



Cad Aten Primaria  
Año 2007  
Volumen 14  
Pág. 106-112

## Cancerofobia en la cavidad oral

Jesús Mariño Míguez

Médico-Estomatólogo. Odontólogo de A.P. Centros de Salud de Riveira y Pobra. La Coruña

M.<sup>a</sup> Concepción Sieira Fernández

Médico y Odontólogo. Práctica privada. Boiro. La Coruña

### INTRODUCCIÓN

Varias son las causas que en un momento determinado pueden desarrollar una "cancerofobia" en un paciente. Una apreciación subjetiva casual y/o coincidente con una determinada etapa de la vida, edad, situación sicosocial, etc., puede ser el desencadenante de una labilidad aprensiva tal, que el simple descubrimiento de una entidad completamente normal, o una pequeña variedad anatómica banal, pueden ser suficientes para causarle una inquietante y desmesurada preocupación por su posible grado de malignidad.

### MÉTODO

Durante los años 2000 al 2006, en los Centros de Salud de Sta. Uxía de Riveira y Pobra do Caramiñal (La Coruña), hemos estado recopilando datos de entre aquellos pacientes adultos que acudieron a nuestra consulta con un temor acusado, ante unos síntomas y/o signos que, casi siempre de forma súbita, habían descubierto en su cavidad oral.

En este estudio, solo nos hemos ocupado en exponer aquellas entidades clínicamente banales, sin gran interés patológico, pero que obsesionaban en cierta medida al paciente portador.

### RESULTADOS

1º.- De todos los casos atendidos, el más frecuente en cuanto a número de pacientes y carga de ansiedad, es la entidad denominada: **Estomatodinia, Glosodinia, o Síndrome de Boca Ardiente.**

No existe una imagen fotográfica ilustrativa de esta, como en los demás cuadros que exponemos, pero para su reconocimiento y diferenciación, vamos a dedicarle unas líneas.

Se caracteriza porque el paciente refiere una sensación de ardor o escozor en alguna zona de la mucosa oral, sin signos objetivos identificables, que le produce una gran desazón.<sup>3,11</sup>

#### Dirección Correspondencia

Jesús Mariño Míguez

Rúa Principal, 73-1º. 15930 Boiro (A Coruña) • susguez@yahoo.es

Aparece con mayor frecuencia en mujeres entre 50-70años. Su etiología se asocia frecuentemente, a factores sicosomáticos como la ansiedad o la depresión, aunque también existen factores agravantes locales como una prótesis mal ajustada, dientes irregulares, boca seca, etc.<sup>12,13</sup>

Generalmente su inicio es brusco y de curso continuo, incrementándose a lo largo del día pero sin interferir con el sueño. La sintomatología suele ser mayor con la tensión y la fatiga, sin embargo disminuye al comer o cuando el paciente está ocupado o distraído.

La localización más frecuente es a nivel de la punta lingual, bordes laterales de la lengua, labios, paladar y encías.<sup>3,12</sup>

El tratamiento consiste en informar minuciosamente de su problema al paciente y tranquilizarlo en todo lo posible. Buscar si existen factores irritantes locales añadidos y eliminarlos. Y, a veces, administrar una medicación ansiolítica bien reglada, teniendo en cuenta que sus interacciones pueden agravar el cuadro ya existente.<sup>13</sup>

Las sucesivas entidades que a continuación citamos, están ordenadas de mayor a menor, en cuanto a la frecuencia de aparición relacionada con la carga de aprensión y ansiedad del paciente portador.

2º.- **Lengua Velloso, Lengua Pilosa, o Negra Velloso. (Fig. 1, 2, 3 y 4)**

Es quizás, el cuadro más llamativo por su apariencia.

