

A DOENÇA CELÍACA E AS ALTERAÇÕES BUCAIS

REVISÃO DA LITERATURA

Celiac disease and oral changes - literature review

SARTORI, Luiz Antonio ^I
TEIXEIRA, Isabella de Sá ^{II}
ROCHA, Julia Rodrigues ^{II}

^I Professor de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia – Universidade José do Rosário Vellano- Unifenas.

^{II} Alunas do Curso de Odontologia – Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas

Enviar correspondência para:
Prof. Luiz Antonio Sartori
Universidade José do Rosário Vellano
Rodovia MG 179 – Km 0 – Campus Universitário
CEP 37.130.000 – Alfenas – MG
luiz.sartori@unifenas.br
Tel. (035) – 3299-3192
(035) – 9.9100-5016

RESUMO

A Doença Celíaca (DC) é uma doença imuno-mediada desencadeada pela ingestão de glúten por indivíduos suscetíveis, os quais podem desenvolver alergia permanente à proteína. Os sintomas são manifestados como uma síndrome de má absorção, com diarreia crônica, dor abdominal, distensão e perda de peso. Outras formas de manifestações incluem as extraintestinais, a anemia por deficiência de ferro, a dermatite herpetiforme, a osteoporose e a osteopenia. Na cavidade bucal, acontecem situações recorrentes de estomatite aftosa e de defeitos na formação do esmalte dentário, glossite atrófica, queilite e líquen plano bucal. Pacientes celíacos apresentam maiores riscos à saúde quando não seguem uma dieta sem glúten, podendo desenvolver câncer de boca, faringe e esôfago. O glúten é uma proteína presente no trigo, na cevada e no centeio. O único tratamento da Doença Celíaca é uma adesão

PALAVRAS-CHAVE

GLÚTEN

DOENÇA CELÍACA

ALERGIA AO GLÚTEN

definitiva, ao longo de toda vida, a uma dieta totalmente isenta dessa substância, podendo ocorrer uma remissão dos sintomas. Segundo a Lei Federal nº 10.674, todos os alimentos industrializados devem conter, em seu rótulo e bula, obrigatoriamente, as informações: “contém glúten” ou “não contém glúten”, as quais devem estar presentes em materiais de divulgação, com letras com destaque, nítidas e de fácil leitura.

ABSTRACT

Celiac Disease is an immuno-mediated disease triggered through the ingestion of gluten by susceptible individuals and can remain as a permanent allergy to this protein. The symptoms can appear like a malabsorption syndrome with chronic diarrhea, weight loss, abdominal pain and distension. There are also non-intestinal manifestations such as iron deficiency anemia, dermatitis herpetiform, osteoporosis and osteopenia. In the oral cavity, there are recurrent situations of aphthous stomatitis and defects in the formation of tooth enamel, atrophic glossitis, cheilitis and oral lichen planus. Celiac patients have also increased risk to develop cancer in the mouth, pharynx and esophagus if they do not follow the gluten-free diet. Gluten is a protein that can be found in wheat, barley and rye and the most effective treatment for Celiac Disease is a definite lifelong diet free of gluten, which may enable the remission of symptoms. The Brazilian Federal Law No. 10.674 states that all industrialized food must contain on their label and package insert the information “Contains Gluten” or “Does not contain Gluten” and must be present in promotional materials with bold and clear font with easy reading.

KEYWORDS:

GLUTEN

CELIAC DISEASE

GLUTEN ALLERGY

INTRODUÇÃO

O glúten é uma proteína existente no trigo, no centeio, na cevada e derivados. A fração gliadina do glúten, em pessoas geneticamente sensíveis, leva a uma resposta imunológica que resulta em atrofia das vilosidades, hiperplasia das criptas e lesão do epitélio superficial no intestino delgado, fenômeno conhecido como Doença Celíaca (DC). Trata-se, portanto, de uma doença imuno-mediada, desencadeada pela ingestão de glúten¹.

Tipicamente, a doença se manifesta como uma síndrome de má absorção, com diarreia crônica, dor abdominal, distensão e perda de peso. Outras formas de manifestação incluem as extra-intestinais, a anemia por deficiência de ferro, a dermatite herpetiforme, a osteoporose e a osteopenia.

