

APLICACIÓN DEL PROPOMIEL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS. FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA. 2011 - 2012

Autor: Lic. Marlene Guzmán Moya. Licenciada en farmacia, profesor Instructor.
Facultad de estomatología Raúl González Sánchez.

RESUMEN

Introducción: La estomatitis subprótesis constituye una de las entidades más frecuentes asociadas al uso de prótesis total superior. **Objetivo:** Evaluar la efectividad del tratamiento con propóleos acuoso al 3% (propomiel), en pacientes con diagnóstico de estomatitis subprótesis grado II y relacionarlo con el tratamiento convencional de nistatina en suspensión. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante el periodo comprendido entre mayo de 2011 a 2012, en la Clínica de Prótesis Estomatológica de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", de La Habana debido al incremento de la incidencia de esta afección en los pacientes atendidos. Se seleccionó una muestra al azar de 60 pacientes, de ambos sexos, que se dividió en dos grupos aleatoriamente, el Grupo A (experimental) fue tratado con propomiel al 3 %, y el Grupo B (control) que se trató con Nistatina en suspensión. Se evolucionaron los pacientes al inicio y final del tratamiento **Resultados:** La efectividad terapéutica fue de un 96%. Para el análisis estadístico de los datos y comparación del grado de mejoría se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X^2), en forma tabulada. **Conclusiones:** Se observó un predominio del grupo etario entre 50 y 59 años, del sexo femenino. Los mejores resultados se obtuvieron en el grupo de pacientes tratados con propomiel al 3%. .

Palabras Clave: Estomatitis Subprótesis, Propomiel, Medicina Bioenergética natural.

INTRODUCCIÓN

La Apiterapia es la utilización de los diferentes productos derivados de la producción de las abejas: miel, jalea real, polen, cera de abeja, propolis y veneno de abeja, con fines medicinales. El uso de la miel como sustancia terapéutica ha sido retomado en la medicina contemporánea por su efecto como inmunobiológico, antiinflamatorio, regenerativo, expectorante, analgésico, sedativo, hipersensibilizador y como agente antimicrobiano en el tratamiento de úlceras. ^{1,2}

Particularmente el propóleo es una sustancia resinosa de color pardo rojizo o amarillo verdoso, producido por las abejas a partir de la resina vegetal y que tiende a oscurecerse. Este polímero balsámico resinoso de las abejas, contiene fundamentalmente ceras y aceites especiales y es una sustancia muy compleja, soluble en alcohol y solventes tales como éter, acetona, benceno, tricloroetileno y otros. Dentro de sus propiedades se encuentran que es cicatrizante, antiinflamatorio, antiséptico, analgésico, anestésico local, disminuye el edema, bacteriostático y bactericida, antifúngico sobre la candida albicans, además de su capacidad de antioxidante. Este medicamento natural es fácil tolerar, tiene alto valor nutritivo, rico en proteínas de alto valor biológico, complejo vitamínico B y fuente de K ^{25,26}. Por otra parte, la miel natural de abeja es considerada según su origen botánico como poliflora, antimicrobiana, regenerador tisular y antiséptica.^{3,4}

La literatura refiere que entre las lesiones inflamatorias de la mucosa del paladar asociadas al uso de prótesis dentales removibles, entre ellas se encuentra la estomatitis subprótesis, la cual, constituye un trastorno que por su alta prevalencia resulta cada vez más preocupante para los profesionales encargados de preservar la salud bucal de la comunidad, ya que además de los problemas propios de la enfermedad en su terapéutica y de ser una de las causas del cáncer bucal, debe contemplarse el reemplazo de las dentaduras y por consiguiente la planificación y empleo de recursos adicionales. ⁵

En estudios realizados en Cuba, esta enfermedad se presentó con una frecuencia de 46,1%, cifra que coincide con la encontrada en países desarrollados como Japón, Bélgica, Finlandia e Inglaterra ^{2,27}. Varios autores han reportado experiencias positivas con el uso del propóleo y la miel para el tratamiento de esta afección. ^{6,7}

