

## **Comportamiento epidemiológico de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", 2007**

### **Epidemiologic behavior of the recurrent aphthous stomatitis present in patients from "Dr. Luis Díaz Soto" Higher Institute of Military Medicine, 2007**

**Dra. Clara Doncel Pérez<sup>I</sup>; Dra. Marta Martínez Pérez<sup>II</sup>; Dra. Alina López Ilizástigui<sup>III</sup>; Dra. Zaida Teresa Ilizástigui Ortueta<sup>IV</sup>**

<sup>I</sup>Especialista de I Grado en Periodoncia. Asistente. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de I Grado en Periodoncia. Policlínico "19 de Abril". Asistente. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de I Grado en Periodoncia. Instructora. Clínica Estomatológica Docente "Hermanos Gómez". La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup>Especialista de II Grado en Periodoncia. Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba.

---

#### **RESUMEN**

La estomatitis aftosa recurrente es una forma de ulceración que afecta la mucosa bucal, de presentación frecuente, que se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras dolorosas, variable en forma, tamaño y número; las lesiones se repiten periódicamente. Cura en pocos días, semanas o meses, en dependencia de los factores de riesgo que la desencadenaron; para su tratamiento se han ensayado una gran cantidad de terapias, pero sin resolver el problema subyacente. Con el objetivo de evaluar el comportamiento epidemiológico de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes atendidos en el Instituto Superior de Medicina Militar. "Dr. Luis Díaz Soto" en el período de junio de 2006 hasta febrero de 2007, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a 97 pacientes, de uno y otro sexo con diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente. Se tuvieron en cuenta los grupos de edades a partir de 15 hasta 60 años y más. Se evaluaron las variables: sexo, edad, forma clínica de la lesión, posibles factores de riesgo y tratamiento indicado. Se confeccionó una base de datos informatizado; para comprobar la relación entre las variables se utilizó la prueba chi cuadrado y se aplicó el valor porcentual. Desde el

inicio del estudio se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas que deben regir toda investigación. La mayoría de los individuos encuestados presentaron la forma menor de la enfermedad; solo el 6,2 y el 4,2 % padecieron la forma mayor y herpetiforme, respectivamente; la mayor afectación ocurrió en los individuos más jóvenes y en el sexo femenino; la terapia combinada fue la que más se aplicó en los pacientes, seguida de las diferentes técnicas de tratamientos alternativos; se usó únicamente el tratamiento convencional en muy pocos casos.

**Palabras clave:** Estomatitis aftosa recurrente/menor/ mayor/herpetiforme.

---

## ABSTRACT

Recurrent aphthous stomatitis is a way of ulceration affecting buccal mucosa, has a frequent presentation characterizing appearance of one or some painful ulcers, with a variable size, number and way, lesions are periodically repeated. It is recovery in days, weeks or months, depending of risk factors triggering it. For treatment of this condition we assayed many therapies but without solution of underlying problem. The aim of present paper is to assess the epidemiologic behavior of recurrent stomatitis in patients seen in "Dr. Luís Díaz Soto" Higher Institute of Military Medicine from June 2006 to February 2007. We made a cross-sectional and descriptive study in 97 patients of both sexes diagnosed with this condition. We took into account age groups aged from 15 up to 60 or more. We assessed the following variables: sex, age, clinical presentation of lesion, possible risk factors and treatment prescribed. An information database was created; to verify relation among variables we used Chi<sup>2</sup> test and percentage value was applied. From the beginning of study we took into account the ethical considerations that must to determine a research. Most of surveyed individuals had the lower way of disease, only the 6,2 and the 4,2 % suffered from the great way and the herpertiform type, respectively; the greatest affection was present in younger individuals and in female sex; combined therapy was the more used in patients, followed by different techniques of alternative treatments; we used only the conventional treatment in very few cases.

