

ARTÍCULO ORIGINAL

Pericoronaritis aguda en adolescentes y adultos jóvenes de un consultorio estomatológico del municipio venezolano de Valencia

Acute pericoronitis in adolescents and young adults in a dentist's office from the Venezuelan municipality of Valencia

MsC. Bernardo Ricardo Pérez Barrero,¹ MsC. Carelia Duharte Garbey,² MsC. Cristina Perdomo Estrada,² MsC. Ania Ferrer Mustelier³ y Lic. Bárbara Gan Cardero⁴

¹ Especialista de II Grado en Periodoncia. Máster en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Instructor. Clínica Estomatológica "Vista Alegre", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Instructora. Departamento Provincial de Estomatología, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Periodoncia. Máster en Atención Comunitaria Salud Bucal. Clínica Estomatológica del Policlínico "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Licenciada en Tecnología de la Salud, perfil Atención Estomatológica. Departamento Provincial de Estomatología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación prospectiva longitudinal para describir la pericoronaritis en 150 pacientes de 15 a 26 años, seleccionados de forma intencional de 200 que asistieron al consultorio Adaca, del área de salud integral comunitaria "Socorro" del municipio venezolano de Valencia, estado de Carabobo, desde septiembre de 2009 hasta febrero 2010. La casuística fue distribuida en: grupo I, constituido por 75 individuos con diagnóstico de dientes retenidos o semirretenidos; y grupo II, conformado por igual número, pero sin esa condición en las piezas dentarias. Para relacionar las variables entre sí se utilizó la distribución probabilística de Ji al cuadrado, con un nivel de asociación de $\alpha=0,05$; y para determinar el riesgo estimado se empleó la razón de productos cruzados, además de calcularse los intervalos de confianza al 95 %. En la serie predominaron los pacientes de 15-20 años y del sexo masculino; la pericoronaritis se halló en 24,0 % del total, con una asociación de riesgo más elevada en el grupo I, en la mayoría de cuyos integrantes se observaron ambas formas agudas de la inflamación: congestiva o serosa y supurada. El tercer molar fue el más afectado en ambos grupos.

Palabras clave: pericoronaritis, flora microbiana, dientes retenidos, dientes semirretenidos, tercer molar, Venezuela.

ABSTRACT

A longitudinal prospective study was carried out to describe pericoronitis in 150 patients from 15 to 26 years, intentionally selected from over 200 who attended Adaca dentist's office from "Socorro" community comprehensive health area in the

Venezuelan municipality of Valencia, Carabobo State, from September 2009 to February 2010. Our cases were distributed into group I consisting of 75 individuals with diagnosis of retained or semi-retained teeth, and group II with the same number of people but without that condition in the teeth. To relate the variables each chi-square probability distribution was used with a level of association=0,05, and to determine the estimated risk odds ratio was used and 95 % confidence intervals were calculated. Male patients of 15-20 years prevailed in the series, and pericoronitis was found in 24,0 % of the total with a higher risk association in the group I, in most of whom both acute forms of congestive or serous and suppurative inflammation were observed. The third molar was the most affected in both groups.

Key words: pericoronitis, microbial flora, retained teeth, semi-retained teeth, third molar, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La pericoronaritis es un proceso infeccioso agudo caracterizado por la inflamación del tejido blando que rodea el diente retenido. Otros autores la definen como la infección de la cavidad pericoronaria del molar del juicio y de sus paredes, que es el más frecuente de los accidentes infecciosos y representa 82,0 % de los procesos mucosos.

