



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“Hallazgos clínicos orales en pacientes diagnosticados con Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Departamento de Gastroenterología, SOLCA 2017”.

AUTOR:

Torres Sosa, Alejandra Carolina

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Odontóloga**

TUTOR:

Gómez Cano, Leonor Guadalupe

Guayaquil, Ecuador

15 de Septiembre del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Torres Sosa, Alejandra Carolina**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

TUTORA

f. _____
Gómez Cano, Leonor Guadalupe

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, a los 15 días del mes de Septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Torres Sosa, Alejandra Carolina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Hallazgos clínicos orales en pacientes diagnosticados con Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Departamento de Gastroenterología, SOLCA 2017** previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 días del mes de Septiembre del año 2017

EL AUTOR (A):

f. _____
Torres Sosa, Alejandra Carolina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Torres Sosa, Alejandra Carolina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Hallazgos clínicos orales en pacientes diagnosticados con Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Departamento de Gastroenterología, SOLCA 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de Septiembre del año 2017

EL AUTOR (A):

f. _____
Torres Sosa, Alejandra Carolina

AGRADECIMIENTO

“Lo único imposible es aquello que no se intenta”

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la vida y la oportunidad de hoy poder culminar con esta etapa de mi vida. A mis padres Marcelo y Martha por su amor, apoyo INCONDICIONAL y paciencia. A mis hermanos Gabriela y Sebastián a quienes amo y respeto. A mi abuelita “Jeka” quien representa a mis abuelos que hoy no están a mi lado, pero siempre en mi corazón. A todos mis tíos especialmente a mi amada tía Sorayita quien por siempre me dio su fuerza y aliento para el desarrollo de mi trabajo de titulación.

Un especial agradecimiento a mí novio David quien se ha convertido en un pilar fundamental de mi vida. A mis amigos de la carrera porque juntos Ale, Cris, Miche, Teti, Mafer, Anggy ,Andy, Dani, Jorgito, Su, porque juntos hemos logrado lo que parecía imposible. A mis queridos docentes quienes nunca se negaron a compartir sus conocimientos, habilidades y sobre todo su amistad, Dra. Leonor Gómez, Dr. José Fernando Pino, Dr. Santiago López, Dr. Jorge Barona, Dra. Paola Palomeque, Dr. Carlos Bermeo, Dr. Iván Nieto, siempre los tendré presentes.

Gracias a todos, porque me ayudaron a llegar lejos

Alejandra Torres Sosa.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico sin duda alguna a Dios, mi familia, mi novio, amigos y docentes. Sin su ayuda, esfuerzo y apoyo no hubiera logrado convertir en realidad lo que empezó como un simple sueño.

Alejandra Torres Sosa.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

GEOCONDA MARÍA LUZARDO JURADO
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

JOSÉ FERNANDO PINO LARREA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

MARÍA JOSÉ VALDIVIEZO GILCES
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

HÉCTOR ALFREDO LEMA GUTIÉRREZ
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

DRA. LEONOR GUADALUPE GÓMEZ CANO

TUTORA

VIII

HALLAZGOS CLÍNICOS ORALES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO. DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA, SOLCA 2017.

ORAL CLINICAL FINDINGS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE. DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, SOLCA 2017.

ALEJANDRA CAROLINA TORRES SOSA ¹, LEONOR GUADALUPE GÓMEZ CANO ²

¹Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil- Ecuador

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de reflujo gastroesofágico, es el desorden clínico ocasionado por la alteración de los mecanismos y barreras anatómicas antirreflujo durante el proceso de la digestión. Esta patología puede provocar complicaciones a nivel esofágico y extraesofágico como en cavidad oral y las principales son: erosión dental, xerostomía, sensibilidad dental, recesión gingival, halitosis, estomatodinia, alteración lingual y candidiasis. **Objetivo:** Determinar cuáles son los hallazgos clínicos orales presentes en pacientes diagnosticados con ERGE e indicar la necesidad que tienen los odontólogos de adquirir mayor conocimiento sobre estas manifestaciones en cavidad oral para tratarlas oportuna y correctamente, haciendo interconsulta médica especialista. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, comparativo y analítico en el que se revisaron 90 historias clínicas de pacientes atendidos en el Departamento de Gastroenterología del hospital SOLCA, durante el periodo de mayo-agosto del 2017. 37 de 90 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** De los 37 pacientes del estudio, el 65% fueron mujeres y el 35% hombres. Los principales hallazgos clínicos orales fueron recesión gingival y sensibilidad dental con 95%, erosión dental correspondió al 92%, xerostomía al 95%, halitosis 89%, estomatodinia y alteración lingual con 49%. Por último, candidiasis en menor frecuencia con el 0,37%. **Conclusión:** ERGE es una condición digestiva potencialmente grave que los odontólogos deben tener en cuenta, saber los factores de riesgo asociados, sus signos y síntomas. La interconsulta entre el médico y odontólogo, más la colaboración del paciente para el tratamiento definitivo de ERGE es fuertemente recomendado.

