

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. JOSÉ ASSEF YARA”**

**CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE**

**CIEGO DE ÁVILA**

**TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE CON  
APLICACIÓN DE MIEL DE ABEJAS Y ROMERILLO.**

**Autora:** Dra. Yhipsy León Pujalte

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.

**Tutora:** Dra. Daymí del Carmen Borroto Alcorta

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral

Máster en Medicina Natural y Tradicional

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN  
URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS**

**2009**

## DEDICATORIA

A mis padres, esposo e hijos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que me han ayudado en la realización de esta investigación, en especial a mis profesores Dr. Ricardo José Díaz Brito y Dr. Armando Santiso Cepero, por guiarme en mi formación profesional.

## PENSAMIENTO

“La ciencia sin conciencia no es más que la ruina del alma”.

Francois Rabelais

## ÍNDICE

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos.....12

Marco Teórico.....13

Método.....33

Análisis y Discusión de los Resultados.....45

Conclusiones.....62

Recomendaciones.....63

Referencias Bibliográficas.....64

Anexos.

## RESUMEN

Se realizó un estudio experimental puro, ensayo clínico controlado para evaluar la utilidad de la Miel de abejas y Romerillo en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente. El universo de estudio se conformó con todos los pacientes mayores de 12 años que acudieron a los servicios de atención primaria de la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde abril del 2008 a abril del 2009, portadores de esta enfermedad y sin haber recibido tratamiento previo. Se estudiaron 55 pacientes en dos grupos, 25 en el grupo de estudio (casos) que recibieron tratamiento con Miel de abejas y Romerillo, y 30 en el grupo control a los que se le aplicó el tratamiento tradicional, los pacientes fueron evolucionados en tres períodos durante 7 días. Se estudiaron las variables: edad, sexo, tipo y número de lesiones y su localización anatómica, evaluándose el tiempo de remisión del dolor y de la lesión, reacciones adversas y utilidad del tratamiento. Se observó que preferentemente afectó a individuos jóvenes del grupo de 12 a 14 años. La mayor frecuencia de los casos la ocupó el sexo femenino. Las aftas menores afectaron las tres cuartas partes de los portadores de estas patologías. Las lesiones únicas predominaron en la mitad de los casos. Las lesiones más frecuentes se localizaron sobre las mucosas de labios y carrillos. El tratamiento con Miel y Romerillo evolucionó favorablemente, con alta significación estadística y una utilidad casi siete veces mayor que el tratamiento tradicional. Sin reacciones adversas.

## INTRODUCCIÓN

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) es una enfermedad crónica caracterizada por la aparición de ulceraciones en la mucosa oral no queratinizada, se presenta de manera aguda y dolorosa y es de curso recurrente. También se identifica por Aftosis Crónica Recidivante, Aftosis Oral, y comúnmente se le conoce como *Aftas*. (1).

El término *afta* proviene del latín aptha, que significa úlcera. Por tanto, definiremos *afta* como la úlcera que aparece en la superficie mucosa oral, causando dolor (2).

La Estomatitis Aftosa Recurrente, se tiene referencia que clínica y científicamente fue descrita y publicada por primera vez en el 1898 por Von Mikulicz y Kummel (3).

Dentro de las lesiones bucales, *las aftas* son motivo de consulta frecuente en la práctica estomatológica. La mucosa bucal representa un lugar de fácil acceso para agentes infecciosos, de ahí que en la mayor parte de las enfermedades de la mucosa bucal exista una sobreinfección por microorganismos. Por otra parte, muchas de estas infecciones orales son el reflejo de patologías sistémicas, en las cuales existe un trastorno inmunológico de base que favorece la proliferación bacteriana (4, 5).

La Estomatitis Aftosa Recurrente o Recidivante, es considerada como la más frecuente de todas las lesiones de la mucosa oral; afecta alrededor del 20 % de la población en general, aunque en algunos estudios se han reportado cifras de hasta el 60 % (3, 6).

Se ha descrito una mayor prevalencia en los países desarrollados como Europa y E.U.A. en donde vemos las medidas de higiene más correctas (7).

En referencia citada por González López BS et al (8), en Córdoba, Argentina, señalaron un índice de afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente de un 7.5 %.

Según señala Tincopa Wong OW. (9), esta enfermedad puede presentarse con cifras entre 5 a 66 %. Señalando también que estudios realizados en la población sueca, muestran una prevalencia de 2 %.

Las aftas bucales constituyen una estomatitis caracterizada por vesículas redondas situadas encima de una mucosa enrojecida; que al reventar dejan una úlcera de color amarillento, muy molesta y dolorosa (10). Las aftas son pequeñas ulceraciones dolorosas que aparecen en la mucosa bucal, con aspecto de una mancha blanquecina redonda con una aureola roja (6).

Las úlceras se forman cuando un área del tejido se pierde o se erosiona, ya sea en la superficie cutánea o en una membrana interna. Esta dolencia tiene

diversas causas, que varían desde una irritación leve, un traumatismo, hasta una enfermedad grave (11).

Clínicamente la EAR cursa con pródromos de hiperalgesia y sensación de quemazón; posteriormente surgen máculas rojizas que se transforman en máculas blanquecinas y evolucionan hacia úlceras grisáceas dolorosas, poco profundas, cubiertas por seudomembranas, con halo eritematoso y sobreelevado, de tamaño variable (12).

La lesión aftosa puede aparecer aislada o en grupos de hasta 30 unidades, únicas o en racimos, de 2 a 4 mm de tamaño o menores a 1 cm. de diámetro, o úlceras mayores que tienen más de 1 cm., en general pueden alcanzar varios centímetros de diámetro (2).

Es común que se formen sobre el tejido blando, particularmente en el interior del labio o mejilla, sobre la lengua o en el paladar blando y, raramente, en la garganta (6).

Suelen permanecer de 1 a 2 semanas y desaparecen sin dejar cicatriz. Pueden resultar muy dolorosas hasta el extremo de afectar a las actividades diarias de la persona: comer, hablar, etc. (2).

Puede aparecer a cualquier edad, más frecuente en el sexo femenino, existe cierta predisposición familiar y factores emocionales que predisponen el cuadro (13).

En los niños la Estomatitis Aftosa es también la forma más común de ulceración oral y es más frecuente entre los 10 y 19 años de edad. Generalmente, tiene mayor incidencia en niños escolares y estudiantes (2). Según referencias de varios estudios (1, 7, 9), afecta a individuos jóvenes, suele ser crónica y recidivante.

Puyal Casado M. (14), afirma también que el 50 % de los que padecen aftas las presentan antes de los 20 años de edad.

Puede presentarse en ambos sexos, pero se plantea que tiene mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino (15).

La Estomatitis Aftosa es una infección aguda de la cavidad bucal de etiología desconocida que está asociada a factores predisponentes como: factores locales, microbiológicos, sistémicos, nutricionales, genéticos, inmunológicos, endocrinos y psicosomáticos, siendo este último uno de los más frecuentes (4). Según Shafer NG y Levy B M, también tiene mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino (5).

Debido a su naturaleza multicausal la patogenia de la Estomatitis Aftosa Recurrente ha sido motivo de grandes controversias científicas, el diagnóstico se fundamenta en la historia de la enfermedad, antecedentes generales, hallazgos clínicos, diagnóstico diferencial, exámenes de laboratorio y citológicos, su pronóstico es reservado (4).

Es importante la distinción entre lesiones aftosas y aftoides, pues definen lesiones distintas, con pronósticos distintos. Una lesión aftoide por lo general presenta sintomatología acompañante, requiere estudio especializado y pruebas complementarias, pudiendo tratarse de enfermedades graves como hemopatías, infección por VIH, o carcinoma espinocelular. (16).

Muchas de las lesiones de la mucosa en la cavidad bucal están relacionadas con trastornos anatómicos y funcionales de los órganos del aparato digestivo; algunas forman parte del cuadro clínico de la entidad y otras aparecen como complicaciones de éstas. Generalmente son de orígenes inmunológicos, nutricionales o carenciales (17).

El diagnóstico diferencial de las enfermedades que cursan con ulceraciones bucales son (14, 18 - 23):

1.-Infecciones víricas (herpes): Gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA), Herpes recidivante intrabucal, Herpes-zoster, Herpangina y Fiebre aftosa glosopeda.

2.-Enfermedades mucocutáneas. (Síndromes): Síndrome Crohn, Bechet, Reiter, Shuton, Afta de Newman y Afta de Bednar.

3.- Enfermedades hematológicas: El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA).

4.-Lesiones por agentes físicos y químicos: Radiaciones y agentes químicos.

5.- Úlcera maligna.

Para la Estomatitis Aftosa Recurrente existen múltiples tratamientos, que en su mayoría suelen ser sintomáticos porque su etiopatogenia es aún desconocida; motivo por el cual algunos de ellos no han demostrado claramente su eficacia (16).

Al no existir una etiología completamente definida, se han manejado múltiples enfoques terapéuticos en esta enfermedad como tratamientos locales, antimicrobianos, corticoesteroides e inmunomoduladores (3).

En la actualidad no se dispone de un tratamiento específico que cure la Estomatitis Aftosa. Los productos que encontramos en la farmacia van encaminados a mejorar los síntomas: aliviar el dolor, reducir la inflamación y evitar la sobreinfección en las lesiones. A continuación, describiremos los fármacos más utilizados para tratar estas lesiones aftosas, clasificados según su modo de acción (2):

- Antisépticos bucales tópicos
- Anestésicos locales
- Antiinflamatorios
- Antibióticos
- Laserterapia:
- Acupuntura, auriculopuntura ,digitopuntura
- Uso de la Medicina Natural Tradicional (Fitoterapia y Apiterapia)

Múltiples han sido los tratamientos empleados para disminuir la severidad de los síntomas, acortar el tiempo de evolución de la enfermedad y para prevenirla. Se reporta el uso de diversos tratamientos locales con cremas y ungüentos de corticosteroides, anestésicos locales tópicos, vitaminas,

antibióticos, agua de rosas, gluconato de clorhexidina al 0.12 %, inmunosupresores, drogas inmunomoduladoras como el levamisol, la cauterización, antivirales, antialérgicos y antifúngicos. También se ha empleado con buenos resultados el Bálsamo de Shostakoski, el sulfato de cinc, la zeolita en forma tópica (crema), etc. (24 - 26).

Aproximadamente desde 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estado promoviendo la utilización de la Medicina Natural Tradicional, como parte de los programas de Atención Primaria de Salud, que entre otros promueven el empleo de plantas medicinales (27).

La utilización de la Medicina Natural Tradicional, cobra cada vez más defensores y ejecutores, debido fundamentalmente a las formas naturales de curación y a la carencia de efectos secundarios de estas terapias. En los momentos actuales y en contraposición con los avances alcanzados en la creación de nuevos medicamentos en el mundo. Se reconoce que la Medicina Natural y Tradicional, que en la actualidad se utiliza en Cuba, nos llega a partir del siglo XV, traída por los españoles y más tarde por africanos, chinos y yucatecas, ya que no tenemos referencias de la fuente fundamental de la aborígen cubana porque su población fue exterminada con las colonizaciones. (28).

Se ha utilizado para el tratamiento de esta enfermedad la Acupuntura, Auriculopuntura y Digitopuntura, Laserterapia, Ozonoterapia y también es muy frecuente sobre todo en nuestro país la utilización de la Fitoterapia y Apiterapia.