Es una hipertrofia o elongación excesiva de las papilas filiformes del dorso de la lengua, dando la impresión de ser pelos, pudiendo alcanzar una longitud de hasta 2 cm.<sup>6,8,9</sup>

En condiciones normales, las papilas filiformes poseen en su parte distal, una superficie queratinizada que con los movimientos linguales, del habla, masticación, etc., se van desgastando progresivamente. Pero si existe un retardo en el desprendimiento normal de la capa

córnea, o un aumento del ritmo de formación del material queratinizado, se producirá el crecimiento anómalo de dichas papilas.<sup>6</sup>

La etiología es desconocida; pero pueden inducir a dicha alteración, la mala higiene oral, los casos de alimentación parenteral, el consumo intenso de tabaco, las enfermedades infecciosas u otras generales graves que produzcan falta de defensas, los trastornos gastrointestinales, el uso continuo de colutorios agresivos (agua oxigenada, perboratos, agentes oxidantes), la utilización sistemática de corticoides, los antiácidos que contengan bismuto, el metronidazol, o la terapia prolongada con antibióticos de amplio espectro (que modificarán la microflora de la cavidad oral)<sup>8,9</sup>.

Entre esas papilas hipertróficas pueden colonizar candidas u otros microorganismos cromógenos que adquieren la materia colorante de los alimentos, el tabaco, o los fármacos, dando un color a la lengua que puede ir desde el blanco-amarillento al marrón-negruzco<sup>2,3,4</sup>.

La manifestación del cuadro es brusca y puede desaparecer espontáneamente o perdurar varios años.

El paciente puede quejarse de sensación de cosquilleo, ardor lingual, halitosis y una considerable preocupación y angustia.

El tratamiento consiste, en primer lugar, tranquilizar al paciente y explicarle bien el proceso. Suprimir los posibles factores precipitantes. Insistir en la higiene oral esmerada, incluyendo el cepillado del dorso lingual para estimular la descamación papilar. Y si hay sospecha de una candidiasis, instaurar un tratamiento antimicótico prolongado<sup>7,10</sup>.

**3º.-Lengua geográfica, Exfoliación del área lingual, Placas emigrantes, Glositis migratoria benigna, Lengua mapeada, Glositis exfoliada marginal, Pitiriasis lingual, Glositis areata migrans, o Exfoliación circunscrita de la lengua.** (Fig. 5, 6 y 7)

Consiste en la aparición, en la mucosa del dorso de la lengua, de una o más placas redondeadas, de tamaño variable, lisas y brillantes, de color rojo, rodeadas o limitadas por una franja blanco-amarillenta sobreelevada que corresponde a la gran acumulación de células inflamatorias en la parte superior del epitelio<sup>2,3,4,10</sup>. Estas placas son la consecuencia de la pérdida o descamación temporal, localizada e intensa, en múltiples zonas irregulares, de las papilas filiformes, resaltando así las fungiformes que se mantienen intactas o prominentes<sup>1,6,8,9</sup>.

Las placas se van propagando hacia la periferia lingual, mientras que se va regenerando el epitelio en el centro por una nueva queratinización (de ahí el carácter geográfico migratorio de unas semanas a otras).

La etiología es desconocida aunque existe un aumento de incidencia en aquellos pacientes que presentan trastornos emocionales. Sin

embargo, la desaparición de los trastornos síquicos o la administración de ansiolíticos, no garantizan la desaparición de las lesiones<sup>5,9</sup>.

Se puede presentar a cualquier edad, comenzando repentinamente. Y puede desaparecer del mismo modo, o durar semanas, meses o años.

Es un proceso benigno y generalmente asintomático. A veces ciertas frutas ácidas o el vinagre pueden producir sensación quemante. Lo que sí es frecuente, es que el paciente acuda a la consulta con gran preocupación por lo que aprecia en su lengua. No requiere un tratamiento específico. Solo tranquilizar al paciente explicándole bien el cuadro. Que tenga buena higiene oral y evite irritantes. Y si la sensación quemante es grande, se le puede recetar enjuagues anestésicos locales para utilizar antes de las comidas<sup>6,7</sup>.

**4º.- Papilitis Foliada, o Hipertrofia de las papilas foliáceas.** (Fig. 8 y 9)

Estas papilas son agregados de tejido linfoide y están situadas en la parte posterolateral de la lengua, inmediatamente por delante del músculo palatogloso<sup>2,3,4,7,10</sup>.

Son como pequeñas lengüetas separadas por surcos de profundidad variable, que pueden hipertrofiarse por factores irritativos locales o por procesos generales como una infección de vías respiratorias altas. Dando el aspecto, entonces, de grandes proyecciones redondeadas.

