

ARTÍCULO ORIGINAL

Efectividad del tratamiento con fitofármaco y técnicas de acupuntura de la estomatitis aftosa

Dra. Maday Pacheco Avellanes¹, Dra. Yanet Fleites Ramos², MSc. Dra. Belkis Trujillo Gálvez³

¹Policlínico Rural Docente “Paula María Morales Pérez”, Jibacoa, Manicaragua, Villa Clara, Cuba

²Policlínico “La Campana”, Manicaragua

³Empresa Militar Industrial “Comandante Ernesto Che Guevara”, Manicaragua

RESUMEN

La estomatitis aftosa es una afección frecuente dentro de la atención primaria de los Servicios de Estomatología y una de las urgencias de esta especialidad. Se realizó un estudio cuasi-experimental prospectivo desde junio de 2012 a enero de 2013 en el Policlínico Rural Docente “Paula María Morales Pérez”, perteneciente a la localidad de Jibacoa, con un grupo de pacientes (10) a los que se les aplicó el tratamiento convencional para las aftas y otro (10) al que se le aplicó el esquema acupuntural además del uso de la caléndula como colutorio y aplicación local. Hubo un predominio de las mujeres entre 18 y 24 años de edad que padecían la enfermedad, a las 48 horas el dolor fue considerado por la mayoría de los pacientes como moderado en ambos grupos y remitió antes de la cuarta visita, en ambos grupos los tratamientos fueron efectivos -se observó un mayor número de casos en el grupo de estudio- y medianamente efectivos y no efectivos en mayor cantidad de pacientes en el grupo de control y se presentaron tres casos de reacciones adversas -dos pertenecían al grupo de estudio-. Se confeccionó la historia clínica individual que recogió todos los datos, que fueron tabulados de forma manual y con ayuda del programa Excel.

Palabras clave: estomatitis aftosa, fitoterapia, terapia por acupuntura, resultado del tratamiento

ABSTRACT

Aphthous stomatitis is a common affection in primary care of Stomatology Services and one of the urgencies of this specialty. A prospective quasi-experimental study was conducted from June 2012 to January 2013 at “Paula Maria Morales Pérez”, Rural Teacher Polyclinic belonging to the town of Jibacoa, with a group of patients (10) to which we applied the standard treatment for aptha and other conventional treatment for sores and other (10) to which is applied the acupuncture scheme and the use of calendula as a mouthwash and local application. There was a predominance of women between 18 and 24 years of age with the disease, at the 48 hours pain was considered by most patients as moderate in both groups and sent before the fourth visit, in both groups treatments was effective –it is observed a higher number of cases in the study group- and moderately effective and not effective in more patients in the control group and three cases of adverse reactions were presented –two belonged to the study group-. Individual medical history was made which collected all the data and they were tabulated manually and using the Excel program.

Key words: stomatitis, aphthous, phytotherapy, acupuncture therapy, treatment outcome

INTRODUCCIÓN

La estomatitis aftosa es una afección frecuente dentro de la atención primaria de los Servicios de Estomatología y una de las urgencias de esta especialidad, por esta razón se decidió buscar otras alternativas de tratamiento para valorar la posibilidad de disminuir su morbilidad o los efectos dolorosos de su evolución.

La estomatitis aftosa recurrente o recidivante (EAR), también llamada aftosis oral o simplemente aftas, es una enfermedad inflamatoria aguda caracterizada por la aparición de brotes de lesiones aftosas en la mucosa bucal.¹ Fue Hipócrates (460-370 aC) el que usó, por primera vez, el término aftas (del griego arder, quemar) en relación con las enfermedades de la boca. La primera descripción clínica científica de la EAR fue publicada en 1898 por von Mikulicz y Kummel.²

Según Scully y Poster se clasifican de acuerdo al tamaño y el número de las lesiones en aftas menores, mayores y herpetiformes³ y conforme a su frecuencia en aftas ocasionales, agudas y recurrentes.