Laserterapia: tanto con el láser HeNe como el de CO<sup>2</sup> se han observado efecto beneficioso sobre los signos y síntomas de las aftas.

Ozonoterapia: como un tratamiento de Medicina Natural efectivo y coadyuvante a los diferentes tratamientos de Medicina Convencional (Alopática).

La Fitoterapia (phytos- planta; *terapia*- tratamiento) surge como una nueva disciplina que supera la herboristería tradicional, rescatando un cúmulo de información histórica con vistas a orientar la investigación con base científica y apoyándose en aportes tecnológicos. La Fitoterapia es el estudio del interés terapéutico de las plantas para el tratamiento de diversas enfermedades (29).

La utilización por el hombre de las plantas medicinales se remonta a los mismos orígenes de la humanidad (30). De forma empírica el hombre ha buscado en la de su hábitat los medicamentos contra las enfermedades producto de su ambiente. Dentro de esta flora se encuentran la Caléndula, Llantén mayor, Manzanilla, Alöe o Sábila y el Romerillo muy utilizadas por las propiedades curativas (22).

El Romerillo Blanco (*Bidens Pilosa* L) pertenece a la familia botánica asteraceae. Se le atribuyen funciones sialogoga, descongestionante hepático, antihemorroidal, cicatrizante, diurética, antiinflamatoria, tranquilizante, hemostática, emoliente, y antipirética. Por sus propiedades curativas se utiliza para tratar aftas bucales, odontalgias e irritación de la piel. Se tritura toda la planta y se utiliza el extracto aplicado sobre las lesiones (31).

La Apiterapia (del latín *apsis*, abeja) es la utilización de los diferentes productos de los panales de miel, jalea real, polen, cera de abeja, propóleos y veneno de abeja con fines medicinales (32 - 35).

La Apiterapia es tan antigua como la misma apicultura. Sobre ella escribió Hipócrates, y hay menciones en textos Chinos de hace 2.000 años. La Apiterapia empezó como una parte de la medicina tradicional e incluso, hoy, la mayoría de las personas que la usan se la aplican ellos mismos o con la ayuda de prácticos. La parte de esta medicina que utiliza el veneno de abeja para el tratamiento de las enfermedades, siempre ha tenido en cuenta la teoría de meridianos y puntos para su aplicación (36).

La miel aparte de sus virtudes nutritivas tiene cualidades terapéuticas importantes: Es utilizada en casos de astenia (estados de fatiga física, psíquica o intelectual), de anorexia o falta de apetito, de problemas digestivos y en casos de úlceras gástricas, también ayuda a la asimilación digestiva. Por sus propiedades bactericidas y antibióticas, es muy apropiada para ciertas infecciones como en las laringitis o bronquitis. En uso externo, su poder cicatrizante sobre las heridas y afecciones cutáneas ha sido demostrado científicamente (32).

Resulta interesante saber que recientemente se le ha asignado propiedades antiinflamatorias, analgésicas e inmunoestimulantes. Estos atributos terapéuticos comprueban su eficacia en el tratamiento de una gran variedad de

enfermedades dentro de las que está incluida la Estomatitis Aftosa Recurrente (37).

La Estomatitis Aftosa Recurrente constituye una de las urgencias en Estomatología, se caracteriza por la aparición de úlceras bucales dolorosas, de presentación frecuente. Dado que la patogenia de la EAR ha sido motivo de grandes controversias científicas se han analizado una serie de modalidades en el tratamiento, para ayudar a la reducción de los síntomas y evitar una infección secundaria sobreañadida. Hasta el momento no hay medicamento confiable y seguro para curar y evitar las recidivas. Entre los medicamentos que se pueden emplear en el tratamiento de esta enfermedad y que se describen en las Guías Prácticas Clínicas, se recomienda la Miel de abejas y la planta del Romerillo por sus conocidas propiedades curativas en la mayoría de las lesiones bucales (4).

Se necesita establecer un esquema de tratamiento eficaz para el alivio de la Estomatitis Aftosa Recurrente, por ser una enfermedad muy molesta y dolorosa, que aunque no compromete la vida del paciente, si su calidad de vida. Según las encuestas epidemiológicas afecta cerca del 20 % de la población general, con mayor incidencia en niños escolares y estudiantes. El uso de la Medicina Natural y Tradicional ha demostrado grandes logros en este sentido en pacientes con esta dolencia y los resultados satisfactorios obtenidos hasta el momento con los Fitofármacos y los Apifármacos, esto nos motivó a realizar esta investigación, para combinar la Miel de abejas con el Romerillo en

el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente y así evaluar la evolución de los síntomas, las lesiones y la utilidad del mismo.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Evaluar la utilidad de la Miel de abeja y Romerillo en el tratamiento de los pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente, mayores de 12 años.

### **ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según:

- Edades (Grupos edades)
- Sexo
- Tipo de lesión
- Número de lesiones
- Localización Anatómica

2. Evaluar la evolución general del paciente con Estomatitis Aftosa Recurrente en ambos grupos de tratamiento según:

- Tiempo de remisión del dolor.
- Tiempo de remisión de la lesión.
- Presencia de reacciones adversas.

3. Evaluar la utilidad del tratamiento con la miel de abeja y Romerillo teniendo en cuenta la evolución general del paciente.

## MARCO TEÓRICO

La mucosa oral forma parte del tracto digestivo superior y en ella pueden producirse enfermedades de origen local o sistémico, puede ocurrir también en numerosas afecciones hereditarias. La boca y todas sus estructuras son lugares de asiento de lesiones tanto de patología local como de manifestaciones de enfermedades sistémicas (38).

El término *afta* proviene del latín aptha, que significa úlcera. Para los griegos el término *afta*. se traduce como algodoncillo, inflamar, incendiar, arder, quemar y úlcera (9).

Se tiene referencia que fue Hipócrates (460-370 AC) el que usó este término por primera vez en relación con enfermedades de la boca (3).

### **Características clínicas**

Son lesiones redondeadas, de color blanco amarillento con rebordes eritematosos. Su tamaño oscila de 3 a 10 mm. Normalmente las aftas se presentan en el tejido móvil no queratinizado de la boca: superficie interna de los labios, mucosa bucal, mucosa alveolar dentaria, lengua y paladar blando (2).

Estas patologías se caracterizan por lesiones de aparición rápida. En sus inicios se observan presencia de una o varias vesículas esféricas, circunscritas que se rompen después de uno o dos días dejando una úlcera esférica

previamente a la aparición de las lesiones unas 12 a 48 horas. Antes pueden presentarse síntomas prodrómicos en el lugar en el que éstas se establecerán, estos síntomas pueden ser hiperestesia, inflamación, quemazón, escozor, picor o dolor (15).

Se producen de dos a ocho brotes de lesiones por año, que duran de 7 a 14 días y curan sin dejar cicatriz (39). Se pueden acompañar de inflamación de toda la boca, febrícula, y adenopatías regionales, si hay sobreinfección bacteriana (12).

### **Epidemiología.**

Se considera que esta es la enfermedad más frecuente de todas las lesiones de la mucosa oral, que afecta alrededor del 20 % de la población en general. Generalmente, tiene mayor incidencia en niños escolares y estudiantes, y presenta mayor predominio en las mujeres (7).

En un reporte de González López BS et al (8), Argentina, señalan que la Estomatitis Aftosa Recurrente se presenta con una frecuencia del 7.5 % en la población general. En algunos estudios se han reportado cifras de hasta el 60 %.(6).

### **Etiología**

Son múltiples las causas que pueden originar lesiones en la cavidad oral: Infecciones (víricas, micóticas, bacterianas), alteraciones metabólicas (diabetes, anemia, déficit vitamínicos), factores mecánicos (traumatismos,

prótesis dentales), factores iatrogénicos (antibióticos, corticoides, inmunosupresores), inmunodepresión (SIDA, enfermedades mieloproliferativas), estados fisiológicos (embarazo, menstruación, envejecimiento) o neoplasias idiopáticas (39).

Las causas se clasifican en primarias o secundarias. Es primaria cuando el agente causal se encuentra en la boca: medicamentos retenidos en la cavidad oral, radiaciones, antisépticos orales, cáusticos, golosinas y goma de mascar, cepillado, calor , frío, traumatismos, ciertos tipos de alimentos, virus, bacterias, hongos. Otro grupo está constituido por las secundarias, ellas son debidas a reacciones tóxicas, alérgicas, también a reacciones medicamentosas, enfermedades de la sangre, carencias de vitaminas, etc. El cuadro de la Estomatitis Aftosa Recurrente, necesita ciertas valoraciones especiales, esta entidad es asociada a cuadros emocionales y de stress, aunque su causa aún es desconocida. Puede aparecer a cualquier edad, más frecuente en el sexo femenino, existe cierta predisposición familiar y factores emocionales que predisponen el cuadro (13).

La etiología concreta de este tipo de lesiones aftosas todavía no se ha definido totalmente, se plantea que un 70% de los casos de aftas tiene etiología idiopática, Se han propuesto múltiples agentes desencadenantes, pero muchos de ellos no han quedado demostrados. La teoría más aceptada es la de origen inmunitario, que relaciona una alteración inmunitaria en la mucosa oral *in situ* con el factor hereditario (2).

Múltiples son las teorías que tratan de explicar la acción de diferentes agentes etiológicos de la EAR. Mundialmente se acepta como un proceso multifactorial, con una alteración inmunológica de base, unida a múltiples factores de riesgo predisponentes o desencadenantes en la aparición de la afección. Dentro de los agentes etiológicos propuestos se encuentran (12, 40 - 43):

Traumatismos: producto de lesiones más o menos intensas pueden generarse aftas en personas susceptibles, tales como trauma por el cepillo dental, mordeduras, iatrogenias, alimentos duros, etc.

Virus: varios autores consideran que en la patogenia de la EAR está implicado el virus del Herpes Simple tipo 1, el Adenovirus y el Citomegalovirus.

Bacterias: se relaciona la presencia de microorganismos, particularmente con el hemolítico y el sanguis, como agentes contaminantes, aunque hay estudios que evidencian una respuesta de hipersensibilidad a la forma alfa del estreptococo.

Alteraciones inmunitarias: se ha planteado que la forma recurrente es el resultado de una respuesta autoinmune del epitelio bucal. Existen evidencias de una patogenia inmunológica que afecta tanto la inmunidad celular como humoral. Estos pacientes pueden tener una disregulación inmunitaria de base genética.

Alteraciones psicósomáticas: se vincula la enfermedad al estrés emocional por la disregulación inmunitaria y déficit circulatorio que provoca. La cavidad oral

puede comportarse como un órgano diana en determinados desórdenes emocionales, de ahí que el estrés pueda desencadenar aftas en personas susceptibles.

Alteraciones gastrointestinales: se ha observado en personas con padecimientos gastrointestinales, como la colitis ulcerativa, síndrome de mala absorción, giardiasis, gastroenteritis y enfermedad de Crohn.

Factores endocrinos: se asocian a algunas mujeres menopáusicas, o durante la menstruación, por lo que se relaciona 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, ya sea complejo B, A, E, C, los microelementos (Zn, Se, Mg, etc.), o de energía, puede contribuir a la aparición de lesiones. Una adecuada nutrición es necesaria para mantener la integridad morfofuncional de las células de los diferentes tejidos y órganos, incluidas, la mucosa bucolingual.

