

Ciencias de la salud

Artículo original

Factores locales y generales en la Estomatitis aftosa recurrente

Local and General Factors in Recurrent Aphthous Stomatitis

fatores locais e gerais de estomatite aftosa recorrente

Dra. Ana C. Rivadeneira-Rivas, Dra. Shirley X. Arteaga-Espinoza, Dra. Sonia J. González-Chong

acarrivadeneira@hotmail.com, shirleyximena@gmail.com, soniajanetg@gmail.com

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador

Recibido: 8 de marzo de 2016

Aceptado: 15 de julio de 2016

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 70 pacientes con manifestaciones clínicas de estomatitis aftosa recurrente, atendidos en la consulta particular en la ciudad de Manta. Entre las variables analizadas figuraron: grupos etarios, localización, factores locales y generales. En la serie predominaron el sexo femenino (61.4%), el grupo etario de 28-38 años, el dolor (100,0 %) y los carrillos como el lugar de mayor localización de la enfermedad. Entre las causas primaron el trauma y las alteraciones por estrés. Se recomendó efectuar estudios en diferentes poblaciones para llevar a cabo acciones de promoción de salud y prevención de este cuadro morbosos.

Palabras clave: estomatitis aftosa recurrente, factores locales, factores generales.

Abstract

A descriptive cross-sectional study of 70 patients with clinical manifestations of recurrent aphthous stomatitis, served in the consultation was held. Among the variables analyzed they included: age groups, location, local and general factors. Predominated in the series females (61.4%), the age group 28-38 years, pain (100.0%) and cheeks as the place of location of the disease. Among the causes prevailed trauma and stress disorders. It was recommended to conduct studies in different populations to carry out actions of health promotion and prevention of this clinical picture.

Key words: recurrent aphthous stomatitis, local factors, general factors.

Resumo

Um estudo descritivo transversal de 70 pacientes com manifestações clínicas de estomatite aftosa recorrente, servidos em consultório particular na cidade de Manta foi realizada. Dentre as variáveis analisadas incluíram: grupos de idade, localização, local e fatores gerais. Predominou nas fêmeas série (61,4%), na faixa etária 28-38 anos, dor (100,0%) e bochechas como o lugar da localização da doença. Entre as causas prevaleceu traumas e estresse. Recomendou-se a realização de estudos em diferentes populações para realizar ações de promoção da saúde e prevenção da imagem clínica.

Palavras chave: estomatite recidivante aftosa, fatores locais, fatores gerais.

Introducción.

Las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo. El patrón de enfermar se ha transformado en todo el mundo, esto debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, que incluyen las dietas ricas en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento del consumo de alcohol. Además de los determinantes socio-ambientales; las enfermedades bucales están muy relacionadas con estos estilos de vida. (Marcela Mejía González A, 2012).

Una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (Salud bucodental. OMS. 2012)

La boca es una parte importante del cuerpo a la que debemos prestarle especial atención, ya que cualquier problema que afecte esta zona puede dificultar el comer, beber incluso el sonreír.

La Política de Salud Bucal está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.

Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries, las afecciones periodontales (de las encías), el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas. (Salud bucodental. OMS. 2012).

Entre las enfermedades periodontales inflamatorias agudas, figura la estomatitis aftosa recurrente o recidivante (EAR), que constituye una de las urgencias estomatológicas; Es atendida por el Odontólogo General Básico, y Especialista de Parodoncia los cuales realizan acciones de promoción de salud, prevención y tratamientos. (Pérez Borrego, Amparo, 2002). La Estomatitis Aftosa Recidivante (EAR), conocida vulgarmente como “aftas”, son lesiones ulcerosas de etiología desconocida, constituidas por erosiones de histología inespecífica y tratamiento sintomático. (Gándara Rey JM. 2000).

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. 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), la frecuente e inevitable utilización de la boca para hablar y bostezar pero especialmente comer, hacen que su impacto sobre la calidad de vida de la persona que la presenta sea muy importante. (Ramón Bonet, 2011).

