
Ozonoterapia en un paciente portador de aftas bucales. A propósito de un caso

Ozone therapy in a patient carrying oral aphthas. A propos of a case

Ms. C. Salud Bucal. Clara Luz Báez Matos, Esp. EGI. Milagros Frias Banqueros, Estud. EGI. Sheila Cecilia Ayala Baez.

Hospital Clínico-Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la estomatitis aftosa es una lesión que se caracteriza por la aparición de vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de un día o dos y forman úlceras esféricas dolorosas. Es considerada una urgencia frecuente en Periodoncia.

Objetivo: evaluar la efectividad del OLEOZON® en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente.

Presentación de un caso: paciente de 53 años de edad que fue diagnosticado con gastritis ulcerativa y tener como padecimiento anterior hipertensión. Al examen oral encontramos desdentamiento parcial, presencia de aftas bucales de forma aislada y en grupos donde la mayor de estas alcanzaba una dimensión de más menos 1cm, ubicadas en mucosa labial, en ambos carrillos y en borde de la lengua, por tal razón solicita la atención del servicio de Estomatología para su valoración.

Discusión: se comienza a realizar aplicaciones tópicas de OLEOZON® con moticos de algodón estéril cada 24 horas, así como se le indica la higienización de la cavidad oral en la medida de lo posible. Los criterios de evaluación fueron la presencia o ausencia de dolor y cicatrización de la lesión aftosa. El seguimiento del tratamiento fue realizado por

el grupo de investigación. Las úlceras cicatrizaron lo cual repercutió en el estado general del paciente.

Conclusiones: la aplicación del OLEOZON® Tópico logró la sanación completa de las aftas bucales sin dejar huellas en un periodo de 48 a 96 horas, mejorando las condiciones de la cavidad bucal y facilitando su alimentación.

Descriptor DeCs: ESTOMATITIS AFTOSA/terapia; TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.

ABSTRACT

Introduction: aphthous stomatitis is a lesion characterized by the presence of spherical vesicles broken after a day or two and bringing about spherical painful ulcers. It is considered a frequent emergency in Periodontology.

Objective: to evaluate the effectiveness of OLEOZON® in the treatment of recurrent aphthous stomatitis.

Case presentation: a 53-year-old patient who was diagnosed with ulcerative gastritis and hypertension as a previous condition. After the oral examination it was found a partial tooth loss, presence of isolated oral aphthas and also in groups where most of them reached a dimension about 1cm, located on the buccal mucosa in both cheeks and the border of the tongue, for that reason he required Stomatology care service for his evaluation.

Discussion: it was started with the topical application of OLEOZON® with sterile cotton every 24 hours, as well as the hygienization of the oral cavity as far as possible. The evaluation criteria were the presence or absence of pain and cicatrization of the aphthous lesion. The treatment follow-up was performed by the research group. The ulcers healed which affected the general condition of the patient.

Conclusions: the topical application of OLEOZON® reached the total healing of oral aphthas without trace in a period of 48 to 96 hours, improving the conditions of the oral cavity and facilitating his feeding.

Subject heading: APHTHOUS STOMATITIS/therapy; COMPLEMENTARY THERAPIES.

INTRODUCCIÓN

Desde épocas remotas las enfermedades bucales han hecho sufrir al hombre, y como prueba de ello se sabe que la odontología fue practicada en las culturas Egipcia, Mesopotámica, Inca y Maya.¹ Incluso, se conoce que los indios norteamericanos tenían muy en alto el concepto de una boca limpia, y con ese propósito masticaban gomas, resinas y ciertas raíces de plantas para, de esa manera, mantener limpios sus dientes y encías.²