Factores genéticos: se ha observado una transmisión hereditaria por progenitores afectados, que aumenta en caso de que sean ambos padres. Parece existir una gran variedad en la susceptibilidad personal a padecer el proceso, por lo que la base genética solo representa la predisposición a la enfermedad modificándose su penetración por otros factores.

Hábito de fumar: algunos investigadores consideran que existe una relación entre las aftas y el tabaquismo; pero la mayoría de los estudios coinciden que esta relación es negativa, ya que el tabaco aumenta la queratinización de la mucosa bucal, lo que la hace menos susceptible a esta lesión.

Afecciones alérgicas: se ha asociado la presencia de aftas a las manifestaciones alérgicas por la ingestión de diversos alimentos (cítricos, trigo, etc.), así como de algunos medicamentos.

También se incluye otro estudio que señala otros factores como: las carencias de hierro, vitamina B12 y ácido fólico (1).

Recientemente con los avances médicos aparecen en la literatura reportes que identifican algunas drogas como predisponentes de las aftosis orales, como por ejemplo se cita la Talidomida y Larsotan (44).

## **Tipos de lesiones**

Existen varias clasificaciones, la de Scully y Poster es la más utilizada y práctica, se clasifican de acuerdo al tamaño de la lesión en (1, 3, 4): aftas menores, aftas mayores y aftas herpetiformes.

Aftas menores: Es la más común, se caracteriza por ulceraciones planas, redondas u ovals 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 días sin dejar cicatriz.

Aftas mayores: Es frecuente, también se le nombra Periadentitis 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 afectando con menos frecuencia cualquier sitio de la mucosa bucal; duran varias semanas y pueden dejar cicatriz. Este tipo de afta deberá ser remitida al cirujano máxilofacial 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 tres tipos. Habitualmente se afectan las mucosas bucales no queratinizadas, en especial mucosa vestibular, labial y los pliegues bucales y linguales. La localización menos frecuente son los bordes y parte inferior de la lengua, la encía, el suelo de boca, el paladar duro y el paladar blando. La zona cutáneo-mucosa queda

siempre exenta, así como las regiones peri-bucles. La lesión es típicamente dolorosa por lo que generalmente interfiere con la ingestión de alimentos, disminuyendo la función masticatoria y causando irritabilidad en el paciente. Puede existir aumento de la salivación y muchas veces hay presencia de adenopatías. Tiene una evolución entre 7 a 10 días.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la anamnesis y el examen clínico de la lesión pero debe siempre tenerse en mente la posibilidad de una enfermedad sistémica de base que condiciona la aparición de las aftas (3). Se realiza mediante el examen odontológico detallado, un interrogatorio minucioso y por los síntomas clínicos de la enfermedad ya que no existen pruebas de laboratorio específicas para esta enfermedad (8).

### **Diagnóstico diferencial**

Las lesiones de la mucosa bucal son multifactoriales, pueden ser de origen primario o secundario, según sean propias de enfermedades bucales o como parte del cuadro clínico de diversas enfermedades del sistema digestivo, nervioso, cardiovascular, endocrino y dermatológico (17).

El diagnóstico diferencial de estas entidades es básicamente clínico, hay que diferenciarlo con algunas enfermedades sistémicas que cursan con ulceraciones bucales como son (14, 23, 28, 45 - 47):

#### ***1.-Infecciones víricas (herpes)***

Gingivoestomatitis Herpética Aguda. (GEHA), de mayor incidencia en niños. En la cavidad bucal se observa gingivitis aguda, numerosas vesículas en mucosa yugal, labial y lingual. Acompañado por afectación sistémica: malestar general, fiebre, artralgias, sialorrea, halitosis, adenopatías dolorosas y reacción serológica específica para el Virus Herpes

Herpes recidivante intrabucal, cursa con vesículas agrupadas en ramilletes que originan úlceras múltiples confluyentes de bordes irregulares en sacabocados o circinados.

Herpes-zoster, predominan en personas mayores de 60 años, son unilaterales y coexisten con lesiones cutáneas.

Herpangina, presenta vesículas en pilares anteriores y paladar blando, lugar no habitual para las aftas. Se inicia como enfermedad infecciosa aguda.

Fiebre aftosa o glosopeda, es una zoonosis específica de los animales de pezuña. El agente infeccioso es un picornavirus, acidolábil, resistente a la desecación y a la congelación. El hombre puede contagiarse por el contacto directo con el animal enfermo o por ingerir leche cruda. Presenta fiebre, mal estado general, lesiones vesiculosas que posteriormente se ulceran en pies y manos. Las lesiones bucales son secundarias a las de las manos.

## ***2.-Enfermedades mucocutáneas. (Síndromes.)***

Las aftas mayores, de tamaño de más de 1 cm., suelen ser signos de enfermedades sistémicas, presentan adenopatías y aparecen en la edad media de la vida. Hay varios síndromes que se acompañan de aftas mayores dentro de ellos citaremos los siguientes:

Síndrome de Behçet: En 1937, el médico turco Dr. Hulusi Behçet describió un síndrome caracterizado por una triada de signos, se diagnostica en base a

estos criterios: estomatitis aftosa recurrente, úlceras genitales y uveítis. Las aftas orales recidivantes (100% de los casos) son dolorosas, y tienen un tamaño y aspecto variable curándose solas en 1 a 3 semanas, sin dejar cicatrices. La enfermedad de Behçet es rara, de evolución crónica y con capacidad para producir inflamación a nivel de los vasos sanguíneos del organismo, por lo que se considera una vasculitis sistémica.

Síndrome de Reiter: Caracterizado por la asociación de artritis asimétrica, uretritis no gonocócica, conjuntivitis, aftas bucales, balanitis circinada con úlceras en meato uretral y glande y queratodermia con hiperqueratosis en la palma de la mano y en la planta del pie.

Síndrome de Sutton: La enfermedad de Sutton, conocida también como periadenitis mucosa necrótica recurrente, periadenitis recidivante, aftas cicatrizantes de Mikulicz, gran estomatitis aftosa cicatrizal, ulceración aftosa mayor, o ulceraciones herpetiformes, es una afección de las mucosas de la boca caracterizada por ulceraciones profundas, de aftas grandes de 3 o más cm., que al desaparecer dejan siempre cicatrices que pueden llegar a la mutilación en ocasiones considerables o deformidades labiales. Con una prevalencia mayor en el sexo femenino, a pesar de ser poco común.

Síndrome de Magic: Úlceras bucales, úlceras genitales y policondritis

Aftas de Bednar: Aftas bilaterales en pilares faríngeos.

Aftosis bipolar de Newmann: Aftas bucales y genitales (vulvar), simultáneas con preferencia por el sexo femenino.

Enfermedad de Crohn: Muchas de las lesiones de la mucosa en la cavidad bucal están relacionadas con trastornos anatómicos y funcionales de los

órganos del aparato digestivo; algunas forman parte del cuadro clínico de la entidad y otras aparecen como complicaciones como la Enfermedad de Crohn, ésta es una entidad crónica, recidivante, de etiología y patogenia desconocida, que afecta desde la boca hasta el ano, según la localización de la enfermedad, se presentan los síntomas y signos; la diarrea y el dolor en la fosa ilíaca derecha son los más frecuentes. La incidencia de la enfermedad de Crohn oral es del 6 al 20 %, lo cual está muy relacionado con la actividad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes con edad promedio de 22 años, ninguna prueba de laboratorio identifica específicamente la enfermedad. La enfermedad de Crohn afecta anualmente 480.000 personas en los Estados Unidos, teniendo una incidencia bimodal con picos de aparición en la tercera y quinta década de la vida.

### ***3.- Enfermedades hematológicas***

El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) fue descrito por primera vez en la década de 1980 y se caracteriza por una profunda inmunosupresión con diversas particularidades clínicas, incluidas las infecciones oportunistas, las neoplasias malignas y la degeneración del sistema nervioso central. Más del 90% de los pacientes con infección por el VIH tendrá una manifestación bucal en el curso de su enfermedad. Se considera que estas manifestaciones bucales de la infección por el VIH son un indicador de inmunosupresión temprana, así como de la progresión de la enfermedad. La estomatitis aftosa, también denominada ulceraciones aftosas recurrentes, es muy habitual y son las lesiones más asociadas a la infección pediátrica por el VIH, en la población

general tiene una prevalencia del 0,2 % a 0,4 %, mientras que en los pacientes VIH positivos aumenta a un 4 %.

#### **4.-Lesiones por agentes físicos y químicos**

No es difícil establecer el diagnóstico ya que hay una relación clara causa-efecto.

Radiaciones: las lesiones tienen una relación directa con la dosis administrada y el tiempo de irradiación. Se produce un eritema con formación de placas blandas en mucosa labial y yugal y en la lengua, que acaba originando ulceraciones. Son múltiples, muy dolorosas, próximas a la zona de radiación y curan al finalizar ésta.

Agentes químicos: los tratamientos de quimioterapia producen las úlceras tanto por el efecto tóxico directo sobre la mucosa como por la mielosupresión. Son lesiones múltiples, profundas, grandes, necróticas y con inflamación mínima en la base; curan al eliminar el fármaco. También pueden producirse por el contacto directo de un fármaco con la mucosa bucal. La lesión tiene las mismas características y cura sin problemas al dejar de aplicar el fármaco.

#### **5.- Úlcera maligna**

Lesión ulcerada, de larga evolución, no dolorosa al principio, sin clara relación causa-efecto, muy profunda, bordes evertidos, fondo sucio, dura y consistente al tacto. La histología será definitiva en este caso para establecer el diagnóstico.

Es importante tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la úlcera traumática ya que suele tener mayor tamaño y puede confundirse con las úlceras malignas, cuando está causada por una dentadura postiza que roza o

por dientes débiles o con caries, sólo se cura cuando se elimina el problema subyacente (11).

Las formas severas pueden relacionarse con infecciones por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En pacientes con SIDA, cuando los niveles de linfocitos CD4 están muy bajos, las aftas aumentan de intensidad y de gravedad (48).

### **Tratamiento**

Los medicamentos empleados para tratar la EAR, van encaminados a mejorar los síntomas: aliviar el dolor, reducir la inflamación y evitar la sobreinfección en las lesiones. A continuación le mencionamos los fármacos más utilizados para tratar estas lesiones aftosas agrupados según su acción (2, 4, 45):

Antisépticos bucales tópicos: Su principal función es evitar la sobreinfección de las aftas bucales, mejorando así su curación. (colutorios, o solución acuosa de Triamcinolona o preparados en base de Triamcinolona al 0'1% o Fluocinolona al 0'1-0'05 %).

Antibióticos: En las aftas superiores a 1 cm., se suele indicar antiinfecciosos como tetraciclina o minociclina en solución extemporánea para enjuagues bucales.

Antiinflamatorios: Disminuyen la inflamación de la úlcera considerablemente. Estas sustancias antiinflamatorias constituyen el tratamiento paliativo más eficaz para las lesiones aftosas.

Anestésicos locales: Cuando el dolor es muy intenso se aconseja emplear anestésico en la zona con: lidocaína, benzocaína y tetracaína. (en colutorios, pastas o geles adhesivos).

Otros tratamientos: Uso de medicamentos como el Interferón a dosis de 1.200 UI / día controlaron las aftas en dos semanas. Será la última alternativa de tratamiento ya que produce muchos efectos secundarios.