Palabras Claves: ERGE, erosión dental, recesión gingival, sensibilidad dental, halitosis, candidiasis, xerostomía, estomatodinia, alteración lingual.

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux disease is the clinical disorder caused by the alteration of mechanisms and anti-reflux anatomical barriers during the digestion process. This pathology can cause complications at the esophageal and extraesophageal level as in oral cavity and the main ones are: dental erosion, xerostomia, dental sensitivity, gingival recession, halitosis, stomatodynia, lingual alteration and candidiasis. **Objective:** To determine the oral clinical findings present in patients diagnosed with GERD and to indicate the need for dental practitioners to acquire greater knowledge about these manifestations in the oral cavity, in order to treat them properly and in a timely manner, by means of specialist medical consultation. **Materials and methods:** A descriptive, observational, cross-sectional, comparative and analytical study was carried out in which 90 clinical records of patients treated at the Department of Gastroenterology of the SOLCA hospital were reviewed during the period of May-August 2017. 37 of 90 patients met the inclusion criteria. **Results:** Of the 37 patients in the study, 65% were women and 35% were men. The main oral clinical findings were gingival recession and dental sensitivity with 95%, dental erosion corresponding to 92%, xerostomia to 95%, halitosis 89%, stomatodynia and lingual alteration with 49%. Finally, lower frequency candidiasis with 0.37%. **Conclusion:** GERD is a potentially serious digestive condition that dentists must take into account, know the associated risk factors, their signs and symptoms. Interconsultation between the doctor and dentist, plus the collaboration of the patient for the definitive treatment of GERD is strongly recommended.

Key words: GERD, dental erosion, gingival recession, dental sensitivity, halitosis, candidiasis, xerostomia, stomatodynia, lingual alteration.

INTRODUCCIÓN

El proceso digestivo es el encargado de proporcionar al organismo electrolitos, agua y sustancias nutritivas para mantener un equilibrio saludable. Inicia con la masticación y amasamiento de los alimentos en boca que es la puerta de entrada al tracto gastrointestinal, continúa con la deglución de estos a lo largo la faringe y esófago donde los movimientos peristálticos de este permiten al bolo alimenticio llegar al estómago. En un individuo sano, durante este procedimiento se puede manifestar diariamente, después de comer y de forma asintomática un episodio de reflujo gastroesofágico, donde ocurre el retorno

del contenido gástrico hacia el esófago durante una hora. Sin embargo, el cuerpo humano cuenta con un conjunto de barreras anatómicas y mecanismos de protección como el peristaltismo esofágico, la saliva, el esfínter gastroesfágico, su contracción y la curvatura del diafragma, encargados de eliminar y neutralizar el ácido acumulado en la mucosa esofágica para evitar lesiones y sintomatología. 1, 2, 3, 4, 5

La alteración de estos mecanismos y barreras de protección anti reflujo, modifican el considerado proceso fisiológico, transformándolo en un desorden clínico llamado enfermedad de

reflujo gastroesofágico (ERGE), donde el paso del contenido estomacal hacia el esófago será causa de complicaciones tanto esofágicas como extraesofágicas. ^{1, 3,6}

La epidemiología indica que la enfermedad de reflujo gastroesofágico afecta entre el 20 al 50% de la población general. Por otro lado en países occidentales la población se ve afectada del 35 al 40% y más del 40% de norteamericanos adultos tienen síntomas de reflujo. En Ecuador no existen estudios de la población general afectada por ERGE. ^{10,11,12, 17}

La relajación incorrecta e incompetencia del esfínter gastroesofágico inferior, la actividad peristáltica reducida del esófago, el aumento transitorio en la presión intraabdominal son las causas más frecuentes. La enfermedad de reflujo gastroesofágico a veces surge de forma idiopática o desconocida. Sin embargo, se la atribuye a factores de riesgo asociados a estilos de vida como el consumo de alcohol, nicotina, el consumo de muchos medicamentos, hernia de hiato, embarazo, esclerodermia, obesidad, la ingesta de alimentos ricos en grasas, salados, picantes, carbohidratos, cítricos, entre otros también han sido relacionados con

ERGE porque provocan la disminución del tono del esfínter esofágico inferior y el retraso del vaciamiento gástrico. ^{1,3,5,12,16}

