

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS
ESPECIALIDAD ESTOMATOLOGÍA**

**Clínica Docente Estomatológica
Raúl Suárez Martínez**

**UTILIDAD DE LA TINTURA DE PROPÓLEO EN
ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE. RODAS,
CIENFUEGOS, 2020-2021**

Autora: Dra. Dailis Leyva Matos

Residente de 2do año en Estomatología General Integral

Tutora: MSc. Dra. Catherine Chao de la Nuez

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral

**Trabajo de terminación en opción al título de Especialista de Primer
Grado en Estomatología General Integral**

Cienfuegos, 2021

Dedicatoria

*A mis padres y mi esposo, quienes con su ayuda ilimitada
permitieron
mi educación y formación profesional.*

AGRADECIMIENTOS
A todos los profesores que impartieron sus módulos
con dedicación.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción: La estomatitis aftosa recurrente es una de las alteraciones más frecuentes y dolorosas del complejo bucal. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la tintura de propóleos al 5 % en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente.

Método: Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención con pacientes entre 15 y 45 años de edad que asistieron a la consulta de urgencia estomatológica en la Clínica de Rodas en el período comprendido desde junio 2020 – junio 2021. El universo de estudio estuvo constituido por 740 pacientes y la muestra de 110 pacientes con diagnóstico clínico de la enfermedad a los cuales se le aplicó la tintura de propóleos. Se utilizaron métodos empíricos, de diagnóstico y estadístico. Se utilizaron variables como edad, sexo, clasificación de las lesiones, tiempo de evolución, evolución de las lesiones y utilidad del tratamiento. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. **Resultados:** hubo un predominio de la estomatitis aftosa recurrente menor (56.3%) afectando al grupo de edad de 19 a 34 años (41.8%) y al sexo femenino (61.8%). Más de la mitad de las lesiones evolucionaron satisfactoriamente al 6to día del tratamiento utilizado (68.2%,) desapareciendo las lesiones y los síntomas a la mayoría de los pacientes (89.1%); lo cual evidenció la utilidad del tratamiento (94.6%). **Conclusión:** Las medidas terapéuticas básicamente están encaminadas a minimizar la sintomatología y prevenir las recurrencias.

Palabras clave: Estomatitis aftosa recurrente, tintura de propóleo, utilidad del tratamiento.

INDICE

ÍNDICE

Resumen	
Introducción.....	1
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11
Diseño metodológico.....	29
Resultados y Discusión.....	34
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos	

INTRODUCCIÒN

INTRODUCCIÓN

Las lesiones aftosas de la mucosa oral constituyen un parámetro importante en la práctica clínica, ya que expresan la existencia de enfermedades sistémicas o de enfermedades idiopáticas intrínsecas y específicas de la cavidad oral.

Dentro de las lesiones bucales, las aftas son motivo de consulta frecuente en la práctica médica, por lo que resulta importante realizar una revisión de todas las entidades que cursan con la presencia de aftas bucales, con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial correcto previo al manejo terapéutico.¹

La mucosa bucal representa un lugar de fácil acceso para agentes infecciosos, de ahí que en la mayor parte de las enfermedades de esta exista una sobreinfección por microorganismos. Por otra parte, muchas de estas infecciones son el reflejo de patologías sistémicas, en las cuales existe un trastorno inmunológico de base que favorece la proliferación bacteriana.¹

La Estomatitis aftosa recurrente se considera como la más frecuente de las lesiones de la mucosa bucal y afecta alrededor del 20 % de la población, aunque en algunos estudios se han reportado cifras de hasta el 60 %. Se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más alto estándar socioeconómico y en mujeres. En principio, se trata de una lesión vesicular pequeña que se rompe precozmente (2-3 horas después de brotar) considerada clínicamente desde un inicio como una úlcera. Dicha entidad causa gran dolor a los pacientes que la padecen limitando su calidad de vida. Muchos autores señalan que desde el punto de vista genético en la Estomatitis aftosa recurrente existe una asociación significativa con algunos antígenos de histocompatibilidad.¹

Una de las enfermedades periodontales más representativas por su frecuencia y sintomatología es la estomatitis aftosa recurrente (EAR). Esta afección inflamatoria aguda está catalogada como una de las urgencias estomatológicas más frecuentes, que puede requerir atención inmediata por urgencias debido a las molestias que ocasiona a quien la padece.

La estomatitis aftosa es una lesión que se caracteriza por la aparición de vesículas esféricas circunscritas, que se rompen después de un día o dos y forman úlceras también esféricas y dolorosas.^{2,3} Las úlceras consisten en una porción central roja

o roja grisácea, semejante a un platillo, con su periferia elevada a modo de reborde. Las lesiones se producen en cualquier parte de la mucosa bucal, pliegue mucovestibular o piso de boca, que son los lugares más frecuentes.³

Actualmente, la estomatitis aftosa recurrente se reconoce como la enfermedad de la mucosa bucal más común en el ser humano, debido a las ulceraciones bucales recidivantes conocidas como: *aftas*. La EAR afecta a entre el 20% y el 40% de la población. Se caracteriza por la aparición de úlceras bucales dolorosas, aisladas o agrupadas, variables en forma, número y tamaño; cuya evolución es aguda, necrótica y recidivante. Constituye una dolencia inflamatoria aguda, catalogada como una de las urgencias estomatológicas más frecuentes y de atención inmediata, debido a las molestias que ocasiona.⁴

Al inicio, el paciente notará una parestesia antes del desarrollo de la lesión clínica. Se desarrolla una mácula que se vuelve pápula, que se necrosa y ulcera posteriormente. Las erupciones se rodean de un halo eritematoso característico y son cubiertas por una pseudomembrana fibrosa amarillenta grisácea.

Esta patología tiende a confundirse con el herpes labial debido a que ambos son frecuentes en personas jóvenes, aunque son enfermedades distintas. Las lesiones de EAR habitualmente afectan las superficie mucosa bucal no masticatoria y blanda de las mejillas, los labios, la lengua lateral y ventral, la gingiva y los surcos linguales y vestibulares; ocasionalmente el paladar blando y las fauces. Las lesiones del herpes labial afectan principalmente el labio vermellón y cutáneo y se esparcen a las superficies mucosas del interior de la cavidad bucal. Las lesiones de la neutropenia cíclica pueden afectar tanto la mucosa masticatoria como no masticatoria, pero tienen como rasgo distintivo una periodicidad cíclica muy específica, lo que permite, por la distribución de las lesiones, su diagnóstico diferencial.

Las lesiones de EAR son autolimitadas, se resuelven en una a dos semanas en la mayoría de los pacientes y recurren de 3-6 veces en un año después de periodos de remisión (aftosis simple). Algunos pacientes presentan úlceras bucales casi continuas y aftas genitales ocasionales (aftosis compleja).

Las lesiones de EAR aparecen en la niñez y la adolescencia y recurren con menos frecuencia y severidad cuando los pacientes envejecen. Es infrecuente en adultos mayores de 40 años. La incidencia varía desde 5-60%, con mayor frecuencia en las personas jóvenes, las mujeres y personas con estatus socioeconómico alto.⁵

Esta entidad también conocida como úlcera oral recurrente, úlcera aftosa recurrente o aftosis simple o compleja se caracteriza por la aparición frecuente de úlceras bucales dolorosas, aisladas o agrupadas, localizadas en los labios, mucosa oral y lengua, y variables en forma, número y tamaño; su evolución es aguda, necrótica y recidivante. Aunque las lesiones curan en pocos días, semanas o meses (en dependencia de los factores de riesgo desencadenantes), los ataques se repiten periódicamente. Estas lesiones son típicamente dolorosas, por lo que generalmente interfieren con la ingestión de alimentos, disminuyen la función masticatoria y causan irritabilidad en el paciente. Definida por algunos especialistas como pérdida de sustancias, la estomatitis aftosa recurrente abarca tres formas o variantes de presentación, que difieren entre sí por las características clínicas de las lesiones: formas menor, mayor y herpetiforme.

Aún no se conoce con exactitud la etiología de la EAR, pero se sabe que la provocan varios factores, lo que ha motivado grandes controversias científicas. Por esta razón los tratamientos son múltiples y muy variados y, hasta el momento, no existe un medicamento específico que cure la enfermedad; el abordaje terapéutico está dirigido a modular la respuesta inflamatoria, aliviar los síntomas y evitar las recurrencias.⁶

La EAR es considerada un proceso multifactorial en el que se unen diversos factores desencadenantes y una alteración inmunológica de base. En el momento actual, la etiopatogenia de la EAR no es completamente conocida, aunque su aparición ha sido relacionada con diversos factores, destacando los factores genéticos con antecedentes familiares asociados con esta enfermedad. Otros factores relacionados son alergia alimentaria, trauma local, cambios hormonales (como los del ciclo menstrual), estrés y ansiedad, deficiencias nutricionales, agentes infecciosos y diversas enfermedades

sistémicas. Las aftas son menos frecuentes en los individuos fumadores, lo que sugiere que el tabaco desempeña un posible papel protector.

La respuesta inmunitaria en la EAR se caracteriza por estimulación antigénica de los queratinocitos, que favorece la activación de los linfocitos T y la participación de inmunoglobulinas, inmunocomplejos circulantes, citocinas y moléculas de adhesión. Lo anterior da lugar a la acumulación de linfocitos y al desarrollo de una respuesta citotóxica que induce la aparición de úlceras en la mucosa bucal.

