

# UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS VILLA CLARA

“Dr Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Santa Clara, Villa Clara

## Artículo Original

### **TÍTULO: Prevalencia de la alveolitis postextracción y factores asociados en la población mayor de 15 años.**

**AUTORES:** Msc Gladis Rodríguez Alonso<sup>1</sup>, Dra. Lilian Toledo Reyes<sup>2</sup>, Dra. Maydelis Gálvez Moya<sup>3</sup> y Dra. Belkis Trujillo Gálvez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Facultad de Estomatología. Instructora. VCM-VC. e-mail: [gladysra@iscm.vcl.sld.cu](mailto:gladysra@iscm.vcl.sld.cu). Dirección particular: calle Pablo Pich N o 162 entre 3ra y 4ta Reparto Osvaldo Herrera

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Msc en Atención Comunitaria de Salud Bucal. Asistente. Facultad de Estomatología. Universidad Médica “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Villa Clara. e-mail: [liliantr@iscm.vcl.sld.cu](mailto:liliantr@iscm.vcl.sld.cu). Teléfono 211916. Dirección particular: Gran Bloque apartamento 15, Circunvalación y Oquendo. Reparto Virginia. Santa Clara. Villa Clara.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Msc en Atención Comunitaria de Salud Bucal. Asistente. Facultad de Estomatología. Universidad Médica “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Villa Clara. Teléfono: 202849. Dirección particular: Edif. 15 Apto 20 Reparto Escambray

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Msc en Medicina Bioenergética y Natural Instructor. FUM Manicaragua Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruiz”. Villa Clara. Teléfono: 499502 Dirección particular: Edif. y Apto 14 La Campana Manicaragua.

## Resumen

**Introducción:** La alveolitis es una infección reversible localizada de forma superficial en la cavidad alveolar. Es la complicación más frecuente y dolorosa después de una extracción dentaria que se manifiesta con dolor, que puede ser desde leve hasta exasperante. **Objetivo:** Describir la frecuencia con que se presenta la alveolitis después de la extracción dentaria en consultas de urgencia y su posible relación con factores que actúan en conjunto, y aumentan su incidencia. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Departamento de Estomatología del Policlínico docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Encrucijada, por espacio de un año, septiembre (2007-2008). El universo estuvo constituido por 280 pacientes y la muestra por 61, que fueron examinados y encuestados en el sillón dental. **Resultados:** En el análisis se evidenció una frecuencia de aparición de alveolitis del 21,8%, y la mayor incidencia (36,1%) tras la extracción de terceros molares inferiores. **Conclusiones:** Existe una relación significativa entre la presencia de alveolitis y las variables sociodemográficas, como edad, la posición del diente extraído, así como la conducta postoperatoria inadecuada, predominando la forma alveolitis seca. **Palabras clave alveolitis:** diente extraído, alveolitis, fumador

## **Introducción**

La alveolitis es una complicación postoperatoria que acontece tras la extracción dental, y ha quedado definida como una inflamación del alveolo. Es la complicación más fuerte y dolorosa después de una extracción dentaria, que se manifiesta con un dolor que puede ser desde leve hasta exasperante, y constituye la causa más común de dolor en el postoperatorio tardío de las consultas de urgencia. La frecuencia de aparición de la alveolitis se ha referido en un margen muy amplio: desde el 1% hasta el 70%.<sup>1</sup>

Las complicaciones posquirúrgicas suelen presentarse en toda práctica odontológica que incluya procedimientos operatorios; la emergencia por alveolitis ocurre en horas o días después de la extracción dentaria, y es el motivo por el que acude el paciente a nuestro servicio de urgencia en busca de atención especializada. Es concebida, por tanto, una circunstancia imprevista que exige una acción inmediata.<sup>2</sup>

La alveolitis u osteítis alveolar –una de las urgencias más asiduas en nuestro medio, cuyo síntoma fundamental es el dolor– es la causa más común en el postoperatorio tardío.<sup>3,4</sup>

Suele iniciarse, aunque se trabaje con la técnica más perfecta, una asepsia excelente y cualquiera que sea la capacidad y el buen juicio del cirujano.<sup>5</sup> Los estudios epidemiológicos han detectado distintos factores asociados en el desarrollo de la alveolitis postextracción: la dificultad de la extracción, la inexperiencia del cirujano, una inadecuada irrigación intraoperatoria, la edad avanzada, el tabaquismo, la inmunosupresión y el trauma quirúrgico. Dado que la causa del cuadro no es conocida, la principal arma terapéutica de la que disponemos es la prevención.<sup>1</sup> Acorde a la experiencia práctica, la alveolitis es una de las urgencias estomatológicas que causan gran dolor y desaliento a nuestros pacientes, pues cuando creen que resolvieron su dolencia, se crea una de mayor importancia; esto motivó a realizar la presente

investigación, con el objetivo de determinar la frecuencia con que se presenta la alveolitis y los factores asociados en personas mayores de 15 años pertenecientes a un área de salud del Policlínico Docente " Abel Santamaría Cuadrado".

