

# ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA DOENÇA CELÍACA: ASPECTOS CLÍNICOS E INTERDISCIPLINARES

**AUTORES**

**Rebeca Ferreira Bradbury BARBOSA**

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

**Juliana ARID**

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

**RESUMO**

A Doença Celíaca (DC) é uma condição autoimune que afeta cerca de 1% da população mundial, caracterizada por uma intolerância permanente ao glúten. A ingestão de alimentos com glúten desencadeia uma inflamação crônica no intestino delgado, resultando em sintomas gastrointestinais e sistêmicos, incluindo manifestações bucais, como hipoplasia do esmalte dentário e aftas recorrentes. Em casos não clássicos, podem ocorrer sintomas isolados, como anemia resistente à ferroterapia oral, baixa estatura e osteoporose. O diagnóstico da DC requer uma combinação de exames sorológicos e biópsia duodenal, já que sintomas variados podem dificultar a identificação da doença. O tratamento envolve a adesão rigorosa a uma dieta sem glúten para toda a vida, pois essa proteína está presente em cereais como trigo, centeio, cevada e aveia. A Lei Federal Nº 10.674/2003 determina a rotulagem de produtos com glúten, facilitando a dieta do paciente celíaco. É essencial que cirurgiões-dentistas estejam atentos aos sinais bucais da DC para contribuir no diagnóstico precoce e manejo adequado, ajudando a evitar complicações associadas ao retardo no diagnóstico. Esse estudo propõe uma revisão da literatura sobre as manifestações orais da DC e o papel do dentista no diagnóstico precoce.

**PALAVRAS - CHAVE**

Doença celíaca, manifestações bucais e saúde bucal

## 1. INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma doença autoimune que ocorre em indivíduos geneticamente predispostos, afetando aproximadamente 1% da população mundial, sendo descrita como uma intolerância permanente ao glúten, visto que ocorre uma resposta imune anormal contra o glúten presente nos alimentos (LEBWOHL, SANDERS, GREEN, 2018).

A ingestão de alimentos contendo essa proteína leva a uma inflamação crônica do intestino delgado, o que pode resultar em uma variedade de sintomas e complicações sistêmicas. Entre esses, manifestações bucais são frequentemente relatadas (PASTORE et al., 2008).

Os pacientes podem apresentar manifestações isoladas, como por exemplo: baixa estatura, anemia por deficiência de ferro refratária à ferroterapia oral, hipoplasia do esmalte dentário, constipação intestinal, osteoporose esterilidade artralgia ou e epilepsia associada a calcificação intracraniana, estas são as forma não clássica da manifestações mais tardiamente da DC. A partir do desenvolvimento de marcadores sorológicos específicos para a DC, o reconhecimento da forma assintomática da doença, especialmente entre familiares de primeiro grau de pacientes celíacos, tornou-se mais fácil (RUEN, BACK, MOREIRA, 2005).

O diagnóstico da doença celíaca (DC) frequentemente requer um elevado nível de suspeita. Não existe um único teste para essa condição, sendo necessário a combinação de dados clínicos e laboratoriais para confirmá-la. O ponto de partida no diagnóstico geralmente é um exame sorológico, como a detecção de anticorpos anti-transglutaminase tecidual ou antiendomísio. Caso o resultado sorológico seja positivo, é então recomendada a realização de uma endoscopia com biópsia duodenal para confirmação diagnóstica (SILVA & FURLANETTO, 2010)

Muitas vezes, seu diagnóstico é desafiador devido à diversidade de sintomas e sinais clínicos associados, que podem ir além das manifestações gastrointestinais tradicionalmente reconhecidas (ZINGONE & CIACCI, 2018). Dentre estas manifestações, achado bucais são frequentemente relatados em pacientes portadores da doença celíaca (PASTORE et al., 2008).

