

**”COMPORTAMENTO DA ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE NO ESTUDO DE PACIENTES DA FACULDADE DA HABANA,CUBA”**

**ORIENTADOR:** **Professor Auxiliar Filipe Poças de Almeida Coimbra.**

**COORIENTADOR: Assistente Convidada Otília Adelina Pereira Lopes.**

**ESTUDANTE: Anabel Coello Diaz.**

**NUMERO DE ESTUDANTE:201630**

**Email:anacoellodiaz@hotmail.com**

**Porto, maio de 2014**

# *Agradecimentos*

Sempre que uma obra culmina fala-se de um autor, mas não e possível a realização de nenhum trabalho sem o apoio e o esforço das pessoas que se encontram à nossa volta. É por isso que quero expressar os meus agradecimentos através destas palavras.

Em primeiro lugar ao meu esposo já que sem ele não teria conseguido realizar este trabalho e por estar a meu lado a todas as horas e em todos os momentos.

À minha família de Cuba e à que se encontra aqui comigo agradeço imenso porque contei com ela sempre.

Não posso deixar de mencionar e agradecer à minha coorientadora a qual fez um trabalho espetacular, semana após semana recebi a sua ajuda o que sinto que me serviu de muito.

Ao professor orientador dou-lhe os agradecimentos por aceitar a tutoria deste trabalho e brindar-me com a sua ajuda.

A todas as pessoas que fizeram possível a realização deste trabalho.

# *ÍNDICE*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Introdução*** | ***1*** |
| ***Objetivos*** | ***5*** |
| ***Metodologia*** | ***6*** |
| ***Resultados*** | ***10*** |
| ***Discussão dos resultados*** | ***16*** |
| ***Conclusões*** | ***19*** |
| ***Recomendações*** | ***20*** |
| ***Referencias Bibliográficas*** | ***21*** |
| ***Anexos*** | ***26*** |

# *Resumo*

**OBJETIVOS**: Avaliar o comportamento da Estomatite Aftosa Recorrente numa população de pacientes da Faculdade de Estomatologia da Havana.

**INTRODUÇÃO**: Dentro das lesões orais, as aftas aparecem com frequência na consulta de urgência de medicina dentária e podem ser diagnosticadas e tratadas pelo médico dentista. Estas lesões podem aparecer em qualquer localização da cavidade oral. A morbilidade associada à Estomatite Aftosa Recorrente e o elevado número de doentes que procuram o serviço de urgência por causa desta afeção, constituem a motivação para a realização desta investigação.

**DESENHO METODOLÓGICO**: Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, numa amostra de pacientes adultos (idade igual ou superior a 19 anos) que procuraram a consulta da Faculdade de Estomatologia da Havana e nos quais foi diagnosticado Estomatite Aftosa Recorrente. O presente estudo decorreu entre Setembro de 2012 a Março de 2013. Foi observada uma amostra total de 95 pacientes após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão abaixo descriminados.

**RESULTADOS**: O tipo de aftas mais frequentes na população estudada foi a forma menor seguido pela forma maior. O sexo feminino foi o mais afetado 67.4%. A forma menor foi mais representada nos jovens. Os principais fatores de risco foram o stress, as alterações gastrointestinais e as alergias alimentares. A localização mais frequente foi na mucosa dos lábios 35.7%, seguida a gengiva com um 20% e o resto representou um 44.3%. Em 90.5% da população o tempo de cicatrização foi de 7 a 10 dias.

**CONCLUSÕES**: A Estomatite Aftosa Recorrente afetou mais mulheres do que homens, e predominou na faixa etária mais jovem da amostra estudada ( 19-34 anos).

**PALAVRAS CHAVES**: afta, úlcera, urgência.

# *Abstract*

**OBJECTIVES**: Evaluate the clinic behavior of Recurrent Aphthous Stomatitis in a population, attended at the Faculty of Stomatology, Havana, Cuba

**METHODOLOGICAL DESIGN**: This is an observational, descriptive, cross-sectional study in a sample of adult patients (age ≥ 19 years) who sought the consultation of the Faculty of Stomatology, Habana and were diagnosed Recurrent aphthous stomatitis. This study ran from September 2012 to March 2013. A total sample of 95 patients was observed after application of inclusion and exclusion criteria below discriminated.

**RESULTS**: The most common type of thrush in the population studied was the minor for followed by major. Women were the most affected (67.4%). The minor form was more frequent in younger patients (19-34 years). Major contributing risk factors were stress, gastrointestinal disorders and food allergies. The most frequent site for RAS to occur was the lip mucosa (35.7%), followed by gingiva (44.3%) and other localizations (44.3%). In 90.5% of the population affected by thrush the healing time was 7 to 10 days.

**CONCLUSIONS**: Recurrent Aphthous Stomatitis was more prevalent in women and presented itself more in age groups ranging between 19-34 years.

**KEY WORDS**: cold sore, ulcer, urgent.

***1. Introdução***

Dentro das lesões orais, as aftas são um motivo de consulta frequente nas consultas de urgência de medicina dentária e podem ser diagnosticadas e tratadas pelo médico dentista. Entre a patologia oral que afeta as mucosas e que se manifesta como úlceras, encontramos a Estomatite Aftosa Recorrente (EAR), a Gengivo Estomatite Herpética Aguda (GEHA) e a Gengivite Ulcerativo Necrosante (GUN) .(1,2)

A EAR manifesta-se em crianças, principalmente entre 10 e 19 anos de idade, é a forma mais comum de ulceração da mucosa oral. Embora seja mais frequente em pessoas jovens, a EAR pode aparecer em qualquer idade.(3,4)

A morbilidade associada à EAR e o elevado número de doentes que procuram o serviço de urgência por causa desta afeção, constituem a motivação para a realização desta investigação. Para o efeito efetuamos uma pesquisa aprofundada do diagnóstico, prognostico e tratamento desta afeção.

