

CLINICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE CIEGO DE ÁVILA

Tratamiento de la estomatitis subprótesis con láser de arseniuro de galio y aluminio

Treatment of denture stomatitis with laser of gallium arsenide and aluminum

Olga Liz Fernández González^I, Ivonne González Rey^{II}, Yarilys García Martínez^{III}, René Santana Delgado^{IV}, Úrsula Lemes Anaya^{IV}, Vivian Pérez Morales^V, Yanet Elena González Docando^{VI}.

RESUMEN

Introducción: la estomatitis subprótesis es la dolencia que con más frecuencia se encuentra en los Servicios de Prótesis Estomatológica, lo que impide iniciar de forma inmediata una rehabilitación protésica.

Objetivo: evaluar la eficacia del láser de baja potencia de arseniuro de galio y aluminio en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología del Policlínico Docente "Raúl Ortiz Ávila" (municipio Ciro Redondo), en el período comprendido del 1 de abril de 2012 al 30 de abril de 2013.

Método: se realizó un estudio experimental. El universo abarcó a la población afectada y la muestra quedó conformada por 172 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; se distribuyeron en dos grupos de tratamiento (Grupo A: láser y retirada de la prótesis; Grupo B: retirada del aparato).

Conclusiones: la incidencia de la enfermedad fue del 31,13%; se observó con mayor frecuencia en el sexo femenino, en el grupo etario de 60 años y más; la localización anatómica fue en el maxilar superior. Al momento del estudio todos los pacientes usaban las prótesis por más tiempo del establecido para su reemplazo; la mayoría de ellos se encontraban asintomáticos y tenían hábitos inadecuados de higiene oral. En ambos grupos predominó el grado II. Los pacientes del grupo A se curaron indistintamente del grado de afección; en el grupo B sólo presentó mejoría el 22,45%. El tiempo de tratamiento efectivo fue directamente proporcional al grado de afección en ambos grupos; la laserterapia resultó efectiva y sin reacciones adversas.

Palabras clave: ESTOMATITIS SUBPROTÉTICA, LÁSERES DE SEMICONDUCTORES.

ABSTRACT

Introduction: denture stomatitis is the most often found disease in Prosthodontics Services, which prevents an immediate start prosthetic rehabilitation.

Objective: to evaluate the efficacy of low power laser of gallium arsenide and aluminum in the treatment of denture stomatitis in patients treated at Stomatology Service of the Teaching Polyclinic "Raul Ortiz Ávila" (Ciro Redondo municipality), in the period from 1st April 2012 to 30th April 2013.

Method: an experimental study was carried out. The universe covered the affected population and the sample was composed of 172 patients who met the inclusion criteria; they were divided into two treatment groups (Group A: laser and removal of the prosthesis; Group B: removal of the apparatus).

Conclusions: the incidence of the disease was 31,13%; It was observed more frequently in females in the age group of 60 and over; anatomic location was in the upper jaw. At the time of study, all patients wore prostheses longer time than established for replacement; most of them were asymptomatic and had inadequate oral hygiene habits. In both groups predominated grade II. Patients in group A were cured regardless of the degree of affection; in group B only 22,45% of patients presented improvement. The effective treatment time was directly proportional to the degree of involvement in both groups; laser therapy was effective without adverse reactions.

Keywords: DENTURE STOMATITIS, SEMICONDUCTOR LASERS.

I. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Raúl Ortiz Ávila". Ciro Redondo. Ciego de Ávila, Cuba.

- II. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Docente. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Docente. Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Raúl Ortiz Ávila". Ciro Redondo. Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente. Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La estomatitis subprótesis (ES) es la dolencia que con más frecuencia se encuentra en los Servicios de Prótesis Estomatológica; por sus características impide iniciar, de forma inmediata, una rehabilitación protésica.

Esta lesión se define como una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente; se presenta en la mucosa de soporte de pacientes total o parcialmente desdentados, portadores de prótesis removibles (las cuales se encuentran casi siempre en mal estado). La enfermedad se detecta cuando el paciente acude a la consulta para una nueva rehabilitación protésica o para ser atendido por otra causa; su aspecto varía desde áreas hiperémicas localizadas hasta lesiones que delimitan el contorno de la prótesis, y en estado avanzado aparecen proyecciones papilares dispuestas en estrecha proximidad, de apariencia verrugosa⁽¹⁻⁶⁾.

