

EFICIENCIA DE DOS TERAPIAS NATURALES EN LA REMISIÓN DEL DOLOR EN LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Autor: Dra. Lourdes Armas Portela. Máster en Salud Comunitaria, Correos electrónico: larmas@ infomed.sld.cu

Coautores: Dra: Oneida Echarry Cano

RESUMEN

Introducción: La estomatitis aftosa recurrente es una urgencia estomatológica por sus ulceraciones y dolor constante. La búsqueda de medicamentos eficaces para aliviarlo rápidamente constituye un reto para la comunidad médica. **Objetivo:** Comparar el comportamiento de dos terapias naturales en la remisión del dolor de lesiones aftosas bucales. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de intervención terapéutica con una muestra de 124 pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de Estomatitis Aftosa Recurrente, seleccionados de la consulta de Periodoncia de la Facultad de Estomatología ISCM-H, entre septiembre del 2013 hasta diciembre del 2014. La muestra fue dividida equitativamente para el uso del oleozon y propóleos. Las variables fueron: sexo, forma clínica de presentación, presencia e intensidad del dolor y evaluación del tratamiento. Se emplearon como medidas resumen medias, desviación estándar y porcentajes. **Resultados:** El propóleos fue más aventajado en ausencia e intensidad dolorosa ya que tras su primera aplicación desapareció en un 40,3% de los enfermos y disminuyó su intensidad (moderada) en un 59,7 %. El OLEOZÓN®, manifestó ausencia dolorosa en un 19,4% y la intensidad se reflejó intensa y moderada en 19,4% y 61,7% respectivamente. A las 48 y 96 horas el dolor continúa disminuyendo pero más favorecido para el grupo propóleos. Las diferencias fueron significativas para la presencia del dolor (p 0,15) e intensidad (p 0,01) **Conclusiones:** En este estudio, las féminas, y el afta menor resultaron sobresalientes. El propóleos demostró la

supremacía en reducir la presencia e intensidad dolorosa más rápidamente que el OLEOZÓN®.

Palabras clave: Estomatitis aftosa recurrente, oleozon, propóleos

INTRODUCCIÓN

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) desde la antigüedad se considera una enfermedad de registro mundial y sus causas en la actualidad, no están del todo definidas, aunque se relaciona con factores genéticos, infecciosos, psicosomáticos, bacterianos y virales¹⁻³ El dolor de esta afección es motivo de consulta para médicos y estomatólogos *existiendo* varias clasificaciones de esta enfermedad, encontrando la de Scully y Porter⁴ como la más utilizada.

Forma Menor: Se caracterizan por la aparición de una o varias úlceras, de forma redondeada u ovoide, generalmente menores de 5 mm. de diámetro, poco profundas, rodeada de un halo eritematoso ligeramente elevado. Se acompaña de dolor sin presentar ninguna otra sintomatología general. Generalmente cicatrizan de 10 a 14 días, sin secuelas.

Forma Mayor: Son ulceraciones de mayor tamaño, por encima de 1 cm. Normalmente aparece una lesión aislada o dos, suelen ser redondeadas, y el dolor intenso que ocasionan dificulta el habla y la deglución. Las ulceraciones pueden persistir durante un período de hasta 4 ó 6 semanas y en ocasiones al resolverse dejan cicatrices.

Forma Herpetiforme: Se reconoce por la presencia de numerosas úlceras, que pueden ser desde 10 y hasta 100 ó incluso más. Su tamaño, entre 1 y 3 mm., muy dolorosa y parece ser la forma clínica con mayor número de recidiva. En algunos casos estas úlceras confluyen dando lugar a grandes áreas irregulares de ulceración superficial. Curan entre 7 y 10 días.