No da síntomas importantes, quizás un cierto dolorimiento o escozor lingual. El problema radica en la preocupación, con frecuencia cancerofóbica, que presenta el paciente cuando la descubre.

Lo fundamental es tranquilizar al paciente explicándole bien de que se trata. Eliminar, si los hay, factores irritativos locales. Advertirle la conveniencia de la buena higiene oral. y revisarlo periódicamente durante un tiempo<sup>8,9</sup>.

**5º.- Lengua Dentada.** (Fig. 10)

Es la aparición de impresiones dentarias en el borde de la lengua que se corresponden con el contorno de los dientes<sup>2,3</sup>.

Generalmente es debido a la costumbre, en algunas personas nerviosas, de presionar excesiva y constantemente la lengua contra los dientes. Y menos frecuente, por la falta de espacio para la lengua en la cavidad oral, debido a una macroglosia o hipertrofia lingual<sup>8,9</sup>.

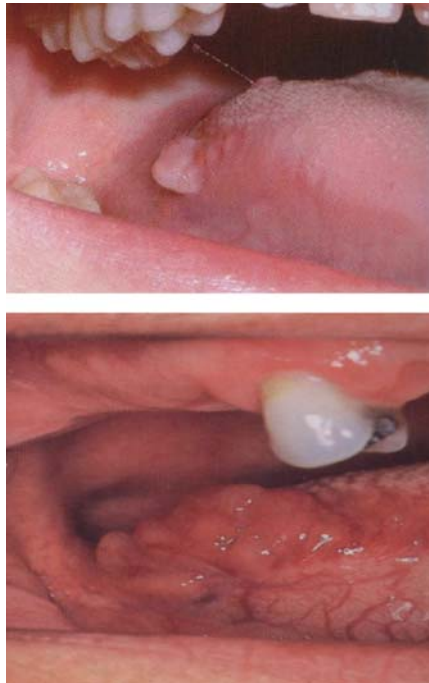
En algunos casos el paciente nota una sensación de escozor o ardor en la lengua y al vérsela, comienza su preocupación y ansiedad.

Lo más importante, como siempre, es tranquilizar al paciente. A veces, es conveniente redondear las cúspides y bordes cortantes de los dientes, o incluso confeccionar una férula de uso nocturno para evitar el roce.

FIGURAS 1, 2, 3 Y 4



FIGURAS 8 Y 9



FIGURAS 12 Y 13



FIGURA 5



FIGURA 10



FIGURA 14



FIGURAS 6 Y 7



FIGURA 11



FIGURA 15



FIGURA 16



FIGURA 17



FIGURA 18



FIGURA 19



FIGURA 20



**6°.-Lengua Fisurada, Lengua plegada, Lengua escrotal, Lengua plisada, o Lengua crebiforme.** (Fig. 11, 12 y 13)

La mayoría de los individuos sanos, presentan en el dorso de la lengua diversos grados de grietas o fisuras. Pero cuando estas son más evidentes, pronunciadas o numerosas de lo normal, la lengua recibirá el nombre de **Fisurada**. Lo más frecuente es una ostensible fisura central anteroposterior de la que irradian lateralmente otras más pequeñas a modo de las nervaduras de una hoja<sup>2,3,4</sup>.

Se cree que es debida a una malformación del desarrollo, aunque raramente aparece en la infancia. Aumenta su frecuencia con la edad<sup>1</sup>.

Generalmente cursa sin sintomatología, excepto en los casos en que una deficiente higiene oral unida a la profundidad de los surcos, den lugar al depósito en los mismos, de restos alimenticios y microorganismos que causarán irritación local, inflamación y sobreinfección por candidas. Lo cual producirá en el paciente una sensación inquietante con ardor, quemazón y glosodinia<sup>6,9,10</sup>.

Una vez más, el tratamiento consistirá en tranquilizar al paciente, explicándole bien en que consiste su problema. Recomendarle una higiene lingual cuidadosa. Y si se sospecha de sobreinfección por candidas, tratamiento antimicótico correspondiente.

