

## [Revista Cubana de Estomatología](#)

versión On-line ISSN 1561-297X

**Rev Cubana Estomatol v.41 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago. 2004**

### Artículos de revisión

Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

### Queilitis. Revisión bibliográfica

[Dra. Eneida García López,1 Antonio O. Blanco Ruiz, 1 Luis Orlando Rodríguez García,2 Delis Reyes Fundora3 y Jorge Sotres Vázquez 3](#)

### Resumen

Se realiza una actualización bibliográfica de la queilitis, en la que se analizan las formas clínicas más generales de su presentación. Se muestran los datos recogidos de mayor interés sobre su sinonimia, clasificación, etiología y patogenia. Se muestran los diferentes métodos terapéuticos utilizados incluyendo la medicina natural y tradicional, la homeopatía y el láser como alternativas de tratamiento.

**Palabras clave:** queilitis, candidiasis, enfermedades generales, tratamientos.

El termino queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras.<sup>1</sup>

Esta lesión de los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la candidiasis.<sup>2</sup> La candidiasis es la micosis más frecuente de la boca que aparece en la infancia, aunque puede atacar a adultos, provocando placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal, que suele acompañarse de inflamación y grietas de las comisuras labiales y de costras en labios.<sup>3</sup>

La queilitis puede evolucionar en pacientes dentados y desdentados, en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo con la saliva, que pudiera deberse a que la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, y parte de la piel próxima a las comisuras, forman un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se macera y se infecta. <sup>1</sup>

Se considera que esta disminución es la causa que con mayor frecuencia provoca la enfermedad, aunque existen otras, como por ejemplo: la moniliasis o candidiasis mencionada anteriormente, que con el advenimiento de los antibióticos y VIH, ha aumentado su frecuencia en adultos;<sup>3</sup> trastornos nutricionales; trastornos hematológicos, en que los cambios en la cavidad bucal con frecuencia son la primera indicación de un trastorno hematológico, sin embargo, no son índices patognomónicos que permiten precisar el carácter de la enfermedad, como en el caso de la anemia secundaria (*Microcetica hepociomica*), que presenta en los casos graves cambios atróficos de la lengua. La combinación de anemia, grietas en las comisuras labiales, enrojecimiento de la lengua y disfagia se conoce con el nombre de Phummer-Vinson. Ocurre principalmente en mujeres y depende de la carencia de hierro y complejo vitamínico B.

Otros autores como *Batista* y *Serrano*<sup>4</sup> exponen las características fundamentales de la neuropatía epidémica que se presentó en Cuba a partir del 1992, y descubren manifestaciones clínicas en el aparato genito-urinario, cardiovascular, neurológico, psíquico y otros. Al descubrir manifestaciones digestivas plantean que en los pacientes estudiados se presentó al nivel de boca estomatitis, glositis (20 %), queilosis (18 %) y en un porcentaje menor, encías sangrantes.

A esta lesión no se le da a veces la importancia requerida, y el paciente se siente motivado para ir a consulta

#### Mi SciELO

 Servicios personalizados

#### Servicios Personalizados

##### Artículo

-  Artículo en XML
-  Referencias del artículo
-  Como citar este artículo
-  Enviar artículo por email

##### Indicadores

 Citado por SciELO

##### Links relacionados

##### Compartir

-       Otros 
-  Otros

 Permalink

por la afectación estética con el consiguiente trastorno en su bienestar social, y no por una preocupación puramente de salud-enfermedad.

Por ser esta lesión predictiva de trastornos de salud y por la frecuencia e importancia que le conferimos en nuestra especialidad, nos motivamos a realizar esta revisión bibliográfica, con el objetivo de actualizar conocimientos sobre la misma.

## Objetivos

1. Describir las formas clínicas más comunes de presentación en la queilitis.
2. Describir los diferentes métodos terapéuticos para el tratamiento de la queilitis.

## Desarrollo

*Sinonimia:*

- Boquera.1
- Candidiasis angular.2
- Estomatitis angular.1,5
- Estomatitis comisural.1,2,5,6
- Perlada.7
- Perleche.8,9
- Queilitis. 10,11
- Queilitis angular. 2,6,8,12
- Queilitis comisural.1,13
- Queilosis. 10,11

## Clasificación y formas clínicas

Generalmente la queilitis se encuentra para su estudio dentro de la clasificación de la candidiasis, porque aparece frecuentemente asociada con la lesión. De forma esporádica, aparecen clasificaciones que designen solo la inflamación de la comisura.

