

Darlen Díaz Pérez <sup>a</sup>

Morbilidad de las Urgencias Estomatológicas

*Morbidity of Stomatological Emergencies*

*Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 2 núm., 3,  
Septiembre, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 73-91*

*DOI: [10.26820/reciamuc/2.\(3\).septiembre.2018.73-91](https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.(3).septiembre.2018.73-91)*

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 15/05/2018

Aceptado: 20/07/2018

Publicado: 15/09/2018

Correspondencia: [darlendiazperez@gmail.com](mailto:darlendiazperez@gmail.com)

- a. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral; Máster en Atención de Urgencias en Estomatología; Universidad Nacional de Loja. Facultad de la Salud Humana. Carrera de Odontología; [darlendiazperez@gmail.com](mailto:darlendiazperez@gmail.com)

---

## RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal para describir algunos aspectos relacionados con la morbilidad de las afecciones bucales que constituyeron urgencias estomatológicas en los pacientes atendidos en el consultorio odontológico privado, en la ciudad de Loja en el período comprendido entre Septiembre 2015 a junio 2016. El universo de trabajo estuvo definido por todos los pacientes atendidos en el consultorio odontológico en el período establecido para este estudio, la muestra estuvo constituida por el total de pacientes diagnosticados con Urgencias Estomatológicas que fue de 224 pacientes. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: Edad, sexo, tipos de urgencias estomatológicas y factores de riesgos; las cuales fueron recogidas en la historia clínica, el sexo más afectado fue el femenino (56.25%), el grupo de edad de 35-59 años (45.98%) el tipo de urgencia que predominó fueron los procesos pulpares y periapicales (84.82%) y los factores de riesgo que predominaron fueron la higiene bucal deficiente (91.07%) y la dieta cariogénica (87.94%).

**Palabras Claves:** Urgencia Estomatológica, factores de riesgo, procesos Pulpares y Periapicales.

---

## ABSTRACT

A cross-sectional descriptive investigation was carried out to describe some aspects related to the morbidity of the oral affections that constituted stomatological emergencies in the patients attended in the private dental office, in the city of Loja in the period from September 2015 to June 2016. The universe of work was defined by all the patients attended in the dental office in the period established for this study, the sample was constituted by the total of patients diagnosed with Stomatological Emergencies that was 224 patients. The variables that were taken into account were: Age, sex, types of stomatologic urgencies and risk factors; which were collected in the clinical history, the sex most affected was the female (56.25%), the age group of 35-59 years (45.98%) the type of urgency that predominated were the pulp and periapical processes (84.82%) and the risk factors that predominated were the deficient oral hygiene (91.07%) and the cariogenic diet (87.94%).

**Key Words:** Stomatological Urgency, Risk factors, periapical and pulpar process.

## Introducción.

La calidad de los servicios de salud en el mundo actual se ha convertido en motivo de interés para todos los procesos sociales, en busca siempre de la obtención de mejores resultados para la población, al proporcionar el mínimo de riesgos, tanto para el enfermo, como para los profesionales y tecnólogos de la salud; además de un adecuado aprovechamiento de los recursos disponibles para ejecutar las acciones. En la estomatología el objetivo primordial es la prevención, la cual se basa en la educación para la salud, éste es el elemento principal de todas sus acciones, encaminadas a orientar al pueblo sobre lo que debe hacer para mantener una adecuada salud bucal, la cual repercutirá en el estado de salud del organismo en general.

La salud bucal debe considerarse como uno de los factores del bienestar general de la sociedad, por lo cual se justifica la existencia de un sistema de vigilancia en la medida que éste contribuye a conservar la salud general de la comunidad, desde el nivel local hasta el nivel nacional, en que se cumplan los objetivos y actividades que garanticen la salud. (1; 2)

Otras medidas importantes para el control de estas enfermedades llevadas a cabo por lo diferentes organizaciones, instituciones, agencias y gobiernos del área de América Latina y el mundo han sido el tratamiento y/o potabilización del agua de consumo de la población, a través de acciones de desinfección del agua con hipoclorito de calcio y cloro, así como la fluoración de las mismas, producción de dentífricos con flúor y cariostáticos y fluoración de la sal de consumo. Además la implementación de programas de atención a grupos priorizados como niños menores de un año, atención a menores de 19 años, embarazadas, retrasados mentales, impedidos físicos o deficientes discapacitados, etc. (3;4)