Por presentar una etiología multifactorial no se dispone hasta el momento de un medicamento específico que cure totalmente la enfermedad. Dentro de la medicina natural el OLEOZÓN®, y el propóleos forman parte del arsenal terapéutico de esta afección. Ambos tienen propiedades: bactericidas, fungicidas, virucidas, analgésicas,

antiinflamatorias y cicatrizantes.⁵ Carecen de efectos secundarios si se aplican adecuadamente y tiene muy pocas contraindicaciones ⁶⁻⁹. El propóleos tiene además propiedades anestésicas e inmunomoduladora por vía directa o indirecta ^{10, 11}

Teniendo en cuenta el llamado de la Organización Mundial para la Salud (OMS) para el uso de la medicina natural y tradicional en los sistemas de salud y por lo bien aceptado que es por la población no propusimos comparar el comportamiento de dos terapias naturales en la remisión del dolor de las lesiones aftosas bucales

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención terapéutica en el período comprendido de septiembre 2013 diciembre 2014 en pacientes portadores de estomatitis aftosa, con 1 ó 2 días de referencia de aparición de los síntomas y que presentaran en el momento del examen clínico dolor intenso. El diagnóstico se basó en el interrogatorio y las características clínicas asociadas a la enfermedad.

El universo del estudio estuvo constituido por todos los pacientes, de ambos sexos, de 16 y más años de edad portadores de EAR, que asistieron a la consultas de la Facultad de Estomatología de La Habana La muestra quedó conformada por 124 pacientes que fueron divididos equitativamente en dos grupos: Oleozon y Propóleos

Fueron excluidos estudio: menores de 16 años, Incapacitados mentales, embarazadas o en periodo de lactancia.

Grupo Oleozon

Se aplicó aceite ozonizado OLEOZÓN®, de forma tópica sobre las lesiones, en pinceladas, 3 veces al día frotando suavemente el área de aplicación y durante 7 días. Con la 1ra aplicación realizada por el profesional, también fue adiestrado el paciente para las aplicaciones en su hogar.

Grupo Propóleos

Se aplicó el propóleos al 5 % en forma de enjuagatorios, 20 gotas de tintura de propóleos al 5 % diluido en 2 onzas de agua, 3 veces al día, durante 7 días.

Operacionalización de las variables:

Sexo: Femenino/Masculino. Tipos de EAR: Según clasificación de Scully y Porter, considerando el Tipo menor cuando las úlceras eran tenin entre 5 mm y 1 cm de diámetro, el tipo mayor, cuando eran mayor de 1cm. y el tipo herpetiforme, cuando hay numerosas úlceras, entre 1 y 3 mm.

Presencia o no del dolor después del tratamiento. Intensidad del dolor. Se definió la presencia e intensidad de dolor según la escala visual análoga (Huskinson 1986).⁽¹²⁾
No dolor (0 cm) Dolor tolerable (1-5 cm) Dolor intenso (6-10 cm).

Tiempo de duración del dolor: Horas que transcurre desde el 1er día de iniciado el tto hasta la remisión completa del dolor. Evaluación del Tratamiento: inmediata a la aplicación, a las 48 horas, a las 96 horas, y a las 144 horas

Recolección y manipulación de la información:

Toda la información fue coleccionada en un cuaderno de recogida de datos que incluía: consentimiento informado, registros de los pacientes y sus evaluaciones según horas establecidas. Posteriormente se confeccionó una base de datos en formato Excel de la Microsoft Office Windows 2000, lo que fue posteriormente expresado a formato Excel 5,0 para ser procesada en el sistema SPSS versión 10,0 en una PC IBM compatible Pentium III.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de la información, que permitió el resumen para datos cuantitativos y cualitativos y presentación de la misma a través de tablas. Se efectuaron pruebas estadísticas (Test de Homogeneidad o Prueba de Fisher) para garantizar la comparabilidad entre los grupos de tratamiento. En las pruebas estadísticas empleadas se utilizó un nivel de significación de 0.05. Para determinar si existían diferencias entre las proporciones en las distintas etapas del tratamiento, se recurrió al programa Statcalc del Sistema Epinfo 2002.

Consideraciones éticas generales: Se les informó a los pacientes de los objetivos y de la voluntariedad de la entrada en el estudio y las garantías de recibir atención médica adecuada con los métodos convencionales si decidía no participar. Todos los pacientes dieron su aprobación en un acta firmada por los mismos

RESULTADOS

En esta 1ra tabla, se muestra la distribución de pacientes según sexo y grupos de tratamientos, y en ella observamos que en ambos grupos existe un predominio del sexo femenino, siendo un 64,5% de los que recibieron el tratamiento con OLEOZÓN®, del sexo femenino, y un 35,5% del masculino, mientras, los tratados con propóleos, el 61,3% eran mujeres y el 38,7% hombres. No se encontró diferencias significativas entre los sexos de los dos grupos tratados.

