

Estomatitis Aftosa Recurrente. Reporte de un Caso

(Facultad de Odontología Región Xalapa de la Universidad Veracruzana)

Recurrent Aphthous Stomatitis. A Case report
(Faculty Of Dentistry Xalapa Region Of The Veracruzana University).

Alejandro León Cruz¹, Claudia Olguín Yobal², Víctor Hugo Muñoz Muñoz³, Alicia Martínez Flores⁴

RESUMEN

Introducción. La estomatitis aftosa recurrente o recidivante (EAR) es una lesión inflamatoria que aparece en la cavidad oral y en la garganta; se caracteriza por una ulceración blanca o amarilla en el centro, rodeada por un halo rojo. La sintomatología depende del paciente, del tipo de lesión presente en la cavidad bucal y de su ubicación. Puede manifestarse clínicamente en tres formas: menor, mayor y herpetiforme. **Objetivos**

Mostrar la importancia de la exploración bucal y la realización de la historia clínica, tratando un caso de EAR de forma mayor en un paciente de la tercera edad, quien la ha padecido casi durante toda su vida; se observan la evolución de la enfermedad y los cambios en la cavidad oral, monitoreados semanalmente, tomando en cuenta el deterioro de la calidad de vida debido a la incapacidad de utilizar prótesis dentales causada por la EAR. Igualmente, se proporciona información valiosa acerca de este padecimiento para el correcto diagnóstico, pronóstico, tratamiento y control, y se destaca la importancia de la exploración bucal antes de iniciar cualquier tratamiento. **Resultados.** Se mostró la importancia de la exploración bucal y de la realización de la historia clínica con base en un caso de EAR, su evolución, los cambios en la cavidad oral, así como el deterioro en la calidad de vida por la incapacidad de utilizar prótesis dentales causada por la enfermedad; además, se proporcionó información valiosa acerca de este padecimiento para el correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento. **Conclusión.** Resulta de la mayor importancia la exploración bucal antes de iniciar cualquier tratamiento, así como la observación cuidadosa de todas las áreas; buscar alteraciones o

<https://doi.org/10.25009/rmuv.2022.1.74>

¹ Cirujano Dentista por la Universidad Veracruzana. Autor de Correspondencia: alejandro_311094@hotmail.com

² Maestría en Educación por la Universidad Veracruzana.

³ Doctorado en Ciencias Jurídicas Administrativas y de la Educación por la Universidad Veracruzana.

⁴ Maestría en Salud Pública por la Universidad Veracruzana.

Fecha de recepción:
1/07/2021

Fecha de aceptación:
28/06/2022

patologías que pudieran afectar la calidad de vida del paciente, y hacer de su conocimiento el padecimiento, así como el protocolo que debe seguir para su tratamiento.

Palabras Clave: Estomatitis aftosa recurrente, Estomatitis aftosa recurrente mayor, Estomatitis aftosa recurrente menor, Estomatitis aftosa recurrente tipo herpetiforme.

ABSTRACT

Introduction. Recurrent or relapsing aphthous stomatitis (RAS) is an inflammatory lesion that appears in the oral cavity and throat; it is characterized by a white or yellow ulceration in the center, and surrounded by a red halo. The symptomatology depends on the patient, the type of lesion present in the oral cavity and its location. It can manifest clinically in 3 forms: minor, major and herpetiform. **Objectives.** To show the importance of oral examination and taking the clinical history, treating a case of RAS in a major way in an elderly patient, who has suffered from it almost all his life, where the evolution of the disease and changes in the oral cavity, monitored weekly; considering the deterioration of the quality of life due to the inability to use dental prostheses caused by RAS. Also, provides valuable information about this condition for the correct diagnosis, prognosis, treatment and control of the disease; as well as giving greater importance to the oral examination before starting any treatment. **Results.** The importance of oral examination and clinical history based on a case of RAS, its evolution, changes in the oral cavity, as well as the deterioration in quality of life due to the inability to use dental prostheses caused by

the disease suffered was shown; In addition, valuable information about this condition was provided for the correct diagnosis, prognosis and treatment. **Conclusions.** We must give greater importance to the oral examination before starting any treatment, as well as carefully observing all its areas; look for alterations or pathologies that could affect the patient's quality of life, make them aware of what they are suffering from and guide them in the protocol to be followed for their treatment.

Key words. Recurrent aphthous stomatitis, Major recurrent aphthous stomatitis, Minor recurrent aphthous stomatitis, Recurrent aphthous stomatitis of the herpetiform type.