La estomatitis aftosa es la enfermedad más frecuente de la mucosa bucal y afecta, aproximadamente, al 20% de la población,⁴⁻⁶ aunque en algunos casos puede llegar al 80%; se presenta en ambos sexos, pero las mujeres son, generalmente, las más afectadas y se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más alto estándar socioeconómico.^{6,7} Se trata de una enfermedad de la mucosa oral, en general benigna y muy frecuente, con una prevalencia que se cifra entre el cinco y el 60%, variación que depende de los criterios utilizados en los diferentes estudios realizados, pues unos la determinan dentro de una población presuntamente sana y otros estudian la prevalencia dentro de otras enfermedades asociadas, que pueden ser benignas o más graves.⁸

La mucosa bucal representa un lugar de fácil acceso para agentes infecciosos, de ahí que en la mayor parte de sus enfermedades exista una sobre infección por microorganismos. Por otra parte, muchas de estas infecciones son el reflejo de enfermedades sistémicas en las que un trastorno inmunológico de base favorece la proliferación bacteriana.⁹ Es más frecuente la lesión única, que puede aparecer aislada, pero los casos más graves, a menudo crónicos, con menor prevalencia y que clínicamente corresponden a una aftosis recidivante, se dan en el curso de enfermedades sistémicas o de alteraciones que afectan especialmente al sistema inmunológico.

La etiopatogenia de la enfermedad no es totalmente conocida; se citan factores genéticos, alimentarios, infecciosos, alérgicos, virales, medicamentosos y traumáticos. En la literatura aparecen, cada vez más, informes que identifican algunas drogas como predisponentes o desencadenantes de la aftosis oral -la talidomida, el nicorandil o el losartan-.^{10,11} Puede verse la enfermedad asociada a otros factores neuroendocrinos; el stress y la menstruación también guardan relación. Paradójicamente el hábito de fumar parece ejercer un efecto protector sobre la aparición de las aftas.¹²

Los virus más estudiados son el herpes simple, la varicela-zóster, los citomegalovirus, el coxsackie, el Epstein-Barr y el de la inmunodeficiencia humana. Las infecciones bacterianas constituyen el segundo grupo más frecuentemente implicado en la etiopatogenia de las aftas bucales, dentro de las

que se destacan el *Streptococcus mutans*, el *Treponema pallidum* (sífilis), la *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), el *Mycobacterium tuberculosis* y las bacterias gramnegativas anaeróbicas (bacteroides); las infecciones por cándida no constituyen por sí solas la causa única de estomatitis.^{13,14}

Se plantea la necesidad de apoyarse en la Medicina Tradicional y Natural; estas preocupaciones han creado legislaciones que reconocen la importancia de que los profesionales practiquen esta medicina, de los medicamentos y de las técnicas empleadas, además se promueve la utilización adecuada de estos recursos como parte importante de los programas de asistencia primaria de salud, que pueden constituir una de las bases fundamentales sobre las que debe apoyarse este tipo de atención.^{15,16}

Ante tales prioridades numerosos profesionales se han apoyado en muchas terapéuticas para el tratamiento de esta afección y emplean variedades como tinturas de caléndula,¹⁷ colutorios y diversas alternativas de ozonoterapia, todos con excelentes resultados. Actualmente algunos estudios utilizan como medicina alternativa tratamientos con manzanilla y romero -tres veces al día o en cremas- y también acupuntura -utilizan los puntos Ig 4, Vg 26, Vg 20, Vc 12, Vc 24 y Id 18-.

Teniendo en cuenta los recursos terapéuticos de la Medicina Tradicional y Natural se considera que las técnicas de acupuntura y la utilización de caléndula officinalis permiten obtener resultados más palpables en esta enfermedad pues no se dispone, hasta el momento actual, de una droga específica que cure totalmente la enfermedad. En los ensayos más exitosos lo más que se ha logrado ha sido acortar el período de remisión de los síntomas. A veces, como se precisa en varios días de tratamiento para atenuar los síntomas, existe la duda de si la mejoría obedece al efecto del fármaco o a la propia evolución natural de la enfermedad, por lo que se decidió aplicar esta alternativa de tratamiento a un grupo y comparar con el tratamiento convencional en otro grupo, persiguiendo como objetivo determinar la efectividad del tratamiento combinado con caléndula officinalis y acupuntura en pacientes con estomatitis aftosa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental prospectivo en el área de salud del Policlínico Rural Docente "Paula María Morales Pérez" de la Localidad de Jibacoa, Municipio de Manicaragua, Provincia de Villa Clara, en el período comprendido de junio de 2012 a enero de 2013. El universo de trabajo estuvo constituido por los pacientes que acudieron a la Consulta de Estomatología y que se diagnosticaron con estomatitis aftosa, se seleccionaron como muestra 20 pacientes que presentaron aftas clasificadas como pequeñas y de un día de evolución a los que se les confeccionó la historia clínica de Estomatología General Integral (EGI) con los datos correspondientes, se conformaron dos grupos: un grupo de estudio (grupo A) y un grupo de control (grupo B) de forma aleatoria, es decir, en la medida que se presentaron los pacientes se seleccionó uno para cada grupo para garantizar su homogeneidad.

