

Mercurius solubilis* en el tratamiento de pacientes con estomatitis aftosa recurrente**Mercurius solubilis* in the treatment of patients with recurrent aphthous stomatitis**

MsC. María Isabel Aguilar Vallejo,^I MsC. Maritza Peña Sisto,^{II} MsC. Jacqueline Chacón Rodríguez,^{III} Mayelín Arza Lahens^{IV} y Dra. Nieves Morgado Quintero^V

^I Clínica Estomatológica "José Luis Tassende", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Clínica Estomatológica de Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires de Moncada", Santiago de Cuba, Cuba.

^V Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó ensayo clinicoterapéutico controlado, de fase II B, de 112 pacientes con estomatitis aftosa recurrente, atendidos en la Clínica Estomatológica "José Luis Tassende" de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre de 2013, para evaluar la eficacia del *Mercurius solubilis* en el tratamiento de estos. La muestra fue distribuida de forma aleatoria, mediante orden de llegada, en 2 grupos (uno de estudio y uno control), con 56 integrantes cada uno. Los primeros fueron tratados con *Mercurius solubilis* y los segundos con los remedios homeopáticos habituales. Para la validación estadística de la información obtenida se emplearon el porcentaje, el test de Ji al cuadrado, con 95 % de confiabilidad, y la probabilidad exacta de Fisher. Entre los grupos estudiados no existieron diferencias significativas en relación con la remisión de la intensidad del dolor, la recuperación de la integridad epitelial y la curación al tercer, quinto y séptimo días de tratamiento. Se demostró que esta terapia alternativa fue tan eficaz como el bórax.

Palabras clave: estomatitis aftosa recurrente, *Mercurius solubilis*, bórax, terapia alternativa.

ABSTRACT

A controlled clinical and therapeutical trial, of phase II B, was carried out on 112 patients with recurrent aphthous stomatitis, assisted in "José Luis Tassende" Stomatological Clinic in Santiago de Cuba from January to December, 2013, to evaluate the effectiveness of the *Mercurius solubilis* in their treatment. The sample was randomly distributed, through arrival order, in 2 groups (a study group and a control group), with 56 members each. The first ones were treated with *Mercurius solubilis* and the seconds with the habitual homeopathic remedies. For the statistical validation of the obtained information, the percentage, the chi square test, with 95% of confidence, and the exact probability of Fisher were used. There were no significant differences among the studied groups in relation to the remission of the pain intensity, the recovery of the epithelial integrity and the cure at the third, fifth and seventh days of treatment. It was demonstrated that this alternative therapy was as effective as borax.

Key words: recurrent aphthous stomatitis, *Mercurius solubilis*, borax, alternative therapy.

INTRODUCCIÓN

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad inflamatoria, de origen no bien precisado, que se caracteriza por la aparición súbita de lesiones aftosas muy dolorosas en la mucosa bucal.^{1,2} Se puede acompañar de inflamación en toda la boca, febrícula y adenopatías regionales si hay sobreinfección bacteriana. Los estudios epidemiológicos más actuales, indican que la prevalencia oscila entre el 2 y 50 % de la población general, con mayor incidencia entre los 19 y 20 años.³⁻⁶

Hasta el momento no se dispone de un medicamento específico que logre una curación, lo que más se ha logrado es la atenuación de los síntomas y el alargamiento de los períodos intercrisis. Se han empleado analgésicos, antibióticos, antivirales, antifúngicos, antisépticos y cortisoles tópicos,^{7,8} así como la medicina natural y tradicional (apiterapia, fitoterapia, ozonoterapia, terapia floral y homeopatía).⁹⁻¹²

En la bibliografía médica está ampliamente difundido el uso de remedios homeopáticos para tales fines, pero de acuerdo con la individualidad de cada paciente se puede indicar: bórax, ácido nítrico, *Mercurius solubilis*, *Mercurius cyanatus* o *Mercurius corrosivus*.^{13, 14}

El *Mercurius solubilis* afecta más o menos a cada órgano y tejido del cuerpo. Puede ocasionar ulceración de las membranas mucosas, especialmente de la boca y la garganta. Es eficiente contra diferentes afecciones, tales como estomatitis, aftas bucales, úlceras detrás de la lengua y en pacientes que saliven abundantemente, entre otras.

