

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**



**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

**Eficacia del uso de Bórax en el tratamiento de la Gingivoestomatitis
Herpética Aguda del área norte en Ciego de Ávila.**

AUTOR: Dra. Dariana Fuentes Cazola.

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA**

2016

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**



**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

**Eficacia del uso de Bórax en el tratamiento de la Gingivoestomatitis
Herpética Aguda en Ciego de Ávila.**

**AUTOR: Dra. Dariana Fuentes Cazola.
Residente de Estomatología General Integral.**

**TUTOR: Dra. Sady Machado Ramos.
Especialista de 2do grado en EGI.
Máster en Urgencias Estomatológicas
Profesor Asistente.**

2016

Índice

• Pensamiento	
• Dedicatoria	
• Agradecimientos	
• Resumen	
• Introducción.....	1
○ Problema a resolver	
○ Hipótesis	
○ Objetivo General	
○ Objetivos Específicos	
• Marco Teórico.....	3
• Material y Método.....	15
○ Criterios de inclusión	
○ Criterios de exclusión	
○ Criterios de Salida	
○ Análisis y discusión de los resultados.....	18
• Conclusiones.....	22
• Recomendaciones.....	23
• Referencias Bibliográficas.....	24
• Anexos.....	28

Pensamiento

"La medicina es el arte de distraer al paciente mientras la naturaleza lo va curando".

Torres, Edgar A.

Dedicatoria

A mi madre querida y a mi razón de vivir,
mi niña hermosa, por seguir iluminando mi camino.

A mi tutora por no rendirse nunca.

Agradecimientos

A toda mi familia por alentarme a continuar;
a mis profesores, compañeros y amigos por acompañarme en mi travesía;
a todas las personas que me han dejado su huella.

Resumen

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud más comunes en todo el mundo, siendo la más representativa la Gingivoestomatitis Herpética Aguda (GEHA). Con el objetivo de evaluar la eficacia de los medicamentos homeopáticos en el control de la GEHA, tiempo de remisión de los signos y síntomas, severidad de los mismos y reacciones adversas. Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado a 24 pacientes de edad pediátrica. El estudio fue realizado desde julio del 2015 hasta mayo 2016, donde la muestra recogida fue dividida en dos grupos, el de estudio, tratado con medicamentos homeopáticos a baja potencia, y el de control empleando tratamiento convencional. Como resultado ninguno de los niños estudiados en el período repitió la enfermedad. La conclusión fundamental fue que la homeopatía es un método muy efectivo en el tratamiento de la GEHA.

Palabras claves: Gingivoestomatitis herpética aguda / homeopatía / bórax /eficacia.

Introducción

Durante mucho tiempo las afecciones médicas han estado aquejando a la humanidad y para su tratamiento muchos galenos han dispuesto de su intelecto intentando aliviar dolencias o curar enfermedades. Muchos de estos logros se han descrito en la literatura clásica, no obstante, se recomienda el uso de remedios homeopáticos en el tratamiento de estas afecciones. Esta alternativa fue creada por Christian Frederick Hahneman desde hace más de 200 años y se sustenta en el principio de la semejanza, que reconoce la capacidad del organismo de curarse por sí solo y que enuncia que la enfermedad puede ser curada por sustancias capaces de provocar una afección o síntoma similar al de la enfermedad a tratar.

La terapia basada en estos principios se caracteriza fundamentalmente por no ser invasiva, es de bajo costo, emplea remedios no tóxicos, puede utilizarse en trastornos agudos y crónicos y es esencialmente holística, pues considera al enfermo en su nivel emocional, mental y físico, y tiene como objetivo devolverle el equilibrio perdido.

Los remedios homeopáticos se obtienen a partir de vegetales, minerales y animales. Estos medicamentos se pueden administrar en gotas, glóbulos y tabletas. Pueden aplicarse sobre la lengua, sublingual, sobre los labios, por inhalación o tomado en soluciones. No obstante, se ha comprobado su utilidad en afecciones agudas muy frecuentes en la práctica estomatológica. En estomatología, esta ciencia nos brinda múltiples ventajas y beneficios con mínimos efectos secundarios: ahorro de gastos y apertura de una nueva línea de investigación y tratamiento.

A pesar del corto tiempo del resurgimiento de la homeopatía en Cuba, ya cuenta con algunos estudios que demuestran la eficacia de las terapias homeopáticas en el tratamiento de las urgencias estomatológicas, entre las que se encuentra la GEHA.

Como **Problema** a resolver se plantea la siguiente pregunta; ¿Es eficaz y seguro el uso del Bórax (como homeoterapia) en el tratamiento de la GEHA?

Basados en la **Hipótesis**: Con la aplicación del Bórax en pacientes con diagnósticos de GEHA del área Norte de Ciego de Ávila, se lograría la remisión de los síntomas y signos en un periodo de tiempo menor al descrito actualmente y resultará un medicamento seguro en el tratamiento de esta enfermedad.

Se plantea como **Objetivo General**: Evaluar la eficacia del Bórax como método homeopático en el tratamiento de la GEHA en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

- Describir el comportamiento de los pacientes en el ensayo clínico teniendo como aspectos a medir la edad y el sexo.
- Evaluar la utilidad del bórax como tratamiento homeopático en la GEHA de acuerdo a:
 - Tiempo de remisión de los síntomas.
 - Severidad de los síntomas.
 - Reacciones adversas.

Marco Teórico

Numerosas infecciones virales son conocidas como causantes de gingivitis. Las más importantes son los herpes virus: herpes virus simple tipo 1 y 2 y el herpes varicela zóster. Estos virus suelen ingresar en el organismo humano durante la niñez y generar enfermedades con asiento en la mucosa bucal seguidas por períodos de latencia y algunas veces de reactivación. El herpes virus simple tipo 1 (HSV-1) causa por lo general manifestaciones bucales, mientras que el virus herpes simple tipo 2 (HSV-2) está involucrado principalmente en las infecciones ano-genitales y solo en ocasiones causa infecciones bucales. Las infecciones por herpes simple se encuentran entre las infecciones virales más comunes (1).