---

Otro elemento que no deja de ser importante, lo ha sido la capacitación del personal de la salud pública, con Programas de Superación que van desde los cursos, diplomados y maestrías para el adiestramiento con vista a elevar la competencia y el desempeño de los profesionales de la estomatología y de la salud en general. (5,6)

Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población. (7)

Las afecciones y alteraciones buco dentales son enfermedades que tienen una prevalencia muy alta en la mayoría de la población mundial, que si no se previene y/o detienen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias (amigdalitis, otitis, faringitis, etc.) y otras como fiebre reumática, cardiopatía reumática, valvulopatías, pericarditis, miocarditis, y problemas digestivos por las deficiencias en la masticación, por falta de dientes o alteraciones en la articulación temporomandibular y por maloclusiones. (3,7)

En la medida que las enfermedades bucodentales no se previenen implican tratamientos más complejos y costosos.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra entre los países de alto rango de

---

frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población.

En estudios previos realizados en Nicaragua en niños de 6-12 años de edad se ha obtenido una prevalencia de caries cercana al 75%, así como índices de caries entre 4.36 en dentición temporal y 11.62 en permanentes. (6,8)

En investigaciones realizadas para determinar las causas y factores de riesgo de esta patología en Venezuela se constató que la prevalencia de la misma en la población es aproximadamente del 90%. Otros autores han determinado que los factores predisponentes son: hábitos deficientes de higiene bucal, hábitos alimentarios y cultura en general.

En este país la profesión es uno de los desafíos de mayor trascendencia, por lo que se percibe con claridad que el momento reclama decisiones relacionadas estrictamente con el bienestar de la población. Junto a esto cada área del país tiene problemas propios y originales, donde la política de salud bucal debe conducirnos dentro del programa de descentralización al desarrollo de un modelo práctico regionalizado por niveles de atención enmarcados en la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad. No hay dudas que en Ecuador como en Latinoamérica se han polarizado los servicios de salud dentro de la sociedad, las clases privilegiadas tienen acceso en servicios privados a tratamientos equivalentes a los de las naciones desarrolladas, mientras que el resto de la población depende de centros de salud pública. (9)

Las urgencias estomatológicas son aquellas enfermedades o complicaciones que se presentan agudamente, que de no ser tratadas o de no tomar las medidas rápidas pertinentes

---

presentarán un desenlace fatal para el diente, de ahí la importancia que tiene que el estomatólogo general posea un amplio conocimiento sobre las mismas en lo que a diagnóstico, características y tratamiento se refiere.

El conocimiento preciso de la morbilidad por urgencias estomatológicas es de capital importancia para planificar los recursos necesarios para atenderlas y la docencia y superación de los alumnos y profesionales de la odontología.

Por lo antes expresado nos decidimos a realizar este trabajo con el objetivo de caracterizar la morbilidad por urgencias estomatológicas en un consultorio estomatológico privado.

El objetivo de la presente investigación es analizar y escribir algunos aspectos relacionados con la morbilidad de las afecciones bucales que constituyeron urgencias estomatológicas en los pacientes atendidos en el consultorio odontológico privado, en la ciudad de Loja en el período comprendido entre Septiembre 2015 a junio 2016.

### **Metodología.**

Se realizó una investigación descriptiva transversal para describir algunos aspectos relacionados con la morbilidad de las afecciones bucales que constituyeron urgencias estomatológicas en los pacientes atendidos en el consultorio odontológico de la Dra. Darlen Díaz Pérez ciudad de Loja-Ecuador.

## *Universo y Muestra*

El universo de trabajo estuvo definido por todos los pacientes atendidos en el consultorio odontológico en el período establecido para este estudio, la muestra estuvo constituida por el total de pacientes diagnosticados con Urgencias Estomatológicas que fue de 224 pacientes.

## *Criterios de inclusión*

Pacientes que acudieron a la consulta de Estomatología con una afección que fuera considerada como urgencia estomatológica, de ambos sexos y que dieran su consentimiento para participar en el estudio.

## *Criterios de exclusión*

Pacientes que no dieran su consentimiento para ser incluidos en la muestra pacientes con algún trastorno mental que le impidiera comprender y colaborar con el estudio.

