

Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales

Recurrent aphthous stomatitis according to local and general factors

**MsC. Maurín Castelnaux Martínez, MsC. Ayaruselkis Jiménez Fuentes,
MsC. Josefa Navarro Nápoles, MsC. Yoandris González Sánchez y Dra. Zoraida
Rodríguez Sierras**

Policlínico Docente Comunitario "Carlos J. Finlay", Songo-La maya, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 60 pacientes con manifestaciones clínicas de estomatitis aftosa recurrente, atendidos en la consulta estomatológica del Policlínico "Carlos J. Finlay" del Municipio Songo-La Maya de Santiago de Cuba, desde noviembre del 2007 hasta julio del 2009. Entre las variables analizadas figuraron: grupos etarios, localización, factores locales y generales. En la serie predominaron el sexo femenino (63,3 %), el grupo etario de 15-34 años, el dolor (100,0 %) y los labios como el lugar de mayor localización de la enfermedad. Entre las causas primaron el trauma y las alteraciones por estrés. Se recomendó efectuar estudios en diferentes poblaciones para llevar a cabo acciones de promoción de salud y prevención de este cuadro morboso.

Palabras clave: estomatitis aftosa recurrente, factores locales, factores generales, trauma, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 60 patients with clinical manifestations of recurrent aphthous stomatitis, assisted in the Stomatological Department of "Carlos J Finlay" Polyclinic, Songo-La Maya Municipality in Santiago de Cuba was carried out from November, 2007 to July, 2009. Among the analyzed variables there were: age groups, localization, local and general factors. The female sex (63.3%), the age group 15-34, the pain (100.0%) and the lips as the place of greater localization of the disease prevailed in the series. Among the causes trauma and changes due to stress prevailed. It was recommended to make studies in different populations to carry out the health promotion and prevention of this morbid pattern.

Key words: recurrent aphthous stomatitis, local factors, general factors, trauma, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es importante, pues de ella depende el buen funcionamiento del aparato digestivo y la nutrición del organismo; es por ello indispensable cuidar la boca, la integridad dentaria y las encías.

Entre las enfermedades periodontales inflamatorias agudas figura la estomatitis aftosa recurrente o recidivante (EAR), que constituye una de las urgencias estomatológicas; es atendida por el Estomatólogo General Básico y el especialista en Estomatología General Integral, los cuales realizan acciones de promoción de salud, prevención y tratamientos.¹

Dicha entidad clínica, también llamada aftosis oral o simplemente aftas, constituye uno de los cuadros más frecuentes entre las afecciones bucales. Es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la aparición de brotes de lesiones aftosas en la mucosa bucal.^{2,3}

Tiene mayor prevalencia en los países desarrollados como Estados Unidos y Europa donde las medidas higiénicas y la alimentación son más adecuadas. En cambio, parece que la ocurrencia en América del Sur y en los países Árabes es menor. En general se ha descrito que afecta alrededor de 20 % de la población en general, aunque en algunos estudios se han notificado cifras de hasta 60 %. En los niños es también la forma más común de ulceración bucal. Se presenta en ambos sexos, pero generalmente las mujeres son más susceptibles de padecerla.^{4,5}

La EAR es una enfermedad crónica caracterizada por la ulceración de la mucosa bucal no queratinizada, que se presenta de forma aguda y dolorosa, clínicamente se observa como lesiones únicas o múltiples casi siempre pequeñas (menores de 0,5 cm), poco profundas, erosivas, dolorosas, redondas u ovals de color blanco en el centro (este color blanquecino se debe a que la zona está infectada debido al proceso de cicatrización) bordes enrojecidos, de aparición súbita inicialmente necrótica y de carácter recidivante.⁶ Las lesiones pueden persistir por días y semanas, cursan sin cicatrización ni evidencia de su previa existencia, la recurrencia se produce después de períodos de remisión de permanencia variable; las aftas no se presentan con fiebre u otros síntomas, salvo que se produzcan infecciones secundarias.^{5,7}

De hecho, la incidencia sobre la patogenia de la EAR está inconclusa; la mayoría de los autores coinciden en señalar que es multifactorial, causada por factores de riesgo predisponentes o desencadenantes relacionados con su aparición, entre los cuales figuran: genéticos, virales, bacterianos, alteraciones inmunológicas y trastornos psíquicos.^{1,6,8}