O objetivo desta investigação é determinar o comportamento da EAR presente em pacientes de 19 anos de idade ou mais, tratados na Faculdade de Estomatologia da Havana, no período de Setembro de 2012 a Março de 2013.

O primeiro registo de lesões na cavidade oral no homem data o período de 460-370 AC pelos escritos de Hipócrates. De facto, Hipócrates foi o primeiro a utilizar o termo ''aftas”, que em grego significa queimar, para descrever ou denominar a lesão característica da doença inflamatória da mucosa oral, hoje conhecida como Estomatite Aftosa Recorrente. (2,5)

Originalmente, o termo afta faz referência às perdas de substância, sem especificar qualquer etiologia e ainda hoje é comum que os médicos e os médicos dentistas as diagnostiquem como aftas ou lesões de várias etiologias.

Na literatura consultada verificou-se que *Grinspan* (6) descreveu a seguinte classificação para a EAR: perda de substância (lesão ou ulceração), localização mucosa (oral ou genital), dor ardente, aparecimento súbito, inicialmente necrótica e recorrente. (7,3,8)

Mais tarde, *Scully y Porter (2005)* classificaram a EAR em aftas menores, maiores e herpetiformes.

As aftas menores (Figura1) são a forma mais comum da doença, cerca de 80% de todas as EAR  caracterizam-se pelo aparecimento de uma ou mais úlceras, geralmente arredondadas ou ovais, com um diâmetro inferior a 5 mm, a zona central coberta por uma pseudomembrana esbranquiçada, devido à necrose, e rodeada por um halo eritematoso ligeiramente elevado.



Figura 1. Afta menor (imagem cedida pelo Serviço de Medicina Oral).

As aftas maiores (Figura 2), também conhecidas historicamente como doença de *Sutton* ou periadenites mucosa necrótica recorrente, representam aproximadamente 10% de todas as EAR e são a forma mais grave. Caracterizam-se pelo aparecimento de grandes úlceras, cujo número varia entre 1 e 10, têm geralmente mais do que 1 cm de diâmetro e a forma é redonda ou oval. Mas, podem assumir formas irregulares.



Figura 2. Afta maior.

As aftas herpetiformes (Figura 3) constituem os restantes 10% de EAR e apresentam-se como úlceras de tamanho pequeno entre 1 e 3 mm, muito dolorosas e que tendem a coalescer.

Clinicamente a EAR caracteriza-se pelo aparecimento na mucosa oral de úlceras dolorosas isoladas ou múltiplas, que cicatrizam em duas semanas e podem deixar cicatriz ou não, dependendo do seu tipo. (9)



Figura 3. Aftas herpetiformes (imagem cedida pelo Serviço de Medicina Oral).

A EAR é uma doença multifatorial em que a patogénese não é totalmente conhecida. Descrevem-se fatores genéticos, infeciosos e bacterianos. Vários estudos demonstram a presença de vírus em lesões aftosas. A etiologia viral e autoimune têm sido das mais estudadas e investigadas. Estas lesões podem aparecer em qualquer localização da cavidade oral, mas são mais frequentes na mucosa labial, mucosa jugal, bordo da língua, pavimento da boca, vestíbulo e palato mole.

A evolução clínica destas lesões compreende um período prodrómico pré ulcerativo dando uma sensação de queimadura, em seguida aparece uma ulceração com forma arredondada, cor cinzenta-amarelada, rodeada por um halo eritematoso que permanece até que a base ganha uma cor rosa completando a cicatrização. (10)

Na literatura encontramos referência sobre a associação das aftas com deficiências de oligoelementos ou vitaminas. Há uma considerável coincidência entre a ocorrência de aftas recorrentes e alergias a vários alimentos. A doença pode estar associada a outros fatores como: stress, alterações neuroendócrinas ou o ciclo menstrual. O stress pode desencadear estas lesões em pessoas suscetíveis, e têm sido observadas em estudantes durante as épocas de exame, períodos de excesso de trabalho e tensão emocional. (11,12)

Os fatores de risco não atuam isoladamente, mas em conjunto, interrelacionando-se, o que potencia os efeitos prejudiciais para a saúde. (13,14,15)

Não existem testes de laboratórios específicos para diagnosticar a EAR, sendo, o exame clínico suficiente para estabelecer o diagnóstico. (14)

O diagnóstico diferencial inclui todas as doenças locais e sistémicas que se caracterizam pela presença de úlceras, nomeadamente, infeções (virais, bacterianas ou fúngicas), doenças autoimunes (doença de *Behçet*, doença de *Reiter*, doença inflamatória intestinal, lúpus eritematoso, pênfigo vulgar ou bolhoso), doenças hematológicas (neutropenia cíclica), ou cancro oral (carcinoma de células escamosas). (16,17)

A EAR faz parte do grupo de lesões que podem ser provocadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), principalmente os tipos maior e herpetiforme, e persistem durante mais tempo do que nos outros pacientes. (18,19)

O tratamento da EAR baseia-se na aplicação de agentes terapêuticos tópicos ou sistémicos (por via oral). Entre os primeiros estão os anestésicos, anti-sépticos, adstringentes, laser, ozono, preparados a partir de medicina tradicional e outros. Por via oral são subministrados imunomoduladores, anti-histamínicos, antiácidos, ansiolíticos, antidepressivos, vitaminas e oligoelementos, entre outros.

Os antibióticos, antifúngicos, analgésicos, anti-inflamatórios e corticóides têm sido utilizados por ambas as vias. (20)

***2. Objetivos***

**Geral**

Avaliar o comportamento da Estomatite Aftosa Recorrente (EAR) numa população de pacientes da Faculdade de Estomatologia da Havana.

