

**La efectividad del Oleozón en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente.  
The effectiveness of the Oleozón in the treatment of Stomatitis Aftosa Recurrente.**

**Autores:** M Sc. Marcia Colás-Costa, Febe Rosell-Sarmiento.

**Institución:** Policlínico Universitario “Omar Renedo Pubillones”, Guantánamo, Cuba.

**E-mail:** [marcia@infosol.gtm.sld.cu](mailto:marcia@infosol.gtm.sld.cu)

**Resumen.**

La Estomatitis Aftosa Recurrente son ulceraciones bucales recidivantes, llamadas comúnmente aftas, constituyen un aspecto de importancia en la práctica clínica y son manifestaciones de enfermedades sistémicas de origen inmunológico, nutricional, carencial, idiopática o específicas de la cavidad bucal. Se investigó la efectividad de la aplicación del Oleozón de manera tal que permita contribuir de una forma rápida y sencilla al alivio de los síntomas agudos y a la curación de los pacientes que acuden al servicio de urgencias estomatológicas. El comportamiento de los resultados del tratamiento aplicado en los pacientes muestra que 57 de ellos, para un 91,93 %, respondieron de manera positiva logrando la remisión de los signos clínicos de la enfermedad. Las bondades del Oleozón evidencian el acortamiento de la evolución de la enfermedad por lo que defendemos el criterio del uso de este medicamento natural, de producción nacional.

**Palabras Clave:** Estomatitis Aftosa Recurrente, ulceraciones bucales recidivantes, aftas, aftosis oral, úlceras de Sutton, Oleozón.

**Abstract.**

The Aphthous Recurrent Stomatitis are relapse buccal ulcerations, calls usually thrushes, they constitute an aspect of importance at the practical clinic and they are manifestations of systemic illnesses of immunogenic origin, nutritional, lack, idiopatic or specific of the buccal cavity. The effectiveness of application of the Oleozon was investigated of manner such that it permit contributing of a fast and easy way to the relief of intense symptoms and to the patients's cure that assist at the service of stomatologic emergencies. The behavior of aftermath of applied treatment in the patients evidences than 57 of them, for a 91.93 %, they answered for positive manner achieving the remission of clinical signs of illness. The Oleozon's goodnesses evidence the shortening of evolution of illness so that we defend the opinion of use of this natural medication, national production.

**Keywords:** Aphthous Recurrent Stomatitis, relapse buccal ulcerations, thrushes, oral aftosis, Sutton's ulcers, Oleozon.

## **Introducción.**

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. Un Comité de expertos de Higiene Dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha afirmado que no hay en el mundo país ni territorio que esté libre de ellas.

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) o Recidivante, también llamada Aftosis Oral, úlceras de Sutton o simplemente “Aftas” constituye una de las urgencias en Estomatología. Según Poster (1998) es una forma de ulceración que afecta a la mucosa bucal, de presentación frecuente, se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas inicialmente necróticas, con histopatología inespecífica, pérdida de la continuidad del epitelio, variable en forma, número y tamaño. Cura en pocos días, semanas o meses dependiendo de los factores de riesgo que la desencadenen. Los ataques pueden repetirse periódicamente.

Por ser considerada como la más frecuente de todas las lesiones de la mucosa bucal, su ocurrencia en general benigna se considera alta habiéndose encontrado cifras desde un 5 a un 66%, con una media de 20%, variando entre distintos tipos de población a nivel mundial, aunque en algunos estudios se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más elevado estándar socioeconómico y en mujeres especialmente en la menopausia. Se presenta en ambos sexos, siendo las mujeres generalmente más susceptibles que los hombres.

Ninguna edad está exenta de ella pero es más frecuente entre los 20 y los 50 años, lo que promedia entre los 19-20 años y su presencia no guarda relación con la ubicación geográfica ni con la raza. En los niños la estomatitis aftosa es también la forma más común de ulceración bucal, siendo más frecuente entre los 10-19 años de edad pero por lo general es más frecuente en jóvenes.

## **Localización y curso clínico**

Las Aftas Bucales Recurrentes pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal. En la fase temprana se desarrolla una mácula roja sobre la mucosa que se rompe en 24 horas y es reemplazada rápidamente por una úlcera amarillenta con márgenes rojos que persisten hasta que la base se hace de color rosado, sin que intervenga ninguna fase vesicular.