Hoy en día se considera a la estomatitis aftosa recidivante como un proceso patológico de etiología multifactorial en el que concurren una serie de factores predisponente endógenos y cuyas manifestaciones agudas se deben a una conjugación de esos factores con agentes desencadenantes o precipitantes exógenos. (Bonet R, 2011). Se considera un paciente afectado con estomatitis aftosa recurrente, cuando existen una o más úlceras dolorosas en la mucosa bucal, con pérdida de la continuidad del epitelio, una porción central roja grisácea y periferia elevada a modo de reborde. (Ramos Díaz M, 2005).

Para el diagnóstico correcto de esta afección es necesario realizar examen clínico e interrogatorio adecuados, puesto que no existen pruebas de laboratorio específicas para diagnosticarla. En caso de duda debe hacerse una biopsia, debido a la gran diversidad de mecanismos patogénicos implicados; además, es necesario establecer un diagnóstico diferencial. El pronóstico para algunos pacientes es que son capaces de adaptarse a la enfermedad y vivir durante un tiempo con tratamiento sintomático. La terapia debe ir encaminada a aliviar el dolor, acortar la duración de las lesiones y evitar factores precipitantes. (Pacho Saavedra, 2005).

Aproximadamente el 25% de la población general presenta EAR en algún momento de su vida. Esta alteración compromete el 20% al 50% de la población joven y suele iniciarse en la infancia. Asimismo, se observa un segundo pico de incidencia entre la tercera y cuarta década de vida. (González Z. 2002).

Introduction

Chronic diseases are the major public health problems in most parts of the world. The pattern of sickness has become worldwide, this is mainly due to changing lifestyles, including diets rich in sugars, the widespread use of tobacco and increased alcohol consumption. In addition to the socio-environmental determinants; oral diseases are closely related to these lifestyles. (Marcela Mejia González A, 2012).

A good health and a good quality of life, can be defined as the absence of orofacial pain, mouth or throat cancer, infections and mouth sores, periodontal diseases (gum disease), tooth decay, tooth loss and other diseases and disorders limiting the affected person the ability to bite, chew, smile and talk, while affect their psychosocial well-being. (Oral health. WHO. 2012)

.The mouth is an important part of the body to which we must pay special attention, as any problem affecting this area can make it difficult to eat, drink even smile.

Oral Health Policy is oriented at prevention and promotion of oral health of the population, with emphasis on the most vulnerable groups. Also considers recuperative activities in priority groups through cost-effective actions based on the best available evidence.

The most common oral diseases are dental caries, periodontal diseases (gum disease), mouth cancer, oral infectious diseases, physical injuries and congenital lesions. (Oral health WHO. 2012).

Among the acute inflammatory periodontal disease, figure the recurrent aphthous stomatitis or relapsing (RAS), which is one of the stomatological emergency; It is attended by the General Dentist Basic and Periodontology Specialist who perform health promotion activities, prevention and treatment. (Pérez Borrego, Amparo, 2002).

Recurrent aphthous stomatitis (RAS), commonly known as "canker" are ulcerative lesions of unknown etiology, constituted by nonspecific histology erosions and symptomatic treatment. (Gandara Rey JM. 2000).

Recurrent or relapsing aphthous stomatitis is a clinical entity whose main manifestation is the appearance of canker sores (known colloquially as mouth sores): single lesions or multiple-small (diameter less than 5 mm) surface shaped crater. Involve a discontinuity of the epithelial surface and partial loss of the oral mucosa. Although they are very painful, are benign and occur mainly in the mucous coating (not keratinized) of: inner surface of cheeks and lips, edges and back of the tongue, soft palate and base of the gums.

Its location (in mobile areas of the oral cavity), frequent and inevitable use of the mouth to speak, yawn but especially to eat, makes the impact on the quality of life of the person presenting it very important. (Ramon Bonet, 2011).

Today the recurrent aphthous stomatitis is consider as a pathological process multifactorial etiology in which attend a series of predisposing endogenous factors and whose acute manifestations are due to a combination of those factors with exogenous triggers or precipitants. (Bonet R, 2011).

A patient afflicted with recurrent aphthous stomatitis is considered, when there are one or more painful sores on the buccal mucosa with loss of continuity of the epithelium, a central portion greyish red and high-like rim periphery. (Ramos Diaz M, 2005).