As manifestações orais mais comuns da doença celíaca incluem aftas recorrentes, defeito do desenvolvimento do esmalte como hipoplasia de esmalte, a qual é a anormalidade mais comum no desenvolvimento do esmalte Dentário. Além disso, estudos demonstraram que a doença celíaca não diagnosticada pode estar associada a um maior risco de desenvolvimento de lesões de cárie e surgimento de doença periodontal (GUERRA et al., 2015).

O tratamento exclusivo e eficaz para a Doença Celíaca (DC), em todas as suas formas clínicas, é a dieta sem glúten, que deve ser mantida por toda a vida. É necessário eliminar completamente o glúten, encontrado em cereais como trigo, centeio, cevada e aveia, e substituí-lo por outros alimentos. É importante garantir que a dieta atenda às necessidades nutricionais adequadas para a idade da pessoa (ARAUJO et al., 2010). Além da dieta, o paciente celíaco deve se atentar também à composição dos medicamentos, visto que alguns podem conter glúten, como por exemplo o comprimido de Paracetamol de 750mg.

Visto a importância do paciente celíaco manter uma dieta totalmente livre de glúten existe uma Lei Federal Nº 10.674, de 16 de Maio de 2003 que obriga a que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten na rotulagem. Tendo conhecimento destes fatos, é de extrema importância que os cirurgiões dentistas tenham conhecimento a respeito da DC e suas manifestações bucais podendo contribuir na identificação precoce e no manejo da DC. Baseado no exposto o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão da

literatura sobre os achados bucais da doença celiaca e a importância do cirurgião dentista na realização de um diagnóstico precoce.

## **2. METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica baseada na busca de artigos científicos nas bases de dados: Google Scholar, PubMed e Scielo. Foram utilizados descritores como doença celiaca e defeito do esmalte para a pesquisa. A seleção dos artigos incluiu apenas aqueles de acesso aberto, escritos em português ou inglês, e publicados na íntegra. Os critérios de exclusão foram artigos incompletos, resumos, artigos no prelo, artigos não indexados nas bases de dados mencionadas e artigos pagos. A análise crítica dos artigos selecionados levou em consideração seus objetivos, métodos, resultados e discussões apresentadas, resultando na revisão bibliográfica apresentada.

## **3. REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 Doença celiaca**

A Doença Celiaca (DC) é um distúrbio digestivo que se manifesta como uma intolerância permanente ao glúten em pessoas geneticamente predispostas. Os sintomas clínicos da DC são diversos e podem incluir diarreia, perda de peso, fadiga, distensão abdominal e vômitos (AGUIRRE et al., 1997). Em crianças, a Doença Celiaca é frequentemente marcada por atraso no crescimento, diarreia, perda de massa muscular, falta de apetite e distensão abdominal. Muitas dessas crianças também apresentam sinais de sofrimento emocional, como "mudança de humor" e letargia. Além disso, algumas podem sofrer de constipação e dor abdominal (AL-TOMA et al., 2019).

Nos últimos 50 anos, a prevalência da Doença Celiaca (DC) aumentou consideravelmente, e muitos pacientes ainda não foram diagnosticados. Para o diagnóstico, são necessários testes como sorologia e biópsia, realizados enquanto o paciente mantém uma dieta com glúten. O diagnóstico é baseado em uma combinação de dados clínicos, sorológicos e histopatológicos. Em crianças, o diagnóstico pode ser feito sem biópsia, desde que critérios rigorosos sejam atendidos. O principal tratamento para a DC é uma dieta sem glúten (GFD), que exige educação, motivação e acompanhamento contínuo do paciente. É comum observar uma resposta lenta, especialmente em diagnósticos feitos na idade adulta. Sintomas persistentes ou recorrentes devem levar a uma reavaliação do diagnóstico inicial (AL-TOMA et al., 2019).

A doença celiaca pode se manifestar clinicamente de três formas distintas: clássica, não clássica e assintomática. A forma clássica, também chamada de típica, é a mais comum e geralmente se inicia nos primeiros anos de vida. Caracteriza-se por sintomas como diarreia crônica, vômitos, irritabilidade, anorexia, déficit de crescimento, distensão abdominal, perda de tecido celular subcutâneo e atrofia da musculatura glútea. É importante destacar que essa forma pode evoluir para uma crise celiaca, que ocorre quando o tratamento é atrasado (LUIZ & CREANNY DE SÁ, 2021).

