

**Estomatitis aftosa recurrente: Revisión de la literatura**

Norma Guadalupe Ibáñez-Mancera,<sup>1,2</sup> Víctor Hugo Toral-Rizo,<sup>3</sup> Edith Lara-Carrillo,<sup>4</sup> Antonio Hernández-Morales,<sup>3</sup> Violeta Evelyn Flores-Solano,<sup>4</sup> Elías Nahúm Salmerón-Valdés,<sup>3</sup> Ana Miriam Santillán-Reyes.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. <sup>2</sup>Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud UST del Instituto Politécnico Nacional. CDMX. <sup>3</sup>Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Odontología “Dr. Keisaburo Miyata” de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. <sup>4</sup>Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca México.

**Correspondencia**

**Víctor Hugo Toral Rizo:** Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México.  
e-mail: vhtoralr@uaemex.mx

**Resumen**

La Estomatitis Aftosa Recurrente, se caracteriza por cuadros recurrentes de úlceras, denominadas úlceras recurrentes o aftas orales, estas úlceras corresponden a uno de los motivos de consulta más comunes en medicina bucal. Su incidencia es del 5 al 25% de la población general, aumentado hasta un 50% o 66% en ciertas poblaciones. Su etiología no es clara, sin embargo, se han identificado factores genéticos predisponentes relacionados con disfunción del sistema inmunológico y una serie de factores desencadenantes. Se clasifica en tres tipos: menor, mayor y herpetiforme. El diagnóstico se realiza en base a la historia clínica del paciente y las características clínicas. Existen diferentes alternativas de tratamiento, que van dirigidas específicamente a aliviar el dolor, contrarrestar la inflamación y reducir el tiempo de evolución de las úlceras; esto último con la finalidad de disminuir el riesgo de infección, la mayoría de los tratamientos utilizados son paliativos más no curativos. Por sus características clínicas es importante considerar dentro de los diagnósticos diferenciales, a otras lesiones que se presentan en mucosa bucal en forma de úlceras, entre ellas: úlceras traumáticas, pénfigo vulgar, liquen plano, infección por virus herpes simple y carcinoma oral de células escamosas.

**Palabras clave:** Úlceras, aftas, medicina bucal, patología.

**Recurrent Aphthous Stomatitis: A literature review****Abstract**

Recurrent Aphthous Stomatitis is characterized by recurrent ulcers, called recurrent ulcers or oral apthas ~~ulcers~~, these ulcers correspond to one of the most common reasons for consultation in oral medicine. Their incidence is 5 to 25% of the general population, increased to 50 to 66% in certain populations. Its etiology is not clear, however, have been identified predisposing genetic factors related to immune system dysfunction and a number of triggers. It is classified into three types: minor, major and herpetiform. The diagnosis is made based on the patient's clinical history and clinical characteristics. There are different treatment alternatives, which are specifically aimed at relieving pain, countering inflammation and reducing ulcer evolution time; the latter with the aim of reducing the risk of

infection, most of the treatments used are palliative but not curative. Due to its clinical characteristics it is important to consider within the differential diagnoses, other lesions that occur in oral mucosa in the form of ulcers, among them: traumatic ulcers, pemphigus vulgaris, lichen planus, herpes simplex infection and squamous cell carcinoma.

**Keywords:** Ulcers, aphta, oral medicine, pathology

## **Introducción**

Úlcera es la pérdida de continuidad del epitelio dejando expuesto el tejido conectivo, las úlceras pueden ser agudas o crónicas. Son uno de los principales motivos de consulta en medicina bucal, principalmente las de tipo agudo debido al dolor que experimenta el paciente, el cual limita sus funciones bucales, alterando su calidad de vida. La etiología de las úlceras bucales es variada, incluyendo traumatismos, enfermedades autoinmunes e incluso neoplasias malignas, entre otras. Se agrupan de la siguiente forma: úlceras recurrentes (aftas), úlceras como manifestación de enfermedades autoinmunes, úlceras por infecciones y úlceras por neoplasias malignas.<sup>1</sup>

La Estomatitis Aftosa recurrente (EAR), es una condición común que afecta la mucosa bucal, es un desorden de origen multifactorial, crónico e inflamatorio, caracterizado por múltiples periodos recurrentes y agudos de úlceras en la mucosa bucal; es el padecimiento bucal no asociado a órganos dentarios, que causa con mayor frecuencia dolor, disfagia y disfonía.<sup>2,3</sup> Se ha reportado que la EAR por sus periodos de recurrencia y limitaciones bucales del paciente afecta psicosocialmente al individuo que las padece.<sup>4</sup>

## **Epidemiología**

La EAR es la enfermedad más común en mucosa bucal a nivel mundial con una prevalencia de 0.5% a 75%.<sup>5</sup> Su incidencia es del 5 al 25% de la población general, aumentado hasta un 50% o 66% en ciertas poblaciones;<sup>6-9</sup> en México se han identificado en 9.15 casos por 1000 individuos con EAR.<sup>10</sup>

