



Efectividad del Oleozón tópico en la Estomatitis subprótesis. Policlínico Universitario “Fermín Valdés Domínguez”. Baracoa, 2022-2023

Dr. Eddy Eduardo Utria Labaceno ¹.

Lic. Denny Matos Laffita ², <https://orcid.org/0000-0003-3971-8848>

Dra. Dania Mavis Matos Cantillo ^{3*}, <https://orcid.org/0000-0003-4545-4594>

¹ Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral, Policlínico Docente “Fermín Valdés Domínguez”.

² Licenciado en Matemática-Computación, Filial Ciencias Médicas Baracoa, Profesor asistente, Investigador agregado, Dpto. Posgrado-Investigación; Email: dmlrcpe.gtm@infomed.sld.cu.

³ Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral, Filial Ciencias Médicas Baracoa, Master en Salud Bucal Comunitaria, Profesora auxiliar, Investigador agregado, Dpto. Posgrado-Investigación, Email: dmavis.gtm@infomed.sld.cu.

* Autor para la correspondencia: dmavis.gtm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó estudio cuasi-experimental de intervención terapéutica para determinar efectividad del oleozón tópico en tratamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes que asistieron a consulta de Estomatología General Integral del Policlínico Universitario “Fermín Valdés Domínguez” en el período de 2022 hasta 2023. El universo de estudio estuvo integrado por 52 pacientes, escogiéndose una muestra no probabilística intencionada de 40 según criterios preestablecidos. Los datos se tomaron de las Historias Clínicas Individuales, del interrogatorio y examen físico realizado. Los datos fueron resumidos en base de datos en Microsoft Excel 2016. Los resultados se reflejaron de forma tabular y se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen. La asociación de variables categóricas se comprobó con χ^2 de Pearson y prueba exacta de Fisher para verificar si existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Se utilizó prueba de comparación de proporciones para muestras independientes con un nivel de significación de 0,05. La Estomatitis Subprótesis fue más frecuente en los adultos mayores, las féminas, en el maxilar superior, en los pacientes con mal estado de las prótesis, la estomatitis subprótesis grado I fue la forma clínica más predominante. En ambos grupos de tratamiento predominó la estomatitis subprótesis grado 1, los hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis y como hábitos nocivos más frecuentes el uso continuo de prótesis seguido de la deficiente higiene bucal. Todos los pacientes curaron y el uso del Oleozón topico minimizó el tiempo de curación con respecto al tratamiento convencional, mostrando una efectividad superior.

Palabras clave: Estomatitis subprótesis, Oleozón tóxico, Intervención terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud, impactando fuertemente sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, molestias, limitaciones y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.¹

Las prótesis dentales no están exentas de provocar daños, pues al cubrir la mucosa masticatoria constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen, pueden causar acciones irritantes sobre la mucosa. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias, entre las cuales se encuentra con mayor frecuencia la estomatitis subprótesis.²

La Estomatitis protésica es una enfermedad de etiología multifactorial que se manifiesta a la exploración clínica por cambios inflamatorios de la mucosa en la bóveda palatina cubierta por la prótesis. Es una de las alteraciones más frecuentes de la mucosa del paladar duro en pacientes portadores de prótesis dentales mucosoportadas. Se trata de una proliferación fibroepitelial, provocada por la base acrílica o metálica desajustada, asociada generalmente a la presencia de microbianos como *Cándida Albicans* patógena, estreptococos, estafilococos, etcétera, que se encuentran tanto en la superficie interna de la prótesis, como en las lesiones. Esto se deriva generalmente de una higiene deficiente y de determinados hábitos personales de uso de las prótesis, lo que le confiere un origen multicausal y hace que su estudio sea muy complejo.³

Presenta una alta prevalencia en individuos que usan prótesis elaboradas con acrílico, tanto parciales removibles como totales. En la literatura se informa que entre el 25 % y el 65 % de los pacientes que utilizan prótesis dental removible presentan estomatitis subprótesis.⁴

La estomatitis subprótesis constituye la afección más frecuente en los servicios de prótesis estomatológicas, lo que impide iniciar de forma inmediata una rehabilitación protésica. En general, se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan esta enfermedad en un grado variable. Ha sido identificada por la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología, como lesiones producidas por el uso de una prótesis no ajustada que lesiona la mucosa bucal, sin incluir las úlceras traumáticas causadas por las prótesis.⁵

