
ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Facultad de Estomatología
Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey
Clínica Estomatológica Docente Provincial

ALVEOLITIS. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ACTUALIZACIÓN

Dra. Odalys Martín Reyes,¹ Dra. Magda Lima Álvarez¹ y Dra. María M. Zulueta Izquierdo²

RESUMEN: La alveolitis es la complicación más frecuente de la extracción dentaria. Su frecuencia varía del 1 al 4 % y puede llegar del 20 al 30 % en extracciones de terceros molares mandibulares. Se describen algunos factores de riesgo que aumentan su incidencia, aunque se habla de un origen multifactorial. La clínica y los síntomas subjetivos nos permiten su diagnóstico y clasificación. Para tratar las alveolitis se han utilizado localmente distintos productos para inducir la formación del coágulo: antibióticos, anestésicos, analgésicos y antiinflamatorios, asociados o no con corticoides, analgésicos y antibióticos sistémicos. También la medicina natural y tradicional ocupa un lugar importante en el tratamiento de esta urgencia estomatológica, y se destacan terapéuticas como: la apiterapia, la acupuntura y la ozonoterapia, además tecnologías de avanzada como los *soft láser*.

DeCS: ALVEOLO SECO/complicaciones; ALVEOLO SECO/quimioterapia; EXTRACCION DENTARIA/métodos; FACTORES DE RIESGO; TECNOLOGIA ODONTOLOGICA/métodos.

La alveolitis u osteítis alveolar es una infección reversible y localizada de forma superficial; es de aparición tardía (de 2 a 4 días después de la extracción).¹ *Schwartz* la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo, al no organizarse se desintegra.²

La frecuencia varía entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales,¹⁻³ y puede llegar del 20 al 30 % en terceros molares mandibulares.¹⁻⁵ Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta décadas de la vida.¹

Se describe como la complicación más frecuente de la extracción dental^{5,6} y la causa más común de dolor en el posoperatorio tardío⁷ de las consultas de urgencias.

¹ Estomatóloga General. Instructora de la Facultad de Estomatología del ISCM-Camagüey. Clínica Estomatológica Docente Provincial de Camagüey.

² Estomatóloga General. Asistente de la Facultad de Estomatología del ISCM-Camagüey.

Este artículo tiene el propósito de revisar la literatura más actualizada en cuanto a la etiología, clasificación, diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Etiología

Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso,⁵ se considera como una afección multifactorial.⁴ Definirla es difícil, pero se consideran algunos factores que aumentan su frecuencia como: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes, con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas.^{1,8}

El uso de anestésicos locales y vasoconstrictores compromete la irrigación del alvéolo de extracción. La isquemia ha sido referida como una de las causas fundamentales de alveolitis, aunque se han reportado casos en pacientes a los que se les ha realizado exodoncia bajo anestesia general.⁴

El tabaco también influye en su aparición, al producir la nicotina, vasoconstricción de los vasos periféricos⁶ y después de la exodoncia se suma el efecto mecánico debido a la succión durante la aspiración del humo, que puede determinar un desplazamiento del coágulo.

Los contraceptivos orales son otra posible causa de aparición de las alveolitis, ya que estas hormonas predisponen a la trombosis intravascular, también durante la menstruación, debido a que durante este período existe un pico hormonal.⁴

Un último factor sospechado recientemente es la posible disminución de la capacidad defensiva y regenerativa, por una causa endógena. Se puede hablar en tal

caso de un déficit inmunitario o más genéricamente de la llamada disreactividad hística.⁵

Clasificación y clínica

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores. Se agrupa generalmente en:

- *Alveolitis seca*: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exacerba con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño.
- *Alveolitis húmeda o supurada*: inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado.⁵

Diagnóstico

Se realiza mediante el interrogatorio y el examen clínico y se confirma al pasar una cureta dentro del alvéolo seco y encontrar hueso desnudo con gran sensibilidad⁹ o coágulo necrótico, que al ser irrigado y desplazado, muestra las paredes desnudas e hipersensibles.¹⁰

Tratamiento

Si la alveolitis no se trata remite en 15 a 20 días. Sin embargo, con un adecuado tratamiento médico-quirúrgico disminuye notablemente el intervalo de curación.¹¹

La terapéutica deberá estar encaminada a:

- Eliminar la sintomatología dolorosa.
- Promover la curación de la herida alveolar.

