

Gingivoestomatitis herpética primaria vs. úlceras aftosas recurrentes

Autor: Mario Nava Villalba

Docente de la Facultad de Odontología, UNAM, estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas (INB, UNAM, CONACYT), docente de la Escuela de Odontología de la UVM Campus Querétaro

Se le coció la boca, le salieron fuegos, son aftas. Estas son expresiones coloquiales que hacen referencia a la aparición de múltiples úlceras sobre la superficie bucal, y que a veces parecen explicar una infección de sumo cuidado. El médico general o el odontólogo pueden menospreciar o incluso confundir estas dos enfermedades, lo que repercute directamente en el tratamiento. En México, a pesar de la escasez de estudios, existe evidencia de que la incidencia de gingivoestomatitis herpética primaria (GEHP) es alta, se presenta en edades pediátricas y adolescentes y, sobre todo, está inversamente relacionada con un factor socioeconómico demográfico, es decir, se manifiesta con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos. Por otro lado, las úlceras aftosas recurrentes (UAR) son uno de los padecimientos más comunes entre la población, alrededor de 20% puede sufrirlas, e inicia desde la segunda década de la vida. En esta revisión se comparan ambos padecimientos y se subrayan las características clínicas que pueden ayudar al clínico a diferenciar ambos procesos.

Gingivoestomatitis herpética primaria (GEHP)

La GEHP es la primoinfección por virus herpes simplex 1 (VHS-1); si bien la infección inicial puede ser subclínica, un porcentaje importante de pacientes puede experimentar manifestaciones agudas en forma de GEHP. Aparece con mucha frecuencia antes de los diez años de edad y se transmite a través del contacto directo con las lesiones o por medio de la saliva. En México, la característica secundaria y repetitiva de infección por VHS-1 en el borde bermellón es conocida como fuego labial, y un elevado porcentaje de individuos que la padece desconoce que se trata de una infección viral altamente contagiosa. De hecho, son el padre y la madre quienes manifiestan la enfermedad.

El principal elemento de contagio tiene lugar cuando éstos besan a sus hijos en fases eruptivas o descamativas; evidentemente otros integrantes de la familia o personas ajenas pueden ser quienes inoculen el virus.

Durante la adolescencia se presenta un segundo pico de incidencia al exponerse a través del beso; el riesgo aumenta en los individuos que tienen múltiples parejas. Las manifestaciones clínicas son antecedidas por un pródromo abrupto que incluye fiebre, malestar general, astenia, en ocasiones linfadenopatías (agrandamiento de los nódulos linfáticos) e irritabilidad. Después de éste hacen su aparición las úlceras bucales. Es en esta serie de eventos cuando surgen expresiones como las mencionadas al inicio del texto o las ideas erróneas de que *¡las úlceras aparecie-*

ron por la fiebre! o que en niños de alrededor de tres años ¡las úlceras salieron porque le van a erupcionar los dientes! Entonces, el tratamiento se vuelve únicamente paliativo y algunas veces la administración de medicamentos se centra en antibióticos, cuando deberían ser antivirales.

Características clínicas

Las características clínicas de las úlceras bucales por GEHP son muy específicas, se trata de úlceras redondas, pequeñas, antecedidas por vesículas que, en la mayoría de los casos, no se perciben, pues llegan a romperse pocas horas después de su aparición; las úlceras son múltiples, sin un número aproximado, coalescen y forman úlceras en forma de roseta o incluso grandes zonas de úlcera de bordes circinados o irregulares. Se localizan principalmente en la mucosa bucal queratinizada (encía, paladar duro y dorso lingual); la encía se ve afectada principalmente en sus porciones adherida y papilar, con eritema difuso (Fotos 1 y 2). La mucosa móvil no queratinizada también es afectada (mucosa labial, bordes laterales y vientre de lengua, mucosa yugal, piso de boca, paladar blando y pilares amigdalinos) (Foto 3); son dolorosas, por lo que el paciente presenta cuadros de anorexia y halitosis (mal aliento).



