, along with a description of the oral lesions and their clinical diagnosis. The studied variables were: age, sex, anatomical location, oral clinical signs and symptoms of the disease.
Results: In the analyzed series, the female sex and the age group from 60 to 74 years predominated. Recurrent aphthous ulcer was the most frequent oral clinical sign related to celiac disease, followed by geographic tongue; pain, the most affected clinical symptom; and the dorsum of the tongue, the most observed location.
Conclusions: The most relevant oral clinical manifestations in geriatric patients with celiac disease were recurrent aphthous ulcer and geographic tongue.

Key words: Autoimmune diseases, celiac disease, oral manifestations, stomatitis, aphthous, glossitis, benign migratory

Aprobado: 2024-08-01 17:33:06

Correspondencia: Gladys Aída Estrada Pereira. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba gladys.estrada@sierra.scu.sld.cu

Introducción

Los adultos mayores son un grupo poblacional que sufre enfermedades sistémicas crónicas como consecuencia del proceso natural de envejecimiento, debido a una variedad de cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, los cuales provocan una disminución gradual de la capacidad de reserva del organismo e incrementan el riesgo de adquirir enfermedades y discapacidades.[1, 2, 3] La senectud a nivel mundial supera el límite cronológico de los 60 años, y su proporción crece tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.[4]

Existen múltiples enfermedades sistémicas que afectan a más de un sistema de órgano. Entre ellas aparecen los trastornos gastrointestinales con una amplia variedad de manifestaciones clínicas intestinales y extraintestinales.[5]

La enfermedad celíaca (EC), conocida también como esprue celíaco, celiaquía, esprue no tropical o enteropatía sensible al gluten,[6, 7, 8, 9] es una enfermedad multisistémica.[9] Es el trastorno inflamatorio crónico autoinmune más común, con una alta prevalencia e incidencia mundial en las últimas décadas,[7, 9] y afecta a individuos genéticamente predispuestos por una intolerancia permanente al gluten de la dieta, proteína muy difícil de digerir, y presente en la mayoría de los cereales (trigo, centeno, cebada y avena).[7, 8, 9, 10]

La prevalencia global de la EC se estima alrededor del 1 %,[6, 10, 11] e incluye a niños, adultos y ancianos. Es más usual en mujeres que en hombres, así como en caucásicos de descendencia europea y en América del norte.[11, 12, 13]

En la actualidad se establecen cuatro pilares básicos para el diagnóstico de la EC: hallazgos clínicos, pruebas serológicas positivas (presencia de anticuerpos específicos en sangre), la biopsia por endoscopía del duodeno (aparecen hallazgos histológicos como atrofia de las vellosidades, hiperplasia de las criptas y linfocitosis intraepitelial) y el estudio genético (prueba positiva a los distintos marcadores de histocompatibilidad HLA-DQ2 o HLA-DQ8).[6, 9, 11, 12]

Los pacientes celíacos presentan una variedad de síntomas clínicos, desde los clásicos, que aparecen con menor frecuencia, como son diarreas, dolor abdominal, pérdida de peso y distención abdominal, entre otros,[6, 9, 13] hasta los síntomas intestinales no clásicos (leves o inespecíficos) asociados con otras afecciones digestivas, los cuales pueden causar náuseas, dolor estomacal y flatulencia (acumulación excesiva de gases en el aparato digestivo); y los síntomas fuera del tracto gastrointestinal, relacionados con la EC, como la anemia ferropénica, el signo extraintestinal más usual en el adulto mayor.[7, 9]

La cavidad oral muestra numerosas alteraciones que se relacionan con la EC.[14, 15, 16] Aparece en los tejidos blandos la úlcera aftosa recurrente,[14, 15, 16, 18] la glositis atrófica,[14, 15, 17, 18] la lengua geográfica,[15, 16, 17, 18] el liquen plano,[13, 14] la queilitis angular,[13, 15, 16] la xerostomía y la glosodinia;[14] mientras que en los tejidos duros inciden los defectos dentarios como la hipoplasia del esmalte dental,[7] la hipomineralización y el retraso en la erupción de los dientes.[13, 14]