La EAR es más común en mujeres entre 10 y 40 años de edad,<sup>11,12</sup> siendo más común en la segunda década de la vida.<sup>13-15</sup> En un estudio realizado en Italia con población en la segunda década de la vida, de 13 a 18 años, se identificó a la EAR como la lesión más frecuente, observándola en el 18% de la población estudiada;<sup>8</sup> mientras que en Estados Unidos en un estudio realizado en niños escolares se reportan una frecuencia de EAR de un 36.5%.<sup>13</sup>

La etiología de la EAR no es clara, sin embargo, se han identificado factores genéticos predisponentes relacionados con disfunción del sistema inmunológico<sup>6,7,11</sup> y una serie de factores desencadenantes, entre los que se encuentran: traumatismos locales, alteraciones endocrinas, estrés, ansiedad, tabaquismo, deficiencias vitamínicas, etc.<sup>2,12-14,16</sup> Algunos autores reportan, alteraciones en los niveles de inmunoglobulinas en los pacientes con EAR, demostrando que existen anomalías de la inmunidad humoral o celular en los individuos que padecen EAR.<sup>17</sup>

## **Características Clínicas**

La EAR se caracteriza por la presencia de úlceras agudas denominadas úlceras recurrentes (UR) o aftas, muy dolorosas, con periodos de recurrencia, localizadas principalmente en la mucosa no queratinizada de la boca.<sup>3,11,18</sup>

## **Características Generales**

Los pacientes con EAR presentan un cuadro prodrómico que dura de 2 a 48 horas previo a la presentación de las úlceras y posterior a la exposición del factor desencadenante.<sup>14</sup>

Las úlceras que componen la EAR, se observan redondas u ovals con borde bien definido, fondo ocupado por una pseudomembrana amarillenta y halo eritematoso que corresponde al proceso inflamatorio, son muy dolorosas, se localizan principalmente en la mucosa no queratinizada de la cavidad bucal.<sup>14,19,20</sup>

La EAR se clasifica en tres tipos: EAR menor, EAR mayor y EAR herpetiforme. Cada uno de estos tres tipos de úlceras, clínicamente diferentes debido a su localización y tamaño por lo que requieren de un tratamiento diferente.<sup>2,13</sup>

### ***Úlceras recurrentes menores***

La EAR menor, es el tipo más común, se presenta alrededor del 80% de los casos; se observa clínicamente como úlceras menores a un centímetro de diámetro, de forma redonda, borde definido, con contorno eritematoso, muy dolorosas, localizadas principalmente en mucosa labial, carrillos, lengua y piso de boca (Figura 1). Este tipo de úlceras son episódicas y el factor desencadenante varía en cada individuo; se presentan de 1 a 5 úlceras por cada episodio, con una duración de 10 a 14 días.<sup>1,14,18</sup>



**Figura 1.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de úlcera recurrente menor (EAR menor). Clínica Orocentro FO-UAEMex.

### ***Úlceras recurrentes mayores***

Las úlceras recurrentes mayores se reportan en el 10% de los casos. Estas son úlceras que miden más de un centímetro de diámetro, presentan forma redonda u oval, con un contorno eritematoso. La mucosa móvil es el sitio más afectado, apareciendo principalmente en labios, carrillos, paladar blando y orofaringe (Figura 2), cada cuadro episódico se expresa con 1 a 10 úlceras, que pueden presentar un tiempo de evolución mayor a 30 días.<sup>7,14,18</sup>



**Figura 2.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de úlcera recurrente mayor (EAR mayor). Clínica Orocentro FO-UAEMex.

### ***Úlceras herpetiformes***

La EAR herpetiforme, se presenta en el 10% de los casos. A diferencia de las úlceras recurrentes menores y mayores las herpetiformes corresponden a múltiples úlceras (de 10 a 100 por cada episodio), con un tamaño que varía entre 1 y 3 milímetros de diámetro. Estas lesiones llegan a coalescer y desarrollan lesiones mayores, son de forma redonda con contorno eritematoso. La localización más común de esta entidad es mucosa labial, carrillos, faringe, paladar duro y blando, encía y piso de boca (Figura 3). Estas lesiones tienden a involucionar en un plazo de 30 días. Son el único tipo de EAR que siempre son múltiples y pueden involucrar mucosa queratinizada por lo cual es importante realizar el diagnóstico diferencial con úlceras por virus herpes simple, virus de la varicela zoster y citomegalovirus.<sup>1,7,14,18</sup>



**Figura 3.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de úlceras recurrentes herpetiforme (EAR herpetiforme). Clínica Orocentro FO-UAEMex.