En los trabajos de *Santana*,9,14 en la clasificación sobre *Candida albicans*, aparece de la siguiente forma:

- Candidiasis seudomembranosa aguda.
- Candidiasis hiperplásica crónica.
- Perleche (queilitis angular).
- Granuloma crónico moniliásico.

La clasificación clínica de la candidiasis según el Centro de Colaboración de Manifestaciones Bucales de la infección por el VIH2 perteneciente a la OMS, es la siguiente:

- Eritematosa.
- Hiperplásica.
- Seudomembranosa.
- Queilitis angular (estomatitis comisural).

En la clasificación en que aparece como lesiones micóticas asociadas a otras lesiones se plantea:2

- Queilitis angular.
- Glositis romboidal media.
- Estomatitis por prótesis.

Si tenemos en cuenta que la queilitis es el estado inflamatorio de la mucosa al nivel del ángulo labial, podemos nombrar otras clasificaciones:

*Dechaume* y colaboradores plantean:7

- Queilitis mucosa aguda y crónica.
- Queilitis microbiana impetigenosa y estreptocócica: aguda y crónica.
- Queilitis de contacto; puede ser labial, queilitis o dermatitis por pasta dentrífica, o queilitis alimentaria.
- Queilitis comisural (perleche).

Además menciona las llamadas queilitis glandulares y las macroqueilitis.

## Patogenia y etiología

Los factores causales y conocidos son diversos, aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, pero puede obedecer a trastornos y enfermedades generales. Se considera que la disminución de la dimensión

vertical oclusiva es la causa más frecuente de la queilitis, y en especial de la queilitis angular.<sup>1,5,7</sup> Esta disminución de la altura facial facilita la formación de pliegues laterales profundos que son bañados con saliva de forma constante, lo que crea un ambiente de humedad propicio para la colonización por *Candida*, lesión característica que se manifiesta como fisuras profundas y dolorosas cubiertas por una membrana blanquecina.<sup>1,5,6,11</sup>

Otros autores asocian la presencia de queilitis con estados inmunodeprimidos, carencia de alimentos o vitaminas.

*Saizar* plantea como causa de queilitis angular, la dimensión vertical disminuida y mordidas bajas en pacientes dentados.<sup>1</sup> *Stanley* plantea carencia de vitaminas B2 y B6.<sup>8,10,11,13</sup> *Santana* plantea la anemia megaloblástica y déficit de vitaminas B2 y B6.<sup>9</sup> *Dechaume* asocia la queilitis con diabéticos, etílicos cirróticos, asiáticos, inmunodepresión.<sup>7,15</sup> *Reichart* plantea la presencia de queilitis en diabetes, estados inmunodeprimidos, SIDA y disminución de la dimensión vertical.<sup>5</sup>

Agrupando los diferentes criterios, para facilitar su estudio, las queilitis pueden ser producidas por:

#### *Factores generales:*

- Trastornos nutricionales.
- Alteraciones endocrinas (diabetes).
- Anemias.
- Carencias vitamínicas.
- Defectos de inmunidad.
- Tratamientos citotóxicos o inmunosupresores.
- Etílicos cirróticos.
- Infancia, vejez.

#### *Factores locales:*

- Disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y en desdentados totales o parciales, rehabilitados o no.
- Irritantes (sustancias químicas).
- Hipersensibilidad.
- Hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.

### **Cuadro clínico**

Tipos de queilitis:

#### *Queilitis mucosa:*

Aguda: aparece en la semimucosa labial (zona de Klein). Se presenta como enrojecimiento, vesículas, edemas y costras.

Crónica: eritema, escamas, o fisuras dolorosas.

#### *Queilitis microbianas:*

- Queilitis impetiginosa: es frecuente en niños convalecientes de una enfermedad infecciosa o relacionada con un impétigo cutáneo (de cara), donde el contagio se produce por propagación directa de la piel a la mucosa. Esta queilitis es más acentuada en el labio inferior.
- Queilitis estreptocócica aguda: se inicia con estado febril, hay enrojecimiento, edema y después costras y adenitis. El punto de partida puede ser una infección dentaria (gingivitis o periodontitis).
- Queilitis estreptocócica crónica: las manifestaciones son escamas gruesas, que se presentan bilateralmente como erosión epidérmica en abanico de color rosa oscuro, húmeda y sembrada de pequeñas costras, a veces ayudada por factores sobreañadidos como carencia por hambre o vitamínicos favorecen la combinación con una candidiasis y tic de los labios (mordisqueo de los labios o incluso succión del pulgar o de sábanas del niño).