Al grupo de estudio, mediante el procedimiento de consentimiento informado, se le explicó la forma de realizar la investigación: este grupo fue tratado con acupuntura, se consideró la aplicación de ocho sesiones -una cada 24 horas- durante ocho días, se hicieron las curas locales de las lesiones en la consulta -previa limpieza con agua destilada y un aplicador- y se les colocó la tintura de caléndula al 20%, se les indicaron enjuagatorios de caléndula officinalis tres veces por día por siete días, 5ml en medio vaso de agua (100ml) -este fitofármaco se produce en el laboratorio de plantas medicinales de la localidad de Jibacoa-.

Al grupo de control se le aplicó el tratamiento convencional sintomatológico con enjuagatorios de clorexidina, tres veces al día por siete días, como antiséptico bucal y curas locales -previa limpieza de la lesión con agua destilada y un aplicador cada 48 horas-; se les indicó anestésico local (analdent), aplicado 30 minutos antes de cada comida.

Los puntos de acupuntura utilizados fueron: puntos distales: IG4, E36, PC6 y puntos locales: E4, DU26, REN24.⁵

Criterios de inclusión: todo paciente -de ambos sexos- en la edad comprendida entre 18 y 64 años que acudió a la Consulta de Estomatología con diagnóstico de estomatitis aftosa, que estén clasificadas como pequeñas y que tengan solo un día de evolución y que den su consentimiento informado de participar en la investigación.

Criterios de exclusión: pacientes embarazadas, con trastornos psiquiátricos, con enfermedades sistémicas como la diabetes y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con discrasias sanguíneas y con enfermedades malignas previamente diagnosticadas, que hayan recibido otros tratamientos y pacientes con estomatitis aftosas que se encuentren clasificadas como mayores o herpetiformes y los que lleguen a consulta con más de un día de evolución.

Criterios de salida: pacientes que no asistan a las consultas programadas o que decidan cambiar los medicamentos sin consultar con el experimentador.

Operacionalización de variables:

Variable	Descripción	Operacionalización
Edad	Según los años cumplidos al comienzo de la investigación se conformaron grupos previamente establecidos	18-24 años 25-34 años 35-44 años 45-54 años 55-64 años
Sexo	Según el género de pertenencia	Masculino y femenino
Dolor a las 48h	Utilización de la escala de graduación numérica del 1 al 10, mediante la que se valora el tiempo en que desaparece o se atenúa el dolor después del tratamiento	- No dolor - Leve - Moderado - Severo
Remisión del dolor	Utilización de la escala de graduación numérica del 1 al 10, mediante la que se valora el tiempo en que desaparece después del tratamiento, se evalúa antes y después de la cuarta visita	- No dolor - Leve - Moderado - Severo
Tiempo de	Tiempo transcurrido desde que el	Cuarta visita (cuarto día)

cicatrización	paciente asiste a la consulta con la lesión de la mucosa ulcerada hasta el cierre de la lesión	Sexta visita (sexto día) Octava visita (octavo día)
Reacciones adversas	Según se observen reacciones adversas aportadas por el interrogatorio y el examen clínico	– Si – No
Efectividad	Si las lesiones cicatrizan en la quinta visita o antes, si el dolor está en la categoría de leve o no dolor a las 48h y si remite en la cuarta visita o antes	Efectivo
	Si las lesiones cicatrizan en la sexta visita y el dolor está en la categoría de moderado a las 48h y si el dolor remite antes de la cuarta visita	Medianamente efectivo
	Si las lesiones cicatrizan después de la séptima visita de tratamiento y el dolor se mantiene en las categorías de moderado o severo a las 48 h y remite después de la cuarta visita	No efectivo