Los síntomas esofágicos que pueden manifestar los pacientes son pirosis, regurgitación ácida, disfagia, laringitis, tos crónica y dentro de los extraesofágicos encontrados en la cavidad bucal, tenemos a la erosión dental (ED) que es la disminución de los tejidos mineralizados del diente, donde no intervienen procesos bacterianos, es producida por diferentes factores etiológicos tanto extrínsecos (frecuente consumo de alimentos/bebidas ácidas, cítricas, medicamentos como vitamina c, broncodilatadores, hierro, drogas, tranquilizantes, antihistamínicos, medicamentos para el parkinson) como intrínsecos entre ellos destaca la acción del jugo gástrico compuesto principalmente por ácido clorhídrico el cual tiene un pH aproximado de 2, pepsina, jugos biliares que en conjunto atacan directamente a las superficies dentales. La literatura indica que cualquier sustancia de pH inferior a 5.5 será considerada como un disolvente de hidroxiapatita del esmalte. En ciertos casos de avance severo se podría observar exposición pulpar. La localización de preferencia para estas lesiones son las caras

oclusales/incisales y palatinas de los dientes superiores y en la arcada inferior la localización anatómica de la lengua permite al ácido afectar las caras vestibulares y oclusales (fig. 1). Al verse debilitado el esmalte, la dentina queda expuesta a consecuencia del estímulo químico y se desencadenará una sensación dolorosa conocida como sensibilidad dental.^{2,3,4,5,6,7,8,9,10,26,27,34}



Fig. 1: paciente de sexo femenino que presenta erosión dental en la cara palatina de su órgano dental # 11, la lesión presenta un tono amarillento antiestético, debido a la exposición dentinaria. Fuente: Autor

La saliva cumple el importante papel de protección y funcionamiento del tubo orofaríngeo y esofágico, brindando una serie de mecanismos protectores contra agresiones químicas, mecánicas, térmicas, y microbianas; también se encarga de la lubricación superficial permitiendo la eficacia masticatoria, fonética y de deglución. Al ser la saliva fácilmente desplazada por el alto

contenido ácido, ERGE inhibirá la función protectora salival, ocasionando otro hallazgo clínico oral llamado xerostomía que es la sensación subjetiva auto percibida por el paciente ante la escasez o carencia absoluta de saliva en la cavidad oral. Cuando el paciente tiene xerostomía se desencadenan problemas no solo en la masticación, deglución, y el habla, sino también en las estructuras dentarias como se mencionó anteriormente, aumentando la susceptibilidad a la desmineralización y erosión de los dientes; en los tejidos blandos tanto de la cavidad oral como de la garganta se ven afectados por el ácido y disminución salival. En mucosa oral aparecen lesiones como la recesión gingival que es la migración del margen gingival apical a la línea amelocementaria (LAC) con la exposición de la superficie radicular de las piezas dentales al ambiente oral, existen clases que varían según la prolongación del estímulo, la estomatodinia, las alteraciones linguales como lengua saburral, fisurada, depapilada, pigmentaciones de las papilas fungiformes, se han reportado y al verse alterado el ambiente biótico de la cavidad oral el crecimiento y desarrollo desordenado de colonias bacterianas pueden ocasionar otras patologías como halitosis, que es el olor desagradable

procedente del aliento de una persona, actualmente considerada como un problema social, afecta directamente la calidad de vida del paciente, está relacionado con la xerostomía, al igual que candidiasis donde los microorganismos oportunistas aprovechan el medio alterado (Fig. 2).

.1,2,6,7,17,18,19,20,21,22,23,24,25,28,29,30,31

Todos aquellos hallazgos clínicos orales mencionados tienen estrecha relación con el tiempo de evolución y frecuencia de episodios de ERGE en el paciente. Sin embargo, muchos de estos pueden evitarse mediante el diagnóstico precoz por parte del médico y odontólogo, más la cooperación del paciente para cumplir con el tratamiento indicado y así evitar la prolongación de ERGE.

Por todo lo anterior mencionado, el objetivo de este artículo es indicar la necesidad que los odontólogos tenemos de adquirir mayor conocimiento sobre las manifestaciones de la enfermedad de reflujo gastroesofágico en la cavidad oral, así como también crear una base estadística de datos de dichas manifestaciones, de este modo brindar una atención más eficaz a nuestros pacientes y mejorar la comunicación interdisciplinar.



Fig. 2: paciente de sexo masculino que presenta candidiasis hiperplásica crónica en la cara dorsal de su lengua. Fuente: Autor

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, analítico y comparativo autorizado por el área de docencia del hospital SOLCA, donde se revisaron 90 historias clínicas de pacientes atendidos en el departamento de Gastroenterología durante el periodo de abril y agosto del 2017. De los 90 pacientes revisados 37 pacientes cumplieron satisfactoriamente con los criterios de inclusión. A ellos se les explicó en que consiste el estudio y después de que firmaron el consentimiento informado, se procedió con la realización de la encuesta correspondiente para poder cuantificar los hallazgos clínicos orales seleccionados para el estudio (xerostomía, halitosis, estomatodinia, alteración lingual,

recesión gingival, candidiasis) la hoja de registro contenía preguntas bien redactadas con lenguaje de fácil comprensión para los pacientes, también se realizó un examen clínico visual intraoral y toma de fotografías intraorales como evidencia, en los pacientes que estuvieron disponibles. Se determinó cual fue la población más afectada por ERGE según el género.

