Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 5(especial7), 423-431, 2026
https://doi.org/10.62574/lv2js1kn

Úlceras aftosas recurrentes y enfermedad de Behçet: patogénesis, diagnóstico diferencial y manejo clínico

Recurrent aphthous ulcers and Behçet's disease: pathogenesis, differential diagnosis and clinical management

Ashley Sarahy Burgos-Urgiles
ashleybu11@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-1808-3983

Génesis Nayerly Castellano-Pérez
genesiscp73@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-2491-0893

Gianluca Méndez-Medina
gianlucamm81@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-5210-7613

Humberto Rodrigo Morales-Rojas
us.humbertomr07@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-2636-5719

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre la patogénesis, el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Behçet y el manejo clínico de las úlceras aftosas orales recurrentes. **Método:** revisión sistemática con síntesis narrativa en PubMed y SciELO (2012-2025); se incluyeron 15 estudios: revisiones, estudios clínicos y observacionales y una revisión sistemática. **Resultados:** la patogénesis combina predisposición genética, desregulación inmunitaria, estrés oxidativo, alteraciones del microbioma, déficits hematínicos y estrés psicológico. Las úlceras de tipo aftoso pueden ser la primera manifestación de la enfermedad de Behçet y de otras enfermedades sistémicas. El tratamiento es sintomático, con corticosteroides tópicos, y corrige los déficits. **Conclusión:** el odontólogo debe reconocer los signos extraorales de alarma y coordinar la derivación multidisciplinaria.
Descriptores: estomatitis aftosa; síndrome de Behçet; úlceras bucales; diagnóstico diferencial. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on the pathogenesis, the differential diagnosis with Behçet's disease and the clinical management of recurrent oral aphthous ulcers. **Method:** systematic review with narrative synthesis in PubMed and SciELO (2012-2025); 15 studies were included: reviews, clinical and observational studies and one systematic review. **Results:** pathogenesis combines genetic predisposition, immune dysregulation, oxidative stress, microbiome alterations, hematinic deficiencies and psychological stress. Aphthous-like ulcers may be the first manifestation of Behçet's disease and of other systemic diseases. Treatment is symptomatic, with topical corticosteroids, and corrects deficiencies. **Conclusion:** dentists should recognize extraoral warning signs and coordinate multidisciplinary referral.
Descriptors: stomatitis, aphthous; Behcet syndrome; oral ulcer; diagnosis, differential. (DeCS).

Recibido: 15/09/2026. Revisado: 05/10/2026. Aprobado: 30/10/2026. Publicado: 20/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Las úlceras aftosas orales recurrentes son una de las lesiones más frecuentes de la mucosa bucal. Se presentan como úlceras redondas u ovaladas, dolorosas, con un halo eritematoso y un fondo cubierto por una seudomembrana, que se repiten a intervalos variables y cicatrizan de forma espontánea. Akintoye y Greenberg distinguieron la estomatitis aftosa recurrente idiopática de las úlceras de tipo aftoso que aparecen en el contexto de enfermedades sistémicas, entre ellas la enfermedad de Behçet (1).

La enfermedad de Behçet es una vasculitis multisistémica de causa desconocida, en la que las aftas orales recurrentes constituyen la manifestación más constante y, con frecuencia, la inicial, antes de que aparezcan las úlceras genitales y las lesiones cutáneas, oculares, articulares, vasculares o neurológicas (1,2). Por ello, la distinción entre una estomatitis aftosa recurrente aislada y la fase inicial de esa enfermedad representa un desafío diagnóstico para el odontólogo. Ślebioda et al. señalaron que ambas comparten mecanismos inmunitarios, lo que explica la semejanza clínica de sus lesiones (3).

En cuanto a su magnitud, la estomatitis aftosa recurrente se ha descrito con frecuencia en la atención primaria (4) y en poblaciones jóvenes, como los estudiantes de odontología, en quienes se ha relacionado con el estrés académico (5). Sin embargo, la literatura sobre la patogénesis, el diagnóstico diferencial y el tratamiento se encuentra dispersa entre la medicina bucal, la inmunología y la reumatología, y existe un vacío en su síntesis desde la perspectiva de la práctica odontológica.