Evaluación del dolor:

Para la evaluación del dolor se utilizará la EAV, escala analógica visual escrita para graduar la intensidad del dolor que se emplea ampliamente, tanto en la clínica como en la investigación, debido a la facilidad con que puede administrarse y que consta de una línea recta que mide 10cm de longitud: en su extremo izquierdo está escrito "ausencia de dolor" y en el derecho "el peor dolor que he experimentado nunca"; Scott ha publicado una fiabilidad para la EAV de $r=0.99$. Se evalúa así: 0 no dolor; 1-3 dolor ligero; 4-6 dolor moderado; 7-9 dolor severo y 10 dolor insoportable.

La EAV es otro abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica, el paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros, la ventaja de la EAV es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, sino que permite un mayor detalle en la calificación, es decir, permite una valoración cualitativa y cuantitativa.¹⁸

Fases en la administración de la Escala analógica visual:

1. Explique al paciente los niveles de gradación del dolor en cada extremo de la escala.
2. Pida al paciente que marque la línea en el punto que se corresponda con la intensidad del dolor que experimenta en el momento en que completa la EAV.
3. Mida la distancia entre el inicio de la línea y la marca del paciente, este valor representa su intensidad del dolor.

Evaluación de la cicatrización de las lesiones:

Se utilizó la observación directa del experimentador con espejo de boca plano y luz artificial del equipo de Estomatología: se considera cicatrizado cuando existe una solución de continuidad al examen físico. Se evalúa en cada sesión de tratamiento.

Procesamiento estadístico:

Los datos primarios se obtuvieron a partir de la historia clínica de Estomatología General Integral y fueron procesados en una computadora Pentium 4; se emplearon el paquete estadístico SPSS 15.0, Microsoft Office Word y Excel y se trabajó con la estadística descriptiva; se utilizaron números absolutos y por cientos.

Consideraciones éticas:

Los pacientes fueron informados de los objetivos del procedimiento y de los resultados esperados en la investigación. Se les dio a conocer el carácter voluntario de la entrada al estudio y el hecho de que de no aceptar no afectaría la relación del paciente con el Especialista en Estomatología ni con la institución, su aprobación se hizo por escrito mediante el consentimiento informado.

RESULTADOS

La distribución de pacientes por la edad y el sexo según el grupo de estudio y el de control se muestra en la tabla 1: hubo un predominio del sexo femenino en ambos grupos (13, 65%). En cuanto a la distribución de la población por grupos de tratamientos, tanto en el grupo de estudio como en el de control, predominó el grupo etario de 18-24 años de edad con cinco (25.0%) el primero y cuatro (20.0%) el segundo.

Tabla 1. Distribución de la población según la edad y el sexo en ambos grupos

Grupos de edades	Grupo A (estudio)				Grupo B (control)				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
18-24 años	3	15.0	2	10.0	3	15.0	1	5.0	9	45.0
25-34 años	3	15.0	1	5.0	1	5.0	2	10.0	7	35.0
35-44 años	0	0	0	0	1	5.0	1	5.0	2	10.0
45-54 años	1	5.0	0	0	1	5.0	0	0	2	10.0
Total	7	35.0	3	15.0	6	30.0	4	20.0	20	100.0

Fuente: historia clínica individual

El comportamiento del dolor por grupos de tratamiento a las 48 horas, o sea, en la tercera visita, se aprecia en la tabla 2. El grupo de estudio, en la categoría de dolor moderado, tuvo seis pacientes (30.0%) y el de control cinco (25.0%); la mayoría de los pacientes presentaron dolor moderado a las 48 horas.

