

MANIFESTACIONES ORALES DE LAS DIFERENCIAS NUTRICIONALES

por el

DR. LESTER BURKET, D. D. S., M. D., Sc. D.

Los tejidos blandos de la cavidad oral, a causa de su alta actividad metabólica y singular disposición patológica, son, frecuentemente, los primeros tejidos del organismo en manifestar evidencias clínicas de deficiencias nutricionales, que pueden con comodidad ser examinadas y servir para hacer un diagnóstico específico.

Una amplia variedad de deficiencias nutricionales pueden estar asociadas con lesiones en los dientes, sus estructuras de soporte o con los tejidos blandos de la cavidad oral.

VITAMINAS A Y D

Las vitaminas liposolubles A y D son indispensables, junto con la vitamina C, para la buena formación de huesos y dientes. Su deficiencia durante la odontogénesis da como resultado la formación imperfecta o hipoplasia del esmalte y dentina. Sólo aquellas porciones del diente que se hallan en formación durante el período en que se presenta la deficiencia nutricional son afectadas. Ya que la deficiencia de vitamina D, como sucede en el raquitismo, llega a ser clínicamente evidente sólo después del nacimiento, únicamente los dientes formados después de este período pueden ser comprometidos. La hipoplasia dental asociada con la deficiencia de vitamina D no afecta los dientes deciduos, pero envuelve característicamente la corona en desarrollo de los incisivos central y lateral, la parte oclusal del primer molar permanente y el extremo de la cúspide del canino. Estas estructuras están en proceso de formación, después del nacimiento, alrededor del tercero y del sexto mes de vida.

Si la deficiencia nutricional es de un grado leve, solamente el esmalte del diente es atacado pero en deficiencias más graves, especialmente agudas de larga duración (raramente vistas ahora debido al mayor uso de la leche irradiada) también puede extenderse la hipoplasia

a la dentina. Pero a pesar de sus imperfecciones, los dientes hipoplásicos no son más susceptibles a la caries dental.

La hipoplasia del primer molar permanente resultante de la deficiencia de vitamina D debe ser diferenciada de las hipoplasias de la sífilis prenatal. Ya que las áreas hipoplásicas no pueden ser observadas sino algunos años después de producirse el defecto, cuando el diente hace erupción, el reconocimiento clínico se hace principalmente con respecto a los antecedentes de la historia clínica.

Existen evidencias clínicas de que el aumento de la ingestión de vitamina D puede ejercer algún efecto protector sobre las caries durante la infancia, aunque otros factores tales como el aumento de carbohidratos fermentables en la dieta son también extremadamente importantes. La mayoría de los estudios indican que los dientes erupcionados son relativamente poco afectados por las alteraciones calcio, fósforo, vitamina D.

Existe evidencia de que la terapia con vitaminas A y C (50.000 UI, de vitamina A y 150 mg. de vitaminas C, B y D) tiene un efecto benéfico sobre la leucoplasia de las membranas mucosas, incluyendo los tejidos orales.

Estudios experimentales sugieren que las deficiencias de vitaminas A y D pueden estar asociadas con otros cambios en las estructuras orales. Una deficiencia experimental de vitamina A produce hiperplasia de la encía, gingivitis y enfermedad periodontal. Una deficiencia leve de vitamina A por largo período de tiempo en ratas da como resultado el desarrollo de masas como tumores que tienen alguna similitud histológica con los ameloblastomas en el hombre.

COMPLEJO VITAMÍNICO B Y VITAMINA C

Las deficiencias nutricionales de las vitaminas hidrosolubles, complejo B y vitamina C, producen cambios en los tejidos orales blandos, de interés en el diagnóstico.

Aunque las deficiencias del complejo vitamínico B son siempre múltiples, los cambios orales del complejo o con la vitamina C serán descritos separadamente.

Tiamina.—Las manifestaciones orales asociadas con una deficiencia en tiamina son de un grado leve y a veces indefinidas. La encía puede perder su apariencia y tener un color rosa-viejo.

La lengua puede tener un color similar, y revelar ligera atrofia de las papilas filiformes y una mayor prominencia de las papilas fungiformes. Algunas autoridades declaran que la hipersensibilidad de la mucosa oral es una manifestación clínica de la deficiencia de tiamina. Las deficiencias del complejo vitamínico B, particularmente de tiamina, pueden predisponer al desarrollo de lesiones herpéticas, y esta vitamina, con otros miembros del complejo B, es usada en el tratamiento de las erupciones del herpes Zoster.