Teniendo en cuenta todas las generalidades, modalidades e indicaciones del *Mercurius solubilis* y el poco conocimiento que existe sobre su uso contra la EAR, los autores se sintieron motivados para realizar el presente estudio para demostrar la efectividad de esta alternativa terapéutica en los pacientes con esta afección que acudieron al mencionado centro hospitalario.

MÉTODOS

Se realizó ensayo clinicoterapéutico controlado, de fase II B, de 112 pacientes entre 15 y 65 años, con estomatitis aftosa recurrente, atendidos en la Clínica Estomatológica "José Luis Tassende" de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre de 2013, para evaluar la eficacia del *Mercurius solubilis* en el tratamiento de estos.

La muestra fue distribuida de forma aleatoria, mediante orden de llegada, en 2 grupos: uno de estudio y uno control, con 56 integrantes cada uno. Los del primer grupo, al que fueron asignados los números impares, recibieron tratamiento con *Mercurius solubilis* 7 CH (centesimal hanemaniana); a los del segundo, el de los números pares, se le indicó tratamiento homeopático habitual (bórax 7 CH).

Como criterio diagnóstico se consideró la presencia de estomatitis aftosa recurrente cuando existieron síntomas objetivos (pérdida de continuidad del epitelio, con una porción central rojo grisáceo y la periferia elevada a modo de reborde) y subjetivos (dolor intenso y agudo); también se incluyeron los que tuvieron semejanza de al menos 5 síntomas locales que refería el paciente con las generalidades, modalidades e

indicaciones del *Mercurius solubilis*, plasmadas en la materia médica homeopática. Se excluyeron pacientes con más de 3 días de evolución de la enfermedad

Las principales variables analizadas fueron:

- Edad
- Sexo

- Intensidad del dolor: se evaluó según niveles de intensidad del dolor (IDP) de la escala de Mc Guill, como evaluador subjetivo del tipo cualitativo, con valores del 1 al 5:
 - IDP1: sin dolor
 - IDP2: prácticamente sin dolor
 - IDP3: dolor moderado
 - IDP4: dolor intenso
 - IDP5: dolor insoportable

- Integridad epitelial (cualitativa dicotómica): se evaluó al tercer, quinto y séptimo días de tratamiento según los criterios siguientes:
 - Integridad epitelial presente: cuando la superficie del tejido está lisa, normocoloreada y no se observan diferencias con los tejidos inmediatamente circundantes.
 - Integridad epitelial no presente: cuando al examen clínico se observa oquedad que caracterizaba la pérdida de la continuidad del epitelio, con una porción central cuya tonalidad puede transitar desde el rojo grisáceo hasta el rosado pálido. Esta se designó con las letras RE. Se designó el número 1 a los pacientes con integridad epitelial presente y con el 2 cuando ocurría lo contrario.

Criterios de evaluación

La curación de la lesión inicial se evaluó según signos y síntomas clínicos al tercer, quinto y séptimo días, y se clasificó como sigue:

- Curados: cuando desaparecieron todos los signos y síntomas (valor IDP1) y la integridad epitelial presente
- Mejorados: dolor con IDP de 2-3, si la integridad epitelial no está presente y la porción central es rosada pálida.
- No mejorado: dolor con IDP de 4-5, si se mantiene la pérdida de la integridad epitelial y la porción central es rojo grisáceo.

Los integrantes del grupo de estudio recibieron gotas sublinguales de *Mercurius solubilis* (7 CH); los del control, tratamiento con bórax (7 CH). El esquema de tratamiento se basó en la Ley de Dosificación y se tuvo en cuenta, además, la regla de Arndt-Schulz.¹⁵

Para iniciar con la terapia y para dinamizar el remedio, lo primero consistió en dar 10 golpes al frasco contra la palma de la mano antes de aplicarlo, y alejarlo de fuentes de energía. Posteriormente se procedió a aplicar 5 gotas sublinguales, sin violar las horas del sueño, y repetir la dosis cada 15 minutos durante el primer día; cada una hora, el

segundo y cada 4 horas el tercero, hasta que desaparecieron las lesiones. Se indicó no tomar medicamentos durante este período, incluyendo los analgésicos y

antiinflamatorios, así como evitar el consumo de comidas picantes, alcohol o café durante el período de tratamiento. Ambos grupos fueron evaluados al primer, tercer y séptimo días.

