

Estomatitis aftosa recurrente mayor tipo C: Reporte de un caso

Recurrent type C major aphthous stomatitis: A case study

Dra. Sandra López Verdín

Instituto de Investigación en Odontología.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: Febrero de 2011

Aceptado para publicación: Abril de 2011

Dr. Ronell E. Bologna Molina.

Escuela de Odontología.
Universidad Juárez del Estado de Durango.

Resumen

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) ha sido descrita como la enfermedad de la mucosa bucal más común en América. Se considera una enfermedad inflamatoria no infecciosa de la mucosa bucal de etiología aún desconocida. Las úlceras de la EAR se distinguen por su forma tamaño, localización (herpetiforme, menor y mayor) y estrategias de manejo (tipos A, B y C), lo que permite diferenciarlas de las diversas enfermedades ulcerativas infecciosas (p.ej. las producidas por virus herpes) y así dirigir el tratamiento adecuado ya que la EAR afecta en gran medida la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: *úlceras aftosas recurrentes, tratamiento de úlceras*

Abstract

Recurrent aphthous stomatitis (RAS) has been described as the most common disease of the oral mucous in the Americas. It is regarded as a non-infectious inflammatory disease of the oral mucous of as yet unknown etiology. The ulcers characteristic of RAS are easily identified thanks to their shape, size, and location (minor, major and herpetiform), and are subject to specific therapeutic strategies (types A, B, and C), which thus sets them apart from the diverse range of infectious ulcerative diseases (for example, those caused by the herpes virus) and allows the most suitable treatment to be given for a condition that greatly affects the quality of life of the patient.

Key words: *recurrent aphthous ulcer, ulcer treatment*

Introducción

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad bucal frecuente e inclusive ha sido descrita como la enfermedad de la mucosa bucal más común en América¹. Las lesiones ocurren únicamente en mucosa no queratinizada y son usualmente úlceras dolorosas, superficiales con un halo eritematoso cubierto por una capa fibromembranosa amarillenta-grisácea. A pesar de las extensas investigaciones, la etiología exacta de la EAR es aún desconocida, aunque posibles causas como el estrés, factores hormonales, trauma, microorganismos, alergia a ciertos alimentos, disregulación inmunitaria, y predisposición ge-

nética parecen jugar un papel importante.^{2, 3, 4} Sin embargo la mayoría de las evidencias sugieren que es una enfermedad inflamatoria no infecciosa de las mucosas, tejido que sirve como primer línea mecánica e inmunológica de defensa contra agresiones físicas y agentes infecciosos. La EAR deriva de una respuesta inmunológica mediada por células T contra un antígeno asociado al epitelio, la cual conlleva a una pérdida de adhesión entre los queratinocitos y a la lisis apóptica de las células epiteliales. La capa entera del epitelio y el tejido conectivo subyacente son el blanco en la región ulcerada⁵. El inicio de la enfermedad es usualmente durante la infancia o adolescencia y puede permanecer a través de toda la vida⁶, con una tendencia a disminuir en frecuencia y severidad con la edad

². Se calcula que alrededor del 80% de los pacientes con EAR, desarrollan las lesiones ulcerosas antes de los 30 años de edad. El inicio de lesiones en boca que simulan una EAR en años posteriores sugiere la posibilidad de desarrollar un desorden más complejo como pudiera ser la Enfermedad de Behcet.

Reporte de caso

Paciente femenino originaria de La Barca, Jalisco, de 70 años de edad, que se presenta a la clínica de medicina y patología bucal de la Universidad de Guadalajara por presentar dolor en la boca. La paciente refiere que las lesiones se han presentado desde hace 10 años y aparecen recurrentemente, tratándose con diversos medicamentos como fueron parches compuestos por frutas cítricas/magnesio, y antivirales indicados por diferentes médicos ante la sospecha clínica de infección por virus herpes. Dentro de los antecedentes patológicos de importancia refiere padecer hipertensión, diagnosticada desde hace 18 años, tratada con Amlodipino y Captopril además de suplementos vitamínicos. A la exploración se observaron múltiples úlceras con halo rojizo y bordes bien definidos, mostrándose la mayoría de ellas con una forma ovoide o circular que medían de 1 cm hasta 2 cm, localizadas en mucosa yugal cercana a comisura labial, borde lateral y dorso de lengua (Fotografías. 1 y 2).



Fotografía 1. Úlceras mayores a 1 centímetro, de formas diversas, ovoidales e irregulares, con un halo eritematoso, en el dorso de la lengua.



Fotografía 2. Úlcera en la mucosa yugal, cerca de la comisura labial, de forma ovoide, con un halo eritematoso.

Se le indicó el esquema terapéutico en reducción con corticoide tópico, antimicótico y orabase, además de alisar bordes cortantes de las coronas dentarias en los dientes presentes, tratando de quitar todo factor traumático dentro de la boca y por último se le dio la indicación de evitar alimentos picantes o con mucho condimento. Se le citó a la semana siguiente, cita a la que no acudió.

A las dos semanas se presentó mostrando curación de la úlcera de la mucosa del labio superior, úlceras en resolución en dorso de lengua y una nueva úlcera > 1 cm en paladar duro (Fotografía.3) cerca del límite con el paladar blando.



Fotografía 3. Úlcera en paladar duro mayor a 1 centímetro, con bordes irregulares y halo eritematoso.

La paciente refiere no haber utilizado el corticoide tópico. Se le indica de nuevo la aplicación de los medicamentos y se mantuvo en vigilancia para seguir el esquema de reducción. La paciente se encuentra libre de lesiones en los 4 meses posteriores de haber terminado el tratamiento.

