

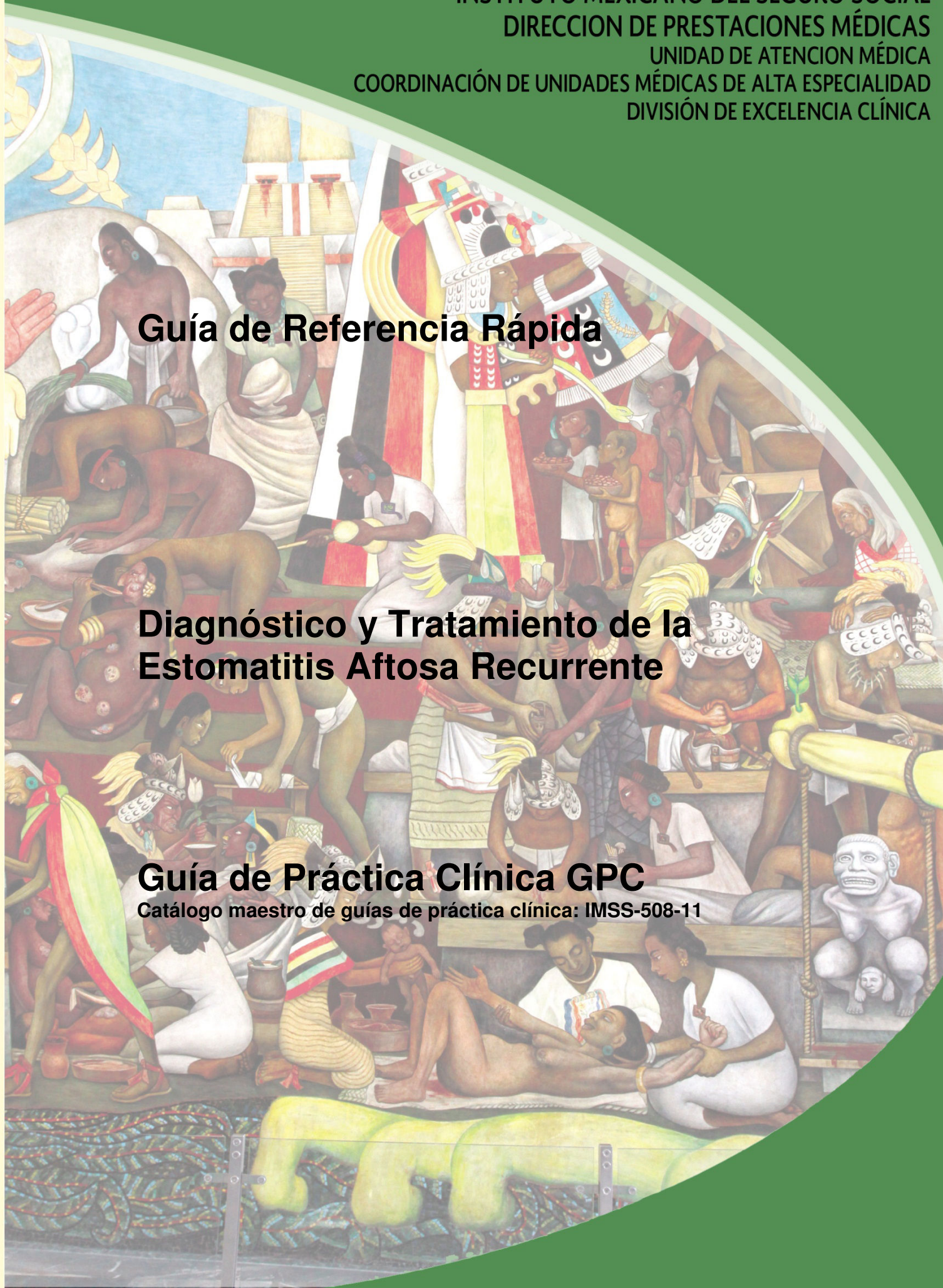
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-508-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

K12 Estomatitis y lesiones afines **K12.0 Estomatitis Aftosa Recurrente**

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente **ISBN en trámite**

DEFINICIÓN

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad crónica, de carácter inflamatorio, que se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras dolorosas en la mucosa oral, que persisten durante días o semanas y que recidivan tras periodos de remisión variables.