Para evaluar los resultados se calcularon pruebas de hipótesis para las tablas de contingencia con los estadígrafos Ji al cuadrado y probabilidad exacta de Fisher para comparar lo observado y lo esperado de ambos grupos, con una confiabilidad de 95 %. La información se procesó en computadora Pentium IV con la ayuda del programa estadístico SPSS, versión 11.0.

Para definir la relación entre las variables (remisión de la intensidad del dolor por días y recuperación de la integridad epitelial por días), se hizo un análisis de la desviación de estas en una relación lineal.

RESULTADOS

En la serie predominó el grupo etario de 15-24 años (112, para 42,0 %), lo cual fue similar para ambos grupos, dado por 46,4 y 37,5 %, respectivamente. El análisis estadístico ($p > 0,6318$) indica que la muestra fue aleatoria y no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad.

Más de la mitad de los integrantes de la casuística eran féminas (53,6 %), como también ocurrió en el grupo de estudio (55,4 %) y en el control (51,8 %), de manera que no existió diferencia significativa por sexos ($p = 0,7047$).

En la tabla 1 se observa que todos los afectados refirieron ausencia total del dolor al séptimo día de tratamiento; asimismo, 93,8 % lo hizo al quinto día; 76,8 % al tercer día y 70,5 % al primer día. Cabe destacar que los mayores porcentajes de pacientes asintomáticos estuvieron en el grupo de estudio.

Por otra parte, las ventajas del grupo de estudio fueron significativas para el primer día de tratamiento ($p = 0,0483$), pero ya al tercer ($p = 0,0581$), quinto ($p = 0,2400$) y séptimo días no existieron diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$).

Tabla 1. Evaluación de la remisión de la intensidad del dolor (ID1)

Tiempo de tratamiento (en días)	Grupos terapéuticos					
	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primero	44	78,6	35	62,5	79	70,5
Tercero	47	83,9	39	69,6	86	76,8
Quinto	54	96,4	51	91,0	105	93,8
Séptimo	56	100,0	56	100,0	112	100,0

Como se muestra en la tabla 2, tanto en el grupo de estudio como en el control, 100,0 % de los pacientes habían cicatrizado totalmente al séptimo día de tratamiento, así como también 93,8 y 76,8 % al quinto y tercer días, respectivamente. En todos los

casos el grupo estudio presentó mayores porcentajes de recuperación del epitelio bucal y de la integridad epitelial al quinto y tercer días (96,4 y 83,9 %, en ese orden).

Las ventajas del grupo de estudio fueron prácticamente significativas al tercer día, para una confiabilidad de 94,1 % ($p=0,0581$), aunque las diferencias no fueron significativas por la confiabilidad prefijada de 95 %, pero al quinto y séptimo días tampoco hubo diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos ($p>0$).

Tabla 2. Evaluación de la recuperación de la integridad epitelial

Tiempo de tratamiento (en días)	Grupos terapéuticos					
	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tercero	47	83,9	39	69,6	86	76,8
Quinto	54	96,4	51	91,0	105	93,8
Séptimo	56	100,0	56	100,0	112	100,0

En la tabla 3 se aprecia que al tercer día de tratamiento, 76,8 % de los pacientes se encontraban curados; 10,7 % mejorados y 12,5 % no mejorados. Entre los curados, 83,9 % pertenecía al grupo de estudio y 69,6 % al grupo control. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos, pues el valor de p fue ligeramente mayor que 0,05.