Los virus herpes humanos pertenecen a la familia Herpesvírídae, compuesta por ocho virus. El virus herpes simple tipo 1 (VHS-1) está ampliamente distribuido en el mundo y es causante de una variedad de cuadros clínicos. Generalmente infecta la cavidad bucal, los ojos y piel de la cara, aunque también puede dar manifestaciones genitales. La infección ocurre por la vía de contacto directo con lesiones o con secreciones que contienen el virus, de individuos infectados o excretores asintomáticos, generalmente antes de los 5 años. En la mayoría de los casos no se manifiesta enfermedad (infección asintomática) y en una menor proporción se presenta como una gingivoestomatitis o una queratoconjuntivitis herpética (2,3).

El VHS-2 origina principalmente infección genital y es el principal causante del herpes neonatal, transmitiéndose por el contacto directo con lesiones o con secreciones infectadas. A nivel mundial la prevalencia en población adulta es cercana al 20%. Las lesiones son indistinguibles de las producidas por HSV-1. En niños puede presentarse como resultado de abuso sexual, o bien ser originado por autoinoculación desde otra lesión herpética o por contacto con manos que llevan secreciones infectadas. En estos últimos casos, la infección sería generalmente originada por HSV-1. El herpes neonatal se presenta en 1 12.500 a 1 15.000 partos en EEUU. Es generalmente adquirido al momento del parto (85% de los casos), al contactar lesiones genitales o secreciones maternas infectadas,

existiendo un mayor riesgo de transmitido en la primoinfección genital materna (20 a 30%) que en una recurrencia genital (2 a 3%). Un 45% de los recién nacidos con herpes neonatal presentarán lesiones en piel, cavidad bucal y/o ojos, un 35% presentará compromiso del sistema nervioso central y un 20% un herpes diseminado. Todos los niños que nacen infectados in útero presentan lesiones en la piel al momento de nacer, mientras que la mayor parte de los niños infectados al momento del parto desarrollarán lesiones dentro de la primera o segunda semana de vida. Las lesiones en piel son vesiculosas o ampollares y su apariencia es similar a la de los niños mayores, en un 50% de los casos. Puede presentarse inicialmente sólo como úlceras bucales o cornéales. El diagnóstico de una infección herpética es frecuentemente clínico (4,5).

Dicha entidad se encuentra en la clasificación de la enfermedad periodontal, dentro del grupo de las lesiones gingivales no inducidas por placa dentobacteriana de origen viral específicamente en las infecciones herpes virus (6).

Se define la gingivoestomatitis herpética primaria, como una infección primaria de la cavidad bucal, originada por el VHS-1 (7,8) , él cual es más frecuente en recién nacidos y menores de 6 años de edad, (9,10) VHS-2 (9), siendo éste el más frecuente pero también se registra en adolescentes y adultos lo que constituye una urgencia en odontología. (11-13) Cuando se presenta en adultos jóvenes puede estar asociada con infección por VIH. (11) Acontece con la misma frecuencia en ambos sexos. No obstante, en la mayoría de la gente la infección primaria es asintomática (1) .El período de incubación varía de 2 a 20 días (2,3).

Luego de la infección primaria o inoculación, el virus asciende por los nervios sensitivos o autónomos, y persiste como VHS latente en los ganglios que inervan el sitio. En casi una tercera parte de la población mundial, las manifestaciones secundarias tienen lugar como resultado de diversos estímulos, como luz solar, traumatismos, infecciones, fiebre o estrés el VHS-1 se puede reactivar. Las manifestaciones secundarias son los herpes labial, genital y ocular, y la encefalitis herpética (2, 3 -8).

La gingivoestomatitis herpética primaria es contagiosa. Si bien hay informes de

GEHA recurrente, casi nunca reaparece a menos que una enfermedad sistémica debilitante atenúe la inmunidad. La infección herpética secundaria de la piel, como el herpes labial, sí recidiva. (14,15).

El herpes simple es un virus del DNA con baja capacidad infecciosa, que después de entrar al epitelio de la mucosa bucal llega a las terminaciones nerviosas y por transporte retrógrado a través del retículo endoplasmático liso (200-300 mm/día) viaja hasta el ganglio de del trigémino donde puede permanecer latente durante años.(1) manteniéndose como episoma (no se integra al genoma) en las neuronas, y sólo se integra en caso de una replicación viral.(16) A la luz de la patogenia de la infección por VHS, se sugiere que la multiplicación del virus herpes en un sitio con acceso hacia los tejidos bucales, pudiera explicar la manifestación viral en secreciones bucales, y la frecuencia elevada de recurrencia en la cavidad bucal (7).

Zakay-Rones y colaboradores, (17) plantean la hipótesis de que la manifestación pudiera presentarse también en tejidos extraneurales, y que la encía pudiera funcionar como otro sitio de acumulación para VHS, corroborado con el estudio de Amit y colaboradores (18).

El ambiente del surco periodontal aporta al virus una ubicación central, a partir de la cual puede comenzar la recidiva durante traumatismos, períodos de estrés. El virus se estimula a menudo después del tratamiento dental sistemático, en relación con estrés del paciente y lesión en el tejido del surco durante procedimientos como raspado y alisado radicular o preparación dental. La diseminación de la infección en la cavidad bucal puede deberse al recambio de las células epiteliales del surco, (19) o la transferencia leucocitaria, cuya vía principal de entrada hacia la cavidad bucal es el surco gingival (20).

Algunas veces, los herpes virus pueden desempeñar un papel esencial en la recurrencia del eritema multiforme. Actualmente, no se sabe si participa también en otras enfermedades bucales, pero el herpes simple se detectó en la gingivitis necrosante y en la periodontitis. Cuando un bebé se infecta, a veces a partir del herpes labial recurrente de los padres, es frecuente que se diagnostique

erróneamente como el momento de la erupción de algún órgano dentario. A medida que los hábitos de higiene se popularizan en la sociedad industrializada, se producen cada vez más infecciones primarias a edades más tardías (1) .Se estima que en los EEUU, existe cerca de medio millón de casos por año (21).

