

*Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología
Camagüey*

APLICACIÓN DE UN COLUTORIO DE ALOE EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS

Dr. Isidro Nápoles González*; **Dra. Siomara Hidalgo Hidalgo****; **Lic. Rafael Milanés Santana*****; **Dra. Neyda Fernández Franch******; **Lic. Olga Echemendía Guzmán *******

- * *Especialista I grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Medicina Natural y Tradicional*
- ** *Profesora Titular de Prótesis Estomatológica. Facultad de Estomatología. Camagüey*
- *** *Licenciado en Biología. Máster en Medicina Natural y Tradicional*
- **** *Especialista I grado en Bioquímica Clínica. Profesor Asistente.*
- ***** *Licenciada en Farmacia.*

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico fase II abierto en la clínica Estomatológica Docente “La Vigía”, de la ciudad de Camagüey, en el período de enero de 2000 a julio de 2001. La muestra se conformó con 30 pacientes mayores de 20 años de ambos sexos (10 en cada grado clínico de la lesión) Para esta selección se tuvieron en cuenta los criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión.. Para el tratamiento de la estomatitis subprótesis se utilizó un colutorio de Aloe fabricado en el Laboratorio de Producción de Medicamentos de Camagüey, el cual fue aplicado por el paciente tres veces al día. Se consideraron curados todos los que eliminaron los signos y síntomas por los cuales fueron incluidos en el estudio. Se concluyó que los pacientes de los grados I y II necesitaron menor tiempo para curar que los del grado III. No se presentaron reacciones adversas durante la investigación.

**DeCS: ESTOMATITIS SUBPROTÉTICA/terapia; ALOE/uso terapéutico; SOLUCIONES
OFTÁLMICAS/uso terapéutico**

INTRODUCCIÓN

La estomatitis subprótesis es una de las alteraciones que con más frecuencia se encuentra en la mucosa del paladar duro y la mandíbula de los pacientes de ambos sexos que utilizan prótesis dental mucosoportada,¹⁻⁶ se caracteriza por una lesión eritematosa de la mucosa del paladar donde siempre está presente la inflamación.^{1,3-10}

La causa de esta complicación es multifactorial.^{6,9-11} Inicialmente fue considerada como alergia a los materiales de base de las prótesis.^{2,6} Posteriormente se consideraron los traumas asociados con las prótesis desajustadas,^{2,3,6-9} la mala higiene de las mismas y la infección microbiana.^{6,8,12,13} También se ha conferido importancia al estrés, *Cándida albicans*^{3,6-8,12,14} y factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas y cardiovasculares.^{2,6}

El tratamiento de esta afección va encaminado a la eliminación de los factores locales y al mejoramiento de las condiciones biológicas de los tejidos afectados, varios autores recomiendan retirarse las prótesis por largos períodos, cepillarlas, así como la utilización de enjuagatorios bucales y una terapia con antifúngicos.^{6-9, 15-17}

Por las propiedades y los beneficios que nos brinda la sábila como medicamento herbario,¹⁸⁻²⁰ se podría utilizar para la cura de la estomatitis subprótesis en un tiempo más breve.

Deseosos de contribuir a su divulgación, por los resultados clínicos y económicos que pudiera brindar, nos decidimos a realizar esta investigación para evaluar la eficacia del colutorio de aloe en el tratamiento de la estomatitis subprótesis, teniendo en cuenta el tiempo de curación, los pacientes con candida asociada, así como el grado clínico de la lesión.

MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico fase II (exploración terapéutica) abierto, de enero de 2000 a julio de 2001, en 30 pacientes mayores de 20 años, de ambos sexos, con prótesis de acrílico removible mucosoportada.

Para la selección de estos pacientes se tuvieron en cuenta los criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión. La muestra para el estudio quedó constituida por los 30 primeros pacientes (10 en cada grado) que cumplieron con los criterios descritos anteriormente. Para observar la evolución al tratamiento los pacientes fueron citados tres veces por semana. La eficacia del tratamiento se evaluó siguiendo el criterio de respuesta: curado. Se consideró curado todo paciente que eliminó los signos y síntomas por los que fueron incluidos.

RESULTADOS

Al relacionar el tiempo de curación y el grado de la lesión (tabla 1) se encontró que dentro de los primeros 15 días de tratamiento el 100 % de los pacientes del grado I se curaron, así como el 70 % del grado II y un 10 % del grado III, con dependencia estadística significativa entre el tiempo de curación y el grado de la lesión ($p=5.415 \times 10^{-4}$). Dos pacientes del grado III se mantuvieron con los mismos signos clínicos durante este período, por lo que se decidió darlos como no curados y se les impuso un tratamiento convencional. (tabla 1)