Entre los criterios de inclusión para la muestra se tomó en cuenta que las historias clínicas estuvieran completas, que los pacientes hayan sido diagnosticados con ERGE y pacientes entre 17 a 80 años. La edad de los pacientes fue dividida entre rangos de 17-29 años; 30-54 y 55 años en adelante, con el motivo de facilitar y hacer más dinámico el estudio, en la muestra participaron pacientes oncológicos y no oncológicos. Entre los criterios de exclusión no se consideraron aquellos pacientes en estado inconsciente por medio de anestesia general, también aquellos con problemas de trismus mandibular en consecuencia a traumatismos, ya que estuvieron limitados a responder preguntas, colaborar para la toma de fotografías o para la realización de un examen clínico intraoral. No se

excluyeron a los pacientes que recibieron radioterapia de cabeza y cuello, con tabaquismo o consumo de medicamentos que favorecen a la aparición de xerostomía, porque no fue la única variable en estudio. La muestra final quedó reducida a 37 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se cuantificaron los hallazgos clínicos orales de ERGE como erosión dental, recesión gingival, sensibilidad dental, halitosis, candidiasis, xerostomía, estomatodinia, alteración lingual, y candidiasis durante los meses de abril y agosto del 2017. Sin embargo, también se notificaron e incluyeron pacientes quienes fueron diagnosticados en años anteriores, pero acudieron a su consulta de control en el 2017.

Se reportaron los principales factores de riesgo asociados a ERGE, el porcentaje de sintomatología esofágica, extraesofágica, la frecuencia de episodios de ERGE a la semana y cumplimiento del tratamiento en los pacientes seleccionados. Con respecto a la frecuencia de episodios de ERGE, aquí podían responder frecuentemente (3-4 veces por semana), a veces (2 veces por semana) y ocasionalmente (1 vez por semana). Por otro lado, en cuanto al

cumplimiento del tratamiento para ERGE, podían responder incompleto cuando los pacientes notificaron tomar medicamento para ERGE pero no cuidaban su dieta (consumo de alimentos ácidos), y viceversa, los pacientes que no cumplían con el tratamiento fueron aquellos que carecían de ambos cuidados y los que si cumplieron el tratamiento en todos los aspectos.

También se preguntó a los pacientes por vía telefónica si ellos consideraban necesaria la importancia de una interconsulta con un odontólogo para que puedan tratar sus alteraciones orales provocadas por ERGE.

RESULTADOS

De los 37 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El 65% fueron mujeres (24 pacientes) y el 35% hombres (13 pacientes). La edad promedio de los pacientes fue de 54 años para las mujeres y 43 años para los hombres. Comparando el género de los pacientes con las edades, se encontró que el 58% de las mujeres estuvieron en el grupo de 55 años en adelante. Mientras que en los hombres, el 38% pertenecieron a los grupos de 17-29 años y de 30-54 años (Tabla 1).

Género y edad de los pacientes con ERGE

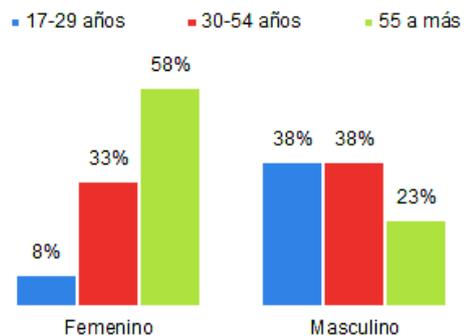


Tabla 1. Distribución de la muestra según el género y edad de los pacientes con ERGE

Los años 2016 y 2017 fue donde se diagnosticó el mayor número de los pacientes seleccionados. El 70% de los pacientes (26 casos) presentaron factores de riesgo asociado a ERGE, siendo el 85% para los hombres y el 63% para las mujeres. Mientras que el 30% de la muestra tuvieron una causa desconocida para el desarrollo de ERGE. Con respecto a la sintomatología relacionada a ERGE, el 100% de los pacientes presentaron síntomas extraesofágicos y el 92% presentaron Sintomatología esofágica. (Tabla 2).



Tabla 2. Distribución de la muestra según la sintomatología esofágica, extraesofágica y factores de riesgo asociados a ERGE presentes.

