

# Farmacia Comunitaria

## Curso básico sobre Patologías digestivas

### Tema 1

### Estomatitis aftosa

La aparición de pequeñas úlceras redondeadas u ovoides en la cavidad bucal que resulta muy molesta y puede conllevar una sobreinfección y dificultar la ingesta de alimentos. Las aftas suelen presentarse de forma recidivante en lo que se conoce como estomatitis aftosa recurrente. Debido al desconocimiento de la etiología de esta patología, que parece tener un componente genético, el tratamiento será sintomático.

#### JUAN DEL ARCO

Doctor en Farmacia  
Director Técnico del COFBI

#### Definición

La estomatitis aftosa es una patología oral que consiste en la aparición de pequeñas úlceras redondeadas u ovoides que se localizan en las zonas no queratinizadas de la mucosa oral: superficie interna de los labios y mejillas, parte inferior de las encías, paladar blando, zona situada bajo la lengua y superficie lateral e inferior de ésta última<sup>1-4</sup>. A diferencia de otras ulceraciones bucales, estas lesiones, denominadas aftas, no aparecen en el paladar duro ni las encías.

Las aftas presentan una superficie de color amarillento o grisáceo con bordes bien definidos y suelen estar rodeadas de un halo eritematoso. Su tamaño es variable y pueden presentarse aisladas o en grupos bastante numerosos. Producen un picor o ardor intenso –su denominación procede de la palabra griega “αφθαί” aphthai, que significa quemadura<sup>5</sup>– que puede aparecer entre 24 y 48 horas antes de la lesión y va desapa-

reciendo cuando comienza la reepitelización.

Aunque son autolimitadas, pueden resultar muy molestas, conllevar una sobreinfección y, en casos extremos, afectar al estado nutricional del paciente al dificultar la ingesta de alimentos.

Suelen presentarse de forma recidivante en lo que se conoce como estomatitis aftosa recurrente (RAS por sus siglas en inglés). La mayoría de los pacientes sufren de uno a tres episodios anuales, pero en algu-

nos casos es una afección casi permanente y se asocia a una afectación sistémica.

#### Clasificación

Existen tres presentaciones clínicas diferentes de la estomatitis aftosa<sup>4,6-8</sup> (tabla 1):

**Aftas menores:** también denominadas de Mikulicz. Tienen menos de 10 mm de diámetro, suelen curar en una o dos

**Tabla 1. Presentaciones clínicas de la estomatitis aftosa**

	Número	Diámetro	Localización	Duración	Cicatrices residuales
Aftas menores	Una o varias	5-10 mm	Zonas no queratinizadas	7 - 14 días	No
Aftas mayores	Una o varias	> 10 mm	Zonas no queratinizadas	7- 14 días	Si
Úlceras herpetiformes	Numerosas	< 5 mm	Cualquier zona de la mucosa oral	< 14 días	Si

semanas, aunque el dolor se alivia generalmente al cabo de tres o cuatro días de su aparición. Son, con gran diferencia, las más frecuentes (suponen del 75 al 95% de los casos). Pueden presentarse aisladas o en grupos de varias y no dejan cicatrices.

**Aftas mayores:** son más extensas y profundas y tienden a implicar a la mucosa que recubre las glándulas salivares menores (periadenitis mucosa necrótica recurrente o enfermedad de Sutton). Suelen presentar un borde sobre elevado e irregular. Los síntomas prodrómicos son más intensos que en las menores y además de dolor a veces producen fiebre, malestar general y dificultades para tragar, sobre todo en las fases iniciales de la afección. Pueden tardar semanas o incluso meses en curarse y a menudo dejan cicatrices residuales. Suponen del 10 al 15% de las RAS y son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos.

**Úlceras herpetiformes:** aparecen en brotes de cinco a diez lesiones muy pequeñas, similares a las que produce el herpes. Tienden a fusionarse unas con otras dando lugar a lesiones más extensas e irregulares. Son más habituales en mujeres y suelen aparecer a edades más avanzadas. Se localizan tanto en zonas de mucosa blanda como en las queratinizadas, pero a diferencia de las lesiones herpéticas no están precedidas por vesículas ni se asocian a gingivitis. Es la forma menos común de presentación de la RAS (5-10% de los casos).