Discusión

Es ampliamente aceptado que existen tres formas de presentación clínica y tres sub tipos de úlceras aftosas, de acuerdo a las estrategias de manejo (Tabla 1), teniendo como característica el hecho de aparecer predominantemente en mucosa de revestimiento a diferencia del herpes recurrente intraoral, cuyas lesiones tienen preferencia por la mucosa masticatoria.

Por las características clínicas de las lesiones ulcerativas, en la paciente se llegó al diagnóstico clínico de estomatitis aftosa recurrente mayor; aunque causa confusión la úlcera que abarca el paladar duro; algunos autores mencionan que en ocasiones las úlceras de la EAR se extiende hacia mucosa masticatoria, siendo el inicio de las mismas en mucosa de revestimiento. La

edad de la paciente es poco común para esta enfermedad ya que generalmente se presenta en rangos etarios más jóvenes, por lo que se puso especial atención en los síntomas que refería, además de los presentes en boca.

Aproximadamente del 10% al 15% de los casos de EAR pertenecen al tipo clínico de úlceras mayores². Usualmente aparecen después de la pubertad, suelen ser redondas, ovoides o irregulares con márgenes claramente definidos. Los síntomas prodrómicos suelen ser más intensos que aquellos que se presentan en las aftas menores, y las úlceras son más profundas y más grandes. Tienen un borde irregular elevado y frecuentemente exceden 1 cm de diámetro, son dolorosas y tienden a aparecer sobre los labios, paladar blando y faringe. Pueden durar semanas o meses dejando frecuentemente una cicatriz. Fiebre, disfagia y malestar general algunas veces pueden presentarse tempranamente en el proceso de la enfermedad. Es importante para el odontólogo, que aquellas úlceras de borde elevado e indurado que no desaparecen en más de 10 días, el descartar la posibilidad de un carcinoma escamocelular.

Tabla 1 formas clínicas de la estomatitis aftosa recurrente

Características	Menor	Mayor	Herpetiforme		
Tamaño	8-10 mm	>10 mm	<5 mm		
Duración	10 a 14 días	> 2 semanas	10 a 14 días		
Cicatriz	No	Si	No		
Localización	Mucosa labial, bucal, piso de boca, vientre y bordes laterales de lengua.	Mucosa labial, paladar blando e istmo de las fauces.			
Clasificación de acuerdo a las estrategias de manejo					
A		B		C	
Evolución clínica.	Estrategia de manejo	Evolución clínica	Estrategia de manejo	Evolución clínica	Estrategia de manejo
Los episodios de la EAR duran pocos días y se presentan ocasionalmente.	El médico bucal debe tratar de identificar el factor precipitante y eliminarlo para evitar la aparición de las úlceras.	Se presentan con mucho dolor cada mes, durando de 3 a 10 días	Enjuagues de clorhexidina. Corticoides tópicos de alta potencia.	Episodios crónicos y dolorosos, en donde al momento que sana una úlcera, se desarrolla otra.	Corticoides tópicos de alta potencia. Corticoides sistémicos, en caso necesario.

La estomatitis aftosa recurrente también se ha clasificado de acuerdo a la terapéutica en A, B y C, basándose en el periodo que suelen presentarse las úlceras. La EAR de Tipo C es aquella cuyas lesiones al momento de sanar una, inmediatamente otra está iniciando y aunque la terapéutica indicada es con corticoides sistémicos, en el caso reportado se inició con corticoesteroide tópico, teniendo hasta el momento resultados satisfactorios ⁴.

Dada su presentación dolorosa y su naturaleza inflamatoria, EAR responde generalmente bien al uso de medicamentos antiinflamatorios tópicos o sistémicos, particularmente los corticoesteroides. Desde el advenimiento de esteroides tópicos de alta potencia, la mayoría de los pacientes con EAR pueden ser manejados de esta manera. Sin embargo, la intervención temprana es la clave para el éxito en el tratamiento. Los esteroides tópicos cuando son usados por un corto periodo, tienen un perfil muy seguro y debe ser, como indican los expertos, la primera línea de tratamiento para la EAR.

Conclusiones

EAR es un desorden bucal común de etiopatogénesis incierta, por lo cual solamente se puede controlar la sintomatología, no la enfermedad. Dado que la etiopatogenia sigue siendo poco conocida, y no hay exámenes diagnósticos disponibles, el diagnóstico, por lo tanto, se basa sobre los acontecimientos clínicos.

El profesional debe identificar los factores precipitantes de su paciente y tratar de eliminarlos. Además es esencial educar al paciente sobre el hecho de que a pesar de la naturaleza de su condición, la EAR no es contagiosa, como frecuentemente se piensa y que no es causada por el Virus herpes simple.

Bibliografía

- Rees TD and Binnie WH. Recurrent aphthous stomatitis. *Dermatol Clin* 1996;14:243- 56.
- Rogers RS III. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16: 278-83.
- McCarty MA, Garton RA, Jorizzo JL. Complex aphthosis and Behcet's disease. *Dermatol Clin* 2003;21: 41-48
- Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Assoc* 2003;134: 200-7.
- Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. Aphthous ulcerations. *Dermatologic Therapy*. 2002;15:185-205
- Ship JA. Recurrent aphtous stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81;141-7.

Correspondencia.

Dra. Sandra López Verdín
Sierra Mojada 950.
Puerta 10, edificio C, primer nivel.
Colonia Independencia.
C.P. 44340. Guadalajara, Jalisco, México
e-mail: patologiabucal@live.com.mx