De los 37 pacientes revisados y consultados todos tuvieron más de una manifestación y 12 de 37 presentaron 7 manifestaciones. Los principales hallazgos clínicos orales diagnosticados fueron la recesión gingival con el 95% de los casos (35); sensibilidad dental, con el mismo porcentaje; erosión dental con el 92% (34 casos) y dentro de este grupo el 35% (13 pacientes) presentaron una lesión no cariosa adicional; halitosis tuvo el 89% (33 casos); xerostomía, con el 84% (31 casos), estomatodinia 49% (18 casos) y alteración lingual con 41% (15 casos). Por último, candidiasis en menor frecuencia con el 3% (1 caso). (Tabla 3)

Principales manifestaciones en los pacientes

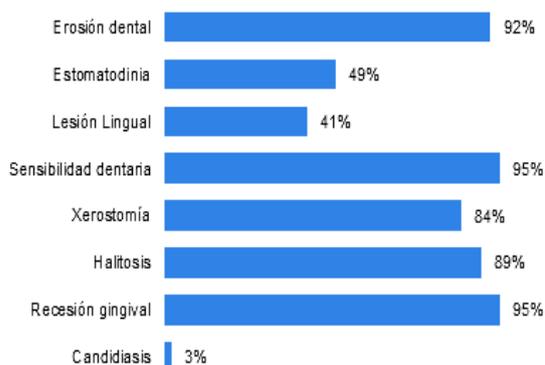


Tabla 3. Distribución de los hallazgos clínicos orales de los pacientes con ERGE del estudio

El 62% de los casos correspondió a los pacientes que manifestaron episodios de ERGE de 3 a 4 veces por semana (Frecuentemente). El 27% de los pacientes indicó que presenta síntomas de ERGE, A veces (2 veces por semana), y sólo el 11% indicó que la frecuencia de episodios es de 1 vez por semana (Ocasionalmente). En cuanto al cumplimiento del tratamiento para ERGE, 17 pacientes se clasificaron con un Tratamiento Incompleto (46%). El 41% correspondió a pacientes que no cumplen con el tratamiento y el 13% si están bajo tratamiento.

Según la frecuencia de episodios de ERGE con el tratamiento, se encontró que del 80% de los pacientes que tenían Tratamiento, Ocasionalmente (1 vez por semana) presentaban episodios de ERGE. En cuanto a quienes no tenían tratamiento, el 57% tenían episodios Frecuentemente (3 a 4 veces por semana), el 29% A Veces (2 veces por semana) y el 14% Ocasionalmente (1 vez por semana). De los pacientes que tenían un Tratamiento para ERGE Incompleto, todos presentaban episodios de ERGE más de una vez por semana, siendo el 59% Frecuentemente y el 41% A Veces (Tabla 4).

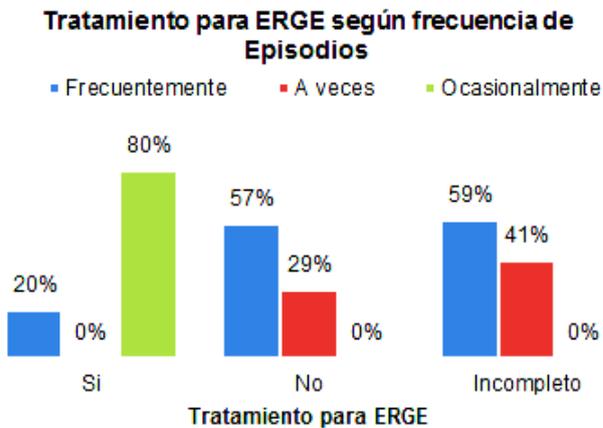


Tabla 4. Distribución de la muestra según la frecuencia de episodios en relación al tratamiento para ERGE

Por último, todos los pacientes (100%) afirmaron que sería muy importante la interconsulta con un odontólogo para que así puedan tratar sus condiciones extraesofágicas ocasionadas por ERGE en su cavidad oral.

DISCUSIÓN

La aparición de signos y síntomas en pacientes diagnosticados con ERGE es un tema de importancia tanto para odontólogos como médicos, ya que pueden llegar a ocasionar lesiones graves tanto a nivel esofágico como extraesofágico. Con la finalidad de ahondar en el tema, el presente trabajo se comparó con estudios similares,

relacionando mismas variables entre artículos de diferentes autores.

De las 37 muestras el 92% de los pacientes presentan síntomas esofágicos a causa de ERGE, este dato es similar al estudio de Popa et al donde el 72,07% de su muestra manifestó este tipo de síntomas¹⁰. Con respecto y de forma general a la sintomatología extraesofágica en el mismo estudio reporta que el 79,22% de los pacientes manifestaron síntomas extraesofágicos¹⁰, esta cifra está lejos del porcentaje de pacientes con sintomatología extraesofágica del presente artículo científico equivalente al 100% de pacientes quienes manifiestan de uno a seis síntomas extraesofágicos. Esta diferencia en porcentaje es debido al método diagnóstico empleado, mediante la completa y bien formulada hoja de registro realizada por el autor para facilitar la comprensión de pacientes, la cual contiene preguntas para determinar cualquier diagnóstico específico y diferencial.

