

Estomatitis aftosa recurrente

Fecha de la última revisión: 20/10/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo tratarlas?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

Las aftas o úlceras bucales son lesiones que aparecen en la mucosa oral. Hablamos de estomatitis aftosa recurrente (EAR) (úlceras aftosas recidivantes, aftosis oral compleja, aftas, úlcera de Canker) cuando su localización está limitada a la boca y no es consecuencia de alguna enfermedad sistémica. Es probable que una disfunción inmunológica unida a diversos factores desencadenantes facilite la aparición de las aftas. Esta disfunción inmunológica local estaría relacionada con un aumento de las subpoblaciones de los linfocitos T (CD4 y CD8) y un aumento del factor de necrosis tumoral alfa (Matute GR, 2011; Cui RZ, 2016).

Aproximadamente el 20% de la población se ve afectada por EAR a lo largo de su vida. La incidencia referida en los estudios varía entre un 5 y un 60% según el tipo de población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. Es más frecuente en mujeres, menores de 40 años, no fumadores y población de mayor nivel socioeconómico (Scully C, 2006; Porter S, 2005).

Las aftas son muy dolorosas, tienen forma redondeada u oval, con base amarillenta rodeada de un halo rojizo. Su diámetro suele variar entre 3 y 8 mm y puede ser una lesión única o pueden formar grupos de hasta 20 o más. Unos días antes de aparecer pueden producir una sensación de ardor. En personas sanas son lesiones autolimitadas a 1-2 semanas y pueden presentarse de 3 a 6 episodios en un año. Dependiendo de su tamaño se pueden clasificar en (Lehman JS, 2016; Cui RZ, 2016):

- **Úlceras menores** (2-10 mm): la forma más común (80%), afectan a la mucosa no queratinizada y curan espontáneamente en 1-2 semanas. Una forma poco frecuente es la herpetiforme, así denominada por ser una lesión entre 1 a 2 mm e imitar al herpes en cavidad oral (lesiones en racimos).
- **Úlceras mayores** (más de 10 mm): de menor frecuencia y mayor duración. Su etiología es desconocida. Se las ha relacionado con reacciones inmunológicas frente a las bacterias de la flora bucal, falta de vitaminas, ansiedad, cambios hormonales, alergias alimentarias y factores genéticos. Pequeños traumas locales pueden iniciar úlceras bucales.

Tabla 1. Tipos de estomatitis aftosa recurrente. (Lehman JS, 2016; Cui RZ, 2016)	
Simple	Compleja
• Episódica. • 3-6 episodios al año. • Menos dolorosas. • Menos discapacidad. • Limitadas a la cavidad oral.	• Episódicas o continuas. • Curación insidiosa. • Más dolorosas. • Mayor discapacidad. • Aftas genitales.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es habitualmente clínico. No suele ser preciso realizar pruebas complementarias. Puede estar indicada alguna prueba en casos dudosos (tabla 2). La biopsia debe ser considerada cuando una úlcera dura más de 3 semanas, tanto si es única como múltiple. La inmunohistoquímica es necesaria si sospechamos una enfermedad dermatológica (Scully C, 2006).

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de las úlceras bucales. (Scully C, 2006; Porter S, 2005; Millán Parrilla F, 2010; Matute GR, 2011; Gomes CC, 2016)			
Causa	Ejemplos	Clínica	Diagnóstico
Desconocida	Aftas	Historial de úlceras bucales desde la infancia	Clínica Descartar enfermedades sistémicas si existe sintomatología general
	Fiebre recurrente, aftas, faringitis, y adenitis	Historial de úlceras bucales desde la infancia, fiebre recurrente, faringitis, linfadenitis	
Traumas mecánicos, térmicos o químicos	Mordeduras, prótesis dentales, cepillado dental, etc.	Se ha comunicado una acción irritante local del lauril sulfato sódico, que es un tensoactivo utilizado en muchas pastas dentífricas	Anamnesis
Infecciones	Infección recurrente con virus herpes	Historia de úlceras localizadas en el paladar o la lengua, generalmente en el mismo lugar en cada episodio, a menudo después de un traumatismo oral	Clínica
	Virus Coxsackie (enfermedad mano-pie-boca,	Lesiones localizadas a nivel perioral, así como en mucosa oral,	