**Key words:** Recurrent aphthous stomatitis/minor/major/herpetiform.

---

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las afecciones bucales, las aftas son motivo de consulta frecuente, ya que constituyen parte importante de las urgencias en Estomatología; entre los procesos patológicos que afectan la mucosa bucal, que se expresan en forma de úlceras, encontramos la estomatitis aftosa recurrente (EAR), la gingivo estomatitis herpética aguda (GEHA) y la gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA). El origen de la palabra afta deriva del griego *aphthai* que significa quemadura, fue acreditada a *Hipócrates* (460-370 a.n.e). La primera descripción clínica científica de la EAR fue publicada el 1898 por *von Mikulicz y Kummel*.<sup>1,2</sup>

La EAR es una forma de ulceración que afecta la mucosa bucal, de presentación frecuente, se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras dolorosas, variable en forma, tamaño y número. Cura en pocos días, semanas o meses, en dependencia de los factores de riesgo que la desencadenaron; las lesiones se repiten periódicamente.<sup>3-5</sup>

La ocurrencia de esta afección es considerada alta, aporta cifras de 5 a 66 % con una media del 20 %, se presenta en ambos sexos con un predominio neto de 2/1 de las mujeres respecto a los hombres, es más frecuente en la edad escolar, aunque ninguna edad está exenta de ella, su aparición es creciente en intensidad de brotes entre la tercera y cuarta década de la vida, para luego disminuir, no guarda relación con raza ni zona geográfica. Se ha descrito una mayor prevalencia en los países desarrollados, como EE.UU. y Europa, donde las medidas higiénicas y la alimentación son más correctas. En relación con los países árabes y de América del Sur.<sup>6</sup>

De acuerdo con el tamaño de la lesión pueden ser clasificadas en mayores, menores y herpetiformes.<sup>3</sup> Las aftas menores son las más comunes, se caracterizan por ulceraciones planas, redondas u ovals, tamaño aproximado de 5 mm de diámetro, poco profundas, cubiertas por una membrana gris blanquecina, rodeadas por un halo eritematoso, ligeramente elevado, cicatrizan de 10 a 14 d. Se presentan con mayor frecuencia en la mucosa oral no queratinizada, por ejemplo labio, punta y bordes laterales de la lengua, fondo del vestíbulo. Las recurrencias de los brotes son variables pero, en general, se espacian cada 3 ó 4 meses.<sup>3</sup>

Las aftas mayores son menos frecuentes (10 %), es la forma más severa. Se caracteriza por la aparición de entre 1 y 10 úlceras de gran tamaño. Se presentan lesiones ovaladas, ocasionalmente nodulares, de 1 a 3 cm. de diámetro, si adquieren mayor tamaño pueden adoptar formas irregulares, el fondo es más profundo que en las aftas menores. El dolor es intenso y pueden acompañarse de otros síntomas secundarios como disfagia o disfonía. Se localizan en labio, paladar blando, lengua y con menos frecuencia en otros sitios de la mucosa bucal, duran varias semanas y pueden dejar cicatriz. También se le conoce como enfermedad de Sutton.<sup>3</sup>

Las aftas herpetiformes son muy pequeñas, de 2 a 3 mm de diámetro cada una, aparecen en formas de racimos, en cualquier zona de la boca, numerosas y dolorosas, tienden a confluir y formar úlceras de mayor tamaño que curan sin dejar cicatriz. Representan el 10 %.<sup>3</sup>

En cuanto a la evolución de la EAR, pueden aparecer pródromos de escozor o dolor antes de la aparición de las ulceraciones. Las remisiones y exacerbaciones cursan con un patrón impredecible, la duración y gravedad de los brotes es también muy variable, y tienden a mejorar con la edad. La intensidad del dolor varía de un paciente a otro, así como según la localización.<sup>6,7</sup>

La EAR carece de tratamiento específico. Dada la diversidad del agente causal y el conocimiento de los trastornos inmunológicos presentes en la EAR, el abordaje terapéutico está dirigido a modular la respuesta inflamatoria, aliviar los síntomas y evitar las recidivas. Se han ensayado una gran cantidad de terapias, pero lo máximo que se consigue es reducir la sintomatología y en algunos casos inducir períodos de remisión más largos, pero sin resolver el problema subyacente.<sup>8</sup>

A la hora de planificar el tratamiento debe realizarse una historia clínica y un minucioso examen bucal, además de pruebas complementarias necesarias para descartar que las lesiones estén asociadas a una enfermedad sistémica, en este

caso se interconsultará con el especialista correspondiente para su evolución y tratamiento.

