

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRACTICA CLINICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la
ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-508-11

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnostico y Tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente** México: Secretaría de Salud, 2011.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: K12 Estomatitis y lesiones afines
K12.0 Estomatitis Aftosa Recurrente
GPC: Diagnóstico y tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Ma. Del Rocío Rábago Rodríguez	Pediatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	División de Excelencia Clínica/Coordinación Unidades Médicas de Alta Especialidad
--------------------------------	-----------	--------------------------------------	---

Autores :

Dr. Marco Antonio García Huerta	Cirujano Maxilofacial	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio Cirugía Maxilofacial UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
Dra. Irlanda Díaz Cardona	Cirujano Maxilofacial	Instituto Mexicano del Seguro Social	Cirujano Maxilofacial UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes

Validación interna:

Dra. Alejandra Araceli Gutiérrez Blanco	Dermatología/Maestría en investigación clínica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Dermatología Pediátrica de la UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI
Dra. Eva Gutiérrez Martínez	Dermatología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico Adscrito al Servicio de Dermatología del HGR No1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro Sociedad Mexicana de Dermatología, Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.4 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	9
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	10
4.1.1 DIAGNÓSTICO	10
4.1.1.1 CRITERIOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO.....	10
4.1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	16
4.1.3 TRATAMIENTO.....	20
4.1.3.1 MEDIDAS GENERALES Y TRATAMIENTO TÓPICO	20
4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	26
4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS	26
4.2.1.1 REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	26
5. ANEXOS.....	28
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	28
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	31
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	32
5.4 MEDICAMENTOS.....	34
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO	36
6. BIBLIOGRAFÍA.....	37
8. AGRADECIMIENTOS.	39
9. COMITÉ ACADÉMICO.	40
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	41
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	42

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-508-11	
Profesionales de la salud.	Cirujano maxilo facial, dermatólogo, pediatra
Clasificación de la enfermedad.	K12 Estomatitis y lesiones afines, K12.0 Estomatitis Aftosa Recurrente
Categoría de GPC.	Primer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Personal médico en formación, médico general, medico familiar
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes HGR No1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro
Población blanco.	Niños y adultos
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes HGR No1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro
Intervenciones y actividades consideradas.	Evaluación clínica Medidas generales de tratamiento Analgésicos orales Tratamiento tópico: enjuague bucal, solución anestésica oral, esteroide tópico
Impacto esperado en salud.	Diagnóstico temprano Detección oportuna de complicaciones Actualización médica Satisfacción con la atención
Metodología ^a .	Elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, evaluación de la calidad y utilidad de las fuentes, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: responder preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Número de fuentes documentales revisadas: 19 Guías seleccionadas: 0 Revisiones sistemáticas:1 Revisiones clínicas: 17 Consenso de expertos: 1
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI/HGR No1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-508-11

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los criterios clínicos para establecer el diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente?
2. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio que se deben solicitar para realizar el diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente?
3. ¿Con que entidades se debe realizar el diagnóstico diferencial de estomatitis aftosa recurrente?
4. ¿En qué consiste el tratamiento tópico de la estomatitis aftosa recurrente?
5. ¿Cuáles son los criterios de referencia de un paciente con estomatitis aftosa recurrente?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es la patología de la cavidad oral que se presenta con mayor frecuencia en los países desarrollados (Millan, 2010), en dicha entidad aparecen úlceras ovoides o redondas, recurrentes, con un halo eritematoso. Es una de las condiciones inflamatorias ulcerativas y no traumáticas más dolorosas de la mucosa oral que pueden dificultar o incapacitar la alimentación y el habla (Scully 2003, Porter 2005).

Es importante enfatizar que el término de EAR se reserva para las úlceras recurrentes en la boca que se presentan sin que ocurran enfermedades sistémicas subyacentes (Scully, 2006). A las úlceras que aparecen de forma recurrente pero no tienen un inicio en la infancia, ni cumplen con todas las manifestaciones clínicas de EAR y además están asociadas a alteraciones sistémicas, se les deberá dar el término de “úlceras de tipo aftoso” (Scully, 2006).

Los datos sobre la prevalencia de la EAR en la población general varían según la muestra estudiada, entre el 7% y el 66%, con una media en torno al 25%. No aparecen diferencias en la literatura en relación con un predominio en cuanto al sexo. La prevalencia en Europa parece ser menor que en países desarrollados como Canadá o Estados Unidos, similar a la de Asia y mayor que en Sudamérica. Algunos estudios señalan una menor frecuencia entre los individuos de raza negra y entre los árabes, y una mayor frecuencia en la población de clase socioeconómica alta. Entre los niños, la EAR representa también, la lesión ulcerativa oral más común, siendo la edad en la que más frecuentemente aparecen las primeras lesiones entre los 10 y 19 años (Eguia, 2003).

La etiología de la EAR es desconocida, son distintos factores los que predisponen a las lesiones y por ello tampoco se ha definido un tratamiento claro específico ni preventivo (Tilliss 2002, Femiano 2007).

3.2 JUSTIFICACIÓN

La EAR es considerada como una de las patologías más frecuentes de la cavidad oral, por tal motivo es conveniente abordarla, proporcionar recomendaciones que permitan mejorar el control de la enfermedad y que eviten que la población que la padece sufra limitaciones, tanto locales para la alimentación o para la comunicación, como sociales ya que, aunque no son contagiosas ni malignas, por la apariencia de las lesiones se puede obstaculizar el desempeño personal y la interrelación laboral o familiar.

Así mismo, es necesario identificar las lesiones aftosas relacionadas con enfermedad sistémica subyacente, mediante un diagnóstico diferencial que permita realizar una referencia adecuada y oportuna con el especialista que se requiera.

El conocimiento de la entidad repercutirá directamente en el beneficio y bienestar del paciente que padece estomatitis aftosa recurrente.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificar los criterios clínicos para el diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente
2. Mencionar los estudios de laboratorio que se deben solicitar para realizar el diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente
3. Señalar las entidades más frecuentes con las que se debe realizar el diagnóstico diferencial de estomatitis aftosa recurrente
4. Reconocer el tratamiento tópico de la estomatitis aftosa recurrente
5. Establecer los criterios de referencia de un paciente con estomatitis aftosa recurrente

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIÓN

La estomatitis aftosa recurrente es una enfermedad crónica, de carácter inflamatorio, que se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras dolorosas en la mucosa oral, que persisten durante días o semanas y que recidivan tras periodos de remisión variables (Eguía 2003).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

La evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

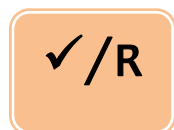
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 DIAGNÓSTICO

