

Tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente con laserterapia**Treatment of recurrent aphthous stomatitis with laser therapy**

Lázara Ana Mederos García,^I Suleydis Espasandín González,^{II} Noel Acosta Acosta,^{III} Vicia Olga Reyes Suárez^{IV}.

^IEspecialista de I grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias en Estomatología. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: lazarang@infomed.sld.cu

^{II}Especialista de I grado en Estomatología General Integral y de I grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Instructor. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: sespsandin@infomed.sld.cu

^{III}Especialista de I grado en Periodontología. Profesor Asistente. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: noel.acosta@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista de II grado en Ortodoncia. Profesora Consultante. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Cuba. E-mail: olga.reyes@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la estomatitis aftosa recurrente constituye una enfermedad inflamatoria aguda catalogada como una de las urgencias estomatológicas más frecuentes que requiere una atención inmediata por las molestias que ocasiona.

Objetivo: evaluar la efectividad de la laserterapia en la estomatitis aftosa recurrente en relación al tratamiento convencional con enjuagatorios de tetraciclina en cuanto a la evolución del dolor y cicatrización de las lesiones.

Métodos: estudio experimental en la Clínica Estomatológica "Andrés Ortiz Junco" de Güines, desde octubre 2010 hasta diciembre 2011. Se seleccionaron 50 pacientes de manera aleatoria y homogénea, mayores de 15 años diagnosticados con la enfermedad. Se confeccionó una encuesta y se aplicó un inventario de síntomas de estrés. Se usó láser en 25 pacientes y al resto terapia convencional con enjuagatorios de tetraciclina.

Resultados: el mayor número de afectados fue el grupo de edad de 15-24 años y el sexo femenino con un 44 % y un 68 % respectivamente. La mayoría presentó la forma menor de la enfermedad, con un 94 %. Se eliminó el dolor en el 64 % de los pacientes del grupo I en relación al 48 % del grupo II, y en cuanto a la cicatrización en el grupo I, el 52 % logró una cicatrización total, mientras que en el grupo II predominó la cicatrización parcial en el 60 %.

Conclusiones: el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 24 años y el sexo femenino. Predominó la forma menor de la enfermedad y el láser mostró más efectividad en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente.

Palabras clave: estomatitis aftosa recurrente, laserterapia, enjuagatorios de tetraciclina.

ABSTRACT

Introduction: recurrent aphthous stomatitis is an acute inflammatory disease ranked as one of the most frequent stomatological emergencies that requires immediate attention for the inconvenience caused.

Objective: to evaluate the effectiveness of laser therapy in recurrent aphthous stomatitis compared to conventional treatment with tetracycline mouthwashes concerning the evolution of pain and cicatrization of lesions.

Methods: experimental study at "Andrés Ortiz Junco" Stomatologic Clinic, of Güines municipality from October 2010 to December 2011. 50 patients over 15 years diagnosed with the disease were randomly and homogeneously selected. A survey was prepared and an inventory of stress symptoms was applied. Laser was used in 25 patients and the rest used conventional therapy with tetracycline mouthwashes.

Results: the most affected age group was 15-24 years and females at 44 % and 68 % respectively. The majority of the patients presented the lowest form of the disease with 94 %. Pain was eliminated in 64 % of patients in group I compared to 48 % in group II, as to cicatrization in group I, 52 % achieved a complete healing while in group II predominated partial cicatrization in 60 %.

Conclusions: the most affected age group was 15 to 24 years and females. There was predominance of the minor form of the disease and the laser showed to be more effective in the treatment of recurrent aphthous stomatitis.

Key words: recurrent aphthous stomatitis, laser therapy, tetracycline mouthwashes.

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades periodontales más representativas por su frecuencia y sintomatología es la estomatitis aftosa recurrente (EAR), la cual constituye una enfermedad inflamatoria aguda catalogada como una de las urgencias estomatológicas más frecuentes, pudiendo requerir una atención inmediata, debido a las molestias que ocasiona al paciente.