Para el diagnóstico correcto de esta afección es necesario realizar examen clínico e interrogatorio adecuados, puesto que no existen pruebas de laboratorio específicas para diagnosticarla. En caso de duda debe hacerse una biopsia, debido a la gran diversidad de mecanismos patogénicos implicados; además, es necesario establecer un diagnóstico diferencial.^{5,6} El pronóstico para algunos pacientes es que son capaces de adaptarse a la enfermedad y vivir durante un tiempo con tratamiento sintomático. La terapia debe ir encaminada a aliviar el dolor, acortar la duración de las lesiones y evitar factores precipitantes.^{9,10}

Se considera un paciente afectado con estomatitis aftosa recurrente, cuando existe una o más úlceras dolorosas en la mucosa bucal, con pérdida de la continuidad del epitelio, una porción central roja grisácea y periferia elevada a modo de reborde.^{5,11}

Esta afección constituye una manifestación clínica de elevada frecuencia en el municipio Songo-La Maya, debido al incremento de los pacientes que asisten a la consulta de urgencia estomatológica.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 60 pacientes de ambos sexos, con edades entre 15-55 años, con manifestaciones clínicas de estomatitis aftosa recurrente, atendidos en la consulta estomatológica del Policlínico "Carlos J. Finlay" del Municipio Songo-La Maya de Santiago de Cuba, desde noviembre del 2007 hasta julio del 2009.

Se consideraron afectados con esta entidad clínica, los que presentaban una o más úlceras dolorosas en la mucosa bucal, con pérdida de la continuidad del epitelio, una porción central roja grisácea y periferia elevada a modo de reborde.

Entre las variables analizadas figuraron:

- Grupos etarios

15-24

25-34

35-44

45-55

55 y más

- Localización: mucosa labial inferior, lengua, mucosa yugal, mucosa labial superior, piso de la boca, fondo de surco, pilares amigdalino, paladar, encía.

- Factores locales: trauma, bordes dentarios filosos, aparatología ortodóncica, aparatología protésica, sépticos (sepsis bucal), probables alérgenos (pasta dental, alimentos y medicamentos, entre ellos la aspirina).

- Factores generales: alteraciones hematológicas, gastrointestinales, antecedentes hormonales asociados a variaciones de niveles de progesterona y estrógeno (menstruación, embarazo y menopausia, antecedentes hereditarios, alteraciones psicósomáticas, inmunológicas, enfermedades endocrino-metabólicas: se consideró la fase premenstrual y diabetes mellitas).

Para obtener los datos de interés, a todos los pacientes se les realizó un examen clínico que permitió identificar los diferentes tipos de EAR, lo cual se hizo en la consulta del policlínico dotada de buena iluminación, en condiciones ambientales adecuadas y con la utilización de un conjunto de herramientas para el diagnóstico. Los resultados obtenidos se reflejaron en la planilla de recolección de datos confeccionada al efecto.

RESULTADOS

Nótese en la tabla 1 que predominaron el sexo femenino (63,3 %) y el grupo etario de 25-34 años (40,0 %).

Tabla I. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según sexo y grupos etarios

Grupos etarios	Femenino		Sexo Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	12	20,0	8	13,3	20	33,3
25-34	14	23,3	10	16,7	24	40,0
35-44	8	13,3	3	5,0	11	18,3
45-54	3	5,0	1	1,7	4	6,7
55 y más	1	1,7			1	1,7
Total	38	63,3	22	36,7	60	100,0

En la casuística prevalecieron los pacientes con una sola lesión (60,0 %), seguidos de los que presentaron 2 (36,7 %), y solo hubo 2 afectados con 3 lesiones (3,3 %).

La tabla 2 muestra que 63,3 % de los pacientes presentaron afectación en el labio, seguidos de 16,7 % que la tuvieron a nivel de carrillo.

Tabla 2. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según localización

Localización de la lesión	No.	%
Labio	38	63,3
Carrillo	10	16,7
Fondo del surco	7	11,7
Lengua	5	8,7

Al analizar los signos y síntomas se encontró que en 100,0 % de los casos examinados estuvo presente el dolor, seguido de la sensación de quemazón (70,0 %) y solo 28 (46,7 %) refirieron sentir ardor.

Pudo observarse un predominio del factor local trauma en 25 féminas (41,7 %) y 17 varones (28,3 %), seguido de la aparatología de ortodoncia en 21,6 % de los afectados (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según factores locales

Factores Locales	Femenino		Sexo Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Trauma	25	41,7	17	28,3	42	70,0
Bordes dentarios filosos	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Aparatología ortodóncica	8	13,3	5	8,3	13	21,6
Alimentos	1	1,7			1	1,7
Sepsis bucal	3	5,0	1	1,7	4	6,7

Respecto a los factores generales (tabla 4) se halló que el mayor número de pacientes presentó alteraciones psicosomáticas (75,0 %), de ellos 46,7 % eran del sexo femenino y 28,3 % del masculino.

