



# ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE

## TRATAMIENTO

*«Fuego en la boca» es la sintomatología que debían referir los pacientes visitados por Hipócrates cuando en el siglo IV a.C. acuñó el nombre de «afta» (del griego arder o quemar). Lo utilizó para designar las lesiones ulcerativas superficiales y dolorosas que aparecían en las mucosas orales no queratinizadas de aquellos pacientes. Tuvieron que pasar 23 siglos hasta que Von Mikulicz y Kummel hiciesen en 1898 la primera descripción científica de lo que hoy se conoce como estomatitis aftosa recidivante (EAR), aftosis oral o simplemente aftas.*

**RAMON BONET**  
Doctor en Farmacia.

**ANTONIETA GARROTE**  
Farmacéutica.

La estomatitis aftosa recurrente o recidivante es una entidad clínica cuya manifestación principal es la aparición de aftas bucales (conocidas coloquialmente como llagas de la boca): lesiones únicas o múltiples –pequeñas (diámetro inferior a 5 mm), superficiales, en forma de cráter y que implican una solución de continuidad de la superficie epitelial y la pérdida parcial de la mucosa bucal. Aunque son muy dolorosas, tienen carácter benigno y aparecen preferentemente en las mucosas de revestimiento (no queratinizadas) de: superficie interna de mejillas y labios, bordes y dorso de la lengua, paladar blando y base de las encías.

Su localización (en zonas móviles de la cavidad oral) y la frecuente e inevitable utilización de la boca para hablar, bostezar pero especialmente comer... hace que su impacto sobre la calidad de vida de la persona que las presenta sea muy importante.

## CLÍNICA

La aparición de las lesiones está precedida por un período prodrómico de unas 12 a 24 h de evolución, fácilmente reconocible por el paciente habituado a este tipo de problema, y que se caracteriza por una sensación de escozor, dolor y hormigueo localizados (esto representa una ventaja práctica ya que permite establecer un tratamiento precoz que puede revertir o minimizar la aparición de la ulceración).

La zona afectada evoluciona con un enrojecimiento, hinchazón e induramiento moderados que dan paso a las manifestaciones necróticas: aparece inicialmente una lesión característica en forma de sacabocado, con la depresión central de color blanquecino-grisáceo a amarillento (derivado de la exudación de fibrina), pequeña, con los bordes bien definidos y un halo de eritema marginal. La evolución de la lesión es centrífuga, es decir el afta va aumentando de tamaño hasta alcanzar su diámetro máximo en un plazo que puede variar de las 24 h a la semana, para después empezar a remitir espontáneamente. La duración de la fase de cicatrización dependerá del tamaño de la lesión y de la existencia concomitante o no de sobreinfección.

Las lesiones pueden persistir entre 7-14 días, se curan sin cicatrización ni evidencia de su existencia previa, y la recurrencia, si se produce, lo hará tras períodos de remisión de duración variable.

El dolor localizado es el denominador común en este tipo de lesiones, si bien las formas más graves pueden también acompañarse de síntomas inespecíficos: fiebre, malestar general y ganglios linfáticos inflamados.

## EPIDEMIOLOGÍA

La EAR es, sin lugar a dudas, la más común entre todas las lesiones de la mucosa oral. El alto grado de conocimiento que se tiene de esta afección y su banalización hace que raramente se recurra al facultativo para su diagnóstico y tratamiento, por lo que no existen datos epidemiológicos fiables acerca de su prevalencia. Algunas fuentes indican que hasta el 20% de la población se ve afectada en algún momento

de su vida, mientras que otras elevan su prevalencia hasta el 60%. Su incidencia es mayor en la población infantil y, dentro de la población adulta, afectan en mayor medida al sexo femenino. En los pacientes propensos a presentar este tipo de lesiones, a medida que pasan los años, los brotes van espaciando su aparición, llegando casi a desaparecer a partir de los 65-70 años.

Aunque no se puede referir una argumentación de base que lo justifique, se ha observado que su incidencia es levemente superior durante los meses primaverales y otoñales, y que los brotes se reducen durante el verano.

## ETIOLOGÍA

Hoy día se considera la estomatitis aftosa recidivante como un proceso patológico de etiología multifactorial en el que concurren una serie de factores predisponentes endógenos

## SI BIEN PARECE EXISTIR UNA COMPONENTE INMUNOLÓGICA EN LA APARICIÓN DE LAS LESIONES AFTOSAS, AÚN NO HAN PODIDO SER ESCLARECIDOS LOS MECANISMOS (HUMORALES O CELULARES) QUE LAS DESENCADENAN

y cuyas manifestaciones agudas se deben a una conjugación de esos factores con agentes desencadenantes o precipitantes exógenos.

La probabilidad que un individuo sano tiene de presentar aftas bucales se ve significativamente incrementada si uno de sus progenitores es propenso a presentarlas y aumenta aún más si afectan a los dos. Esta mayor predisposición se produce también en el gemelo univitelino de un paciente afectado. A partir de estos datos parece incontestable la existencia de una componente genética en la transmisión de la EAR y, aunque no se ha podido dilucidar con precisión cómo se produce, todo conduce a pensar en una herencia de patrón poligénico.

Si bien parece existir una componente inmunológica en la aparición de las lesiones aftosas, no han podido ser esclarecidos los mecanismos (humorales o celulares) que las desencadenan. Las tesis iniciales que atribuían su aparición a la existencia de autoanticuerpos contra las células basales de las mucosas bucales quedan cuestionadas por el hecho de que estos muestren una mayor reactividad con las células espinosas que con las basales y, además, reaccionen cruzadamente con otros epitelios sin provocarles la aparición de lesiones similares. Otros estudios han justificado la aparición de aftas por la existencia de una vasculitis inducida por inmunocomplejos circulantes (ello explicaría la existencia de eritrocitos y neutrófilos en la histopatología de las lesiones aftosas). Finalmente, otras líneas de investigación responsabilizan de la génesis de



las aftas bucales al desequilibrio en los subtipos de linfocitos (T4/T8) y/o la destrucción celular de la mucosa por parte de las citoquinas linfocitarias.

A los factores etiológicos anteriores hay que añadir la posibilidad de que las aftas tengan un origen infeccioso (viral o bacteriano), hipótesis que es defendida por un significativo número de profesionales sanitarios, aunque los estudios al respecto muchas veces resultan contradictorios.

Además de la potencial concurrencia de cualquiera de los factores anteriores, se considera que el desarrollo de las aftas bucales se desencadena como respuesta a una serie de estados y situaciones particulares del individuo entre los que destacan:

- **Lesiones bucales erosivas y traumatismos repetitivos** que afecten a la mucosa bucal (limpieza dental agresiva, ortodoncias, dentaduras mal adaptadas, mordiscos, mala oclusión dentaria...).
- **Hipersensibilidad a determinados alimentos**, conservantes o aditivos alimentarios (nueces, avellanas, marisco, queso, chocolate, vinagre, mostaza, leche, trigo, soja, piña, limón... son algunos de los alérgenos alimentarios que se han relacionado con la aparición de úlceras bucales en individuos predispuestos a este tipo de afecciones).

- **Reacciones adversas a ciertos fármacos:** corticosteroides, inmunosupresores, antineoplásicos, antiinflamatorios no esteroideos, antiinfecciosos...

- **Alteraciones psicológicas:** situaciones que comportan una elevada tensión emocional para el individuo (estrés, depresión, ansiedad...) pueden desencadenar tanto la aparición de una lesión única como de un brote aftoso.

- **Alteraciones hormonales:** un número importante de casos de esta enfermedad en la población femenina se relaciona con el ciclo menstrual (aftas catameniales –antes de la menstruación–, aftas postovulatorias). Este hecho podría hallar su justificación en el aumento de los niveles de progesterona y la disminución de los niveles de estrógenos, lo que implicaría una deficiente queratinización de las mucosas y un aumento de la fragilidad epitelial. Durante el embarazo desaparece en buena medida la tendencia a desarrollar aftas, quizás por el aumento de estrógenos que implica este estado, aunque no se ha podido demostrar.

- **Cesación tabáquica:** las aftas bucales raramente se presentan en fumadores, debido, probablemente, al mayor grado de queratinización de las mucosas orales derivado del consumo de tabaco.

- **Deficiencias nutricionales:** hipovitaminosis (vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico), hipoproteinemias, déficit de minerales (Fe, Zn)... son algunos de los estados carenciales que parecen precipitar la aparición de lesiones aftosas en la mucosa bucal.

- **Alteraciones digestivas** o manifestaciones de otras enfermedades: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, enfermedad de Behcet, candidiasis, inmunodeficiencias... pueden tener como primera (y en muchas ocasiones durante cierto tiempo como única) manifestación este tipo de lesiones. De ahí la importancia de consultar al médico si los episodios de úlceras bucales se suceden con frecuencia o son muy virulentos.

## CLASIFICACIÓN

Antes de abordar los diferentes tipos de aftas, conviene tener muy claro que no todas las lesiones de la mucosa bucal lo son. Se habla de aftoides cuando las úlceras tienen un origen viral y se diferencian de las anteriores porque las lesiones cursan inicialmente con vesículas agrupadas en ramilletes que acaban dando lugar a úlceras múltiples confluyentes de bordes irregulares. Asimismo, se habla de aftosis cuando las llagas bucales aparecen como resultado de un proceso patológico sistémico; en estos casos es frecuente que las lesiones se localicen también en la mucosa genital. Aftoides y aftosis son entidades clínicas de etiología conocida y, por tanto, no son auténticas aftas.

Circunscribiéndonos a las aftas verdaderas, éstas pueden clasificarse atendiendo a diferentes criterios: patrón de presentación (formas agudas o formas crónicas), manifestaciones clínicas, etiología (primarias o secundarias), morfología... La clasificación más comúnmente aceptada es el resultado de la combinación de varios de ellos y establece tres tipos de aftas: menores o leves; mayores o graves y ulceraciones herpetiformes recidivantes.

## AFTAS MENORES

Las aftas menores (afta *minor* o menor de Mikulicz) son, sin duda, las que presentan una mayor incidencia. Se manifiestan en forma de pequeñas úlceras localizadas en las zonas no queratinizadas de la mucosa bucal. Los bordes de la lengua, el suelo bucal y la mucosa interna de los labios y mejillas son las zonas que suelen presentar mayor afectación. En un mismo episodio pueden aparecer de una a cinco lesiones de carácter leve, en una única localización o en varias zonas de la boca. Su forma es oval o redondeada y su tamaño no suele superar los 10 mm de diámetro, aunque lo normal es que su tamaño medio sea de 2-5 mm.

La evolución típica de estas lesiones se inicia como una ligera sensación de quemazón o picor, localizada en una zona levemente nodulada y de coloración anormalmente rosada. En poco tiempo aparece una úlcera con pérdida de sustancia superficial. Estas úlceras son poco profundas y presentan un fondo blanco-amarillento, cuyos bordes poco elevados y turgentes se hallan ligeramente indurados. Un halo eritematoso rodea la lesión, que se extiende más allá de lo que es la zona erosionada.

Suelen resolverse por sí mismas en períodos que oscilan de una a dos semanas sin dejar ningún tipo de cicatriz. Sin embargo, desde su inicio hasta su cicatrización generan un dolor agudo intenso que se irradia a las zonas anexas y que se intensifica al hablar; masticar o comer.

Las aftas menores, si bien son características de la infancia y la adolescencia, pueden manifestarse a cualquier edad. Son frecuentes las recidivas y los períodos interbrote, cuya duración es variable, suelen transcurrir del todo asintomáticos.

## AFTAS MAYORES

Las aftas mayores (afta *major* o mayor de Sutton) se caracterizan por presentar un tamaño superior a los 10 mm de diámetro, ser más profundas y destructivas que las aftas menores y también por estar en muchos casos acompañadas de adenopatías. Su prevalencia es mayor en personas adultas que en niños y en determinados casos pueden formar parte de la sintomatología de diferentes síndromes. Pueden aparecer solas o como brote de varias lesiones, tras un prodromo más intenso, localizadas preferentemente en labios, lengua, faringe, paladar blando y zona interna de las mejillas. Es usual que el paciente refiera fiebre, disfagia y malestar general durante la instauración de las lesiones y dolor punzante durante toda la evolución de las ulceraciones.

Las úlceras, de bordes irregulares, son más profundas y grandes. Pueden llegar a alcanzar el tejido conectivo, por lo cual presentan un fondo hemorrágico resultado de las lesiones sufridas en los vasos sanguíneos que irrigan la zona. Su evolución es más lenta y son capaces de permanecer en estado activo durante períodos superiores a una semana (considerada fase estacionaria). Tras la remisión del afta mayor suele apreciarse una cicatriz en el área afectada, observándose una ligera fibrosis e hipocromía de la mucosa involucrada.

## ESTOMATITIS AFTOSA HERPETIFORME

La estomatitis aftosa herpetiforme (recurrente o de Cooke) se define por la aparición de múltiples aftas (desde 5 hasta 100 lesiones) repartidas en grupos por cualquier parte de la mucosa bucal. La forma de las lesiones es regular y su tamaño no suele superar los 3 mm, sin embargo, tienden a fusionarse para dar lugar a úlceras mayores y en este caso de morfología irregular. Su remisión suele tener lugar en el plazo de 1 a 2 semanas, siempre que no se produzcan complicaciones que retrasen su cicatrización.

La aparición de este tipo de estomatitis predomina en mujeres maduras y su aspecto es semejante al de las lesiones bucales producidas por los herpes virus. No obstante, no presentan una etiología viral y, por consiguiente, no pueden vincularse en modo alguno con el virus del herpes. Su aparición responde a otra casuística que conduce a su desarrollo.

## GALÉNICA DE LA FARMACOTERAPIA TÓPICA

### Ácido hialurónico, protectores locales de la mucosa y antisépticos bucales tópicos

Las formas galénicas en las cuales se incluyen activos como el ácido hialurónico, protectores locales de la mucosa y antisépticos bucales tópicos condicionan su modo de aplicación. Así, las soluciones orales de uso tópico están indicadas para la realización de enjuagues bucales y/o gargarismos, recomendándose su uso de 2 a 3 veces diariamente, preferiblemente tras las comidas.

A diferencia de éstos, los vehículos en forma de gel, incluirán el agente antiséptico a dosis más altas que las formas líquidas y su forma de aplicación puede variar en función del coloide utilizado: coloides hidrosolubles y de baja adhesividad serán utilizados como base de dentífricos y su aplicación se realizará con la ayuda de un cepillo dental –preferiblemente de cerdas suaves–; en cambio, los coloides de alta adhesividad, destinados a proporcionar un elevado tiempo de permanencia en la cavidad bucal, se aplicarán mediante una cánula o aplicador sobre la lesión con el fin de prolongar al máximo el tiempo de contacto del fármaco con la úlcera a tratar.

### Antiinflamatorios

Para la administración de antiinflamatorios se dispone de diversas presentaciones en función del tipo, localización y tamaño de la lesión, así como de las preferencias del paciente. Cabe destacar la existencia de formulaciones especialmente diseñadas para niños (preparados con el aspecto de una gominola con un palo de sujeción que ayudan al menor a no deglutir el producto y mantenerlo cerca de la lesión), ya que es un colectivo especialmente afectado por este tipo de lesiones.

La infiltración perilesional de corticoides puede resultar indicada para tratar a pacientes aquejados de aftas mayores, de gran dimensión, que cursen con un alto grado de dolor y presenten una lenta cicatrización.

### Antibióticos

Se presentan en forma de solución extemporánea.

### Anestésicos locales

Las formulaciones semisólidas bioadhesivas son de elección para tratar aftas bien localizadas, de fácil acceso y no muy numerosas. En cambio, las formas líquidas orales y los comprimidos desleibles serán más efectivos en lesiones de difícil acceso o cuando éstas sean numerosas y dispersas.

## DIAGNÓSTICO

Un afta común es una lesión de carácter autolimitado y cuya remisión y completa curación debe producirse de forma espontánea en 8-10 días. Es importante diferenciarlas de otros procesos que cursan con lesiones en la mucosa oral y, especialmente, descartar que los brotes aftosos sean la manifestación clínica de un proceso patológico sistémico más grave (ya que en estos casos, además del tratamiento paliativo local es preciso tratar la enfermedad de base para erradicar totalmente el problema).

La existencia de antecedentes familiares y personales; la forma, el tamaño y el número de lesiones así como la frecuencia de las recidivas; los síntomas y signos –específicos o no– que experimenta el paciente; la existencia y evolución de otras lesiones en piel y mucosas; los hábitos vitales; la existencia de intervenciones estomatológicas recientes y otros tratamientos farmacológicos son algunos de los datos relevantes que el farmacéutico debe recabar ante cualquier consulta sobre aftas, para dilucidar si es necesario o no derivar al paciente al facultativo.

## LA PROBABILIDAD QUE UN INDIVIDUO SANO TIENE DE PRESENTAR AFTAS BUCALES SE VE SIGNIFICATIVAMENTE INCREMENTADA SI UNO DE SUS PROGENITORES ES PROPENSO A PRESENTARLAS Y AUMENTA AÚN MÁS SI AFECTAN A LOS DOS

Antes de efectuar cualquier recomendación terapéutica resulta especialmente importante diferenciar las aftas de otras afecciones frecuentes que también cursan con lesiones en la mucosa oral: varicela, herpes zóster o candidiasis oral. Así, por ejemplo, las lesiones producidas por una infección herpética se caracterizan porque las vesículas presentan una disposición unilateral y el paciente puede sufrir fiebre y malestar general. En el caso de la varicela las úlceras se localizan en el interior de la cavidad bucal en número considerable y repartidas por toda la superficie y en las candidiasis las lesiones se manifiestan de distinto modo según la edad del paciente (muguet oral en el recién nacido y niños de corta edad y glositis en adultos).

Para realizar el diagnóstico diferencial, el facultativo suele recurrir a exámenes de laboratorio que le permitan descartar alteraciones hematológicas o de índole sistémica o confirmar analíticamente la existencia de la enfermedad de base que está causando la aparición de las aftas.

Durante el proceso diagnóstico, raramente se recurre a estudios histopatológicos de las lesiones, ya que en todos los casos lo que se observan son parámetros inespecíficos (pérdida epitelial, corion hiperémico, infiltrado inflamatorio con profusión de neutrófilos, linfocitos y monocitos y formación de tejido de granulación en los bordes y en el fondo). Lo

mismo ocurre con los análisis microbiológicos: revelan una zona altamente contaminada pero sin ninguna particularidad específica.

## TRATAMIENTO

La mayoría de úlceras bucales y, concretamente, las aftas suelen presentar un cuadro benigno y autolimitado. Su evolución normal lleva a una remisión espontánea de las lesiones, a menos que concurren otras circunstancias que lleven a su cronicación o sobreinfección. Sin embargo, dada su localización, son continuas y muy desagradables las molestias que ocasionan, por lo cual el paciente busca medidas eficaces que –de forma inmediata– acorten el curso y aminoren la sintomatología asociada a este tipo de lesiones.