### ***Enfermedades Sistemáticas Asociadas***

La EAR comúnmente se presenta de forma aislada, pero también puede estar asociada a trastornos sistémicos como la Enfermedad de *Crown*, el Síndrome de Reiter y el Síndrome de Behcet entre otros.<sup>7,11,14,15</sup>

De las enfermedades que presentan UR la más común es la enfermedad de Behcet, aunque en realidad es un trastorno muy raro que puede representarse tan solo en 0.64/100 000 habitantes según un estudio en población de Turquía, 0.12-0.33/100,00 en otro estudio realizado en habitantes del Reino Unido. La enfermedad de Behcet es una vasculitis de etiología desconocida, caracterizada por episodios agudos de inflamación. A diferencia de la EAR en donde las úlceras solo se presentan en la mucosa bucal, la enfermedad de Behcet afecta tanto a piel como a mucosas, en especial las mucosas bucal y genital.<sup>21</sup>

### ***Diagnóstico***

La EAR se diagnóstica en base a la historia clínica del paciente y las características clínicas (Figura 1-3), no es necesario la toma de biopsia, ya que histológicamente los resultados corresponderían a una úlcera inespecífica, mostrando necrosis e infiltrado inflamatorio.<sup>7,19,22</sup>

Para confirmar el diagnóstico es importante realizar seguimiento de las lesiones, una vez diagnosticadas clínicamente se inicia el tratamiento seleccionado y se cita al paciente en una semana para revisar que la úlcera este involucionando de lo contrario, será necesaria la toma de biopsia con la finalidad de descartar otras patologías.

### ***Tratamiento***

Existen diferentes alternativas de tratamiento, que van dirigidas específicamente a aliviar el dolor, contrarrestar la inflamación y reducir el tiempo de evolución de las úlceras; esto último con la finalidad de disminuir el riesgo de infección, ya que el tejido conectivo se encuentra expuesto al medio bucal; es importante considerar que la mayoría de los tratamientos utilizados para la EAR son paliativos más no curativos.<sup>1,23</sup> Como parte del tratamiento es importante eliminar factores irritantes de la cavidad bucal, prótesis, bordes cortantes en los dientes, etc.

### ***Corticoesteroides***

El tratamiento con corticoesteroides es de los más utilizados, a pesar de los efectos adversos que se pueden presentar, estos riesgos pueden incluir infecciones, adicción a esteroides, supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, síndrome de Cushing, entre otros.<sup>24</sup>

Algunos autores recomiendan el uso de corticoesteroides para la EAR menor en forma tópica, para la EAR mayor con aplicación intralesional y para la EAR herpetiforme tópicos y sistémicos.<sup>13,18</sup> Algunos de los más utilizados son: la “triamcinolona acetonide” de forma tópica<sup>25</sup> o fluocinonide 0.05%. Los corticoesteroides tópicos tardan de 5 a 6 días en sanar una úlcera bucal.<sup>7,25</sup>

A continuación, se describe la posología para el tratamiento de EAR menor, mayor y herpetiforme. Para la EAR menor se puede prescribir: Corticoesteroide tópico de baja potencia (triamsinolona 0.1%) tres veces al día después de las comidas y del aseo bucal hasta que se resuelvan completamente las úlceras.<sup>26</sup> En el caso de EAR mayor y EAR herpetiforme se puede indicar: Corticoesteroide tópico de mayor potencia (propinato de clobetasol 0.025%), tres veces al día después de las comidas y del aseo bucal hasta que se resuelvan completamente las úlceras.<sup>26</sup> Independientemente del tipo de EAR, en caso de no mejorar se sugiere remitir con un especialista en Medicina y patología bucal.

### ***Láser***

La utilización del Laser CO<sub>2</sub>, láser AMD o YAG laser, ha presentado buenos resultados en los casos de EAR para contrarrestar el dolor y no se reportan efectos adversos.<sup>18,27,28</sup> Disminuyen el dolor y el eritema después de 3 días de iniciado el tratamiento, en el 75% de los casos se identificó re-epitelización total a

5 días después de iniciado el tratamiento con láser.<sup>29,30</sup> Sin embargo, con este tratamiento, aún quedan de 3 a 5 días de exposición epitelial, dolor y disminución de la función.

### ***Sintomático***

El principal problema que experimenta el paciente con EAR es el dolor causado por las úlceras, por lo cual; es común que se prescriban, agentes antihistamínicos, analgésicos e incluso anestésicos tópicos con la finalidad de reducir el dolor y favorecer las funciones bucales del paciente.<sup>23</sup>

Existen algunos tratamientos que se enfocan a la disminución del dolor por úlceras recurrentes, uno de ellos es la vitamina B12, con la cual también se ha observado reducción en el tiempo de evolución.<sup>23,31</sup>

Otra forma de tratamiento consiste en la preparación de una solución tópica con anestésico (esta preparación es también conocida como solución Filadelfia). Esta puede prepararse en el consultorio dental, consiste en una solución para uso tópico que contenga: 5 ml de lidocaína al 1%, 30 ml de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina; proporcionar la paciente en un frasco con la leyenda "NO INGERIBLE, SOLO USO LOCAL", antes de utilizar la solución agitar el frasco y colocarla con hisopo en las úlceras.<sup>32</sup> Se debe considerar que al usar estas soluciones el paciente estará con la sensación de adormecimiento en la boca (en especial los niños) lo que puede provocar que las lesiones se exacerben.