## **Factores etiológicos de la EAR**

Se ha dedicado una considerable atención en las investigaciones para aclarar las causas de la EAR, mundialmente se acepta como un proceso multifactorial sin embargo, hasta el momento, no se ha descubierto su principal etiología. Posiblemente se deba a afecciones locales y sistémicas, factores genéticos, inmunológicos e infecciones microbianas. Las posibles causas de la estomatitis aftosa recidivante pueden ser:

## Clasificación

Desde el punto de vista etiológico, según Pacho Saavedra JA Piñol Jiménez FN <sup>(16)</sup>, las aftas bucales se clasifican básicamente en 2 grandes grupos:

- **Primarias:** En este grupo están involucrados factores causales exógenos o ambientales, de acuerdo a los cuales, se distinguen 3 tipos:
  1. Mecánica: trauma por prótesis, cepillado enérgico, alimentos muy fríos o muy calientes, mordeduras de las mejillas autoinducidas.
  2. Química: quemaduras por medicamentos ácido acetil salicílico productos de terapia dental ejemplo la aplicación de cáusticos.
  3. Biológico: infecciones bacterianas (*Streptococcus mutans*, *Stafilococcus*), virales (herpes simplex) y micóticas (candidiasis).
  
- **Secundarias:** Generalmente son de etiología endógena, presentes siempre que exista una enfermedad sistémica o debilitante en el organismo, tales como:
  1. Discrasias sanguíneas, sickleemia, etc.
  2. Linfomas y neoplasias.
  3. Diabetes Mellitus y enfermedades vesículo-ampollosas (pénfigo).
  4. Reacciones adversas a fármacos antineoplásicos o inmunosupresores.
  5. Carenciales (déficit de ácido fólico vitamina B12).
  6. Inmunodeficiencias primarias y secundarias.

Proponemos para nuestro estudio la de Scully y Poster por ser la más utilizada y práctica. Su clasificación es de acuerdo al tamaño de la lesión en: Aftas menores, mayores y herpetiformes. (Se explicarán en el II Capítulo).

## Patogenia

Atendiendo a lo descrito anteriormente, se considera la EAR una enfermedad, desencadenada por múltiples factores precipitantes, que unidos con un trastorno de la inmunorregulación de la mucosa bucal, favorecen la aparición de las aftas bucales, que según su intensidad y persistencia se convierten en lesiones recurrentes; no obstante, la patogenia de la EAR aún es desconocida. Diversas hipótesis tratan de explicar la génesis de las úlceras, que son el signo patognomónico de la entidad.

Otro de los factores estudiado en la patogenia de la EAR son los alimentos. Diversas investigaciones reportan que en los pacientes con EAR existe déficit importante de determinados elementos nutricionales.

Dentro de los elementos carenciales que se postulan se encuentran el déficit de ácido fólico, vitamina C, vitamina B12 y vitamina B1; los minerales: hierro, zinc y calcio; y estados de hipoproteinemias. También se reporta que en algunos pacientes hay cierta hipersensibilidad a determinados alimentos, como se observa en los casos con enfermedad celíaca, que tienen una intolerancia al gluten y en otras alergias alimentarias.

## NÚMERO ESPECIAL

No obstante, los resultados siguen siendo controvertidos, pues en estudios comparativos realizados en un grupo de pacientes con EAR y en sujetos sanos controles, realizados en Turquía, para determinar niveles séricos de hierro, ferritina, ácido fólico y de vitamina B12, se reporta que al finalizar la investigación los niveles de vitamina B12 fueron significativamente bajos en los pacientes con EAR en comparación con los sujetos controles normales, pero que no existieron diferencias significativas en los otros parámetros determinados en ambos grupos. Se concluyó que el déficit de vitamina B12 es un factor importante en la génesis de la EAR.

En la mayoría de las enfermedades de la mucosa bucal están implicados diversos microorganismos, lo que sugiere que la EAR puede ser originada por la presencia de bacterias, virus u hongos, entre otros.