Puede originarse por una infección o por accidente mecánico. En el primero de los casos, se produce a partir de los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existen en la cavidad bucal; también se debe a modificaciones vasomotoras provocadas por la evolución del germen, con la infección consiguiente del rodete fibromucoso.¹

Actualmente se admite que el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario, donde el saco que rodea la corona forma una cavidad virtual que puede infectarse al ponerse en comunicación con el medio bucal, bien por penetración directa en el saco pericoronario o bien por intermedio del alveolo del segundo molar. Entre el diente retenido y el contiguo se crea un espacio casi cerrado, protegido de un saco o capuchón mucoso, que no tiene tendencia a retraerse y donde se multiplican los microorganismos.^{2,3}

En tanto, el accidente mecánico ocurre cuando el tercer molar inferior (más frecuente) u otro diente retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente y el diente antagonista, que se encuentra brotado y traumatiza con sus cúspides esta fibromucosa durante la masticación; entonces comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección.⁴

De hecho, la cavidad bucal ofrece un ambiente microecológico, favorable para la radicación de múltiples microorganismos, y está poblada por una variedad de géneros, especies de bacterias y hongos. Con esta afección son más frecuentes los estafilococos grampositivos que se convierten en gramnegativos al envejecer algunas células. Se caracterizan por ser esporulados, anaerobios y saprofitos, bacilos fusiformes y espirilos.¹

Alrededor del tercer molar inferior, parcialmente erupcionado, la flora microbiana puede ser significativamente diferente de la encontrada en cualquier otra parte de la cavidad bucal y contener gran número de especies altamente invasivas (bacteroides).

Con frecuencia se encuentran altas concentraciones de microorganismos resistentes a la penicilina en esta área, por lo cual el absceso pericoronar inicialmente se considera un problema más serio que un absceso pericoronar en otra área de la dicha cavidad.²

Los agentes infecciosos bucales se desarrollan en el espacio pericoronario, en uno de sus recessos la mucosa adyacente opone a la infección sus reacciones de defensa habituales y cuando el proceso defensivo no es capaz de controlar la agresión se exagera la pericoronaritis, la cual se presenta de diferentes formas: la aguda congestiva o serosa, la aguda supurada y la crónica.^{1,3}

En la aguda, la inspección muestra una encía eritematosa y edematizada del triángulo retromolar, que con relativa frecuencia lleva marcada la huella de las cúspides de los molares antagonistas que continuamente, durante la oclusión, se impactan y contribuyen a intensificar la clínica, lo cual provoca un traumatismo gingival continuo. En estos cuadros, el dolor es más intenso en la forma supurada que en la serosa y realmente cobra protagonismo, tanto por su intensidad local como por su tendencia a irradiarse a espacios anatómicos vecinos, de manera que aparecen algunos síntomas en el lado mandibular afecto, tales como: trismo, disfagia, odinofagia y otalgias.^{4,5}

La pericoronaritis tiene manifestaciones clínicas comunes, independientemente de su forma de presentación: se observa en la infancia, la niñez y en los comienzos de la edad adulta, de 20 a 30 años de edad y más frecuentemente en zona de terceros molares inferiores. Se caracteriza por el dolor punzante, tejido pericoronario enrojecido y edematoso, la inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes, aparece amigdalitis y absceso peritonsilar o faríngeo, puede observarse pus, dificultad para la masticación, presencia de trismo o limitación a la apertura bucal, halitosis, disfagia, toma del estado general (escalofrío, hipertermia o fiebre), linfadenopatía cervical (con mayor frecuencia en la cadena submandibular), así como ganglios dolorosos y endurecidos. Se ha descrito un caso de células gigantes difusas de linfoma no Hodgkin presentado como pericoronaritis en la cavidad bucal.¹

Los pilares básicos a considerar en el tratamiento de las infecciones odontógenas se concretan en el uso de antimicrobianos y el tratamiento quirúrgico, a fin de restablecer la salud del paciente y evitar la aparición de secuelas y complicaciones.¹

Es notorio que los adolescentes y adultos jóvenes, en quienes acontece el brote de los molares permanentes, sean reconocidos como un grupo de alto riesgo de padecer pericoronaritis, independientemente de que se brinda atención a una población de bajos ingresos y en un país donde no existe adecuada organización de los servicios de salud en función de la labor preventiva-educativa en los sectores más pobres.