Esta enfermedad se manifiesta con manchas enrojecidas, donde se forman vesículas que posteriormente se ulceran y resultan muy dolorosas, las cuales se localizan en cualquier parte de la cavidad bucal. Pueden ser únicas o múltiples, de forma esférica, hundida, con una porción central rojo grisáceo y periferia elevada. Duran de siete a catorce días o más, y aparecen nuevamente a los meses, años e incluso antes de curarse las existentes. Estas cursan con dolor localizado, ardor, edema, prurito, parestesias, sensación de quemadura, malestar general y linfadenopatías.¹

La ocurrencia de esta afección se considera alta, aporta cifras del 5 % al 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 adecuadas en relación con los países árabes y de América del Sur.²

La etiopatogenia de esta enfermedad no es totalmente conocida. De ahí que se considere su etiología multifactorial o sea desencadenada por múltiples factores precipitantes que unidos a un trastorno de la inmunorregulación de la mucosa bucal, favorece la aparición de las aftas bucales que según su identidad y persistencia se convierte en lesiones recurrentes, no obstante la patología de la estomatitis aftosa recurrente aún es desconocida.^{3,4}

Múltiples terapéuticas han sido empleadas como sucede con casi todas las enfermedades en las que no se conoce la etiología exacta. 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 precisan varios días de tratamiento para atenuar los síntomas, existe la duda si la mejoría obedece al efecto del tratamiento o a la propia evolución natural de la enfermedad.^{5,6}

Como terapia alternativa surge el láser, cuyas características lo diferencian de otros tipos de luces fabricadas por el hombre, resultando cualitativamente superior, siendo utilizado como tecnología de punta en el tratamiento de esta patología debido a las ventajas que ofrece esta novedosa técnica sobre el tejido vivo en las diferentes afecciones estomatológicas.

La estomatitis aftosa recurrente es una entidad por la cual muchas personas consultan al estomatólogo u otros especialistas. Su manejo clínico terapéutico requiere de un amplio conocimiento que permita reconocer la entidad y al mismo tiempo indicar una adecuada terapéutica, lo que sirvió de motivación a los autores para la realización de este estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de la laserterapia en la estomatitis aftosa recurrente en relación al tratamiento convencional con los enjuagatorios de tetraciclina en cuanto a la evolución del dolor y cicatrización de las lesiones

MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental (ensayo clínico controlado) donde se seleccionaron los pacientes de manera aleatoria y homogénea. El mismo se realizó en 50 pacientes mayores de 15 años que acudieron al servicio de urgencias de la Clínica Estomatológica "Andrés Ortiz Junco" de Güines, en el período comprendido desde octubre del 2010 hasta diciembre de 2011, a quienes

se les diagnosticó estomatitis aftosa recurrente con aftas de evolución no mayor de 48 horas y que dieron su consentimiento para participar en la investigación. Se excluyeron del estudio las embarazadas, los pacientes con enfermedades sistémicas tales como: diabetes mellitus, neoplasias, epilépticos o retrasados mentales, portadores de marcapasos cardíacos y pacientes con otros tratamientos para esta enfermedad.

Se interrumpió tratamiento en aquellos pacientes que incumplieron o abandonaron voluntariamente el tratamiento y en aquellos donde aparecieron reacciones adversas.

Los autores de la investigación examinaron y entrevistaron a los pacientes seleccionados, previo consentimiento informado. Para la obtención de la información se procedió a encuestar a los pacientes empleando un instrumento de recolección de datos consistente en un cuestionario confeccionado por los autores y la aplicación de un inventario de síntomas de estrés.

El examen clínico fue efectuado por los autores en la consulta estomatológica utilizando espejo plano bucal N. 5 y adecuada iluminación para realizar el diagnóstico de estomatitis aftosa recurrente según clasificación de Scully y Porter.⁷

Los pacientes seleccionados se dividieron en dos grupos:

- Grupo I: pacientes tratados con terapia láser infrarrojo, con una densidad de energía de 4,5 J/cm², frecuencia diaria, durante cinco días consecutivos, con una potencia de 40 mw y técnica de irradiación: puntual local alrededor de la lesión.
- Grupo II: pacientes que realizaron tratamiento convencional con enjuagatorios de tetraciclina (4 comprimidos disueltos en 180 ml de agua hervida) durante un minuto, 4 veces al día.

En ambos grupos el tratamiento comenzó antes de las 48 horas a partir de la aparición de las lesiones y fueron evolucionados a las 72 horas y al finalizar los cinco días de tratamiento.