Para la realización de este trabajo se realizó un examen bucal a cada paciente en el sillón dental con buena iluminación e instrumental de diagnóstico, lo cual permitió la confección de la historia clínica individual, Se tuvo en cuenta las variables que a continuación relacionamos, las que fueron vaciada en una planilla de recolección de datos

Para caracterizar la población objeto de estudio se distribuyeron los pacientes por grupos de edad según los criterios señalados por la OSM para realizar el análisis de la situación de salud en Estomatología

*Se tomaron en cuenta los siguientes grupos de edades:*



-0\_18; 19\_34; 35\_59; 60 y más

Por sexo: Según sexo biológico.

Masculino. Femenino.

*Se tuvieron en cuenta las siguientes urgencias estomatológicas:*

Alveolitis: Todos los pacientes que acudieron a las consultas por dolor después de una exodoncia dental.

Procesos pulpares y periapicales. Los cuales aparecieron como diagnóstico en el acápite correspondiente en la historia clínica según criterio del odontólogo que confeccionó la historia clínica o realizó algún tratamiento al paciente.

Traumatismo Dentario: Todos los pacientes que acudieron a la consulta cuyo motivo de consulta fue un trauma dentario.

Pericoronaritis: Todos los pacientes que acudieron a la consulta por dolor y se les diagnosticó una pericoronaritis.

Hemorragias: Todos los pacientes que acudieron a consulta presentando sangramiento de la cavidad bucal.

Hiperestesia dentinal: Todos los pacientes que acudieron a consulta presentando sensibilidad dental.

Se analizaron en cada historia clínica los resultados de la anamnesis, examen clínico, características del dolor descritas y resultados de otros exámenes como la percusión, palpación, y

---

pruebas térmicas. Para describir los factores de riesgo de la población estudiada se realizó un interrogatorio minucioso y un examen de la cavidad bucal; se tuvo en cuenta los siguientes factores

*Higiene Bucal. Se valoró según observación clínica.*

Higiene bucal deficiente: Se identificó clínicamente la higiene bucal deficiente o mala; cuando hay mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, al facilitar el proceso de desmineralización y elevar el riesgo a caries y otras afecciones bucales, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos, presencia de tártaro y materia alba.

Higiene bucal buena: cuando al exámen clínico no hubo placa dentobacteriana, ni caries, ni tártaro, ni materia alba  
Dieta cariogénica: Se tomó para definir dieta cariogénica más de cuatro momentos de ingestión de sacarosa así como contenido de azúcar, la frecuencia y horario de su consumo.

Obturaciones defectuosas. Se valoró su presencia o no

Retracción gingival: Se consideró cuando la encía se encuentra retraída en sentido apical.

Apiñamiento dentario: Dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal, acumulación de placa dentobacteriana.

*Dieta Cariogénica: Se valoró ingestión de alimentos azucarados*

---

Recolección de la información: Para recolectar la información fueron analizadas las historias clínicas y encuestas confeccionadas a cada uno de los pacientes objeto de estudio en su primera visita al consultorio odontológico. Estudiándose detalladamente en cada historia clínica, el motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, examen físico intra y Extra oral, dentograma, diagnóstico establecido por el estomatólogo.

Procesamiento de la información.: Todos estos datos se transcribieron a un registro primario de datos y fueron procesados mediante microcomputadora con el programa Microsoft Office, a través de su Herramienta Microsoft Excel .Los resultados fueron expresados en porcentajes por medio de cuadros. Como medida de resumen para variables cualitativas se utilizaron el porcentaje y los números absolutos.

Análisis y discusión de los resultados. Los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada para su mejor interpretación. Cada uno de los datos analizados, fueron ordenados según su incidencia y discutidos acordes a los criterios implícitos del autor.

# Morbilidad de las Urgencias Estomatológicas

Vol. 2, núm. 3., (2018)

Darlen Díaz Pérez

## Resultados.

*Tabla 1. Pacientes con Urgencias Estomatológicas según sexo y edad*

GRUPOS DE EDAD	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
0-18	4	3.17	2	2.04	6	2.67
19-34	55	43.65	39	39.79	94	41.96
35-59	61	48.41	42	42.85	103	45.98
60 y más	6	7.14	15	15.30	21	9.37
Total	126	56.25	98	43.75	224	100