4.1.1.1 CRITERIOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El inicio de la estomatitis aftosa recurrente (EAR) usualmente ocurre durante la infancia, con una tendencia de las úlceras a disminuir en frecuencia y severidad con la edad. En cerca del 80% de los pacientes con EAR, la enfermedad se desarrolla antes de los 30 años de edad, el inicio en años posteriores, sugiere la posibilidad de factores predisponentes definibles que ocasionan EAR o que las ulceraciones no son simplemente una EAR, sino que forman parte de un desorden sistémico.	III [E: Shekelle] Scully, 2003
E Hay úlceras que se asemejan a la estomatitis aftosa recurrente en su reincidencia y apariencia clínica, estas lesiones pueden encontrarse asociadas con enfermedades sistémicas. Si las úlceras no tienen las características clínicas típicas o no se presentan desde la infancia, deberán denominarse "úlceras de tipo aftoso".	III [E: Shekelle] Scully, 2006 III [E: Shekelle] Acosta, 2007
E El termino EAR debe reservarse para las úlceras recurrentes, confinadas a la cavidad oral y que se presentan en ausencia de enfermedad sistémica.	III [E: Shekelle] Scully, 2006
R Para establecer el diagnóstico de EAR se debe cumplir con los siguientes criterios: 1. Inicio de la sintomatología desde la infancia 2. Ausencia de enfermedades sistémicas asociadas	C [E: Shekelle] Scully, 2003 C [E: Shekelle] Scully, 2006 C [E: Shekelle] Acosta, 2007



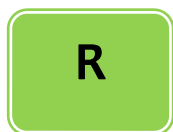
Un pródromo de sensación de quemadura o dolor durante 24 a 48hrs. puede preceder la aparición de las úlceras. La exploración de la cavidad oral permite determinar el tamaño, el número y la distribución de las lesiones de la EAR.

III
[E: Shekelle]
Scully, 2003



Las aftas, a excepción de las de mayor tamaño, desaparecen en 7 a 14 días con o sin tratamiento, pero tras un periodo de latencia muy variable aparecen nuevas lesiones.

III
[E: Shekelle]
Eguía, 2003



Considerar el diagnóstico de EAR ante la presencia de úlceras orales recurrentes con las siguientes características:

- Pródromo de sensación de quemadura o dolor de 24 a 48hrs.
- Dolorosas
- Aparición aguda
- Claramente definidas
- Superficiales
- Redondas u ovales con un centro necrótico poco profundo
- Cubiertas por una pseudomembrana blanco/amarilla
- Rodeadas en los márgenes por un halo eritematoso
- Localizadas con mayor frecuencia en la mucosa yugal, suelo de la boca, mucosa labial, superficie ventral de la lengua, paladar blando o fondos de vestíbulo

C
[E: Shekelle]
Scully, 2006
C
[E: Shekelle]
Eguía, 2003



La gravedad de los síntomas, la duración de la curación y la frecuencia de las recurrencias permiten reconocer tres formas de presentación clínica de EAR que incluyen úlceras menores, mayores y herpetiformes.

III
[E: Shekelle]
Millan, 2010



Las úlceras menores representan la variedad mas común de EAR, se presentan en el 80% a 85% de los casos. Miden de 3-10mm, se encuentran en mucosa oral móvil y no queratinizada (carrillos, labios, piso de boca, superficie ventral y lateral de la lengua). El periodo prodrómico es variable, pero comienzan comúnmente con una picazón o sensación de quemazón antes de que aparezcan las úlceras. Pueden confluir, remiten entre 10 y 14 días, sin dejar cicatriz.

III
[E: Shekelle]
Femiano, 2007

E

Las úlceras aftosas mayores representan cerca del 10% de los casos de EAR. Tienen un tamaño mayor de 10 mm y sus bordes no son tan definidos, son más profundas y tardan en resolverse más tiempo que las lesiones menores (semanas o meses) y a menudo forman cicatriz. Estas lesiones tienen predilección por la parte posterior de la boca, principalmente en paladar blando, faringe y tonsilas, causan dolor intenso asociado con fiebre, disfagia y malestar general.

III
[E: Shekelle]

Femiano, 2007

E

Las úlceras herpetiformes representan cerca del 10% de los casos y son la forma menos común de presentación de EAR. Esta variedad se caracteriza por la presencia de pequeñas colecciones de 10 o más (pueden presentarse hasta cientos al mismo tiempo) úlceras pequeñas de 2-3 mm de diámetro que pueden confluir y formar úlceras irregulares más grandes. Como sucede con otras úlceras de tipo herpetiforme ocurren habitualmente en la mucosa móvil.

III
[E: Shekelle]

Femiano, 2007

Es recomendable clasificar la forma de presentación clínica de la EAR en:

R

1. EAR menor: úlceras de 5 a 10 mm de diámetro, 10 a 14 días de duración y resolución sin dejar cicatriz.
2. EAR mayor: úlceras mayores a 10 mm de diámetro, más de 2 semanas de duración y formación de cicatriz.
3. EAR herpetiforme: úlceras menores de 5mm de diámetro, 10 a 14 días de duración y resolución sin dejar cicatriz.

C
[E: Shekelle]

Femiano, 2007

C
[E: Shekelle]

Millan, 2010

E

La EAR clásicamente es una condición localizada que representa una enfermedad relativamente simple, aunque algunos pacientes pueden predisponerse a la aparición de los síntomas ante ciertos factores.

III
[E: Shekelle]

Scully, 2003

E

Aunque la etiopatogenia exacta de la EAR no se conoce se postula un trastorno multifactorial influido por varios factores predisponentes que desembocaría en una vía final de inflamación local. Diversos gatillos (infecciones, traumas, etc.) provocarían un daño en las células epiteliales de la mucosa oral a través de una reacción inmunológica anormal

III
[E: Shekelle]

Millan, 2010



Desde hace tiempo se conoce que la EAR muestra un cierto componente familiar. Las posibilidades de padecer EAR son mayores cuando uno de los progenitores también la padece, y más aún cuando la padecen ambos. Junto a ello, también se ha detectado una gran correlación en la presencia de EAR en gemelos homocigóticos.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



Es controvertido el papel que determinados virus pueden jugar en la génesis de la EAR. Algunos estudios han relacionado las recurrencia de la EAR con la reactivación del virus herpes varicela-zoster y citomegalovirus. Sin embargo, no se ha podido aislar material genético de los virus herpes simple, herpes varicela zoster, Epstein-Barr o citomegalovirus en las lesiones aftosas.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



También se ha postulado la relación de determinadas bacterias con EAR mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa. Birek y colaboradores demostraron la presencia de *Helicobacter pylori* en las aftas del 71.8 % de los pacientes, sin embargo, otros estudios posteriores no han podido demostrar la relación.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



Se considera que en algunos pacientes, determinados alimentos o algunos aditivos que contienen pueden desencadenar la aparición de lesiones de EAR, como es el caso del Kiwi, fresas, queso de vaca, mariscos, nueces, chocolate, tomates, cereales y numerosos colorantes y conservadores. Sin embargo, dietas estrictas no han demostrado eficacia en evitar la aparición de las lesiones en todos los pacientes.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



Clásicamente se suponía la existencia de una asociación entre los niveles de hormonas femeninas y la aparición de lesiones aftosas. No obstante, algunos autores que realizaron una amplia revisión crítica de este aspecto, no pudieron demostrar relación alguna entre el ciclo menstrual, la menopausia o el embarazo y la EAR.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003

E

Muchas patologías orales presentan un componente psicosomático de gran importancia. En el caso de la EAR, se ha señalado que el estrés o la ansiedad, pueden actuar como factores precipitantes de la aparición de las lesiones. Su mecanismo de acción podría estar relacionado con un aumento de los niveles de cortisol durante los periodos estresantes.