La aplicación de la terapia láser estuvo a cargo de las Licenciadas en Atención Estomatológica adiestradas para tales fines.

La información de interés, recopilada a través de la planilla recolectora, se llevó a una base de datos en formato electrónico (Microsoft Office Access 2007), y fue procesada a través del tabulador electrónico Microsoft Office Excel 2007.

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de todas las variables estudiadas. El análisis estadístico de los porcentajes se realizó utilizando la tabla de contingencia a través de la d'cima x² y para establecer relaciones entre variables en los casos en que se alcanzaron diferencias significativas ($P \leq 0.05$; $P \leq 0.01$; $P \leq 0.001$) se aplicó la d'cima de comparación múltiple de Duncan.

Se utilizó el software estadístico InfoStat (V1.0) (2001) (72) para el procesamiento de la información. Se utilizó además como medida resumen el porcentaje tanto para las variables cualitativas como cuantitativas y los resultados fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias, para una mejor representación y comprensión de los mismos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de pacientes con estomatitis aftosa recurrente por grupos de edades según tipo de tratamiento, observándose que del total de individuos examinados el mayor número de afectados se corresponde con el grupo de edad de 15-24 años, con un 44 %, cifra que difiere con alta significación estadística del resto de las edades.

En cada tipo de tratamiento recibido también predomina el grupo de 15-24 años, con el 40 %, para el grupo I y el 48 % para el grupo II, frecuencia que va disminuyendo con el avance de la edad en ambos grupos. Debe señalarse que al realizarse el análisis estadístico no existió interacción significativa entre las variables analizadas.

Tabla 1.- Distribución de pacientes con EAR por grupos de edades según tipo de tratamiento

Grupo de edades	Tipo de Tratamiento:					
	Grupo I (Láser)		Grupo II (Enjuagatorios de tetraciclina)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	10	40,0	12	48,0	22	44,0a
25-34	6	24,0	5	20,0	11	22,0b
35-44	4	16,0	3	12,0	7	14,0b
45-54	3	12,0	2	8,0	5	10,0b
55 o más	2	8,0	3	12,0	5	10,0b
EE y Sign	±8,0 NS				±5,7 ***	
Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

*** P<0.001

NS P>0,05

a, b Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan (1955)

Con respecto a la distribución de los pacientes con estomatitis aftosa recurrente por sexo según tipo de tratamiento, como se muestra en la tabla 2, aunque se observan las cifras más elevadas en el femenino con el 72 % en el grupo I y el 64 % en el grupo II estos no mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo masculino en cada tipo de tratamiento, sin embargo, en la

muestra estudiada se presenta un predominio del sexo femenino de un 68 % con diferencias altamente significativas respecto al 32 % del masculino.

Tabla 2.- Distribución de pacientes con EAR por sexo según tipo de tratamiento

Sexo	Tipo de Tratamiento				Total	
	Grupo I (Láser)		Grupo II (Enjuagatorios de tetraciclina)			
	No	%	No	%	No	%
Femenino	18	72,0	16	64,0	34	68,0a
Masculino	7	28,0	9	36,0	16	32,0b
EE y Sign	±10,0NS				±7.1***	
Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

*** $P < 0.001$

NS $P > 0,05$

a, b Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan (1955)

La distribución de los pacientes con estomatitis aftosa recurrente de acuerdo a la clasificación clínica de las lesiones según tipo de tratamiento se presenta en la tabla 3, encontrándose que la mayoría de los individuos encuestados presentaban la forma menor de la enfermedad con un 94 % seguido por la forma mayor con un 6 % con diferencias estadísticas altamente significativas entre ellas. La forma herpetiforme no estuvo presente en la muestra estudiada.

Al realizar el análisis estadístico se comprobó que no existe interacción entre los factores estudiados al analizarlos por tipo de tratamiento, aunque predomina la forma menor con el 92 % en el grupo I y el 96 % en el grupo II.