## Etiopatogenia

En muchos casos la RAS tiene un componente genético, ya que más del 42% de los pacientes tienen un familiar de primer grado que también la padece y la probabilidad de que aparezca es del 90% en caso de que los dos padres estén afectados. Además suele ser más severa en quienes presentan un historial familiar de RAS<sup>4,9</sup>.



**La estomatitis aftosa recurrente es una de las afecciones orales más frecuentes y, aunque según las poblaciones estudiadas su prevalencia es muy variable, se calcula que afecta en algún momento de su vida a un 20% de las personas**

Parece que su origen está relacionado con la respuesta celular inmune, ya que en los pacientes con RAS son más elevadas la proporción de linfocitos T gamma-delta y los niveles plasmáticos de algunas citoquinas proinflamatorias, como las interleukinas o el factor de necrosis tumoral (TNF)<sup>1,9,10</sup>.

En la fase preulcerativa se forma en el epitelio un infiltrado linfocítico mononuclear, seguido de una pápula dolorosa, debida a la vacuolización de los queratinocitos. Cuando se forma la úlcera se recubre de una membrana fibrinosa infiltrada de

neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas<sup>4</sup>.

También parece que se relaciona con la funcionalidad del sistema serotoninérgico, lo que podría explicar que su incidencia sea mayor en las situaciones de estrés y en las personas con trastornos psicósomáticos<sup>9</sup>.

Su etiología es desconocida pero existen una serie de factores que se relacionan con su aparición<sup>2, 7-13</sup>.

- Físicos. Los pequeños traumatismos locales, que se suelen producir con los aparatos de ortodoncia y las dentaduras postizas o las mordeduras accidentales del interior de las mejillas o la lengua, pueden dar lugar a la aparición de aftas en pacientes con RAS. También pueden originarlas la radioterapia e incluso los cambios de temperatura.
- Químicos. La aparición de aftas se relaciona con la aplicación tópica de algunas sustancias presentes en los dentífricos como el lauril sulfato sódico, y la toma de algunos fármacos (ver tabla 2) o incluso alimentos (cacahuets, almendras, cereales, queso, fresas, chocolate, café...).
- Psicológicos. El estrés es uno de los principales factores que se asocian con las recurrencias de la RAS.
- Endocrinos. En algunas mujeres la frecuencia de los brotes disminuye con la toma de anticonceptivos y también existe una menor predisposición a desarrollar aftas durante el embarazo, aunque esta asociación es controvertida.
- Nutricionales. Además del posible efecto de algunos alimentos, los brotes pueden aparecer como consecuencia de déficits de hierro, ácido fólico, vitaminas del grupo B o zinc.
- Microbiológicos. Aunque no es una patología infecciosa, tanto determinadas bacterias (*Streptococcus mitis*, *Helicobacter pylori*) como virus (citomegalovirus, virus de Epstein-barr) se han relacionado también con la etiopatogenia de la RAS.
- Genéticos. La probabilidad de presentar RAS es mayor cuando existen antecedentes familiares. Aunque se han identificado algunos antígenos de leucocitos humanos

genéticamente específicos en pacientes con RAS, se precisan más estudios para determinar el grado de asociación de dichos antígenos con el desarrollo de esta patología.

• Otros. La RAS es más habitual en no fumadores y entre quienes fuman es más leve cuanto mayor es el consumo de tabaco. Además, el abandono del hábito tabáquico se asocia a una mayor frecuencia de recurrencias, que en algunos casos remiten al volver a fumar. Este fenómeno podría atribuirse a que el consumo de tabaco induce la queratinización de la mucosa oral, o bien a que la nicotina disminuye la producción de interleukinas.

Existen además una serie de afecciones que se relacionan con la aparición de aftas. En este sentido, la patología que más claramente se asocia con la RAS es el síndrome de Behçet<sup>4</sup>, del que es el síntoma con mayor sensibilidad diagnóstica<sup>15</sup>. También aparecen aftas en pacientes celíacos cuando son expuestos al gluten y en quienes padecen colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn<sup>2,4</sup>. Por otra parte, las aftas son un síntoma habitual en pacientes con infección por VIH, neutropenia y otros déficits inmunitarios<sup>11-12</sup>.