III

[E: Shekelle]

*Eguia, 2003***E**

El trauma oral, incluido el microtrauma, es el factor precipitante más importante en esta enfermedad. Se ha demostrado que traumatismos leves o mínimos, producidos durante la masticación, el cepillado de los dientes, al introducir objetos en la boca, morderse las uñas, etc., van a desencadenar la aparición de lesiones aftosas en pacientes con EAR y no en pacientes control.

III

[E: Shekelle]

*Eguia, 2003***E**

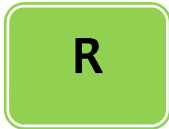
Numerosos trabajos, han tratado de comprobar si determinados detergentes presentes en las pastas dentales, como el lauril sulfato sódico, pueden facilitar la aparición de las lesiones aftosas. Se considera que el lauril sulfato sódico y los detergentes podrían desnaturalizar la capa de mucina superficial de la mucosa oral, reduciendo así la protección frente a fenómenos traumáticos e irritativos. No obstante, los resultados de los diferentes trabajos realizados son contradictorios.

III

[E: Shekelle]

Eguia, 2003

La aparición de las lesiones ante factores predisponentes apoya el diagnóstico de EAR, por lo que se recomienda investigar:



- Historia familiar de EAR
- Antecedente de enfermedades infecciosas virales o bacterianas en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas
- Antecedente de infección por virus del herpes y varicela zoster
- Relación de la aparición de las lesiones con la ingestión de algún alimento o medicamento
- Relación de la aparición de las lesiones con el ciclo menstrual, menopausia o embarazo
- Antecedente de episodios de estrés o ansiedad
- Antecedente de lesión de la cavidad oral (mordeduras de carrillo, trauma durante el aseo dental)
- Relación con cambio de pasta dental o enjuague bucal

C
[E: Shekelle]
Eguia, 2003
C
[E: Shekelle]
Millan, 2010
C
[E: Shekelle]
Scully, 2003



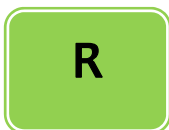
Si los resultados de la historia clínica y el examen físico son característicos de EAR, los estudios de laboratorio son inefectivos para identificar la enfermedad. No existen estudios de laboratorio útiles que garanticen la identificación de la EAR.

III
[E: Shekelle]
Scully, 2006



No existen pruebas de laboratorio específicas para diagnosticar la enfermedad, por lo tanto, un buen examen clínico y un detallado interrogatorio son suficientes para establecer un adecuado diagnóstico positivo y diferencial. El análisis histopatológico revela únicamente alteraciones inespecíficas y los cultivos microbiológicos o virológicos sólo sirven para excluir otros trastornos.

III
[E: Shekelle]
Pérez, 2008



No se recomienda realizar estudios paraclínicos para confirmar el diagnóstico de EAR. En caso necesario, se llevaran a cabo, aquellos que se requieran en el contexto del diagnóstico diferencial.

C
[E: Shekelle]
Scully, 2006
C
[E: Shekelle]
Pérez, 2008

4.1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El diagnóstico de EAR se basa principalmente en 2 hallazgos: a) historia de úlceras recurrentes desde la infancia y b) lesiones típicas en ausencia de enfermedades sistémicas.	III [E: Shekelle] <i>Scully, 2006</i>
R Es indispensable realizar una historia clínica cuidadosa para descartar cualquier enfermedad sistémica asociada a lesiones aftosas, especialmente cuando las úlceras iniciaron en la adolescencia o afectan otros sitios además de la mucosa oral.	C [E: Shekelle] <i>Scully, 2006</i>
E La causa viral mas común que propicia la aparición de úlceras es el virus herpes simple tipo I. Los individuos afectados pueden tener úlceras extensas, pequeñas y superficiales de la mucosa oral. La mucosa gingival frecuentemente se edematiza y ulcera, originando datos parecidos a la gingivitis ulcerativa necrosante aguda.	III [E: Shekelle] <i>Leão, 2007</i>
E La entidad con la cual se confunde con mayor facilidad la EAR es la infección por herpes, el establecimiento de un diagnóstico preciso es crítico debido a que las recomendaciones de tratamiento son muy diferentes para una u otra entidad.	III [E: Shekelle] <i>Tilliss, 2002</i> III [E: Shekelle] <i>Eguia, 2003</i>
E Dada la similitud de las lesiones de la EAR con la fase no vesicular de la gingivostomatitis por herpes simple, a veces resulta difícil diferenciarlas, la ausencia de sialorrea, foetor ex ore y fiebre en la aftosis herpetiforme ayudarán a realizar diagnóstico.	III [E: Shekelle] <i>Morales, 2001</i>



Las úlceras causadas por el virus herpes simple tipo 1 se ubican en la mucosa queratinizada o parcialmente queratinizada (comisura labial, paladar duro, mucosa gingival peridental), tienden a recurrir en el mismo sitio y pueden ser precipitadas por factores como estrés y trauma, al igual que las de la EAR.

III
[E: Shekelle]
Toche, 2007



Las úlceras herpetiformes se presentan como multipiles lesiones papulo-vesiculares agrupadas, con diametro menor a 3mm que pueden coalescer. Su nombre se debe a su aspecto semiologico, sin estar relacionadas con una etiología viral . El tipo herpetiforme, ocurre usualmente sobre la mucosa movil (labios, carrillos, lengua, piso de boca y paladar blando) y no sobre la mucosa adherida (paladar duro y encia adherida) como en una infección verdadera de herpes.

III
[E: Shekelle]
Femiano, 2007



Se recomienda observar las características diferenciales entre las lesiones producidas por el virus herpes simple tipo 1 (vesículas puntiformes) y las de la EAR herpetiforme (úlceras con halo eritematoso y fondo) (ver anexo 5.3, tabla 1).

C
[E: Shekelle]
Leão, 2007

C
[E: Shekelle]
Tilliss, 2002

C
[E: Shekelle]
Eguia, 2003

C
[E: Shekelle]
Morales, 2001

C
[E: Shekelle]
Toche, 2007

C
[E: Shekelle]
Femiano, 2007



En la evaluación de un paciente con probable EAR debe incluirse la investigación dirigida acerca de la presencia de factores de riesgo o síntomas de infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

III
[E: Shekelle]
Acosta, 2003

E

Un estudio descriptivo señaló que la aparición de lesiones en la EAR, especialmente úlceras mayores, estaba directamente relacionada con el estado inmunológico del paciente infectado por virus de la inmunodeficiencia humana. Estos pacientes frecuentemente presentan déficit nutricional y empeoramiento de la calidad de vida.

III

[E: Shekelle]

Dieb, 2005

E

La presencia de ulceraciones genitales debe suscitar la sospecha de síndrome de Bechet o la posibilidad de condiciones relacionadas, no obstante, es raro que en los pacientes que presentan aparentemente EAR subsecuentemente se les detecte síndrome de Bechet. El dolor articular, edema o uretritis sugieren la posibilidad de síndrome de artritis reactiva (formalmente conocida como síndrome de Reiter) la cual es una condición asociada.

III

[E: Shekelle]

Scully 2006

E

Las enfermedades bulosas (pénfigo y penfigoide) pueden acompañarse de EAR. El diagnóstico puede resultar difícil en aquellos casos sin lesiones cutáneas y en los que se visualiza la úlcera una vez que la bula mucosa se ha roto.