**Específico**

1. Avaliar a associação entre o tipo de EAR e os fatores de risco.

2. Avaliar as manifestações clínicas da EAR por sexo e grupos etários.

3. Identificar as localizações das lesões aftosas presentes na população do estudo.

4. Descrever a evolução das lesões no tempo em função do tipo de EAR.

***3. Metodologia***

O presente trabalho foi desenhado e desenvolvido na Faculdade de Estomatologia de Havana-Cuba, tendo sido tutorado pela docente Mestre Nilaydis Medina na disciplina de *“Estomatologia Geral Integral”.* Os resultados obtidos foram analisados e discutidos com os docentes da Unidade Curricular de Medicina Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Prof. Doutor Filipe Coimbra e Prof. Doutora Otília Lopes. Pelo exposto, em anexo encontram-se os seguintes documentos na língua espanhola: autorização da comissão de ética da Faculdade de Estomatologia de Havana-Cuba, inquérito realizado aos pacientes, questionário para a avaliação do stress e o consentimento informado.

**3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, numa amostra de pacientes adultos (idade igual ou superior a 19 anos) que procuraram a consulta da Faculdade de Estomatologia da Havana e lhe foi diagnosticado Estomatite Aftosa Recorrente. O presente estudo decorreu entre Setembro de 2012 a Março de 2013.

Uma amostra total de 95 pacientes foi obtida após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão abaixo descriminados.

**Critérios de inclusão:**

* Pacientes que deram o seu consentimento informado por escrito para participar no estudo (Anexo 1).
* Indivíduos com diagnóstico confirmado de Estomatite Aftosa Recorrente, com idade igual ou superior a 19 anos.

**Critérios de exclusão:**

* Pacientes com deficiência física ou mental que impeçam a participação no estudo.

***3.2 Considerações éticas***

Para a realização do estudo explicou-se ao paciente o tema e objetivos do trabalho e os passos para a sua realização. O estudo justifica-se a partir de um ponto de vista ético, porque foi conduzido de acordo com as disposições da Declaração de Helsínquia no âmbito de uma pesquisa em seres humanos com fins terapêuticos. (21)

Obtivemos dos pacientes o consentimento através de uma assinatura onde concordaram participar no estudo (Anexo1). Os pacientes foram tratados de igual forma independentemente do seu grau de nível científico. E o investigador teve sempre presente princípios como aumentar os benefícios e minimizar os danos.

***3.3******DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VARIAVEIS** | **CLASIFICAÇÃO** | **ESCALA** | **DESCRIÇÃO** |
| Idade | Quantitativa Discreta | 19-34  35-59  ≥60 | Anos de idade no momento do estudo |
| Sexo | Qualitativa Nominal Dicotómica | Feminino  Masculino | De acordo com o sexo biológico |
| Classificação das aftas | Qualitativa Nominal Politómica | Maior  Menor  Herpetiforme | Segundo classificação de *Scully* y *Porter* |
| Possíveis  Fatores de Risco | Qualitativa  Nominal Politómica | * \*Stress * Alterações gastrointestinais * Presença de condições alérgicas * Doenças endócrinas * Ausência ou deficiência de vitaminas | \*Segundo Inventário de Sintomas de Stress (Versão INOR-2, 1998) (Anexo 4)  Segundo anamnese do paciente e dados clínicos obtidos junto do médico de família. (Anexo 2 e 3) |
| Evolução da Estomatite Aftosa Recorrente | Quantitativa Discreta | 7-10 dias  11-14 dias  6 semanas ou mais | Segundo exame físico intra-oral e anamnese do paciente |
| Localização das aftas | Qualitativa Nominal  Politómica | Lábio, bochecha, gengiva, palato, língua e pavimento da boca | Segundo exame físico intra-oral |

**Nota:** A informação é resumida em números absolutos e percentagens, os quais foram calculados para cada uma das categorias de cada variável.

***3.4******Técnicas e procedimentos para a colheita dos dados***

Foram consultadas várias bibliografias relacionadas com o tema utilizando motores de pesquisa como o INFOMED (original de Cuba).

O exame clínico foi realizado num equipamento médico-dentário, com boa iluminação, utilizando um espelho bucal plano nº 5.

Os dados foram recolhidos num formulário específico elaborado pelo investigador (Anexo 2) e (Anexo 3)

Os pacientes que tinham recorrido à consulta com queixas EAR,  foram encaminhados para o investigador.

Após 10 a 14 dias os paciente foram reavaliados. Os pacientes que não apresentaram uma cicatrização completa ao fim de 14 dias foram reavaliados após 6 semanas.

**3.5 Técnicas de processamento e análise dos resultados**

O processamento dos dados foi realizado imediatamente após a conclusão da recolha. Foi criada uma base de dados numa folha do Excel. As variáveis estudadas foram descritas em tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa. Para preparar o relatório final utilizou-se o processador de texto Microsoft Word.

Tendo em conta os objetivos, analisaram-se e discutiram-se os resultados para alcançar as conclusões da pesquisa realizada e emitir as recomendações.

***Resultados:***

***Tabela I Classificação da Estomatite Aftosa Recorrente segundo a avaliação clínica de Scully e Porter.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de afta** | **Amostra** | |
| **N** | **%** |
| **Afta Maior** | **8** | **8,4** |
| **Afta Menor** | **84** | **88,4** |
| **Herpetiforme** | **3** | **3,2** |
| **Total** | **95** | **100** |

Fonte: Exame clínico

A tabela mostra a distribuição dos pacientes de acordo com a classificação clínica de Scully e Porter para a Estomatite Aftosa Recorrente. Podemos observar que o tipo mais representativo de aftas diagnosticado neste estudo foi a forma menor, com (88,4%).