Además se han intentado diversos tratamientos con: ácido cromoglicólico, cromoglicato disódico, aciclovir, etretinato, isoprinosina, longovital, anapsos, pentoxifilina, ciclosporina, hidroxiurea (sobre todo en pacientes VIH positivos).

También se ha empleado con buenos resultados el Bálsamo de Shostakoski pero ha tenido como inconveniente que el dolor desaparece de forma muy lenta llegando inclusive hasta 10 días (3).

Para el tratamiento de Estomatitis Aftosa Recurrente se ha empleado el sulfato de cinc, no se ha podido llegar a una conclusión clara en este momento (49). Otro producto natural que se menciona es la Zeolita en forma tópica (crema), que ha sido utilizado en la EAR, pero en la literatura no encontramos los resultados de estos estudios (50).

Por sus múltiples propiedades terapéuticas la pomada o Crema de Alöe (Alöe Vera), también se ha utilizado con resultados favorables, pues el dolor desaparece sólo después de 48 horas (51, 52).

El tratamiento mediante la Apiterapia no es algo nuevo. Ya Hipócrates (el padre de la medicina occidental) trataba su reumatismo con el veneno de abeja y en

el siglo VII D.C, el emperador Carlomagno lo utilizaba para sus ataques de gota y en la Biblia también se menciona (53).

El uso medicinal de la miel de abeja (Apiterapia) se remonta a la Antigua China, a Hipócrates, a los escritos de la Biblia y el Korán, hasta nuestros días (33). En 1870 antes de Cristo según los escritos en el papiro de Tebas, los egipcios alimentaban y curaban sus niños con miel. En numerosas enfermedades y sobretodo para las heridas, Hipócrates recomendaba el uso externo de la miel. En Europa, USA Estudios recientes estudios realizados, sobretodo en los países del este y la China, dan testimonio de los efectos terapéuticos incuestionables de todo lo que las abejas nos dan. (32).

A pesar de la fuerte tradición casera, la Apiterapia recién va en busca de la "investigación" del veneno de abeja en EEUU. Durante los últimos 60 años más de 1.500 artículos sobre veneno de abeja han sido publicados dentro de la literatura científica. Muchísimos médicos están practicando la Apiterapia y pueden ofrecer información clínica al respecto (33).

#### *Propiedades de la Miel de abejas.*

La miel es considerada la sustancia dulce que producen las abejas, cuando toman el néctar de las flores y los jugos azucarados de otras partes de la planta, así como las secreciones dulces de los pulgones y las enriquecen con sustancias provenientes de su propio cuerpo, sometiéndola a un proceso de transformación; almacenándola y sometiéndola a un proceso de maduración. Existen varias decenas de tipos de mieles, clasificadas según su origen botánico, las regiones de recogidas y su técnica de preparación (54, 55):

### I. Por su origen botánico:

- Monofloral o unifloral. Néctar procede de flores de su misma especie
- Plurifloral o multifloral. Néctar procede de flores de varias especies.
- De mielato. Néctar no procede de flores, sino de secreciones dulces de insectos (pulgones, cochinillas).

### II. Por las regiones de recogidas:

- Mieles de tilo del Extremo Oriente.
- De bajo Aragón, etc.

### III. Según la técnica de preparación:

- en panal
- extraída.

La miel cruda es una poderosa medicina tanto interna como tópica. Algunas de las indicaciones son: constipación, insomnio y obesidad. Como internas y como tópico se utiliza para paliar el dolor. La miel cruda es higroscópica, saca agua de sus entornos y mata gérmenes de esta forma. Además, contiene una enzima antibacteriana: el oxígeno de glucosa que se convierte en peróxido de hidrógeno. Sólo unos pocos gérmenes con características especiales son capaces de residir en la miel. Estos gérmenes no son dañinos, por lo tanto la miel es un perfecto vendaje estéril para heridas. En países como Francia y Alemania muchos médicos lo recomiendan para quemaduras y heridas profundas y superficiales, sobre todo por sus poderes cicatrizantes (37).

La miel también es utilizada contra los estados de debilidad, en las carencias en todas sus formas y en los estados constitucionales deficientes principalmente en los niños (32).

#### Componentes de la miel de abejas (33):

El polen de abeja es un derivado de la parte más vital de la planta. Es la fuente primaria de proteínas para "abejas ocupadas", los científicos han demostrado que es el único alimento en el mundo perfectamente completo, ya que contiene todas las vitaminas y minerales que necesita el ser humano. Se utilizó mucho entre los atletas de alta competición.

El propóleo o "penicilina rusa" es un producto elaborado por las abejas con la resina de los árboles para mantener la colmena estéril. Exámenes de laboratorio señalan que es un bactericida, antiviral y antifúngico muy potente. Es comúnmente utilizado para el dolor de garganta, pero también como tópico para lesiones en la piel; médicos rusos y chinos dirigen procesos clínicos utilizándolo en tratamientos de hipercolesterol.

La jalea real es el mejor ejemplo de "Tú eres lo que comes". Esta es la sustancia con que se alimenta la Abeja Reina (larva), que le permite convertirse en un insecto genéticamente completo (fértil). Esta es la única diferencia en la creación de una Abeja Reina (expectativa de vida: 3 a 6 años) y de una abeja obrera (expectativa de vida: 6 a 8 semanas).

La cera de abeja es la base para las más finas cremas faciales. Esto es porque es el más fino emulsificador conocido. A causa de que la cera posee pequeñas

cantidades de polen, como medicamento interno, sirve como "vacuna" contra la alergia al polen.

### **Composición química.**

Contiene más de 70 sustancias diferentes, entre ellas se encuentran: carbohidratos, proteínas, aminoácidos, ácidos, minerales, vitaminas, enzimas, lípidos y sustancias coloidales.

### **Propiedades.**

Propiedades antibacterianas. La miel es capaz de conservarse en condiciones adecuadas durante años. Se han planteado diferentes hipótesis que explican su efecto antibacteriano. Las mieles oscuras tienen mayor actividad antibacteriana

Osmolaridad: El alto contenido de azúcar impide el desarrollo bacteriano.

Propiedades antimicrobianas de la miel: Se dice que están condicionadas por la sustancia ácida, la cual manifiesta acción bactericida, bacteriostática y fungicida.

La enzima glucosaoxidasa que produce el peróxido de hidrógeno, puede ser inactivada por la luz y el calor.

El Romerillo Blanco es una hierba de 30 a 100 cm. de altura y más o menos ramificada, de origen Pan Tropical. Es muy común en toda la Isla tanto en formaciones naturales como secundarias. Se encuentra en el llano o terrenos de poca elevación. Toda la planta es útil. Presenta tallo con hojas opuestas. Con cabezuelas florales terminales compuestas por flores tubulares de color

amarillo intenso y las radiales con sobresalientes pétalos blancos. De acción sialogoga, descongestionante hepático, antihemorroidal, cicatrizante, diurética, antiinflamatoria, tranquilizante, hemostática, emoliente, y antipirética. El extracto de la planta triturada puede utilizarse a través de infusiones o tópicamente. Tiene como componentes, aminos, esteroides, triterpenos, azúcares finales, glucósidos, benzoides, carbonato de sodio, potasio, calcio, ácido silicio, albúmina y un aceite esencial. Hasta el presente no tiene reportadas reacciones adversas. Se utiliza para tratar aftas bucales, odontalgias e irritación de la piel mediante el uso tópico (29).

Entre los medicamentos que se pueden emplear en el tratamiento de esta enfermedad y que se describen en las Guías Prácticas Clínicas de Estomatología, tenemos los Fitofármacos, dentro de ellos se recomienda la el uso del Romerillo para muchas de las lesiones de la mucosa oral. Teniendo en cuenta las propiedades curativas de esta planta y que hasta el presente no tiene reportadas reacciones adversas, y conociendo también a través de la literatura revisada las propiedades de la miel de abejas en su estado natural como una poderosa medicina tanto interna como tópica nos decidimos llevar a cabo esta investigación, para determinar su utilidad en el tratamiento de esta afección.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio experimental puro, ensayo clínico controlado para evaluar la utilidad de la Miel de abejas y Romerillo en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente, en todos los pacientes mayores de 12 años que portaban esta enfermedad, que acudieron a los servicios de atención primaria de la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde abril del 2008 a abril del 2009.

### **Universo**

El universo de estudio quedó conformado por 55 pacientes mayores de 12 años de edad, diagnosticados con Estomatitis Aftosa Recurrente, que acudieron solicitando tratamiento a los servicios de atención primaria de la clínica estomatológica durante el periodo antes señalado.

### **Criterios de inclusión:**

Se incluyeron en la investigación todos los pacientes mayores de 12 años que presentaban EAR y que acudieron a nuestros servicios, y que no habían recibido con anterioridad otro tratamiento médico-estomatológico.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 12 años de edad y embarazadas.
- Pacientes con lesiones que están incluidas en el grupo de las aftas mayores y con enfermedades crónicas con lesiones bucales.
- Pacientes que no desearon participar en la investigación.

- Pacientes con antecedentes de alergia a la miel de abejas o al Romerillo.

**Criterios de salida:**

- Interrupción del tratamiento por cualquier causa, cambios de dirección, traslados, o que interrumpieron el tratamiento voluntariamente.

**Consideraciones bioéticas:**

Se comunicó a cada paciente antes de comenzar la investigación e iniciar la recolección de la información la importancia del estudio; así como las características y utilidad del tratamiento mediante productos de la Medicina Natural Tradicional para la Estomatitis Aftosa Recurrente (Miel de abejas con Romerillo), con la finalidad de obtener de ellos su consentimiento. Se tuvo en cuenta los aspectos legales a través del documento aprobado y firmado por el paciente. (Anexo # 1).

**Procedimiento**

Para realizar el ensayo clínico se conformaron dos grupos. Un grupo de estudio (25 casos) con pacientes portadores de la EAR a los que se les aplicó el tratamiento utilizando la Miel de abejas con Romerillo. El otro grupo (30 controles) con pacientes portadores de la enfermedad a los que se le aplicó el tratamiento tradicional con colutorios alcalinos de Perborato de Sodio en papelillos de 2g.

A los pacientes del grupo de estudio (casos) se les realizó una limpieza de la zona afectada con agua destilada y se les aplicó tratamiento con Miel de abejas y Romerillo sobre la (las) lesiones, se le indicó a cada paciente que realizara este procedimiento 3 veces al día durante 7 días, posteriormente se examinó al

paciente y evolucionó el tratamiento al 2º, 5º y 7º día, describiendo las características de la lesión(es). En el caso de los pacientes del grupo de los controles se les dieron las mismas indicaciones, pero se les aplicó el tratamiento tradicional antes mencionado.

Las lesiones se describieron antes de aplicar los tratamientos para poder evaluar los resultados después de la intervención.

Toda la información se recogió mediante una entrevista y un examen clínico bucal, realizada por un sólo investigador que en este caso fue el autor de la investigación. Los datos se recolectaron en una planilla confeccionada previamente para la investigación y validado por expertos (Ver anexo # 2).

En el tratamiento aplicado al grupo de estudio se utilizó miel de abejas en su estado natural con el zumo extraído por trituración de la planta Romerillo.

## **Tratamiento para el grupo de estudio**

### Miel de abejas

La miel como medicamento por la inmensa variedad que se puede presentar el producto, la utilizamos siempre en sus estado natural obtenida del mismo centro de Apiterapia de Florencia.