#### *Queilitis de contacto:*

- Queilitis del lápiz de labios: aparece bruscamente después de una o más aplicaciones de un agente, se inicia una reacción inflamatoria en el labio por mecanismos de hipersensibilidad. La exposición adicional al agente sensibilizante en concentraciones suficientes conduce dentro de un plazo de 24 a 48 horas a una reacción clínica o eritematosa. <sup>7,13</sup> Se inicia con sensación de sequedad o quemazón en los labios con eritema. Esta queilitis puede infectarse secundariamente con estreptococo, que provoca un edema más intenso y la formación de fisuras en los labios y en la comisura, acompañados de adenopatías

submaxilares o submentonianas. Su etiología se le adjudica a colorantes (eosina, eritrosina), perfumes, excipientes (cuerpos grasos, cera blanca, manteca de cacao).

- Queilitis por pasta dentrífica: presenta las mismas características que la queilitis anterior y se le atribuye a sustancias como hexilresorainol, solución de formaldehído, timol, etc.; también puede aparecer con enjuagues o coluturios.
- Queilitis alimentaria: se presenta después de la ingestión de ciertos alimentos o bebidas (alcoholes, especias, berros, higos frescos, etc.). También estas sustancias pueden estar contenidas en los alimentos como preservadores. En estas queilitis, para su diagnóstico, debemos cumplir los siguientes criterios:14

1. La queilitis debe tener características clínicas consistentes con la alergia de contacto.
2. Los cambios deben resolverse rápidamente al retirarse el alérgeno.
3. Al renovarse el contacto con el alérgeno los signos de la reacción reaparecerán en pocas horas.7,13

#### *Queilitis solares-lusitis solares labiales:*

Personas sensibles a la acción del sol o de la luz artificial padecen de esta enfermedad. Esta fragilidad, a veces familiar, existe ya desde edades tempranas. Constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la mucosa o la submucosa del labio asegurado por una exagerada exposición a este elemento físico. Se inicia por un eritema seguido de un edema, formación de vesículas en el espacio de algunas horas, los labios se vuelven rojos, tensos y dolorosos. Al protegense contra el sol, la inflamación se remite en el curso de 8 a 15 días, y cura después de una decamación fina.7,13

#### *Queilosis: (queilitis comisural, queilitis angular, estomatitis comisural, estomatitis angular):*

Es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*.1,10 Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras.1 La lesión del pliegue final del labio en un ambiente de humedad propicio para la colonización de la *Candida*, forma una membrana blanquecina, 10,16 que al limpiarla con una gasa deja un fondo nacarado y brillante.

La estomatitis angular11 es, sin embargo, un signo característico particular de la candidiasis y es común a todas las múltiples variantes de la enfermedad,13 puede ser bilateral y se asienta en las comisuras bajo la forma de erosión epidérmica en abanico, es muy rebelde y sujeta a recidivas incesantes,15 involucra el fisuramiento y ruptura de los ángulos de la boca.14 Es frecuente y se observa en niños diabéticos, etílicos cirróticos, en personas con pérdida de dimensión vertical y en pacientes con carencia de vitaminas del complejo B. Cuando se produce con carencia de vitaminas se acompaña de glositis, alteraciones cutáneas y oculares, es casi siempre el signo más temprano y característico de la carencia, pero no es manifestación obligada ni patognomónica de arrebóflavinos.10,11 El trastorno comienza con áreas pálidas de las comisuras labiales, con hiperqueratosis epidérmicas e infiltrado inflamatorio dérmico de las comisuras bucales agrietadas, maceradas hemorrágicas e inflamadas.1,10,13 También produce queilosis angular muy similar al déficit de vitamina B2, el déficit de piridoxina (vitamina B6 y B12). 6,13