La población cubana eleva la cifra de adultos mayores con afecciones bucales propias de la vejez, por ello es preciso el conocimiento de estos rasgos esenciales y específicos para brindar a este grupo una atención estomatológica integral, como garantía de una mayor calidad de vida.[1] El objetivo de esta investigación es identificar las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad celíaca en pacientes geriátricos consumidores de gluten.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con un universo de 40 adultos mayores previo diagnóstico y prescripción de la enfermedad celíaca por especialistas gastroenterólogos; además fueron confirmados por los hallazgos clínicos, genéticos, serológicos e histopatológicos, y remitidos a la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres, de Santiago de Cuba, entre octubre de 2022 y octubre de 2023. Para realizar el examen clínico intrabucal se dispuso de un sillón dental, lámpara artificial y espejo bucal para identificar y describir las lesiones bucales, así como formular el diagnóstico clínico.

Se elaboró un modelo para recoger la información relacionada con las siguientes variables de interés: grupos de edades (60-74 años, 75-89 años, 90 años y más), sexo (femenino y masculino), localización anatómica de las lesiones intrabucales (encía, mucosa de

los labios, mucosa de carrillos, comisura labial, dorso y borde lateral de la lengua), manifestaciones clínicas bucales, incluyendo los signos clínicos: úlcera aftosa recurrente, glositis atrófica, queilitis angular, lengua geográfica y xerostomía; y los síntomas clínicos bucales (dolor, no dolor, ardor, dolor más ardor y resequedad bucal).

Se creó una base de datos en el programa SPSS versión 22.0 para Windows, que permitió el procesamiento y análisis de la información. Mediante métodos estadísticos descriptivos se organizaron los indicadores cuantitativos obtenidos y se usaron tablas estadísticas para mostrar los resultados, los cuales se dispusieron en frecuencias absolutas y relativas.

La investigación tuvo siempre en cuenta las consideraciones éticas sobre el principio básico del respeto al paciente, su derecho a la autodeterminación, garantizando en todo momento la seguridad y confidencialidad de los datos obtenidos, permitiéndoles decidir libremente la participación o no en el estudio una vez informados sobre los riesgos y beneficios derivados del período investigativo, y con la seguridad del derecho a retirarse cuando así lo desearan. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. El estudio recibió la aprobación por parte del Consejo Científico y Comité de Ética de la institución hospitalaria.

Resultados

En relación a la EC, la edad y el sexo, apreciamos que, de los 40 pacientes geriátricos celíacos estudiados, 60 % pertenecían al sexo femenino, y el grupo etario de 60 a 74 años resultó el más afectado, con 52,5 %. (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución de pacientes geriátricos con EC según edad y sexo.

Grupos etarios	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-74	9	22,5	12	30,0	**21**	**52,5**
75-89	5	12,5	8	20,0	**13**	**32,5**
90 y más	2	5,0	4	10,0	**6**	**15,0**
Total	**16**	**40,0**	**24**	**60,0**	**40**	**100,0**

Porcentajes calculados en base al total de la población (40 pacientes).

En cuanto a las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad celíaca (EC) en relación con el sexo, se obtuvo que la úlcera aftosa recurrente fue el signo clínico más habitual en mujeres (70,6 %), seguida por la lengua geográfica (60 %); mientras el dolor (70,6 %) resultó el síntoma clínico predominante en dicho género. (Tabla 2).

Tabla 2- Distribución de pacientes según manifestaciones clínicas bucales de la EC en relación con el sexo.

Manifestaciones clínicas bucales		Casos	Sexo			
			Masculino		Femenino	
			No.	%*	No.	%*
Signos clínicos	Ulcera aftosa recurrente	17	5	29,4	12	70,6
	Lengua geográfica	10	4	40,0	6	60,0
	Glositis atrófica	5	3	60,0	2	40,0
	Queilitis angular	4	2	50,0	2	50,0
	Xerostomía	4	2	50,0	2	50,0
Síntomas clínicos	No dolor	12	5	41,7	7	58,3
	Dolor	17	5	29,4	12	70,6
	Ardor	4	2	50,0	2	50,0
	Dolor + ardor	3	2	66,7	1	33,3
	Resequedad bucal	4	2	50,0	2	50,0

*Por cientos calculados en base al total de casos por filas según signos y síntomas clínicos bucales.

