



## Reporte de casos clínicos

# Enfermedad injerto contra huésped en cavidad oral: Tratamiento estomatológico basado en una fórmula magistral

## Graft-versus-host disease in the oral cavity: Stemmatological treatment based on a magistral formula

Camilo Domínguez-Ortega <sup>1</sup> \* Martha Rebolledo-Cobos <sup>2</sup> \* Jonathan Harris-Ricardo <sup>3</sup>

Recibido en marzo 20 de 2025

Aceptado en agosto 15 de 2025

Publicado en línea en agosto 19 de 2025

**Para citar este artículo:** Domínguez-Ortega C, Rebolledo-Cobos M, Harris-Ricardo J. Enfermedad injerto contra huésped en cavidad oral: tratamiento estomatológico basado en una fórmula magistral. Duazary.2025;22:e6449. <https://doi.org/10.21676/2389783X.6449>

### RESUMEN

La enfermedad injerto contra huésped es un evento adverso de pacientes neoplásicos o trasplantados, ocurre cuando el sistema inmunológico del donante ataca los tejidos del receptor y causa complicaciones mucocutáneas severas. Se presenta un caso de un paciente masculino de 32 años, con antecedentes de Leucemia linfoblástica aguda, trasplantado de dos meses de evolución, quien acudió de urgencia estomatológica por presentar lesiones ulcerativas en cavidad oral, sintomáticas de 30 días de evolución. Luego de administrar una fórmula magistral que constaba de diversos fármacos en vehículo para aplicación tópica mostró resultados favorables y mejoría del estado de discomfort del paciente en siete días.

**Palabras clave:** enfermedad injerto contra huésped; tratamiento; complicación; cáncer; reporte de caso.

### ABSTRACT

Graft-versus-host disease (GVHD) is a complication in patients with malignancy or transplant recipients. It occurs when the donor's immune system attacks the recipient's tissues, leading to severe mucocutaneous complications. We present the case of a 32-year-old male with a history of acute lymphoblastic leukemia, who received a transplant two months prior and came to the dental emergency department with painful ulcerative lesions in the mouth that had developed over 30 days. After administering a formulation containing various drugs in a vehicle for topical use, the patient showed favorable results, and his discomfort improved within seven days.

**Keywords:** Injected versus host disease; Treatment; Complication; Cancer; Case report.

1. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: [cdominguez@unicartagena.edu.co](mailto:cdominguez@unicartagena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-1175-1374>

2. Fundacion Universitaria San Martin. Puerto Colombia y Universidad Metropolitana de Barranquilla, Colombia. Correo: [martha.rebolledo@sanmartin.edu.co](mailto:martha.rebolledo@sanmartin.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-0488-2464>

3. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: [jharrisr@unicartegna.edu.co](mailto:jharrisr@unicartegna.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-4662-0729>

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad injerto contra huésped (EICH) es una complicación común y agresiva que puede surgir tras un trasplante de células madre hematopoyéticas y propia de otros tratamientos antineoplásicos como la quimioterapia. La EICH puede variar según la severidad y se clasifica típicamente según el momento de aparición y los síntomas observados en las formas aguda y crónica e involucra principalmente la piel, el hígado, los ojos y la mucosa oral.<sup>1</sup>

La EICH tiene predilección por la piel y las mucosas, con una frecuencia entre 20% y 70%, según la intensidad del tratamiento antineoplásico previo y el estadio de la enfermedad primaria, así como de la edad del paciente. La prevalencia de EICH crónica aumenta del 13% en pacientes de la segunda década de la vida a un 40% en aquellos mayores de la tercera.<sup>1,2</sup>

Las manifestaciones dérmicas de la EICH incluyen descamación generalizada y erupción cutánea maculopapular, vesículas o ampollas. El compromiso gastrointestinal se manifiesta con náuseas, vómitos, anorexia y dispepsia, diarrea, dolor abdominal y en algunos casos hematoquecia, el examen histológico de la piel muestra alteraciones en la epidermis y la dermis.<sup>1</sup> El hallazgo principal es una dermatitis de interfase con degeneración vacuolar en la capa basal epidérmica y un infiltrado linfocítico en la dermis superficial.<sup>1,2</sup> A nivel intraoral entre 45% y 83% de los pacientes con EICH crónica desarrollan estrías blanquecinas reticuladas que se asemejan a las estrías de Wickham del liquen plano oral; localizadas en mucosa yugal, lengua, labios y paladar además de eritemas, erosiones, ulceraciones, xerostomía e hipometría bucal.<sup>3</sup>

