



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Tengo una nueva úlcera

Almudena Pérez Martín^{a,*}, Javier Alonso Díaz^b, Juan Cuesta Miyares^b,
José Mario Henríquez Quijano^a, Lourdes Ledesma Santiago^a, Mercedes Hernández González^a

^aCentro de Salud Puerta Nueva. Zamora. ^bHospital Virgen de la Concha. Zamora.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Úlceras orales

Enfermedad de Behçet

Aftosis oral recurrente

Keywords:

Oral ulcers

Behçet's disease

Recurrent oral aphthosis

R E S U M E N

Las aftas o úlceras orales son lesiones en la superficie de la mucosa oral sin afectación del tejido subyacente. Suelen ser dolorosas y autolimitadas, afectando a la calidad de vida, por lo que constituyen un motivo frecuente de consulta en atención primaria. De etiología variable, pueden ser simples (más frecuente) y complejas. El diagnóstico es clínico. En caso de mala evolución o gravedad de inicio se realizan pruebas complementarias, y si tras dos semanas no hay mejoría está indicada la biopsia. El tratamiento se basa en el abordaje etiológico y el tratamiento sintomático.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

I have a new ulcer

A B S T R A C T

Aphthous ulcers or oral ulcers are lesions affecting the surface of the oral mucosa without involvement of the underlying tissue. They are typically painful and self-limited, negatively impacting quality of life, and therefore they represent a common reason for consultation in primary care. Their etiology is variable. They may be classified as simple (more frequent) or complex. Diagnosis is clinical. In cases of poor progression or severe initial presentation, additional diagnostic tests are warranted, and if no improvement is observed after two weeks, biopsy is indicated. Treatment is based on addressing the underlying cause and providing symptomatic management.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aperezmartin1@saludcastillayleon.es (A. Pérez Martín).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.081>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Mujer de 33 años, con antecedente de enfermedad celiaca, que presenta, desde hace años, aftas orales recurrentes, autolimitadas, que últimamente han aumentado su frecuencia, junto a la aparición de una úlcera genital muy dolorosa, odinofagia y fiebre 39 °C. Niega relaciones sexuales de riesgo. No episodios previos. No artralgias, artritis ni mialgias. No alteraciones oftalmológicas. No lesiones cutáneas. En la exploración física, úlcera genital en labio mayor derecho, de 1-2 cm, con fibrina, exudativa, muy dolorosa al contacto. No adenopatías. Analítica normal. Cultivo úlcera *Escherichia coli* positivo, PCR herpes negativo. Ginecología pautó cefditoreno oral y mupirocina tópica. Se deriva a reumatología para descartar enfermedad de Behçet, ampliándose analítica con serología, autoinmunidad, IGRA y prueba patergia negativos. HLA heterodímero DQ2 positivo. Nuevos episodios a pesar de dexametasona tópica y pauta corta de corticoides. Se inicia tratamiento con colchicina, mientras se continúa con el estudio.

Comentario

Las aftas o úlceras orales son un motivo frecuente de consulta en Atención primaria. Se definen como lesiones en la superficie de la mucosa oral sin afectación del tejido subyacente, con forma redonda-ovalada, de tamaño variable, con un exudado central blanco-amarillento. Suelen ser dolorosas y autolimitadas, afectando a la calidad de vida^{1,2,4}.

De etiología variable: infecciosa, reumatológicas, dermatológicas, gastrointestinales, hematológicas, neoplásicas, farmacológicas, deficiencias nutricionales y traumáticas^{1,3,4}.

Se pueden clasificar según el tiempo de evolución: en agudas (< 6 semanas) y crónicas (≥ 6 semanas) y/o según la presentación y gravedad: en simples (más frecuente) y complejas. Las simples presentan de 3-6 episodios anuales con < 3 úlceras, de corta duración y curación espontánea. Las complejas constan de brotes casi continuos con ≥ 3 aftas orales, u orales junto con genitales, de curación insidiosa^{2,3}.

El diagnóstico es clínico, basado en la historia clínica y exploración física^{1,2,4}.

En la historia clínica no podemos olvidar los antecedentes personales (fármacos, hábitos tóxicos: tabaco y alcohol, relaciones sexuales de riesgo, enfermedades sistémicas, problemas odontológicos); antecedentes familiares (episodios de aftas, enfermedades sistémicas); respecto a la lesión (localización y número, tiempo de evolución, episodios previos y otros síntomas acompañantes); síntomas sistémicos (fiebre, disfagia, odinofagia, afectación ocular, síntomas gastrointestinales, clínica miccional, erupción cutánea, artralgias o artritis, pérdida de peso involuntaria); y factores desencadenantes (estrés, alimentos —cítricos—, infecciones previas por VEB o CMV)^{1,2,4}.

