

EFFECTIVIDAD DEL PROPÓLEOS EN LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE. POLICLÍNICO UNIVERSITARIO HERMANOS RUIZ ABOY. 2014

Autor: MSc. Lourdes Hernández Cuétara, Profesora Auxiliar, Metodóloga de la Carrera de Estomatología, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez Cuba email: luly@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) es una forma de ulceración que afecta la mucosa bucal, de presentación frecuente, caracterizada por la aparición de una o varias úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio. **Objetivo:** describir la efectividad de la tintura de propóleos al 5% en el tratamiento de la EAR. **Material y Métodos:** se realizó un estudio experimental aleatorizado, no enmascarado, de casos y controles. El universo estuvo constituido por 78 pacientes con diagnóstico de EAR. Se conformaron dos grupos: el Grupo Estudio, al cual se le aplicó tratamiento con propóleos y el Grupo Control, al cual se le indicó tratamiento con polivit, anestop y colutorios de clorhexidina. Las variables estudiadas resultaron: sexo, edad, clasificación de EAR, tiempo de evolución, entre otras. **Resultados:** el sexo femenino resultó el más afectado con un 70,51%, y el 38,46 % de los pacientes investigados pertenecían al grupo de edad comprendido entre 19 y 34 años. La clasificación de la EAR más frecuente fue la forma menor (65,39 %). La evolución resultó satisfactoria en el 92,31 % de los pacientes tratados con propóleos. **Conclusiones:** la EAR se presentó con más frecuencia en los jóvenes, siendo el grupo de 19 a 34 años el más afectado, así como el sexo femenino. La variedad menor fue la forma clínica más común en los pacientes estudiados. Se obtuvo mejores resultados en el grupo al cual se aplicó la tintura de propóleos al 5%.

Palabras clave: estomatitis aftosa recurrente, propóleos, mucosa bucal.

INTRODUCCIÓN

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad que se caracteriza por la

aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio y variable en forma, número y tamaño; puede encontrarse en cualquier parte de la mucosa bucal queratinizada y las lesiones pueden persistir por días o en brotes por semanas.¹ Se postulan múltiples factores implicados en su aparición: microorganismos, factores endocrinos, gastrointestinales, inmunológicos, genéticos, nutricionales y psicosomáticos, alergias, traumatismos y cese del hábito de fumar.¹⁻³

Fue Hipócrates (460-370 AC) el que usó por primera vez el término aftas en relación con enfermedades de la cavidad bucal. La primera descripción clínica científica de la EAR fue publicada el 1898 por von Mikulicz y Kummel.³ Su etiología no es bien conocida, se han descrito numerosos factores que se asocian a la misma y se ha señalado, paradójicamente, que el hábito de fumar parece ejercer un efecto protector sobre la aparición de estas lesiones.^{4, 6 - 9}

La ocurrencia de esta afección es considerada elevada, aportando cifras de un 5 - 66% con una media de 20% de la población general, no obstante en algunos estudios se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más elevado estándar socioeconómico y en mujeres especialmente en la menopausia. Se presenta en ambos sexos, aunque las mujeres generalmente son más susceptibles. Ninguna edad está exenta de ella, por lo general es más frecuente en jóvenes.^{9, 10}

Desde 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado promoviendo y desarrollando medicinas alternativas y terapias naturales con eficiencia científicamente demostrada. Cuba comenzó un trabajo de rescate de las terapias naturales, y en 1990 se creó por la Dirección Nacional de Estomatología una comisión para el desarrollo de la medicina tradicional y natural que contó con 3 subcomisiones una que se planteaba el desarrollo de la medicina verde, otra de acupuntura y la tercera que abarca otras modalidades, dentro de las que se encuentra la apiterapia.¹¹

El propóleo ha sido objeto de numerosos estudios, se conoce que era utilizado en el antiguo Egipto. De los griegos proviene su nombre (pro: delante de, y polis: ciudad).¹² Esta sustancia resinosa, tiene ciertas propiedades fisicoquímicas que dependen de su origen vegetal y del clima.¹³ Tiene diferentes acciones farmacológicas: bactericida, antiviral, anestésica local y analgésica, inmunoestimulante, antioxidante, cicatrizante y regeneradora de tejidos, antiinflamatoria, antitrombótica, antiulceroso, espasmolíticas y radio-protectoras.¹¹

Múltiples conductas terapéuticas han sido ensayadas en relación con la EAR, teniendo en consideración que en el Policlínico Hermanos Ruíz Aboy, no se ha empleado el propóleo en el tratamiento de esta enfermedad, se decidió realizar este estudio con el propósito de evaluar su efectividad.