Para el tratamiento, algunos cirujanos utilizan irrigación, anestesia local, curetaje del alvéolo para inducir la formación de otro coágulo, curas locales intraalveolares¹² de sustancias antibióticas,^{13,14} anestésicas, analgésicas o antiinflamatorias para el tratamiento del dolor, que se sustituyen cada 2 a 3 días con una nueva colocación del material en el alvéolo, pero la posibilidad de reacción a un cuerpo extraño ha hecho que tales prácticas caigan en desuso.⁴ Además puede indicarse farmacoterapia con antibióticos, analgésicos poderosos y antihistamínicos, de acuerdo con el criterio del profesional.^{1,5}

Algunos autores contraindican el legrado del alvéolo porque puede retardar la cicatrización y diseminar la infección.^{5,8,11}

Existe multitud de fórmulas y pastas para el tratamiento de las alveolitis, la mayoría llevan eugenol y glicerina asociada con antibióticos, xilocaína o corticoides. Pueden emplearse también preparados magistrales como el bálsamo del Perú y productos comerciales como el "alvogil".⁵

En la actualidad múltiples son los esfuerzos para encontrar terapéuticas eficaces e inocuas para el paciente donde lo natural prevalezca, así por ejemplo se han realizado estudios con apifármacos como el propóleo al 8 % con resultados alentadores,¹⁵ también las propiedades de la miel como antiséptica, analgésica, antiinflamatoria, cicatrizante, antitóxica, germicida y sedante,^{16,17} se han empleado para tratar esta urgencia estomatológica y han reportado beneficios importantes para el paciente.¹⁸

Existe además la tendencia a investigar métodos de origen oriental como la

acupuntura para tratar el dolor posextracción dental^{19,20} por sus efectos terapéuticos,²¹ de gran importancia en el control del dolor. Se reportan estudios que demuestran su eficacia.^{22,23}

El ozono posee numerosas propiedades que lo hacen muy útil en el campo de la medicina. Como vehículos adecuados para la terapéutica con ozono en estomatología se han utilizado los aceites de origen vegetal, el más usado es el aceite de oliva y en nuestro país el aceite de girasol (oleozón), que además de sus ventajas económicas ha pasado satisfactoriamente las pruebas preclínicas de irritabilidad dérmica, ensayos de mutagenicidad y teratogenicidad, y se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de las alveolitis.²⁴

Recordemos finalmente algunos de los métodos físicos que de forma experimental se utilizan en el tratamiento de las alveolitis: electroterapia, rayos ultravioleta, ultrasonido y oxígeno hiperbárico.⁴

Otros de estos métodos físicos que promueven o aceleran el proceso de curación alveolar son los *soft láser*,⁵ y nuestro país cuenta con el equipo Lasermed 101 MD, láser de helio neón, de fabricación cubana, que se utiliza para tratar afecciones en odontología y medicina por sus propiedades, entre las que se destacan: acción analgésica, antiinflamatoria, antibacteriana y estimulante del metabolismo y reparación histica.²⁵

Conclusiones

Contamos con un arsenal terapéutico importante para brindar un adecuado servicio con la máxima calidad a nuestra población; sin embargo, el mejor tratamiento será la prevención con medidas que favorezcan la formación y mantenimiento del coágulo, con el objetivo de conseguir una correcta curación de la herida alveolar.

SUMMARY: Alveolitis is the most frequent complication of tooth extraction. Its frequency varies from 1 to 4 % and may reach 20 to 30 % in extractions of mandibular third molars. Some risk factors increasing its incidence are described, although reference is made to a multifactorial origin. The clinic and the subjective symptoms allow us to make its diagnosis and to classify it. Different products have been used in the treatment of alveolitis to induce clot formation: antibiotics, anesthetics, analgesics and anti-inflammatories associated or not with corticoids, analgesics and systemic antibiotics. Natural and traditional medicine also play an important role in the treatment of this stomatological emergency and therapeutics such as the apiotherapy, the acupuncture, the ozone therapy and state-of-the art technologies as the soft laser are stressed.

