

Recién nacido con úlcera de Bednar

Bednar's aphthae in newborn

Dra. Mercedes Fariñas Salto^a, Dra. Cristina Menéndez Hernando^a, Dra. Raquel Martín Molina^a,
Dr. Víctor Galán Gómez^a y Dr. Fernando J. García de Pedro^b

RESUMEN

La descripción de la úlcera de Bednar es escasa en la literatura actual. Se ha relacionado con el efecto traumático de la tetina del biberón y/o chupetes no ortodóncicos durante la lactancia. Presentamos a un recién nacido de 20 días de vida que acudió a Urgencias por irritabilidad y se asoció, como único hallazgo al momento de la exploración física, dos úlceras bucales. Describimos la presentación clínica, la evolución y el tratamiento. La normalidad de las pruebas complementarias, las características clínicas y la evolución condujeron al diagnóstico de úlcera de Bednar.

Palabras clave: úlceras bucales, úlcera de Bednar, úlcera pterigoidea, patología bucal, recién nacido.

ABSTRACT

The description of the Bednar's ulcer is uncommon in the current literature. It has been associated with the traumatic effect of the bottle's nipple and/or no orthodontic soothers while breastfeeding.

We present a newborn of 20 days of life attended at the emergency room for irritability, with the only finding on physical examination of two oral ulcers. We describe the clinical presentation, evolution and treatment. The normality of the diagnostic test, clinical characteristics and evolution lead to the diagnosis of Bednar's ulcer.

Key words: oral ulcer, Bednar's ulcer, pterygoid ulcer, oral pathology, newborn.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.e28>

INTRODUCCIÓN

El afta de Bednar es una úlcera oral de origen traumático y localización en el tercio posterior del paladar. Se ha relacionado con el efecto traumático de la tetina del biberón y/o chupetes no ortodóncicos durante la lactancia. Puede

ser unilateral, aunque, con mayor frecuencia, simétrica. Tiende a confluir y presentar aspecto necrótico por la frecuente presencia de exudado grisáceo o serosanguinolento, con un halo hiperémico periférico. Clínicamente, puede pasar desapercibida o producir dolor e irritabilidad en el recién nacido y dificultar la alimentación. No requiere tratamiento específico: la mejoría espontánea es la evolución habitual.

Descrita por primera vez en 1850, la mayoría de las publicaciones al respecto corresponden al siglo XIX y principios del XX, pero, en la literatura internacional, no se encuentran imágenes claras de esta patología.

CASO CLÍNICO

Presentamos a un recién nacido de 20 días de vida que fue traído a Urgencias por irritabilidad de varios días de evolución, más intensa en las últimas 24 horas, y rechazo parcial de las tomas. No refirió fiebre ni ninguna otra sintomatología acompañante. Como antecedentes, destacaba un embarazo controlado y normal, sin factores de riesgo infeccioso, parto eutócico a término y peso al nacer de 3600 g. No se referían enfermedades familiares de interés. Alimentación con lactancia mixta desde el nacimiento, aunque, los últimos cuatro días, solo artificial.

En la evaluación inicial, el recién nacido se encontraba irritable, pero con buen estado general y sin otros hallazgos significativos en la exploración física. Permaneció en observación de Urgencias. Persistió la irritabilidad y presentó un vómito hemático tras la realización de una toma. Se realizó analítica de sangre, orina, radiografía y ecografía abdominal, que resultaron normales. En la reexploración de la orofaringe, se observaron dos lesiones ulceradas bilaterales en la unión del paladar duro con el pilar amigdalino anterior de bordes sobreelevados hiperémicos y con exudado blanco-grisáceo en el fondo (*Figura 1 y 2*).