Otra opción es que el paciente mezcle 30 ml de hidróxido de aluminio y magnesio con 30 ml de loratadina en suspensión, para realizar colutorios las veces que sea necesario durante el día.

### ***Otros***

Dentro de otros esquemas terapéuticos que se han estudiado para la EAR, se incluye la utilización de Alumbre,<sup>11</sup> Triester glicerol en gel (es un agente tópico sobre la mucosa),<sup>2</sup> pudilan con antiinflamatorio<sup>5</sup> y el uso de Ácido tricloroacético.<sup>33</sup> También la aplicación de Ozono por 60 segundos en úlceras recurrentes reduce el dolor y la duración de las úlceras.<sup>34</sup>

Se ha intentado tratar a los pacientes con EAR a base de multivitamínicos, sin mostrar diferencias en los restados con los controles.<sup>16</sup>

Recientemente, un grupo de investigadores publicaron un estudio en el que utilizaron plasma atmosférico no térmico tipo jet como tratamiento para úlceras en ratones, reportando que, en menos de un día se completó la curación de la herida.<sup>35</sup> También se ha usado el Plasma atmosférico no térmico tipo aguja para favorecer la regeneración tisular sin efectos tóxicos ni efectos adversos; estos resultados se reportan tanto al ser utilizado en modelo animal como en pacientes, en estudio con seguimiento mayor a 12 meses. Debido a los buenos resultados de este plasma se considera como buena alternativa en el tratamiento tanto sintomático como curativo de la EAR.<sup>36,37,38</sup>

### ***Diagnósticos Diferenciales***

Por las características de la EAR es importante considerar dentro de los diagnósticos diferenciales, a otras lesiones que se presentan en mucosa bucal en forma de úlceras, entre ellas: úlceras traumáticas, pénfigo vulgar, liquen plano, infección por virus herpes simple, etc.<sup>1</sup>

### ***Úlceras traumáticas***

Las úlceras traumáticas como su nombre lo indica son el resultado de un trauma severo sobre la mucosa bucal, ocupan el segundo lugar en frecuencia de las lesiones de tejidos blandos bucales. Clínicamente se observan como úlceras únicas o múltiples de forma irregular, con el borde indefinido y eritematoso, además son muy dolorosas (Figura 4). Entre las causas más comunes para su aparición se encuentran:



mordeduras autoinfligidas por el paciente, las vemos en pacientes con problemas de maloclusión, con crisis epilépticas, después de la anestesia local para procedimientos dentales e incluso durante la masticación, etc.; el uso de rollos de algodón como aislamiento en procedimientos dentales y que no son hidratados antes de retirarlos; los aparatos de ortodoncia y de ortopedia maxilar, las prótesis dentales desajustadas o en malas condiciones, así como dientes fracturados o con caries que también pueden ocasionar úlceras traumáticas.<sup>10,39</sup>



Figura 4. Fotografía intraoral. Imagen clínica de úlcera traumática. Clínica Orocentro FO-UAEMex.

La localización de las úlceras traumáticas depende de la causa, siendo mayormente afectados los carrillos, bordes laterales de la lengua y mucosa labial.<sup>26</sup>

El diagnóstico definitivo se realiza con la relación causa-efecto, es decir, la localización, la forma y el tiempo de evolución deben coincidir perfectamente con la causa. Además de lo anterior, considerando sus características clínicas, resulta sencillo diferenciarlas de UR.<sup>39,40</sup>

Las úlceras traumáticas no requieren tratamiento, solo eliminar el estímulo que las generó; sin embargo, es necesario un seguimiento a los 5 días para verificar que existe resolución, de lo contrario será necesario la toma de biopsia para descartar en especial que se trata de un carcinoma oral de células escamosas.<sup>39,40</sup>

### ***Infección por Virus Herpes simple***

Los Virus Herpes Simple (VHS) tipo 1 y tipo 2, forma parte de la familia de los Virus Herpes Humanos. Estos virus pueden causar infecciones en la mucosa bucal y genital respectivamente, las cuales se caracterizan por la formación de vesículas epiteliales que al romperse dejan úlceras dolorosas: La infección por VHS se adquiere con mucha facilidad en la infancia, sin embargo, no todos los pacientes desarrollan las lesiones, el cuadro clínico inicial de la infección es llamativo y limitante para el paciente, se lo conoce como gingivoestomatitis herpética primaria, el cual se resolverá a cabo de un par de semanas; posteriormente, el virus permanecerá en estado de latencia hasta que un factor desencadenante lo reactive dando lugar a la infección recidivante de VHS, que puede ser labial o intraoral.<sup>41</sup>

- **Gingivoestomatitis herpética primaria**

La gingivoestomatitis herpética primaria es el resultado de la infección inicial por VHS-1 (en algunas ocasiones el agente causal puede ser el VHS-2), se caracteriza por múltiples úlceras que

inicialmente solo involucran la encía para posteriormente extenderse a diversas localizaciones de la mucosa bucal. Esta infección se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 5 años, pero también se observa en adultos especialmente si se encuentran inmunosuprimidos.<sup>42</sup>

