

Aftas bucales

Las lesiones de la mucosa oral, y más concretamente las denominadas aftas bucales, si bien resultan sumamente molestas para el paciente, suelen ser de carácter benigno y en la mayoría de los casos no presentan complicaciones clínicas relevantes. Su popularidad entre la población, su alta prevalencia, su aparición esporádica y su etiología difícilmente atribuible a ninguna causa concreta hace que las aftas bucales sean consideradas afecciones de carácter banal y, por consiguiente, una patología susceptible de requerir únicamente de la ayuda y consejo del farmacéutico para aliviar su molesta sintomatología y/o acelerar su curación.

RAMÓN BONET

Doctor en Farmacia

ANTONIETA GARROTE

Farmacéutica



Definición y sintomatología

Quemadura es el significado etimológico del término griego *aphtay* que ha dado lugar a la denominación “aftas”. Este es el término con el que actualmente se conoce un tipo de lesiones benignas que afectan el epitelio de la mucosa oral, de tipo vesículo-ulceroso, no queratinizadas, que conllevan una pérdida de sustancia de la mucosa y que son inicialmente necróticas, dolorosas y recidivantes.

Las aftas bucales, conocidas coloquialmente como llagas de la boca, pueden aparecer tanto como lesiones únicas, aisladas temporal y físicamente, o como lesiones múltiples de pequeño tamaño que pueden llegar a confluir dando lugar a una llaga de mayor tamaño y bordes irregulares. Presentan localización superficial y aparecen en la mucosa bucal móvil: superficie interna de las mejillas y labios, bordes y dorso de la lengua, paladar blando y base de las encías. Impactan negativamente sobre la calidad de vida del paciente por el alto grado de

dolor y disconfort que generan en el desarrollo normal de la actividad cotidiana (hablar, comer, beber o bostezar).

La aparición de estas lesiones no se produce de forma súbita sino que tiene una fase prodrómica característica y fácilmente identificable por el paciente acostumbrado a padecer este tipo de problema: la aparición de las aftas viene precedida por una sensación de escozor, picor y/o hormigueo en la zona afectada que evoluciona en pocas horas (12 - 36) a una mancha o protuberancia indurada y de color rojizo que acaba finalmente ulcerándose.

La identificación rápida de estos signos es de gran utilidad, puesto que permite establecer un tratamiento precoz que revierta o al menos minimice la aparición de la ulceración.

Las lesiones aftosas son redondeadas u ovals, con bordes bien definidos y elevados en forma de cráter, localizadas sobre una base inflamatorio-eritematosa. La exudación de fibrina en la zona lesionada es la responsable del color blanco-grisáceo o amarillento característico del área central del afta. Su evolución es centrifuga, lo que implica que la úlcera aumenta de tamaño hasta alcanzar un diámetro máximo en un plazo variable de 24 horas a una semana.

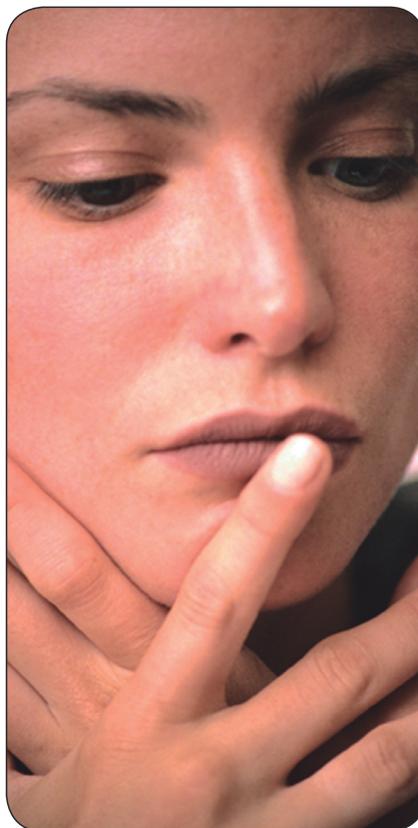
Remiten normalmente a los 7 - 14 días de evolución, de forma espontánea y sin dejar cicatrices, excepto si la lesión o lesiones son resultantes de un proceso crónico o se ha producido una sobreinfección de la lesión original. La fase de cicatrización dependerá del tamaño de la lesión y de la existencia o no de complicaciones.