Tabla 1: Distribución de pacientes por sexo y grupo de tratamiento

Sexo	OLEOZON		PROPOLEOS	
	No.	%	No.	%
Femenino	40	64.5	38	61.3
Masculino	22	35.5	24	38.7
Total	62	100.0	62	100.0

p=0.85

La tabla 2, nos detalla la distribución de los tipos de EAR según clasificación de Scully y Porter, en ambos grupos de tratamientos, el tipo de lesión que predominó en el estudio fue la Menor, con un 96,7 % en el grupo Oleozon y un 93,5% en el grupo Propóleos. la forma mayor estuvo pobremente representada y fue nula la forma herpetiforme.

Tabla 2: Distribución de los tipos de EAR según grupo de tratamiento

Tipo de EAR	OLEOZON		PROPOLEOS	
	No.	%	No.	%
Mayor	2	3.3	4	6.5
Menor	60	96.7	58	93.5
Total	62	100.0	62	100.0

p=0.41

En la tabla 3, nos refleja el comportamiento de la presencia o ausencia del dolor. Podemos observar como en todas las evaluaciones realizadas en el propóleos el porcentaje de pacientes indoloros fue superior a los hallados en el oleozon.

Tabla 3: Evaluación de pacientes según presencia o ausencia de dolor de acuerdo a número de horas

EVALUACION INMEDIATA AL TTO					
Dolor	Grupo A		Grupo B		p
	No.	%	No.	%	
Si	50	80,6	37	59,7	0,01
No	12	19,4	25	40,3	
Total	62	100,0	62	100,0	
EVALUACION A LAS 48 H					
Si	32	51,6	18	29,0	0,01
No	30	48,4	44	71,0	
Total	62	100,0	62	100,0	
EVALUACION A LAS 96 H					
Si	10	16,1	4	6,5	0,15
No	52	83,9	58	93,5	

Total	62	100,0	62	100,0	
-------	----	-------	----	-------	--

p=0,15

Para comentar la tabla 4, observemos que de los 124 pacientes llegaron a nosotros con dolor intenso, según escala análoga del dolor, a las 144 horas refirieron ausencia total de dolor. Resulta apreciable que una vez aplicado el tratamiento inmediato al realizar la primera evaluación, la intensidad del dolor había variado en ambos grupos, encontrando que en el tratamiento con oleozon el 19,4 % mantuvo el dolor intenso con que solicitó la consulta y el 61,3% la intensidad del dolor se redujo a moderada, sólo el 19,4 % de ellos no presentó dolor. En el grupo del propóleos solo fue representado el dolor moderado tras el tratamiento inmediato mientras que el resto remitieron los síntomas (40,3%). Se observó como en las evaluaciones posteriores continuó disminuyendo esa intensidad en ambos grupos, siendo más favorecido el grupo del propóleos encontrando que mantuvo mayores porcentajes de individuos sin dolor a las 48 y 96 horas al analizarlo con respecto al oleozon

Grupo Oleozon			Grupo Propóleos		
Dolor	Dolor	No dolor	Dolor intenso	Dolor	No dolor

Tabla 4: Pacientes según evolución de la intensidad del dolor

intenso No. %	moderado No. %	No. %	No. %	moderado No. %	No. %
12 19.4	38 61.3	12 19.4	0 0.0	37 59.7	25 40.3
1 1,6	31 50.0	30 48.4	0 0.0	18 29,0	44 71.0
0 0.0	10 16.1	52 83.9	0 0.0	4 6,5	58 93.6