Um número significativo de celíacos permanecem sem diagnóstico, uma vez que os sintomas se confundem com outras doenças. Esses pacientes não diagnosticados ou não tratados adequadamente, têm as vilosidades da mucosa do intestino delgado inflamadas e achatadas, dificultando a absorção gastrointestinal. Mesmo nesses casos, existe positividade da doença em testes sorológicos.¹⁻²

A prevalência dessa doença na população mundial é de 1%. No entanto, deve-se considerar a possibilidade de sua manifestação ser despercebida pelo paciente. Em geral, tal enfermidade se desenvolve na infância, em pessoas geneticamente predispostas à intolerância.³

Segundo Silva⁴ et al., existem dois padrões de manifestação clínica da Doença Celíaca (DC): o clássico e o atípico. O clássico apresenta manifestações relacionadas à absorção intestinal debilitada e seu diagnóstico pode ser comprovado por exames sorológicos e biópsia duodenal, enquanto o padrão atípico não possui manifestações tão evidentes e, na maioria das vezes, é subdiagnosticada.

Mitchel⁵ et al. afirmam que, além dos efeitos sobre o sistema digestivo, que são bastante conhecidos, a doença celíaca pode apresentar variadas manifestações orais, entre elas, a estomatite aftosa, os defeitos na formação do esmalte dentário, a glossite atrófica, a queilite e o líquen plano bucal.

Se a Doença Celíaca (DC) não for tratada, haverá carências de vitamina B12, de ácido fólico, de ferro e de outros nutrientes essenciais, podendo gerar uma série de complicações, como esterilidade, osteoporose, endocrinopatias, distúrbios neurológicos, doenças hepáticas e malignidade intestinal.⁶

Para Bardellini¹ et al., o único tratamento da Doença Celíaca é uma adesão definitiva, ao longo da vida, a uma dieta totalmente livre de glúten, podendo ocorrer uma remissão dos sintomas.

Para Bardellini¹ et al., o único tratamento da Doença Celíaca é uma adesão definitiva, ao longo da vida, a uma dieta totalmente livre de glúten, podendo ocorrer uma remissão dos sintomas.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

O objetivo deste trabalho é identificar as características clínicas mais comuns da Doença Celíaca, sobretudo suas manifestações bucais, seus respectivos tratamentos, bem como necessárias orientações acerca de uma alimentação correta e cuidadosa. O conhecimento, pelo cirurgião-dentista, das características clínicas bucais, o domínio das técnicas específicas de tratamento, a capacitação na orientação da dieta, sobretudo nos pacientes infantis, contribuirão para um bom desempenho profissional diante desse quadro.

REVISÃO DA LITERATURA

A Doença Celíaca (DC) se manifesta nos indivíduos geneticamente sensíveis ao glúten, proteína presente no trigo, no centeio e na cevada. Trata-se de um problema de ordem mundial, uma vez que os alimentos mais consumidos em todo o mundo têm, em sua base, algum desses produtos ou seus derivados.⁷

Carvalho⁸ realizou uma pesquisa que envolveu 52 indivíduos de 2 a 23 anos de idade, portadores da DC e outros 52 indivíduos não portadores. Concluiu que há maior prevalência de defeitos específicos na formação de esmalte e estomatite aftosa recorrente em indivíduos com a DC. Não há uma definição clara sobre a etiologia destes fatores em pacientes celíacos. Alguns autores creditam essas alterações à má absorção de nutrientes, devido às alterações das microvilosidades intestinais, levando o paciente à hipocalcemia e deficiência de nutrientes importantes para o desenvolvimento do germe dental.⁹

Costa¹⁰ et al. avaliaram 10 pacientes com doença gastrointestinal inflamatória crônica (DGIC), através de um questionário e exame clínico e constatou que, mesmo sendo poucos casos analisados, foi notável a relação de alterações no desenvolvimento de esmalte e as DGIC. A alteração de desenvolvimento de esmalte que mais ocorre nos pacientes com DC é a opacidade difusa.