Tabla 3.- Distribución de pacientes con EAR de acuerdo a la clasificación clínica de las lesiones según tipo de tratamiento

Clasificación de las lesiones	Tipo de Tratamiento				Total	
	Grupo I (Láser)		Grupo II (Enjuagatorios de tetraciclina)			
	No	%	No	%	No	%
Menor	23	92,0	24	96,0	47	94,0a
Mayor	2	8,0	1	4,0	3	6,0b
EE y Sign	±9,42 NS				±6,7***	
Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

*** P<0.001

NS P>0,05

a, b Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan (1955)

En la tabla 4 se muestra la evolución del dolor según tiempo y tipo de tratamiento en pacientes con estomatitis aftosa recurrente y al realizar el análisis estadístico se mostró interacción significativa entre los tipos de tratamiento y los días de evolución del dolor.

Se puede observar que al tercer día de tratamiento en la mayoría de los pacientes se había eliminado el dolor, con las cifras más elevadas en el grupo I con un 64 % en relación al grupo II con un 48 % cifras que difieren estadísticamente, seguida de los que habían mejorado, el 24 % con terapia láser y el 32 % con enjuagatorios de tetraciclina. Al quinto día dichas cifras se incrementan hasta alcanzar en la remisión total del dolor un 92 % en el grupo I con diferencias significativas respecto al grupo II con un 76 %, el resto de los pacientes mejoraron en ambos grupos, y en ninguno de ellos persistió el dolor.

Tabla 4.- Evolución del dolor según tiempo y tipo de tratamiento en pacientes con EAR

Grupo de tratamiento	Evolución del Dolor	Tiempo de tratamiento			
		3er día		5to día	
		No	%	No	%
Grupo I (Láser)	Mantenido	3	12,0e	0	0,0e
	Mejorado	6	24,0d	2	8,0e
	Eliminado	16	64,0b	23	92,0a
Grupo II (Enjuagatorios de tetraciclina)	Mantenido	5	20,0d	0	0,0e
	Mejorado	8	32,0d	6	24,0d
	Eliminado	12	48,0c	19	76,0b
EE y Sign		$\pm 9,1^*$			

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

* $P < 0.05$

a, b Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan (1955)

La cicatrización de las lesiones según días y tipo de tratamiento, se observa en la tabla 5, al tercer día de tratamiento se aprecia que en el grupo I más de la mitad de los pacientes (52 %) lograron una cicatrización total de las lesiones y el resto de ellos (48 %) cicatrización parcial, mientras en el grupo II es a la inversa, predomina la cicatrización parcial con el 60 %, solo el 36 % totalmente y el 4 % no cicatrizó. Al quinto día continúa predominando la cicatrización total en el grupo I con el 88 % y en el grupo II con el 64 %, con diferencias estadísticas moderadamente significativas entre ellas. Además con laserterapia solamente se mantuvieron 3 pacientes (12 %) con lesiones cicatrizadas parcialmente, mientras que con los enjuagatorios de tetraciclina fueron 8 pacientes (32 %) y persistió un paciente que no cicatrizó para el 4 %. Al realizar el análisis estadístico muestra una interacción significativa entre ellos.

Tabla 5.- Cicatrización de las lesiones según días y tipo de tratamiento en pacientes con EAR

Tipo de tratamiento	Cicatrización	Días de tratamiento			
		3er día		5to día	
		No	%	No	%
Grupo I (Láser)	Parcial	12	48,0c	3	12,0d
	Total	13	52,0c	22	88,0a
Grupo II (Enjuagatorios de tetraciclina)	No cicatrizó	1	4,0d	1	4,0d
	Parcial	15	60,0b	8	32,0c
	Total	9	36,0c	16	64,0b
EE y Sign		±9,4 **			

EE: Error estándar

Sign: Significación estadística

** P<0.01

a, b Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan (1955)

DISCUSIÓN

La elevada frecuencia de esta enfermedad en los individuos de edades más pequeñas en el presente estudio coincide con la literatura revisada donde los autores plantean que a pesar de que la estomatitis aftosa recurrente puede encontrarse a cualquier edad los jóvenes son los más afectados y la frecuencia con que aparece la misma tiende a disminuir con la edad.^{6,8}

En opinión de los autores esto se debe a la inmadurez de su sistema inmunológico y que al enfrentarse a situaciones nuevas generan estrés y ansiedad provocando la aparición de la enfermedad.

En Cuba se han realizado varios estudios donde se manifiesta el comportamiento de este padecimiento y todos confirman resultados similares. Así aparece el estudio de Orbak,⁹ donde la frecuencia de la estomatitis aftosa recurrente varía en función del medio en que se realice el estudio, se habla de un 17 % hasta un 45 %, el mismo autor plantea que en el 13-14 % aparecen las lesiones antes de los 10 años, el 46 % entre los 11 y 20 años y un 24 % entre los 21 y 30 años.