La gingivostomatitis herpética primaria se caracteriza por presentar un cuadro prodrómico con fiebre, dolor, malestar general y anorexia; este cuadro es frecuentemente confundido con un cuadro de faringoamigdalitis o gripa común. Posteriormente a estos síntomas prodrómicos se forman vesículas que durarán solo algunos segundos y al romperse dejan múltiples úlceras de forma redonda, con tamaño variable ya que suelen coalescer (Figura 5). Las úlceras sanarán en un periodo de 7 a 21 días.<sup>43</sup>



**Figura 5.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de gingivostomatitis herpética primaria. Práctica privada.

El diagnóstico diferencial entre gingivostomatitis herpética primaria y úlceras recurrentes herpetiformes, se realiza en base a la presencia del cuadro prodrómico en la gingivostomatitis, además en esta misma entidad las úlceras se localizan en varios sitios anatómicos de la mucosa bucal de forma simultánea, mientras que en la EAR herpetiforme, se afecta una o pocas localizaciones por periodo, pero nunca se extiende sobre toda la encía.

- **Herpes labial recidivante**

En los individuos que presentaron gingivostomatitis herpética primaria, el VHS permanece en estado de latencia, en algunos de estos pacientes se puede reactivar la infección por la exposición a factores desencadenantes, como la exposición a la luz solar, episodios de fiebre, traumas locales, estrés, alteraciones hormonales, entre otras. Una vez que se reactiva el VHS tomara el trayecto nervioso para causar el herpes labial recurrente, que se manifiesta como múltiples vesículas de 1-3 mm que coalescen y se rompen dejando en su lugar úlceras muy dolorosas de forma redonda o festoneada con contorno eritematoso (Figura 6).<sup>44</sup>





**Figura 6.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de herpes labial recidivante. Práctica privada.

En este tipo de úlceras por VHS no es necesario considerar la EAR como diagnóstico diferencial, ya que como su nombre lo indica el herpes labial recidivante se presentará solo en los labios en particular en el borde bermellón, mientras que los tres tipos clínicos de EAR se desarrollan en la mucosa bucal.

- **Herpes intraoral recidivante**

El Herpes intraoral recidivante es el resultado de la reactivación del VHS en pacientes que desarrollaron anteriormente gingivostomatitis herpética primaria, los factores desencadenantes asociados, son traumas locales, infiltración de anestesia y fiebre principalmente. La reactivación del VHS induce la migración del virus a través del trayecto nervioso, para general vesículas pequeñas que coalescen y se rompen rápidamente por las fricciones constantes en la cavidad bucal al momento de la fonación y la alimentación. Como resultado de la ruptura de las vesículas se desarrollarán úlceras con formas redondas pequeñas (1-3mm) y aspecto festoneado en las más grandes, esto como resultado de la coalescencia de las vesículas; son muy dolorosas y muestran un contorno eritematoso (figura 7). Las lesiones por Herpes intraoral recidivantes se localizan en mucosa queratinizada, casi exclusivamente en encía y paladar y en raras ocasiones involucra el dorso lingual.<sup>45</sup>



**Figura 7.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de herpes intraoral recidivante. Práctica privada.

Clínicamente las úlceras por herpes intraoral recidivante y las úlceras recurrentes herpetiformes son muy parecidas, sin embargo, las primeras siempre recidivan en la misma localización y por tratarse de un virus neurotrópico las lesiones no cruzan la línea media, mientras que, las úlceras recurrentes herpetiformes recurren en diferentes sitios de la mucosa bucal, lo cual permite realizar el diagnóstico clínico certero.

### ***Enfermedades autoinmunes***

Las enfermedades autoinmunes constituyen un grupo de trastornos del sistema inmunológico, en donde se pierde el reconocimiento de lo propio y lo extraño, es decir, se genera respuesta inmunitaria hacia componentes propios del individuo, por lo cual no tienen un tratamiento curativo, solo son controladas con inmunosupresores como los corticoesteroides.

- **Pénfigo vulgar**

El pénfigo vulgar pertenece a un grupo de enfermedades mucocutáneas poco comunes, es más común en mujeres a partir de los 40 años.

Se caracteriza clínicamente por la formación de vesículas intraepiteliales tanto en piel como en mucosas, que al romperse dejan úlceras dolorosas con contorno eritematoso, forma irregular, que involucran de forma simultánea diferentes zonas de la mucosa bucal en especial la encía (Figura 8); estas úlceras no sanan de forma espontánea, se requiere rigurosamente la toma de biopsia para determinar el diagnóstico definitivo e iniciar el tratamiento adecuado, lo cual es competencia del patólogo bucal y/o dermatólogo de acuerdo a las regiones anatómicas involucradas. De no realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento, la enfermedad continuará su evolución extendiéndose a más localizaciones hasta llevar al paciente a un estado crítico de salud.<sup>46,47</sup>



**Figura 8.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de pénfigo vulgar. Clínica Orocentro FO-UAEMex.

El diagnóstico diferencial de Pénfigo vulgar con UR se realiza a partir de la evolución y características clínicas de las úlceras, las úlceras de Pénfigo vulgar no sanan hasta que reciben tratamiento indicado, aumentan en extensión y número progresivamente, generalmente involucran la encía y son de forma irregular, mientras que las UR, muestran episodios periódicos con úlceras y sin ellas, su forma es redonda u oval.