INTRODUCCIÓN

Hipócrates, en el siglo IV, a.C. adoptó el nombre de “afta” (del griego “arder” o “quemar”) para referirse a la sintomatología que los pacientes denominaban como “fuego en la boca”. Lo utilizó para designar las lesiones ulcerativas superficiales y dolorosas que aparecían en las mucosas orales no queratinizadas de los pacientes de aquella época. Por su parte, en 1988, Von Mikulicz y Kummel expresaron la primera descripción científica de lo que hoy se conoce como estomatitis aftosa recidivante (EAR), aftosis oral o simplemente aftas.

La estomatitis aftosa recurrente, es una de las patologías de la mucosa oral y se caracteriza por la presencia de úlceras de forma ovalada, solitarias o múltiples, con un margen eritematoso bien definido y un centro pseudomembranoso amarillento (González, 2005; Inzulza, 2021). El estado de la salud bucal proporciona evidencias sobre el comportamiento sistémico del paciente, al

ser éste un punto de referencia muy importante en el diagnóstico de enfermedades sistémicas. Existen tres formas en las que se presenta esta enfermedad:

Forma menor. Denominada también como “Aftas o enfermedad de Mikulicz” o “Estomatitis” o “Aftas Intermitentes Crónicas Recurrentes”. Es la forma más frecuente y llega a afectar la cavidad bucal de los pacientes en un 75-85%; aparece principalmente durante la niñez. Las lesiones recurren en frecuencias variables, desde semanas hasta incluso años. (Grave de Peralta, et al., 2019; Bonet, et al., 2015; Rodríguez, et al., 2014).

Las lesiones ulcerosas miden entre 3 y 10 mm de diámetro y habitualmente afectan la mucosa oral no queratinizada, sobre todo la mucosa labial y bucal. La lesión puede ser precedida por una mácula eritematosa con síntomas prodrómicos de ardor o picazón que duran pocas horas o incluso hasta dos días; luego aparece la úlcera y es cubierta por una pseudomembrana fibrinopurulenta amarillenta. Las úlceras se curan sin dejar cicatrices entre 7 y 14 días después. El dolor es desproporcionado en relación con el tamaño de las lesiones. (Grave de Peralta, et al., 2019; Saadoun, et al., 2012).

Forma mayor. Reconocida también como “Afta Mayor o Mayor de Sutton”, periadenitis mucosa necrótica o “periadenitis mucosa crónica recurrente”, “afta crónica habitual”, o “simple recidivante”. Esta forma predomina en el sexo femenino, y aparece en un 10 a 15% de la cavidad oral, principalmente después de la pubertad. Las úlceras miden entre 1 y 3 cm. de diámetro, y se localizan sobre todo en la mucosa labial, paladar blando y fauces; habitualmente se curan más lentamente por su tamaño (en un periodo de entre 2 y 6 semanas). En casos severos, el proceso repetido de cicatrización puede limitar la apertura de la boca. (Bonet, et al., 2015; Chaar, et al., 2015; Grave de Peralta, et al., 2019; Rodríguez, et al., 2014).

Forma herpetiforme. Es la forma menos común de las aftas, el nombre se da porque asemeja las lesiones orales producidas por el virus del herpes simple tipo I, además de que la palabra “herpetiforme” describe la morfología agrupada; no obstante, no presentan una etiología viral, y por consiguiente no pueden vincularse de modo alguno al virus del herpes. Se presentan en un 5-10% de la cavidad oral de los pacientes y pueden aparecer de 5 a 100 aftas (Altenburg, et al., 2014; Bonet, et al., 2015; Hargitai, et al., 2018).

Las lesiones ulcerosas herpetiformes se presentan agrupadas en vesículas de entre 1 y 3 mm que coalescen en lesiones mayores. Las úlceras se curan en un periodo de entre 7 y 10 días; afectan principalmente a las mujeres y su inicio típico es en la adultez. (Grave de Peralta, et al., 2019).

Todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad (mayor, menor y herpetiforme) no son precedidas por vesículas.

Tabla 1.1 Formas clínicas de la Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR).

FORMAS CLÍNICAS DE LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE (EAR)			
CARACTERÍSTICAS	MANIFESTACIÓN CLINICA		
	AFTA MENOR	AFTA MAYOR	AFTA TIPO HERPETIFORME
TAMAÑO (mm)	4-9	10-30	1-3
DURACIÓN (días)	7-14	14-42 (2-6 semanas)	7-10
DOLOR	si/no	si	Si/no
PREVALENCIA (%)	75-85	10-15	5-10

Nota: Las características de cada tipo de úlcera se muestran de una manera resumida (Bonet, et al., 2015; Grave de Peralta, et al., 2019).