El dolor debe considerarse un signo de alarma, significa que el estímulo que lo ha provocado amenaza la integridad del organismo, y que ha de permitir que se ponga en marcha, con la mayor brevedad posible, una reacción de defensa o de protección. En relación al dolor deseamos resaltar que es un fenómeno subjetivo complejo que tiene un componente sensorial y un componente afectivo. El componente sensorial corresponde a los mecanismos neurofisiológicos que permiten la transmisión y decodificación del estímulo nociceptivo. Y el componente emocional o afectivo corresponde a la toma de conciencia de la existencia del dolor. Esta toma de conciencia transforma el mensaje de dolor en una sensación de sufrimiento, y es lo que le confiere su carácter de alarma. El dolor es uno de los signos clínicos esenciales por el cual el paciente acude a nuestra consulta.³

La estomatitis aftosa es una lesión que se caracteriza por la aparición de vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de un día o dos y forman úlceras esféricas dolorosas. Las úlceras consisten en una porción central roja o roja grisácea semejante a un platillo con una periferia elevada a modo de reborde. Las lesiones se producen en cualquier parte de la mucosa bucal, pliegue mucovestibular o piso de boca, que son los lugares más frecuente. La estomatitis aftosa es dolorosa. Aparece como una sola lesión o diseminada en toda la boca. Es considerada una urgencia frecuente en Periodoncia.⁴

Clasificación:

Forma menor: Afecta a un 80% de los casos, aparecen brotes de 1 a 5 lesiones menores de 1 centímetro de diámetro, en labios, mejillas o lengua.

Forma mayor: Representa aproximadamente un 10% de los casos y se caracteriza por la aparición de 1 -10 lesiones, de 1-3 centímetros de diámetro, en los mismos lugares de la forma menor, pudiendo además aparecer en el paladar y en la faringe.

Herpetiformes: Constituye el 10% restante de los casos y es la variedad que plantea mayores dificultades diagnósticas con las lesiones ocasionadas por el virus Herpes simple.

En este tipo clínico se presentan brotes de 10-100 aftas de muy pequeño tamaño (1-4 mm de diámetro), mal definidas, con una base grisácea y separadas entre ellas por una zona circundante eritematosa. Tienden a fusionarse formando grandes úlceras irregulares y pueden asentar en las mismas localizaciones que la EAR tipo mayor, además de en el suelo de la boca y en la mucosa gingival. Estas aftas herpetiformes, tanto por sus características clínicas como por su evolución, han de ser diferenciadas de las lesiones producidas por el VHS.⁵

Características clínicas:

- Previamente a la aparición de las lesiones, unas 12-48 horas antes, pueden presentarse síntomas prodrómicos en el lugar en el que éstas se establecerán. Estos síntomas pueden ser sensación de hiperestesia, inflamación, quemazón, escozor, picor o dolor y el paciente suele situarlos de una forma bastante precisa.

- Lesión de aparición rápida, en sus inicios se observa presencia de una o varias vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de uno o dos días, dejando una úlcera esférica.

- Estas lesiones se pueden presentar en cualquier lugar de la mucosa bucal. Habitualmente se afectan las mucosas bucales no queratinizada, en especial la mucosa vestibular, labial y los pliegues bucales y linguales, los bordes y la parte inferior de la lengua.

- Las úlceras presentan una depresión en su centro de color amarillento con márgenes rojos. El tamaño de las mismas es variable y se señala puede ir de 2-3 mm de diámetro hasta más de 10 mm.

- La lesión es típicamente dolorosa por lo que, muchas veces, interfiere con la ingestión de alimentos.
- Puede existir aumento en la salivación y en ocasiones hay presencia de adenopatías.⁶

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

- Traumatismos: Producto de lesiones más o menos intensas pueden generarse aftas en personas susceptibles, tales como trauma por el cepillo dental, mordeduras, iatrogénicas, alimentos duros etc.
 - Virus: En la patogenia de la Estomatitis aftosa pueden estar implicados los Herpes virus.
 - Bacterias: Se relacionan particularmente con el Estreptococo 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. Estos pacientes pueden tener una desregulación inmunitaria de base genética.
 - Alteraciones psicósomáticas: Se vincula la enfermedad al estrés emocional por la desregulación inmunitaria y déficit circulatorio que provoca.
 - Alteraciones gastrointestinales: Se ha observado en personas con padecimientos gastrointestinales, como la colitis ulcerativa, síndrome de mala observación, giardiasis y enfermedad de Crohn.
 - Factores endocrinos: Se asocian a algunas mujeres menopáusicas, o durante la menstruación, por lo que se relacionan con variaciones en la producción de estrógenos y progesterona.
-