El tratamiento prescrito a través de los años ha sido la retirada de la prótesis, con lo cual se afectan la estética, la masticación y la fonética, en dependencia de la gravedad de la lesión (grados I, II o III), se han indicado vitaminoterapia, colutorios, antibióticos, medicamentos fungicidas, intervenciones quirúrgicas, miel de abeja, caléndula, sábila, láser, ozonoterapia y auriculoterapia, que eliminan el proceso inflamatorio a corto o largo plazo. De todas formas, además de los anteriores, también se aplica la homeopatía con resultados alentadores en cuadros clínicos agudos y crónicos. Debido a que la estomatitis subprótesis es tan frecuente, se hace necesario tener opciones para tratarla y es de interés encontrar un tratamiento efectivo que disminuya el tiempo de curación de la lesión.⁶

La ozonoterapia se puede definir como una terapia biooxidativa en la cual el oxígeno/ozono se administra vía gas o disuelta en agua o en una base de aceite para obtener beneficios terapéuticos. Consiste en la aplicación de una mezcla de oxígeno médico con ozono a muy baja concentración (nunca más de un 5 % de la mezcla). El ozono ha de ser producido “in situ” para cada aplicación.⁷

El municipio Baracoa presenta gran número de pacientes con lesiones de la mucosa bucal de tipo inflamatorio diagnosticadas como Estomatitis subprótesis, sin embargo, no existen suficientes estudios en la provincia Guantánamo que establezcan la efectividad del Oleozón tópico en el tratamiento de esta patología, por tanto el objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad del oleozón tópico en el tratamiento de la Estomatitis subprótesis en pacientes que asistan a la consulta de Estomatología General Integral del Policlínico Fermín Valdés Domínguez del municipio Baracoa, Provincia Guantánamo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención terapéutica en pacientes que asistieron a la consulta de Estomatología General Integral del Policlínico Universitario “Fermín Valdés Domínguez” del municipio Baracoa, Provincia Guantánamo en el período comprendido desde 2022 hasta 2023.

El universo de estudio estuvo integrado por los 52 pacientes con diagnóstico clínico de Estomatitis subprótesis que asistieron a consulta durante el período de la investigación. La muestra conformada por 40 pacientes se obtuvo de forma intencionada según criterios preestablecidos.

Criterios de Inclusión: Pacientes con diagnóstico de Estomatitis subprótesis grado I y II, de 20 años y más de edad y que estén de acuerdo a participar en la investigación con previo consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: Pacientes que utilicen algún tipo de medicamento farmacológico, mujeres embarazadas o en período de lactación, pacientes con alguna enfermedad o estado que contraindique el uso del oleozón, pacientes con enfermedades sistémicas de base o neoplasias.

Con el propósito de evaluar la efectividad del oleozón tópico, en el tratamiento de la estomatitis subprótesis, los sujetos objeto de estudio fueron asignados al azar a dos grupos compuestos por 20 pacientes cada uno, uno (grupo experimental) que recibió tratamiento con oleozón tópico y el otro (grupo control), que recibió un tratamiento convencional de terapia antimicótica con Nistatina en suspensión, previo examen bucal en sillón dental con luz artificial e instrumental adecuado. Los pacientes fueron evaluados al 3, 6, 9, 12 y 15 días posteriores al inicio del tratamiento para especificar la evolución de la enfermedad y determinar la remisión total de los signos y síntomas de la misma (paciente curado)

Para lograr la asignación aleatoria de los sujetos se consideró, previo al inicio de la investigación, que ambos grupos fueran homogéneos en el número de elementos y que los pacientes a los que se le adjudicara un número par en la base de datos conformarían el grupo experimental y el resto de los pacientes (números nones) conformarían el grupo control. La selección del valor asignado al grupo experimental se hizo a través de un Generador de Números Aleatorios, se escogió un valor entre 1(nones) y 2 (pares) del cual resultó el 2.

Para llevar a cabo el tratamiento se siguió el procedimiento siguiente en ambos grupos (experimental y control):

- Grupo control: Se indicó retirada permanente de la prótesis y mantener higiene bucal adecuada. Recibieron la indicación de terapia antimicótica con Nistatina en suspensión. Colutorio 3 veces /día durante 2 a 5 min. Por un tiempo máximo de 15 días.
- Grupo experimental: Se indicó retirada permanente de la prótesis y mantener higiene bucal adecuada. Se realizó aplicación tópica sobre las lesiones con torunda estéril impregnada de oleozón y sobre la superficie de la prótesis para lograr una mayor permanencia del medicamento en la boca. El paciente

se mantuvo con la boca abierta durante 1 minuto, se le indicó no hacer enjuagatorios ni ingerir alimentos hasta pasadas 2 horas de la aplicación.