p=0,01

DISCUSIÓN

Consideramos que el predominio del sexo femeninas, se basa en que la alteración de la condición emocional está muy relacionada con la inmunidad, la cual desencadena múltiples procesos patológicos entre ellos, la presencia de lesiones aftosas recurrentes^{2, 13,14} El stress es más frecuente en mujeres que en hombres¹⁵ Aunque la sociedad cubana ha evolucionado haciendo menores las diferencias de género todavía persiste sobre la mujer una considerable carga de responsabilidades sociales que se relacionan con la etiología multifactorial de la EAR como pueden son estrés, ansiedad, depresión, además de las condicionantes biológicas hormonales que pudieran explicar la predisposición de este sexo por la enfermedad. Nuestros resultados están en armonía con otros resultados donde se expresa el predominio del sexo femenino^{2,16} En ambos grupos de tratamientos, podemos ver como el tipo de lesión que predominó fue la forma Menor .Una investigación realizada en Marruecos sobre cien pacientes encontró que el 84 % de los pacientes presentaba forma menor, el 16% forma mayor y no se encontró herpetiforme.¹⁶ La presencia o ausencia de dolor inmediata al tratamiento fue efectiva para ambas terapias, aunque más notable con el propóleos, (p=0,15) lo que pudiera justificarse por las propiedades farmacológicas que poseen las mismas. El ozono tiene un mecanismo de acción dual: analgésico y antiinflamatorio ya que reduce la producción de los mediadores inflamatorios, inactiva los metabolitos mediadores del dolor y favorece la oxigenación de los tejidos. Además, activa el incremento de la concentración de endorfinas endógenas que tienen efecto analgésico.^{5, 17} Aunque tiene propiedades analgésicas debido a la baja reactividad de ozónidos y peróxidos que se produce en un medio acuoso como es la cavidad bucal su acción se retarda lo que

podiera haber permitido que la balanza sobre la remisión del dolor se desplazara más rápidamente hacia el propóleo que tiene además de las propiedades encontradas en el ozono la propiedad anestésica gracias a los elementos volátiles que contiene derivados del Eugenol y la Pinocembrina.^{8, 10, 18}

Cabe destacar que todos los pacientes presentaron dolor intenso al acudir a la primera consulta pero este tipo de dolor desapareció en el grupo propóleo una vez realizada la primera aplicación, no resultando de la misma manera con el oleozon donde se presentó en un escaso porcentaje ($p=0,01$). La Dra. Bellón,¹⁹ para evaluar la efectividad de la tintura de propóleo a 5% en el tratamiento de EAR, demostró que a las 48 horas, 78,8% dos pacientes tratados con propóleo presentaron ausencia total del dolor y a las 72 horas, 83,7% estuvieron de alta. Carballoso,²⁰ en Holguín encontró una considerable mejoría en sus pacientes con solo una aplicación de propóleo al 5%. El Dr. Tarik,¹⁶ utilizó diversas sustancias para aplicar en la Estomatitis Aftosa Recurrente y encontró mejores resultados cuando aplicó ácido tricloacético comparándolo con el propóleo ya que con el primero el 68% de la muestra tuvo desaparición del dolor a las 24 horas mientras que con el propóleo la mejora total fue al segundo día con un 72%. Para ambas sustancias el tercer día fue libre de sintomatología dolorosa.

Este estudio mostró que en la Estomatitis Aftosa Recurrente, las mujeres y la forma menor fueron las más frecuentes y el tratamiento con tintura de propóleo al 5% resultó altamente efectivo en relación al Oleozon, pues aportó una remisión más notoria del dolor en presencia e intensidad en más breve tiempo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguabi Cejido G L .Lesiones orales más frecuentes en pacientes Inmunodeprimidos. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología: Tesis en Internet. 2011 [citado 16 febrero 2015]
Disponible:http://ecuadoruniversitario.com/wpcontent/uploads/2011/09/ecuadoruniversitario_com_logo_ug1-350x263.jpg
2. Ruiz Armas L. S. Estrés y su relación etiopatogenica con la estomatitis aftosa Recurrente. Universidad Autónoma de Madrid Facultad de Medicina: Tesis en Internet. 2010 [citado 16 febrero 2015]
Disponible:https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/6200/37653_ruiz_armas_li_sbeth_susana.pdf?sequence=1