Etiología:

Durante mucho tiempo se han propuesto varios factores etiológicos para la EAR. Sin embargo, hasta el momento no hay seguridad en ninguno de ellos; por lo tanto, se le considera una enfermedad multifactorial, y se toman en cuenta los siguientes factores predisponentes:

Factores hereditarios: Es probable una predisposición genética a EAR, ya que alrededor del 40% de los pacientes tienen un historial familiar positivo y tienden a presentar úlceras precoces de mayor severidad (Grave de Peralta, et al., 2019).

Deficiencia de vitaminas y minerales: En el 75% de los pacientes que padecen esta enfermedad, se ha encontrado la deficiencia principal de hierro sérico, ácido fólico, vitamina B12 y Zinc (Baccaglioni, et al., 2011).

Es posible que esta deficiencia nutricional se deba a algún síndrome de malabsorción de nutrientes, como enfermedades celíacas, mismas que deben examinarse también durante el diagnóstico del paciente.

Problemas inmunológicos: Trabajos anteriores han señalado un trastorno autoinmune o hipersensibilidad a los microorganismos de la cavidad oral, como *Streptococcus sanguis*. Investigaciones previas, con la ayuda de pruebas inmunológicas sofisticadas, han demostrado que el papel de la citotoxicidad celular depende, cada vez más, de los anticuerpos y trastornos de una subpoblación de linfocitos (Baccaglioni, et al., 2011). Otros estudios han demostrado una mayor citotoxicidad de los linfocitos T contra las células epiteliales orales en pacientes con úlceras recurrentes.

Estudios de Pedersen et al. (s.f.) y otros autores han evidenciado cambios en la relación de linfocitos CD4: CD8, o un trastorno en la función de numerosas citoquinas en la piel y en la mucosa. En sangre de pacientes con úlceras recurrentes, se ha determinado un predominio de Th1-citoquinas y una disminución en el número de linfocitos T reguladores CD4 (+) CD25 (+ high), lo que indica la activación de la respuesta inmune de Th1-citoquina primaria¹⁹. La disminución de las funciones fagocíticas de los neutrófilos salivales y de sangre también fue evidente en pacientes con úlceras recurrentes, en comparación con sujetos sanos.

Alergias: También se han tomado en cuenta como factor importante las reacciones alérgicas a la comida, sobre todo a la leche de vaca, y es que precisamente como parte del tratamiento se recomienda evitar lácteos, harinas y granos. Entre los pacientes examinados, el 33.3% mostró sensibilidad a la vainilla, y algunos presentaron alergia a ciertos componentes de la pasta de dientes. Aunado a lo anterior, la ansiedad, el estrés y los cambios hormonales pueden ser factores desencadenantes de la estomatitis.

Traumas de la mucosa oral: Según algunas investigaciones, un trauma en la cavidad oral es uno de los factores desencadenantes más frecuentes. La EAR puede ser el resultado de un trauma físico, ya sea por la abrasión con un cepillo dental, laceración por alimentos cortantes o abrasivos (como tostadas y papas fritas), así como por una mordida o pérdida de dientes o aparatos ortopédicos. Además, otros factores como la irritación química o la lesión térmica, pueden provocar úlceras. Asimismo, se debe examinar las enfermedades gastrointestinales, por ejemplo, la enfermedad celíaca o

la enteropatía por gluten, así como la intolerancia al gluten, misma que puede ser causa de las úlceras (Baccaglini, et al., 2011; Bonet, et al., 2015).

Factores endocrinos: De los casos que se presentan en la población femenina, la mayoría tiene relación con el ciclo menstrual; durante este periodo es más probable que se presente la EAR (aftas catameniales, antes de la menstruación, así como aftas postovulatorias). Se cree que lo anterior sucede por el aumento de la progesterona y el descenso del estrógeno, lo que provocaría una deficiente queratinización en la mucosa y fragilidad epitelial.

Estrés: Puede provocar una disminución en la capacidad inmunitaria de defensa del cuerpo, dificultando su lucha contra las infecciones (Aguirre, et al., 2018).

Tabaquismo: Algunos autores consideran que el tabaco ejerce una protección en los pacientes con EAR, lo que podría deberse a que la hiperqueratinización que provoca en la mucosa oral, fungiría como escudo frente a pequeños traumatismos. Aunque el tabaco no fumado y las tabletas con contenido de nicotina utilizadas en la terapia de deshabitualización del tabaquismo, ejercen el mismo efecto, aún no está claro a través de qué mecanismo sucede (Bonet, et al., 2015).