Como ya se ha mencionado, su síntoma más característico es el dolor localizado, aunque en las formas más severas también puede aparecer fiebre, ganglios inflamados y malestar general.

Clasificación

Según su tamaño, forma, patrón de presentación (formas agudas o crónicas) y manifestaciones clínicas, podemos diferenciar tres tipos distintos de aftas:

- **Aftas menores** (*afta minor* o menor de Mickulick): son las más frecuentes y se presentan como pequeñas úlceras



Las aftas menores suelen presentar recidivas, aunque de un brote a otro suelen transcurrir períodos más o menos largos totalmente asintomáticos

ovaladas o redondeadas, poco profundas y localizadas en las zonas no queratinizadas de la mucosa bucal, preferentemente en los bordes de la lengua, en la mucosa interna de los labios y mejillas. En un mismo episodio pueden aparecer de una a cinco lesiones de carácter leve, cuyo tamaño medio se halla entre los 2-5 mm, no siendo frecuente que superen los 10 mm de diámetro.

Durante el período en que se encuentran activas provocan un dolor agudo intenso, que se irradia a las zonas anexas y que se intensifica al hablar, masticar o ingerir alimentos (especialmente los de carácter ácido y/o picante). No obstante, suelen resolverse por sí mismas en períodos de tiempo inferiores a una semana.

Las aftas menores suelen presentar recidivas, aunque de un brote a otro suelen transcurrir períodos más o menos largos totalmente asintomáticos.

- **Aftas mayores** (*afta major* o mayor de Sutton): se presentan tanto aisladas como múltiples, caracterizándose por presentar un gran tamaño –superior a los 10 mm de diámetro– y ser más profundas y destructivas que las citadas con anterioridad. En ellas el tejido conectivo se ve comprometido, existen lesiones en los vasos sanguíneos que irrigan la zona, por lo cual se aprecia un fondo hemorrágico en la ulceración y en muchos casos están acompañadas de adenopatías. Estas aftas son capaces de permanecer en esta fase durante un período de tiempo superior a una semana en prácticamente todos los casos, llegando a permanecer activas durante semanas e incluso meses. Tras su remisión, suele observarse una cicatriz en la zona afectada y la mucosa hipocrómica y con fibrosis superficial. Se localizan mayoritariamente en labios, lengua, faringe, paladar y zona interna de las mejillas.

- **Estomatitis aftosa recurrente** (forma herpetiforme de Cooke): se caracteriza por la presencia de múltiples y pequeñas aftas –no suelen superar los 3 mm– repartidas en grupos y de forma regular en cualquier parte de la mucosa bucal; sin embargo, presentan tendencia a unirse formando úlceras mayores y de morfología irregular, cuyo aspecto recuerda a las lesiones producidas por los herpes virus. Este tipo de aftas, a pesar de lo que su nombre pudiera indicar, no son originadas por el virus del herpes, sino que responden a otra casuística que conduce a su desarrollo.

Epidemiología

Las aftas bucales son la patología más común entre todas las lesiones que afectan la mucosa oral. Su carácter benigno y su popularidad entre la población dificulta la existencia de datos fiables respecto a su prevalencia, puesto que en contadas ocasiones se recurre al médico para su diagnóstico y tratamiento. Se estima que entre un 20 y un 60% de la población en algún momento de su vida se ha visto afectada por este tipo de lesiones, siendo la población infantil la que mayor incidencia presenta, dato justificable porque quizás es también la que más recurre al pediatra ante cualquier afectación de salud y por el frecuente uso de aparatos de ortodoncia.

Si bien no puede hablarse de una estacionalidad en su aparición, lo cierto es que la incidencia de las aftas aumenta levemente durante la primavera y el otoño y se reduce mucho la aparición de brotes intensos durante los meses estivales.

En un importante número de casos existe una cierta “cronificación” del proceso: los episodios esporádicos tienden a convertirse en procesos crónicos, con brotes recidivantes que van disminuyendo su cadencia a medida que avanza la edad del paciente, llegando a ser prácticamente inexistentes a partir de los 65-70 años.

En los pacientes de edad avanzada la presencia de aftas normalmente está asociada al uso de prótesis dentales.