**7°.- Torus o Exostosis óseas.** (Fig. 14 y 15)

Son formaciones óseas exófiticas de crecimiento lento que asientan sobre la superficie del hueso del maxilar superior o inferior<sup>2,4,7,10</sup>.

Son asintomáticas y la mucosa que las recubre es completamente normal.

Las del maxilar superior, aparecen generalmente en el rafe medio del paladar duro. Y se llaman **Torus Palatinos**.

Los del maxilar inferior, suelen aparecer en la zona lingual de dicho hueso. Y se llaman **Torus Mandibulares**.

No son congénitos. Suelen darse en adultos jóvenes o de edad media.

Su etiología aún sigue siendo controvertida<sup>5,6</sup>.

Un buen día, el paciente se fija insistentemente en ellas y comienza su aprensión.

Pero solo requieren tratamiento (extirpación quirúrgica), en caso de que interfieran en la colocación de una prótesis dental.

Sin embargo, es necesario dar la explicación más razonable al paciente para intentar tranquilizarlo.

### 8º.- Gránulos de Fordyce, Glándulas sebáceas ectópicas, Puntos de Fordyce, Manchas de Fordyce, o Enfermedad de Fordyce. (Fig. 16)

Es una concentración de glándulas sebáceas ectópicas, en la mucosa bucal, sobre todo yugal<sup>6</sup>.

Son como pequeños gránulos amarillentos o blanquecinos, ligeramente elevados, del tamaño de la cabeza de un alfiler. Pueden aparecer aislados o en pequeños grupos, siguiendo un patrón simétrico bilateral<sup>4,6,10</sup>.

Pueden aparecer a partir de la segunda década de la vida.

Son totalmente asintomáticos.

No requieren tratamiento. Pero sí la explicación pertinente tranquilizadora, en aquellos pacientes que les produce una preocupación exagerada.

### 9º.- Mordisqueo Yugal o Mordedura del carrillo. (Fig. 17)

Debido a un mordisqueo continuo de la mucosa de las mejillas, sobre todo en personas nerviosas y/o bruxómanas, se produce una descamación del epitelio afectado, con áreas erosionadas y pérdida de flecos de la membrana mucosa<sup>5,6,9</sup>.

La zona alterada es superficial y se ven formaciones blanquecinas que dejan entre ellas otras eritematosas. No se llegan a producir ulceraciones<sup>3</sup>.

Es más frecuente en jóvenes. Algunos llevan largo tiempo con este mal hábito y por alguna circunstancia determinada, de pronto, comienzan a fijarse y preocuparse insistentemente por sus lesiones. Nuestra misión consistirá en tratar de convencer al paciente de que se trata solo de un mal hábito que tiene que corregir. Y si es bruxista, instaurar la terapia correspondiente con férulas oclusales.

### 10º.-Papilas Caliciformes. (Fig. 18)

Se sitúan estas, en el tercio posterior del dorso de la lengua, en número de 8 a 12 y formando una V con el vértice hacia atrás<sup>7</sup>.

Son más grandes que el resto de las papilas gustativas linguales. Tienen forma de botón elevado de color rojizo y bien circunscrito<sup>2</sup>.

Son rigurosamente normales pero su descubrimiento, por parte de algún paciente, le produce cierto grado de aprensión.

### 11º.-Línea Alba o Línea intercalar. (Fig. 19)

Es una elevación lineal normal de color blanquecino o gris pálido (dependiendo del grado de queratinización del epitelio), que se extiende en la mucosa yugal, a nivel del plano de oclusión, desde el borde de la boca hasta los terceros molares<sup>2,3,5</sup>.

Suele ser bilateral y de consistencia normal al tacto.

En su aparición intervienen, la presencia de una presión negativa intraoral y la posición mandibular.

Es asintomática y completamente banal. Y así se lo tendremos que explicar a los pacientes que les causa desasosiego.

### 12º.-Varices Linguales. (Fig. 20)

Son flebectasias que se producen en las venas de la cara ventral de la lengua.

Se evidencian como elevaciones purpúreas, redondeadas, pequeñas, de color azul-violeta y en forma de cadenas<sup>2,3,10</sup>.

