

Medicentro Electrón. 2013 ene.-mar.;17(1)

CLÍNICA DENTAL
“CELIA SÁNCHEZ MANDULEY”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES ASOCIADOS A LA ALVEOLITIS EN MAYORES DE 18 AÑOS

Por:

MSc. Dra. Yudit Berrio Rey¹, MSc. Dra. María Elena Rey Ávila²

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Docente de Especialidades. Santa Clara, Villa Clara. Teléfono: 271113. Correo electrónico: marirey@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Policlínico “José R. León Acosta”. Asistente. Teléfono: 271113. Correo electrónico: marirey@capiro.vcl.sld.cu

Resumen

Mediante un estudio descriptivo transversal, fueron estudiados 362 adultos que padecían de alveolitis, con el objetivo de describir la asociación de diferentes factores con la aparición de alveolitis seca y húmeda en mayores de 18 años; los pacientes recibieron atención en la clínica “Celia Sánchez Manduley” de Santa Clara, de diciembre del 2007 a diciembre del 2009. La deficiente labor del estomatólogo mostró diferencias muy significativas entre ambos tipos de alveolitis, y existió predominio de la modalidad seca. Se encontró una asociación muy significativa entre el uso excesivo de anestesia y la alveolitis seca, y entre la incorrecta maniobra de extracción y la alveolitis húmeda. De las conductas inadecuadas del paciente, se asociaron de manera significativa a la alveolitis seca, el hábito de fumar después de la extracción y, muy significativamente, la exposición al sol luego de la exodoncia y el no cumplimiento de las indicaciones pre- y postoperatorias.

DeCS: Alveolo Seco; Extracción Dental; Complicaciones Postoperatorias

Abstract

A number of 362 adults who suffered from alveolitis were studied through a descriptive and transversal study, which has as objective to describe the association of different factors with the apparition of dry and humid alveolitis in people over 18 years old; these patients received care in “Celia Sánchez Manduley” Clinic from December, 2007 to December, 2009. The deficient work of the stomatologist showed very significant differences between both types of alveolitis, and dry type predominated. A very significant association between the excessive use of anaesthesia and dry

alveolitis was found, as well as, between the inappropriate manoeuvre of extraction and dry one. Smoking habit after extraction was associated significantly to dry alveolitis in patients with inadequate conducts, as well as, sun exposure after exodontic procedure and non fulfilment of pre and postoperative indications.

DeCS: Dry Socket; Tooth Extraction; Postoperative Complications

Introducción

Uno de los procedimientos estomatológicos que más urgencias ocasiona es la extracción dentaria, nunca exenta de dolorosas complicaciones postoperatorias que atentan contra la correcta cicatrización del alveolo.¹⁻³

Numerosos estudios internacionales expresan que la alveolitis es una dolencia postoperatoria muy común⁴⁻⁷; en nuestro país, varios autores lo han afirmado también^{1,8} y muchos de ellos han expresado, incluso, que esta afección es la más frecuente de las complicaciones de la extracción dentaria.^{1,6,8}

Esta urgencia estomatológica tiene gran repercusión, ya que a pesar de que el dolor que sufre el paciente puede ser moderado, casi siempre es constante, perturbador, de carácter insoportable, con irradiaciones, persiste por varios días e impide, en la mayoría de los casos, la actividad normal del paciente, por lo que limita su desenvolvimiento laboral y social, en algunos casos, hasta por 20 días^{8,9-12}. Además, si la alveolitis no se trata correctamente desde el principio, pueden aparecer complicaciones, como la osteomielitis maxilar.⁹

Debido a la asistencia de un gran número de pacientes con algún tipo de alveolitis al cuerpo de guardia de nuestra área de salud, y al no encontrar estudios que reflejen la relación de los factores reconocidos como riesgo de este padecimiento con la aparición de la modalidad seca o húmeda, se decide realizar esta investigación con el objetivo de describir la posible asociación de diversos factores con la aparición de los diferentes tipos de alveolitis en la población mayor de 18 años, en la clínica dental "Celia Sánchez Manduley".