Formulación: Preparado por el Centro de Apiterapia de la C. P. A. "Aníbal Madrigal", en el poblado de Florencia.

Envase: Frasco de color ámbar 30 ml.

Almacenamiento: Temperatura ambiente.

Garantía: Sin fecha de vencimiento

Posología: Aplicar 3 veces al día junta con el zumo de la planta Romerillo.

Acción farmacológica: Cicatrizante, antiinflamatorio, analgésico, inmunosupresor, bactericida, virucida y fungicida

Vía de administración: Uso tópico.

Contraindicaciones: Desconocidas.

Advertencias: Desconocidas.

### Romerillo

También se utilizó la planta conocida como Romerillo Blanco, su nombre científico es Bidens Pilosa L de la familia botánica asteraceae y origen Pan Tropical. Es una hierba anual de 30 a 100 cm de altura y más o menos ramificada. Hojas opuestas. Cabezuelas florales terminales compuestas por flores tubulares de color amarillo intenso y las radiales con sobresalientes pétalos blancos. Es muy común en toda la Isla, tanto en formaciones naturales

como secundarias. Se encuentra en el llano o terrenos de poca elevación.

Parte útil toda la planta.

Formulación: Medicamento vegetal, jarabe, tintura y extracto fluido.

Envase: Frasco de color ámbar

Almacenamiento: A temperatura ambiente.

Garantía: 7 días

Posología: Aplicar sobre las lesiones 3 veces al día.

Acción farmacológica: Sialogoga, descongestionante hepático, antihemorroidal, cicatrizante, diurética, antiinflamatoria, tranquilizante, hemostática, emoliente, y antipirética.

Vía de administración: Oral y tópico.

Indicaciones: Se utiliza para tratar aftas bucales, odontalgias e irritación de la piel.

Contraindicaciones: No reportadas

Advertencias: Tiene como componentes, aminos, esteroides, triterpenos, azúcares finales, glucósidos, benzoides, carbonato de sodio, potasio, calcio, ácido silicio, albúmina y un aceite esencial.

### **Preparación y posología:**

Tradicionalmente se utiliza la infusión de las partes aéreas. Infusión al 30/1000, en casos de dolencias agudas, consumir una tasa cada 4 horas. Filtrarlo a través de un paño o lienzo.

En nuestro trabajo indicamos triturar el Romerillo Blanco en un mortero y aplicar el zumo y la miel de abejas sobre la lesión previa limpieza de la misma 3 veces al día.

El control evolutivo periódico se realizó durante 7 días, evolucionó el tratamiento al 2º, 5º y 7º día, posteriormente se examinó al paciente y se describieron las características de la lesión(es) controlando sistemáticamente la efectividad del tratamiento.

### **Tratamiento para el grupo de controles**

A los pacientes del grupo de los controles se les realizaron los mismos pasos previos para la aplicación del medicamento y controles evolutivos con la diferencia que a éstos se les aplicaron como medicamento los colutorios alcalinos de Perborato de Sodio en papelillos de 2g.

### **Criterios de diagnóstico**

Solo se trataron aquellos pacientes que presentaron Estomatitis Aftosa Recurrente en los tipos de aftas menores y herpetiformes, las aftas mayores se remitieron al segundo nivel de atención.

Aftas mayores: Clínicamente son úlceras necróticas, grandes de 1 a 10 lesiones, de 1-3 centímetros de diámetro, muy dolorosas, pueden aparecer en los mismos lugares de la forma menor, y además aparecer en el paladar y en la faringe, que duran 6 semanas o más, y frecuentemente dejan escaras. Con una incidencia del 10 % de los casos.

Aftas menores: Es la más común, se caracteriza por ulceraciones planas, redondas u ovals de menos de 5 mm., cubierta por una membrana gris blanquecina rodeada por un halo eritematoso. Característicamente la lesión es muy dolorosa, de tal manera que interfiere con la alimentación durante varios días. 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 días sin dejar cicatriz.

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 tres tipos.

## Operacionalización de las variables.

### Objetivo 1:

Para caracterizar los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente se distribuyeron los pacientes afectados teniendo en cuenta las siguientes variables:

<b>Variable: Grupo de edades</b>
<b>Clasificación:</b> Cuantitativa, ordinal, politómica.
<b>Descripción:</b> Se tomó en cuenta la edad en años cumplida en el momento de la entrevista.
<b>Escala:</b> <u>De 12 a 14 años:</u> Según años cumplidos <u>De 15 a 18 años:</u> Según años cumplidos <u>De 19 - 34 años:</u> Según años cumplidos <u>De 35 – 59 años:</u> Según años cumplidos <u>De 60 y más años:</u> Según años cumplidos
<b>Indicador:</b> Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

<b>Variable: Sexo</b>
<b>Clasificación:</b> Cualitativa, nominal, dicotómica.
<b>Descripción:</b> Se realizó teniendo en cuenta su condición biológica de pertenencia, según sexo biológico a que pertenece:
<b>Escala:</b> <u>Masculino</u> , <u>femenino</u> <u>Masculino:</u> Según las características físicas y biológicas descritas para este sexo. <u>Femenino:</u> Según las características físicas y biológicas descritas para este sexo
<b>Indicador:</b> Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

<b>Variable: Tipo de lesión:</b>
<b>Clasificación:</b> Cualitativa, nominal, politómica.
<b>Descripción:</b> Según definiciones en los criterio de diagnóstico
<b>Escala:</b> <u>Aftas Menores.</u> (Según criterios diagnósticos que aparecen en el método) <u>Aftas Herpetiformes.</u> (Según criterios diagnósticos que aparecen en el método)
<b>Indicador:</b> Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

<b>Variable: Número de Lesiones:</b>
<b>Clasificación:</b> Cualitativa, nominal, politómica.
<b>Descripción:</b> De acuerdo a la cantidad de las lesiones presentes en la cavidad oral.
<b>Escala:</b> Lesión única. Dos lesiones. Tres lesiones. Lesiones múltiples.
<b>Indicador:</b> Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

<b>Variable: Localización Anatómica:</b>
<b>Clasificación:</b> Cualitativa, nominal, politómica.
<b>Descripción:</b> Localización de las lesiones según la región anatómica en la cavidad oral.
<b>Escala:</b> Labio. Carrillo. Suelo de boca. Encía. Paladar Dorso de la lengua.
<b>Indicador:</b> Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

**Objetivo 2:**

Para evaluar la evolución general del paciente con Estomatitis Aftosa Recurrente en ambos grupos de tratamiento se tuvo en cuenta: el tiempo de remisión del dolor, tiempo de remisión de la lesión y presencia de reacciones adversas.

Se evaluaron estos criterios en tres intervalos de tiempo hasta completar los 7 días de tratamientos, para lo cual se examinó al paciente el 2do, 5to y 7mo día de tratamiento describiendo las características de la lesión(es):

- 1er intervalo de tratamiento 1er y 2do día.
- 2do intervalo de tratamiento del 3er al 5to día.
- 3er intervalo de tratamiento 6to 7mo día.

**Reacciones adversas**

- Sí se produjeron reacciones adversas.
- No se produjeron reacciones adversas.

**Objetivo 3:**

Evaluar la utilidad del tratamiento con la Miel de abeja con Romerillo teniendo en cuenta la evolución general del paciente.

Se evaluó la utilidad del tratamiento de la Miel de abeja con Romerillo teniendo en cuenta la evolución general del paciente.

La evolución del tratamiento se valoró teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Evolución favorable: cuando se observó disminución de la lesión y remisión de los síntomas y signos durante el segundo intervalo de tratamiento.
- Evolución desfavorable: cuando se observó que la lesión permaneció con las mismas características clínicas del inicio y no se logró la remisión de los síntomas y signos durante el 3er intervalo de tratamiento.

La utilidad del tratamiento se evaluó teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Buena: Cuando desapareció totalmente el área lesionada y una remisión total de los síntomas y signos en el 1ro y 2do intervalo del tratamiento.

Regular: Cuando disminuyó el tamaño de la lesión y desaparecieron los síntomas y signos en el 1ro y 2do intervalo del tratamiento.

Mala: Cuando observamos que la lesión permaneció con las mismas características clínicas del inicio o se intensificaron y no se logró la remisión de los síntomas y signos en el 3er intervalo de tratamiento.

### **Procesamiento de la información**

Los datos recogidos fueron procesados en una microcomputadora Pentium III o IV. Se creó una base de datos con el programa SPSS - V 11.5, utilizando la plataforma del sistema operativo de Windows XP, estos datos recogidos se procesaron con las herramientas para el tratamiento de datos y análisis estadístico de este programa. En el análisis se utilizó la distribución estadística Chi-Cuadrado, empleando en todos los casos 95 % como nivel de significación.

Se evaluó la posible correlación entre las variables del estudio en los casos y controles a través del programa estadístico EpiInfo 2000, para calcular las razones de posibilidades *Odds ratio*, como medida de fuerza de asociación.

Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas, se discutieron y compararon con la bibliografía consultada para llegar a conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados. Se elaboró el informe final con los resultados con el procesador de texto *Microsoft Office Word 2003*. La inferencia de los resultados obtenidos se extendió solamente al universo estudiado.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente con aplicación de Miel de abejas y Romerillo. Clínica Estomatológica Docente. Municipio Ciego de Ávila. Abril del 2008 a abril del 2009.

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según grupos de edades.

Grupos de edades	Estomatitis Aftosa Recurrente	
	No.	%
De 12 a 14 años	24	43.6
De 15 a 18 años	16	29.1
De 19 a 34 años	10	18.2
De 35 a 59 años	4	7.3
60 y más años	1	1.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta

La Estomatitis Aftosa Recurrente es una enfermedad que según la literatura consultada puede aparecer a cualquier edad (2, 4, 13). Esta enfermedad también es llamada Aftas, o Aftosis Oral, se ha comprobado que constituye la enfermedad más frecuente de todas las lesiones de la mucosa oral que afecta preferentemente a individuos jóvenes, suele ser crónica y recidivante (7, 9, 13).

La distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según grupos de edades se analizó en la Tabla 1, como resultado se obtuvo que los grupos de mayor frecuencia fueron el de 12 a 14 años con el 43.6 %, en orden de frecuencia siguió el grupo de 15 a 18 años, con el 29.1% de afectados, seguido por el grupo de 19 a 34 años con el 18.2 %, los porcentajes más bajos se presentaron en el grupo de 35 a 59 y el de 60 y más años con el 7.3 y 1.8 % respectivamente.

Para confrontar los resultados de esta investigación consultamos en las Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales, y en ellas se señala que ninguna edad está exenta de padecer esta enfermedad, pero por lo general es más frecuente en los jóvenes (4). Los resultados de este estudio coinciden con este comportamiento de la enfermedad en cuanto a la frecuencia de aparición según la edad.

Azcona Barbed L. (2), como resultado de su investigación señala que generalmente, tiene mayor incidencia en niños escolares y estudiantes. Shafer NG y Levy B M ( ), con relación a la edad señala que en los niños la Estomatitis Aftosa es también la forma más común de ulceración oral y es más frecuente entre los 10 y 19 años de edad (5).

Por su parte en un artículo publicado por Puyal Casado M. (14), este investigador afirma también que el 50 % de los que padecen aftas las presentan antes de los 20 años de edad.

