

Protocolo

Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico

*Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría. Unidad de Gastroenterología
Pediátrica. Servicio de Farmacia. Servicio de Inmunología. Servicio de Dermatología*

Versión 2 | Fecha Noviembre 2025

Este protocolo recoge de manera práctica las indicaciones para un correcto diagnóstico y tratamiento en el paciente en edad pediátrica afecto de aftosis oral recurrente (AOR).

Se han subrayado en amarillo los cambios incorporados a este protocolo respecto a versiones previas.

1. Justificación

La aftosis oral recurrente (AOR) es un proceso inflamatorio muy común de la mucosa oral, que afecta hasta a un 20% de la población y que cursa con úlceras dolorosas de manera intermitente y autolimitadas.

El diagnóstico es clínico. Las **aftas típicas** se definen como **lesiones ulceradas dolorosas bien delimitadas, redondeadas u ovaladas, con fondo blanco-amarillento de fibrina y borde inflamatorio**.

El diagnóstico diferencial de las aftas recurrentes es muy amplio y abarca desde procesos idiopáticos benignos hasta patología del tejido conectivo, síndromes febriles hereditarios, inmunodeficiencias y la enfermedad inflamatoria intestinal. Es muy importante un correcto diagnóstico, así como un adecuado tratamiento y seguimiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar estudios innecesarios.

2. Objetivo

Protocolización de las pruebas diagnósticas, profilaxis, tratamiento de los pacientes pediátricos con aftas orales recurrentes.

3. Profesionales implicados

Profesionales que atiendan a pacientes afectados de AOR

4. Población diana

Pacientes pediátricos (<18 años) afectados de aftas orales recurrentes atendidos en nuestro centro

Protocolo	Versión
Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico	2

5. Descripción del protocolo

5.1. Definición

AFTOSIS ORAL RECURRENTE SIMPLE (AOR): su origen es desconocido y probablemente multifactorial, existiendo unos factores predisponentes (**tabla 1**). Es la causa más frecuente de AOR con una prevalencia del 5 - 20% en algunas series y que suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia. Cursa con brotes recurrentes de úlceras en mucosa oral de menos de 10 mm de diámetro, que curan en menos de 14 días y que normalmente suelen mejorar con el tiempo disminuyendo la frecuencia de los brotes y la gravedad de los mismos. Si las úlceras son de un tamaño mayor de 10 mm, hay más probabilidad de asociarse con enfermedad sistémica. Para el diagnóstico es suficiente una anamnesis y una exploración física compatible en ausencia de signos y síntomas de alarma. En los pacientes que presentan signos o síntomas de alarma (**tabla 2**), es necesario realizar estudios dirigidos (**tabla 3**) según la sospecha clínica para descartar alguna de las enfermedades que debemos considerar en el diagnóstico diferencial (**tabla 4**).

Tabla 1. Factores predisponentes

- Lesiones traumáticas de la mucosa oral
- Factores genéticos: hasta un 40% de los pacientes presentan historia familiar. Existe mayor incidencia en ciertos haplotipos HLA en comparación con controles sanos. Además, se ha descrito susceptibilidad individual en pacientes con polimorfismos de los genes que involucran los *NOD-like receptors* tipo 3, *toll-like receptor* tipo 4, IL-6, E-selectina, IL-1B y TNF-alfa.
- Alimentos: chocolate, café, cacahuetes, cereales, almendras, moras, queso, tomate.
- Déficits vitamínicos y de microelementos: hierro, ácido fólico, zinc, Vitaminas B1, B2, B6 y B12.
- Estrés: induce actividad inmunoreguladora aumentando el número de leucocitos en la lesión.
- Tratamientos farmacológicos: antibióticos, quimioterápicos, antiepilépticos, diuréticos, AINEs, antirretrovirales...
- Enfermedades autoinmunes
- Trastornos endocrinológicos: diabetes mellitus, celiaquía, enfermedad autoinmune tiroidea.
- Factores hormonales: se ha visto una relación con los ciclos menstruales siendo más frecuentes las aftas en la fase lútea y en la menopausia y menos frecuentes en el embarazo y durante tratamientos anticonceptivos.