Como ya se ha citado, las lesiones superficiales que afectan la mucosa oral se caracterizan por cursar con dolor e inflamación, por lo cual su tratamiento –farmacológico o no– perseguirá, por un lado, el paliar la sintomatología (alivio del dolor y disminución de la inflamación), y por otro, favorecer la cicatrización y la regeneración de los tejidos afectados. Finalmente, buscará prevenir la aparición de nuevos brotes.

Los fármacos destinados a evitar las potenciales infecciones de las lesiones abiertas y a su tratamiento en caso de manifestarse deben ser también considerados en este apartado dada la alta frecuencia de sobreinfección que sufren las zonas ulceradas.

## MEDIDAS HIGIÉNICAS BÁSICAS

Antes de iniciar cualquier tratamiento o manipulación de las lesiones bucales deben adoptarse una serie de medidas higiénicas en aras a mejorar la efectividad del tratamiento a instaurar y a la prevención de infecciones localizadas en las zonas afectadas. En primer lugar, se recomienda el enjuagado de la cavidad bucal para eliminar mecánicamente los residuos y detritus alimentarios depositados en la boca, que sirven como base para que los microorganismos que componen la placa dental puedan desarrollarse. Para ello se pueden utilizar colutorios especialmente formulados para facilitar la limpieza de la boca, que ofrecen a la vez una agradable sensación de frescor. En su defecto puede emplearse agua a secas, agua bicarbonatada o suero fisiológico. Esta simple medida, además de facilitar que la formulación llegue adecuadamente a la zona erosionada y favorecer así su mecanismo de acción, también minimiza las potenciales interferencias de los principios activos con las sustancias existentes en la cavidad oral y disminuye la probabilidad de complicaciones por sobreinfección.

Para aumentar la efectividad de la operación, y como medida básica de higiene, es indispensable un lavado minucioso de las manos. Éste debe llevarse a cabo tanto antes como después de realizar la aplicación de los preparados de tratamiento y de la manipulación de las lesiones, para evitar en la medida de lo posible su sobreinfección y propagación.

## FARMACOTERAPIA

Dadas las características generales de la estomatitis aftosa y la ausencia de una definición certera y exhaustiva de su etiología, no hay disponibles actualmente alternativas terapéuticas específicas para su curación, sino que éstas se limitan a un tratamiento paliativo: el alivio de la sintomatología y la aceleración de su cicatrización.

### Tratamiento tópico

La estomatitis aftosa puede tratarse por vía tópica con diferentes principios activos:

- **Ácido hialurónico.** Aunque el uso del ácido hialurónico es ampliamente conocido y reconocido en diversos campos de la medicina, recientemente ha irrumpido con fuerza en la odontología para el tratamiento local de las aftas y úlceras bucales, sin reivindicar efecto farmacológico local o sistémico en la mucosa.

El ácido hialurónico es, fisiológicamente, un constituyente normal del tejido conectivo gingival, que interviene activamente en la función barrera. Es, por ello, un elemento esencial para el mantenimiento de la mucosa bucal sana. Sus propiedades antiedematosas, derivadas de sus propiedades fisicoquímicas y de su capacidad de macroagregación, favorecen la restauración del balance hídrico que se ha visto alterado por las lesiones aftosas y que es fuente de dolor por la compresión e inflamación que el edema genera en la zona lesionada.

Su aplicación local sobre la mucosa bucal lesionada y consecuentemente su disponibilidad en el área tratada, además de aliviar el dolor y disminuir la inflamación, favorece y acelera la regeneración tisular al activar la migración de los fibrocitos, así como la cicatrización natural de las lesiones ulcerosas, restableciendo la salud de las zonas erosionadas y de las encías. Su vehiculación en diferentes formas galénicas permite que su aplicación sea adecuada tanto para tratar lesiones muy bien localizadas (formulaciones semisólidas bioadhesivas), como para instaurar el tratamiento profiláctico (soluciones orales, colutorios) en pacientes con tendencia a desarrollar lesiones orales ulcerativas consecuencia del uso de prótesis, ortodoncias u otras situaciones similares.