III

[E: Shekelle]

Toche, 2007

E

Algunas enfermedades dermatológicas como el liquen plano, eritema multiforme y el penfigoide mucoso membranoso, pueden afectar la mucosa oral sin ningún compromiso extra oral, pero también pueden estar asociados con afección cutánea y extra oral. Es posible que se dificulte la distinción de las lesiones intraorales debido a que todas pueden causar erosiones amplias, ampollas y engrosamiento gingival completo (gingivitis descamativa).

III

[E: Shekelle]

Paleri, 2010

E

En la anemia de Fanconi, enfermedad autosómica recesiva caracterizada clínicamente por anemia aplásica, malformaciones congénitas renales, cardíacas, esqueléticas y en la piel, también se pueden observar úlceras aftosas.

III

[E: Shekelle]

Acosta, 2003

E

Los desórdenes hematológicos pueden ocasionar un incremento de las úlceras orales, en general se presentan como consecuencia de deficiencias hemáticas, procesos mieloproliferativos, neutropenia o en asociación con infecciones oportunistas.

III

[E: Shekelle]

Porter, 2005

E

Algunas personas con enfermedad celiaca no se manifiestan como el clásico síndrome de malabsorción intestinal lo cual con frecuencia retarda el diagnóstico. La EAR puede ser la única manifestación de enfermedad celiaca, cuando se está ante esta entidad, se debe interrogar dirigidamente sobre la presencia de otros síntomas asociados e historia familiar de enfermedad celiaca.

III

[E: Shekelle]

Rashid, 2011

E

La colitis ulcerativa puede originar a nivel oral úlceras aftosas o múltiples pústulas denominadas pio estomatitis vegetante. Las lesiones pueden encontrarse tanto en el vestíbulo anterior superior, como en el inferior al igual que en el paladar suave y paladar duro posterior.

III

[E: Shekelle]

Porter, 2005

E

Los individuos que toman medicamentos por largos períodos de tiempo son propensos a inmunosupresión. Los efectos secundarios en la cavidad oral están bien definidos tanto con ciclosporina como con otros agentes antimicrobianos, por ejemplo el tacrolimus. La aparición de úlceras orales puede resultar de la toxicidad de los antimicrobianos.

III

[E: Shekelle]

Acosta, 2007

E

Un gran número de medicamentos pueden originar úlceras de la mucosa oral, el mecanismo mediante el cual causan úlceras incluye neutropenia y anemia inducida por drogas, enfermedades liquenoides, pénfigo, enfermedad lúpica y dermatosis por IgA

III

[E: Shekelle]

Porter, 2005



El diagnóstico diferencial de la EAR aglutina a todas aquellas afecciones sistémicas, en las cuales se presenten úlceras como signo acompañante, ellas incluyen:

- Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana
- Enfermedades reumatológicas: enfermedad de Behcet, enfermedad de Reiter
- Enfermedades dermatológicas: liquen plano, eritema multiforme, pénfigo, penfigoide mucoso membranoso
- Enfermedades hematológicas: neutropenias cíclicas, anemia de Fanconi, procesos mieloproliferativos
- Enfermedades gastrointestinales: enfermedad celíaca, colitis ulcerativa
- Ingestión de medicamentos

(ver anexo 5.3, tabla 2)

C
[E: Shekelle]
Acosta, 2003
C
[E: Shekelle]
Dieb, 2005
C
[E: Shekelle]
Scully 2006
C
[E: Shekelle]
Toche, 2007
C
[E: Shekelle]
Paleri, 2010
C
[E: Shekelle]
Rashid, 2011
C
[E: Shekelle]
Porter, 2005

4.1.3 TRATAMIENTO

4.1.3.1 MEDIDAS GENERALES Y TRATAMIENTO TÓPICO



Como sucede con casi todas las enfermedades en las que se desconoce la etiología exacta, los tratamientos de la EAR han sido múltiples y muy variados. No se dispone hasta el momento de una droga específica que cure el padecimiento. En los ensayos más exitosos lo que más se ha logrado ha sido acortar el periodo de estado y alargar el periodo de remisión. A veces, inclusive, como se requieren varios días de tratamiento para atenuar los síntomas, existe la duda de si la mejoría obedece al efecto del fármaco o a la evolución natural de la enfermedad.

III
[E: Shekelle]
Pérez, 2008

Como medidas generales del tratamiento de la EAR se recomienda:



- Eliminar los posibles factores desencadenantes
- Explicar la evolución natural de la enfermedad (resolución espontánea en 2-4 semanas)
- Informar que el tratamiento es principalmente sintomático
- Orientar el manejo de acuerdo a la respuesta a tratamientos previos
- Mantener correcta higiene bucal utilizando un cepillo suave para dientes y lengua
- Seguir una dieta blanda, fría o templada, masticar bien los alimentos y evitar las mordeduras
- Evitar alimentos muy condimentados, picantes, de consistencia cortante, jugos ácidos de frutas y bebidas carbonatadas
- Evitar, si es posible, el estrés

III
[E: Shekelle]
Millan, 2010

Los pacientes con EAR y ulceraciones severas deben ser informados sobre los siguientes aspectos:



- Pueden necesitar varios ensayos terapéuticos antes de encontrar alguno que funcione para su caso en particular
- Los tratamientos no son completamente efectivos y es posible que sólo reduzcan el dolor, el número de aftas o la frecuencia de su aparición

C
[E: Shekelle]
Pérez, 2008



El tratamiento de la EAR depende del número de lesiones, tamaño, duración y particularmente de la frecuencia de las recurrencias. La elección de la modalidad específica de tratamiento, debe basarse en las necesidades del paciente y poner en la balanza los posibles efectos colaterales de las drogas contra sus beneficios.

III
[E: Shekelle]
Femiano 2007



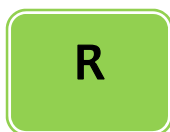
Los objetivos en el manejo de la EAR reflejan que se trata generalmente de un problema leve o moderado y autolimitado, actualmente no hay un tratamiento ampliamente reconocido por ser curativo. Los tratamientos que reducen el dolor durante los ataques o aquellos que disminuyen el número y tamaño de las lesiones, promueven la resolución de la ulceración existente, la frecuencia de la recurrencia de los ataques con mínimos efectos adversos se consideran satisfactorios.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



El tratamiento de elección debe guiarse por la severidad de la enfermedad (la magnitud del dolor), la frecuencia de las ulceraciones y los potenciales efectos adversos de los medicamentos. En ausencia de un factor desencadenante definido, el tratamiento debe dirigirse primariamente a aliviar el dolor y reducir la inflamación.

III
[E: Shekelle]
Scully, 2006



Para control del dolor o inflamación se recomienda el uso cualquiera de los siguientes medicamentos:

1. Ácido acetil salicílico
 - Adultos: 250-500 mg cada 4 horas
 - Niños: 30-65 mg/kg / día
2. Paracetamol
 - Adultos: 250-500 mg cada 4 ó 6 horas
 - Niños: 10 a 15 mg/kg cada 4 ó 6 horas

C
[E: Shekelle]
Femiano 2007
C
[E: Shekelle]
Eguia, 2003
C
[E: Shekelle]
Scully, 2006



Ensayos controlados aleatorizado soportan el uso de algunos tratamientos tópicos que aceleran la curación y reducen el dolor. Estas terapias son utilizadas principalmente para las aftas que recurren más de una vez al mes y para cualquier úlcera que sea molesta. Sin embargo, mucha de la evidencia para el soporte de las intervenciones procede de ensayos pequeños e incompletos y la eficacia de las intervenciones son generalmente modestas.

