

Incidencia de la alveolitis

Incidence of the alveolitis

Dr. Isidro de Jesús Nápoles González ^I; Dra. Xiomara Bárbara Batista Zaldívar ^{II}; Dr. Oscar Rivero Pérez ^{III}; Dra. Silvia María Díaz Gómez ^I; Dra. Neyda Fernández Frach ^{IV}

I. Clínica Estomatológica Centro. Camagüey, Cuba.

II. Centro de Asistencia Médica. Holguín, Cuba.

III. Hospital Docente Martín Chan Puga. Nuevitas, Camagüey, Cuba.

IV. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la alveolitis es un estado de infección localizado, donde el alveolo está deshabitado o contiene restos de coágulo necrótico y la asocian con mayor frecuencia a las extracciones difíciles y traumáticas, exceso de anestesia local, estado general, factores bacterianos y otras.

Objetivo: determinar la incidencia de la alveolitis en la clínica Las Margaritas.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo en la clínica Las Margaritas, municipio Carirubana, estado Falcón, Venezuela desde enero de 2005 a agosto de 2006. El universo del estudio estuvo constituido por la totalidad de los pacientes a los que se les realizaron exodoncias y la muestra por 76 pacientes que se presentaron con alveolitis y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Las variables estudiadas en la investigación fueron la edad y el sexo, zonas afectadas, tipo de alveolitis y tiempo de aparición.

Resultados: el sexo más afectado fue el femenino con 46 pacientes para el 60, 5 %, y los masculinos con 39, 5 %. En cuanto a la edad esta afección prevaleció más en el grupo de de 35 a 44 años de los cuales 19 pertenecieron al sexo femenino, en el masculino predominó el grupo de 45 a 54 años con 13 enfermos.

Conclusiones: la zona dentaria con mayor incidencia fue la mandíbula, en la zona de molares con 37 casos, seguida de la de premolares con 20 alveolitis, en la arcada superior solo se presentaron 17 pacientes, en los incisivos y caninos no se encontró gran incidencia de esta infección.

DeCS: Alveolo seco/epidemiología

ABSTRACT

Background: the alveolitis is a located infection state, where the alveolus is uninhabited or it contains remains of necrotic coagulum and associate it with more frequency to the difficult and traumatic extractions, excess of local anesthesia, general state, bacterial factors and others.

Objective: to determine the incidence of the aveolitis in Las Margaritas clinic.

Method: an observational, descriptive, longitudinal and prospective study in Las Margaritas clinic, Carirubana municipality, Falcon state, Venezuela was performed, from January 2005 to August 2006. The universe of the study was constituted by the totality of patients to whom exodontias were carried out and the sample by 76 patients that showed up alveolitis and completed the inclusion and exclusion criteria. The studied variables in the investigation were age and sex, affected areas, type of alveolitis and apparition time.

Results: the female sex was the most affected with 46 patients for a 60, 5 %, and the masculine one with 39, 5 %. Regarding age this affection prevailed more in the group from 35 to 44 years of which 19 belonged to the female sex, in the masculine one prevailed the group from 45 to 54 years with 13 sick persons.

Conclusions: the dental area with more incidence was the mandible, in the molars area with 37 cases, followed by premolars with 20 alveolitis, in the superior arch just 17 patients showed up, in the incisor and canine tooth it was not found great incidence of this infection.

DeCS: Dry alveolus/epidemiology

INTRODUCCIÓN

La alveolitis se define como un estado de infección localizado, donde el alveolo está deshabitado o contiene restos de coágulo necrótico y la asocian con mayor frecuencia a las extracciones difíciles y traumáticas, exceso de anestesia local, estado general, factores bacterianos y otras.¹⁻³

La frecuencia de aparición de la alveolitis se ha referido en un margen muy amplio, varía entre el 1 y 4 % de todos los casos y generalmente se acepta que la mayor incidencia acontece tras la extracción de terceros molares retenidos en la que la aparición de esta complicación se tasa de un 20 al 30 % de las extracciones dentales.⁴⁻⁶

La causa de la alveolitis es multifactorial. Se plantea que algunos factores aumentan su frecuencia como el aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, elevación de la temperatura del hueso debido al uso sin medida de las fresas, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, quistes, granulomas, localización de la extracción y la saliva.⁶⁻⁸

