

Efectividad del tratamiento con oleozón versus crema de aloe en la estomatitis subprotésica

Effectiveness of the treatment with oleozón versus aloe cream in the subprosthesis stomatitis

MSc. Doramis Casado Tamayo^I; MSc. Leticia María Quezada Oliva^{II}; Dr. Pedro Rafael Casado Méndez^{III}; Dr. Rafael Salvador Santos Fonseca^{IV}; MSc. Onelia Méndez Jiménez^V; Lic. Ana Margarita Pérez Villavicencio^{VI}

I Clínica Estomatológica Municipal "Manuel Sánchez Silveira". Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

II Policlínica Universitaria "Rene Vallejo Ortiz". Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

III Hospital Provincial Universitario "Celia Sánchez Manduley". Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

IV Policlínica Universitaria "Luis Enrique De la Paz Reyna". Granma, Cuba.

V Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

VI Hospital Provincial Pediátrico Universitario "Hermanos Cordovés". Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la estomatitis subprótesis es una enfermedad inflamatoria que afecta la mucosa oral que se encuentra en contacto con las prótesis dentales.

Objetivo: establecer la efectividad terapéutica del oleozón y la crema de aloe al 25 % en el tratamiento de la estomatitis subprótesis.

Métodos: se realizó un estudio experimental de evaluación de alternativas terapéuticas, en un universo de 96 pacientes con diagnóstico de estomatitis subprótesis tipo I y II en la Clínica Estomatológica Municipal "Manuel Sánchez", Manzanillo, Granma, en el primer semestre del año 2016.

Resultados: la estomatitis subprótesis tipo II fue identificada en los pacientes de ambos grupos de tratamiento. Solo se registró un paciente con una reacción adversa leve, consistente con ardor a la aplicación del oleozón. A los 10 días de seguimiento el oleozón resultó en un 100 % de efectividad terapéutica en los tipos IA y IB de estomatitis subprótesis mientras que en el tipo II fue un poco más baja. En este mismo periodo de tiempo la efectividad de la crema de aloe al 25 % fue efectiva en los tipos IA y IB mientras que en el tipo II esta efectividad fue de apenas de un porcentaje más bajo.

Conclusiones: la estomatitis subprótesis es más prevalente en el sexo femenino donde el oleozón es una alternativa terapéutica efectiva y con resultados terapéuticos muy superiores, al mismo tiempo, el uso de crema de aloe al 25 %.

DeCS: ESTOMATITIS SUBPROTÉTICA/terapia; ALOE; PRÓTESIS DENTAL; TERAPÉUTICA/efectos adversos; EPIDEMIOLOGÍA EXPERIMENTAL.

ABSTRACT

Background: the denture stomatitis is an inflammatory pathology that affects the mucous oral that is in contact with the dental prosthesis.

Objective: to establish the therapeutic effectiveness of the oleozón and the aloe cream to 25 % in the treatment of the denture stomatitis.

Methods: a experimental study of evaluation of therapeutic alternatives in an universe of 96 patients with diagnostic of denture stomatitis type I and II in the Manuel Sánchez Municipal Stomatological Clinic, Manzanillo, Granma was conducted in the first semester of 2016.

Results: the denture stomatitis type II was identified in 39.58 % of the patients in both treatment groups. Only a patient was registered with a consistent light adverse reaction with ardor to the application of the oleozón. After 10 days of follow-up the oleozón was in 100 % of effectiveness therapeutic in the types IA and IB of denture stomatitis while in the type II it was a little lower. In this same period of time the aloe cream to 25 % was effective in type IA and IB while in the type II this effectiveness was lower.

Conclusions: the denture stomatitis continues to be more prevalent in the female sex being the oleozón a highly effective therapeutic alternative and with very superior therapeutic results, together with the use of aloe cream to 25 %.

DeCS: STOMATITIS, DENTURE/therapy; ALOE; DENTAL PROSTHESIS; THERAPEUTICS/adverse effects; EPIDEMIOLOGY, EXPERIMENTAL.