## Epidemiología

La estomatitis aftosa recurrente es una de las afecciones orales más frecuentes y aunque según las poblaciones estudiadas su prevalencia es muy variable, se calcula que afecta en algún momento de su vida al 20% de las personas<sup>7,10</sup>. Es más habitual en mujeres, suele aparecer por primera vez en individuos jóvenes y la frecuencia y la gravedad de los brotes, que parecen alcanzar un máximo entre la segunda y la tercera década de la vida, tienden a disminuir con el paso de los años<sup>3,7,9,10</sup>.

Aunque las recurrencias se pueden presentar en cualquier época del año, suelen ser ligeramente más frecuentes en primavera y otoño<sup>3</sup>.

## Diagnóstico

El diagnóstico diferencial de la RAS se basa en la historia clínica y en la apariencia de las lesiones<sup>4,8,17</sup>.

La ausencia de fiebre y adenomas, la localización de las lesiones (zonas blancas) y la evolución (no se forman vesí-

culas previas a la úlcera) y apariencia de las mismas (ausencia de eritema gingival difuso) se emplean como criterios para diferenciarla del herpes<sup>17</sup>. La localización de las lesiones exclusivamente sobre la mucosa oral se utiliza para diferenciarla de otras afecciones víricas como varicela, herpangina, síndrome boca mano pié (que al igual que el herpes también suelen producir fiebre). Estos mismos criterios también se utilizan para distinguirlas de trastornos autoinmunes como el pénfigo o el liquen oral plano, aunque para confirmar el diagnóstico es necesario recurrir al estudio histopatológico<sup>8,17,18</sup>.

La historia clínica debe orientarse fundamentalmente a descartar que las aftas sean una manifestación de síndrome de Behçet, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía o un déficit inmunitario<sup>4</sup>. Otro aspecto importante es valorar si la lesión puede deberse a un cáncer oral, por lo que toda úlcera que persista más de dos o tres semanas debería biopsiarse<sup>18,19</sup>.

En el diagnóstico diferencial también deben descartarse otras patologías, como la granulomatosis de Wegener y los síndromes de Reiter, Sjögren o Sweet<sup>7</sup>.

## Tratamiento

Dado el desconocimiento de la etiología de RAS, el tratamiento es sintomático. La naturaleza recidivante de la afección y el hecho de que su evolución sea muy variable, dificultan el diseño de los ensayos clínicos y la interpretación de sus resultados<sup>4</sup>. Por estos motivos, aunque se han publicado muchos estudios sobre un gran número de alternativas terapéuticas, no se dispone de evidencia para afirmar cual es el tratamiento de elección<sup>6,20-22</sup>.

De cara a la selección del tratamiento se recomienda clasificar a los pacientes en tres categorías<sup>4,23</sup>:

- **Tipo A:** Presentan episodios breves, pocas veces al año y con niveles de dolor tolerables. Puede ser suficiente identificar los factores desencadenantes y adoptar las medidas higiénico-dietéticas adecuadas.
- **Tipo B:** Sufren episodios mensualmente y el dolor les lleva a modificar sus hábitos higiénico-dietéticos. Además de identificar los factores desencadenantes se debe intentar identificar los síntomas prodrómicos para aplicar precozmente un tratamiento tóxico.

**Tabla 2. Medicamentos que pueden producir aftas<sup>14</sup>**

AINEs	Ibuprofeno
	Ketorolaco
Antihipertensivos	Captoprilo
	Enalaprilo
	Fosinopril
Antivirales	Aciclovir
	Atazanavir*
	Boceprevir*
	Darunavir
Inmunomoduladores y/o Antitumorales	Zidovudina*
	Abatacept*
	Aflibercept*
	Belatacept*
	Everolimus*
	Lenalidomida
	Peginterferones*
	Sorafenib*
	Sunitinib*
	Tensirolimus*
Tocilizumab*	
Otros	Fosaconazol
	Varenciclina

\* Cuando se utilizan estos fármacos las aftas son una reacción adversa frecuente (de 1 al 10% de incidencia)

• **Tipo C:** Los episodios son muy dolorosos, surgen nuevas lesiones cuando aún no han desaparecido las anteriores y el tratamiento tópico no es efectivo, por lo que es necesario recurrir a la vía sistémica.