El tratamiento de la ES está encaminado a la eliminación de los factores locales, para lo cual varios autores recomiendan la retirada de las prótesis por largos períodos de tiempo, el cepillado de las mismas, el uso de enjuagatorios bucales y una terapia con antifúngicos y antimicrobianos. La no utilización de la prótesis para lograr esto, trae consigo afectaciones estéticas y funcionales, por lo que casi siempre existe poca cooperación del paciente en este sentido. Debido a que es necesario un período de descanso protésico que se prolonga según el grado de las lesiones, se hace necesaria la utilización de otros tratamientos más inocuos y con resultados satisfactorios en un tiempo más breve, para evitar la utilización de medicamentos convencionales con mayor grado de toxicidad⁽³⁻⁵⁾.

El láser de baja potencia tiene efectos analgésicos, antiinflamatorios y regenerativos, por lo que resulta un método sencillo, indoloro, no invasivo, no ionizante y no cancerígeno; de ahí su creciente aceptación por los pacientes. En el país existen experiencias clínicas sobre el uso del láser en el tratamiento de la ES con resultados alentadores, sin embargo, son escasos los reportes bibliográficos sobre el tema. En los servicios estomatológicos de la provincia Ciego de Ávila existe una escasa experiencia de aplicación de protocolos de tratamiento para la ES basados en la terapia láser con el equipo de fabricación cubana LASERMED-670DL de Arseniuro de Galio y Aluminio (GaAsAl), con diodo semiconductor y dispositivo de uso estomatológico; igualmente se reporta una pobre explotación de los equipos láser con fines estomatológicos ubicados en las diferentes áreas de Salud de la provincia.

Debido –por una parte– a la alta frecuencia de presentación de ES en los servicios estomatológicos y lo difícil que muchas veces resulta el tratamiento convencional, y –por otra– al efecto biomodulador en las funciones celulares que se logra a partir de la correcta dosificación de irradiación con el láser de baja potencia y las posibilidades de acceso a estos recursos que poseen tanto estomatólogos como pacientes, se decidió realizar el presente estudio para evaluar la eficacia del láser de baja potencia de GaAsAl en el tratamiento de la ES en pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología del Policlínico Docente "Raúl Ortiz Ávila", del municipio Ciro Redondo, en el período comprendido entre el 1 de abril de 2012 al 30 de abril de 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio experimental para evaluar la eficacia del láser de baja potencia de GaAsAl en el tratamiento de la ES en pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología del Policlínico Docente "Raúl Ortiz Ávila", del municipio Ciro Redondo, en el período comprendido entre el 1 de abril de 2012 al 30 de abril de 2013.

El universo estuvo constituido por toda la población con diagnóstico de ES, atendida por primera vez en el Servicio. La muestra quedó conformada –de forma intencional– por los 172 pacientes que cumplieron los criterios preestablecidos para el estudio, los cuales se distribuyeron al azar, divididos en dos grupos (de 81 pacientes cada uno) para la aplicación de los dos esquemas de tratamiento. Al Grupo A se le aplicó radiación láser de baja potencia de GaAsAl y retirada del aparato el mayor tiempo posible (se autorizó su uso sólo para comer, con una correcta higienización del mismo); al Grupo B se le indicó solamente la retirada de la prótesis.

Los resultados se reflejaron de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con los de otros autores y arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizaron el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen de la información; la prueba de significación estadística Chi-cuadrado de homogeneidad se empleó para buscar la diferencia o asociación estadística entre variables cualitativas, y se plantearon hipótesis estadísticas que sustentan la realización de las pruebas.

Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos del estudio y se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCM) de Ciego de Ávila, para el cual se empleó una PC Pentium III con el sistema operativo Windows XP®; los textos se procesaron en Microsoft Word y las tablas en Microsoft Excel.