El objetivo es describir la efectividad de la tintura de propóleo al 5% en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente, en pacientes mayores de 15 años atendidos en el servicio estomatológico del Policlínico Universitario Hermanos Ruiz Aboy en el período de octubre del 2013 a octubre del 2014.

Siendo los específicos:

1. Caracterizar a la población estudiada según variables edad y sexo.
2. Identificar las lesiones según las características clínicas.
3. Describir los resultados obtenidos según evolución del grupo estudio y grupo control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental aleatorizado, no enmascarado, de casos y controles, para evaluar los resultados del uso de la tintura de propóleo al 5%, en el tratamiento de la EAR en pacientes mayores de 15 años, pertenecientes al Policlínico Hermanos Ruiz Aboy, del municipio San Miguel del Padrón, en el período de octubre del 2013 a octubre del 2014. El universo estuvo constituido por 78 pacientes con diagnóstico de EAR que cumplían con los criterios de inclusión. Los pacientes se dividieron en dos grupos de forma aleatoria, para eliminar el efecto de variables confusoras y asegurar la comparación. Al Grupo Estudio, se le aplicó tintura de propóleo al 5 % y el Grupo Control, se le indicó polivit, anestop y colutorios de clorhexidina; quedando conformados por 26 y 52 pacientes respectivamente. En ambos casos se aplicó el tratamiento durante 5 días. Las variables estudiadas resultaron: sexo, edad, clasificación de EAR, tiempo de evolución, entre otras. Se citaron a los pacientes a las 24, 48, 72 horas y al quinto día según la necesidad del caso se repitió la operación, en aquellos que aún presentaban dolor. Para la evaluación de ambos procedimientos se consideró el tiempo de remisión de las lesiones y la desaparición del dolor según valor de la Escala Analógica Visual.¹⁴

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo. Policlínico Universitario Hermanos Ruiz Aboy. 2014.

Grupo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estudio	17	21,79	9	11,54	26	33,33
Control	38	48,72	14	17,95	52	66,67
Total	55	70,51	23	29,49	78	100

En los pacientes estudiados resultó el sexo femenino el más afectado por EAR, representando el 70,51 %. En el Grupo Estudio y Grupo Control el sexo femenino representó el 21,79% y el 48,72 % respectivamente.

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupos de edad.

Grupos de edad	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-18	6	7,69	14	17,95	20	25,64
19-34	10	12,82	20	25,64	30	38,46
35-59	6	7,69	12	15,38	18	23,07
60 y más	4	5,13	6	7,69	10	12,82
Total	26	33,33	52	66,67	78	100

El grupo de edad más afectado es el de 19 a 34 años de edad, para un valor de 38,46 %, mientras que el menos afectado resultó el de 60 y más para un 12,82 %. Este comportamiento resultó similar en el Grupo Estudio y Grupo Control con el 12,82 % y 25,64% respectivamente.

Tabla 3. Distribución de pacientes según clasificación clínica de la EAR.

Clasificación clínica de EAR	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mayor	2	2,56	8	10,26	10	12,82
Menor	19	24,36	32	41,03	51	65,39
Herpetiforme	5	6,41	12	15,38	17	21,79
Total	26	33,33	52	66,67	78	100

En la tabla 3 observamos que la mayoría de los pacientes estudiados presentaron la forma clínica menor con el (65,39 %) en ambos grupos. La forma clínica menos frecuente resultó la mayor para un 12,82%. El comportamiento en el grupo estudio y control resultó similar con el 24,36 % y el 41,03% respectivamente de la forma clínica menor.

Tabla 4. Evolución de los pacientes según tiempo transcurrido en el grupo estudio.

Evolución	Tiempo transcurrido							
	24 horas		48 horas		72 horas		5to día	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfactoria	16	61,54	21	80,77	23	88,46	24	92,31
No satisfactoria	10	38,46	5	19,23	3	11,54	2	7,69
Total	26	100	26	100	26	100	26	100

En la tabla 4 se constató que la mayoría de los pacientes el 61.54 % obtuvieron resultados satisfactorios desde la primera aplicación del propóleo, manifestando disminución del dolor, el tratamiento fue más efectivo a partir de la segunda aplicación, apreciándose signos de disminución del tamaño de las lesiones en el

80,77 %. Transcurridas 72 horas de evolución hubo un 88,46% de remisiones de lesiones en los pacientes tratados. Al quinto día de la aplicación de tintura de propóleos sólo dos pacientes que representan el 7,69 % no habían evolucionado de manera satisfactoria.