La complejidad de este problema de salud en estos pacientes exige que se amplíen las actividades de investigación, se elaboren nuevas estrategias, se apliquen medidas especiales para prevenir esta enfermedad y se reorienten las políticas de salud dirigidas a la atención y bienestar de estos individuos en la comunidad, aspectos de gran motivación para el desarrollo de esta investigación, encaminada primordialmente a describir la pericoronaritis aguda en la población seleccionada.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, longitudinal y prospectiva para describir la pericoronaritis en pacientes de 15 a 26 años, pertenecientes al consultorio Adaca, del

área de salud integral comunitaria "Socorro" del municipio venezolano de Valencia, estado de Carabobo, desde septiembre de 2009 hasta febrero 2010.

El universo estuvo constituido por los 150 pacientes de 200 que asistieron a la consulta en el período establecido para la investigación, los cuales fueron escogidos de forma intencional, y distribuidos en: grupo I, constituido por 75 individuos con diagnóstico de dientes retenidos o semirretenidos; y grupo II, conformado por igual número, pero sin esa condición en las piezas dentarias. Una vez incluidos en el estudio acudieron a 2 visitas programadas en intervalos de 2 meses para precisar el objetivo de la investigación; asimismo, a todos se les ofreció la información necesaria para que asistieran a la consulta ante la presencia de cualquier síntoma agudo, independientemente de las visitas que les fueron programadas.

Entre los principales motivos de exclusión figuraron: no pertenecer al área objeto de estudio, no desear participar en la investigación (o quienes se ausentaron o la abandonaron por voluntad propia), ser discapacitados mentales, presentar enfermedades graves o pericoronaritis crónica y ser desdentados totales.

La información se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen intrabucal y plasmada en una planilla elaborada al efecto, que incluyó las variables siguientes: edad, sexo, presencia de pericoronaritis, formas clínicas de presentación y molares afectados.

Los datos fueron procesados con el sistema SPSS. Se aplicó el método estadístico de frecuencias relativas y absolutas, a partir de los cuales se crearon tablas al respecto. Además se aplicó la mediana.

Para relacionar las variables entre sí (pruebas de independencia) se utilizó la distribución probabilística de Ji al cuadrado, con un nivel de asociación de $\alpha=0,05$; y para determinar el riesgo estimado se empleó la razón de productos cruzados (OR) = ad/bc , además de calcularse los intervalos de confianza al 95 %.

$$(OR)_{exp} \left[\pm 1.96 \sqrt{1/a + 1/b + 1/c + 1/d} \right]$$

Si $OR > 1$: mayor frecuencia de que ocurra el suceso en el grupo I que en el II.

Si $OR < 1$: menor frecuencia de que ocurra el suceso en el grupo I que en el II.

Si al construir el intervalo de confianza al 95% no se incluye el valor 1, se concluye que el riesgo es significativo y viceversa. Si OR fuere menor de 1 y su intervalo de confianza también, se estaría en presencia de un factor de protección.

RESULTADOS

En la casuística (tabla 1), prevalecieron los pacientes de 15-20 años (56,0 %); similar predominio se presentó en los que integraron el grupo II (65,3 %), mientras que los del I, oscilaron entre 21-26 años (53,3 %). El OR fue de 0,46 con un IC: 0,24; 1,14, por lo que hubo diferencias significativas entre ambas variables ($p < 0,05$), pero no asociación de riesgo.

Tabla 1. *Pacientes según grupos estudiados y edad.*

Grupos etarios (en años)	Grupo I		Grupo II		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-20	35	46,7	49	65,3	84	56,0
21-26	40	53,3	26	34,7	66	44,0
Total	75	50,0	75	50,0	150	100,0

OR = 0,46 IC: 0,24; 1,14 p=0,02128836 p<0,05

Las féminas resultaron ser las más representativas en ambos grupos, con 87 en total (58,0%): 49 del primer grupo (65,3 %) y 38 del segundo (50,7 %). La mediana de edad fue de 20,5 años (15 la mínima y 26 la máxima) y el OR de 1,83 con un IC: 1,05; 3,49. No hubo diferencias significativas entre ambas variables ($p>0,05$), pero sí asociación de riesgo.