For the correct diagnosis of this condition is necessary to make an appropriate clinical examination and interrogation, since there are no specific laboratory tests to diagnose. In case of doubt should have a biopsy due to the wide variety of pathogenic mechanisms involved; it is also necessary to establish a differential diagnosis. The prognosis for some patients is that they are able to adapt to the disease and live for a while with symptomatic treatment. Therapy should be aimed at relieving pain, shorten the duration of lesions and avoid precipitating factors. (Pacho Saavedra, 2005).

Approximately 25% of the general population has RAS at some point in their life. This alteration involves the 20% to 50% of the young population and usually begins in childhood. Also, it is observed a second peak of incidence between the third and fourth decade of life. (Z. González 2002).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 70 pacientes de ambos sexos, con edades entre 17-55 años, con manifestaciones clínicas de estomatitis aftosa recurrente, atendidos en consulta particular de odontología del cantón Manta en el año 2015.

Se tuvieron en cuenta todos aquellos pacientes que presentaron una o más úlceras dolorosas en la mucosa bucal, con pérdida de la continuidad del epitelio, una porción central roja grisácea y periferia elevada a modo de reborde.

Entre las variables analizadas figuraron:

Grupos etarios

17-27

28-38

39-49

50-55

55 y más

Localización: mucosa labial inferior, lengua, mucosa yugal, mucosa labial superior, piso de la boca, fondo de surco, pilares amigdalino, paladar, encía.

Factores locales: trauma, bordes dentarios filosos, aparatología ortodóncica, aparatología protésica, sépticos (sepsis bucal), probables alérgenos (pasta dental, alimentos y medicamentos, entre ellos la aspirina).

Factores generales: alteraciones hematológicas, gastrointestinales, antecedentes hormonales asociados a variaciones de niveles de progesterona y estrógeno (menstruación, embarazo y

menopausia, antecedentes hereditarios, alteraciones psicosomáticas, inmunológicas, enfermedades endocrino-metabólicas: se consideró la fase premenstrual y diabetes mellitus).

Para la evaluación de estos pacientes, se les realizó un examen clínico que permitió identificar los diferentes tipos de EAR, lo cual se efectuó en la consulta de odontología dotada de buena iluminación, en condiciones ambientales adecuadas y con la utilización de un conjunto de herramientas para el diagnóstico. Los resultados obtenidos se reflejaron en la planilla de recolección de datos confeccionada al efecto. Se utilizaron la frecuencia absoluta y el porcentaje como medidas de resumen.

Methodology

A descriptive cross-sectional study of 70 patients of both sexes, aged 17-55 years, with clinical manifestations of recurrent aphthous stomatitis, served in particular dental office in the canton Manta in 2015.

They were taken into account all patients who had one or more painful ulcers in the oral mucosa with loss of continuity of the epithelium, a red central portion greyish and high-like rim periphery.

Among the variables analyzed, they included:

Age groups

17-27

28-38

39-49

50-55

55 and more

Location: lower labial mucosa, tongue, buccal mucosa, upper labial mucosa, floor of the mouth, sulcus, tonsillar pillars, palate, and gums.

Local factors: trauma, sharp tooth edges, orthodontic appliances, prostheses, septic appliances (oral sepsis), probable allergens (toothpaste, food and medicine, among them aspirin).

General factors: hematological disorders, gastrointestinal, hormonal background associated with variations levels of progesterone and estrogen (menstruation, pregnancy and menopause, heredity, psychosomatic disorders, immunological, endocrine and metabolic diseases: considered the premenstrual phase and diabetes mellitus).

For the evaluation of these patients, they underwent a clinical examination that identified the different types of SAR, which took place in the dental office equipped with good lighting, in appropriate environmental conditions and the use of a set of tools for the diagnosis. The obtained results were reflected in the data collection sheet made to the effect. The absolute frequency and percentage were used as summary measures.

Resultados y discusión

Tabla. 1 Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según edad y sexo.