### Medidas higiénico dietéticas

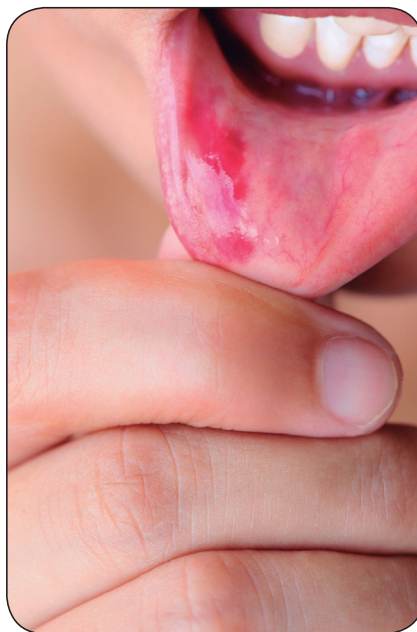
Aunque no se dispone de estudios sobre la eficacia de las medidas dietéticas, se recomienda evitar los alimentos duros (patatas chips, pan tostado, frutos secos, galletas...), salados y ácidos, como los zumos de frutas (especialmente los cítricos) o el tomate, y las especias, así como las bebidas alcohólicas y carbonatadas<sup>20,23,24</sup>. En algunos casos, puede ser recomendable beber con pajita para evitar las molestias que puede ocasionar el contacto del líquido con el afta<sup>3</sup>. Otro aspecto relacionado con la dieta es garantizar que existe un consumo adecuado de vitamina B12 y ácido fólico.

En cuanto a los aspectos higiénicos se recomienda evitar las pastas de dientes que contengan lauril sulfato sódico<sup>20,24</sup>, así como realizar la limpieza bucal con un cepillo suave<sup>18</sup>. Los pacientes que emplean prótesis dentales, deben prestar especial cuidado en su limpieza y utilizar productos que les permitan conseguir una buena fijación de las mismas<sup>19</sup>. En cuanto a los aparatos de ortodoncia, además de verificar que están bien ajustados, debe recomendarse el uso de cera de ortodoncia para minimizar los traumatismos sobre la mucosa oral.

### Tratamientos tópicos

Constituyen la primera alternativa terapéutica y se basan en la aplicación de sustancias con efecto anestésico, antiinflamatorio, antimicrobiano o cicatrizante-protector<sup>3,7,10,20,23</sup>.

Entre los medicamentos comercializados en España, predominan las presentaciones en comprimidos para chupar, seguidas de las soluciones de aplicación tópica. Casi todos ellos son combinaciones de varios principios activos, siendo la más frecuente la asociación benzocaína-clorhexidina, a la que en un caso se asocia también tirotricina y en otro enoxolona. También hay otras combinaciones de antimicrobianos con antiinflamatorios (cloruro de benzalconio + hidrocortisona, neomicina + cortisona) y preparados con otros antisépticos: cloruro de benzalconio, resorcinol, bórax, alcohol diclorobencílico... junto a productos a base de vitaminas (C, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>...) e incluso una combi-



**El principio activo que más se emplea actualmente en nuestro país para el tratamiento de aftas es el ácido hialurónico, que a su acción protectora y cicatrizante une un efecto analgésico**

nación de ácido salicílico con glucósidos antraquinónicos<sup>15</sup>. Persisten, así mismo, las barras de nitrato de plata que se utilizaban tradicionalmente para cauterizar las aftas, procedimiento que ha demostrado su eficacia en la reducción del dolor, aunque no está claro si es capaz de acelerar la curación de las aftas<sup>25,26</sup>.

El principio activo que más se emplea actualmente en nuestro país para el tratamiento de aftas es el ácido hialurónico, que a su acción protectora y cicatrizante une un efecto analgésico<sup>27</sup>. Sin embargo no se encuentra comercializado como medicamento sino como producto sanitario, tanto solo como asociado a gel de *Aloe vera* –que aporta también un efecto calmante y cicatrizante–y/o polivinilpirrolidona –por su acción protectora y desinfectante<sup>15</sup>–. Aunque la gran mayoría de los productos sanitarios disponibles para el tratamiento de aftas contienen ácido hialurónico, también hay algunos que llevan exclusivamente gel de aloe, mucilago de altea y/u otros extractos vegetales, así como algunos basados en polímeros sintéticos<sup>15</sup>.