El exantema súbito (ES) está asociado a la infección por el virus herpes humano 6 (HHV-6) subtipo B. Es un virus ampliamente distribuido en la población mundial y se adquiere a temprana edad, por el contacto con saliva infectada. Es un virus linfotrópico (infecta LTcd4), pero se le ha encontrado en múltiples tejidos del organismo, por lo que se ha asociado a distintas enfermedades. Se presume que persiste en forma latente en el infectado, en glándulas salivales y monocitos macrófagos. El ES se presenta tempranamente en la infancia y se caracteriza por fiebre alta durante 2 a 3 días, luego de la cual aparece un exantema que se inicia en cara y tronco y luego compromete extremidades, que coincide con la caída de la fiebre. Los anticuerpos IgM se forman a los siete días de infectarse y persisten por 3 semanas, mientras que los IgG se inician a los siete días y persisten hasta por lo menos 2 meses desde la infección. El diagnóstico del ES es clínico y en casos complicados con hepatitis o encefalitis, se puede realizar PCR de sangre o LCR. No se cuenta con exámenes serológicos de rutina. No se cuenta con una vacuna ni con un antiviral eficaz (2-5).

Características Clínicas

La Gingivo Estomatitis herpética Aguda es un cuadro febril con odinofagia y vesículas dolorosas en labios, encías, mucosa oral y porción anterior de lengua y paladar duro. Las lesiones son friables, se ulceran y pueden sangrar con facilidad. Pueden presentarse adenopatías cervicales o submentonianas. La duración de la gingivoestomatitis es de 10 a 14 días y la excreción viral persiste hasta la resolución de las lesiones (2,3). Los signos y síntomas bucales se presentan como una gingivitis severa (1) con afección difusa, eritematosa y brillante en la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados cambiantes de edema, hemorragia gingival. En su etapa inicial se distingue por la presencia de vesículas discretas y esféricas, en la encía, mucosas labial y vestibular, paladar blando, faringe, mucosa

sublingual y lengua (7,8).

Luego de unas 24 horas, las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras dolorosas, con un margen en halo rojo elevado y una porción central amarillenta o blanco grisáceo. Esto sucede en zonas muy separadas o en grupos donde hay confluencia. En ocasiones, la GEHA aparece sin vesículas evidentes (7,8).

El cuadro clínico se agrava más por la acumulación de placa dentobacteriana, debido a la higiene bucal deficiente y la suspensión de la función masticatoria. Dicha inflamación aparece días antes de las úlceras. El curso del trastorno se limita entre 7-10 días. El eritema gingival difuso, y el edema que aparecen temprano en la enfermedad, perduran varios días luego de que las lesiones ulcerativas cicatrizan. No quedan cicatrices en las regiones donde las úlceras remitieron (1).

A menudo, los ganglios linfáticos regionales se encuentran sensibles y tumefactos. La anormalidad se acompaña de síntomas de "sensibilidad" en la cavidad bucal que interfieren con la ingestión de alimentos, el habla y la deglución. El escurrimiento salival es evidente; en los recién nacidos, la falta de ingestión de alimentos y líquidos puede causar deshidratación, situación que exige hospitalización y administración parenteral de líquidos. Los signos y síntomas sistémicos y extrabucles que habitualmente se presentan son la adenitis cervical, linfadenopatías, mialgias, fiebre hasta de 38,3 a 40,6° C y un malestar generalizado (7,8).

Frecuentemente se presenta dolor, ardor u hormigueo en la zona de recurrencia, horas previas a la aparición de lesiones vesiculares agrupadas sobre una base eritematosa, generalmente en el borde del bermellón del labio. Se resuelven en 5 a 7 días. A nivel ocular, las blefaritis herpéticas, frecuentemente se acompañan de conjuntivitis y/o queratitis, por lo que en estos casos, los pacientes siempre deben ser evaluados por un oftalmólogo (22).

Una característica común de los individuos con gingivostomatitis herpética primaria es el padecimiento de una infección aguda reciente. La anomalía suele aparecer durante un episodio de enfermedades febriles, o inmediatamente

después, como neumonía, meningitis, influenza y fiebre tifoidea. Así mismo se presenta en el transcurso de períodos de ansiedad, tensión o agotamiento y durante la menstruación. Algunas veces, el sujeto señala que estuvo expuesto a personas con infección herpética de la cavidad bucal o los labios. La gingivostomatitis herpética primaria se desarrolla en la fase temprana de la mononucleosis infecciosa. (23)

El panadizo herpético se debe sospechar en niños que hacen lesiones vesiculares periungueales, dolorosas, en forma recurrente. El Eczema herpético o Erupción variceliforme de Kaposi es un desorden cutáneo debido a una infección herpética en piel afectada por otra patología dermatológica de base (ej. Dermatitis atópica, quemaduras, etc). La erupción comienza como grupos de vesículas sobre piel alterada, que rápidamente se diseminan, y que pueden volverse hemorrágicas, costrificadas o evolucionar a la aceración, necrosis o sobreinfección bacteriana. Dura entre 7 a 10 días pero puede prolongarse hasta por 6 semanas. Se debe sospechar el cuadro en eczemas con aspecto de sobreinfección que no responden a antibióticos. La infección por Herpes Simple Virus es la principal causa infecciosa del Eritema multiforme o polimorfo menor (EM) y también puede precipitar un síndrome Steven-Johnson. El EM generalmente se presenta 2 a 7 días (hasta 3 semanas) después de iniciado el cuadro herpético y tiende a repetirse con las sucesivas recurrencias. La causa de esta manifestación cutánea es desconocida (24).