Se conocen múltiples denominaciones, se pueden citar: alvéolo seco, alvéolo vacío, alvéolo infectado, alvéolo necrótico, alveolitis dolorosa, alveolitis fibrinolítica, osteomielitis localizada y alveolalgia. ⁹⁻¹³

Prevenir es el mejor tratamiento de la alveolitis. Cuando se desarrolla, su tratamiento debe ser paliativo, se curetea suavemente el alveolo, se irriga para eliminar todos los detritos y se coloca apósito analgésico y antiséptico. En los últimos años la medicina natural se ha ganado un lugar relevante en la terapéutica de múltiples enfermedades y en la alveolitis se han utilizado con grandes logros. ¹⁴⁻⁶

El objetivo del estudio es determinar la incidencia de la alveolitis en la clínica Las Margaritas, municipio Carirubana, estado Falcón, Venezuela.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo en la clínica Las Margaritas, municipio Carirubana, estado Falcón, Venezuela desde enero de 2005 a agosto de 2006 con el objetivo de conocer la incidencia de la alveolitis.

El universo del estudio estuvo constituido por la totalidad de los pacientes que se les realizaron exodoncias y la muestra por 76 pacientes que se presentaron con alveolitis y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Las variables estudiadas en la investigación fueron edad, sexo, zonas afectadas, tipo de alveolitis y tiempo de aparición.

Los datos fueron procesados en una computadora CELERON mediante estadística simple, con distribución de frecuencia y por cientos.

RESULTADOS

Con respecto al sexo, el femenino con 46 pacientes para el 60, 5 % se vio más afectado que el masculino con 30, 5 %. En cuanto a la edad esta afección prevaleció más en el grupo de edades de 35 a 44 años con un 36, 9 %, de los cuales 19 pertenecieron al sexo femenino, en el masculino predominó el grupo de 45 a 54 años con 13 enfermos (17, 2 %). Tabla 1

Tabla 1. Pacientes con alveolitis según edad y sexo

Grupo de Edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
15 - 24	3	3,9	3	3,9	6	7,8
25 - 34	14	18,4	4	5,3	18	23,7
45 - 54	8	10,5	13	17,2	21	27,7
55 y más	2	2,6	1	1,3	3	3,9
Total	46	60,5	30	39,5	76	100

Fuente: Formulario

Al relacionar la presencia de la alveolitis según la arcada y la zona dentaria afectada, se encontró mayor incidencia en la mandíbula, en la zona de molares con 37 pacientes para un 48,7 %, seguida de la de premolares con 20 alveolitis lo que representó el 26,3 %; en la arcada superior solo se presentaron 17 pacientes para el 22,3 %, en los incisivos y caninos no se encontró gran incidencia de esta infección. Tabla 2

Tabla 2. Pacientes con alveolitis según zona dentaria afectada y arcada dentaria

Zona afectada	Arcada Dentaria					
	Superior		Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Incisivos	0	0	1	1,3	1	1,3
Caninos	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Premolares	6	7,8	20	26,3	26	34,1
Molares	10	13,2	37	48,7	47	61,9
Total	17	22,3	59	77,6	76	100

Fuente: Formulario

En relación con el tipo de alveolitis y el sexo, se encontró un predominio de la alveolitis seca con un 85, 5 % y de ella el 55, 2 % ocurrió en el sexo femenino. Tabla 3

Tabla 3. Pacientes afectados según tipo de alveolitis y sexo

Tipo de Alveolitis	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Húmeda	7	9,2	4	5,3	11	14,5
Seca	23	30,3	42	55,2	65	85,5
Total	30	39,5	46	60,5	76	100

Fuente: Formulario

Con respecto a la edad y el tipo de alveolitis se constató un predominio de la alveolitis seca en el grupo de edades 35 a 44 años con 25 pacientes para un 32, 9 % seguida de los de 25 a 34 años con un 21, 1 %. Tabla 4

Tabla 4. Pacientes afectados según edad y tipo de alveolitis

Grupo de edades	Tipo de alveolitis					
	Seca		Húmeda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 24	6	7,8	0	0	6	7.8
25 - 34	16	21,1	2	2.6	18	23.7
35 - 44	25	32,9	3	4.0	28	36.9
45 - 54	16	21,1	5	6.6	21	27.7
55 y más	2	2,6	1	1.3	3	3.9
Total	65	85,5	11	14.5	76	100