La estomatitis angular se considera un indicativo típico de anemia. La anemia y la *Candida* están frecuentemente asociadas; en los casos de anemia por déficit de hierro los pacientes presentan una piel pálida, signo que es más obvio en la conjuntiva y en la mucosa bucal. Sus manifestaciones bucales son comunes y muchos pacientes se quejan de sensación de quemazón en la lengua, boca seca, queilitis angular, y rara vez dificultad para tragar; como explicamos antes, resulta frecuente la infección por *Candida*, ya que en esta anemia ocurre un defecto de la inmunidad;13 el estafilococo áureo se encuentra asociado con la *Candida*.5

En el diabético las manifestaciones bucales no son específicas, hay una resistencia reducida a los traumas y la curación es deficiente. Están presentes con frecuencia la queilitis angular y la enfermedad parodontal grave. La crecida susceptibilidad se debe probablemente al elevado contenido de azúcar en los tejidos, que a su vez facilitan el crecimiento de la *Candida*, aunque algunos resultados no avalan esta teoría, porque la proporción de positividad en cultivos de *Candida* en sujetos diabéticos presenta poca diferencia con la población control.12

En los etílicos se presenta la queilitis angular por *Candida albicans*. El alcohol deprime el sistema inmunológico y provoca disturbios en todos los ejes adrenales. En un estudio realizado a alcohólicos en un centro en Minneapolis se encontró que la candidiasis es una complicación común del alcoholismo, a causa de la combinación del alto contenido de azúcares en el alcohol y la incapacidad de los alcohólicos para asimilar nutrientes.

En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes con VIH,12 donde la *Candida* se presenta sola o asociada con el estafilococo áureo. Se presentan otros signos como sensibilidad leve, ardor o ambos. Puede presentarse durante el período inicial y el de VIH progresivo, algunas veces en conjunto con xerostomía. En la etapa pre-SIDA, es común ver queilitis en pacientes con disminución de la dimensión vertical oclusiva o trastornos por avitaminosis B. No es frecuente en pacientes jóvenes.12,17

La queilitis angular se presenta también en la enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado junto con otros signos, como son lengua depapilada de color rojo, disminución del vello axilar y pubiano, y dedos en forma de palillos de tambor.<sup>18</sup>

En el anciano, hay una disminución fisiológica de la producción salival, unido con una serie de condiciones como son la pérdida de la dimensión vertical por el desgaste de sus dientes naturales o por la abrasión de los artificiales, así como la pérdida en ocasiones de sus prótesis que facilita un babeo comisural y una retención salival sobre el área comisural, todo lo cual constituye factores favorables para la formación de queilitis y excelente caldo de cultivo para los hongos. En pacientes sometidos a tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, sobre todo los que son de irradiación de cabeza y cuello, hay afectación de la mucosa bucal y obstrucción de glándulas salivales grandes y pequeñas dando lugar a xerostomía, lo que facilita la invasión por hongos y *Candida albicans* que puede presentarse en forma de queilitis angular.

## Tratamiento

Como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento es en ocasiones complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza el tratamiento local.<sup>14,19</sup>

- Queilitis microbiana: se plantea en estos casos la utilización de antisépticos (crema Dalibour) y antibióticos locales como Neomicina y Aureomicina.
- Queilitis por contacto: detectar el elemento causal (sustancia química) es difícil en ocasiones, pero la primera medida es la supresión del cuerpo nocivo, antihistamínicos en caso de que lo requiera, aplicación de linimentos oleocalcáreos o cold cream y/o crema de Ictiol.
- Queilitis solar: evitar en esta etapa la acción directa del sol.
- Queilitis angular: el tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes, si hay candidiasis se utilizan antifúngicos locales y en dependencia de la etiología se puede administrar hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica. Puede realizarse control de factores predisponentes y rehabilitación práctica con el restablecimiento de la dimensión vertical oclusiva.

*Agentes tópicos:* los agentes tópicos incluyen nistatina en tabletas para chupar (1 ó 2 pastillas disueltas en la boca 4 ó 5 veces al día.