Como la EAR es considerada la más frecuente de todas las lesiones de la mucosa bucal y constituye una de las urgencias en Estomatología, resulta importante evaluar el comportamiento epidemiológico de esta entidad en el área de atención perteneciente al Instituto Superior de Medicina Militar (ISMM) "Dr. Luis Díaz Soto".

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el ISMM "Dr. Luis Díaz Soto", ubicado en el municipio Habana del Este, en La Habana, en el período desde junio de 2006 hasta febrero de 2007 para evaluar el comportamiento de la EAR.

La muestra la conformaron 97 pacientes, de uno y otro sexos y diagnóstico de EAR, que acudieron a la consulta de Urgencias de la Clínica Estomatológica situada en el ISMM.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad: 15 hasta 60 años y más; de uno y otro sexos; forma clínica de la lesión: menor, mayor y herpetiforme, e identificación de la terapia indicada: convencional, alternativa, combinada.

Los criterios de inclusión que se consideraron fueron: el consentimiento del paciente o familiar y haber recibido diagnóstico y tratamiento de la EAR por el estomatólogo básico o general integral. Como criterios de exclusión se consideró no cumplir con los criterios de inclusión y los pacientes con discapacidad física o mental que dificultaran la participación en el estudio.

Se le explicó a cada paciente el tema y los objetivos del trabajo así como los pasos a seguir para su cumplimiento. A cada paciente se le entregó una planilla de Consentimiento Informado, en la cual él expresó su deseo o desacuerdo de formar parte del estudio.<sup>9,10</sup>

El estomatólogo general realizó una evaluación clínica del estado de las lesiones, así como todos los datos referidos a la historia de la enfermedad, tiempo de evolución y frecuencia de aparición para establecer el diagnóstico e instaurar el tratamiento, y después de obtener su consentimiento, se procedió al examen por parte del investigador, cuyos datos se reflejaron en un formulario elaborado al efecto. Para el examen físico se utilizó un espejo plano bucal N° 5, con adecuada iluminación.

Se confeccionó una base de datos informatizado de los pacientes que conformaron la investigación. Para comprobar la relación entre las variables se utilizó la prueba chi cuadrado. El resultado fue que se rechazó la hipótesis de independencia para un  $p < 0,01$ . Se aplicó el valor porcentual como indicador de variables. Con los resultados obtenidos se confeccionaron tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión.

## **RESULTADOS**

Según clasificación clínica de la EAR, en este estudio la mayoría de los individuos encuestados presentaron la forma menor de la enfermedad, solo el 6,2 y el 4,2 % padecieron la forma mayor y herpetiforme, respectivamente ([tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Estomatitis aftosa recurrente, según clasificación clínica

| Clasificación      | No. | %    |
|--------------------|-----|------|
| Forma menor        | 87  | 89,6 |
| Forma mayor        | 6   | 6,2  |
| Forma herpetiforme | 4   | 4,2  |
| Total              | 97  | 100  |

Al agrupar la edad y las formas clínicas de las lesiones se observa que la forma menor y herpetiforme se hallaron más representadas en los pacientes más jóvenes, no así la forma mayor que apareció en los grupos de más edad; también el mayor número de afectados se encontró en el grupo de menos edad ([tabla 2](#)).

Al analizar la distribución de pacientes según la clasificación clínica y el sexo se encontró más frecuente la forma menor de las lesiones de EAR y como más afectado al sexo femenino ([tabla 3](#)).