Algunos autores consideran que la característica histológica más consistente es la muerte celular individual de los queratinocitos. En relación con el diagnóstico, la sensibilidad y especificidad de la biopsia cutánea en la EICH no están definidas.<sup>1,3</sup> Sin embargo, las biopsias en etapas tempranas pueden no mostrar cambios y los hallazgos histológicos no afectan las decisiones de tratamiento, tampoco predicen la progresión a formas más severas de la enfermedad. El diagnóstico de la EICH aguda se basa en criterios clínicos y no debe postergarse por la realización de pruebas adicionales, como la biopsia de piel y mucosa bucal.<sup>1,3</sup>

El tratamiento es de manera multidisciplinar en el cual participan hematólogos, dermatólogos, estomatólogos, ginecólogos, oftalmólogos entre otros. Si bien no existe un tratamiento definitivo para la EICH crónica. No obstante, la elección del tratamiento dependerá del órgano diana afectado, la mayoría de los tratamientos se basa en la inmunosupresión de las células T, que son responsables de las manifestaciones clínicas de la EICH.<sup>4</sup>

A nivel de cavidad oral existen escasos reportes de tratamientos estomatológicos integrales, pero se evidencian ensayos a base de fórmulas magistrales que involucran múltiples fármacos combinados como los corticoides, vitaminas, anestesia tópica, antibióticos, vehículos de transporte entre otros, los cuales van orientados a controlar la sintomatología, mejorar la inflamación y el confort del paciente de manera significativa debido a su alta efectividad.<sup>4</sup>

El propósito de la presente publicación es describir un caso de un paciente con EICH manejado con un tratamiento estomatológico basado en una fórmula magistral.

## REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años, quien acudió de urgencia a consulta estomatológica por presentar lesiones ulcerativas y erosivas, síntomas de 30 días de evolución, y manifestó haber estado en tratamientos anteriores sin éxito, refirió antecedentes de leucemia linfoblástica aguda, trasplantado de dos meses de evolución. Al examen físico extraoral se evidenció alopecia, manchas hipocrómicas en cara, piel y otros anexos cutáneos, adicional en brazos y torso lesiones tipo purpuras, petequias, equimosis en manos y pabellones auriculares descamados. El paciente manifestó sensación de incomodidad y dislalia con marcada halitosis. Ver figura 1.

Al examen estomatológico intraoral se evidenció estomatodinea, sialorrea, disfagia, hipometría, indentaciones marcadas en mucosas yugales bilaterales, además se observaron lesiones ulcerativas y erosivas, difusas y conjuntas, de color rojo intenso, sangrantes y generalizadas en todas las mucosas orales sin excluir la lengua. Ver figura 2.

Luego de una revisión exhaustiva de la historia clínica médica del paciente se decidió no prescribir aines ni corticoides por vía oral debido a que el paciente ya estaba en tratamiento médico inmunosupresor y para sintomatología dolorosa, debido a la urgencia estomatológica que demandan las lesiones, se firmó un consentimiento informado por parte del paciente el cual aceptó la prescripción de la fórmula magistral, que consistió en: preparación en orabase combinado en un frasco estéril donde se agregó corticoides tipo betametasona en ampolla de 8 ml, con 10 cc de hidróxido de aluminio, adicional sucralfato suspensión en 10 cc, fluconazol en suspensión de 50 mg, roxicáina tópica de la que se añadieron tres espráis, más miel de abeja pura a 5 ml. Igualmente, se adicionó aciclovir en suspensión de 250 mg con vitamina E no ácida. Ver tabla 1. Todo lo anterior diluido y aplicado de manera tópica cada tres horas en la superficie de todas las lesiones por 15 días.



**Figura 1.** Lesiones erosivas extraorales en zona perioral: labios, cuello y manos.



**Figura 2.** Lesiones intraorales donde se evidencian las indentaciones y lesiones erosivas.

Al control de los siete días, se evidenció evolución clínica, favorable de las lesiones con un 40% de disminución del tamaño de estas y buen proceso de cicatrización, además el paciente indico deglución sin dolor. Ver figura 3. A los 30 días se observó cicatrización de un 95% de las lesiones. Ver figura 4.



**Figura 3.** Control a los siete días, después de la prescripción de la fórmula magistral



**Figura 4.** Control clínico a los 30 días.

**Tabla 1.** Composición de la fórmula magistral prescrita.

Medicamento	Forma Farmacéutica	Cantidad/Concentración	Observaciones
Betametasona	Corticoide (ampolla)	8 ml	Añadida en orabase
Hidróxido de aluminio	Suspensión	10 cc	
Sucralfato	Suspensión	10 cc	
Fluconazol	Suspensión	50 mg	
Roxicáina tópica	Aerosol	3 espray	
Miel de abeja pura	Líquido	5 ml	
Aciclovir	Suspensión	250 mg	
Vitamina E no ácida	Grageas	1 por cada preparación	Añadida junto con aciclovir
Orabase	Base de preparación	—	Medio vehicular para la fórmula magistral
Frasco Estéril	Recipiente	1 unidad	Para contener la preparación final

## Declaración sobre aspectos éticos

La recopilación y gestión de datos mantuvieron el anonimato del participante. También se obtuvo el consentimiento informado del sujeto tratado en el presente caso.