Precisamente la ausencia de preparados que combinen el ácido hialurónico con anestésicos o corticoides es, junto a la falta de asociaciones de anestésicos y corticoides, el principal motivo de que las aftas sean una de las afecciones en las que es más frecuente la prescripción de fórmulas magistrales.

### Tratamientos sistémicos

Exceptuando la recomendación ocasional de un analgésico<sup>28</sup> el tratamiento sistémico debe reservarse para los casos severos<sup>20</sup>. Normalmente se recurre al uso de corticoides, que pueden también aplicarse en inyecciones intralesionales, y si estos no son eficaces se emplean fármacos como colchicina o pentoxifilina. El uso de otros inmunomoduladores –azatioprina, ciclosporina, dapsona, interferón, metotrexato o talidomida– se reserva para los casos más graves<sup>4,8,10,17,18,20,23,24</sup>.

También se han obtenido resultados positivos con tratamientos de 300 mg/día de sulfato de cinc, 1 mg de vitamina B12, 2 g de vitamina C o 3 g/día de ácidos grasos omega<sup>3,20,23,29-31</sup>.

### Otras alternativas terapéuticas

Aunque se han publicado bastantes estudios comparativos en los que se obtienen buenos resultados en el control del dolor y la aceleración de la curación de las aftas aplicando tratamientos con laser, la variabilidad de la metodología empleada en los mismos dificulta obtener conclusiones sobre su eficacia en el tratamiento de la RAS<sup>32</sup>.

### Papel del farmacéutico

Como en otros trastornos menores la correcta actuación en la farmacia pasa por:

- Saber identificar las señales de alarma cuya presencia hace necesaria la derivación al médico o al dentista.
- Aconsejar las medidas higiénico dietéticas adecuadas para evitar las recurrencias.
- Ser capaz de seleccionar el tratamiento más adecuado en cada caso que se consulta.

En principio deben derivarse al médico o al dentista las lesiones<sup>19,28</sup>:

- Producidas por aparatos de ortodoncia, prótesis o piezas dentales en mal es-

tado, para que el dentista pueda realizar los ajustes o reparaciones necesarios.

- Que duren más de dos semanas, ya que podrían ser lesiones cancerosas y deben biopsiarse.
- Acompañadas de fiebre, adenomas y/o cefalea, que hacen sospechar la presencia de una infección o alguna otra patología que es preciso diagnosticar.
- Asociadas a otros trastornos digestivos (vómitos, diarreas...), que podrían deberse a patologías como celiacía, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn... que a veces cursan con estomatitis aftosa.
- Que se presentan en individuos inmunodeprimidos, en los que puede ser necesario ajustar los tratamientos sistémicos que esté recibiendo o iniciar otros diferentes.
- Que tomen medicamentos de prescripción cuyo uso se asocia a la aparición de aftas, para valorar la interrupción del tratamiento.

Además se deben remitir los casos en los que se producen recurrencias y los de aftas mayores, numerosas o que son tan dolorosas que dificultan la ingestión de alimentos, porque puede ser necesario un tratamiento sistémico.

## Selección del tratamiento

Si bien solo se recomienda recurrir sistemáticamente al tratamiento farmacológico de las aftas cuando son recurrentes, los pacientes que acuden a la farmacia buscan un alivio de sus molestias y lógico que se les aconseje el uso de un producto sanitario o un medicamento que no precise receta<sup>19</sup>. En la mayoría de los casos puede incluso hacerse esta recomendación cuando se deriva al paciente al dentista o médico, para que lo use hasta que acuda a la consulta.

Cuando las aftas se localizan en una zona de fácil acceso, es aconsejable seleccionar un preparado que permita depositar el producto directamente sobre la lesión mediante una pequeña espátula o varilla. También puede resultar útil en esos casos utilizar un spray pulverizador<sup>13</sup>.

Dada la escasez de evidencia sobre la eficacia comparativa de los diferentes principios activos disponibles, se aconseja recomendar las soluciones de ácido hialurónico, tanto porque presenta el

mecanismo de acción más fisiológico, como porque, presenta a la vez propiedades protectoras, analgésicas y cicatrizantes.