Otros factores desencadenantes son:

- Alteraciones sicosomáticas. Se ha observado EAR en personas sometidas a estrés emocional, como estudiantes en exámenes, divorcios, problemas psiquiátricos, y diversas alteraciones sociológicas en general.
- Traumas. Los episodios aftosos pueden aparecer relacionados con traumas menores como, inyecciones bucales, irritantes químicos, instrumentos rotatorios y manuales, daños causados por el cepillo dental y mordedura en labios, carrillos y lengua.
- Alteraciones gastrointestinales. Se plantea la aparición de aftas en pacientes con gastroenteritis, colitis ulcerativa, síndrome de mala absorción y giardiasis.
- Factores endocrinos. Puede ser asociada a variaciones de los niveles de progesterona, estrógenos.
- Cuadros alérgicos. Se ha relacionado la presencia de aftas con cuadros alérgicos a diversos alimentos y medicamentos.
- Herencia. Cuando en una familia ambos progenitores están afectados el 90% de los descendientes revelaban presencia de aftas y cuando era un solo progenitor un 60% de la descendencia.
- Deficiencias hemáticas y nutricionales, el déficit de hierro, ácido fólico, vitamina B12, B2, B6 han sido asociados al comportamiento de las aftas.
- Hábito de fumar. Aunque insistentemente se plantee una relación entre la EAR y el hábito de fumar otros investigadores consideran que no es muy frecuente, debido posiblemente a la queratinización del epitelio producida por el tabaco.<sup>(16)-(18),(28)</sup>

## Desarrollo.

### Diagnóstico

El diagnóstico de la EAR, se establece habitualmente a partir de la presentación clínica, historia y la exclusión de otras enfermedades presentes, si se sospechan otras afecciones mucocutáneas bucales, puede ser necesaria la realización de una biopsia.

## NÚMERO ESPECIAL

Las úlceras de la EAR no se ven precedidas por fiebre o vesículas, y se producen casi exclusivamente sobre la mucosa bucal libre, como la mucosa labial y bucal, la lengua y el paladar blando. En la actualidad se pueden realizar estudios de cultivo de la mucosa

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

### **Anatomía Patológica**

Recurrir a la biopsia para el diagnóstico es muy poco frecuente ya que su diagnóstico como se expresó anteriormente, es eminentemente clínico, pero se puede encontrar en el microinfiltrado de polimorfonucleares o linfocitos según la etapa de maduración del cuadro regenerativo, se evidencia la presencia de ifas, células acantolíticas que evidencian la presencia de algún tipo de virus, se puede encontrar un infiltrado a nivel de conexión con el tejido conectivo en la parte submucosa, que es inespecífico, puede tener gran cantidad de polimorfonucleares o de linfocitos CD8.<sup>(33)</sup>

### **Tratamiento**

El tratamiento de la EAR se encamina a cuatro aspectos principales, la relativa importancia y prioridad de ellos depende de la gravedad de la enfermedad:

- Tratamiento del dolor (reducir la morbilidad y aumentar la función).
- Tratamiento de la úlcera (promover la curación y reducir la duración).
- Tratamiento nutricional (asegurar una adecuada alimentación, así como el aporte de líquidos).
- Control de la enfermedad (prevenir la recidiva o disminuir su frecuencia).

Se realizó un estudio cuasiexperimental para validar la efectividad del tratamiento con Oleozón en la EAR, en los pacientes atendidos en la consulta de urgencias estomatológicas de la fábrica “Pedro Soto Alba” perteneciente al área de salud de la policlínica “Rolando Monterrey” del municipio Moa, provincia Holguín desde enero del 2008 a septiembre 2010.

### **Tamaño de la lesión**

Según el diámetro y las características clínicas de la lesión, se tomó la clasificación de Scully y Poster por ser la más utilizada y práctica en:

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

## NÚMERO ESPECIAL

- *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 máxilo facial 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.

### Aplicación del medicamento

#### Características del Oleozón

Las características organolépticas del producto son las siguientes: color amarillo claro, sabor y olor característico, estado líquido oleoso. En su composición química por cada 100 mL de Oleozón tiene hidroxihidroperóxidos de triglicéridos insaturados como oxígeno activo de 8-12,8% con aceite de girasol cs 100 ml.