Métodos

Se realizó una investigación, mediante un estudio descriptivo transversal, a los pacientes que acudieron aquejados por una alveolitis desde diciembre del 2007 a diciembre del 2009, procedentes de diferentes áreas de salud de la clínica dental «Celia Sánchez Manduley», del municipio Santa Clara, provincia de Villa Clara.

De un universo de 389 pacientes con alveolitis, se tomó una muestra no probabilística e intencional de los adultos mayores de 18 años, finalmente conformada por 362 pacientes.

A cada uno se le pidió su consentimiento de participación y se le efectuó un examen bucal minucioso en la consulta utilizando el instrumental de clasificación; a todos se les realizó una radiografía periapical, y los datos obtenidos en el examen clínico y radiológico fueron recogidos en un cuestionario realizado por el estomatólogo. Además, se les aplicó un cuestionario, del cual se obtuvieron los datos necesarios para determinar las variables a estudiar. Para completar la información, se analizó la historia clínica individual de cada uno de estos pacientes.

Las variables investigadas fueron:

Tipo de alveolitis:

- Alveolitis seca
- Alveolitis húmeda

Factores reconocidos como riesgo de alveolitis:

- Deficiente labor del estomatólogo: No indicación de antibióticos profilácticos; uso de instrumental caliente; insuficiente higiene de los medios usados y del local; uso excesivo de anestesia; incorrecta maniobra de extracción; no indicaciones postoperatorias.
- Conductas inadecuadas del paciente: No consumo de antibióticos indicados; enjuagatorios postextracción; succión repetitiva de la herida; fumar luego de la exodoncia; exposición al sol luego de la extracción; ejercicios físicos luego de la exodoncia; no cumplimiento de las indicaciones pre- y postoperatorias.

Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el software SPSS, versión 11.5 para Windows. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y porcentos en las distribuciones de frecuencia conformadas; además, se utilizó la media aritmética como medida resumen de tendencia central para variables cuantitativas.

Para determinar si existía asociación entre las variables, se aplicó la prueba estadística de Ji al cuadrado de independencia (para variables cualitativas), con su significación asociada p:

$p < 0,01$: muy significativo

$0,01 \leq p \leq 0,05$: significativo

$p > 0,05$: no significativo

Resultados

En la Tabla 1 se puede observar que el 47,0 % del total presentó una alveolitis seca en relación con la deficiente labor del estomatólogo, lo que mostró una asociación muy significativa entre esta variable y las distintas modalidades de dicha urgencia. En cambio, las conductas inadecuadas del paciente no mostraron diferencias significativas ante uno u otro tipo de alveolitis.

Tabla 1. Distribución según tipo de alveolitis y factores reconocidos como riesgo de alveolitis.

Factores reconocidos como riesgo de alveolitis	Alveolitis seca		Alveolitis húmeda		Total		X ²	p
	No.	%	No.	%	No.	%		
Por deficiente labor del estomatólogo	170	47	113	31,2	283	78,2	19,869	0,000
Por conductas inadecuadas del paciente	172	47,5	122	33,7	294	81,2	2,118	0,146

Fuente: Cuestionario para el estomatólogo, historia clínica individual y cuestionario para el paciente.

Entre los aspectos recogidos como deficiente labor del estomatólogo, Tabla 2, solo el uso excesivo de anestesia se asoció de manera muy significativa a la presencia de alveolitis seca, pues el 43,9 % de la muestra mostraba esta variante de alveolitis vinculada a este factor de riesgo. Por otra parte, el 29,3 % de la muestra presentó una alveolitis húmeda luego de sufrir una incorrecta maniobra de extracción, y estas variables se asociaron de forma muy significativa. No se

presentaron diferencias significativas entre uno u otro tipo de alveolitis con el resto de las variables relacionadas con el incorrecto procedimiento profesional.