Cáceres Alania Y. (7), plantea que esta enfermedad es más frecuente entre los 10 y 40 años, estos resultados incluyen rangos de edades muy amplios.

En la publicación digital de la monografía “Estomatitis Aftosa Recurrente” (1), se señala que las lesiones aparecen en forma de úlceras dolorosas, únicas o múltiples, a edades tempranas en personas que oscilan entre los 20 y 30 años, en su mayoría fundamentalmente entre 10 a 20 años,

Los resultados de este estudio en términos generales coinciden con la mayoría de las investigaciones precedentes, podemos afirmar que la Estomatitis Aftosa Recurrente aparece con más frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida, con una mayor propensión en las edades tempranas.

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según sexo.

<b>Sexo</b>	<b>Estomatitis Aftosa Recurrente</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Femenino	39	70.9
Masculino	16	29.1
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta

La distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según sexo, se analizó en la Tabla 2, como resultado del análisis se observó que el femenino presentó mayor frecuencia con el 70.9 %, mientras que el masculino presentó el 29.1 %.

En las Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales (4), se señala que aunque esta enfermedad se manifiesta en ambos sexos, las mujeres generalmente son más susceptibles que los hombres.

En un estudio sobre “Estomatitis Aftosa Recurrente. Diagnóstico diferencial y tratamiento” realizado por Tincopa Wong OW (9), este autor afirma un predominio neto de las mujeres respecto a los hombres en una proporción de 2:1.

También se señala una preferencia de la esta enfermedad por el sexo femenino, en el artículo “Aftas: etiopatogenia y tratamiento” de Puyal Casado M. (14), quien además agrega otros factores predisponentes como el nivel socioeconómico alto, y que parece que afectan de menor manera a sujetos de raza negra y árabes.

En busca de los factores que predisponen al sexo femenino a la aparición de las lesiones de la Estomatitis Aftosa Recurrente, encontramos en “Aftas bucales” (45), donde se señala que hay una fuerte asociación entre la aparición de las aftas con el ciclo menstrual, donde se plantea que ellas estarían producidas por el aumento de progesterona y la disminución de estrógenos, que provocaría una disminución de la queratinización mucosa y un aumento de la fragilidad epitelial. Durante el embarazo no hay aftas, y esto explica por el aumento de estrógenos durante esta etapa. En otra publicación de “Especialidades Medicina Oral”, se menciona dentro de los factores que pueden desencadenar la aparición de aftas la premenstruación y la menstruación, coincidiendo con el estudio anterior señalando que durante el embarazo se disminuye la presencia de las aftas (44).

Otro publicado por Cáceres Alania Y (7), señala que en América del Sur se ha descrito que esta enfermedad es más común en las mujeres especialmente en la etapa de la menopausia. Esta tendencia según la monografía “Aftas: un incendio en la boca” (6, 13), se asocia con los cambios hormonales en la mujer como factores predisponentes para la enfermedad, al que se añade una predisposición genética.

De acuerdo con el resultado obtenido en el estudio y la revisión realizada de la literatura (2, 4, 5, 14, 15), confirmamos que estas lesiones son más comunes en el sexo femenino.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según tipo de lesión.

Tipo de lesión.	Estomatitis Aftosa Recurrente	
	No.	%
Aftas menores	42	76.4
Aftas herpetiformes	13	23.6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

**Nota:** Las aftas mayores fueron remitidas al segundo nivel de atención.

**Fuente:** Encuesta

En la Estomatitis Aftosa Recurrente afortunadamente las aftas más pequeñas y leves suelen aparecer en grupos, y usualmente desaparecen a los diez días sin tratamiento y no dejan secuelas (6).

En la tabla 3 se analizó la distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según el tipo de lesiones, resultando que la lesión más frecuente en este estudio le correspondió a las aftas menores con el 76.4%, mientras que las lesiones herpéticas se presentaron en el 23.6 % de los casos estudiados. Durante el estudio se observaron algunos casos con aftas mayores las que fueron excluidas y remitidas al segundo nivel de atención como está orientado en la Guías Prácticas de Estomatología (4).

Según referencia tomada de la monografía “Estomatitis Aftosa Recurrente” (14), entre el 70% y el 80% del total de los casos de esta enfermedad se

encuentra dentro del tipo de lesión de aftas menores. En este mismo estudio la presencia del tipo de aftas herpetiformes se presentó en el 10% de las formas clínicas de las lesiones aftosas. Los resultados de esta investigación están en correspondencia con los planteados en la referencia antes mencionada, con una pequeña diferencia en el porcentaje de las lesiones herpéticas, ya que pueden ser debidas a la exclusión de las aftas mayores en nuestro estudio.

Bagán et al, en 1991 (55), en un estudio sobre 93 pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente, describe un 71% de aftas menores, 21.5% de aftas mayores y 7.5% de aftas herpetiformes.

En estudios recientes realizados por Jiménez Hernández C (56), y Cidre Zayas FM (57), se señaló que las aftas menores fue el tipo de lesión más frecuente en la Estomatitis Aftosa Recurrente y se presentaron entre el 89,7 y el 91,4 % respectivamente, mientras que las lesiones herpéticas ocuparon entre el 8,6 y el 10,3 % de los casos estudiados. Los resultados de nuestro estudio también se correspondieron con los alcanzados por estas dos investigaciones precedentes.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según el número de lesiones.

<b>Estomatitis Aftosa Recurrente</b>		
<b>Número de lesiones</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Lesión única	28	50.9
Dos lesiones	15	27.3
Tres lesiones	4	7.3
Lesiones múltiples	8	14.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta

Según un estudio sobre la “Estomatitis Aftosa. Prevención y tratamiento”, la lesión aftosa puede aparecer aislada o en grupos de hasta 30 unidades, suelen permanecer de 1 a 2 semanas y desaparecen sin dejar cicatriz (2).

En la tabla 4 se estudió la distribución de los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente según el número de lesiones. La lesión única fue la más frecuente con el 50.9 %, le siguió el grupo con dos lesiones con el 27.3 %, la forma múltiple se observó en el 14.5 % y la menor frecuencia se presentó con tres lesiones en el 7.3 %.

Cidre Zayas FM (57), analizando también la frecuencia del número de lesiones de esta enfermedad encontró que la lesión única fue la más frecuente con el 48,6 %, seguida con la de dos lesiones con el 42,9 %, esta última con mucha

mayor frecuencia que la de nuestro estudio, la forma múltiple se observó en el 8,6 %, no reportó casos con tres lesiones.

Por su parte Jiménez Hernández C (56), en los casos estudiados con Estomatitis Aftosa Recurrente observó la lesión única como la predominante con más de la mitad de los afectados (53,8 %), con una frecuencia del 33,3 % le siguió el grupo con dos lesiones, la forma múltiple se observó en el 10,3 % y la menos frecuente fue la de tres lesiones con el 2,6%.

Los resultados de nuestro estudio confirman lo planteado en los resultados obtenidos por varios autores (6, 9), en los que las lesiones únicas y dobles parecen ser las más frecuentes.

**Tabla 5.** Localización anatómica de las lesiones en los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente.

<b>Estomatitis Aftosa Recurrente</b>		
<b>Localización anatómica</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Labios	27	49.1
Carrillos	14	25.5
Suelo de boca	3	5.5
Encía	2	3.6
Paladar	7	12.7
Dorso de lengua	2	3.6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

**Nota:** En un paciente pueden presentarse las lesiones en más de una localización anatómica.

**Fuente:** Encuesta

**Nota:** En un paciente pueden presentarse varias lesiones a la vez.

En la tabla 5 se analizó la localización anatómica de las lesiones en los pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrente. En este análisis resultó que el 49.1 %, se observaron en la zona de los labios, en los carrillos el 25.5 %, en el paladar 12.7 %, y el 5.5 % en el suelo de boca. En el dorso de lengua y encía se observaron en el 3.6 %.

Azcona Barbed L. (2), en su artículo publicado afirmó que:...” Normalmente las aftas se presentan en el tejido móvil no queratinizado de la boca: superficie

interna de los labios, mucosa bucal, mucosa alveolar dentaria, lengua y paladar blando”.

En varias páginas consultadas en publicaciones digitales (6, 11, 13) la Estomatitis Aftosa Recurrente suele definir las lesiones como aftas que aparecen agrupadas en la comisura de los labios por ser éstos unos de los lugares más frecuentes de ubicación. Es común que se formen sobre el tejido blando, particularmente en el interior del labio o mejilla, sobre la lengua o en el paladar blando y, raramente, en la garganta.

Barrero MV y Knezevic M (58), señalaron que las aftas asientan sobre superficies de mucosa no queratinizada: mucosa labial y bucal, superficies lateral y ventral de la lengua, suelo de la boca, paladar blando y mucosa orofaríngea. Ocasionalmente, pueden empezar en mucosa no queratinizada, para posteriormente extenderse a la encía, bermellón labial, dorso de la lengua o paladar duro.

Con los resultados de este estudio confirmamos lo señalado en las investigaciones precedentes, coincidimos al afirmar que las lesiones más frecuentes se localizan sobre las mucosas de los tejidos blandos, con preferencia en labios y carrillos.

**Tabla 6.** Evaluación de la evolución de los tratamientos de los pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente.

Evaluación de la Evolución	Grupo estudio		Grupo controles	
	No.	No.	No.	%
Favorable	18	72,0	5	16.7
Desfavorable	7	28.0	25	83.3
<b>Total</b>	25	100,0	30	100,0

**Fuente:** Encuesta

$\chi^2 = 14.96$                        $p = 0,0001097$  (Alta significación estadística)

**OR:** 12.68      La evolución del tratamiento en el grupo de estudio fue favorable más de doce veces que el tratamiento tradicional del grupo de controles

El tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente está encaminado fundamentalmente a disminuir la sintomatología, espaciar los brotes y evitar las recidivas (45). Los pacientes aquejados con estas enfermedades bucales acuden con mucha frecuencia a los servicios de urgencias en estomatología, hasta el presente no se dispone de un tratamiento específico que las cure y se tratan de manera paliativa.

En los momentos actuales y en contraposición con los avances alcanzados en la creación de nuevos medicamentos en el mundo, la utilización de la medicina natural, cobra cada vez más defensores y ejecutores, debido

fundamentalmente a las formas naturales de curación y a la carencia de efectos secundarios de estas terapias (59).

Con los tratamientos de Apiterapia mediante la utilización de la Miel de abejas en las afecciones orales se han obtenido muy buenos resultados al igual que con la Fitoterapia, donde se destaca la terapia mediante la utilización de la planta denominada Romerillo por sus propiedades curativas. De la combinación de estos productos naturales en este estudio se realizó una evaluación de la evolución de los tratamientos de los pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente en la tabla 6. Con los datos obtenidos se realizó un cálculo estadístico mediante el programa EpiInfo 2000 versión 5, se encontró como resultado una alta significación estadística y se confirmó que la evolución del tratamiento en el grupo de estudio fue más de doce veces favorable que el tratamiento tradicional del grupo de controles ( $X^2= 14.96$ ,  $p= 0,0001097$ ,  $OR= 12.68$ ).

Guerra Pérez PE (60), en un estudio para evaluar la utilidad de la miel de abejas en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente, observó que el grupo de estudio que fue tratado con Miel de abejas tuvo una evolución favorable en el 68.7 %, por encima del grupo control que resultó favorable en el 53,6 %.