La pericoronaritis se halló en 24,0 % del total (tabla 2), más elevada en el primer grupo (37,3 %); mientras que en el segundo, solo se presentó en 10,7 % de los integrantes. El OR fue de 5,0 con un IC: 2,07; 12,06. Hubo diferencias significativas entre ambas variables ($p<0,05$) y asociación de riesgo. Para los pacientes con antecedentes de dientes retenidos o semirretenidos, el riesgo de padecer esta afección se incrementó 3,5 veces más.

Tabla 2. *Pericoronaritis aguda según grupos estudiados*

Pericoronaritis	Grupo I		Grupo II		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	28	37,3	8	10,7	36	24,0
No	47	62,7	67	89,3	114	76,0
Total	75	50,0	75	50,0	150	100,0

OR =5,0 IC: 2,07; 12,06 p= 0,00013152 p<0,05

De 24,0 % de los casos diagnosticados con esta afección, 11,3 % presentó pericoronaritis aguda congestiva o serosa (tabla 3). No hubo diferencias significativas entre ambas variables, pero sí asociación de riesgo. La posibilidad de padecerla se incrementa 2,4 veces más para los pacientes con antecedentes de dientes retenidos o semirretenidos. El OR fue de 2,67, con un IC: 1,12; 7,92, por lo que no hubo diferencias significativas entre ambas variables ($p>0,05$), pero sí asociación de riesgo. El riesgo de padecer Pericoronaritis Aguda Supurada se incrementa en 5,3 veces más para los pacientes con antecedentes de dientes retenidos.

Tabla 3. *Pericoronaritis aguda congestiva o serosa según grupos estudiados*

Pericoronaritis aguda congestiva o serosa	Grupo I		Grupo II		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	12	16,0	5	6,7	17	11,3
No	63	84,0	70	93,3	133	88,7
Total	75	50,0	75	50,0	150	100,0

OR =2,67 IC: 1,12; 7,92 p=0,07138975 p>0,05

En la tabla 4 se aprecia que 12,7 % de los pacientes presentó pericoronaritis aguda supurada. Es notorio referir que el mayor porcentaje de afectados por ambas formas se encontró en el grupo I. El OR fue de 9,84 con un IC: 2,72; 34,47, por lo que hubo diferencias significativas entre ambas variables ($p < 0,05$) y existió asociación de riesgo. La probabilidad de padecerla se incrementa 5,3 veces más para los que tienen antecedentes de dientes retenidos.

Tabla 4. *Pericoronaritis aguda supurada según grupos estudiados*

Pericoronaritis aguda supurada	Grupo I		Grupo II		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	16	21,3	3	4,0	19	12,7
No	59	78,7	72	96,0	131	87,3
Total	75	50,0	75	50,0	150	100,0

OR = 9,84 IC: 2,72; 34,47 $p=0,00141602$ $p < 0,05$

El tercer molar inferior (tabla 5) resultó ser el más afectado por la pericoronaritis (69,4 %), no así los segundos ni terceros molares superiores; similar resultado se reflejó en ambos grupos estudiados. El OR fue de 1,42 con un IC: 0,24; 8,50, por lo que no hubo diferencias significativas entre ambas variables ($p > 0,05$) ni asociación de riesgo.

Tabla 5. *Molares afectados por pericoronaritis según grupos estudiados*

Molares afectados	Grupo I		Grupo II		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Segundo molar inferior	9	32,1	2	25,0	11	30,5
Tercer molar inferior	19	67,8	6	75,0	25	69,4
Total	28	77,8	8	22,2	36	100,0

OR = 1,42 IC: 0,24; 8,50 $p=0,69903872$ $p > 0,05$

DISCUSIÓN

La pericoronaritis es producida por crecimiento bacteriano activo debajo de la mucosa peridentaria, donde existe un espacio con humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad, ambiente con el cual el crecimiento bacteriano florece.^{6,7}

En esta casuística, los datos obtenidos y analizados indican que en 24,0 % de los jóvenes y adultos jóvenes estuvo presente la pericoronaritis. A pesar de encontrarse en porcentajes pocos apreciables, este proceso infeccioso relacionado con la erupción dentaria defectuosa, causa grandes molestias a quienes la padecen.