III
[E: Shekelle]
Scully, 2006



El tratamiento inicial de la EAR incluye el uso tópico de diversas sustancias para un alivio temporal del dolor y para prevenir una infección secundaria.

III
[E: Shekelle]
Millan, 2010

R

Se recomienda utilizar tratamiento tópico en caso de que las úlceras produzcan molestias intensas o si se presentan con períodos intercurrentes breves.

C

[E: Shekelle]

Millan, 2010

E

Los enjuagues bucales antimicrobianos pueden en un momento dado beneficiar a los pacientes con EAR. Los enjuagues bucales que contienen gluconato de clorhexidina o triclosan inhiben la acumulación de placa bacteriana sobre los dientes y mejoran la higiene oral. Los enjuagues bucales con clorhexidina interactúan con taninos para manchar los dientes de color café.

III

[E: Shekelle]

Scully, 2006

E

Los datos de algunos, pero no todos, ensayos aleatorizados soportan el beneficio de enjuagues bucales. En un ensayo, pacientes que utilizaron enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0.2% 3 veces al día durante 6 semana tuvieron períodos libres de ulceraciones significativamente más prolongados (promedio 23 días) que los pacientes que recibieron placebos (promedio 17 días). En un ensayo controlado doble ciego, se utilizaron enjuagues bucales con triclosan al 0.15% (tres preparaciones diferentes en agentes solubilizantes) utilizándolos 2 veces al día por un período de 6 semanas, resultando en un significativo número menor de úlceras (total 166 a 211) en los 3 grupos que utilizaron triclosan que en el grupo placebo (290 en total). Un ensayo doble ciego sugirió que el uso de aseos bucales con soluciones con timol y salicilato de metilo reducen la duración de las lesiones y el dolor asociado.

III

[E: Shekelle]

Scully, 2006

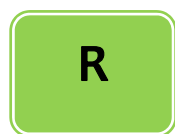
E

El antiséptico gluconato de clorhexidina al 0.12% puede resultar eficaz en la reducción de la sintomatología. Miles y colaboradores encontraron una eficacia similar en el tratamiento de la EAR utilizando clohexidina al 0.12% y acetono de triamcinolona al 0.025 %. El hidrocloreuro de benzidamina al 0,15% ha demostrado eficacia en el control del dolor en estos pacientes. La hexetidina por el contrario, no ha demostrado eficacia alguna en la reducción de la sintomatología ni en la duración de las lesiones. El uso de triclosan, antiséptico con propiedades antiinflamatorias, puede reducir el número de lesiones durante los brotes.

III

[E: Shekelle]

Eguia, 2003



Se recomienda el uso de enjuagues bucales con clorhexidina, triclosan o timol. Preparar 15 ml del enjuague en un vaso con 200 ml de agua tibia, realizar enjuague bucal 3 veces al día después de ingerir alimentos, durante 7 a 10 días.

C
[E: Shekelle]
Scully, 2006
C
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



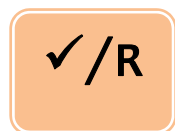
Los pacientes que utilicen enjuague con clorhexidina, deben realizar cepillado de dientes después del enjuague bucal y minimizar la ingestión de té, café y vino tinto el tiempo que los utilicen.

C
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



Los anestésicos tópicos fueron unos de los primeros fármacos que se emplearon en el tratamiento de la EAR. La benzocaína, lidocaína, el hidrocloreto de bencidamina, hidrocloreto de diclocina y otros se han empleado con diferente éxito. Estos fármacos, solo son útiles para mitigar la sintomatología dolorosa, sin que reduzcan la duración de las lesiones ni prevengan las recurrencias.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



Ante cuadros de dolor muy intenso, se recomienda utilizar la siguiente solución tópica con anestésico:

1. Preparar en el consultorio una solución para uso tópico que contenga 5 ml de lidocaína al 1%, 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina.
2. Proporcionarle al paciente la solución en un frasco estéril rotulado con la leyenda "NO INGERIBLE, SOLO USO LOCAL".
3. Agitar suavemente el frasco antes de utilizar la solución
4. Empapar un hisopo o cotonete y aplicar sobre las úlceras antes de los alimentos (máximo 5 veces por día)
5. Se puede ingerir el alimento sin necesidad de enjuagar la solución
6. Utilizarlo hasta que desaparezca el dolor (máximo 7 días)

Punto de Buena Práctica

E

La utilización de esteroides tópicos en el tratamiento de la EAR se basa en el presunto de que las aftas son el resultado de un proceso inflamatorio no infeccioso. El uso de corticosteroides en pacientes con aftas, es un intento para limitar el proceso inflamatorio asociado con la formación de las lesiones. Pueden actuar directamente sobre los linfocitos T y alterar la respuesta de las células efectoras que son precipitantes de la inmunopatogenesis. Los glucocorticoides tópicos que han demostrado eficacia en el manejo de la EAR son la fluocinolona, triamcinolona y el clobetasol.

III**[E: Shekelle]***Venkatesh, 2010***E**

Una revisión sistemática, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de los corticoides tópicos, comparados contra placebo para acortar el curso clínico y la recurrencia de la estomatitis aftosa recurrente señaló que: en la comparación los estudios mostraron un tiempo promedio (días) de cicatrización menor con corticoide tópico que con placebo. Al evaluar el dolor, los resultados estuvieron a favor del tratamiento activo; sin embargo, los métodos de medición fueron diferentes en los estudios. Con respecto a las recurrencias de las úlceras, los resultados de los estudios no fueron concluyentes.

Ib**[E: Shekelle]***Quijanoa, 2008***E**

Los esteroides tópicos han sido clásicamente la principal arma terapéutica en el tratamiento de la EAR. La triamcinolona (0,05 a 0,5 %), la fluocinolona (0,05 a 0,1 %), el clobetasol (0,05%) y la betametasona (0,1%), permiten reducir considerablemente la sintomatología y duración de las lesiones, aunque no evitan las recurrencias. La aplicación tópica de hidrocortisona, es poco eficaz en la reducción de la sintomatología.

III**[E: Shekelle]***Eguia, 2003***E**

Los esteroides tópicos pueden acelerar la curación de las úlceras y reducir el dolor. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) ha aprobado la utilización de pasta dental de triamcinolona al 1% para el alivio de los síntomas de cualquier condición inflamatoria en la cavidad oral.

III**[E: Shekelle]***Scully, 2006*



Sobre las bases de datos disponibles de ensayos controlados aleatorizados, se puede recomendar tratamiento con esteroides tópicos en una pasta, típicamente por 2 semanas o hasta que las úlceras sanen.

III
[E: Shekelle]
Scully, 2006



En todos los casos se recomienda el uso de mometasona ungüento: aplicarla en la mañana (después del desayuno) y en la noche (antes de dormir) después del cepillado dental, tomar el ungüento con un hisopo y aplicarlo directamente sobre las úlceras durante 7 días. En caso de no contar con mometasona ungüento, utilizar fluocinolona crema de la misma manera que el ungüento de mometasona.