La composición del propóleo cubano, es muy especial y en ella, a diferencia de lo reportado para este producto en climas templados, predominan: Éteres [21 –42%], Hidrocarburos [17,3 – 31,9%] y Naftoquinonas [30 – 56%]. Bracho ⁸ aplicando diferentes técnicas analíticas reportó para el propóleo cubano una relación de 85 compuestos, (en estos momentos se habla de más de 200) predominando en todos los tipos de propóleos triterpenos y/o esteroides y las quinonas en los propóleos rojos.

En estudios realizados en Cuba, esta enfermedad se presentó con una frecuencia de 46,1%, cifra que coincide con la encontrada en países desarrollados como Japón, Bélgica, Finlandia e Inglaterra . Varios autores han reportado experiencias positivas con el uso del propóleo y la miel para el tratamiento de esta afección. ^{9,10}.

Dada la frecuencia de esta afección en el medio ,este trabajo se propone demostrar, que este producto natural es más efectivo en la estomatitis subprótesis que medicamentos convencionales como la nistatina por tópica en suspensión, la cual tiene el inconveniente del sabor desagradable que provoca náuseas, vómitos y diarreas leves transitorias y ejerce su acción sobre la membrana de algunos hongos susceptibles produciendo la incapacidad de la membrana celular a funcionar como barrera selectiva, permitiendo la pérdida de constituyentes celulares esenciales en la *Candida albicans* ⁵⁻¹⁰.

Realizamos el siguiente estudio con los siguientes objetivos: Evaluar la efectividad del propóleo acuoso al 3% (propomiel) en el tratamiento de la estomatitis subprótesis, Caracterizar los pacientes objeto de estudio según sexo, tiempo de instalación de la prótesis y presencia de sintomatología e identificar la aparición de reacciones adversas con el uso del propomiel.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional de cortes transversales durante el periodo comprendido entre mayo de 2011 a 2012. De un universo de 250 pacientes diagnosticados con Estomatitis Subprótesis, escogimos una muestra al azar de 60 pacientes, de ambos sexos, mayores de 23 años que acudieron a la clínica durante el período de estudio.

La muestra cumplía los siguientes criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de Estomatitis Subprótesis grado II , Pacientes que estuvieron de acuerdo con recibir tratamiento solamente con Propomiel, previo consentimiento informado, Pacientes de más de 23 años, Que tengan prótesis removibles de acrílico total o parcial.

Los criterios de exclusión son: Los que utilizaron algún tipo de medicamento farmacológico ,Pacientes menores de 22 años, No aceptación del paciente a participar en el estudio, Presentar trastornos psiquiátricos que le impiden la colaboración, Presentar prótesis removibles metálica., Pacientes con lesiones malignas en la cavidad bucal y los que presentan estomatitis subprótesis grado III y grado I, Pacientes que presentan estomatitis subprótesis grado I y III, y Pacientes que no deseen participar en la investigación.

La muestra se dividió en dos grupos de 30 casos cada uno: el Grupo A (experimental) fue tratado con Propomiel al 3 %, y el Grupo B (control), se trató con medicina alopática consistente en Nistatina en suspensión.

El Grupo (A): Se sometió a un tratamiento de dos aplicaciones diarias durante 7 días con Propomiel al 3 %. Para ello utilizamos aplicador de madera para hacerle una aplicación del propomiel al 3% por encima de la lesión, esperamos dos minutos y lo volvimos a repetir, esperamos dos minutos más y lo volvimos a repetir, junto a esto embadurnamos la base de la prótesis que queda en contacto con la mucosa del paladar, pasados los 2 minutos le colocamos la prótesis al paciente.

El Grupo (B): Recibió tratamiento con medicina convencional, dígame Nistatina en suspensión (frasco), en forma de colutorios, retuvieron en la cavidad bucal, durante 1 minuto con una frecuencia de tres veces al día.