El diagnóstico de la EAR se basa en la historia clínica del paciente y en los hallazgos clínicos, pero no existen pruebas diagnósticas específicas. Debe tenerse en cuenta su asociación con algunas enfermedades sistémicas tales como la enfermedad de Behçet, neutropenia cíclica, enfermedad celíaca, síndrome PFAPA (fiebre periódica, adenitis, faringitis y aftas), síndrome MAGIC (úlceras orales y genitales con inflamación de cartílagos), síndrome de Sweet, enfermedad de Reiter o algunas inmunodeficiencias.⁷

El manejo exitoso de la EAR depende del diagnóstico preciso, es decir, del reconocimiento de los factores provocativos y la identificación y tratamiento de las enfermedades asociadas. Los síntomas a menudo se pueden controlar de acuerdo a la gravedad, la frecuencia, tamaño y número de lesiones; utilizando enjuagues con clorhexidina, antibióticos tópicos, el uso de corticosteroides tópicos o sistémicos es una terapia eficaz para disminuir tanto el tamaño como el tiempo de cicatrización de las úlceras.⁸

En Israel se realizó un estudio comparativo conformado por jóvenes adolescentes con diagnóstico clínico de EAR (477 sujetos), y otro grupo de 117 sujetos sanos controles. En ambos grupos se determinó la presencia de los antígenos HLA. Al finalizar el estudio, se obtuvo como resultado que en el grupo de pacientes con EAR el antígeno HLA-B52 estuvo presente en el 31,4 % y el HLA-B44 en el 36,4 %; mientras que en el grupo control de sujetos sanos el antígeno HLA-B52 solo estuvo presente en el 8,5 % y el HLA-B44 en el 7,4 %, por lo cual se concluyó que en la génesis de la EAR, existe una asociación fuerte con la presencia de los

antígenos HLA-B52 y HLA-B44. Sin embargo, se sigue planteando que aún no está claro que en la génesis de la EAR exista una predisposición genética.⁹

También se reporta que en algunos pacientes hay cierta hipersensibilidad a determinados alimentos, como se observa en los casos con enfermedad celíaca, que tienen una intolerancia al gluten y en otras alergias alimentarias. No obstante, los resultados siguen siendo controvertidos, pues en estudios comparativos realizados en un grupo de pacientes con EAR y en sujetos sanos controles, realizados en Turquía, para determinar niveles séricos de hierro, ferritina, ácido fólico y de vitamina B12, se reporta que al finalizar la investigación los niveles de vitamina B12 fueron significativamente bajos en los pacientes con EAR en comparación con los sujetos controles normales, pero que no existieron diferencias significativas en los otros parámetros determinados en ambos grupos. Se concluyó que el déficit de vitamina B12 es un factor importante en la génesis de la EAR.¹⁰

Desde el año 1995, investigadores de Rusia publicaron un artículo en el cual relacionan las características clínico-inmunológicas en el curso de la EAR, y desde el punto de vista inmunopatogénico, la definieron como una enfermedad iniciada por un desorden de las células T y B del sistema inmune y de los factores de defensa no específicos, que conlleva a un incremento del contenido y la virulencia de la microflora bucal, lo que a su vez estimula la sensibilidad bacteriana del organismo de los pacientes con EAR.¹¹

Desde 1978 la Organización Mundial en lo adelante OMS ha estado promoviendo y desarrollando las medicinas alternativas y terapias naturales con eficiencia científicamente demostrada en los servicios nacionales de salud en cada país. (OMS, OPS. Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Natural y Tradicional, 2002 - 2005).¹²

Martínez, Lima y Zulueta trataron con éxito gingivitis crónica y úlceras bucales con preparados compuesto por propóleo, alcohol, propilenglicol y Colodión flexible.

Gispert y Col, realizaron un estudio comparativo del cepillado con propóleo diferentes concentraciones, donde se demostró una mayor reducción de la placa, del estado gingival y reducción del grado de infección.¹³

Otros estudios realizados han mostrado resultados satisfactorios en otras afecciones bucales.¹³

Considerando las recomendaciones de la OMS, nuestro país comenzó un trabajo de rescate de las terapias naturales, y a partir de esa fecha, se han concentrado acciones organizativas que han permitido desarrollar otros estilos en la filosofía del pensamiento médico que se han insertado dentro del sistema nacional de salud.¹⁴

Desde 1990 se creó en la Dirección Nacional de Estomatología una comisión de desarrollo de la estomatología 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.¹⁵ Entre todos los productos que de ellos se derivan, se hará referencia al propóleo.

El propóleo hoy en Cuba adquiere un auge paulatino, cuyo fundamento radica en las amplias posibilidades que posee esta sustancia en la terapéutica humana y animal. Esta resina es elaborada por las abejas para el control biológico sanitario y el sellado de paredes y celdillas en las colmenas. Los antiguos llegaron a conocerla como un bálsamo milagroso, debido a sus propiedades.¹⁶

En el año 1979 se realizaron en Cuba los primeros estudios, y fueron los veterinarios los pioneros en alertar sobre las propiedades farmacoterapéuticas del propóleo, al demostrar la factibilidad de esta sustancia al ser disuelta en soluciones alcohólicas que, suministradas en dosis, salvaron a decenas de terneros en menos de 72 horas que padecían diarreas agudas y neumopatías.¹⁷

Es una sustancia resinosa, constituida por bálsamos, cera, prerresina, aceites esenciales, ésteres, polen, materias orgánicas y minerales, flavonoides, ácidos aromáticos, componentes fenólicos, componentes terpénicos, calcinas, ácidos grasos, azúcares, aminoácidos, un gran número de vitaminas (entre ellas, la vitamina A y las vitaminas del grupo B), así como toda una serie de oligoelementos (Fe, Cu, MN). No se ha podido precisar con exactitud de qué sustancias las abejas preparan este producto; muchos coinciden en señalar que se obtiene a partir del polen.¹⁶ La actividad antibacteriana del propóleo es atribuida a las sustancias bactericidas contenidas en el producto. El espectro

antibacteriano del propóleo es muy amplio: estafilococos (las cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina - MRSA), los estreptococos, *Helicobacter pylori*, los micrococos, las salmoneras y otros. Es uno de los alimentos más ricos en flavonoides.¹⁸

Tiene diferentes acciones farmacológicas, tales como: acción bactericida, antiviral, (debida a la presencia de flavonoides y de moléculas aromáticas), anestésica local y analgésica (presencia de aceites esenciales), inmunoestimulante, antioxidante, cicatrizante y regeneradora de tejidos, anticaries dentarias, antiinflamatoria, antitrombótica, antiulceroso, espasmolíticas y radio-protectoras.¹⁸ Por estas razones ha sido empleado para tratar numerosas lesiones dentro de la cavidad bucal.

Muchos han sido los autores que se han dedicado al estudio de estas entidades, pero en el municipio de Rodas, Cienfuegos, Cuba no se tienen hasta ahora referencias sobre este tema, por tal razón se decide profundizar en el mismo.

Fundamentación del estudio.

La estomatitis aftosa recurrente constituye una afección del complejo bucal y es motivo de que muchos acudan a la consulta de urgencia solicitando ayuda. Estudios epidemiológicos realizados recientemente muestran que esta afección tiene una incidencia de prevalencia del 20 al 60% de la población, por esta razón se decidió realizar una investigación con el objetivo de aplicar un tratamiento alternativo que ofrezca mejores resultados, y que sea más ventajoso tanto para los pacientes como para los estomatólogos, ya que la recuperación será más rápida, se contó con medicamentos eficientes en las consultas, más económico para el país, disminuyendo el número de consultas estomatológicas y aumentando la calidad de vida y el nivel de satisfacción de la población.

Problema práctico.

Atendiendo al incremento de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias estomatológicas de la Clínica de Rodas con estomatitis aftosa recurrente se hace necesario realizar un tratamiento alternativo eficaz para la remisión de los síntomas de dicha enfermedad.

Problema de investigación.

¿Cuál fue la utilidad de la tintura de propóleo como terapia natural para el tratamiento de la Estomatitis aftosa recurrente, municipio de Rodas, provincia Cienfuegos?

Actualidad.

La investigación se relaciona con el objetivo 4 del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población que plantea: “realizar acciones de curación en todos los niveles de atención”.¹⁹

El estudio está en correspondencia con el Lineamiento 130 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, aprobado en el 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016 que plantea: “Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional y eficiente de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”.²⁰

Novedad científica.

Está dada por las transformaciones que ocurrirán a nivel de la determinante de salud organización de los servicios de salud en lo que respecta a la utilidad del propóleo en los pacientes con presencia de Estomatitis Aftosa Recurrente que acudan a la consulta de urgencias de la Clínica Estomatológica perteneciente al área de salud de Rodas, Cienfuegos, a partir de la puesta en práctica de estrategias de prevención y curación de enfermedades.

Los referentes teóricos analizados correspondientes a estomatitis aftosa recurrente y la utilidad del tratamiento con propóleos enfocados en la población que acudió con dicha afección, lo que permitió una aproximación científica documentada que se realiza por primera vez en este territorio, para precisar los principales aspectos a tener en cuenta en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las mismas, permitiendo su correcta utilidad, contribuyendo a resolver de forma más adecuada este problemas de salud.

Aporte práctico.

La realización de este proyecto permitió evaluar la utilidad del propóleo en los pacientes con presencia de Estomatitis Aftosa Recurrente que acudieron a la consulta de urgencia de la Clínica Estomatológica perteneciente al área de salud de Rodas, así como, un mejor conocimiento de esta afección, sus características y factores de riesgos; lo cual permitió un diagnóstico certero y la inmediatez del tratamiento propuesto. Por lo que representó una elevación en la calidad de vida.

OBJETIVOS

General.

Evaluar la utilidad de la tintura de propóleos al 5 % en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente.

Específicos.

1. Identificar según la clasificación de la estomatitis aftosa cuáles son las que más afectan a la muestra escogida.
2. Determinar el número de aplicaciones necesarias y el tiempo de remisión de los síntomas y signos con el uso de la tintura de propóleo al 5%.