Tabla 2. Distribución según tipo de alveolitis y deficiente labor del estomatólogo.

Deficiente labor del estomatólogo	Alveolitis seca		Alveolitis húmeda		Total		X ²	p
	No.	%	No.	%	No.	%		
No indicación de antibióticos necesarios	75	20,8	58	16,0	133	36,7	0,171	0,679
Uso de instrumental caliente	6	1,7	1	0,3	7	1,9	2,725	0,099
Uso excesivo de anestesia	159	43,9	86	23,8	245	67,7	155,013	0,000
Incorrecta maniobra de extracción	54	14,9	106	29,3	160	44,2	13,024	0,000
No indicaciones postoperatorias	13	3,6	8	2,2	21	5,8	0,433	0,511

Fuente: Cuestionario para el estomatólogo, historia clínica individual y cuestionario para el paciente.

Al particularizar la vinculación de la inadecuada conducta del paciente con los diferentes tipos de alveolitis, Tabla 3, se observó que el 38,7 % de toda la muestra presentó una alveolitis seca al fumar luego de la exodoncia, por lo que existió una asociación significativa entre estas dos variables. Además, el no cumplimiento de las indicaciones pre- y postoperatorias por el paciente, así como la exposición al sol luego de la extracción, se asociaron muy significativamente a la alveolitis seca, pues apareció en un 46,4 % y 27,9 % de la muestra, respectivamente. El resto de las variables no mostraron diferencias significativas ante uno u otro tipo de alveolitis.

Tabla 3. Distribución según tipo de alveolitis y conductas inadecuadas del paciente.

Conductas inadecuadas del paciente	Alveolitis seca		Alveolitis húmeda		Total		X ²	p
	No.	%	No.	%	No.	%		
No consumo de antibióticos indicados	11	3,1	7	1,9	18	5,0	0,288	0,591
Enjuagatorios postextracción	67	18,5	71	19,6	138	38,1	3,715	0,049
Succión repetitiva de la herida	10	2,8	9	2,5	19	5,2	0,044	0,833
Fumar luego de la exodoncia	140	38,7	107	29,6	247	68,2	3,971	0,046
Exposición al sol luego de la extracción	101	27,9	48	13,3	149	41,2	16,795	0,000
Ejercicio físico luego de	26	7,2	29	8,0	55	15,2	1,553	0,213

la exodoncia								
No cumplimiento de indicaciones pre- y postoperatorias	168	46,4	105	29,0	273	75,4	19,341	0,000

Fuente: Cuestionario para el estomatólogo, historia clínica individual y cuestionario para el paciente.

Discusión

Con frecuencia, cuando el paciente llega a nuestras consultas de urgencia sufriendo esta dolencia, culpa al estomatólogo de que no efectuó su trabajo correctamente; el profesional, por su parte, acostumbra a minimizar su responsabilidad asumiendo que la persona que padece esta dolencia no cumplió con lo establecido para evitar su aparición. Para estudiar, en la población objeto de estudio, la distribución de algunos factores reconocidos como riesgo de sufrir alveolitis y su asociación con las variantes seca y húmeda, se decidió dividirlos en dos grupos: por conductas inadecuadas del paciente y por deficiente labor del estomatólogo, para de esta forma aclarar la repercusión actual que tiene el incorrecto proceder por ambas partes ante esta urgencia, y que esto sirva de base en la organización de tareas dirigidas a disminuir esta dolencia en futuras investigaciones, orientadas tanto a los estomatólogos como a los pacientes. No obstante, es necesario resaltar que la alveolitis es una afección multifactorial, que los factores incriminados son numerosos y muestran una incidencia variable en la patogenia del proceso.^{5,8,13} A esto se debe que se encuentren habitualmente en un mismo paciente diversos factores relacionados con el inicio de esta complicación, ya sea los incluidos en uno o dos de estos grupos establecidos por los autores.