**Tabla 3.** Distribución de pacientes según clasificación clínica de la EAR y sexo

| Clasificación clínica | Sexo     |         |           |         |
|-----------------------|----------|---------|-----------|---------|
|                       | Femenino |         | Masculino |         |
| Menor                 | 64       | 73,5 %  | 23        | 26,44 % |
| Mayor                 | 4        | 66,67%  | 2         | 33,33 % |
| Herpetiforme          | 1        | 25 %    | 3         | 75 %    |
| Total                 | 69       | 71,12 % | 28        | 28,85 % |

La terapia combinada fue la que más se aplicó a los pacientes, seguida de las diferentes técnicas de tratamientos alternativos; se usó únicamente el tratamiento convencional en muy pocos casos ([tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Identificación de la terapia indicada a los pacientes con EAR

| Tipo de terapia | No. | %     |
|-----------------|-----|-------|
| Alternativa     | 30  | 30,93 |
| Convencional    | 7   | 7,22  |
| Combinada       | 60  | 61,85 |
| Total           | 97  | 100   |

## DISCUSIÓN

El comportamiento de la EAR, según clasificación clínica (tabla 1), se corresponde con lo planteado en la literatura médica revisada acerca de las formas clínicas de la enfermedad.<sup>2-5</sup>

En Cuba se han realizado varios estudios y todos informan un comportamiento similar. *Pérez y otros*<sup>11,12</sup> examinaron 51 pacientes con diagnóstico confirmado de EAR desde el punto de vista clínico; la forma más frecuente de presentación fue la menor (72,5 %). *Castillo*<sup>13</sup> encontró predominio de la variedad menor entre todas las formas de EAR por él examinadas, con el 61 % y el resto estaba representado equitativamente por la variedad herpetiforme y mayor.

En relación a la forma menor, los resultados (tabla 2) coinciden con la literatura médica revisada.<sup>1,14,15</sup> No así en la herpetiforme, donde la literatura médica señala su aparición en edades más tardías que en otros tipos de EAR.<sup>16</sup> La presencia de la forma mayor en individuos de más edad no se refleja en la literatura médica que se ha revisado.

Los estudios realizados señalan que aunque ningún grupo de edad está exento de padecerla, la EAR se presenta con más frecuencia en jóvenes.<sup>14,15,17</sup>

Según el estudio de *Ship*,<sup>2</sup> existe un pico etéreo en la aparición de esta afección que es entre los 10-19 años de edad, después se manifiesta durante toda la vida del paciente a diferentes intervalos.

Al clasificar los casos según la edad en que apareció la enfermedad, para *Amparo Pérez*<sup>11,12</sup> el 52,6 % era menor de 15 años de edad. *Scully, Gorsky y Lozada-Nur*<sup>18</sup> refieren que la EAR se padece usualmente durante la infancia, con una tendencia a disminuir la frecuencia y severidad con la edad. En este estudio el 80% de los pacientes tenían menos de 30 años de edad. Ambos análisis, aunque no son exactamente iguales al nuestro, sí arrojan resultados semejantes.

*Axéll y Henricsson*<sup>19</sup> examinaron individuos en áreas urbanas y suburbanas de Suecia, y encontraron predominio de la forma menor de EAR entre los jóvenes de 15 a 19 años; también *Donohué Cornejo y otros*,<sup>20</sup> encontraron que el grupo de 40 a 59 años presentó el 1,09 % de lesiones mayores. Ambos resultados son similares a los obtenidos en nuestro estudio.

La distribución de pacientes según clasificación clínica de la EAR y el sexo (tabla 3), está de acuerdo con lo descrito en la literatura médica, donde se señala mayor presencia de estas enfermedades en las mujeres.<sup>3,7,14,21,22</sup>

*Pérez y otros*<sup>11</sup> en su estudio "Estomatitis aftosa recurrente. Determinación de marcadores de inmunidad celular" reportan al sexo femenino con mayor afectación que el masculino.

En el estudio realizado por *López Illisástigui*,<sup>23</sup> las formas menor y herpetiforme se encontraron más representadas en el sexo femenino, lo que también concuerda con el trabajo de *Natah*<sup>24</sup> y la forma mayor fue más frecuente entre los hombres; en la investigación realizada por *Castillo*,<sup>13</sup> resultó el sexo femenino el más afectado, así como en el estudio de *Axéll y Henricsson*,<sup>19</sup> mientras que el estudio de *Donohué Cornejo y otros*,<sup>20</sup> en adultos la frecuencia de lesiones mayores en el sexo femenino fue del 6 % y para el masculino del 3 %.