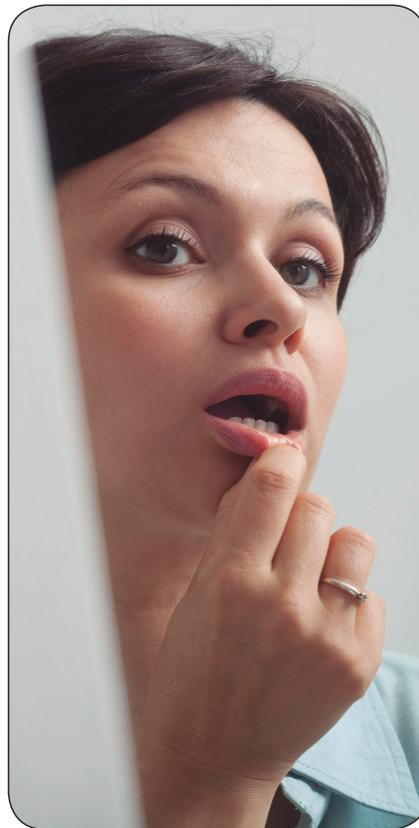
Etiología

Aunque la etiología de las lesiones aftosas sigue siendo hoy por hoy parcialmente desconocida y controvertida, parece ser que en su aparición concurren tanto factores predisponentes endógenos, como agentes desencadenantes de tipo exógeno.

Considerando en primer lugar los factores endógenos, la existencia en estos procesos de una componente genética cada vez adquiere más fuerza, especialmente ante los estudios que afirman que la probabilidad de que un individuo sano padezca este tipo de lesiones es significativamente mayor si uno de sus progenitores tiene tendencia a padecer aftas, aumenta si son ambos y la incidencia es muy alta en casos de hermanos gemelares univitelinos.

Otros postulados apuestan por la participación de factores inmunológicos como posibles vínculos favorecedores de la aparición de las aftas, sin embargo, no existe consenso sobre si su desencadenamiento se produce por mecanismos humorales o celulares.

Una primera hipótesis responsabilizaría la aparición de este tipo de úlceras a la existencia de autoanticuerpos contra las células basales de las membranas mucosas orales. No obstante, se contraponen con la observación empírica de que estos autoanticuerpos presentan una mayor reactividad con las células espinosas que con las basales y además presentan reacción cruzada con otros epitelios en los



Si bien no puede hablarse de una estacionalidad en su aparición, lo cierto es que la incidencia de las aftas aumenta levemente durante la primavera y el otoño y se reduce mucho la aparición de brotes intensos durante los meses estivales

que no existe manifestación de lesiones similares.

Otras hipótesis justifican la aparición de aftas con la existencia de vasculitis inducidas por inmunocomplejos circulantes y las reacciones derivadas de ello y otras al desequilibrio en los subtipos de linfocitos T4/T8 y/o la destrucción celular de la mucosa por parte de citoquinas linfocitarias.

A todos los factores etiológicos endógenos citados debe sumarse la intervención de factores exógenos, en muchos casos considerados como responsables principales de las formas agudas de este tipo de lesiones. En esta línea, se defiende el origen infeccioso (vírico o bacteriano) avalado por un significativo

número de profesionales sanitarios, así como un sinfín de otros múltiples factores, comúnmente aceptados, entre los que cabe citar:

- Lesiones bucales erosivas y traumatismos repetitivos que afecten a la mucosa bucal (limpieza dental agresiva, ortodoncias, dentaduras mal adaptadas, mordiscos, mala oclusión dentaria,...)
- Hipersensibilidad a determinados alimentos, conservantes o aditivos alimentarios (nueces, avellanas, marisco, queso, chocolate, vinagre, mostaza, leche, trigo, soja, piña, limón,... son algunos de los alimentos que se han relacionado con la aparición de úlceras bucales en individuos predispuestos a este tipo de afecciones).
- Reacciones adversas a ciertos fármacos: corticosteroides, inmunosupresores, antineoplásicos, antiinflamatorios no esteroideos, antiinfecciosos,...
- Alteraciones psicológicas (estrés, depresión, ansiedad, situaciones de elevada tensión emocional,...) que pueden desencadenar desde una lesión única hasta un brote aftoso.
- Alteraciones hormonales relacionadas con el ciclo menstrual femenino (aftas catameniales –antes de la menstruación–, aftas postovulatorias). Este hecho hallaría su justificación en el aumento de los niveles de progesterona y la disminución de los niveles de estrógenos que implicaría una deficiente queratinización de las mucosas y un aumento de la fragilidad epitelial. Durante el embarazo desaparecería la tendencia a desarrollar aftas, quizás por el aumento de estrógenos que implica este estado, aunque no se ha podido demostrar.
- Carencias nutricionales: un déficit de hierro, zinc, vitamina B₁₂ y ácido fólico parecen precipitar de algún modo la aparición de aftas en la mucosa bucal.
- Alteraciones digestivas o manifestaciones de otras enfermedades: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, enfermedad de Behcet, candidiasis, inmunodeficiencias,... pueden tener como primera y en muchas ocasiones durante un cierto tiempo como única manifestación este tipo de lesiones. De ahí la importancia de consultar al médico si los episodios de úlceras bucales se suceden con frecuencia o son muy virulentos.

• Cesación tabáquica: en fumadores activos es altamente infrecuente la aparición de aftas bucales, hecho que encuentra una explicación en el hecho de que el consumo de tabaco provoca un mayor grado de queratinización en las mucosas bucales.

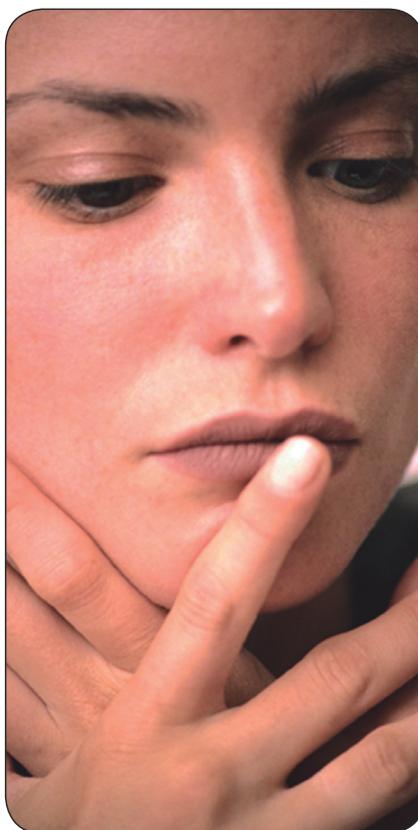
Diagnóstico

La realización de un correcto diagnóstico es crucial para poder instaurar el tratamiento más efectivo y adecuado al tipo de ulceración que presente el paciente. La diferenciación y caracterización de las lesiones clínicas es el punto de partida para poder realizar un diagnóstico diferencial, apoyándose en exámenes de laboratorio y estudios histopatológicos si fuera necesario.

En la práctica diaria el farmacéutico comunitario es el profesional sanitario que hace la primera valoración en este tipo de lesiones, como ya se ha citado anteriormente por la banalidad de la mayoría de las lesiones y su alta prevalencia. Estas consultas se refieren normalmente a aftas bucales con carácter autolimitante y cuya remisión completa no suele ser superior a una semana o 10 días, requiriéndose únicamente para su resolución un tratamiento paliativo local y la instauración de pautas de higiene bucal que eviten la sobreinfección de las úlceras.

No obstante, es importante recordar que antes de recomendar cualquier tratamiento, si el farmacéutico tiene la sospecha que las lesiones en la mucosa bucal puedan ser originadas por otra patología diferente a la propia de una estomatitis aftosa común, debe derivar la consulta al facultativo para su valoración y consiguiente diagnóstico diferencial de las mismas.

Así por ejemplo, las lesiones producidas por una infección herpética se caracterizan porque las vesículas presentan una disposición unilateral y el paciente puede sufrir fiebre y malestar general, en el caso de varicela las úlceras se localizan en el interior de la cavidad bucal en número considerable y repartidas por toda la superficie y en las candidiasis las lesiones se manifiestan de distinto modo según la edad del paciente (muguet oral en el recién nacido y niños de corta edad y glositis en adultos).