Grupo etarios	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
17-27	13	30.2	9	33.3	22	31.4
28-38	15	34.8	11	40.7	26	37.1
39-49	9	20.9	4	14.8	13	18.5
50-55	4	9.3	3	11.1	7	10.0
55 y mas	2	4.6	-	-	2	2.8
Total	43	61.4	27	38.5	70	100

En la serie (tabla 1), predomino el sexo femenino con un 61.4 % con una proporción de 6.2 mujeres por cada hombre.

Al respecto, en la serie el grupo etario más afectado fue el de 28-38 (37.1%), seguido del de 17-27, lo cual pudiera estar relacionado con el estado de inmunodepresión, estrés (provocado por

exámenes, divorcios, entre otros); procesos alérgicos, trastornos digestivos y endocrinos, a los cuales están sometidas el género femenino.

Se observa claramente que el sexo femenino es el más afectado por esta enfermedad, lo cual es atribuible, en el mayor número de los casos, a los cambios hormonales, (López Ilisástigui A 2009). Epidemiológicamente se plantea que existe un discreto predominio en el sexo femenino, aunque muchos autores señalan que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro. (Pacho Saavedra , 2005). Por ejemplo, se han observado cursos paralelos de aftas durante el ciclo menstrual y la menopausia (producido por el aumento de progesterona y la disminución de estrógenos), que reducen la queratinización de la mucosa y aumentan la fragilidad capilar.

Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en consulta estomatológica del Policlínico "Carlos J. Finlay" del Municipio Songo-La Maya de Santiago de Cuba. Cuba y el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico " William Soler .Habana. Cuba, donde predominó el sexo femenino. (Castelnaux Martínez M. 2013), (Pérez Borrego, Amparo, 2002).

Al analizar los signos y síntomas se encontró que en 100,0 % de los casos examinados estuvo presente el dolor, seguido de la sensación de quemazón (70,0 %) y solo 28 (46,7 %) refirieron sentir ardor.

La mucosa bucal representa un lugar de fácil acceso para agentes infecciosos, de ahí que en la mayor parte de las enfermedades de la mucosa bucal exista una sobre infección por microorganismos. (Pacho Saavedra, 2005).

Por otra parte, el dolor es un síntoma reconocido universalmente y es la causa más frecuente por la que los pacientes acuden a consulta diariamente; este se presenta de manera constante, se acentúa con la ingestión de alimentos y ocasiona malestar general, dificultad en la masticación, fonación, así como en la deglución. La EAR, una vez tratada como urgencia estomatológica, tiende a desaparecer y disminuye su mayor síntoma que es precisamente el dolor. (Castelnaux Martínez. M 2013).

Tabla 2. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según localización.

Localización de la lesión	N°	%
Carrillo	39	55.7
Labio	11	15.7

Fondo del surco	8	11.4
Lengua	6	8.5
Piso de boca	4	5.7
Paladar	4	5.7
Pilares amigdalinos	1	1.4

Nótese en la tabla 2 que el 55.7 % de los pacientes presentaron afecciones en el carrillo seguidos de 15.7 % que la tuvieron en el labio.

En la casuística prevalecieron los pacientes con dos lesiones (60,0 %), seguidos de los que presentaron 1 (36,7 %), y solo hubo 2 afectados con 3 lesiones (3,3 %).

Los resultados obtenidos coinciden con los de otros autores respecto a que esta afección tuvo mayor incidencia en carrillo y labio, lo cual pudo estar condicionado por la gran cantidad de terminaciones nerviosas, las características del epitelio, y que es una zona muy vascularizada, lo que la hace más vulnerable a la aparición de dicha manifestación; es importante señalar que en esta región causan molestias intolerables. (Doncel Pérez C 2007).

Desde el punto de vista clínico puede presentarse la enfermedad en tres tipos de variedades: forma menor, forma mayor o herpetiforme, las que se diferencian por las características clínicas de las lesiones y su tamaño. La más común es el afta menor, que no supera los 6 mm de diámetro y pueden aparecer una o varias en diferentes regiones de la boca, simultáneamente. Las aftas mayores con más de 6 mm, generalmente no aparecen más de 2 al mismo tiempo, y por último, la forma herpética (similar a un herpes) que erupciona con muchos punticos. (Castillo Castillo A 2006).