Se midieron variables como:

Edad: variable cuantitativa continua. Expresa la edad según último año cumplido. Para medirla se utilizó la siguiente escala:

- 20 a 29 años
- 30 a 39 años
- 40 a 49 años
- 50 a 59 años
- 60 y más años

Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica. Expresada según sexo biológico de pertenencia. Para medirla se utilizó la siguiente escala:

- Masculino
- Femenino

Grados de la estomatitis subprótesis: variable cualitativa ordinal. Se expresa según forma y características clínica de presentación en:

- Grado I: Signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.
- Grado II: Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Estado de las prótesis: variable cualitativa ordinal. Expresa el estado de la prótesis. Para su determinación se tendrán en cuenta: tiempo de uso, reparaciones, presencia de grietas, fracturas, retención y estabilidad. Para medirla se utilizó la siguiente escala:

- Buen estado
- Mal estado

Hábitos nocivos: variable cualitativa nominal politómica. Expresa los hábitos encontrados en los pacientes con diagnóstico clínico de estomatitis subprótesis. Para medirla se utilizó la siguiente escala:

- Consumir alimentos muy calientes con la prótesis.
- Uso continuo de la prótesis.
- Deficiente higiene bucal.

- Hábito de fumar.

Tiempo de curación: variable cuantitativa continua. Se consideró el tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y la remisión total de los síntomas y signos inflamatorios de la mucosa, adquiriendo ésta su aspecto normal. Para medirla se utilizó la siguiente escala:

- 1-3
- 4-6
- 7-9
- 10-12
- 13-15

Efectividad del tratamiento: variable cualitativa ordinal. Se evaluó teniendo en cuenta la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Para medirla se utilizó la siguiente escala:

- Alta efectividad: Los pacientes grado I que curaron entre 3 y 7 días y grado II curados entre 3 y 11 días (rápida evolución).
- Baja efectividad: Los pacientes Grado I que curaron entre 8 y 15 días y Grado II que curaron de 13 y 15 días de iniciado el tratamiento.
- Nula efectividad: Los pacientes cuyas lesiones no sanaron, se agravaron o estancaron los signos.

Los datos para la investigación se tomaron de las Historias Clínicas Individuales de cada paciente y para la obtención de los mismos se emplearon el interrogatorio y el examen físico realizado a los pacientes en cada consulta, antes, durante y después del tratamiento en condiciones adecuadas de higiene e iluminación según lo establecido por las normas de trabajo.

Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente en una base de datos en Microsoft Excel 2016. Los resultados se reflejaron de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen.

La asociación de variables categóricas se comprobó con χ^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher para verificar si existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Se compararon los porcentajes con la prueba de comparación de proporciones para muestras independientes, y el nivel de significación escogido fue 0,05. Se aceptó la significación estadística para $p \leq 0,05$

Para la realización de este estudio, se obtuvo la aprobación del Consejo Científico y el Comité de Ética para la investigación del Policlínico Universitario “Fermín Valdés Domínguez”. A los pacientes se les explicó las características de la investigación, sus objetivos y los beneficios que esta reportaba. Se aseguró la confidencialidad de los datos que fueron utilizados solo con fines científicos. Se le solicitó el consentimiento informado al paciente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a la estomatitis subprótesis por grupos de edades, se pudo apreciar que el grupo de mayores de 60 años fue el más afectados con 18 pacientes para un 45,0 %, seguido del grupo de 50 a 59 años con un 30,0 %. En relación con el sexo se observó que de 40 pacientes estudiados 26 fueron del sexo femenino lo que

representó el 65,0 % del total.

Se plantea que el riesgo de presentar estomatitis subprótesis es mayor a partir de la cuarta década de la vida, y en portadores de prótesis completa superior, lo cual predomina en pacientes mayores de 60 años. La edad influye en la aparición de la estomatitis subprótesis, pues la regeneración no es igual en las diferentes etapas de la vida, debido a fenómenos involutivos desencadenados por desintegración fisiológica y morfológica propios de la tercera edad. Estos fenómenos tienden a comprometer la coherencia funcional del organismo y reducen gradualmente la capacidad adaptativa de la mayoría de los órganos y sistemas; por ello los ancianos son más propensos a enfermar que las personas más jóvenes. Sin embargo, algunos autores afirman que no existe relación entre la edad y la estomatitis subprótesis, mientras otros sí consideran que la misma aumenta según avanza la edad.⁸

En Cuba estas lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de avanzada edad y más del 95 % se presentan en personas mayores de 40 años, el promedio de edad al establecer el diagnóstico oscila en los 60 años.⁹

Vinardell Almira¹⁰ plantea en su estudio que el grupo de edad de 60 años o más resulta ser el más representativo; similar a lo referido por Frías-Pérez¹¹, 45 pacientes para un 56,3 % y Cruz-Sixto¹², quien encontró predominio de pacientes del grupo de 60 a 69 años de edad (41,0 %).