Pronóstico: Favorable

Tratamiento: Paliativo

La EAR es de origen desconocido, por lo que no se dispone de un tratamiento específico; las medidas terapéuticas básicamente están encaminadas a minimizar la sintomatología y prevenir las recurrencias. La elección de un tratamiento tópico o sistémico depende de la severidad de los síntomas,

del tamaño y número de lesiones, y de la frecuencia de episodios recurrentes. Se han publicado escasos estudios de calidad que evalúen adecuadamente el tratamiento de la EAR, por lo que no existe una terapia estandarizada. Por ello, se han empleado múltiples tratamientos tópicos y sistémicos con un éxito variable (Rodríguez, et al., 2011; Sánchez-Bernal, et al., 2020).

Los objetivos del tratamiento han sido reducir el dolor, disminuir la duración de las aftas, e incrementar los intervalos libres de enfermedad.

Actualmente, se han probado numerosos tratamientos paliativos; tal es el caso del tratamiento con láser o Aloe vera con manzanilla, que han dado buenos resultados; sin embargo, no todos los tratamientos están disponibles en todos los países.

Se han descrito cuatro tipos de láseres en el tratamiento de las aftas: CO₂, Nd:YAG, diodo y Ga1AS. El objetivo principal es disminuir el dolor, el tiempo de cicatrización, y el número y el tamaño de las úlceras (Manfredini, et al., 2021). En cuanto al uso del Aloe vera, ésta puede ser una opción eficaz en la reducción de las úlceras a través de su efecto anti-inflamatorio, de re-epitelización, de activación de fibroblastos y propiedades inmunomoduladoras, contribuyendo a la cicatrización de las heridas.

Diversos estudios mostraron que los pacientes que padecen la EAR, y que se sometieron a un tratamiento con una pomada a base del extracto de manzanilla, con acción anti-inflamatoria, antibacteriana y propiedades auxiliares en la cicatrización de lesiones de la mucosa bucal, obtuvieron éxito terapéutico en un 94% de los casos (Costa, et al., 2020).

Por su parte, el tratamiento sistémico como en el caso de los corticosteroides, se prescribe como terapia de rescate en pacientes con brotes agudos y en aquellos que no responden adecuadamente a la terapia local (Manfredini, et al., 2021).

De la misma forma, deben corregirse los factores predisponentes. Si hay una relación obvia con ciertos alimentos, éstos deben excluirse de la dieta. Es indispensable mantener una buena higiene bucal con ayuda de enjuagues a base de clorhexidina y triclosan.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

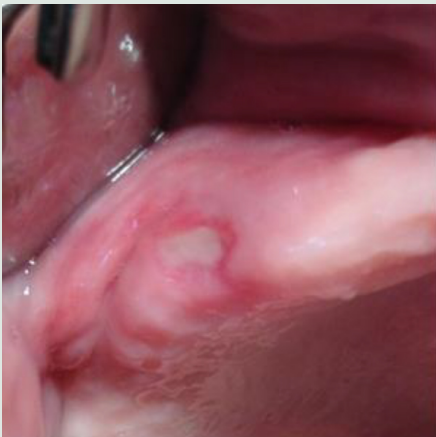
Se presenta paciente masculino de 69 años de edad, sin trabajo actual; acude por primera vez a la facultad de odontología de la Universidad Veracruzana Región Xalapa, a la clínica de prostodoncia total. El paciente llega sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, ubicado en sus tres esferas neurológicas, con marcha bilateral, de complejión ectomórfica, buena coloración de tegumentos y de forma cooperativa.

Los datos que se presentan a continuación, constituyen un resumen de la historia clínica tomada en consulta, resaltando lo más significativo. En el interrogatorio directo con el paciente, éste niega la ingesta de algún medicamento, así como practicar algún hábito relevante para el padecimiento; menciona que cada cierto tiempo sufría para alimentarse debido a las lesiones que aparecían en su lengua y labios principalmente, y añadió el comentario de no tener una alimentación balanceada por las mismas razones.

Continuando con el interrogatorio, se le pregunta acerca del inicio de los episodios con estas lesiones, y el paciente refiere que iniciaron años atrás con varios episodios que se resolvían sin necesidad de tratamiento. Para terminar, comenta que hace algún tiempo intentó usar una prótesis total superior pero no fue posible debido a las lesiones orales y al mal ajuste de la misma.