En la presente investigación, tanto la deficiente labor del estomatólogo como las conductas inadecuadas del paciente mostraron sus mayores porcentajes en la alveolitis seca, aunque esto solo fue muy significativo en relación con la deficiente labor del estomatólogo.

Al igual que varios autores, consideramos que la alveolitis seca es la más frecuente de las dos y también la de mayor importancia, por el dolor intenso que produce.⁷ En cambio, no concordamos con los resultados de una investigación realizada en nuestra provincia, donde se expresa que esta dolencia es mayoritariamente húmeda, sin investigar a qué factores de riesgo estaban expuestos los pacientes.¹⁴ Es nuestro criterio que el predominio de alveolitis seca o húmeda guarda relación con la mayor o menor exposición a los factores que se han asociado, preferentemente a la aparición de uno u otro tipo, lo que varía en cada población estudiada y en cada momento determinado; esto justificaría las diferencias encontradas en dicho estudio, que aunque se realizó en nuestra provincia, no incluyó las áreas de salud examinadas por nosotros y, además, se efectuó 10 años antes de nuestra investigación.

Al detallar la repercusión de la deficiente labor del estomatólogo ante las distintas modalidades de este padecimiento, consideramos, junto a otros autores, que existe un predominio de la alveolitis seca tras el uso elevado de anestesia; esto se debe a que el vasoconstrictor presente en el anestésico local puede afectar la irrigación del alveolo de extracción,^{5,9,15} y esto, a su vez, estimula la isquemia,⁸ provoca un escaso sangrado y, como consecuencia, no se forma el coágulo, lo que ha sido referido como una de las causas fundamentales de alveolitis seca.

En relación con la incorrecta maniobra de extracción dentaria, concordamos con algunos autores en que este es uno de los factores de riesgo más relacionados con la presencia de alveolitis húmeda.^{14,16} Esto se debe a que un inadecuado procedimiento profesional se vincula con frecuencia a la persistencia de esquirlas óseas, restos de dientes fracturados, restos de obturaciones del diente extraído o de dientes vecinos que, al hacer la extracción, se han caído al interior del alveolo y producen reacciones que conducen a la modalidad húmeda.^{8,15}

En el análisis de las conductas inadecuadas del paciente, existió asociación significativa del hábito de fumar y la exposición al sol luego de la exodoncia, con la alveolitis seca. El mecanismo por el cual estas acciones conducen al padecimiento de este tipo de alveolitis es por desprendimiento del

coágulo o la no formación de este, lo que ha sido establecido como causas de alveolitis seca, específicamente.¹⁰

En el caso del tabaquismo, su efecto negativo sobre la cicatrización del alveolo se debe, entre otras causas, a la liberación de nicotina, que produce vasoconstricción y, por tanto, un menor aporte sanguíneo; esto puede influir sobre la fibrinólisis, que resulta determinante en la formación del coágulo; se añade, además, el efecto mecánico que produce la succión durante la aspiración del humo, que puede provocar un desplazamiento del coágulo,^{9,10} y el calor liberado podría actuar desfavorablemente sobre la cicatrización de la herida.

La exposición al sol después de la exodoncia se relaciona con el efecto negativo que ejercen las altas temperaturas a nivel local sobre los tejidos que han de cicatrizar, pensamos que por un mecanismo similar al que ocurre como resultado de la aplicación de un calor endógeno, que provoca la necrosis del hueso.

El no cumplimiento de las indicaciones pre- y postoperatorias mostró diferencias muy significativas al predominar como causa de alveolitis seca, lo que se relaciona directamente con el hecho de que el hábito de fumar y la exposición al sol luego de la extracción presentaron similar comportamiento. De forma general, al analizar las variables enmarcadas dentro las conductas inadecuadas del paciente, estas podrían ser evitadas si el profesional entrega al paciente las indicaciones pre- y postoperatorias y si este las cumple. Como ya se ha analizado, muy pocas veces el estomatólogo no orienta adecuadamente al paciente, por lo que puede asegurarse que este comportamiento inadecuado del enfermo casi siempre se debe a la violación de las indicaciones médicas. De aquí que sea razonable que el no cumplimiento de las indicaciones pre- y postoperatorias, se comporte de manera similar al resto de las variables que conforman el grupo de conductas inadecuadas del paciente, ya que las incluye casi en su totalidad.