A forma não clássica, ou atípica, se apresenta mais tardiamente e pode ter sintomas isolados ou poucos sintomas. Os pacientes dessa categoria podem apresentar baixa estatura, hipoplasia do esmalte dentário, constipação intestinal, osteoporose, esterilidade, artralgia ou artrite, além de epilepsia associada à calcificação intracraniana. Por fim, a forma assintomática, conhecida como silenciosa, não apresenta sintomas, mas é identificada por alterações sorológicas e histológicas no intestino delgado que são compatíveis com a doença

celíaca. Essa forma é especialmente comum entre os familiares de primeiro grau de pacientes celíacos (LUIZ & CREANNY DE SÁ, 2021).

### **3.2 Hipoplasia Molar Incisivo (MIH)**

A hipomineralização molar incisivo (MIH) é um defeito no desenvolvimento do esmalte dental que compromete um ou mais dos primeiros molares permanentes e, ocasionalmente, os incisivos correspondentes. Clinicamente, essa condição se manifesta por opacidades evidentes, que variam do esbranquiçado ao amarelo/marrom. A gravidade das lesões é distribuída de forma assimétrica e, devido à fragilidade das áreas afetadas, podem ocorrer fraturas sob a pressão da mastigação (LOPES et al., 2021).

Os critérios diagnósticos para a HMI foram inicialmente estabelecidos pela Academia Europeia de Odontopediatria, e, posteriormente, modificações foram sugeridas com base na gravidade da condição, a fim de incluir outros grupos dentários. As lesões de MIH podem surgir após a erupção dos primeiros molares e incisivos permanentes. Um fator preditivo para a MIH pode ser a presença de segundos molares decíduos com hipomineralização. No entanto, existem relatos que indicam que a ausência desse defeito na dentição decídua não exclui a possibilidade de desenvolver MIH futuramente. Além disso, a probabilidade de que segundos molares decíduos, caninos permanentes e pré-molares apresentem sinais de hipomineralização do esmalte aumenta quando os molares e incisivos estão comprometidos (LOPES et al., 2021).

A identificação precoce de dentes afetados por MIH é crucial para o manejo adequado dos molares. Esses dentes apresentam um risco elevado de cárie, tornando a prevenção desde cedo extremamente importante. Devido à hipersensibilidade, as crianças podem evitar a higiene bucal, o que ressalta a necessidade de fornecer instruções aprimoradas de cuidados dentários e aconselhamento dietético, reforçados regularmente para crianças e seus cuidadores (LYGIDAKIS et al., 2022).

A aplicação de verniz tópico de flúor é recomendada, especialmente para prevenir cáries em dentes permanentes. A combinação dessa aplicação com frequência de 3 a 6 meses e medidas preventivas adicionais permite que os profissionais monitorem de perto os dentes afetados em relação à possibilidade de ruptura. Para molares totalmente erupcionados, os selantes de fissura à base de resina devem ser considerados como a abordagem preferencial para a prevenção de cáries e proteção contra a ruptura pós-eruptiva (LYGIDAKIS et al., 2022).

A Hipomineralização Incisivo molar (HMI) pode ser classificada conforme a extensão e a gravidade das lesões, dividindo-se em três graus: leve, moderada e grave (Figura 1). No grau leve, normalmente observam-se descolorações opacas do esmalte, com um tom branco. A forma moderada apresenta descolorações mais acentuadas, que variam entre amarelo e marrom. Já no grau grave, além das descolorações, há uma perda significativa de tecido duro, resultando na formação de cavidades ou fraturas no esmalte (INCHINGOLO et al., 2023).