Se cree que son debidas a la pérdida de elasticidad de la pared vascular de dichas venas<sup>1,5,6</sup>.

Son benignas y asintomáticas. Y no requieren ningún tipo de tratamiento. Pero sí debe tranquilizarse al paciente si este es aprensivo.

## DISCUSIÓN

La cavidad oral puede ser asiento de una patología propia, o expresión de manifestaciones clínicas de muchas enfermedades sistémicas.

Pero también, como hemos comprobado en el presente estudio, albergar entidades completamente banales, pequeñas malformaciones del desarrollo, manifestaciones de malos hábitos, e incluso elementos anatómicos totalmente normales, que en determinados pacientes, con variable labilidad sicosomática, muy aprensivos, hipcondríacos, etc., ante el descubrimiento de alguna de dichas entidades, desencadenan un desasosiego, angustia y desvelo tal, que entran en una obsesión cancerofóbica y consecuentemente, carencia total de calidad de vida.

Es evidente la importancia que tiene el conocimiento, por parte del clínico, especialmente del Odontólogo y Estomatólogo, de dichas entidades y su diagnóstico diferencial con patologías importantes. Basándonos en el reconocimiento del cuadro y en la carencia de signos objetivos de lesiones orales que justifiquen las apreciaciones que trae el paciente, podremos establecer un plan para informar adecuadamente al mismo, así como para tranquilizarlo, disminuir lo más posible su desazón y hacerle ver, con la inclusión de prudentes revisiones periódicas reafirmantes, la infundada obsesión cancerofóbica de la que era portador.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Herrera R. Patología de la Lengua. Ed. Avances. 2000. pp. 35-37, 40-41, 46-48.
2. Laskaris G. Atlas de Enfermedades Orales. Ed. Masson. 2005. pp. 2-5, 10-11, 56-57, 120-129.
3. Pindborg J. J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. Ed. Masson-Salvat. 1994. pp. 178-179, 206-207, 228-239, 294-295.

# SECCIÓN INFORMATIVA DO INSTITUTO GALEGO DE CONSUMO: ETIQUETADO ALIMENTARIO

Na maioría dos produtos, a etiqueta adoita ser a primeira fonte de información do consumidor, ás veces a única. Nos alimentos é asemade un elemento de seguridade, non só por constituír dalgún xeito o compromiso do envasador de que o artigo reúne as condicións esixidas pola normativa vixente, senón tamén porque están regulados os seus contidos para evitar informacións falsas, ambiguas ou enganosas que poidan conducir a erros ao consumidor.

## A INFORMACIÓN NUTRICIONAL

O etiquetado sobre propiedades nutritivas está harmonizado en toda a Unión Europea. É obrigatorio:

- Cando na etiqueta ou na publicidade figure una **declaración de propiedades nutritivas** (por exemplo: "alto contido en fibra", "sen azucre", etc.).
- Cando leven **vitaminas ou minerais engadidos**.
- En determinados tipos de alimentos como os **destinados a lactantes e bebés, e os de dietas hipocalóricas**.

Aínda que no resto dos alimentos é facultativo, cada vez son máis os produtos que o aportan.

**As táboas de información nutricional poden ser de dous tipos:**

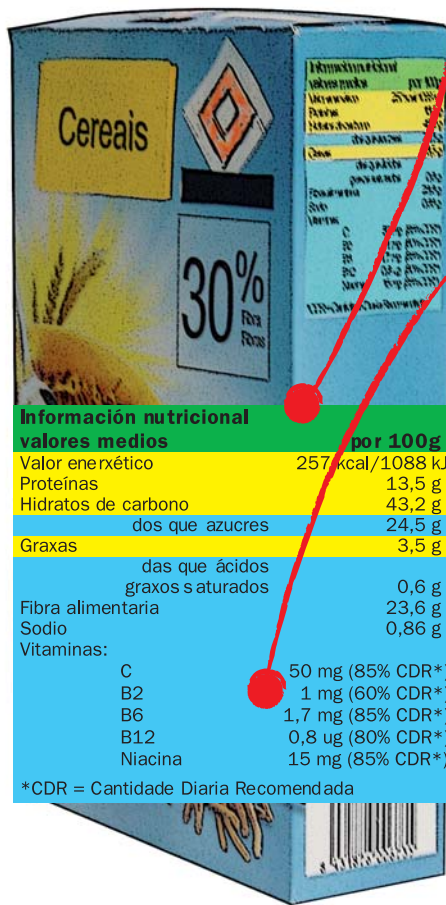
**Sinxela** (en amarelo): enerxía, proteínas, carbohidratos e graxas.