Los pacientes fueron evaluados clínicamente antes de comenzar el tratamiento y se les realizó un exudado bucal en la lesión y al 3^{er} día, 5^{to} día y 8 días se evaluaban clínicamente. Se realizaron la determinación del examen clínico, según criterios planteados por Moreira y Bernal ^{24,48}:

Se consideró una evolución satisfactoria cuando a partir de la aplicación de este medicamento natural, las lesiones desaparecen en 8 sesiones (aplicación dos veces al día) o mejoran, y no satisfactoria cuando a los 9 días no ha desaparecido la lesión, ni han mejorado

Mejorado: Aquel paciente que se evidencie una mejoría de las lesiones a pesar de no haber desaparecido.

Serán considerados fracasos de tratamiento a los casos que en el término de 8 días no se les consiguió eliminar la lesión.

- Pacientes en los que hubo que recurrir al tratamiento farmacológico
- Que aparecieron nuevas complicaciones.

Criterios de Éxito:

- Cualquier caso que durante el tratamiento eliminara la lesión durante 7 días.

No aparecieron nuevas complicaciones

La información se revisa y procesa, se realizará la distribución de frecuencia y los porcentajes como medida de resumen. A cada paciente se le solicitó su consentimiento de participar en la investigación

RESULTADOS

TABLA 1. RELACIÓN DE PACIENTE SEGÚN SEXO. MAYO 2011 A MAYO 2012.

Sexo	No. de Pacientes	%
Femenino	42	70
Masculino	18	30
Total	60	100

n = 60 p<0,05

Podemos observar que en la distribución de la estomatitis subprótesis según el sexo, predominó el femenino, con un total de 42 pacientes, para un 70%, (Tabla No 1)

TABLA 2. DISTRIBUCION DE GRUPOS DE ESTUDIO Y CONTROL SEGÚN EDAD

EDADES	GRUPO A [ESTUDIO)	GRUPO B [CONTROL)
--------	----------------------	----------------------

	No de casos	%	No de casos	%
23-29	6	20,00	3	10,00
30-39	1	3,33	2	6,67
40-49	10	33,33	12	40,00
50-59	11	36,67	12	40,00
60 Y MAS	2	6,67	1	3,33
Total	30	100	30	100

n = 60 p<0,05

Como se muestra en la Tabla 2, se establecen las relaciones de los grupos con respecto a la edad, donde la mayor cantidad de pacientes portadores de la enfermedad se encontraron, en los grupos de 50 a 59 años con un 36,66%, en el grupo de estudio y en el de control, se encontraron mayor cantidad de pacientes en los grupos de 40 a 49 años y de 50 a 59, donde se obtuvo el 40%

TABLA 3 TIEMPO DE INSTALACIÓN DE LA PRÓTESIS.

	<u>No. de Pacientes</u>	%
Nueva	0	0
1 mes A 1 año	1	1,67
1 a 3 años	0	0
3 a 5 años	2	3,33
más de 5 años	57	95,00
Total	60	100

n = 60 p<0,05

En la Tabla No 2, Anexo 6 observamos que de un total de 60 pacientes, el 95% tenían más de 5 años de instalada la prótesis,

En la Tabla no 3, Anexo 8, se presentan los factores de riesgos más frecuentes. Se observó que la frecuencia de la mala higiene bucal se encontró en 58 pacientes, con un 96,6%, y el uso continuo de la prótesis incidió también en un 96,6% (con 58 pacientes). Le siguieron los factores que fueron detectados con menos frecuencias, entre los que se encontraron: el hábito de fumar, con un 66,6% en 40 pacientes y por último el hábito de ingerir comidas calientes con 25 pacientes, que resultó un 41,6 %.

TABLA 3. Hábitos nocivos asociados a estomatitis subprotesis.