Sin embargo, en el estudio realizado por Mojena-Gamboa¹³ en Artemisa no corresponden con la presente investigación, donde la mayor cantidad de afectados pertenecen a grupos de edades menores a los 60 años además, reportó que los pacientes del grupo de edad más joven (35-44 años) quintuplican al más envejecido (55-70 años), aun considerando que este último abarca 6 años más. Otros investigadores cuyos resultados indican la presencia de la enfermedad en grupos de población más jóvenes fue Ávila-Rojas¹⁴, este evidenció predominio en el grupo de 50-69 años con el 45,71 %.

La mayoría de los investigadores plantean que el sexo femenino tiene características propias que pudieran dar una explicación a su predominio. Autores plantean que la mucosa bucal es más fina en las mujeres que en los hombres, por lo que el brote de las bases protésicas puede causar más fácilmente irritación en las zonas chapeables y dar lugar a lesión.¹⁵ De igual forma predominaron las mujeres en la investigación realizada en Chile por Aravena-Varela¹⁶ con un 71,4 %.

Los autores refieren que, se observa en las mujeres un frecuente aumento de la fragilidad capilar a partir de la tercera década de la vida, las alteraciones psicósomáticas, tanto las producidas por el estrés como las que aparecen durante y después del climaterio. Además, las mujeres pueden resultar más propensas debido a que la presencia de osteoporosis incrementaría el riesgo de reabsorción del reborde residual, generando un mayor desajuste protésico.

Al analizar la clasificación clínica de la estomatitis subprótesis en los pacientes según los dos grupos de tratamiento, tanto en el grupo experimental como en el de control predominó la estomatitis subprótesis grado I con un 65,0 % y un 60,0 % respectivamente.

Estos resultados son similares a los reportados por Aravena-Varela¹⁶ que evidenció predominio de la estomatitis subprótesis grado I en ambos grupos de estudio, existiendo en cada grupo 17 pacientes con esta forma clínica.

En la literatura revisada se pudo verificar que en cada grupo de tratamiento las cantidades de pacientes con estomatitis subprótesis grado I y II estaban bastantes homogéneas, sin que exista mucha diferencia entre las

cantidades de cada forma clínica en particular.

Tabla 1: Distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis según hábitos nocivos en ambos grupos de tratamiento.

Hábitos nocivos	Grupo Experimental (20)		Grupo Control (20)		Total (40)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábito de cigarro	9	45,0	8	40,0	17	42,5
Deficiente higiene bucal	12	60,0	14	70,0	26	65,0
Uso continuo de la prótesis	15	75,0	16	80,0	31	77,5
Consumo de alimentos calientes con la prótesis	6	30,0	8	40,0	14	35,0

Fuente: Historia Clínica.

Teniendo en cuenta la presencia de hábitos nocivos, el uso continuo de prótesis, constituye el principal factor de riesgo en la aparición de la enfermedad tanto en los pacientes del grupo experimental como de control siendo los porcentajes del 75,0 % y 80,0 % respectivamente, seguido por la deficiente higiene bucal con 60,0 % en el grupo experimental y un 70,0 % en el grupo control. En general, en los 40 pacientes estudiados, estos fueron los hábitos nocivos más frecuentes.

Se debe destacar que dentro de los hábitos nocivos que inciden en su aparición, se encuentran el uso continuo y la higiene bucal deficiente. Por ello, es importante enfatizar en el cumplimiento de las indicaciones de uso, higiene y cuidado del aparato protésico.

González Beriau y col.¹⁷ en su investigación concluyeron que de los pacientes afectados el 86,9% presentaba uso continuo de las prótesis y el 57,4% higiene bucal deficiente. Investigaciones realizadas por Jiménez López y col.¹⁸ coinciden con los resultados del presente estudio donde se observó que los hábitos nocivos más frecuentes son higiene bucal deficiente, uso continuo de la prótesis y fumar.

Los autores refieren que, se ha demostrado que la mala higiene y el uso continuo de la prótesis provocan la degeneración de las glándulas salivales palatinas y disminución de la secreción de saliva, lo que predispone al acumulo de placa microbiana y a su vez provoca un descenso en el pH. Todos estos factores mecánicos y químicos se conjugan y dan origen gradualmente a las lesiones.

En estudio realizado por Frías Pérez y col.¹¹ se demostró que el uso continuo de prótesis fue el principal factor de riesgo tanto en los pacientes afectados por estomatitis subprótesis grado I como grado II, lo que representó el 73,5% y 88,3% respectivamente, seguido del hábito de fumar para un 21,25% en los pacientes grado I y 35% en los pacientes grado II.