Tabla 2. Signos y síntomas de alarma

- Úlceras genitales
- Úlceras que tardan más de 2 semanas en curar
- Úlceras desencadenadas por toma de fármacos o traumatismos
- Fiebre periódica acompañante
- Cicatriz prominente en el proceso de curación
- Otros síntomas sistémicos asociados (pérdida de peso, fiebre prolongada, diarreas acompañantes...)

Protocolo	Versión
Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico	2

Tabla 3. Pruebas complementarias

- Hemograma y bioquímica incluyendo estudio del hierro, zinc, ácido fólico, vitamina B₁₂, proteínas totales, albúmina, PCR, VSG, inmunoglobulinas G, A, M y D y estudio de celiaquía (IgA antitransglutaminasa)
- PCR VHS 1 y 2 en lesión (*ante la sospecha de herpes simplex virus* intraoral)
- HLA-B51 y anticuerpos antinucleares (ANA). A valorar solicitar ENA si los ANA son positivos o hay otras alteraciones sugestivas de lupus eritematoso sistémico como citopenias o alteración renal
- Serología frente a VIH
- Estudio de calprotectina fecal
- **Biopsia de la lesión¹**

¹ Posibles indicaciones de biopsia (a valorar por dermatología):

- Úlcera de origen desconocido que permanece >2 semanas sin signos de que esté resolviendo.
- Úlcera de etiología probable (tras hacer las pruebas diagnósticas correspondientes) que no responde tras 2 semanas de tratamiento adecuado.
- Úlcera que se atribuye a factores desencadenantes y que tras 2 semanas de haber suprimido esos factores no cura.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial según las manifestaciones clínicas asociadas

- *Herpes simplex virus* intraoral recurrente (**principal diagnóstico diferencial**). Afecta también al paladar duro y las encías, a diferencia de las aftas simples en las que solo hay afectación de mucosa
- Úlceras genitales: enfermedad de Behçet, síndrome MAGIC (*mouth and genital ulcers, inflammation of cartilage*), lupus eritematoso sistémico
- Síntomas gastrointestinales: enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, deficiencia de vitamina B₁₂ o ácido fólico
- Úlceras persistentes: infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Fiebre periódica: síndrome PFAPA (*periodic fever, adenopathy, pharyngitis and aphthous stomatitis*), síndrome de hiper IgD, neutropenia cíclica
- Úlceras inducidas por fármacos (AINES)
- Lesiones sugestivas de panarteritis nodosa y elevación de reactantes de fase aguda: haploinsuficiencia A20 o síndrome DADA2

5.2. Tratamiento y medidas de prevención de la AOR simple

- Higiene oral: cepillo blando, enjuagues bucales sin alcohol.
- Evitar factores desencadenantes que pueden favorecer la aparición de aftas o empeorar los síntomas (fármacos, alimentos muy duros que pueden favorecer la erosión o ácidos que empeoren el dolor).

Protocolo	Versión
Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico	2

- **Tratamientos tópicos** (es un tratamiento sintomático para el control del dolor, aunque se dispone de muy baja evidencia de que evite o disminuya las recurrencias y de que acorte la duración de los brotes):

- **Corticoides tópicos** para disminuir la inflamación. Se aplican varias veces al día, tras la higiene bucal y antes de acostarse. El paciente no debe comer ni beber durante al menos la siguiente media hora.

Ejemplos:

- Acetónido de triamcinolona al 0.1% en Orabase (kenalog® orabase) para aplicar desde el primer momento de la ulceración (con el dedo sobre la lesión) 3-4 veces al día durante 4-5 días, con el fin de reducir la progresión.
- **Clobetasol 0.05% en gel, pomada o en Orabase (fórmula magistral)**
- Oralsone® comprimidos 2,5 mg para chupar en pacientes mayores de 12 años y durante un máximo de 4 días.
- **Anestésicos tópicos y agentes barrera:** proporcionan alivio del dolor. Se aplican varias veces al día, media hora antes de las comidas y antes de la higiene dental y antes de acostarse. Se pueden combinar con corticoides tópicos.
 - Lidocaína en crema al 1%, en gel al 2%, en spray (ej. Aloclair® plus, Dynexan® 20 mg/g gel bucal).
 - Benzocaína en gel al 20%.
 - Suspensión de sucralfato.
- **Antisépticos tópicos:** previenen la sobreinfección por bacterias y hongos y mejoran la higiene bucal.
 - Clorhexidina al 0.12-0.2% en enjuague oral
- **Antiinflamatorios tópicos:**
 - Geles de ácido hialurónico (Aftex®) para favorecer cicatrización y aliviar el dolor, al igual que la aplicación directa de miel con el dedo sobre las lesiones.
- **Amlexanox 5%.** Se aplica en forma de pasta al 5% en las lesiones 4 veces al día, después de las comidas y antes de acostarse. Ha demostrado eficacia en el manejo del dolor y la aceleración de la curación de las úlceras.
- **Agentes bioadherentes oclusivos como Gelclair®.**

- **Tratamientos sistémicos:** se indican en casos graves y en úlceras recurrentes donde los tratamientos tópicos son insuficientes.

Primera línea:

- **Corticoides orales en el brote:** prednisona (0,5-2 mg/kg/día, máx. 60 mg/día) durante 4-7 días.

Segunda línea (en el caso de que estén contraindicados los corticoides o haya mal control a pesar de tratamiento con esteroides orales)

- **Talidomida:** 50-100 mg al día

Protocolo	Versión
Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico	2

-**Dapsona:** 25-50mg/día. Previamente se debe descartar déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa. Se puede aumentar la dosis hasta un máximo de 100 mg diarios según respuesta y tolerancia.

-**Colchicina:** dosis de inicio de 0,5 mg al día y se puede aumentar hasta un máximo de 1,5 mg/día al día

-**Montelukast:** inhibidor de leucotrienos. Puede mejorar el dolor u acelerar la curación de las úlceras orales, además de disminuir la aparición de nuevas lesiones. Dosis de 10mg/día durante 1 mes, seguido de 10mg cada 2 días durante otro mes.

Tercera línea (para casos refractarios a tratamientos previos)

-Tratamientos biológicos:

-**Anti TNF-alfa:** se han publicado algunos estudios en los que se emplean varios anti-TNF (etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab) con éxito para el tratamiento de la AOR grave. Parece que existe un efecto específico de clase.

-**Apremilast:** indicación en adultos para aftas orales en relación a enfermedad de Behçet. En población pediátrica, actualmente se está realizando un estudio en fase 2 internacional para su aprobación.

<https://clinicaltrials.gov/study/NCT05767047?intr=apremilast&rank=9>

Todos estos tratamientos sistémicos deben ser valorados individualmente por un experto ya que asocian efectos secundarios que pueden ser importantes y requieren vigilancia estrecha. **En cualquier caso en que se planteen estas opciones terapéuticas, será imprescindible haber descartado causas secundarias de AOR**

5.3. Criterios de derivación a otras unidades

- Habitualmente el seguimiento inicial de los pacientes se realiza en atención primaria y se pueden derivar a la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría del HUVH cuando se considere necesario.
- Se valorará la derivación a la Unidad de Gastroenterología Pediátrica si hay sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Se valorará la derivación a la Unidad de Reumatología en aquellos casos con aftas orales/genitales recidivantes asociadas a los signos de alarma sistémicos comentados y sobre todo con afectación inflamatoria ocular asociada y ante sospecha de enfermedad sistémica/autoinflamatoria.
- Se valorará la derivación al Servicio de Dermatología en los siguientes casos:
 - o Aftas “atípicas” o de morfología o evolución diferente a la habitual.
 - o Manifestaciones cutáneas asociadas.
 - o Brotes muy numerosos que requieran tratamiento sistémico.
 - o Necesidad de biopsia

