

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

**Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria**

**Servei de Dermatologia**

**Unitat de Gastroenterologia, Hepatologia, Suport Nutricional i Trasplantament  
Hepàtic pediàtric**

**Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna**



<b>TÍTOL DOCUMENT</b>	Inmunodeficiencia común variable en el paciente pediátrico			<b>DATA DOCUMENT</b>		Julio 2019	
<b>ESTÀNDARD</b>	<i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i>	<b>CODI</b>	<i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i>	<b>VERSIÓ</b>	V2	<b>PÀGINES</b>	

## INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO

### AUTOR/ES:

Cognom 1	Cognom 2	Nom	Categoria professional	Servei
Martín	Nalda	Andrea	Facultativa especialista	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Rivière		Jacques	Facultatiu especialista	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Moreno	Pavón	Belén	Pediatra col·laboradora	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
García-Patos	Briones	Vicenç	Cap de Servei	Servei de Dermatologia
Segarra	Canton	Oscar	Facultatiu especialista	Unitat de Gastroenterologia, Hepatologia, Suport Nutricional i Trasplantament Hepàtic pediàtric
Moreno	Ruzafa	Estefania	Facultatiu especialista	Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna
Soler	Palacín	Pere	Cap de Secció	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria

### BREVE RESUMEN DEL CONTENIDO:

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



<b>TÍTOL DOCUMENT</b>	Inmunodeficiencia común variable en el paciente pediátrico			<b>DATA DOCUMENT</b>		Julio 2019	
<b>ESTÀNDARD</b>	<i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i>	<b>CODI</b>	<i>(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)</i>	<b>VERSIÓ</b>	V2	<b>PÀGINES</b>	

## GESTIÓN DE LAS MODIFICACIONES

**Periodicidad prevista de revisión:** cada 3 años o en caso de que aparezcan novedades que obliguen a su revisión y modificación.

REVISIÓN	REVISADO POR	FECHA REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES	VALIDADO POR	FECHA DE VALIDACIÓN
01	Belén Moreno	Junio 2019	Revisión y actualización del contenido	Todos los autores colaboradores	Julio 2019

### 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. AMBITO DE ACTUACIÓN

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



<b>TÍTOL DOCUMENT</b>	Inmunodeficiencia común variable en el paciente pediátrico			<b>DATA DOCUMENT</b>		Julio 2019	
<b>ESTÀNDARD</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>CODI</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>VERSIÓ</b>	V2	<b>PÀGINES</b>	

## 4. ACTIVIDADES

### 4.1. Tipos de entidades relacionadas con aftas recurrentes

**AFTOSIS ORAL RECURRENTE SIMPLE:** su origen es desconocido y probablemente multifactorial. Es la causa más frecuente de AOR. Cursa con brotes recurrentes de úlceras en mucosa oral de menos de 10 mm de diámetro y que curan en menos de 14 días. 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 (**tabla 1**). En los pacientes que presentan signos o síntomas de alarma, es necesario realizar estudios dirigidos (**tabla 2**) según la sospecha clínica para descartar alguna de las enfermedades que debemos considerar en el diagnóstico diferencial (**tabla 3**).

**Tabla 1. 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...)

**Tabla 2. Pruebas complementarias.**

- Hemograma y bioquímica incluyendo estudio del hierro, zinc, ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub>, proteínas totales, albúmina, PCR, VSG, inmunoglobulinas G, A, M y D y estudio de celiaquía (IgA antitransglutaminasa)
- PCR VHS 1 y 2 (*ante la sospecha de herpes simplex virus intraoral*)
- HLA-B51 y anticuerpos antinucleares (ANA)
- Serología VIH
- Estudio de calprotectina fecal



<b>TÍTOL DOCUMENT</b>	Inmunodeficiencia común variable en el paciente pediátrico			<b>DATA DOCUMENT</b>		Julio 2019	
<b>ESTÀNDARD</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>CODI</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>VERSIÓ</b>	V2	<b>PÀGINES</b>	

**Tabla 3. 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 celiaca, 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)

#### **4.2. 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).
- Tratamiento sintomático para el control del dolor (se dispone de muy baja evidencia de que evite o disminuya las recurrencias y de que acorte la duración de los brotes):
  - Fórmula de acetónido de triamcinolona 0.1% en gel adhesivo oral 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.
  - Pueden ser útiles los geles de ácido hialurónico (Aftex®) u otros (Aloclair® plus) para favorecer cicatrización y aliviar el dolor, al igual que la aplicación directa de miel con el dedo sobre las lesiones.
  - Analgesia; lidocaína 2% gel.(ej Dynexan® 20 mg/g gel bucal).



<b>TÍTOL DOCUMENT</b>	Inmunodeficiencia común variable en el paciente pediátrico			<b>DATA DOCUMENT</b>		Julio 2019	
<b>ESTÀNDARD</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>CODI</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>VERSIÓ</b>	V2	<b>PÀGINES</b>	

- Corticoides tópicos para disminuir la inflamación (Oralsone® comprimidos 2,5 mg para chupar en pacientes mayores de 12 años y durante un máximo de 4 días o Aftasone® infantil 1,5 mg en menores de 12 años).
- En los casos graves: corticoesteroides orales en el brote (prednisona 0,5-2 mg/kg/día, máx. 60 mg/día). Se han realizado estudios con diferentes tratamientos alternativos en el caso de que estén contraindicados los corticoides o haya mal control a pesar de tratamiento con esteroides orales, entre los que destacan colchicina (máx. 1,5 mg/día), dapsona (descartando previamente el déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa; máx. 100mg/día) y talidomida (50-100mg/día) pero todos ellos 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.**

#### 4.3. Criterios de derivación a otras unidades

- Habitualmente el seguimiento inicial de los pacientes se realiza en atención primaria y se pueden derivar a la Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria del HUVH cuando se considere necesario.
- Se valorará la derivación a la Unitat de Gastroenterologia, Hepatologia, Suport Nutricional i Trasplantament Hepàtic pediàtric si hay sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Se valorará la derivación a la Unitat de Reumatologia 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 Servei de Dermatologia en los siguientes casos:
  - Aftas “atípicas” o de morfología o evolución diferente a la habitual.
  - Manifestaciones cutáneas asociadas.
  - Brotes muy numerosos que requieran tratamiento sistémico.



<b>TÍTOL DOCUMENT</b>	Inmunodeficiencia común variable en el paciente pediátrico			<b>DATA DOCUMENT</b>		Julio 2019	
<b>ESTÀNDARD</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>CODI</b>	(a codificar per Direcció Processos i Qualitat)	<b>VERSIÓ</b>	V2	<b>PÀGINES</b>	

## 5. BIBLIOGRAFÍA

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. Tugrul S, Koçyiğit A, Doğan R, Eren SB, Senturk E, Ozturan O et al. Total antioxidant status and oxidative stress in recurrent aphthous stomatitis. *Int J Dermatol.* 2016;55:e130-5.
4. Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. *J Clin Exp Dent.* 2014;6:e168-74.
5. 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.