***Tabela II Distribuição da Estomatite Aftosa Recorrente segundo o sexo e a classificação clínica de Scully e Porter.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de afta** | **Sexo** | | | | **Total** | |
| **Feminino** | | **Masculino** | |
| **N.** | **%** | **N.** | **%** | **N.** | **%** |
| **Afta Maior** | **5** | **5.3** | **3** | **3.2** | **8** | **8.4** |
| **Afta Menor** | **57** | **60** | **27** | **28.4** | **84** | **88.4** |
| **Herpetiforme** | **2** | **2.1** | **1** | **1.1** | **3** | **3.2** |
| **Total** | **64** | **67.4** | **31** | **32.6** | **95** | **100** |

Fonte: Questionário e exame clínico

A tabela mostra a distribuição da EAR relativamente ao sexo e à classificação clínica. O sexo feminino foi o mas afetado (67,4%)

***Tabela III Distribuição da Estomatite Aftosa Recorrente segundo a faixa***

***etária e a classificação clínica de Scully e Porter.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma clínica de EAR** | **Faixa Etária** | | | | | | **Total** | |
| **19-34** | | **35-59** | | ≥**60** | |
| **N.** | **%** | **N.** | **%** | **N.** | **%** | **N.** | **%** |
| **Afta Maior** | **1** | **1.1** | **4** | **4.2** | **3** | **3.2** | **8** | **8.4** |
| **Afta Menor** | **51** | **53.7** | **27** | **28.4** | **6** | **6.3** | **84** | **88.4** |
| **Herpetiforme** | **2** | **2.1** | **1** | **1.1** | **0** | **0** | **3** | **3.2** |
| **Total** | **54** | **56.8** | **32** | **33.7** | **9** | **9.5** | **95** | **100** |

Fonte: Questionário e exame clínico

A tabela mostra a faixa etária mais afetada pela EAR e a sua classificação clínica. A aftosa menor foi encontrada com maior frequência em pacientes mais jovens (53,7%).

***Tabela IV Distribuição da Estomatite Aftosa Recorrente segundo os possíveis fatores de risco e a classificação clínica de Scully e***

***Porter.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Possíveis Fatores de Riscos** | **Pacientes** | | | |
| **Sim** | | **Não** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Stress** | **95** | **100** | **-** | **-** |
| **Alterações gastrointestinais** | **34** | **35.8** | **61** | **64.2** |
| **Presença de quadros alérgicos** | **26** | **27.4** | **69** | **72.6** |
| **Problemas endócrinos** | **2** | **2.1** | **93** | **97.9** |
| **Défice de vitaminas** | **11** | **11.6** | **84** | **88.4** |

Fonte: Questionário

A tabela mostra a distribuição da população de acordo com os possíveis fatores de risco estudados. Os pacientes examinados apresentavam na sua maioria um ou mais fatores etiológicos. O stress foi comum a todos os pacientes.

***Tabela V Distribuição de aftas de acordo com a sua localização.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Localização** | **Aftas Orais** | |
| **N.** | **%** |
| **Mucosa labial** | **41** | **35.7** |
| **Mucosa jugal** | **18** | **15.7** |
| **Gengiva** | **23** | **20** |
| **Palato** | **9** | **7.8** |
| **Língua** | **13** | **11.3** |
| **Pavimento da boca** | **11** | **9.6** |
| **TOTAL** | **115** | **100,0** |

Fonte: Questionário e exame clínico

A tabela mostra a distribuição das aftas segundo a sua localização. As áreas mais afetadas foram a mucosa labial (35,7%) e a gengiva (20%), enquanto o palato foi o menos afetado (7,8%).

***Tabela VI Formas clínicas de Estomatite Aftosa Recorrente segundo os***

***dias de evolução.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma clínica de EAR** | **Tempo de evolução das aftas** | | | | | |
| **7 a 10 dias** | | **10 a 14 dias** | | ≥ **6 semanas** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Afta Maior** | **3** | **3.2** | **3** | **3.2** | **2** | **2.1** |
| **Afta Menor** | **82** | **86.3** | **2** | **2.1** | **-** | **-** |
| **Herpetiforme** | **1** | **1.1** | **2** | **2.1** | **-** | **-** |
| **Total** | **86** | **90.5** | **7** | **7.4** | **2** | **2.1** |

Fonte: Questionário e exame clínico

Na tabela VI, podemos ver a relação da população estudada com o tempo de evolução das aftas e a sua classificação clínica, observamos que 90,5% dos casos apresentou um tempo de evolução de 7 a 10.

Os pacientes que apresentaram a EAR de tipo maior tiveram uma duração em dois casos de seis semanas (2,1%).

***Discussão dos resultados***

Os estudos realizados em Cuba até a data desta investigação revelaram que entre as 3 formas de EAR a menor foi a mais frequente (60% a 80%), enquanto as menos frequentes foram as formas maior e herpetiforme (6 a 15%), respetivamente. (22,23,24,25)

Relativamente à frequência das 3 formas de EAR os resultados obtidos no nosso estudo aproximam-se dos descritos na literatura, nomeadamente, forma menor (88.4%),maior (8.4%) e herpetiforme (3.2%).

Se tivermos em conta os nossos resultados e apenas os estudos cujo desenho se aproxima desta investigação, analisando as 3 formas de EAR concluímos que a frequência da forma menor foi maior que a obtida por Perez e colaboradores. (20) Neste estudo o autor numa amostra de 51 pacientes com diagnóstico clínico de EAR concluiu que a forma mais comum de apresentação foi a menor (72,5 %). E também foi maior, a obtida por Castillo e colaboradores (8),que no seu estudo concluiu que a forma menor foi a mais predominante (61%) entre todas as formas da EAR que ele examinou. Relativamente às formas maior e herpetiforme, os nossos resultados revelaram frequências menores que as obtidas por Pérez e colaboradores (20), nomeadamente 8.4%vs15.7, 3.2%vs11.8%, respetivamente.