Marcos¹¹ realizou um estudo no Hospital Universitário de Brasília para detectar ocorrência de úlceras aftosas recorrentes em pacientes celíacos através de anamnese, história pregressa, exame intrabucal com auxílio de exame complementar, como a radiografia panorâmica. Ele avaliou 50 pacientes com a doença, com idade entre 3 e 19 anos e 150 pacientes sem a doença. O pesquisador concluiu que a prevalência de úlceras aftosas recorrente em pacientes celíacos foi de 58% e que os mais afetados eram do gênero feminino. Em publicação da ADA—American Dental Association,¹² a respeito de uma pesquisa realizada pela Dra. Eva Helmerhorst, na Universidade de Boston, a qual foi premiada pelo Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas, uma divisão dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos, entendeu-se que enzimas capazes de degradar o glúten poderiam ajudar no diagnóstico e tratamento dos pacientes celíacos e que a saliva pode ser utilizada para diagnosticar e detectar doenças bucais e outras enfermidades que atingem a saúde geral da pessoa. Em testes com a antitransglutaminase tecidual (anti-tTG IgA), uma vez que a transglutaminase tecidual (tTG) é a enzima responsável pela deaminação da gliadina, percebe-se uma alta sensibilidade para diagnóstico da DC, demonstrou-se recentemente que a tTG-Abs RIA pode ser detectada na saliva humana, evitando coleta de sangue.¹³ Pacientes celíacos apresentam maior risco quando não seguem uma dieta sem glúten. A transglutaminase tecidual (tTG), em indivíduos geneticamente predispostos, promove a deaminação da gliadina, favorecendo a sua união às moléculas do complexo principal de histocompatibilidade DQ2 e DQ8, os quais facilitam seu reconhecimento pelas células T, o que favorece o início do processo autoimune.¹⁴

Atualmente, as manifestações de formas atípicas da DC são as mais comuns, cujos sintomas normalmente passam despercebidos pelos portadores. O diagnóstico é desafiador, pois as características da doença se modificam, tornando-se, às vezes, latentes ou assintomáticas. DC latente é como se define a condição dos pacientes que apresentam, num dado momento, biópsia jejunal normal mesmo consumindo glúten; porém, em outro momento, podem apresentar atrofia das vilosidades intestinais, as quais voltam ao normal com a eliminação do glúten da dieta. Já a DC silenciosa é a condição em que os pacientes apresentam biópsia alterada, porém sem sintomatologia.⁶

A relação de pacientes com DC diagnosticada e não diagnosticada pode ser de 1:77. Um estudo indicou que mais de 36% dos positivos haviam recebido diagnóstico prévio. Em, aproximadamente, 10% dos casos, o diagnóstico é dificultado por achados discordantes entre sorologia, clínica e histologia.¹³

Silva³ et al. concluíram que, restringindo o glúten da dieta, os sinais clínicos desaparecem de forma rápida. Os pacientes sintomáticos e assintomáticos devem fazer o tratamento, levando-se em consideração as necessidades nutricionais individuais, de acordo com a idade. É possível substituir o glúten por milho, arroz, batata e mandioca.

Sousa¹⁵ realizou um estudo com 29 crianças e adolescentes, entre 4 e 18 anos, no Centro Clínico Acadêmico do Hospital de Braga, em Portugal, onde observou a prevalência de defeitos de esmalte. Para ele, o esmalte é um importante marcador biológico das alterações durante o período de sua formação. A primeira infância é a fase em que a dentição está em formação e em que as alterações relacionadas à estrutura dos dentes têm maiores chances de se instalar. O paciente celíaco pode ser intolerante à lactose, resultando em hipocalcemia, deficiência de cálcio, elemento base para as estruturas duras do corpo, além de outras carências como vitaminas A e D.¹⁶

Sóñora¹⁷ et al, em amostras de soro de pacientes saudáveis e pacientes com DC, no Uruguai, encontraram uma alta concentração de anticorpos séricos que, eventualmente, interferem na formação do esmalte, sugerindo fortemente um papel patológico dos anticorpos contra a gliadina na dentição com defeito no esmalte para dentes decíduos e permanentes. No caso da dentição decídua, deve-se considerar que anticorpos podem ser transportados através da placenta durante o desenvolvimento do dente fetal, o que justificaria alterações na dentição decídua. Um diagnóstico desde a primeira infância favorece o estabelecimento de uma dieta livre de glúten. Essa dieta faz com que haja normalização do desenvolvimento dentário.