Nuestro estudio obtuvo resultados similares a los de *Morales Salas*<sup>25</sup> donde la variedad herpetiforme predomina en el sexo masculino.

La identificación de la terapia indicada a los pacientes con EAR (tabla 4), muestran la consecuencia de establecer tratamientos a una afección que se desconoce su agente causal exacto, como se puede observar los tratamientos han sido múltiples. Nuestro trabajo coincide con la literatura médica revisada.<sup>5</sup>

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 estado y alargar el período de remisión. A veces, inclusive, como se precisa varios días de tratamiento para atenuar los síntomas, existe la duda si la mejoría obedece al efecto del fármaco o a la propia evolución natural de la enfermedad.<sup>26,27</sup>

Por las variadas causas de la enfermedad los pacientes deben ser informados acerca de que podrán necesitar varios ensayos terapéuticos antes de encontrar el que funcione para su caso en particular y que los tratamientos no son completamente efectivos pudiendo solo reducir el dolor, el número de aftas o la frecuencia de aparición de las lesiones.<sup>25</sup>

Según la experiencia de *Morales Salas y Ventura Díaz*,<sup>25</sup> la aplicación de los anestésicos tópicos constituyó una medida útil, fundamentalmente antes de ingerir alimentos; ellos coinciden en que el tratamiento causal no es posible, e indicaron medidas generales y una cuidadosa higiene bucal encaminada a evitar la sobreinfección microbiana. A la mayoría de los pacientes se les hizo recomendaciones acerca de la dieta tales como evitar la ingestión de alimentos condimentados o de consistencia cortante, los jugos de frutas ácidas o las bebidas carbonatadas. En los casos de úlceras de evolución tórpida se indicó antibiótico vía sistémica.

Dado los probados beneficios que ofrece la terapia con láser y de formar parte del arsenal terapéutico para el tratamiento de la EAR, en nuestro servicio de urgencia se utilizó la terapia con láser de baja potencia, según lo recomendado por diferentes investigadores del tema, es decir, que se puede usar como tratamiento único para favorecer la cicatrización, o como terapia de apoyo a los métodos convencionales.<sup>7,28</sup>

En nuestro estudio se observó que un alto número de pacientes fueron atendidos únicamente con plantas medicinales, esto se debe a que contamos con un

laboratorio de fitofármacos que permite la aplicación del extracto fluido o las cremas de caléndula, sábila, romerillo o manzanilla en los casos de EAR, tal como se recomienda en la literatura consultada.<sup>29,30</sup>

La terapia con ozono, ya sea como tratamiento único o combinado, es frecuentemente empleada en nuestros servicios de urgencias. Numerosos artículos reflejan la ozonoterapia en el tratamiento de la EAR.<sup>31</sup>

En el estudio para determinar el comportamiento epidemiológico de la EAR en pacientes atendidos en el ISMM "Dr. Luis Díaz Soto", 2007, se demostró que la forma menor fue la más frecuente, que la mayor afectación ocurrió en los individuos más jóvenes y en el sexo femenino, así como que los tratamientos combinados fueron los más indicados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 210-2.
2. Ship JA, Chávez EM, Doerr PA, Henson BS, Sarmadi M. Recurrent aphthous stomatitis. Quintessence Int. 2000 Feb; 31(2):95-112.
3. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers recurrent. Clin Evid. 2005 Jun; (13):1687-94.
4. Contreras A. Slots J. Los herpes virus en la enfermedad periodontal humana. J. Periodontal Res. 2000; 35: 3-16.
5. Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis. Oral Dis. 2006 Jan; 12(1): 1-21.
6. Livneh A, Zaks N, Katz J, Langevitz P, Shemer J, Pras M. Increased prevalence of joint manifestations in patients with recurrent aphthous stomatitis (RAS) Clin Exp Rheumatol. 1997 Jan-Feb; 15(1): 118-9.
7. Bascone Martínez A, Figueredo Ruiz E, Esparza Gómez GC. Oral ulcers. Med Clin Barc. 2005 Oct 29; 125(15):590-7.
8. Farquharson A, Ajagbe O, Brown RS. Differential diagnosis of severe recurrent oral ulceration. Dent Today. 2002 Mar; 21(3): 74-9.
9. Amaro Chelala JR, González Revuelta ME. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Rev Cubana Med Milit. 1998; 27(1):54-61.
10. Zbigniew Bankowski, M D. Antecedentes de los principios éticos en investigación clínica. Disponible en: [www.BIOETICA.org](http://www.BIOETICA.org).
11. Pérez A, Guntiñas MV, González C. Estomatitis aftosa recurrente. Determinación de marcadores de inmunidad celular. Rev Cub Estomatol. 2002; 40(2).
12. Pérez Borrego A. Estomatitis aftosa recurrente. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2003; 2(6).