Fuente: Formulario

Según el tiempo de aparición de los primeros síntomas y el tipo de alveolitis, se encontró que la mayoría de los pacientes presentaron sintomatología entre las 48 y 72 horas con 55 individuos para un 72, 35 % en alveolitis seca y tres enfermos para un 3, 95 % en la alveolitis húmeda. Después de las 72h, sólo se presentaron 15 pacientes para un 19, 73 %, se comportó de manera muy similar tanto para la seca como para la húmeda. Antes de las 48h solo se presentaron tres pacientes para un 3, 94 % de la muestra. Tabla 5

Tabla 5. Pacientes afectados según tiempo de aparición y tipo de alveolitis.

Tiempo de aparición (en horas)	Tipo de de alveolitis					
	Seca		Húmeda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 48	2	2.63	1	1.31	3	3.94
Entre 48 y 72	55	72.35	3	3.95	58	76.30
Más de 72	8	10.52	7	9.21	15	19.73
Total	65	85.5	11	14.5	76	100

DISCUSIÓN

En estudios realizados por Dolci ¹, Amado Montoya ⁶ y Houston ¹⁷ refieren que las mujeres son más propensas a padecer alveolitis después de las extracciones dentarias. Según Blue ¹³ y Larsen, ¹⁸ el sexo femenino es más afectado debido al uso de contraceptivos orales, porque estas hormonas predisponen a la trombosis intravascular.

Autores como Houston ¹⁷ y Amado Montoya ⁶ reportan en sus estudios que la alveolitis es más asidua entre los 20 y 40 años de edad y que su aparición es rara antes los 18 y después de los 50 años. Trabajos investigativos realizados por otros autores plantean un promedio de edad entre 29 años y 33,4 años. ^{19, 20}

La edad avanzada, también ha sido detectada por algunos autores como un factor asociado a tasas mayores de alveolitis, aunque bien es cierto que no siempre ha sido estadísticamente significativo. ²¹

La alveolitis en la mandíbula es tres veces más frecuente que en el maxilar. ¹⁹ Según algunos autores ⁴ asocian esta incidencia al menor aporte sanguíneo mandibular, sobre todo en sectores posterior, pero Blum, ¹³ demuestra que estas impresiones macroscópicas son erróneas y que el área molar inferior es una región muy vascularizada, más aún que la zona dentaria anteroinferior. Sin embargo, podría relacionarse como factor en este caso, la inexperiencia del cirujano, provocando un mayor trauma durante la extracción. ¹⁸

Éste produciría un retraso en la curación alveolar, y puede dar lugar a trombosis de los vasos subyacentes y a una menor resistencia a la infección del hueso alveolar. ⁴

En los estudios de Simón ²⁰ el 75 % de las alveolitis seca se vio principalmente en las mujeres y Torres Lagares ¹¹ detecta mayor incidencia de este tipo de alveolitis asociado con el uso de contraceptivos orales. Se plantea que los estrógenos y otras drogas activarían el sistema fibrinolítico de una forma indirecta aumentando los factores II, VII, VIII, X y el plasminógeno,

favoreciendo a la lisis prematura del coágulo y al desarrollo de la alveolitis seca. Según Blue¹³ las dosis de estrógenos endógenos cambiantes durante el ciclo menstrual también influirían en este sentido, la influencia fibrinolítica de los mismos disminuiría en los días 23 a 28 del ciclo menstrual.

Torres Lagares et al,¹¹ en sus investigaciones plantean que el cuadro de la enfermedad tiene su aparición típica en el segundo o tercer día tras la extracción, y suele durar, ya sea con o sin tratamiento, unos diez o quince días. Dolci et al¹ le dan una aparición más tardía entre el segundo y cuarto día después de la extracción. Es excepcional la aparición de una alveolitis antes del primer día del postoperatorio, pues el coágulo necesita de un tiempo para ser afectado por la plasmina antes de que la desintegración del mismo tenga lugar,¹¹ sin embargo, en el estudio se encontraron tres pacientes con síntomas antes de las 48h, esto pudo estar relacionado con exodoncias traumáticas, aunque este criterio no se recogió en la investigación.

CONCLUSIONES

El grupo de edades más afectado fue de 35 a 44 años, prevaleció en el sexo femenino.