Con respecto a las manifestaciones clínicas bucales de la EC y la edad, se evidenció que el signo clínico de mayor frecuencia fue la úlcera aftosa recurrente en el grupo etario de 60 a 74 años, con 58,9 %, seguido por la lengua geográfica (50 %). El dolor resultó el síntoma clínico de mayor predilección (70,6 %) en dicho grupo. (Tabla 3).

Tabla 3- Distribución de pacientes según manifestaciones clínicas bucales de la EC en relación con la edad.

Manifestaciones clínicas bucales de la EC		Casos	Grupos etarios					
			60-74		75-89		90 y más	
			No.	%*	No.	%*	No.	%*
Signos clínicos	Ulcera aftosa recurrente	17	10	58,9	5	29,4	2	11,7
	Lengua geográfica	10	5	50,0	3	30,0	2	20,0
	Glositis atrófica	5	2	40,0	2	40,0	1	20,0
	Queilitis angular	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0
	Xerostomía	4	3	75,0	1	25,0	0	0
Síntomas clínicos	No dolor	12	6	50,0	4	33,3	2	16,7
	Dolor	17	12	70,6	3	17,7	2	11,7
	Ardor	4	1	25,0	2	50,0	1	25,0
	Dolor + ardor	3	1	33,3	1	33,3	1	33,3
	Resequedad bucal	4	2	50,0	2	50,0	0	0

Por cientos calculados en base al total de casos por fila según signos y síntomas clínicos bucales.

Al relacionar la localización anatómica de las lesiones bucales de la EC con el sexo, se comprobó que el dorso de la lengua resultó el sitio anatómico de mayor localización de lesiones bucales (15 casos, y el sexo femenino fue el más comprometido, con 66,7 %), seguido por la mucosa de carrillos, con 8 pacientes celíacos, de los cuales 5 eran mujeres. (Tabla 4).

Tabla 4- Distribución de pacientes según localización anatómica de las lesiones bucales de la EC con el sexo.

Localización	Casos	Sexo			
		Masculino		Femenino	
		No.	%*	No.	%*
Encías	4	2	50,0	2	50,0
Mucosa de carrillos	8	3	37,5	5	62,5
Mucosa de los labios	5	2	40,0	3	60,0
Dorso de la lengua	15	5	33,3	10	66,7
Borde lateral de la lengua	3	2	66,7	1	33,3
Comisura labial	5	2	40,0	3	60,0

*Por cientos calculados en base al total de casos por filas según localización anatómica

Al evaluar la localización anatómica de las lesiones bucales de la EC y la edad, el 73,3 % de los pacientes pertenecientes al grupo etario de 60 a 74 años mostró lesiones en el dorso de la lengua; asimismo, las lesiones en la mucosa de carrillos se presentaron en 8 pacientes (50 %) del mismo grupo de edades. (Tabla 5).

Tabla 5- Distribución de pacientes según localización anatómica de las lesiones bucales de la EC en relación con la edad.

Localización anatómica	Casos	Grupos etarios					
		60-74		75-89		90 y más	
		No.	%	No.	%	No.	%
Encías	4	1	25,0	2	50,0	1	25,0
Mucosa de carrillos	8	4	50,0	3	37,5	1	12,5
Mucosa de los labios	5	2	40,0	2	40,0	1	20,0
Dorso de la lengua	15	11	73,3	2	13,3	2	13,3
Borde lateral de la lengua	3	1	33,3	2	66,7	0	0
Comisura labial	5	2	40,0	2	40,0	1	20,0

*Por cientos calculados en base al total de casos por filas según localización anatómica.