Protocolo	Versión
Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico	2

6. Referencias

1. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Nunziata M, Piccolo S et al. Guidelines for diagnosis and management of aphthous stomatitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26:728-32.
2. [Sylvia Brice, MD](#). Recurrent aphthous stomatitis. Uptodate.com [Internet].; 2000 [actualizado 16 Sept 2017; citado 4 May 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-aphthous-stomatitis>.
3. Koné Koné-Paut I, Shahram F, Darce-Bello M, Cantarini L, Cimaz R, Gattorno M et al; PEDBD group. Consensus classification criteria for paediatric Behçet's disease from a prospective observational cohort: PEDBD. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:958-64.
4. Sánchez-Bernal J, Conejero C, Conejero R. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020 Jul-Aug;111(6):471-480. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2019.09.004. Epub 2020 May 22. PMID: 32451064.
5. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis. *Biomed Rep*. 2019 Aug;11(2):47-50. doi: 10.3892/br.2019.1221. Epub 2019 Jun 11. PMID: 31384457; PMCID: PMC6646898.
6. Gasmi Benahmed A, Noor S, Menzel A, Gasmi A. Oral Aphthous: Pathophysiology, Clinical Aspects and Medical Treatment. *Arch Razi Inst*. 2021 Nov 30;76(5):1155-1163. doi: 10.22092/ari.2021.356055.1767. PMID: 35355774; PMCID: PMC8934078.
7. Koberová R, Merglová V, Radochová V. Recurrent Aphthous Stomatitis in Children: A Practical Guideline for Paediatric Practitioners. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2020;63(4):145-149. doi: 10.14712/18059694.2020.56. PMID: 33355074.
8. Milia E, Sotgiu MA, Spano G, Filigheddu E, Gallusi G, Campanella V. Recurrent aphthous stomatitis (RAS): guideline for differential diagnosis and management. *Eur J Paediatr Dent*. 2022 Mar;23(1):73-78. doi: 10.23804/ejpd.2022.23.01.14. PMID: 35274547.
9. Manfredini M, Guida S, Giovani M, Lippolis N, Spinassé E, Farnetani F, Dattola A, Di Matteo E, Pellacani G, Giannetti L. Recurrent Aphthous Stomatitis: Treatment and Management. *Dermatol Pract Concept*. 2021 Sep 1;11(4):e2021099. doi: 10.5826/dpc.1104a99. PMID: 34631263; PMCID: PMC8480451.
10. Liu H, Tan L, Fu G, Chen L, Tan H. Efficacy of Topical Intervention for Recurrent Aphthous Stomatitis: A Network Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Jun 7;58(6):771. doi: 10.3390/medicina58060771. PMID: 35744034; PMCID: PMC9227309.
11. Parra-Moreno FJ, Egido-Moreno S, Schemel-Suárez M, González-Navarro B, Estrugo-Devesa A, López-López J. Treatment of recurrent aphthous stomatitis: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023 Jan 1;28(1):e87-e98. doi: 10.4317/medoral.25604. PMID: 36173717; PMCID: PMC9805337.

Trazabilidad

Protocolo	Versión
Protocolo sobre diagnóstico y tratamiento de la aftosis oral recurrente en el paciente pediátrico	2

Elaborado	Revisado	Validado
Nombre/cargo: Andrea Martín Nalda Servicio/comisión: UPIIP Dirección de referencia: Asistencial. HI	Nombre/cargo: Jacques G. Rivière, Pere Soler Palacín Servicio/comisión: UPIIP Dirección de referencia: Asistencial. HI	Nombre/cargo: Pere Soler Palacín Servicio/comisión: UPIIP Dirección de referencia: Asistencial. HI
Fecha: Noviembre 2024	Fecha: Diciembre 2024	Fecha: Noviembre 2025

No se garantiza la validez de este documento una vez impreso. La versión vigente está disponible en formato electrónico en el servidor.

Histórico de actualizaciones

Frecuencia de actualización programada cada 3 años		Próxima actualización 2028	
Versión	Motivo de la actualización	Responsable de aprobación de la versión	Fecha de cierre de la versión
1	Protocolo de nueva creación	Pere Soler Palacin	2019
2	Actualización sobre el tratamiento de la aftosis oral recurrente en pediatría.	Pere Soler Palacin	2025