Si por la intensidad del dolor fuera necesario aconsejar la toma de un analgésico como ibuprofeno o paracetamol es importante recordar que deben emplearse siempre a la menor dosis que resulte eficaz. □

## Bibliografía

- Hudson J. Recurrent Aphthous Stomatitis: Diagnosis and Management in Primary Care. *J Patient-Centered Res Rev* 2014;1(4):197-200.
- Preeti L, Magesh KT, Rajkumar K, Karthik R. Recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2011 Sep-Dec; 15(3): 252-6.
- Aftas. *Panorama Actual del Medicamento* 2010; 34(326):663-6.
- Scully C. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Ass*. 2003; 134:200-7.
- Diccionario de la RAE. Disponible en <http://dle.rae.es>. Último acceso diciembre 2015.
- Fernandes R, Tuckey T, Lam P, Sharifi S, Nia D. Best treatment for aphthous ulcers- An evidence based study of literature. *J Am Dent Ass*. 2008;134:200-7.
- Riera Matute G, Riera Alonso E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. *Reumatol Clin*. 2011 ;7(5):323-8.
- Tarajki B, Gazal G, Al-Maweri SA, Azzeghaiby SN, Alaizari N. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis for Dental Practitioners. *Journal of International Oral Health* 2015; 7(5):74-80.
- Slebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postepy Dermatol Alergol*. 2013;30(2):96-102.
- Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am*. 2005;49(1):31-47.
- Scully C. Aphthous ulcers. *Medscape*. Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/867080-overview>. Último acceso diciembre 2015.
- Bonet R, Garrote A.- Estomatitis aftosa recidivante. *Offarm*. 2011;30(1):40-5.
- Arco del J. Aftas. En: Torre MA, Robles JJ, Ordeieros E, Monje I, Melero R, Ibáñez D et al. *Formulación magistral en atención primaria*. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia; 1997.
- Bramwell BL, Williams LA. Current concepts in the treatment of recurrent aphthous ulcers. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*. 2013; 16(7):13-8.
- Bot plus. Último acceso diciembre 2015.
- Yazici, H., Ugurlu, S., Seyahi, E. Behçet syndrome: is it one condition? *Clin Rev Allergy-Immunol*. 2012;43(3):275-80
- Strasler HE. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Dental learning* Disponible en [http://www.dentallearning.net/files/DL%20RAS\\_Strassler\\_15.pdf](http://www.dentallearning.net/files/DL%20RAS_Strassler_15.pdf). Último acceso diciembre 2015.
- Millán F, Quecedo E, Gimeno E. Tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante. *Piel*. 2012;25(8):463-9.

- Arco del J, Arteagoitia I. Aftas. *El Farmacéutico* 2015;517:40-6.
- Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC. The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arztebl Int*, 2014; 111(40): 665-73.
- Brocklehurst P, Tickle M, Glenny AM et al (2012). Systemic interventions for recurrent aphthous stomatitis (mouth ulcers). *Cochrane Database Syst Rev* 12: doi: 10.1002/14651858.CD005411.pub2. Disponible en <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD005411.pdf>. Último acceso diciembre 2015.
- Staines K, Greenwood M. Aphthous ulcers (recurrent). Systematic review 1303. *BMJ Clinical Evidence*. <http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/1303/overview.html>. 2015 February. Último acceso diciembre 2015.
- Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(2):e168-74. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4002348/pdf/jced-6-e168.pdf>. Último acceso diciembre 2015.
- Baztarrica, Aguado L, de Prado A. Aftas recidivantes como reflejo de enfermedades sistémicas. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2012;19(9):534-8.
- Alidaee MR, Taheri A, Mansoori P, Ghodsi SZ. Silver nitrate cautery in aphthous stomatitis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2005;153:521-5.
- Soylu Özler G. Silver nitrate cauterization: a treatment option for aphthous stomatitis. *J Craniomaxillofac Surg*. 2014;42:e281-3.
- Nolan A, Baillie C, Badminton J, Rudra-lingham M, Seymour RA. The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med*. 2006;35:461-5.
- Aftas o úlceras bucales. En: Baos V, Faus MJ Eds. *Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores*. Madrid: Semfyc - Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada - Sefac; 2008. Disponible en [http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=62&func=download&id=89&chk=af415df1d14bfaa1c06409c595664535&no\\_html=1&fname=protocolos-de-indicacion-farmaceutica.pdf](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_remository&Itemid=62&func=download&id=89&chk=af415df1d14bfaa1c06409c595664535&no_html=1&fname=protocolos-de-indicacion-farmaceutica.pdf). Último acceso diciembre 2015.
- Volkov I, Rudoy I, Freud T, Sardal G, Naimers S, Peleg R, et al. Effectiveness of vitamin B12 in treating recurrent aphthous stomatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Board Fam Med*. 2009;22:9-16.
- Yasui K, Kurata T, Yashiro M, Tsuge M, Ohtsuki S, Morishima T. The effect of ascorbate on minor recurrent aphthous stomatitis. *Acta Paediatr*. 2010;99:442-5.
- El Khouli AM, El-Gendy EA. Efficacy of omega-3 in treatment of recurrent aphthous stomatitis and improvement of quality of life: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;117:191-6.
- Pavlič V, vujčić -Aleksić V, Aoki A, Nežić L. Treatment of recurrent aphthous stomatitis by laser therapy: A systematic review of the literature. *Vojnosanit Pregl*. 2015;72(8):722-8.