- **Penfigoide de las mucosas**

El Penfigoide de las mucosas pertenece a un grupo de enfermedades autoinmunes que afectan diversos epitelios de recubrimiento, el Penfigoide de las mucosas solo se manifiesta en la mucosa de la boca. Clínicamente se observa como úlceras irregulares, con borde eritematoso (Figura 9), localizadas en el 94% de los casos solo en encía, lo cual permite con facilidad realizar el diagnóstico diferencial con EAR. Para el diagnóstico definitivo de esta entidad es necesaria una biopsia.<sup>40,47</sup>



**Figura 9.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de Penfigoide de las mucosas. Clínica Orocentro FO-UAEMex.

- **Liquen plano**

El liquen plano es una enfermedad autoinmune mucocutánea, crónica, inflamatoria, que afecta del 0.1 al 4% de la población. De acuerdo con su aspecto clínico se clasifica como: reticular, papilar, placa, atrófico, erosivo y buloso, todos presentan un componente eritematoso y uno blanquecino, en el caso del liquen plano erosivo de la mucosa bucal puede presentarse acompañado de úlceras dolorosas con contorno eritematoso y líneas blanquecinas en su periferia (Figura 10), lo que permite el diagnóstico diferencial con EAR. Para su diagnóstico y tratamiento es necesaria la interconsulta con un patólogo bucal.<sup>48</sup>



**Figura 10.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de liquen plano. Clínica Orocentro FO-UAEMex.



- **Lupus eritematoso**

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune que incluye tres presentaciones clínicas: lupus eritematoso sistémico, lupus eritematoso cutáneo subagudo y lupus eritematoso discoide, los tipos sistémico y discoide pueden presentar manifestaciones bucales, las cuales suelen ser, placas blancas, erosiones eritematosas, úlceras o la combinación de estas (Figura 11). El diagnóstico del lupus eritematoso en especial el sistémico, incluye varias pruebas entre ellas, anticuerpos, análisis de laboratorio y la toma de biopsia, lo cual realiza un grupo de especialistas en diversas áreas.<sup>47</sup> Para el diagnóstico diferencial con EAR, se debe considerar el tiempo de evolución de las úlceras y las características clínicas incluyendo la localización, es decir, las úlceras por Lupus eritematoso, son irregulares, dolorosas, no seden sin tratamiento y se localizan en mucosa queratinizada, mientras que las UR como ya se mencionó anteriormente son redondas u ovals y prevalecen en mucosa no queratinizada.



**Figura 11.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de lupus eritematoso. Práctica privada.

- **Carcinoma oral de células escamosas**

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, se puede presentar de diversas formas, incluyendo leucoplasia, eritroplasia, sin embargo, su presentación clínica más común es como una úlcera crónica asintomática (Figura 12).<sup>49,50</sup>



**Figura 12.** Fotografía intraoral. Imagen clínica de carcinoma oral de células escamosas. Clínica Orocentro FO-UAEMex.

La mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad cuando ya existen invasión a ganglios linfáticos y/o metástasis, resultado en un pronóstico pobre. La supervivencia a 5 años de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal es tan solo del 25% para algunas poblaciones, en otros casos se llega al 50% o hasta el 67.7%; estas variaciones son el resultado de la situación económica y la cultura para el diagnóstico en las diversas poblaciones del mundo, ya que el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico es fundamental para determinar la sobrevida del individuo, por lo cual es muy importante que a toda úlcera con más de dos semanas de evolución se le tome biopsia para determinar el diagnóstico definitivo.<sup>51-53</sup> Por presentarse el COCE como una úlcera en cavidad bucal es diagnóstico diferencial de UR, una de las características importantes para que las distinguen, es que, a diferencia de las UR, el COCE generalmente es asintomático.