Durante la exploración sistemática de la cavidad oral (iniciando por los labios, seguida de los surcos vestibulares, mucosa bucal, paladar duro y blando, amígdalas, orofaringe, piso de la boca, lengua, procesos

alveolares, encías y dientes, en ese orden), se encontraron múltiples úlceras en vientre y zona anterior de lengua, labio superior en la parte izquierda y fondo de saco superior derecho; se observó ausencia total de órganos dentarios en el maxilar superior y de órganos dentarios posteriores en el inferior. Se solicitó al paciente una biometría hemática como examen complementario para ayudar a identificar el padecimiento, y una radiografía panorámica para valorar la posibilidad de realizar una prótesis total y evaluar que no existiera alguna alteración o patología relacionada con las lesiones observadas. (Imágenes 1.1 - 1.3).



(Imagen 1.1) Úlcera mayor de forma ovoide de aproximadamente 10mm., ubicada en el borde del maxilar superior con un halo eritematoso en la circunferencia y centro de color grisáceo con pérdida de continuidad superficial al tacto.



(Imagen 1.2) Úlcera mayor de forma ovoide de aproximadamente 12mm., ubicada en el borde izquierdo del labio superior, con un halo eritematoso en la circunferencia; se nota la presencia de cicatriz reciente y puntillito muy fino de colores rojo y grisáceo en el centro.



(Imagen 1.3) Se presenta úlcera menor de aproximadamente 8mm. en el borde de la lengua en la zona anterior, en periodo de cicatrización color rosa pálido con bordes irregulares; se presenta pérdida de continuidad de la superficie.

Los diagnósticos diferenciales de la EAR (según Scully y Sánchez-Bernal) son numerosos; sin embargo, con base en la clínica y el interrogatorio al paciente, se sugirieron como diagnósticos diferenciales: estomatitis aftosa recurrente, enfermedad de Behçet, infección por VIH y anemia.

En la segunda consulta se presentaron los resultados de la biometría hemática, mismos que se presentan en la siguiente tabla (tabla 1.2):

Tabla 1.2 De “informe de resultados de biometría hemática” de Unidad de Servicios Analíticos de Salud, 2017

RESULTADOS DE LA BIOMETRÍA HEMÁTICA			
ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
FÓRMULA ROJA			
Eritrocitos	4.0	M/uL	4.60-5.70
Hemoglobina	11.4	g/dl	12.2-18.1
Hematocrito	36.8	%	41-53
Volumen corpuscular medio	92	fl	80-97
H.C.M.	28.5	Pg	27-31.2
C.M.H.C.	30.9	g/dl	31.8-35.4
RDW	13.6	%	11.6-14.8
PLAQUETAS			
Volumen plaquetar medio	6.4	fl	142-424
FÓRMULA BLANCA			
Leucocitos	8.4	K/uL	4.6-10.2
Frotis sanguíneo			
Linfocitos	38	%	10-50
Monocitos	5	%	0-12
Eosinófilos	3	%	0-7
Basófilos	0.0	%	0-3
Neutrófilos totales	54	%	37-80
Linfocitos	3.19	10 ³ /mm ³	1.40-3.15
Monocitos	0.42	10 ³ /mm ³	0.14-0.7
Eosinófilos	0.25	10 ³ /mm ³	0-99
Basófilos	0.0	10 ³ /mm ³	0.07
Neutrófilos	4.54	10 ³ /mm ³	0-99

Nota: Los resultados muestran un valor bajo de eritrocitos, hematocrito, hemoglobina y concentración media de hemoglobina corpuscular (CMHC). Las plaquetas, al igual que los linfocitos, con un ligero incremento respecto a los valores de referencia. (Datos recabados de los análisis de laboratorio efectuados al principio del caso).

Al interpretar los análisis de laboratorio, y con los datos proporcionados por el paciente, se diagnostica como “Estomatitis Aftosa Recurrente Mayor” con probable causa de Anemia por Deficiencia de Hierro.

Como tratamiento inicial se recetó “complemento vitamínico”: complejo B, calcio, hierro, zinc y magnesio, una cápsula diaria por 60 días. A pesar de prescribir en ese momento el complemento como primer tratamiento, se indicó al paciente hacer colutorios con mometasona en la presentación de solución al 0.1%, en un vaso con $\frac{1}{4}$ de agua y 20 gotas de la solución, y realizar enjuagues de 4 a 6 veces al día durante 8 días. Se le citó para revisión cada 8 días, y posteriormente cada 15 días para la reducción de los colutorios con mometasona tanto en su dosis como en frecuencia diaria.