INTRODUCCIÓN

El ozono, citado por Antúnez Guzmán F, ¹ es el primer alótropo de un elemento químico que fue identificado, por los físicos Charles Fabry y Henri Buisson. En 1865 el químico suizo Jacques-Louis Soret determinó la fórmula del ozono y esta fue confirmada por el químico Germano-Suizo Christian Friedrich Schönbein, en 1867. El ozono tie

ne uso industrial como precursor en la síntesis de algunos compuestos orgánicos, pero primero, como desinfectante depurador y purificador de aguas minerales. Su principal propiedad es que es un fuerte oxidante. ²⁻⁴

El ozono medicinal es un compuesto de ozono y oxígeno puro que puede utilizarse como gas o

unirse con agua y obtenerse agua ozonizada, con gran poder desinfectante o unirse a aceite y formar aceite ozonizado.⁵ El ozono utilizado en la práctica médica se utiliza unido a aceites vegetales como el de oliva.⁶ En Cuba se realizaron ensayos clínicos controlados que sustituyeron el aceite de oliva por el de girasol con resultados favorables.^{6,7} A esta unión se le denominó oleozón y se le atribuyen propiedades bactericidas, fungicidas, cicatrizantes, desinfectantes, esterilizantes, antiinflamatorias y analgésicas entre otras.^{3-5,8} El oleozón, además de sus ventajas económicas, ha pasado de manera satisfactoria las pruebas preclínicas de irritabilidad dérmica, oftálmicas y ensayos de mutagenicidad y teratogenicidad.⁶

La acción terapéutica de la crema de aloe al 25 % consiste en ser promotora de la granulación, epitelización y regeneración de la piel, lo que produce un efecto estimulante y debilita los fenómenos inflamatorios secundarios; su efecto biológico sobre las lesiones mucosas lo proporcionan los principios activos que entran en su composición, de los cuales los más importantes son los glicósidos antraquinónicos.⁹⁻¹¹

La instalación de cualquier tipo de prótesis estomatológica produce cambios en el medio bucal que lo obligan a reaccionar para adaptarse a la nueva situación, en dependencia de las características de las prótesis, del medio y la capacidad de reaccionar de cada organismo; así por ejemplo, en un paciente puede ocasionar cambios adaptativos, mientras que en otros provoca modificaciones no fisiológicas, como la estomatitis subprótesis (ES), que es la afección más fre-

cuentes en la mucosa bucal asociada al uso de prótesis dentales mucosoportadas.¹²⁻¹⁵

La ES es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal relacionado con prótesis removibles y cuyos parámetros fundamentales son el eritema y la inflamación de la mucosa. Esta lesión tiene causa multifactorial y ha sido asociada con la presencia de *cándida albicans* y otros microorganismos bucales.¹⁶

La alta prevalencia de esta afección llama la atención y obliga a los profesionales involucrados a estudiar y proponer soluciones.¹⁷ La prevalencia informada de esta enfermedad en otros países es: en Dinamarca, entre 40 y 60 %; Chile, 53 %; Japón, 43 %; Brasil, 56 %; Finlandia, 52 % y Alemania un 70 %.¹⁸⁻²⁰ En Cuba llega a alcanzar un 46,86 % de afectados e implica, en su terapia, el retiro de la prótesis, lo que provoca afectación de las funciones normales como la masticación, la fonación y la estética.⁶ Esta enfermedad es más común en pacientes con edades entre 45 y 60 años del sexo femenino. De manera habitual se localiza en el paladar duro de pacientes que utilizan prótesis mucosoportadas y aparece en la mandíbula en raras ocasiones.^{9,12}

El tratamiento prescrito a través de los años ha sido la retirada de la prótesis, con lo cual se afectan la estética, la masticación y la fonética, en dependencia de la gravedad de la lesión (grados I, II o III), se han indicado vitaminoterapia, colutorios, antibióticos, medicamentos fungicidas, intervenciones quirúrgicas, miel de abeja, Maxident, Vimang®, caléndula, sábila, láser, ozonoterapia y auriculoterapia, que eliminan el proceso inflamatorio a corto o largo plazo.^{6,8,12}

De todas formas, además de los anteriores, también se aplica la homeopatía con resultados alentadores en cuadros clínicos agudos y crónicos.²¹ El objetivo de la presente investigación fue establecer la efectividad terapéutica del oleozón y la crema de aloe en el tratamiento de la ES tipo I y II.

MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental de evaluación de alternativas terapéuticas, en un universo de 96 pacientes con diagnóstico de ES tipo I y II, según clasificación de Newton y Ostlund, en tres tipos, modificada por Kabawat M, et al,²² en la Clínica Estomatológica Municipal "Manuel Sánchez", Manzanillo, Granma en el primer semestre del año 2016. Se identificaron las variables edad, sexo, clasificación por tipos de la enfermedad, reacciones adversas registradas y efectividad terapéutica según tipo de tratamiento aplicado así como la respuesta terapéutica a ambas medidas. La respuesta terapéutica fue evaluada en tres clases:

Sin mejoría: cuando los signos de la enfermedad no se modificaron respecto al momento del diagnóstico.

En mejoría: cuando los signos de la enfermedad se modificaron y fueron menos notorios respecto al momento del diagnóstico.

Curado: cuando los signos de la enfermedad hubieran desaparecidos.

El patrón de efectividad medido fue la curación de la enfermedad expresada en porcentaje de pacientes curados. Los pacientes fueron distribuidos en un grupo A y un grupo B según el método sistemático para $k=2$. Los pacientes del grupo A fueron tratados con oleozón como se

describe a continuación:

Suspensión absoluta del uso de la prótesis.

Secado de la mucosa palatina con torunda estéril.

Aplicación tópica sobre las lesiones con torunda estéril impregnada de oleozón una vez por día.

Mantener la boca abierta durante un minuto y no realizar enjuagatorios ni ingerir alimentos hasta pasadas dos horas de la aplicación.

Los pacientes del grupo B fueron tratados con crema de aloe al 25 % como se describe a continuación:

Suspensión absoluta del uso de la prótesis.

Higiene bucal exhaustiva.

Colutorios con agua fría dos veces por día.

Secado de la mucosa palatina con torunda estéril.

Aplicación tópica sobre las lesiones de crema de aloe al 25 % a razón de cuatro veces por día sin la realización de enjuagatorios o la ingestión de alimentos hasta pasados 30 minutos de la aplicación.

Los pacientes fueron evaluados en días alternos hasta 10 días de tratamiento. Los resultados se recogieron en una base datos creada al efecto y vaciados en el sistema Excel para Windows versión 8. Se hizo uso de los números absolutos, la media y la desviación estándar (DE). Se calculó la efectividad de ambos métodos terapéuticos al término del seguimiento.

RESULTADOS

De un total de 96 pacientes con ES predominó el sexo femenino (62,5 %) mientras que la edad media fue de 55,47 años donde fue mayor en el grupo B (tabla 1).

Al 32,29 %, de los pacientes, se les diagnosticó una ES tipo IA (29,16 % y 35,41 % del grupo A y B), al 28,13 % se les diagnosticó una ES tipo IB (31,25 % y 25 % del grupo A y B) mientras que al 39,58 % restante se les diagnosticó una ES tipo II (39,58 % para ambos grupos). Todos los pacientes con ES tipo IA, tratados con oleozón, a los seis días de tratamiento habían curado o estaban en mejoría mientras que a los ocho días de tratamiento todos habían curado. Al término de 10 días solo el 6,25 % del total de pacientes no habían curado donde, el total de ellos pertenecían al tipo II de la enfermedad. A los pacientes bajo terapia con crema de aloe al 25 %, al octavo día del comienzo de su aplicación, tuvieron una mejoría solo en los pacientes con ES tipo IA y IB. Al término de 10 días

de tratamiento el 14,58 % de los pacientes no habían curado y ninguno de ellos se encontraba sin mejoría clínica (tabla 2).

