



Análisis Comparativo de dos medicaciones en el tratamiento de las Queilitis.

*Comparative analysis of two medications in the treatment of cheilitis.
A análise comparativa dos dois medicamentos no tratamento da queilite.*

Víctor Ricardo Fernández¹ | Elena Soledad Ortiz Barreto² | Roque O. Rosende³

Fecha de Recepción

14 de noviembre de 2008

Aceptado para su publicación

30 de marzo de 2009

¹ Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra de Clínica Estomatológica. Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra de Cirugía II. Dentomaxilar. Facultad de Odontología UNNE.
Av Libertad N° 5450. C.P. 3400. Corrientes. Argentina.
Teléfono (03783) 457992.

E-mail: fernandezvr@hotmail.com

² Auxiliar Docente de Primera Categoría. Cátedra de Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología UNNE.
Av Libertad N° 5450. C.P. 3400. Corrientes. Argentina.
Teléfono (03783) 457992.

E-mail: solyortiz@hotmail.com

³ Prof. Titular. Cátedra Cirugía I. Técnicas Quirúrgicas y anestésicas.

Resumen

La incidencia de las queilitis inespecíficas es un problema que merece atención por la sintomatología y el riesgo que su cronicidad puede generar. Su frecuencia se debe, entre otros, al incremento a la exposición a la luz solar, disminución de la capa de ozono, acciones de rayos ultravioletas, uso de cosméticos, alimentos, medicamentos en especial tópicos que contienen galatos, dentífricos, cepillos dentales, metales, prótesis dentales, plantas, exógenos químicos o físicos. La incidencia es mayor en personas jóvenes con localización en el labio inferior y preferentemente en el sexo femenino.

El linimento óleo calcáreo ha demostrado ser de utilidad en el tratamiento sintomático de las queilitis no granulomatosas en todas sus variantes clínicas, sin embargo hay poca bibliografía que avale dicha postura.

El presente trabajo busca evaluar la efectividad de una formulación magistral compuesta del linimento óleo calcáreo en el tratamiento de las queilitis por contacto.

Palabras Clave

Estomatología - labio - queilitis - tratamiento farmacológico - citología.

Abstract

The incidence of nonspecific cheilitis is a problem that deserves attention because the symptoms and the risk that its chronicity can generate. Its frequency is due, inter alia, to increase the exposure to sunlight, decrease in the ozone layer, ultra-

violet actions, use of cosmetics, foods, particularly topical medications containing gallates, toothpaste, toothbrushes, metal , Dentures, plants, Exogenous chemical or physical. The incidence is higher in young people with locating in the upper lip and preferably in females.

The calcareous liniment oil has proved useful in the symptomatic treatment of granulomatous cheilitis not all variants clinics, however there is little bibliography confirms that such a stance.

This paper seeks to assess the effectiveness of a masterful design composed of calcareous liniment oil in the treatment of cheilitis by contact.

Keywords

Stomatology - lip - cheilitis - drug treatment - cytology.

Resumo

A incidência de queilite inespecífica é um problema que merece atenção, pois os sintomas e os riscos que a sua cronicidade pode gerar. Sua frequência é devido, nomeadamente, para aumentar a exposição à luz solar, diminuição da camada de ozono, as acções ultravioleta, o uso de cosméticos, alimentos, medicamentos tópicos contendo particularmente galatos, pasta de dentes, escovas, metal , Dentaduras, plantas, exógena químicos ou físicos. A incidência é maior em jovens, com localização no lábio superior e, de preferência, do sexo feminino.

O linimento óleo de calcário revelou-se útil no tratamento sintomático da granulomatosa nem todas as queilite variantes clínicas, contudo, há pouca bibliografia confirma que uma tal atitude.

Este trabalho visa avaliar a eficácia de um desenho magistral composto por rocha calcária linimento óleo no tratamento da queilite pelo contato.

Palavras chave

Estomatología - lábio - queilite - tratamento da farmacológica - citologia.

Introducción

Las queilitis de contacto surgen cuando, a partir de una o más aplicaciones de un agente de origen externo, se inicia en la zona una reacción inflamatoria producida por un mecanismo inespecífico o

específico generalmente manifestado como reacción alérgica.¹

Las queilitis de contacto a que se hace referencia en este estudio son las exfoliativas, las actínicas y las no actínicas pues surgen como resultado de la exposiciones y/ o aplicaciones de agentes externos en la zona labial que ocasionan una respuesta inflamatoria mediada por un mecanismo irritativo primario en especial actínico o bien pueden ser alérgico o de hipersensibilidad.