DIAGNOSTICO CRITERIOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

1. Para establecer el diagnóstico de EAR se debe cumplir con los siguientes criterios:
 - Inicio de la sintomatología desde la infancia
 - Ausencia de enfermedades sistémicas asociadas
2. Considerar el diagnóstico de EAR ante la presencia de úlceras orales recurrentes con las siguientes características:
 - Pródromo de sensación de quemadura o dolor de 24 a 48 hs
 - Dolorosas
 - Aparición aguda
 - Claramente definidas
 - Superficiales
 - Redondas u ovales con un centro necrótico poco profundo
 - Cubiertas por una pseudo membrana blanco/amarilla
 - Rodeadas en los márgenes por un halo eritematoso
 - Localizadas con mayor frecuencia en la mucosa yugal, suelo de la boca, mucosa labial, superficie ventral de la lengua, paladar blando o fondos de vestíbulo
3. Clasificar la forma de presentación clínica de la EAR en:
 - EAR menor: úlceras de 5 a 10 mm de diámetro, 10 a 14 días de duración y resolución sin dejar cicatriz.
 - EAR mayor: úlceras mayores a 10 mm de diámetro, más de 2 semanas de duración y formación de cicatriz.
 - EAR herpetiforme: úlceras menores de 5mm de diámetro, 10 a 14 días de duración y resolución sin dejar cicatriz.
4. La aparición de las lesiones ante factores predisponentes apoya el diagnóstico de EAR, por lo que se recomienda investigar:

- Historia familiar de EAR
 - Antecedente de enfermedades infecciosas virales o bacterianas en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas
 - Relación de la aparición de las lesiones con la ingestión de algún alimento o medicamento
 - Relación de la aparición de las lesiones con el ciclo menstrual, menopausia o embarazo
 - Antecedente de episodios de estrés o ansiedad
 - Antecedente de lesión de la cavidad oral (mordeduras de carrillo, trauma durante el aseo dental)
 - Relación con cambio de pasta dental o enjuague bucal
5. No se recomienda realizar estudios para clínicos para confirmar el diagnóstico de EAR. En caso necesario, se llevaran a cabo, aquellos que se requieran en el contexto del diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Es indispensable realizar una historia clínica cuidadosa para descartar cualquier enfermedad sistémica asociada a lesiones aftosas, especialmente cuando las úlceras iniciaron en la adolescencia o afectan otros sitios además de la mucosa oral.
2. Se recomienda observar las características diferenciales entre las lesiones producidas por el virus herpes simple tipo 1 (vesículas puntiformes) y las de la EAR herpetiforme (úlceras con halo eritematoso y fondo) (ver escalas, tabla 1).
3. El diagnóstico diferencial de la EAR aglutina a todas aquellas afecciones sistémicas en las cuales, se presenten úlceras como signo acompañante, ellas incluyen:
 - Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana
 - Infecciones por virus herpes tipo I
 - Enfermedades reumatológicas: enfermedad de Behcet, enfermedad de Reiter
 - Enfermedades dermatológicas: liquen plano, eritema multiforme, pénfigo, penfigoide muco membranoso
 - Enfermedades hematológicas: neutropenias cíclicas, anemia de Fanconi, procesos mieloproliferativos
 - Enfermedades gastrointestinales: enfermedad celiaca, colitis ulcerativa
 - Ingestión de medicamentos (ver escalas, tabla 2)

TRATAMIENTO

A. Medias generales

1. Como medidas generales del tratamiento de la EAR se recomienda:
 - Eliminar los posibles factores desencadenantes
 - Explicar la evolución natural de la enfermedad : resolución espontánea en 2-4 semanas
 - Informar que el tratamiento es principalmente sintomático
 - Orientar el manejo de acuerdo a la respuesta a tratamientos previos
 - Mantener correcta higiene bucal utilizando un cepillo suave para dientes y lengua