A
[E: Shekelle]
Quijanoa, 2008
C
[E: Shekelle]
Venkatesh, 2010
C
[E: Shekelle]
Scully, 2006
C
[E: Shekelle]
Eguia, 2003

4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.2.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS

4.2.1.1 REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
El carcinoma oral de células escamosas típicamente se presenta como una úlcera no dolorosa que no se resuelve. Las variantes en la presentación en los estadios tempranos de la neoplasia, pueden ocasionar que se pierda el diagnóstico. El carcinoma se puede desarrollar en una mucosa oral clínicamente normal o en un área en donde exista alteración de la mucosa oral como leucoplaquia o eritroplaquia.	III [E: Shekelle] <i>Paleri, 2010</i>
Ante una úlcera solitaria, de evolución tórpida o persistente más de 3 semanas (el epitelio oral tiene una velocidad de renovación de unos 5 días), habrá que realizar una biopsia para descartar un carcinoma epidermoide.	III [E: Shekelle] <i>Millan, 2010</i>



Si con el tratamiento tópico no se consigue mejoría de las lesiones de la EAR, se puede optar por tratamientos sistémicos, valorando en cada caso la relación beneficio real y posibles efectos adversos.

III
[E: Shekelle]
Eguia, 2003



Se recomienda referencia al dermatólogo de segundo nivel de atención en los siguientes casos:

- Lesiones ulcerativas (únicas o múltiples) que persistan por más de 3 semanas
- Aftas resistentes al tratamiento tópico
- Recurrencias frecuentes (un brote al mes o mas de 5 al año) o severas [ulceras que provoquen disfagia, glosodinia (dolor lingual) o dificultad para hablar]

III
[E: Shekelle]
Paleri, 2010
IV
[E: Shekelle]
CKS, 2009



En caso de que las aftas sean expresión de una enfermedad sistémica, el tratamiento debe dirigirse primordialmente a la condición subyacente.

III
[E: Shekelle]
Femiano, 2007



Los casos en que se sospeche alguna enfermedad sistémica se deben referir al especialista de segundo nivel indicado (dermatólogo, reumatólogo, gastroenterólogo, hematólogo, infectólogo, etc.)

C
[E: Shekelle]
Femiano, 2007



Referir al estomatólogo de primer nivel de atención, los pacientes con sospecha de recurrencia de las aftas por causa dental o empleo de órtesis dentales, como son los casos de dentaduras desajustadas o dientes fracturados o dañados. Esto puede sospecharse por la recurrencia de las úlceras en el mismo lugar.

IV
[E: Shekelle]
CKS, 2009

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.
Publicados durante los últimos 10 años.
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema: Diagnóstico y Tratamiento de Estomatitis Aftosa Recurrente en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de ensayos clínicos, meta análisis, guías de práctica clínica, ensayos controlados aleatorizados, estudios de revisión. Se utilizó el término MeSh Stomatitis Aphthous. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, complications, diagnosis, drug therapy, therapy y se dirigió a la población de niños y adultos. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 92 resultados entre los cuales no se encontraron 5 guías de práctica clínica.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Stomatitis, Aphthous/classification"[Mesh] OR "Stomatitis, Aphthous/complications"[Mesh] OR "Stomatitis, Aphthous/diagnosis"[Mesh] OR "Stomatitis, Aphthous/drug therapy"[Mesh] OR "Stomatitis, Aphthous/therapy"[Mesh]) Limits: Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, All Child: 0-18 years, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Algoritmo de búsqueda

1. Classification [Mesh]
2. Complications [Subheading]
3. Diagnosis [Subheading]
4. Drug Therapy [Subheading]
5. Therapy [Subheading]
6. # 1 OR # 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5
7. # 1 And # 6
8. 2000[PDAT]: 2010[PDAT]
9. Humans [MeSH]
10. # 8 OR # 9
11. #7 And # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 And # 14
16. Clinical trial [ptyp]
17. Meta-analysis [ptyp]
18. Practice Guidelina[ptyp]
19. Randomized Controlled Trial[ptyp]
20. Review[ptyp]
21. # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20
22. # 15 And # 21
23. All Child: 0-18 years [MesSH]
24. All Adult: 19+ years [MesSH]
25. # 23 OR # 24
26. # 22 And # 25
27. # 1 And (# 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5) And (# 8 OR # 9) And (# 12 OR # 13) And (# 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20) And (# 23 OR # 24)

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al no haberse encontrado documentos, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 17 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en ninguno de ellos se obtuvieron documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	0	0
2	Trip Database	0	0
3	NICE	0	0
4	Singapore Moh Guidelines	0	0
5	AHRQ	0	0
6	SIGN	0	0
7	NZ GG	0	0
8	NHS	0	0
9	Fisterra	0	0
10	Medscape. Primary Care Practice Guidelines	0	0
11	ICSI	0	0
12	Royal College of Physicians	0	0
13	Alberta Medical Association Guidelines	0	0
14	Excelencia clínica	0	0
15	American College of Physicians. ACP. Clinical Practice Guidelines	0	0
16	Gobierno de Chile. Ministerio de Salud	0	0
17	GIN. Guidelines International Network	0	0
Totales		0	0

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de estomatitis aftosa recurrente y no se encontró ningún documento con información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

Tabla 1. Comparación entre herpes recurrente intraoral (HIR) y estomatitis aftosa recurrente (EAR)

	HIR	EAR
Apariencia de Lesiones Primarias	Vesículas	Úlceras
Apariencia de lesiones maduras	Úlceras superficiales y puntiformes	Úlceras (con halo eritematoso)
Localización común	Encía insertada, paladar duro, labios	Mucosa bucal piso de boca, orofaringe, vestíbulo y lengua
Número	Pocas a múltiples	Una a pocas
Duración de la lesión	Una a tres semanas	Una a dos semanas
Etiología	Viral	Incierta mediada inmunológicamente

Tilliss TSI, McDowell JD. "Differential Diagnosis: Is It Herpes or Aphthous?" J Contemp Dent Pract 2002 Feb;(3)1: 001-015.