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

Teniendo en cuenta la periodicidad, la intensidad y la persistencia con que se presentan las aftas bucales, se han definido, desde el punto de vista clínico, como una entidad que cursa con recurrencia y de etiología no bien precisada, denominada Estomatitis aftosa recurrente (EAR), también reconocida en la literatura mundial como Úlcera oral recurrente, Úlcera aftosa recurrente o Aftosis simple o compleja.

Se presentan con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, con una incidencia máxima entre los 20 y los 50 años, preferentemente en el sexo femenino.³

Según la morfología de las lesiones, EAR se califica en úlceras aftosas menores, mayores y herpetiformes. La menor aparece en el 80% de los pacientes, las lesiones ulcerosas miden entre 3 y 10 mm de diámetro y habitualmente afectan la mucosa oral no queratinizada, sobre todo la mucosa labial y bucal. La lesión puede ser precedida de una mácula eritematosa con síntomas prodrómicos de ardor o picazón por pocas horas o hasta dos días. Luego, aparece la úlcera y es cubierta por una pseudomembrana fibrinopurulenta amarillenta. Las úlceras curan sin dejar cicatrices en 7-14 días.⁵ El dolor es desproporcionado en relación con el pequeño tamaño de las lesiones.

Las úlceras aftosas mayores son grandes, pocas en número, aparecen tanto anteriormente como posteriormente con riesgo de cicatrizar. Se conocen también como úlceras de Sutton o periadenitis mucosa necrótica; es el tipo más doloroso. Las úlceras miden 1-3 cm de diámetro, localizadas principalmente en la mucosa labial, paladar blando y fauces; habitualmente se curan más lentamente por su mayor tamaño en 2-6 semanas y pueden dejar cicatrices. En casos severos, el proceso repetido de cicatrización puede limitar la apertura de la boca.⁵

El tercer subtipo es la úlcera herpetiforme, la menos frecuente EAR. Las lesiones ulcerosas herpetiformes se presentan agrupadas en papulovesículas de 1-3 mm que coalescen en lesiones mayores. El término herpetiforme describe la morfología agrupada (herpetiforme significa agrupada), una palabra que confunde a pacientes y proveedores de salud porque herpetiforme se asocia comúnmente

con infecciones por herpes simple, aunque predominan en la mucosa queratinizada.^{5,14} Las úlceras curan entre 7-10 días, tienen predicción por las mujeres y su inicio típico es en la adultez.⁵

La patogenia de la enfermedad es de carácter multifactorial con factores desencadenantes o precipitantes como las infecciones, el estrés, las enfermedades sistémicas, las deficiencias nutricionales y los trastornos hormonales, vinculados probablemente a alteraciones de la respuesta inmune, cuyos mecanismos no están bien esclarecidos.

Es probable que estén implicados múltiples mecanismos mediados inmunológicamente. Las células linfocíticas infiltran el epitelio y se desarrolla el edema como consecuencia de estímulos transitorios inflamatorios. La vacualización de los queratocitos y la vasculitis localizada causan inflamación papular. La pápula se ulcera y se infiltra por neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas, seguido por cicatrización y regeneración del epitelio. La inmunopatogénesis de EAR probablemente involucra un mecanismo inmune mediado por células que incluye activación de las células T y del factor de necrosis tumoral alfa (del inglés, *tumor necrosis factor α* -(TNF- α)) por otros leucocitos como los macrófagos y mastocitos. Se detectan en lesiones de EAR elevados niveles de TNF- α e interleuquina 2 (IL-2) (citoquinas proinflamatorias) y bajos niveles de IL-10 (citoquina antiinflamatoria).⁵

Parece que TNF- α juega un papel importante en la inmunopatogénesis de EAR por estimulación de la expresión del antígeno de histocompatibilidad mayor clase I (del inglés, *major histocompatibility* (MHC)). Se informa un incremento de la expresión del antígeno MHC clase I y clase II en estadios ulcerativos y preulcerativos de células epiteliales basales. No se detectó la expresión del antígeno MHC durante el proceso de curación, lo que podría contribuir a detectar el ataque del tejido local por células T citotóxicas (células CD8+) durante el proceso ulcerativo. Una baja expresión de IL-10 indica una prolongada duración de la úlcera debido a que esta interleuquina estimula la proliferación epitelial curativa.

El trauma de la mucosa bucal por daño mecánico es un común factor predisponente, que puede aparecer debido al cepillado, las inyecciones anestésicas locales y los procedimientos dentales.

Las deficiencias nutricionales como de hierro, vitamina B12 o ácido fólico son dos veces más frecuentes en personas con EAR comparados con los controles sanos. Medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina favorecen las aftas. Las úlceras habitualmente aparecen como efecto secundario y desaparecen con la eliminación del fármaco.⁵

Otros factores predisponentes incluyen la enteropatía sensible al gluten, la enfermedad inflamatoria intestinal, la pasta dental con lauril sulfato de sodio, los cambios hormonales, el estrés y microorganismos como *Helicobacter pylori*, *Streptococcus mitis* o Epstein-Barr virus.

Es interesante que el tabaco tiene una asociación negativa con EAR debido probablemente al incremento de la queratinización de la mucosa que proporciona una barrera protectora contra el trauma y los microbios. También la nicotina y sus metabolitos reducen el nivel de citoquinas proinflamatorias (TNF- α , IL-1 and IL-6) y aumentan IL-10 antiinflamatoria.

El estrés es uno de los factores desencadenantes más relacionados con la aparición de la EAR. Un estudio realizado por Serpa informó que el 90,3% de los pacientes afectados por la EAR estaban sometidos a niveles de estrés, con una asociación estadísticamente significativa entre estos desórdenes psicológicos y la enfermedad.

La etiopatogenia de EAR no se conoce completamente, aunque se considera de carácter multifactorial con factores predisponentes. De manera similar a otras enfermedades inflamatorias crónicas, el daño al ADN secundario al estrés oxidativo se considera que juega un papel en las ulceraciones. Los factores etiológicos y predisponentes de EAR pueden acelerar la formación de los radicales libres. Se sospecha que los radicales libres precipitan la formación de las úlceras. Los antioxidantes bloquean el proceso de oxidación al neutralizar los radicales libres y reducir el daño a los componentes celulares.⁵

Los factores de riesgo genéticos que modifican la susceptibilidad individual a EAR incluyen varios polimorfismos de ADN distribuidos en el genoma humano, principalmente relacionados con alteraciones del metabolismo de las interleuquinas (IL-1b, IL-2, IL-4, IL-5, IL- 6, IL-10, IL-12), interferón (IFN)-c y TNF-alfa. También se consideran los polimorfismos del gen transportador de serotonina, del gen del óxido nítrico sintasa y de los genes de las moléculas de adhesión.

Es compleja la determinación causal de los factores genéticos en cualquier enfermedad con herencia mendeliana o multigenética debido a la interrelación que se establece entre los genes y los factores ambientales. Los factores del ambiente como los hábitos dietéticos, la alimentación, los hábitos tóxicos y los estilos de vida en general pueden modificar la susceptibilidad individual a determinadas enfermedades como la EAR e incluso modificar la evolución o el curso clínico de la enfermedad actuando como factores precipitantes o protectores.⁵

Entre los factores potenciales que pueden modificar la respuesta inmune e involucrarse en la aftosis recurrente, algunos mencionan antígenos bacterianos (*Streptococcus oralis*, *Helicobacter pylori*) y virales (herpes simple virus, varicela-zoster virus, citomegalovirus, adenovirus), aunque estos estudios son ambiguos y conflictivos.

Helicobacter pylori, un factor de riesgo frecuente en úlceras duodenales y gástricas, se ha propuesto con un agente causal en EAR. A pesar de que las úlceras gástricas y EAR se vinculan a trastornos inmunes, los estudios moleculares no han encontrado asociación del microorganismo con la estomatitis. Es interesante un estudio donde la erradicación de *H. pylori* en pacientes con EAR se correlacionó positivamente con incrementos de niveles de vitamina B12 y una reducción de las lesiones aftosas. Se ha especulado sobre la posible participación de especies de estreptococos en la etiología de EAR, especialmente *S. sanguis* 2A, por su papel como estimulante antigénico que reacciona cruzadamente con proteínas de choque térmico mitocondriales en los queratocitos. Esta reacción podría provocar una respuesta inmune inducida por células T que causaría daño en la mucosa bucal, aunque esta teoría no está comprobada.

El papel de las infecciones virales y bacterianas en la EAR es cuestionable con aspectos polémicos y aún contradictorios que requerirán futuras investigaciones. Se debe tener en cuenta, además, la variedad de la flora presente en la cavidad bucal y el rol de algunos microorganismos como comensales no patógenos como parte de la microbiota normal de la boca.

Se describe la deficiencia de hematinas (hierro, ácido fólico, vitamina B12) en algunos pacientes con EAR; sin embargo, parece limitada su influencia sobre el curso de la respuesta inmune de EAR.

El papel de la deficiencia nutricional como causa de EAR se ha enfatizado por la asociación del inicio del 5-10% de los pacientes con bajos niveles de hierro, folato, zinc, o vitaminas B1, B2, B6 y B12. Esta es una indicación de la aparente deficiencia nutricional como factor etiológico de EAR, aunque algunas de estas deficiencias nutricionales pueden deberse a otras enfermedades como el síndrome de malabsorción o a la sensibilidad al gluten.⁵

La deficiencia nutricional de microelementos como vitaminas y minerales, más que un factor causal en sí de la EAR, pudiera favorecer el desarrollo de la aftosis por el importante papel que tienen estos microelementos en el metabolismo normal del organismo en general y en particular de la cavidad bucal y en protección de la mucosa.