- Seguir una dieta blanda, fría o templada, masticar bien los alimentos y evitar las mordeduras
 - Evitar alimentos muy condimentados, picantes, de consistencia cortante, jugos ácidos de frutas y bebidas carbonatadas
 - Evitar, si es posible, el estrés
2. Los pacientes con EAR y ulceraciones severas deben ser informados sobre los siguientes aspectos:
- Pueden necesitar varios ensayos terapéuticos antes de encontrar alguno que funcione para su caso en particular
 - Los tratamientos no son completamente efectivos y es posible que sólo reduzcan el dolor, el número de aftas o la frecuencia de su aparición

B. Analgésicos orales

1. Para control del dolor e inflamación se recomienda el uso cualquiera de los siguientes medicamentos:
- a) Acido acetil salicílico
- Adultos: 250-500 mg cada 4 horas
 - Niños: 30-65 mg/kg / día
- b) Paracetamol
- Adultos: 250-500 mg cada 4 ó 6 horas
 - Niños: 10-15 mg/kg cada 4 ó 6 horas

C. Tratamiento Tópico

1. Se recomienda utilizar tratamiento tópico en caso de que las úlceras produzcan molestias intensas o si se presentan con períodos intercurrentes breves.
2. Utilizar enjuagues bucales con clorhexidina, triclosan o timol. Preparar 15 ml del enjuague en un vaso con 200 ml de agua tibia, realizar enjuague bucal 3 veces al día después de ingerir alimentos, durante 7 a 10 días.
3. Los pacientes que utilicen enjuague con clorhexidina deben realizar cepillado de dientes después del enjuague bucal y minimizar la ingestión de té, café y vino tinto el tiempo que los utilicen.
4. Ante cuadros de dolor muy intenso, se recomienda utilizar la siguiente solución tópica con anestésico:
- Preparar en el consultorio una solución para **uso tópico** que contenga 5 ml de lidocaina al 1%, 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina.
 - Proporcionarle al paciente la solución en un frasco estéril rotulado con la leyenda "NO INGERIBLE, SOLO USO LOCAL".
 - Antes de utilizar la solución agitar suavemente el frasco
 - Empapar un hisopo o cotonete y aplicar sobre las úlceras antes de los alimentos (máximo 5 veces por día)
 - Se puede ingerir el alimento sin necesidad de enjuagar la solución

- Utilizarlo hasta que desaparezca el dolor (máximo 7 días)
5. En todos los casos se recomienda el uso de mometasona ungüento: aplicarla en la mañana (después del desayuno) y en la noche (antes de dormir) después del cepillado dental, tomar el ungüento con un hisopo y aplicarlo directamente sobre las úlceras durante 7 días. En caso de no contar con mometasona ungüento, utilizar fluocinolona crema de la misma manera que el ungüento de mometasona.

CRITERIOS DE REFERENCIA

A. Referencia al estomatólogo.

1. Pacientes con sospecha de recurrencia de las aftas por causa dental o empleo de órtesis dentales, como son los casos de dentaduras desajustadas o dientes fracturados o dañados. Esto puede sospecharse por la recurrencia de las úlceras en el mismo lugar.

B. Referencia al segundo nivel de atención.

1. Referir al dermatólogo si el paciente presenta:
 - Lesiones ulcerativas (únicas o múltiples) que persistan por más de 3 semanas a pesar del tratamiento
 - Recurrencias frecuentes (un brote al mes o más de 5 al año) o severas [úlceras que provoquen disfagia, glosodinia (dolor lingual) o dificultad para hablar]
2. Los casos en los que se sospeche alguna enfermedad sistémica, se deben referir al especialista de segundo nivel indicado: dermatólogo, reumatólogo, gastroenterólogo, hematólogo, infectólogo, etc.