TABLA 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Causas	Entidades	Hallazgos	Bases del Diagnóstico
Desconocidas	Estomatitis Aftosa Recurrente	Historia de úlceras redondeadas u ovoides recurrentes en la boca desde la infancia	Presentación clínica y la exclusión de alteraciones sistémicas
	Fiebre periódica, aftas faringitis y adenitis (Síndrome FAFA). Síndrome periódico asociado al receptor de factor de necrosis tumoral	Historia de úlceras recurrentes desde la niñez, fiebre recurrente faringitis y adenitis	Presentación clínica y la exclusión de otras enfermedades sistémicas
Infecciones	Infecciones recurrentes por herpes virus	Historia recurrente de úlceras localizadas algunas veces parecidas a aftas usualmente en palmar y lengua, generalmente en el mismo sitio en cada episodio, a menudo aparecen después de trauma oral, pueden ser evidencia de status de inmunocompromiso	Presentación clínica estudios virológicos
	Infección por VIH	Infecciones intraorales por candida o Leucoplasia o neoplasias, algunas otras evidencias clínicas de factores de riesgo por infecciones de VIH	Presentación clínica y prueba de VIH
Enfermedades reumática	Síndrome de Behcet	Úlceras de tipo aftoso que ocurren en los genitales u otras mucosas, pústulas en la piel, eritema nodoso u otras lesiones, uveítis, involucro articular, manifestaciones del SNC	Presentación clínica y pruebas serológicas para descartar otras condiciones
	Síndrome de Reiter o artritis reactiva	Uretritis, colitis, queratoderma blenorragicum, conjuntivitis, Inflamación de glándula, involucro de articulaciones, es mas común en hombres	Pruebas serológicas para descartar otras condiciones
	Síndrome de Sweet	Placas rojas en la piel, úlceras de tipo aftosas en genitales u otras mucosas asociadas con otras condiciones como por ejemplo leucemias	Pruebas serológicas para descartar esta lesión
Enfermedades cutáneas	Eritema multiforme	Lesiones en mucosas como la de boca, la piel o los ojos, inflamación labial	Presentación clínica y biopsia de tejido perilesional
Enfermedades hematológicas	Neutropenia cíclica	Fiebre recurrente asociada a otras infecciones recurrentes intraorales, aparece en la niñez y adolescencia	Presentación clínica y conteo sanguíneo completo
	Leucemia	Infecciones, anemia petequias o purpura	Conteo sanguíneo completo
Enfermedades gastrointestinales	Enteropatía por sensibilidad al gluten	Defectos dentales, mala absorción, diarrea, pérdida de peso, hinchazón	Presentación clínica, presencia de anticuerpos para antigliadina y transglutaminasa, biopsia de intestino delgado
	Enfermedad inflamatoria del intestino (colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn)	Inflamación labial o facial, diarrea sanguinolenta, pérdida de peso, ocasionalmente manifestaciones articulares de enfermedad hepato biliar	Presentación clínica, colonoscopia o biopsia del tejido ulcerado
Medicamentos	Antiinflamatorios no esteroideos, betabloqueadores, nicorandil, alendronato	Rash	Historia clínica, respuesta al retirar el medicamento

Scully C. Aphthous Ulceration. N Engl J Med 2006; 355:165-72.

5.4 MEDICAMENTOS

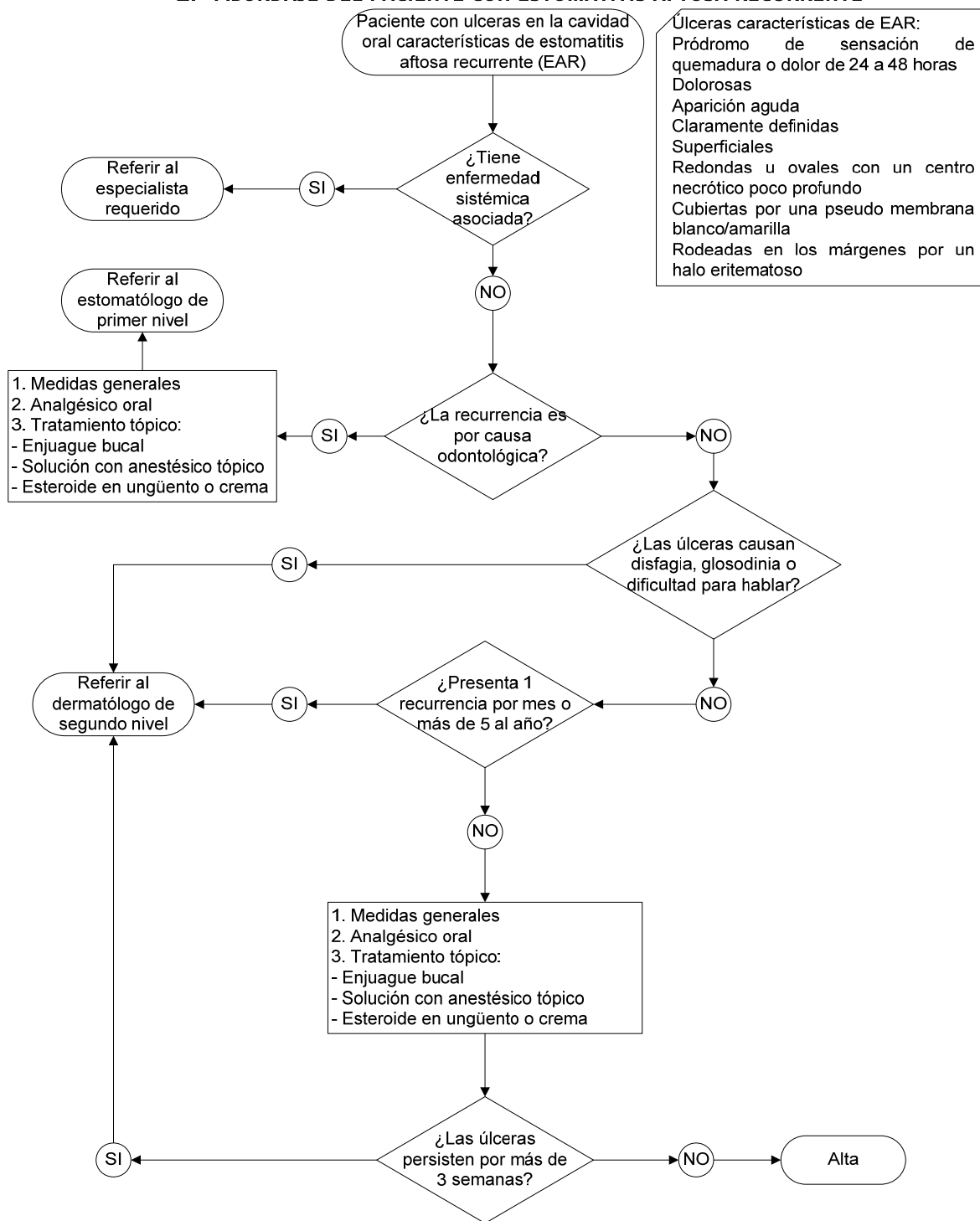
CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ESTOMATITIS