El aceite de girasol ozonizado (Oleozón) es un producto de producción nacional, obtenido en el Centro de Investigaciones del Ozono perteneciente al Centro Nacional de Investigaciones Clínicas (CENIC) protocolizado y aprobado por el CEDMED.

#### Tiempo y forma de aplicación del medicamento para la curación

Se tuvo en cuenta el número de aplicaciones que se hicieron, estas fueron diarias, en consulta de lunes a viernes y el fin de semana las realizó el paciente en su hogar para lo cual se le entregaba el producto y bolillas de algodón estériles, se le explicaban las precauciones a tener en cuenta.

La vía de administración es tópica y se aplicó sobre el tejido enfermo una vez al día hasta la remisión de la lesión con un número de 7 aplicaciones.

Se le indicó al paciente no ingerir alimentos sólidos o líquidos durante una hora, evitar realizar enjuagatorios, ni usar esteroides u otro tratamiento medicamentoso que pudiera modificar los resultados de la investigación.

Para la aplicación del medicamento, se tomaron en cuenta los siguientes parámetros:

- Aplicación del medicamento en la consulta: una aplicación diaria durante siete (7) días.
- Evaluar el tratamiento en estudio: al 4to y 7mo y 10mo día.
- Tiempo de evolución: desde el primer día hasta el décimo día con intervalos cerrados que se agruparon de la siguiente manera: (2-4) ;(5-7); (7-10).

## Criterios de Evolución

Se consideró:

- **Respuesta positiva al tratamiento:** Si entre los dos y cuatro días de aplicado éste, el paciente refirió la remisión total de los síntomas agudos.
- **Respuesta tardía al tratamiento:** Cuando entre cinco y siete días de aplicado éste, el paciente refirió la remisión total de los síntomas agudos.
- **Respuesta negativa al tratamiento:** cuando el paciente entre los siete a diez días de aplicado el medicamento no curó.

## Resultados del tratamiento

Los pacientes se evaluaron, considerando como:

**Curado:** cuando no existían signos clínicos de EAR.

**No curado:** cuando en la mucosa existían signos clínicos de EAR.

**Tabla No 1.** Distribución de los pacientes según criterios de evolución con el tratamiento de Oleozón.

Criterios de evolución	Pacientes por período de evolución					
	2-4 días		5-7 días		7-10 días	
	No	%	No	%	No	%
<b>Respuesta positiva al tratamiento</b>	51	82,25	-	-	-	-
<b>Respuesta tardía al tratamiento</b>	-	-	6	9,67	-	-
<b>Respuesta negativa al tratamiento</b>	-	-	-	-	5	8,06

En esta tabla se refleja la respuesta al tratamiento con Oleozón teniendo en cuenta los criterios de evolución, de los 62 pacientes atendidos 51 para 82,25% curaron en el término de 2-4 días como respuesta positiva al tratamiento, seguido de 6 casos para 9,67% que respondieron tardíamente. En nuestro estudio se manifiesta el efecto analgésico, cicatrizante, antioxidante, del Oleozón, además de estimular el sistema inmune, propiedades que explican tales resultados.

Gracias a las propiedades regenerativas del ozono al mejorar las condiciones eléctricas de las membranas celulares provoca una recuperación de su elasticidad y esto permite que los eritrocitos que son las células encargadas de llevar oxígeno a los diferentes

## NÚMERO ESPECIAL

tejidos del cuerpo puedan pasar a través de capilares de menor calibre y se obtenga un restablecimiento progresivo de los tejidos.

Las bondades del Oleozón evidencian el acortamiento de la evolución de la enfermedad por lo que defendemos el criterio del uso de este medicamento natural, de producción nacional.

**Tabla No 2.** Resultados del tratamiento a los diez días de evolución.

Estado del paciente.	No	%
<b>Curado</b>	57	91,93
<b>No curado</b>	5	8,06

El comportamiento de los resultados del tratamiento aplicado en los pacientes muestra que 57 pacientes para un 91,93 % respondieron de manera positiva logrando la remisión de los signos clínicos de la enfermedad.

### Conclusiones.

- Teniendo en cuenta los criterios de evolución en la respuesta al tratamiento con Oleozón prevaleció la respuesta positiva al mismo en un tiempo breve.
- Los resultados alcanzados en el tratamiento con el Oleozón muestran que casi la totalidad de los mismos curaron.