El paciente refería molestia al momento de comer, por lo que se le recetó “Solución de Philadelphia” (lidocaína, caolín pectina y difenhidramina). La solución se preparó a tercios, y se le indicó al paciente que realizara colutorios con la solución durante 20 min. antes de comer, y así lograr un efecto anestésico y de recubrimiento sobre las aftas.

El paciente continuó asistiendo a la facultad (FOX) para el monitoreo de la EAR, y para continuar con su tratamiento protésico.

A la tercera semana de control, habiendo iniciado el tratamiento sistémico y local, se observa la aparición de nuevas úlceras con sintomatología moderada (imágenes 2.1 - 2.3).



(Imagen 2.1) Úlcera mayor en el labio superior del lado derecho de aproximadamente 11mm; se observa un halo eritematoso que rodea al centro de color amarillento, y hay presencia de sangrado con pérdida de continuidad del tejido epitelial.



(Imagen 2.2) Se muestran úlceras menores en el paladar blando, de aproximadamente 7mm cada una; en ambos casos se presenta un halo eritematoso bien definido, de forma irregular. Al interior de las úlceras, se observa un color grisáceo.



(Imagen 2.3) Úlcera menor en el vientre de la lengua en el tercio anterior, de forma irregular, y de aproximadamente 8mm., con centro de color amarillento; hay pérdida de continuidad del tejido al tacto.

En la sexta semana de control, el estado oral presentaba úlcera mayor en el dorso, debajo y la punta de la lengua, otra en el labio superior del lado derecho y dos en fondo de saco del labio inferior del lado izquierdo, además de cicatrices de aftas anteriores en la lengua que fueron remitiendo. (Imágenes 3.1 – 3.3)



(Imagen 3.1) Úlceras mayores fusionadas de forma irregular de aproximadamente 12 mm en conjunto, rodeadas de una zona eritematosa no definida, con centro de color grisáceo con puntillito rojizo; hay sangrado al tacto y pérdida de continuidad de tejido al tacto.



(Imagen 3.2) Se observan úlceras menores en el dorso de la lengua de aproximadamente 7mm. de tamaño, algunas fusionadas, con halo rojizo, centro con coloración amarillenta, superficie y forma irregular.



(Imagen 3.3) Se observan 2 úlceras menores de aproximadamente 6mm. cada una en el vientre lingual del lado derecho, fusionadas, forma irregular, rodeadas por un halo eritematoso, con coloración grisácea en el centro, y superficie irregular.

En la novena semana se citó al paciente, y a casi dos meses de haber iniciado el tratamiento con el complemento alimenticio y los colutorios, en la exploración bucal se observa el avance en las lesiones de lengua y fondo de saco del labio inferior en proceso de cicatrización de las aftas (Imágenes 4.1 – 4.3).



(Imagen 4.1) Se observa inicio de la cicatrización en el dorso de la lengua en las zonas previamente afectadas, con bordes irregulares y pérdida de papilas gustativas en dichos sitios.



(Imagen 4.2) Se observa proceso de cicatrización de manera adecuada en el vientre y la punta de la lengua, con pérdida de regularidad en el tejido.



(Imagen 4.3) Se observa proceso de cicatrización de manera adecuada en zona de labio inferior del lado izquierdo y fondo de saco inferior a la altura de los OD 32 y 33. Se observa pérdida de continuidad en el tejido, con bordes irregulares.

En la semana decimosegunda, el paciente regresa a consulta y podemos observar las aftas con cicatriz completa por debajo de la lengua, fondo de saco del labio inferior. Cabe mencionar que el paciente ya era capaz de utilizar una prótesis parcial removible transicional en la parte inferior (Imágenes 5.1 – 5.3).

En la decimoquinta semana el paciente regresa a su última consulta para su exploración bucal final; **durante ésta** fue posible observar, junto con las imágenes previamente mostradas, que ya no hay presencia de aftas, solamente se aprecian algunas cicatrices características de la EAR (Imágenes 6.1 – 6.4).



(Imagen 5.1) Se observa cicatriz con borde blanquecino, queratinizado con bordes irregulares en el vientre y punta de la lengua.



Imagen 5.2 y 5.3) Se observa cicatriz con tejido queratinizado, con superficie irregular y pérdida de continuidad en el tejido de la mucosa del labio inferior y fondo de saco.



(Imagen 5.3)



(Imagen 6.1) Se observa el proceso de cicatrización terminado en el dorso de la lengua, con bordes irregulares y pérdida de papilas gustativas en donde existieron las lesiones.



