

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Comportamiento de urgencias periodontales y factores de riesgo asociados en adolescentes, Policlínico "Ángel Ameijeiras", Guanabacoa

Behavior of periodontal emergencies and risk factors in adolescent, Ángel Ameijeiras Polyclinic, Guanabacoa

Dra. Julia María Martínez Lima,^I Dr. Orelvys Rafael Sánchez Suárez,^{II} Dra. Aleida Lavandero Espina,^{III} Dra. Betsy Leonor Gonzalez del Sol^{IV}

^I Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Atención Urgencias Estomatológicas. Asistente. E-mail: juliamml@infomed.sld.cu

^{II} Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Atención Urgencias Estomatológicas. Policlínico "Vedado". E-mail: orafa@infomed.sld.cu

^{III} Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. MSc. en Bioquímica General. Profesora Auxiliar. E-mail: aleidamir@infomed.sld.cu

^{IV} Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Salud Comunitaria. Instructor. E-mail: betcyleonor@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: se conoce con el nombre de urgencias en periodoncia aquellas afecciones que por las molestias que producen al paciente o que por sus posibles complicaciones requieren de la atención inmediata del profesional.

Objetivo: determinar el comportamiento de las urgencias periodontales en adolescentes según factores de riesgo.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes, pertenecientes al policlínico "Ángel Ameijeiras", Guanabacoa. El universo de trabajo estuvo constituido por 90 jóvenes entre 12 y 18 años de edad que presentaron alguna de estas urgencias y que acudieron a consulta en el periodo comprendido entre septiembre de 2009 y marzo de 2010. Se estudiaron las

variables: urgencias periodontales (gingivitis úlceronecrotizante aguda, estomatitis aftosa recurrente). El diagnóstico clínico se realizó a través del interrogatorio y el examen bucal. La información se resumió estadísticamente mediante cifras porcentuales.

Resultados: la estomatitis aftosa recurrente fue la que se presentó con mayor frecuencia con un 92.2 % en ambos sexos. El factor de riesgo asociado presente en todas las entidades estudiadas fue la higiene bucal deficiente, mientras que el hábito de fumar estuvo presente en el 100 % de los casos de gingivitis úlceronecrotizante aguda, cuyo efecto fue bajo en el caso de la estomatitis aftosa recurrente.

Conclusión: se observó un predominio de la higiene bucal deficiente en todas las urgencias estudiadas y el hábito de fumar estuvo presente en todos los casos de gingivitis úlceronecrotizante.

Palabras clave: urgencias periodontales, adolescencia, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: periodontal emergencies are named to periodontal affections producing both bothers or possible complications and need immediate attention of the professional.

Objective: determining the behavior of periodontal emergency in adolescent according to risk factors.

Material and method: a descriptive transversal study was made to assess the behavior of the periodontal emergency in adolescent patients from "Ángel Ameijeiras" polyclinic; who attended there requesting for emergency dental care service from September 2009 to March 2010. Variable studied were: periodontal urgencies (acute necrotizing ulcerative gingivitis, recurrent aphthous ulcers); whose clinical diagnostic was performed by the interrogation and the oral exam, having the risk factors correlated like the oral deficient hygiene, and the smoking habit. The universe of job was made of 90 teenagers between 12 and 18 years that presented any of these emergencies. The information was summarized statistically through percentage figures.

Results: the recurrent aphthous ulcer (RAU) was the affection that showed bigger frequency with a 92.2 % in both sexes. The associated risk factor presents in all entities was the oral deficient hygiene, while the smoking habit was present at 100 % of the cases of acute necrotizing ulcerative gingivitis (ANUG); his incidence was low in the case of the RAU.

Conclusion: a predominance of the oral deficient hygiene in all the emergencies studied was observed and the smoking habit was present at all the cases of gingivitis ulcer necrotizing.

Key words: periodontal emergencies, adolescence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Las urgencias estomatológicas, representan un capítulo importante dentro del contexto general de todas las urgencias. Son afecciones que provocan grandes molestias en los pacientes -presentan un componente afectivo importante-, y que

en la mayoría de los casos no implican peligro para la vida, pero sí se requiere la atención inmediata por parte del estomatólogo.¹

Se conoce con el nombre de urgencias en periodoncia aquellas afecciones que por las molestias que producen al paciente o que por sus posibles complicaciones, requieren de la atención inmediata del profesional (especialista o estomatólogo general). Entre las principales urgencias periodontales encontramos la gingivitis úlcero-necrotizante aguda (GUNA), y la estomatitis aftosa recurrente (EAR), las cuales provocan grandes molestias a la población infantil, juvenil y adulta.^{2,3}

