

Úlceras de Bednar

A. Valero Arenas¹, J. Bravo Acuña², M. Merino Moína²

¹MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

²Pediatra. CSU El Greco. Getafe. Madrid. España.

PUNTOS CLAVE

- Las úlceras de Bednar son lesiones en el paladar, de gran tamaño, que producen dolor en lactantes.
- Conocerlas para sospecharlas: lactante irritable que usa biberón o chupete, con rechazo de las tomas y buen estado general.
- Evitar pruebas o derivaciones innecesarias al tener un diagnóstico clínico.
- Curación rápida y sencilla evitando la causa.

¿QUÉ SON LAS ÚLCERAS DE BEDNAR?

Las úlceras de Bednar, también llamadas úlceras pterigoides¹, son lesiones localizadas en el tercio posterior del paladar, con un halo hiperémico y con cobertura de fibrina, que suelen ser bilaterales, simétricas, con tendencia a confluir¹⁻⁴. Pueden presentar exudado grisáceo o serosanguinolento^{2,3} (Figura 1).

La hipótesis planteada para la aparición de dichas úlceras es el trauma producido por la tetina del biberón, del chupete o, en ocasiones, del propio pezón materno en el paladar del lactante, el pequeño orificio de las tetinas, así como de la posición horizontal a la hora de alimentar al niño^{2,3,5}. Algunos autores también lo relacionan con la fragilidad de la mucosa oral y el riesgo de quemadura por ingesta de alimentos muy calientes^{2,5}. Otros se comienzan a plantear una probable etiopatogenia autoinmunitaria^{1,4,5}.

Bednar, pediatra austriaco, ya describió estas lesiones en 1850⁴, con una disminución posterior en la frecuencia de su diagnóstico por la introducción de tetinas y chupetes ortodóncos³, así como por la falta de material fotográfico⁴.



Figura 1. **Úlceras de Bednar bilaterales.**

Imagen cedida por José Jesús Larreina Córdoba.

¿CUÁNDO SOSPECHARLAS?

Clínicamente las lesiones aparecen en lactantes alimentados, sobre todo, con biberón, pudiéndose dar en algunos casos en aquellos con lactancia materna exclusiva (reciente), que consultan por irritabilidad, episodios de llanto, rechazo de tomas o incluso asintomáticos, con buen estado general y sin fiebre²⁻⁴.

Tras la desaparición de las úlceras puede quedar alguna cicatriz residual³.

¿CÓMO SE TRATAN?

Diferentes artículos comentan que con solo eliminar los factores potenciales de daño (agrandar el orificio de la tetina del

Cómo citar este artículo: Valero Arenas A, Bravo Acuña J, Merino Moína M. Úlceras de Bednar. Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13(2):66-7.

biberón, emplear tetinas o chupetes ortodóncicos y corregir la posición del lactante durante la alimentación [semiincorporado]) es suficiente para la resolución de las lesiones en unas 4-5 semanas²⁻⁴. De igual modo, puede emplearse paracetamol en caso de presentar intenso dolor o irritabilidad⁴.

En caso de sobreinfección de las úlceras, puede ser necesario emplear antibióticos para su tratamiento³.

No es necesaria la realización de pruebas complementarias ni la derivación a otros especialistas⁵.

- Difteria: suele aparecer en niños no vacunados, cursando con úlceras necróticas cubiertas de exudado grisáceo, a nivel amigdalario. Puede asociar fiebre, presencia de adenopatías cervicales y mal estado general del paciente.
- Enfermedades autoinmunes: enfermedad de Behçet y lupus eritematoso sistémico ambos cursan con aftas orales. Síndrome de PFAPA en el que encontramos aftas recurrentes asociadas a fiebre, faringitis y adenitis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al observar unas úlceras en la cavidad oral, el diagnóstico diferencial que deberíamos realizar incluye las siguientes patologías²⁻³:

- Estomatitis herpética: se trata de lesiones de pequeño y mediano tamaño, con afectación de la encía y la lengua, junto con fiebre.
- Infección por coxsackie: suele acompañarse por fiebre y lesiones en toda la cavidad oral (paladar blando, úvula y pilares anteriores), asociadas o no a vesículas en las manos o los pies.
- Estomatitis aftosa: se presenta como úlceras pequeñas, regulares y circulares, rodeadas de un halo eritematoso, que afectan a la mucosa queratinizada de la cavidad oral, con antecedentes familiares y siendo infrecuente en recién nacidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chaudhry A, Saluja P. Nostalgia of neonatal Bednar's aphthae. *J Clin Neonatol*. 2019;8:1.
2. Fariñas Salto M, Menéndez Hernando C, Martín Molina R, Galán Gómez V, García de Pedro FJ. Recién nacido con úlcera de Bednar. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115:e28-e30.
3. Pedra C, Terra CM, Ejzenberg B, Baldacci ER, Okay Y. Oral palatine ulcers of a traumatic nature in infants: Bednar's aphthae. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1996;35:39-49.
4. Tricarico A, Molteni G, Mattioli F, Guerra A, Mordini B, Presutti L, et al. Nipple trauma in infants? Bednar aphthae. *Am J Otolaryngol*. 2012;33:756-7.
5. Nam SW, Ahn SH, Shin SM, Jeong G. Clinical features of Bednar's aphthae in infants. *Korean J Pediatr*. 2016;59:30-34.