Se decidió el ingreso para el estudio de la etiología de las aftas y su tratamiento. Ante la posibilidad de una causa infecciosa, se extrajo una muestra para el cultivo de bacterias y hongos de la lesión; se realizaron serologías de virus y

a. Servicio de Pediatría, Neonatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

b. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. Mercedes Fariñas Salto, merfarsal@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 6-5-2016

Aceptado: 17-8-2016

sífilis, estudio de virus del herpes en el líquido cefalorraquídeo y en la úlcera. Aunque no presentaba otra clínica sugestiva de enfermedad autoinmune, se solicitaron anticuerpos maternos y antígenos leucocitarios humanos (*human leukocyte antigen*; HLA, por sus siglas en inglés) al recién nacido asociados a enfermedad de Behçet y lupus eritematoso sistémico. Como tratamiento empírico, se administró aciclovir intravenoso y nistatina tópica, que se suspendieron al cuarto y al tercer día de ingreso, respectivamente, tras conocer el resultado negativo de cultivos y virus del herpes. No se administró antibioterapia ante el buen estado general del paciente, analítica sanguínea normal seriada y ausencia de fiebre. La evolución fue favorable y mejoró la irritabilidad y la realización de las tomas con paracetamol. Los padres fueron instruidos en la posición y el tipo de tetinas para la alimentación del recién nacido. A la semana del ingreso, aunque persistían las lesiones, había mejorado su aspecto y permanecían sobreelevadas pero con fondo limpio y no se apreciaba exudado. La resolución de las aftas fue completa al cabo de cinco semanas.

DISCUSIÓN

El diagnóstico para nuestro caso fue de úlcera traumática, mejor conocida como úlcera de Bednar. La ausencia de fiebre, el buen estado general del recién nacido y la negatividad de las pruebas complementarias, unidos a la resolución espontánea del cuadro, nos permitieron llegar a este diagnóstico.¹⁻⁵

La fisiopatología de esta entidad se desconoce, pero la principal hipótesis la atribuye a la acción traumática de la tetina del biberón.¹⁻⁴ Se ha relacionado con el uso de biberones con un orificio muy estrecho, con la posición horizontal del niño durante la lactancia y con la succión constante del chupete o de modelos no ortodóncicos. Hay datos recientes que sugieren una patogenia inmune por su mayor frecuencia en recién nacidos alimentados con fórmula,^{4,5} pero, dada la evolución benigna de esta patología, la práctica de biopsias o métodos invasivos que la apoyen no parece indicada.

En nuestro caso, existía el antecedente de alimentación con biberón y fórmula, pero, debido a la mejoría espontánea de las lesiones y la escasa repercusión clínica en el recién nacido, se prefirió evitar la biopsia.

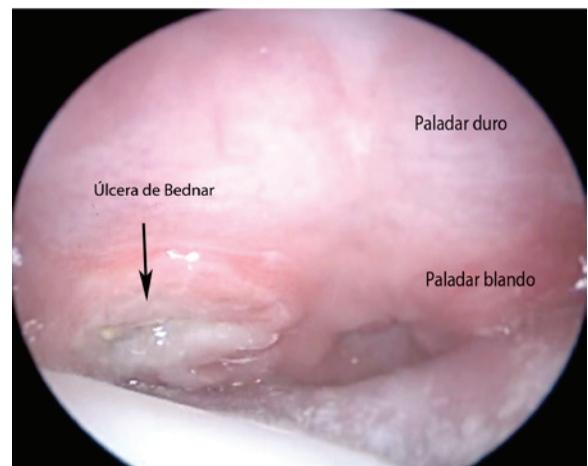
Algunos autores han encontrado una asociación con cambios en los hábitos de alimentación, recién nacidos más irritables o con el parto vaginal y han explicado este último por el contacto del recién nacido con la flora bacteriana vaginal.^{5,6}

Los niños con alta fragilidad de la mucosa oral, como pueden ser los recién nacidos y los bebés que son alimentados con biberón, tienen más riesgo de quemarse, incluso si la temperatura de la fórmula o la leche es solo ligeramente elevada. Esta quemadura, asociada a la acción traumática del biberón en la frontera del paladar duro con el paladar blando, puede desencadenar aftas de Bednar o impedir su recuperación.⁶

FIGURA 1 Examen de la orofaringe



FIGURA 2: Examen de la orofaringe. Úlcera de Bednar con exudado blanco-grisáceo en el fondo