Si bien no puede hablarse de una estacionalidad en su aparición, lo cierto es que la incidencia de las aftas aumenta levemente durante la primavera y el otoño y se reduce mucho la aparición de brotes intensos durante los meses estivales

En los últimos años se ha visto un importante incremento de casos de leucoplasia vellosa, úlceras bucales que aparecen en enfermos afectados por el virus causante del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida) y que puede ser confundida con un afta común si no se realiza un diagnóstico minucioso.

Se han descrito, asimismo, casos, aunque su frecuencia no es demasiado elevada, en los que se relaciona la aparición de úlceras bucales con los primeros signos y síntomas de procesos cancerígenos.

En cualquier caso, se deberán recabar datos sobre la existencia de antecedentes familiares y personales; la forma, tama-

ño y número de lesiones, así como la frecuencia de las recidivas, los síntomas y signos (específicos o no) que experimenta, la existencia y evolución de otras lesiones en piel y mucosas, los hábitos vitales; la existencia de intervenciones estomatológicas recientes y otros tratamientos farmacológicos para derivar el caso al facultativo en caso de una primera intervención por el farmacéutico o la de realizar un diagnóstico más específico por parte del médico.

Tratamiento

Una de las características más significativas y relevantes de esta clase de lesiones de la mucosa bucal es el dolor y las molestias que ocasionan, por lo cual el paciente –a sabiendas de que las aftas responden a un cuadro benigno y autolimitado– busca de forma inmediata la instauración de medidas que palien el dolor, aminoren el resto de la sintomatología y acorten el curso del proceso.

El tratamiento indicado para las aftas bucales no complicadas es siempre local y se centra en tres ejes:

1) Paliar la sintomatología: disminuir el dolor y la inflamación.

• **Antiinflamatorios** (bencidamida, carbenoxolona, hidrocortisona, triamcinolona, dexametasona,...): están considerados como el tratamiento base para la resolución de este tipo de lesiones. Su aplicación local reduce el componente inflamatorio de las erosiones orales existentes, dando lugar a una mejora rápida y eficaz de la sintomatología.

Existen diversas presentaciones en función del tipo, localización y tamaño de las úlceras, así como de las preferencias del paciente: formulaciones diseñadas para niños (preparados con el aspecto de una gominola con un palo de sujeción que ayudan al menor a no deglutir el producto y mantenerlo cerca de la lesión), ya que es un colectivo especialmente afectado por este tipo de lesiones, comprimidos desleíbles, geles orales, enjuagues bucales o aerosoles.

• **Anestésicos locales** (lidocaína, benzocaína, tetracaína): su finalidad es la reducción de la sensibilidad dolorosa que generan las aftas. Suelen formularse asociados a otros activos, principalmente

antisépticos y antiinflamatorios, en distintas presentaciones galénicas de forma que su aplicación resulte adecuada, tanto para tratar lesiones bien localizadas (formulaciones semisólidas bioadhesivas), como para instaurar el tratamiento en lesiones de difícil acceso, cuando sean numerosas y dispersas o para su prevención en pacientes con tendencia a desarrollar lesiones orales ulcerativas consecuencia del uso de prótesis, ortodoncias u otras situaciones similares (colutorios, soluciones orales, comprimidos desleíbles).

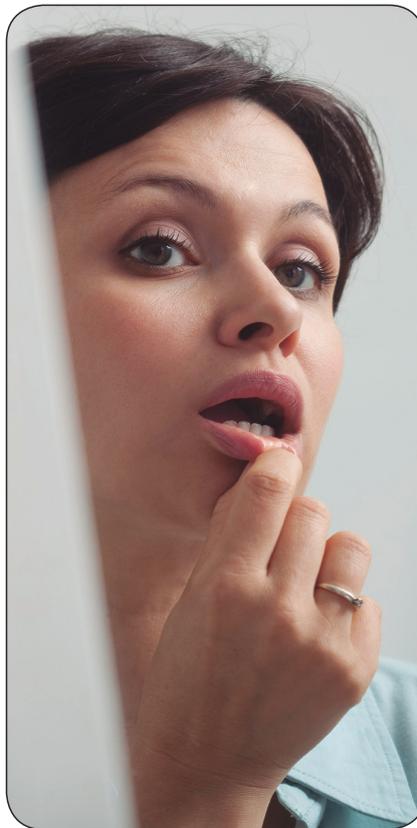
2) Favorecer el proceso de cicatrización y la regeneración de tejidos afectados.