Hábitos nocivos	Total de Pacientes	%
Fumadores	40	66,6
Mala higiene bucal	58	96,6
Uso continuo de la prótesis	58	96,6
Consumo de Alimentos Calientes	25	41,6

En la Tabla no 5, comparamos la evolución clínica según respuesta al tratamiento, se compara la efectividad del propomiel, medicamento tradicional con respecto al convencional que es la nistatina en suspensión, observándose mejores resultados en grupo tratado con propomiel solo uno resultado no satisfactoria

TABLA 5. EVOLUCIÓN CLÍNICA SEGÚN RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Evolución	A						%	B						%
	días							días						
	3	5	7	8	9	10		3	5	7	8	9	10	
satisfactoria			28	1			96,67					10		33,33
mejorado	30						100,00		4	26				100,00
No satisfactoria						1	3,33						20	66,66

n = 60 p<0,05

DISCUSION

La frecuencia según sexo obtenido en nuestro trabajo, se corresponde con lo que plantean, clásicos como, Moreira Díaz ¹¹, Bernal Balaez ¹², Shout ¹³ y Newton¹⁴ . Consideramos que nuestra diferencia se explica por el hecho que son las pacientes del sexo femenino las que más acuden a consulta de estomatología, presentan una mayor preocupación por su estética y exigen más la rehabilitación protética por lo que acuden más a la consulta estomatológica, que el sexo masculino por lo tanto están más expuesta al examen bucal y por consiguiente a detectarse la afección con más posibilidad que el sexo masculino.

Los valores de edad de la entidad encontrados coinciden con los estudios realizados por autores como Bernal Balaez ¹², Araujo¹⁵ y Silva ¹⁶, que advierten que no existen límites de edad para contraer la enfermedad, pero se ha observado que se presenta con más frecuencia en las décadas de 40 a 59 años de edades.

Según autores como Bernal Balaez ¹² y Araujo Cisneros¹⁵ no se debe tener más de cuatro años, ya que los tejidos sufren transformaciones y si añadimos no darle el reposo requerido a los tejidos de soporte, lo que constituye a que aparezca la lesión. La prótesis se va desajustando a medida que pasa el tiempo, por cambios en la mucosa bucal y fuerza masticatoria que ejercen los tejidos. También puede existir una incorrecta instalación de la prótesis desde un inicio.

El riesgo de poseer estomatitis subprótesis aumenta cuando disminuye la higiene bucal y algunos factores locales son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad, confirmado por autores como Arendorf y Walker ¹⁷. El riesgo de padecer estomatitis subprótesis aumenta cuando disminuye la higiene bucal y algunos factores locales son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad. El uso continuo de la prótesis aparece reportado en la literatura como uno de los hábitos más importantes relacionados con esta patología.¹⁷ La deficiente higiene bucal y el uso continuo de la aparatología, constituyeron los principales factores de riesgos encontrados, que predisponen a la aparición y empeoramiento de esta afección.

Comparando la evolución clínica según respuesta al tratamiento, se compara la efectividad del propomiel, medicamento tradicional con respecto al convencional que es la nistatina en suspensión. Teniendo en cuenta los criterios que se establecieron para satisfactorio, mejorado y no satisfactorio en pacientes que acudieron a la consulta de estomatología, con estomatitis grado II, se realizaron la determinación clínica según criterios planteados por Moreira y Bernal ⁴⁻¹¹ Fue mejorando la lesión a los 3 días en el tratamiento con propomiel al 3%, según criterio de evolución del estudio, los resultados fueron satisfactorios ya que desaparecen las lesiones, a las 8 sesiones con aplicaciones 2 veces al día con excepción de un caso. En el grupo con nistatina en suspensión se observa la mejoría comienza a los 5 días y con resultado satisfactorio la lesión a los 10 días. Con este estudio observamos la efectividad del propomiel al 3% se logra en un tiempo más corto y con menos frecuencia de aplicaciones comparado con el tratamiento convencional