---

## Referencias

1. Monteiro SI, Costa AM, de Vasconcelos BC, Amarante MV, Teixeira PT, et. al. Recurrent aphthous ulceration: an epidemiological study of etiological factors, treatment and differential diagnosis. *An Bras Dermatol* 2018;93(3):341-6).
2. Ofluoglu D, Ergun S, Warnakulasuriya S, Namdar-Pekiner F, Tanyeri H. An evaluation of the efficacy of a topical gel with Triester Glycerol Oxide (TGO) in the treatment of minor recurrent aphthous stomatitis in a Turkish cohort: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2017;22(2):e159-66.
3. Scully C, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. *JADA* 2003;134:200-207.
4. Martins de Souza PR, Duquia RP, Breunig JA, Akmeida HL. Recurrent aphthous stomatitis in 18-year-old adolescents – Prevalence and associated factor: a population-based study. *An Bras Dermatol* 2017;92(5):626-9.
5. Jin Y, Lin X, Song L, Liu M, Zhang Y, et. al. The effect of Pudilan Anti-inflammatory oral liquid on the Treatment of Mild Recurrent Aphthous Ulcers. *Evid Based Complement Alternat Med* 2017:6250892.
6. Dhopte A, Naidu G, Singh-Makkad R, Nagi R, Bagde H, Jain S. Psychometric analysis of stress, anxiety and depression in patients with recurrent aphthous Stomatitis – A cross-sectional survey based atudy. *J Clin Exp Dent* 2018;10(11):e1109-14.
7. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: Recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:198-206.
8. Amadori F, Bardellini E, Conti G, Majorada A. Oral mucosal lesions in teenagers: a cross-sectional study. *Italian J Pediatrics* 2017;43:50.
9. Kamiamoorthy S, Sathishmuthukumar R, Murugaboopathy V. Assessment of oral mucosal integrity status in patients with recurrent aphthous stomatitis. *J Pharm Bioallied Sci* 2019 11(suppl 2):s274-s277.
10. Castellanos JL, Díaz L. Lesions of oral mucosa: a epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:79-85.
11. Rafieian N, Abdolsamadi H, Jazayeri M, Seif-Rabiee MShahrbanoo MS. Efficacy of alum for treatment of recurrent aphthous stomatitis. *Caspian J Intern Med* 2016;7(3):201-5.
12. Belenguer I, Jiménez Y, Claramunt A. Treatment of recurrent aphtous stomatitis. A literature review. *J Clin Exp Dent* 2014;6(2):e168-74.
13. Chavan M, Jain H, Diwan N, Khedkar S, Shete A, et. al. Recurrent aphthous stomatitis: a review. *J Oral Pathol Med* 2012;41(8):577-83.
14. Akintoye S, Greenberg M. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Dent Clin N Am* 2014; 58:281-297.
15. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis. *Biomedical Reports* 2019;11:47-50.
16. Lalla R, Choquette L, Feinn R, Zawistowski H, Latortue M, et. al. Multivitamin therapy for recurrent aphthous stomatitis. *J Am Dent Assoc* 2012;143(4):370-76.