Las alergias, de acuerdo a algunos investigadores, también la exposición a algunos ingredientes de los alimentos como el chocolate, el gluten, la leche, los preservantes alimentarios, las nueces y los agentes colorantes puede inducir una cascada inflamatoria en EAR. En un estudio a doble ciega, el efecto placebo probablemente modifica el curso de EAR pues la mejora clínica se encontró en los dos grupos; en pacientes con eliminación dietética y en pacientes con dieta ordinaria expuestos a potenciales ingredientes dietéticos; mientras otros investigadores no confirmaron ningún papel importante de los hábitos alimentarios en el desarrollo de EAR. Sin embargo, una investigación en China entre estudiantes universitarios encontró que el consumo frecuente de bebidas carbonatadas aumenta el riesgo de EAR, mientras que la preferencia por las

nueces proporciona protección, aunque la ingestión de frutas no tuvo ningún efecto positivo.

Las aftas recurrentes aparecen más frecuentemente en pacientes con trastornos gastrointestinales, principalmente enfermedades crónicas (enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa) y enfermedad celíaca. Esta correlación se debe en parte a deficiencias de micronutrientes y probablemente a reacciones autoinmunes.

La enfermedad celíaca, una sensibilidad autoinmune al gluten, es otro trastorno médico asociado a EAR, pero la relación causal entre estos dos trastornos no está bien clara.

La neutropenia cíclica, un raro trastorno presente en la niñez, también se asocia con úlceras orales recurrentes durante los periodos donde está deprimido el conteo de neutrófilos.

Las aftas también se ven frecuentemente en personas infestadas con VIH, quienes manifiestan una desproporción de linfocitos CD4 y CD8 y una reducción de neutrófilos.⁵

El síndrome o enfermedad de Behcet es un complejo sintomático autoinflamatorio crónico de aftas genitales y orales e inflamación ocular (uveitis, iritis) que frecuentemente afecta pacientes jóvenes del Mediterráneo, Medio Oriente y descendientes del Pacífico. También provoca artritis, tromboflebitis y aneurismas arteriales.

Algunos informes mencionan una correlación entre las concentraciones séricas de hormonas sexuales y el curso de EAR. Las exacerbaciones se observan principalmente en la fase luteínica del ciclo menstrual y durante la menopausia, mientras las remisiones parecen más frecuentes en el embarazo y en mujeres que utilizan píldoras anticonceptivas.

Los traumas locales parecen agentes causales en personas susceptibles hereditariamente al RAS. Los traumatismos predisponen a EAR al provocar edema e inflamación celular precoz asociada a un incremento de la viscosidad de la matriz extracelular de la submucosa oral. Aunque no se ha demostrado una asociación directa entre la disfunción de las glándulas salivales con EAR, los

pacientes con una combinación de EAR y xerostomía tienen síntomas más graves debido al reseque oral.

Otro factor potencialmente relacionado con las exacerbaciones de EAR es el estrés. De acuerdo con algunos autores, más que en el inicio de los episodios influye en su duración. Los efectos psicógenos modifican la respuesta inmune también en otras condiciones con sospecha de componente autoinmune como el liquen plano y las enfermedades inflamatorias intestinales. Es probable que el estrés oxidativo tenga un papel importante en este proceso.⁵

El diagnóstico es clínico. Es importante conocer los antecedentes patológicos personales y familiares del paciente (diabético, inmunodeprimido, enfermedad hematológica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa idiopática, entre otras), traumatismo bucal, uso de prótesis o material dental, quemaduras e infecciones, obtenidos todos durante la anamnesis y reflejados en la historia clínica.¹⁸

Se pueden realizar estudios de cultivo de la mucosa bucal, biopsias, citología exfoliativa, detección viral de anticuerpos monoclonales o por técnicas del PCR, visualización histológica de las inclusiones virales intracelulares y estudios serológicos, en aquellos casos que lo requieran o estén inmunocomprometidos.²¹

En la actualidad, teniendo en cuenta la periodicidad, intensidad y persistencia en que se presentan las aftas bucales, se ha definido desde el punto de vista clínico como una entidad de etiología no precisada, que cursa con brotes de recurrencia.

22

El esquema de tratamiento es el siguiente:

1. Anestesias locales: la aplicación tópica de lidocaína 2 %, 3 veces al día, si duele la lesión. Benzocaína 5 % 3 ó 4 veces al día. Clorhidrato de bencidamina 0,15 % en enjuagues 3 veces al día.
2. Colutorios alcalinos: perborato de sodio (Perborasep), magma de magnesio.
3. Enjuagatorios antisépticos: clorhexidina 0,2 y 0,12 % en forma de colutorios 2 o 3 veces al día.
4. Fitoterapia: Colutorios con caléndula, llantén mayor, manzanilla o romerillo 3 veces al día. Aplicar en las lesiones crema de manzanilla, crema de

llantén mayor, aloe crema (25 ó 50 %) o frotar el cristal de la sábila 3 veces al día.

5. Acupuntura: Ig-4, Vg-26, Vg-20, Vc-24, Vc-12, Id-18.
6. Digitopuntura: La digitopresión puede ser aplicada en los mismos puntos de acupuntura con fuerte presión.
7. Auriculopuntura: Analgesia dental superior o inferior, ansiolítico, shenmen, estómago, bazo, páncreas, boca y lengua.
8. Propóleos: Después de limpiar el área afectada con agua destilada, aplicar tintura de propóleos 5 %, 2 ó 3 veces al día durante 7 días o indicar en forma de colutorios antes de las comidas (por su poder anestésico); el propóleos se disuelve en agua destilada.
9. Miel: Previa limpieza de la zona con agua destilada aplicar sobre la lesión 2 ó 3 veces al día por 7 días. Puede utilizarse combinada con tintura de propóleos 5 % o sábila.
10. Homeopatía: De acuerdo con la individualidad de cada paciente se pueden indicar los medicamentos siguientes: ignatia, natrummuriaticum, arsenicumalbum, bórax, mercuriussolubilis, mercuriuscyanatus, mercurius corrosivo, ácido nítrico. Si se producen recidivas, se debe repertorizar al paciente.
11. Antinflamatorio y analgésico.
12. Laserterapia
- ¹³. Medicación tópica de esteroides, antivirales, además indicación de antibióticos, inmunosupresores, agentes inmunomoduladores, antivirales, antialérgicos, antifúngicos, complejos vitamínicos, cuando fuera necesario.²²

Desde el punto de vista alopático se usan en su tratamiento medicamentos con acción sedante y cicatrizante, se han utilizado antimicrobianos como la clorhexidina al 0.12 %, metronidazol, glucocorticoides como la prednisona o triamcinolona al 0,1 % en crema, medicamentos que presentan reacciones molestas, como el sabor amargo, lo que conduce al rechazo por parte de los pacientes. También se ha empleado con buenos

resultados el bálsamo de Shostakovski, pero tiene como inconveniente que el dolor desaparece de forma muy lenta, llegando inclusive hasta 10 días.

En los últimos años la terapia de medicina alternativa ha cobrado más relevancia, ya que es menos invasiva y busca en los recursos de la naturaleza la curación, esta consta de control del estrés y la relajación; además de disciplinas y prácticas como la Fitoterapia, Digitopuntura, Auriculopuntura, Propóleo, Homeopatía, Ozonoterapia y Laserterapia.¹⁹

Se asume lo postulado por el colectivo de autores de la literatura del Compendio de Periodoncia.²³

Existen varias clasificaciones, se propone la de Scully y Poster por ser la más utilizada y práctica. Su clasificación es de acuerdo con el tamaño de la lesión en: aftas menores, mayores y herpetiformes.

– Aftas menores: es la más común, se caracteriza por ulceraciones planas, redondas u ovales de menos de 5 mm, cubierta por una membrana gris blanquecina rodeada por un halo eritematoso. Se presenta con mayor frecuencia en labio, carrillo y suelo de boca, es menos común en la encía, paladar y dorso de la lengua. Cura entre 10 y 14 d sin dejar cicatriz.

– Aftas mayores: es frecuente, también se le nombra periadenitis mucosa recurrente necrótica, comienza en la pubertad. Presenta lesiones ovaladas y ocasionalmente nodulares entre 1 y 3 cm de diámetro, pueden localizarse en labio, paladar blando y lengua, que afecta con menos frecuencia cualquier sitio de la mucosa bucal; duran varias semanas y pueden dejar cicatriz.

El paciente con este tipo de afta deberá ser remitido al cirujano maxilofacial para su tratamiento.

– Aftas herpetiformes: son muy pequeñas, de 2 a 3 mm, pueden aparecer en forma de racimo y distribuidos en toda la cavidad bucal, son más comunes en mujeres en edades avanzadas. Es la menos frecuente de los 3 tipos.²³

Características clínicas

- Previamente a la aparición de las lesiones, unas 12 h a 48 h antes, pueden presentarse síntomas prodrómicos en el lugar en el que estas se establecen. Estos síntomas pueden ser sensación de hiperestesia, inflamación,

quemazón, escozor, picor o dolor y el paciente suele situarlos de una forma bastante precisa

- Lesión de aparición rápida, en sus inicios se observa presencia de una o varias vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de uno o dos días, dejando una úlcera esférica.
- Estas lesiones se pueden presentar en cualquier lugar de la mucosa bucal. Habitualmente se afectan las mucosas bucales no queratinizadas, en especial la mucosa vestibular, labial y los pliegues bucales y linguales, los bordes y la parte inferior de la lengua.
- Las úlceras presentan una depresión en su centro de color amarillento con márgenes rojos. El tamaño de estas es variable como pudo observarse en la clasificación de Scully y Poster.
- La lesión es típicamente dolorosa por lo que, muchas veces, interfiere con la ingestión de alimentos.
- Puede existir aumento en la salivación y en ocasiones hay presencia de adenopatías.²³

Características histopatológicas

Las lesiones se caracterizan por ser úlceras no específicas. Microscópicamente se observa pérdida de la continuidad del epitelio superficial con exudado fibrinoso que cubre el tejido conectivo expuesto. En el tejido de los bordes se observa presencia de actividad proliferativa. En el tejido conectivo se observa infiltración de leucocitos polimorfonucleares, aunque en los casos crónicos estos pueden ser reemplazados por linfocitos y células plasmáticas.

