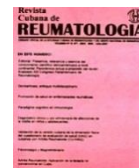


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 21, Número 1; 2019 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Papel del estomatólogo en el abordaje terapéutico de la aftosis en la enfermedad de Behçet

Role of the stomatologist in the therapeutic approach of aphtosis in Behçet's disease

Lourdes Hernández Cuétara ^{1,*}, Javier González-Argote ², Teresita de Jesús García Quiñones ³, Odalys Ulloa Chávez¹

¹ Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba.

² Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba.

³ Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: Lourdes Hernández Cuétara: (luly@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Introducción: Las aftas y ulceraciones bucales constituyen un motivo frecuente de consulta al estomatólogo. El afta es una forma particular de ulceración bucal. La aftosis se define por el carácter recidivante de aftas múltiples que evolucionan por episodios de 3-10 días y se repiten por lo menos dos veces al año.

Objetivo: Abordar los principales aspectos de la Enfermedad de Behçet que podrían ser útiles al estomatólogo.

Desarrollo: La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica inmunomediada caracterizada por una triada característica de lesiones oculares, úlceras orales y genitales recurrentes. La aftosis bucal y la enfermedad de Behçet parecen deberse al mismo mecanismo patogénico, pero aún falta por encontrar las razones por las cuáles la primera se limita a la cavidad bucal y la segunda es sistémica. Debido a que las úlceras orales recurrentes se encuentran en de igual forma en esta enfermedad y la EB, debe considerarse como diagnóstico diferencial de EB.

Conclusiones: El papel de los estomatólogos es importante para establecer el diagnóstico de Enfermedad de Behçet, ya que podrían ser los primeros en detectarla. Las úlceras orales recurrentes son un síntoma inicial común de EB. Se requiere un enfoque multidisciplinario para diagnosticar y tratar la enfermedad.

Palabras Clave: enfermedad de Behçet; úlceras orales; Estomatitis Aftosa.

ABSTRACT

Introduction: Aphthae and oral ulcers are a frequent reason for consulting the stomatologist. Aphthous are a particular form of oral ulceration. Aphthosis is defined by the recurrent nature of multiple aphthae that progress through episodes of 3-10 days and are repeated at least twice a year.

Objective: To describe the main aspects of the Behçet disease that could be useful to the stomatologist.

Development: Behçet's disease is an immune-mediated systemic vasculitis characterized by a characteristic triad of ocular lesions, recurrent oral and genital ulcers. Oral aphthosis and Behçet's disease seem to be due to the same pathogenic mechanism, but we still have to find the reasons why the former is limited to the oral cavity and the latter is systemic. Because recurrent oral ulcers are found in the same way in this disease and EB, it should be considered as a differential diagnosis of EB.

Conclusions: The role of stomatologists is important to establish the diagnosis of Behçet's disease, since they could be the first to detect it. Recurrent oral ulcers are a common initial symptom of EB. A multidisciplinary approach is required to diagnose and treat the disease.

Keywords: Behçet's disease; oral ulcers; aphthous stomatitis.

Recibido: 03/10/2018

Aprobado: 07/01/2019

INTRODUCCIÓN

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) y ulceraciones bucales constituyen un motivo frecuente de consulta al estomatólogo.

La ulceración bucal es una pérdida de sustancia mucosa que sobrepasa la membrana basal (y afecta al epitelio y el corion). Aunque a menudo se califica de afta a toda pérdida de sustancia de la mucosa bucal, ello constituye un error. ^(1,2)

El afta es una forma particular de ulceración bucal. El diagnóstico se puede afirmar únicamente si están presentes un fondo amarillento y un halo inflamatorio.⁽¹⁾ Si están ausentes, hay que eliminar las causas de erosiones y ulceraciones bucales. El tabaquismo disminuye la frecuencia de aparición.