Existen personas que son más susceptibles a padecer aftas, y responden con más facilidad a algunos agentes desencadenantes. Esto puede estar ocasionado por traumatismos locales, inyecciones bucales, químicos irritantes, instrumentos rotatorios y manuales, el cepillo dental, mordedura de carrillo, labios y lengua. Su presencia está influenciada por diversos factores, tales como hormonales, genéticos, situacionales (estrés), infecciosos y también relacionados con el tabaquismo. Se muestran los resultados de los pacientes con estomatitis aftosa recurrente según factor local y general. (Tabla 3), (Tabla 4).

Tabla 3. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según factor local.

Factores locales	Femenino		Masculino		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Trauma	26	60.4	18	66.6	44	62.8		
Bordes dentarios filosos			9	20.9	6	22.2	15	21.4
Aparatología ortodoncia			3	6.9	2	7.4	5	7.1
Alimentos	2	4.6	-	-	2	2.8		
Sepsis bucal	4	9.3	2	7.4	6	8.5		

Pudo observarse un predominio del factor local trauma en 44 pacientes (62,8 %) prevaleciendo en sexo femenino (60.4 %), seguido de bordes dentarios filosos en 21,4 % de los afectados (tabla 3).

El trauma actuaría como un factor precipitante provocando la aparición de úlceras en pacientes con estomatitis aftosa recidivante. Los traumas más comunes son el trauma por el cepillado, alimentos duros, anestesia superficial brusca, dientes, aparatos y mordeduras.

Se ha dedicado una considerable atención en las investigaciones para aclarar las causas de la EAR, sin embargo, hasta el momento, no se ha descubierto su principal etiología. Posiblemente se deba a afecciones locales y sistémicas, factores genéticos, inmunológicos e infecciones microbianas. (Salinas M, Yuni J, 2008).

Otra de las causas que inciden en la aparición de la enfermedad es la ingestión de alimentos, medicamentos y productos químicos. Las alteraciones gastrointestinales e infecciones del intestino delgado, que si bien con frecuencia es sintomática, puede estar asociada con una gran variedad de síntomas, entre los cuales figuran: diarreas crónicas, cólicos abdominales, timpanismo, frecuente eliminación de heces líquidas, mala absorción de grasas y vitaminas, así como aumento de la salivación. (Shakeri R 2009).

Atendiendo a lo planteado anteriormente, se considera la EAR una enfermedad multifactorial, o sea, desencadenada por múltiples factores precipitantes, que unidos con un trastorno de la inmunorregulación de la mucosa bucal, favorecen la aparición de las aftas bucales, que según su intensidad y persistencia se convierten en lesiones recurrentes. No obstante, la patogenia de la EAR

aún es desconocida. Diversas hipótesis tratan de explicar la génesis de las úlceras, que son el signo patognomónico de la entidad. . (Pacho Saavedra, 2005).

Tabla 4. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente según factores generales.

	Femenino		Masculino		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Factores generales								
Alteraciones hematológicas	2	4.6	-	-	2	2.8		
Alteraciones gastrointestinales			11	25.5	2	7.4	13	18.5
Antecedentes hormonales		10	23.2	11	40.7	21	30.0	
Alteraciones Psicósomáticas	29	67.4	2	7.4	31	44.2		
Alteraciones inmunológicas	3	6.9	2	7.4	5	7.1		
Enfermedades endocrino		18	66.6	6	13.9	24	34.2	
Metabólicas	5	11.6	3	11.1	8	11.4		
Hereditarias	3	6.9	1	3.7	4	5.7		

En cuanto a los factores generales (tabla 4) se halló que el mayor número de pacientes presentó alteraciones psicósomáticas (44.2 %), de ellos 67,4 % eran del sexo femenino y 7.4 % del masculino le siguieron las enfermedades endocrino con 34.2 % del total de pacientes predominando el sexo femenino 66.6 %.

La aparición de un episodio de aftas ha sido comúnmente asociada con la tensión emocional. Sugiriendo que el estrés y su posible efecto sobre el sistema inmune sea una causa de la aparición de aftas. Determinados estudios han tenido como objetivo la medida de los niveles de cortisol en saliva y suero en pacientes afectados con estomatitis aftosa recidivante, observando que estos tenían de forma estadísticamente significativa mayores concentraciones de cortisol y niveles de ansiedad que los controles. (Rioboo Crespo M, 2011).