En cuanto a la exploración física destaca la importancia de la inspección y la palpación, incluyendo la región perioral, la cavidad oral en la cual se han de objetivar posibles objetos lesivos, las características de la lesión (morfología, tamaño, color, bordes, exudado, sangrado, vesículas), la consistencia, extensión, adherencia y dolor a la palpación; además de explorar otras mucosas, el resto de superficie cutánea y ganglios linfáticos^{1,2,4}.

Respecto a las pruebas complementarias se solicitarán si el episodio cursa con mala evolución o presenta mayor gravedad de inicio: analítica (hemograma completo, perfil férrico, ácido fólico, zinc, magnesio y vitaminas B1, B2, B6 y B12, reactantes fase aguda (RFA), autoinmunidad: anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso, ANA, ENA, FR y AAF, serología: VIH, lues, VHC, VHB, CMV, IGRA) y exudado de la úlcera. La biopsia está indicada si tras dos semanas no hay mejoría^{1,2}.

La presentación y gravedad de las aftas orales, la presencia de úlceras genitales o de síntomas sistémicos permiten orientar el diagnóstico junto a su etiología. De este modo, un episodio único con una úlcera oral solitaria orienta a origen traumático, infeccioso (sífilis, tuberculosis) o neoplásico (carcinoma escamoso); ante un episodio único con múltiples localizaciones orales y precedido por vesículas debemos descartar infecciones víricas (herpangina, estomatitis herpética) o eritema multiforme; episodios recurrentes de aftosis simple, orientan a aftosis oral recurrente (causa más común de úlceras orales, limitadas a la mucosa oral, que suele remitir con la edad, sin asociación a enfermedades sistémicas)¹; y ante una aftosis compleja siempre hay que descartar la enfermedad de Behçet, si se excluye, la causa puede ser primaria o secundaria, siendo la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) la más frecuente, pudiendo ser su primera manifestación^{3,4}.

El diagnóstico diferencial debe contemplar principalmente las lesiones blancas y rojas de la mucosa oral, que incluyen entidades benignas, como la candidiasis pseudomembranosa, así como lesiones benignas con potencial maligno, entre ellas la leucoplasia, la eritroplasia y el liquen plano oral^{1,4}.

El tratamiento incluye por un lado el abordaje etiológico y por otro el tratamiento sintomático, cuyo objetivo es reducir el dolor, acortar la duración de las aftas y prolongar los períodos asintomáticos entre episodios^{1,2}.

Para ello, se implementarán medidas generales, evitando los factores que exacerbaban los episodios y una buena higiene bucal. El control del dolor se realiza inicialmente mediante tratamientos tópicos, entre los que se incluyen antisépticos (clorhexidina al 0,12-0,20 % o en gel al 1 %); bioadhesivos protectores en gel, colutorio o spray; anestésicos locales (lidocaína al 2-5 % asociada a hidróxido de aluminio en partes iguales (fórmula magistral) o benzocaína en gel al 20 %); y corticoides tópicos, entre ellos acetónido de triamcinolona en pasta al 0,05-0,1 % (fórmula magistral), propionato de clobetasol al 0,025-0,05 % (fórmula magistral), dexametasona en solución (0,5 mg/5 ml) o pomada, así como preparados de hidrocortisona. También pueden emplearse ácido hialurónico y diclofenaco al 3 % formulado en gel de ácido hialurónico al 2,5 %. Dentro de las opciones antibióticas tópicas, se incluye el uso de tetraciclina, ya sea mediante una fórmula magistral compuesta por 120 ml de doxiciclina, 2 ml de acetónido de triamcinolona y 10 ml de mepivacaína al 2 %, o mediante clorhidrato de tetraciclina al 2 %. En casos seleccionados puede recurrirse a la cauterización química o con láser¹⁻³.

Estos tratamientos tópicos pueden combinarse con terapias sistémicas. Los corticoides orales constituyen la primera elección, generalmente en pautas cortas. La colchicina representa una alternativa (1-2 mg diarios en pautas prolongadas). En ausencia de respuesta, puede añadirse dapsona (100-150 mg/día). Asimismo, la suplementación con vitamina B12 (1.000 µg diarios durante 6 meses) ha demostrado ser eficaz en la aftosis compleja, sin requerir niveles basales de B12 para su indicación^{1,2}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giovanni Lodi DDS. Estomatitis aftosa recurrente. En: UpToDate. Connor RF, editor.
2. Guía clínica de Estomatitis aftosa recurrente - Fisterra [Internet]. 2023. Disponible en: <https://fisterra.e-publicaciones.saludcastillayleon.es/guias-clinicas/estomatitis-aftosa-recurrente/>
3. Aftas orales. Estomatitis aftosa recidivante - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2020. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/dermatologia/aftas-orales-estomatitis-aftosa-recidivante/>
4. Giovanni Lodi. Lesiones orales. En: UpToDate.