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
0101	Ácido acetilsalicílico	Adultos: 250-500 mg cada 4 horas. Niños: 30-65 mg/kg de peso corporal/ día fraccionar dosis cada 6 ó 8 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Ácido acetilsalicílico 500 mg Envase con 20 tabletas.	_____	Prolongación del tiempo de sangrado, tinnitus, pérdida de la audición, náusea, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis tóxica, equimosis, exantema, asma bronquial, reacciones de hipersensibilidad. Síndrome de Reyé en niños menores de 6 años.	La eliminación del ácido acetilsalicílico aumenta con corticosteroides y disminuye su efecto con antiácidos. Incrementa el efecto de hipoglucemiantes orales y de anticoagulantes orales o heparina.	Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica o gastritis activas, hipoprotrombinemia, niños menores de 6 años
1224	Aluminio y magnesio	Preparar una solución para uso tópico que contenga 5 ml de lidocaina al 1% , 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina.	SUSPENSIÓN ORAL Cada 100 ml contienen: Hidróxido de aluminio 3.7 g Hidróxido de magnesio 4.0 g o trisilicato de magnesio: 8.9 g Envase con 240 ml y dosificador.	_____	Estreñimiento, náusea, vómito, impacto fecal, flatulencia, hipofosfatemia.	Disminuye la absorción de digoxina, atenolol, benzodiazepinas, captopril, corticosteroides, fluoroquinolonas, antihistamínicos H2 hidantoínas, sales de hierro, ketoconazol, penicilamina, fenotiacinas, salicilatos, tetraciclinas y ticlopidina.	Hipersensibilidad al medicamento, insuficiencia renal, cálculos de vías urinarias, obstrucción intestinal.
0408	Clorfenamina	Preparar una solución para uso tópico que contenga 5 ml de lidocaina al 1% , 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina.	JARABE Cada mililitro contiene: Maleato de clorfenamina 0.5 mg Envase con 60 ml.	_____	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, debilidad, calambres musculares, vértigo, mareo, anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitaciones, taquicardia; resequead de boca, nariz y garganta.	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central, aumentan su efecto sedante.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma de ángulo cerrado, úlcera péptica, obstrucción piloro-duodenal, hipertensión arterial sistémica, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de la vejiga, asma bronquial crónica.
0405	Difenhidramina	Preparar una solución para uso tópico que contenga 5 ml de lidocaina al 1% , 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de	JARABE Cada 100 mililitros contienen: Clorhidrato de difenhidramina 250 mg Envase con 60 ml.	_____	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, debilidad, calambres musculares, vértigo, mareo, anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitaciones, taquicardia; resequead de boca, nariz y	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central aumentan su efecto sedante.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma de ángulo cerrado, úlcera péptica, obstrucción piloroduodenal, hipertensión arterial, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de la vejiga, asma bronquial crónica.

		difenhidramina.			garganta.		
0811	Fluocinolona	Aplicarla en la mañana (después del desayuno) y en la noche (antes de dormir) después del cepillado dental	CREMA Cada g contiene: Acetónido de fluocinolona 0.1 mg Envase con 20 g.	7 días	Ardor, prurito, irritación, resequead, hipopigmentación, atrofia cutánea, dermatitis rosaceiforme, hipertrichosis.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis cutánea, piodermatitis, herpes simple, micosis superficiales, varicela
0261	Lidocaina	Preparar una solución para uso tópico que contenga 5 ml de lidocaina al 1% , 30 ml gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 30 ml de jarabe de clorfenamina o 30 ml de jarabe de difenhidramina.	SOLUCIÓN INYECTABLE AL 1% Cada frasco ampula contiene: Clorhidrato de lidocaina 500 mg Envase con 5 frascos ampula de 50 ml.		Reacciones de hipersensibilidad, nerviosismo, somnolencia, parestesias, convulsiones, prurito, edema local, eritema.	Con depresores del sistema nervioso aumentan los efectos adversos. Con opioides y antihipertensivos se produce hipotensión arterial y bradicardia. Con otros antiarrítmicos aumentan o disminuyen sus efectos sobre el corazón. Con anestésicos inhalados se pueden producir arritmias cardíacas.	Hipersensibilidad al fármaco. Hipotensión arterial. Septicemia. Inflamación o infección en el sitio de aplicación
4132	Mometasona unguento	Aplicarla en la mañana (después del desayuno) y en la noche (antes de dormir) después del cepillado dental	UNGÜENTO Cada 100 gramos contienen: Furoato de mometasona 0.100 g Envase con 30 g.	7 días	Dermatitis, prurito, atrofia cutánea.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco, no aplicar en zonas infectadas.
0104	Paracetamol	Adultos: 250-500 mg cada 4 ó 6 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Paracetamol 500 mg Envase con 10 tabletas.		Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulo renal e hipoglucemia	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave.
0106	Paracetamol	Niños: De 10 a 15 mg/kg de peso corporal, cada 4 ó 6 horas.	SOLUCIÓN ORAL Cada ml contiene: Paracetamol 100 mg Envase con 15 ml, gotero calibrado a 0.5 y 1 ml,		Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulo renal e hipoglucemia	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave.

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

1. ABORDAJE DEL PACIENTE CON ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE



6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Acosta MG, Labrador I. Actualización en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente a través de una revisión bibliográfica. *Odous Cientifica* 2007; VIII (1): 57-64.
2. CKS. Aphthous ulcer – Management View full scenario. [En línea]. 2009 [citado 2011 julio 25]; Disponible en: http://www.cks.nhs.uk/aphthous_ulcer#291646004
3. Dieb MI, Cunha AF, Weber R. AIDS and recurrent aphtous Stomatitis. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71 (4): 517-20.
4. Eguía A, Saldón R, Aguirre JM. La Estomatitis Aftosa Recurrente (I): Epidemiología, etiopatogenia y aspectos clínicopatológicos. *Gac Med Bilbao* 2003; 100: 51-55.
5. Eguía A, Saldón R, Aguirre JM. La Estomatitis Aftosa Recurrente (II): Aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Gac Med Bilbao* 2003; 100: 119-124.
6. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Nunziata M, Piccolo S. Guidelines for Diagnosis and Management of Aphthous Stomatitis. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26: 728–732 .
7. Leão JC, Gomes VB, Porter S. Ulcerative lesions of the mouth: an update for the general medical practitioner. *Clinics* 2007;62(6):769-80.
8. Millán Parrilla F, et al. Tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante. *Piel* (Barc.,Ed.impr.).2010. doi:10.1016/j.piel.2010.01.008.
9. Morales S, Díaz VJ. Estomatitis aftosa recidivante. *Medicina general* 2001; 25: 549-551.
10. Paleri V, Staines K, Sloan P, Douglas, Wilson J. Evaluation of oral ulceration in primary care. *BMJ* 2010;340:1234-1239.
11. Perez BA, Guntiñaz ZB. Estomatitis Aftosa Recurrente. *Rev Mex Odontol Clin* 2008; Mar-Abr: 10-14.
12. Porter SL, Leao JC. Review article: oral ulcers and its relevance to systemic disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 295–306.
13. Quijanoa D, Rodríguez M. Corticoides tópicos en la estomatitis aftosa recurrente. Revisión sistemática. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008;59(6):298-307.
14. Rashid M, Zarkadas M, Anca A, Limeback H. Oral Manifestations of Celiac Disease: A Clinical Guide for Dentists. *J Can Dent Assoc* 2010;76: 1-6.

15. Scully C, Path FR, Gorsky M, Lozada F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis A consensus approach. J Am Dent Assoc 2003;134;200-207.
16. Scully C. Aphthous Ulceration. N Engl J Med 2006; 355:165-72.
17. Tilliss TSI, McDowell JD. "Differential Diagnosis: Is It Herpes or Aphthous?" J Contemp Dent Pract 2002 Feb;(3)1: 001-015. ERA TERRY 2002
18. Toche PP, Salinas LJ, Guzmán MA, Afani SA, Jadue AN. Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial. Rev Chil Infect 2007; 24 (3): 215-219.
19. Venkatesh E, Bagewadi A, Keluskar V, Shetti A. Role of Corticosteroids in Dentistry. Archives of Dental Sciences 2010; 1 (1): 3-11.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Carlos Fredy Cuevas García	UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Director
Dr. Juan Carlos de la Fuente Zuno	UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes Director
Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera	HGR No 1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro Director
Dr. Juan Rosas Peña	HGR No 1 Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro Jefe de Consulta Externa
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuelli Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albaladejo Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente