

Aftosis oral recurrente

D. Velázquez Tarjuelo, E. Balbín Carrero, C. Silvente San Nicasio, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

La aftosis oral recurrente es la patología más frecuente de mucosa oral, y se presenta en un 20-50% de la población general. Es un trastorno de etiología desconocida, y aunque típicamente las úlceras son autorresolutivas en el transcurso de 7-10 días, en algunos casos pueden durar hasta semanas o meses, dejando cicatrices tras su curación, o incluso pueden ser lesiones constantes. Es importante diferenciar este proceso de la aftosis compleja, caracterizada por la presencia de más de tres aftas orales constantes o la existencia de aftas orales y genitales en ausencia de enfermedad de Behçet. Asimismo, es importante descartar determinadas enfermedades sistémicas que cursan con aftosis oral recurrente, como la enfermedad de Behçet, el lupus eritematoso sistémico y la enfermedad inflamatoria intestinal.

Palabras clave

Aftosis oral recurrente, úlceras orales, mucosa oral

Caso clínico

Niña de 6 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a la consulta de dermatología por un cuadro de 5 días de evolución de lesiones dolorosas en la mucosa lingual (figura 1). No asocia malestar general, artralgias, fiebre, clínica sistémica o cutaneomucosa en otra localización. La paciente refiere brotes de lesiones similares, siempre localizadas en la mucosa lingual, autorresolutivas en el plazo de 10-12 días sin dejar cicatrices residuales.

En la exploración física, se observan en la punta lingual tres pequeñas úlceras de 3-5 mm, con una superficie fibrinosa y un halo eritematoso periférico. No se palpan adenopatías cervicales. Se realiza una analítica para determinar la velocidad de sedimentación globular y las concentraciones de hierro, ferritina, vitaminas B₆ y B₁₂ y anticuerpos antinucleares, cuyos resultados fueron todos normales.

Dada la sintomatología dolorosa, se decide instaurar tratamiento local con lidocaína viscosa y gel de ácido hialurónico, con lo que se alcanzó la resolución completa de las lesiones tras una semana de tratamiento.

Discusión

Clásicamente, la aftosis oral recurrente se ha dividido en tres formas clínicas: menor, mayor y herpetiforme. Constituye la patología oral más frecuente, y puede afectar hasta a un 50% de

Abstract

Title: Recurrent aphthous ulcers

The recurrent aphthous ulcers are the most common mucosal lesions, which are observed in a 20-50% of the general population. It is a disorder of unknown etiology, and even though typically the ulcers disappear in the lapse of 7-10 days, in some cases they can last weeks and even months, leaving scars after its healing and sometimes the ulcer activity can be almost continuous. It is important to differentiate between recurrent aphthous ulcers and complex aphthosis, diagnosis given to patients with almost constant more of 3 oral aphthae or recurrent oral and genital aphthae in the absence of Behçet disease. Similar ulcers can be noticed in systemic diseases as the Behçet syndrome, systemic lupus erythematosus and inflammatory bowel disease.

Keywords

Recurrent aphthous ulcers, oral ulcers, oral mucosa

la población general. Dentro del subgrupo pediátrico, suele afectar con mayor frecuencia a los pacientes de nivel socioeconómico más elevado. Aunque se considera de etiología desconocida, puede aparecer asociada a alguna enfermedad sistémica, como la enfermedad de Behçet, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad inflamatoria intestinal, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o la celiaquía.

Como su propio nombre indica, la aftosis oral recurrente se caracteriza por la existencia de úlceras en mucosa oral, de carácter recurrente, confinadas en áreas de mucosa oral no queratinizada, como la mucosa labial, yugal, gingival, el suelo de la boca, el paladar blando y la cara ventral lingual. Clínicamente, podemos dividir la aftosis oral recurrente en tres grandes grupos: menor, mayor y herpetiforme.

La aftosis oral recurrente menor es la forma clínica más frecuente, ya que constituye el 80% de todos los casos. Se manifiesta en forma de pequeñas úlceras <1 cm, discretamente dolorosas, autorresolutivas sin dejar cicatriz en un periodo de 7-10 días. Suele iniciarse en la infancia. Así, aproximadamente un 1% de la población infantil padece aftosis oral recurrente menor antes de los 5 años. El porcentaje de pacientes afectados suele disminuir a partir de la tercera década de vida.

La forma mayor, menos frecuente que las otras dos formas clínicas, se caracteriza por la existencia de úlceras >1 cm, intensamente dolorosas, de bordes irregulares, que pueden confluir. Pueden llegar a tardar en resolverse hasta 6 semanas,



Figura 1. Lesiones ulcerosas con halo eritematoso y superficie blanca con material fibrinoide

muchas veces dejando cicatrices que distorsionan la mucosa. Suele iniciarse tras la pubertad, y puede persistir durante toda la vida, aunque normalmente en la edad adulta tardía los brotes suelen espaciarse en el tiempo.

Por último, la aftosis oral recurrente herpetiforme constituye el 5-10% de todos los casos, y se caracteriza por la aparición de decenas o cientos de pequeñas aftas, que pueden no superar 1 mm de tamaño. Suele comenzar alrededor de la segunda década de la vida, y su frecuencia y severidad aumentan durante la tercera y cuarta décadas, para luego disminuir en pacientes de edad más avanzada.

Se han descrito diferentes factores asociados a la aparición de este cuadro, como factores genéticos, déficit de hierro, ácido fólico, vitamina B₆ o B₁₂ (observado hasta en un 20% de los pacientes con aftas orales recurrentes), estrés, ciclos menstruales, factores locales físicos o químicos (fenómeno de koebner) o sensibilización a agentes químicos o aditivos alimentarios, que pueden estimular la aparición de un nuevo brote. Numerosos estudios han intentado probar la asociación de dicho cuadro a infecciones virales, ya sea por el virus del herpes simple, el virus de la varicela zóster o el citomegalovirus, aunque con resultados fallidos en todos ellos.

Asimismo, en varias enfermedades sistémicas pueden aparecer episodios de aftosis oral recurrente, como la infección por el VIH (en que hasta un 66% de los casos experimenta brotes, sobre todo en la forma herpetiforme y mayor) o la enfermedad de Behçet. Esta enfermedad inflamatoria multisistémica de origen desconocido se caracteriza por aftas orales recurrentes asociadas a, al menos, dos de los siguientes hallazgos: aftas genitales, sinovitis, vasculitis pustulosa cutánea, uveítis posterior o meningoencefalitis. Otros cuadros que cabría descartar ante la aparición de aftas orales recurrentes son la enfermedad celíaca —en la que las aftas pueden preceder en ocasiones a la clínica digestiva, y que debe sospecharse en pacientes

con déficit de ácido fólico y anticuerpos específicos positivos—, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad inflamatoria intestinal y la neutropenia secundaria a inmunosupresión o a tratamiento quimioterápico.

Se recomienda realizar, como estudio de extensión, una analítica completa para determinar la velocidad de sedimentación globular y las concentraciones de hierro, ferritina, folato y vitaminas B₆ y B₁₂.

El diagnóstico diferencial debe realizarse, además de con las enfermedades sistémicas ya mencionadas, con cuadros virales como la enfermedad de boca-mano-pie o la gingivostomatitis herpética, los traumatismos dentales, el líquen plano oral, el eritema exudativo multiforme o los procesos neoplásicos, estos últimos muy poco frecuentes en la edad pediátrica.

El tratamiento está enfocado a disminuir los síntomas, ya que es un cuadro autorresolutivo en el plazo de una o varias semanas. Pueden emplearse corticoides tópicos, enjuagues antimicrobianos como la clorhexidina para evitar sobreinfecciones, anestésicos locales como la lidocaína viscosa para paliar el dolor durante la ingesta, o geles con ácido hialurónico para favorecer la cicatrización. En los casos severos se ha descrito una mejoría clínica con la administración de algunos fármacos, como la colchicina, la prednisona oral, la azatioprina, el cromoglicato disódico o la talidomida, este último en los casos asociados al VIH. Los casos asociados a déficit vitamínicos o de ácido fólico y hierro pueden mejorar con la suplementación. En un estudio realizado en adolescentes, se observó una disminución en la incidencia y el dolor de las lesiones con suplementos de ácido ascórbico en dosis de 2.000 mg/día. Como medidas generales, también se recomienda evitar la ingesta de alimentos duros que puedan exacerbar o favorecer la aparición de nuevas úlceras (mediante fenómeno de koebnerización), así como de alimentos picantes o salados, nueces, piña o canela. ■

Bibliografía

- Casiglia JM, Mirowski GW, Nebesio CL. Aphthous stomatitis. En: *medicine specialties, dermatology, diseases of the mucosa oral*, 2010.
- Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, et al. Guidelines for diagnosis and management of aphthous stomatitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2007; 26: 728-732.
- Keogan MT. Clinical immunology review series: an approach to the patient with recurrent orogenital ulceration, including Behçet's syndrome. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 156: 1-11.
- Letsinger JA, McCarty MA, Jorizzo JL. Complex aphthosis: a large case series with evaluation algorithm and therapeutic ladder from topical to thalidomide. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52: 500-508.
- Muñoz-Corcuera M, Esparza-Gómez G, González-Moles MA, et al. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologists (I). *Acute ulcers*. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34: 289-294.
- Woo SB, Sonis ST. Recurrent aphthous ulcers: a review of diagnosis and treatment. *JADA*. 1996; 127: 1.202-1.213.