La noxa que entra en contacto con la semimucosa labial es generalmente una sustancia de bajo peso molecular y no alérgica por sí misma, que causa irritación y en el término de 24 - 48 hs se manifiesta como una reacción clínica eritematosa.²

La evolución de las queilitis por contacto irritativas se manifiesta en una primera fase por síntomas inflamatorios agudos en los labios. La zona afectada se muestra edematosa, eritematosa, dolorosa y caliente, debido, en primer lugar, a un fenómeno vascular de vasodilatación y de congestión activa.³ Posteriormente se produce una diapedesis leucocitaria y una exudación plasmática producida por un exceso de líquido en el espacio intersticial.

La sensación de calor y dolor del paciente a nivel labial es una queja frecuente que puede provocar dificultades en la fonación y deglución. En una fase ulterior, se forman vesículas y ampollas que evolucionan hacia la formación de costras serohemáticas que, si son arrancadas, pueden dejar fisuras y erosiones habilitando el asentamiento de infecciones secundarias. Se acompañan de sensación de dolor y prurito.^{4,5} Las lesiones se localizan en la semimucosa, y aunque inicialmente surgen en la zona de contacto con el agente causal, luego se pueden extender a otras zonas vecinas. La sintomatología desaparece a los pocos días después de eliminar el factor causal, aunque en ciertos casos puede cronificarse, situación que en el caso de que el agente causal sea la irritación actínica pueden derivarse a cánceres labiales que en un 80 % son de tipo espinocelular.^{6,7}

Cualquiera sea las queilitis no glandular a tratar el primer paso será el retiro del agente causal una vez éste haya sido identificado.^{8,9} Para las erosiones y úlceras se pueden utilizar protectores como linimento óleo calcáreo, emulsiones de agua y de ciertas grasas conocidos como cold-cream y en casos más graves, corticoides tópicos como triamcinolona vehiculizado en un bioadhesivo. En el caso de reacción alérgica grave puede estar indicada la

administración de corticoides por vía general.¹⁰

En todo caso una buena protección del área lesionada mediante sustancias emolientes que imiten la humectación natural es suficiente sin la necesidad de adicionar medicamentos con actividad intrínseca.

Materiales y Método

Es un estudio comparativo, prospectivo, sobre la utilización de linimiento óleo calcáreo compuesto respecto del linimento óleo calcáreo simple elaborado según la Farmacopea Nacional Argentina. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.

La muestra se conformó con pacientes de demanda espontánea que concurrieron a la Clínica Asistencial de la Cátedra de Clínica Estomatológica y con pacientes derivados de otras Cátedras Clínicas, del Servicio de Urgencia y del Hospital Odontológico. En todos aquellos pacientes con diagnóstico de queilitis por contacto se confeccionó la historia clínica diseñada para el presente estudio.

Para que los pacientes puedan participar en el estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos comprendidos entre los 15 y 35 años de edad.
- Pacientes que presentaron diagnóstico clínico de queilitis por contacto con una evolución de no más de 48 hs.

Y como criterios de exclusión a los pacientes que:

- No aceptaron los términos y condiciones del formulario de aceptación.
- La enfermedad diagnosticada clínicamente tenga más de 48 hs de evolución.
- Padezcan enfermedades de alto riesgo médico, antecedentes de alergia o paciente con antecedentes de atopía.
- Consuman sustancias adictivas en tanto afecten el grado de cumplimiento del tratamiento.
- Inestabilidad domiciliaria.

Los pacientes luego de haber consentido por escrito participar en el estudio, mediante un formulario elaborado al efecto, fueron incorporados al estudio y se realizó el registro de cada historia clínica con un número de orden creciente que permitió asignar por muestreo probabilístico aleato-

rio simple a dos grupos, uno corresponde a los que recibieron el tratamiento con óleo calcáreo formulación simple y el otro grupo fue tratado con la formulación objeto de estudio, esta última posee los componentes clásicos del linimento óleo calcáreo a los que se les adiciona manzanilla (10%) por las propiedades emolientes y regeneradoras epiteliales (muy usadas en cosmética) y vitamina A (1%) por su acción queratoplástica.

Se consideró como criterio de salida a los pacientes que interrumpieron el tratamiento o dejaron de asistir a los controles.

Previo al inicio de la terapéutica se eliminó la causa etiológica y se recolectaron muestras para citología exfoliativa que se tomaron como parámetro histológico de base en este estudio comparativo y se implementó el tratamiento, con una posología de seis aplicaciones diarias.

El control y la evaluación del tratamiento se realizó en varios tiempos operatorios a ambos grupos, correspondiente a los dos, cuatro, siete y nueve días que coincide con la supresión de la medicación y la toma de muestras para un segundo estudio citológico. En cada control se consignó el estado de la lesión, identificadas como leve mejoría, franca mejoría, cura completa o persistencia de la lesión de acuerdo a las modificaciones resultantes a la valoración de la sintomatología mediante una escala de Downie modificada y los signos mediante una escala milimetrada la superficie afectada.