La ingurgitación y proliferación capilar puede ser muy evidente. A veces la actividad fibroblástica es predominante y puede haber un número elevado de macrófagos. El epitelio presenta edema y alteración degenerativa de sus células con formación de pequeñas cavidades vesiculares que llegan a la necrosis y pérdida de la sustancia. Existe intensa inflamación con infiltrado predominante linfocitario al que se le agregan con el paso de las horas mononucleares (6h) y mastocitos (48h). Pueden encontrarse también histocitos y eosinófilos.

Se señala que el hallazgo más importante y significativo es la vasculopatía que interesa a la red superficial y media del corion mucoso.²³

Epidemiología

Tienden a presentarse con más frecuencia en la mujer que en el hombre, se manifiesta entre los 10 y 30 años de edad, también puede presentarse en niños y jóvenes. Se estima que el 20 % de la población general está afectada por la enfermedad y se ha encontrado tendencia familiar en la lesión.

En pacientes inmunocomprometidos como los tratados con quimioterapia contra el cáncer, agentes inmunosupresores o los portadores de sida, las lesiones por herpes recidivantes se asemejan a las úlceras aftosas recurrentes, deben realizarse cultivos de virus del herpes simple ya que el diagnóstico precoz y el tratamiento controla la infección. En estos pacientes las lesiones ulcerativas se comportan en un patrón diferente al de pacientes inmunocompetentes, su evolución es más tórpida.²³

La estomatitis aftosa es una enfermedad multifactorial; es decir, se consideran varios factores de riesgo en su etiología y patogenia, los que no se presentan por igual en cada paciente. Entre estos factores de riesgo se encuentran:

- Traumatismos: producto de lesiones más o menos intensas pueden generarse aftas en personas susceptibles, tales como trauma por el cepillo dental, mordeduras, y atrogenias, alimentos duros, entre otros.
- Virus: en la patogenia de la estomatitis aftosa pueden estar implicados los siguientes virus: herpes simple tipo I, adenovirus, la varicela-zóster, citomegalovirus, Coxsackie, Epstein-Barr y el virus de inmunodeficiencia humana.
- Bacterias: se relacionan particularmente con *Streptococcus hemolítico* y *Streptococcus sanguinis*, como agentes contaminantes, aunque hay estudios que evidencian una respuesta de hipersensibilidad a la forma alfa y beta de *estreptococo*. También se citan a *Streptococcus mutans*, *Treponema pallidum*, bacterias gramnegativas anaerobias (bacteroides), *Neisseria gonorrhoeae* y *Helicobacter pylori*.
- Alteraciones inmunitarias: se ha planteado que la forma recurrente es el resultado de una respuesta autoinmune del epitelio bucal. Estos pacientes

pueden tener una disregulación inmunitaria de base genética. Estudios realizados con marcadores inmunológicos han demostrado alto grado de asociación.

- Alteraciones sicosomáticas: se vincula la enfermedad al estrés emocional por la disregulación inmunitaria y déficit circulatorio que provoca. Se asocia a tanto a la depresión como a la ansiedad.
- Alteraciones gastrointestinales: se ha observado en personas con padecimientos gastrointestinales, como la colitis ulcerativa, síndrome de malabsorción, giardiasis y enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, gastritis, úlcera péptica, enfermedad diarreica aguda y enfermedad de Behcet.
- Factores endocrinos: se asocian a algunas mujeres menopáusicas o durante la menstruación, por lo que se relacionan con variaciones en la producción de estrógenos y progesterona.
- Deficiencias nutricionales: la mucosa bucal tiene una elevada velocidad de recambio, por lo que es muy sensible a la insatisfacción de los nutrientes necesarios para el mantenimiento homeostático. Cualquier deficiencia vitamínica (complejo B, A, C y E), de microelementos (cinc, selenio, magnesio, entre otros), o de energía puede contribuir a la aparición de lesiones.
- Factores genéticos: se ha observado una transmisión hereditaria por progenitores afectados, que aumenta en caso de que sean ambos (padre y madre).
- Afecciones alérgicas: se ha asociado la presencia de aftas a las manifestaciones alérgicas a la ingestión de diversos alimentos (cítricos, trigo, entre otros) y con algunos medicamentos como piroxicam, docetaxel (utilizado en el tratamiento del cáncer) y fluoruros, que se añaden muchas veces a las pastas dentales.²³

Diagnóstico y pronóstico

El diagnóstico de la afección se hace fundamentalmente según los hallazgos clínicos y por la historia de la enfermedad. Los antecedentes generales resultan

muy importantes. En casos complejos se pueden realizar estudios de cultivo de la mucosa bucal, biopsias y citología exfoliativa. También se describen la detección viral de anticuerpos monoclonales o por técnicas de reacción en cadena de la polimerasa, visualización histológica de las inclusiones virales intracelulares, así como estudios serológicos.

La gran variedad de factores que se involucran en su etiología, su asociación a diferentes enfermedades sistémicas y el no existir consecuentemente una terapéutica definida comprometen el pronóstico de la afección, esta mejora en la medida que se detecte y se controle el factor sistémico influyente.²³

Diagnóstico diferencial

- Eritema multiforme.
- Gingivostomatitis herpética aguda.

Tratamiento

De acuerdo a su etiología multicausal el tratamiento utilizado es muy variado y generalmente encaminado a aliviar los síntomas y evitar una infección secundaria sobreañadida, en casos de estomatitis aftosa recurrente debe realizarse una profunda anamnesis para detectar posibles factores asociados que permitan establecer conductas más coherentes y adecuadas para la prevención de las recurrencias.

El tratamiento local es el más utilizado, la terapia sistémica se indica de acuerdo con los factores generales asociados.

Tratamiento con recursos naturales.

Apiterapia

- Propóleos: después de limpiar el área afectada con agua destilada, aplicar tintura de propóleos al 5 %, dos o tres veces al día durante siete días o indicarlo en forma de colutorios antes de las comidas, por su poder anestésico, además de antiinflamatorio y cicatrizante.

Aún el hombre no había poblado la tierra, y ya las abejas trabajaban afanosamente, logrando así la sabia naturaleza una de las mayores muestras de organización colectiva y perfecta especialización individual.²⁸

Cita Moisés Asís "la apiterapia es la disciplina que estudia el cuidado de la salud y el tratamiento y curación de las enfermedades mediante el consumo y aplicación de los productos apícolas."²⁴

Documentos de civilizaciones anteriores llegados a nuestros días, nos permiten suponer que ya el hombre primitivo andaba a la caza de la miel. Hace 6 000 años los chinos recomendaban la miel como medicamento, y se dice que los egipcios hacían expediciones y conservaban la carne en barriles llenos de miel, así como otras culturas, entre ellas la hebrea, la griega, hindú, persa, romana no pasaban por alto las valiosas propiedades de los productos de las abejas.

El auge de la apicultura primitiva se le atribuye al siglo XVI e inicio del XVII, decreciendo en el siglo XVIII como consecuencias de la tala de los bosques, y el desarrollo de la industria azucarera.²⁵

Biología de las abejas.

Las abejas son insectos sociales que viven en grandes colonias. Cada colmena contiene una colonia constituida por una sola reina, varios cientos de machos o zánganos y miles de obreras. En total alrededor de 50 000 abejas.

La reina llamada también maestra, madre o machiega, es dos veces mayor y 2,8 veces más pesada que las obreras. Su misión biológica es la reproducción. Una vez que alcanza su madurez inicia el llamado vuelo nupcial, hasta una distancia de varios kilómetros y gran altura; en este vuelo es seguida por los zánganos, de los cuales de 6 a 17 se aparean con ella (los más fuertes). Los que copulan con la reina mueren a consecuencia de la copulación. La reina vuelve a la colmena y empieza a poner entre 1000 y 2000 huevos diarios, los cuales originarán según la alimentación obreras o una reina. Ponen también huevos no fecundados de los que nacen machos. Viven alrededor de 5 ó 6 años.²⁵

Las obreras se encargan de la alimentación, defensa y construcción dentro de la colmena. En ausencia de la reina las obreras ponen huevos que origina los zánganos. Una abeja es capaz de poner durante toda su vida 28 huevos. Duran alrededor de 30 a 45 días.

Los zánganos tienen la misión de la reproducción, ya que con su semen garantizan la perpetuación de la especie. Sus testículos poseen entre 10 y 200 millones de espermatozoides. Duran aproximadamente 3 meses.²⁵

La colmena y sus productos.

Los productos de la colmena son conocidos por el hombre desde hace miles de años. La historia de ello es que el hombre conocía a las abejas y las usaba desde hace mucho.

Ellos son: la Apitoxina o veneno de abeja, la cera, la jalea real, la miel, el polen, el pan de abeja y el propóleo.

En la colmena cada uno de los elementos mencionados tiene funciones específicas: El veneno, que es solamente producido por las abejas más veteranas es una defensa. La cera es el ladrillo que conforma esa fantástica estructura que son los panales, donde se deposita la miel, el polen y se cumple la función de reproducir a fin de perpetuar la especie. Esta es producida por las abejas jóvenes. La jalea real, el asombroso alimento que marca la diferencia entre que una larva sea obrera o reina; también es producida por las abejas jóvenes.

La miel, el alimento energético al cien por cien, que la abeja extrae en forma de néctar de las flores, de algunas partes de las plantas o de ciertos insectos.