Relativamente ao género, os nossos resultados vão de encontro aos descritos por diferentes autores, Pérez (20), López (41), Scully C, Porter (7), em que o sexo feminino foi o mais afetado pela EAR, nas suas três formas. A explicação mais aceite para a maior afeção das mulheres pela EAR é a influência dos fatores hormonais e imunológicos a que as mulheres estão expostas. (27,16,26)

No que respeita à idade, a EAR pode ocorrer em qualquer idade, e é mais frequente nas faixas etárias mais jovens. (4,10,36) No nosso estudo a faixa etária mais afetada pela EAR foi entre os 19-34 anos (56.8%). É importante realçar que o nosso estudo não incluiu crianças. Na literatura está descrito que a EAR é mais frequente em crianças e à medida que se avança na faixa etária a frequência da EAR diminui. (4,10)

A forma herpetiforme é um caso particular, pois é mais frequente em idades mais avançadas (28), no nosso estudo esta forma estava unicamente representada na faixa etária de 19-34 anos, embora o número de casos tenha sido escasso.

De acordo com o estudo realizado pelo JÁ, Scully C e Porter (2,30), existe um limite no desenvolvimento da EAR em relação à idade, isto é, ente os 10 e os 19 anos de idade é de esperar episódios de recorrência, após este período recorrências esporádicas podem ocorrer.

Ao agrupar a doença por idades, Perez (30) concluiu que 52,6% dos casos tinham menos de 15 anos de idade. Scully e Porter (7) ,demostraram que a EAR geralmente surgia durante a infância, e a sua frequência e gravidade tinham tendência a diminuir com o alcançar da idade. Neste estudo 80% dos pacientes tinham menos de 30 anos de idade. Os nossos resultados vão de encontro aos obtidos nestes dois estudos. (7,31)

A EAR e mais frequente em crianças e a explicação mais aceite é a influência do sistema imunológico relacionado com os anticorpos contra as membranas da mucosas orais. (32)

A etiologia EAR é multifatorial, contudo a exata etiopatogenesis subjacente permanece ainda desconhecida. (33) Nos últimos anos avanços importantes ocorreram no que respeitam ao conhecimento de cada um dos fatores associados à doença (35,36), sendo a suscetibilidade do indivíduo um fator importante. (37) Outros como o stress, as alergias alimentares e os distúrbios gastrointestinais também contribuem para o aparecimento da doença. Assim como a tensão emocional, de facto estudos realizados em indivíduos mais suscetíveis revelaram que situações de grande tensão emocional podem ser uma causa determinante no surto da EAR. (2,34) No nosso estudo este fator estava associado a todos os casos de EAR.

Gutiérrez (Peru, 2006) (31) aplicou um questionário, semelhante ao usado no nosso estudo, para avaliar a relação entre o stress e a EAR e concluiu que tem uma forte relação com o tipo e a frequência das lesões. Também Ship JA (2) num grupo de estudantes de medicina observou que durante os períodos de exames cerca de 50% a 60% dos estudantes padeciam de EAR. Os autores sugerem que esta elevada percentagem de stress pode estar intimamente relacionada com a forma de vida dos tempos atuais. O stress nas situações de grande tensão emocional pode atuar como desencaderna-te da EAR. A presença deste fator pode desencadear uma vasculites que permite a deslocação dos neutrófilos responsáveis pela liberação de sustâncias citoplasmáticas líticas que provocariam a destruição do epitélio subjacente como resposta à presença de complexos antígeno-anticorpo e de complemento nas paredes vasculares. Estudos recentes tem detetado niveles elevados de anticorpos anti celulares endoteliais. (32)

A literatura descreve a ligação entre as aftas e as doenças intestinais, tais como, gastroenterites, síndrome de má absorção intestinal, colite ulcerativa e giardíase. (36,37) No nosso estudo as doenças gastrointestinais estavam associadas ao aparecimento de EAR em 35.8% dos casos.

Entre as doenças gastrointestinais mais associadas ao desenvolvimento da EAR incluem-se a giardíase, a doença de Crohn, síndromes de má absorção, colite ulcerosa idiopática. (3,36,37,38, 39,40)

Quanto à presença de doenças alérgicas uma minoria dos entrevistados relataram a ingestão de produtos lácteos associados à ocorrência de aftas. De acordo com diferentes autores a intolerância à lactose é a incapacidade de digerir um tipo de açúcar encontrado no leite e outros produtos lácteos, causada por uma deficiência da enzima láctase. (24)

Neste estudo constatou-se que a EAR pode ocorrer em qualquer localização da mucosa oral, sendo mais predominante nos lábios (35.7%) e nas gengivas (20%), o que está de acordo a outros estudos publicados. (33,30)

Alguns autores consideram que o local de ocorrência se relaciona com a queratinização da área, por exemplo, a EAR é pouco frequente no palato que prima por ser uma mucosa muito queratinizada.

No que respeita à evolução clínica da EAR, a forma menor apresentou um tempo de evolução mais curto, de 7 a 10 dias. Enquanto a evolução clínica da forma major variou de 7 dias a mais de 6 semanas, condicionando uma maior morbilidade no paciente do que a menor. É importante realçar que os dois casos de EAR maior com uma evolução superior a 6 semanas foram referenciados para a especialidade.

A morbilidade associada à evolução clínica da fase ativa da EAR pode ser minorado com a aplicação de medicamente atualmente disponíveis, contudo é difícil espaçar os intervalos entre as recorrências ou alcançar a cura com o seu total desaparecimento. (29, 34,33)

***Conclusões***

No presente estudo, a EAR afetou predominantemente a faixa etária mais jovem (19-34 anos). As mulheres foram mais afetadas que os homens. O stress está associado ao aparecimento da EAR. A localização mais frequente é a mucosa labial seguida pela gengiva.

A evolução clínica das aftas menores não ultrapassou os 10 dias, enquanto que a das aftas maiores chegou às 6 semanas exigindo o diagnóstico diferencial com outras doenças.

***Recomendações***

Várias pesquisas estudam como influenciam os diferentes fatores de riscos no comportamento da Estomatite Aftosa Recorrente, mas poucos questionam a interação de todos esses fatores sobre a ocorrência dos mesmos.