Tabla 4. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según factores generales

Factores generales	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alteraciones hematológicas	1	1,7			1	1,7
Alteraciones gastrointestinales	10	16,6			10	16,6
Antecedentes hormonales	8	13,3	10	16,7	18	30,0
Antecedentes hereditarios	4	6,7	1	1,7	5	8,3
Alteraciones psicósomáticas	28	46,7	17	28,3	45	75,0
Alteraciones inmunológicas	5	8,3	2	3,3	7	11,6
Enfermedades endocrino metabólicas	3	5	1	1,7	4	6,7

DISCUSIÓN

Múltiples son las teorías que tratan de explicar la acción de diferentes agentes causales de la estomatitis aftosa recurrente, tales como los factores locales que actúan como agentes desencadenantes.^{6,9,12} Entre estos factores locales se destacan los traumas (por uso de prótesis desajustadas, cepillado enérgico, alimentos muy fríos o muy calientes y mordeduras de las mejillas autoinducidas).^{8,9}

La EAR puede presentarse en 3 tipos de variedades, las que se diferencian por las características clínicas de las lesiones y su tamaño.¹¹⁻¹³

Se observa claramente que el sexo femenino es el más afectado por esta enfermedad, lo cual es atribuible, en el mayor número de los casos, a los cambios hormonales.^{13,14} Por ejemplo, se han observado cursos paralelos de aftas durante el ciclo menstrual y la menopausia (producido por el aumento de progesterona y la disminución de estrógenos), que reducen la queratinización de la mucosa y aumentan la fragilidad capilar.

Al respecto, en la serie el grupo etario más afectado fue el de 25-34 años en el sexo femenino, seguido del de 15-24 en el mismo sexo, lo cual pudiera estar relacionado con el estado de inmunodepresión, estrés (provocado por exámenes, divorcios, entre otros); procesos alérgicos, trastornos digestivos y endocrinos, a los cuales están sometidas estas féminas.

En algunos estudios se ha detectado que durante los años estudiantiles existe un mayor número y severidad de aftas, pues parece que la forma de vida de este colectivo favorece el desarrollo de la enfermedad en sujetos susceptibles a padecerla.¹⁵⁻¹⁷

Clínicamente, la EAR se presenta en 3 variedades: forma menor, mayor o herpetiforme, las que se diferencian por las características clínicas de las lesiones y su tamaño. La más común es el afta menor, que no supera los 6 mm de diámetro y pueden aparecer una o varias en diferentes regiones de la boca, simultáneamente; las aftas mayores con más de 6 mm, generalmente no aparecen más de 2 al mismo tiempo; y por último, la forma herpética (similar a un herpes) que erupciona con muchos punticos.¹⁷

Los resultados obtenidos en esta casuística coinciden con los de otros autores¹⁸ respecto a que esta afección tuvo mayor incidencia en el labio, lo cual pudo estar condicionado por la gran cantidad de terminaciones nerviosas, las características del epitelio, y que es una zona muy vascularizada, lo que la hace más vulnerable a la aparición de dicha manifestación; es importante señalar que en esta región causan molestias intolerables.

Por otra parte, el dolor es un síntoma reconocido universalmente y es la causa más frecuente por la que los pacientes acuden a consulta diariamente; este se presenta de manera constante, se acentúa con la ingestión de alimentos y ocasiona malestar general, dificultad en la masticación, fonación, así como en la deglución. La EAR, una vez tratada como urgencia estomatológica, tiende a desaparecer y disminuye su mayor síntoma que es precisamente el dolor.⁵

Existen personas que son más susceptibles a padecer aftas, y responden con más facilidad a algunos agentes desencadenantes. Esto puede estar ocasionado por traumatismos locales, inyecciones bucales, químicos irritantes, instrumentos rotatorios y manuales, el cepillo dental, mordedura de carrillo, labios y lengua; su presencia está influenciada por diversos factores, tales como hormonales, genéticos, situacionales (estrés), infecciosos y también relacionados con el tabaquismo.