Tabla 2. Comportamiento del dolor por grupos de tratamiento a las 48 horas

Grupos de tratamiento	Dolor a las 48h					
	Leve		Moderado		Severo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo A	2	10.0	6	30.0	2	10.0
Grupo B	1	5.0	5	25.0	4	20.0
Total	3	15.0	11	55.0	6	30.0

Fuente: historia clínica de Estomatología

En cuanto a la remisión del dolor en ambos grupos de tratamiento antes y después de la cuarta visita se obtuvieron los mejores resultados antes de la visita

número cuatro, con una remisión del dolor en ocho pacientes (40.0%) en el grupo de estudio, y después de la cuarta visita, solo se eliminó el dolor en dos pacientes (10.0%); en el grupo de control hubo un comportamiento igual antes y después de la cuarta visita (cinco, 25.0%). En cuanto al tiempo en que cicatrizan las lesiones en la cuarta visita hubo mayor número de pacientes con cicatrización de las lesiones tanto para el grupo de estudio como para el de control, aunque hubo un predominio en el grupo de estudio (seis, 30.0%); en la sexta y la octava visitas hubo más pacientes con lesiones cicatrizadas en el grupo de control (3, 15.0%) -tabla 3-.

Tabla 3. Remisión del dolor y el tiempo de cicatrización por grupos de tratamientos antes y después de la tercera visita

ITEMS		Grupo A		Grupo B		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Desaparición del dolor	Antes de la cuarta visita	8	40.0	5	25.0	13	65.0
	Después de la cuarta visita	2	10.0	5	25.0	7	35.0
Tiempo de cicatrización	Cuarta visita	6	30.0	4	20.0	10	50.0
	Sexta visita	2	10.0	3	15.0	5	50.0
	Octava visita	2	0.0	3	15.0	5	25.0

Fuente: historia clínica de Estomatología

La tabla 4 representa las reacciones adversas por grupos de tratamientos. En total se presentaron tres (15.0%): dos (10.0%) en el grupo de estudio -lipotimias debidas a que los pacientes estaban aprehensivos en el momento de colocar las agujas- y una en el grupo de control (enrojecimiento en la cavidad oral después de aplicarse los enjuagatorios -al interrogatorio el paciente expresó que usaba muy concentrada la solución con la caléndula oficinales-).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según reacciones adversas por grupos de tratamiento

Reacciones adversas	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo A	2	10.0	8	40.0	10	50.0
Grupo B	1	5.0	9	45.0	10	50.0
Total	3	15.0	17	85.0	20	100

Fuente: historia clínica individual

Los tratamientos fueron efectivos tanto en el grupo de estudio (30.0%) como en el de control (20.0%), medianamente efectivos hubo más casos en el grupo de control (cinco, 25.0%) y no efectivos en tres pacientes (15.0%) del grupo de control y dos (10.0%) en el grupo de estudio (tabla 5).

Tabla 5. Efectividad del tratamiento aplicado a ambos grupos

Grupos de tratamiento	Efectivo		Medianamente efectivo		No efectivo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grupo A	6	30.0	2	10.0	2	10.0
Grupo B	4	20.0	3	15.0	3	15.0
Total	10	50.0	5	25.0	5	25.0

Fuente: historia clínica individual

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo informado por la literatura en un estudio realizado por el Dr. Stoopler se obtuvo un comportamiento similar respecto a que la edad promedio de presentación de los pacientes con estomatitis aftosa está entre los 18 y los 24 años (nueve, 45.0%);¹⁹ en otro estudio realizado por la Dra. Katuska Otero Tórrez el mayor por ciento de personas afectadas también fueron las mujeres,²⁰ lo que coincide con este estudio.

Stoopler en su estudio plantea que la edad promedio de presentación está entre los 19 y los 20 años y que su presencia no guarda relación con la ubicación geográfica ni con la raza. Existe un discreto predominio en el sexo femenino, aunque muchos autores señalan que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro.¹⁹