- Deficiencias nutricionales: La mucosa bucal tiene una elevada velocidad de recambio, por lo que es muy sensible a la insatisfacción de los nutrientes necesarios para el mantenimiento homeostático. Cualquier deficiencia vitamínica (Complejo B, A y E), de microelementos (Zn, Se, Mg, etc.), o de energía puede contribuir a la aparición de lesiones.
- Factores genéticos: Se ha observado una transmisión hereditaria por progenitores afectados, que aumenta en caso de que sean ambos (padre y madre).
- Afecciones alérgicas: Se ha asociado la presencia de aftas a las manifestaciones alérgicas a la ingestión de diversos alimentos (cítricos, trigo etc.) y con algunos medicamentos.⁷

Con el desarrollo de la industria farmacéutica, son ampliamente buscadas las sustancias con propiedades desinfectantes que puedan ofrecer en menor tiempo de tratamiento las mejores condiciones bacteriológicas para el tratamiento de las aftas bucales.⁸

El medicamento OLEOZON® Tópico presenta un potente efecto antimicrobiano frente a diferentes bacterias, hongos y virus. Este producto ha sido utilizado en varios tratamientos estomatológicos, en la alveolitis con un 42 % de efectividad a los 9 días de tratamiento, en la gingivostomatitis herpética aguda con un 100 % de curación en 10 días de tratamiento, en la estomatitis subprótesis con un 91 % de curación a los siete días de tratamiento y en él los conductos radiculares infectados con un 88 % de curación a los seis días de tratamiento. Por las aplicaciones tan ventajosas que presenta este producto en los tratamientos estomatológicos, es objetivo del presente trabajo evaluar la efectividad en el tiempo del medicamento OLEOZON® Tópico para la curación definitiva de las molestas y dolorosas aftas.⁹⁻¹²

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente APR. Historia clínica: 104046, edad: 68 años, sexo masculino, raza blanca.

APF: nada a señalar.

APP: HTA, ulcera gastroduodenal.

HEA: Paciente de 53 años de edad que en octubre del 2012 fue diagnosticado con gastritis ulcerativa y tener como padecimiento anterior hipertensión.

Al examen oral: Paciente edente parcial, presencia de aftas bucales de forma aislada y en grupos donde la mayor de estas alcanzaba una dimensión de más menos 1cm, siendo las mismas dolorosas y molestas para su alimentación ya que estaban ubicadas en mucosa labial, en ambos carrillos y en borde de la lengua, por tal razón se solicita por parte del paciente la atención del servicio de Estomatología para su valoración.

Se valora la cavidad bucal y se comienza a realizar aplicaciones tópicas de OLEOZON® con moticos de algodón estéril cada 24 horas, así como se le indica la higienización de la cavidad oral en la medida de lo posible.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, ya que las úlceras más pequeñas cicatrizaron en 48 horas y aquellas que alcanzaban una dimensión de 1cm lo hicieron en 96 horas y el dolor desapareció en el mismo momento que se aplicó el medicamento.

Contamos con factores favorables como la cooperación de la paciente y como factores desfavorables las patologías asociadas y las complicaciones presentadas.

El paciente expresó no haber sentido sensaciones de dolor, quemazón u otras consideradas adversas, durante el tratamiento con el OLEOZON®. Solamente planteo el sabor no aceptable y el olor fuerte del OLEOZON®.

Se han tratado las lesiones aftosas con otros medicamentos siendo efectivos, pero más demorado en comparación con el OLEOZON®.

Comparando nuestro resultado con los alcanzados en diferentes publicaciones cubanas, del Rodriguez¹³ consideramos que la ozonoterapia es una alternativa excelente en el tratamiento de la estomatitis aftosa, tiene un promedio de 2 a 4 días de curación.