Por otro lado, Castillo Betancourt y col.¹⁹ determinaron que, el uso continuo de prótesis, fue el hábito nocivo más frecuente tanto en los pacientes afectados por estomatitis subprótesis grado I como grado II siendo los porcentajes el 73,5% y 88,3% respectivamente, seguido por consumo de alimentos calientes (44,1%) en los pacientes grado I, y fumar (85,3%) en los pacientes grado II. Si tenemos en cuenta el total de la muestra, la mayor prevalencia la encontramos en los pacientes que presentan uso continuo de la prótesis (80,9%) seguido por el hábito de fumar 60,3%.

Tabla 2: Distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis según tiempo de curación en ambos grupos de tratamiento.

Tiempo de curación	Grupo Experimental	Grupo Control
--------------------	--------------------	---------------

(días)	No.	%	No.	%
1-3	--	-	--	--
4-6	8	40,0	--	--
7-9	9	45,0	4	20,0
10-12	3	15,0	11	55,0
13-15	--	--	5	25,0
Total	20	100	20	100
X² = 19,49; p=0,000				

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 2 podemos apreciar como en los pacientes del grupo control que se aplicó la nistatina la media de días en el que la mucosa alcanzó la normalidad fue de 10 a 12 días (55,0 %). Solo el 20,0 % lo logró entre 7 y 9 días y ningún paciente logro su curación durante la primera semana de tratamiento. Sin embargo, en el grupo de pacientes del grupo experimental a los que se aplicó oleozón tópico la media fue de 7 a 9 días de evolución del tratamiento (45,0 %), seguido por el grupo de 4 a 6 días que lograron la normalidad en la mucosa palatina en un 40,0 %. El 85,0 % de los pacientes del grupo de estudio curaron antes de los 10 días de aplicación del tratamiento con oleozón tópico. La distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis en ambos grupos de tratamiento mostró diferencias significativas según tiempo de curación.

Ambas terapias fueron igual de efectivas, lo que el oleozón presentó un tiempo de respuesta terapéutica menor que el tratamiento con nistatina, aunque estos resultados varían con respecto a otras investigaciones analizadas.

Los resultados son similares a los encontrados por Castillo Betancourt y col¹⁹. En los pacientes que se aplicó la nistatina la media de días en el que la mucosa alcanzó la normalidad fue de 10 a 12 días (52,9%). Sin embargo, en el grupo de pacientes a los que se aplicó Oleozón la media fue de 7 a 9 días de evolución del tratamiento (44,1%), seguido por el grupo de 4 a 6 días con un 32,4%. El 76,6% de los pacientes del grupo de estudio curaron antes de los 10 días de aplicación.

En estudios similares ^{10, 11, 13} a más de la mitad de los pacientes a los que se le aplicó el Oleozón la mucosa alcanzó la normalidad antes de culminar la primera semana de tratamiento siendo más rápida que en aquellos pacientes que se le aplicó tratamiento convencional.

Tabla 3: Distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis grado I y grado II según tiempo de curación en ambos grupos de tratamiento.

Tiempo de curación (días)	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Grado I		Grado II		Grado I		Grado II	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-3	--	-	--	--	--	--	--	--
4-6	7	53,8	1	14,3	--	--	--	--
7-9	6	46,1	3	42,8	4	33,3	--	-
10-12	--	--	3	42,8	8	66,7	3	37,5
13-15	--	--	--	--	--	--	5	62,5
Total	13	100	7	100	12	100	8	100
Grado I: X² = 15,38; p=0,000				Grado II: X² = 8,97; p=0,003				

Fuente: Historia Clínica.

La tabla 3 muestra la distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis grado I y grado II según tiempo

de curación en ambos grupos de tratamiento. Si diferenciamos el tiempo medio de curación teniendo en cuenta la estomatitis subprótesis grado I, el 53,8 % de los pacientes del grupo experimental a los que se le aplicó ozono tuvieron un tiempo medio de curación de 4 a 6 días y el 46,1% alcanzaron la normalidad a los 7 a 9 días. Sin embargo, al aplicar nistatina el mayor número de pacientes curados se obtuvo a partir de los 10 a 12 días de aplicación (66,7 %), solo 4 pacientes (33,3 %) del grupo control logró la curación a los 7 a 9 días. La distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis grado I en ambos grupos de tratamiento mostró diferencias significativas según tiempo de curación.

Al analizar la frecuencia de pacientes curados con estomatitis subprótesis grado II según número de aplicación y medicamento utilizado, se pudo apreciar que de los pacientes a los que se aplicó nistatina el mayor porcentaje de curación (62,5 %) se evidenció de 13 a 15 días de tratamiento. A diferencia, en el grupo de pacientes del grupo experimental a los que se aplicó ozono, en el 42,8 % se logró la normalidad de la mucosa palatina tras 7 a 9 días de tratamiento. Además, el mismo porcentaje de este grupo logro su curación de 10 a 12 días. La distribución de los pacientes con estomatitis subprótesis grado II en ambos grupos de tratamiento mostró diferencias significativas según tiempo de curación.