Continuar a pesquisa nos grupos estudados sobre a associação desses fatores de risco no aparecimento da Estomatite Aftosas Recorrentes (EAR).

***Referencias Bibliográficas***

1- Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Rev Cubana Estomatologia, ene.-abr. 2005, vol.42, no.1, p.0-0. ISSN 0034-7507.

2 - Ship JA, Chavez EM, Doerr PA, Henson BS, Sarmadi M. Recurrent aphthous stomatitis.Quintessence Inf 2000;31(2):95-112.

3- Uribarri Zarranz FG. Álvarez Calatayud E, Claver Ruiz E: Urgéncias bucodentales. En atención Odontoestomatológica. Madrid. Avances científicos

4- Rioboo Crespo Mº del Rosario, Planells del Pozo Paloma, Rioboo García Rafael. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.) [revista en la Internet]. 2005 Dic[citado 2010 Nov 25]; 10(5):376-387.

5-Bascones- Martínez A, Figueredo- Ruiz E, Esparza- Gómez GC. Oral ulcers Med Clin(Barc)2005 oct 29;125(15): 590-7

6- Grinspan D. Enfermedades de la boca. Tomo II. Editorial Mund. BS. AS 1979

7-Porter S, Scully C. Aphthous ulcers (recurrent). Clin Evid. (13):1687-94; jun.   2005

8- Añez A; Arreaza A; Avilán I; Varón G: Consideraciones Clínicas y Terapéuticas de la Estomatitis Aftosa Recurrente. Clínica al Día. Año 13 Vol. 3 2005 135-143.

9- Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. Dent Clin North Am. 2005 Jan;49(1):31-47

10- Greenberg MS, Pinto A. Etiology and Management of Recurrent Aphthous Stomatitis. Curr Infect Dis Rep. 5(3):194-8; 2003,Jun.

11- Chiappelli F, Alwan J, Prolo P, Christensen R, Fiala M, Cajulis OS, Bernard G. Neuro-inmunity in stress-related oral ulcerations: a fractal analysis. Front Biosci. 10:3034-41;2005, Sep.

12- [Berkun Y](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Berkun%20Y%22%5BAuthor%5D), [Levy R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Levy%20R%22%5BAuthor%5D), [Hurwitz A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Hurwitz%20A%22%5BAuthor%5D), [Meir-Harel M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Meir-Harel%20M%22%5BAuthor%5D), [Lidar M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Lidar%20M%22%5BAuthor%5D), [Livneh A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Livneh%20A%22%5BAuthor%5D), [Padeh S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Padeh%20S%22%5BAuthor%5D). [The Familial Mediterranean Fever Gene as a Modifier of Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Adenopathy Syndrome.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828792) [Semin Arthritis Rheum.](javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Semin%20Arthritis%20Rheum.');) 2010 Sep 7. [Epub ahead of print]

13- [Koybasi S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Koybasi%20S%22%5BAuthor%5D), [Parlak AH](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Parlak%20AH%22%5BAuthor%5D), [Serin E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Serin%20E%22%5BAuthor%5D), [Yilmaz F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Yilmaz%20F%22%5BAuthor%5D), [Serin D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Serin%20D%22%5BAuthor%5D). [Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible etiologic factors.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16798397) [Am J Otolaryngol.](javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Am%20J%20Otolaryngol.');) 2006 Jul-Aug;27(4):229-32.

14- Soto Escobar, Arcadio; Averhoff Casamayor, María del Carmen; Collazo Borrego, Lucas. Ensayos Terapéuticos en la Estomatitis Aftosa Recurrente. Rev. Cuba. Estomatología 27 (2) Abril – Junio 1990 Págs. 114 – 218.

15- Collazo L, Soto A, Cruz T, Rodríguez A., Averhoff MC. Valoración de posibles de riesgo de la EAR. Rev. Cub. Est.1990;27(1): 64-72.

16-Sorsa I. Effect of tetracycline on colladenase activityin patients with Recurrent Apthous Stomatitis. Oral Patolmed 2005; 9(5): 270-275.

17-Sharquie KE, Najim RA, Al-Hayani RK, Al-Nuaimy AA, Maroof DM.The therapeutic and prophylactic role of oral zinc sulfate in management of recurrent aphthous stomatitis (ras) in comparison with dapsone. Saudi Med J. 2008 May;29(5):734-8.

18- Sun A, Chang YF, Chia JS, Chiang CP.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. 2007 Mar; 33(3):133-9.2

19 - Carpio E, López V, Fardales V, Benítez IOral manifestations of HIV infection in adult patients from the province of Sancti Spiritus, Cuba. J Oral Pathol Med. 2009 Jan;38(1):126-31

20- Pérez Borrego Amparo, Guntiñas Zamora María Victoria, González Labrada Carelia. Estomatitis aftosa recurrente: Determinación de marcadores de inmunidad celular. Rev Cubana Estomatol  [periódico en la Internet]. 2002  Ago [citado 2008  Jul  13];  39(2): 75-88. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>

21- Amaro Chelala J R, González Revuelta ME. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Rev Cubana Med Milit 1998; 27(1):54-61.

22- Bagan S, Esperanza GC. Estomatitis Aftosa Recidivante. Med Oral Barcelona: Masson, 2006.p. 140-155

23- Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Nunziata M, Piccolo S, Cirillo N Guidelines for diagnosis and management of aphthous stomatitis. Pediatr Infect Dis J. 2007 Aug; 26(8):728-32.

24- Ship I. Epidemiologic aspects of RAU. Oral Surg Med Pathol 2002; 33:200-6.

25- American College of Allergy, Asthma, & Immunology. Food allergy: a practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006 Mar;96(3 Suppl 2):S1-68

26- Bellón Leyva Susana, Calzadilla Mesa Xiomara Maria. Efectividad del uso del propóleo en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Rev Cubana Estomatol  [periódico en la Internet]. 2007  Sep [citado 2008  Jul  16] ;  44(3): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>

27- Pacho Saavedra José A., Piñol Jiménez Felipe N.. Manifestaciones clínicas de la Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Rev Cubana Estomatol 2007 Mayo [citado 2010 Nov 24] ; 40(1)

28- Rogers RS. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristic and associated systemic disorders. Semin Cutan Med Surg 1997;16(4):278-83.

