

## Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización

### Alveolitis. Literature review and updating

Dra Odalys Martín Reyes,<sup>I</sup> Dra Magda Lima Alvarez,<sup>I</sup> Dra María M. Zulueta Izquierdo<sup>II</sup>

- I. Estomatólogo General. Profesor Instructor de la Facultad de Estomatología del ISCM- Camagüey, Cuba.
- II. Estomatólogo General. Profesor Asistente de la Facultad de Estomatología del ISCM- Camagüey.

---

#### RESUMEN

La alveolitis es la complicación más frecuente de la extracción dentaria. Su frecuencia varía del 1 al 4 %, pudiendo llegar a un 20-30 % 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 Antinflamatorios, asociados o no a corticoides, analgésicos y antibióticos sistémicos. También la Medicina Natural y Tradicional ocupa un lugar importante en el tratamiento de esta urgencia estomatológica, destacándose terapéuticas como: la apiterapia, la acupuntura y la ozonoterapia, además tecnologías de avanzada como los “ soft láser”.

**DeCS:** ALVEOLO SECO; LITERATURA DE REVISIÓN.

---

#### ABSTRACT

Alveolitis is the most frequent complication of the dental extraction. Its frequency varies from 1 to 4 %, reaching a 20 –30 % in extraction of third mandibular molar. Some risk

factors that increase its incidence are described, although a multifactorial origin is analyzed, Clinic and subjective symptoms make possible its diagnosis and classification . So as to treat alveolitis, some different products have been locally used for inducing clot formation: antibiotics, anesthetics, analgesics, and antinflammatory, associated or not to corticoids, analgesics and systemic antibiotics. Also, Natural and Traditional Medicine plays an important role in the treatment of this dental emergency; presenting therapeutics such as: apitherapy, acupuncture and ozonotherapy; also advanced technologies such as “soft laser”.

**DeCS:** DRY SOCKET; REVIEW LITERATURE.

---

## INTRODUCCIÓN

La alveolitis u osteitis alveolar es una infección reversible y localizada de forma superficial, es de aparición tardía, (2-4 días después de la extracción)<sup>1</sup> *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.<sup>2</sup>

La frecuencia varía entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales,<sup>1-3</sup> pudiendo llegar de un 20-30 % en terceros molares mandibulares.<sup>1-4,5</sup> Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta décadas de la vida.<sup>1</sup>

Se describe como la complicación más frecuente de la extracción dental<sup>5,6</sup> y la causa más común de dolor en el postoperatorio tardío<sup>7</sup> de las consultas de urgencias.

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

## DESARROLLO

### Etiología:

Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cual es la etiología del proceso <sup>5</sup> se considera como una afección multifactorial.<sup>4</sup> 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 .<sup>1,8</sup>

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. <sup>4</sup>

El tabaco también influye en su aparición, al producir la nicotina, vasoconstricción de los vasos periféricos <sup>6</sup> 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. <sup>4</sup>

Un último factor sospechado recientemente es la posible disminución de la capacidad defensiva y regenerativa, debido a una causa endógena. Se puede hablar en tal caso de un déficit inmunitario o más genéricamente de la llamada disreactividad hística. <sup>5</sup>

### Clasificación y clínica:

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores, se agrupan generalmente en:

- **Alveolitis seca:** Alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, 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, puede encontrarse un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suelen ser producidas 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 <sup>5</sup>

### **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 sensibilidad <sup>9</sup> o coágulo necrótico que al ser irrigado y desplazado muestra las paredes desnudas e hipersensibles. <sup>10</sup>

### **Tratamiento:**

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

En general la terapéutica deberá estar encaminada a:

- Eliminar los síntomas dolorosos.
- 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 intralveolares <sup>12</sup> con sustancias antibióticas, <sup>13</sup> anestésicas, analgésicas o antiinflamatorias para el tratamiento del dolor, que se sustituyen cada 2-3 días con una nueva colocación del material en el alvéolo, pero la posibilidad de reacción a cuerpo extraño ha hecho que tales prácticas caigan en desuso. <sup>4</sup> Además puede indicarse farmacoterapia con antibióticos, analgésicos poderosos y antihistamínicos, de acuerdo al criterio del profesional. <sup>1,5</sup>

Algunos autores contraindican el legrado del alvéolo porque puede retardar la cicatrización y diseminar la infección. <sup>5,8,11</sup>

Existen múltiples fórmulas y pastas para el tratamiento de las alveolitis, la mayoría llevan eugenol y glicerina asociadas a antibióticos, xilocaína o corticoides. Pueden emplearse también preparados magistrales como el bálsamo del Perú y productos comerciales como el “alvogil”.<sup>5</sup>

En la actualidad son múltiples los esfuerzos para encontrar terapéuticas eficaces e inocuas para el paciente donde lo natural prevalezca, así por ejemplo se han realizado estudios con plantas medicinales,<sup>14</sup> apifármacos como el propóleo al 8 % con resultados alentadores,<sup>14</sup> también las propiedades de la miel como: antiséptica, analgésica, antiinflamatoria, cicatrizante, antitóxica, germicida y sedante<sup>15,16</sup> han sido empleadas para tratar esta urgencia estomatológica reportando beneficios importantes para el paciente.<sup>17</sup>