	herpangina)	en manos y pies Fiebre	Clínica Test del VIH
	Infección por VIH	Infecciones bucales (candidiasis, leucoplasia vellosa) o neoplásicas (sarcoma de Kaposi, linfoma) otras evidencias o factores de riesgo para VIH	
Enfermedades reumáticas	Síndrome de Behçet	Aftas genitales, eritema nodoso, uveítis, artritis, manifestaciones del SNC	Clínica y test serológicos para descartar otros procesos (FR, PCR, VSG)
	Artritis reactiva (síndrome de Reiter)	Uretritis, colitis, conjuntivitis, balanitis, implicaciones articulares, más en hombres	
	Síndrome de Sweet	Placas eritematosas, fiebre, a menudo asociado a otros procesos, enfermedad inflamatoria intestinal, leucemia...	
Enfermedades dermatológicas	Eritema multiforme	Lesiones cutáneas con picor o escozor, afectación menor de mucosas	Presentación clínica y biopsia de la piel perilesional
	Liquen plano	Placas nacaradas en mucosa oral y otras localizaciones del cuerpo	Clínica y biopsia
	Enfermedad ampollosa (pénfigo, penfigoide, epidermólisis ampollosa)		Clínica y biopsia (IFD+)
Enfermedades hematológicas	Neutropenia cíclica	Fiebres recurrentes, asociada a otras infecciones bucales, debutando en la infancia o adolescencia	Clínica y analítica de sangre con vitamina B12, ácido fólico, ferritina y hemograma
	Leucemias	Infecciones, anemia, petequias o púrpura	
Enfermedad gastrointestinal	Enfermedad celiaca	Defectos dentales, malabsorción, diarrea, pérdida de peso, flatulencia	Clínica y anticuerpos antigliadina, transglutaminasa y biopsia de intestino delgado
	Enfermedad inflamatoria intestinal	Rectorragia, pérdida de peso, manifestaciones articulares, enfermedad hepatobiliar	Clínica, colonoscopia y biopsia de la úlcera gástrica
	Infección por <i>Helicobacter Pylori</i>	Dispepsia, epigastralgia	Test de la ureasa en el aliento, antígeno del <i>Helicobacter Pylori</i> en heces, biopsia gástrica
Fármacos	AINEs Betabloqueantes Alendronato Nicorandil	Rash	Historia de sensibilidad a fármacos

¿Cómo tratarlas?

Los estudios existentes sobre la utilidad de los diferentes tratamientos son de poca calidad. En la tabla 3 aparecen los tratamientos locales más utilizados. Se puede añadir un analgésico por vía oral (**paracetamol** o **ibuprofeno**). Si existe algún factor desencadenante debe corregirse.

Tabla 3. Tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. (Akintoye SO, 2005; Porter S, 2005; Mimura MA, 2009; Volkov I, 2009; Millán Parrilla F, 2010; Prasad RS, 2013; Soylu G, 2014)			
Fármaco	Preparación	Aplicación	Comentarios
Analgésicos	Colutorio de benzidamida al 0,15% (Tantum verde®)	1 cucharada 2-3 veces al día para realizar enjuagues, no tragar, hasta la curación o durante 7 días	Ocasionalmente entumecimiento o escozor, raras reacciones de hipersensibilidad
Anestésicos tópicos	Lidocaína (desde el 2% al 5%) + hidróxido de aluminio a partes iguales (fórmula magistral)	Antes de las comidas y cuando se precise	Se puede realizar la formulación magistral con un bioadhesivo protector
Bioadhesivos protectores	Orabase®: caramelosa, para realizar una fórmula magistral	Sobre la úlcera 4 veces cada día durante 2 semanas o hasta la curación	No comer, beber ni cepillarse los dientes hasta 45-60 minutos después de aplicarlo
	Polivinilpirrolidona (PVP) Aloclair® gel, colutorio y spray	Colutorio si hay un número importante de úlceras y gel si son menos y más localizadas	Mucoadhesivo y protector mecánico de la mucosa oral El Aloclair® asocia aloe vera, hialuronato sódico y cloruro de benzalconio
Corticoides	Acetónido de triamcinolona, pasta al 0,05-0,1% en Orabase® (fórmula magistral)	Sobre la úlcera 4 veces cada día durante 2 semanas o hasta la curación	No comer, beber ni cepillarse los dientes hasta 45-60 minutos después de aplicarlo Existen formas de solución acuosa/6 horas para cuando hay más de 3 aftas Los corticoides inhalados pueden ser una opción
	Propionato de clobetasol al 0,025-0,05% en Orabase® (fórmula magistral)		
	Hidrocortisona (Oralsone comprimidos®, Aftajuventus solución®, Aftasone®)	3-4 veces al día No debe utilizarse más de 1 semana	
Colutorios antisépticos	Digluconato de clorhexidina al 0,12-0,20% o gel al 1% (Oraldine® y Cariax®)	4 veces/día durante semanas o meses	Tinción superficial de la dentadura (reducir el consumo de té, café y vino tinto)
Ácido hialurónico	Aftaspray®	Se pude aplicar tantas veces como se precise	
Tetraciclinas	Clorhidrato de tetraciclina al 2% en	3-4 veces al día	