### Bibliografía.

- Aftas dolorosas. (2010). *Biblioteca Nacional De EE.UU.* Consultado en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000998.htm>
- Almerich Silla IM, C. N. L. (1998). *Factores de riesgos en caries y enfermedad periodontal: Tratado de Odontología.* (Trigo ed.). Madrid, España.
- A., P. B. (2003). Estomatitis Aftosa Recurrente. *Ciencias Médicas*, 2(6).
- Buena Salud. Aftas: Un incendio en la Boca. (2010). Consultado en <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm>
- Carreira Piloto V, A. U. (2006). Efectividad del Oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis *Estomatología*, 37(3), 6 Revisado en [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol37\\_3\\_00/est07300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_3_00/est07300.htm)
- Clínica Dental Euroden: Aftas Bucales. (2010). Consultado en <http://www.clinicaeuroden.com/aftas-bucales.htm>
- Femiano F, G. F., Scully C. (2003). Recurrent aphthous stomatitis unresponsive to topical corticosteroids: a study of the comparative therapeutic effects of systemic prednisone and systemic sulodexide. *Int J Dermatol*, 42(5), 394-397.

**NÚMERO ESPECIAL**

- Fontes V, M. L., Huttenberger B, Lorette G, Vaillant L. (2002). Recurrent aphthous stomatitis: treatment with colchicine. An open trial of 54 cases. *Ann Dermatol Venereol*, 129(12), 1365-1369.
- García E, R. A., Blanco A, Rodríguez L. (2009). La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis., 40(2). Revisado en [www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com)
- González, M. R., Sosa, Maritza. (2002). *Programa Nacional de EGI* (Ciencias Médicas ed.).
- Hernández, F. A. (2007). To what extent does ozone therapy need a real biochemical control system? Oxidative stress importance and assessment. *Arch. Med. Res.*, 38, 571-578.
- I., P. (2009). El timo de la ozonoterapia. Hernia de disco. Un suplemento de El Mundo. Revisado en <http://www.elmundo.es/salud/2004/597/1102114807.html>
- J., C. M. (2010). La ozonoterapia como tratamiento curativo. Aplicaciones médicas. Consultado en <http://www.naturmedicapro.com>
- Jiménez Palacios C, H. V. M., Kleiner Einhorn S, Tovar Mattar R, Campos E. (2001). Levantamiento epidemiológico de las lesiones bucales presentes en la población atendida en el servicio odontológico del hospital Eudoro González de la población de Carayaca en el Estado Vargas durante el periodo septiembre 1998 - agosto 1999. *Acta odontol.*, 39(1).
- Lamberto Re, M. N. M., Silvia Menéndez, Olga S. León, Gregorio M. Sánchez, Frank Hernández. (2008). Ozone therapy: Clinical and basic evidence of its therapeutic potential. *Arch. Med.*, 39, 17-26.
- Lewkowicz N, L. P., Banasik M, Kurnatowska A, Tchorzewski H. (2005). Predominance of Type 1 cytokines and decreased number of CD4 (+) CD25(+high) T regulatory cells in peripheral blood of patients with recurrent aphthous ulcerations. *Immunol Lett*, 99(1).
- María José F, C. L. A. (2009). La ozonoterapia como tratamiento curativo. Revisado en <http://www.aurasalud.com>
- Pitashny, R. (2005). American Academy Of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Herpes Labial, Fuego en los labios y Ulceras en la boca. Consultado en [www.icop.com.ar](http://www.icop.com.ar)
- R., C. L. (2010). Blanqueamiento dental con gases hiperoxidantes. Ozono, técnica para dientes vitales. Revisado en <http://www.odontalgia-online.com>
- SO, A. (2005). Greenberg MS Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am*, 49(1), 31-47.
- Sun A, C. Y., Chia JS, Chiang (2004). Serum interleukin-8 level is a more sensitive marker than serum interleukin-6 level in monitoring the disease activity of recurrent aphthous ulcerations. *J Oral Pathol Med*, 33(3), 133-139.

**Fecha de recibido: 12 jul. 2012**  
**Fecha de aprobado: 10 sept. 2012**