Tabla 1. Pacientes según grado de la lesión y tiempo de curación

Tiempo de Curación (días)	Grado de la lesión							
	I		II		III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2 – 17	10	100	7	70	1	10	18	60
18 – 33			3	30	7	70	10	33.3
Total	10	100	10	100	8	80	28	93.3

p = 5,415 $\times 10^{-4}$

Con respecto a la eficacia del tratamiento en pacientes con candida, según el grado de la lesión observamos que en el grado I y II el 100 % de los pacientes se curaron y solo un 80 % del grado III. La eficacia en estos pacientes fue de un 90 %. (tabla 2)

Tabla 2. Eficacia del tratamiento en pacientes con presencia de *Cándida* según el grado de la lesión

Grado de la lesión	Pacientes Examinados (Microbiología)	Presencia de <i>Cándida</i>		Eficiencia del Tratamiento			
				Curados		No Curados	
		No.	%*	No.	%**	No.	%
I	10	4	40	4	100		
II	10	7	70	7	100		
III	10	10	100	8	80	2	20
Total	30	21	70	19	90,47	2	9,5

Al analizar la eficacia del tratamiento y el grado de la lesión se pudo comprobar que los pacientes del grado I y II curaron en un 100 %, y para el grado III el 80 %. (tabla3)

Tabla 3. Eficacia del tratamiento según el grado de la lesión

Grado de la lesión	Eficacia del Tratamiento			
	Curados		No Curados	
	No.	%	No.	%
I	10	100		
II	10	100		
III	8	80	2	20

Total	28	93,3	2	6,6
-------	----	------	---	-----

DISCUSIÓN

Los resultados alcanzados con el colutorio en relación con el tiempo de curación está en correspondencia con los estudios de *Campo*¹⁵, *Silva*¹⁷ y *Shafer*²¹, al igual que *Mesquita*²² en pacientes con SIDA que obtuvieron curación entre los 10 y 14 días de tratamiento. Resultado que se esperaba con el Aloe debido a que actúa como un antiséptico bucal potente por su acción bactericida.²³

La eficacia obtenida en los pacientes con *Cándida* asociada, es comparable con los resultados alcanzados por *Campo*,¹⁵ *Silva*¹⁷ y *Olamó*,²⁴ con el uso de una terapia basada en antifúngicos como el Ketoconazol, Miconazol y Fluconazol, los cuales tienen un elevado costo y hepatotoxicidad.⁶ La actividad anticandidiásica de la sábila ha sido reportada por *Enrique Garza*²³ y *Mosccagatta*²⁵ en sus trabajos investigativos. Además el colutorio tiene componentes como el magnesio lácteo capaz de mejorar el estado inmunológico de los individuos.²³

Durante la aplicación del colutorio de Aloe no se presentaron reacciones adversas, pero debemos tener presente que existen reportes de dermatitis por contacto después de la aplicación del gel de sábila²⁶. Sin embargo, su aplicación en las mucosas no es desaconsejada en la literatura especializada²⁷

Se obtuvieron resultados alentadores con el tratamiento en los grado I y II de la lesión, no así en grado III, esto se relaciona con lo planteado por *Bernal*⁶ y *Shafer*²¹ en relación con la curación del grado III que se hace más difícil y tiende a recidivar. Ahora bien, es de destacar la gran acción antiinflamatoria del Aloe obtenida en esta investigación. Los estudios hechos por *Newall*²⁷ y *Chacón*²⁸ asocian la acción antiinflamatoria de esta planta a sus componentes antraquinónicos y quizás otros como salicilatos y esteroides que son capaces de bloquear las prostaglandinas de la serie II por acción de estos constituyentes sobre la ciclooxigenasa.

CONCLUSIONES

- 1- Con el colutorio de Aloe los pacientes de los grados I y II necesitaron menos tiempo para curar que los del grado III.
- 2- El colutorio de Aloe es eficaz para la estomatitis subprótesis con *Cándida* asociada.
- 3- No se presentaron reacciones adversas durante el estudio.
- 4- El tratamiento es eficaz para los grados I y II, y menor para el grado III.

ABSTRACT

Clinical phase II open easy was carried out “ La Vigía “ Teaching Odontology Clinic from January 2000 to July 2001 with the aim of evaluating the effectiveness of aloe gangle in the treatment of subprosthetic stomatitis. The sample was composed of 30 patients older than years of both sexes (10 in each clinical stage of lession). For this selection diagnostic criteria, inclusion and exclusion were takes into account. For the treatment of subprosthetic stomatitis, an aloe gargle prepared at the Production Lab of Drugs in Camagüey was used which was applied by the patient there times a day. Those who eliminated signs and symptoms were considered cured. Concluding, patients in stage I and needed II less time for curing than those in III. No adverse effects presented during the investigation.