13. Castillo A, Pérez A, Guntiñas MV. Uso del interferón en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente en niños. *Rev Cub Estomatol.* 2006;43(3).
14. Rioboo Crespo M del R, Planells del Pozo P, Rioboo García R. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005 Nov-Dic;10(5):376-87.
15. Greenberg MS, Pinto A. Etiology and Management of Recurrent Aphthous Stomatitis. *Curr Infect Dis Rep.* 2003 Jun; 5(3):194-8.
16. Rogers RS 3rd. Complex aphthosis. *Adv Exp Med Biol.* 2003;528:311-6.
17. Stoopler ET, Sollectio TP. Recurrent aphthous stomatitis. Update for the general practitioner. *N Y State Dent J.* 2003 Feb;69 (2):27-9.
18. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Assoc.* 2003 Feb;134(2):200-7.
19. Axéll T, Henricsson V The occurrence of recurrent aphthous ulcers in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand.* 1985 May;43(2):121-5.
20. Donohué Cornejo A, Leyva Huerta ER, 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).
21. Pacho Saavedra JA, Piñol Jiménez FN. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. *Rev Cubana Estomatol.* 2005;42(1).
22. Ferguson MM, Carter J, Boyle P. An epidemiological study of factors associated with recurrent aphthae in women. *J Oral Med.* 1984;39(4):212-7.
23. López Ilisástigui A. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez. Municipio 10 de Octubre. Trabajo para optar por el título de Máster en Atención de las Urgencias Estomatológicas. La Habana, 2007.
24. Natak SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Hayrinen-Immonen R. Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Apr.;33(3):221-34.
25. Morales Salas M, Ventura Díaz J. Estomatitis aftosa recidivante. *Medicina General* 2000;25:549-51.
26. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am.* 2005 Jan;49(1):31-47.
27. Castillo Castillo A, Pérez Borrego A. Estomatitis aftosa recurrente. Revisión Bibliográfica. 2006. Disponible en: <http://www.google.com/cu/search?hl=es&q=Estomatitis+aftosa+recurrente.&meta=&aq=f&oq=>
28. Valiente Saldívar C, Garrigó Andreu MI. Laserterapia y laserpuntura para Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

29. Guía terapéutica dispensarial de fitofármacos y apifármacos. La Habana: MINSAP: 1992.

30. Morón F. Evidencia y uso de plantas medicinales en los sistemas de salud. Rev Cubana Plant Med. 2008; 13(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-47962008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

31. Martínez González M, Fernández Camara PJ. Estudio del aceite ozonizado en el tratamiento de las gingivoestomatitis y las aftas bucales. En: Pedros PM, Almarales SC, eds. Periodontología. La Habana: MINSAP; 1998. p. 8-12.

Recibido: 5 de enero de 2009.

Aprobado: 12 de febrero de 2009.

Dra. *Clara Doncel Pérez*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Ave Monumental y Carretera de Asilo. Habana del Este. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [clara.doncel@infomed.sld.cu](mailto:clara.doncel@infomed.sld.cu)