Tabla 3. Evaluación de los pacientes al tercer día de tratamiento

Evolución	Grupos terapéuticos					
	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Curados	47	83,9	39	69,6	86	76,8
Mejorados	4	7,1	8	14,3	12	10,7
No mejorados	5	9,0	9	16,1	14	12,5
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0

$p=0,0581$

Al quinto día de tratamiento (tabla 4), 93,8 % de los pacientes estaban curados, con primacía de los del grupo de estudio (96,4 %) y los restantes habían mejorado (6,2 %). De forma general, no pudo ser aplicada la prueba de validación estadística definida, por no cumplirse los supuestos establecidos; no obstante, no se aprecian grandes diferencias entre los grupos.

Tabla 4. Evaluación de los pacientes al quinto día de tratamiento

Evolución	Grupos terapéuticos					
	Grupo de estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Curados	54	96,4	51	91,0	105	93,8
Mejorados	2	3,6	5	9,0	7	6,2
No mejorados						
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0

Pese a que no fue posible validar los datos estadísticos, al séptimo día de tratamiento el total de pacientes habían curado, independientemente de la terapia escogida.

El coeficiente de correlación K_1 para el empleo del *Mercurius solubilis* (tabla 5), fue de 0,91 y para el bórax de 0,95, lo cual demuestra por su cercanía a 1,0 que la relación entre las variables es lineal y por tanto no existen variables ajenas a las tratadas en la muestra escogida para la investigación.

Tabla 5. Resumen de los resultados de los análisis estadísticos

A. Porcentaje de remisión de la intensidad del dolor por días	B_0	B_1	K_1
<i>Mercurius solubilis</i>	73,3083	0,1677	0,908
Bórax	48,8667	0,3167	0,947
B. Porcentaje de recuperación epitelial por días	B_0	B_1	K_1
<i>Mercurius solubilis</i>	73,3083	0,1677	0,908
Bórax	48,8667	0,3167	0,947

DISCUSIÓN

Algunos investigadores concuerdan con el criterio de que existe un ligero predominio de la EAR entre 10-19 años y en el sexo femenino;^{1,2} hallazgos que coinciden con lo obtenido por Bellón *et al*¹³ y Pérez *et al*¹⁵ en sus respectivas series.

Los resultados de este estudio son similares a lo descrito por otros autores, quienes al aplicar bórax (6 CH) eliminaron el dolor en 60 % de los pacientes a las 24 horas y en el total de estos al tercer día de tratamiento.¹⁴ Por su parte, Gomes *et al*¹⁶ refirieron que el dolor cedió al primer y tercer días en 80 y 95 % de los atendidos con láser.

A escala mundial se plantea que las úlceras de la EAR tardan entre 7 y 14 días para cicatrizar.^{9,17} Por otra parte, en estudios similares, 60 % de los pacientes quedaron curados con bórax (6 CH) al tercer día;^{3,13} inferior a lo registrado por Pensin *et al*,¹⁸ quienes al tercer día de aplicar propóleos obtuvieron 95 % de curación.

Cabe destacar que estos resultados son ligeramente superiores a lo referido por Bellón *et al*,¹³ en su estudio, donde se plantea que 89,7 % de los pacientes quedaron curados al quinto día con el uso de bórax y coinciden con los de Castillo *et al*,¹⁹ quienes encontraron un promedio de curación entre 6,8 y 8,3 días con el inmunoforon.¹⁹