Fuente: Historias clínicas

*Tabla 2. Tipos de Urgencias Estomatológicas según grupos de edades*

TIPOS DE URGENCIAS	GRUPOS DE EDADES									
	0-18		19-34		35-59		60 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Alveolitis	0	0	16	55.17	13	44.82	0	0	29	12.94
Por traumas dentales	5	55.55	3	33.33	1	11.11	0	0	9	4.01
Hiperestesia dentinal	0	0	17	27.41	27	43.54	18	29.03	62	27.67
Pericoronaritis	0	0	28	100	0	0	0	0	28	12.5
Procesos Pulpares y Periapicales	1	0.52	84	42.21	90	47.36	15	7.89	190	84.82
Hemorragia	1	5.26	4	21.05	11	57.89	3	15.78	19	8.48

Fuente: Historias clínicas

*Tabla 3. Factores de riesgo en pacientes con urgencias estomatológicas según grupos de edades*

FACTORES DE RIESGO	GRUPOS DE EDADES									
	0-18		19-34		35-59		60 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Higiene-bucal deficiente	6	100	80	39.21	97	47.54	21	100	204	91.07
Dieta criogénica	5	2.53	85	43.14	95	48.22	12	6.09	197	87.94
Apiñamiento	2	1.47	54	39.70	72	52.94	8	5.88	136	60.71
Obturaciones defectuosas	1	0.60	63	38.18	91	55.15	10	6.06	165	73.66
Retracción gingival	0	0	26	27.65	49	52.12	19	20.21	94	41.96
Higiene-bucal deficiente	6	100	80	39.21	97	47.54	21	100	204	91.07

**Fuente:** Historias clínicas

### Discusión de los Resultados.

Al analizar la distribución de los pacientes, según edad y sexo en la tabla 1, se aprecia un predominio de los pacientes del sexo femenino aunque no fue muy significativo, las mismas representaron el 56,25% de los casos estudiados y los hombres el 43,75%. El grupo de edad que predominó fue el de 35-59 con 103 pacientes, seguido del grupo de 19-34 años con 94 pacientes representando el 45,98 y el 41,96% respectivamente.

Generalmente las mujeres concurren más a consulta que los hombres en todos los estudios. El predominio en las edades de 19 a 34 años y de 35 a 59 años, está relacionada con el predominio de personas y de las afecciones susceptibles de solicitar atención de urgencia en esas edades.

## Morbilidad de las Urgencias Estomatológicas

Vol. 2, núm. 3., (2018)

Darlen Díaz Pérez

---

En la tabla 2 se analizó los tipos de urgencias estomatológicas según los grupos de edades observándose que los procesos pulpares y periapicales fueron los que más predominaron con 190 pacientes que representó el 84,82%, seguido de las hiperestesia dentinal con 62 que constituyó el 27.67%. Estos resultados se deben a que los procesos pulpares y periapicales tienen como una de las causas fundamentales para su aparición la caries dental, enfermedad que afecta a más del 90% de la población mundial. La hiperestesia Dentinal predominó en el grupo de edades de 35 a 59 y de 60 y más años, esto se debe a que a medida que avanza la edad la retracción gingival se va haciendo mayor por los cambios fisiológicos que van ocurriendo en los tejidos según van envejeciendo, y sobre todo si a esto se añade un cepillado traumático y de manera incorrecta, esta retracción es una de las causas fundamentales para que ocurra la hiperestesia, pues los canalículos dentinarios quedan más expuestos a los estímulos lo que coincide con lo planteado por el Dr. Sotres en su estudio, que la hiperestesia dentinal aumenta considerablemente a medida que aumenta la edad. Los únicos pacientes que presentaron pericoronaritis fueron los comprendidos en el grupo de edad de 19-34 años, este resultado se debe a que es en estas edades el brote de los terceros molares y es en ellos donde con mayor frecuencia ocurre esta afección. Lo que coincide con lo planteado en sus publicaciones por Peltroche-Llacdsahuanca, Reichhart, Schmitt y Lutticken (10,), que este proceso infeccioso es propio de la segunda y tercera década de la vida y ocasionalmente aparece en otras etapas de la vida. Los traumas dentales predominaron en las edades de 0-18 años, lo que se debe a que en estas edades los niños realizan juegos, deportes y se exponen a situaciones propias de su irresponsabilidad que los hacen más propensos a los traumas, lo que coincide con algunos autores que plantean que los traumas suelen producirse en niños y adolescentes más frecuentemente que en el adulto.