Riboflavina.—Los cambios orales asociados con deficiencia de riboflavina son de considerable significado diagnóstico. En la deficiencia típica de riboflavina, la lengua, mucosa de la mejilla y encía, tienen un color rojo azulado, a menudo aparecen ligeramente cianóticas. La mucosa de la mejilla puede presentar un lustre o cubierta opalescente. Una periodontitis marginal también puede presentarse. Las lesiones de la lengua son casi siempre observadas en las deficiencias de riboflavina; hay atrofia de las papilas filiformes y un crecimiento prominente de las papilas fungiformes, dando una apariencia granular al dorso de la lengua. Cuando los bordes laterales de la lengua descansan contra los dientes, las marcas de éstos o el “festoneado” se observan frecuentemente.

Una queilosis angular verdadera, o perleche, es un hallazgo clínico frecuente en la arriboflavinosis y deficiencias del complejo B en general. La flora bacteriana en esas lesiones es considerada de una importancia secundaria, en su etiología; las lesiones de queilosis angular se relacionan también con las deficiencias de ácido pantoténico y piridoxina. Los labios tienen una apariencia seca agrietada, y frecuentemente se observan numerosas vesículas pequeñas en la unión mucocutánea.

La queilosis angular, asociada con deficiencias del complejo B o arriboflavinosis, debe ser diferenciada de la lesión de queilosis pseudoangular, del herpes simple y de las pápulas sifilíticas agrietadas, todas las cuales pueden encontrarse en la misma área. La lesión herpética ordinariamente puede ser fácilmente diagnosticada a causa del dolor. Las pápulas sifilíticas agrietadas están generalmente asociadas con otras lesiones dérmicas u orales características, también como con una reacción serológica positiva.

La lesión de queilosis pseudoangular es comúnmente observada en los pacientes edentados o con dentaduras artificiales con un espa-

cio intermaxilar inadecuado. Las lesiones pseudoqueilósicas sanan después de la preparación de dentaduras con correcta altura intermaxilar.

Acido nicotínico.—Los cambios orales en la deficiencia de ácido nicotínico presentan las manifestaciones clínicas más notables y los síntomas más dolorosos. La encía, mejillas, labios y lengua están de un color rojo encendido o rojo vivo, asociado comúnmente con dolor agudo. En deficiencias de un grado leve, el dorso de la lengua puede ser rojo brillante y tener apariencia granular; o bien, como en las formas más severas de pelagra, pueden estar completamente atrofiadas las papilas que la cubren. Son comunes las ulceraciones superficiales dolorosas de este órgano, especialmente a lo largo de los bordes laterales, en los puntos donde éstos llegan a estar en contacto con los dientes. La gingivoestomatitis ulceronecrótica o enfermedad de Vincent puede presentarse secundariamente a una deficiencia de ácido nicotínico. Esta afección no responderá satisfactoriamente a las medidas terapéuticas de uso local hasta que la deficiencia nutricional sea corregida.

Otras vitaminas del complejo B.—Las manifestaciones orales de deficiencias de otros miembros del complejo B no son de un diagnóstico tan específico como las descritas anteriormente. La deficiencia de ácido pantoténico y quizás las de piridoxina pueden estar asociadas con lesiones de queilosis angular. Una deficiencia, producida experimentalmente, de ácido pantoténico, ha dado como resultado una reabsorción del hueso alveolar y cambios proliferativos en el epitelio oral.

Además de la lesión específica, la cual está estrechamente relacionada con la deficiencia del complejo B, deficiencias crónicas de estas vitaminas pueden predisponer al desarrollo de otras condiciones patológicas en los tejidos orales. La irritación crónica de la mucosa oral, asociada con deficiencias de riboflavina y ácido nicotínico, es considerada, por algunos clínicos, como una causa importante que, potencialmente, predispone a la leucoplasia oral. En pacientes con deficiencias de complejo B, sin tratamiento, o con tratamiento inadecuado, por largo período de tiempo, ha sido observado el desarrollo de liquen plano, extensivo, de la mucosa oral, frecuentemente de tipo erosivo. Parece poco probable que la relación entre la deficiencia

crónica de complejo B y el liquen plano oral grave sea pura coincidencia.