DeCS: STOMATITIS, DENTURE/therapy; OPHTHALMIC SOLUTIONS/therapeutic use

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal Baláez A, Moreira Díaz E. Modificaciones en las proporciones de exfoliación celular en pacientes afectados por estomatitis subprótesis. *Rev Cubana Estomatol* 1993; 30(1): 1-6.
2. Moreira Díaz E, Bernal Baláez A, Urbizo Vélez J, Molina Lisa J. Estomatitis subprótesis: estudio epidemiológico en 6 302 pacientes portadores de prótesis dental removible. *Rev Cubana Estomatol* 1989;26(1-2):71-80.
3. Moreira Díaz E, Bernal Baláez A, Rodríguez Pérez I. Estudio clínico histopatológico de la estomatitis subprótesis. *Rev Cubana Estomatol* 1984;21(3):189-98.
4. Moreira Díaz E, Bernal Baláez A, Padrón Aragón M del C, Catalá Castro F. Asociación entre el grado clínico de la estomatitis subprótesis y las iteraciones del epitelio de la mucosa palatina. *Rev Cubana Estomatol* 1992;29(2):75-80.
5. Bernal Baláez A, Moreira Díaz E. La respuesta inflamatoria celular en la estomatitis subprótesis. *Rev Cubana Estomatol* 1985;22(2):161-7.
6. Bernal Baláez A. Estomatitis subprótesis. Parada de reflexión. *Rev Fed Odontol Colombia* 1998;21-9.
7. Academia Americana de Medicina Oral. Guía clínica para el tratamiento de condiciones orales comunes. Estomatitis por prótesis. *Rev Fac Odontol Univ Buenos Aires* 1996; 16(41): 83.
8. Chimenos Kustner E. Candidiasis oral en el anciano. En: Bullón Fernández P, Velazco Ortega E, eds *Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada*. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996. p. 229-40.

9. Wilson J. The aetiology, diagnosis and management of denture stomatitis. *Brit Dent J* 1998; 185(8): 380-4.
10. Barbachan JJD, Rados PV, Sant Ana Filho M, Domínguez MG. Estudo clínico da estomatite protética: avaleação preliminar. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 1995;36(1):27-31.
11. Carvalho de Oliveira TR, Moreira Frigerio ML, Miluzzi Yamada MC. Avaliacao da estomatite protética em portadores de próteses totais. *Pesqui Odontol Bras* 2000;14(3):219-24.
12. Sibeles Sorti P. Frequencia e actividade enzimática de *Candida albicans* em pacientes desdentados totais, com ou sem estomatite protética. Sao Paulo 1996; SN: 62.
13. Saizar P. Prótesis a placa. La Habana: Instituto del Libro; 1970.p. 761-3.
14. Webb BC, Thomas CJ, Wilcox MD, Harty DW, Knox KW. *Candida* associated denture stomatitis. Aetiology and management. *Aust Dent J* 1998;43(3):160-6.
15. Campo J, Serrano C. Candidiasis oral: clínica y tratamiento. *Gaceta Dental* 2000; (104): 76-84.
16. Cross LJ, Bagg J, Wray D, Aitchinson T. A comparison of fluconazole and itraconazole in the management of denture stomatitis: a pilot study. University of Glasgow Dental school, UK. *J Dent* 1998; 26(8): 657-64.
17. Silva CE X dos SR, Bornsstein I. Candidiase eritematosa: relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Santo Amaro* 1998; 3(2): 77-9.
18. Morton JF. WHO. Mucilaginous plants and their uses in medicine. *J Ethnopharmacol* 1990; 29: 253-4.
19. Grindlay D, Reynoldst H. The aloe vera phenomeno: a review of the properties and modern uses of the leaf parenchyma gel. *J Ethnopharmacol* 1986; 16: 117-51.
20. Cuba. Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Compendio de Investigaciones sobre *Aloe barbadensis* Mill (sábila) cultivado en Cuba. La Habana: MINFAR; 1990. p. 136.
21. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000. p. 50, 573.
22. Alves Mesquita R, Ferreiro de Aguiar MC, Chavez Tarquino SB, Santiago Gómez R, Bentazzoli R. Candidiase oral ea infeccao HIV. *Rev CROMG* 1998; 4(1): 27-31.
23. Garza Gutiérrez E. Guía de remedios naturales para obtener salud y bienestar. México: Editorial Orvit; 1998. p. 284-91.
24. Olano Cardoso A, Zucco Braglio JL, Poes de Almeida O, Jorge Junior J. Estomatite por proteases; presenca de bacterias e fungos. *Arq Cent Estud Curso Odontol Belo Horizonte* 1990;27(1,2):9-15.
25. Moccagatta D. Aloe vera, la milenaria planta medicinal. *Rev de Podología Argentina* 1998;(11):20-4.

26. World Health Organization. Aloe vera gel. En su: WHO monographs on selected medicinal plants. Vol 1. Geneva: WHO; 1999.p. 43-9.
27. Newal CA, Anderson LA, Phillipson JD. Herbal medicines. A guide for health care.1996 professionals, the Pharmaceutical press. London: [s.n.]; 1996. p. 25-6, 296.
28. Chacón O. Los ácidos grasos esenciales y la salud. San Cristóbal Venezuela: Editorial Lito Forma; 1996. p. 53, 110.

Correspondencia

Calle Céspedes 68 entre 4ta y 5ta.

Reparto Jayamá. Camagüey. Cuba

Email: neyda@finlay.cmw.sld.cu