3. Crespo MR, Martínez AB. Aftas de la mucosa oral. Av. Odontoestomatol. [Internet]. 2011 [citado 16 febrero 2015] 27:63-74. Disponible http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S02312852011000200002&script=sci_arttext
4. Porter S.R, Scully C. Recurrent Aphthous Stomatitis recurrent Crit. Rev. Oral Biol. Med. 1998;9(3):306-321 Disponible :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9715368>
5. Schwartz, A; Martínez-Sánchez, G. (2012). La Ozonoterapia y su fundamentación científica. Revista Española de Ozonoterapia. 2012; 2, (1): 163-198.
6. Martínez-Abreu J, Weisser M. Seguridad durante el tratamiento con ozono en el consultorio dental. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2014 [citado 2015 Feb 20]; 50(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/36>
7. Mayor Hernández F, Martínez Abreu J, Moure Ibarra M, García Valdés MR. Aplicación del OLEOZÓN® en el tratamiento de las pericoronaritis. Rev Méd Electrón. [Internet] 2011 [consulta: 21 de febrero 2015]; 33(1). Disponible:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema11.htm>.
8. Bravo Venero A V, Díaz García L. M., Armas González L. Tratamiento de la alveolitis dental con tintura de propóleos al 5 %. Rev. Cubana Farm. [Internet]. 2012 Mar [citado 2015 Feb 20]; 46(1): 97-104. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152012000100012&lng=es
9. Fierro Morales W. Evidencia científica del propóleos desde el punto de vista médico. [Internet]. 2005 [citado: 21 de febrero 2015] Disponible:http://www.apitel.cl/productos/propoleo/cientificospropolis/walter_fierro.pdf
10. Gilliene B. F. Costa, Jurema F. L. Castro. Etiología e tratamento da estomatite aftosa recorrente – revisão de literature .Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2013 [citado: 21 de febrero 2015]; 46(1): Disponible URL: <http://www.fmrp.usp.br/revista>; [aprox. 7 p.].
11. Marmanillo Valencia G. Comparación in vitro de la acción antimicrobiana del propóleos, hidróxido de calcio y la combinación de estos frente al streptococcus mutans. [Tesis en Internet]. 2012 [citado 13 febrero 2015] Disponible : http://www.cop.org.pe/bib/tesis/Gabriela_Marmanillo_Valenza.pdf
12. Huskisson, EC, Measurement of pain. Lancet 1974; 2: 1127-1131
13. Pérez Ángel MM, Rodríguez Pérez A. Causas de la estomatitis aftosa recurrente. Medicentro Electrón [Internet]. 2011 Dic [citado 21 febrero 2012]; 15(4): [aprox. 6p.]. Disponible <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/V15n4a11/001causas27.htm>
14. Castelnau Martínez M, Jimenez Fuentes A, Navarro Napoles J, Gonzalez Sanchez Y, Rodriguez Sierras Z. Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales [Internet]. 2013 [citado 2015 Feb 13]. Disponible: <http://articulos20130901worldwidescience.org/topicpages/e/estomatitis+aftosa+recurrente.html>

15. Cintra Rodríguez José Alberto , Rodríguez Morgado Alina . Tratamiento de la ansiedad con técnicas tradicionales. *Mediciego* [Internet] .2012 [citado 2015 Feb 13]; 18
Disponible:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/pdf/T3.pdf
16. Raissouns T. Estudio comparativo de la eficacia de varios tratamientos tópicos en la estomatitis aftosa recurrente *Rev. Odontologica Granadina* [revista en la Internet]; 2012 sept. [citado 12 febrero 2015]12(3)4102.*Disponible:*http://www.dentistasgranada.org/contenidos/adjuntos/ODONTOLOGOS_REVISTA_36.pdf
17. Viebahn Haensler R. El uso del ozono en medicina [Internet]; 2007 [citad2015Feb13].:http://www.mundialsiglo21.com/novedades/2013jul_ozono_medicina.pdf
18. Noriega Salmón V. El propóleos otro recurso terapéutico de la práctica clínica. [Internet];2014 Sep [citado:21 de febrero 2015]
<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5580/NoriegaSalmonV.pdf?sequence=1>
19. Bellon Leyva S, Calzadilla Mesa. Efectividad del uso del propóleos en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa. *Rev. Cubana Estomatol* [online], 2000 44, (3), [citado: 23 de febrero 2015] *Disponible en:*
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300008&lng=es&nrm=
20. .Carballosa Lauzao Y, Rodríguez Báez B, Lisbeth Crespo Cuenca L, de la Torre Fernández R, Cabrera Parra Y. Efectividad de propóleos en la estomatitis aftosa recurrente: Resumen de evento. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2013 [citado: 23 de febrero 2015]; (1) Supl 1. *Disponible en*<http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view>