ESCALAS

TABLA 1. COMPARACIÓN ENTRE HERPES RECURRENTE INTRAORAL (HIR) Y ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE (EAR)

	HIR	EAR
Apariencia de Lesiones Primarias	Vesículas	Ulceras
Apariencia de lesiones maduras	Ulceras superficiales y puntiformes	Ulceras (con halo eritematoso)
Localización común	Encía insertada, paladar duro, labios	Mucosa bucal piso de boca, orofaringe, vestíbulo y lengua
Número	Pocas a múltiples	Una a pocas
Duración de la lesión	Una a tres semanas	Una a dos semanas
Etiología	Viral	Incierta mediada inmunológicamente

Tilliss TSI, McDowell JD. "Differential Diagnosis: Is It Herpes or Aphthous?" J Contemp Dent Pract 2002 Feb;(3)1: 001-015.

TABLA 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Causas	Entidades	Hallazgos	Bases del Diagnóstico
Desconocidas	Estomatitis Aftosa Recurrente	Historia de úlceras redondeadas u ovoides recurrentes en la boca desde la infancia	Presentación clínica y la exclusión de alteraciones sistémicas
	Fiebre periódica, aftas faringitis y adenitis (Síndrome FAFA). Síndrome periódico asociado al receptor de factor de necrosis tumoral	Historia de úlceras recurrentes desde la niñez, fiebre recurrente faringitis y adenitis	Presentación clínica y la exclusión de otras enfermedades sistémicas
Infecciones	Infecciones recurrentes por herpes virus	Historia recurrente de úlceras localizadas algunas veces parecidas a aftas usualmente en palar y lengua, generalmente en el mismo sitio en cada episodio, a menudo aparecen después de trauma oral, pueden ser evidencia de status de inmunocompromiso	Presentación clínica estudios virológicos
	Infección por VIH	Infecciones intraorales por candida o Leucoplasia o neoplasias, algunas otras evidencias clínicas de factores de riesgo por infecciones de VIH	Presentación clínica y prueba de VIH
Enfermedades reumática	Síndrome de Behcet	Úlceras de tipo aftoso que ocurren en los genitales u otras mucosas, pústulas en la piel, eritema nodoso u otras lesiones, uveítis, involucro articular, manifestaciones del SNC	Presentación clínica y pruebas serológicas para descartar otras condiciones
	Síndrome de Reiter o artritis reactiva	Uretritis, colitis, queratoderma blenorragicum, conjuntivitis, Inflamación de glande, involucro de articulaciones, es mas común en hombres	Pruebas serológicas para descartar otras condiciones
	Síndrome de Sweet	Placas rojas en la piel, úlceras de tipo	Pruebas serológicas para

		aftosas en genitales u otras mucosas asociadas con otras condiciones como por ejemplo leucemias	descartar esta lesión
Enfermedades cutáneas	Eritema multiforme	Lesiones en mucosas como la de boca, la piel o los ojos, inflamación labial	Presentación clínica y biopsia de tejido perilesional
Enfermedades hematológicas	Neutropenia cíclica	Fiebre recurrente asociada a otras infecciones recurrentes intraorales, aparece en la niñez y adolescencia	Presentación clínica y conteo sanguíneo completo
	Leucemia	Infecciones, anemia petequias o purpura	Conteo sanguíneo completo
Enfermedades gastrointestinales	Enteropatía por sensibilidad al gluten	Defectos dentales, mala absorción, diarrea, pérdida de peso, hinchazón	Presentación clínica, presencia de anticuerpos para antigliadina y transglutaminasa, biopsia de intestino delgado
	Enfermedad inflamatoria del intestino (colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn)	Inflamación labial o facial, diarrea sanguinolenta, pérdida de peso, ocasionalmente manifestaciones articulares de enfermedad hepatobiliar	Presentación clínica, colonoscopia o biopsia del tejido ulcerado
Medicamentos	Antiinflamatorios no esteroideos, betabloqueadores, nicorandil, alendronato	Rash	Historia clínica, respuesta al retirar el medicamento

Scully C. Aphthous Ulceration. N Engl J Med 2006; 355:165-72.

ALGORITMO

1. ABORDAJE DEL PACIENTE CON ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