Carvalho¹⁸ et. al.(2015) realizaram um estudo em São Paulo, com 52 crianças que são portadoras de DC e com outras 52 crianças que possuem apenas defeito de esmalte dentário, para ver a composição química e de defeito esmalte em crianças celíacas. Após o estudo afirmou-se que, crianças celíacas têm maior recorrências de estomatites aftosas, redução de saliva, defeitos no esmalte dentário, mas com índice de cárie baixo.

Nos relatos de Krzywicka¹⁹ et al. na Polônia, verificando a relação de defeitos no esmalte dentário em pacientes celíacos e pacientes sem a doença, o resultado foi que há maior prevalência de cárie em pacientes celíacos. Durante o estudo, concluíram que: quando houver defeitos, estes forem simétricos e acometerem um mesmo grupo de dentes nos quatro quadrantes, pode-se suspeitar de DC e pedir uma avaliação médica com testes para diagnóstico.

Arakeri²⁰ et al. realizaram um estudo clínico em Karnataka, Índia, e obtiveram resultados que indicaram que crianças podem nascer com fissura labio-palatal não só pela ausência de ácido fólico, mas pelas mães portarem doença celíaca. Fato que, associado a outras características, como a carga genética do pai, podem causar a Fissura Labio-Palatal (FLP), sindrômica ou não.

A doença celíaca, provavelmente, resulta de uma resposta autoimune mediada por linfócitos T, de forma inadequada, contra o glúten, quando ingerido por pacientes geneticamente suscetíveis. Como consequência, ocorrem lesões na mucosa do intestino delgado, levando a uma má absorção, que poderá ser sintomática ou assintomática. Sendo assintomática, pode ser uma doença silenciosa, latente ou não diagnosticada. A não diagnosticada tem maior prevalência em mulheres, as quais, devido à má absorção de nutrientes, apresentam carência de ácido fólico. Tal situação aumenta as probabilidades de ocorrência da fissura lábio-palatina no feto.²¹

Bardellini,¹ realizou uma pesquisa na província de Brescia, Itália, com 37 pacientes, para saber a quantidade de células de defesa que os celíacos com e sem tratamento possuem, em relação aos não celíacos. Eles foram divididos em grupos que possuíam a doença celíaca e se tratavam, grupos que possuíam a doença e não se tratavam e um grupo de pacientes saudáveis. A conclusão do estudo foi que há um aumento de células de defesa (linfócitos T CD4, T CD8) nas pessoas que possuem doença celíaca quando comparada às saudáveis.

Ribeiro²² chegou à conclusão que um receptor na superfície da célula intestinal permite que a gliadina ou uma sequência de aminoácidos específicos de gliadina se una ao enterócito. Esse complexo gliadina/receptor torna um imunógeno sensibilizador de linfócitos T os quais liberam linfocinas, danificando diretamente a célula. Na doença celíaca, a proporção de linfócitos periféricos é alterada. A causa da redução periférica pode ser devido a sua crescente ativação e resultado da apoptose de células, fazendo com que haja limitação da atividade dos linfócitos.

Segundo a Lei Federal nº 10.674, de 16 de maio de 2003, todo e qualquer alimento industrializado deve possuir, em seu rótulo e bula, obrigatoriamente, as informações “contém glúten” ou “não contém glúten” e deverá estar presente em materiais de divulgação com letras com destaque, nítidas e de fácil leitura.²³

O cirurgião-dentista tem um importante papel no diagnóstico, pois as primeiras suspeitas podem ser reconhecidas pelo fiel e acurado exame clínico. No entanto, exames sorológicos, antiendomísio e antitransglutaminase, podem ser usados na primeira fase, em pacientes de risco, como os que apresentam defeitos de esmalte sistêmicos e simétricos.³