Foto 1. GEHP en encía palatina (flechas). Se observa edematosa con eritema difuso, además de la presencia de pequeñas úlceras redondas con halo eritematoso (flechas)

Tratamiento

La GEHP es una condición autolimitante. En una persona sana se espera que los síntomas desaparezcan en una o



Foto 2. GEHP en encía vestibular. Se observan edema y eritema difuso



Foto 3. GEHP en borde lateral de lengua. Se pueden apreciar múltiples úlceras de bordes irregulares circinados y con una superficie fibrinosa y un halo eritematoso

dos semanas, independientemente del tratamiento, sin embargo, este último se debe centrar en: 1) el control del dolor para que el paciente pueda continuar con su ingesta de agua/alimentos y mantenerse en un buen estado metabólico, además de permitirle en lo posible una buena higiene bucal y así evitar sobreinfecciones o retardo en la cicatrización de las úlceras. 2) El control de la pirexia (fiebre), principalmente en niños, pues las complicaciones pueden ser tan graves como convulsiones o evolucionar a cuadros de meningitis potencialmente letales. 3) Para que el tratamiento antiviral sea efectivo debe administrarse tan pronto como sea posible, dentro de las 48 horas a partir de las manifestaciones iniciales. Los diagnósticos diferenciales son variados: úlceras aftosas recurrentes (UAR), herpangina, enfermedad de pies, manos y boca, mononucleosis infecciosa, eritema multiforme, pénfigo vulgar, liquen plano. En esta revisión abordaremos en particular la UAR por ser la condición no infecciosa más frecuente que afecta a la ▶

Tabla 1. Comparación entre GEHP VS. UAR

Característica	GEHP	UAR
Edad de presentación	Niños y adolescentes (primera y segunda década de la vida)	A partir de la segunda mitad de la segunda década de la vida
Etiología	Infección virus herpes simplex 1	Alteración inmune
Activadores	Primoinfección	Tensión emocional, trauma, dieta, ciclos hormonales, depresión inmunológica, alergia, historia familiar
Prodrómico	Fiebre, malestar general, astenia, adinamia, linfadenopatía cervical, amigdalitis	Ninguno, aparición espontánea o ligera sintomatología dolorosa
Aspecto	<0.5 cm, redondas u ovals, suelen confluir y conforman úlceras en forma de roseta o grandes zonas irregulares de úlcera, de 10-100 úlceras	Menores: <1.0 cm, redondas u ovals, halo eritematoso, de 1-5 úlceras Mayores: >1.0 cm, ovals o crateriformes, de 1-10 úlceras Herpetiformes: <0.3 cm, redondas u ovals, pueden confluir, de 10-100 úlceras
Localización	Principalmente mucosa queratinizada (encía, paladar duro y dorso de lengua), pero puede afectar simultáneamente a la mucosa móvil no queratinizada (vientre de lengua, mucosa labial, paladar blando, mucosa yugal)	Menores: mucosa móvil no queratinizada (mucosa labial y yugal, vientre y bordes laterales de lengua, piso de boca, fondo de vestíbulo) Mayores: mucosa móvil no queratinizada (paladar blando, pilares amigdalinos, mucosa yugal y labial, bordes laterales y vientre de lengua, piso de boca) Herpetiformes: cualquier superficie mucosa intraoral (queratinizada o no queratinizada) (encía, paladar duro y blando, mucosa labial y yugal; dorso, vientre y bordes laterales de lengua, piso de boca)
Sintomatología	Dolor intenso, mal aliento, salivación excesiva	Dolor
Duración	7-15 días	7-9 días
Histopatología	Cambios citopáticos virales	Hallazgos histopatológicos inflamatorios no específicos
Tratamiento	Antivirales, antipiréticos y analgésicos	Paliativos, analgésicos, corticosteroides tópicos

mucosa bucal. En la Tabla 1 se hace un resumen que diferencia las características de ambas enfermedades.