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de estomatitis subprótesis, las cuales dependen fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, y se muestran mejores resultados en los pacientes con estomatitis subprótesis grado I, como se observó en los resultados de esta investigación.

Similar resultado obtuvo, Vázquez-Vega ⁹ quien mostró que la efectividad máxima del oleozón en casos con estomatitis grado I, fue a los 9 días de aplicación, donde se alcanzó el 93,8 % de curación (15 pacientes). El tratamiento con nistatina a los 9 días alcanzó su máxima efectividad, con el 56,2 % de curación (9 pacientes). De igual forma, el tratamiento con oleozón en pacientes con estomatitis grado II alcanzó su máxima efectividad a los 12 días con 7 pacientes curados para un total de 87,5 % del total (14 pacientes). En cuanto a la nistatina, alcanzó su máxima efectividad a los 15 días, con 8 pacientes curados para un total del 100 % (16 pacientes), y comenzó a brindar resultados favorables a los 12 días.

En estudio realizado por Frías Pérez y col.¹¹ en cuanto al tiempo de curación, según nivel de estomatitis subprótesis, se constató que en los pacientes que se aplicó oleozón el mayor número de pacientes curados se obtuvo entre los 4 a 6 días, lo que representó el 60% de los pacientes con estomatitis subprótesis grado I, y alcanzaron la normalidad de 7 a 9 días el 40% restante. Por su parte, al aplicar nistatina el mayor número de pacientes curados se obtuvo a partir de los 10 a 12 días de tratamiento representado por 14 pacientes para un 70%, el 30% restante del grupo control logro la curación de los 7 a 9 días. Al analizar los pacientes curados con estomatitis subprótesis grado II según tiempo de curación y grupo de tratamiento, se verificó que de los pacientes a los que se aplicó nistatina el mayor porcentaje se evidenció de 13 a 15 días de tratamiento para un 75% representado por 15 pacientes, a diferencia del grupo de pacientes a los que se aplicó oleozón donde se evidenció un mayor grado de recuperación tras 7 a 9 días de tratamiento con un 55% representado por 11 pacientes.

Castillo Betancourt y col.¹⁹ observaron que, el 58,8% de los pacientes con estomatitis subprótesis grado I, tuvieron un tiempo medio de curación con ozono de 4 a 6 días y el 41,2% alcanzaron la normalidad a los 7 a 9 días. Sin embargo, al aplicar nistatina el mayor número de pacientes curados se obtuvo a partir de los 10 a 12 días de aplicación. Además, de los pacientes con estomatitis subprótesis grado II a los que se aplicó nistatina el mayor porcentaje de curación (64,7%) se evidenció de 13 a 15 días de tratamiento. A diferencia, en el grupo de pacientes a los que se aplicó ozono, en el 47,1% se logró la normalidad de la mucosa palatina tras

7 a 9 días de tratamiento.

Por otro lado, Vinardell Almira¹⁰, en el grupo diagnosticado con Estomatitis subprótesis Grado I al que se le aplicó el oleozón como tratamiento, entre el cuarto y sexto días de evolución 50,0 % de los pacientes no presentaba signos ni síntomas, concluyendo el tratamiento a los 12 días desde la primera aplicación. En el grupo al que se le aplicó el tratamiento convencional el tiempo de curación fue de 15 días. Según el tiempo de curación de la Estomatitis subprótesis Grado II entre ambos medicamentos, mostró una mayor curación de las lesiones en el grupo tratado con oleozón, con 13,2 % de los pacientes curados entre el cuarto y sexto días; y solo 7,9 % necesitaron 15 días para sanar por completo.

Los resultados obtenidos por Mojena-Gamboa¹³ muestran que en los pacientes de grado I fue necesario solamente una aplicación para al cuarto día de tratamiento obtener curación en 14,8 % de los pacientes, algo no logrado en aquellos de grado II, donde fue necesario de dos a tres aplicaciones para que en igual período dos individuos sanaran; de hecho, ninguno de los pacientes con este grado de afectación pudo lograr curación con una sola aplicación, constatándose que 25 % de los casos de este grado necesitó hasta tres aplicaciones diarias hasta el último día de tratamiento.