El diagnóstico diferencial más importante es infeccioso. Sin embargo, la lesión causada por una infección, por lo general, se acompaña de fiebre. La estomatitis herpética aguda se acompaña de lesiones pequeñas y medianas con la participación, principalmente, de la encía y la lengua. La lesión causada por el virus Coxsackie es aguda y suele ir acompañada de fiebre, con la presencia de una lesión de gran tamaño en toda la cavidad oral. En la fiebre boca-manopie, se observan lesiones concomitantes en las manos y los pies. La lesión de la estomatitis aftosa recurrente es pequeña y circular, rodeada de un halo eritematoso y afecta a la mucosa queratinizada de la cavidad oral, aunque es muy infrecuente en recién nacidos.⁷ Otros diagnósticos diferenciales más infrecuentes serían enfermedades autoinmunes que se presentaran con úlceras bucales (Behçet y lupus eritematoso sistémico).

El curso de la úlcera de Bednar, generalmente, es insidioso y afebril, si bien, en algunas ocasiones, puede sobreinfectarse y hacer sus bordes más irregulares, con exudado purulento, fiebre y linfadenitis acompañante.^{1,3,4}

En el caso que presentamos, el paciente no tuvo fiebre en ningún momento, no asoció otras alteraciones en la exploración física ni aumento de reactantes de fase aguda que apoyaran esta etiología. A pesar de ello, se realizó el estudio de posibles causas infecciosas que se presentan con aftas orales (bacteriana, vírica, fúngica, sífilis). Se inició un tratamiento empírico con antivírico y antifúngico al considerar ambos como los agentes causales infecciosos más compatibles. Dicho tratamiento se suspendió tras conocer el resultado de cultivos negativos y persistir la ausencia de clínica acompañante. Las serologías extraídas también fueron negativas, por lo que la etiología infecciosa quedó descartada. No existía antecedente materno ni familiar de enfermedad autoinmune,^{1,4} y no se encontraron

datos analíticos ni de evolución del paciente ni de la madre que apoyaran dicha etiología.

El tratamiento consiste en eliminar los factores potenciales de daño en la mucosa. Agrandar el agujero de la boquilla del biberón y corregir la posición del bebé mientras está lactando (manteniéndolo semisentado) eliminan, en principio, el estímulo repetitivo sobre el paladar.^{5,6}

Las aftas del recién nacido del caso que presentamos coinciden con las descripciones existentes de úlcera de Bednar tanto por su localización en la región inferior del paladar, con frecuencia simétrica, como por sus características con exudado serosanguinolento y halo hiperémico.¹⁻⁵

Aun así, la publicación de imágenes que muestren con claridad esta úlcera de Bednar es escasa en la literatura. Su mayor conocimiento por parte del pediatra podría evitar la realización de estudios complementarios innecesarios en los recién nacidos que la presentan y ayudaría al diagnóstico diferencial de esta patología traumática, que no es tan inusual como aparenta. ■

REFERENCIAS

1. Pedra C, Terra CM, Ejzemberg B, Baldacci ER, et al. Oral palatine ulcers of a traumatic nature in infants: Bednar's aphthae. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;35(1):39-49.
2. Khitrov VI. Diagnosis of chronic erosion of palatal mucosa (Bednar's aphthae) in infants. *Pediatrics* 1876;(6):67-8.
3. Martínez Sánchez L, Díaz González E, García-Tornel Florensa S, Gaspà Martí J. Uso del chupete: beneficios y riesgos. *An Esp Pediatr* 2000;53(6):580-5.
4. Tricarico A, Molteni G, Mattioli F, Guerra A, et al. Nipple trauma in infants? Bednar aphthae. *Am J Otolaryngol* 2012;33(6):756-7.
5. Nebgen S, Kasper H, Schäfer D, Christ H, et al. Bednar's aphthae in neonates: incidence and associated factor. *Neonatology* 2010;98(2):208-11.
6. Nam SW, Ahn SH, Shin SM, Jeong G. Clinical features of Bednar's aphthae in infants. *Korean J Pediatr* 2016;59(1):30-4.
7. Dilley DC, Siegel MA, Budnick S. Diagnosing and treating common oral pathologies. *Pediatr Clin North Am* 1991;38(5):1227-64.