Por otro lado, la EAR se define por el carácter recidivante de aftas múltiples que evolucionan por episodios de 3-10 días y se repiten por lo menos dos veces al año. Hay que sospechar una aftosis ante ulceraciones bucales recidivantes.⁽³⁾

Especialmente en afecciones como la Enfermedad de Behçet, el diagnóstico de aftosis recidivante puede ser indicativo de esta patología. Partiendo de esta premisa se abordan los principales aspectos de la Enfermedad de Behçet que podrían ser útiles al estomatólogo durante su desempeño profesional.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus, Web of Science, Pubmed y SciELO, utilizando los descriptores "Oral ulcer", "Recurrent aphthous" y "Behçet". En la tabla 1 se relaciona la estrategia de búsqueda según la base de datos empleada.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda según base de datos.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("Oral ulcer") OR TITLE-ABS-KEY ("Recurrent aphthous") AND TITLE-ABS-KEY("Behçet")
Web of Science	TS=("Oral ulcer") OR TS=(("Recurrent aphthous") AND TS=("Behçet"))
Medline	("Oral ulcer" [Mesh]) OR ("Recurrent aphthous" [Mesh]) AND "Behçet"[Mesh]
SciELO	("Oral ulcer" OR "Recurrent aphthous") AND "Behçet"

RESULTADOS

Descrito en 1937 por el dermatólogo turco Hulusi Behçet, La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica inmunomediada caracterizada por una triada característica de lesiones oculares, úlceras orales y genitales recurrentes.⁽⁴⁾ A pesar de ello puede afectar diversos órganos.

A menudo enfermedad de la "Ruta de la seda", debido a su mayor prevalencia desde el Mediterráneo a Extremo Oriente, a través de Oriente Medio y Asia central.⁽⁵⁾

La etiopatogenia de la EB es desconocida, aunque estudios apuntan a un papel genético predominante en la aparición de la enfermedad. El alelo HLA-B5 y su subalelo B51 son los factores genéticos más estrechamente asociados a la enfermedad.^(5,6) La interacción de factores genéticos y ambientales parecen modular la prevalencia y la expresión de la EB. ⁽⁷⁾

La EB puede afectar a cualquier grupo de edad, pero su inicio antes de la pubertad y después de la sexta década es relativamente raro, ^(1,4) afectando más a hombres que mujeres (1,4:1), con mayor incidencia de complicaciones sistémicas graves en los hombres jóvenes. En países de América su incidencia es baja.⁽⁸⁾

Los datos actuales sugieren que la reacción inflamatoria en la enfermedad de Behçet se debe a una perturbación de las respuestas inmunitarias de tipo innato y adaptativo en personas con predisposición genética; provocando una activación de los linfocitos T.^(1,6)

Se han propuesto criterios específicos para el diagnóstico e identificación de EB, en la actualidad el más aceptado es el del *International Criteria for Behçet's Disease* ⁽⁵⁾ que establece una escala de 10 puntos, donde un puntaje mayor de 4 confirma el diagnóstico (Tabla 1).

No existen pruebas de laboratorio, de patología o de imagen que permitan o que ayuden a establecer el diagnóstico de enfermedad de Behçet.^(4,8)

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la enfermedad de Behçet.

Signos o Síntomas	Puntaje
Lesiones oculares	2
Aftosis genitales	2
Aftosis orales	2
Lesiones en piel	1
Manifestaciones neurológicas	1
Manifestaciones vasculares	1
Prueba de la patergia positiva (opcional)	1

Manifestaciones orales en enfermedades reumáticas

La cavidad oral presenta diversas funciones, con una interacción y equilibrio entre todas las estructuras orales. El estado de la salud oral proporciona evidencias sobre el comportamiento sistémico del paciente. Los tejidos orales están en un directo contacto físico con el cuerpo, relacionándose a través de la sangre, sistema linfático y nervioso.⁽⁹⁾

Influencias sistémicas, inmunológicas y psicológicas están en equilibrio con la salud oral y estado general del individuo, por lo que manifestaciones orales pueden surgir como primeras señales de un desorden sistémico.

La interacción entre la odontología y las enfermedades reumáticas ha sido destacada por diversos autores.^(7,9-11)

Solis Cartas y cols plantean que los mecanismos inmunopatogénicos de las manifestaciones orales en enfermedades reumáticas son similares a los provocados por agentes infecciosos, entre ellos cabe destacar la presencia de lipopolisacáridos, las bacterias gramnegativas viables del biofilm y citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis hística y la interleucina 1, 6, 8 y 17 que pueden ingresar al

torrente sanguíneo e influir en la salud general y susceptibilidad a ciertas enfermedades. Esto trae consigo la aplicación de modelos causales que se interrelacionan. ⁽¹²⁾