Téllez-Velázquez²⁰ reportó que en 40,0 % de los pacientes desaparecieron las lesiones en 11-14 días y la estomatitis grado I evolucionó más rápido con 15 pacientes en el período planteado anteriormente (68,2 %) de los recuperados en este plazo y solo dos pacientes tuvieron que tratarse por más de 23 días para sanar completamente.

En comparación de los resultados obtenidos con los alcanzados en diferentes publicaciones, se considera que la ozonoterapia es de gran efectividad en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grados I y II, con un promedio de 7 a 12 días de tratamiento, lo que confirma que minimiza el tiempo de curación y la espera para la rehabilitación protésica de los pacientes.

Tabla 4: Efectividad del tratamiento con oleozón tópico con respecto al tratamiento convencional.

Efectividad del tratamiento	Grupo Experimental		Grupo Control	
	No.	%	No.	%
Alta efectividad	14	70,0	3	15,0
Baja efectividad	6	30,0	17	85,0
Nula efectividad	--	--	--	--
Total	20	100	20	100
	X² = 12,38; p=0,000			

En la tabla 4 se aprecia que, el Oleozón tópico en el 70,0 % de los pacientes del grupo experimental presentó alta efectividad. Sin embargo, el uso de la terapia convencional con nistatina en el grupo control, solamente resultó altamente efectividad en 3 pacientes para un 15,0 %, en el 85,0 % de los pacientes se evaluó de baja efectividad. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la efectividad de ambos tratamientos

Baró Cervantes²¹, constata cómo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la efectividad de ambos tratamientos (p = 0,00374); el Oleozón® oral en el 81,2 % de los pacientes presentó alta efectividad y en el 18,8 % restante alcanzó una mediana efectividad. Sin embargo, el uso de la terapia convencional solamente resultó altamente efectividad en 4 pacientes para un 12,5%, en el 87,5 % de los

pacientes se evaluó de baja efectividad. Considerando estos resultados basados en la total remisión de los síntomas y signos relacionados con el tiempo de evolución de cada paciente, se puede plantear que el tratamiento con Oleozón® oral resultó evaluado de manera general de efectivo en el tratamiento de la estomatitis subprótesis, pues más del 80% de los pacientes presentaron una alta efectividad individual con su uso, facilitando un rápido inicio de la rehabilitación.

Los resultados en cuanto a la efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la estomatitis subprótesis, coinciden con los reportes encontrados en la literatura, los cuales muestran que la efectividad del tratamiento con Oleozón® oral fue muy superior a la del tratamiento convencional o a la de otro producto con el que se comparó.^{9-11, 13, 19}

Se toma partido a favor de lo planteado por Casado-Tamayo²² de que en los momentos actuales y en contraposición con los avances alcanzados en la creación de nuevos medicamentos en el mundo, la utilización de la medicina natural, cobra cada vez más defensores y ejecutores, debido fundamentalmente a las formas naturales de curación y a la carencia de efectos secundarios de estas terapias.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión, la Estomatitis Subprótesis fue más frecuente en los adultos mayores, las féminas, en el maxilar superior, en los pacientes con mal estado de las prótesis, además de ser la estomatitis subprótesis grado I la forma clínica más predominante.

En ambos grupos de tratamiento predominó la estomatitis subprótesis grado 1, los hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis y como hábitos nocivos más frecuentes el uso continuo de prótesis seguido de la deficiente higiene bucal. Indistintamente al grado de la enfermedad, todos los pacientes curaron, no obstante, el uso del Oleozón topico minimizó el tiempo de curación con respecto al tratamiento convencional con nistatina, mostrando una efectividad superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Hernández L Y, de Armas Cándano A, Fuentes Ayala E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Jun [citado 15 Feb 2022]; 15(2): 53-64. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200006&lng=es
2. Gladys Gonzáles G, Plácido Ardanza Z. Rehabilitación Protésica Estomatológica. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana 2017.
3. Al-Dwairi ZN. Prevalence and risk factors associated with denture-related stomatitis in healthy subjects attending a dental teaching hospital in North Jordan. J Dent Assoc. [Internet]. 2017 Apr-May [Citado 15 Feb 2022]; 54(2): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578384>.
4. Noguera GA, Fleitas AT. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Rev Odontol Los Andes [Internet]. 2017 [Citado 15 Feb 2022]; 1(1): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <https://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24811/2/articulo2.pdf>.
5. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly Venezuelan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. [Internet]. 2017 May [Citado 15 Feb 2022]; 13(5): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18449108>.