Figura 1 – Manifestações clínica da hipomineralização Incisivo molar



Fonte: Lourenço (2020)

O tratamento apresenta desafios devido à variabilidade das manifestações clínicas e à sensibilidade dos dentes afetados. O principal objetivo do tratamento é reduzir a sensibilidade dentária, proteger o esmalte comprometido e melhorar a estética. Em casos leves, agentes dessensibilizantes e flúor podem ser utilizados para aliviar a sensibilidade e prevenir cáries. Para casos moderados, é recomendada a aplicação de obturações adesivas e selantes, que protegem o esmalte e proporcionam uma superfície de mastigação funcional. Nos casos graves, técnicas restaurativas, como coroas dentárias, podem ser necessárias. A abordagem terapêutica deve ser personalizada, levando em consideração a gravidade da HMI, as necessidades do paciente e as opções de tratamento disponíveis. A prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais para garantir um tratamento eficaz e minimizar complicações associadas à HMI (INCHINGOLO et al., 2023).

### 3.3 Relação entre a MIH e a Doença celíaca

O impacto da doença celíaca vai além do trato gastrointestinal, abrangendo diversas manifestações extra intestinais, incluindo a saúde bucal. A cavidade oral pode refletir a saúde sistêmica, e alterações nos tecidos orais muitas vezes indicam condições subjacentes. No contexto da doença celíaca, as manifestações orais são variadas, podendo incluir úlceras aftosas, ulcerações orais recorrentes e defeitos de desenvolvimento do esmalte (DEDs). Os DEDs, em particular, se destacam como uma manifestação importante relacionada à doença celíaca (RUEN, BACK, MOREIRA, 2005).

Pesquisas indicam que o glúten pode influenciar diretamente o desenvolvimento do esmalte dental, afetando seu processo de mineralização. Estudos sugerem que a doença celíaca pode prejudicar a mineralização normal do esmalte, resultando em anomalias estruturais. Defeitos como corrosão, ranhuras e descoloração do esmalte foram observados em indivíduos com a condição, servindo como possíveis marcadores orais. Os fatores que contribuem para os DEDs incluem danos imunológicos, distúrbios nutricionais e fatores genéticos. Eles são considerados específicos quando aparecem de maneira simétrica e cronológica em ambos os lados, distribuídos nos quatro quadrantes dos dentes permanentes, sendo os incisivos e molares os mais frequentemente afetados. (RUEN, BACK, MOREIRA, 2005).

O período crítico entre a 28ª semana de gestação e os primeiros 10 dias após o nascimento é fundamental, pois marca o início da maturação da amelogenese (formação do esmalte dentário) dos primeiros molares e incisivos permanentes. Fatores de risco, como a doença celíaca durante essa fase de mineralização do esmalte, podem levar à hipomineralização dentária. O esmalte resultante pode não estar completamente mineralizado, apresentando-se amarelado e hipersensível, com menor resistência, o que afeta o tecido da dentina, semelhante ao que ocorre na hipomineralização incisivo-molar (HMI). A Sociedade Norte-Americana de Gastroenterologia,

Hepatologia e Nutrição Pediátrica (NASPGHAN) considera a presença de MIH um fator de risco para a doença celíaca, podendo ser um importante indicador da condição (ELBEK-CUBUKCU, ARSOY, OZKAYA, 2022).

Estudos mostram uma prevalência significativamente maior de defeitos dentários em pacientes com doença celíaca em comparação a crianças saudáveis. Segundo a pesquisa de Elbek-Cubukcu, Arsoy e Ozkaya (2022) crianças com doença celíaca têm 4,75 vezes mais chances de desenvolver HMI do que os grupos de controle, e todos os indivíduos com doença celíaca apresentaram a forma clássica da doença. Outros estudos também relataram uma maior prevalência de defeitos de esmalte em crianças com doença celíaca, com taxas de 42,2%, 40%, 48% e 54,3%, respectivamente.