### **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de caracterizar los factores asociados a la alveolitis en la población mayor de 15 años de edad perteneciente a un área de salud del Policlínico Docente "Abel Santamaría" de Encrucijada, Villa Clara, en el período de septiembre del 2007 a septiembre del 2008. El universo de trabajo estuvo constituido por 280 personas mayores de 15 años de esta área de salud ( consultorios 1 y 4 ) que asistieron en este período de tiempo a nuestra consulta estomatológica y se realizaron extracciones dentarias; la muestra quedó integrada por 61 pacientes de este grupo atendido, afectados por alveolitis y registrados en nuestro servicio de urgencias.

### **Criterios diagnósticos:**

- Dolor postextracción dental
- Inflamación perialveolar
- Cavidad ósea amarillo grisácea sin tejido de granulación o coágulo mal formado
- color gris sucio con olor necrótico
- Paredes óseas sensibles y descubiertas

### **Técnica y procedimiento**

Con el asesoramiento previo de profesionales especialistas de experiencia en el servicio, se confeccionó un modelo de recolección de datos, que incluyó información y variables de nuestro interés en cuanto a factores locales y generales asociados al proceso y características de los pacientes que participaron en el estudio, el cual fue llenado por el estomatólogo durante su estancia en el cuerpo de guardia a través de la observación directa y la entrevista. El examen bucal exhaustivo con el instrumental

adecuado en el sillón dental, permitió el diagnóstico de la enfermedad y su tipo clínico de presentación, la cantidad de dientes extraídos, grupo dentario afectado y su localización; luego se procedió a la aplicación de tratamiento inmediato, y una vez aliviado el dolor, se realizó la entrevista de forma estructurada para la recopilación de datos generales y específicos, como: edad, tiempo transcurrido postexodoncia, características de la maniobra realizada, motivo de la exodoncia, orientación y cumplimiento de los cuidados postoperatorios, hábito de fumar y práctica postexodoncia; asimismo, se investigaron las condiciones sistémicas presentes, como: diabetes mellitus, tratamiento prolongado con esteroides y anemia, así como ciertos aspectos específicos del sexo femenino, como empleo de contraceptivos orales y menstruación. La recogida de este modelo se realizó semanalmente a través del departamento de estadística de la institución, según orientación nuestra.

Como medidas de resumen para datos cualitativos, se utilizaron las frecuencias absolutas y los porcentos. La información obtenida se resumió en forma de tablas y gráficos confeccionados con el tabulador electrónico Microsoft Excel. Se aplicó la prueba t de Student para comparar dos porcentos. Para medir asociación estadística en variables cualitativas se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado; se muestra el valor del estadígrafo  $\chi^2$  y su significación asociada (p).

Significación estadística:

Si  $p \leq 0,05$  la diferencia es significativa.

Si  $p \leq 0,01$  la diferencia es altamente significativa.

Si  $p \leq 0,001$  la diferencia es muy altamente significativa.

Si  $p > 0,05$  la diferencia no es significativa.

## **Resultados**

En la tabla 1 se observa que el universo estuvo conformado por 280 pacientes, estratificados en grupos de edad y sexo. Se observó que los mayores porcentos de personas afectadas por alveolitis se concentraron en el grupo de edad de 35 a 59 años (12,9%) y de 19 a 34 (6,4%). La media de edad en los pacientes con alveolitis en nuestro estudio fue de 35 años, con una desviación estándar de 12,3, con un 95% de confianza; la media en la población de pacientes con diagnóstico de alveolitis se encontró entre 32 y 38 años.

En la tabla 2 se describe la localización de la alveolitis, según la posición del diente extraído; apareció con mayor porcentaje (36,1%) el tercer molar inferior, seguido del primero y segundo molares inferiores (21,3%) y premolares inferiores (16,4%).