Discusión

Esta investigación identificó una elevada incidencia de la EC en el sexo femenino, así como una supremacía del grupo etario de 60 a 74 años. Estos hallazgos se acercan a los de varios autores de estudios similares.[1, 2, 3, 4] Este grupo poblacional es más susceptible de presentar condiciones sistémicas asociadas con afecciones clínicas bucales, riesgo que crece a medida que avanza la edad, de manera que el odontólogo debe conocer todos los cambios probables en las estructuras anatómicas, así como la presencia de manifestaciones clínicas bucales, las cuales pueden generarse a partir de la reducción de los mecanismos de adaptación y regeneración hística de la mucosa, esencialmente en los procesos biológicos orales. Las alteraciones morfológicas y funcionales que sufre el macizo cráneo-facial, acompañadas de la edad, son una consecuencia del envejecimiento general del organismo, lo que, de hecho, se muestra en un elevado número de ancianos con enfermedades en el aparato estomatognático y en los tejidos de sostén.

Estudiosos del tema[6, 9, 11] afirman que la ocurrencia de la EC es mayor en las mujeres que en los hombres, con una proporción mujer/hombre de 2:1. Del mismo modo, Barbarulo[8] señala que existe un patrón bimodal

al momento del diagnóstico: un pico inicial en la cuarta década de la vida (en su mayoría mujeres) y un pico más tardío en la sexta y la séptima década de la vida (en su mayoría hombres), que muestra un retraso en el diagnóstico clínico de los ancianos por la aparición de manifestaciones atípicas.

Este estudio reveló al examen clínico intrabucal una alta prevalencia de lesiones ulcerosas recurrentes con pérdida de la continuidad del epitelio. Se observaron una o varias úlceras dolorosas, pequeñas, redondeadas u ovaladas, con un diámetro de 1 a 3 milímetros, con bordes bien delimitados y rodeadas por un círculo rojizo y fondo revestido por una pseudomembrana blanquecina en la mucosa de labios, carrillos, encías, mucosa dorsal y bordes laterales de la lengua, que desaparecen entre los diez y doce días sin dejar huellas de cicatrices. Esto concuerda con observaciones de otros investigadores,[5, 14, 15] quienes obtuvieron datos similares en cuanto a que la estomatitis aftosa recurrente es la patología inflamatoria crónica más común en pacientes celíacos, con períodos de remisión o exacerbación, de origen desconocido y multifactorial, en cuyo desarrollo los factores genéticos, inmunológicos y bacterianos pueden jugar un rol importante. Se localizan por lo general en la mucosa oral no queratinizada, siendo muy dolorosas y persistentes a lo largo de toda la vida, se presentan de forma abrupta en el epitelio mucoso oral con episodios repetidos de pequeñas úlceras superficiales y planas (menos de diez milímetros de diámetro), redondas u ovoides, con límites circundados y rodeados por un eritema en suelo de boca, encías, surcos vestibulares, paladar blando, mucosa bucal y labial. Esta afección puede ser la primera manifestación extraintestinal que cursa entre una a dos semanas, y cicatriza sin dejar secuelas.

Por otra parte, se reveló la presencia de lesiones rojas y lisas, seguidas de áreas depapiladas por atrofia de las papilas gustativas en el dorso y partes laterales de la lengua, con bordes bien definidos y ligeras elevaciones, de color blanquecino o amarillento, que por su posición, tamaño y forma irregular se igualan a la de un mapa. Estos hallazgos también encuentran similitud con otros precedentes,[16, 17] quienes anunciaron que la lengua geográfica, conocida igualmente como glositis migratoria benigna, es una patología inflamatoria crónica y eritematosa, que se acompaña de una atrofia de las papilas filiformes, limitadas por áreas blanquecinas bien definidas y mayormente localizadas en la cara dorsal y lateral de la lengua, lo que muestra una imagen que simula un mapa geográfico. Estas lesiones varían en tamaño y forma durante su evolución y cursan por períodos de remisión y exacerbación; aparecen con mayor regularidad en mujeres que en hombres, con una relación de 1,5/1. La causa específica de esta afección se desconoce, aunque puede estar relacionado con la deficiencia de vitamina B (vitamina B_{12} o ácido fólico).