Con nuestro trabajo podemos confirmar que con la aplicación de la Miel de abejas con Romerillo en las lesiones de la Estomatitis Aftosa Recurrente los pacientes evolucionaron favorablemente.



**Tabla 7.** Evaluación de la utilidad del tratamiento con Miel de abejas y Romerillo en los portadores de Estomatitis Aftosa Recurrente.

Evaluación de la utilidad del tratamiento	Grupo estudio		Grupo controles	
	No.	%	No.	%
	Buena	20	80.0	11
Regular	5	20.0	19	63.3
<b>Total</b>	25	100.0	30	100,0

**Nota:** No se reportaron casos con mala utilidad en los tratamientos.

**Fuente:** Encuesta

$X^2 = 8.72$       $p = 0,0031409$  (Alta significación estadística)

**OR= 6.91** La utilidad del tratamiento en el grupo de estudio fue casi 7 veces mayor que el tratamiento tradicional del grupo de controles

La utilidad del tratamiento con Miel de abejas y Romerillo se analizó en la tabla 7, para el análisis de esta se aplicó el cálculo estadístico, mediante el programa EpiInfo 2000 versión 5, como resultado se obtuvo una alta significación estadística ( $X^2 = 8.72$       $p = 0,0031409$ ) , las razones de posibilidades (*Odds ratio*) como medida de fuerza de asociación fue de **OR= 6.91**, confirmando que la utilidad del tratamiento en el grupo de estudio fue casi 7 veces mayor con relación al tratamiento tradicional del grupo de controles. Ninguno de los casos tratados fue evaluado de mala utilidad.

En la literatura consultada encontramos el estudio “Utilidad de la miel de abejas en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente” realizado por Guerra

Pérez. PE (60), en el 2008, en sus resultados ella obtuvo una buena utilidad en el grupo de estudio en el 68.7 %, al que se le aplicó tratamiento con Miel de abejas, resultando superior al obtenido con el tratamiento tradicional que fue del 53,6 %.

Estos resultados satisfactorios se esperaban con la Miel de abejas y Romerillo por sus propiedades y principios activos ya conocidos a través de las referencias consultadas. Durante el tratamiento de estos pacientes no se presentaron reacciones adversas.

## CONCLUSIONES

- La Estomatitis Aftosa Recurrente afectó preferentemente a individuos jóvenes del grupo de 12 a 14 años. La mayor frecuencia de los casos afectados la ocupó el sexo femenino.
- Las aftas menores afectaron las tres cuartas partes de los portadores de estas patologías. Las lesiones únicas las más comunes y se observaron en la mitad de los casos.
- Las lesiones más frecuentes se localizaron sobre las mucosas de los tejidos blandos, la mitad de ellas con preferencia en labios y una cuarta parte en los carrillos.
- Los pacientes tratados con la Miel de abejas y Romerillo obtuvieron una evolución favorable estadísticamente significativa, resultando más de doce veces superior que el tratamiento tradicional del grupo de controles.
- El tratamiento con la Miel de abejas y Romerillo fue evaluado de bueno con alta significación estadística, con una utilidad casi siete veces mayor que el tratamiento tradicional del grupo de controles.
- No se presentaron reacciones adversas durante el tratamiento.

## **RECOMENDACIONES**

Con los antecedentes de la Miel de abejas con Romerillo para el tratamiento de las lesiones bucales, específicamente para la Estomatitis Aftosa Recurrente y los resultados obtenidos con este trabajo se recomienda la aplicación de estos productos, como medicamentos naturales para el tratamiento de esta enfermedad, ya que resulta una terapia fácil de aplicar, con resultados satisfactorios en la evolución de los pacientes, de buena utilidad y sin reacciones adversas reportadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estomatitis aftosa recurrente. [monografía en Internet] 2007 [citado 18 Ene 2009]. Disponible en: <http://info-medica.wdc.com.ar/numero28/ESTOMATITIS.htm>
2. Azcona Barbed L. Estomatitis aftosa. Prevención y tratamiento. 12 Dermofarmacia [serie en Internet] Diciembre 2004 [citado 25 Sep 2009]; 18(11): p.52-53. Disponible en: <http://www.doyma.es/pdf/3/3v18n11a13069999pdf001.pdf>.
3. Castillo Castillo, Pérez Borrego A. Estomatitis aftosa recurrente. Revisión bibliográfica. [página en Internet] 2006 [citado: 18 Abr 2009] [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/ACC/ACC01/acc01.html>
4. Colectivo de autores. Capítulo 4: Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. [página en Internet] 2007 [actualizado 28 Feb 2004; citado 18 Abr 2007] [aprox. 52 p] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/capitulo\\_4\\_enfermedades\\_gingivales\\_y\\_periodontales.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/capitulo_4_enfermedades_gingivales_y_periodontales.doc)
5. Shafer NG, Levy B M. Enfermedades de origen microbiano. En: Tratado de Patología Bucal. México DF: Nueva Editorial Interamericana; 1986: 347-41.

6. Aftas: un incendio en la boca. [monografía en Internet] 2007 [citado 14 May 2009]. Disponible en:

<http://www.geodental.org/modules.php?op=modload&name=Autores&file=index&do=showpic&pid=36>

7. Cáceres Alania Y. Aftas. [página en Internet] 2007 [actualizado 4 Ene 2007, citado 18 Abr 2009] [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:

[http://www.medicinaaldia.info/index.php?subaction=showfull&id=1167951073&archive=&start\\_from=&ucat=10&](http://www.medicinaaldia.info/index.php?subaction=showfull&id=1167951073&archive=&start_from=&ucat=10&)

8. González López BS, Jiménez E, Caciva R. Experiencia de la Cátedra de semiología de la Facultad de Odontología en la Universidad de Córdoba, Argentina. Ciencia Ergo Sum. [serie en Internet] marzo 2001 [citado 18 Abr 2009]; 8 (1): 50-5. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/104/10402006.pdf>

9. Tincopa Wong OW. Estomatitis aftosa recurrente. Diagnóstico diferencial y tratamiento. [página en Internet] 2007 [citado 18 Abr 2007] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BV/revistas/dermatologia/es\\_%20set%202000/est\\_aft.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BV/revistas/dermatologia/es_%20set%202000/est_aft.htm)

10. Bioarmonía. Salud oral natural. [página en Internet] [actualizado 11 Oct 2003; citado 18 Ene 2009] [aprox. 13 pantallas]. Disponible en:

<http://www.quata.org/modules/news/print.php?storyid=39&PHPSESSID=6990f3b3f397c8e864ed5a5039a3672f>

11. Enfermedades más corrientes. Ulceras. [monografía en Internet] 2007 [citado: 18 abril 2007]. Disponible en: <http://www.explored.com.ec/guia/fas874.htm>

12. Lau Rojo L. Compendio de Periodoncia. Sinaloa; 1992.

13. Aftas Orales. [página en Internet] 2006 [actualizada 27 May 2004; citada 18 Ene 2009] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-303.html>

14. Puyal Casado M. Aftas: etiopatogenia y tratamiento. [serie en Internet] 2007 [citado 18 Abril 2009]; sv/n: [aprox. 12 p]. Disponible en: <http://www.infomed.es/amudenes/articulo7.pdf>.

15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Temas de Parodoncia II. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 199: 1-34.

16. Maroto Atance R, Sánchez Quejido M, Villa Poza C, Clerigué Ruiz A, Aparicio Marbán M, Ayuso Jiménez P et al. Panorama Actual Med [serie en Internet] 2001 [citado: 25 Sep 2009]; 25 (242): 263-265. Disponible en: <http://64.233.169.104/search?q=cache:NCO9erWgzcYJ:www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000024.nsf/voDocumentos/BF8180D9AC10F830>

C1256A560028FE35/%24File/rev\_aftas.pdf+estomatitis+aftosa+recurrente&hl=es&ct=clnk&cd=186&gl=cu

17. Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol. [serie en Internet] 2006 [citado: 18 Jul 2009]; 43(3): [aprox. 20 p.] Disponible en; [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43\\_3\\_06/est08306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est08306.htm)

18. Herpes labial recurrente. [monografía en Internet] 2007 [citado: 18 Abr 2009]. Disponible en: [http://es.mimi.hu/medicina/herpes\\_labial.html](http://es.mimi.hu/medicina/herpes_labial.html)

19. Siré Gómez A, Albornoz López del Castillo CM, Cabrera Villalobos. Síndrome de Sutton. Revista Archivo Médico de Camagüey. [serie en Internet] 2002 [citado 18 Abr 2009]; 6 (supl 1) [aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6Supl1/481.htm>

20. Recurrente. [monografía en Internet] 2007 [citado 18 Abr 2009]. Disponible en: <http://es.mimi.hu/medicina/recurrente.html>

21. Síndrome de Behçet. [página en Internet] 2007 [actualizada 20 de Ene 2005; citado 18 Abr 2009] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: [http://www.iqb.es/monografia/sindromes/s003\\_01.htm](http://www.iqb.es/monografia/sindromes/s003_01.htm)

22. Guillermo Bustos P. Fiebre Reumática. Apuntes de reumatología. Apuntes de medicina 2. [página en Internet] 2007 [actualizada 5 Dic 2006; citado 18 Abr 2009] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/139/2/Fiebre-Reumatica.-Apuntes-de-reumatologia.-Apuntes-de-medicina>

23. Vargas C, Jaramillo C, Pérez I, MD. Manifestaciones cutáneas de enfermedades inflamatorias gastrointestinales. Actualización. Rev Col Gastroenterol [serie en Internet] 2006 [citado 18 Abr 2009]; 21 (4): [aprox. 14 p.] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v21n4/v21n4a09.pdf>

24. Hevia González LE, Silverio García CE. Afecciones digestivas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001: 637-8.

25. Piña Makeira AR. Eficacia del tratamiento homeopático en la fase aguda de la estomatitis aftosa recurrente. [Tesis]. Facultad de Estomatología Camagüey, Camagüey.2002.

26. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Infecciones bacterianas, virales y micóticas. En su: Tratado de patología bucal. 4ed. México: Ed Interamericana; 2000.:375-80.

27. Soler Cardoso Benito A y Porto Verdecia Marlene. Experiencia cubana en el estudio y aplicación de medicamentos herbarios. Rev Cubana Plant Med. [serie en Internet] ene.-abr. 1997 [citado 3 Ago 2009]; 2(1): p.30-34. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-47961997000100007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47961997000100007&lng=es&nrm=iso). ISSN 1028-4796

28. Vellón Leyva S, Aldama Bellón Y, Echarry Cano O. Actualización terapéutica en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional en Estomatología. [serie en Internet] 2006 [citado 14 Abr 2006] sv/n: [aprox. 11 p.].

Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actualiz\\_mnt\\_estomat.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actualiz_mnt_estomat.pdf).