La tabla 3 describe el cumplimiento de los cuidados postoperatorios y su relación con la aparición del proceso de alveolitis y su tipo; la conducta inadecuada fue la que prevaleció en el 83,6%, con una mayor incidencia del hábito de fumar en un 50,8 %.

## **Discusión**

Estudios realizados enmarcan la tercera y cuarta décadas de la vida como las más frecuentes y plantean la posibilidad de desarrollarse en ancianos.<sup>6</sup>

Martín Reyes y Rivero Varona describieron cifras similares en trabajos de investigación, al caracterizar su universo de estudio; la mayor parte de los pacientes de exodoncia correspondieron a edades entre 30 y 40 años.<sup>7</sup>

Estos márgenes tan amplios en las cifras de aparición de la alveolitis son debido a las diferencias en los criterios diagnósticos, en los métodos de evaluación, en la mezcla de datos procedentes de extracciones simples y de dientes retenidos, así como la variabilidad en el tratamiento quirúrgico y posquirúrgico;<sup>1</sup> el presente

trabajo muestra datos que coinciden con la mayoría de los informes a nivel mundial.

También a nivel internacional resultan altamente significativas las diferencias en cuanto a la proporción de dientes extraídos en las diferentes posiciones. Se considera ese comportamiento avalado por las características anatómicas del hueso alveolar y por el mayor porcentaje de complicaciones durante las extracciones en esta zona.

Estudios anteriores informan que la alveolitis se localiza con mayor frecuencia en el maxilar inferior y los alveolos más atacados son los de molares y premolares, y pueden aparecer en un rango del 20 al 30 % después de la exodoncia de terceros molares mandibulares impactados.

Algunos autores asociaron el menor aporte sanguíneo mandibular, sobre todo en sectores posteriores (cortical gruesa, pequeños espacios medulares), con un aumento de la presencia de alveolitis seca en dichas localizaciones.<sup>1, 8</sup>

La literatura refiere que normalmente la alveolitis es ocasionada por buches o aspiraciones muy fuertes en el lugar de la extracción, por la propia persona, muchas veces con la buena intención de mantener el lugar más limpio, cuando lo correcto sería dejarlo como está para que el propio organismo tenga condiciones de repararlo. Varios autores coinciden en que el tabaco también influye en la aparición de la alveolitis, pues la nicotina produce vasoconstricción de los vasos periféricos, 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.

El tabaquismo, en determinados estudios, ha supuesto un aumento de la frecuencia de alveolitis del 50% (12% frente a 2,6%).<sup>1</sup> Sin llegar a extremos tan espectaculares, Blum cuantifica que la tasa de alveolitis aumenta un 20% en

pacientes que fuman más de un paquete por día, y un 40% si el paciente fuma el día de la cirugía o en el postoperatorio inmediato.<sup>9,10</sup>

Alrededor del 80 al 85% de los pacientes con complicaciones estomatológicas tienen un importante antecedente de tabaquismo. Actúa como irritante de la mucosa bucal por un mecanismo triple: químico (alquitranas y fenoles), físico (calor) y mecánico (toniático).

Según un estudio realizado por Meechan y colaboradores, el tabaco reduce el aporte de sangre al alveolo vacío tras la extracción, y se observaron más casos de alveolitis seca en el grupo de fumadores.<sup>11</sup>

En la bibliografía consultada se relaciona la presencia de alveolitis con los pacientes, que por su vínculo laboral se exponen a las radiaciones solares (trabajadores de la construcción, trabajadores agrícolas). La luz ultravioleta es con toda probabilidad uno de los carcinógenos más importantes; por otra parte, la luz solar puede modificar de manera valorable el sistema inmunitario y determinar una disminución de la respuesta defensiva del individuo. Cuando la radiación ultravioleta suprime la respuesta inmunológica, la capacidad del cuerpo para combatir ciertas enfermedades se reduce. Se sospecha que la exposición en exceso a las radiaciones ultravioletas también obstaculiza la eficiencia de la inmunidad que se administra a través de la piel y, por esta razón, se relaciona con un incremento de la infección postexodoncia.<sup>12</sup>

Una cuestión insoslayable en relación con este aspecto es el tratamiento en función del riesgo, enfocado en la conducta integral al paciente, donde las indicaciones postoperatorias y las citas de control serán un elemento permanente.