En consecuencia, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible sobre la patogénesis de las úlceras aftosas orales recurrentes, su diagnóstico

diferencial con la enfermedad de Behçet y otras enfermedades sistémicas, y su manejo clínico multidisciplinario.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con síntesis narrativa. La pregunta orientadora fue: ¿qué mecanismos patogénicos, criterios de diagnóstico diferencial y opciones terapéuticas describe la evidencia para las úlceras aftosas orales recurrentes y su relación con la enfermedad de Behçet? La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO, con publicaciones comprendidas entre 2012 y 2025, en español, inglés y portugués; se admitieron estudios anteriores cuando aportaban datos clínicos originales sobre la patogénesis.

Se emplearon descriptores DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos: «stomatitis, aphthous» OR «oral ulcer» AND «Behcet syndrome» OR «pathogenesis» OR «diagnosis, differential» OR «therapeutics», con sus equivalentes en español: «estomatitis aftosa», «úlceras bucales», «síndrome de Behçet» y «diagnóstico diferencial».

Se incluyeron revisiones sistemáticas y narrativas, estudios observacionales y estudios de casos y controles en seres humanos que abordaran la etiopatogenia, el diagnóstico o el tratamiento de las úlceras aftosas orales. Se excluyeron los reportes de caso aislados, los estudios en animales, las úlceras traumáticas o neoplásicas y los documentos sin revisión por pares.

Dos revisores examinaron de forma independiente los títulos, los resúmenes y los textos completos; los desacuerdos se resolvieron por consenso. Se extrajeron el autor, el año, el diseño, la población y el hallazgo principal. Se incluyeron 15 estudios, que se organizaron en cuatro ejes temáticos.

RESULTADOS

El primer eje corresponde a la patogénesis inmunitaria y local. Clínicamente se reconocen tres formas, menor, mayor y herpetiforme, que difieren en el tamaño, el número y el tiempo de cicatrización de las úlceras; la forma mayor, con lesiones profundas que dejan cicatriz, es la que con más frecuencia obliga a descartar una enfermedad sistémica (1,2). Las revisiones describieron una respuesta inmunitaria mediada por células, con predominio de linfocitos T citotóxicos y de citocinas proinflamatorias sobre el epitelio de la mucosa, en individuos con predisposición genética (1,3). Hijazi et al. observaron alteraciones del microbioma de la mucosa en los pacientes con estomatitis aftosa recurrente (6), y Arikan et al. encontraron un desequilibrio entre oxidantes y antioxidantes, lo que sugiere que el estrés oxidativo participa en el daño tisular (7).

El segundo eje agrupa los factores sistémicos y psicológicos. Chiang et al. relacionaron la enfermedad con autoanticuerpos séricos, anemia y déficits hematínicos de hierro, ácido fólico y vitamina B12, cuya corrección puede reducir los episodios en una parte de los pacientes (8). En relación con el estrés, Gallo et al. asociaron el estrés psicológico con la aparición de las lesiones (9), Huling et al. describieron que los acontecimientos vitales estresantes influyen en el inicio y la duración de las úlceras (10), y Albanidou-Farmaki et al. hallaron niveles elevados de ansiedad y de cortisol salival y sérico en estos pacientes (11). McEwen explicó cómo el estrés crónico altera la regulación neuroendocrina e inmunitaria, lo que ofrece un marco biológico para esas asociaciones (12).

El tercer eje se refiere al diagnóstico diferencial. Las úlceras de tipo aftoso deben distinguirse de las infecciones virales de la cavidad bucal, en particular de la estomatitis herpética, que produce vesículas agrupadas y úlceras sobre mucosa queratinizada (13). La presencia de úlceras genitales, lesiones cutáneas u oculares,

artralgias o un curso con aftas mayores y muy frecuentes debe orientar hacia la enfermedad de Behçet (1,2). Del mismo modo, Goel et al. estudiaron marcadores salivales en la granulomatosis orofacial y en la enfermedad de Crohn, otras enfermedades sistémicas con manifestaciones bucales que entran en el diagnóstico diferencial (14).