Santa Cruz y colaboradores refieren que existen tres formas clásicas: Infección primaria o primoinfección. Aparece generalmente en la infancia y suele ser asintomática. Si se presentan síntomas, a nivel extrabucal puede haber dolor que dificulta la masticación y deglución, aparece fiebre y linfadenopatía cervical, y a nivel intrabucal, gingivostomatitis herpética con lesiones vesiculares puntiformes en mucosa bucal y lengua, rodeadas de encía eritematosa, agrupadas en racimos que se rompen dejando úlceras superficiales con un centro blanquecino. Estas lesiones recidivan con estímulos como estrés, debilidad, radiación UV, traumas, menstruación o inmunodepresión, el virus puede reactivarse. Puede tratarse de herpes recurrente labial, que se localiza en el bermellón de los labios, o de herpes

recurrente intrabucal, que aparece como vesículas con halo eritematoso que rompen dejando úlceras que forman áreas de coalescencia en la encía. En inmunodeprimidos. La infección se describe como atípica, las lesiones son más extensas y agresivas, de lenta curación y extremadamente dolorosas. Las lesiones se distribuyen por igual en sitios queratinizados y no queratinizados (25).

Diagnóstico

La mayoría de las veces se establece sobre la base de los antecedentes y hallazgos clínicos. El diagnóstico definitivo se obtenía mediante el aislamiento del virus, actualmente se realiza examen de inmunofluorescencia o inmunoperoxidasas para VHS-1 así como Frotis, sin olvidar una biopsia (Test Zank), certificado (aislamiento viral y PCR) e identificar el tipo viral (IF) los cuales son menos costosos y más sencillos. Una elevación de cuatro veces la concentración normal indica la presencia de lesión reciente (27). Es posible obtener material de las lesiones y enviarlo a un laboratorio para realizar pruebas de confirmación, entre ellas los cultivos virales y las pruebas inmunitarias mediante anticuerpos monoclonales, o las técnicas de hibridación de ADN (28-31).

La Gingivo Estomatitis Herpética primaria puede diferenciarse de las siguientes enfermedades:

- Del eritema multiforme, porque en él las vesículas son más extensas que las de la GEHA, y al romperse tienden a formar una pseudomenbrana. Asimismo, en el eritema multiforme la lengua aparece casi siempre muy afectada, con infección de las vesículas rotas que genera diversos grados de ulceración. El daño bucal en el eritema multiforme puede acompañarse de lesiones cutáneas. La duración del eritema multiforme es comparable al de la GEHA. Sin embargo, no es raro que prosiga algunas semanas. (5,6)

- El síndrome de Stevens-Johnson, es un tipo comparativamente anómalo del eritema multiforme. Se caracteriza por lesiones vesiculares hemorrágicas en la cavidad bucal, oculares hemorrágicas y ampollares en la piel.

- El liquen plano buloso, es una enfermedad dolorosa que se distingue por ampollas grandes en la lengua y los carrillos; las ampollas se rompen y ulceran. El

liquen plano buloso tiene un curso prolongado e indefinido. Es frecuente que las placas de lesiones con aspecto de encaje, lineales y grises del liquen plano aparezcan entremezcladas en las erupciones bulosas. La afección coexistente de la piel en el liquen plano aporta una base para la diferenciación del liquen plano buloso y la gingivoestomatitis herpética primaria.

-La gingivitis descamativa, se caracteriza por una lesión difusa de la encía, con grados diversos de "exfoliación" de la superficie epitelial y exposición del tejido subyacente. Es una afección crónica.

-Las ulceraciones de la estomatitis aftosa recurrente, (EAR) (32-34) pueden parecer idénticas a las de la gingivoestomatitis herpética, pero en la EAR no hay lesión eritematosa difusa de la encía, aunque puede haber síntomas sistémicos tóxicos. Las lesiones son variables, desde algunas úlceras pequeñas (0,5 a 1 cm de diámetro), poco profundas, bien definidas, redondas u ovoideas con una zona central gris amarillenta rodeada por un halo eritematoso, que curan entre 7-10 días sin dejar cicatrices, hasta úlceras más grandes (1-3 cm de diámetro) ovals o irregulares, que perduran semanas y curan con cicatriz.

-Con frecuencia se confunde con Gingivitis Necrosante GN (35) Estudios de Grupe y Wilder (36), Goldhaber y Giddon (37-38), reportan que las enfermedades periodontales necrosantes no se caracterizan por una elevación de la temperatura ni malestar, mientras que la gingivoestomatitis herpética con frecuencia es acompañada de fiebre alta y malestar general.

Cuando la gingivoestomatitis herpética primaria acontece durante el primer trimestre del embarazo, como consecuencia de viremia, el virus herpes puede atravesar la barrera placentaria e infectar al feto, situación que provoca malformaciones congénitas graves. Si se diagnostica la infección bucal cerca de la fecha del parto, está indicado efectuar un examen pélvico, y si hay de manera concomitante, infección vaginal o del cuello uterino, se debe considerar la cesárea (39).

Diversos tratamientos, con poco éxito, se emplean en la gingivoestomatitis herpética. Se incluyen aplicaciones locales, vitaminas, radiaciones y

antimicrobianos. (39). Para el tratamiento de la primoinfección y de la recurrencia herpética se utiliza el antiviral de elección Aciclovir, dentro de las 24 a 48 h de iniciado el cuadro. La eficacia de la formulación tópica es cuestionable y estudios de grandes series no muestran beneficio al utilizado, por lo que el tratamiento es principalmente oral o endovenoso, en casos extensos y/o severos. No hay vacuna disponible contra la infección por HSV 1 ó 2 (2,3).

Un trabajo clínico reveló buenos resultados con Aciclovir por vía sistémica para prevenir o reducir la intensidad del virus herpes recurrente relacionado con el tratamiento odontológico (39). Casi todas las cepas del virus herpes son sensibles al Aciclovir (Zovirax) y se afirma que su aplicación tópica es útil para reducir la diseminación y la gravedad de la infección (4). También es eficaz para tratar el herpes en los pacientes inmunocomprometidos.