(Imagen 6.2) Se observa cicatriz terminada en mucosa de labio superior del lado derecho, con bordes irregulares y pérdida de continuidad del tejido.



(Imagen 6.3) Se observa reborde blanquecino queratinizado en la mucosa del labio inferior y fondo de saco a nivel de los OD 32 y 33 con el proceso de cicatrización completado.



(Imagen 6.4) Se observa cicatriz en fondo de saco superior derecho, con bordes irregulares, de aproximadamente 10 mm, con coloración similar a tejidos adyacentes, tejido queratinizado.

Consideraciones éticas

Para la descripción y publicación de este caso clínico, se solicitó al paciente la firma de un consentimiento informado en el que se mencionan las disposiciones de la Ley General de Salud, título quinto, “investigación para la salud”, capítulo único, artículo 100, fracción IV, así como el reglamento en materia de investigación para la salud, título segundo “De los aspectos éticos en investigación en seres humanos” capítulo I, Disposiciones comunes en los capítulos 13, 14 fracción V, 17, 20, 21 y 22 de dicho reglamento, y de conformidad con los principios éticos contenidos en la declaración de Helsinki. El paciente accedió a firmarlo.



Imagen 7.1 Antes



Imagen 7.1 Después

Discusión

Es preciso destacar que la práctica odontológica exige tanto a los profesionales de la Odontología, como a los diferentes especialistas, evaluar todas las características craneofaciales de los pacientes (Rodríguez, et al., 2014).

El propósito de este trabajo es mostrar la importancia de la exploración de tejidos blandos, con base en un caso; además, inculcar en los alumnos de la Facultad de Odontología y en los odontólogos, que la exploración se realiza para conocer la condición de salud del paciente, y con ello proporcionar un buen diagnóstico, pronóstico, y tratamiento adecuado, tomando en cuenta los exámenes complementarios.

El tiempo que se ha dedicado al estudio de esta enfermedad es “relativamente” corto, respecto a otras enfermedades que aparecen en la cavidad bucal; diversos autores de diferentes artículos que hablan sobre este padecimiento, mencionan la falta de investigación al respecto. De manera personal, concuerdo con ello, así como con el tratamiento que se maneja, mismo que evita molestias y mejora la calidad de vida del paciente. Con el tiempo han surgido nuevas alternativas para tratar paliativamente esta enfermedad, tales como láser, cremas o soluciones a base de plantas. Sin embargo, no todos los tratamientos están disponibles en todos los lugares, y no es posible eliminar este padecimiento totalmente, ya que su duración es indefinida (el tiempo de vida del paciente).

Es de suma importancia aplicar un buen cuestionario para el diagnóstico, y tener en cuenta los factores etiológicos mencionados anteriormente, ya que si se identifica alguna

probable causa, y es factible eliminarla, existe la posibilidad de que los episodios aftosos de la enfermedad desaparezcan casi por completo.

Cabe señalar que este reporte de caso clínico concuerda con la bibliografía utilizada para el mismo, mostrando las características de la EAR que anteriormente se presentaron. Sin embargo, difiere de los comentarios de estos artículos en cuanto a las presentaciones del medicamento para el tratamiento. Si bien hoy por hoy en México no hay una presentación especial para la cavidad oral, se recurre a la solución oftálmica o de tipo dermatológico, y estoy consciente de que falta mucho por investigar acerca de esta enfermedad. Mientras tanto, se debe dar solución a los problemas que presenten nuestros pacientes en la cavidad oral con lo que existe actualmente.

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

La EAR es una enfermedad que afecta la calidad de vida de quien la padece. La mayoría de las veces se diagnostica y se trata de manera equivocada por desconocimiento y omisión de la exploración de tejidos blandos de la cavidad oral, provocando así que la situación del paciente no mejore. Este trabajo se enfocó en mostrar la importancia de la exploración oral y la realización de un expediente clínico completo, tratando un caso de EAR, su evolución, los cambios en la cavidad oral, la calidad de vida, así como la incapacidad de utilizar prótesis dentales causada por la EAR que padecía el paciente; además, se proporcionó información valiosa acerca de este padecimiento para conseguir un correcto tratamiento de manera integral.

Es preciso destacar la importancia de ir adaptando el tratamiento durante el proceso respecto a las necesidades del paciente; ocho días después de la primera consulta, el paciente refirió molestia al comer debido al sitio en donde se encontraban las aftas, por lo que fue necesario añadir la solución de Philadelphia.