La denominación gingivitis úlcero-necrotizante aguda presenta signos y síntomas característicos. Ya en el año 400 a.C. los soldados griegos en su retirada de Persia referían la presencia de ulceración, dolor y mal olor en sus bocas. En el caso de la GUNA se señalaba la existencia de úlceras sobre la encía inflamada. *Hersch* describe las características clínicas gingivales en el año 1886. *Vincent y Plaut* en el año 1894 asocian la aparición de la GUNA con la presencia de un complejo fusoespiro-quetal, *Gilmer* en el año 1906 refiere que los pacientes casi siempre tienen afectada la papila interdental. La GUNA también fue conocida como "boca de trincheras" puesto que durante la primera guerra mundial tuvo una gran prevalencia entre los soldados que luchaban en las trincheras.^{3,4}

Todavía no se ha establecido una causa específica de la GUNA, actualmente se acepta que es una infección gingival oportunista aguda, causada por la placa dental bacteriana en pacientes debilitados, mal nutridos, inmunodeficientes por infecciones virales (VIH) y otros factores de riesgo sistémicos, incluyendo sueño inadecuado, inusual estrés, convalecencia reciente de enfermedades, alcoholismo y hábito de fumar.⁵

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una lesión que se caracteriza por la aparición de vesículas redondeadas con bordes definidos que se rompen después de uno o dos días, formando úlceras redondeadas deprimidas, presentan una región central rojo-grisácea con una periferia elevada en forma de reborde. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal. Se cura en pocos días, semanas o meses según los factores de riesgo que la desencadenen. Los ataques pueden repetirse periódicamente.³⁻⁷

La adolescencia constituye el primer momento de la vida de un individuo en el que se toma conciencia de los cambios que le ocurren y de la crisis consecuente. Se identifica como una etapa de desorganización y reorganización del aparato psíquico, que es diferente en cada sexo, pero con iguales implicaciones de enfrentamiento. Los adolescentes oscilan entre dos espacios, uno en el que termina por dejar la niñez y otro que da paso a la adultez.

La presencia de cambios en su comportamiento los lleva a adoptar conductas que se consideran riesgos que pueden iniciar o agravar las afecciones agudas de origen periodontal, entre ellas podemos mencionar el abandono de hábitos formados durante la niñez como el cepillado bucal adecuado, que conlleva a una deficiente higiene bucal, y la presencia del tabaquismo que está comenzando en los jóvenes a edades muy tempranas -resulta insuficiente la labor de educación sanitaria sobre el tema-.^{8, 9}

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todas las etapas de la vida, pero en nuestro trabajo, el objetivo son las edades entre 12 y 18 años. Nos preocupan las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se asocian con el incremento de la propensión a desarrollar determinadas enfermedades o desviaciones de la

salud en esta etapa de la vida, si no se conoce cómo se comportan los factores de riesgo de estas enfermedades.¹⁰⁻¹²

Se constituye en objetivo de este trabajo: determinar el comportamiento de urgencias periodontales en adolescentes según factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en pacientes adolescentes pertenecientes al policlínico "Ángel Ameijeiras" de Guanabacoa, en el periodo comprendido entre septiembre de 2009 y marzo de 2010.

La muestra estuvo constituida por 90 pacientes adolescentes entre 12 y 18 años de edad, de ambos sexos, que acudieron a la consulta estomatológica con algún tipo de las urgencias periodontales seleccionadas para el estudio: gingivitis úlcero-necrotizante aguda (GUNA) y estomatitis aftosa recurrente (EAR).

Los exámenes correspondientes se realizaron respetando los principios éticos y la integridad en cada paciente, así como la voluntad y el grado de cooperación de pacientes, familiares y/o representante responsable a su cargo manteniendo en el más absoluto secreto los resultados individuales. Para todos los casos se confeccionó un modelo de consentimiento informado.¹³

La información fue recogida en un formulario personal mediante el cual se copiaron los siguientes datos: nombre del paciente, edad, sexo, tipo de urgencia periodontal, si fumaba o no, (se consideró fumador cuando el paciente fumaba de forma habitual al menos un cigarrillo o un tabaco diario, por un periodo no menor de 6 meses), y la aplicación del índice de higiene bucal simplificado de Green y Vermillion (buena o mala higiene bucal).⁶

Para diagnosticar la presencia de la GUNA y la EAR se tuvo en cuenta los criterios expresados en los cuadros 1 y 2, respectivamente.

Para diagnosticar con la mayor precisión posible la GUNA se consideró que siempre debía estar presente la lesión crateriforme, con al menos tres de los demás signos y síntomas señalados.