En este estudio hubo un predominio del sexo femenino y el grupo etáreo predominante fue el de 18 a 24 años. A las 48 horas el dolor fue considerado, por la mayoría de los pacientes, como moderado en ambos grupos y remitió antes de la cuarta visita en el 65.0% de los casos. En ambos grupos los tratamientos fueron efectivos, aunque se observó un mayor número de casos en el grupo de estudio; en cuanto a medianamente efectivo y no efectivo se observaron mayor cantidad de pacientes en el grupo de control. Se presentaron tres casos de reacciones adversas, dos de ellas pertenecen al grupo de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers (recurrent). Clin Evid. 2005 Jun; (13):1687-94.
2. Bascones-Martínez A, Figuero-Ruiz E, Esparza-Gómez GC. Oral ulcers. Med Clin (Barc). 2005 Oct 29; 125(15):590-7.
3. Riena Ras P, Ras Monteón RM. Estomatitis Aftosa: una consulta frecuente en atención primaria. Semergen. 2000; 26(4):186-91.
4. Salinas MYJ, Milian IRE, León MJC. Estomatitis aftosa recidivante, conducta odontológica. Acta Odontol Venez [Internet]. 2008 [citado 10 Ene 2010]; 46(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0001-63652008000200021&script=sci_arttext
5. China Meneses EM, González Días ME, Rosa de la Samper H, Veitia Cabarroca F, Lemus Corredera IG, Morales Aguiar DR, et al. Compendio de Periodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
6. Leiva Bellon S, Calzadilla Mesa XM. Efectividad del uso del propóleo en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Jul-Sep [citado 10 Ene 2010]; 44(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000300008&script=sci_arttext
7. Arnold Domínguez Y, Reyes Rodríguez P. La medicina alternativa. Rev 16 de abril [Internet]. 2008 [citado 10 Ene 2010]; 206: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/206/mnt.html>
8. Atkin PA, Xu X, Thornhill MH. Minor recurrent aphthous stomatitis and smoking: an epidemiological study measuring plasma cotinine. Oral Dis. 2002 May; 8(3):173-6.

9. Propiedades del Aloe Vera. Usos curativos de la planta medicinal. Botanical online [internet]. 2010 [citado 11 Nov 2010]: [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.botanicalonline.com/medicinalsaloevera.htm>
10. Shetty k. Thalidomide in the management of recurrent aphthous ulcerations in patients who are HIV-positive: a review and case reports. Spec Care Dentis. 2005 Sep-Oct; 25(5): 236-41.
11. García Alpizar B, Guerra Alfonso A, Benet Rodríguez M. Lesiones de la mucosa bucal del adulto mayor. MediSur [Internet]. 2005 [citado 11 Nov 2010]; 3(3): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/122>
12. Úlceras en la boca: prevención y tratamiento (IV) Posted on febrero 25, 2009. Filed under [internet]. 2009 [citado 11 Nov 2010]. Disponible en: <https://plantitas.wordpress.com/2009/02/25/lceras-en-la-boca-prevencin-y-tratamiento-iv/>
13. Girard B, Landy RG, Giasson L. La estomatite prothétique, étiologie et conserations cliniques. J Can Dent Assoc. 1996; 62(10): 808-12.
14. Rojas Zumataeta LA. Species del género Cándida implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del departamento de odontoestomatología del Centro médico Naval "CMST-2007 [Internet]. 2008 [citado 11 Nov 2010]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/rojas-zl/pdf/rojas-zl.pdf>
15. Macías Peacock B. Plantas Medicinales y Embarazo. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2009.
16. Toledo Fernández AM. Conocimiento de la Medicina Natural y Tradicional en la población mayor de 18 años. Acta Odont Venezolana [Internet]. 2007 [citado 11 Nov 2010]; 93(9): [aprox. 12 p]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com>
17. Sagué Sifonte GA, Castañeda Deroncelé M. Eficacia de la Caléndula al 20% en el tratamiento de la Estomatitis subprótesis gradil. Odontol [Internet]. 2007 [citado 26 Abr 2010]; 45: [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/versubcategoría/Medicina%20estomatológica.html>
18. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Delille Fuentes R, Hernández Ortiz A, Carrillo Esper R, Moyao García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Ciruj [Internet]. 2005 [citado 11 Nov 2014]; 73(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc0531.pdf>
19. Otero Tórrez K. Uso de la crema de aloe en la estomatitis aftosa. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín de Ruíz de Zárate Ruíz; 2010.
20. Ley Sifonte I, Martínez IS, Martín Reyes O, Paz Latorre EI, Ladrián Díaz C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprotésis grado I y II. Arch Méd Camaguey. 2008; 12(3): 6.

Recibido: 23-12-2014

Aprobado: 29-3-2015

Maday Pacheco Avellanes. Policlínico Rural Docente "Paula María Morales Pérez", Jibacoa, Manicaragua, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 53200 Teléfono: (53)(42)493178 yoelgg@capiro.vcl.sld.cu