Tabla 5. Evolución de los pacientes según tiempo transcurrido en el grupo control.

Evolución	Tiempo transcurrido							
	24 horas		48 horas		72 horas		5to día	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfactoria	10	19,23	20	38,46	34	65,38	36	69,23
No satisfactoria	42	80,77	32	61,54	18	34,62	16	30,77
Total	52	100	52	100	52	100	52	100

En la tabla 5 se puede observar que a las 24 horas de iniciado el tratamiento el 80,77% de los pacientes aún no tenían una evolución satisfactoria, el dolor persistió o se hizo mayor y las lesiones continuaban. A las 48 horas la mayor parte del grupo el 61,54% continuaba con la sintomatología dolorosa y a partir de las 72 horas se observó un cambio en estos valores, manifestando el 65,38 % de los pacientes una evolución satisfactoria. Al quinto día de tratamiento se encontraron algunas altas y un 69,23 % de pacientes con disminución de dolor y del tamaño de las lesiones.

DISCUSIÓN

En la literatura, se señala mayor presencia de EAR en las mujeres.^{4,10} Cabrera G.¹⁵ y Alea M.¹⁶ encontraron que las féminas estaban más afectadas por la EAR. En investigaciones realizadas por Pachó JA¹⁷, Pérez A.¹⁸ Stoopler ET¹⁹, López A.²⁰ resultó el sexo femenino el más afectado.

Se plantea que ningún grupo de edad está exento de padecer la EAR, no obstante se presenta con más frecuencia en jóvenes.^{10, 21} Según el Ship JA.³ existe un pico etario en la aparición de la patología entre los 10-19 años, después se manifiesta

durante toda la vida a diferentes intervalos. En estudios realizados por Bellon S.²³ se plantea que los pacientes más afectados pertenecían al grupo de 19 a 34 años de edad. De forma similar Doncel C.² obtuvo como resultado que el grupo más afectado fue el de 15 a 19 años, correspondiéndose con lo planteado en la literatura revisada.^{2-4, 18}

Desde el punto de vista clínico, la forma más frecuente de presentación fue la menor, resultado similar a los de Pérez A.¹⁸ Stoopler ET¹⁹ no encontró predominio de la variedad en las formas de EAR por él estudiadas. En este estudio la mayoría de los pacientes tratados con tintura de propóleos al 5% mostraron resultados satisfactorios desde la primera aplicación, estos resultados se corresponden con los estudios realizados por Bellon S.²³ y Vila D. y col.²⁴ los autores consideran que la evolución fue más rápida en los pacientes tratados con propóleos por su acción cicatrizante, antimicrobiana, y bactericida.

CONCLUSIONES

La EAR se presentó con más frecuencia en los jóvenes, siendo el grupo de 19 a 34 años el más afectado así como el sexo femenino. La variedad menor fue la forma clínica más común en los pacientes estudiados. Se obtuvo mejores resultados en el grupo donde se aplicó la tintura de propóleos al 5%, lográndose mejorar la calidad de vida de los pacientes evidenciándose las bondades del propóleos, que lo hacen efectivo en el tratamiento de las aftas bucales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pérez Ángel MM, Rodríguez Pérez A. Causas de la estomatitis aftosa recurrente. Medcentro Electrón [Internet]. 2011 Dic [citado 3 Ene 2015];15(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/V15n4a11/001causas27revisadoOK.htm>
2. Doncel Pérez C, Martínez Pérez M, López Ilizástigui A, Ilizástigui Ortueta ZT. Comportamiento epidemiológico de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", 2007. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2009 Jun [citado 17 Mar 2011];38(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0138>
3. Ship JA, Chávez EM, Doerr PA, Henson BS, Sarmadi M. Recurrent aphthous stomatitis. Quintessence Int. 2011; Feb 31(2): 95-112.
4. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers recurrent. Clin Evid. 2010; Jun (13): 1687-94.
5. Tuzun B, Wolf R, Tuzun Y, Serdaroglu S. Recurrent aphthous stomatitis and smoking. Int J Dermatol. 2009; May 39(5): 358-60.