**Máis detallada**, contendo ademais a información sobre azucre, graxas saturadas, fibra e sodio, e, opcionalmente as cantidades de amidón, polialcohois, ácidos graxos mono e poliinsaturados, colesterol, vitaminas e minerais.

### Límites dalgunhas declaracións

	CONTIDOS EN 100 g OU 100 ml (* 200 ml)	
	BAIXO EN:	SEN:
Enerxía	* 40 kcal	4 kcal
Graxas	* 3 g	0,5 g
Graxas saturadas	* 1,5 g	0,1 g
Azucre	* 5 g	0,5 g
Sodio (sal)	0,12 g	0,005 g

	REDUCCIÓN FRONTE A P. RODUTO SIMILAR	
	CONTIDO REDUCIDO (LIGHT / LITE)	
Enerxía	30 %	
Nutriente(s)	30 %	
Micronutrientes	10 %	
Sal	25 %	



### Expresión das cantidades

Por cada 100 g ou por cada 100 ml en líquidos.

Pódense indicar tamén por envase e por cada porción ou ración.

Nas vitaminas e minerais tamén a porcentaxe da CDR, cantidade diaria recomendada.

### Vitaminas e sales minerais que poden declararse e as súas Cantidades Diarias Recomendadas

Vitamina A (Retinol)	800 ug
Vitamina D (Ergocalciferol ou Colecalciferol)	5 ug
Vitamina E (Tocoferol)	10 mg
Vitamina C (Ácido ascórbico)	60 mg
Vitamina B1 (Tiamina)	1,4 mg
Vitamina B2 (Riboflavina)	1,6 mg
Vitamina B3 (Niacina)	18 mg
Vitamina B6 (Piridoxina ou Piridoxal)	2 mg
Vitamina B9 (Ácido fólico)	200 ug
Vitamina B12 (cianocobalamina)	1 ug
Biotina	0,15 mg
Ácido pantoténico	6 mg
Calcio	800 mg
Ferro	14 mg
Magnesio	300 mg
Cinc	15 mg
Iodo	150 ug

Está prohibido, en xeral, facer referencia a propiedades de prevención, tratamento ou curación dunha enfermidade, aínda que se permite mencionar a redución do risco de enfermidade cando o autorice expresamente a Comisión Europea por terse demostrado cientificamente.

As cantidades e porcentaxes necesarias para poderen incluír na etiqueta ou na publicidade unha declaración nutricional están reguladas (ver algúns exemplos na táboa). Deste xeito, o consumidor ten agora a garantía de que estas mensaxes do tipo "alto contido en", "baixo en", corresponden ás auténticas propiedades dos alimentos

Información elaborada polo Laboratorio de Consumo de Galicia do Instituto Galego de Consumo.

Teléfono gratuito de información ao consumidor **900 23 11 23**

[www.igc.xunta.es](http://www.igc.xunta.es)