El polen, elemento fecundante masculino de las flores, alimento proteico por excelencia, fundamental para el desarrollo de las crías; y finalmente el propóleo que la abeja lo extrae fundamentalmente de algunas plantas, aunque puede usar también otras sustancias como los derivados del petróleo (brea, asfalto, entre otros)

El propóleo cumple funciones mecánicas, de amortiguar vibraciones, aislamiento térmico, etc. y de desinfección, tanto en las celdillas donde van a nacer las crías (que son esterilizadas con propóleos) como en todo el interior y entrada de la colmena. De allí proviene su nombre del griego: Pro (antes, delante) Polis (gente, ciudad). Defensa o antes de la ciudad de las abejas.²⁵

Los tres primeros; Apitoxina, Cera y Jalea, son productos de la secreción endógena de la abeja, sufriendo variaciones de acuerdo al estado de la colmena, temperatura ambiente y alimento disponible.

Los tres segundos; miel, polen y propóleos son elaborados con elementos externos que la abeja modifica y enriquece. Así, al néctar de las flores, con un 80% de agua se lo enriquece con enzima y varios elementos más que le dan sus propiedades, a la vez que se lo deshidrata llevándolo hasta un 18 – 20% de agua. El proceso que sigue el néctar es ingestión/regurgitación-deshidratado. La abeja lo enriquece con su secreción salivar.

En el caso del polen, de granos microscópicos, la abeja los va adhiriendo y compactando con su saliva hasta hacer la clásica pelotica. Luego lo compacta en las celdillas cubriéndolo con miel si no hay cría para alimentar. Este es el llamado “pan de abejas”; mucho más rico que el polen en su composición, pero más difícil para extraer, elaborar y presentar.

El propóleo es extraído con un laborioso proceso en forma de resina de algunos árboles, y luego utilizado en la colmena todo el año. En los análisis de este producto aparecen flavonoides y varios elementos más que no se encuentran en forma original en los vegetales.

Ello habla a las claras de que es bien válida la teoría del doble origen: Una materia prima (externa) que sufre modificaciones y enriquecimiento por parte de las abejas (Interna).

Cabe agregar que en la naturaleza esta alimentación y defensa ante enfermedades que posee la familia de las abejas es altamente eficiente. No presenta fallas, y así la abeja sobrevivió durante miles de años sin la participación en su vida del ser humano. ²⁵

La medicina tradicional y natural, conocida internacionalmente como medicina alternativa, energética, naturalista o complementaria y holística, es una realidad presente en todo el mundo, y forma parte del patrimonio cultural de cada país. Emplea prácticas que varían de un país a otro y de generación en generación, desde cientos de años antes del desarrollo de nuestra medicina actual. Se considera una disciplina médica, reconocida por el MINSAP en función de las necesidades identificadas por los servicios de salud, por lo que resulta de gran importancia en el conocimiento y aplicación de los procedimientos y técnicas de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, curación y

rehabilitación, que comprende la medicina tradicional y natural, en busca de más vida y sobre todo de más calidad de vida; se generaliza el uso de medicamentos naturales y otros recursos terapéuticos de fácil adquisición a bajo costo y al alcance de todos.

En la medida en que aumentó el interés de decenas de investigadores por conocer mejor la utilidad del resinoso púrpuro-parduzco, el margen fue ampliándose de forma increíble, y en distintas partes del mundo se han realizado estudios que demuestran su aplicabilidad en la medicina, por lo que se han abierto nuevos horizontes y conocimientos sobre este producto.³⁰ Existen evidencias de que el propóleo se ha utilizado con resultados satisfactorios en pacientes con úlceras por decúbitos, úlcera de la mucosa oral, gingivitis inflamatoria, úlceras crónicas gastrointestinales, entre otras.

Esta ciencia brinda a la estomatología múltiples ventajas y beneficios con mínimos efectos secundarios, ahorro de gastos y apertura de una nueva línea de investigación y tratamiento.²⁶

Dosis permisible de ingestión

A pesar de ser un producto inocuo, no debe ingerirse indiscriminadamente. Su dosis terapéutica en humano para uso oral es 5mg/kg de peso al día.

Vías de administración.

La vía de administración depende del uso que se le dé al medicamento y de la forma farmacéutica en que éste se encuentre, ellas pueden ser en forma de: colutorios, pomadas, gotas, óvulos, supositorios, lociones, talcos, inyecciones, pomadas, cremas, tinturas, extractos, lacas, aerosoles, tabletas y cápsulas.²⁷

Alergia.

Resulta muy pequeño el porcentaje de la población que presenten algunas reacciones de alergia al propóleo y al resto de los productos apícolas, estas reacciones surgen por lo general en personas alérgicas a las abejas o sus picaduras, o en personas con algún tipo de padecimiento alérgico. En general el propóleo es inocuo, pero pueden aparecer en casos aislados efectos secundarios como son: sequedad de la boca, somnolencia, mareos, molestias en epigastrio,

enrojecimiento en la piel acompañado de picazón e inflamación, puede aparecer además rinitis alérgica, bronquitis o asma bronquial.²⁸

Preparados comerciales:

Diferentes países están elaborando desde hace algún tiempo productos con propóleo en forma de solución, pastas dentífricas, cremas faciales, jabones, miel propolizada, ungüento, entre otras.

En Cuba se están produciendo varios medicamentos con propóleo, como el Propenal en cremas, pinceladas, colutorios, gotas nasales; el Propolán, en proporción de 1:6:2:2 de propóleo, etanol, propilenglicol y colodión flexible, para uso estomatológico, el Hemolizado (vino), reconstituyente general, que contiene 50% de hemolizado, 40% de miel y 10% de solución alcohólica de la miel con propóleo Apiflor.

En España, los laboratorios Kessler preparan un antiséptico bucal, hemostático y bactericida con el nombre comercial de Vigordenta, que contiene extracto alcohólico de propóleo sulfofenato de Zinc.²⁷

Además se usa en Estomatología como antiséptico bucal, hemostático y bactericida, en solución hidroalcohólica. Como barniz dentario, extracto de propóleo al 10%, útil para la hiperestesia dentinaria.

Odontalgias: extracto alcohólico de propóleo al 10% como sedante pulpar.

Desinfección de las manos: solución alcohólica 10%.

Recubrimiento pulpar directo o indirecto.²⁵

Infecciones resistentes en el conducto radicular: solución alcohólica 5–6%, en caso de recubrimientos pulpaes, se sellará el diente de 6 a 7 días, colocando una mota de algodón embebida en solución de propóleo, procediendo después a los métodos tradicionales.

Gingivitis crónica edematosa y fibroedematosa y en las periodontitis.

En la halitosis: propóleos emulsión 3%, buches.

Aftas bucales y otras ulceraciones de la mucosa bucal: extracto 5-6% aplicaciones tópicas, 1 ó 2 veces al día; o solución hidroalcohólica, (10 ml de solución de propóleo disuelto en 100 ml de agua hervida.²⁸

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un tipo de estudio cuasi-experimental de intervención con pacientes entre 15 y 45 años de edad que asistieron a la consulta de urgencia estomatológica en la Clínica de Rodas en el período comprendido desde junio 2020 – junio 2021 con el objetivo de evaluar la utilidad de la tintura del propóleo al 5% en la estomatitis aftosa recurrente.

Universo y Muestra: El universo de estudio estuvo constituido por 740 pacientes entre 15 y 45 años de edad que acudieron a la consulta de urgencias. La muestra quedó conformada por 110 pacientes que se diagnosticaron con esta patología y que estuvieron de acuerdo a participar en la investigación, los cuales cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y salida siguientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes en edades entre 15 y 45 años con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes alérgicos a las picaduras de las abejas o a los componentes derivados de las abejas principalmente al propóleo.
- Pacientes que no deseen ser tratados con el producto objeto de estudio (Tintura de propóleo).
- Que tuvieran una enfermedad sistémica que pudiera modificar los resultados de la investigación.

Criterio de salida

- Pacientes que después de iniciado el tratamiento lo interrumpieron

Métodos que se aplicaron

Teóricos:

Histórico- lógico: permitió buscar la historia y antecedentes del problema que determina el nivel de conocimientos de salud bucal.

Análisis y síntesis: Fueron utilizados durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.

Enfoque de sistema. Proporcionó la orientación general para el estudio de los fenómenos educativos como una realidad integral formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción.

Inducción- deducción: Permitió mediante el análisis partiendo de lo particular llegar a lo general del problema lo que facilita las conclusiones de la investigación.

Técnicas e instrumentos:

Revisión bibliográfica y documental: Análisis de documentos que permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las intervenciones realizadas con anterioridad.

Encuesta: se utilizó el cuestionario, como instrumento elaborado para realizar la misma, donde se formularán preguntas para responder a los intereses de las variables. Se recogieron importantes valoraciones hechas por el encuestado.

Descripción del medicamento.

El medicamento que se utilizó fue la tintura de propóleo al 5%. Para la obtención del mismo se hizo un acuerdo entre la clínica estomatológica de Rodas y la farmacia de dicha área.

Tiempo y forma de aplicación del medicamento para lograr la curación:

Las aplicaciones se realizaron diarias de forma tópica en la consulta y se les indicó además a los pacientes comprar el medicamento en la farmacia y utilizarlo de la forma indicada 2 veces al día en el hogar. Se le orientó al paciente no ingerir alimentos ni líquidos durante 2 horas después de la cura, además no usar esteroides ni otro tratamiento medicamentoso que pueda modificar los resultados de la investigación.

Descripción de los procedimientos a realizar.

Para la evaluación del tratamiento se tuvo en cuenta el tiempo de remisión de las lesiones es decir la cicatrización de las mismas observando la continuidad del epitelio y la desaparición del dolor, lo cual se evaluó por días de tratamiento (1er día, 2do día, 3er día, 4to día, 5to día, 6to y 7mo días.