Solo se registró un paciente con una reacción adversa leve consistente con ardor a la aplicación del oleozón. La efectividad del tratamiento con oleozón fue muy superior al uso de crema de aloe al 25 %. A los 10 días de seguimiento el oleozón resultó en un 100 % de efectividad terapéutica en los tipos IA y IB de ES mientras que en el tipo II esta fue de 84,21 %. En este mismo periodo de tiempo la efectividad de la crema de aloe al 25 % fue de 94,12 % y 91,67 % en las ES tipo IA y IB mientras que en el tipo II esta efectividad fue de apenas un 68,42 % (tabla 3).

Tabla 1. Pacientes con estomatitis subprótesis según edad, sexo y grupos de tratamiento

Grupos de edades (años)	Grupo A				Grupo B				Total	
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Hasta 30	1	3,23	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,04
31-40	2	6,45	1	5,88	4	13,79	0	0,0	7	7,29
41-50	6	19,35	3	17,65	5	17,24	3	15,79	17	17,71
51-60	8	25,81	6	35,29	9	31,03	5	26,32	28	29,17
61-70	10	32,26	5	29,41	8	27,59	7	36,84	30	31,25
71 y más	4	12,9	2	11,76	3	10,34	4	21,05	13	13,54
Total	31	100	17	100	29	100	19	100	96	100
Media/DE	52,03/± 9,84		58,47/± 10,29		55,61/± 9,63		61,74/± 9,95		55,47/± 9,93	
	55,25/± 10,08				58,68/± 9,78					

Tabla 2. Pacientes con estomatitis subprótesis según grado de la estomatitis, sexo y grupos de tratamiento

Seguimiento (días seleccionados)	Respuesta terapéutica	Pacientes con estomatitis subprótesis (tipos)					
		Grupo A n=48			Grupo B n=48		
		IA	IB	II	IA	IB	II
2	Sin mejoría	7	10	14	10	9	18
	En mejoría	6	5	5	6	3	1
	Curado	1	0	0	1	0	0
4	Sin mejoría	4	6	11	9	6	14
	En mejoría	7	6	7	6	4	4
	Curado	2	3	1	2	2	1
6	Sin mejoría	0	2	7	6	5	11
	En mejoría	2	6	8	5	2	5
	Curado	9	4	3	4	3	2
8	Sin mejoría	0	0	4	3	3	6
	En mejoría	0	3	6	6	2	6
	Curado	2	5	5	2	2	4
10	Sin mejoría	0	0	0	0	0	0
	En mejoría	0	0	3	2	1	4
	Curado	0	3	7	7	4	8

Tabla 3. Pacientes con estomatitis subprótesis según grado de la estomatitis, días seleccionados de seguimiento y efectividad del tratamiento

Seguimiento (días seleccionados)	Estomatitis subprótesis (tipos) y efectividad del tratamiento (%)					
	Grupo A n=48			Grupo B n=48		
	IA	IB	II	IA	IB	II
2	7,14	0,0	0,0	5,88	0,0	0,0
4	21,42	20	5,26	17,65	16,67	5,26
6	85,71	46,66	21,05	41,18	41,67	15,79
8	100	80	47,37	52,94	58,33	36,84
10	-	100	84,21	94,12	91,67	68,42

DISCUSIÓN

La ES es un término que ha sido aplicado a la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis, y afecta a la población de edad avanzada que utiliza prótesis dentales removibles.^{9, 16, 17}

Ha sido identificada por la Clasificación Internacional de Enfermedades, aplicada a la Odontología y Estomatología, como lesiones producidas por el uso de una prótesis no ajustada que lesiona la mucosa bucal; no incluye las úlceras traumáticas debidas a prótesis. Es un indicador de necesidad no satisfecha, que solo se conoce por investigaciones realizadas cada cinco años. Expresa la necesidad de recursos y de educación para la salud en la población y constituye, además, un problema de salud referido a enfermedades bucodentales, controlado por el sistema de vigilancia a través de los sitios centinelas.¹²