- **El ácido hialurónico** es, fisiológicamente, un constituyente normal del tejido conectivo gingival, que interviene activamente en la función barrera, siendo por ello un elemento esencial para el mantenimiento de la mucosa bucal sana. Sus propiedades antiedematosas, derivadas de sus propiedades fisico-químicas y de su capacidad de macroagregación, favorecen la restauración del balance hídrico que se ha visto alterado por las lesiones aftosas y que es fuente de dolor por la compresión e inflamación que el edema genera en la zona lesionada. Su aplicación local sobre la mucosa bucal lesionada y consecuentemente su disponibilidad en el área tratada, además de aliviar el dolor y disminuir la inflamación, favorece y acelera la regeneración tisular al activar la migración de los fibrocitos, así como la cicatrización natural de las lesiones ulcerosas.

- **Protectores locales de la mucosa** (triésteres de glicerol oxidados): su aplicación acelera el proceso de cicatrización natural de la lesión, ya que ayuda a restaurar el film protector hidrolipídico al limitar la pérdida insensible de agua y promueve la renovación celular.

3) Prevenir complicaciones (sobreinfección de las úlceras) y de nuevos brotes.

- **Antisépticos bucales tópicos** (clorhexidina clorhidrato, hexetidina, povidona yodada, benzalconio cloruro, borato sódico): su finalidad principal radica en disminuir la posibilidad de sobreinfección de las úlceras bucales ya existentes,



Una de las características más significativas y relevantes de esta clase de lesiones de la mucosa bucal es el dolor y las molestias que ocasionan, por lo cual el paciente busca de forma inmediata la instauración de medidas que palien el dolor, aminoren el resto de la sintomatología y acorten el curso del proceso

acelerando de este modo su curación.

Las soluciones orales de uso tópico que los contengan estarán indicadas para la realización de enjuagues bucales y/o gargarismos. Se recomienda utilizarlo de 2 a 3 veces/día, preferiblemente tras las comidas. Sin embargo, las formas semisólidas incluirán el agente antiséptico a dosis más altas, siendo su modo de apli-

cación variable en función del excipiente utilizado.

Cuando la aparición de aftas esté condicionada por el uso de prótesis dentales o aparatos de ortodoncia, antes de su uso se recomienda sumergir las prótesis durante dos minutos en un colutorio o una solución diluida con agente antiséptico.

- **Antibióticos:** La administración de antiinfecciosos, como la tetraciclina, en forma de solución extemporánea al 2,5% para la realización de enjuagues bucales suele dar buenos resultados en los casos de estomatitis aftosa recurrente y de úlceras bucales severas de tamaño superior a 1 cm. Su uso no se recomienda en niños que aún no hayan cambiado las piezas dentales o que se hallen en proceso de hacerlo, ya que la tetraciclina provoca una decoloración permanente en los dientes en formación.

Si bien el tratamiento local, como ya se ha citado, es el de elección para esta patología bucal, el tratamiento sistémico estará justificado cuando el dolor y las molestias sean tan intensas que repercutan notablemente en la actividad normal del paciente. Los analgésicos orales (ibuprofeno y paracetamol) son los fármacos de elección por su efectividad, buena tolerancia, los infrecuentes efectos adversos y la amplia aceptación por parte del paciente.

Cualquiera de estos tratamientos requieren que se practiquen antes, durante y tras la intervención unas medidas higiénicas generales que permitan que la efectividad terapéutica del tratamiento instaurado no se vea mermado. Entre ellas cabe destacar: lavarse cuidadosamente las manos antes de manipular la zona afectada para minimizar sobreinfecciones o propagación de las lesiones, limpieza de la mucosa bucal afectada mediante enjuagues con el fin de eliminar cualquier residuo que hubiera en la cavidad bucal y que pudiera interferir con la medicación o favorecer el crecimiento de la flora oral; uso siempre que sea posible de aplicadores o torundas de un solo uso y evitar la ingesta de alimentos y/o bebidas hasta pasado un cierto tiempo desde la aplicación del fármaco para evitar su arrastre de la zona a tratar. □