### 3.4 Outras manifestações bucais da doença celíaca

#### - Hipoplasia de esmalte

A Doença Celíaca está ligada à odontologia devido às mudanças nas estruturas bucais. A hipoplasia do esmalte dental, embora não seja amplamente abordada na literatura, é um sinal comum, especialmente na forma silenciosa da doença. Essa condição pode ser, em muitos casos, a única manifestação observada em crianças e adolescentes celíacos que não recebem tratamento (RUEN, BACK, MOREIRA, 2005).

Os defeitos de esmalte costumam ser simétricos, afetando os quatro quadrantes dentais e podendo impactar a estrutura dos dentes em diferentes intensidades, o que reflete a gravidade da doença e os períodos sem glúten na dieta. Os dentes mais afetados são os primeiros molares e os incisivos permanentes (Figura 2), uma vez que a formação do esmalte acontece durante o período em que o glúten está incluído na alimentação. Quando o diagnóstico é feito precocemente, os outros dentes tendem a ser afetados em menor grau ou até mesmo não serem impactados (BOHN, 2021).

O momento em que os ameloblastos sofrem agressão é crucial para a localização e aparência das falhas no esmalte dentário. No entanto, identificar a causa dos danos é desafiador, pois diferentes fatores podem levar a defeitos com características clínicas semelhantes. O esmalte final reflete todas as agressões sofridas durante o desenvolvimento dos dentes. Além disso, as alterações no esmalte dentário ocorrem com frequência devido a influências sistêmicas; nesses casos, a perda de esmalte tende a ser bilateral e simétrica, e sua localização está relacionada ao estágio de desenvolvimento dos dentes afetados (NEVILLE et al., 2009).

Figura 2- Hipoplasia de esmalte



Fonte: Garcia (2014)

### - Estomatite aftosa recorrente

A estomatite aftosa recorrente (EAR) é uma condição comum na mucosa oral, caracterizada pela presença de uma ou mais úlceras discretas e dolorosas que surgem periodicamente, com intervalos que podem variar de alguns dias a alguns meses (Figura 3). A causa da EAR é geralmente desconhecida, mas está frequentemente associada a deficiências de ferro, folato e vitamina B12, além de fatores como estresse, alergias, DC, traumas, desequilíbrios hormonais e infecções (CASTAGNA, 2023).

Segundo o estudo de Castagna (2023), foi sugerido que a adesão a uma dieta sem glúten promove uma microbiota oral que beneficia a saúde gengival. Além disso, pacientes com DC que não mantêm uma dieta rigorosa sem glúten apresentaram níveis mais elevados de inflamação sistêmica, o que pode estar ligado à inflamação gengival.

Figura 3- Estomatite aftosa recorrente



Fonte: Cui, Bruce, Rogers (2016).

### - Líquen Plano

O líquen plano (LP) é uma condição dermatológica que afeta com frequência a mucosa oral, apresentando alta taxa de recorrência. Sua causa exata ainda não é conhecida, mas alguns fatores como ansiedade, diabetes, doenças autoimunes, problemas intestinais, uso de medicamentos e estresse têm sido associados a sua manifestação (ÁQUILA et al., 2022).

O líquen plano bucal (LPB) possui três subclassificações: a forma reticular, a erosiva e a bolhosa. A forma reticular (Figura 4) é assintomática e aparece na parte posterior da mucosa jugal, de forma bilateral, assim como na borda lateral e dorso da língua, gengiva, palato e vermelhão labial. Caracteriza-se por estrias brancas entrelaçadas, conhecidas como estrias de Wickham. A forma erosiva, por sua vez, é marcada por sintomas, apresentando áreas eritematosas atróficas e ulcerações centrais de diferentes intensidades. Por fim, o líquen plano bolhoso é uma evolução da forma erosiva, onde ocorre uma separação entre o epitélio e o tecido conjuntivo subjacente, resultando em uma apresentação relativamente rara (AQUILA et al., 2022).