RESULTADOS

En el período estudiado se encontró que de 575 pacientes examinados, 179 presentaron diagnóstico clínico de ES para una incidencia de 31,13%. En la Tabla No.1 se aprecia la distribución de la población según edad y sexo: el 57,98% de los afectados por ES, pertenecían al sexo femenino. En cuanto a la edad, en ambos sexos se evidencia un aumento progresivo del número de afectados con el avance de ésta, con predominio del grupo de 60 años y más (45,92% de las mujeres, y 54,06% de los hombres), seguido de los grupos etarios de 35-59 años (39,80% de las mujeres, y 33,78% de los hombres) y el de 19-34 años (14,28% de las mujeres, y 12,16% de los hombres).

Tabla No.1. Distribución de la población objeto de estudio según edad y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
19-34 años	14	14,28	9	12,16	23	13,37
35-59 años	39	39,80	25	33,78	64	37,21
60 y más	45	45,92	40	54,06	85	49,42
Total	98	57,98	74	43,02	172	100

Fuente: Cuestionario de datos primarios.

En 152 casos (88,37%) las lesiones se localizaron en el maxilar superior; en 17 casos (9,88%) aparecieron el maxilar inferior y sólo en 3 casos (1,74%) se presentaron en ambos maxilares (Tabla No.2).

Tabla No.2. Localización de las lesiones.

Localización de las lesiones	No.	%
Maxilar Superior	152	88,37
Maxilar Inferior	17	9,88
Ambos Maxilares	3	1,74
Total	172	100

Respecto al tiempo de uso de la prótesis, los resultados indican que la totalidad de los pacientes usaban la misma prótesis por encima del tiempo establecido para su reemplazo; el 89,53% de ellos llevaban 11 años o más usando el mismo aparato, y un 10,47% entre 6 y 10 años (Tabla No.3).

Tabla No.3. Tiempo de uso de la prótesis.

Tiempo de uso de la prótesis	No.	%
Entre 6 y 10 años	18	10,47
Entre 11 y 15 años	52	30,23
Entre 16 y 20 años	53	30,81
21 o más años	49	28,49
Total	172	100

Nota: No hubo pacientes con un período de 5 años o menos de uso.

En cuanto a los hábitos de higiene y uso del aparato, el 80,23% de la población presentó hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis: sólo 34 pacientes (19,77%) se retiraban el aparato para cepillarlo después de cada comida y realizar la limpieza de la cavidad bucal, y lo retiraban para dormir, con previo cepillado de la cavidad bucal (Tabla No.4).

Tabla No.4. Hábitos de higiene y uso de la prótesis.

Hábitos de higiene	No.	%
Adecuados	34	19,77
Inadecuados	138	80,23
Total	172	100

En el 91,86% de los pacientes la enfermedad cursó de forma asintomática, y fue diagnosticada en el momento de inicio del tratamiento rehabilitador. En los pacientes sintomáticos, la sensación de quemazón fue el síntoma más frecuente, presente en 10 pacientes para un 5,81% (Tabla No.5).

Tabla No.5. Síntomas subjetivos de estomatitis subprótesis.

Síntomas de estomatitis subprótesis	No. (n = 172)	%
Inflamación	2	1,16
Dolor	4	2,33
Sensación de quemazón	10	5,81
Ardor	6	3,49
Asintomático	158	91,86

Nota: No se encontraron pacientes con síntomas de calor o prurito.

En ambos grupos predominó el grado II de la enfermedad (65,43% en el Grupo A y 61,72% en el grupo B). Se encontró un solo paciente con ES grado III, el cual fue incluido en el grupo A para un 1,23%.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución de la enfermedad: el 100% de los pacientes a los que se les indicó láserterapia se curaron, independientemente del grado de afección. En el Grupo B –al que sólo se indicó la retirada del aparato– la mayoría de los pacientes con ES grado I y II curaron sus lesiones; no obstante, en este grupo el 6,41% de los pacientes del grado I y el 16,00% del grado II solamente mejoraron en el período establecido para el estudio. En ningún grupo se encontraron pacientes que empeoraran con el tratamiento aplicado o se mantuvieran en su estado inicial (Tabla No.6).