Los resultados obtenidos por Milán *et al*,⁸ indican que la pericoronaritis se presentó con frecuencia muy baja en relación con la encontrada en esta investigación (7,7 %).

Por otra parte, Ballinger *et al*⁹ señalaron en su serie que la mayoría de los afectados tenían entre 21 y 25 años (53,0 %), edades que no estuvieron incluidas en el grupo de mayor predominio en esta investigación; otros autores⁴ también plantearon que la frecuencia de aparición se hace extraordinariamente llamativa en torno a estas edades, lo cual coincide con el rango de edad normal de erupción de los cordales.

En cambio Baskar¹⁰ refirió que en su medio la pericoronaritis es más frecuente de 20 a 30 años de edad. En la bibliografía médica internacional revisada también se plantea la preponderancia de esta en la segunda y la tercera décadas de la vida;^{5,11} al igual que en estudios realizados en Cuba.^{12,13}

Con referencia al sexo, Ries¹⁴ considera un ligero predominio en las mujeres, criterios que coinciden con los obtenidos en este estudio; mientras que Ballinger⁹ da un porcentaje de 48,4 % para el sexo femenino y 51,5 % para el masculino.

Algunos autores definen la pericoronaritis como la infección de la cavidad pericoronaria del molar del juicio y de sus paredes, que es el más frecuente de los accidentes infecciosos;¹⁵ y que clínicamente puede cursar de forma aguda (serosa y supurada) y crónica,^{7,15} en función de los factores locales y generales presentes y del equilibrio entre el sistema defensivo orgánico y la actividad bacteriana. Solo las infecciones del tracto respiratorio superior han podido ser identificadas como factor predisponente o precipitador de un episodio de pericoronaritis,¹⁶ pero fueron las agudas las que tuvieron mayor incidencia en esta investigación.

La pericoronaritis de aparición más frecuente es la provocada por el tercer molar inferior parcialmente erupcionado, debido fundamentalmente al nicho ecológico favorable que queda conformado una vez que el capuchón mucoso que recubre el molar se hace lo suficientemente retentivo y profundo como para atrapar restos alimenticios y disminuir el potencial de reducción, también llamado potencial redox. Estos hechos constituyen una situación óptima para la instauración y el desarrollo de un proceso infectoinflamatorio recurrente, protagonizado por microorganismos de naturaleza polimicrobiana, con especial participación de géneros anaerobios estrictos.^{17,18}

Rodríguez *et al*¹⁹ demostraron que 67,0 % de los pacientes con terceros molares retenidos presentaron pericoronaritis, porcentajes similares a los obtenidos en esta serie para el grupo I (67,8 %).

Los resultados obtenidos coinciden con criterios de expertos, donde la erupción patológica del tercer molar se correspondió con el origen séptico, por ser el espacio pericoronario el punto de partida de la infección por falta de espacio y la presencia de los microorganismos de la placa, lo cual es consecuencia de la reducción paulatina de los maxilares y por los alimentos cada vez más refinados de la dieta.²⁰

Algunos investigadores¹ estiman que la pericoronaritis se asocia generalmente con el tercer molar inferior, pues la mandíbula, al crecer a hacia atrás, arrastra consigo al tercer molar en formación, lo que acentúa la oblicuidad del diente. Este, para poder situarse en la arcada a nivel del espacio retromolar, tiene necesidad de realizar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y arriba; también refieren que a lo largo de la evolución de la filogenia humana con respecto al número, volumen y forma de los dientes, el tercer molar cada vez presenta una erupción más retardada e, incluso, puede estar ausente por falta de formación y, a la vez, los dientes y los maxilares ven reducidas sus dimensiones. Esta reducción es más significativa en los segmentos dentados de los maxilares, por lo que el tercer molar dispone de un menor espacio para su ubicación.