Estomatitis Aftosa Recurrente en la Enfermedad de Behçet

La EAR cursa con lesiones ulceradas (aftas), que suelen ser dolorosas y autolimitadas. Cuando se presenta en forma de brotes orales recurrentes, en ausencia de una causa sistémica, se denomina aftosis oral recurrente (AOR) o bien EAR. Afecta entre el 5% y el 25% de la población, con mayor frecuencia a mujeres y personas de niveles socioeconómicos más altos. ⁽¹³⁾

La etiología y la patogenia de la AOR son hasta el momento desconocidas. Es probable, que en individuos genéticamente predispuestos, una disfunción inmunológica unida a diversos factores desencadenantes facilite la aparición de las aftas. Esta disfunción inmunológica local estaría relacionada con un aumento de las subpoblaciones de los linfocitos T (CD4 y CD8), y jugaría un papel importante en una respuesta inmune alterada en la que no se conocería el estímulo inicial. Además, se describen alteraciones en los valores séricos de las inmunoglobulinas que podrían desempeñar algún papel en la patogenia de las aftas y también se han comunicado alteraciones en las moléculas de adhesión celular que son esenciales para mantener estable la estructura del epitelio oral. ⁽¹⁴⁾

La EAR y la enfermedad de Behçet parecen deberse al mismo mecanismo patogénico, por lo que la EAR pudiera considerarse para establecer el diagnóstico diferencial de EB.

En la Tabla 4 se ilustra la clasificación de las aftosis simples y complejas según Roy S. Rogers ⁽¹⁵⁾. Los pacientes con EB suelen tener aftosis complejas.

Tabla 3. Clasificación de la estomatitis aftosa recurrente (Roy S. Rogers).

Aftosis simple	Complejo Aftosis
Común	Poco común
Episódico	Episódica o continua
Lesión de corta duración	Persistente
Pocas lesiones	Pocas a muchas lesiones
3-6 episodios / año	Ulceración frecuente o continua
Curación rápida	Curación lenta
Dolor mínimo	Dolor marcado
Limitado a la cavidad oral	Puede tener lesiones genitales

Las ulceraciones bucales presentes en cerca del 100% de los pacientes con EB, siendo esta la manifestación más frecuente y el signo inaugural en el 80% de los casos. Pueden preceder en varios años a las otras afectaciones de la enfermedad. ^(4,6,16)

Estas aftas son típicas y pueden observarse en las tres formas de aftosis: menor, mayor y miliar (o herpetiforme). Su número (1-100) y su localización (boca, laringe, faringe, amígdala, etc.) son variables, al igual que la frecuencia con la que recidivan.

Su evolución es similar y puede resumirse en cuatro fases: ^(1,3)

- una sensación de quemadura, pinchazo o hiperestesia, equivalente a un estadio prodrómico, que puede preceder en 24 horas a la aparición de la lesión;
- la aparición de una zona eritematosa, que se indura a la palpación en su parte central en 1-3 días, tras lo que persiste como un halo inflamatorio de diámetro entre 1 a 3 cm;
- una ulceración central dolorosa que presenta un fondo cubierto por un exudado fibrinoso blanco amarillento o grisáceo durante 4-16 días;
- cicatrices, respectivamente, en el 8%, 64% y 32% de los casos según el tipo: menor, mayor y miliar.

Puede afectar a cualquier zona de la mucosa oral, a pesar de que son comunes en el velo del paladar y la faringe. Por lo general, una duración de 7 a 14 días y desaparece sin dejar cicatriz.^(13,14)

Las recidivas pueden desencadenarse o agravarse por la fatiga, el estrés, el insomnio, la menstruación, las infecciones del sistema respiratorio superior, etcétera.

Como tratamiento de primera elección, se utiliza la colchicina (1-2 mg) como tratamiento preventivo de la aftosis y de las lesiones de eritema nudoso. La talidomida es el tratamiento más eficaz de las aftas bucales y genitales, así como de las seudofoliculitis, a pesar de ello se recomienda como segunda elección. Los anticuerpos monoclonales, sobre todo el infliximab, se pueden utilizar como tercera elección, en caso de ineficacia o de intolerancia de la colchicina, de la talidomida, de los inmunosupresores y de la cortisona en dosis menor de 7,5 mg/día.^(9,11,17,18)

La EAR suele tener una fuerte repercusión en la calidad de vida de pacientes con EB, lo que impone un tratamiento preventivo de los episodios. A pesar de ello la gravedad de la aftosis o su evolución no son factores de riesgo de evolución hacia una enfermedad.⁽¹⁾

CONSIDERACIONES FINALES

La evaluación clínica correcta y precisa de la cavidad bucal en pacientes con sospecha de estar implicados en el carácter autoinmune de morbilidad puede dar lugar a un mejor manejo de las condiciones bucales presentados por estos individuos, siendo una conducta integrada entre el estomatólogo y el médico, el elemento clave para el éxito del abordaje terapéutico.