Subject headings: **DRY SOCKET/complications; DRY SOCKET/drug therapy; TOOTH EXTRACTION/methods; RISK FACTORS; TECHNOLOGY, DENTAL/methods.**

Referencias bibliográficas

- Dolci E, Gay Escoda C, Arnabat Domínguez J. La prevención de la alveolitis seca. *Rev Eur Odontol Estomatol* 1992;5:261-70.
- Gay Escoda C. *Temas de cirugía bucal*. Barcelona: Editorial Gráficas Signo, 1994;t1:567-82.
- García Murcia MJ, Peñarosa Diago M. Alveolitis seca; revisión de la literatura y metanálisis. *Rev Actual Odontostomatol Esp* 1994;54(437):25-34.
- Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:93-7.
- Amado Montoya PA, Muñoz Suárez DI. Incidencia de la alveolitis después de la extracción de terceros molares mandibulares. *CES Odontol* 1993;6(2):127-31.
- Oviedo Montes A, Ramblas Ángeles MP. Guía diagnóstica del dolor orofacial. *Rev ADM* 1994;51(6):333-8.
- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patología bucal*. 4 ed. México, DF: Nueva Editorial Interamericana, 1993:627-8.
- Egas C. Osteítis alveolar. *Rev Fac Odontol Univ Valparaíso* 1994;1(4):168-72.
- Swanson AE. Prevention of dry socket: an overview. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:131-6.
- Inguanzo Fuentes H, Rodríguez FF, Tellería Valdés A, Cuadra Gutiérrez L. *Temas de cirugía bucal*. La Habana: 1982;t:66-7.
- Berini L, Gay Escoda C. Cefaleas y algias faciales por enfermedad máxilofacial, otosinusal y ocular. En: Aliaga L, Baños JE, Barutel C de, Molet J, Rodríguez de la Serna A. *Tratamiento del dolor: teoría y práctica*. Barcelona: Editorial MCR, 1995:193.
- Peterson J, Indresano A, Marciani R, Roger S. *Principles of oral and maxillo facial surgery*. Philadelphia: Lippincot, 1992:127.
- Marianao RC, Aliveira Ficho OB de, Costa RE da. Irigacao com rifamicina B dietilamina como terapia para alveolite. *Rev Assn Paul Cir Dent* 1994;48(5):1495-7.
- Chacón Daniel C, Sar Franklin. A importancia da "nitrofurazona" in the treatment of alveolar inflammation. *Odontol Med* 1989;16(6):12-3.
- Quintana JC. El uso de la propolina al 8 % en el tratamiento de las alveolitis. Estudio preliminar. *Rev Cubana Estomatol* 1992; 29(2):93-7.
- Pardillo M. Apiterapia: un insecto proveedor de salud. *Av Med* 1996;3(8):30-4.
- Bravo Serrano R, Orzaiz Villanueva MT, Díaz Marquina A. Edulcurante natural por excelencia. *Alimentaria* 1994;31(253):25-35.
- Rivero Varona T, Martín Reyes O, Cuan Corrales M. Eficacia de la miel en el tratamiento de las alveolitis. *Arch Med Camagüey (Rev electrónica)* 1999;3(4).
- 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* 1995;79(4):423-8.
- Csiszar R. Basic of acupuncture in the oral cavity-oral acupuncture. *Forgov Szemle* 1993;86(7):233-8.
- Jayasuriya A. *Clinical acupuncture*. 16 ed. Sri Lanka: Ed. Medicina Alternativa Internacional, 1999:6-72.

22. Lima Álvarez M, Martín Reyes O. Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis. Arch Med Camagüey (Rev electrónica) 1999;3(1).
23. Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Paz Latorre E. Terapia acupuntura vs. alvógil en las alveolitis de la región mandibular. Arch Med Camagüey (Rev electrónica) 1999;3(2).
24. Cruz Guerra O, Menéndez Cepero S, Martínez Jordán ME, Clavera Vázquez T. Aplicación de la ozonoterapia en el tratamiento de las alveolitis. Rev Cubana Estomatol 1997; 34(1):21.
25. Valiente Zaldívar C. Laserterapia en el tratamiento de afecciones odontoestomatológicas. La Habana: Editorial Academia, 1995:2,31-2.

Recibido: 5 de septiembre del 2000. Aprobado: 11 de marzo del 2001.

Dra. *Odalys Martín Reyes*. Facultad de Estomatología del ISCM-Camagüey. Clínica Estomatológica Docente Provincial de Camagüey.