DISCUSSÃO

Segundo a Celiac Disease Fundation,²⁴ a CD é uma doença autoimune que afeta cerca de uma a cada 100 pessoas em todo o mundo. A doença danifica os intestinos delgados, produzindo inflamação que acaba por dificultar a absorção de nutrientes vitais para organismo. Embora seus efeitos sobre o sistema digestivo sejam bastante conhecidos, podemos nos surpreender ao saber que possuem várias manifestações bucais. Defeitos nos dentes, ressecamento da boca e aftas estão entre as mais comuns.⁵ Segundo Marcos,¹¹ 58% dos pacientes celíacos apresentam aftas recorrentes.

DC latente é como se define a condição dos pacientes que apresentam, em dado momento, biópsia jejunal normal mesmo consumindo glúten, porém em outro período, podem mostrar atrofia das vilosidades intestinais, que voltarão ao normal com dieta regular. Já a DC silenciosa é a condição em que os pacientes apresentam biópsia alterada, porém sem sintomatologia. Nas formas atípicas, os sintomas digestivos estão ausentes ou são pouco relevantes, mas aparecem isoladas, como anemia por deficiência de ferro refratária à ferroterapia oral, constipação intestinal, osteoporose, baixa estatura ou atraso no crescimento. Lesões na mucosa oral ou defeitos no esmalte dentário podem ser os únicos sinais presentes nos casos atípicos da doença.⁶

Silva⁴ et al. descrevem que o padrão não clássico ou atípico se manifesta mais tardiamente e as exposições digestivas estão ausentes ou, quando presentes, são pouco relevantes. O padrão atípico da doença apresenta sintomas isolados, como baixa estatura, anemia por deficiência de ferro, dores articulares, constipação intestinal, alterações na estrutura do esmalte dentário, entre outros. O critério assintomático ou silencioso da doença é a condição na qual os pacientes apresentam alteração do quadro histopatológico do intestino delgado proximal, porém sem sintomas. Já o latente, é uma condição em que se apresenta, em geral, características histopatológicas jejunais normais, mesmo consumindo glúten, porém em certos momentos, apresenta-se atrofia subtotal das vilosidades.

Exames sorológicos, nomeadamente o teste antiendomísio e antitransglutaminase, que apresentam uma especificidade e uma sensibilidade próxima dos 100%, poderão ser utilizados em uma primeira fase em pessoas consideradas de risco, com defeitos de esmalte sistêmicos e simétricos.¹⁹ Em relação às manifestações orais restantes, estomatite aftosa recorrente (EAR) e atraso eruptivo, por si só, não são considerados critérios suficientes para serem classificados como riscos para a doença celíaca. No entanto, torna-se importante considerar os casos que, além de EAR, apresentem, simultaneamente, deficiências hematínicas (ferro, ácido fólico e vitamina B12).³

Dra. Eva Helmerhorst, periodontista na Faculdade de Odontologia Henry M. Goldman da Universidade de Boston e pesquisadora chefe do trabalho “Micróbios Gastrointestinais que Degradam o Glúten da Dieta”, acredita que a descoberta de enzimas com capacidade de degradar o glúten poderia “abrir novos caminhos de diagnóstico e tratamento para os pacientes que sofrem de doença celíaca”.¹² Usar a saliva para detectar e diagnosticar doença bucal e outras que afetam a saúde geral de um indivíduo é um campo de pesquisas chamado “diagnóstico salivar”, em testes com a antitransglutaminase tecidual (anti-tTG IgA).¹³

O diagnóstico precoce é fator indispensável na prevenção dos problemas. Quanto mais precocemente se obtiver o diagnóstico, mais cedo pode-se tomar medidas cabíveis. A primeira infância é a fase em que a dentição está em formação e que os problemas relacionados à estrutura dos dentes têm mais chances de se instalar. Por exemplo: existem comprovações de que o controle excessivo da dieta, geralmente feito pelas mães, não contempla o equilíbrio dos nutrientes fundamentais para o desenvolvimento dos dentes e ossos das crianças.²⁵