- **Protectores locales de la mucosa (triésteres de glicerol oxidados):** su aplicación acelera el proceso de cicatrización natural de la lesión, ya que ayuda a restaurar la película protectora hidrolipídica al limitar la pérdida insensible de agua y promueve la renovación celular.

- **Antisépticos bucales tópicos** (clorhexidina clorhidrato, hexetidina, povidona yodada, benzalconio cloruro, borato sódico...): su administración favorece la remisión de las lesiones, puesto que su finalidad principal radica en disminuir la posibilidad de sobreinfección de las úlceras bucales ya existentes, acelerando de este modo su curación.

- **Antibióticos:** su administración puede justificarse en casos de estomatitis aftosa recurrente y de úlceras bucales graves de tamaño superior a 1 cm. Los antiinfecciosos como tetraciclina, en forma de solución extemporánea, son los em-

pleados de forma mayoritaria y ofrecen buenos resultados. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que su uso está totalmente desaconsejado en mujeres gestantes y en niños que aún no hayan cambiado las piezas dentales o estén en proceso de hacerlo, ya que se podría provocar una decoloración permanente en los dientes en formación.

- **Antiinflamatorios** (bencidamida, carbenoxolona, hidrocortisona, triamcinolona, dexametasona...): este tipo de fármacos actúan reduciendo el componente inflamatorio de las erosiones orales existentes, por lo cual su aplicación supone una mejora rápida y eficaz de la sintomatología que caracteriza las aftas/úlceras bucales. Actualmente, este grupo de fármacos sigue considerándose el pilar fundamental en el manejo de las lesiones ulcerosas orales.

- **Anestésicos locales** (lidocaína, benzocaína, tetracaína...): su asociación a otros activos destinados a tratar las lesiones ulcerosas de la cavidad oral, persigue ante todo la reducción de la sensibilidad dolorosa que caracteriza esta enfermedad.

### Tratamiento sistémico

El dolor y las molestias que ocasionan las lesiones aftosas orales pueden justificar la administración oral de analgésicos. El ibuprofeno y el paracetamol están considerados los fármacos de elección para aliviar el dolor y las molestias que causan las escoriaciones orales en el individuo que las presenta. Su buena tolerancia, los poco frecuentes efectos adversos y la amplia aceptación por parte del paciente avalan su administración, siempre que se sigan las pautas prescritas o recomendadas por el médico o farmacéutico, respectivamente. **Of**

## RECOMENDACIONES DESDE LA FARMACIA

- Siempre que se asocie la aparición de aftas con el uso de prótesis dentales o aparatos de ortodoncia se recomienda extremar su higienización. Para ello, antes de su uso es conveniente su inmersión en un colutorio o una solución diluida que contenga un agente antiséptico. Si el paciente refiere la presencia de aftas, esta medida evitará tanto su sobreinfección como su diseminación y con ello se acortará la evolución del problema.
- Manipular y conservar tanto los medicamentos, como los productos sanitarios y los dispositivos utilizados para su aplicación de forma higiénica. Siempre que sea posible, es preferible el uso de aplicadores o torundas desechables.
- Evitar o minimizar al máximo los posibles factores desencadenantes de las lesiones bucales.
- Fomentar la higiene oral desde las edades más tempranas, para lo cual se disponen de cepillos, dentífricos y colutorios con características específicas para hacerlos atractivos a cada franja etaria. Incidir del mismo modo en la conveniencia de emplear y manipular los accesorios de higiene dental (cepillos dentales, seda dental, cepillos interdentes...) con suavidad, respetando las estructuras internas de la cavidad oral. La elección de cepillos dentales con formas anatómicas, con cerdas suaves y extremos redondeados ayudará a minimizar la aparición de las molestas llagas bucales.