En el estudio de Donohué Cornejo y colaboradores¹⁰ encontraron que el grupo de 40 a 59 años presentó el 1,09 % de lesiones, mientras que en el de Castelnaux¹¹ el grupo etario más afectado es el de 25-34 años con el 40,0 %. Aunque estos análisis no son idénticos al presente, los resultados son similares.

El predominio de esta enfermedad en las mujeres pudiera deberse a que esta entidad de etiología no definida presenta factores precipitantes más frecuentes en

la mujer como el estrés, la ansiedad así como la fase premenstrual. Los resultados de este estudio se ajustan a los reportados en la literatura revisada.^{4,12,13}

La Dra. Cabrera¹⁴ en los pacientes venezolanos del área de Guanare, Estado Portuguesa, reporta en su estudio un predominio de las féminas similar al del presente estudio. La literatura revisada refleja una mayor prevalencia de la variedad menor de esta enfermedad lo que coincide con los datos de esta investigación.^{7,15}

Existe coincidencia también con las investigaciones realizadas por Cabrera G.¹⁴ y Castillo¹⁵ quienes reportan un predominio de la variedad menor entre todas las formas clínicas de la estomatitis aftosa recurrente.

En su estudio Pérez A. y colaboradores¹⁶ aseguran que de los 51 pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Pediátrico "William Soler" que padecían de estomatitis aftosa recurrente. el 72,5 % presentaba el tipo menor, cifra ligeramente inferior a lo reportado en el presente estudio. En la investigación realizada por las doctoras Bellón y Calzadilla¹⁷ encontraron que de 226 pacientes en edades entre 12 y 44 años había un predominio del tipo menor de la enfermedad.

Los mejores resultados obtenidos en el tratamiento de láser coinciden con la bibliografía estudiada que demuestran que la terapia láser produce los efectos requeridos para el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente basados en la analgesia producida por el mismo al aumentar el umbral del dolor al nivel de las terminaciones nerviosas libres interrumpiendo así la transmisión del dolor.¹⁸

Existe coincidencia también con lo reportado por el Dr. Pulido¹⁹ donde el mayor número de pacientes que eliminaron el dolor al tercer y quinto día correspondió al tratamiento con láser. El Dr. Arreguín Contreras en cuanto a los efectos del láser obtuvo resultados similares.²⁰

En opinión de los autores el láser es una forma alternativa y novedosa que resulta eficaz para el tratamiento de esta enfermedad pues determina un incremento del proceso curativo en general, tanto en la regeneración como en la reparación de los tejidos lesionados. El Dr. Montero¹⁸ en su estudio también encontró que la cicatrización de las lesiones fue mayor en pacientes tratados con láser, y el Dr. Pulido¹⁹ en su estudio coincidió con esto.