Existe además la tendencia a investigar métodos de origen oriental como la acupuntura para tratar el dolor posextracción dental<sup>18,19</sup> por sus efectos terapéuticos<sup>20</sup> de gran importancia en el control del dolor, se reportan estudios que demuestran su eficacia.<sup>21,22</sup>

El ozono posee numerosas propiedades que lo hacen muy útil en el campo de la medicina. Como vehículos adecuados para 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.<sup>23</sup>

Recordemos finalmente algunos de los métodos físicos que de forma experimental se utilizan en el tratamiento de las alveolitis: Electroterapia, rayos ultravioletas, ultrasonidos, oxígeno hiperbárico.<sup>4</sup>

Otros de estos métodos físicos que promueven o aceleran el proceso de curación alveolar son los “soft láser”,<sup>5</sup> 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 tisular.<sup>24</sup>

## 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 para conseguir una correcta curación de la herida alveolar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dolci E, Gay Escoda C, Arnabat Domínguez J. La prevención de la alveolitis seca. Rev Europea Odonto Estomatol. 1992; 5: 261-70 .
2. Gay Escoda C. Temas de cirugía bucal. T1 Barcelona: Editorial Gráficas Signo; 1994. p. 567-82.
3. García Murcia MJ, Peñarosa Diago M. Alveolitis seca; revisión de la literatura y metanálisis. Rev Actual Odontoestomatol Esp. 1994;54 (437):25-34.
4. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992;73:93-7.
5. 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.
6. Oviedo Montes A, Ramblas Angeles MP. Guía diagnóstica del dolor orofacial. Rev ADM. 1994; 51(6):333-8.
7. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Cicatrización de las lesiones bucales. En su: Tratado de patología bucal, 4<sup>ta</sup> ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000:627-8.
8. Egas C. Osteitis alveolar. Rev Odontol Univ Valparaiso. 1994;1(4):168-72.
9. Swanson AE. Prevention of dry socket: an overview. Oral Surg. 1990;70:131-6.
10. Inguanzo Fuentes H, Rodríguez FF, Tellería Valdés A, Cuadra Gutiérrez L. Temas de Cirugía Bucal. T2. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1982. p.66-7.
11. Berini L, Gay Escoda C. Cefaleas y algias faciales por enfermedad máxilo-facial, 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.
12. Peterson J, Indresano A, Marciani R, Roger S. Principles of oral and maxillo facial surgery. Philadelphia: Lippincot; 1992. p.127.
13. Mariano RC, Aliveira Ficho OB, Costa RE. Irigacao com rifamicina B dietilamina como terapia para alveolite. Rev Assn Paul Cir Dent. 1994;48(5):1495-7.
14. Melo Junior EJM, Raposo MJ, Sant Ana AEG, Lisboa Neto J, Diniz M. Estudio de

- plantas medicinales con actividad antimicrobiana sobre microorganismos presentes en la alveolitis. Rev ABO Nac. 2000; 8(4): 220-6.
15. Quintana JC. El uso de la propolisa al 8 % en el tratamiento de las alveolitis. Estudio preliminar. Rev Cubana Estomatol. 1992;29(2):93-7.
  16. Pardillo M. Apiterapia: un insecto proveedor de salud. Av Med Cuba. 1996;3(8):30-4.
  17. Bravo Serrano R, Orzaiz Villanueva MT, Díaz Marquina A. Edulcorante natural por excelencia. Alimentaria. 1994;31(253):25-8.
  18. Rivero Varona T, Martín Reyes O, Cuan Corrales M. Eficacia de la miel en el tratamiento de las alveolitis. Archivo Médico de Camagüey. 1999;3(4):3.
  19. Lao L, Berman S, Langenberg P, Wong RH, Berman B. Efficacy of chinese acupuncture on postoperative oral surgery pain. Oral Surg. 1995;79(4):423-8.
  20. Csiszar R. Basic of acupuncture in the oral cavity-oral acupuncture. Forgov Szemle. 1993;86(7):233-8.
  21. Jayasuriya A. Clinical acupuncture, 16 ed. Sri Lanka: Ed Medicina Alternativa Internacional [199-]: 6-72.
  22. Lima Alvarez M, Martín Reyes O. Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis. Archivo Médico de Camagüey. 1999;3(1):7.
  23. Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Paz Latorre E. Terapia acupuntural vs alvogil en las alveolitis de la región mandibular. Archivo Médico de Camagüey. 1999;3(2):9.
  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 Zaldivar C. Laserterapia en el tratamiento de afecciones odontoestomatológicas. La Habana: Editorial Academia; 1995. p.2,31-2.

**Recibido:** 21/8/2002

**Aprobado:** 14/1/2003

*Dra Odalys Martín Reyes.* Estomatólogo General. Profesor Instructor de la Facultad de Estomatología del ISCM- Camagüey, Cuba.