La arcada dentaria más afectada fue la inferior, principalmente en zona de molares y premolares.

El tipo de alveolitis que predominó fue la seca.

La mayoría de los pacientes presentaron sintomatología entre las 48 y 72 horas de realizada la exodoncia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dolci E, Gay Escoda C, Arnabat Domínguez J. La prevención de la Alveolitis seca. Rev Eur Odontol Estomatol 1992; 5:261-70.
2. Martorell Catalayud L, García Mira B, Peñarrocha Diago M. Actualización en el tratamiento del dolor orofacial. Rev Med oral 2004; 9(4): 293 - 9.
3. Gay Escoda C. Temas de cirugía bucal. Barcelona: Editorial Gráficas Signo, 1994; t1:567-82.
4. Sanz M, Herrera D, Martínez A, López JL, Aguirre JM, García MJ, et al. Estudio clínico comparativo de la eficacia de azitromicina frente a amoxicilina/ac clavulánico en el tratamiento de infecciones orales agudas. RCOE 2001; 6: 387-94.
5. Melo Junior, Raposo MJ, Santána AES, Lisboa Neto JA, Dinez MFA. Estudo de plantas medicinae com actividade antimicrobiana sobre microrganismos presentes na alveolite. Rev ABO nac 2000; 8(4):220-5.
6. 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.
7. Mehlich DR. The efficacy of combination analgesic therapy in relieving dental pain. J Am Dent Assoc 2002; 133:861-71.
8. Iruretayuyena M. Alveolitis en la consulta dental. Salud dental para todos [en Internet]. 2003 [citado 21 feb 2004].[aprox. 12 p.]. Disponible en:http://www.sdpt.net/al_realisti.htm

9. Maccan Filho M, Palombo CR. Alveolitis. Diagnóstico y tratamiento. Centro odontológico virtual [en Internet]. 2001 [citado 20 julio 2004]. [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.nv.unicamp.br/cou/artigas7/alveolitis.htm>
10. Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo M. Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. Arch Med Camaguey 2003; 7(2):19.
11. Torres Lagares D, Serrera Figallo MA, Romero Ruíz MM, Infante Cossío P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL. Alveolitis seca: Actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral 2005; 10: 77-85.
12. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.p. 627-8.
13. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management. Int J Oral Maxillofac Surg 2002; 31: 309-17.
14. Tan Suárez N, Hidalgo García CR, Tan Suárez NT, Rodríguez Gutiérrez GM, Fernández Carmenate N. Tratamiento homeopático vs Alvogyl en la alveolitis dental. Arch Med Camaguey 2008; 12 (3): 25.
15. Gómez Porcegué Y, Vilvey Pardo L, Sánchez Rodríguez L, Díaz Valdés L. El uso del propóleo al 5 % en el tratamiento de la alveolitis. Gaceta Médica Espirituana 2008; 10 (1):19.
16. Tan Suárez N, Hidalgo García CR, Tan Suárez NT, Rodríguez Gutiérrez GM, Mulet García. Eficacia del tratamiento homeopático en la alveolitis dental. Arch Med Camaguey 2007; 11 (2):25.
17. Houston JP, McCollum J, Pietz D, Schneck D. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities. Gen Dent 2002; 50:457-63.
18. Larsen PE. The effect of a chlorhexidine rinse on the incidence of alveolar osteitis following the surgical removal of impacted mandibular third molar. J Oral Maxillofacial Surg 1991; 49: 932-7.
19. Jaafar N, Nor GM. The prevalence of post-extraction complications in an outpatient dental clinic in Kuala Lumpur Malaysia--a retrospective survey. Singapore Dent J 2000; 23:24-8.
20. Simon E, Matee M. Post-extraction complications seen at a referral dental clinic Dar Es Salaam. Int Dent J 2001; 51: 273-6.
21. Ariza E, González J, Boneu F, Hueto JA, Raspall G. Incidencia de la alveolitis seca tras la exodoncia quirúrgica de terceros molares mandibulares en nuestra unidad de cirugía oral. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 1999; 21:214-9.

Recibido: 8 de julio de 2008.

Aceptado: 21 de noviembre de 2008.

Dr. Isidro de Jesús Nápoles González. Especialista de I Grado en Prótesis. Master en Urgencias en Estomatología y en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Centro. Camagüey, Cuba. aurora@finlay.cmw.sld.cu