6. Sciubba JJ. Oral mucosal lesions. In: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al, eds. *Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2016: chap 91. Actualizado 2018.
7. Pereira Cenci T, Del Bel Cury AA, Crielaard W, Ten Cate JM. Review Development of Candida-associated denture stomatitis: new insights. *J Appl Oral Sci*. [Internet]. 2017 Mar-Apr [Citado 15 Feb 2022]; 16(2): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089197>.
8. Campo-Prince OA. Efectividad de la electroacupuntura en estomatitis subprótesis Grado II. *Prog* [internet] 2020 [citado 27 Marz 2023];3(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/250>
9. Vázquez-Vega M, Aguiar-Sanabia R, González-Ramos M, Aguiar-Vázquez R. Estomatitis subprótesis en pacientes del Área VI. Cienfuegos. 2015-16. *Medisur* [Internet]. 2019 [citado 27 Marz 2023]; 17(3):[aprox. 7 p.]Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3739>
10. Vinardell Almira LM, Pérez Garcia LA, Leal Rodríguez MI, Patterson Serrano E, Serrano González. Tratamiento de la estomatitis subprótesis grados I y II mediante la aplicación de la tintura de Propóleo al 10 % y el Oleozón. I Jornada Virtual de Estomatología 2022 Ciego de Ávila. Disponible en: <https://estocavila2021.sld.cu/index.php/estocavila/2022/paper/viewFile/175/18>
11. Frías Pérez AE, Bolaños Fong R, Martí Martínez R, Pérez Suárez MC, Palacio Figueredo AI. Efectividad de la ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en Manzanillo, 2018-2019. *Inmedsur* [Internet]. 2020 [citado 27 Marz 2023]; 3(1): 38-44. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/60>
12. Cruz-Sixto D, Palacios-Sixto AJ, Perdomo-Acosta AD, González-Camejo DC, Sixto-Iglesias MS. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico “Hermanos Cruz”. *Univ Méd Pinareña* [Internet]. 2019 [citado 27 Marz 2023];15(2):242-50. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/595>
13. Mojena-Gamboa D. Oleozón para el tratamiento de estomatitis subprótesis en San Antonio de los Baños. 2016-2018 [Internet]. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología 2020; 2020 [citado 27 Marz 2023]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/rt/metadata/300/0>
14. Ávila-Rojas M, Martínez-Días JC, Laffita-Torres A, Miguel-Cruz PA, Niño-Peña A. Comportamiento clínico-epidemiológico de la estomatitis subprótesis en pacientes de la Clínica René Guzmán, Holguín, Cuba. *CCM* [internet] 2019 [citado 27 Marz 2023]; 23(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3150/1656>
15. Corona-Carpio MH, López-Verdecia CA, Duharte-Escalante A, Ramón-Jimenez R, Tamayo-Hernández Y. Efectividad de la tintura de propóleos al 10 % en pacientes con estomatitis subprótesis. *MEDISAN* [Internet]. 2018 [citado 27 Marz 2023]; 22(9): 1114-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000900863
16. Aravena-Varela VC. Efectividad de la aplicación de técnicas tópicas en el tratamiento de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis. Concepción 2016. [Internet] Concepción: Universidad Andrés Bello; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/3184/a117560>
17. González Beriau Y, Castillo Betancourt EE, Fuguet Boullon JR, Dumenigo Soler A. Oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Congreso Internacional Estomatología 2015. [citado 27

- Marz 2023]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/629>
18. Jiménez López Y, Matos Cantillo DM, Pita Laborí LY, de la Cruz Muguercia M, Matos Cantillo CC. Efectividad del Oleozón® tópico en la estomatitis subprótesis. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 27 Marz 2023]; 97(5): 934-'944. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332018000500934&script=sci_arttext&tlng=pt
 19. Castillo Betancourt E, Otero Casal MP, Pose Rodríguez JM, Yuniel Hernández Blanco J, Castillo Fernández E. Estomatitis subprótesis y efectividad del OLEOZON® en su tratamiento. RCOE [Internet]. 2018 [citado 27 Marz 2023]; 23(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://rcoe.es/articulos/64-estomatitis-subprotesis-y-efectividad-del-oleozon-en-su-tratamiento.pdf>
 20. Téllez-Velázquez YL, Milanés-Sosa Y, Velázquez-Zamora RM, Ramírez-Tamayo M. Uso del Oleozón en la estomatitis subprótesis. MULTIMED [Internet] 2018 [citado 27 Marz 2023]: 22(4): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83614>
 21. Baró Cervantes D. Efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la estomatitis subprótesis [Tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas Ciego De Ávila; 2020.
 22. Casado-Tamayo D, Quezada-Oliva LM, Casado-Méndez PR, Santos-Fonseca RS, Méndez-Jiménez O, Pérez-Villavicencio AM. Efectividad del tratamiento con oleozón versus crema de aloe en la estomatitis subprotésica. AMC [Internet]. Abr 2017 [citado 27 Marz 2023]; 21(2): 202-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000200005&lng=es