Cualquier tratamiento elegido consiste en medidas paliativas para que el paciente se sienta cómodo mientras la enfermedad sigue su curso y la disminución de la posibilidad de una infección secundaria. Se elimina placa, residuos y cálculos superficiales para reducir la inflamación gingival que complica la lesión herpética aguda. El tratamiento periodontal intenso debe posponerse hasta que los síntomas agudos remitan para evitar la posibilidad de exacerbación. Para obtener alivio sintomático, sobre todo antes de la alimentación, se aplica anestésico local tópico, como solución de clorhidrato de lidocaína viscosa, al 2% sobre las zonas afectadas, facilitando la ingestión de bebidas, alimentos blandos y la higiene bucal, antes de cada alimento el paciente debe enjuagarse con 5cm³ de esta solución (6).

También existen algunas soluciones más ligeras como una acuosa de difenhidramina al 5% (Benadryl®), enjuagues bucales con solución salina o bicarbonato favorecen la fisioterapia y la tartrectomía mecánica (40). Puede prescribirse aspirina, o antiinflamatorios no esteroideos por vía sistémica si el paciente experimenta dolor de mayor duración. Se informa al paciente que la enfermedad es contagiosa en ciertas etapas, como cuando hay vesículas (título viral más elevado). Todo individuo expuesto a un paciente infectado debe tomar

precauciones. La infección herpética del dedo del odontólogo, que se refiere como panadizo herpético, puede ocurrir si un operador seronegativo se infecta con lesiones de un paciente herpético (31,32- 41).

El tratamiento de apoyo incluye ingesta copiosa de líquidos, suplementos alimenticios minerales, proteicos y vitamínicos, así como descanso y terapéuticos con antimicrobianos sistémicos para el tratamiento de las complicaciones generales tóxicas (42-47). La aspirina suele ser suficiente para aliviar el dolor. Los adultos pueden recibir una dosis de aspirina de 325-650 mg cada 4 horas y los niños, dosis menores (6).

En casos graves hay infección secundaria por Candida que se atiende con agentes antimicóticos, se recomienda medicaciones bucales tópicos para el tratamiento de la candidiasis que incluyen el uso de Clotrimazol®: disolver en la cavidad bucal 1 tableta de 10mg. 5 veces al día por 14 días; además 200.000 unidades de Nistatina®, 1 o 2 tabletas disueltas lentamente en la cavidad bucal 5 veces al día, o disolver en la cavidad bucal 1 óvulo vaginal de Nistatina® de 100.000 unidades 3 veces al día. Otro medicamento indicado para la candidiasis es el Fluconazol en cápsulas, 150 mg por 14 días su uso parenteral es recomendado por ser menos tóxico, pero debe ser empleado con cautela en pacientes con problemas renales. Los efectos secundarios ocasionales son: náuseas, diarrea, eritema y molestias abdominales o Itraconazol 100 mg al día (48-49).

Cuando se utilizan anestésicos por vía tópica, el paciente debe tener en cuenta la reducción del reflejo faríngeo y ser cauto mientras deglute o cata para evitar el posible compromiso de la vía aérea. Las alergias son raras, pero pueden aparecer. Por ello se utilizan anestésicos tópicos y agentes de revestimiento. Para la infección bacteriana secundaria en individuos susceptibles no deben utilizarse de forma rutinaria los antimicrobianos sistémicos. Se debe evitar la administración de esteroides por vía tópica, ya que puede producirse la diseminación de la infección vírica a las membranas mucosas, en especial la ocular. Los pacientes deben tener cuidado de no tocar las lesiones herpéticas y después tocar los ojos,

genitales u otras áreas corporales, debido a la posibilidad de autoinoculación (39-50,51).

En los casos recurrentes se recomienda Acyclovir dosis de 200 mg ante la primera evidencia de prodromos y continuar con dosis de 200 mg 5 veces al día mientras persista la lesión. Aunque hasta la fecha se ha reportado escasa toxicidad con la administración oral del Acyclovir con excepción de náuseas y cefaleas ocasionales (51). Algunos autores coinciden con la contraindicación el uso de las Penicilinas durante la afección viral por agravar las lesiones herpéticas (10,11).

No existe hasta nuestros días un tratamiento que logre mejorar los síntomas agudos tan molestos para el paciente en un término menor a 7 días , a lo largo de los años se ha empleado el mismo tratamiento convencional y se experimenta poco con alternativas de MNT.

Al finalizar el siglo XX es incuestionable el desarrollo que la Medicina Tradicional y Natural (Medicina Bioenergética y Naturalista) está alcanzando en el mundo, la homeopatía se inserta en el concepto enfermedad_ salud con el mismo objetivo, el de equilibrar energía desordenada, con el fin de lograr curación o alivio de la enfermedad. (7-11). La homeopatía está siendo empleada en el tratamiento paliativo o curativo de diferentes enfermedades en las que se ha demostrado un componente inmunológico (12- 15). En estudios anteriores se describe el uso de la homeopatía, específicamente el Bórax venedeto en las gingivitis aftosas, y en menor grado en la GEHA, fundamentalmente combinado con otros remedios homeopáticos y con fitofármacos.

Las terapéuticas empleadas hasta el momento en esta afección son clásicas pero decepcionantes, no ofreciendo resultados muy significativos con respecto a la evolución clínica habitual. La carencia de un tratamiento efectivo, la duración prolongada de las ulceraciones y el uso de las curas bucales que tanto afectan a los pequeños. Una vez empleado el tratamiento homeopático se acortó el periodo sintomático de la enfermedad, se redujeron los ingresos hospitalarios, así como el uso de antibióticos y mejoró el proceso salud enfermedad. (1-6.) Todo lo anterior fue lo que nos motivó a emplear la homeopatía como método terapéutico,

proceder respaldado por más de 200 años de utilización con eficacia probada en variadas enfermedades, sus beneficiosos resultados la convierten en una variante con alto índice de eficiencia y bajo costo.