- Clotrimazol oral y nistatina suspensión oral; por su alto contenido de azúcar y el corto tiempo de contacto con la mucosa oral, lo hace menos efectivo.<sup>14</sup>
- Crema o ungüento de Nistatina, Clotrimazol, Ketoconazol, una de ellas 3 ó 4 veces al día durante 5 días.<sup>14,20</sup>
- En los pacientes con VIH cuando las lesiones recidivan pueden ser tratados con Ketoconazol oral (entre 200 y 400 mg al día).
- Otros medicamentos utilizados son Straconazol y Flucanól en dosis de 200 mg/día, los que permiten un rápido alivio de los síntomas.
- Soluciones orales de Anfotericina B en concentración de 0,1 mg/mL enjuagatorios 3 ó 4 veces al día.
- Buches alcalinos: agua bicarbonatada
- Gluconato de clorexidina al 0,2 %

En pacientes que utilizan rehabilitaciones protésicas, se aconseja combinar los enjuagatorios y lavado de la prótesis con solución de gluconato de clorexidina con la aplicación en la lesión de cremas. Pueden realizar también enjuagatorios con hipoclorito de sodio o también agua bicarbonatada.<sup>12,15,19</sup>

## Medicina natural y tradicional

- Salvia de castilla crema: acción antiinflamatoria, antifúngico. Aplicar 2 ó 3 veces al día en la región afectada.
- Manzanilla crema 1: acción antiinflamatoria, antifúngico, antibacteriana. Aplicar 1 a 2 veces al día.
- Propóleo crema con base inerte: acción antifúngico, cicatrizante antiinflamatorio. Aplicar 2 ó 3 veces al día.<sup>18,20</sup>

También se puede utilizar la homeopatía como tratamiento, conocemos de casos tratados con éxito por esta terapéutica, pero creemos que los profesionales homeópatas son los únicos capacitados para emplear diluciones adecuadas en cada caso.

*Láser:* en el tratamiento de la queilitis angular se ha establecido la utilización de láser-terapia, con el equipo Lasermed 101 MD de baja potencia, utilizando su efecto regenerativo o biomodulador y antiinflamatorio que consiste en la reparación hística por el incremento de la multiplicación celular.

La producción de sustancia colágena activa la fosfatasa alcalina y el endotelio vascular, e induce la revitalización de células a partir de las células epiteliales adyacentes a la lesión. También el efecto antiinflamatorio que tiene una acción normalizadora sobre la microcirculación, con incremento del riego sanguíneo, oxígeno y elementos celulares de defensa del tejido afectado. (*Garrigó MI. Procedimientos técnicos para la aplicación de la terapia láser en Estomatología. Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en EGI. Ciudad de La Habana, 2000*).

Se ha utilizado la láser- terapia con los parámetros antiinflamatorios y regenerativos, por lo que este tratamiento se realiza con la presencia de otros tratamientos, en dependencia del origen de la queilitis, como son por ejemplo: antifúngicos, antianémicos, rehabilitaciones protéticas, etc.

#### Dosificación:

Equipo Lasermed 101 MD (*Garrigó MI*, citado anteriormente).

Potencia: 0,8 mw.

Tiempo: 30seg.

Sesiones: 3 a 5 frecuencias diarias.

Técnica de irradiación puntual local: circuncubriendo la lesión.

Láser- puntura: IG4, E 36, B6.

## Discusión

Al analizar los datos obtenidos podemos referir que el término queilitis es el que con más frecuencia aparece en la literatura revisada, pero el más actualizado es *estomatitis comisural*. Este nombre se define o aparece para la lesión relacionada con la candidiasis, mientras que la queilitis involucra la inflamación de las comisuras independientemente de la etiología.

La queilitis es una lesión de indicación de varias enfermedades generales, que forman parte simplemente del dato sugestivo o sugerente de una enfermedad. No es índice patognomónico, aunque siempre suele aparecer en trastornos nutricionales, trastornos hematológicos, candidiasis, y en el VIH; en este último puede presentarse la queilitis asociada solo con candida, o además con el estafilococo áureo.

Los factores causales son diversos, y aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, puede tener otros agentes etiológicos, como son la disminución de la dimensión vertical oclusiva, estados inmunodeprimidos, carencias de vitaminas, irritantes locales, hipersensibilidad, agentes microbianos, hábitos y otros.

Su tratamiento estará en dependencia de su etiología, y como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento en ocasiones es complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza tratamiento local con agentes tópicos, el que se puede combinar con tratamientos orales. En estos tratamientos se pueden incluir los de medicina natural y tradicional y la utilización de láser terapia.

En este trabajo llegamos a las conclusiones siguientes:

- La queilitis angular es la forma clínica más encontrada en nuestra revisión y el término más utilizado junto con el de estomatitis comisural.
- La queilitis puede constituir una manifestación (signo) o aviso de algunas enfermedades generales.
- Se presenta la queilitis angular asociada con la *Candida albicans*, por lo tanto, aparece dentro de la clasificación de esta micosis.
- Se pueden adicionar o utilizar tratamientos alternativos con buenos resultados.