De un total de 96 pacientes con ES predominó el sexo femenino mientras que la edad media fue de 55,47 años fue mayor en el grupo B. Autores como Bermúdez Alemán R, et al,¹² en un estudio, sobre efectividad del bórax y la crema de aloe al 25 % en la ES, encontraron un predominio del sexo femenino y las edades de 51-60 años. Creagh Castillo Y, et al,²¹ en su estudio, sobre árnica montana como tratamiento homeopático en pacientes con ES de grados I y II, encontraron un predominio del sexo femenino y el grupo de edad de 45-54 años. Téllez Velázquez YL, et al,⁶ en un estudio sobre eficacia de la ozonoterapia en la ES en pacientes del policlínico Bayamo, encontraron un predominio del grupo de edad de 60-69 años y del sexo femenino las cuales representaron el 76,4 % del total. El predominio del sexo femenino, según encuestas realizadas por varios autores, se debe a que las mujeres cuidan mucho su estética,

prefieren mantener el mayor tiempo posible las prótesis puestas para no ser vistas sin ellas y acuden más a los servicios estomatológicos.^{23, 24}

Según la clasificación de Newton y Ostlund modificada por Kabawat, et al,²² predominó la ES tipo II la cual es equivalente al grado II de la clasificación original de Newton y Ostlund. Bermúdez Alemán R, et al,¹² Téllez Velázquez YL, et al,⁶ y Silva Contreras AM, et al,²⁵ encontraron un predominio de pacientes con ES grado II lo que se correspondió con el 77,1 %, 63,6 % y 50,5 % de los pacientes. García Cubillas MC²⁶ encontraron a la ES grado I como la más frecuente al representar el 75 % del total.

La terapia con oleozón, a las 48 horas del comienzo de su aplicación, resultó en una mejoría aparte del tipo de la ES. Todos los pacientes con ES tipo IA, tratados con oleozón, a los seis días de tratamiento habían curado o estaban en mejoría mientras que a los ocho días de tratamiento todos habían curado. Al término de 10 días todos los pacientes tratados con oleozón se encontraban en mejoría y solo el 6,25 % del total de pacientes no habían curado, el total de ellos pertenecían al tipo II de la enfermedad. Los pacientes tratados con crema de aloe al 25 %, al octavo día del comienzo de su aplicación tuvieron una mejoría, solo en los pacientes con ES tipo IA y IB. Al término de 10 días de tratamiento el 14,58 % de los pacientes no habían curado y ninguno de ellos se encontraba sin mejoría clínica. González Beriau Y, et al,²⁷ al término seis días de tratamiento obtuvieron una efectividad terapéutica, en pacientes con ES grado I y II, de 85,8 % y 50 %.

La efectividad del tratamiento con oleozón fue muy superior al uso de crema de aloe al 25 %.

A los 10 días de seguimiento el oleozón resultó en un 100 % de efectividad terapéutica en los tipos IA y IB de ES mientras que en el tipo II esta fue de 84,21 %.

En este mismo periodo de tiempo la efectividad de la crema de aloe al 25 % fue de 94,12 % y 91,67 % en las ES tipo IA y IB mientras que en el tipo II esta efectividad resultó en un paupérrimo 68,42 %.

Téllez Velázquez YL, et al, ⁶ obtuvieron una efectividad terapéutica del oleozón en la ES grado I y II del 54,5 % al término de cinco a 10 aplicaciones en un rango de tiempo de 11-14 días. Estos autores apuntan que el sexto y séptimo día son los más significativos al obtener un 60 % de los pacientes curados, donde refieren que la ES grado I tuvo resultados más rápidos, pero sin diferencias importantes.

García López E, et al, citados por Téllez Velázquez YL, et al, ⁶ obtuvieron una efectividad del tratamiento del 68,7 % con cuatro a seis aplicaciones refieren que en este tiempo se logra una mayor concentración del medicamento en las lesiones.

Carreira Piloto V, et al, citados por Téllez Velázquez YL, et al, ⁶ concluyen que la ozonoterapia tiene resultados excelentes en el tratamiento de la ES grado I y II con un número de nueve y 15 aplicaciones, tiene un promedio de nueve a 15 días de curación donde fue más efectivo a los nueve días.

Bermúdez Alemán R, et al, ¹² encontraron que la curación, en pacientes tratados con crema de aloe al 25 %, aumentó de forma significativa en los primeros cuatro días (19,1 % de efectividad terapéutica) donde se logró que al final del séptimo días un 69 % de efectividad y esta se elevó al 95,2 % y 100 % al término de 10 y 14 días.

Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en la investigación. Solo se registró un paciente con una reacción adversa leve, consistente con ardor a la aplicación del oleozón. Téllez Velázquez YL, et al, ⁶ describen que solo dos pacientes refirieron sentir ardor y calor en una ocasión al tratamiento con oleozón. Este medicamento provoca escasos efectos adversos, los cuales no ofrecen peligro para la vida del paciente pues su efecto es muy leve.

CONCLUSIONES

Los pacientes con ES fueron en la mayoría mujeres en la sexta década de la vida fue el tipo II de la enfermedad el más prevalente. El tratamiento con oleozón resultó en una mejoría y curación más temprana que el tratamiento con crema de aloe al 25 % lo que resultó en porcentajes de efectividad terapéutica muy superiores a la tipo II de la enfermedad. La ocurrencia de reacciones adversas fue baja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antúnez Guzmán F. El ozono y la ozonoterapia. Rev Ozonoterapia [Internet]. 2008 [citado 31 Oct 2016];1(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ozonoterapia/ozo-2008/ozo081b.pdf>
2. Martínez Sánchez G. Los retos de la ozonoterapia y el acceso a sus fuentes de información. Rev Cubana Farm [Internet]. Sep 2014 [citado 3 Nov 2016];48(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000300001&lng=es
3. Padilla Gómez EM, Sueiro Sánchez I, Quintero Chis I, Domínguez Rojas C, Hernández Millán AB, Ercia Sueiro LE. Usos terapéuticos del ozono en los en los servicios de salud.

- Rev Cubana Med Nat Trad [Internet]. Oct 2016 [citado 31 Oct 2016];1(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmnt.sld.cu/index.php/rmnt/article/view/17>
4. Peña Sisto M, Díaz Del Mazo L, Ferrer González S, Aguilar Vallejo MI, Santos Toledo L. Eficacia del Oleozon® en pacientes con periodontitis del adulto. MEDISAN [Internet]. Nov 2015 [citado 4 Nov 2016];19(11):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100005&lng=es
5. Santana Fernández KA, Rey Ferrales Y, Rodríguez Ricardo E, Silva Colomé ME, Rodríguez Hung AM. Aplicación de la medicina tradicional y natural en las urgencias de prótesis estomatológicas. Arch Med Camagüey [Internet]. Jun 2015 [citado 4 Nov 2016];19(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000300012&lng=es
6. Téllez Velázquez YL, Milanés Sosa Y, González Ramos I, Velázquez Zamora RM. Eficacia de la ozonoterapia en la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico Bayamo. 2015. [Internet]. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología 2015; Nov 2015 [citado 4 Nov 2016]. Disponible en: <http://estomtologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/1130/249>
7. González Gámez S. Efectividad del Oleozon® por vía oral en pacientes con giardiasis. MEDISAN [Internet]. Ago 2015 [citado 4 Nov 2016];19(8):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800004&lng=es
8. García López E, Roche Martínez A, Blanco Ruiz AO, Rodríguez García O. La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 [citado 15 Abr 2016];40(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est04203.htm
9. Monteagudo de la Guardia V, Hernández Rodríguez JM, Rodríguez Santos C. Efectividad del bórax y la crema de aloe al 25 % en la estomatitis subprotésica. Medicentro Electrónica [Internet]. Sep 2016 [citado 6 Oct 2016];20(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300005&lng=es
10. Campos Mullines I, Corona Carpio MH, Medina Maglucen C, Bruzón Varona C, Ibáñez Castillo MC. Eficacia de la crema de aloe al 25 % en la estomatitis subprotésica grado II. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Sep 2007 [citado 15 Nov 2016];44(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300009&lng=es
11. Ministerio de Salud Pública. Normas de las especialidades médicas para el uso de fitofármacos y apifármacos. La Habana: MINSAP; 1992.
12. Bermúdez Alemán R, Martínez Bermúdez GR, Ibáñez Cabrera R. Evaluación de conocimientos sobre estomatitis subprotésica en pacientes y profesionales de la Clínica Docente de Especialidades. Medicentro Electrónica [Internet]. Dic 2015 [citado 6 Oct 2016];19(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400006&lng=es
13. Romero Astorga NN. Prevalencia y manejo de estomatitis subprotésica en pacientes