4. Reichart Meter A, Philipsen Hans P. Atlas de Patología Oral. Ed. Masson. 1999. pp. 64, 70, 90, 92, 111, 128, 148.
5. Strassburg M, Knolle G.. Mucosa Oral. Ed. Marban. 1995. pp. 45, 48, 53, 58, 67, 441-442, 451-454.
6. Tyldesley William R. Medicina Oral. Ed. Excelsior Corpi. 1978. pp. 26-28, 31,59, 74-75, 92.
7. Lucas Tomás M.. Atlas de Medicina Oral y Maxilofacial. Ed. Científico-Médica. 1985. pp. 53, 66-67, 91-97, 101-103, 191-197.
8. Bagán Sebastián J, Bermejo Fenoll A, Ceballos Salobreña A. Medicina Oral. Ed. Masson. 1995. pp. 157-160.
9. Bagán J, Scully C. Medicina y Patología Oral. Ed. Medicina Oral s. L. 2006. pp. 13,26-28, 279-280.
10. Bascones Martínez A.. Atlas de Patología de la Mucosa Bucal. Ed. Avances. 1989. pp. 38-39, 74-75, 174, 183, 188-191, 197-198, 206.
11. Lucas Tomás M. Medicina Oral. Ed. Salvat. 1988. pp. 13-14.
12. Bascones Martínez A, Manso Platero F.. Dolor Orofacial, Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Avances. 1997. pp. 328-341.
13. Peñarrocha Diago M.. Dolor Orofacial, Etiología, Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Masson. 1997. pp. 209-215.

## Cartas ao Director

Infecciones de transmisión sexual



## Infecciones de transmisión sexual

Emilio de Aspe de la Iglesia  
Medico de Familia . Centro de salud San Jose. Coruña

Cad Aten Primaria  
Año 2007  
Volumen 14

Foto para el caso expuesto en la página 140 de esta revista.

FIGURA 1

Palma de la mano



# Xornada “Iodo e Saúde”

## Compostela, 23 de febreiro de 2007



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública

### DECLARACIÓN DE GALICIA SOBRE A NECESIDADE DA SUPLEMENTACIÓN CON IODO DURANTE O EMBARAZO E A LACTACIÓN

- 1 As necesidades de iodo están moi aumentadas durante o embarazo e a lactación
- 2 A correcta achega de iodo durante a xestación e a lactación é esencial para o correcto desenvolvemento do feto e para a saúde da nai do neonato.
- 3 O iodo é necesario para a formación das hormonas tiroideas. As hormonas tiroideas (tiroxina e triiodotironina) son necesarias durante toda a vida para unha función normal do sistema nervioso central e especialmente esenciais durante a vida fetal e neonatal. As neuronas teñen receptores para as hormonas tiroideas, e estas participan na formación da mielina e na migración neuronal ata a codia cerebral.
- 4 Estímase que a maioría das mulleres embarazadas reciben unha contribución insuficiente de iodo durante a xestación e a lactación.
- 5 A recomendación de incrementar a contribución de iodo aumentando a contribución de alimentos con maior riqueza natural en iodo, como o peixe mariño ou o leite, e a achega de sal iodoado son insuficientes para cubrir as necesidades maternofetais.
- 6 Estímase que é necesaria a contribución de iodo mediante a administración de 200 microgramos diarios de (ioduro potásico) IK durante todo o embarazo e a lactación. Débese comenar a contribución cantos antes e, se fose posible, dende un mes antes do embarazo. Os 200 microgramos cobren as necesidades da nai, do feto, e do neonato mentres a muller está aleitando.
- 7 No suposto de que a xestante estivese realizando unha contribución adecuada de iodo cos alimentos e con sal iodada, o cal non é fácil de precisar na práctica, a contribución de 200 microgramos diarios non supón nunca unha contribución que puidera ser praxudicial para a muller.
- 8 Aínda que existen escasos datos baseados en ensaios clínicos de intervención, a literatura científica actual, baseada fundamentalmente en exhaustivos estudos epidemiolóxicos, clínicos e fisiopatolóxicos, fixo que múltiples sociedades científicas (sociedades españolas de endocrinoloxía, pediatría, obstetricia e xinocoloxía) e outras institucións, entre elas a OMS e UNICEF, recomendasen a contribución arriba indicada.
- 9 Dende hai algo máis dun ano, comercialízase un preparado de 200 microgramos de iodo en forma de ioduro potásico, financiábel pola Seguridade Social, segundo autorización do Ministerio de Sanidade e Consumo.

#### Asinan a Declaración:

Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria  
Asociación Galega de Matronas  
Sociedade Galega de Endocrinoloxía e Nutrición  
Sociedade Galega de Medicina Interna  
Sociedade Galega de Medicina Rural  
Sociedade Galega de Obstetricia e Xinecoloxía  
Sociedade de Pediatría de Galicia  
UNICEF