Para el diagnóstico de la EAR se consideró la presencia de la úlcera sin causa traumática evidente, acompañada de dolor y con el antecedente de haber padecido una lesión similar antes del estudio.

La información se obtuvo mediante interrogatorio y examen bucodental a cada paciente. El examen clínico estomatológico se realizó en la consulta estomatológica, con el paciente sentado en un conjunto dental fijo, con luz artificial y con el instrumental apropiado. Fueron preparados varios estomatólogos en el modo de obtener la información y unificar criterios en cuanto al diagnóstico de las lesiones con el objetivo de acceder a un mayor número de pacientes en el periodo de estudio.

Cuadro 1. Pacientes con gingivitis úlcero-necrotizante aguda (GUNA)

Signos y síntomas	Estado	Descripción
Dolor	Presente	Referido por el paciente; varía desde una sensación de quemazón hasta dolor intenso, que se incrementa con la ingestión de alimentos condimentados, picantes o calientes.
Lesión crateriforme	Presente	Detectado al examen físico, papila truncada cubierta de pseudo-membrana blanco-grisácea o amarillenta.
Sangrado gingival	Presente	Se observa fácilmente al examen clínico; puede ser espontáneo o provocado.
Halitosis	Presente	Perceptible por el médico o referido por el paciente.
Sabor metálico	Presente	Referido por el paciente
Salivación viscosa abundante	Presente	Cuando al examen clínico se detecta características de viscosidad.
Fiebre	Presente	Cuando existe hipertermia patológica diagnosticada por el médico correspondiente.

Para diagnosticar con la mayor precisión posible la GUNA se consideró que siempre debía estar presente la lesión crateriforme, con al menos tres de los demás signos y síntomas señalados.

Cuadro 2. Pacientes con estomatitis aftosa recurrente (EAR)

Signos y síntomas	Estado	Descripción
Lesión ulcerosa	Presente	Cuando existe pérdida de la continuidad del epitelio en las encías, mucosa bucal, paladar duro o blando, lengua, suelo de boca o mucosa de los labios, sin existir alguna causa física presente o reciente.
Dolor	Presente	Referido por el paciente.

Para el análisis de la información se tuvieron en cuenta los resultados de la búsqueda bibliográfica sobre estudios similares. La información obtenida fue procesada en la hoja de cálculo de Microsoft Excel, utilizando el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el total de pacientes estudiados que presentaron alguna de las urgencias periodontales seleccionadas, 92,2 % de ellas corresponde a la estomatitis aftosa recurrente.

Tabla 1. Distribución de la EAR y GUNA según el total de pacientes examinados

Urgencia periodontal	No.	%
EAR	83	92,2
GUNA	7	7,8
Total	90	100

El comportamiento de la higiene bucal en los pacientes que presentaron las urgencias periodontales estudiadas se muestra en la tabla 2. Se pudo comprobar que en las dos entidades existe un predominio de la higiene bucal deficiente, lo cual sobresale en la GUNA (100 %).

Tabla 2. Distribución de la EAR y GUNA en pacientes adolescentes según higiene bucal

Higiene bucal	EAR		GUNA	
	No.	%	No.	%
Buena	18	21,7	0	0
Mala	65	78,3	7	100
Total	83	100	7	100

La tabla 3 nos refleja la presencia del hábito de fumar en los pacientes con algún tipo de urgencias periodontales de nuestro estudio, donde observamos que el 100 % de los pacientes a los que se les diagnosticó GUNA, fumaban al menos un cigarrillo o un tabaco diario. En el caso de los portadores de EAR, solo 32,5 % eran fumadores.

Tabla 3. Distribución de la EAR y GUNA en pacientes adolescentes según hábito de fumar

Hábito de fumar	EAR		GUNA	
	No.	%	No.	%
Fumador	27	32,5	7	100
No fumador	56	67,5	0	0
Total	83	100	7	100

DISCUSIÓN

La EAR es una lesión que se presenta con mucha frecuencia en la mucosa bucal, los estudios realizados en diversa poblaciones dan resultados variables. Estudios realizados por *Porter* y *Scully*¹⁴ reportan su aparición en estas edades desde un 20 % hasta un 60 % de afectados.

Otros trabajos realizados como los de *Rogers*¹⁵ y *Zain*¹⁶ plantean que la prevalencia de esta entidad oscila entre 15 % y 75 % de aparición en la población joven siendo la urgencia periodontal de mayor incidencia.

El estudio coincidió con los resultados encontrados por *Rojo*¹⁷ sobre urgencias periodontales en una comunidad venezolana, donde la EAR constituyó 77,7 % de las urgencias de este tipo encontradas en la población comprendida entre 12 y 18 años.