Ácido ascórbico.—La vitamina C es importante para la salud e integridad de los tejidos dentales duros, las fibras que unen el diente a los maxilares y los tejidos gingivales. Los cambios orales en el escorbuto son notables. Los tejidos gingivales están marcadamente hipertrofiados, extendiéndose a menudo hasta la superficie oclusal del diente. Tiene un color rojo púrpura y sangra fácilmente cuando se traumatiza; además puede haber hemorragias submucosas extensivas en toda la boca. Las hemorragias gingivales espontáneas son comunes. El aflojamiento de los dientes es también característico en el escorbuto agudo.

Estas manifestaciones orales de escorbuto deben ser diferenciadas de las que ocurren en la leucemia monocítica aguda o en la diabetes incontrolada. El escorbuto clínico es raro hoy día. Estados deficientes de vitamina C en el hombre, producidos experimentalmente, han demostrado que los cambios gingivales representan una manifestación tardía más que una manifestación temprana del escorbuto.

La importancia de las deficiencias crónicas de vitamina C, como un factor etiológico en gingivitis y periodontitis simples, ha sido probablemente demasiado subrayada. Aunque lesiones que tienen las características clínicas e histopatológicas de periodontitis simple, han sido producidas, experimentalmente, en animales alimentados con una dieta crónica deficiente en vitamina C, ésta no es una conclusión evidente de que el ácido ascórbico, en cantidades mayores que las requeridas para una buena nutrición general, tenga un efecto terapéutico en pacientes con encías sangrantes (gingivitis) o simple enfermedad periodontal.

Por otra parte, los estudios clínicos han demostrado que cantidades suplementarias de vitamina C y complejo B por encima de los requeridos para una adecuada nutrición general, prolongan el intervalo de tiempo que puede mediar entre la aparición de los síntomas y la necesidad de establecer un tratamiento dental profiláctico para prevenir la gingivitis y las encías sangrantes.

La importancia de la vitamina C, como una ayuda en la cicatrización de las heridas siguientes a la extracción dental, cirugía oral, o enfermedades caracterizadas por lesiones ulcerativas de la mucosa, merece tenerse en cuenta.

Vitamina B₁₂.—Las manifestaciones orales de la anemia perniciosa, asociada con la deficiencia de la vitamina B₁₂, son, clínicamente, importantes. Un dolor quemante de la lengua es el síntoma oral inicial más frecuente de esta enfermedad.

En los casos leves que comprometen la lengua, el color rojo vivo y la atrofia de las papilas están limitadas a la punta y márgenes. Las causas locales de irritación deben ser eliminadas. Con la terapia adecuada de vitamina B₁₂, las lesiones linguales usualmente desaparecen, y la cubierta papilar del dorso de la lengua vuelve a aparecer.

TERAPIA VITAMÍNICA

La administración oral de dosis inadecuadas de vitamina por tiempo insuficiente, menosprecia la importancia de la terapia nutricional, tanto por el paciente como por el profesional. Si hay adecuada absorción, y la deficiencia nutricional ha resultado del inadecuado suministro dietético, la vitaminoterapia oral dará buenos resultados. Si la deficiencia nutricional es secundaria a un problema médico, la vitaminoterapia oral será menos efectiva que la parenteral. Todos los factores del complejo B, preferiblemente suplementado con extracto de hígado o levadura y vitamina C, deben ser empleados en el adulto. La terapia oral debería continuarse por un mínimo de cuatro a seis semanas. El fracaso en obtener la respuesta terapéutica deseada, no niega las bases nutricionales de la lesión.

(Entscdo. de "T. Odnt. Medllín.", 440, Trad. C. C. R.)

PLAZAS DE ESPECIALISTAS EN EL SEGURO

Se convoca concurso para el nombramiento definitivo de las siguientes vacantes de especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad de las provincias de: **Alava**, una vacante para el subsector de La Guardia. **Albacete**, subsector de Almansa. **Alicante**, subsector de Elche. **Avila**, subsectores de Arenas de San Pedro y Piedrahita. **Salamanca**, subsectores de Peñaranda de Bracamonte y Vitigudino. **Burgos**, subsectores de Medina de Pomar y Pampliega.