17. Ruan H-H, Li G-Y, Duan N, Jiang H-L, Fu Y-F, et. al. Frequencies of abnormal humoral and celular immune componnet levels in peripheral blood of patients with recurrent aphthous ulceration. *J Dental Sci* 2018;13:124-130.
18. Han M, Fang H, Li QL, Cao Y, Xia R, et. al. Effectiveness of Lasser therapy in the management of Recurrent Aphthous Stomatitis: A systematic review. *Scientifica* 2016;
19. Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Recurrent aphthous stomatitis. *Oral Diseases* 2006;12:1-21
20. Ziaudeen S, Ravindran R. Assessment of Oxidant-Antioxidant status and Stress factor in Recurrent aphthous stomatitis patients: Case control Study. *J Clinic Diagn Res* 2017;11(3):ZC01-ZC04.
21. Rios MA, Campos L. Bechcet disease: review with emphasis on dermatological aspects. *An Bras Dermatol* 2017;92(4):452-64.
22. Zhang Z, Zhang Q, Xue Y, Chen G, Wu Z, Fang H. Serum levels of total antioxidant status, nitric oxide and nitric oxide synthase in minor recurrent aphthous stomatitis patients. *Medicine* 2019;98:3.
23. Nasry S, El Shenawy H, Mostafa D, Ammar N. Different modalities for treatment of recurrent aphthous stomatitis. A Randomized clinical trial. *J Clin Exp Dent* 2016; 8(5):e517-22.
24. Cheirif O, Sáez MM, Lammoglia L. Esteroides tópicos: revisión actualizada de sus indicaciones y efectos adversos en dermatología. *Dermatología* 2015;13(4):305-13.
25. Hamishehkar H, Nokhodchi A, Ghambarzadeh S, Kouhsoltani M. Triamcinolone acetonide Oromucoadhesive paste for treatment of Aphthous Stomatitis. *Adv Pharm Bull* 2015;5(2):277-282.
26. Bagan Sebastián JV. *Medicina Bucal*. 2° ed. Valencia España: Medicina Oral;2010.
27. Zand N, Fateh M, Ataire-Fashtami L, Djavid GE, Fatemi SM, Shirkavand a. Promoting wound Healing in minor Recurrent Aphthous Stomatitis by Non-thermal, Non-ablative CO2 Laser tehetapy: A pilot Study. *Photomed Laser Surg* 2012;30:719-23.
28. Tezel A, Kara C, Balkaya V, Orbak R. An Evaluation of Different Treatments for Recurrent Aphthous Stomatitis and patient perceptions: Nd:YAG Laser versus Medication. *Photomed Laser Sur* 2009;27(1):101-106.
29. Lalabonova H, Daskalov H. Clinical assessment of the therapeutic effect of low-level laser therapy on chronic recurrent aphthous stomatitis. *Biotechnology & Biotehcnological Equipment* 2014;28(5):929-33.
30. de Souza A, da Rocha Í, de Carvalho A, de Freitas M, Feitosa M, et. al. Comparative Study between low level Laser and Therapeutic ultrasound in second intertion Ulcers repair in Mice. *J Laser Med Sci* 2018;9(2):14-38).
31. Volkov I, Rudoy I, Abu-Rabia U, Masalha T, Masalha R. Case Repost: recurrent aphthous stomatitis responds to vitamin B12 tretament. *Can Fam Physician* 2005;51:844-45.
32. Guía de referencia Rápida. Diagnóstico y tratamiento de la Estomatitis Aftosa recurrente. Gobierno federal. CENETEC salud.
33. Al-Abbasi. Efficacy of topical Trichloroacetic acid and hydrogen peroxide for Aphthous ulcers. *Gomal J Med Sci* 2010;8(2):105-107.
34. Al-Omiri M, Alhijawi M, AlZarea B, Abul Raéd, Lynch E. Ozone treatment of recurrent aphthous stomatitis: a doublé blinded study. *Scientific Reposts*, DOI:10.1038/srep27772.
35. Chaitraie M, Khani M, Salehi H, Shokri B. in vivo study of non-invasive effects of non-thermal plasma in pressure ulcer treatment. *Scientific Reports* 2018;8:5621.
36. García E, López R, Morales PR, Peña R, Fajardo R, et. al. Accelerated Mice skin acute wound healing in vivo by combined treatment of argon and helio plasma needle. *Archives Medical Research* 2013;44:169-77.
37. Betancourt M, Peña R, López R, Domínguez NA, Mercado A, et. al. Case Report: Treatment in the healing of burns with a cold plasma source. *Int J Burn Trauma*. 2017;7(7):142-6.
38. López R, Peña R, Valencia R, Mercado A, Rodríguez BG, et. al. Alternative method for healing the diabetic foot by means of a plasma needle. *Clin Plasma Med*. 2018;9:19-23.
39. Ibáñez Mancera NG. *Propedéutica y semiología en Odontología*. Madrid España: Elsevier;2015.
40. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. *Oral and Maxillofacial Patology*. 4° ed. China: Elsevier;2016.
41. Jiang YC, Ferng H, Lin YC, Guo XR. New Strategies agains drug resistance to herpes simplex virus. *Int J Oral Sci* 2016;8(1):1-6.
42. Goldman RD. Acyclovir for herpetic gingivostomatitis in children. *Can Fam Physician* 2016;62(5):403-4.
43. Aslanova M, Zito PM. Herpetic Gingivostomatitis. *StatPearls (Internet)* 2019.
44. Rosen T. Recurrent Herpes Labialis in Adults. *J Drugs Dermatol* 2017;16(3):s49-s53.

45. Kuznetzova OY, Gorshenina AP, Maximovskaya LN. Prevention of the recurrent herpetic stomatitis in employees of Kazan city industrial enterprises frequently suffering from acute respiratory viral infections. *Stomatologiya (Mosk)* 2016;95(5):24-26.
46. Porro AM, Seque CA, Ferreira MCC, Enokihara MM. Pemphigus vulgaris. *An Bras Dermatol* 2019;94(3):264-78.
47. Saccuci M, Di Carlo G, Bossu M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune diseases and their manifestations on Oral cavity: Diagnosis and clinical management. *J Immunol Res* 2018. Doi.org/10.1155/2018/6061825.
48. Kaomongkolgit R, Darronpan P, Tantanapornkul W, Palasuk J. Clinical profile of 102 patients with oral lichen planus in Thailand. *J Clin Exp Dent* 2019;11(7):e625-9.
49. Chauadhuri S, Dey S, Chandra R. Prevalence of oral ulcers and its association with addictions in rural population of western Uttar Pradesh and eastern Rajasthan. *J Oral Craniofac Res* 2016;6:179-186.
50. Pratap M, Kumar V, Agarwal R, Bhatt M, Misra S. Clinico-epidemiological study of oral squamous cell carcinoma: A tertiary care centre study in North India. *J Oral Biol Craniofac Res* 2016;6:31-34.
51. Li WQ, Park Y, Wu Y, Goldstein A, Taylor P, et al. Index-based dietary patterns and risk of head and neck cancer in a large prospective study. *Am J Clin Nutr* 2014;99:559-66.
52. Obayashi M, Yoshida M, Tsunematsu T, Ogawa I, Sasahira T, et al. microRNA-203 suppresses invasion and epithelial-mesenchymal transition induction via targeting NUA1 in head and neck cancer. *Oncotarget* 2016;7(7):8223-39.
53. Piemonte ED, Lazos JP, Brunotto M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. *J Oral Pathol Med* 2010;39:513-17.