Según estudio realizado por *Riboo-Crespo*¹⁸ y otros en los niños la EAR es también la forma más común de ulceración oral, siendo más frecuente entre los 10 y 19 años de edad.

En cuanto al comportamiento de la GUNA, autores como *Yeruhan*¹⁹ han demostrado que los adolescentes y adultos jóvenes son los más afectados, aspecto que pudiera estar asociado a que en la adolescencia, por lo general, no se tiene una escala de valores bien definida. En el presente estudio la incidencia fue de solo un 6,7 % entre todas las urgencias periodontales estudiadas, resultado este por debajo de los casos encontrados por *Rojo*¹⁷ quien en su estudio, reporta 22 % de incidencia de esta entidad entre de las urgencias periodontales encontradas en este grupo etario.

Los valores mencionados reflejan que la gran mayoría de pacientes no conoce o no aplica correctamente los métodos de higiene bucal y eso se ve demostrado por la cantidad de placa y cálculo dental observados en ellos. *Murayama*²⁰ y *Bermejo*²¹ señalan que la mayoría de los casos reportados con GUNA presentan higiene bucal deficiente. Resultado similar encontró la doctora *Mayá*,²² su estudio sobre la GUNA en el municipio Boyeros, donde reportó que 82 % de los pacientes portadores de GUNA presentaban una higiene bucal deficiente. Estos resultados coinciden con los encontrados por el doctor *Rojo*¹⁷ quien encontró que 100 % de los pacientes que presentaron estas entidades, poseían una higiene bucal deficiente.

Durante la etapa de la adolescencia hay un descuido de los hábitos de aseo, hecho este que se reconoce universalmente como una manifestación normal; sin embargo puede constituir un factor para el inicio y avance de las lesiones agudas del de la cavidad bucal.²³

Durante la revisión de la bibliografía no se encontraron artículos que relacionaran la higiene bucal deficiente con la aparición de la estomatitis aftosa recurrente.

En el estudio se reporta un aumento del acúmulo de placa dentobacteriana debido a las molestias y el dolor que el cepillado ocasionaban en los casos que presentaban estas lesiones.

En relación con la GUNA, los resultados son coincidente con el realizado por *Rojo*¹⁷ donde encontró que también 100 % de los pacientes portadores de GUNA tenían el mal hábito de fumar. *Grossi* y *Zambón*²⁴ refieren que el hábito de fumar, junto a diversos factores como la placa dental bacteriana en pacientes debilitados, mal

nutridos, inmunodeficientes por infecciones virales (VIH) y otros factores de riesgo sistémicos, incluyendo sueño inadecuado, inusual estrés, convalecencia reciente de enfermedades, alcoholismo constituyen las principales causas de estas infecciones gingivales oportunistas.

En cuanto a la EAR, la tercera parte de los pacientes eran fumadores, resultado que rebasa el obtenido por *Rojo*,¹⁷ el cual encontró 20 % de presencia del hábito en su población.

Se plantea una relación entre la EAR y el hábito de fumar. El doctor *Rodríguez Archilla*²⁵ en un trabajo sobre lesiones ulcerosas de la mucosa bucal, incluye el mal hábito entre los factores desencadenantes de la enfermedad.

Mucho se ha hablado del inicio del hábito de fumar en edades bien tempranas. La literatura consultada acerca del tema refiere que en edades tempranas esa tendencia está determinada por la curiosidad, el ejemplo de los adultos (padres, hermanos y amigos), la influencia del cine y la televisión, la complacencia y la moda, entre otros muchos factores. No tienen en cuenta las posibles consecuencias que de él se derivan.^{26,27}

Conclusiones

- La estomatitis aftosa recurrente fue la urgencia periodontal más frecuente dentro de la población estudiada.
- Se encontró un predominio de la higiene bucal deficiente en todas las urgencias estudiadas. El hábito de fumar estuvo presente en todos los casos de gingivitis úlcero-necrotizante aguda, su presencia fue baja en la estomatitis aftosa recurrente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donado Rodríguez M. Urgencias en odontoestomatología. Madrid: Editorial Madrid, abril; 1999. Crónica de la OMS. 21:6.
2. Del Valle MC. Temas de Periodoncia I. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991. p. 120-5. 3
3. Colectivo de autores. Compendio de periodoncia. Tema III: Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal inflamatoria aguda. Villa Clara: ISCM; 2006.
4. Hirschfeld I, Beibe F, Siegel E. The history of Vincent´s infection. J Periodontol. 1940 [citado 2 feb 2009]; 11(89): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/edicciones/2007/3>