29-Scully C, Porter SR. Recurrent Aphtous Stomatitis: current concepts of etiology, pathogenesis and management. J Oral Pathol Med, 2003: 637-50.

30- Binnie WH. Oral and maxillofacial pathology case of the mouth. Recurrent aphthous stomatitis-herpetiformtype. Tex Dent J. 117(3):49,100-1;2006, Marz

31- Graykoski E. Recurrent Apthous Stomatitis, clinical therapeutic, histopathologic and hipersensivity aspects. J A M A 2003; 166: 732-737.

32-Cevallos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. Medicina Oral. Masson eds. Barcelona. 1995: 137-50. 6- Caballero R. Alteraciones inmunitarias. En: Caballero R. Patología lingual.

33-Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR, Mucosal disease series. Number VI Recurrent aphthous stomattis. Oral Dis. 2006 Jan;12(1): 1-21

34- Donohué Cornejo A, Leyva Huerta E R, Ponce Bravo S, Aldape Barrios B, Quezada Rivera D, Borges Yañez A. Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos Rev Cubana Estomatol 2007; 45(1)

35-Volkov I, Abu-Rabia U, Masalha R. Case report: Recurret aphthous stomatitis. Phys Sportsmed. 2008 Dec;36(1):34-41.

36-Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol, jul.-sep. 2006, vol.43, no.3, p.0-0. ISSN 0039-8705.

37-Quintana Díaz JC. Manifestaciones clínicas bucales detectadas en pacientes con giardiasis. Rev. Cub. Est. 1997: 34(2):80-83.

38- Stavropoulos F, Katz J, Guelmann M, Bimstein E. Oral ulcerations as a sign of Crohn's disease in a pediatric patient: a case report. Pediatr Dent. 2007 Jul-Aug; 26(4):355-8.

39-Fritscher AM, Cherubini K, Chies J, Dias AC. Association between Helicobacter pylori and recurrent aphthous stomatitis in children and adolescents. J Oral Pathol Med. 33(3): 129-32; 2004, Mar.

40- Collazo L. y Col. Estomatitis aftosa recurrente y su posible relación con el parasitismo a Giardia Lambia. Estudio preliminar. Rev Cubana de Estomatología (25) 1 Págs. 73 – 77 1998.

41- López Ilisástigui Alina, Ilisástigui Ortueta C. Zaida Teresa, Pérez Borrego Amparo. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez: Municipio 10 de Octubre. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Nov [citado 2010 Nov 24]; 8(4):.Disponibleen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1729-519X2009000400013&lng=es.

Anexos

**Anexo # 1**

Consentimiento informado

Por este medio declaro que he sido informado por la Dra. Anabel Coello Diaz de las características y objetivos de la investigación denominada:**”COMPORTAMENTO DA ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE NO ESTUDO DE PACIENTES DA FACULDADE DA HABANA,CUBA”**

Que la misma se hace con fines investigativos y en la cual se guardará la discreción pertinente con los datos que se utilizan y de forma voluntaria he aceptado participar. Así conforme firmo el presente consentimiento junto al investigador.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo # 2**

**INSTRUCTIVO**

* Nombre y Apellidos: Se anota el nombre y los dos apellidos del paciente.
* Edad: Se considera la edad en años cumplidos en el momento de la investigación.
* Localización de las aftas bucales: se tendrá en cuenta en el momento del examen clínico (labio, carrillo, encía, paladar, lengua, suelo de boca) y anamnesis del paciente.
* Clasificación de las aftas bucales:

Existen varias clasificaciones, proponemos 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 Herpetiforme.

* **Aftas menores:** Es la más común, se caracteriza por ulceraciones planas, redondas u ovales de menos de 5mm, 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.
* **Aftas mayores:** Es frecuente, también se le nombra Periadenitis 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 herpetiforme:** Son muy pequeñas de 2 -3mm, 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.

Se reconoce por la presencia de numerosas ulceras desde 10 hasta 100 o incluso mas) de pequeño tamaño entre 1 y 3 mm, muy dolorosas, en cualquier lugar de la cavidad oral y tiende a coalescer produciendo ulceras mayores de forma irregular.

* Tiempo de evolución de las aftas bucales: se tendrá en cuenta el tiempo de evolución de las aftas bucales según la anamnesis del paciente, los datos se recogerán en la encuesta mostrada en el Anexo3.

**FACTORES DE RIESGO –ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE**

Posibles factores de riesgo de EAR

Este dato se tomara del interrogatorio del paciente

* **Alteraciones gastrointestinales:** se considerará positivo cuando el paciente refiera presentar dispepsias a repetición, gastritis o antecedentes de giardiasis. (Ínter consulta con el médico de familia) (Anexo3)
* **Cuadros alérgicos:** se considerará positivo según lo que refiera el paciente, si presentaron reacción de hipersensibilidad ante la ingestión de algún alimento en específico. (Ínter consulta con el médico de familia) (Anexo3)
* **Carencia o déficit de vitaminas o minerales:** se considerará positivo según lo que refiera el paciente y el examen clínico. (Ínter consulta con el médico de familia) (Anexo3)
* **Trastornos endocrinos:** se considerará positivo si el paciente nos refiere padecer diabetes mellitus. (Ínter consulta con el médico de familia)(Anexo3)
* **Estrés:** se consideró positivo según los resultados obtenidos en el inventario de síntomas de estrés (versión INOR-2,1998) ( Anexo 4)

A los fines de la valoración del estrés como factor de riesgo en la EAR se utilizó el Inventario de Síntomas de Estrés segunda versión modificada del original y validada por el Instituto Nacional de Ontología y Radiología, 1998, ( versión INOR-2,1998). Este inventario permite analizar el estrés partiendo de la diversidad y frecuencia de manifestaciones psico-fisiológicas. Cuenta con 42 items que constituyen síntomas de estrés. Se evalúa a partir de una escala de 6 gradaciones que toman un valor numérico de 0-5. El mínimo de puntuación es 0 y el máximo 210. Se considera que el sujeto está sometido a estrés cuando obtenga una puntuación igual o mayor de 50.