El 92% de pacientes del presente estudio tienen erosión dental por ERGE, este dato es similar al estudio de Tantbirojn et al, donde el 75% de los casos manifestaron erosión dental. En el mismo estudio 67% (8 de 12 pacientes) presentaron erosión dental en combinación con lesiones no

cariosa adicionales como atrición, abrasión y absfracción⁴, de forma similar en el presente artículo científico el 32% de los pacientes (12 pacientes) presentan lesiones no cariosas adicionales como abrasión (11 casos), absfracción (3 casos) y atrición (2casos).

El 41% de los pacientes (16 muestras) del presente estudio manifiestan alteraciones linguales, la de mayor frecuencia es lengua fisurada, con el 63% (10 casos encontrados), en menor frecuencia se encuentran alteraciones como lengua depapilada, saburral y pigmentación papilar. Un paciente tiene dos alteraciones lengua depapilada y saburral. Guzmán et al determinaron en su estudio que de las principales alteraciones linguales la lengua saburral fue la más frecuente y se reportó en un 30% de los casos en una población de 400 pacientes³⁶; en el presente estudio la lengua saburral obtuvo un 13%(2 casos), diferencia justificada ya que la población estudiada por Guzmán et al, fue mayor que la del actual estudio.

Fujii et al, en su estudio realizado a 600 pacientes revelan que la prevalencia de lengua fisurada fue de un 13,8%³⁵, por otro lado, Darwazeh et al, en su estudio notifican que la lengua fisurada fue la

patología mayormente diagnosticada en un 11,5%⁽³⁷⁾, correspondiendo con los resultados del presente estudio donde lengua fisurada fue la alteración más frecuente con el 63% de los casos registrados.

Por otra parte, se presentan 33 casos de halitosis subjetiva equivalente al 89% de la muestra, cifra similar encontrada en el estudio de Espinoza et al donde 64% de sus pacientes con ERGE lo manifestaron²³, es importante señalar que existen otros métodos para la medición de la halitosis por medio de equipos de alta tecnología, pero al verse limitados los recursos en ciertos países se procede a realizarlo por medio de la prueba organoléptica o subjetiva.

Existe poca literatura sobre estomatodinia y candidiasis en relación a ERGE. Sin embargo, en el presente estudio se notifican 18 casos de estomatodinia correspondientes al 49% y hay un caso de candidiasis hiperplásica crónica. Es evidente, que se debe reforzar este aspecto con el incremento de estudios futuros en este campo.

Con respecto a xerostomía el 84% de los pacientes en el estudio del presente artículo lo manifestaron. Similar a la

investigación de Espinoza y cols. Donde el 80% de la muestra manifestaron xerostomía, esto se justifica porque parte de la muestra de este estudio son pacientes oncológicos que recibieron dosis de radioterapia en cabeza y cuello, están en tratamiento con fármacos susceptibles a xerostomía o presentan tabaquismo. En sensibilidad dental el 95% de los pacientes la notificaron, valor similar al del Espinoza et al que fue del 72% de los participantes de su estudio. Finalmente recesión gingival con un 95% de aparición que se manifiesta en pacientes mayores a 55 años, datos parecidos al artículo de Muñoz et al donde los pacientes mayores de 47 años con ERGE presentan recesión gingival en un 60,1%¹¹, todos estos datos evidencian la fuerte relación entre estas variables y ERGE.

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

- ✓ Los pacientes con ERGE son predisponentes a la aparición de erosión dental.
- ✓ Los pacientes con ERGE son prevalentes a tener xerostomía en la cavidad oral.
- ✓ Los pacientes con ERGE tienen sensibilidad dental

desencadenada por la desmineralización de los órganos dentales.

- ✓ Los pacientes con ERGE tienen recesiones gingivales en la cavidad oral que no son directamente relacionadas con el contenido ácido del reflujo.
- ✓ Los pacientes con ERGE tienen estomatodinia, lesiones linguales y candidiasis en menor frecuencia.

Se recomienda:

A los odontólogos adquirir mayor conocimiento de los factores de riesgo predisponentes a ERGE, sus signos y síntomas tanto esofágicos como extraesofágicos clásicos. Y así, puedan concientizar a los pacientes y motivarlos a cambiar su estilo de vida, prevenir la progresión de ERGE y de otras patologías.

Los odontólogos deben tratar las complicaciones orales ocasionadas por ERGE, en especial cuando se observan casos inexplicables de erosión dental que pueden ir acompañadas de xerostomía coexistente, por ello, se recomienda la creación de protocolos de atención odontológica en pacientes con ERGE en el país.

La interconsulta entre el médico y odontólogo más la colaboración del paciente para el tratamiento definitivo de ERGE es fuertemente recomendado. Esta triada es de extrema importancia para el debido restablecimiento del paciente que padece esta enfermedad.