Figura 4 - Líquen plano reticular



Fonte: Tortajada (2021)

## - Cárie

De acordo com Carvalho (2012) a menor frequência de cárie foi registrada no grupo de não celíacos, que teve como controle uma amostra de 52 indivíduos. O diagnóstico de cárie foi realizado por meio do Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cárie, conhecido pela sigla em inglês ICDAS. Nesse sistema, o primeiro número indica a presença e o tipo de restauração, enquanto o segundo número refere-se à presença e ao tipo de cárie dental.

Índices estatisticamente significativos de cáries foram observados nas dentições decídua e permanente de 300 indivíduos celíacos, em comparação com um grupo controle do mesmo tamanho. Os autores destacaram que a maior incidência de cáries não é uma manifestação direta da doença celíaca, mas sim uma consequência das condições geradas pela doença, como a fragilidade do esmalte, alterações na concentração da saliva e diminuição do fluxo salivar (COSTACURTA et al., 2010).

Figura 5- Cárie dentária



Fonte: Costacurta et al. (2010)

### 3.5 Tratamento da doença celíaca

Atualmente, o único tratamento para a Doença Celíaca (DC) é a adoção de uma dieta rigorosamente isenta de glúten, que deve ser mantida de forma permanente. Na maioria dos casos, a eliminação do glúten é suficiente para aliviar os sintomas e prevenir complicações. A orientação para a dieta deve ser feita somente após o diagnóstico, que frequentemente envolve a realização de uma biópsia intestinal (LIU et al., 2014).

Em crianças pequenas com quadros graves, pode ser necessário, inicialmente, seguir uma dieta sem glúten e sem lactose, devido a uma intolerância temporária à lactose até que a mucosa intestinal se recupere. Também é importante avaliar a reposição de alguns micronutrientes em pacientes que apresentam sintomas crônicos. Tanto o paciente quanto a família devem receber orientações sobre a dieta, incluindo como ler os rótulos dos alimentos e alternativas para substituir ingredientes nas receitas do dia a dia. A consulta com um nutricionista é altamente recomendada (LIU et al., 2014).

## 4. CONCLUSÃO

A Doença Celíaca (DC) é uma condição autoimune que, além de suas manifestações gastrointestinais clássicas, pode apresentar uma série de sintomas extraintestinais, incluindo manifestações bucais. Este estudo revisou a literatura sobre a relação entre a DC e as manifestações orais, com destaque para a hipoplasia do esmalte dentário, a hipomineralização molar-incisivo (MIH), estomatite aftosa recorrente e outras condições como líquen plano e o aumento do risco de cárie dental. Tais manifestações podem ser os primeiros sinais da doença,



especialmente em sua forma silenciosa, sublinhando a importância do papel dos cirurgiões-dentistas no reconhecimento precoce da DC.

A identificação dessas condições bucais pode ser um elemento-chave para o diagnóstico precoce da DC, particularmente em pacientes assintomáticos ou com sintomas não gastrointestinais. A inclusão de exames bucais detalhados no manejo clínico desses pacientes pode acelerar o diagnóstico e melhorar o prognóstico ao iniciar mais rapidamente a intervenção necessária, como a adoção de uma dieta sem glúten. A conscientização dos profissionais de saúde bucal é essencial para garantir o acompanhamento multidisciplinar adequado e para minimizar os efeitos negativos da DC na saúde oral e geral dos pacientes. Portanto, é fundamental que dentistas se mantenham atualizados e aptos a reconhecer as manifestações orais da DC, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE, J.M. et al. Dental enamel defects in celiac patients. **Oral surgery oral medicine oral pathology**, v. 84, Issue 6, p. 646-650, 1997.

AL-TOMA, A. et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. **United European Gastroenterol J**, v. 7, n.5, p. 583-613, 2019.

ARAUJO, H. M. C.; ARAUJO, W. M. C.; BOTELHO, R. B. A.; ZANDONADI, R. P. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.23, n.3, p.467-474, 2010.

AQUILA, O. A. Manifestações orais e maxilofaciais da Doença Celíaca. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, e296111234636, 2022.