Del mismo modo, Chiquilinga y colaboradores,[17] enfatizaron en que las afecciones bucales, dado su carácter multifactorial, se asocian con enfermedades de algunos órganos del tracto gastrointestinal por la gran afinidad anatómica y funcional que existe entre ellos, lo cual es indicativo de desórdenes gastrointestinales crónicos, y de la presencia de una lesión inflamatoria intestinal por una disminución de la absorción de nutrientes en celíacos con edad avanzada. Asimismo, las manifestaciones clínicas orales pueden desempeñar un papel revelador en la patogénesis de la celiaquía.

Otros estudiosos del tema[15, 16] notifican acerca del mayor riesgo de aparición de signos bucales en la EC por la ingestión de gluten en la dieta, pudiendo ser el primer signo clínico de la enfermedad aun cuando no son evidentes los primeros síntomas intestinales, por lo cual es beneficioso disponer de un equipo multidisciplinario de especialistas odontólogos y gastroenterólogos, con vistas a un diagnóstico lo más temprano posible.

Este trabajo confirmó que el conocimiento y detección temprana de los síntomas clínicos de la EC en el adulto mayor es primordial para prescribir un tratamiento apropiado que permita mantener los períodos asintomáticos de las afecciones bucales durante el mayor tiempo posible. Varios autores[6, 8, 15] mencionan que la enfermedad digestiva puede aparecer en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, principalmente en el epitelio oral, originando cambios clínicos en las estructuras anatómicas involucradas que se acompañan de síntomas clínicos como la ardentía y las sensaciones dolorosas urentes muy sensibles, persistentes e incapacitantes, que incluso dificultan el habla, la masticación y/o la deglución de los alimentos, e impide una adecuada función e higiene oral, en tanto originan complicaciones psicológicas como la ansiedad y el estrés emocional. Estas sensaciones desagradables pueden durar meses,

y hasta años, antes de que aparezcan los signos clínicos intestinales.

En cuanto a la localización anatómica de las lesiones bucales, la cara dorsal de la lengua resultó el sitio de mayor asiento de la celiaquía. Estos criterios se igualan a estudios previos,[15,16,17,18] según los cuales las manifestaciones en la lengua pueden ser el resultado de un proceso inflamatorio crónico de la EC por una malabsorción intestinal asociada a un déficit nutricional (disminución de la producción de hierro, riboflavina, niacina, ácido fólico, zinc y/o vitamina B12), lo que deriva en estados anémicos) en los ancianos celíacos. Estos cambios que ocurren en el intestino delgado pueden producir variaciones significativas en la estructura, función y/o aspecto de la lengua, seguidas en ocasiones de úlceras planas e irregulares, que originan un aumento de la sensibilidad y dolor lingual por la pérdida parcial o total de las papilas gustativas.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, es válido señalar que todos los geriátricos celíacos presentaron manifestaciones clínicas bucales con una elevada morbilidad en el sexo femenino y el grupo etario de 60 a 74 años; que la úlcera aftosa recurrente fue el hallazgo clínico predominante, además de ser el indicador principal para el diagnóstico de la celiaquía, seguido por la lengua geográfica, y ambas lesiones resultaron así la primera manifestación extraintestinal. Por otra parte, el dolor fue el primer síntoma que apareció de forma abrupta y persistente en la superficie dorsal de la lengua.

Conflicto de intereses:

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Conceptualización: Gladys Aída Estrada Pereira

Curación de datos: Gladys Aída Estrada Pereira, Jesús Díaz Fondín, Alina Márquez Chacón

Análisis formal: Gladys Aída Estrada Pereira, Jesús Díaz Fondín, Alina Márquez Chacón

Investigación: Gladys Aída Estrada Pereira, Jesús Díaz Fondín, Alina Márquez Chacón

Metodología: Gladys Aída Estrada Pereira

Visualización: Gladys Aída Estrada Pereira

Redacción – borrador original: Gladys Aída Estrada Pereira

Redacción – revisión y edición: Gladys Aída Estrada Pereira, Jesús Díaz Fondín, Alina Márquez Chacón

Financiación:

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz D, Palacios AJ, Perdomo AD, González DC, Arencibia E. Factores causales en la aparición de lesiones bucales en adultos mayores. Univ Med Pinareña [Internet]. 2020 [cited 20 Ene 2024] ; 16 (2): [aprox. 16p]. Available from: https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/download/422/pdf.