29. Fitoterapia. [monografía en Internet] 2006 [citada 14 Abr 2009]. Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/fitoterapia\\_tema\\_10-1\\_1.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/fitoterapia_tema_10-1_1.doc)

30. Prevención de salud. [página en Internet] 2007 [actualizado 7 Jul 2007; citado: 14 Jul 2009]; [aprox. 13 pantallas]. Disponible en:

<http://www.aloetrade.com.ar/taxonomy/term/30/0/feed>

31. Torres Artilles R. Bioestimulación en la consolidación de las fracturas cerradas de la tibia. Rev Cubana Ortop Traumatol. [serie en Internet] ene.-jun.1996 [20 Dic 2009]; 10(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol10\\_1\\_96/ort06196.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol10_1_96/ort06196.htm)

32. La apiterapia. [página en Internet] 2006 [citada 20 Ago 2006] [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.naturamedic.com/indexes.html>

33. Katsiyannis E. ¿Qué es la apiterapia? [página en Internet] 2006 [citado 20 Ago 2006] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.mantra.com.ar/index.html>

34. ¿Qué es la apiterapia? [monografía en Internet] 2006 [citada 20 Ago 2009]. Disponible en: <http://www.apimedicina.cl/index.htm>

35. Pérez Gómez P. Apiterapia. Situación actual del tratamiento de enfermedades con la Apiterapia. [página en Internet] 2003 [citado 20 Ago 2009] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.curandote.com>

36. Apiterapia. Medicina de Rehabilitación Cubana. [página en Internet] 2007 [actualizada 5 Sep 2007, citada 10 Sep 2007] [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: [http://www.sld.cu/articulos/art\\_rss.php?url=http%3A%2F%2Fwww.sld.cu%2Fsitios%2Frehabilitacion%2Ftemas.php%3Fidv%3D1349](http://www.sld.cu/articulos/art_rss.php?url=http%3A%2F%2Fwww.sld.cu%2Fsitios%2Frehabilitacion%2Ftemas.php%3Fidv%3D1349)

37. Apiterapia. [monografía en Internet] 2006 [citada 14 May 2006]. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~anahat/centromin.htm>

38. Problemas odontológicos en atención primaria. [página en Internet] 2007 [citado 25 May 2009] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualizacion/odontologicos.htm>

39. Aftosis oral recidivante. [monografía en Internet] 2007 [citado 18 Ene 2009].  
Disponibile en: <http://www.dermis.net/dermisroot/es/12222/diagnose.htm>

40. Motta Silveira C, Gouveia Conceicao AP, Cherubini K. Perfil epidemiológico dos individuos portadores de ulceracao aftosa recorrente cadastrados no servico de Estomatología do Hospital Sao Lucas. Rev odont cienc. 2003; 18 (39): 63-7.

41. Cáceres Dieguez A. Las vitaminas en la nutrición humana. Editorial oriente. Santiago de Cuba, 2000: 84.

42. Chinea Meneses EM, Hernández Moreno VJ, García Lluvide N. Factor genético en la etiología de la Enfermedad Periodontal. Medicentro electrónica [serie en Internet] 2003 [citado 25 Ene 2006]; 5(2) [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/>

43. De la Rosa Samper H. El hábito de fumar como factor de riesgo de enfermedad periodontal. [Tesis] Facultad de Estomatología Santa Clara. Villa Clara, 2001.

44. Lesiones vesículoampollosas. Especialidades Medicina Oral. [página en Internet] 2006 [actualizada 20 Ago 2001; citada 18 Abr 2009] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.odontocat.com/patoralveam.htm>

45. Aftas bucales. [página en Internet] 2007 [citado 18 Abr 2009] [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <http://www.clinicaeuroden.com/aftas-bucles.htm>

46. Calabuig Muñoz E, Salavert Lletí M, Blanes Juliá M, Lacruz Rodrigo J, López-Aldeguer J, Navarro Ibáñez V. Manifestaciones de la cavidad oral. [serie en Internet] 2007 [citado 18 Abr 2009]; sv/n: [aprox. 40 p.]. Disponible en: [http://www.ttmed.com/sida/texto\\_art\\_long.cfm?ID\\_dis=212&ID\\_Cou=20&ID\\_Art=1728&ComeCover=Y](http://www.ttmed.com/sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y)

47. Santana Garay JC. Enfermedad periodontal y otras infecciones por el VIH en el complejo bucal. Ciudad de la Habana: Ed Ciencias Médicas; 2000.

48. Montiel D, Tovar V. Inserción social y perfil de salud enfermedad bucal del paciente con VIH/SIDA. Acta odontol. Venezuela 2003; 41(2): 18-24.

49. Historia. [página en Internet] 2007 [actualizada 26 Feb 2007; citada: 14 Abr 2009]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-zinc.html>

50. Triana Cue M, Nazco Ríos C, González Díaz ME, Sánchez Jiménez J. Zeolita Medicina Natural en el tratamiento de las infecciones bucales agudas. Medicentro 1993; 9 (2): 85-6

51. Quintana Díaz JC. Efecto del propóleo en los tratamientos quirúrgicos y las úlceras bucales. Rev.Cubana Estomatol. 1996; 33 (1): 26-9.

52. Valdés Del Valle RF, González-Quevedo Rodríguez M, Pereda Cardos O, González Quevedo M. Compendio de investigaciones sobre el Aloe barbadensis Miller (sábila) cultivado en Cuba. La Habana. [serie en Internet] 2007 [citada 14 Abr 2007]; 10(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/pla/vol10\\_2\\_05/pla03205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/pla/vol10_2_05/pla03205.htm)

53. Pérez Gómez P. Apiterapia. Situación actual del tratamiento de enfermedades con la Apiterapia. [serie en Internet] 2003 [citado 20 Ago 2006]; sv/n: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.curandote.com>

54. Asís M. Propóleo. El oro púrpura de las abejas. Primera reimpresión, Ciudad de la Habana. Centro de Información y documentación agropecuaria, 1991: 6-214.

55. Bagan JV, Sanchis JM, Milian MA, Peñarrocha M, Silvestre FJ. Recurrent aphthous stomatitis. A study of the clinics characteristics of lesions in 93 cases. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 395-7.

56. Jiménez Hernández C. Terapia con Oleozón en la Estomatitis Aftosa Recurrente. [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Ciego de Ávila; 2007.

57. Cidre Zayas FM. Tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente con aplicación de crema Aloe [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Ciego de Ávila; 2007.

58. Barrero MV, Knezevic M. Estomatitis aftosa recidivante. Formas clínicas. [página en Internet] 2007 [citado 23 Ene 2009]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.coelp.net/v2/articulos/estomati.php>

59. Vellón Leyva S, Aldama Bellón Y, Echarry Cano O. Actualización terapéutica en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional en Estomatología. [serie en Internet] 2007 [citado 14 abril 2007]; sv/n: [aprox. 11 p.] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actualiz\\_mnt\\_estomat.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actualiz_mnt_estomat.pdf).

60. Guerra Pérez PE. Utilidad de la miel de abejas en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente. [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Ciego de Ávila; 2008.

## **ANEXO # 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

Yo \_\_\_\_\_ con carnet de Identidad \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo a servir de paciente para el estudio sobre el uso de la Miel de abejas con Romerillo en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente. Se me explicó sobre la enfermedad llamada Estomatitis Aftosa Recurrente, los efectos beneficiosos de la Miel de abejas con Romerillo, en esta enfermedad, por sus propiedades cicatrizantes, antiinflamatorias, emoliente, patología ya demostradas en otros ensayos clínicos con pacientes. Aunque no se conocen reacciones adversas, de presentar alguna reacción alérgica a estos productos naturales tendré la atención médica necesaria.

Mi participación en esta investigación es voluntaria y para que así conste firmo este documento junto con el profesional que me dio las indicaciones. Dado en Ciego de Ávila, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

## ANEXO # 2

### MODELO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Nº de HC: \_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre

y

Apellidos:

Dirección

Particular:

Centro

de

Trabajo:

#### 1. Grupos de edades:

1.1 De 12 a 14 años\_\_\_ 1.2 De 15 a 18 años\_\_\_ 1.3 De 19 a 34 años\_\_\_

1.4 De 35 a 59 años\_\_\_ 1.5 Más de 60 años\_\_\_

2. Sexo: 2.1 F \_\_\_ 2.2 M \_\_\_

#### 3. Tipo de lesión:

3.1. Aftas menores: \_\_\_ 3.2 Aftas herpetiformes: \_\_\_

#### 4. Número de lesiones:

4.1. Lesión única: \_\_\_\_\_ 4.2. Dos lesiones: \_\_\_\_\_

4.3. Tres lesiones: \_\_\_\_\_ 4.4. Lesiones múltiples: \_\_\_\_\_

#### 5. Localización Anatómica:

5.1 Labio: \_\_\_\_\_ 5.2 Carrillo: \_\_\_\_\_ 5.3 Suelo de boca: \_\_\_\_\_

5.4 Encía: \_\_\_\_\_ 5.5 Paladar: \_\_\_\_\_ 5.6 Dorso de la lengua: \_\_\_\_\_

#### 6. Intervalos de tratamiento y Evolución

Intervalos de tratamiento	1er Intervalo	2do Intervalo	3er Intervalo
	1er y 2do día	3ro,4to y 5to día	6to y 7mo día

Remisión del dolor (sí ó no)

Remisión de la lesión (descripción)

6.1 Evolución favorable\_\_\_

Evolución desfavorable\_\_\_

**7. Reacciones adversas:** 8.1. No\_\_\_\_\_ 8.2. Si \_\_\_\_\_

**8. Utilidad del tratamiento:**

8.1. Buena\_\_\_\_\_ 8.2. Regular\_\_\_\_\_ 8.3 Mala\_\_\_\_\_

**9. Observaciones:**

---

---

---

**10. Nombre del encuestador:**\_\_\_\_\_

**11. Firma:** \_\_\_\_\_

### ANEXO # 3 Análisis estadístico Programa EPINFO 2000.

**Tabla 6.** Evaluación de la evolución del paciente con Estomatitis Aftosa Recurrente.

	Grupo estudio	Grupo control
<b>Evaluación de la Evolución</b>	<b>No.</b>	<b>No.</b>
Favorable	18	5
Desfavorable	7	25
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>30</b>

**Fuente:** Encuesta

Análisis de Tabla Simple

Odds ratio = 12.86 < 3.01 < OR < 59.95\*>

Lím. De confianza Cornfield al 95 % de OR

\* Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto.

Riesgo Relativo = 3.58 < 1.80 <RR< 7.13 >

Lím. Confianza 95 %. Series de Taylor para RR

Ignore riesgo relativo si es caso-control.

	<u>Chi-cuadrado</u>	<u>valor – P</u>
No corregido :	17.16	0.0000344
Mantel-Haenszel:	16.85	0.0000405
Correc. Yates :	14.96	0.0001097

#### ANEXO # 4 Análisis estadístico Programa EPINFO 2000.

**Tabla 7.** Evaluación de la utilidad del tratamiento con Miel de abejas y Romerillo.

	Grupo estudio	Grupo control
<b>Utilidad del tratamiento</b>	<b>No.</b>	<b>No.</b>
Buena	20	11
Regular	5	19
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>30</b>

**Fuente:** Encuesta

Análisis de Tabla Simple

Odds ratio = 6.91 < 1.76 < OR < 28.93\* >

Lím. De confianza Cornfield al 95 % de OR

\* Cornfield no es adecuado. Mejor Límite exacto.

Riesgo Relativo = 3.10 < 1.36 < RR < 7.05 >

Lím. Confianza 95 %. Series de Taylor para RR

Ignore riesgo relativo si es caso-control.

	<u>Chi-cuadrado</u>	<u>valor – P</u>
No corregido :	10.41	0.0012526
Mantel-Haenszel:	10.22	0.0013879
Correc. Yates :	8.72	0.003