En etapas premenstruales se ha descrito una mayor frecuencia de aparición de las aftas y, en cambio, una disminución en los primeros meses de embarazo. Algunos autores sugieren que en algunos pacientes éstas disminuyen durante el tratamiento con contraceptivos orales o durante el embarazo. Otros no encuentran asociación alguna entre la aparición de aftas y la menstruación, embarazo o menopausia. (Ferguson MM 1978), (McCartan BE, 1992).

Se concluye que la aparición de aftas orales es una alteración frecuente cuya etiopatogenia es desconocida. No existen pruebas de diagnóstico por lo que éste se realiza mediante la clínica. En la serie estudiada existió un predominio del sexo femenino en todos los grupos etarios, el trauma y las alteraciones psicosomáticas como los factores local y general, respectivamente. Asimismo, el grupo etario más afectado fue el de 28-38 años, el carrillo fue la estructura que presentó más lesiones.

Results and Discussion

Table. 1 Patients with recurrent aphthous stomatitis according to age and sex.

Age Groups	Feminine		Masculine		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
17-27	13	30.2	9	33.3	22	31.4
28-38	15	34.8	11	40.7	26	37.1
39-49	9	20.9	4	14.8	13	18.5
50-55	4	9.3	3	11.1	7	10.0
55 and more	2	4.6	-	-	2	2.8
Total	43	61.4	27	38.5	70	100

In the series (Table 1), female sex predominated with 61.4% with a proportion of 6.2 women for every man.

In this regard, in the series the most affected age group was 28-38 (37.1%), followed by 17-27, which could be related to the state of immunosuppression, stress (caused by exams, divorce, etc.); allergic diseases, digestive and endocrine disorders, to which they are subject the feminine gender.

It clearly shows that female sex is most affected by this disease, which is attributable, in as many cases, to hormonal changes, (Lopez Ilisástigui A 2009). Epidemiologically it arises that there is a slight predominance in females, although many authors note that there are no significant differences between one group and another. (Fred Saavedra, 2005) .For example, have been observed aphthae parallel courses during the menstrual cycle and menopause (produced by increasing progesterone and estrogen decline), that reduce the keratinization of the mucosa and increase capillary fragility.

These results match with research conducted in a stomatological consult of polyclinic "Carlos J. Finlay" Municipality Songo-La Maya of Santiago de Cuba. Cuba and Maxillofacial Surgery at Children's Hospital "William Soler .Habana. Cuba, where female sex predominated. (Castelnaux M. Martinez 2013), (Pérez Borrego, Amparo, 2002).

The buccal mucosa represents a place easily accessible to infectious agents, hence in most of the diseases of the oral mucosa exist one about infection by microorganisms. (Pacho Saavedra, 2005).

Moreover, pain is a universally recognized symptom and is the most frequent reason why patients attend to the consultation daily; this occurs constantly, it is accentuated with food intake and causes malaise, difficulty in chewing, phonation and swallowing. The SAR, once treated as a dental emergency, tends to disappear and decreases its major symptom that is precisely the pain. (Castelnaux Martinez. M 2013).

By analyzing the signs and symptoms found on 100.0% of the cases examined was present pain, followed by the burning sensation (70.0%) and only 28 (46.7%) reported feeling burning.

Table 2. Patients with recurrent aphthous stomatitis according to its location.

Lesion Location	N°	%
Cheek	39	55.7
Lip	11	15.7
Sulcus	8	11.4
Tongue	6	8.5
Floor of the mouth	4	5.7
Palate	4	5.7

Tonsillar pilars 1 1.4

Note in Table 2 that 55.7% of patients had conditions on the cheek followed by 15.7% who had it on the lip.

In the casuistry prevailed in patients with two lesions (60.0%), followed by those presented 1 (36.7%), and only 2 affected with 3 lesions (3.3%).