Resultados

Se realizaron exámenes estomatológicos a 31 pacientes, 16 se incluyeron en el grupo tratado con óleo calcáreo formulación simple (O.C.s.) y 15 se incluyeron en el grupo tratado con óleo calcáreo formulación objeto de estudio (O.C.f.).

La citología exfoliativa previa a la administración de las formulaciones dio como resultado que en 17 casos se registró extendido inflamatorio, negativo para malignidad, en 14 casos se observó anomalías citológicas benignas negativo para malignidad.

Al segundo día de tratamiento los 16 pacientes tratados con O.C.s. lograron un estado leve mejoría. De los 15 pacientes tratados con O.C.f. siete presentaron estado de leve mejoría y ocho un estado de franca mejoría.

Al cuarto día el total de pacientes demostró un estado evolutivo de la lesión comprendido entre una leve y franca mejoría. Cinco pacientes tratados

con O.C.s. tuvieron estado de leve mejoría y 11 alcanzaron un estado de franca mejoría. Mientras que 12 pacientes del grupo tratado con O.C.f. mostró un estado de franca mejoría y tres mostraron estado de leve mejoría.

Al séptimo día tres de los pacientes tratados con O.C.s. lograron un estado de leve mejoría, 13 un estado de franca mejoría y uno de cura completa. Mientras que los pacientes del grupo tratado con O.C.f. 13 pacientes mostraron un estado franca mejoría y dos pacientes estado de cura completa.

Al noveno día se observó que en el grupo tratado con O.C.s. 13 pacientes alcanzaron el estado de cura completa y tres pacientes se encontraban aún en estado de franca mejoría. Mientras que los 15 pacientes del grupo tratados con O.C.f. presentaron estado de cura completa.

La citología exfoliativa realizada después de la administración de las formulaciones dio como resultado que en los pacientes del grupo tratado con O.C.s. se logró la cura completa en 13 casos y persistencia de la lesión con presencia de atipias celulares del tipo inflamatorio en 3 casos. En los pacientes tratados con O.C.f. dio como resultado la cura completa en los 15 casos que conformaron el grupo.

Para evaluar si las diferencias observadas en ambos grupos eran estadísticamente significativas se utilizó la Prueba de Wilcoxon para muestras independientes.

Las lesiones tratadas en cada grupo evolucionaron de forma tal que al segundo día se evidenciaron diferencias significativas entre los tratamientos, sin embargo al cuarto y séptimo día los tratamientos tuvieron similares resultados. Al noveno día existió diferencia entre los tratamientos con una tasa de error aproximada del 8% (p-valor= 8%) pero no suficiente para concluir estadísticamente. Los resultados encontrados dan cuenta de una probable primacía cuantitativa de la formulación objeto de estudio en comparación con la formulación simple.

Conclusiones

La valoración comparativa de las evoluciones de los grupos demuestra que ambas medicaciones reducen de manera significativa la intensidad de la sintomatología y los signos sin efectos adversos en pacientes con lesiones propias de las queilitis por contacto irritativas con hasta 48 hs de evolución.

Bibliografía

1. García López, E. Blanco Ruiz, A. Rodríguez García, L. et al. (2004). Queilitis: Revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Estomatol* [online]. vol 41, N°2 [citado 2008-07-23]. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est09204.htm
2. Francalaci, S. Sertoli, A. Giorgini, S. Pigatto, P. et al. (2000)R. Multicentre study of allergic contact cheilitis from toothpastes. *Contact Dermatitis*. 43 (4): 216-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11011921>.
3. Lascaris, G. (2001). Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Ed Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C. A. Caracas. Venezuela; 72-78.
4. Bascones, A. Llanes, F. (1996). Medicina Bucal. Tomo I. Segunda Edición. Ediciones Avances. Madrid. 334-335.
5. Bascones Martínez, A. (1989.) Atlas de Patología de la Mucosa Bucal. Ediciones Avances. Madrid. 159-160.
6. Ceccotti, E. (1993). Clínica Estomatológica, SIDA, Cáncer, y otras afecciones. Editorial Panamericana. Bs.As.Argentina. 64-65.
7. Borghelli, R. (1979). Temas de Patología Bucal Clínica. Tomo I. Bs.As.Argentina. 359-361.
8. Eversole, L. (1983). Patología Bucal. Ceccotti, E. 20-21.
9. Ceccotti, E. Sforza, R. (2007). "El Diagnóstico en Clínica Estomatológica". Editorial Panamericana. Bs.As.Argentina. 300-302.
10. Litter, M. (1988). Farmacología Experimental y Clínica. 7° Ed. El Ateneo. Bs. As. Argentina. 1374-1380.