Luego del tiempo y la forma de aplicación del medicamento antes expuesto se confeccionó un formulario donde se recopiló toda la información emitida por los pacientes dando como resultado si la evolución fue satisfactoria o no.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad.	Cuantitativa continúa.	Años biológicos cumplidos	15-18 19-34 35-39 40-45	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Según sexo biológico de pertenencia	Femenino Masculino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Clasificación de las lesiones.	Cualitativa nominal	Según examen clínico.	Mayores Menores Herpetiformes	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Tiempo de evolución de las lesiones luego del tratamiento utilizado.	Cuantitativa continua	Días de tratamiento.	1er día 2do día 3er día 4to día 5to día 6to día 7mo día	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Evolución de las lesiones	Cualitativa nominal	Teniendo en cuenta si disminuye o no el dolor y el tamaño de las lesiones	Satisfactoria No satisfactoria	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Utilidad del tratamiento	Cualitativa nominal politómica	Teniendo en cuenta si la lesión desaparece	Util Menos util No util	Frecuencia absoluta y porcentaje.

		antes de los 7 días, si disminuyen los síntomas, pero se mantienen las lesiones, o si no muestran nada de mejoría con el tratamiento en el periodo de 7 días.		
--	--	---	--	--

Procesamiento de la información

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis estadístico descriptivo según corresponde a la variable estudiada. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión.

Consideraciones Éticas:

Para la realización de esta investigación se tendrán en cuenta algunas consideraciones éticas como el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen del Comité Ética de la investigación (Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3) y el Aval del Consejo Científico (Anexo 4). Relacionadas con los pacientes objeto de estudio, toda la investigación se rigió por los principios de la declaración de Helsinki, se solicitó el consentimiento informado a los pacientes que fueron investigados tratados con los principios de educación formal, con un lenguaje claro, sencillo; se le explicó todas las ventajas del proyecto, al igual que los riesgos del mismo y en caso de desear retirarse lo puede hacer en cualquier momento sin verse obligado a dar razones (Anexo 5) y se constató con la Historia Clínica Individual del paciente la cual se confeccionó en la consulta a través del interrogatorio y examen bucal (Anexo 6). Además, se constó con un Registro para el control de los pacientes con Estomatitis aftosa recurrente (Anexo 7) y formulario de datos que facilitó la recogida de la información (Anexo 8).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Distribución de pacientes entre 15 y 45 años con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente según edad y sexo pertenecientes a la Clínica Estomatológica de Rodas, en el periodo de comprendido desde junio 2020 – junio 2021.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
15-18 años	12	28.6	16	23.5	28	25.5
19-34 años	16	38.1	30	44.2	46	41.8
35-39 años	7	16.7	9	13.2	16	14.5
40-45 años	7	16.7	13	19.1	20	18.2
Total	42	38.2	68	61.8	110	100

Fuente: Historia clínica individual.

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes entre 15 y 45 años con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente la cual arrojó que el grupo de edad más representativo fue el de 19 a 34 años para un 41.8% seguidos por el de 15 a 18 años y 40 a 45 años para un 25.5% y 18.2% respectivamente, siendo el sexo femenino el más afectado para un 61.8%. Resultados similares obtuvo Rodríguez y Raissouni²⁹, donde el sexo femenino fue el predominante en el intervalo entre 20 a 30 años.

La autora opina que las diferencias encontradas en cuanto al sexo se pueden explicar por el hecho que las mujeres se preocupan más que los hombres por el cuidado de su salud bucal y, por tanto, acuden con más frecuencia al estomatólogo; por otra parte las féminas están más sometidas a alteraciones hormonales, sobre todo durante el ciclo menstrual, pues el aumento de progesterona y la disminución de estrógenos provocan una disminución de la queratinización de la mucosa oral, lo que la hace más vulnerable. Además, en ocasiones las mujeres están sometidas a situaciones estresantes que generan tensión emocional y actúan como factor desencadenante en la aparición de las lesiones.

Tabla 2. Distribución de pacientes entre 15 y 45 años según la clasificación de las lesiones.

Clasificación del trauma	Grupo de edades									
	15-18 años		19-34 años		35-39 años		40-45 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mayores	4	14.3	8	17.4	4	25	4	20	20	18.2
Menores	16	57.1	28	60.9	8	50	10	50	62	56.3
Herpetiformes	8	28.6	10	21.7	4	25	6	30	28	24.5
Total	28	25.5	46	41.8	16	14.5	20	18.2	110	100

Fuente: Historia clínica individual.

El 56.3% de los pacientes entre 15 y 45 años presentó estomatitis aftosa recurrente menores seguidos por las herpetiformes y mayores para un 24.5% y 18.2% respectivamente como refleja la tabla 2. Rodríguez y Raissouni ²⁹ en su estudio obtuvo que la totalidad de los pacientes estudiados presentaron aftas menores, resultados que coinciden con esta investigación.

Las aftas menores son las más comunes (85 % de los casos) y se caracterizan por lesiones superficiales de menos de 1 cm de diámetro, que aparecen normalmente en la mucosa bucal no queratinizada y curan en una a dos semanas sin dejar cicatriz. ²⁹⁻³⁰

Tabla 3. Distribución de pacientes entre 15 y 45 años según tiempo de evolución de las lesiones luego del tratamiento utilizado.

Tiempo de evolución	Pacientes (n=110)	
	No.	%
5to día	25	22.7
6to día	75	68.2
7mo día	10	9.1
Total	110	100

Fuente: Historia clínica individual.

En la tabla 3 se observa el tiempo de evolución de las lesiones luego del tratamiento utilizado donde el 68.2% de las estomatitis aftosas recurrentes evolucionó al 6to día, el 22.7% lo hizo al 5to día y solo el 9.1% al 7mo día del tratamiento.

En la literatura científica se encuentran diferentes opiniones acerca del tratamiento de las lesiones inflamatorias de la mucosa oral. Para el manejo terapéutico de la estomatitis aftosa y los aftoides se han utilizado fármacos anestésicos locales, antibióticos antifúngicos, antisépticos, corticoides tópicos, analgésicos, antiinflamatorios y astringentes químicos.

Para esta intencionalidad, en las últimas décadas se ha socializado el uso de la Medicina Natural y Tradicional como la apiterapia, fitofármacos, la homeopatía, la acupuntura, la digitopuntura, entre otras alternativas, por las propiedades medicinales de estas terapéuticas (analgésica, antimicrobiana, antioxidante, cicatrizante, antiinflamatoria y antiulcerosa).³⁰

La autora considera que la curación de las lesiones aftosas puede demorar de siete a diez días, e incluso más, sin embargo, la aplicación de la tintura de propóleo al 5% acelera el proceso de cicatrización; además posee propiedades antiinflamatorias, antitóxica, bacteriostático, bactericida y cicatrizante, así como como una probada acción anestésica.

Tabla 4. Distribución de pacientes entre 15 y 45 años según evolución de las lesiones.

Evolución de las lesiones	Pacientes	
	No.	%
Satisfactoria	98	89.1
No satisfactoria	12	10.9
Total	110	100

Fuente: Historia clínica individual.

El 89.1% de los pacientes entre 15 y 45 años de edad con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente presentó una evolución satisfactoria de las lesiones teniendo en cuenta si disminuye o no el dolor y el tamaño de las lesiones, y no satisfactoria solo el 10.9% como muestra la tabla 4. Estos resultados son similares a los alcanzados por Rodríguez y Raissouni ²⁹ quienes reportaron que el 94.5% de los pacientes tuvo una buena evolución, constatando clínicamente la ausencia de dolor y la total cicatrización de las lesiones aftosas.

Es opinión de la autora que los resultados se debieron a las propiedades del fármaco: Antiinflamatorias, bajo la influencia del propóleo se refuerza la fagocitosis, aumenta el contenido de Properdina en la sangre y la formación de anticuerpos, estimulando los factores específicos y no específicos de la inmunidad; Anestésicas, se le atribuye 3,5 veces mayor que la Cocaína, 52 veces que la Novocaína y en soluciones al 1% es 4 veces más eficaz que la Procaína; Cicatrizante, estimula y facilita la granulación, la acción protectora y regeneradora del tejido conjuntivo, esto se debe al grupo flavonoides en cuya composición figura la Galangina, sustancia activa del propóleo; entre otras.

Tabla 5. Distribución de pacientes entre 15 y 45 años según utilidad del tratamiento.

Utilidad del tratamiento	Pacientes	
	No.	%
Útil	104	94.6
Menos útil	4	3.6
No útil	2	1.8
Total	110	100

Fuente: Historia clínica individual.

En cuanto a la utilidad del tratamiento, el 94.6% fue útil teniendo en cuenta la desaparición de las lesiones y la disminución de los síntomas antes de los 7 días, solo el 1.8% resultó no útil como refleja la tabla 5. Los resultados coinciden con Rodríguez y Raissouni ²⁹ quienes obtuvieron que el 96.36% evolucionó favorablemente al tratamiento.