El papel de los estomatólogos es importante para establecer el diagnóstico de Enfermedad de Behçet, ya que podrían ser los primeros en detectarla. La Estomatitis Aftosa Recurrente es un síntoma inicial común de EB. Se requiere un enfoque multidisciplinario para diagnosticar y tratar la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaillant L, Samimi M, Parent D. Aftas, aftosis, enfermedad de Behçet. EMC - Dermatología. 2016;50(2):1-14.
2. Scully C. Aphthous ulceration. N Engl J Med. 2006;355:165-72.
3. Vaillant L, Bernez A. Aftas y aftosis. EMC - Tratado de Medicina. 2009;13(4):1-7.

4. Castillo González W, Gonzalez-Argote J, Hernández Estévez J. Enfermedad de Behçet. Rev Cubana de Reumatol. 2014;16(3):309-21.
5. Devatchi F, Assaad-Khalil S, Calamia KT, Crook JE, Sadeghi-Abdollahi B, Schirmer M, et al. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. JEADV. 2014;28:338-47.
6. Yazici Y, Yazici H. Behçet's Syndrome [Internet]. New York: Springer Science + Business Media: LLC; 2010 [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://doi.org/10.1007/978-1-4419-5641-5_1
7. Morales-Angulo C, Vergara Pastrana S, Obeso-Agüera S, Acle L, González-Gay MÁ. Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de Behçet. Acta Otorrinolaringológica Española. 2014;65(1):15-21.
8. Molina RA, Huerta-Rosario A, Alva Díaz CA, Mejía Rojas KK, Mori N, Romero Sánchez R. Enfermedad de neuro-Behçet en Perú: reporte de caso y revisión de la literatura. Medwave. 2017;17(05):e6978.
9. Reis TRC, Nogueira BML, Domínguez MCL, de Menezes SAF, da Silva e Souza P de AR, Menezes TO de A. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: una Revisión de los Conocimientos. Int J Odontostomat. 2015;9(3):413-8.
10. Hernández R, Lorely D. Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica. Acta Med Cent. 2016;10(1):68-74.
11. Schemel-Suárez M, López López J, Chimenos Küstner E. Úlceras orales: diagnóstico diferencial y tratamiento. Med Clin (Barc). 2015;145(11):499-503.
12. Solís Cartas U, García González V, Bascó EL, Barbón Pérez OG, Quintero Chacón G, Muñoz Balbín M. Manifestaciones bucales relacionadas con el diagnóstico de enfermedades reumáticas. Rev Cubana Estomatol. 2017;54(1):72-83.
13. Patoni NA, Sitheequ MAM, Sarsito AS, Soegyanto AI, Wimardhani YS. Role of Dentists in the Management of Behçet's Disease: A Case Report. J Dent Indones. 2018;25(2):125-9.
14. Riera Matute G, Riera Alonso E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. Reumatol Clin. 2011;7(5):323-8.
15. Rogers RS. Recurrent Aphthous Stomatitis: Clinical Characteristics and Evidence for an Immunopathogenesis. Journal of Investigative Dermatology. 1977;69(6):499-509.
16. Bermúdez LS, García MH, Labrada MR. Úlceras bucales como manifestación de la enfermedad de Behçet. Medicentro Electrónica. 2017;22(1):84-7.
17. Greco A, De Virgilio A, Ralli M, Ciofalo A, Mancini P, Attanasio G, et al. Behçet's disease: New insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. Autoimmun Rev. 2018;17(6):567-75.

18. Martínez Larrarte JP, Cepero Morales R, Sosa Almeida M, Molinero Rodríguez C, Lantigua Martell MA. Síndrome de Behcet: Presentación de un caso. Rev Cubana Med. 1998;7(4):249-52.
-

Conflicto de interés

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.