Este tema de estudio queda abierto para la elaboración de futuras investigaciones y así contribuir a la disminución de esta crónica alteración digestiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gayton A. tratado de fisiología médica. 5ª ed. Madrid: editora importecnica, s.a; 1976. P: 510-515.
2. Arredondo B, Amores C, Guerrero G, Reyes R. Enfermedad por reflujo esófago gástrico: una entidad a tener en cuenta. AMC [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Ago 15]; 13(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000300022&lng=es.
3. Ranjitkar S ,Kaidonis J, .Smales R. (2012). Review Article Gastroesophageal Reflux Disease and Tooth Erosion. Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry, Volume 2012, Article ID 479850, 10 pages doi:10.1155/2012/479850
4. Tantbirojn D, Pintado M, Versluis A, Dunn C, a Delong R. Quantitative analysis of tooth surface loss associated with gastroesophageal reflux disease. The Journal of the American Dental Association, 143(3), pp.278-285.
5. Pacho J, Piñol F. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 Sep [citado 2017 Feb 23]; 43(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000300008&lng=es.
6. Roesch-Ramos L, Roesch-Dietlen F, Remes-Troche J, Romero-Sierra G, Mata-Tovar C, Ali Azamar-Jácome A et al. Erosión dental, una manifestación extraesofágica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: experiencia de un centro de fisiología digestiva en el sureste de México. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2014 Feb [citado 2017 Feb 23]; 106(2): 92-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000200004&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082014000200004>

7. Avendaño R, Delgado S, Gutiérrez D, Quintero A, Saavedra G, Useche K. Alteraciones clínicas odontológicas por la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Venez Invest Odont IADR*, 2017; 5(2): p 287-304.

8. Franco J. Reflujo gastroesofágico, una enfermedad que puede complicar la enfermedad periodontal. *Revista Nacional de Odontología*, 2011; 7(13): 68-73.

9. Ramos L, Roesch-Dietlen F, Remes-Troche J, Romero-Sierra G. (2014). Dental erosion, an extraesophageal manifestation of gastroesophageal reflux disease. The experience of a center for digestive physiology in Southeastern Mexico. *Rev esp enfeRm*, Vol. 106, N.º 2, pp. 92-97, 2014.

10. Popa T, Romania U. (2013). EXTRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH IMPLICATIONS FOR ORAL CAVITY. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. Vol. 5, No. 2, April - June 2013

11. Muñoz J, Herreros B, Sanchiz V, Amoros C, Hernandez V, Pascual I, Mora . (2003). Dental and periodontal lesions in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *ScienceDirect Digestive and Liver Disease*. Vol 35 (2003) 461–467

12. Locke RG, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmstead County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997;112:1448–56.

13. Sanchez R, (2010). Enfermedad por reflujo no erosiva. *Revista de Gastroenterología de México Supl.1(75):7-9*

14. Díaz E, Estrada B. (2011). Lesiones no cariosas: atrición, erosión, abrasión, abfracción, bruxismo, *Rev Oral* Vol No. 38.

15. Fan-Hsu, J. (2009). Evidence Linking Gastroesophageal Reflux Disease and Dental Erosion Is Not Strong. *The Journal of the American Dental Association*, 140(11), pp.1401-1402.

16. Menachem M, Noya H, Zamir H, Erwin S. Gastroesophageal reflux disease symptoms: Prevalence,

- sociodemographics and treatment patterns in the adult Israeli population. *World J Gastroenterol*, 17(10): 1332-1335.
17. J Dent, H B El-Serag, M-A Wallander, S Johansson. EPIDEMIOLOGY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW. *Gut* 2005;54:710-717
 18. Roesch-Ramos L, Romero-Sierra G, Roesch-Dietlen F, Remes-Troche J, Mata-Tovar C, Azamar-Jácome A et al. Halitosis y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Su posible asociación. *Revista de Investigación en Ciencias de la Salud*, 2013; 8(1): 29-34.
 19. Ranjitkar S, Smales R, Kaidonis J. Oral manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 27 (2012) 21-27.
 20. FERNÁNDEZ J, ROSANES R. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. *MEDIFAM* 2002; 12: 46-57.
 21. Kinberg S, Stein M, Zion N, Shaoul R. The gastrointestinal aspects of halitosis. *Can J Gastroenterol*, 2010; 24(9): 552-556.
 22. PETRUZZI M, LUCHESE A, CAMPUS G, CRINCOLI V, LAURITANO D, BALDONI E. Oral stigmatic lesions of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Rev Med Chile* 2012; 140: 915-918.
 23. Espinoza F, Felmer V, Laborda C. Manifestaciones orales de pacientes con reflujo gastroesofágico. *Revista Dental de Chile* 2013; 104 (1) 16-26.
 24. GARCÍA A, BUJALDÓN-DAZAL, RODRÍGUEZ A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implantol*. 2015; 27, 1: 19-24.
 25. MEDINA A. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implantol*. 2009; 21, 2: 35-43.
 26. Tortolini P. Sensibilidad dentaria. *Av. Odontoestomatol* 2003; 19-5: 233-237.
 27. Medina A. Hipersensibilidad dentinal: Una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (3): 137-146.
 28. González E, Aguilar M, Guisado R, Tristán J, García P, Álvarez J. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. *REV CLÍN MED FAM* 2009; 2 (6): 300-304.