Asimismo, la elaboración de prótesis avanzaba lentamente; se esperó a la cicatrización de las úlceras que interferían para la toma de impresión, así como las pruebas posteriores, para evitar mayores molestias al paciente y que pudiera masticar de manera normal lo antes posible, además de devolverle la confianza al hablar y al sonreír.

Es nuestro deber insistir en la importancia de la exploración oral antes de iniciar cualquier tratamiento; deben observarse cuidadosamente todas sus áreas en busca de alteraciones o patologías que pudieran afectar la calidad de vida de nuestro paciente, hacer de su conocimiento su padecimiento, y orientarlo en el protocolo que debe seguir para su tratamiento.

El hecho de ser alumno en la facultad de odontología, no te exime de recibir algún paciente con una patología o alteración bucal al momento de realizar prácticas clínicas en las diferentes experiencias educativas; por ello, es necesario concientizar a los alumnos acerca de la importancia de la historia clínica y la exploración de tejidos blandos para una correcta identificación de patologías bucales, así como de lesiones fuera de lo normal. Cabe destacar que es necesario tratar al paciente en toda experiencia educativa clínica como “un todo”.

Referencias

Aguirre, A. (2018). *El estrés como factor de riesgo en los tipos de estomatitis aftosa recurrente en la clínica estomatológica del adulto de la universidad inca Garcilaso de la Vega* [tesis de licenciatura, Universidad inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio universidad inca Garcilaso de la Vega. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3928/TESIS_%20ADRIANA%20LUCIA%2C%20AGUIRRE%20AZAÑERO.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Altenburg, A., El-Haj, N., Micheli, C., Puttkammer, M., Abdel-Naser, M. y Zouboulis, C. (2014). The Treatment of Chronic Recurrent Oral Aphthous Ulcers. *Deutsches Aertzblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0665>

Araújo-Costa, A. T., da Nóbrega-Holanda, J. K., Galvao-da Souza, L. D., Pereira-Custódio, L. L., Araújo-Rodas, L. y de Oliveira-Filho, A. A. (2019). Babosa (Aloe vera) e camomila (Matricaria chamomilla) no tratamento da estomatite aftosa recorrente. *Archives of Health Investigation*, 8(11). <https://doi.org/10.21270/archi.v8i11.4661>

Baccaglioni, L., Lalla, R., Bruce, A., Sartori-Valinotti, J., Latortue, M., Carrozzo, M. y Rogers, R. (2011). Urban legends: recurrent aphthous stomatitis. *Oral Diseases*, 17(8), 755-770. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2011.01840.x>

Bonet, R. y Garrote, A. (2015). Aftas bucales. *Elsevier*, 29(1), 27-31. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucal-es-X0213932415727469>

Chaar, T., Lima, B., Lantigua, M., Fernandes, S., De Almeida, P. y Oliveira, T. (2015). Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: una Revisión de los Conocimientos. *International Journal of Odontostomatology*, 9(3), 413-418. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2015000300010>

Gonzalez, M. (2005). *El Aparato Bucal y su Relación con las Regiones de la Cara: Desarrollo, Estructura y Función*. Universidad Central de Venezuela.

Grave de Peralta-Hijuelos, M. y Páez-González, Y. (2019). Diagnóstico y patogenia de la estomatitis aftosa recurrente. *Correo Científico Médico de Holguín*, 23(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v23n3/1560-4381-ccm-23-03-931.pdf>

Hargitai, I. (2018). Painful Oral Lesions. *Dental Clinics Of North America*, 62(4), 597-609. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.06.002>

Inzulza, J., Reyes, M. y Rivera, C. (2021). Desequilibrios de la microbiota oral en la estomatitis aftosa recurrente: revisión sistemática. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.3162>

Manfredini, M., Guida, S., Giovani, M., Lippolis, N., Spinass, E., Farnetani, F., Dattola, A., Di Matteo, E., Pellacani, G. y Giannetti, L. (2021). Recurrent aphthous stomatitis: Treatment and management. *Dermatology Practical & Conceptual*, 11(4). <https://doi.org/10.5826/dpc.1104a99>

Rodríguez, T., et al. (2014). *Patología bucal y craneofacial*. Trillas.

Saadoun, D., & Wechsler, B. (2012). Behçet's disease. *Orphanet Journal Of Rare Diseases*, 7(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-7-20>

Sánchez-Bernal, J., Conejero, C., & Conejero, R. (2020). Recurrent aphthous stomatitis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(6), 471-480. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.09.004>

Unidad de servicios analíticos de salud, (2017). *Informe de resultados de biometría hemática*. Facultad de bioanálisis. Universidad Veracruzana.