BOHN, F.R. **Relação da doença celíaca e a odontologia: Revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso, UNISC. 2021

CUI. R. Z.; BRUCE, A .J.; ROGERS. R. S. Recurrent aphthous stomatitis. **Clínicas em Dermatologia**, v. 34, 2016.

CARVALHO, F. K. D. **Doença celíaca: Repercussões bucais e estudo do esmalte dental como marcador da doença**. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto, USP. 2012.

CASTAGNA, E. Manifestações orais como diagnóstico da doença celíaca. **CESPU. Instituto universitário de ciências da saúde**, 2023.

COSTACURTA, M.; MATURO, P.; BARTOLINO, M. DOCIMO.P , Oral manifestations of coeliac disease. A clinical statistic study. **Oral & Implant**. Rome, v. 3, n. 1, p. 12-19, 2010.

ELBEK-CUBUKCU, C.; ARSOY, H.-A.; OZKAYA, G. Assessment of Oral Manifestations in Pediatric Patients with Celiac Disease in Relation to Marsh Types. **Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal**, 2023.

GARCIA, E. **Hipoplasia de esmalte.** 2014. Disponível em: <https://www.odontologiaelianegarcia.com.br/post/2019/06/14/hipoplasia-hipocalcifica%C3%A7%C3%A3o-e-hipomineraliza%C3%A7%C3%A3o-as-v%C3%A1rias-causas-para-as-manchas-brancas>: Acesso em: 29 out.2024

GUERRA, F. A. et al., Manifestações orais da doença celíaca – Revista da Literatura. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, v. 15, n. 2, p. 117-149, fev. 2015.

INCHINGOLO, A.M. et al. Treatment Approaches to Molar Incisor Hypomineralization: A Systematic Review. **J. Clin. Med.** v.12, Issue 22, 2023.

LEBWOHL, B.; SANDERS, D. S.; GREEN, P. H. R. Coeliac disease. **Lancet**, v.391, n.10115, p.70-81, 2018.

LUIZ, I.M.; CREANNY DE SÁ; K. H. Doença celíaca e seu impacto na saúde geral e bucal de indivíduos portadores dessa autoimunidade. **Facit Business And Technology Journal.**, v. 1, 2021.

LEI FEDERAL Nº 10.674, de 16 de Maio de 2003. **Obriga a que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten, como medida preventiva e de controle da doença celíaca.** Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.674.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.674.htm). Acesso em: maio de 2024.

LIU, S.M. et al. Doença Celíaca. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24, 2014.

LOURENÇO. O. **Hipomineralização de molar e incisivos.** 2020. Disponível em: <http://lourencoodontologia.com.br/blog/hipomineralizacao-de-molares-e-incisivos-hmi/>. Acesso em: 29 out 2024.

Lopes, L. B. et al. The prevalence of molar-incisor hypomineralization: a systematic review and meta-analysis. **Scientific reports**, v.11, n.1, 2021.

LYGIDAKIS, N. A. et al. Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v.23, n. 1, p.3-21, 2022.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral & maxilofacial.** Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

PASTORE, L.; CARROCCIO, A.; COMPILATO, D.; PANZARELLA, V.; SERPICO, R.; LO MUZIO, L. Oral manifestations of celiac disease. **J Clin Gastroenterol.** v.42, n.3, p.224–232, 2008.

RUEN, M. S.; BACK, J. C. V.; MOREIRA, E. A. M. Doença celíaca: sua relação com a saúde bucal. **Revista de Nutrição**, v.18, n.2, 2005.

TORTAJADA. F. C, **Liquem plano**, 2021. Disponível em: <http://www.odontologosdehoj.com/liquem-plano-reticular>. Acesso em 20 out. 2024.

SILVA, T. S. G.; FURLANETTO, T. W. Diagnóstico de doença celíaca em adultos. **Rev Assoc Med Bras**, v.56, n.1, p.122-6, 2010.

ZINGONE, F.; CIACCI, C. The interplay between micronutrients and the pathogenesis of celiac disease: recent insights and perspectives. **Minerva gastroenterologica e dietologica**, v.64, n.3, p.221-230, 2018.