## Summary

A literature review of cheilitis was made in which the most general clinical forms of presentation were analyzed. Interesting data on synonyms, classification, etiology and pathogeny were presented. Various therapeutic methods including herb and traditional medicine, homeopathy and laser technique were offered as treatment options.

*Key words:* cheilitis, candidiasis, general diseases, treatment.

## Referencias bibliográficas

1. Saizar P. Patología paraprotética. En: Prótesis a placa. 6 ed. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica. 1970.p. 757, 764.
2. Rodríguez J, Miranda I, Morejón H. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol 2002;39(2).
3. Glickman S. Cavidad bucal. En: Robbins SL. Tratado de Patología. 3 ed. Ed. La Habana; 1968.p.719,24. (Ed. Revolucionaria).
4. Batista R, Serrano C. Neuropatía epidémica, descripción clínico-patológica y epidemiológica. Trabajo de revisión. Rev Cubana Estomatol 1997;13 (3).
5. Reichart, PA. Candidiasis. Especialidades. Medicina Oral. Odontocat, Agosto; 2001.

6. Santana IC. Principales enfermedades infecciosas. En: Infección por VIH en el complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2000.p. 73 - 87.
7. Dechaume M, Grellet M, Laudenbach P, Payen I. Enfermedades de los labios, encías, paladar, cielo de boca y lengua. Otras enfermedades. En: Estomatología. La Habana; 1985.p. 50-4.
8. Carranza FA. Infecciones agudas de la candidiasis bucal. En: Periodontología clínica de Glickman. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1983.p.148-50, 700-01.
9. Santana IC. Principales enfermedades infecciosas generales con complicaciones bucales. En: Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.p.137-9.
10. Robbins SL. Enfermedades carenciales. En: Tratado de Patología. 3 ed. La Habana; 1968.p. 402,73.(Edición Revolucionaria).
11. \_\_\_\_\_. Patología estructural y funcional. México DF. Ed. Interamericana; 1975.p.609-11.
12. Morán E, Ferreiro, A. La candidiasis como manifestación bucal en el SIDA. Rev Cubana Estomatol 2001;38(1):25-32.
13. Cohen B, Kramer IR. Enfermedades locales no infecciosas de la mucosa oral. En: Fundamentos Científicos de la Odontología. La Habana; 1981.p. 551-575. (Edición Revolucionaria).
14. Santos MA. Manual de terapéutica antimicrobiana en estomatología. Temas de actualización. Rev Cubana Estomatol 1999;36(2):103-50.
15. Greenspan D, Greenspan IS. Enfermedades micóticas. Manifestaciones orales de la infección por VIH. Rev AIDS Clin Cares 1997;4(9).
16. Shafer NG, Levy BM. Enfermedades de origen microbiano. En: Tratado de Patología Bucal. México DF: Nueva Editorial Interamericana; 1986.p.347-414.
17. López I. Actualización de la candidiasis oral. Rev Arch Odont Estom 1997;13(5):259-72.
18. Frase VJ, Dunagan NC. Antimicrobianos. En: Noudley M, Whelan A. Manual de terapia ética medica. 8 ed. Barcelona: Masson Salvat; 1995.p.293-314.
19. Motta A. Lesiones de la cavidad oral en pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana. Am Board Fam Pract 1997;10:144-67.
20. Vázquez A. Enfermedades inmunoproliferativas del intestino delgado. Rev Cubana Med 1996;35(2).

Recibido: 24 de noviembre de 2003. Aprobado: 2 de febrero de 2004.

Dra. *Eneida García López*. Facultad de Estomatología. Ave. Salvador Allende y calle G, municipio Plaza. Ciudad de La Habana, Cuba.

[1Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológicas. Profesor Asistente del Departamento de Prótesis de la Facultad de Estomatología.](#)

[2Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológicas. Policlínico "13 de Marzo" de Alamar.](#)

[3Especialista de I Grado en Periodoncia. Profesor Asistente del Departamento de Periodoncia de la Facultad de Estomatología.](#)



Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una [Licencia Creative Commons](#)

**Calle 23 # 654 entre D y E, Vedado  
Ciudad de La Habana, CP 10400  
Cuba**



[ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)