**Anexo # 3**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENCUESTA (Marque con una x)

1. Edad:

\_\_\_\_\_\_\_19-34

\_\_\_\_\_\_\_41- 60

\_\_\_\_\_\_\_≥ 60

2. Sexo:

\_\_\_\_\_\_\_Femenino

\_\_\_\_\_\_\_Masculino

3. Alteraciones gastrointestinales (tienes mala digestión a repetición o padeces de gastritis, presentas antecedentes de giardiásis).

1. Sí\_\_\_\_\_\_ b. No\_\_\_\_\_\_
   1. ¿Eres alérgico?
      1. Sí\_\_\_\_\_\_ b. No\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo especificar tipo de alergia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Eres diabético?

1. Sí\_\_\_\_\_\_ b. No\_\_\_\_\_\_

6. ¿Presentas carencia o déficit de vitaminas?

1. Sí\_\_\_\_\_\_ b. No\_\_\_\_\_ c. No sé\_\_\_\_\_\_

7. Localización de las aftas.

1. Labio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Carrillo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Encía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Paladar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Lengua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Suelo de boca\_\_\_\_\_\_\_
   1. Tiempo de evolución de las aftas.
      1. 7-10 días\_\_\_\_\_ b.14días\_\_\_\_\_ c.6semanas o màs\_\_\_\_\_

**Anexo # 4**

INVENTARIO DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS (versión INOR-2,1998)

Edad\_\_\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tiempo en ella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Marque con una X los signos de malestar que ha padecido en los últimos 12 meses y la frecuencia con que los ha presentado.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Malestares** | **Nunca** | **Rara vez** | **En**  **Ocasiones** | **Frecuentemente** | **Muy**  **frecuente** | **Siempre** |
| **1.Depresión** |  |  |  |  |  |  |
| **2. Fuertes latidos del corazón.** |  |  |  |  |  |  |
| **3. Resequedad en la boca.** |  |  |  |  |  |  |
| **4. Explosiones de ira.** |  |  |  |  |  |  |
| **5. Imperiosa necesidad de esconderse.** |  |  |  |  |  |  |
| **6. Muchas ganas de llorar.** |  |  |  |  |  |  |
| **7. Imposibilidad de concentrarse.** |  |  |  |  |  |  |
| **8. Debilidad, mareos.** |  |  |  |  |  |  |
| **9. Fatiga.** |  |  |  |  |  |  |
| **10. Sentirse atado.** |  |  |  |  |  |  |
| **11.Tics nervioso.** |  |  |  |  |  |  |
| **12. Asustarse con pequeños ruidos.** |  |  |  |  |  |  |
| **13. Risa nerviosa.** |  |  |  |  |  |  |
| **14.Tartamudeo** |  |  |  |  |  |  |
| **15. Rechinar los dientes.** |  |  |  |  |  |  |
| **16. Mandíbulas apretadas.** |  |  |  |  |  |  |
| **17.Insomnio** |  |  |  |  |  |  |
| **18. Dolores de cabeza por tensión.** |  |  |  |  |  |  |
| **19. Migraña.** |  |  |  |  |  |  |
| **20. Sudación excesiva.** |  |  |  |  |  |  |
| **21. Necesidad frecuente de orinar.** |  |  |  |  |  |  |
| **22. Indigestión.** |  |  |  |  |  |  |
| **23. Tensión premenstrual. O irregularidades.** |  |  |  |  |  |  |
| **24. Dolor de cuello o espalda.** |  |  |  |  |  |  |
| **25. Pérdida de apetito.** |  |  |  |  |  |  |
| **26. Ganas de comer a todas horas.** |  |  |  |  |  |  |
| **27. Aumento en cantidad diaria de cigarrillos.** |  |  |  |  |  |  |
| **28. Aumento en dosis de tranquilizantes.** |  |  |  |  |  |  |
| **29. Aumento en la ingestión de alcohol.** |  |  |  |  |  |  |
| **30. Pesadillas.** |  |  |  |  |  |  |
| **31. Ansiedad.** |  |  |  |  |  |  |
| **32. Propensión a accidentes.** |  |  |  |  |  |  |
| **33. Imperiosa necesidad de estarse moviendo.** |  |  |  |  |  |  |
| **34.Estreñimiento** |  |  |  |  |  |  |
| **35. Gripes frecuentes.** |  |  |  |  |  |  |
| **36. Manos y pies fríos.** |  |  |  |  |  |  |
| **37. Alergias.** |  |  |  |  |  |  |
| **38. Gastritis.** |  |  |  |  |  |  |
| **39. Colitis.** |  |  |  |  |  |  |
| **40. Úlcera.** |  |  |  |  |  |  |
| **41. Hipertensión.** |  |  |  |  |  |  |
| **42. Temblores.** |  |  |  |  |  |  |

Se utiliza la segunda versión modificada del original y validada por el instituto nacional de oncología y radiología en 1998. (Versión INOR-2,1998)

Este instrumento permite analizar el estrés partiendo de la diversidad y frecuencia de manifestaciones psicológicas.

Este inventario cuenta de 42 items, que constituyen síntomas de estrés se evalúa a partir de una escala de 6 gradaciones que toman un valor numérico de 0-5. El mínimo de puntuación es 0 y el máximo es 210. Se considera que el sujeto está sometido a estrés cuando obtenga una puntuación mayor o igual a 50.

**Anexo # 5**