## Referencias bibliográficas

1. 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 Cir. Bucal. 2005;10:77-85
2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Cicatrización de las lesiones bucales en: Tratado de patología bucal, 4ta ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000. p. 627-8.
3. Gay Escoda C, Berini Aytes L. Accidentes y complicaciones de la exodoncia. Cirugía Bucal. España: Ergón; 1999. p. 346-52.
4. Nápoles González IJ, Bárbara Batista X, Rivero Pérez O, Díaz Gómez SM, Fernández Frach N. Incidencia de la alveolitis. AMC [internet]. 2009 [citado 2 Nov 2010];13(2 ):[aprox. 4 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-2552009000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-2552009000200004&script=sci_arttext)
5. Martín Reyes O, Ferrales Día Y, Fernández Carmenates N. Eficacia de la magnetoterapia en el tratamiento de las alveolitis. AMC [Internet]. 2010 [citado 2 Nov 2010] ;14(1):[aprox. 4 p. ]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100010&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100010&script=sci_abstract)
6. Vila Morales D, Regalado Barrera ME, Felipe Garmendía AM. Aplicación de distracción osteogénica en rebordes alveolares atróficos: analisis de su efectividad y estabilidad. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2007[citado 4 Mar 2010];6(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000200009&script=sci_arttext)
7. Rivero Varona T, Martín Reyes O, Cuan Corrales M. Eficacia de la miel en el tratamiento de las alveolitis. Arch Med Camagüey [Internet]. 1999 [citado 6 Mar 2010];3(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S00347507200100030000500018&pid=S0034-75072001000300005&lng=es>

8. Morejón Álvarez F, López Benítez H, Morejón Álvarez T, Corbo Rodríguez MT. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev Cubana Estomatol [en línea] 2000 [fecha de acceso 26 de abril de 2005]; 37(2):102-5.
9. Complicaciones postquirúrgicas: Alveolitis. [Consultado: 23 de Mar de 2005]. Disponible en:  
<http://www.virtual.unal.edu.co/extensiones/odontología/uv00013/unidades/unidad7/alveolitis.html>.
10. Baeza Martínez DA. Etiología, prevención y tratamiento de la alveolitis. [Consultado: 10 de Sept de 2004]. Disponible en:  
[http://www.iztalaca.unam.mx/temas/foropalas/35\\_TCDO51b.htm](http://www.iztalaca.unam.mx/temas/foropalas/35_TCDO51b.htm)
11. Salmerón Escobar J. Evaluación clínica y radiográfica de la distracción alveolar. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2005;27(3)276-287.
12. 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 Cir Bucal. 2005;10:77-85

## ANEXOS

**Tabla 1** Distribución de pacientes con diagnóstico de alveolitis y grupo etario.

Policlínico Docente Abel Santamaría Septiembre 2007-Septiembre 2008.

Grupo Etario	Diagnóstico alveolitis				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
15 - 18	1	0,4	21	7,5	22	7,9
19 - 34	18	6,4	55	19,6	73	26,0
35 - 59	36	12,9	139	50	175	62,5
60 y Más	6	2,14	4	1,4	10	3,6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>21,8</b>	<b>219</b>	<b>78,2</b>	<b>280</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista

**Tabla 2** Distribución de pacientes con diagnóstico de alveolitis según posición del diente extraído. Policlínico Docente Abel Santamaría. Septiembre 2007- Septiembre 2008.

<b>Diente extraído</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>3er molar inferior</b>	<b>22</b>	<b>36,1</b>
<b>1er y 2do molar inferior</b>	<b>13</b>	<b>21,3</b>
<b>Premolar inferior</b>	<b>10</b>	<b>16,4</b>
<b>3er Molar superior</b>	<b>7</b>	<b>11,5</b>
<b>1er y 2do Molar superior</b>	<b>5</b>	<b>8,2</b>
<b>Premolar superior</b>	<b>2</b>	<b>3,3</b>
<b>Canino inferior</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>
<b>Canino superior</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>
<b>Incisivos superiores e inferiores</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

Chi cuadrado: 49,39

p = 0,000

Chi cuadrado Bondad de Ajuste: 15,51 p = 0,000

Fuente: Historia Clínica Individual.

**Tabla 3** Distribución de pacientes según hábito de fumar y tipo de alveolitis.

Policlínico Docente Abel Santamaría. Septiembre 2007 - septiembre 2008.

Cumplimiento de los cuidados postoperatorios	Tipo de alveolitis				Total	
	Seca		Húmeda		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	7	11,5	3	4,9	10	16,4
No	41	67,1	10	16,4	51	83,6
Total	48	78,6	13	21,3	61	100

Fuente: Modelo de recolección de información.