Referencias bibliográficas

1. Nápoles González IJ, Batista Zaldívar XB, Rivero Pérez O, Díaz Gómez SM, Fernández Frach N. Incidencia de la alveolitis. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2009 mar.-abr. [citado 16 oct. 2010];13(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200004&lng=es&nrm=iso
2. Diniz F, Lago M, Gude S, Somoza M, Gándara R, García G. Pederson scale fails to predict how difficult it will be to extract lower third molars. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jan.;45(1):23-6.
3. Othman R. Impacted mandibular third molars among patients attending Hospital University Sains Malaysia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;10(5):422-31.
4. Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg. 2007 Oct.;65(10):77-83.
5. Comparación del postoperatorio de dos colgajos en cirugía de terceros molares inferiores. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2009(mayo-jun.);31(3):185-92.
6. Tan Suárez N, Hidalgo García CR, Tan Suárez NT, Rodríguez Gutiérrez GM, Fernández Carmenate N. Tratamiento homeopático vs Alvogyl en la alveolitis dental. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2008 abr.- jun. [citado 9 oct. 2010];12(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300008&lng=es&nrm=iso
7. Bestard Romero J, Ocaña Fontela N, López Vantourt AC, García Fajardo IM, Escalona Betancourt M. Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario «Josué País García». MEDISAN [Internet]. 2011 jun. [citado 21 nov. 2011];15(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600011&lng=es&nrm=iso
8. Del Arroyo V. Complicaciones pos exodoncia de terceros molares según clasificación de Pell y Gregory. UPCH [Tesis]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2007.

9. Bravo Venero AV, Díaz García LM, Armas González L. Tratamiento de la alveolitis dental con tintura de propóleos al 5 %. Rev Cubana Farm [Internet]. 2012 ene.-mar. [citado 30 abr. 2012];46(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152012000100012&lng=es&nrm=iso
10. Tan Suárez N, Hidalgo García CR, Tan Suárez NT, Rodríguez Gutiérrez GM, Mulet García M. Eficacia del tratamiento homeopático en la alveolitis dental. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2007 [citado 16 feb. 2010];11(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n2-2007/2178.htm>
11. Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romero-Ruiz MM. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Rev Med Oral. 2006;35(6):514-7.
12. Morejón Álvarez F, de Pino Malagón E, Morejón Álvarez T. Efectividad de la magnetoterapia en el tratamiento de la alveolitis. Rev Ciencias Méd [Internet]. 2011 abr.-jun. [citado 30 abr. 2012];15(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200009&lng=es&nrm=iso
13. Santiago R, Sampayo Y, Menéndez J, Sánchez JE, Castro D, Menéndez E. Evaluación de pacientes afectados de alveolitis: uso del metronidazol tópico en dosis única. Rev Gac Méd Espirituana. 2009;11(1).
14. Rojas Flores C. Tratamiento acupuntural de la alveolitis [Tesis]. Santa Clara: UCM; 1997.
15. Medeiros P. Extracción del tercer molar. En: Cirugía de dientes incluidos. Brasil: Amolca; 2006. p. 25-58.
16. Martín Reyes O, Ferrales Día Y, Fernández Carmenates N. Eficacia de la magnetoterapia en el tratamiento de las alveolitis. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2010 ene.-feb. [citado 22 ene. 2011];14(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100010&lng=es&nrm=iso

Recibido: 31 de enero de 2012

Aprobado: 14 de noviembre de 2012

Yudit Berrio Rey Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Docente de Especialidades. Santa Clara, Villa Clara. Teléfono: 271113. Correo electrónico: marirey@capiro.vcl.sld.cu