Os problemas mais frequentes que ocorrem na boca dos portadores da doença celíaca estão relacionados com os tecidos duros (dentes), como bruxismo, amelogenese imperfeita, manchas por deficiência ou excesso de cálcio, fluorose dental, uso incorreto da tetraciclina, erosões. Dos que acometem os tecidos moles (bochecha, língua, lábio, palato), estão o líquen plano, as herpes e as aftas.²⁵

O tratamento da DC é, basicamente, dietético e baseia-se na exclusão do glúten da alimentação, durante toda a vida, tanto dos indivíduos sintomáticos, quanto dos assintomáticos, devendo atender às necessidades nutricionais do paciente de acordo com a idade. A substituição pode ser feita por milho (farinha de milho, amido de milho, fubá), arroz (farinha de arroz), batata (fécula de batata), e mandioca (farinha de mandioca e polvilho). Ainda é discutível o efeito da aveia, já que ela não produz reações na maioria. Entretanto, há um relato de caso dessa doença em que houve uma recaída do paciente após a ingestão de aveia, tendo em vista que a produção de cevada, trigo e centeio é muito maior e a possibilidade de contaminação cruzada nos moinhos reforçam a orientação para se excluir a aveia da dieta. Retirando-se o glúten, a resposta clínica é rápida, havendo o desaparecimento dos sintomas digestivos, com a restauração da morfologia normal da mucosa, dentro de dias ou semanas. Além da dieta, o celíaco deve se atentar à composição dos medicamentos prescritos, pois o glúten pode estar presente nas cápsulas, comprimidos ou suspensões orais.⁴

Muitas ocorrências da doença celíaca são gastrintestinais. Inúmeros são os casos de profissionais que tratam celíacos como portadores de infecção intestinal, valendo-se inclusive do uso das tetraciclinas para tal. Além de não curar a suposta ‘dor de barriga’, o dano causado aos dentes ainda piora o quadro.²⁵

Muitas ocorrências da doença celíaca são gastrintestinais. Inúmeros são os casos de profissionais que tratam celíacos como portadores de infecção intestinal, valendo-se inclusive do uso das tetraciclinas para tal. Além de não curar a suposta ‘dor de barriga’, o dano causado aos dentes ainda piora o quadro.²⁵

CONCLUSÃO

Do exposto é possível concluir que a doença celíaca é uma doença imunomediada, causada pela ingestão do glúten, proteína presente no trigo, no centeio e na cevada, ocasionando uma alergia permanente ao nutriente. A DC pode se manifestar como irritação no intestino delgado e manifestações bucais: defeitos no esmalte, síndrome da boca seca, aftas, glossite atrófica, queilite e líquen plano bucal.

Tal condição pode ser sintomática ou assintomática. A forma sintomática pode ser diagnosticada pelo exame clínico e quando assintomática, pode ser diagnosticada por exames sorológicos ou biópsias.

O tratamento principal consiste na dieta totalmente livre de glúten, sendo que as ocorrências bucais deverão ser tratadas pelo dentista, em conjunto com outros profissionais de saúde.

Finalmente, deve-se frisar que o respeito à Lei Federal nº 10.674 (maio de 2003) é condição importante para preservar a saúde dos portadores de DC.