The obtained results coincide with those of other authors that this affectation had a greater impact on cheek and lip, which may be conditioned by the large number of nerve endings, the characteristics of the epithelium, which is a highly vascular area, which makes it more vulnerable to the appearance of the demonstration; is important to note that in this region cause intolerable discomfort. (Doncel Pérez C 2007).

From a clinical point of view this disease can occur in three types of varieties: minor form, major form or herpetiformis, which are differentiated by the clinical characteristics of lesions and size. The most common is the minor canker sore, not exceeding 6 mm in diameter and may appear one or several in different regions of the mouth, simultaneously. Major canker sore with more than 6 mm, generally no more than 2 appear simultaneously, and finally, the herpetic form (similar to a herpes) that erupts with many little points. . (Castillo Castillo 2006)

There are people who are more susceptible to canker, and respond more easily to some triggers. This may be caused by local trauma, oral injections, chemical irritants, rotary and hand instruments, toothbrush, bite cheek, lips and tongue. Their presence is influenced by various factors such as hormonal, genetic, situational (stress), infectious and also related to smoking.

It shown the results of patients with recurrent aphthous stomatitis according local and general factor. (Table 3), (Table 4).

Table 3. Patients with recurrent aphthous stomatitis according to local factor.

	Femenine		Masculine		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trauma	26	60.4	18	66.6	44	62.8
Sharp tooth edges	9	20.9	6	22.2	15	21.4

Orthodontic appliances	3	6.9	2	7.4	5	7.1
Food	2	4.6	-	-	2	2.8
Oral sepsis	4	9.3	2	7.4	6	8.5

It was observed a predominance of local factor trauma in 44 patients (62.8%) prevalent in females (60.4%), followed by sharp tooth edges in 21.4% of patients (Table 3).

The trauma act as a precipitating factor causing ulcers in patients with recurrent aphthous stomatitis. The most common traumas are the ones from brushing, hard foods, rough surface anesthesia, teeth, appliances and bites.

It has dedicated a considerable attention in the investigations to clarify the causes of the SAR, however, so far, it has not found its main etiology. Possibly due to local and systemic conditions, genetic, immunological and microbial infections. (Salinas M, Yuni J, 2008).

Another cause affecting the appearance of the disease is the ingestion of food, drugs and chemicals. Gastrointestinal disorders and infections of the small intestine, although it is often symptomatic, may be associated with a variety of symptoms, which include: chronic diarrhea, abdominal cramps, tempanismo, frequent removal of liquid stool, malabsorption of fat and vitamins, as well as increased salivation. (Shakeri R 2009).

In response to the points made above, it is considered the SAR a multifactorial disease, that is, triggered by multiple precipitating factors, which together with a disorder of immunoregulation of the oral mucosa, favor the appearance of canker sores, which depending on its intensity and persistence become recurrent lesions. However, the pathogenesis of the SAR is still unknown. Several hypotheses try to explain the genesis of ulcers, which are pathognomonic sign of the entity. (Pacho Saavedra, 2005).

Table 4. Patients with recurrent aphthous stomatitis according to general factors.

	Femenine		Masculine		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
General factors						
Hematological disorders	2	4.6	-	-	2	2.8
Gastrointestinal disorders	11	25.5	2	7.4	13	18.5

Hormonal background	10	23.2	11	40.7	21	30.0
Psychosomatic disorders	29	67.4	2	7.4	31	44.2
Immunological disorders	3	6.9	2	7.4	5	7.1
Endocrin diseases	18	66.6	6	13.9	24	34.2
Metabolic	5	11.6	3	11.1	8	11.4
Inherited	3	6.9	1	3.7	4	5.7

As for the general factors (Table 4) was found that the highest number of patients had psychosomatic disorders (44.2%), of which 67.4% were female and 7.4% male followed the endocrine diseases with 34.2% of a total predominantly female patients 66.6%.

The appearance of an episode of canker sores has been commonly associated with emotional stress. Suggesting that stress and its possible effect on the immune system is a cause of canker sores. Certain studies have targeted measure cortisol levels in saliva and serum in patients with recurrent aphthous stomatitis, noting that these had statistically significantly higher concentrations of cortisol and anxiety levels than controls. (Rioboo Crespo M, 2011).