Tabla No.6. Relación entre el grado de la enfermedad y la evolución de la misma en ambos grupos estudiados.

Grado de la enfermedad	Evolución de la enfermedad										
	Grupo A					Grupo B					
	Curado		Total (n=81)			Curado		Mejorado		Total (n=81)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Grado I	27	100	27	33,33	29	93,55	2	6,45	31	38,27	
Grado II	53	100	53	65,43	42	84,00	8	16,00	50	61,72	
Grado III	1	100	1	1,23	-	-	-	-	-	-	

χ^2 (homogeneidad): 2,0421 Valor de $p \leq 0,05$

En ambos grupos a medida que aumentó la gravedad de la lesión aumentó el tiempo de tratamiento; no obstante, en el Grupo A el tratamiento resultó efectivo en todos los pacientes y con un período de resolución menor; en el grupo B, al decimotercero día de retirada la prótesis diez pacientes (dos de grado I y ocho de grado II) se mantenían con lesiones, por lo que se les cambió el tratamiento para no retardar más la rehabilitación protésica. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas (Tabla No.7).

Tabla No.7. Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento aplicado de acuerdo al grado de la enfermedad.

Eficacia del tratamiento	Grado de la enfermedad									
	Grupo A					Grupo B				
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado I		Grado II	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4to día	21	77,78	8	15,09	-	-	-	-	-	-
5to-10mo día	6	22,22	35	66,04	-	-	21	67,74	9	18,00
11ro-14to día	-	-	10	18,87	-	-	8	25,81	26	52,00
15to-18vo día	-	-	-	-	1	100	-	-	7	14,00
Tratamiento. no eficaz	-	-	-	-	-	-	2	6,45	8	16,00
Total	27	100	53	100	1	100	31	100	50	100

χ^2 (homogeneidad): 10,9020 Valor de $p \leq 0,05$

La terapia con láser resultó ser útil en la totalidad de los pacientes con ES: su utilidad fue evaluada de buena en el 77,78% de los pacientes de grado I y en el 52,83 % de los de grado II, y de regular en el 100% de los enfermos grado III. No se reportaron reacciones adversas (Tabla 8).

Tabla No.8. Utilidad de la láserterapia según el grado de la lesión.

Utilidad de la láserterapia	Grado de la enfermedad					
	Grado I		Grado II		Grado III	
	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	21	77,78	28	52,83	-	-
Regular	6	22,22	16	30,19	1	100
Total	27	100	53	100	1	100

Nota: Se excluyeron los pacientes que recibieron tratamiento convencional. No se encontraron pacientes donde la utilidad de la láserterapia fuera evaluada de mala.

DISCUSIÓN

La incidencia de ES puede estar relacionada, en primer lugar a que la mucosa de la boca no se encuentra destinada para proporcionar "asiento" a una prótesis, por lo que su instalación requiere de una adaptación fisiológica que, si no se produce da lugar a la aparición de lesiones inflamatorias; cada persona tiene una forma particular de aceptarla y adaptarse a ella. En segundo lugar, la población del municipio Ciro Redondo -al igual que la cubana en general- es envejecida y, a pesar de los esfuerzos del personal estomatológico para su correcta atención y la

conservación de cada diente, la necesidad de rehabilitación protésica aparece desde edades relativamente tempranas, con más frecuencia por encima de los 35 años; no se cuenta con los recursos necesarios para realizar el recambio del aparato con la periodicidad necesaria, como establecen los estudiosos del tema (36-60 meses después de su colocación), por lo que es frecuente el uso de prótesis desajustadas^(2,6-7); en tercer lugar, en la aparición de la ES tienen mucha influencia los hábitos inadecuados que tiene la población en el uso de la prótesis.

La ES es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnostica dentro de las dolencias bucales, se reporta en el mundo una alta prevalencia que oscila entre el 30 y el 50% de las personas, valores que coinciden con los resultados de este estudio y con estudios epidemiológicos realizados en Cuba⁽¹⁾.