CONCLUSIONES

En este estudio predominó el sexo femenino y el grupo de edades entre 50 y 59 años. La mayoría de los pacientes tuvieron la instalación de la prótesis con un tiempo de más de 5 años fueron los más afectados. El mayor número estuvo entre los pacientes que portaban prótesis parcial. Dentro de los hábitos nocivos se destacaron la mala higiene bucal y el uso continuo de la prótesis. El número de aplicaciones necesarias para la cura de la Estomatitis subprótesis fue de 7 días con 14 sesiones. Los mejores resultados se obtuvieron en los pacientes tratados con Propomiel por lo que consideramos que se puede emplear como alternativa más de tratamiento para esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plana- Domínguez R, Perurena-Lancha M. Tratamiento de la estomatitis subprótesis en atletas y ex Atletas con propomiel y nistatina. Rev. Cub. Med. Dep. Cul. Fís [Internet]. 2011 [citado 2013 May 23]; 6(3). Disponible en: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/254/Tratamiento%20de%20la%20estomatitis%20subpr%C3%B3tesis%20II.pdf>
2. Barrera Miclín R, Kindelán Barrera R. Utilización de la Medicina Natural y Tradicional en pacientes tratados por Ortodoncia con afecciones de la mucosa oral. Revista Habanera de

Ciencias Médicas [Internet]. 2014 [citado 2014 Sep 23];13(3):466-474. Disponible en: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/252>

3. Hegazi-AG, Abdelhady-FK, Abdallah-FAM. Chemical - Composition and Antimicrobial Activity of European Propolis - Zeitschrift fur naturforschung- C-A. Journal Of Biosciences. 2005; 55(1-2): 70-75
4. Campo FM. Estudio químico de propóleos rojos cubanos. [Tesis en opción al título de doctor en Ciencias Farmacéuticas]. La Habana; 2007
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural. La Habana: MINSAP; 1999
6. Plana Domínguez R. Aspectos generales del tratamiento de la estomatitis subprótesis con propomiel. Rev. Cub. Med. Dep. Cul. Fís [Internet]. 2012 [citado 2013 May 23]; 7(1). Disponible en: <http://www.imd.inder.cu>
7. Bracho Pérez JC. Constituyentes volátiles del propóleo: realidad acerca de su rica composición química. Boletín de la Sociedad Química del Perú. 2000; 46(4): 198-209
8. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Dra. Martín Reyes O, Paz Latorre E, Landrián Díaz C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado I y II. . Archivo Médico Camagüey [Internet] 2008[[citado 2013 May 23]; 12(3): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n3 /amc05308.htm>
9. Maidana JF. Propóleos: Características físicas en relación a la procedencia y origen vegetal. Vida apícola. 1999; 95: 21-26.
10. González Guerra A, Bernal Méndez R. Propóleos un camino hacia la salud. La Habana: Editorial Pablo de la Torriente; 1997.p. 95-119
11. Moreira Díaz E. Estomatitis subprótesis. Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. Rev. Cubana Estomatol. 1989 Ene-jun; 26 (1-2): 71-8.
12. Bernal Balaz A, Moreira Díaz E. La respuesta inflamatoria celular en la estomatitis subprótesis; Rev. Cubana Estomatol. 1990; 22 (2): 61-67
13. Shout JC. Oral hygiene. Habits denture plagues presence if yeast and stomatitis in institutionalised elderly in totheon scotched. Community Dent. Oral Epidemiology. Vol 15_ 85-89- 19-87.
14. Newton AV. Denture sore mouth a possible aetiology. Br Dent J. 1962; 112: 357.
15. Araujo Cisneros D. Estudio comparativo factor de crecimiento epidérmico en la estomatitis subprótesis. [Tesis para optar título de especialista primer grado en prótesis estomatológica]. La Habana: Facultad de Estomatología; 2002.
16. Silva V. Presente y futuro en el Diagnostico de las Micosis Invasivas. Curso de actualización en Micología Medica. Mendoza, M. 2005
17. Arendorf TM, Walker DM. Denture stomatitis: areview. J. Oral Rehabil. 1987; 4(3):217-27