Úlceras aftosas recidivantes

Las úlceras aftosas recurrentes (UAR) son el trastorno ulcerativo no infeccioso y no traumático más frecuente que afecta a la mucosa bucal. Se ha reportado que puede manifestarse hasta en 80% de los individuos, dependien-

do de la población en estudio. No existe un factor único para el desarrollo de UAR. La visión actual es que se trata de un proceso multifactorial en el cual están involucrados factores activadores, también conocidos como gatillo, los cuales desencadenan los episodios. Entre ellos se encuentran: trauma local, historia familiar, tensión emocional/factores psicológicos, cambios hormonales, alergia, medicamentos, sustancias químicas (por ejemplo, sulfato



Foto 4. UAR menor, imagen clásica de una úlcera oval de aproximadamente 8 mm de diámetro, bordes bien definidos, superficie con fibrina y halo eritematoso



Foto 5. UAR mayor en paladar blando, aspecto clínico, úlcera crateriforme, de bordes irregulares, mayor a 1 cm de diámetro, superficie con fibrina y halo eritematoso difuso, con evidencia de cicatrización por episodios anteriores (punta de flecha)



Foto 6. UAR herpetiforme en mucosa labial inferior: úlceras menores de 3 mm de diámetro, puntiformes, con un halo eritematoso extenso y difuso

lauril de sodio, componente de las pastas dentales), alimentos que contengan gluten, nuez, chocolate, fresas y enlatados. También se ha asociado con otras condiciones sistémicas, como deficiencia de vitamina B12, ácido fólico o hierro. De forma clásica, las UAR se han dividido en tres grupos: menores (80%) (Foto 4), mayores (10%) (Foto 5) y herpetiformes (10%) (Foto 6). Su expresión y severidad son variables, en general todas afectan a la mucosa móvil no queratinizada (mucosa labial, piso de boca, vientre y

bordes laterales de lengua, mucosa yugal, paladar blando e istmo de la faringe). Esta característica es muy útil para discernir entre GEHP y UAR, ya que en la primera su expresión involucra invariablemente el compromiso de mucosa queratinizada adherida al hueso; algunas veces las UAR pueden afectar a la encía adherida, dorso lingual o paladar duro, pero es raro y su diagnóstico debe llevarse a cabo con base en sus antecedentes y manifestaciones clínicas para no confundirlas con otros procesos.

En números anteriores de esta revista se ha hecho una oportuna revisión de esta condición, por lo que remitimos al lector para mayor información. Se debe subrayar que existen otros padecimientos que pueden desarrollar úlceras semejantes a las UAR: síndrome de Behcet, síndrome de Reiter, síndrome de Sweet, síndrome PFAPA (por sus siglas en inglés. Fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis, linfadenopatía cervical), enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn y estados de deficiencia hemática.

Es importante mencionarle al paciente que esta condición solamente se controla y no existe, hasta el momento, una cura definitiva. Se debe ser franco y explicarle que experimentará muy probablemente otros episodios a lo largo de su vida y que la intensidad y repetitividad dependen de su predisposición orgánica, por lo que es indispensable la identificación de los factores desencadenantes y su colaboración durante el tratamiento para que éste sea lo más efectivo posible y disminuyan considerablemente las molestias. 

Bibliografía

1. Reynoso LA, Mendoza NV. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México. *Revista ADM* 2004; 61(2):65-69.
2. Arduino PG, Porter SR. Herpes simplex virus type 1 infection: overview on relevant clinic-pathological features. *Journal of Oral Pathology and Medicine* 2008; 37(2):107-21.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3a ed. Ed. Saunders Company. USA, 2008.
4. Cawson RA, Odell EW. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*. 8a ed. Ed. Churchill Livingstone. United Kingdom, 2008.
5. Treister NS, Lerman MA. Acute oral ulcerations. *Journal of the American Dental Association* 2007; 138(4):499-501.
6. Sciubba JJ. Oral mucosal diseases in the office setting-Part 1: Aphthous stomatitis and herpes simplex infections. *General Dentistry* 2007; 55(4):347-354.
7. Scully C, Felix DH. Oral medicine-update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. *British Dental Journal* 2005; 199(5):259-264.
8. Pérez-Borrego A, Guntiñas-Zamora MV. Estomatitis aftosa recurrente. *Revista Mexicana de Odontología Clínica* 2008; 2(3):10-14.