REFERÊNCIAS

1. Bardellini E, Amadori F, Ravelli A, Salemm M, Lonardi S, Villanacci V et al. Histopathological findings in the oral mucosa of celiac patients. *Rev. esp. enferm. dig.* 2014; 106(2): 86-91.
2. Lobão N, Osteoporose e Doença Celíaca. Associação dos Celíacos do Brasil (ACEBRA-RJ) Rio de Janeiro - Junho de 2011.p. 5-37.
3. Silva AP, Silva CC, Norton AA, Macedo P, Andrade DC. Repercussões orais da doença celíaca. *ResearchGate [Internet]*. 2011.Disponível em https://www.researchgate.net/publication/232768640_Repercussoes_orais_da_doenca_celiaca/citation/download.
4. Silva PC, Almeida PDV, Azevedo LR, Grégio AMT, Machado MAN, Lima AAS. Doença Celíaca: revisão. *Rev. Clin. Pesq. Odontol.* 2006 2(5/6): 401-406.
5. Mitchel J. Manifestações orais da doença celíaca: questões dentárias e outras. [Internet] 2016 Disponível em: <http://www.colgate.com.br/pt/br/oral-health/conditions/immune-disorders/article/sw-281474979412672>.
6. Rauen MS, Back JCV, Moreira EAM. Doença celíaca: sua relação com a saúde bucal. *Rev. Nutr.* 2005; 18(2): 271-76.
7. De Mori C, Minella E. Brasil Ministério da Agricultura. Documentos online. 2012 [139]. [Internet]. Disponível em http://www.cnpt.embrapa.br/biblio/do/p_do139.htm
8. Carvalho FK. Doença Celíaca: Repercussões bucais e estudo do esmalte dental como marcador da doença. [Tese]. São Paulo USP-RP, 2012.
9. Pastore L, Carroccio A, Compilato D, Panzarella V, Serpico R, Lo Muzio L. Oral manifestation of celiac disease. *J. Clin Gastroenterol.* 2008. 42(3): 224-32.
10. Costa ANF, Maia JMC, Medeiros AMC. Prevalência de alterações bucais nas doenças gastrointestinais inflamatórias crônicas: análise de 10 casos; *Revista Ciência Plural*, 2015; 1(1): 57-64.
11. Marcos MGFL. Manifestações bucais em pacientes celíacos acompanhados no hospital universitário de Brasília. [Tese] Brasília: UNB; 2008.
12. ADA–American Dental Association. Saliva e Doença Celíaca.[Internet] Disponível em <https://www.ada.org/en/search-results#q=Celiac%20Disease&t=all&sort=relevancy>.
13. Gama e Silva TS, Fulanetto TW. Diagnóstico de doença celíaca em adultos. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1): 122-6.
14. Weitz JCV, Montalva RD, Alárcon TO, Contreras LM. Antitransglutaminase antibodies for the diagnosis of celiac disease. *Rev. med. Chile.* 2003;131(1):25-9.
15. Souza JLRFP. Manifestações orais da Doença Celíaca em odontopediatria (Tese) Porto-PT: Universidade João Pessoa, 2012.
16. Silva PC, Almeida PDV, Machado MAN, Lima AAS, Grégio AMT, Trevilatto PC, Alanis LRA. Oral manifestations of celiac disease. A case report and review of the literature. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*, 2008. 13(9),559-562.
17. Sónora C, Arbildi P, Rodríguez-Camejo C, Beovide V, Marco A, Hernandez A. Enamel organ proteins as targets for antibodies In celiac disease: implications for oral health. *Rev Eur. J. Oral Sei.* 2016 124:11-16.
18. Carvalho FK, Queiroz AM, Silva RAB, Sawamura R, Bachmann L, Silva LAB, et al. Oral aspects In celiac disease children: clinical and dental enamel chemical evaluation. *Rev CrossMark*. 2015; 119(6):636-43.
19. Krzywicka B, Herman K, Kowalczyk-Zajac M, Pytrus T, Celiac Disease and Its Impact on the Oral Health Status. *Rev. Adv Clin Exp Med.* 2014; 23(5): 675–681.
20. Arakeri G, Arali V, Bremam PA. Cleft lip and palate: An adverse pregnancy outcome due undiagnosed maternal and paternal coeliac disease. *Rev Elsevier* vol. 75. 2010: 93-98.
21. Sheiner E, Peleg R, Levy A. Pregnancy outcome of patients with known celiac disease. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2006; 129(1):41-5.
22. Ribeiro EM, Gonçalves LM. Aspectos imunológicos da doença celíaca. *Rev. Pediatria Moderna.* 2001; 37(8):375-83.
23. BRASIL, Congresso Nacional. LEI N o 10.674, DE 16 DE MAIO DE 2003. Brasília, 2003.
24. Celiac disease fundation. Citado 2020. Disponível em <https://celiac.org/>.
25. Vivian F. O Papel da Odontologia na Doença Celíaca. *Rev. Rio Sem Glúten*, citado 2019 [Internet]. Disponível em: http://www.riosemgluten.com/odontologia_celiaca.htm.