In premenstrual stages it described more frequent appearance of canker sores and, instead, a decrease in early pregnancy. Some authors suggest that in some patients they decrease during treatment with oral contraceptives or during pregnancy .Other not find any association between the occurrence of canker sores and menstruation, pregnancy or menopause. (Ferguson 1978 MM), (McCartan BE, 1992).

In conclusion that the occurrence of oral thrush is a common condition, whose etiology is unknown. There are no diagnostic tests so this is done by the clinic. In the series he studied there was a predominance of females in all age groups, trauma and psychosomatic disorders such as local and general factors respectively. In addition, the most affected age group was 28-38 years; cheek structure presented more damages.

Referencias Bibliográficas

BONET R , GARROTE A. 2011. Estomatitis aftosa recidivante. Tratamiento. [sitio web] [consulta 21 Septiembre 2016]. Disponible

en:http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=13&idContenido=13191138&idCategoria=1

CASTILLO CASTILLO A, PÉREZ BORREGO A, GUNTIÑAS ZAMORA MV. 2006 Uso del inmunoferrón en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente en niños. Rev Cubana Estomatol. ; 43 (3). ISSN 1561-297X Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est05306.htm

CASTELNAUX MARTÍNEZ M et al . 2013. Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales. Revista Medisan .17, (9). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_9_13/sansu%2017%289%29.html

DONCEL PEREZ C et al . 2009. Comportamiento epidemiológico de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", 2007. Rev Cub Med Mil.;38(2). ISSN 1561-3046 Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000200004&lng=es

FERGUSON MM, et al. Progesteron therapy for menstrually related aphthae. Int J Oral Surg 1978;7(5):463-70

GÁNDARA REY JM, GÁNDARA VILA P, SOMOZA MARTÍN M. 2000. Lesiones ulcerosas: Aftas y Aftosis. En: Cevallos A, Bullón P; Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, García A. Medicina Bucal Práctica. ASOPROGAIIO. Santiago de Compostela. : 189-203.

GONZÁLEZ Z. 2002. Diagnóstico y Tratamiento de las Distintas Formas Clínicas de la Aftosis Recurrente. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). [sitio web] [consulta 21 Septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmedweb721.htm>

LÓPEZ ILISÁSTIGUI A, ILISÁSTIGUI ORTUETA ZT, PÉREZ BORREGO A. 2009. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez. Municipio 10 de Octubre. Rev haban cienc méd.;8(4). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400013

MARCELA MEJÍA GONZÁLEZ A, LOMELÍ BUYOLI G. 2012. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica México . Dirección general de epidemiología [sitio web] [consulta 21 Septiembre 2016]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_Pat_Bucales_vFinal.pdf

MCCARTAN BE, Sullivan A. The association of menstrual cycle, pregnancy, menopause with recurrent oral aphthous stomatitis: a review and critique. *Obstet Gynecol* 1992;80(3 Pt 1): 455-8

PACHO SAAVEDRA, José A. y PINOL JIMENEZ, Felipe N. 2005 Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. *Rev Cubana Estomatol* ., 42, (1), pp. 0-0 . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-297X.

PEREZ BORREGO, A; GUNTINAS ZAMORA, M V y GONZALEZ LABRADA, C. 2002. Estomatitis aftosa recurrente: Determinación de marcadores de inmunidad celular. *Rev Cubana Estomatol* . 39, (2) , pp. 75-88 . ISSN 1561-297X Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200001&lng=es&nrm=iso..

RAMOS DÍAZ M, et al .2005. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. *AMC* ;9(5):10. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/2073.htm>

RIOBOO CRESPO M*, BASCONES MARTÍNEZ. 2011 Aftas de la mucosa oral . *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA* . 27 (2) Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original1.pdf>

Salud bucodental. OMS. 2012. [sitio web] [consulta 21 Septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

SALINAS M, et al . 2008. Estomatitis aftosa recidivante: Conducta odontológica. *Acta odontol. venez* . 46, (2) , pp. 209-218 . ISSN 0001-6365 . Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000200021&lng=es&nrm=iso.

SHAKERI R, et al. 2009. Gluten sensitivity enteropathy in patients with recurrent aphthous stomatitis. BMC Gastroenterology.; 9:44.