La mayor afectación en el sexo femenino podría atribuirse a que las féminas cuidan más de la estética, por lo que mantienen el aparato protésico en la boca el mayor tiempo posible y acuden con más frecuencia que los hombres a los servicios de Estomatología para resolver sus problemas dentales, por lo que están más expuestas a los exámenes bucales y por consiguiente a la detección de la lesión con más probabilidad que los hombres. Algunos autores plantean que las mujeres tienen una mucosa bucal más fina, y una mayor fragilidad capilar (sobre todo a partir de la tercera década de la vida); también son frecuentes las afecciones psicósomáticas, tanto a causa del estrés como del climaterio. La mayor parte de los trabajos revisados indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres^(2,8,9).

La edad influye en la ES, la regeneración de la mucosa no se comporta igual en los diferentes años de vida; en la tercera edad ocurren fenómenos involutivos de desintegración fisiológica y morfológica que tienden a comprometer la coherencia funcional del organismo, por lo que se reduce gradualmente la capacidad adaptativa de la mayoría de los órganos y sistemas, razón por la cual los ancianos son más propensos a enfermar que las personas más jóvenes. También aumentan las parodontopatías, lo que lleva a la pérdida de dientes independientemente de los traumatismos, y concurren otras causas que, durante la vida, conllevan a un crecimiento de las necesidades de prótesis en esa etapa. Los resultados de este trabajo coinciden con los publicados por Camps, en un estudio realizado en Santiago de Cuba⁽⁵⁾; no obstante, discrepa de los resultados de algunos autores consultados, como Tan y cols.⁽¹⁰⁾ y Sánchez Iturriaga⁽¹¹⁾.

La prótesis superior, por problemas estéticos, es la más usada, y la de mayor tiempo de uso –no se le da el reposo requerido a los tejidos de soporte– lo que contribuye a que aparezca la lesión con mayor frecuencia. Estudios recientes informan que las prótesis deberán reemplazarse al cabo de 36-60 meses de su colocación, es recomendable su revisión y la realización de la profilaxis bucal cada seis meses, ya que las mismas actúan como un cuerpo extraño, capaz de agredir la mucosa bucal si no cumplen con los principios biomecánicos con los que fueron elaboradas o sobrepasan su tiempo de vida útil^(2,6). Hallazgos similares fueron hechos por otros autores respecto a que, a medida que aumenta el tiempo de uso aumenta la presencia de ES, así como la gravedad de ésta^(2, 12-13).

Los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de ES según el tiempo de uso de la misma prótesis pueden estar relacionados con el trauma ocasionado por el desajuste del aparato debido a los años: un aparato desajustado puede producir daños a la mucosa bucal que está en relación con él. La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye una "agresión" mecánica, por tanto los efectos de presión, tracción y empuje que en ella se producen la atacan permanentemente. Las mucosas necesitan el reflujos de la saliva y recibir los estímulos de los contactos con la lengua; cuando se coloca una prótesis la mucosa tiene estos estímulos fisiológicos limitados, y cuando la agresión física del aparato sobrepasa la capacidad de adaptación de la mucosa se produce la reacción inflamatoria de defensa y se establece la afección. Es decisivo, para que no se presente la ES, que se logre la más estrecha adaptación entre las bases y los tejidos; esto no siempre es posible y, desde el primer día, el aparato constituye un agente agresor. No obstante lo común es que la prótesis se torne nociva con el cursar de los años, y llega a convertirse en una aparatología con fallas de ajuste, deficiencias oclusales y de la altura vertical que provoca un trauma constante.

En el agravamiento de la ES juegan un importante papel un grupo de hábitos nocivos; varios autores mencionan con frecuencia como tales: el uso continuado de la prótesis y la higiene bucal deficiente^(8,12-13). Por su parte, la práctica de usar la prótesis incluso durante el sueño, provoca degeneración de las glándulas salivales y, a su vez, bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye la secreción salival y su pH, debido a que también disminuye la función buffer de la saliva; ésta se torna viscosa y favorece la acumulación de placa dentobacteriana y, por tanto, acúmulo de microorganismos. Por eso es importante dejar descansar la mucosa cubierta por la prótesis durante el horario del sueño, con el fin de permitir que los tejidos bucales se oxigenen, se recuperen y proporcionar a la lengua y los labios la oportunidad de realizar la acción de autolimpieza; se plantea este horario para no afectar la apariencia estética del paciente.