Teniendo en cuenta lo planteado, es válido destacar que el *Mercurius solubilis* es tan eficaz como el bórax para tratar a pacientes con EAR y que entre los grupos estudiados no existieron diferencias significativas en relación con la remisión de la intensidad del dolor, la recuperación de la integridad epitelial y la curación al tercer, quinto y séptimo días de tratamiento, lo cual demuestra su eficacia como terapia alternativa. Se recomienda efectuar estudios similares en otras clínicas del país para validar la utilidad de este medicamento para tales fines.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puerto Horta M del, Pérez Quiñones, Perdomo Delgado, Castro Morillo, Casas Ínsua. Homeopatía y estomatitis aftosa recurrente: revisión bibliográfica. Rev Med Electron. 2011 [citado 24 May 2014];33(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema14.htm>
2. Mouillet J. Homeopathy for ENT pain. São Paulo: Organon; 2010. p.82.
3. Lins RD, Dantas EM, Lucena KC, Cantão MH, Granville Garcia AF, Carvalho Neto LG. Biostimulation effects of low-power laser in the repair process. An Bras Dermatol. 2010; 85(6):849-55.
4. Pérez Angel MM, Rodríguez Pérez A. Tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. MEDICENTRO. 2012 [citado 24 May 2014];16(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2012/cmc121a.pdf>
5. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E, Esparza Gómez GC. Úlceras orales. Med Clin (Barc). 2005;125(15):590-7.
6. Harris Ricardo J, Castro Villamizar P, Sánchez Valenzuela G. Estomatitis aftosa recurrente en niños asociada a estrés. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2010 [citado 24 May 2014]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art28.asp>
7. Millán Parrilla F, Quecedo Estébanez E, Gimeno Carpio E. Tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante. Terapéutica dermatológica. Madrid: Elsevier; 2010.p.463-9.
8. Hitomi Watashi Hirata CH, Caluta Abranches D, Martins Mimura MA, Oliveira Lima E, Maurice Weckx L. Ulceração aftosa recorrente no Ambulatório de Estomatologia da UNIFESP. Ver Bras Med. 2010 [citado 24 May 2014];6(1). Disponible en: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4216
9. Castelnaux Martínez M, Jiménez Fuentes A, Navarro Nápoles J, González Sánchez Y, Rodríguez Sierras Z. Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales. MEDISAN. 2013 [citado 24 May 2014];17(9). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_9_13/san10179.htm
10. Travagli V, Zanardi I, Valacchi G, Bocci V. Ozone and ozonated oils in skin diseases: a review. Mediators Inflamm. 2010 [citado 24 May 2014]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/mi/2010/610418/citations/>
11. Pulido Roza MA, Madera Anaya MV, Tirado Amador LR. Láser terapia en el manejo de aftas mayores. Reporte de caso. Acta Odontol Venezolana. 2013 [citado 24 May 2014];51(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art18.asp>
12. Pérez Angel MM, Veitia Cabarroca F, Pérez Pérez E, Morell Rocha A, Rodríguez Pérez A, Ruiz Díaz Y. Algoritmo para una conducta integral en pacientes con estomatitis aftosa recurrente. Acta Med Centro. 2012 [citado 24 May 2014];6(4). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r4_12/pdf/estomatitis.pdf

13. Bellón Leyva S, Echarry Cano O. Evaluación clínica de la efectividad del Bórax en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado 24 May 2014]; 43(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200006
14. Phatak SR. Materia médica de medicinas homeopáticas. New Delhi: B Jain Publisher; 1994.p.233.
15. Perez Ángel MM, Veitia Cabarroca F, Rodríguez Pérez A. Tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente desde una perspectiva transdisciplinaria. Acta Med Centro. 2013 [citado 24 May 2014]; 7(1). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/estomatitis.htm
16. Gomes Henriques AC, Cazal C, Freire Lisboa de Castro J. Ação da laserterapia no processo de proliferação e diferenciação celular. Revisão da literatura. Rev Col Bras Cir. 2010 [citado 24 May 2014]; 37(4): 295-302. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000400011
17. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, González Labrada K. Estomatitis aftosa recurrente. Determinación de marcadores de inmunidad celular. Rev Cubana Estomatol. 2002 [citado 24 May 2014]; 39(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000200001&script=sci_arttext
18. Pensin NR, Pensin C, Miura CSN, Boleta-Ceranto DC. Effect of orabase propolis ointment for recurrent minor aphthous treatment - a pilot study. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2009 [citado 24 May 2014]; 13(3). Disponible en: <http://www.cabdirect.org/abstracts/20113111538.html;jsessionid=AFF1B0802867476043FE7086CFB27A74>
19. Castillo Castillo A, Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV. Uso del inmunoferón en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado 24 May 2014]; 43(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000300005&script=sci_arttext

Recibido: 18 de junio de 2014.

Aprobado: 9 de julio de 2014.

María Isabel Aguilar Vallejo. Clínica Estomatológica "José Luis Tassende", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: isabela@medired.scu.sld.cu