## DISCUSIÓN

La cavidad oral es el área preferida del EICH y puede ser la primera manifestación o la única visible de la enfermedad además de la piel como en este caso, los pacientes suelen presentar zonas erosivas y ulceradas en la mucosa bucal, lesiones en las glándulas salivales, trismo debido a la esclerodermia y fibrosis alrededor de la boca.<sup>5</sup> Además, los afectados experimentan dolor, ardor, sequedad en la boca (xerostomía) y dificultades para la deglución, lo cual impacta negativamente en la calidad de vida del paciente.<sup>5-8</sup>

En el ámbito estomatológico, a pesar de los escasos reportes puntuales, existen diversas opciones de tratamiento a corto y largo plazo, que incluyen la eliminación de factores que irritan o empeoran la condición, como la placa bacteriana, el cálculo dental, restauraciones defectuosas, bordes traumáticos y la aplicación de crioterapia para inducir vasoconstricción. También se emplean agentes protectores de la mucosa, antibacterianos, antivirales, antifúngicos y antisépticos para controlar infecciones, como se evidencio en el presente caso. Se utilizan antiinflamatorios corticoesteroides, anestésicos locales para aliviar el dolor y sustancias que favorecen la regeneración del epitelio. Además, el sucralfato se emplea por su capacidad para formar una barrera protectora sobre la mucosa ulcerada. La vitamina E ayuda a contrarrestar el daño inflamatorio causado por los radicales libres generados tras un trasplante, lo anterior fue aplicado en el paciente en cuestión el cual evoluciono de manera satisfactoria en corto tiempo.<sup>6,8,12</sup>

Nguyen et al.<sup>7</sup> señalan que la elección del tratamiento depende de la extensión de la enfermedad, la respuesta inicial y los posibles efectos adversos a largo plazo. Además, se ha consolidado como una estrategia relevante en la práctica clínica, en primer lugar, las soluciones de dexametasona, por ejemplo, 0,50 mg/5 ml se consideran el tratamiento de primera línea para la afectación oral generalizada, gracias a su facilidad de aplicación mediante la técnica de “enjuagar y escupir” y a la efectividad en la disminución de la inflamación local. De la misma forma, el estudio menciona el uso de esteroides tópicos más potentes, como budesonida (0,03%) o clobetasol (0,05%), y terapias combinadas que incluyen tacrolimus al 0,10% para casos resistentes o graves.<sup>7</sup>

Otros autores implementaron en un paciente con mucositis oral, una terapia a base de: hidróxido de aluminio en suspensión, betametasona clorhidrato 1 mg/ml, nistatina en crema 1.000.000 UI, aciclovir en crema 3 gr, 250.000 UI de vitamina A no ácida, vitamina E en grageas y una tableta triturada de sucralfato, lo aplicaron en las zonas afectadas, con un hisopo estéril dos veces al día por 10 días, lo que resuelve de manera satisfactoria la urgencia estomatológica, tal como lo mostro el presente caso.<sup>8,9,13</sup>

Los hallazgos de este estudio se alinean con la revisión de Johnson *et al.*<sup>9</sup> que mostró la importancia de un abordaje multidisciplinario para la EICH oral en el que se involucra al equipo médico y a los profesionales de higiene dental. La detección sistemática de los signos clínicos, junto con un protocolo estricto de higiene y cuidados bucales, puede contribuir de forma significativa a reducir las complicaciones asociadas a la EICH. Asimismo, permite optimizar la selección de terapias tópicas, por ejemplo, corticoesteroides, inhibidores de calcineurina, y sistémicas para adecuar la intensidad del tratamiento a la severidad de las lesiones.<sup>8,9,14,15</sup>

La atención estomatológica basada en fórmulas magistrales constituye una estrategia terapéutica eficaz para el manejo de la EICH cuando afecta la cavidad oral. En el caso presentado, la combinación de múltiples principios activos corticoides tópicos, agentes antifúngicos, antivirales, anestésicos locales y protectores de

la mucosa permitió una disminución rápida y significativa de las lesiones ulcerativas lo que mejoran notablemente la sintomatología del paciente en un corto período.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