Otra de las causales que inciden en la aparición de la enfermedad es la ingestión de alimentos, medicamentos y productos químicos. Las alteraciones gastrointestinales, infección del intestino delgado, que si bien con frecuencia es sintomática, puede estar asociada con una gran variedad de síntomas, entre los cuales figuran: diarreas crónicas, cólicos abdominales, tempanismo, frecuente eliminación de heces líquidas, mala absorción de grasas y vitaminas, así como aumento de la salivación.^{19,20}

El parasitismo intestinal tuvo una alta frecuencia en el municipio Songo-La Maya, en el cual las aguas no son tratadas hasta su destino final por el sistema de acueducto, y gran parte de la población no acostumbra a hervir la de consumo. Existió un predominio del sexo femenino en todos los grupos etarios, el trauma y las alteraciones psicósomáticas como los factores local y general, respectivamente. Asimismo, el grupo etario más afectado fue el de 25–34 años, con lesiones únicas, localizadas y dolorosas fundamentalmente en el labio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Borrero A, Guntiña Zamora MV. Estomatitis Aftosa Recurrente. Rev habanera cienc méd. 2003[citado 8 Abr 2013];2(6). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=414181&indexSearch=ID>
2. Aftas bucales. [citado 8 Abr 2013]. Disponible en: http://www.tuotromedico.com/temas/aftas_bucales.htm
3. Herrera Traviesas EM, Armas Pérez L. Prevalencia y gravedad de las periodontopatías. Rev Cubana Estomatol. 2004; 39(3): 14-21.
4. Burruano F, Tortorici S. Major aphthous stomatitis (Sutton's disease): etiopathogenesis, histological and clinical aspects. Minerva Stomatol. 2000;49(1-2): 41-50.

5. Barreda P. Aftas, unas llagas muy dolorosas. [citado 8 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.pediatraldia.cl/aftas.htm>
6. Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Estomatitis aftosa recurrente. Actualización. Rev Cubana Estomatol. 2005[citado 8 Abr 2013];42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072005000100006&script=sci_arttext
7. Castillo Castillo A, Pérez Borrego A. Estomatitis aftosa recurrente. Revisión bibliográfica. [citado 8 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/publicaciones/medicina-estomatologica/item/estomatitis-aftosa-recurrente-revision-bibliografica.html>
8. Llanes Llanes E, Del Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA, Álvarez Pérez MC, et al. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2003. p.210–13.
9. Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Madrid: Trigo ediciones;1998; t3. p. 3018–21.
10. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, González Labrada A. Estomatitis aftosa recurrente. Determinación de marcadores de inmunidad celular. Rev Mex Odontología Clín.2008;2(4):14-6.
11. Ramos Díaz M, Hidalgo Hidalgo S, Rodríguez Rodríguez M, Lorenzo González G, Díaz Gómez SM. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. AMC. 2005[citado 4 Abril 2013];9(5):10. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/2073.htm>
12. Koybasi S, Parlak AH, Serin E, Yilmaz F, Serin D. Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible etiologic factors. Am J Otolaryngol. 2006[citado 4 Abr 2013];27(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16798397>
13. López Ilisástigui A, Ilisástigui Ortueta ZT, Pérez Borrego A. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez. Municipio 10 de Octubre. Rev haban cienc méd. 2009[citado 4 Abr 2013];8(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400013
14. Sánchez Cepero ZJ, Martínez Brito I, Hidalgo Gato Fuentes I. El estrés como factor de riesgo de la estomatitis aftosa recurrente. Rev Méd Electrón. 2011[citado 4 Abr 2013];33(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema06.htm>
15. Gutiérrez Ramos F. Efecto del estrés y del tabaquismo en la estomatitis aftosa recurrente. 2005. [citado 4 Abr 2013]. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/gutierrez_rd/pdf/gutierrez_rd-TH.back.1.pdf
16. Da Rocha Curvelo JA, de Carvalho Ferreira D, Rosas de Carvalho FC, Rangel Janini ME. Úlceras aftosas recorrentes e sua possível associação ao estresse. Rev Ciênc Méd Biol. 2008[citado 4 Abr 2013];7(1). Disponible en: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4359>

17. Castillo Castillo A, Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV. Uso del inmunoferón en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente en niños. Rev Cubana Estomatol. 2006[citado 4 Abr 2013];43(3). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est05306.htm
18. Doncel Pérez C, Martínez Pérez M, López Ilizástigui A, Ilizástigui Ortueta ZT. Comportamiento epidemiológico de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", 2007. Rev Cub Med Mil. 2009 [citado 4 Abr 2013];38(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000200004&lng=es
19. Pérez Ángel MM, Rodríguez Pérez A. Causas de la estomatitis aftosa recurrente. Mediacentro. 2011;15(4).
20. Shakeri R, Zamani F, Sotoudehmanesh R, Amiri A, Mohamadnejad M, Davatchi F, et al. Gluten sensitivity enteropathy in patients with recurrent aphthous stomatitis. BMC Gastroenterology. 2009;9:44.

Recibido: 5 de marzo del 2013.

Aprobado: 28 de marzo del 2013.

Maurin Castelnaux Martínez. Policlínico Docente Comunitario "Carlos J. Finlay", Songo-La maya, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: anad@medired.scu.sld.cu