En la serie predominaron los pacientes de 15-20 años y del sexo masculino; la pericoronaritis se halló en 24,0 % del total, con una asociación de riesgo más elevada

en el grupo I, en la mayoría de cuyos integrantes se observaron ambas formas agudas de la inflamación: congestiva o serosa y supurada. El tercer molar fue el más afectado en ambos grupos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morán López E, Cruz Paulín Y. Pericoronaritis. Criterios actuales. Revisión Bibliográfica. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(3):192-204.
<http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/est07301.htm> [consulta: 12 enero 2010].
2. Schuman NJ, Turner JE. The clinical significance of beta hemolytic streptococci of the milleri group in oral abscesses. J Clin Pediatr Dent 1999; 23(2):137-42.
3. Rodríguez Jiménez R, López Pérez J. Retención compleja de terceros molares asociada a quistes de los maxilares. Presentación de un caso. Rev Cubana Estomatol 1992; 29(2):139-44.
4. Peltroche Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lütticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molar. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58(6):611-6.
5. Salvi GE, Mombelli A, Rutar A, Suvan J. Local antimicrobial therapy after initial periodontal treatment. J Clin Periodontol 2002; 29:540-50.
6. Prieto J, Maestre JR. Tratamiento de las infecciones de etiología mixta. En: Bascones A, Perea EJ. Infecciones orofaciales. Madrid: Dentisnet, 2003; vol 2:245-56.
7. Holmstrup P, Poulsen AH, Andersen L, Fiehn N. Oral infections and systemic diseases. Dent Clin North Am 2003; 47(3):575-98.
8. Millán VPM, Quiros EM, Boza MD, Santos PN, Martín AC, Vázquez ML. Caracterización del uso de antimicrobianos en las infecciones estomatológicas en un área de salud de Cuba. Int J Odontostomat 2007; 1(2):177-184.
9. Ballinger PW, Merrill's. Atlas of radiographic positions and radiologic procedures. 8th. Philadelphia: St Louis, 1995.
10. Baskar SN. Patología bucal. Buenos Aires: El Ateneo, 1974.
11. Liñares J, Martín Herrero JE. Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y perimplantarias. Av Odontostomatol 2003; (Supl especial):23-33.
12. Herrera González D, Roldán Díaz S, Sanz Alonso M. El absceso periodontal. Periodoncia 2003; 13(1):7-20.
13. Acosta de la Luz L, Triana Fales J. La manzanilla. Prodigio de la medicina verde. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1990:72-90.
14. Ries Centeno GA. Cirugía bucal. Buenos Aires: El Ateneo, 1987.

15. Gutiérrez Pérez JL, Infante Cossio P, Hita Iglesias P, Torres Lagares D. Cuando, cómo y por qué del tratamiento antibiótico en las enfermedades periodontales y preimplantarias. *Av Periodon Implantol* 2003; 15(2):87-98.
16. Sixou JL, Magaud C, Jolivet Gougeon A, Cormier M, Bonnaure Mallet M. Evaluation of the mandibular third molar pericoronitis flora and its susceptibility to different antibiotics prescribed in France. *J Clin Microbiol* 2003; 41(12):5794-7.
17. Romero Ruiz MM, Gutiérrez Pérez JL. El tercer molar incluido. Madrid: Editorial GSK, 2001.
18. Gutiérrez Pérez JL. Infecciones del cordal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; Suppl 9:120-5.
19. Rodríguez Fernández M, Mendiburu Zavala C, Peñaloza Cuevas R. Pericoronitis asociada con terceros molares retenidos. Prevalencia y otros síntomas asociados *Rev Odontol Latinoam* 2008; 0(1):9-12.
20. Torres López MC, Díaz Álvarez M, Acosta Morales A. Tratamiento medicamentoso con clorhexidina al 0,2 % como coadyuvante para el manejo de las pericoronaritis. *Sancti Spiritus* 2007. *Gaceta Médica Espirituana* 2009; 11(1).
<[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(1\)_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(1)_06/p6.html)> [consulta: 12 enero 2010].

Recibido: 22 de febrero de 2011

Aprobado: 22 de abril de 2011

MSc. Bernardo Ricardo Pérez Barrero. Clínica Estomatológica Vista Alegre, calle 6, nr 260, entre 9 y 11, reparto Vista Alegre, Santiago de Cuba, Cuba.