La mayoría de los autores consideran que el uso de los aparatos protésicos constituye un factor de irritación mecánica, que puede no ser soportado funcionalmente en dependencia de su magnitud, intensidad, duración y el factor de tolerancia de los tejidos, así como la calidad, el tipo y tiempo de uso de la rehabilitación protésica⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Varios estudios prueban que el grado de la lesión va en aumento a medida que la higiene disminuye (la higiene deficiente provoca irritaciones a los tejidos por la producción de ácidos a causa de la descomposición de los alimentos, lo que crea el medio propicio para la proliferación de microorganismos)^(11,13).

Los resultados obtenidos con respecto a la presencia de sintomatología de la ES coinciden con la bibliografía consultada, en la que se plantea que ésta es muy variable, y muchas veces está ausente o es mínima y el paciente no sabe que la padece; en numerosas ocasiones la descubre el estomatólogo, al inicio de un tratamiento rehabilitador. Los síntomas más frecuentes son la sensación de quemazón, el ardor y el dolor^(2-3,9,11-12).

Investigaciones afines confirman una rápida curación de las lesiones con la aplicación del láser de baja potencia. La radiación láser promueve la regeneración de diferentes tipos de tejido, por lo que resulta de gran utilidad en la cicatrización de lesiones de difícil curación; su mecanismo de acción se basa en la modulación del comportamiento celular, sin incrementar significativamente la temperatura tisular. La energía es absorbida donde la concentración de fluidos es mayor, por lo tanto habrá una mayor absorción en los tejidos inflamados y edematosos, lo que estimula las numerosas reacciones biológicas relacionadas con el proceso de reparación⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

En cuanto al tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento aplicado de acuerdo al grado de la enfermedad, los resultados obtenidos en el estudio coinciden con los expuestos por Betancourt, Garrigó y Valiente: a medida que aumenta la gravedad de las lesiones de los tejidos de la cavidad bucal, el tratamiento se prolonga por más tiempo y, como tal, el número sesiones de laserterapia. No obstante, el presente estudio difiere del planteamiento de Betancourt respecto a que el tratamiento con láser de baja potencia no resultó eficaz en los pacientes con lesiones de ES grado III⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Estudiosos del tema coinciden en señalar que el láser aumenta la efectividad del tratamiento y, en la mayoría de los casos, disminuye el tiempo de recuperación del paciente⁽¹²⁻¹⁵⁾, criterio al que se suman los autores de este trabajo. El láser resultó ser útil en la totalidad de los pacientes con ES a los que les se aplicó, y ninguno presentó reacciones adversas; estos resultados guardan similitud con los de Betancourt⁽¹⁹⁾. En la mayoría de los casos disminuye el tiempo de recuperación del paciente, y la laserterapia se puede utilizar como terapia única o de apoyo. El uso de la radiación láser como apoyo al tratamiento tradicional se denomina "asociación de métodos", y permite lograr un resultado más rápido y eficaz en el tratamiento, con mayor tiempo de permanencia^(16,20).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio demuestran el efecto analgésico, antiinflamatorio y bioestimulante de la radiación láser de baja potencia en el tratamiento de la ES; no obstante, debe ser considerado coadyuvante y no sustituto del tratamiento convencional de esta dolencia ya que, a pesar de que las lesiones en la mayoría de los casos desaparecieron más rápidamente con esta terapéutica, su evolución no difiere de manera extrema con respecto a la terapia