**CDO** participó en la conceptualización teórica, fotografía, atención estomatológica del paciente y discusión.

**MRC** colaboró con la redacción, búsqueda bibliográfica y conclusión.

**JHR** participó en la redacción y descripción del caso.

## REFERENCIAS

1. Duque V, Arango OI, Rodríguez LM, Arango M, Escobar AF, Gómez LV. Manifestaciones dermatológicas de la enfermedad injerto contra huésped en pacientes que reciben trasplante de progenitores hematopoyéticos [Dermatological manifestations of injected versus host disease in patients receiving hematopoietic progenitor cell transplantation]. *Dermatol Rev Mex.* 2024;68:456-64.
2. Miranda M, Gianfreda F, Carlotta D, Armati S, Barlattani A, Bollero P. Oral manifestations of graft vs. host disease: A comprehensive review for best practice in dentistry. *Medicina (Kaunas).* 2023;59:1937. <https://doi.org/10.3390/medicina59111937>
3. Guarín-Castañeda AP, Mora-Figueroa GE, Pedraza-Mesa E, Figueroa-Camacho JL, Peña-Ardila OJ, López-Mora MJ, et al. Incidencia de la enfermedad injerto contra huésped aguda en los pacientes con trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de donante HLA idéntico intrafamiliar en un centro hospitalario [Incidence of acute injectable versus host disease in patients with intrafamilial HLA-identical donor allogeneic hematopoietic progenitor cell transplantation in a hospital setting]. *Rev Col Cancerol.* 2023;27:251-9. <https://doi.org/10.35509/01239015.893>
4. Freyer CW, Gier S, Moyer ME, Berryman N, Carulli A, Ganetsky A, et al. Leucovorin rescue after methotrexate graft-versus-host disease prophylaxis shortens the duration of mucositis, time to neutrophil engraftment, and hospital length of stay. *Transplant Cell Ther.* 2021;27:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jtct.2021.01.028>
5. Treister N, Li S, Kim H, Lerman M, Sultan A, Alyea EP, et al. An open-label phase II randomized trial of topical dexamethasone and tacrolimus solutions for the treatment of oral chronic graft-versus-host Disease. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2016;22:2084-91. <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2016.08.020>
6. Sava A, Piciu A, Pasca S, Mester A, Tomuleasa C. Topical corticosteroids a viable solution for oral graft versus host disease? A systematic insight on randomized clinical trials. *Medicina.* 2020;56:349. <https://doi.org/10.3390/medicina56070349>

7. Nguyen JT, Jessri M, Costa-da-Silva AC, Sharma R, Mays JW, Treister NS. Oral chronic graft-versus-host disease: Pathogenesis, diagnosis, current treatment, and emerging therapies. *Int J Mol Sci.* 2024;25:10411. <https://doi.org/10.3390/ijms251910411>
8. Padure A, Horhat R, Talpos-Niculescu IC, Scheusan R, Anghel MD, Rusu L-C, et al. Oral mucositis in adult cancer patients undergoing chemotherapy: Six-month on-treatment follow-up. *J Clin Med.* 2024;13:5723. <https://doi.org/10.3390/jcm13195723>
9. Johnson LB, Oh U, Rothen M, Sroussi HY, Dean DR, Lloid CM, et al. A review of oral chronic graft-versus-host disease: Considerations for dental hygiene practice. *J Dent Hyg.* 2022;96:6-17.
10. Shazib MA, Muhlbauer J, Schweiker R, Li S, Cutler C, Treister N. Long-term utilization patterns of topical therapy and clinical outcomes of oral chronic graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2020;26:373-79. <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2019.09.029>
11. Baumrin E, Loren AW, Falk SJ, Mays JW, Cowen EW. Chronic graft-versus-host disease. Part I: Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol.* 2024;90:1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.12.024>
12. Zadik Y, Raber-Durlacher JE, Epstein JB, Majorana A, Laheij A, Bardellini E, et al. MASCC/ISOO clinical practice statement: Management of oral manifestations of chronic graft-versus-host-disease. *Support Care Cancer.* 2024;32:546. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08686-x>
13. Garming K, Ringdén O, Remberger M, Törlén J, Mattsson J, Dahllöf G. Oral mucositis after tacrolimus/sirolimus or cyclosporine/methotrexate as graft-versus-host disease prophylaxis. *Oral Dis.* 2021;27:1217-25. <https://doi.org/10.1111/odi.13663>
14. Siripornkitti W, Pengpis N, Chanswangphuwana C, Prueksrisakul T. Therapeutic response of oral chronic graft-versus-host disease to topical corticosteroids according to the 2014 National Institutes of Health (USA) consensus criteria. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2024;29:e219-26. <https://doi.org/10.4317/medoral.26203>
15. Aboalela AA, Farook FF, Alazaz NN, Alshahrani N, Alharthi A, Hagr R. The effect of oral chronic graft-versus-host disease on bodyweight: A cohort study. *PLoS One.* 2024;19:e0293873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293873>