	Orabase® (fórmula magistral) 120 cc de doxiciclina (Vibracina jarabe®) + acetónido de triamcinolona (2 cc) + 10 cc de mepivacaína al 2% (fórmula magistral)	Utilizar en enjuagues cada 8 horas	
Cauterización química	Nitrato de plata	Se aplica previamente lidocaína tópica	Alivio del dolor pero no demuestra menor tiempo de curación
Cauterización con láser	Láser	Enjuagarse la boca varias veces durante el procedimiento	
Vitamina B12	Dosis de 1000 mcg de B12 (Benexol®, Hidroxil®)	Dosis diaria durante 6 meses	Efectivo en aftosis compleja y sin necesidad de conocer niveles de B12 previos

Bibliografía

- Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphtous stomatitis. Dent Clin N Am. 2005;49(1):31-47. PubMed [PMID: 15567359](#)
- Cui RZ, Bruce AJ, Rogers RS 3rd. Recurrent aphthous stomatitis. Clin Dermatol. 2016;34(4):475-81. PubMed [PMID: 27343962](#)
- Gomes CC, Gomez RS, Zina LG, Amaral FR. Recurrent aphthous stomatitis and *Helicobacter pylori*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016;21(2):e187-91. PubMed [PMID: 26827061](#). [Texto completo](#)
- Lehman JS, Rogers RS 3rd. Acute oral ulcers. Clin Dermatol. 2016;34(4):470-4. PubMed [PMID: 27343961](#)
- Matute GR, Riera Alonso E. La aftosis oral recurrente en reumatología. Reumatol Clin. 2011;7(5):323-8. PubMed [PMID: 21925448](#). [Texto completo](#)
- Millán Parrilla F, Quecedo Estébanez E, Gimeno Carpio E. Tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante. Piel. 2010;25(8):463-9.
- Mimura MA, Hirota SK, Sanches JA Jr, Migliari DA. Systemic treatment in severe cases of recurrent aphthous stomatitis: an open trial. Clinics (Sao Paulo). 2009;64(3):193-8. PubMed [PMID: 19330244](#). [Texto completo](#)
- Porter S, Scully C. Aphthous ulcers (recurrent). Clin Evid. 2005;(13):1687-94. PubMed [PMID: 16135306](#)
- Prasad RS, Pai A. Assessment of immediate pain relief with laser treatment in recurrent aphthous stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116(2):189-93. PubMed [PMID: 23622766](#)
- Scully C. Clinical practice. Aphthous ulceration. N Engl J Med. 2006;355(2):165-72. PubMed [PMID: 16837680](#)
- Soylyu G. Silver nitrate cauterization: a treatment option for aphthous stomatitis. J Craniomaxillofac Surg. 2014;42(5):e281-3. PubMed [PMID: 24275482](#)
- Volkov I, Rudoy I, Freud T, Sardal G, Naimer S, Peleg R, et al. Effectiveness of vitamin B12 in treating recurrent aphthous stomatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Board Fam Med. 2009;22(1):9-16. PubMed [PMID: 19124628](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. Dent Clin North Am. 2014;58(2):281-97. PubMed [PMID: 24655523](#). [Texto completo](#)
- Stoopler ET, Sollecito TP. Oral mucosal diseases: evaluation and management. Med Clin North Am. 2014 Nov;98(6):1323-52. PubMed [PMID: 25443679](#)

Autora

- Marta González Feroso Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Urgencias del Hospital Montecelo. Servizo Galego de Saúde. Pontevedra. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