De los resultados de esta investigación se concluye que las edades entre 15-24 años y el sexo femenino fueron los más frecuentes en la población estudiada y en cada tipo de tratamiento. La forma clínica menor de estomatitis aftosa recurrente fue la de mayor frecuencia con diferencias altamente significativas en ambos tipos de tratamiento. La remisión del dolor y la cicatrización de las lesiones alcanzaron mejores resultados con la terapia láser que con los enjuagatorios de tetraciclina y la efectividad del láser en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente demostrada en el presente estudio la convierte en una novedosa alternativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Puerto Horta M, Pérez Quiñones JA, Perdomo Delgado J, Castro Morillo EM, Casas Ínsua L. Homeopatía y Estomatitis aftosa recurrente. Revisión bibliográfica. Rev Méd electron [Internet]. 2011 [citado 3 Ene 2014];33(2). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol2%202011/tema14.htm>
2. Rioboo Crespo M, Bascones Martínez A. Aftas de la mucosa oral. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 Abr [citado 03 Nov 2014];27(2). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200002&lng=es.
3. Hello M, Barbarot S, Bastuji-Garin S, Revuz J, Chosidow O. Use of thalidomide for severe recurrent aphthous stomatitis: a multicenter cohort analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2010 May [citado 03 Nov 2014]; 89(3):176-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20453604>
4. Pérez Ángel MM, Rodríguez Pérez A. Causas de la estomatitis aftosa recurrente. Medicentro Electrón [Internet]. 2011 Dic [citado 3 Ene 2012];15(4): Disponible en:
<http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%20201>
5. Pérez Ángel MM, Veitia Cabarroca F. A, Rodríguez Pérez A. Tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente desde una perspectiva transdisciplinaria. [Internet] 2013 [citado 15 Feb 2013]. Disponible en:
http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/estomatitis.htm
6. Pérez Ángel MM, Veitia Cabarroca FA, Pérez Pérez E. Algoritmo para una conducta integral en los pacientes con estomatitis aftosa recurrente [Internet] 2012 [citado 15 Feb 2013];6(4).Disponible en:
http://www.actamedica.sld.cu/r4_12/estomatitis.htm
7. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers recurrent. Clin Evid [internet]. 2005 Jun [citado 03 Nov 2014]:1687. Disponible en:
<http://emedicine.medscape.com/article/867080-overview>
8. López Ilisástigui A, Ilisástigui Ortueta ZT, Pérez Borrego A. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez. Municipio 10 de Octubre. Rev Haban Cien Méd [Internet]. 2009 [citado 4 Abr 2013] 8(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000400013&script=sci_arttext
9. Orbak R, Cicek Y, Tezel A, Dogru Y. Efectos of zinc treatment in patients with recurrent aphthous stomatitis. Dent Mater J [internet]. 2003 Mar [citado 4 Abr 2013];22(1). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12790293>
10. Donohué Cornejo A, Leyva Huerta E R, 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 [Internet]. 2007 [citado 03 Nov 2014];45(1). Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100001&script=sci_arttext
11. Castelnau Martínez M, Jiménez Fuentes A, Navarro Nápoles J, González Sánchez Y, Rodríguez Sierras Z. Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales [Internet] 2012 [citado 15 Feb 2013];17(9). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Sánchez Cepero ZJ, Martínez Brito I, Hidalgo Gato Fuentes I. El estrés como factor de riesgo de la estomatitis aftosa recurrente. Rev. Méd Electrón[Internet]. 2011 [citado 4 Abr 2013];33(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema06.htm>
 13. Maily Rodríguez Hung A, Ramírez Quevedo Y, Crespo Mafrán M .I, Ocaña Camacho C .A ,López Vantour A.C.Eficacia de la crema Vimang en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente [Internet]. 2012 May [citado 15 Feb 2014];16(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_5_12/san09512.htm
 14. Sosa Rodríguez I, Pérez Borrego A, Mayán Reina G, Oñate Prada MJ. Urgencias periodontales en el paciente diabético. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2010 [citado 03 Nov 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000500004&lng=es.
 15. Castillo Castillo A, Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV. Uso del interferón en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente en niños. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2006 [citado 17 Mar 2011]; 43(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est05306.htm
 16. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, González Labrada A. Estomatitis aftosa recurrente: determinación de marcadores de inmunidad celular. La etiopatogenia de la enfermedad no es totalmente conocida. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 [citado 17 Mar 2011];2(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est01202.htm
 17. Bellón Leyva S, Calzadilla Mesa XM. Efectividad del uso del propóleo en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 Sep [citado 2008 Jul 16];44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000300008&script=sci_arttext
 18. Montero SR; Tonani Ferrari PC. O uso do apontador laser no tratamento da afta bucal. The use of laser point in the treatment of the oral aphthous ulcer. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2007;61(6):434-438.
 19. Pulido M, Carmona M, Díaz A. Respuesta de la estomatitis aftosa recurrente ante el laser de baja potencia y hexetidina. Revista Colombiana de Investigaciones en Odontología [Internet] 2009. [citado 12 Sept 2012];1(1). Disponible en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/26/38>
 20. Arreguín Contreras G, Ovalle Castro JW, Tejada Padilla A, López Padilla S. Laserterapia aplicada en úlceras aftosas y herpes bucolabial. Rev ADM. 1994;51(3):139-44.

Recibido: 18 de julio de 2014.

Aprobado: 23 de septiembre de 2014.

Dra. Lázara Ana Mederos García. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: lazaramederos@infomed.sld.cu