Material y Método

Se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado para valorar eficacia del Bórax como medicamento homeopático en el control de la GEHA en la Clínica Estomatológica Centro de Ciego de Ávila.

El universo de estudio lo conformaron todos los niños que acudieron por esta enfermedad al Servicio de Urgencias de la clínica estomatológica Centro , desde julio del 2015 hasta mayo 2016 (24 pacientes). Los grupos de estudio y control se conformaron por asignación aleatoria (12 pacientes a cada grupo). A cada paciente se le aplicó un cuestionario que recogió datos de identidad personal, sexo, edad, dirección, síntomas iniciales, evolución, recurrencia de la enfermedad, uso de otros medicamentos, ingresos, utilización de antibióticos y reacciones a los medicamentos empleados (anexo 1).

Al grupo estudio se le aplicó medicación homeopática a la 6 CH luego de la repertorización de los síntomas agudos, utilizándose 3 gotas sublinguales en los pacientes hasta 10 años de edad y 5 gotas a los pacientes de 11-15 años, se le aplicaron las gotas sublinguales cada 15 minutos en la propia consulta estomatológica en tres ocasiones y se les prescribió la dosis indicada según la edad, tres veces al día por 5 días en el hogar. A los pacientes del grupo control se les indicó tratamiento paliativo convencional como la yodoxudirina (gotas), interferón (colirio)... Los niños fueron evaluados al segundo día por los autores para determinar evolución del dolor, fiebre, sangramiento y duración de las ulceraciones.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que cumplan con el criterio diagnóstico establecido.
2. Pacientes que acepten ser incluidos en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes mayores de 16 años de edad.
2. Pacientes que padezcan de alguna enfermedad general.

Criterios de Salida:

1. Abandono del estudio a petición de los tutores.
2. Presentar agravaciones homeopáticas.
3. Combinar el tratamiento homeopático con algún medicamento de uso convencional.

Operacionalización de las variables y definición de las escalas de medida:

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos hasta el inicio de la investigación.	0-10 años 11-15 años	Número y porcentaje según grupo de edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Según características sexuales primarias y secundarias. Sexo biológico.	Masculino. Femenino.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Tiempo de remisión de los síntomas (días)	Cuantitativa continua	2 días 5 días 7 días	Según tiempo de remisión del dolor, fiebre, malestar general.	Número, Media y Desviación estándar.
Severidad de los signos y síntomas	Cualitativa Nominal politómica	Curado: Cuando hay remisión total de los síntomas de la enfermedad y desaparecen los signos inflamatorios de la mucosa, adquiriendo ésta su aspecto normal. Mejorado: Hay remisión parcial de los síntomas y signos inflamatorios de la mucosa. Igual: Se mantienen inalterables los signos clínicos y los síntomas de enfermedad.	De acuerdo a la remisión de los síntomas y signos	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Reacciones Adversas*	Cualitativa nominal dicotómica	Se considerará reacción adversa al Bórax la agravación de los síntomas. Se considerará la reacción adversa a la Terapia Medicamentosa la presencia de mareos, diarreas, Rash y/o cefalea	Si No.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Posibles reacciones adversas

Rash: Erupción cutánea que tiene las características morfológicas de una enfermedad bien caracterizada.

Diarrea: Evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante.

Cefalea: Dolor de cabeza.

Vértigo o Mareo: Alteración del sentido del equilibrio caracterizada por una sensación de inestabilidad y de movimiento aparente rotatorio del cuerpo o de los objetos presentes.

Fundamentación ética de la investigación:

Durante el progreso de la investigación se cumplió con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios que se obtuvieron fueron mayores que los riesgos. Se cumplió con el principio de consentimiento informado ya que a todas las personas involucradas en la investigación, (los niños y sus padres o tutores) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación, además se solicitó el consentimiento de los niños según edad y el de sus padres o tutores, así como se respetó su decisión de participar o no en la intervención. En caso afirmativo se les explicó las características de la misma y se recogió su consentimiento informado (Anexo2). Esta investigación se realizó conforme a los principios éticos para investigaciones biomédicas establecidos en la Declaración de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

En el caso de los pacientes con tratamiento homeopático, se evaluó desde el momento en que se empieza con la administración del medicamento hasta el postoperatorio mediato, incluyéndose como reacciones adversas también cualquier síntoma de agravamiento homeopático.

Análisis y discusión de los resultados:

Tabla No. 1 GEHA. Edad y Sexo en grupo de estudio. Clínica Estomatológica Centro,Ciego de Ávila.

EDADES	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-10	4	57.1	3	60.0	7	58.3
11-15	3	42.9	2	40.0	5	41.7
TOTAL	7	100	5	100	12	100

Fuente: modelo recolección de datos.

Tabla No.1 GEHA. Edad y Sexo en grupo control. Clínica Estomatológica Centro,Ciego de Ávila.

EDADES	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-10	2	28.6	0	0	2	16.7
11-15	5	71.4	5	100	10	83.3
TOTAL	7	100	5	100	12	100

Fuente: modelo recolección de datos.

La tabla 1 representa la distribución de los pacientes del grupo estudio y control según edad y sexo. En la muestra estudio el grupo de edad de 0-10 años fue el que más pacientes apporto de 7 para un total de 14 niños. El sexo masculino fue el más

implicado coincidiendo con el mismo resultado en la investigación realizada en el hospital provincial pediátrico “Pepe Portilla” de Pinar del Río realizado en el año 2004-2005.

Tabla No.2 Tiempo de remisión de los síntomas de las lesiones después del tratamiento homeopático. 2015-2016.

Desaparición de las lesiones.	0-15años					
	Tratamiento homeopático		Tratamiento convencional		Total:24 niños	
	No.	%	No.	%	No.	%
2 días.	7	29.2	1	4.2	8	33.3
5 días.	4	16.7	3	12.5	7	29.2
7 días.	1	4.2	8	33.3	9	37.5
Total	12	50	12	50	24	100

Fuente: modelo recolección de datos.