Es opinión de la autora que las medidas terapéuticas básicamente están encaminadas a minimizar la sintomatología y prevenir las recurrencias. La elección de un tratamiento tópico o sistémico depende de la severidad de los síntomas, del tamaño, número de lesiones y frecuencia de episodios recurrentes. Por lo que el tratamiento con tintura de propóleos al 5% tiene una efectividad máxima de 5 a 7 días en las lesiones de EAR menor y mayor; por lo que, al mejorar la calidad de vida de los pacientes durante su curación, se considera eficaz.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Se concluye que, en la clínica estomatológica de Rodas, hubo un predominio de la estomatitis aftosa recurrente menor afectando al grupo de edad de 19 a 34 años y al sexo femenino. Más de la mitad de las lesiones evolucionaron satisfactoriamente entre 5to al 7mo día del tratamiento utilizado, desapareciendo las lesiones y los síntomas a la mayoría de los pacientes; lo cual evidenció la utilidad de la tintura de propóleos al 5%. Por lo que, las medidas terapéuticas básicamente están encaminadas a minimizar la sintomatología y prevenir las recurrencias. La elección de un tratamiento tópico o sistémico depende de la severidad de los síntomas, del tamaño, número de lesiones y frecuencia de episodios recurrentes.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- ✓ Impartir cursos de postgrados que eleven el nivel de conocimiento de estomatólogos que propicien un correcto diagnóstico y tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente.
- ✓ Generalizar los resultados de la investigación en el territorio en presentación de jornadas científicas y revistas de impacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernadas MA, Remacha A, Condomines J, Moragas JM. Estudio de los déficit hematológicos en los enfermos afectados de aftas orales recidivantes. Med Clin (FARC) [Internet]. 2016 [citado 12 Mar 2021];109:[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072005000100006&lng=es.
2. Leal Rodríguez MI, Leyva Céspedes N, Zamora Guevara N. Efectividad del oleozón en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. MediCiego [Internet]. 2019 [citado 14 Dic 2020];25(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1184>
3. González González MA, Ortega Valín L, Ferreras López N, Rodríguez Prieto MA. Tratamiento con talidomida en estomatitis aftosa recurrente en una paciente pediátrica. Pharm Care Esp [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 15];20(3):[Aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/426/357>
4. Ghodrathnama F, Wray D, Bagg J. Detection of serum antibodies against cytomegalovirus, varicella zoster virus and human herpesvirus 6 in patients with recurrent aphthous stomatiti. Oral Pathol Med [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 15];28(1):[Above 4p.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.16000714.1999.tb01987.x>
5. Atkin PA, Xu X, Thornhill MH. Minor recurrent aphthous stomatitis and smoking: an epidemiological study measuring plasma cotinine. Oral Dis [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 15];8(3):[Above 4p.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.16010825.2002.01826.x?sid=nlm%3Apubmed>
6. Díaz del Mazo L, González Rodríguez A, Silva Colomé ME, Ferrer González S, Vicente Botta BL. Valoración clínico-epidemiológica de pacientes con pericoronaritis aguda de los terceros molares. MEDISAN. [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 15];21(11):[Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017001100007&lng=pt

7. Hernández Cuétara L, González Argote J, García Quiñones T de J, Ulloa Chávez O. Papel del estomatólogo en el abordaje terapéutico de la aftosis en la enfermedad de Behçet. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2019 [citado 16 Dic 2020];21(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n1/1817-5996-rcur-21-01-e44.pdf>
8. Vázquez Marrero AI, Pérez Suárez M de la C, García Zaldívar ME. Eficacia del láser en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. CCM [Internet]. 2019 [citado 2020 Dic 14];23(1):281-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812019000100281&lng=es.
9. Jaber L, Weinberger A, Klein T, Yaniv I, Mukamel M. Clase association of HLA-B52 and HLA-B44 antigens in Israeli Arab adolescent with recurrent aphthous stomatitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2017;127(2):184-7.
10. Casiglia JM. Recurrent aphthous stomatitis: etiology, diagnosis and treatment. Gen Dent 2017;50(2):157-66.
11. Jiménez Y, Bagan JV, Milian M. Minor recurrent aphthous stomatitis: Clinic characteristics hematologic deficiencies in 60 patients. Med Oral 2016;1(1):11-4
12. MINSAP. 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>.
13. Martínez O, Lima A, Zulueta M. Alveolitis. Revisión de la literatura. Rev Cubana Estomatol 2016;38(3):76-80.
14. Organización Mundial de la Salud Tradicional. Complementary and alternative medicines and therapies. Washington DC. Regional de la OMS para Las América. OPS (Grupo de Trabajo OPS/ OMS); 2019.
15. Valdés González G. Estudio comparativo de la acción antimicrobiana del propóleos con antibióticos y desinfectantes comerciales. ED. Ciencia y Técnica. Apicultura 2015;7-32.

16. Arnold Domínguez Y, Reyes Rodríguez P. La medicina alternativa. Rev. 16 de Abril 2018. p.17-24. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/2010/mnt.html>
17. Palsule SG. Odontología y homeopatía. Nueva Delphi: B. Jain Publishers; 2016.p.36-47.
18. Llanes Llanes E, del Valle Portilla M del C, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA, Álvarez Pérez M del C, et al. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Sosa Rosales M de la C. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p.195-260.
19. Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojas M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_nacional_de_atención_estomatológica/programa_nacional_completo.pdf
20. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 17]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%2020162021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
21. García Pernas M, Barrientos Borges Y, Espino Sosa Y, Rodríguez Fumero D, Padilla Gómez EM. Efecto del oleozón oral en el tratamiento de las aftas bucales. Revista Cubana de Medicina Natural y Tradicional. [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 15];3(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>
22. Báez Matos C, Frías Banqueros M, Ayala Báez S. Ozonoterapia en un paciente portador de aftas bucales. A propósito de un caso. MULTIMED. [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 15];19(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/360>
23. González Díaz ME. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p.149-82.

24. Asis M. Propóleos: el oro púrpura de las abejas. Centro de Información y Documentación Agropecuaria. La Habana: Edit. Ciencia y Técnica; 1991. p. 6-214.
25. Elisio Peña F. Apiterapia curando con las abejas. 2009
26. Quintana Díaz JC. Efectos del propóleos en los tratamientos quirúrgicos y las úlceras bucales. Rev Cubana Estomatol 2009;33(1).
27. Bianchi EM. Propóleos. Preparación de sus derivados y determinación de la calidad. Argentina: Centro de Investigaciones Avícolas; 1996.
28. Burton Goldberg. Medicina Alternativa. La Guía Definitiva. California, USA: Editorial Future Medicine Publishing, Inc. Tiburón; 2009.
29. Rodríguez Archilla A, Raissouni T. Estudio clínico de 200 pacientes con estomatitis aftosa recurrente. Gac Med Mex. [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 5];154:165-71. Disponible en: www.gacetamedicademexico.com
30. Céspedes Pereña V, Ortiz Mora W, González González J, Bonal Brooks LE, Febles Tomé BJ. Utilidad del Oleozón tópico en las úlceras orales del paciente con ventilación artificial mecánica, Guantánamo 2018. Rev. inf. cient. [Internet]. 2019 [citado 2021 Jul 5];98(5):619-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332019000500619&lng=es

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Aval de la Dirección del Centro.

Acta del Comité Científico para la investigación.

Clínica Estomatológica Raúl Suárez Martínez” de Rodas.

Rodas, ____ de ____ del 20____

En uso de las facultades que me están conferidas yo _____

Directora de la Clínica Estomatológica “Raúl Suárez Martínez”, apruebo la realización de esta investigación Utilidad de la tintura de propóleos en la Estomatitis aftosa recurrente, 2019. Pues la misma cumple los requisitos establecidos para el trabajo investigativo con pacientes.

Atentamente

Directora de la Clínica “Raúl Suárez Martínez” de Rodas.

Anexo 2.

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____,
hemos revisado el proyecto de investigación:

_____ de los autores _____

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐
N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐
NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tratamiento. y salida.
S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

Anexo 3.

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo:

_____, con categoría docente
_____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____.

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así
como el asesoramiento científico metodológico al residente.

Autora:

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo 4.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 5. Aspectos Éticos.

Consentimiento Informado:

Yo: _____ conozco que en la consulta de urgencia del área de salud de la Clínica de Rodas se desarrollará una investigación que tiene el propósito de intervenir la evolución de la Estomatitis aftosa recurrente (aftas); que se va utilizar un medicamento natural la tintura de propóleos al 5% dándome a conocer sus riesgos y beneficios conocidos. Se me ha informado que los datos de mi entrevista y los resultados del estudio solo serán conocidos por los investigadores y no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización ni serán usados en otras investigaciones no relacionadas con esta. Conozco también que mi participación contribuirá al mejor estudio y conocimiento de este parámetro; y que los resultados serán para el bien de nuestra sociedad.

Conociendo lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas y conociendo que de no aceptar participar en el estudio esto no afectará la relación médico paciente, expreso mi disposición a participar en esta investigación ofreciendo todos los datos que se me soliciten para que así conste, firmo el presente documento.

El día _____ del mes de _____ del año _____

Anexo 6.

[illegible]

MOD. 4702-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA		FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA				No DE H. CLINICA:	
UNIDAD:		CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er APELLIDO:		2do APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:					
EDAD:		SEXO: MASC. () FEM. ()		ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL					
ANTECEDENTES					
PATOLOGICOS					
(Personal - Familiar)					
Hemorrágicos (reac- ción a Medicamentos)					
HABITOS					
Succión Lengua					
Proctali, Cepillado					
Bruzismo, Tabaquismo					
Café, Alcohol y otros.					
EXAMEN BUCAL					
(Señalar Afectaciones)					
EXAMEN FISICO					
General					
(Piel y Mucosas,					
Hábito Externo)					

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible][illegible]

Anexo 7: Registro para el control de los pacientes con Estomatitis aftosa recurrente. Rodas junio 2020-2021.

[illegible]

Anexo 8. Para recolección de los datos.

Este formulario que usted voluntariamente contesta debe ser llenado con la mayor sinceridad pues de ello depende la calidad de nuestra investigación.

Nombre: -----

Edad: ----- . Sexo: -----

Fecha de iniciado el tratamiento _____

. Localización de la

lesión(es): _____

Tiempo de curación de las lesiones:

1er día _____

2do día _____

3er día _____

4to día _____

5to día _____

6to día _____

7mo día _____

Evolución:

Satisfactoria _____

No satisfactoria _____

Utilidad del tratamiento: Útil----- Menos útil----- No útil-----

Observaciones:

Firma: -----