5. Blanco Berta L, Alfonso Calderón E. Comportamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda: Departamento de estomatología de Conuco Viejo. Rev Med Electrón. [revista en la Internet] 2010 32(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300004&lng=es
6. Carranza F. Periodontología clínica. 9th ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2004.
7. Sánchez PA: Manual de Periodontología. Universidad de Murcia. España: Ed Murcia; 2006.
8. Terazón Miclín O, Sánchez Imbert N. Adolescencia y hábito de fumar. MEDISAN. 2008; 2(1): 47-50.
9. Arza Lahens. M, Díaz del Mazo. L, Turcaz Castellanos I M. Cambios bio-psicosociales y de salud gingival en la adolescencia. Santiago de Cuba: Facultad de Estomatología; enero 2011 [Consultado Abril 2012]. Disponible: <http://www.universodontologico.com.ar/Temas/cambiosbio.htm>
10. Murrieta Pruneda JF, Juárez López LA, Linares Vieyra C, Zurita Murillo V, Meléndez Ocampo AF, Ávila Martínez CR. Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex. [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 27 feb 2014]; 65(5): 367-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006&lng=es
11. Lemus Corredera I, Toledo Pimentel B, Santana Machado AT. Efecto del hábito de fumar en el estado periodontal y necesidad de tratamiento en jóvenes. Medicentro [serie en Internet]. 2003 [citado 13 feb 2010]; 7(1): [aprox. 13p]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202003/v7n1a03/efecto.htm>
12. Achiong Estupiñén F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González CL, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Matanzas: CPHE. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006 [citado 2 jun 2010]; 44(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_1_06/hie01106.htm
13. Castellanos Arcís ML, López Fernández JM, Caballé Ferreiras M, García Alderete H. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. Mar 2009 [citado 27 feb 2014]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es
14. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers (recurrent). Clin Evid. 2005; (13):1687-94.
15. Rogers R S. Recurrent Aphtous Stomatitis: Clinical Characteristic and Associated Systemic Disorders. Semin Cutan Med Surg. 2007; 16(4):278-83.

16. Zain R B. Oral recurrent aphthous Ulcers/Stomatitis: Prevalence in Malaysia and epidemiological Update. *J Oral Sci.* 2004;42(1):15-9.
17. Rojo Toledano M. Comportamiento de algunas urgencias periodontales en la comunidad "Betulio González". Trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias Estomatológicas. Venezuela. Venezuela; 2008.
18. Rioboo Crespo M del R, Del Planells Pozo P, Rioboo Garcia R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(5):376-87.
19. Yeruhan I, Elad D. Necrotizing ulcerative associated with fusobacterium necrophorum in two goats. *J Vet Med B Infect Dis Vet Public Health.* 2007;51(1):46-7.
20. Murayama Y, Kurihara H, Nagai A, Dompkowski D, Van Dyke TE. Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis: risk factors involving host defense. *Periodontology* 2000. 1994 Oct;6:116-24.
21. Bermejo Fenoll A, Sánchez Pérez. Enfermedades periodontales necrosantes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* [serie en Internet]. 2004 [consulta abril 2009];9(Suppl):S108-19. Disponible: <http://www.medicinaoral.com>
22. Mayan Reina G. Comportamiento de la GUNA en el municipio Boyeros. [Trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias Estomatológicas]. La Habana; 2008.
23. Mafla AC. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colomb Med* [serie en Internet]. 2008 Mar [citado: 25 de enero 2013];39(1):41-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100006&lng=en
24. Grossi SG, Zambon J, Machtei EE, Schifferle R, Andreana S, Genco RJ, et al. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy 2005 . *The Journal of the American Dental Association.* May 1997;128(5):599-607.
25. Rodríguez Archilla A. Lesiones ulcerosas de la mucosa bucal: EAR y cuadros relacionados. Curso Académico 2010-2011. [En internet]. [citado 25 enero 2013]. Disponible en: http://www.ugr.es/alberodr/docencia/medbucal/aftas/esquema_clase_aftas.pdf
26. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguelles D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. *Rev Cubana Estomatol* [revista en Internet]. 2011 sep [citado 25 ene 2013]; 48(3):257-67. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300009&lng=es

27. López IIsástigui A, Reyes Guerra M, IIsástigui Ortueta ZT. Relación entre hábito de fumar, higiene bucal y enfermedad periodontal. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2005 [citado marzo de 2013]; 4(3). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo_rev14/habito fumar.htm

Recibido: 13 de Noviembre de 2013

Aprobado: 17 de marzo de 2014