- portadores de prótesis removibles. Universidad Andrés Bello sede Concepción. 2012-2015 [tesis doctoral]. Chile: Universidad Andrés Bello; 2015 [citado 6 Oct 2016]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/2747>
14. Nápoles González IJ, Rivero Pérez O, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. Arch Med Camagüey [Internet]. Abr 2016 [citado 6 Oct 2016];20(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200008&lng=es
15. Ramón Jiménez R, Montoya Rey M, Hechavarría Martínez BO, Norate Plumier A, Valverde Ramón C. Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas. MEDISAN [Internet]. Jun 2015 [citado 15 Nov 2016];19(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600004&lng=es
16. Churata Oroya DE. Actividad antifúngica del *Citrus paradisi* "toronja" sobre cepas de *Candida albicans* aisladas de pacientes con estomatitis subprotésica. [tesis]. : Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 6 Oct 2016]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4924>
17. Espasandín González S, Reyes Suárez V, Soler Gil M, Pérez Acosta K. Factores de riesgo asociados a la aparición de la estomatitis subprótesis. Rev Cien Méd La Habana [Internet]. 2015 [citado 6 Oct 2016];21(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/709>
18. Gutiérrez Carmen G, Bustos Medina L, Sánchez M. Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. Int J Odontostomat [Internet]. Ago 2013 [citado 6 Sep 2016];7(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000200008>
19. Gendreau L, Loewy ZG. Review Epidemiology and etiology of denture stomatitis. J Prosthodont [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Sep 6];20(4):[about 8 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21463383>
20. Nápoles González I, Díaz Gómez SM, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D, Nápoles Salas AM. Caracterización de la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico "Julio Antonio Mella". Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. Feb 2016 [citado 6 Sep 2016];41(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/392>
21. Creagh Castillo Y, Oliveros Noriega Roldán S, Franco Montero G. Árnica montana como tratamiento homeopático en pacientes con estomatitis subprótesis de grados I y II. MEDISAN [Internet]. Jun 2014 [citado 6 Oct 2016];18(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600002&lng=es
22. Kabawat M, Souza R de, Badaro M, de Koninck L, Barbeau J, Rompre P, et al. Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. Int J Prosthodont. 2014;27(4):311-9.
23. León Hernández I, Alfonso Hernández S, Sogo Ibáñez G, Del Rey Díaz M. Estomatitis subprótesis en un consultorio médico del municipio Jaruco. [Internet].

Rev Cien Méd La Habana [Internet]. 2015 [citado 6 Oct 2016];21(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/783>

24. Romero Junquera CR, García Rodríguez B, Genicio Ortega S. Estado prostodóncico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. CCM [Internet]. Mar 2015 [citado 6 Oct 2016];19(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100005&lng=es

25. Silva Contreras AM, Cardentey García J, Silva Contreras AM, Crespo Palacios CL, Suárez María C. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". Rev Cien Méd [Internet]. Oct 2012 [citado 2016 Oct 06];16(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500004&lng=es

26. García Cubillas M. Estomatitis subprótesis en pacientes atendidos en el policlínico "Guillermo Tejas Silva". Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. May 2015 [citado 6 Oct 2016];40(5):[aprox. 12 p.]. Dis-

ponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/306>

27. González Beriau Y, Castillo Betancourt EE, Fuguet JR, Dumenigo Soler A. Oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Cienfuegos 2014 [Internet]. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología; Nov 2015 [citado 4 Nov 2016]. Disponible en: <http://estomtologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/629/378>

Recibido: 12 de diciembre de 2016

Aprobado: 27 de enero de 2017

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez. Especialista de II grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Universitario "Celia Sánchez Mandulley". Profesor Instructor. Investigador agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba. Email: pcasado@infomed.sld.cu