El cuarto eje aborda el manejo clínico. El tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente es sintomático y se basa en corticosteroides tópicos, antisépticos y analgésicos locales; en los casos graves o asociados a enfermedad sistémica se emplean fármacos sistémicos bajo control médico (2,8). La revisión sistemática de Alli et al. analizó el efecto del laurilsulfato de sodio de los dentífricos, cuya supresión se ha propuesto como medida preventiva sencilla (15). La Tabla 1 resume los estudios principales.

Tabla 1. *Estudios incluidos según diseño, población y hallazgo principal.*

Autor (ref.)	Diseño	Población o tema	Hallazgo principal
Akintoye et al. (1)	Revisión	Estomatitis aftosa recurrente	Distingue las aftas idiopáticas de las úlceras de tipo aftoso de origen sistémico
Ślebioda et al. (3)	Revisión de la literatura	Etiopatogenia	Destaca el papel de los mecanismos inmunitarios
Hijazi et al. (6)	Estudio clínico	Pacientes con estomatitis aftosa	Describe alteraciones del microbioma de la mucosa
Chiang et al. (8)	Revisión	Etiología y manejo	Relaciona autoanticuerpos, anemia y déficits hematínicos con la enfermedad
Huling et al. (10)	Estudio observacional	Pacientes con estomatitis aftosa	Los acontecimientos estresantes influyen en el inicio y la duración de las úlceras
Goel et al. (14)	Estudio clínico	Granulomatosis orofacial y enfermedad de Crohn	Propone un marcador salival en enfermedades sistémicas con lesiones bucales
Alli et al. (15)	Revisión sistemática	Usuarios de dentífricos	Analiza el efecto del laurilsulfato de sodio

Autor (ref.)	Diseño	Población o tema	Hallazgo principal
			sobre las aftas

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos (2026).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que las úlceras aftosas orales recurrentes son la expresión común de procesos distintos. En la forma idiopática predominan los factores locales, hematínicos y psicológicos (8-11), mientras que en la enfermedad de Behçet las mismas lesiones forman parte de una enfermedad inflamatoria sistémica con riesgo de afectación ocular, vascular y neurológica (1,2). Esta superposición clínica explica que el diagnóstico de la enfermedad de Behçet se retrase cuando la evaluación se limita a la cavidad bucal.

Las revisiones coincidieron en el papel central de la desregulación inmunitaria (1,3), pero difieren en el peso que asignan a cada desencadenante. Los hallazgos sobre el microbioma y el estrés oxidativo (6,7) proceden de estudios pequeños, y las asociaciones con el estrés se basan sobre todo en diseños transversales (5,9-11), lo que impide establecer causalidad. El modelo de McEwen permite interpretar esas asociaciones desde la regulación neuroinmunitaria (12), aunque no se ha comprobado de forma específica en esta enfermedad.

En el plano clínico, la evidencia sobre el tratamiento es limitada: las opciones tópicas alivian el dolor y acortan los episodios, pero no evitan las recurrencias (2,8), y el efecto del laurilsulfato de sodio no es concluyente (15). El odontólogo tiene, por tanto, una función de detección: debe investigar las manifestaciones extraorales, descartar infecciones virales (13) y otras enfermedades sistémicas (14), y derivar al paciente a reumatología, oftalmología y dermatología cuando existan signos de alarma.

Desde el punto de vista práctico, la evaluación inicial debe incluir una historia clínica que registre la edad de inicio, la frecuencia y el tamaño de las úlceras, los antecedentes familiares, los fármacos y los síntomas extraorales, junto con un hemograma y la determinación de hierro, ácido fólico y vitamina B12 (8). Esta aproximación permite identificar a los pacientes en quienes las aftas responden a la corrección de un déficit y a aquellos que requieren estudio reumatológico.