Nos propusimos como objetivo un tratamiento paliativo y curativo para lograr el alivio del dolor y la cicatrización de las aftas bucales en el menor tiempo posible.

CONCLUSIONES

Se pudo comprobar el efecto antimicrobiano, fungicida y virucida del OLEOZON® ante la presencia de las aftas bucales, así como cicatrizante y estimulante de la circulación mejorando la llegada de elementos nutricios y oxígeno a la mucosa bucal y encía, facilitándole al paciente un estado general satisfactorio y contribuyendo a su mejoría. El período de curación se redujo de 2 a 4 días en comparación con la bibliografía consultada de 7 a 10 días. Por lo que se disminuyó el número de visitas a la consulta de estomatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bagán Sebastián JV, Aguirre Urizar JM, Ceballos Salobreña A. Infecciones víricas en la cavidad bucal. Avances en Odontoest 2012; 7(2) 234-41.
2. Riena Ras P, Ras Monteón RM. Estomatitis Aftosa: una consulta frecuente en atención primaria. Semergen [Internet]. 2000 [citado 3 mayo de 2015]; 26 (4): 186-191. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-estomatitis-aftosa-una-consulta-frecuenteen-11099>
3. Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2005 [citado 3 mayo de 2015]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. López López J, Reselló LL. Alternativa terapéutica. Avances Odontoest 1994; 11(4): 32.
5. Puy D, Dorado C, Chimenas E. Alternativa terapéutica. Anales de Odontoest [Internet]; 1996 [citado 3 mayo de 2015]; 3: 141-54. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25926/1/113777.pdf>
6. Pérez Borrego A. Estomatitis Aftosa Recurrente. Rev Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2003 [citado 5 mayo de 2015]; 2(6). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/653/486>

7. Sook Bin Woo, Sonis ST. Ulceras aftosas recurrentes. Revisión del diagnóstico y el tratamiento. Arch Odontoest 1997; 13 (1): 48-58.

8. Lezcano I, Núñez N, Gutiérrez M, Molerio J, Regüeiferos M, Díaz W. Actividad in vitro del aceite de girasol ozonizado OLEOZON frente a diferentes especies bacterianas. Rev CENIC C Biol 1996; 27(1-3):46-9.

9. Mena Rodríguez L, Menéndez Cepero O, Echeverría Perdomo E. Efectos del ozono en el tratamiento de la GEHA. Rev Cubana Estomatol 2009; 31 (1):14-7.

10. Lezcano I, Molerio J, Regüeiferos M, Contreras R, Roura G, Díaz W. Actividad in vitro del OLEOZON frente a agentes etiológicos de infecciones de la piel. Rev CENIC Biol 2013; 29(3):209-12.

11. Díaz M, Gavin Sazatornil JA, Ledea O, Hernández F. Spectroscopy characterization of ozonated sunflower oil. Ozone Sci Eng [Internet]. 2005 [citado 5 mayo de 2015]; 27(3):247-53. Disponible en:
http://www.researchgate.net/profile/Oscar_Ernesto_Ledea_Lozano/publication/249033994_Spectroscopic_Characterization_of_Ozonated_Sunflower_Oil/links/00b7d5261baf326f79000000.pdf

12. Sechi LA, Lezcano I, Núñez N, Espim M, Dupre I, Pinna A. Antibacterial activity of ozonized sunflower oil (OLEOZON). J Appl Microbiol [Internet]. 2001 [citado 5 mayo de 2015]; 90(2):279-84. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Antibacterial+activity+of+ozonized+sunflower+oil+%28OLEOZON%29>

13. Rodríguez LM, Cerepo MS, Perdomo EO. Efectos del ozono en el tratamiento de la gingivostomatitis herpética aguda. Rev Cubana Estomatol 1994; 31(1):14-17.

Recibido: 20 de enero del 2015.

Aprobado: 10 de febrero del 2015.

Clara Luz Báez Matos. Hospital Clínico-Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Manzanillo.
Granma, Cuba. E-mail: cbaes@grannet.grm.sld.cu