La tabla 2 refleja la remisión de los síntomas de las lesiones después del tratamiento homeopático que marco de forma significativa su avance en comparación con el tratamiento convencional. A los 2 días de tratamiento, el 29.2 % de los pacientes acudió a consulta sin presencia de lesiones, el 16.7% necesitó de 5 días para lograrlo y el 4.2% requirió de 7 días después del tratamiento, mientras que en el otro grupo la mayoría se tardó los 7 días representando el 33.3% de los niños tratados.

Tabla No.3 Eficacia del tratamiento homeopático en el grupo de estudio. Clínica Estomatológica Centro. Ciego de Ávila 2015-2016.

Escala	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Curado	7	29.2	1	4.2
Mejorado	4	16.7	3	12.5
Igual	1	4.2	8	33.3

Fuente: modelo recolección de datos.

La eficacia del tratamiento homeopático, bórax venedeto obtuvo un 29.2% de la muestra para los pacientes totalmente curados, mientras que un 4.2% representó a un paciente que se mantuvo en la misma condición de enfermo, mientras que en el grupo control lo representa el 33.3% .

Tabla No.4 Reacciones adversas al tratamiento homeopático (bórax).

EDADES	Grupos:					
	estudio		control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-10	0	0	1	4.2	1	4.2
11-15	1	4.2	2	8.3	3	12.5
TOTAL	1	4.2	3	12.5	4	16.7

Fuente: modelo recolección de datos.

En la tabla 4 se recogen diversos criterios tanto para el grupo de estudio como el control en lo que respecta a las reacciones adversas ya antes dichas en nuestro trabajo (rash, diarrea, cefalea, vértigos.) De 24 niños solo 1 tuvo reacción al

tratamiento homeopático representando el 4.2% mientras que con el tratamiento convencional fueron 3 infantes o sea el 12.5% por lo que para un total de 24 pacientes el 16.7% fueron afectados por reacciones adversas.

Conclusiones

Los medicamentos homeopáticos son una excelente opción en el tratamiento de la GEHA (en este caso el bórax). El mismo acorta notablemente la sintomatología de esta entidad, evitando ingresos, así como el empleo de antibióticos, y las curas bucales, tan molestas para los infantes. Por tanto queda, demostrado en nuestro estudio que al evaluar la eficacia del bórax el 29.2% de los pacientes que fueron atendidos bajo este tratamiento arrojó mejores resultados y se logró acortar el tiempo de remisión de los signos y síntomas de esta enfermedad (GEHA). Las reacciones adversas observadas fueron mínimas bajo tratamiento homeopático no siendo así en el tratamiento convencional, por tanto, se puede garantizar que generalmente el empleo de estos medicamentos resultan más efectivo y menos perjudicial.

Recomendaciones

1. Incrementar los cursos de postgrado de Homeopatía para los profesionales de estomatología .
2. Generalizar el instructivo de urgencia en estomatología para la aplicación de la medicina homeopática en las clínicas.
3. Promover la aplicación de la medicina homeopática en el tratamiento estomatológico, para disminuir los costos de salud y mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Referencias Bibliográficas

1. Contreras A, Slots J. Los herpes virus en la enfermedad periodontal humana. *Periodontal Rev.* 2000; 35:3 -6.
2. Poud Chimenos E, Dorado C. Infección bucal por el virus del herpes simple. Mecanismos patogénicos conocidos. *Med Clin (Barc)* 1998; 111(3); 112 -6.
3. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, González Labrador C. Valoración del estado inmunológico en niños con gingivoestomatitis herpética aguda. *Rev Cubana Estomatología.* 2002; 40 (1):28-32.
4. Nítida A, Bourgenes D, Barmes DE, Murtoman H. Banco Mundial de datos sobre salud bucodental de la OMS. *Revista Panamericana de la Salud.* Diciembre 2000;4(6).
5. Aviles LC. *Prontuario de homeopatía y terapia biológica.* Madrid. 4ta. Ed. EDAF .2000:67-78.
6. Blanco Rabassa E. Introducción del aceite ozonizado en el tratamiento de la gingivoestomatitis: *Temas de Pediatría.* T -II; 1998.
7. Mercedes Pitia A, Menéndez Acuña EP. El botiquín homeopático y su aplicación en las urgencias estomatológicas. *Rev. La homeopatía en México.* División editorial de propulsora de Homeopatía S.A. 1999:167.
8. Campanioni E. *Diccionario de Fitoterapia. Piante medicinale.* Milano. Tecniche Nuove. 1999.
9. Beitia Cabarracas0 - F, Ruiz Gómez E. Efectividad del propóleo en el tratamiento de la estomatitis aftosa. *Medicentro,* enero, junio 1994; 10(1):49 -58.
10. Gamick LI, Singh B, Wuikley G. Effectiveness of a medicament containing Silicon dioxide, aloe and allantoin on aphtous stomatitis. *Oral Surg radiolendoz.* 1998. Noviembre; 86(5): 550 -6.
11. Da Rocha Pumanote M, De Freitas Buchi D. Análisis of IL -2. IFN-gamma and TFN- alpha production, alpha 5 beta 1 intgrm and action filaments distribution in peritoneal mouse macrofahes treated with homeopathic medicament. *J.Submicrosc. Cytol. Pathol.* 2002;34: 255 -63.
12. Laza Loaces D, Rodríguez Luis I, Sardiña Cabrera G. La homeopatía en el tratamiento del cáncer. *Análisis de información.* *Rev. Cuba. Plantas med.*

2002;7(1):8.

13. Igor C. Seligmann, Patrícia DL. Lima, Plínio CS Cardoso, André S. Khayat, Mariela O Bahia, Dorli de Reitas Buchi, Isabel R. Cabral, Rommel R. Burbano. The anticancer homeopathic composite "Canova Method" is no genotoxic for human lymphocytes in vitro. Genet. Mol. Res. 2003;2(2):223 -28.