Esta revisión presenta limitaciones. La mayor parte de los estudios incluidos se centró en la estomatitis aftosa recurrente, y la enfermedad de Behçet se analizó sobre todo como diagnóstico diferencial; la evidencia específica sobre su tratamiento sistémico no se evaluó en profundidad. Varios estudios tienen muestras pequeñas o diseños transversales, y algunos son anteriores al periodo de búsqueda. Además, no se realizó un metaanálisis, debido a la heterogeneidad de los diseños y de los desenlaces.

CONCLUSIÓN

Las úlceras aftosas orales recurrentes tienen una patogénesis multifactorial, en la que participan la desregulación inmunitaria, el estrés oxidativo, el microbioma, los déficits hematínicos y el estrés psicológico. Pueden constituir la primera manifestación de la enfermedad de Behçet, por lo que su evaluación debe incluir la búsqueda de signos extraorales y el diagnóstico diferencial con infecciones virales y otras enfermedades sistémicas.

El tratamiento es sintomático y debe complementarse con la corrección de los déficits y la derivación multidisciplinaria cuando se sospecha una enfermedad sistémica.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. Dent Clin North Am. 2014;58(2):281-97.

2. Conejero del Mazo R, García Forcén L, Navarro Aguilar ME. Estomatitis aftosa recurrente. Med Clin (Barc). 2023;161(6):251-9.

3. Ślebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2014;62(3):205-15.

4. Collado Pérez VC, Pérez Suárez MC, Collado Hernández CM, Pérez Núñez V. Prevalencia de estomatitis aftosa recurrente en un consultorio médico de familia, Manzanillo, Cuba. Un estudio transversal. Rev Cient Odontol (Lima). 2023;11(4):e172.

5. Ajmal M, Ibrahim L, Mohammed N, Al-Qarni H. Prevalence and psychological stress in recurrent aphthous stomatitis among female dental students in Saudi Arabia. Clujul Med. 2018;91(2):216-21.

6. Hijazi K, Lowe T, Meharg C, Berry SH, Foley J, Hold GL. Mucosal microbiome in patients with recurrent aphthous stomatitis. J Dent Res. 2015;94(3 Suppl):87S-94S.

7. Arikan S, Durusoy C, Akalin N, Haberal A, Seckin D. Oxidant/antioxidant status in recurrent aphthous stomatitis. Oral Dis. 2009;15(7):512-5.

8. Chiang CP, Yu-Fong Chang J, Wang YP, Wu YH, Wu YC, Sun A. Recurrent aphthous stomatitis - Etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, and management. J Formos Med Assoc. 2019;118(9):1279-89.

9. Gallo CB, Mimura MA, Sugaya NN. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis. Clinics (Sao Paulo). 2009;64(7):645-8.

10. Huling LB, Baccaglini L, Choquette L, Feinn RS, Lalla RV. Effect of stressful life events on the onset and duration of recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol Med. 2012;41(2):149-52.

11. Albanidou-Farmaki E, Poulopoulos AK, Epivatianos A, Farmakis K, Karamouzis M, Antoniades D. Increased anxiety level and high salivary and serum cortisol concentrations in patients with recurrent aphthous stomatitis. Tohoku J Exp Med. 2008;214(4):291-6.

12. McEwen BS. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. Chronic Stress (Thousand Oaks). 2017;1:2470547017692328.

13. Santosh ABR, Muddana K. Viral infections of oral cavity. J Family Med Prim Care. 2020;9(1):36.

14. Goel RM, Prosdocimi EM, Amar A, Omar Y, Escudier MP, Sanderson JD, et al. Streptococcus salivarius: a potential salivary biomarker for orofacial granulomatosis and Crohn's disease? Inflamm Bowel Dis. 2019;25(8):1367-74.

15. Alli BY, Erinoso OA, Olawuyi AB. Effect of sodium lauryl sulfate on recurrent aphthous stomatitis: a systematic review. J Oral Pathol Med. 2019;48(5):358-64.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/