## Cuestionario de evaluación

### Curso básico sobre Patologías digestivas

#### Tema 1. Estomatitis aftosa

**1. ¿Cuál de estos factores no se relaciona con el incremento del riesgo de tener aftas?**

- a) Uso de dentífricos con lauril sulfato sódico
- b) Estrés
- c) Consumo de tabaco
- d) Déficit de vitamina B12

**2. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa?**

- a) La aftas son más frecuentes en mujeres que en varones
- b) La estomatitis aftosa recurrente se asocia normalmente a fiebre y adenopatías
- c) El uso de interferones pegilados se asocia con frecuencia con la aparición de aftas
- d) Las aftas menores no dejan cicatrices cuando se curan

**3. ¿Y cuál es verdadera?**

- a) Las aftas herpetiformes son más frecuentes en pacientes jóvenes
- b) La aparición de aftas puede deberse a los cambios de temperatura
- c) Las aftas son menos frecuentes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- d) La frecuencia y gravedad de los brotes de RAS suele aumentar con la edad

**4. ¿Qué alimento se recomienda evitar en caso de RAS?**

- a) Tomate
- b) Lechuga
- c) Berros
- d) Aguacates

**5. ¿Qué tratamiento ha demostrado eficacia para reducir el dolor de las aftas?**

- a) Nitrato de plata
- b) Violeta de genciana
- c) Azul de metileno
- d) Ninguno de ellos ha demostrado ser eficaz

**6. ¿Remitirías al médico un paciente con aftas si toma?**

- a) Enalapril
- b) Lisinopril
- c) Losartán
- d) Nifedipino

**7. El ácido hialurónico ejerce una acción**

- a) Protectora
- b) Cicatrizante
- c) Analgésica
- d) Todas son ciertas

**8. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa?**

- a) En pacientes con aftas simples de corta duración y escasas recurrencias pueden ser suficientes las medidas higiénico-dietéticas
- b) En pacientes con recurrencias mensuales se debe recurrir al tratamiento sistémico
- c) Para el tratamiento tópico se emplean con frecuencia asociaciones de varios fármacos
- d) Para el tratamiento tópico es común recurrir al uso de productos sanitarios

**9. ¿Cuál de estos medicamentos empleados en el tratamiento de aftas suele administrarse por vía sistémica?**

- a) Benzocaína
- b) Dapsona
- c) Enoxolona
- d) Tetraciclina

**10. Las aftas herpetiformes**

- a) Son causadas por herpes virus
- b) Pueden dejar cicatrices una vez que se curan
- c) Se suelen presentar de forma aislada
- d) Se caracterizan por aparecer en zonas queratinizadas

## Respuestas correctas

1. c) Consumo de tabaco  
 2. b) La estomatitis aftosa recurrente se asocia normalmente a fiebre y adenopatías  
 3. b) La aparición de aftas puede deberse a los cambios de temperatura  
 4. a) Tomate  
 5. a) Nitrato de plata  
 6. a) Enalapril  
 7. d) Todas son ciertas  
 8. b) En pacientes con recurrencias mensuales se debe recurrir al tratamiento sistémico  
 9. b) Dapsona  
 10. b) Pueden dejar cicatrices una vez que se curan