---

Los factores de riesgo en pacientes con urgencias estomatológicas según grupos de edades se muestran en la tabla 3, predominó la higiene bucal deficiente en 197 pacientes que representó un 91,07%, seguido de la dieta cariogénica en 197 que constituye el 87,94%, predominando más en el grupo de 35-59 años siendo significativa en los demás grupos de edades, estos resultados pueden deberse a que estos pacientes no habían recibido nunca educación para la salud sobre cómo mantener un correcto cepillado y están acostumbrados a una dieta rica en azúcar y carbohidratos sin conocer la frecuencia y horarios correctos en que se deben ingerir. Se sabe que la higiene deficiente y la dieta rica en azúcar son factores primordiales para que se produzca la caries, pues los microorganismos presentes en la placa dentobacteriana que se forma en la superficie de los dientes y encías cuando el cepillado no es correcto ni tiene la frecuencia adecuada, actúan sobre los restos de alimentos sobre todo los azúcares y carbohidratos en forma sólida y producen ácidos que al entrar en contacto con la superficie de los dientes producen la descalcificación de los mismos y con ello la Caries dental.

Estos resultados se asocian a los de numerosos estudios que confirman que la mala higiene bucal es un riesgo significativo en la caries dental y que se encuentra relacionada con la prevalencia de caries.

La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis. Muchos de los fracasos del control de las 2 grandes enfermedades producidas por la placa bacteriana pueden atribuirse a la higiene inadecuada. Por otra parte la edad de la placa tiene un efecto significativo sobre la producción ácida. Las placas viejas tienen una mayor habilidad para disminuir el pH a partir de soluciones de azúcar que las placas recientemente formadas (11).

## **Morbilidad de las Urgencias Estomatológicas**

Vol. 2, núm. 3., (2018)

Darlen Díaz Pérez

---

Piket plantea que básicamente el inicio y progreso de la lesión requiere de la formación y presencia de la placa dento bacteriana (12) Resultados similares obtuvo Fures,Zickest , 13en su estudio de 92 pacientes con higiene bucal deficiente (85%) tenía caries dental, considerado este factor de riesgo por diferentes autores condicionante o predisponente para la aparición de las mismas.

Diversos estudios confirman que una buena higiene bucal tiene un gran impacto en la futura salud dental por lo que se deben cambiar los hábitos de higiene inadecuados para prevenir las caries. Se recomienda el cepillado dental; si se realiza solamente una vez al día contribuye a la mala higiene bucal y la confirma como un factor de riesgo, pero si su uso es adecuado contribuye a la prevención de caries, particularmente si se utilizan dentífricos fluorados. Los traumas predominaron más en las edades tempranas de la vida pues como ya habíamos explicado ellos son más vulnerables a los mismos desde que comienzan a gatear hasta que llegan a la edad adulta, Los demás factores de riesgos se comportaron con menos frecuencia en todos los grupos de edades.

### **Conclusiones.**

Predominó el sexo femenino, el grupo de edad de 35-59 años, los tipos de Urgencia estomatológica que predominaron fueron los procesos pulpares y periapicales, los factores de riesgo que más influyeron en la aparición de las urgencias estomatológicas fueron la higiene bucal deficiente seguida de la dieta hipercariogénica.



---

## Bibliografía.

1. Pérez Andrés O. Nuevo enfoque de la interpretación del dolor en una pulpitis aguda. *Revista Cubana de Estomatología*.2010.37 (1): 62-66.
2. Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*, Mayo-ago. 2012, vol.36, no.2, p.158-170. ISSN 0034-7507.
3. Colectivo de autores. Guías prácticas clínicas de Caries Dental. Guías Prácticas de Estomatología. Editorial ciencias Médicas. La Habana. 2003.
4. Programa Nacional de Atención Estomatológico Integral a la población. Ciudad de la Habana. Cuba febrero 2012.
5. Gispert Estela, Sistema Pronóstico del riesgo de Caries en encolares de 7-14 años de edad (tesis de especialidad). Ciudad de la Habana. Facultad de Estomatología; 2010.
6. García Barbero G. Patología y terapéutica Dental. Madrid: Editorial Síntesis;1997.Pp.138-147.
7. Cuenca E, Manau C, Sierra L. Manual de Odontología Preventiva. Barcelona: Editorial. Masson; 1991. Pp. 144-5, 153-4.
8. World Health Organization. 2014. Global Oral Data Department of Noncommunicable Diseases Surveillance/ Oral Health. Dental Caries level at 12 years.
9. Lasmery M, Inés P, Daybel R, Heiler F. Urgencias Estomatológicas. Material de apoyo a la docencia. Facultad de Estomatología. ISCM-VC.2011
10. Rodd and F.M Boissonade. Inervation of human tooth pulp in relation to caries and dentition type. *J dent Res* 80(1): 389-393, 20012
11. Andreasen JD. Lesiones traumáticas de los dientes. Edición Revolucionaria. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:21-31.
12. Quiñonez Márquez D. Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol*, Mayo-ago. 2013, vol.37, no.2, p.84-88. ISSN 0034-7507.