2. Torrecilla, Castro I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. Rev 16 de Abril [Internet]. 2020 [cited 20 Ene 2024] ; 59 (278): [aprox. 12p]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20278s.pdf.

3. Rodríguez MM, Hernández L, Garay MI, Castillo L. Cambios morfológicos en el sistema estomatognático del adulto mayor, aspecto de interés para Atención Estomatológica Integral. Anatomía Digital [Internet]. 2021 [cited 20 Ene 2024] ; 4 (1): [aprox. 6p]. Available from: https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/1477.

4. Esmeraldas EI, Falcones MR, Vásquez MG, Solórzano JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Recimundo [Internet]. 2019 [cited 20 Ene 2024] ; 3 (1): [aprox. 30p]. Available from: http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357/pdf.

5. Sbeit W, Kadah A, Mahmud M, Hala H, Mari A, Tali T, et al. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: the forgotten piece of the puzzle. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2020 ; 32 (11): 1422-31.

6. Brizuela O, Villadoniga C, Santisteban HN, Soler JA. Enfermedad Celíaca en el adulto. Un reto en el nuevo milenio. Multimed [Internet]. 2020 [cited 20 Ene 2024] ; 24 (4): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000400949&lng=es.

7. Sierra M, Hernanz N, Gala I, Alonso L. Enfermedad celíaca. Medicine [Internet]. 2020 [cited 20 Ene 2024] ; 13 (1): [aprox. 7p]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541220300020.

8. Barbarulo P. Enfermedad celíaca del adulto mayor. Geriat Clin [Internet]. 2022 [cited 20 Ene 2024] ; 16 (1): [aprox. 24p]. Available from: http://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulos/29800230037_2272/pdf/29800230037.pdf.

9. Miró M, Alonso M, Lozano M, Manyes L. Estudios clínicos sobre la enfermedad celíaca (2014-2019): revisión sistemática de la prevalencia de la presentación clínica y enfermedades asociadas por edades. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2020 [cited 20 Ene 2024] ; 24 (3): [aprox. 14p]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452020000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

10. Suárez J, López JC, Mejía AF, Paredes AJ. Enfermedad celíaca: un reto diagnóstico en Colombia. Rev Repert Med Cir [Internet]. 2022 [cited 20 Ene 2024] ; 31 (2): [aprox. 9p]. Available from: https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1159/2114.

11. Elli L, Ferretti F, Orlando S, Vecchi M, Monguzzi E, Roncoroni L, et al. Management of celiac disease in daily clinical practice. Eur J Int Med. 2019 ; 61: 15-24.

12. Correa L, Villa MP, Forero S. Dermatitis herpetiforme: manifestación de la enfermedad celíaca. Rev CES Med [Internet]. 2022 [cited 20 Ene 2024] ; 35 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052021000300272.

13. Villemur L, Dicky O, Mas E, Noirrit E, Marty M, Vaysse F, Olives JP. Oral manifestations of celiac disease in French children. Arch Pediatr. 2021 ; 28 (2): 105-10.

14. Sánchez J, Conejero C, Conejero R. Recurrent Aphthous Stomatitis. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2020 ; 111 (6): 471-80.

15. Macho V, Manso MC, Silva D, Casimiro DJ. Does the introduction of gluten-free diet influence the prevalence of oral soft tissue lesions in celiac disease?. J Int Oral Health. 2019 ; 11 (6): 347-52.

16. Ogueta CI, Ramírez PM, Jiménez OC, Cifuentes MM. Geographic Tongue: What a Dermatologist Should Know. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 ; 110 (5): 341-6.

17. Chiliquinga ER, Naula CR. Most common lingual alterations in older adults. Review of literature. Res Soc & Develop. 2023 ; 12 (7): e9212741291.

18. Raman P. Tongue Lesions as an Oral Diagnostic Challenge for a Primary Care Physician. A Clinical Case series. J Family Med Prim Care. 2022 ; 11 (4): 1573-79.