29. González M, Malpica E, Macías B. Xerostomía. GAMO Vol. 10 Núm. 4, julio – agosto 2011.
30. De Luca FM, Roselló X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 30 - Núm. 3 – 2014.
31. García C. Halitosis. Medigraphic. Vol. 9, núm. 4, Octubre-Diciembre 2002.
32. Caribé F , Chimenos E, López J, Finestres F, Guix B. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. Med Oral 2003;8:178-87.
33. Rico MC, Pardo I, Gamarra V, Ortega J, Ospina J. Prácticas de higiene buco dental en pacientes de 7 a 16 años en quimioterapia. Ciencia & Salud. 2014; 2(7):41-48
34. Fajardo M, Mafla A. Diagnóstico y epidemiología de erosión dental. Salud UIS 2011; 43 (2): 179-189.
35. Fujii S, Shinjo K, Matsumoto S, Harada T, Nojima S, Sato S, et al. Epigenetic upregulation of ARL4C, due to DNA hypomethylation in the 3'-untranslated region, promotes tumorigenesis of lung squamous cell carcinoma. Oncotarget. 2016.
36. Guzmán Marín B, Calero JA. Principales hallazgos clínicos en la lengua en una población de Cali. Rev Estomat. 2005;13(1):5-12.
37. Darwazeh AM, Almelaih AA. Tongue lesions in a Jordanian population. Prevalence, symptoms, subject's knowledge and treatment provided. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. 2011;16(6): e745-9.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Torres Sosa, Alejandra Carolina** con C.C: # **092644757-4** autor/a del trabajo de titulación: **Hallazgos clínicos orales en pacientes diagnosticados con Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Departamento de Gastroenterología, SOLCA 2017** previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de septiembre del 2017

f. _____

Nombre: **Torres Sosa, Alejandra Carolina**

C.C: **092644757-4**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Hallazgos clínicos orales en pacientes diagnosticados con Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Departamento de Gastroenterología, SOLCA 2017		
AUTOR(ES)	Alejandra Carolina, Torres Sosa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Leonor Guadalupe, Gómez Cano		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de septiembre del 2017	No. DE PÁGINAS:	25
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, diagnósticos		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ERGE, erosión dental, recesión gingival, sensibilidad dental, halitosis, candidiasis, xerostomía, estomatodinia, alteración lingual.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La enfermedad de reflujo gastroesofágico, es el desorden clínico ocasionado por la alteración de los mecanismos y barreras anatómicas antirreflujo durante el proceso de la digestión. Esta patología puede provocar complicaciones a nivel esofágico y extraesofágico como en cavidad oral y las principales son: erosión dental, xerostomía, sensibilidad dental, recesión gingival, halitosis, estomatodinia, alteración lingual y candidiasis. Objetivo: Determinar cuáles son los hallazgos clínicos orales presentes en pacientes diagnosticados con ERGE e indicar la necesidad que tienen los odontólogos de adquirir mayor conocimiento sobre estas manifestaciones en cavidad oral para tratarlas oportuna y correctamente, haciendo interconsulta médica especialista. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, comparativo y analítico en el que se revisaron 90 historias clínicas de pacientes atendidos en el Departamento de Gastroenterología del hospital SOLCA, durante el periodo de mayo-agosto del 2017. 37 de 90 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: De los 37 pacientes del estudio, el 65% fueron mujeres y el 35% hombres. Los principales hallazgos clínicos orales fueron recesión gingival y sensibilidad dental con 95%, erosión dental correspondió al 92%, xerostomía al 95%, halitosis 89%, estomatodinia y alteración lingual con 49%. Por último, candidiasis en menor frecuencia con el 0,37%. Conclusión: ERGE es una condición digestiva potencialmente grave que los odontólogos deben tener en cuenta, saber los factores de riesgo asociados, sus signos y síntomas. La interconsulta entre el médico y odontólogo, más la colaboración del paciente para el tratamiento definitivo de ERGE es fuertemente recomendado.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-984539847	E-mail: aletorressosa95@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Pino Larrea, José Fernando	Nombre: Ma. José Valdiviezo Gilces	
	Teléfono: +593-993682000	Teléfono: +593-980076777	
	E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec	E-mail: maria.valdiviezo@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			