14. Piraino R. Canova- Vida com qualidade. [<http://www.metodcanova.com.br>].
Acceded April 23, 2003.

15. De Freitas Buchi D and Del Vecchio M. Qualidade de vida para pacientes com câncer e Aids. Mitay, 2002; 1: 33 -38. Charanon P. Memento homeopathique D'urgence Cinquie. Moscow: Ed. Dangles; 1988. p. 71.

16. Dulcetti O. Homeopatia en odontología. Riberão Preto: IMFL; 1983. p.113.

17. Guajardo BG. Cómo ha sobrevivido la homeopatía. La Homeopatía de México 2000;69(604):18-21.

18. Lago D, Rodríguez J. La información científica en homeopatía. Rev Resumen 2001;14(1):10-21.

19. Reverón GM. La homeopatía como estrategia terapéutica. Rev Resumen 2001;14(1):5-9.

20. Carneiro I. Homeopatía. Orientación popular. IV ed. São Paulo: Brasil; 1993.

21. Hahneman S. Homeopatía, novísima redacción del organon de la medicina. Caracas: Univ. Central de Venezuela. Ed. de la Biblioteca; 1983.

22. Sánchez PO. Charlas de homeopatía en Cuba. Tenerife: Ed. Asociación Médico Homeopática; 1999.

23. Amaral MS. Odontología holística. A natureza, os dentes e a saúde. São Paulo: Ed. Jornalística Lido; 1994.

24. Diccionario terminológico de ciencias médicas. XI ed. La Habana: Ed. Científico Técnica; 1984.

25. Kent JT. Lecciones de materia médica homeopática. 3 ed. Nueva Delhi: B Jain Publishers Put, Ltd; 1994. p. 205-8.

26. Palsule SG. Odontología y homeopatía. Nueva Delhi: B Jain Publishers; 1997.

27. Amaral SM. Odontología holística. São Paulo: Ed. Mitos; 1994.

- 28.Lessele BC . A text book of dental: Homeopathy. Londres Ed. Daniel Comp LTD; 1995.
29. Ship JA. Recurrent aphthosis stomatitis. An Update. Oral Surg Oral Med Oral Radiol 1996;8(2):14-17.
- 30.Carranza FA . Periodontología clínica. 2 ed. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1983.
- 31.Collazo L, Soto A, Cruz T, Rodríguez A, Averhoff MC . Valoración de posibles factores de la estomatitis aftosa recurrente. Rev Cubana Estomatol 1990;27(1):64-72.
- 32.Colvard NP. Managéng aphthosis. Ulcera lesert torat ment. Apped J Am Dem Asoc 1991;122:51.
- 33.Eversole LA. Patología bucal. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1983.
- 34.Lau L. Compendio de periodoncia. México DF: Diario Sinaloa; 1996.
- 35.Paterson AL, et al. Thalidomide as treatment of refractory aphthous ulceration related to human immunodeficiency virus infections. Clin Infect 1995;20(2):250-4.
- 36.Carranza FA. Compendio de periodoncia. V ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1996.
- 37.Corella SR . Atención primaria periodontal. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1982.
- 38.Katz J, Chaushu G, Peretz B. Recurrent oral ulcerations associated with recurrent herpes labialis-two distinct entities? Comm Dent Oral Epidemiol 2001;29(4):260-3.
- 39.Ship JA. Recurrent aphthosis stomatitis. Oral Surg Oral Pathol 1996;81(2):14-17.
- 40.Bagan Sebastián JV. El manual de odontología. Barcelona: Masson. Salvad-Odontología; 1995.
- 41.Bascones A, Llanes F . Lesiones vesículo ampollasas en medicina bucal. Madrid: Avances Médico-dentales; 1991. p. 519-27.
- 42.Ceccoithi LE. Clínica estomatológica. SIDA, cáncer y otras afecciones. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1993. p. 191-6.

43. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. Cap. 4. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2003.
44. David R, et al. Management of aphthous ulcers. Am Fam Physician 2000;62:149-54,160.
45. Cohen B, Kramen IRM. Fundamento científico de odontología. La Habana; 1981.(Edición Revolucionaria).
46. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Fitomed I y II. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1991-1993.
47. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV. Valoración del estado inmunológico en niños con gingivoestomatitis herpética aguda. Rev Cubana Estomatol 2002;39(1).
48. Santana Garay JC. Infección por el VIH. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.
49. [http://www.amc.sld.cu/amc/1999/v3n3/amc3\(3\)15.htm](http://www.amc.sld.cu/amc/1999/v3n3/amc3(3)15.htm).
50. <http://www.pediatribucal.com/gingivoestomatitisherpetica.htm>.
51. Bascones A; Campo J; Navarro AB: Procesos mucocutáneos de localización gingival. En Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Bascones Martínez A (Editores) 2º edic. Ediciones Avances Médico-Dentales. Madrid. 2001

Anexos

Consentimiento informado para el padre, madre o tutor del niño.

Título del Proyecto: **Eficacia del uso de Bórax en el tratamiento de la GEHA del área norte en Ciego de Ávila.**

Yo _____, como madre, padre o tutor, estoy de acuerdo en que mi hijo participe en este estudio, en la consulta de urgencias de la clínica estomatológica centro del municipio de Ciego de Ávila. Se me informó que el estudio incluirá tratamiento homeopático.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: _____ Firma: _____

Padre, madre o tutor. Dra. Dariana Fuentes Cazola.

Responsable de la Investigación.

Fecha _____

Planilla de recogida de datos de los síntomas y signos de la GEHA.

Nombre y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Dirección:

-----Síntomas iniciales,
evolución y recurrencia de la enfermedad:

6___¿Ha usado otros medicamentos?

Si___ no___

7___¿Ha presentado algún ingreso hospitalario producto a esta enfermedad?

Si___ no___

8—Uso de antibióticos

Si___ no___

9___¿ha presentado reacciones adversas al tratamiento?

-rash___

-cefalea___

-diarreas___

-mareos___

-otras___