convencional. Como opción de tratamiento de la ES, la laserterapia es inocua y disminuye el tiempo de espera para la rehabilitación protésica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles González I, Díaz Gómez S, Puig Capote E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. AMC [Internet]. 2009 [citado 14 Sep 2013];13(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n1/amc03109.pdf>
2. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Martín Reyes O, Paz Latorre EI, Landrián Díaz C. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. AMC [Internet]. 2010 [citado 16 Ene 2014];14(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc091410.pdf>
3. Nápoles González I, Hidalgo Hidalgo S, Milanés Santana R, Fernández Franch N, Echemendía Guzmán O. Aplicación de un colutorio de aloe en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. AMC [Internet]. 2003 [citado 14 Ene 2014];7(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/3209/1479>
4. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Martín Reyes O, Paz Latorre EI, Landrián Díaz C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado I y II. AMC [Internet]. 2008 [citado 23 Nov 2013];12(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n3/amc05308.pdf>
5. Camps Mullines I, Corona Carpio MH, Medina Maglun C, Bruzón Varona C, Ibáñez Castillo MC. Eficacia de la crema de aloe al 25% en la estomatitis subprotésica grado II. Rev Cub Estomatol [Internet]. 2007 [citado 27 Abr 2013];44(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000300009&script=sci_arttext
6. Colectivo de autores. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011. p. 195-260.
7. Betancourt Companioni S. Láserterapia en la estomatitis subprótesis [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2002.
8. Nápoles IJ, Barciela J, Cabrera N, Puig E. Eficacia del tratamiento homeopático en la estomatitis subprótesis. AMC [Internet]. 2008 [citado 14 Sep 2013];12(5):[aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n5/amc07508.pdf>
9. Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cub Estomatol [Internet]. 2009 [citado 11 Jul 2013];46(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n1/est03109.pdf>
10. León Rodríguez RD. Panorámica mundial del mercado de los medicamentos homeopáticos a partir de las plantas medicinales. Rev Cub Farm [Internet]. 2005 [citado 14 Dic 2008];39(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v39n1/far10105.pdf>
11. Sánchez Iturriaga ME, Reyes Romagosa DE, Arias Tardón R, Rondón Martín A. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 14 Dic 2014];17(11):8057-63. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n11/san111711.pdf>
12. Espasandín González S, Martínez Toledo G, Reyes Suárez VO, Díaz Viera R. Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. Rev Cienc Méd Hab [Internet]. 2013 [citado 14 Dic 2014];19(2):234-43 Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/585/1012>
13. García Alpízar B, Benet Rodríguez M, Castillo Betancourt E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. MediSur [Internet]. 2010 [citado 14 Dic 2008];8(1):36-41. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v8n1/v8n1a1052.pdf>

14. Rodríguez Palacios JA, Martínez Naranjo T. La xerostomía en pacientes con prótesis dental. Rev Cub Estomatol [Internet]. 2008 [citado 2 Sep 2010];45(2):[aprox. 26 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v45n2/est10208.pdf>
15. Silva Contreras AM, Cardentey García J, Crespo Palacios CL, Paredes Suárez MC. Estomatitis Subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico Raúl Sánchez. Rev Cienc Méd Pinar Río. 2012;16(5):12-9.
16. Pérez Sánchez F. Frecuencia y comportamiento de la Estomatitis Subprótesis en portadores de prótesis atendidos en la Clínica Estomatológica "Ernesto Guevara" [tesis]. Las Tunas: Clínica Estomatológica "Ernesto Guevara"; 2006.
17. Valiente Zaldivar C, Garrigó Andreu MI. Laserterapia y Laserpuntura para Estomatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
18. Valiente Zaldívar C, Garrigó Andreu MI. Láser blando en puntos de acupuntura para el tratamiento de enfermedades bucales. Rev Cub Estomatol. 1997;34(1):5-10.
19. Betancourt Companioni S. Láserterapia en la Estomatitis Subprótesis [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2003.
20. Moreno Rodríguez DI, De la Guardia Casate AL, Reyes Fonseca A, Iglesias Pratts M, González Cepero N. Efectividad del láser de baja potencia en estomatitis subprótesis: atención primaria, enero-septiembre 2001. MULTIMED. 2007;11(4):21-5.

Recibido: 19 de noviembre de 2014

Aprobado: 20 de octubre de 2015

MSc. Olga Liz Fernández González
Policlínico Docente "Raúl Ortiz Ávila"
Calle Cándido González, No.40. Ciro Redondo. Ciego de Ávila, Cuba. CP.67500
Correo electrónico: liz@credondo.cav.sld.cu