6. Rojo Toledano M, Sosa Rosales M, Gandul Salabarría L. Comportamiento de algunas urgencias periodontales en la comunidad de "Betulio González", Venezuela. Portales Médicos [Internet]. 2008 [citado 23 Dic 2009]; (4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1238/1/>
7. Morales Salas M, Ventura Díaz J. Estomatitis Aftosa Recidivante. Rev Medicina General Octubre. 2008. Junio; 25. Disponible en: <http://www.semg.es/revista/junio2000/549-551.pdf>
8. University Of Maryland Medical Center: Aftas Oral. Acceso el 25 de agosto 2013. Disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/000966.htm
9. Estomatitis Aftosa Recidivante. Conducta Odontológica. Acta Odontológica Venezolana 2011; 46(2).Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Odontología/v33_n2/pdf/a07.pdf
10. Rioboo M del R, Planells P, Rioboo R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 10(5): 376-87.
11. Programa Nacional para el desarrollo y la generalización de Medicina Tradicional y Natural. Ciudad de La Habana; 1999. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/progmtrd.pdf>
12. Prodigios de las abejas: el propóleo y la jalea real. 2008. Salud Vida .Acceso el 26 de noviembre 2013. http://scholar.google.com/cu/scholar_url?hl=es&q=http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/2228/1478&sa=X&scisig=AAGBfm1_4KG4Z6YR66pMDRo5uEs-PTbXCA&oi=scholaralt
13. Ruiz Salvador Ana Karelia, García Milán Ana Julia, Jiménez López Giset, Alfonso Orta Ismary, Pérez Hernández Bárbaro, Carrazana Lee Armando. Farmacovigilancia de fitofármacos y apifármacos en Cuba durante 2006-2010. Rev Cubana Plant Med [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2015 Jun 23] ; 18(2): 173-186. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962013000200002&lng=esPTbXCA&oi=scholaralt
14. Medrano García Roberto, Varela Hernández Ariel, Domínguez Nápoles Miguel, Pardo Camacho Guillermo, Acosta Davison Yamila, Pardo Cardoso Guillermo. Aspectos epidemiológicos relacionados con el dolor en la población adulta. AMC [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2015 marzo 06]; 14(4): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sciarttex&pid=S10250255201000040013&lng=es>
15. Cabrera G. Estomatitis Aftosa Recurrente como urgencia periodontal en la Comunidad del Barrio Cementerio, Guanare, Estado Portuguesa. [Trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias estomatológicas] Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2007.
16. Alea M. Estomatitis Aftosa Recurrente como urgencia periodontal en el área del Policlínico Docente Playa. [Tesis para optar por el Título de Máster en Urgencias Estomatológicas]. Ciudad de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
17. Pachó Saavedra José A., Piñol Jiménez Felipe N. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2014 Jun 23]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100006&lng=es.
18. Pérez A, Guntiñas MV, González C. Estomatitis aftosa recurrente. Determinación de marcadores de inmunidad celular. Rev Cub Estomat 2009; 40(2).
19. Stoopler ET, Sollectio TP. Recurrent aphthous stomatitis. Update for the general practitioner. N Y State Dent J. 2009 Feb; [citado 17 Mar 2014]; 69 (2):27-9. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/120/16/1640>
20. López A. Características de la Estomatitis Aftosa Recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez. Municipio 10 de Octubre. Rev Hab cienc méd .Ciudad de La habana oct -nov 2009; 8(4).
21. Wilhelmsen Niels SW, Weber R, Miziara ID. O papel da imunofluorescência direta na fisiopatologia e no diagnóstico diferencial da estomatite aftóide recorrente. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet]. 2008 Jun [citado 18 Mar 2011]; 74(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992008000300004&lng=72992008000300004

22. Savage NW, Vucicevic Boras V. Recurrent aphthous ulcerative disease: presentation and management. Aust Dent J. 2011 Mar; 52(1):10-5.

23. Bellón Leyva S, Calzadilla Mesa XM. Efectividad del uso del propóleo en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Sep [citado 17 Mar 2014]; 44(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300008&lng=es

24. Vila Morales Dadonim, Pi Osoria Andrés, Giral Rivera Teresa, González-Longoria Concepción Rebeca. Aplicación del propóleos en el tratamiento de la parotiditis crónica del niño. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Jun 23]; 46(4): 42-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-0750720072009000400005&lng=es