13. Siqueira J, Rocas I, Souto R, Uzeda M, Colombo A. Microbiological evaluation of acute periradicular abscesses by DNA-DNA hybridization. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2013; 92(4):451-7.
14. Siqueira J, Rocas I, Oliveira J, Santos K. Molecular detection of black-pigmented bacteria in infections of endodontic origin. *J Endod.* 2013; 27(9):563-6.
15. Colectivo de autores. Guías prácticas de estomatología. Capítulo 2 .Enfermedades pulpares y periapicales La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2013. 76-127.
16. Rodríguez Calzadilla OL. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis facial odontógena. *Acta Odontol Venezolana* 2011; 39(3):25-31.
17. Maccan Filho M, Palombo CR. Alveolitis. Diagnóstico y tratamiento. Centro odontológico virtual[en línea] 2001[fecha de acceso 20 de junio de 2014]. URL
18. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:93-7.
19. Torres Lagares D, Serrera Figallo Ma. A, Romero Ruiz M Ma, Infante Cossio P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL. Alveolitis seca. *Rev Med Oral Patol Oral y Cirug. Bucal* [en línea] 2015 [fecha de acceso 24 abril 2005]; 10 (1): 77-URL disponible en: <http://www.adobe.es/products/acrobat/arupdate.html> 23-Oviedo Montes A, Ramblas Ángeles MP. Guía diagnóstica del dolor orofacial. *Rev ADM* 1994; 51(6):333-8.
20. Filho Maccari M, Palombo CR. Alveolite. Diagnóstico e tratamento [en línea] 2011 [fecha de acceso 20 de enero de 2004]. URL disponible en: <http://mailto:%20covanib.unicamp.br>
21. Martorell Catalayud L, García Mira B, Peñarrocha Diago M. Actualización en el tratamiento del dolor orofacial. *Rev Med Oral* 2014; 9(4):293-9.26-Sosa Rosales, Maritza de la Caridad. El Sistema Nacional de Salud Cubana: Introducción.-p.13-2 En Guías Prácticas de Estomatología.- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2013.- p. 562.
22. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población.- La Habana MINSAP, 2002.- 139p 28-Berini L, Gay Escoda C. Cefaleas y algias faciales por enfermedad maxilofacial, oto-sinusal y ocular. En: Aliaga L, Baños JE, Barutel C de, Molet J, Rodríguez de la Serna A. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona:

- 
23. García Murcia MJ, Peñarosa Diago M. Alveolitis seca; revisión de la literatura y metanálisis. *Rev Actual Odontoestomatol Esp* 1994; 54(437):25-34. 30-Martorell Catalayud L, García Mira B, Peñarrocha Diago M. Actualización en el tratamiento del dolor orofacial. *Rev Med Oral* 2014; 9(4):293-9.
  24. Baeza Martínez DA, Gómez Clavel JF. Etiología, prevención y tratamiento de la alveolitis [en línea] [fecha de acceso 25 de marzo de 2005]. URL disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD051b.htm>
  25. Bravo Serrano R, Orzaiz Villanueva MT, Díaz Marquina A. Edulcorante natural por excelencia. *Alimentaria* 2004; 31(253):25-35.
  26. Rivero Varona T, Martín Reyes O, Cuan Corrales M. Eficacia de la miel en el tratamiento de las alveolitis. *Arch Med Camagüey (Rev Electrónica)* 2009; 3(4).
  27. Lao L, Berman S, Langenberg P, Wong RH, Berman B. Efficacy of chinese acupuncture on postoperative oral surgery pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2015; 79(4):423-8.
  28. Csiszar R. Basic of acupuncture in the oral cavity-oral acupuncture. *Forgov Szemle* 1993; 86(7):233-8.
  29. Jayasuriya A. *Clinical acupuncture*. 16 ed. Sri Lanka: Ed. Medicina Alternativa Internacional, 1999:6-72.